



Obraz zaburzeń reaktywnych u sprawców przestępstw w piśmiennictwie z lat 1950–1970

Patterns of reactive disorders in offenders as reported in the literature (1950–1970)

DANUTA HAJDUKIEWICZ, ELŻBIETA BOGDANOWICZ

Z Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Pruszkowie

STRESZCZENIE. *Poglądy* – przedstawiono poglądy na etiologię i patogenezę zaburzeń reaktywnych oraz najczęściej spotykane ich obrazy, które obserwowano w latach 1950–1970 u więźniów śledczych i odbywających kary pozbawienia wolności. Z pracy Uszkiewiczowej z 1971 roku wynika, że zarówno liczba zaburzeń reaktywnych, jak ich nasilenie ulegało stopniowemu zmniejszaniu, np. w końcu lat sześćdziesiątych w porównaniu z latami pięćdziesiątymi. Takie spostrzeżenia wynikają też z badań pracowników Kliniki dotyczących osób przebywających na obserwacji sądowo-psychiatrycznej. **Wnioski** – Doświadczenie wskazuje że w ostatnich latach zaburzenia reaktywne obserwuje się głównie w formie reakcji nerwicznych, psychozozy należą do rzadkości.

SUMMARY. *Review* – The authors present various approaches to the etiology and pathogenesis of reactive disorders, and describe the most common patterns of such disorders reported in the years 1950–1970 in prisoners serving their sentence and in those detained in custody for inquiry. Data reported by Uszkiewiczowa (1971) indicate a gradual decline both in the frequency and severity of reactive disorders, e.g. in the late 1960s as compared to 1950s. Similar conclusions can be drawn from research conducted at the Forensic Psychiatry Department concerning individuals submitted to hospital observation with view to forensic psychiatric expertise. **Conclusions** – It is the authors' experience that in recent years reactive disorders are seen mostly in the form of neurotic reaction, while psychotic disorders are rare.

Słowa kluczowe: zaburzenia reaktywne / psychozozy więzienne / reakcje nerwiczne / psychopatyczne / sytuacyjne / symulacja

Key words: reactive disorders / jailhouse psychoses / neurotic reaction / psychopathic / situational / malingering

Praca ta jest wycinkiem szerszego programu badawczego realizowanego przez zespół Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN (*Zaburzenia reaktywne na przestrzeni drugiej połowy XX wieku – zmiany obrazu, przyczyny i skutki*), podjętego w związku ze spostrzeżeniami, jak i danymi z literatury, które wskazują, że w tym okresie zmniejszał się stopniowo odsetek rozpoznań zaburzeń reaktywnych i symulacji, a także zmieniał się ich obraz i przebieg. Obecnie nieliczne są głębsze, psychotyczne reakcje, przeważają natomiast reakcje o znacznie słabszym nasileniu niż to opisano przed pół wiekiem.

Już w 1971 r. Uszkiewiczowa donosiła o obniżaniu się odsetka osób z zaburzeniami reaktywnymi, na przestrzeni lat 1953–1957 spośród 3900 opiniowanych wynosił on 14%, a w latach 1958–1962 – 10,8% (na 4840 opiniowanych), zaś w 1967 r. spadł do 5,5% (na 1370 analizowanych opinii). Podobnie obniżył się odsetek rozpoznań symulacji: w 1953 roku rozpoznano ją u 3,3% osób, a w 1967 r. – tylko u 1,3%.

Analiza 936 opinii z lat 1995–1996 przeprowadzona przez Bogdanowicz i Hajdukiewicz [2000] wykazała brak rozpoznań zaburzeń reaktywnych lub symulacji, mimo że

wśród 680 opinii dotyczących osób, u których ostatecznie rozpoznano zaburzenia niepsychotyczne, były i takie, u których we wcześniejszej dokumentacji lekarskiej znajdowały się rozpoznania reakcji sytuacyjnej.

Badania Majchrzyka i wsp. [1998] wykazały ponadto zmianę obrazu i nasilenia zaburzeń reaktywnych u osób poddanych obserwacji sądowo-psychiatrycznej w latach dziewięćdziesiątych, które wyzwalane były w wyniku dokonania czynu zagrożonego niższą karą.

Biorąc pod uwagę wyniki przytoczonych badań i doświadczenia własne poddałyśmy analizie piśmiennictwo z lat 1950–1970. Wykorzystałyśmy głównie piśmiennictwo polskie celem przypomnienia ówczesnych obrazów i przebiegu zaburzeń reaktywnych i symulacji, oraz w celu ich porównania z obrazem i przebiegiem tego zaburzeń napotykanym obecnie w toku obserwacji sądowo-psychiatrycznych. Być może ułatwi to znalezienie przyczyn obserwowanych zmian obrazu tych zaburzeń, ich nasilenia i przebiegu. Wydaje się, że mogą odgrywać tu rolę zarówno zmiany ustrojowe, jak i zmiany w zasadach wymierzania kar i ich wysokości.

UJĘCIA, PATOGENEZA

Autorzy prac dotyczących zaburzeń reaktywnych są zgodni w ocenie, że są to „anormalne, patologiczne reakcje na psychiczne bodźce traumatyzujące”, występujące w wyniku działania różnych urazów w bardzo różnych okolicznościach [Uszkiewiczowa 1966, 1972, ale także Bilikiewicz 1957, 1973, Cieślak i wsp. 1968, 1977, Dreszer 1962, Gilarowski 1957, Korzeniowski 1954, 1963, 1972, Malinowski 1959, 1961]. Schneider [1955] używa terminu „anormalna reakcja na przeżycia”, przy czym uważa on, że treść urazu wyzwalającego objawy reaktywne jest obojętna, ponieważ działa on jedynie jako „siła witalna”. Podobnie Binder [1955, 1960] nazywając takie objawy „zaburzeniami psycho-

reaktywnymi” uważa je za „anormalne psychiczne reakcje i rozwoju”.

Uszkiewiczowa [1966] przedstawiając różne poglądy na patogenезę zaburzeń reaktywnych podkreśla, że jest ona złożona, gdyż składa się na nią szereg czynników, których rola i mechanizmy oddziaływania są trudne, a często wręcz niedostępne analizie psychopatologicznej. Wymieniając czynniki skutkujące zaburzeniami reaktywnymi, na pierwszym miejscu autorka wskazuje urazy psychiczne, które bądź działają jednorazowo, a są silnymi, wstrząsającymi przeżyciami, bądź powodują długotrwałą traumatyzację psychiki. Znaczenie wyzwalające, poza urazem psychicznym, ma osobowość człowieka reagującego na urazowy bodziec, gdyż wiadomo, że sytuacje trudne nie u każdego wywołują podobnie silną reakcję emocjonalną. Muszą one trafić na „pogotowie emocjonalne” [Binder 1955, 1960], na odpowiedni stan psychiczny [Buniejew, za Uszkiewiczową 1966]. Autorka ta powołuje się na poglądy wielu innych autorów – Brauna, Birnbauma, Bindera, Gilarowskiego, Krasnuszki, Bili-kiewicza, Korzeniowskiego – twierdzące, że „reagowanie na urazy psychiczne w sposób wykraczający poza przeciętną, zależne jest od dyspozycji osobniczych, które powodują istnienie jakby gotowości do reakcji patologicznych, chwiejności psychoreaktywnej: „dyspozycje takie mogą tworzyć czynniki konstytucjonalne dziedziczne i wrodzone bądź nabyte w ciągu życia lub też jedne i drugie łącznie”. Jako predysponowanych do takich reakcji Uszkiewiczowa [1966] wymienia: „osobników psychicznie prymitywnych, infantylnych, mających niski poziom umysłowy, osobników psychopatycznych i charakteropatycznych”. Jednocześnie Uszkiewiczowa stwierdzała, że niektórzy autorzy konstytucję uważali za decydujący czynnik patogenetyczny, a inni, że jedynie wyzwała ona reakcję i kształtuje ją patoplastycznie, bo decydującym czynnikiem jest sam uraz psychiczny.

Gilarowski [1957] podkreślał rolę zmian nabytych i ich wpływ na formę reakcji (urazy, intoksykacje, choroby), a także zna-

czenie doznanych wcześniej urazów psychicznych. Noyes i Kolb [1969] zwracają uwagę na znaczenie konfliktów i postaw uczuciowych wiązanych z pewnymi nie rozwiązanymi – jeszcze w dzieciństwie – sytuacjami, co odgrywa znaczącą rolę w powstawaniu zaburzeń psychogennych.

Poza wymienionymi, istotnymi dla rozwoju zaburzeń reaktywnych czynnikami, tj. urazem psychicznym i predysponującą osobowością, wskazuje się wpływ czynników dodatkowych, bądź to w postaci dodatkowych przeżyć psychicznych, bądź czynników somatycznych osłabiających ustrój: wyczerpanie i wyniszczenie fizyczne, przemęczenie, infekcje, intoksykacje, rekonwalescencja po chorobach somatycznych i zabiegach operacyjnych itp. Kretschmer [1958] wskazywał, że powtarzające się urazy psychiczne mogą ułatwiać powstawanie reakcji patologicznej przez jakby torowanie mechanizmów reaktywnych. Wtedy, jak również przy zadziałaniu szczególnie ciężkiego urazu, na organizm wyniszczony, osłabiony cieleśnie, zaburzenia reaktywne mogą występować u osób, które nie mają trwałych dyspozycji osobowościowych do takich reakcji.

Uszkiewiczowa [1966] wskazywała na kryteria Jaspersa [1959] definiujące (choć nie w całej rozciągłości) zaburzenia reaktywne. Według Jaspersa warunkiem wystąpienia reakcji jest przeżycie będące urazem psychicznym, treść przeżycia w czasie reakcji ma związek psychologiczny z urazem, zaś przebieg reakcji jest ściśle uzależniony od czasu działania urazu i kończy się wraz z jego ustąpieniem. Pierwsze kryterium przyjmowane jest bez zastrzeżeń, ale odnośnie pozostałych nie zawsze można uchwycić związek przyczynowy między urazem psychicznym a rodzajem reakcji (jako przykład Uszkiewiczowa podała stan pomroczny z euforią jako reakcję na przeżyty katastrofę), gdy obserwuje się, że mimo ustąpienia czynnika urazowego reakcja utrzymuje się przewlekłe.

Bilikiewicz [1957, 1973] zwraca uwagę, że człowiek w ciągu całego życia narażony jest na działanie różnych urazów, ale jeżeli

nie wykazuje odchyżeń od normy to reaguje adekwatnie do natężenia urazu psychicznego, natomiast „reakcja chorobowa zdradza niestosunek ilościowy między natężeniem podniety a natężeniem oraz czasem trwania jej efektu nerwowo-psychicznego”. W reakcjach nerwicowych „niestosunek ten jest przede wszystkim natury ilościowej. Natomiast w psychozach reaktywnych można stwierdzić również niestosunek jakościowy”.

Uszkiewiczowa [1966] stwierdziła, że zaburzenia reaktywne są zjawiskiem psychofizjologicznym, bo podłożem zaburzeń w sferze emocjonalnej są zmiany w układzie vegetatywnym, regulującym czynnościami wewnątrzwydzielniczymi. Wyodrębniła ona dwa mechanizmy powstawania zaburzeń reaktywnych: o charakterze emocjonalnym i o biologicznym (reakcjom emocjonalnym towarzyszą zaburzenia vegetatywne).

Liczni autorzy [Kretschmer 1958, Binder 1955, 1960, Gilarowski 1957, Uszkiewiczowa 1966, Wdowiak 1963] zwracają uwagę na historię, jako jedną z form reakcji psychogennych, w której występuje anormalny sposób reagowania – od reakcji osób nie zdradzających cech histerycznych do reakcji osobowości histerycznych. Uszkiewiczowa [1966] wskazywała jako usposabiające dyspozycje psychiczne do reakcji histerycznych: sugestywność i autosugestywność, skłonność do przesady, dysproporcję między zewnętrznymi przejawami przeżyć a rzeczywistością ich głębokością. Podobne dyspozycje opisali Binder [1955, 1960] i Jaspers [1959]. Konstytucja psychofizyczna skłaniająca do reakcji histerycznych występuje u osób prymitywnych, infantylnych psychofizycznie, o niskim poziomie umysłowym, z cechami niedojrzałości i niestałości emocjonalnej. Jako cechy osobowości histerycznej wymienieni autorzy wskazują: wzmożoną pobudliwość emocjonalną, podatność na sugestię i autosugestię, skłonność do fantazjowania, łatwość przełączania bodźców psychicznych na objawy somatyczne.

Uszkiewiczowa [1966] powoływała się na piśmiennictwo z pierwszymi opisami zaburzeń

psychicznych u więźniów z drugiej połowy XIX wieku. Pionierami byli Delbrück w 1853 r. i Gutsch w 1862 r., którzy obserwowali przestępców odbywających długoterminowe kary pozbawienia wolności w ciężkich więzieniach o surowym reżimie. Opisowali oni obrazy psychoz omamowo-urojeniowych. Obserwujący sprawców zabójstw Delbrück wiązał zaburzenia z przestępstwem, uważając, że choroba była bądź jego powodem, bądź skutkiem i wynikiem żalu oraz skruchy. Zaburzenia u sprawców przestępstw przeciwko mieniu wiązał z ich przestępczą przeszłością, osobowością antyspołeczną, a także z samym faktem pozbawienia wolności. Autor ten uważał, że ma do czynienia z odrębną „psychozą przestępców” i tak ją nazwał. Gutsch podobne objawy nazywał „psychozą pojedynczej celi”, gdyż obserwował ją u więźniów przebywających długo w pojedynczej celi. Uszkiewiczowa [1972] opisała „psychozę celi” jako „reaktywny zespół omamowo-urojeniowy (u więźniów)”, stwierdzając, że izolacja sprzyjała jej wystąpieniu. Zaburzenia występowały na tle przewlekłego silnego napięcia psychicznego i lęku, a omamy i urojenia były związane z aktualną sytuacją więźnia i odzwierciedlały treść jego przeżyć. Autorka ta przytoczyła również pracę Sommera, który w 1884 r. opisywał podobne „psychozy więzienne”, ale w przeciwieństwie do Delbrücka uważał, że ich czynnikiem etiologicznym nie było przestępstwo, lecz pobyt w więzieniu. Pod koniec XIX wieku pojawiły się opisy zaburzeń reaktywnych u więźniów śledczych i po raz pierwszy opisano takie zaburzenia jak: pseudodemencja, zespół Gansera i ostupienie reaktywne.

Poglądy na etiologię i nozologię „psychoz więziennych” Uszkiewiczowa [1966] podsumowała następująco: początkowo traktowano je jako odrębne psychozy, będące skutkiem przestępstwa, potem, że jest to forma reakcji na pobyt w więzieniu, do poglądów współczesnych, że reaktywne zaburzenia psychiczne więźniów nie stanowią odrębnej jednostki klinicznej „psychozy więziennej”,

gdyż występują one również w warunkach innych niż więzienne. Mają one jednak swoją specyfikę w tym sensie, że pewne formy reakcji spotyka się szczególnie często w warunkach więziennych, które nadają ich symptomatyce i przebiegowi specyficzne piętno i zabarwienie. Korzeniowski [1963] nazywa to „patoplastycznym odczynem ze strony środowiska”, a jako objaw hiperkompensacji wskazuje on na urojenia ułaskawienia lub niewinności u więźniów długoterminowych, skłonnych do interpretacji paranoidalnych. Stwierdza, że „większość zaburzeń psychicznych reaktywnych u przestępców ma ścisły związek etiologiczny z sytuacją człowieka oczekującego na karę lub uwięzionego”.

Korzeniowski [1963] wyodrębnił dwa typy reakcji patologicznych więziennych: pierwszy, będący skutkiem lęku przed karą (u więźniów śledczych), drugi, jako skutek samej izolacji więziennej (u skazanych odbywających wieloletnie kary). Oba czynniki: lęk przed karą i wpływ uwięzienia (czasem oba jednocześnie) odgrywają istotną rolę.

OBRAZ PSYCHOPATOLOGICZNY

W podręcznikach Bilikiewicza [1957, 1973], Cieślaka i wsp. [1968, 1977], Dreszera [1962], Malinowskiego [1959, 1961], Korzeniowskiego [1954] zaburzenia reaktywne u sprawców czynów zabronionych nazywane są psychozami reaktywnymi (niektórzy nazywają je więziennymi) i dzielone na ostre i przewlekłe. Ostre przemijają po pewnym czasie lub przeistaczają się w przewlekłe, ale autorzy zwracają uwagę, że w niektórych psychozach o obrazie depresji reaktywnej lub stanów urojeniowych trudno dopatrzeć się ostrego początku.

Korzeniowski [1963] stwierdził, że przejście ostrych psychoz w przewlekłe ułatwia niekiedy „nieuświadomione dążenie do uzyskania korzyści z faktu zachorowania na psychozę”, ale dodaje, że dążenie to przebiega bez udziału świadomości lub przy jej przyćmieniu. Jego zdaniem w stanach ostrych

częściej spotyka się zaburzenia świadomości, których w stanach przewlekłych nie ma lub są jedynie słabo nasilone.

Wśród ostrych psychoz reaktywnych Korzeniowski [1963] wymienił „szał więzienny”, charakteryzujący się wybuchami afektywnymi z agresją i skłonnością do demolowania pomieszczenia, prób samobójczych lub samookaleczeń, z towarzyszącymi zaburzeniami świadomości, a następnie z amnezją. Stany te uważał za reakcję na uwięzienie lub przykre wydarzenia życia więziennego.

Jako drugi rodzaj ostrej psychozy autor ten wymienił „stany lękowe z paraliżem emocjonalnym”, które obserwuje się u więźniów podczas ogłaszania im wysokiego wyroku, w tym kary śmierci, lub przed jej wykonaniem. Stany te charakteryzuje spokojne, na pozór chłodne, opanowane i obojętne zachowanie, „jakby miał porażoną sferę emocjonalną”, bez przejawów zaburzeń w sferze intelektu. Ponadto autor do ostrych zaburzeń reaktywnych zalicza: zamroczenia z drgawkami, porażenia typu histerycznego z niemotą, zaburzeniami czucia oraz ostre depresje.

Jako zaburzenia przewlekłe Korzeniowski [1963] wymienił dwa zespoły, występujące u więźniów śledczych, obawiających się wysokich wyroków – *otępienie rzekome* i *zespół Gansera*. Zwraçał uwagę na ich sytuacyjny i jakby celowy charakter, jednocześnie przestrzegając przed traktowaniem ich jako symulacji.

Wśród stanów podostrych wymienił: *stany osłupieniowe*, zmieniające swe nasilenie i jakby odcięcie od środowiska zależnie od sytuacji, dlatego przypominają symulację; *stany urojeniowo-omamowe*, przypominające obrazem schizofrenię, stąd mylnie tak bywają rozpoznawane; *depresje reaktywne*, z lękiem, mogące prowadzić do osłupienia, a czasem zamiast depresji wykazujące hiperkompensacyjne wzmoczenie nastroju.

Bardziej wszechstronny jest podział zaburzeń reaktywnych u więźniów przedstawiony przez Uszkiewiczową [1966]. Dzieliła je ona na trzy grupy:

-
-
- reakcje nerwicowe,
 - reakcje psychopatyczne,
 - sytuacyjne zespoły reaktywne (psychozy reaktywne).
-
-

Reakcje nerwicowe najczęściej spotyka się u osób przebywających w więzieniu, a ich obraz to splot objawów somatycznych z psychicznymi. Skargi somatyczne najczęściej dotyczą bólów i zawrotów głowy, niedostatecznego, niespokojnego snu lub bezsenności, snów o przerażającej treści, dolegliwości sercowo-naczyniowych, drżenia mięśniowego, pocenia się. Skargi na dolegliwości psychiczne to wzmozona pobudliwość emocjonalna, trudności skupienia uwagi, skoncentrowania myśli, męczliwość psychiczna, czasem zniechęcenie i apatia. Bywają myśli i obawy hipochondryczne, obawa przed chorobą psychiczną, lękowe myśli o tym, co dzieje się w domu, natrętne myśli, że stało się coś złego. Czasem skargi na „zwidywania” przed zaśnięciem lub przy bezsenności (zwykle twarze lub postacie osób bliskich żyjących lub zmarłych). Autorka zaznacza, że nie są to omamy, lecz wyobrażenia lub iluzje powstające na bardzo żywym, emocjonalnym tle. Zwidywania te u osób infantylnych, upośledzonych umysłowo lub z zaburzeniami osobowości mają fantastyczny charakter: „widzą diabły”, „czarnych chłopów”, „czarnego pana w kapeluszu”, czasem groźne postacie z nożami. Autorka nazywa je „tworami fantazji prymitywnej i niedojrzalej psychiki, niekiedy może pomieszczanymi ze snami hipnagogicznymi” i również zaznacza, że nie są to omamy.

Zdaniem autorki, reakcje nerwicowe występują zarówno u osób zdrowych psychicznie, jak i wykazujących odchylenia od normy. U osób bez odchyień, zwłaszcza starszych wiekiem, reakcje nerwicowe rozwijają się na tle nastroju przygnębionego, u osób wykazujących zaburzenia osobowościowe przeważa nastrój depresyjno-dysforyczny i towarzyszą im częste zmiany nastroju, z napięciem emocjonalnym, skłonnością do depresji, czasem samouszkodzeń.

Reakcje psychopatyczne występują w warunkach uwięzienia u osób z odchyleniami od normy psychicznej, chociaż mogą wystąpić u osób bez odchyłeń spowodowane przez dodatkowe czynniki zmniejszające odporność psychiczną: starszy wiek ze zmianami inwolucyjnymi, choroby somatyczne, dodatkowe urazy psychiczne. Osoby wykazujące zaburzenia osobowości mogą zareagować ich zaostreniem, lub dekompensacją cech charakterologicznych, co może utrudniać adaptację do warunków więziennych. Dotyczy to zwłaszcza osób z cechami astenicznymi i lękliwymi, z lękliwością i podejrzliwością. W zależności od przejawianych cech, ich zaostrenie lub dekompensacja prowadzi do reakcji odpowiadającej tym cechom, np. przy pobudliwości i wybuchowości – do reakcji eksplozywnych, przy ksobności i podejrzliwości – do reakcji paranoicznych lub paranoiczno-pieniacych, przy niepewności, lękliwości, cechach astenicznych – do reakcji depresyjnych, hipochondrycznych. Sytuacja więzienna powoduje dość częste występowanie reakcji mieszanych.

Reakcje eksplozywne – to wybuchy gniewu z obelgami, groźbami i czynami agresywnymi wobec współwięźniów i personelu, z łamaniem regulaminu więziennego, wymagającego interwencji funkcjonariuszy. Niekiedy jest to protest na odmowę spełnienia jego prośby, czy żądania. Czasem przewlekle utrzymuje się gniewny, ponury nastrój z pogotowiem do wybuchów afektywnych z agresją. Uszkiewiczowa wskazywała na zjawisko „pompowania afektu”, polegające na kumulowaniu następujących po sobie podnieceń, prowadzących do gwałtownego ich wyładowania, z niszczytelstwem pomieszczenia i agresji wobec otoczenia. Bywają bardziej spontaniczne i wtedy są objawy zawężonej świadomości z późniejszą amnezją, innym towarzyszą cechy histeryczne, teatralne, demonstracyjne, sugerujące sztuczność i działanie na pokaz.

Reakcje agresywne przebiegają często z samouszkodzeniami, których pewne formy i intensywność popełniania są typowe dla

pewnej kategorii więźniów (recydywistów, zwykle młodych, z głębokimi zaburzeniami osobowości). Uszkiewiczowa wymieniała jako najczęstsze: kaleczenie się, połykanie ciał obcych, zasypywanie sobie oczu ołowiem anilinowym, długotrwałe głodówki. Niekiedy samouszkodzenia zagrażały życiu.

Reakcje hipochondryczne wyrażały się przesadną troską o swoje zdrowie, skargami na dolegliwości rzeczywiste lecz przesadzone lub nieuzasadnione. Towarzyszył im nastrój przygnębiony, trwożliwy, płaczący. Wygląd wskazywał na cierpienie i zatroskanie. Skargi jednak nosiły cechy histeryczne, demonstracyjne, chęć zwrócenia na siebie uwagi, zainteresowania otoczenia swoją osobą i uznania za chorego.

Reakcje paranoiczne i paranoiczno-pieniacyjne przejawiały nastawienia urojeniowe prześladowcze, związane z uwięzieniem i sprawą karną. Wypowiedzi o celowym ich krzywdzeniu przez organ prowadzący postępowanie, szykanowaniu, prześladowaniu, z obawą utraty życia. Współwięźniów podejrzewali, że są nasłanymi konfidentami, nasłanymi, by im szkodzić, pozbawić życia. Jednak te wypowiedzi prześladowcze nie mają charakteru prawdziwych urojeń, są nietrwałe, zmienne, brak im trwałego przekonania o prawdziwości wypowiedzianych treści (co ma miejsce w urojeniach), zatem noszą cechy fantazjowania. Występują najczęściej u osób niedojrzałych emocjonalnie, chwiejnych, skłonnych do reakcji histerycznych.

W reakcjach urojeniowo-pieniacych nastawienie urojeniowe obejmuje władze więzienne, sądowe, prokuratorskie lub inne osoby związane ze sprawą (np. biegłych) i towarzyszy im działalność pieniacza. Jeżeli wypowiedziane treści wykazują tendencje do rozbudowywania i systematyzacji sugeruje to na urojenia i wtedy reakcję należy traktować jako psychotyczną (bywa u osób z paranoicznymi cechami osobowości).

Sytuacyjne zespoły reaktywne obejmują zaburzenia dawniej zwane „psychozami więziennymi”. Uszkiewiczowa wyodrębniła tu dwa ich rodzaje:

-
- zespoły objawowe psychotyczne odpowiadające psychozom reaktywnym, do których należą zespoły omamowo-urojeniowe i depresje reaktywne,
 - sytuacyjne zespoły histeryczne, które nie są psychozami, bo nie mają ich struktury ani zespołu objawów psychotycznych, są to raczej „pseudopsychozy” [Bilikiewicz 1960], a niektóre z nich – przebiegające z głębszymi zaburzeniami świadomości (zespół Gansera, zamroczenie histeryczne) – zdaniem Uszkiewiczowej [1966] można określić mianem „reakcji psychotycznych”.
-

Zespół reaktywny omamowo-urojeniowy – występuje w kilka do kilkunastu tygodni po aresztowaniu, na tle długotrwałego napięcia psychicznego, zwłaszcza silnego lęku i niepokoju. Pojawiają się omamy i urojenia związane z aktualną sytuacją osoby uwięzionej. Omamy słuchowe: głosy sędziego, prokuratora lub nieznanne, mówiące o zagrożeniu karą śmierci, pogrzebaniu żywcem. Czasem głosy prowadzą dialog, jeden go oskarża drugi broni. Często słyszy płacz i krzyki rodziny. Niekiedy bywają omamy wzrokowe – widzi przerażające sceny torturowania lub zabijania osób najbliższych; węchowe – czuje zapach gazów trujących wpuszczanych do celi. Wypowiada urojenia prześladowcze, ksobne, oddziaływania. Zwłaszcza charakterystyczne są wypowiedzi chorego, że jego myśli są wyciągane i odczytywane za pomocą aparatów, promieni itp. Uszkiewiczowa [1966] wskazywała, że uczeni radzieccy stwierdzali również pseudohalucynacje obok urojeń oddziaływania (a więc istnienie zespołu Kandinskiego-Clerambault). Omamy i urojenia występowały na tle nastroju lękowo-depresyjnego, przy nieco przymglonej świadomości, ale bez głębszych zaburzeń. Po przeniesieniu do szpitala zwykle objawy ustępowały.

W odniesieniu do *depresji reaktywnych* – autorzy wskazywali [Korzeniowski 1963, 1972, Uszkiewiczowa 1966], że należy tu mówić o różnych zespołach depresyjnych, gdyż nie było tu stanów jednolitych, różniły

się one i symptomatyką, i nasileniem. Na przykład depresje psychogenne – to reakcje na uraz psychiczny w postaci aresztowania, śledztwa, lęku przed karą, objawami chorobowymi ściśle związanymi z tym urazem. Można w nich zaobserwować kryteria Jaspersa [1959]. Uszkiewiczowa [1966] zauważała, że „kliniczne obrazy reakcji depresyjnych nader często powikłane są rysami sytuacyjno-histerycznymi, czasem nastawieniem urojeniowym o treści ksobnej lub prześladowczej”. Cechuje te stany przygnębienie, smutny nastrój i wyraz twarzy, płaczliwość, wolna i cicha mowa. Zahamowanie psychoruchowe nie jest jednak głębokie. W zachowaniu, postawie, mimice obserwuje się przesadę i patetyczność, cechy demonstracji, a także tendencje do zainteresowania otoczenia swoją osobą. Często są skargi na bóle głowy, bezsenność i brak apetytu. Nie stwierdza się tu urojeń winy i grzeszności, lecz zaznacza się tendencja do usprawiedliwiania siebie i obwiniania innych. Często też obserwuje się charakter histeryczny depresji psychogennej, czasem elementy pseudodementywny, czasem ataki histeryczne. Można spotkać agrawację zaburzeń pamięci. Depresja psychogenna u osób starszych, zwłaszcza z objawami miażdżycowymi i inwolucyjnymi, charakteryzuje się objawami lęku, niepokoju słownego i ruchowego, zagubienia, nieporadności, przejawami hipochondrii, a czasem bywają urojenia depresyjne – winy, grzeszności, samoponiżenia.

Sytuacyjne zespoły histeryczne powstają poprzez mechanizmy histeryczne, polegające na nieświadomej lub nie w pełni świadomej woli ucieczki od przykrej, rzeczywistej sytuacji, na wypieraniu jej ze świadomości. Symptomatyka tych reakcji obfituje w cechy sztuczności, teatralności, przesady, co powoduje konieczność różnicowania ich z symulacją i to stanowi specyfikę tych zaburzeń. Reakcje histeryczne to: zespół Gansera, pseudodemencja, puerylizm, osłupienie reaktywne i fantazjowanie o treści podobnej do urojeń. Jednak objawy poszczególnych zespołów mogą występować obok siebie,

mieszać się, a poszczególne formy reakcji przechodzić jedne w drugie u tej samej osoby.

Zespół Gansera – opisany przez Gansera w 1898 r. cechuje się tym, że chorzy udzielają charakterystycznych odpowiedzi, wykonują opacznie proste czynności, przejawiają zaburzenia świadomości z częściową lub całkowitą niepamięcią. Charakterystyczne odpowiedzi polegają na tym, że na najprostsze pytania odpowiadają błędnie (wiek, pora roku, liczba palców u rąk), mylą nazwy przedmiotów codziennego użytku, na opak wykonują proste zadania. Odpowiedź jest bliska prawdziwej, zatem treść pytania dociera do świadomości chorego, który jest jednak przymroczone, sprawia wrażenie roztargnionego, nie mogącego się skoncentrować, zagubionego i bezradnego. Czasem obserwuje się zachowanie błaznowate lub puerylne.

Pseudodemencja – to demonstrowanie głębokiej niepamięci, braku orientacji, braku wiadomości, czyli bardzo głębokiego ośpienia, którego w rzeczywistości nie ma. Błędne odpowiedzi są – podobnie jak w zespole Gansera – bliskie prawdziwych, ale tu nie ma zaburzeń świadomości, choć bywa jej pewne zawężenie. Charakterystyczne jest podkreślanie przez chorych, za pomocą mimiki i ruchów, swej nieudolności umysłowej (marszczenie czoła, pocieranie go, rozglądanie się z przesadnym zdziwieniem na twarzy). Stan ten może występować na tle zespołu depresyjnego z zahamowaniem. W obu wymienionych zespołach mechanizm ucieczki od trudnej sytuacji czyni chorego bezradnym i nieudolnym.

Puerylizm jest również reakcją historyczną, wprowadzającą chorego – poprzez mechanizmy ucieczki od trudnej sytuacji – w przeżycia wczesnego dzieciństwa. Chorzy zachowują się jak dzieci; mówią zdrobniale, o sobie mówią zdrobniałym imieniem w trzeciej osobie, bawią się szmatkami, pudełkami, demonstrują zupełny brak wiadomości i orientacji w sytuacji. Rzadko występuje puerylizm jako odrębna reakcja, częściej pewne elementy puerylne występują w innych reakcjach (głównie w pseudodemencji).

Do takiej reakcji skłonne są osoby upośledzone umysłowo i infantylnie.

Reakcja „dzikiego człowieka” – zaniedbani i niechlujnie ubrani chorzy siedzą pod stołem, rękami wybierają jedzenie z talerza, chłepczą płyny z miski, naśladują zwierzęta, poruszając się na czworakach, szczekając lub piejąc. Całość zachowania demonstracyjna i teatralna, często na tle objawów pseudodemencji.

Zamroczenie historyczne proste jest reakcją rzadziej spotykaną, krótkotrwałą (od kilku-, kilkunastogodzinnych do kilkuniedniowych), zamroczenie z grymasami twarzy, kurczami różnych mięśni, drżeniem, mutyzmem lub wypowiedzianiem pojedynczych, oderwanych i niezrozumiałych słów, a następnie z niepamięcią. Mogą im towarzyszyć omamy (najczęściej wzrokowe, podobne do marzeń sennych, o treści fantastycznej).

Fantazjowanie o treści podobnej do urojeń – to wypowiedzi podobne do urojeń. Birnbaun, który je opisał nazwał je „produkcjami” [za Uszkiewiczową 1966], o treści wielkościowej, prześladowczej, hipochondrycznej, bardzo fantastycznej. Nie mają one trwałości urojeń, są powierzchowne, zmienne, zależne od sytuacji, chwilowych wydarzeń, prowadzonych rozmów, treści przeczytanych książek. Wypowiedzi zawierają urojeniowe zafaszowania wspomnień, fantazje, jakieś pojedyncze idee, a obok siebie mieszczą się i przeplatają rozmaite treści. Według Birnbauma [za Uszkiewiczową – jak wyżej] są to reakcje historyczne, gdyż występują tu i inne objawy historyczne, jak zaburzenia świadomości, osłupienie historyczne. Fantastyczne treści powstają w drodze autosugestii przez wczuwanie się i wżywanie w zasłyszane czy przeczytane treści przez osoby skłonne do fantazjowania. Wypowiadający je sami nie wierzą w to co mówią, choć niekiedy obserwuje się jakby w miarę mówienia osoba taka utwierdzała się w prawdziwości wypowiedzi, co powoduje powstawanie krótkotrwałych przejawów napięć emocjonalnych, gniewnego nastroju, który jednak szybko mija. Uszkiewiczowa [1966] uży-

wała dla tych reakcji terminu „fantazjowanie o treści podobnej do urojeń”, Łuniewski [1950] nazywał je „urojeniami fantastycznymi”, a w psychiatrii radzieckiej [za Uszkiewiczową 1966] używano terminu „fantazje urojeniowo-podobne”.

Ośłupienie reaktywne występowało jako samodzielna forma reakcji, ale też jako objaw w innych reakcjach historycznych, najczęściej w pseudodemencji. Nie było to osłupienie całkowite, a na jego tle występowały również objawy pseudodementyjne, puerylne, lub fantazje urojeniowo podobne. Obraz osłupienia był ubogi, jednostajny, jakby fragmentaryczny. Bardzo rzadko mogło zdarzać się pełne osłupienie, przejawiane całkowitym mutyzmem i bezruchem. Chory wtedy leżał nieruchomo, z zastygłym wyrazem twarzy, napięciem i lękiem, oczy miał szeroko otwarte. Nie odpowiadał na pytania i nie spełniał poleceń, natomiast żywo reagował na zainteresowanie nim otoczenia (przejawami wegetatywnymi, żywą grą naczynio-ruchową, przyspieszeniem tętna, poceniem się, ślinieniem i gwałtownym przełykaniem śliny, wahaniami ciśnienia tętniczego krwi). Chorzy sami nie jedzą, muszą być karmieni sztucznie, czasem się zanieczyszczają, co może doprowadzać do wyniszczenia fizycznego. W osłupieniu niepełnym chorzy poruszają się, jeśli wstają z łóżka – chodzą drobnymi kroczkami. W łóżku najchętniej leżą w jednej pozycji, często nakryci kocem wraz z głową, podkurczają nogi, zwijają się w kłębek. Nie przejawiają inicjatywy, nie zgłaszają potrzeb, nie spełniają też poleceń. Przebieg osłupienia bywa przewlekły, czasem objawy narastają i słabną falująco.

Reakcje z objawami hysterii konwersyjnej – na drodze mechanizmów historycznych dochodzi u więźniów do bezgłosu historycznego lub do historycznych zaburzeń stania i chodzenia (astazja, abazja), rzadziej do niedowładów i porażań (przeważnie kończyn dolnych), napadów drgawkowych i głuchoniemoty. W przeciwieństwie do mutyzmu, w osłupieniu chory żywo i demonstracyjnie pokazuje, że nie może mówić, ale chce się

porozumieć (za pomocą gestów lub na piśmie) – zwykle ma pod ręką papier i ołówek i ciągle się nimi posługuje. Uszkiewiczowa [1966] zauważa, że w przeciwieństwie do depresji czy zespołu omamowo-urojeniowego, reakcje historyczne występują częściej u osób młodych, recydywistów, dokonujących przestępstw pospolitych, głównie kradzieży.

Jako charakterystyczne cechy reakcji występujących w więzieniu Uszkiewiczowa [1966] wymienia dwie: tendencję do przewleknięcia się i tendencję do ich nawrotów lub zaostrzeń.

PROBLEM SYMULACJI

W opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym zaburzeń reaktywnych dodatkowo trudności stanowi symulacja występująca w powiązaniu z nimi (nie dotyczy to symulacji zwykłej) [Dąbrowski 1963, Korzeniowski 1963, Uszkiewiczowa 1966]. Zmienność obrazu klinicznego, przeplatanie się w różnych okresach objawów reaktywnych z objawami symulacyjnymi, przejawy ich zależności od czynników sytuacyjnych powodują poważne trudności rozpoznawcze, wielokrotne ekspertyzy sądowo-psychiatryczne i rozbieżne opinie. Zwracano uwagę na to, że początkowa symulacja może przekształcić się w stan reaktywny, mogą też współistnieć objawy reaktywne i symulowane, np. w słabo nasilonych reakcjach depresyjnych, w niepełnym osłupieniu, a po ustąpieniu zaburzeń reaktywnych minione objawy chorobowe (reaktywne) mogą być podtrzymywane przez pacjenta, co powoduje pojawienie się objawów symulacyjnych – nosi to nazwę metasymulacji. W takich przypadkach pogorszenie sytuacji pacjenta może powodować nawrót objawów reaktywnych. Prawidłowa ocena tych stanów decyduje o prawidłowości ocen zawartych w opinii sądowo-psychiatrycznej dotyczących rozpoznania, poczytalności i dalszego postępowania z osobą badaną [Batawia i Uszkiewiczowa 1963, Dąbrowski 1963].

WNIOSKI

Z przedstawionego przeglądu historycznego już piśmiennictwa wynika, że powstanie zaburzeń reaktywnych wiązano przed pół wiekiem (tak, jak i obecnie), z predysponującymi do takich reakcji czynnikami wewnętrznymi (np. upośledzeniem umysłowym, cechami osobowości, starszym wiekiem, nadużywaniem alkoholu) oraz z czynnikami zewnętrznymi w postaci jednorazowego ciężkiego urazu psychicznego lub urazu o mniejszym nasileniu, lecz działającego przewlekłe, (jak: pozbawienie wolności, zerwanie łączności z rodziną, toczące się postępowanie karne). Aktualnie, uraz psychiczny wywołany sprawą karną często bywa mniej traumatyzujący, bo postępowanie przygotowawcze nie zawsze toczy się z pozbawieniem wolności, czas jego trwania często bywa wydłużany celowo przez samego sprawcę szukającego możliwości uniknięcia kary.

Obrazy zaburzeń opisywane w starszym piśmiennictwie, a także znane z własnego doświadczenia zdobytego w omawianym okresie wskazują, że najczęstszymi zaburzeniami stwierdzanymi podczas obserwacji były sytuacyjne zespoły reaktywne w postaci: psychoz reaktywnych omamowo-urojenowych i depresji reaktywnych oraz zespołów histerycznych („pseudopsychoz”), niekiedy z zaburzeniami świadomości, jak: zespół Gansera, zamroczenie histeryczne. Natomiast obecnie częściej spotyka się płytkie reakcje nerwicowe lub postawy obronne z tendencjami do przewleknięcia się i pogłębiania ich nasilenia w sytuacjach niekorzystnych dla sprawcy (np. wezwanie na rozprawę, wydanie postanowienia o odbyciu kary pozbawienia wolności).

Na ocenę przyczyn tych różnic i ocenę, czy opisywane w latach 1950–1970 obrazy zaburzeń mają już tylko historyczne znaczenie, pozwolą dalsze badania, a zwłaszcza porównanie ocen sądowo-psychiatrycznych w opiniach z wymienionych lat i z lat 1990–2000.

PIŚMIENNICTWO

1. Batawia S, Uszkiewiczowa L. Problematyka zaburzeń reaktywnych i symulacji w praktyce sądowo-psychiatrycznej i penitencjarnej. W: Brzezicki E, Spett K, red. Pamiętnik XXVII Zjazdu Psychiatrów Polskich w Krakowie, 22–25 września 1961 r. Kraków: 1963; 133–5.
2. Bilikiewicz A, Dolmierski R. Ekspertyza sądowo-psychiatryczna przypadków symulacji i zespołów sytuacyjnych uwarunkowanych patologicznie. W: Brzezicki E, Spett K, red. Pamiętnik XXVII Zjazdu Psychiatrów Polskich w Krakowie, 22–25 września 1961 r. Kraków: 1963; 155–8.
3. Bilikiewicz T. *Psychiatria kliniczna*. Warszawa: PZWL; 1957: 291–304.
4. Bilikiewicz T. *Psychiatria kliniczna*. Warszawa: PZWL; 1973: 264–77.
5. Binder H. *Abnorme seeliche Reaktionen und Entwicklungen*. W: Riechhardt M, red. *Allgemeine und Spezielle Psychiatrie*. Basel: 1955.
6. Binder H. *Die psychopathischen Dauerzustände und die abnormen seelischen Reaktionen und Entwicklungen*. W: *Psychiatrie der Gegenwart*. Wyd. II. 1960.
7. Bogdanowicz E, Hajdukiewicz D. Opinie sądowo-psychiatryczne po obserwacjach szpitalnych osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi. Część I. Analiza rodzaju czynów karalnych. *Post Psychiatr Neurol* 2000; 9: 111–26.
8. Cieślak M, Spett K, Walter W. *Psychiatria w procesie karnym*. Warszawa: Wyd. Prawnicze; 1968: 309–30.
9. Cieślak M, Spett K, Wolter W. *Psychiatria w procesie karnym*. Warszawa: Wyd. Prawnicze; 1977: 364–85.
10. Dąbrowski S. Z zagadnień symulacji w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym. W: Brzezicki E, Spett K, red. Pamiętnik XXVII Zjazdu Psychiatrów Polskich w Krakowie, 22–25 września 1961 r. Kraków: 1963; 146–54.
11. Dreszer R. *Zarys psychiatrii sądowej dla medyków i prawników*. Warszawa: PZWL; 1962: 96–101.
12. Gilarowski WA. *Psychiatria*. Warszawa: PZWL; 1973: 264–77.
13. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: 1959.
14. Korzeniowski L. Etiologia, patogeneza i klinika psychoz reaktywnych u przestępców. W:

- Brzeziński E, Spett K, red. Pamiętnik XXVII Zjazdu Psychiatrów Polskich w Krakowie, 22–25 września 1961 r. Kraków: 1963; 135–45.
15. Korzeniowski L. Reaktywne psychozy. W: Korzeniowski L, Pużyński S, red. Encyklopedyczny słownik psychiatrii. Warszawa: PZWL; 1972: 307–9.
 16. Korzeniowski L. Zarys psychiatrii. Compendium. Warszawa: PZWL; 1954: 170–3.
 17. Kretschmer E. Psychologia lekarska. Warszawa: 1958.
 18. Łuniewski W. Zarys psychiatrii sądowej. Część ogólna. Warszawa: 1950; 39–43.
 19. Majchrzyk Z, Gordon T, Szablewska E. Aktualny obraz zaburzeń reaktywnych u sprawców zabójstw, przestępstw gospodarczych, wypadków drogowych i osób znęcających się nad rodziną. Post Psychiatr Neurol 1998; 7 (supl 3): 139–56.
 20. Malinowski A. Podstawowe zagadnienia w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym. Compendium dla lekarzy i prawników. Warszawa: PZWL; 1959: 114.
 21. Malinowski A. Podstawowe zagadnienia w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym. Compendium dla lekarzy i prawników. Warszawa: PZWL; 1961: 158–62.
 22. Noyes AP, Kolb LC. Nowoczesna psychiatria kliniczna. Warszawa: PZWL; 1969: 459.
 23. Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart: 1955.
 24. Uszkiewiczowa L. O stanie orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego w Polsce (na podstawie ekspertyz szpitalnych). W: Wybrane zagadnienia orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego w Polsce. Narada psychiatrów w dniach 14–15.01.1971 r.; s. 57–75.
 25. Uszkiewiczowa L. Reaktywny zespół omamowo-urojeniowy (u więźniów). W: Korzeniowski L, Pużyński S, red. Encyklopedyczny słownik psychiatrii. Warszawa: PZWL; 1972: 309.
 26. Uszkiewiczowa L. Reakcja sytuacyjna. W: Korzeniowski L, Pużyński S, red. Encyklopedyczny słownik psychiatrii. Warszawa: PZWL; 1972: 307.
 27. Uszkiewiczowa L. Zaburzenia reaktywne i symulacja w praktyce sądowo-psychiatrycznej. Warszawa: PZWL; 1966.
 28. Wdowiak L. Histeria objawowa w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym. W: Brzeziński E, Spett K, red. Pamiętnik XXVII Zjazdu Psychiatrów Polskich w Krakowie, 22–25 września 1961 r. Kraków: 1963; 161–2.

Adres: Dr Danuta Hajdukiewicz, Klinika Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków