

Szczególny przypadek rozpoznawania depresji w opinii sądowo-psychiatrycznej

A special case of diagnosis of depression in forensic-psychiatric expertise

JANUSZ HEITZMAN

Z Zakładu Patologii Społecznej Katedry Psychiatrii CM UJ w Krakowie

STRESZCZENIE. *W przypadku, gdy ofiara szczególnego psychicznego i fizycznego udarczenia zmarła na skutek samobójczej śmierci, biegłemu analizującemu związek między urazem a przeżywaną depresją i popełnionym samobójstwem pozostaje jedynie szczegółowa analiza akt sprawy i formułowanie wniosków na tej podstawie. Opisywany przypadek podejmuje to zagadnienie, a wydana opinia odpowiada na pytanie sądu, czy stan zdrowia psychicznego zmarłej ofiary przemocy mógł być przyczyną reaktywnej depresji, powodującej targnięcie się na własne życie.*

SUMMARY. *In cases when the victim of severe mental and physical torment dies a suicide's death, all the forensic psychiatrist called in to analyze the relationship between the trauma, the experience of depression and the act of suicide can do is to carry out a penetrating analysis of the documentation and formulate resulting conclusions. The case described in this article addresses this problem and the final opinion responds to the court's question as to whether or not the mental health of the deceased victim of violence may have caused reactive depression and the resulting act of suicide.*

Słowa kluczowe: depresja reaktywna / orzeczenie sądowo-psychiatryczne / opis przypadku
Key words: reactive depression / forensic-psychiatric jurisdiction / case study

Wśród dekompensacji psychicznych i zaburzeń reaktywnych szczególne miejsce zajmuje depresja reaktywna. Przed biegłymi psychiatrami często stoi zadanie ustalenia związku przyczynowego między ciężkim psychicznym, a czasem oraz fizycznym obciążeniem i jego konsekwencjami dla szeroko rozumianej struktury psychicznej jednostki. Badanie uszczerbku w zdrowiu psychicznym odniesionego na skutek doznanego urazu zawsze było trudnym zadaniem dla biegłych. Z tego typu sprawami stykamy się nie tylko w przypadkach odszkodowawczych, ale i w sprawach karnych związanych z ustaleniem stopnia winy u oskarżonych sprawców przemocy, najczęściej gwałtów. Badanie psychiatryczne ofiar, które doświadczyły urazu nie na zasadzie przypadku, ale czyjegoś świadomego działania przestępnego, wymaga sta-

rań o zachowanie wyjątkowego obiektywizmu i bezstronności. Jako biegli stykamy się bezpośrednio nie tylko z objawami psychopatologicznymi, ale i z wyjątkowo naznaczonymi emocjami poczuciem doznanej krzywdy. Badając ofiary szczególnego psychicznego i fizycznego udarczenia analizujemy jak dana osoba przeżywała określoną sytuację traumatyczną i w jaki sposób mogła ona wpłynąć na radzenie sobie z tym zdarzeniem w przyszłości. Wśród konsekwencji doznanego urazu najczęściej spotykamy się z zespołem stresu pourazowego, nerwicą, depresją, rzadziej z zespołem urojeniowym. Osobiste badanie ofiary urazu psychofizycznego pozwala na zastosowanie instrumentów ustalających bezpośredni związek przyczynowy między doznaniem zdarzeniem traumatycznym a zaburzeniami psychicznymi. W przypadku, gdy

ofiara udręczenia zmarła na skutek samobójczej śmierci, biegłemu pozostaje jedynie szczegółowa analiza akt sprawy i na tej podstawie formułowanie wniosków. Opisywany przypadek podejmuje to zagadnienie, a wydana opinia odpowiada na pytanie sądu, czy stan zdrowia psychicznego zmarłej ofiary przemocy mógł być przyczyną depresji, powodującej targnięcie się na własne życie.

OPIS PRZYPADKU

Zadanie, jakie postawił biegłym sąd, zostało sformułowane w następujący sposób: „Sąd oczekuje od biegłych wypowiedzenia się na podstawie akt co do stanu psychicznego Marioli K., a w szczególności, czy jej osobowość oraz stan zdrowia psychicznego mogły być powodem lub przyczyną depresji, powodującej targnięcie się na własne życie, czy dotychczasowe przeżycia: śmierć córki, samobójstwo teścia mieszkającego w tym samym domu, miało wpływ na zachowanie Marioli K., w szczególności podjęcie prób samobójstwa i targnięcie się na własne życie”.

W aktach sprawy znajduje się akt oskarżenia skierowany przeciwko Sławomirowi K., ojcu dwojga dzieci w wieku 11 i 3 lata, wdowcowi, przebywającemu na wolności. Został on oskarżony o to, że w okresie czterech miesięcy poprzedzających samobójstwo żony znęcał się nad nią fizycznie i moralnie, znieważał ją słowami powszechnie uznanymi za obelżywe oraz bił ją po głowie i całym ciele, powodując uszkodzenia naruszające czynności narządu ciała na okres poniżej 7 dni, co spowodowało, że Mariola K. targnęła się na własne życie, wieszając się na strychu domu, tj. o przestępstwo z art. 184 § 2 kk i art. 156 § 2 kk w zw. z art. 10 § 2 kk. Równocześnie w aktach zawarte są informacje, z których wynika, że Sławomir K. miał od 9 miesięcy ograniczoną władzę rodzicielską nad dwojgiem dzieci, przydzieleno mu kuratora i był zobowiązany do powstrzymywania się od spożywania alkoholu. Dwa miesiące przed samobójczą śmiercią

żony został skazany za fizyczne i moralne znęcanie się nad nią na karę 8 miesięcy pozbawienia wolności z zawieszeniem wykonania kary na 3 lata. Obszernie cytowana w aktach dokumentacja lekarska Marioli K., prowadzona przez miejscowy ośrodek zdrowia, na przestrzeni 6 lat odnotowuje wizyty tragicznie zmarłej, która poza jednym przypadkiem sprzed 4 lat, dotyczącym reakcji sytuacyjnej związanej ze śmiercią dziecka ze stwierdzonym wodogłowiem, sprowadzają się do opisów obrażeń doznanych w następstwie pobic przez męża. Zapisy pozostawione w lekarskiej kartotece są podobne do następujących: „Pobita przez męża po głowie i twarzy. Podbiegnięcia krwawe skóry twarzy i głowy. Złe samopoczucie, lękowa, płacziwa. Przeżyła duży stres... niezdolna do pracy ze względu na reakcje nerwicowe oraz ze względów kosmetycznych (pracuje w przedszkolu)... twierdzi, że została pobita przez swojego męża. Była bita pięściami w okolice głowy, kopana po całym ciele, skarży się na ból głowy. Badaniem stwierdza się zasinienie, obrzęk okolicy zausznej prawej, rana cięta okolicy skroniowo-ciemieniowej długości 1,5 cm. Liczne zasinienia okolicy kończyn górnych, obrzęk okolicy podudzia prawego, otarcia naskórka nogi po stronie prawej. Skierowana do poradni chirurgicznej celem konsultacji”... „Uderzona w okolicę ucha przez męża. Podaje osłabienie słuchu. Stan po urazie ucha. Skierowana do poradni laryngologicznej”. Zapisy z ostatniego miesiąca życia Marioli K., zawarte w kartotece lekarza ogólnego, zwracają uwagę na pogarszający się stan psychiczny pacjentki. „Częste reakcje nerwicowe z powodu agresji męża. Pobita wczoraj. Uderzona pięścią w głowę po stronie lewej, uderzyła o drzwi prawą stroną głowy. Fizykalnie stwierdzam: krwiak okolicy małżowiny usznej prawej i okolicy skroniowej prawej, podaje ból głowy w miejscu urazu”. W kartotece znajduje się zapis o przeprowadzonej rozmowie z mężem pacjentki na temat jego choroby alkoholowej. Został zapoznany z wpływem alkoholu na

psychikę, z metodami i sposobami leczenia, które mu sugerowano.

Przedostatni zapis w kartotece również zwraca uwagę na pogarszający się stan psychiczny pacjentki. „...Nadal źle samopoczucie, reakcja nerwicowa, lęki, niepokój. Trudna sytuacja w domu. Do poradni zdrowia psychicznego”. Pacjentka nie dotarła tam jednak. Pod datą z następnego dnia znajduje się wpis: „Oględziny zwłok w domu na polecenie Prokuratora Rejonowego w M. Śmierć nagła przez powieszenie. Bruzda wisielcza. Stwierdzono zgon”.

Dalsze informacje zawarte w aktach sprawy przytaczają zeznania świadków, z wyraźną polaryzacją między zeznaniami ze strony rodziny Sławomira K. i rodziny zmarłej (co w tego typu sprawach jest stosunkowo częste). Z jednej strony nie słyszano o agresywności Sławomira K. wobec żony i powątpiewano w zdrowie psychiczne zmarłej, z drugiej strony mówiono o jego uzależnieniu alkoholowym, biciu żony, ale i o skrytości zmarłej i jej niechęci do ujawniania sytuacji panującej w małżeństwie.

Jak w tego typu opiniach, opartych wyłącznie na analizie akt, wnioski są stosunkowo obszerne, zazwyczaj starają się syntetyczne i pod kątem udzielenia odpowiedzi na zadawane pytania sądu omówić materiał dowodowy i przedstawić psychiatryczną diagnozę w ujęciu społecznym.

Na podstawie analizy akt sprawy, zeznań świadków, wywiadów środowiskowych oraz szczególnie dokumentacji lekarskiej, a to kart leczenia ambulatoryjnego w gminnym ośrodku zdrowia oraz oryginału historii choroby leczenia w Szpitalu Neuropsychiatrycznym w K. – nie stwierdziliśmy, aby u zmarłej Marioli K., można było rozpoznać psychozę z kręgu urojeniowego, bądź depresję endogenną.

Zmarła Mariola K. przebywała w Oddziale Neurologicznym Szpitala Neuropsychiatrycznego w K. przez 5 dni, na 2 lata i 4 miesiące przed śmiercią, z rozpoznaniem: „Reakcja sytuacyjno-depresyjna, próba samobójcza”. Z informacji zawartej w konsul-

tacji psychiatrycznej podczas pobytu na oddziale wynika, że lekarz ówczesnie badający Mariolę K. „nie stwierdził objawów psychozy”. Opisał orientację auto- i allopsychiczną jako pełną, nastrój psychiczny pacjentki ocenił jako nieco obniżony, ale bez cech głębszej depresji. Konsultant psychiatra zaznaczył ponadto, że pacjentka informowała go o szeregu przeżyciach i stresach związanych z kłopotami w domu i w pracy. Przeżyła też ciężko przed blisko dwoma laty śmierć córki (na 4 lata przed samobójstwem). W trakcie badania „pacjentka negowała myśli i zamiary samobójcze, wyrażając obawę, by w przyszłości w stanie zdenerwowania nie zareagowała w podobny sposób”. W konkluzji konsultujący psychiatra rozpoznał: „Reakcja sytuacyjna-depresyjna. Próba samobójcza” oraz stwierdził, że „aktualnie pacjentka nie wymaga hospitalizacji psychiatrycznej”. Wskazano na „konieczność kontaktu z poradnią zdrowia psychicznego oraz przeprowadzono rozmowę z mężem pacjentki”.

Powyższa konsultacja psychiatryczna może wskazywać, że przyczyną hospitalizacji na oddziale neurologicznym była nasilona sytuacyjna reakcja depresyjna. Równocześnie można stwierdzić, że bezpośrednim powodem wystąpienia takiej reakcji było długotrwałe obciążenie psychiczne oraz doznawane urazy w trakcie pożycia małżeńskiego. Nie można przyjąć jednoznaczności związku przyczynowego stanu psychicznego Marioli K. ze śmiercią córki.

Potwierdzeniem tego są faktograficzne dane zawarte w aktach, a szczególnie zeznania świadka dr M., lekarza Gminnego Ośrodka Zdrowia w M. Wielokrotnie na przestrzeni ostatnich 6 lat swego życia aż do dnia poprzedzającego samobójczą śmierć, Mariola K. była konsultowana i badana przez lekarza. Stwierdzał on jednoznacznie ślady pobicia oraz uzyskiwał informacje, że zmarła była pobita przez męża. Lekarz ten wydawał też stosowne zaświadczenia oraz uprzedził męża Marioli K. o „wpływie nadużywania przez niego alkoholu na psychikę”.

Kolejnym potwierdzeniem reakcji depresyjnej pozostającej w bezpośrednim związku przyczynowym z obciążeniem psychofizycznym doznany ze strony męża, jest adnotacja w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego na Oddziale Chorób Wewnętrznych w M., gdzie stwierdzono na 16 dni przed zgonem „nadal złe samopoczucie, reakcja nerwicowa, lęki, niepokój, trudna sytuacja w domu”. Z innych informacji zawartych w aktach wynika, że zmarła Mariola K. przez blisko 10 lat pożycia małżeńskiego, poddawana była szczególnej presji psychicznej oraz doznawała obrażeń fizycznych wskutek pobicia przez nadużywającego alkoholu jej męża.

Zmarła, jak to wynika z materiału dowodowego, pracowała jako nauczycielka, w pracy cieszyła się dobrą opinią, nigdy nie ujawniała objawów psychicznego niezrównoważenia. Wielu świadków stwierdza, że zmarła była osobą zamkniętą w sobie, niechętnie dzielącą się z innymi swoimi problemami rodzinnymi. Równocześnie dostępne w aktach są informacje, że Mariola K. ujawniała poczucie bezsilności i skrzywdzenia. Była przekonana o bezkarności męża, „na którego nikt nie miał wpływu”. Zmarła, jak zeznają świadkowie, wielokrotnie była bita przez męża, jednak niechętnie mówiła o tym komukolwiek. W prokuraturze fakt pobicia zgłosiła dopiero po namowie i wszczęte wówczas śledztwo oraz postępowanie sądowe doprowadziło na 2 miesiące przed samobójczą śmiercią do skazania Sławomira K. za psychiczne i fizyczne znęcanie się nad żoną.

Z akt wynika, że Mariola K., w sposób bardzo poważny podchodziła do swej pracy zawodowej. Z uwagi na swoją pozycję społeczną nauczycielki w małym, zamkniętym, wiejskim środowisku, wstydziła się nadwyrażania opinii o swojej rodzinie i pośrednio o sobie. Obawiała się nadmiernego zainteresowania sobą przez lokalną społeczność, wstydziła się tego, że jest bita i maltretowana przez męża, obawiała się, że upowszechnienie tego faktu nadwyreżyłoby jej autorytet nauczycielki i wychowawczyni dzieci.

Całość obrazu psychopatologicznego zmarłej Marioli K., dostępnego na podstawie dokumentacji lekarskiej i zeznań świadków, wskazuje na to, iż była ona osobą o wysokim stopniu wrażliwości, nadprzeciętnym neurotyzmie, osamotnioną i izolującą się nieco od ludzi, również z uwagi na wynikające z przekonania o swojej pozycji społecznej poczucie dumy. Można przypuszczać, że na chroniczny stres związany z nieudanym małżeństwem nałożyła się dodatkowo nerwicowa reakcja depresyjna, związana ze śmiercią dziecka (z porodu przedwczesnego, z wrodzoną wadą rozwojową). W sytuacji rodzinnej pacjentki po tej tragedii nie doszło jednak do zmiany pozytywnej.

Nie uzyskała ona wystarczającego wsparcia psychicznego ze strony męża, co więcej, dodatkowe obciążenia, jakich doznawała, nie pozwalały jej na uzyskanie psychicznego wzmocnienia, a jedynie pogłębiały już istniejące poczucie krzywdy, osamotnienia, bezsilności, urażonej godności osobistej i bezkarności dla zadawanego jej fizycznego i psychicznego cierpienia.

Zgromadzony materiał dowodowy pozwolił nam na przyjęcie, iż u zmarłej Marioli K. od wielu lat ujawniały się objawy zespołu stresu pourazowego w jego formie przewlekłej (PTSD). Kryteria diagnostyczne tego zespołu oparte są na narażeniu osoby na długotrwałe przeżywanie obciążenia, będącego poza normalną skalą ludzkich doświadczeń. Szczególne znaczenie ma tu narażenie na zagrożenie swego życia, trwałe lęk przed bólem fizycznym i narażenie na naruszenie integralności fizycznej. Potwierdzają to spostrzeżenia fakty wielokrotnych pobic, ucieczek przed pobiciem, pozostawanie w permanentnym lęku przed agresją pijanego męża, utrzymujące się poczucie bezradności i bezsilności, przekonanie, że instytucje prawne i wyroki sądowe, mające w założeniu stać na straży jej dóbr, są bezsilne. Charakter obciążeń psychofizycznych, jakich doznawała zmarła Mariola K., spełniał wręcz kryteria tortur, związanych z zespołem stresu pourazowego.

Współczesna psychiatria dokumentuje podobne przypadki oraz analizuje doświadczenie tortur pod względem ich przyszłych skutków dla zdrowia osoby maltretowanej. Przyjmuje się, że ekstremalny ból, lęk o własne życie, deprywacja snu (nocne uciezki przed agresją pijanego męża), dają permanentny stres, prowadzący do załamania woli, dumy i integracji osobowości. Następstwa tortur w sferze psychicznej mają prowokować degradację i poczucie słabości oraz regresywne zmiany w osobowości, aż do wczesnych mechanizmów obronnych. Ich wyrazem jest sięganie przez osoby maltretowane po wybór samobójczej śmierci w formie próby samobójczej lub samobójstwa dokonanego.

W kontekście powyższych stwierdzeń, wydaliśmy opinię, odpowiadającą na pytanie sądu, iż Mariola K. ujawniała przed zgonem objawy przewlekłego zespołu stresu pourazowego, przyczynowo związane z narażeniem na psychiczne i fizyczne obciążenia. Wynikające z faktu tych obciążeń zmiany w osobowości zmarłej w formie utrwalonej gotowości do reagowania lękiem i depresją na sytuacje trudne, mogły mieć, z bardzo dużym prawdopodobieństwem, wpływ na zachowanie się Marioli K., a w szczególności podjęcie prób samobójczych i targnięcie się na własne życie.

Całokształt materiału dowodowego nie wskazuje jednak na to, aby psychiczne obciążenia wyzwalające objawy zespołu stresu pourazowego, w swych tragicznych konsekwencjach były bezpośrednio spowodowane śmiercią córki i samobójstwem teścia.

Stawiając się w sądzie podtrzymaliśmy powyższą opinię z uzupełnieniem dotyczącym niejasności, które mogły wynikać z użytego sformułowania dotyczącego bardzo dużego prawdopodobieństwa wpływu stanu psychicznego ofiary na dokonanie zamachu samobójczego. Niejasności te tłumaczyliśmy następująco: (1) Stwierdzone u ofiary objawy zespołu stresu pourazowego w jego formie przewlekłej (PTSD) były następstwem psychicznego i fizycznego znęcania się nad ofiarą. (2) Stan psychiczny

ofiary w okresie poprzedzającym samobójstwo traktować należy jako jego przyczynę. (3) Sformułowanie dotyczące bardzo dużego prawdopodobieństwa wpływu zmian w osobowości na zachowanie się Marioli K. wynika jedynie z brania pod uwagę innych, nie znanych biegłym (z akt) okoliczności bezpośrednio poprzedzających zdarzenie.

Uzupełniając opinię, postulowaliśmy również, iż jeżeli sąd uzna, iż takich (nowych czy innych) okoliczności nie było, to opisany stan psychiczny ofiary był przyczyną targnięcia się na własne życie.

PODSUMOWANIE

Badania nad stresem pokazują, że rozwijające się w następstwie odniesionego urazu i jego powtarzalności określone stany afektywne, takie jak: depresja, lęk czy dysfunkcje somatyczne, pozostają w bezpośrednim związku z mechanizmami obronnymi ujawniającymi się w odpowiedzi na negatywne bodźce [Brett, Ostroff 1985].

Upośledzenie mechanizmów obronnych jednostki pozwala na ponowne przeżywanie urazu, jak gdyby rozpamiętywanie go we wspomnieniach, snach i działaniach. Działaniami tymi mogą być czynności auto-destrukcyjne – samobójcze, podejmowane w celu ostatecznego uwolnienia się od ponownego i natrętnego przeżywania urazu. Badacze zjawiska radzenia sobie z konsekwencjami skrajnie urazowych doświadczeń [Krystal 1981] zwracają uwagę na tzw. „aleksytymię”. Polega ona na trudnościach w wyrażaniu i określaniu swoich emocji. Osoby doświadczające urazowych przeżyć zazwyczaj niechętnie ujawniają swoje doznania, są słabo zwerbalizowane, nie są w stanie opowiedzieć jak się czują, większą uwagę poświęcają somatycznym skutkom urazu. Przez to, że ofiary urazu nie są w stanie dzielić się z innymi swoimi przeżyciami, nie opowiadają o nich, pozbawiają się kolejnego mechanizmu radzenia sobie ze stresem i możliwości uwolnienia się od obciążenia. Wśród czynników mogących mieć

negatywny wpływ na zdrowie psychiczne osób obciążonych urazem wymienia się równoległe zaburzenia zdrowia fizycznego, wcześniej obecne symptomy zaburzeń psychicznych, upośledzone funkcjonowanie społeczne, brak zdolności do kompetentnego radzenia sobie w sytuacjach zbliżonych (negatywne doświadczenia), brak osiągnięć (zawodowych, rodzinnych), prowadzących do podtrzymania własnej wartości, szczególnie cechy osobowości [Lis-Turlejska 1993].

Opisywana sytuacja wyboru samobójczej śmierci, by uwolnić się od urazu, odpowiada powtarzającym się w wielu badaniach wnioskom, iż czyn ten, będąc konsekwencją stresu, mógł być zależny od rodzaju doznawanego psychicznego i fizycznego obciążenia, indywidualnych cech ofiary, sprawności jej mechanizmów obronnych, środowiskowego wsparcia społecznego, czynników kulturowych i demograficznych, takich jak: wiek, płeć, wykształcenie i pozycja społeczna [Green i wsp. 1985].

Gdy przyjmie się, że psychopatologiczną konsekwencją długotrwałego psychofizycznego dręczenia był dynamiczny rozwój reaktywnego zespołu depresyjnego, to samobójczy zamach staje się wynikiem negatywnej adaptacji do obciążenia. Równoległy, potencjalny zasób możliwości intelektualnych stawał się w tej szczególnie obciążającej emocje sytuacji, mało pomocny. Upośledzenie racjonalizacji jako mechanizmu obronnego, skutkowało tragedią również z uwagi na brak możliwości poznawczej re-interpretacji doznawanych obciążeń. Jeden z najwybitniejszych badaczy zespołu stresu

pourazowego – Horowitz, stoi na stanowisku, że konsekwencje narażenia na obciążenie generują uporczywą chęć jego przetwarzania aż do zmiany całej sytuacji [Horowitz 1979]. Stałe, bolesne i nieskończone w rozumieniu ofiary przeżywanie sytuacji urazowej często stwarza z zamachu samobójczego jedyny sposób na zmianę tej sytuacji i przetwarzanie urazowego przetwarzania.

Zastosowanie badań nad stresem i zespołem stresu pourazowego w psychiatrii sądowej znajduje praktyczny wymiar w sporządzanych opiniach. Bez tej diagnozy, zwłaszcza w odniesieniu do ofiar zmarłych na skutek samobójczego działania, trudnym zadaniem byłoby zobiektywizowanie zawartych w materiałach dowodowych informacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Brett E.A., Ostroff R.: Imagery and posttraumatic stress disorder – an overview. *Am. J. Psychiatry* 1985, 42, 4, 417–424.
2. Green B.I., Wilson J.P., Lindy J.D.: Conceptualizing post-traumatic stress disorder: a psychosocial Framework. W: Figley Ch.R. (red.): *Trauma and its wake*. T. 1. Brunner & Mazel, New York 1985, 53–69.
3. Horowitz M.J.: Psychological response to serious life events. W: Hamilton V., Warburton D.M. (red.): *Human stress and cognition*. John Wiley & Sons, New York 1979.
4. Krystal H.: Integration and self-healing in posttraumatic states. *J. Geriatric Psychiatry* 1981, 14, 2, 165–189.
5. Lis-Turlejska M.: Radzenie sobie ze skutkami psychologicznymi skrajnie traumatycznych przeżyć. *Nowiny Psychologiczne* 1993, 4, 77–86.

Adres: Dr Janusz Heitzman, Zakład Patologii Społecznej Katedry Psychiatrii CM UJ, ul. Kopernika 21b, 31-501 Kraków