

Stanisław Teleśnicki, Mariusz Patla, Henryk Bołoz

Depresja jako jeden z czynników przestępstwa

Depression as one of the conditionings of crime

Z Oddziału Obserwacji Sądowo-Psychiatrycznej Szpitala AŚ w Krakowie
Kierownik: dr n. med. Stanisław Teleśnicki

Dokonanie przestępstwa najczęściej wynika z zaburzeń osobowości, często o typie osobowości aspołecznej. Istnieje grupa przestępstw dokonywanych przez osoby chore psychicznie. Praktyka wynikająca z orzecznictwa psychiatrycznego wskazuje na to, że istnieją grupy przestępstw, w których depresyjne obniżenie nastroju usposabia lub nawet warunkuje dokonanie przestępstwa. Przedmiotem pracy jest analiza typowych dla depresji zachowań, które mogą prowadzić do dokonywania przestępstw.

The performance of a crime results generally from personality disorders, often from an asocial type of a personality. There is a group of offences performed by mentally ill persons. In psychiatric medico legal practice it can be seen that a depressive decrease in the state of mind predisposes to or even conditions the execution of particular groups of crimes. The aim of this study is to analyze the typical depression related behaviors that may lead to performance of a crime.

Słowa kluczowe: przestępstwo, depresja, niepo-
czytalność

Key words: crime, depression, insane

Przestępstwo jest czynem kojarzonym z osobami z szeroko rozumianymi zaburzeniami osobowości, w przypadku zaś osób chorych psychicznie opisuje się przypadki osób popełniających czyny zabronione z przyczyn występujących u nich zaburzeń psychotycznych lub w wyniku zaburzeń nastroju pod postacią manii.

Przy prognozowaniu przestępstwa najczęściej pomija się problem depresji i zagrożeń z nią związanych.

Najczęściej twierdzi się, iż kryminogennie działa niewłaściwy układ zmiennych-dynamicznych czynników osobowościowych i czynników społecznych [17].

Ważne w każdym przypadku leczenia zaburzeń psychicznych jest to, by pacjent miał właściwą koncepcję choroby [16], by wiedział jakie mogą występować objawy i jakie niebezpieczeństwa stwarza przerwanie leczenia lub jego nie podejmowanie. W zależności od stopnia realizmu tej koncepcji pacjent wytwarza w sobie sposoby zachowania, które powtarza.

W depresji czyn zabroniony prawem najczęściej występuje z powodu zaniechania w wyniku apatii, czy też samooskarżeń, jakie występują w patologicznym myśleniu chorego [13], często na skutek działań mających na celu ochronienie jego samego i bliskich przed grozącymi im cierpieniami, nieszczęściami, jakie mogą ich spotkać.

W badaniach nad sprawcami zabójstw Gierowski [5] spostrzegł, iż w wielu przypadkach sprawcy znajdowali się od dłuższego czasu w sytuacji przeciążenia, tj. wykonywali zadania przekraczające ich możliwości fizyczne czy też psychiczne. Można z tego wysnuć wniosek, iż część z nich miała objawy przygnębienne.

Cieślak, Spett, Wolter [4] podają, iż w depresji jest możliwy, w przeciwieństwie do zwykle występującego zahamowania ruchowego, niespodziewany poryw psychomotoryczny tzw. raptus melancholicus, w trakcie którego pacjent może zaatakować inną osobę lub próbować popełnić samobójstwo. Ci sami autorzy podają określenie samobójstwa pośredniego, gdzie chory pragnie by sąd skazał go na karę śmierci, dlatego popełnia ciężkie przestępstwo, za które można dostać wysoki wymiar kary.

Francuzi wykazują [1], że istnieje wysoka zależność między depresją, samobójstwami i zabójstwami. Zabójcy (16-28%) mają często depresję gdy popełniają zbrodnię. W Wielkiej Brytanii i USA 4-35% zabójców popełnia samobójstwo po dokonaniu zbrodni. Ocena pacjenta z depresją musi zawierać ocenę ryzyka zabójstwa w równym stopniu jak ocenę popełnienia samobójstwa, szczególnie gdy wiemy o wcześniejszych próbach samobójczych pacjenta. Obecność w badaniu objawów depresji, myśli samobójczych nie wyklucza możliwości agresji a czasem nawet popełnienia zabójstwa

Jednym ze sposobów tzw. „samoleczenia” w depresji jest, zwłaszcza u mężczyzn, nadużywanie alkoholu, zaś u kobiet przyjmowanie środków uspokajających [7] co w przypadku alkoholu jak wiemy jest często czynnikiem spustowym dokonania czynu zabronionego, niejednokrotnie agresywnego. W postaci zaś przyjmowania środków uspokajających czyn może być dokonany w postaci zaniechania lub zaburzeń koncentracji uwagi jak np. przy prowadzeniu pojazdów mechanicznych.

Objawy depresyjne często powodują dokonania samobójstwa rozszerzonego, które jest szczególną formą przestępstwa z uwagi na motywy warunkujące ten sposób działania sprawcy związane praktycznie w każdym przypadku z chorobą psychiczną. W tej postaci zabójstwa istota działania sprawcy polega na tym, iż chory decyduje się na poszerzenie liczby osób, w stosunku do których śmierć wydaje mu się najlepszym i jedynym rozwiązaniem. Dotyczy to zwykle osób najbliższych, z którymi pozostaje w bliskim związku emocjonalnym. Motywy takiego rozszerzonego samobójstwa wiążą się z dążeniem do uchronienia najbliższych przed nieszczęściem, cierpieniem i sytuacją bez wyjścia, w której w ocenie sprawcy znaleźli się najbliżsi. Puzyński [12] podaje, iż samobójstwo rozszerzone zdarza się w ciężkich depresjach psychotycznych, rzadziej jego motywem jest bilans depresyjny. Szymusik [15], w swoim opracowaniu dotyczącym psychopatologii zabójstw, wskazał na różnorodne motywy i uwarunkowania tych czynów wskazując, iż wielu autorów za przyczynę ich dokonywania uważa różne formy zaburzeń psychicznych, frustracje, nieumiejętność sprostania wymaganiom życia społecznego (Bjerre) występujące u sprawców.

Wielokrotnie czyny określane mianem samobójstw rozszerzonych trafiają na czołówki wiadomości, jako wydarzenia niezwykle sensacyjne, wzburzające publiczność nie mające w późniejszym okresie jakiegokolwiek echa z uwagi na fakt umarzania postępowania w przypadku śmierci sprawcy. W piśmiennictwie spotykamy podobne przypadki opisywane jednak głównie w społeczeństwach zachodnich.

Systemy prawne poszczególnych krajów różnie reagują w podobnych przypadkach. Chyba najbardziej restrykcyjny wydaje się być amerykański system sprawiedliwości.

Spotykamy się w literaturze sądowo-lekarskiej z przypadkami samobójstw rozszerzonych dotyczących osób w podeszłym wieku. Ciekawym więc wydaje się przypadek 89-letniego staruszka [2] w doniesieniu z Niemiec. Przejawiał on symptomy depresji z urojeniami ubóstwa i zanim powiesił się na kablu anteny telewizyjnej, zabił żonę w ten sposób, że strzelił jej w głowę trzykrotnie (obrażenia wykazywały 2 rany wlotowe i 3 rany wylotowe) oraz wykonał dwa dźgnięcia nożem myśliwskim i dwuostrzowym sztyltem, które pozostawił w ciele siedemdziesięcioletniej żony. Dochodzenie i śledztwo wyjaśniło to kombinowane zabójstwo i samobójstwo.

Innym problemem jest tzw. depresja poporodowa u kobiet. Jak podają źródła [14] ok. 10-20% kobiet w 1 tygodniu po porodzie wykazuje objawy depresyjne. Przy dużej depresji najbardziej niebezpieczne jest tutaj dokonanie czynu z zaniechania a więc brak opieki nad dzieckiem, a przy współistniejących objawach psychotycznych, istnieje niebezpieczeństwo dzieciobójstwa. Koncepcję triady zaburzeń prezentują autorzy artykułu z Katedry Położnictwa i Ginekologii z Ohio [6], którzy postulują obecność w okresie ciąży i porodu objawów depresji, nadużywania substancji psychoaktywnych oraz dokonywania zabronionych czynów gwałtownych (agresja fizyczna). Autorzy zatem postulują, że jeśli w okołoporodowym okresie pacjentka przejawia jedno z wyżej wymienionych trzech zaburzeń to szczegółowo powinno się poszukiwać pozostałych dwu.

Interesujący jest przypadek opisywany w literaturze amerykańskiej [3] pacjentki, 37-letniej pielęgniarki, mieszkającej z mężem w Houston (Texas), która utopiła pięcioro dzieci w wieku od 6 miesięcy do 7 lat, co zagrożone jest w Texasie karą śmierci (choć w niektórych stanach USA jak np. Hawaje prawo jest łagodniejsze). Kobieta została postawiona w stan oskarżenia pomimo tego, iż było wiadome, że od 1999 roku była psychicznie chorą osobą, a obrona przedstawiła dowody na to, że chorowała od co najmniej 2 lat przed dniem kiedy utopiła dzieci. Była więc leczona z powodu depresji po porodzie czwartego dziecka, kiedy to dwukrotnie przebywała w szpitalu z tego powodu oraz mała dwie próby samobójcze. Po długim procesie i kilku opiniach psychiatrycznych Sąd uznał, iż oskarżona popełniła czyn w niepoczytalności. Przypadek ten obrazuje niedoskonałość opieki psychiatrycznej w różnych krajach świata i pokazuje jak ważna jest opieka i stałe leczenie chorych psychicznie matek.

W Wielkiej Brytanii w 1922 roku Parlament wydał akt prawny zmieniający automatycznie oskarżenie z morderstwa na zabójstwo, na skutek choroby psychicznej matki, która nie powróciła całkowicie do zdrowia na skutek porodu lub na skutek porodu istnieją u niej zakłócenia czynności procesów myślenia.

W Polsce w Kodeksie Karnym z roku 1932 czytamy, że dzieciobójstwo jest traktowane jako zabójstwo uprzywilejowane, za które wymierza się łagodną karę („...matka, która zabija dziecko w okresie porodu pod wpływem jego przebiegu...”). Prawo zakłada, że sprawczynią dzieciobójstwa może być tylko matka a pozbawienie życia dziecka musi nastąpić w okresie porodu oraz to, że matka działa pod wpływem tego porodu.

Podręczniki medycyny sądowej [11, 10] rozróżniają dzieciobójstwo czynne – gdy zazwyczaj matka w sposób gwałtowny pozbawia dziecko życia lub dzieciobójstwo bierne – gdy matka nie udziela dziecku należytej pomocy i opieki. Dla medycyny sądowej bardziej istotny wydaje się być jednak mechanizm śmierci, dla psychiatrów i psychologów stan psychiczny matki w momencie dokonywania czynu zabronionego.

Dzieciobójstwo jest zatem przedmiotem zainteresowania prawników, psychiatrów, psychologów, medyków sądowych, a w ostatnim czasie także organizacji międzynarodowych [3].

W doniesieniu pochodzącym z Kuwejtu [9], autorzy wzmiankują o badaniu 248 kobiet w okresie ciąży. Badanie to ujawniło, iż część symptomów depresyjnych pozytywnie koreluje z czynnikami stresogennymi wynikającymi z konfliktów małżeńskich, agresywną postawą męża i innymi obciążającymi psychicznie wydarzeniami. W badaniach pochodzących z Finlandii [8] stwierdzono, że mężczyźni potomkowie depresyjnych matek z okresu okołoporodowego, byli obarczeni (jednak nieznacznie) tym, że dokonują więcej czynów przestępczych niż gdy matki nie przejawiały takich zaburzeń. Stan emocjonalny kobiety w ciąży ma, choć niewielki, to jednak godny zauważenia wpływ na późniejsze wchodzenie w konflikty z prawem męskich potomków. Badanie przeprowadzono na populacji 12 059 dzieci urodzonych w 1966 roku, których matki pytano w 1998 roku, czy gdy były w ciąży „czuły się depresyjnie”.

Dla przykładu można podać kilka przypadków obrazujących poruszany problem.

Przypadek 1.

Pacjentka lat 44, mężatka, matka czworga dzieci, o wyższym wykształceniu została poddana obserwacji sądowo-psychiatrycznej po aresztowaniu z podejrzeniem o to, że „z zamiarem bezpośrednim

usiłowała pozbawić życia swoich dwojga dzieci poprzez podanie im dużej ilości leków, lecz zamierzonego celu nie osiągnęła z powodu udzielenia pomocy lekarskiej wezwanej przez ojca pokrzywdzonych” czyli o czyn z art. 148 § 1 k.k.

Pacjentka nie leczyła się uprzednio psychiatrycznie. Jednorazowo kilka lat temu korzystała z porad psychologa po rozwodzie. Jest jedynaczką, wychowywała się w domu rodzinnym. Skończyła studia wyższe, pracowała w kilku firmach, jako pracownik umysłowy. Obecnie z mężem prowadzi działalność gospodarczą.

Jest obecnie w drugim związku małżeńskim, pierwszy mąż ją porzucił – rozwód kilka lat temu. Ma czworo dzieci w tym jedno z pierwszego związku. Jedno dziecko jest z porażeniem mózgowym – wymaga stałej opieki, rehabilitacji. Podaje, iż od kilku miesięcy zaczęły się problemy finansowe w firmie, razem z mężem zaciągnęli kredyty. Od tego czasu zaczęła mieć lęki, iż mogą sobie z tą sytuacją nie poradzić. Korzystała z porad lekarza rodzinnego, który zwiększał jej dawkę benzodiazepin. Nie poszła do psychiatry, lekarz jej tego nie proponował. Objawy lęku, obniżonego nastroju, nasilały się. Mówi, że nie mogła funkcjonować, nie potrafiła skupić się na jakichkolwiek czynnościach, cały czas myślała o grożącym jej i jej dzieciom niebezpieczeństwie. Prześladowała ją myśl, że zostaną bez środków finansowych, wylądują w więzieniu, dzieci zginą z głodu, albo trafią do domu dziecka i jak mówiła „zatrąca się”. Kilka dni przed tragicznym momentem myślała, że nie ma innego wyjścia jak umrzeć, myślała, że tylko tak może skrócić cierpienie sobie i swoim dzieciom. Pewnego dnia podała dzieciom dużą ilość tabletek uspokajających, sama też przyjęła wszystkie tabletki jakie znalazła w domu. Po aresztowaniu próbowała popełnić samobójstwo przez powieszenie. Po przybyciu na Oddział Psychiatryczny prezentowała nasilone objawy zespołu depresyjnego. Po kilkutygodniowym leczeniu stan pacjentki znacznie poprawił się. Wykonano badania dodatkowe – EEG, TK głowy, badanie neuropsychologiczne – które nie wskazały na zmiany w OUN. Została zaopiniowana z art. 31 § 1 k.k. i skierowana do Szpitala Psychiatrycznego zgodnie z art. 93 i 94 k.k.

Przypadek 2.

Pacjentka lat 35, mężatka, matka czworga dzieci, o wykształceniu podstawowym, bez zawodu, została skierowana na obserwację sądowo-psychiatryczną po aresztowaniu z podejrzeniem o to, że „działając wspólnie i w porozumieniu z mężem w zamiarze pozbawienia życia swojego trzyletniego syna, systematycznie głodziła dziecko przez nie-

podawanie pokarmu oraz nieudzielenie pomocy, doprowadzając w ten sposób do śmierci dziecka wskutek chronicznego niedożywienia i głodu”, tj. o czyn z art. 148 § 1 k.k. Jak wynika z akt sprawy biegły patomorfolog po sekcji dziecka stwierdził, iż „dziecko było bardzo wyniszczone i wychudzone, co było spowodowane chronicznym niedożywieniem”. Pacjentka korzystała kilka lat temu z pomocy psychiatry – jak podaje przyjmowała leki uspokajające. Od 7 lat nie była u lekarza. Wychowała się w domu rodzinnym. Ojciec nadużywał alkoholu, matka chorowała psychicznie z rozp. schizofrenii. Siedmiokrotnie zachodziła w ciążę, urodziła sześćro dzieci, raz ronila. Uczyła się słabo, nie skończyła rozpoczętej szkoły zawodowej. Pracowała fizycznie. W wieku 20 lat wyszła za męża. Mąż nadużywał alkoholu, nie zajmował się nią i dziećmi. Dwukrotnie podejmowała próby samobójcze przez zatrucie lekami i próbę otrucia gazem – nie korzystała z porad lekarskich po próbach. Podaje, iż od ok. roku nie była w stanie nic robić, cały czas spędzała w łóżku, nie wychodziła z domu. Nic ją nie interesowało, nie zwracała uwagi na dzieci, cały czas spała. Mówi, że jak mąż przyniósł coś do jedzenia to jedli, czasem jednak mąż nie przychodził i wtedy w domu nikt nie jadł, nie była w stanie wyjść z domu by coś kupić. Miała trudności z wykonywaniem podstawowych czynności. Podczas pobytu na Oddziale leczona, stan pacjentki znacznie poprawił się. Wykonano badania – TK głowy, EEG, badanie neuropsychologiczne – nie wskazały zmian w OUN. Wypisana z rozp. zespołu depresyjno-lękowego z zaopiniowaniem z art. 31 § 2 k.k.

Przedstawione przypadki wskazują na to, że osoby z zaburzeniami depresyjnymi mogą z przyczyn chorobowych dokonywać czynów zabronionych. Charakter tych czynów może mieć różny ciężar gatunkowy, często jednak łączą się one z przestępstwami przeciwko zdrowiu i życiu. Osobną, nie omówioną w niniejszym opracowaniu, grupę czynów zabronionych stanowią takie, przy popełnianiu których znaczenie ma brak zdolności do aktywnego działania, refleksji, przewidywania skutków własnego postępowania, niski poziom asertywności wynikający z braku zdolności podejmowania decyzji i przeciwstawiania się wpływom, naciskom otoczenia. Sytuacje takie mają miejsce przy zawieraniu umów, podejmowaniu zobowiązań finansowych, godzeniu się na poręczenia pożyczek, kredytów itp.

WNIOSKI

1. Ujawnienie się objawów depresji, nie stanowi ochrony przed dokonywaniem czynów za-

bronionych a w szczególnych przypadkach same zaburzenia depresyjne stanowić mogą motywację do dokonania określonego czynu zabronionego.

2. Szczególnie niebezpieczne są okresy po porodzie, w których nasilenie zaburzeń depresyjnych jest szczególnie częste.
3. Okresy przed postawieniem właściwego rozpoznania depresji, stany „samoleczenia” przez używanie i nadużywanie alkoholu, środków uspokajających z powodu samych zaburzeń depresyjnych, jak też skutków używania tych środków, są szczególnie niebezpieczne.
4. Przy każdym rozpoznaniu depresji na stwierdzającym ją lekarzu spoczywa obowiązek analizy sytuacji życiowej badanego, ujawnienia lub wykluczenia elementów ryzyka dokonania czynu zabronionego z przesłanek i motywów chorobowych.
5. Czyn zabroniony dokonywany w przebiegu depresji, i w związku z nią, może mieć zarówno formę czynną agresywną jak i zaniechanie niezbędnego działania.

PIŚMIENNICTWO

1. Benezech M., Bourgeois M.: Homicide is strongly correlated to depression and not to mania, *Encephale* 1992, 18 Spec No 1.
2. Bungardt N., Ogbuihi S., Gross T., Rittner C.: An unusual homicide case with subsequent suicide, *Arch. Kriminol.* 2003, Jan-Feb; 211 (1-2).
3. Charatan Fred: Woman may face death penalty in postnatal depression case, *BMJ* 2002 (16 march).
4. Cieślak, Spett, Wolter: *Psychiatria w procesie karnym*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1977, 359-360.
5. Gierowski K.: *Motywacja Zabójstw*, Materiały IX Krajowej Konferencji Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP, Warszawa 1991, red. Majchrzyk i wsp., 203-219.
6. Horigan T. J., Schroeder A. V., Schaffer R. M.: The triad of substance abuse, violence and depression are interrelated in pregnancy, *J Subst Abuse Treat.* 2000, Jan; 18(1).
7. Koszewska I., Habrat-Pragłowska E.: O depresji, o manii, o nawracających zaburzeniach nastroju, *Wydawnictwo Lekarskie PZWL* 2003, 65.
8. Maki P. i wsp.: Criminality in the offspring antenatally depressed mother 33-year follow-up of the

Northern Finland, Am J Forensic Med Pathol 1993 Sept, 14 (3).

9. Nayak M. B., Al-Yattama M.: Assault visting history as a factor in depression during pregnancy, Obstet Gynecol 1999 Aug, 94(2).

10. Olbrycht J. S., Kowalczykowska J.: Diagnostyka sekcyjna anatomopatologiczna i sądowo-lekarska, 1968.

11. Popielski B., Kobiela J.: Medycyna Sądowa 1972.

12. Pużyński: Choroby afektywne nawracające, w: Psychiatria II, red. Bilikiewicz i wsp., Wyd. Urban i Partner, Wrocław 2002, 396-397.

13. Przybysz J.: Psychiatria sądowa, Fundacja Tumult, Toruń, 116.

14. Steiner M., Yonkers K.: Depresja u kobiet, Via Medica 1999, 37-38.

15. Szymusik A.: Psychopatologia zabójstw, Folia medica Cracoviensis 1972, XIV, 1, 6.

16. Waligóra B.: Elementy psychologii klinicznej, Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 1985, 66.

17. Wolska A., Majchrzyk Z.: Wybrane metodologiczne problemy psychologicznej predykcji zachowań przestępczych, Postępy Psychiatrii i Neurologii, 2000, 9, supl. 4(12), 94.

Adres do korespondencji:

Mariusz Patla

Oddział Obserwacji Sądowo-Psychiatrycznej

Szpitala AŚ w Krakowie

ul. Montelupich 7

31-155 Kraków

e-mail: m-patla@wp.pl