

HENRYK CHMIELEWSKI
Klinika Neurologii i Neurorehabilitacji
Uniwersytet Medyczny
Łódź

KS. WALDEMAR WOŹNIAK
Instytut Psychologii
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
Warszawa

ORGANICZNE I AFEKTYWNE UWARUNKOWANIA PRZESTĘPCZOŚCI

WSTĘP

Przez pojęcie ‘przestępczość’ w kryminologii rozumie się – zbiór czynów zabronionych przez ustawę pod groźbą kary, które to czyny popełnione zostały na obszarze danej jednostki terytorialnej i w danym czasie. Przestępczość może być rozpatrywana pod kątem jej rozległości, intensywności, struktury i dynamiki.

Przez termin ‘rozmiar przestępczości’ rozumie się udział zachowań przestępczych w całokształcie działalności członków społeczeństwa. Wskaźnik ten jest różny zależnie od tego – czy rozważa się przestępczość rzeczywistą, ujawnioną (pozorną), stwierdzoną, czy też osądzoną. Poniżej przedstawione zostaną definicje poszczególnych rodzajów przestępczości:

- przestępczość rzeczywista – to ogół czynów przestępczych popełnionych w danej jednostce czasu na określonym terenie; tu nie jest znana wielkość ani struktura;
- przestępczość ujawniona – to ogół czynów, o których informacje uzyskały organy ścigania i na podstawie tych informacji wszczęły postępowanie przygotowawcze; jest ona nazywana niekiedy przestępczością pozorną;
- przestępczość stwierdzona – to ogół czynów, których charakter przestępczy został potwierdzony w wyniku postępowania przygotowawczego;
- przestępczość osądzona wyrokiem skazującym stanowi ogół czynów, których charakter przestępczy potwierdzono w wyniku postępowania sądowego.

Przestępstwem (łac. *delictum*) nazywamy zawinione zachowanie się człowieka, zabronione pod groźbą kary jako społecznie niebezpieczne. Jest ono wyrazem agresji wobec osób lub wartości chronionych albo wyrazem lekceważenia praw współżycia społecznego.

Już od dawna starano się poprawić efektywność walki z tym zjawiskiem. Jak podaje N. Kulicki najstarsza zachowana postać spisanej instrukcji na ten temat pochodzi z IX w. p.n.e. i została napisana na papirusie¹.

W 1893 r. ukazał się pierwszy podręcznik, autorstwa prof. Hansa Grossa, zawierający usystematyzowaną wiedzę kryminalistyczną. Rok wydania tego podręcznika uważany jest za datę powstania nauki, którą nazywamy obecnie kryminalistyką.

Profesor Hołyst definiuje kryminalistykę jako naukę o metodach ustalania faktu przestępstwa, sposobu jego popełnienia, wykrywania sprawców i zapobiegania przestępstwom oraz innym ujemnym zjawiskom społecznym.

Nauką najbliższą kryminalistyce jest kryminologia. Według Hołysta kryminologia to nauka o przestępstwie i przestępcy, objawach i przyczynach przestępczości oraz innych związanych z nią zjawiskach patologii społecznej, a także o metodach ich eliminacji.

W ostatnich latach we wszystkich niemal państwach nastąpił wzrost przestępczości i innych przejawów patologii społecznej. Dotyczy to przestępstw z użyciem przemocy (morderstwa, rabunki, napady), jak i przestępstw odnoszących się do własności (kradzieże, oszustwa).

Przestępstwo jest zjawiskiem tak złożonym, że jego poznanie i zwalczanie wymaga wiadomości z wielu dziedzin wiedzy. W celu skutecznej walki z przestępczością i innymi przejawami patologii społecznej konieczne są badania naukowe dotyczące istoty tych zjawisk i środków ich zwalczania.

NEUROLOGICZNE PODŁOŻE PRZESTĘPCZOŚCI

Badania kryminologiczne uzyskały wysoką rangę społeczną. Są one coraz częściej prowadzone przez zespoły specjalistów skupiające prawników, lekarzy, psychologów, socjologów, pedagogów, biologów.

Uprawianie kryminologii wymaga aktualnie znajomości podstawowej problematyki w zakresie socjologii, psychologii, psychiatrii, neurologii, genetyki i innych dziedzin. Spośród nauk medycznych najważniejszą rolę w badaniach nad przestępczością odgrywają: psychiatria, neurologia i endokrynologia.

Podkreśla się, iż różnorodne objawy psychopatologiczne (np. zaburzenia uwagi, spostrzegania, myślenia, życia uczuciowego) mogą stać się czynnikiem

¹ Za Z. Mazurczyk, *Psychospołeczne i biologiczne uwarunkowania przestępczości żołnierzy służby zasadniczej w latach 1983–1993*, Łódź 1996 (praca doktorska, WAM).

przyczynowym przestępstwa. To właśnie w gestii psychiatrii czy neurologii leży wykrywanie tych anomalii i leczenie ich².

Nierzadko czyn przestępczy bywa pierwszym objawem występujących u jego sprawcy zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego w warunkach fizjologii (normy) i patologii, czym zajmują się:

- neurologia kliniczna,
- nauki neurologiczne takie, jak:
 - neuroanatomia,
 - neurofizjologia,
 - neurobiologia,
 - neurochemia,
 - neurofarmakologia,
 - neuropatologia,
- nauki graniczące z neurologią:
 - neuroradiologia,
 - neurochirurgia,
 - neurookulistyka,
 - neuroonkologia.

Choroby neurologiczne dzielimy na: organiczne, czynnościowe, psychogenne. W chorobach neurologicznych występują objawy: ruchowe, czuciowe (anatomiczne), psychiczne. Ze względu na przebieg choroby te można podzielić na: ostre, nagłe, przewlekłe.

Wśród chorób neurologicznych spotykamy:

- wady wrodzone i rozwojowe (malformacja, jamistość rdzenia),
- zapalenia (wirusowe, grzybicze, ropne, toksoplazmoza),
- zwyrodnienia (zanik mózgu, encefalopatia, choroba zwyrodnieniowa trzonów i krążków międzykręgowych),
- nowotwory (śródczaszkowe, glejopodobne, przerzutowe),
- zmiany pourazowe (złamania kości czaszki, krwiaki, krwawienie podpajęczynówkowe), choroby naczyniowe (udary blade i krwotoczne, TIA).

Z piśmiennictwa wynika, że u ponad 50% młodzieży leczonej z powodu różnych zaburzeń psychicznych występują wskaźniki organicznego uszkodzenia mózgu. Dotyczy to zarówno tzw. mikrouszkodzeń, często prezentujących kliniczne przypadki z pogranicza, jak i następstw ciężkich uszkodzeń głównie okołoporodowych, które pod względem klinicznym przekraczają jedną z trzech postaci mózgowego porażenia dziecięcego. Temu zagadnieniu poświęca się wiele uwagi

² Por. A. Florkowski, *Usiłowane samobójstwo w warunkach służby wojskowej*, Lek. Wojsk. (1987) 1, s. 50–53; por. także A. Florkowski, A. Dietrich-Muszalska, Z. Łódzki, P. Melnychak, *Analiza kliniczna zespołów dezaptacyjnych u żołnierzy z jednostek specjalnych*, Lek. Wojsk. (1998) Supl. 1, s. 13–15; por. także W. Gruszczyński, *Badania stanu psychicznego, somatycznego oraz społecznej sprawności osób z encefalopatią po porodowym urazie mózgu*, Łódź 1990 (rozprawa habilitacyjna, WAM).

w piśmiennictwie światowym i polskim, nie stanowi ono jednak domeny psychiatrii, ale raczej neurologii, fizjoterapii, rehabilitacji³.

Dzieci z mózgowym porażeniem są stosunkowo wcześnie diagnozowane z uwagi na wyraźnie zaznaczone zaburzenia neurologiczne (jedno lub obustronne niedowłady połowicze, atetozę, padaczkę), a także objawy psychopatologiczne związane najczęściej z niedorozwojem umysłowym, głuchotą, ślepotą lub niedowidzeniem. Dzieci te od urodzenia wymagają specjalnej troski i opieki ze strony rodziców. Nie są one w stanie zaadaptować się do środowiska rówieśniczego i pozostają przeważnie przez całe życie poza nim.

Dyskretne zespoły organiczne występują u: od 7 do 22% generalnej populacji dziecięcej i stanowią niemały problem społeczny, nierzadko niezauważany bądź niedoceniany. Dzieci te funkcjonują w normalnych układach społecznych, stwarzają jednak poważne trudności wychowawcze w procesie uczenia się, rzadziej problemy zdrowotne.

Prowadzone szeroko na świecie badania epidemiologiczne „zdrowej” młodzieży wykazują różne odsetki osób „niepełnosprawnych psychicznie”. Zdecydowana większość badaczy prezentuje pogląd o wieloprzyczynowości zjawisk patologii społecznej, przy czym zasadniczy wpływ mają dwa czynniki: środowiskowy i psychiczny⁴.

Obniżony potencjał psychiczny od 60 do 80% nieletnich (młodocianych) przestępców, narkomanów, alkoholików pozostaje w istotnym związku z różnego rodzaju organicznymi uszkodzeniami mózgu, powstałymi w okresie porodu lub wczesnego dzieciństwa, które prowadzą do zaburzeń charakteru, upośledzeń intelektualnych, gorszej sprawności układu motorycznego i wegetatywnego⁵.

U około 80% młodocianych alkoholików stwierdza się cechy organicznego uszkodzenia mózgu, predysponujące do podatności na kryminogenne oddziaływanie środowiska.

Oba te parametry – środowiskowy i osobowościowy – pozostają ze sobą w ścisłym związku. Demoralizujące wpływy w okresie dziecięco-młodzieżowym kształtują nieprawidłowo niedojrzałą jeszcze osobowość, a wadliwie ukształtowana osobowość dużo łatwiej poddaje się szkodliwym bodźcom społecznym.

Z czasem wytwarza się ogromnie trudne do rozwiązania „błędne koło” wzajemnych uwarunkowań. Także liczne badania wskazują na wzrost liczby samobójstw wśród dzieci i młodzieży. Motywem zaś tych prób są niepowodzenia szkolne, a podłożem nieprawidłowo kształtująca się osobowość przy współistnieniu cech organicznego uszkodzenia mózgu pochodzenia okołoporodowego lub wczesnodziecięcego.

³ A. Florkowski, W. Gruszczyński, *Zdrowie psychiczne żołnierzy*, WAM, Łódź 1996.

⁴ Tamże.

⁵ Tamże.

Podkreśla się, że nieletni z organicznym uszkodzeniem mózgu, w odróżnieniu od pozostałych grup młodych samobójców, wykazują cechy charakterystyczne, a mianowicie:

- wielokrotnie ponawiają próby samobójcze z powodu niedostosowania społecznego,
- usiłowania samobójcze cechuje nasilona agresywność i gwałtowność (np. powieszenie, zranienie),
- zamachy samobójcze dokonywane są z błahych powodów.

Wieloletnie badania i obserwacje kliniczne wskazują, że przebycie w okresie ciąży, porodu lub dzieciństwa (do 7 r.ż.) urazu mózgu wywołanego różnymi czynnikami, powoduje trwałe organiczne defekty, który może w sposób istotny rzutować na rozwój osobowości. Szczegółowa analiza wyników badań osób z rozpoznaniem mikrouszkodzenia mózgowia pozwala prześledzić linię życiową statystycznego badanego.

Oto przykład: chłopiec, jako pierwsze dziecko w rodzinie, z porodu przedłużonego z zamartwicą, już w okresie wczesnego dzieciństwa zdradzał objawy opóźnienia psychomotorycznego. Uskarżał się na liczne dolegliwości somatyczne: nadpobudliwość psychoruchową, zaburzenia snu, bóle głowy, moczenie nocne, lękliwość. To skłania matkę do troskliwej opieki i od tego czasu łączy go z matką silny związek emocjonalny. Ojciec trochę zawiedziony „innością” syna i zajęty pracą zawodową nie wykazuje specjalnej troski w sferze uczuciowej. Rodzice nie korzystają w tym czasie często z porad psychiatry i psychologa. W wieku 6–7 lat dziecko to rozpoczyna edukację w szkole podstawowej. Już w pierwszej klasie występują zaburzenia zachowania, które tłumaczone są przez dorosłych (rodziców i nauczycieli) jako utrudniony proces adaptacji do nowych warunków społecznych. Nauka nie sprawia jeszcze szczególnych trudności, ale dziecko oceniane jest jako „zdolne”, lecz „leniwe i niegrzeczne”. W piątej – szóstej klasie obserwuje się pierwsze przejawy dezadaptacji szkolnej pod postacią: wagarowania, ucieczek z domu, kontaktów ze starszymi kolegami z grup nieformalnych – czasem przestępczych. Zaburzenia zachowania rzutują już na wyniki w nauce. Dziecko jednak kończy szkołę podstawową i kontynuuje naukę. Ten okres edukacji cechuje zaostrzenie zaburzeń zachowania, natomiast osiąga ono dobre i dostateczne oceny w nauce. Po trudach uzyskuje wykształcenie średnie lub zasadnicze. Niekiedy próbuje nawet kontynuować studia, jednak bez powodzenia. Rozpoczyna pracę na stanowisku pracownika umysłowego lub robotnika. Wchodzi w życie z opinią osoby zdrowej, jednak cechuje tę jednostkę osobowość nie-dojrzała. Do najbardziej obciążających czynników psychospołecznych należą: służba wojskowa, pierwsza praca zawodowa, zawarcie małżeństwa, urodzenie się dziecka, brak własnego mieszkania i perspektyw na jego otrzymanie. W fazie naporu tych różnorodnych bodźców psychospołecznych zarówno w skali mikro, jak i makro osoba ta reaguje poczuciem dyskomfortu psychicznego, wzrostem napięcia emocjonalnego i okresowo nasilającymi się objawami psychopatologicz-

nymi, wśród których dominuje lęk. Dzieje się tak co najmniej z trzech powodów, a mianowicie:

- sytuacja społeczna jest dla niej nowa i nieznana, liczba i siła bodźców psychopatologicznych ciągle narasta,
- osobowość tej jednostki cechuje niedojrzałość emocjonalna i objawy infantylizmu psychicznego,
- występuje dość znaczne osłabienie odporności psychicznej, a w związku z tym upośledzenie mechanizmów adaptacyjnych i kompensacyjnych, wynikające z organicznego defektu ośrodkowego układu nerwowego.

PSYCHIATRYCZNE PODŁOŻE PRZESTĘPCZOŚCI

Od kilkunastu lat we wszystkich rozwiniętych krajach Europy obserwuje się wzrost liczby osób z zaburzeniami „afektywnymi”. W 2003 r. stanowili oni około 21% leczonych w poradniach zdrowia psychicznego.

Zaburzenia afektywne to główna przyczyna hospitalizacji kobiet i mężczyzn po pięćdziesiątym roku życia. Według Lehmana tylko jedna osoba spośród 5 chorych na depresję korzysta z pomocy specjalistycznej, tylko jedna osoba spośród 20 dotkniętych depresją leczy się w szpitalu psychiatrycznym⁶.

Zwiększające się rozpowszechnienie zaburzeń afektywnych powoduje, że problem ten wzbudza większe zainteresowanie z punktu widzenia ściśle medycznego, jak i społecznego.

Statystyki dotyczące samobójstw w populacji osób z zaburzeniami afektywnymi są alarmujące. Od wieków problematyka samobójstw intrygowała człowieka⁷. Dopatrywano się w tym akcie mrocznych tajemnic, nieczystych sił. Zwykły śmiertelnik nie potrafi zrozumieć, dlaczego z całego otaczającego go świata przyrody, tylko człowiek podnosi na siebie rękę.

Liczne badania wskazują, że duża częstość samobójstw wśród osób z rozpoznaniem chorób afektywnych istotnie wpływa na wskaźniki samobójstw, a „udział” chorych depresyjnych w kształtowaniu wskaźników samobójstw jest duży i wynosi 32–64%.

Termin „depresja” ma wieloznaczne określenia, a w codziennym języku jest stosowany do określenia złego samopoczucia, obniżonego nastroju, przygnębienia – niezależnie od przyczyny tego stanu. Granica pomiędzy „normalnym” przygnębieniem a depresją jako stanem chorobowym nie jest ostra, co nie oznacza pełnej bezradności diagnostycznej. Na obecność zaburzeń depresyjnych mogą wskazywać następujące objawy: uboga mimika twarzy, głos monotony, wypowiedzi

⁶ Za: S. Pużański, *Depresja i zaburzenia afektywne*, PZWL, Warszawa 2005.

⁷ M. Jarosz, *Samobójstwa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997; por. Z. Płużek, *Psychologia pastoralna*, Instytut Teologiczny Księży Misjonarzy, Kraków 1991, s. 127–168.

spowolniałe, ruchy spowolniałe i ociężałe, niepokój ruchowy, poczucie stałego zmęczenia, niechęć do pracy i wykonywania codziennych czynności.

Ogół stanów depresyjnych można podzielić na: 1) stany depresyjne w przebiegu nawracających zaburzeń afektywnych; 2) depresje występujące w przebiegu różnorodnych schorzeń, nazywane „depresjami objawowymi” lub somatycznymi, organicznymi; 3) depresje psychogenne, związane z różnorodnymi urazami psychicznymi, zawodami emocjonalnymi.

Rozpoznanie depresji w populacji osób chorych somatycznie stanowi: w chorobach nerek do 20%; w chorobie Parkinsona do 50%; w chorobach tarczycy od 20 do 30%; w cukrzycy do 10%; w padaczce od 20 do 30%; w udarach mózgu od 25 do 35%; w zespołach bólowych do 50%.

Zaburzenia depresyjne wśród osób uzależnionych od alkoholu, narkotyków i używek są zjawiskiem częstym. Depresja u osoby uzależnionej może bezpośrednio zagrażać życiu. Większość prób samobójczych ma miejsce w stanie obniżonego nastroju, często jednocześnie w stanie upojenia alkoholowego.

Zjawiska samobójstwa nie da się wytłumaczyć w sposób jednostronny. Nie istnieje bowiem tylko jeden czynnik decydujący o tym, że dana jednostka podejmuje decyzję odebrania sobie życia. Szczególną uwagę koncentruje się na zaburzeniach osobowościowych i problemach motywacyjnych. Wspólnymi cechami potencjalnego samobójcy są: zaburzenia osobowości (przejściowe lub trwałe), niedojrzałość emocjonalna, mała odporność na stres, reagowanie autoagresją na sytuację zagrożenia. Szczególnie psychiatria próbuje odpowiedzieć na pytanie: czym jest samobójstwo? Medycyna traktuje samobójstwo jako jeden z ważnych objawów współwystępujących z zaburzeniami takimi jak – depresja czy alkoholizm.

Uzależnienie psychiczne polega na potrzebie picia alkoholu dla poprawy samopoczucia. Problemy społeczne spowodowane alkoholizmem czy narkotykami dotyczą danej jednostki, życia rodzinnego (kłótnie, przemoc, dewiacje seksualne), środowiska pracy, naruszania prawa i porządku, przestępstw i wykroczeń.

Z przykrością należy zwrócić uwagę na przestępczość nieletnich, która jest jednym z bardziej niewyjaśnionych zjawisk w ostatnich latach. Od wielu lat policjanci, psychologowie, pedagodzy, prawnicy – zastanawiają się nad przyczynami tego zjawiska i możliwościami ograniczenia jego skali. Wysiłki te zaowocowały cennymi opracowaniami analizującymi mechanizmy psychologiczne i społeczne. Jednym z czynników przyczynowych jest używanie przez młodzież alkoholu bądź narkotyków⁸.

⁸ Por. J. Sierosławski, *Problemy związane z alkoholizmem*, w: *Przesłanie nadziei*, red. M. Dziewiecki, PARPA, Warszawa 1993, s. 82–100.

ZAKOŃCZENIE

Wiadomo dzisiaj, że sama obecność zaburzeń psychicznych u sprawcy czynu zabronionego nie wyjaśnia strony przyczynowej konfliktu z prawem. Odsetek chorych psychicznie lub niedorozwiniętych umysłowo w populacjach sprawców przestępstw sięga od ułamka do kilkunastu procent. Chorzy psychicznie dokonują czynów zabronionych zwykle wtedy, gdy występują inne okoliczności kryminogenne i psychologiczno-środowiskowe.

Poważne zastrzeżenie budzi sprawa udziału i kompetencji psychiatrów w ustalaniu warunków wyłączania lub ograniczenia winy sprawców (kwestia tzw. poczytalności).

Choć nauki zwane ścisłymi wciąż postępują naprzód i człowiek współczesny zgłębia strukturę atomów, genów, komórek mózgowych, opanowana została technika klonowania zwierząt, to życie istoty ludzkiej, zwłaszcza życie duchowo – psychiczne, zawsze było, jest i będzie pełne tajemnic i niewiadomych.