



Praca pogładowa
Review paper

Przemysław Cynkier

Problemy psychiczne po śmierci osoby bliskiej jako przedmiot ekspertyzy sądowej

Instytut Psychologii, Wydział Filozofii Chrześcijańskiej, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Streszczenie

Wśród różnych form przeżywania śmierci osoby bliskiej wymienia się żałobę, jej powiklaną postać a także współwystępujące z nią zaburzenia psychiczne (najczęściej zespoły lękowe, depresja, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, zespół stresu pourazowego). Omówiono przypadek, w którym rodzice wystąpili do sądu o odszkodowanie i zadośćuczynienie za śmierć syna, który zginął na skutek obrażeń doznanych w wypadku drogowym. U powoda po śmierci syna wystąpiła reakcja żałoby, a u powódki stan żałoby powiklanej, z którym współwystępowały objawy depresyjne. Odmienne obrazy kliniczne u każdego z powodów były uwarunkowane innymi cechami osobowości, odmiennymi modelami radzenia sobie w sytuacjach trudnych, a także schorzeniami somatycznymi. Doprowadziło to do różnych implikacji orzeczniczych u każdego z badanych. W sprawach odszkodowawczych (śmierć osób bliskich) konieczna jest diagnostyka różnicowa pomiędzy żałobą, jej powiklaną formą a zaburzeniami o charakterze reaktywnym i endogennym. Przydatna jest w tym ocena psychologiczna predyspozycji osobowościowych a także mechanizmów radzenia sobie w sytuacjach obciążających. Niekorzystanie z leczenia psychiatrycznego lub terapii psychologicznej nie może przesądzać o braku zaburzeń psychicznych. W tego rodzaju sprawach opiniowanie wymaga szczególnej ostrożności i wyważonych ocen. Należy unikać nadmiernej medykalizacji przeżyć po stracie osoby bliskiej, ale nie można też traktować stanów psychopatologicznych jedynie w kategoriach fizjologicznej reakcji na śmierć bliskiego.

Słowa kluczowe: żałoba, depresja, ekspertyza psychiatryczna

Wstęp

Sprawy sądowe o odszkodowanie i zadośćuczynienie za śmierć osoby bliskiej coraz częściej są przedmiotem analiz sądowo-psychiatrycznych i psychologicznych. Sądy w rozbudowanych tezach dowodowych stawiają przed biegłymi liczne pytania, m.in. o relacje powoda ze zmarłą osobą, rolę zmarłego w życiu rodziny, charakter więzi wewnątrzrodzinnych a przede wszystkim o występowanie u powoda zaburzeń psychicznych będących skutkiem śmierci bliskiej osoby, a następnie o uszczerbek na zdrowiu. Nie zawsze jest możliwe precyzyjne rozgraniczenie pomiędzy naturalnymi reakcjami emocjonalnymi, które stanowią odpowiedź na stratę członka rodziny a zaburzeniami psychicznymi. Ponadto zawężenie ekspertyzy sądowo-psychiatrycznej wyłącznie do ocen stanu psychicznego powoda bez uwzględnienia szerszego kontekstu całej sytuacji stanowiłoby zbyt uproszczenie, tak diagnostyczne jak i orzecznicze.

Śmierć jest najbardziej trwałą i skrajną formą straty, a niespodziewana śmierć może skutkować trudnościami w przeżywaniu żałoby [1] Zgon osoby bliskiej jest traktowany jako szczególnie obciążające doświadczenie życiowe, które może prowadzić do szeregu komplikacji fizycznych i psychicznych [2]. W genezie rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego wskazuje się na zerwanie bliskiej relacji z drugą osobą, obniżenie poczucia własnej wartości oraz utratę wsparcia społecznego [1, 2, 3].

Najczęściej badacze koncentrują się na opisie poziomu funkcjonowania osoby w żałobie, klasyfikowaniu poszczególnych reakcji żałoby oraz dynamice procesu jej przeżywania [4]. To złożone doświadczenie, którego co prawda wszyscy doświadczają na pewnym etapie życia, ale które u każdego prowadzi do innych następstw [5].

Zwykle bezpośrednio po śmierci bliskiej osoby pojawia się uczucie pewnego odrętwienia i oszołomienia z towarzyszącym lękiem, złością i drażliwością. Może pojawić się poczucie winy wobec zmarłego, a także przekonanie o własnych zaniedbaniach wobec niego. Obok poczucia osłabionej koncentracji uwagi i pamięci oraz wyczerpania psychofizycznego mogą być obecne zaburzenia snu, różne dolegliwości cielesne, utrata apetytu, spadek wagi, osłabienie potrzeb seksualnych. Uważa się, że osoba

doświadczająca żałoby na ogół nie unika kontaktów społecznych, pozytywnie reaguje na wsparcie otoczenia a swoją postawą wywołuje współczucie [6, 7], choć istnieje też odmienny pogląd. Według Lindemanna osoba taka skłonna jest raczej do drażliwości w stosunku do osób, które deklarują pomoc oraz wykazuje dezorganizację stałych wzorców zachowania w pracy zawodowej i w pełnieniu ról społecznych [8].

Dynamika żałoby sprowadza się do następujących po sobie faz: odrętwienia / niedowierzania, tęsknoty za zmarłym, identyfikacji z doświadczeniami zmarłego (np. chorobą), gniewu, smutku / depresji, separacji / akceptacji, pozytywnych wspomnień [5]. Po pewnym czasie przejawy żałoby ulegają zmniejszeniu, nabierają jednostajnego charakteru a następnie w ciągu 6-12 miesięcy wycofują się [6, 7].

Wśród nietypowych form żałoby wyróżnia się postać przewlekłą (przedłużająca się w czasie i wyjątkowo intensywna reakcja na śmierć bliskiej osoby), zahamowaną (nieprzeżywana w sposób otwarty), opóźnioną (ekspresja przeżyć poprzedzona jest okresem zahamowania), wyolbrzymioną (zbyt intensywna, prowadząca do różnego typu zachowań dezadaptacyjnych) oraz maskowaną (symptomy psychosomatyczne, trudności interpersonalne, zaburzenia zachowania) [9, 10, 11].

Ekspert sądowy z zakresu psychiatrii lub psychologii analizując dynamikę przeżyć osoby, która doznała straty powinien być szczególnie ostrożny w swoich ocenach. Łatwo jest ulec pewnym powszechnym opiniom na temat żałoby, które niestety nie zawsze są trafne. Należą do nich m.in. przekonania o tym, że rozpacz jest nieuniknioną reakcją po stracie a cierpienie jest wpisane w żałobę. Istnieje także pogląd, iż brak takiego cierpienia musi prowadzić do patologii żałoby, że niezbędna jest konfrontacja ze śmiercią bliskiego, aby w ten sposób uwolnić się od negatywnych emocji i wspomnień. Z dystansem należy traktować obiegowe opinie na temat czasu utrzymywania się żałoby [4]. Nie można również zakładać, że tzw. normalna żałoba ustąpi całkowicie a stan psychiczny żałobnika w pełni się unormuje [12, 13].

Nierzadko w pozwach kierowanych do sądów cywilnych biegły napotyka właśnie takie schematyczne opisy żałoby, która miałaby występować u powoda, a które jak się później okazuje nie tylko nie znajdują

odzwierciedlenia w materiale sprawy, wynikach dodatkowych badań, ale także w relacjach samego zainteresowanego. Powodowie opisują swoją trudną sytuację życiową, straty moralne, a przede wszystkim różne dysfunkcje psychiczne. Rolą biegłego jest rzetelne zweryfikowanie tych twierdzeń, ocena stanu psychicznego powoda, dynamiki ewentualnych problemów psychicznych oraz ich wpływu na sposób i zakres funkcjonowania danej osoby. Zachowanie obiektywizmu w tego typu sprawach jest niezmiernie trudne, gdyż analizy dotyczą bardzo osobistej sfery życia powoda. Nie można przy tym pomijać także innych, wtórnych czynników, takich jak obiektywne pogorszenie się sytuacji bytowej powoda czy zmiany w układach rodzinnych. Niezbędne staje się przeprowadzenie diagnostyki różnicowej pomiędzy żałobą, jej powikłaną postacią a innymi dysfunkcjami psychicznymi.

Powikłane formy żałoby charakteryzują się unikalnym zespołem objawów, które zwykle ustępują powoli a nieleczone mogą utrzymywać się przez wiele lat. Fenomenologia, czynniki ryzyka, obraz kliniczny i przebieg wyróżniają je spośród innych syndromów psychiatrycznych [14, 15]. Częstość tych powikłań określa się w szerokich granicach, od około 3% do 20% wśród osób, które doznały śmierci bliskiego [15, 16, 17, 18]. Zawsze winny być one w polu widzenia biegłego psychiatry czy psychologa w tego typu sprawach.

Wśród najczęstszych objawów żałoby powikłanej wymienia się nadmierną tęsknotę za zmarłym, rozpamiętywanie jego osoby oraz okoliczności śmierci, trudność w akceptacji tej straty, emocjonalną agresywność lub intensywny smutek, unikanie miejsc lub osób, które mogłyby przypominać zmarłego, trudności w pozytywnym wspominaniu o nim, poczucie bezsensu życia, pragnienie swojej śmierci, obniżenie poczucia własnej wartości oraz znaczne ograniczenie kontaktów społecznych [19] a także zaburzenia funkcjonowania [20].

Zwraca się także uwagę na utrzymywanie się gniewu lub goryczy wobec śmierci, doświadczania bólu, którego doznawał zmarły, słyszenia lub widzenia zmarłego (nie w sensie halucynacji), kłopotów z zaufaniem do innych lub dbaniem o nich. Objawy te powinny powodować znaczne cierpienie żałobnika lub wywierać wyraźny wpływ na jego funkcjonowanie [21, 22]. W żałobie powikłanej rozpacz wynika

głównie ze straty, kluczowym przejawem jest silna tęsknota za zmarłym, a smutek i poczucie winy są skoncentrowane wokół jego osoby [20, 23, 24, 25].

Do czynników, którym przypisuje się rolę ochraniającą przed rozwinięciem się powikłanej postaci żałoby zalicza się ekstrawertywne cechy osobowości, dysponowanie strategicznymi sposobami radzenia sobie, brak trudności w integracji społecznej, poszukiwanie wsparcia i budowanie nowych relacji, sumienność (zorganizowane działania, samodyscyplina, przejmowanie nowych obowiązków i przeorganizowanie codziennego życia), wysoką odporność psychiczną, która ma sprzyjać uruchomieniu już istniejących zasobów psychicznych [26, 27, 28, 29, 30].

Predyktorami wystąpienia skomplikowanych form żałoby są zarówno czynniki dotyczące historii życia żałobnika (duża liczba strat doznanych w krótkim czasie, wcześniejsze traumatyczne straty, śmierć rodziców w dzieciństwie, wcześniejsze objawy zaburzeń lękowych i depresyjnych), jak i specyficznego charakteru relacji ze zmarłym (symbiotyczna relacja, bliskie pokrewieństwo, zależność ekonomiczna od zmarłego, brak wewnętrznej gotowości na śmierć osoby bliskiej). Do negatywnie rokujących czynników wiążących się z samym faktem śmierci zalicza się: wyjątkowo tragiczne okoliczności śmierci i jej nagłość (samobójstwo, śmierć wskutek przemocy), śmierć w czasie hospitalizacji, silną lękową postawę wobec śmierci bliskiej osoby oraz brak wsparcia społecznego bezpośrednio po stracie [21, 31, 32, 33, 34].

Przy skomplikowanych formach żałoby można spodziewać się nie tylko poważnych zaburzeń funkcjonowania psychologicznego, społecznego i zawodowego, ale także pogorszenia stanu zdrowia somatycznego w postaci nadciśnienia tętniczego i innych chorób układu krążenia a także zwiększonego ryzyka nowotworów [35].

Dodatkową komplikacją diagnostyczną a w efekcie orzeczniczą jest możliwość współwystępowania żałoby powikłanej z innymi zaburzeniami psychicznymi. Szacuje się, że około 75% osób z powikłaną żałobą doświadcza innych zaburzeń, w tym zespołu stresu pourazowego, depresji czy zespołów lękowych [33, 36].

Osoby doświadczające współistniejących objawów zespołu stresu pourazowego przede wszystkim

koncentrują się na gwałtownej i nieoczekiwanej śmierci, która wzbudza w nich poczucie zagrożenia, strachu, przerażenia, złość, poczucie winy lub wstydu, nadmierne pobudzenie i wzmożoną reaktywność emocjonalną. Osoba taka ma trudności z odezwaniem się od myślenia na temat okoliczności zgonu osoby bliskiej a z drugiej strony stara się unikać bodźców przypominających to traumatyczne zdarzenie [23, 24, 33]. Co prawda w żałobie niepokwikłanej również mogą pojawiać się elementy myślenia natrętnego, ale dotyczą one bardziej charakteru związku ze zmarłym. Mogą być przy tym obecne pozytywne myśli na temat zmarłego oraz tęsknota za nim [22].

Pewnym rozwiązaniem trudności diagnostycznych może być wprowadzenie w DSM-5 innego zespołu – określonego zaburzenia pourazowego i związanego z czynnikiem stresowym w postaci przewlekłego i złożonego zaburzenia związanego z przeżywaniem żałoby. Mimo swojej nazwy termin ten powinien być stosowany tylko wówczas, kiedy chce się podkreślić, iż przypadek nie spełnia kryteriów zaburzenia pourazowego i związanego z czynnikiem stresowym [37]. Wprowadzenie tego rozpoznania może kolidować z ogólnym przekonaniem, że żałoba jest wpisana w ludzką egzystencję. Towarzyszące jej ból i cierpienie są zrozumiałe i nie powinny być traktowane w kategoriach medycznych [35].

Depresja u żałobnika cechuje się natomiast uogólnioną rozpaczą i smutkiem, które tematycznie wykraczają poza obszar śmierci bliskiej osoby. Dochodzi do wystąpienia poczucia niskiej wartości. Natrętne myśli o pesymistycznym zabarwieniu nawiązują do ogólnych poglądów na świat, przyszłość, perspektywy [23, 24]. Depresja po utracie osoby bliskiej jest podobna do depresji, do której doszło na skutek innych stresorów życiowych [38, 39], z tym, że zwykle jest mniej nasilona a zagrożenie ponawianiem się epizodów choroby jest mniejsze niż w przypadku innego typu zaburzeń depresyjnych. Rzadsze są problemy w funkcjonowaniu społecznym, myśli samobójcze, poczucie bezwartościowości [40]. Utrzymuj się natomiast poczucie braku zmarłej osoby [35], ciągle nią zainteresowanie oraz pragnienie zjednoczenia się z nią [22].

Poza możliwością wystąpienia objawów depresyjnych po nagłej stracie osoby bliskiej należy liczyć

się ze zwiększonym ryzykiem pojawienia się epizodu maniakalnego, szczególnie wśród osób starszych, a nawet tych, u których wcześniej nie występowały zaburzenia nastroju, objawy lękowe czy nadużywanie alkoholu [1].

Poglądy na temat leczenia żałoby są ciągle niejednoznaczne. Z jednej strony uważa się, że nie ma udowodnionej skuteczności oddziaływań psychoterapeutycznych [41, 42], z drugiej, że oddziaływania takie nie szkodzą a nawet mogą skrócić czas trwania żałoby [43].

Jeśli z żałobą współistnieją inne wyraźne problemy (psychologiczne, medyczne, społeczne) zaleca się, aby była podjęta stosowana terapia, która nie tylko może złagodzić objawy zaburzeń, ale także korzystnie wpłynąć na funkcjonowanie społeczne [35]. Jeszcze inne stanowisko mówi, że bez względu na charakter zaburzeń osobie, która przeżywa cierpienie z powodu straty bliskiego powinno się udzielić pomocy psychologicznej [6].

Wydaje się, że specyficzne dysfunkcje w zakresie zdrowia psychicznego i fizycznego powodują konieczność opracowania adekwatnych interwencji terapeutycznych dla tej grupy osób [14, 15]. Jednocześnie należy pamiętać, iż wdrażanie leczenia w sytuacji, kiedy nie można zidentyfikować konkretnych zaburzeń psychicznych może prowadzić do stygmatyzacji tych osób [35]. W kontekście pytań kierowanych do biegłych rozstrzygnięcie co do konieczności leczenia staje się zadaniem trudnym.

Przedmiot sprawy

Syn powodów mając 37 lat został potrącony przez samochód osobowy, doznał licznych obrażeń ciała i zmarł po kilkudniowej hospitalizacji. Według świadków w przyszłości miał samodzielnie prowadzić przekazane mu przez rodziców gospodarstwo rolne. Po 5 latach od krytycznego zdarzenia do Sądu Okręgowego wpłynął pozew rodziców zmarłego przeciwko towarzystwu ubezpieczeniowemu o zadośćuczynienie i odszkodowanie. W uzasadnieniu pozwu stwierdzili, że z chwilą śmierci syna skończyło się dla nich spokojne i bezpieczne życie. Jego śmierć odcisnęła piętno na ich życiu oraz doprowadziła do rozstroju ich zdrowia, który uniemożliwił im normalne funkcjonowanie. Doznali cierpienia psychicznych. Oboje twierdzili, że występował u nich

przewlekły zespół depresyjno-lękowy, uwarunkowany czynnikami sytuacyjnymi.

Podczas rozprawy sądowej powódka opisała swoją sytuację rodzinną i materialną. Po zgonie syna lekarz rodzinny zalecił jej Pramolan. Brała go prawie codziennie od czasu śmierci syna; wcześniej przyjmowała go po śmierci córki (wiele lat wcześniej córka zmarła mając pięć lat). „Ja wróciłam do pracy po około miesiącu. Wróciłam do pracy, ale to nie minęło. Raz byliśmy oboje z mężem na wizycie prywatnej u psychiatry, ale na dalsze wizyty nie było nas stać”.

Synowa powodów podała: „Mąż miał dobre relacje z rodzicami. Po śmierci syna teściowa zamknęła się w sobie, ma problemy z pamięcią, stała się nerwowa. (...) Teść dostał udaru po roku od śmierci męża. Teść nie mówił, że ma problemy z koncentracją, ale jest zamknięty w sobie. Wiem, że teść ma problemy z bezsennością”.

Sąd zlecił sporządzenie dwóch odrębnych opinii, formułując następującą tezę dowodową: „Czy wskutek tragicznej śmierci Roberta C. powód/ka doznał/a wstrząsu psychicznego, czy cierpi na depresję i nerwicę reaktywną, bądź inne schorzenia związane z szokiem po stracie bliskiej osoby, jaki jest jego/jej aktualny stan zdrowia, czy wymaga terapii, a jeśli tak to jakiej, jakie są widoki na poprawę jego/jej psychicznego stanu zdrowia w przyszłości, jaki jest rozmiar krzywdy doznanej przez niego/nią i czy wiąże się ona z powstaniem uszczerbku zdrowia a jeśli tak, to jakiego stopnia, a nadto czy biegły widzi możliwość, ażeby w sprawie dodatkowo wypowiedzieli się w zakresie wpływu śmierci syna na stan zdrowia powód/ki kardiolog i neurolog”.

Powódka

Na podstawie dokumentacji medycznej wiadomo, że powódka w okresie pięciu lat przed śmiercią syna leczyła się z powodu zapalenie żołądka, częstoskurczu napadowego nadkomorowego, arytmii serca, nadciśnienia tętniczego, zespołu bólowego kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. Po śmierci syna oprócz wymienionych schorzeń diagnozowano u niej również kardiomiopatię nadciśnieniową, chorobę wieńcową, niedoczynność tarczycy. W dokumentacji nie podano żadnych danych na temat leczenia psychiatrycznego.

Biegły psycholog powołany w sprawie stwierdził u powódki niski poziom zrównowżenia emocjonalnego. Oceniał ją jako osobę neurotyczną, introwertyczną, wycofaną i zamkniętą w sobie. Dysponowała niskimi zasobami adaptacyjnymi, była skłonna do konformizmu społecznego, kierowały nią czynnik powinności i oczekiwań ze strony otoczenia a w sytuacjach trudnych silnie koncentrowała się na emocjach. Stres szybko dezorganizował jej funkcjonowanie. W ocenie psychologa po śmierci syna doznała wstrząsu psychicznego rozumianego jako fizjologiczna reakcja na nagłą stratę osoby najbliższej. W czasie badania przejawiała cechy epizodu depresyjnego umiarkowanego o typie reaktywnym. Zdaniem psychologa wymagała terapii psychologicznej oraz wsparcia farmakologicznego. Rokowanie w jej wypadku było niepewne z uwagi na silne osobowościowe predyspozycje do reakcji tego typu w sytuacjach obciążających. W jej wypadku rozmiar krzywdy był bardzo duży.

Podczas badania psychiatrycznego powódka twierdziła, że o wypadku syna dowiedziała się w domu, w obecności męża. Płakała, nie mogła sobie znaleźć miejsca. Nie była przy śmierci syna. Podała, że wróciła do pracy, bo chciała być między ludźmi, ale „chodziłam w kąt i płakałam”. Ten stan utrzymywał się do czasu badania. Ciągle myślała o synu. Dokuczała jej słaba pamięć. Prawie z nikim nie rozmawiała, nie miała chęci do zajęć. Sen nocny uległ skróceniu. Stała się obojętna, nie mogła się otworzyć na ludzi. „Im dalej od tego zdarzenia, tym było gorzej”. Chodziła na cmentarz, czasami „rozmawiała” z synem, to było „troszeczkę lżej”. W trakcie badania ujawniła wyraźne objawy depresyjne. Biegły psychiatra we wnioskach opinii rozpoznał u niej początkowo powikłaną formę żałoby a następnie przewlekły, reaktywny zespół depresyjny. Objawy zaburzeń psychicznych stanowiły podstawę do przyznania jej stałego ośmioprocentowego uszczerbku na zdrowiu. Wskazał na konieczność wdrożenia leczenia farmakologicznego i psychoterapii. Szanse na całkowity powrót do zdrowia ocenił jako znikome a rozmiar doznanych krzywd psychicznych jako znaczny.

Powód

Przed śmiercią syna powód leczyl się z powodu przewlekłych zmian pozapalnych płuc, nadciśnienia tętniczego i POCHP. Po 2 latach od zgonu syna wystąpił u niego niedokrwienny udar mózgu z uszkodzeniem pnia mózgu i porażeniem połowicznym prawostronnym. Po udarze przebywał na oddziale rehabilitacji, gdzie był wielokrotnie konsultowany psychologicznie. Psycholog odnotował wówczas, że powód prezentował wyrównany nastrój, zachowywał się spokojnie. Nie stwierdził u niego zaburzeń emocjonalnych ani osobowościowych. Był współpracujący i bardzo zmotywowany do wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych. Jego funkcje poznawcze były prawidłowe. Nie było informacji, aby leczyl się psychiatrycznie.

Biegły psycholog nie stwierdził u niego poważnych trudności w funkcjonowaniu procesów poznawczych. Ocenil go jako samokrytycznego, dobrze zorientowanego, spokojnego. W czasie badania prezentował wyrównany stan psychiczny. Swoje samopoczucie wiązał ze stanem somatycznym. Z jednej strony osobę syna utożsamiał z cierpieniem, z drugiej pojawiały się u niego przeżycia pozytywne i niosące radość, optymizm. Psycholog nie stwierdził u niego dysfunkcji osobowościowych. W jego ocenie powód po śmierci syna doznał wstrząsu psychicznego, który był fizjologiczną reakcją na nagłą stratę osoby najbliższej. Nie wymagał terapii psychologicznej. Rokowanie było zależne od stanu zdrowia somatycznego powoda. Zdaniem psychologa rozmiar doznań przez niego krzywd był bardzo duży.

W czasie badania psychiatrycznego powód zrelacjonował pierwsze godziny po wypadku podobnie jak to zrobiła jego żona. Od początku wiedział, że syn znajdował się w ciężkim stanie. Nie odwiedzał go, bo musiał opiekować się wnuczką. Najgorzej czuł się przez pierwsze pół roku. Często wspominał syna, nie mógł spać. „Kiedy przyjdą wspomnienia, to trzeba się wypłakać i dalej żyć”. Czasami chodził na cmentarz. Twierdził, że był w dobrych relacjach z synową. Gdyby chciała ułożyć sobie życie, nie byłby temu przeciwny. Podczas badania był w wyrównanym stanie psychiczny. Biegły psychiatra stwierdził, że powód przez około rok od śmierci syna wykazywał objawy niepokwanej żałoby. Nie było podstaw do stwierdzenia u niego uszczerbku na zdrowiu. Nie było również wskazań do terapii psy-

chiatrycznej ani psychologicznej. Biegły szanse na całkowity powrót powoda do zdrowia ocenil jako pomyślne, a rozmiar krzywd psychicznych jako znaczny.

Omówienie

Każdy z powodów po zetknięciu się z rodzinną tragedią zareagował w odmienny sposób, właściwy tylko dla siebie. Każdy z nich dysponował inną konstrukcją psychiczną oraz modelami radzenia sobie z trudnościami życiowymi. Każdy był obciążony innymi schorzeniami somatycznymi. Prawdopodobnie to te czynniki przyczyniły się do rozwoju u każdego z nich zaburzeń o odmiennym obrazie klinicznym.

U powódki doszło do zaostrzenia wcześniej istniejących schorzeń somatycznych a także ujawnienia się nowych i tego typu reakcje somatyczne są opisywana w literaturze [6, 7, 8, 9, 10, 11]. Wykazywała ona cechy osobowości, które od początku preysponowały ją do ujawnienia skomplikowanej formy żałoby. W czasie badań sądowych opisywała typowe objawy żałoby powikłanej oraz prezentowała objawy depresyjne [21, 22]. Utrzymujące się zaburzenia nastroju na podłożu dysfunkcji osobowościowych negatywnie rokowały w jej wypadku [21, 31, 32, 33].

Kluczowym elementem w rozróżnieniu pomiędzy żałobą a zaburzeniami depresyjnymi jest zakres, którego dotyczą objawy lękowe i depresyjne po utracie bliskiej osoby [22]. Występująca u powódki anhedonia, ogólny pesymizm, uporczywe obniżenie nastroju, przewlekły niepokój przemawiały za występowaniem poza elementami żałoby także depresji o przewlekłym charakterze. W jej przypadku na przejawy żałoby z biegiem czasu nałożyły się objawy depresyjne, które w późniejszym czasie zaczęły dominować w obrazie klinicznym (zwłaszcza, że nie były leczone) [22].

Możliwość takiego przebiegu nieprawidłowości psychicznych nawiązuje do badań przeprowadzonych przez Keyes i in. (2014). Wynikało z nich, że osoby (zwłaszcza z grupy wiekowej 60-65 lat), które przeżyły nagłą śmierć ukochanej osoby były szczególnie narażone na pojawienie się pierwszego epizodu depresji, zaburzeń lękowych, uzależnienia od alkoholu oraz zespołu stresu pourazowego. Ryzyko to wzrasta przy każdym kolejnym doświadczeniu

śmierci osoby bliskiej [1] (wcześniej powódka straciła kilkuletnią córkę).

W tego typu sprawach warto zwrócić uwagę na możliwość współwystępowania różnych stanów psychopatologicznych [15, 16, 18]. Należy liczyć się z występowaniem niejednoznacznego obrazu klinicznego, bardziej dynamicznego, z konstelacją zmieniających się w czasie objawów.

Wydaje się, że w świetle przytoczonych wyników badania psychologicznego i psychiatrycznego a także pozostałego materiału diagnoza depresji u powódki nie budzi wątpliwości. Jednocześnie nie można pominąć toczącej się dyskusji nad wykluczeniem śmierci bliskiej osoby jako czynnika depresyjnego. Takie podejście oczywiście ogranicza nadmiernie diagnozowanie depresji, ale także może zbyt restrykcyjnie eliminować diagnozy rzeczywiście istniejących depresji reaktywnych [38]. Warto przy tym zauważyć, że rozpoznanie reakcji żałoby nie wyklucza automatycznie diagnozy depresji [35].

Powód w pierwszym okresie po zgonie syna znajdował się w stanie żałoby, co mogło osłabić ogólną odporność jego organizmu i przyczynić się do zaostżenia przewlekłych schorzeń somatycznych [9]. Po przebytych udarze mózgu zaczął się jednak mobilizować do powrotu do zdrowia i poprzedniej aktywności, co zostało udokumentowane w czasie pobytu na oddziale rehabilitacyjnym. Zapewne było to możliwe dzięki specyficznym cechom jego osobowości. W jego wypadku można zidentyfikować szereg czynników ochraniających go przed powikłąną postacią żałoby: strategiczne sposoby radzenia sobie, brak trudności w integracji społecznej, sumiennosc, wysoką odporność psychiczną [26, 28, 29, 30].

Po pierwszym półroczu od śmierci syna objawy żałoby zaczęły się u niego wycofywać a następnie ustabilizowały się na takim poziomie [6, 7], który pozwalał mu na zwyczajne funkcjonowanie. Pojawiały się u niego pozytywne wspomnienia zmarłego syna [5]. Można przypuszczać, że jego relacja emocjonalna z synem była na tyle trwała, iż po pierwszym okresie żałoby był on w stanie uzyskać pewien dystans do tej tragedii a nawet zaakceptować możliwość ułożenia sobie życia przez synową z innym mężczyzną [6].

W materiale sądowym oraz podczas badań w podobnych sprawach użyteczne jest poszukiwanie czynników rokowniczych (tak negatywnych, jak

i pozytywnych) wystąpienia żałoby powikłanej a także korzystanie z ocen psychologicznych. Można w ten sposób pogłębić proces diagnostyczny. Należy przy tym zaznaczyć, że istnieje również stanowisko, mówiące o tym, że nie ma związku pomiędzy strategiami radzenia sobie ze zgonem bliskiej osoby a zewnętrznymi czynnikami, takimi jak charakter relacji rodzinnych, poziom wsparcia społecznego, poziom religijności czy przekonania duchowe [44].

Istotne jest również, aby biegły sądowy nie ulegał pokusie nadmiernej medyalizacji. W wypadku powoda byłoby to błędem diagnostycznym a także działaniem odsuwającym go od możliwości przeżywania w indywidualny sposób straty syna [11]. Schematycznie postawiona diagnoza zaburzeń psychicznych a następnie sformułowanie zaleceń leczniczych mogłoby go narazić na zbędne a być może szkodliwe dla niego leczenie psychiatryczne (uwzględniając obecne u niego schorzenia somatyczne). Drugim rodzajem błędu, na który jest narażony biegły sądowy jest pomijanie pewnych stanów psychopatologicznych i traktowanie przeżyć osoby badanej wyłącznie w kategoriach fizjologicznej reakcji na śmierć osoby mu bliskiej [15].

Pogłębiona analiza akt sprawy ułatwia ocenę funkcjonowania badanego w różnych sferach życia, takich jak rodzina, nauka, praca, jego bliższe i dalsze środowisko. Aby biegły mógł je określić powinien otrzymać odpowiednio przygotowany materiał, oparty na zeznaniach różnych świadków, a nie tylko najbliższych krewnych. Równocześnie biegły nie powinien ograniczać się do behawioralnych wyznaczników funkcjonowania, ale dążyć do ustalenia jakie są motywacje podjęcia przez żałobnika poszczególnych aktywności. Sam fakt, że osoba badana tuż po pogrzebie powróciła do pracy zawodowej niekoniecznie oznacza, że nie dotknęła jej śmierć osoby bliskiej. Nie eliminuje to również występowania u niej zaburzeń psychicznych. Należy uwzględnić choćby to, że szybki powrót do wcześniejszej aktywności (czasami zaskakujący dla otoczenia) może wynikać z zupełnie innymi przyczyn, np. chęci zagłuszenia cierpienia, uniknięcia wspomnienia zmarłego w gronie rodzinnym, czy przejścia jego obowiązków.

W omawianej sprawie Sąd w tezie dowodowej wymienił konkretne stany psychopatologiczne (tak dzieje się w wielu sprawach cywilnych), co stanowi dodatkowe utrudnienie w pracy biegłego. Można to

zachęcać biegłego do ograniczenia się w swoich ocenach do tych stanów, a tym samym powodować zawężenie analiz. Zadaniem eksperta sądowego jest oczywiście kompleksowa ocena materiału i sporządzenie niezależnej opinii. Zwłaszcza w sprawach odszkodowawczych w pytaniach do biegłych często zawarte są określenia, które zaczerpnięte są z potocznego języka lub są już nieaktualne. Biegły zobowiązany jest do wyjaśnienia tych nieścisłości terminologicznych.

Szczególnie delikatnym zagadnieniem w tego typu sprawach jest ocena rozmiaru krzywd jakich doznał powód. Ten temat jest bardzo trudny i bolesny dla powoda, bez względu na upływ czasu od śmierci osoby bliskiej. Ocena ta powinna być oparta nie tylko na relacjach samego powoda, ale – o ile to możliwe – także na pozostałym materiale sprawy. Każda śmierć jest przeżywa w niepowtarzalny, bardzo indywidualny sposób i nie ma prostego przełożenia pomiędzy rodzajem żałoby, występowaniem ewentualnych zaburzeń psychicznych a poczuciem doznanej krzywdy.

Niestety na przestrzeni lat widoczna jest tendencja do ograniczania przez sądy materiału przeznaczonego do analiz psychiatrycznych. Najczęściej ogranicza się on do przesłuchań powodów oraz dokumentacji medycznej (często wymaga ona uzupełnienia). Doprowadza to do sytuacji, kiedy biegły nie jest w stanie udzielić odpowiedzi na pytania albo odpowiedzi tych udziela jedynie w pewnym zakresie prawdopodobieństwa.

Wnioski

W sprawach odszkodowawczych (śmierć osób bliskich) konieczna jest diagnostyka różnicowa pomiędzy żałobą, jej powikłanymi formami a zaburzeniami o charakterze reaktywnym i endogennym. Szczególnie przydatna jest ocena predyspozycji osobowościowych powoda a także mechanizmów radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Niekorzystanie z leczenia psychiatrycznego lub psychologicznego, na pozór prawidłowe funkcjonowanie społeczne nie może przesądzać o wykluczeniu dysfunkcji psychicznych u osób, które straciły swoich bliskich.

Piśmiennictwo

1. Keyes KM, Pratt C, Galea S, McLaughlin KA, Koenen KC, Shear MK. The burden of loss: Unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the across the life course in a national study. *Am J Psychiatry*. 2014; 171(8): 864-871.
2. Buckley T, Sunari D, Marshall A, Bartrop R, McKinley S, Tofler G. Physiological correlates of bereavement and the impact of bereavement interventions. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012; 14(2):129-139.
3. Kaplow JB, Layne CM, Saltzman WR, Cozza SJ, Pynoos RS. Using multidimensional grief theory to explore the effects of deployment, reintegration, and death on military youth and families. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2013; 16(3):322-340.
4. Bielecka U. Mity na temat zdrowej i patologicznej żałoby. *Psychiatr Psychol Klin*. 2012; 12(1):62-66.
5. Travers B, Ali N, Kolkiewicz L. Bereavement in primary care mental health. *Ment Health Fam Med*. 2013; 10:223-229.
6. Stelcer B. Żal po stracie – dynamika adaptacji do nieuniknionych zmian. *Sztuka leczenia*. 2015; 3-4:47-56.
7. Krupka-Matuszczyk I, Matuszczyk M. Psychopatologiczne oblicza żałoby. *Czas Psychol*. 2014; 20(2):267-271.
8. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry*. 1994; 10:141-148.
9. Parkes CM. Bereavement as a psychosocial transition: Process of adaptation to change. *J Soc Issues*. 1988; 44:53-65.
10. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF, Shear MK, Day N i wsp. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry*. 1997; 154:616-623.
11. Kleszcz-Szczyrba R. Czy każdej stracie „potrzebna jest” żałoba i czy każdej żałobie „potrzebna jest” terapia? W: Kleszcz-Szczyrba R, Gałuszka A. red. *Utrata i żałoba: teoria i praktyka*. Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego; 2016. s. 111-121.
12. Wortman CB, Silver RC. The myths of coping with loss. *J Consult Clin Psychol*. 1989; 57: 349-357.
13. Burke CT, Shrouf PE, Bolger N. Individual differences in adjustment to spousal loss: A nonlinear mixed model analysis. *Int J Behav Dev*. 2007; 31:405-425.
14. Lichtenthal WG, Cruess DG, Prigerson HG. A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clin Psychol Rev*. 2004; 24:637-662.
15. Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N i wsp. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011; 28:103-117.
16. Newson RS, Boelen PA, Hek K, Hofman A, Tiemeier H. The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *J Affect Disord*. 2011; 132:231-238.
17. Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: What psychiatrists need to know. *World Psychiatry*. 2009; 8:67-74.

18. Kersting A, Dolemeyer R, Steinig J, Walter F, Kroker K, Baust K, Wagner B. Brief Internet-based intervention reduces posttraumatic stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: A randomized controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2013; 82:372-381.
19. Hensley PL, Clayton PJ. Bereavement: signs, symptoms, and course. *Psychiatr Ann.* 2008; 38:649-654.
20. Malgaroli M, Maccallum F, Bonanno GA. Symptoms of persistent complex bereavement disorder, depression, and PTSD in a conjugally bereaved sample: a network analysis. *Psychol Med.* 2018; 48:2439-2448.
21. Ott CH, Lueger RJ, Kelber ST, Prigerson HG. Spousal bereavement in older adults: common, resilient and chronic grief with defining characteristics. *J Nerv Ment Dis.* 2007; 195(4):332-341.
22. Jordan AH, Litz BT. Prolonged Grief Disorder: Diagnostic, Assessment, and Treatment Considerations. *Prof Psychol Res Pr.* 2014; 45(3):180-187
23. Rosner R, Pfoh G, Kotouová M. Treatment of complicated grief. *Eur J Psychotraumatol.* 2011; 2:79-95.
24. Drescher K, Foy D. When horror and loss intersect: Traumatic experiences and traumatic bereavement. *Pastoral Psychol.* 2010; 59(2):147-158.
25. Hensley PL, Clayton PJ. Bereavement: signs, symptoms, and course. *Psychiatr Ann.* 2008; 38:649-654.
26. Pai M, Carr D. Do personality traits moderate the effect of late-life spousal loss on psychological distress? *J Health Soc Behav.* 2010; 51:183-189.
27. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud.* 1999; 23:197-224.
28. Rossi NE, Bisconti TL, Bergeman CS. The role of dispositional resilience in regaining life satisfaction after the loss of a spouse. *Death Stud.* 2007; 31:863-883.
29. Windle G, Markland DA, Woods RT. Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. *Aging Ment Health.* 2008; 12:285-292.
30. Bonanno GA, Westphal M, Mancini AD. Resilience to loss and potential trauma. *Annu Rev Clin Psychol.* 2011; 7:511-535.
31. Bonanno GA, Kaltm S. The varieties of grief experience. *Clin Psychol Rev.* 2001; 2:705-734.
32. Stroebe MS, Folkman S, Hansson RO, Schut H. The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Soc Sci Med.* 2006; 63(9): 2440-2451.
33. Ludwikowska-Świeboda K, Lachowska B. Polska wersja Inwentarza Żałoby Powikłanej – wstępna walidacja. *Psychiatr Pol.* 2019; 53(5): 1069-1086.
34. Lobb EA, Kristjanson LK, Aoun SM, Monterosso L, Halkett GKB, Davies A. Predictors of complicated grief: A systematic review of empirical studies. *Death Stud.* 2010; 34:673-698.
35. Bryant RA. Żałoba jako zaburzenie psychiczne. *Psychiatr Dypl.* 2013; 19(1):30-32.
36. Simon NM, Shear KM, Thompson EH, Zalta AK, Perlman C, Reynolds CF i wsp. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Compr Psychiatry.* 2007; 48:395-399.
37. Galecki P, Świącicki Ł. Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2013, s. 148-149.
38. Wakefield JC, Schmitz MF, First MB, Horwitz AV. Extending the bereavement exclusion for major depression to other losses: evidence from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 2007; 64:433-440.
39. Kendler KS, Myers J, Zisook S. Does bereavement-related major depression differ from major depression associated with other stressful life events? *Am J Psychiatry.* 2008; 165:1449-1455.
40. Mojtabai R. Bereavement-related depressive episodes: characteristics, 3-year course, and implications for the DSM-5. *Arch Gen Psychiatry.* 2011; 68:920-928.
41. Currier JM, Neimeyer RA, Berman JS. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. *Psychol Bull.* 2008; 134:648-661.
42. Bonanno GA, Lilienfeld SO. Let's be realistic: When grief counseling is effective and when it's not. *Prof Psychol Res Pr.* 2008; 39:377-378.
43. Larson DG, Hoyt WT. What has become of grief counseling? An evaluation of the empirical foundations of the new pessimism. *Prof Psychol Res Pr.* 2007; 38(4):347-355.
44. Kapari M, Addington-Hall J, Hotopf M. Risk Factors for Common Mental Disorder in Caregiving and Bereavement. *J Pain Symptom Manage.* 2010; 40(6):844-856.

ADRES DO KORESPONDENCJI

dr n. med. Przemysław Cynkier

ORCID: 0000-0002-6481-3962

Instytut Psychologii, Wydział Filozofii Chrześcijańskiej,
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
ul. Wóycickiego 1/3, bud. 14, 01-938 Warszawa
p.cynkier@uksw.edu.pl

Nadesłano: 2021-11-28

Zaakceptowano: 2022-03-14

Submitted: 2021-11-28

Accepted: 2022-03-14

