

HALÁLT OKOZÓ SÚLYOS TESTI SÉRTÉS – EPILEPSZIÁS TUDATZAVAR, ITTASSÁG ÉS ORGANIKUS PSZICHOSZINDRÓMA. FORENZIKUS NEURO-PSZICHIÁTRIAI ESETTANULMÁNY

Magyar Iván György¹, Szűcs Anna²

Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, ¹V. Pszichiátriai és Forenzikus-pszichiátriai Osztály

²A. Neurológiai Osztály

Érkezett: 2006. jún. 6. Elfogadva: 2006. jún. 12.

ÖSSZEFOGLALÁS

A forenzikus medicina és neuro-pszichiátria tipikus és nehéz kérdése: adott cselekmény vagy magatartás mennyire tudatos, az elkövető képes-e magatartása következményeit felmérni, ebben akadályozza-e kóros elmeállapot. Az ilyen kérdések elemzése elengedhetetlen a beszámítási képesség és büntethetőség mérlegeléséhez, és a vizsgálatok során addig nem ismert neurológiai, pszichiátriai betegségekre találhatunk rá.

Halált okozó súlyos testi sértés elkövetésével alaposan gyanúsított férfi esetét ismertetjük. Az elkövetés idején valószínűleg kóros elmeállapotban volt, ezt az alkoholos befolyásoltság és csökkent indulati fékek mellett epilepsziás - iktális vagy interiktális - tudatzavar is okozhatta. Az alkoholos állapot a büntethetőséget nem korlátozza, míg az epilepsziás eredetű tudatzavar bizonyítása esetén az elkövető nem büntethető.

KULCSSZAVAK: pszichiátriai megfigyelés, EEG, MRI, epilepszia

DEATH CAUSED BY HEAVY PHYSICAL INJURY – EPILEPTIC DISTURBED MIND, DRUNKNESS AND ORGANIC PSYCHOSYNDROME

The question of awareness, the capacity to judge the consequences of one's certain act or behaviour is a hard and typical problem in forensic medicine and neuro-psychiatry. Analysing such questions is indispensable during criminal actions where the responsibility and culpability of the offender is to be considered. The examination of the offender's mental state may help to recognise undiagnosed neuro-psychiatric conditions.

The case of a man, suspected to have violently murdered his spouse is reported. During his criminal act he was probably in a pathological mental state caused by alcoholic drunkenness and decreased emotional control; besides he may have ictal or interictal disturbance of consciousness. The alcoholic state does not limit culpability, while epileptic disturbance of consciousness may exempt the offender.

KEYWORDS: psychiatric observation, EEG, MRI, epilepsy

Bevezetés

Büntető és polgári peres eljárások során, amennyiben a bizonyítandó tény vagy egyéb körülmény megállapításához olyan különleges szakértelem szükséges, amellyel a bíróság nem rendelkezik, szakértőt kell igénybe venni – Be. 68.§.(1,2), ill. Pp. 177.§.(1) – például igazságügyi orvosszakértőt, illetve igazságügyi pszichiáter szakértőt. Amennyiben a szakértői vizsgálat során észleltek, valamint az esetlegesen rendelkezésre álló orvosi dokumen-

tumok nem elégségesek a bíróság kérdéseinek megválaszolására, a szakértő kérheti 30 napos „elmemegfigyelés” elrendelését, amely rendszerint az eljárás alá vont személy állandó lakóhelye szerinti illetékességnek megfelelő pszichiátriai osztályon történik meg. Az OPNI Budapest és Pest megye jelentős részét látja el, és osztályunk az Intézetbe érkező ilyen megkeresések során elrendelt 30 napos pszichiátriai obszervációkat elvégzi, egyre többször az ellátási területünkön kí-

vüli betegeknel is. Az elkészült leletet (szakorvosi véleményt) a megfigyelést kérő szakértő megkapja, és felhasználja a végleges szakvélemény kialakításához, amely megalapozza a bíróság ítéletét.

Módszerek

A pszichiátriai állapot megfigyelése a szokásos pszichiátriai obszerváció kereteinek megfelelően történik. Kiemelt része a vizsgálatnak az ismételt exploráció, az életút és a cselekmény körülményeinek felderítése, heteroanamnesztikus adatok beszerzése, részletes pszichológiai exploráció és tesztvizsgálatok elvégzése, valamint organikus eredet feltárására irányuló vizsgálatok elvégzése. Gyakran a szakértő előzetes véleményében kéri is a CT és MRI vizsgálatokat. Mivel a pszichiátriai osztályon való hosszabb 30 napos tartózkodás célja a megfigyelés és nem a gyógyítás – amennyiben lehetséges, ez gyógyszermentesen történik, illetve a korábban beállított egyéb, pl. szívgyógyszereit kapja a vizsgált személy. Esetlegesen alkalmilag válik szükségessé pszichiátriai jellegű gyógyszerelés, vagy, ha olyan betegség kerül felszínre, amely gyógyszerbeállítást igényel, akkor ez rendszerint megtörténik (bár egyes szakértők még ezt is ellenzik). A különböző csoportterápiákban, foglalkoztatásokban való részvétel elősegítheti az adekvátabb vélemény kialakítását.

Esetismertetés

A megfigyelés időpontjában 51 éves rokkant nyugdíjas férfi kórelőzményében rendszeres, nagy mennyiségű alkoholfogyasztás szerepelt, korábban autószerelőként, majd gépkocsivezetőként dolgozott. Vezetés kapcsán nem ivott, csak délután 4 óra után, de akkor sokat. Szomatikus anamnézisében vesekövesség, rendszertelenül és elégtelenül kezelt magas vérnyomás betegség szerepel. Szülei viszonylag fiatalon meghaltak, édesapja alkoholista, anyja szívbeteg volt. Korábban, emlékezte szerint, egy alkalommal már vizsgálták neurológiai osztályon, Évek óta, havonta-kéthavonta fordult elő eszméletvesztéssel járó rosszullete, ezt maga a részegséggel, esetleg vérnyomás-ingadozással kapcsolatos jelentéktelen, kezelést semmiképpen sem igénylő epizódoknak értékelte. Ugyan hallomásból tudta, hogy e rosszulletek néha rángatódzással, nyelvharapással is jártak, ritkán enuresis is előfordult. A tüneteket nem vélte betegség-, különösen nem epilepszia jelének, ezek

gondolatát is indulatosan visszautasította a kezdeti beszélgetések során. A rosszulletek miatt évekel korábban, talán csak egy alkalommal került kórházba, ott lezajlott epilepsziás nagyrohamot illetve epilepszia betegséget állapítottak meg, anti-epileptikum szedést javasoltak. Ezt hamar elhagyta; követésre, gondozásra nem került sor.

Felvételkor gyakori fejfájást, nagyfokú feledékenységet panaszolt (ami egyébként fiatal korban is jellemezte). Elmondta, hogy sokszor „kiesnek” percek vagy akár teljes órák, ezt alkoholizálása, esetleg kezdődő idegrendszeri betegség, Alzheimer-kór következményének vélte. Régóta és rendszeresen fogyasztott szeszes italokat, alkoholizálását az utóbbi években erősen fokozta, gyakran lerészegedett. Korábban több barátnője volt, szintén italozó utolsó barátnőjét 3 éve ismerte. Évek óta együtt éltek albérleti lakásukban, mindketten rendszeresen alkoholizáltak, néha tettlegességre is sor került.

A cselekmény másnapján (kb. egy évvel a felvétele előtt) élettársát holtan találták, miután előző este mindketten nagymennyiségű alkoholt fogyasztottak. Az igazságügyi orvosszakértői vizsgálat szerint az elhunyt nő halálának oka politraumatisztáció, koponyaalapi törés és nyaki gerincsérülés volt, sérüléseit valószínűleg idegenkezű bántalmazás okozta. A halált okozó súlyos testi sértés egyetlen gyanúsítottja a lakásban tartózkodó férfi volt, aki azonban, vallomása szerint, nem emlékezett tettlegességre, élettársa halála mélyen megdöbbenette és meglepte. Reggel, amikor kérte a kávé, ahogy szokta – a barátnője már merev volt. „A nőt az ember néha megüti. Na persze nem úgy mint egy férfit. Azért nem úgy, hogy vérbe menjen. Nem tartom magam indulatosnak.” – mondta az exploráció során.

Az osztályra való felvételekor mérsékelt el-lenséges volt, az átlagnál hangoskodóbb, affektív augmentációra hajlamos. A későbbiekben beilleszkedett, a csoportterápiákban, foglalkoztatásban egyre szívesebben vett részt, távozásakor az itt eltöltött időt hasznosnak vélte, a kivizsgálását megköszönte.

Statusából: RR 180/100, pulzus 80/min, ritmusos. Közepesen táplált, erőteljes testalkatú, kissé ápolatlan férfi. Bronchitises szörtyözörejek, a májszél 2 cm-rel haladja meg a bordaívét, enyhe epigastriális nyomásérzékenység. A jobb szemén régi strabismus divergens. Testszerte igen renyhén kiváltható ínreflexek, a végtagokon distalis paraesthesiák. Paresise nincs, enyhe törzsataxia,

testszerte enyhe hyperhydrosis és durva hullámu tremor észlelhetők.

Tudata tiszta, éber, minden tekintetben orientált. Figyelme felkelthető, de szóródott, nehezebben terelhető, rögzíthető. Percepció vagy gondolkodási zavara nincs. Hangulata euthym, de dysphoriás, indulatain nehezen uralkodik, frusztrációs toleranciája alacsony, belátási készsége csekély. Érzelmileg kevésbé terhelhető, affektív kitörésekre, augmentálódásra hajlamos. Szuicid szándékot, gondolatot negál. Kissé meglassult pszichomotorium. Intellektusa végzettségének megfelelőnek tűnik, de összességében hanyatló, a rövid távú memória jelentősen gyengült. Ez a hétköznapi megbeszélések, feladatok során állandó nehézséget okoz, az egyszerű információk közlésére számos alkalommal van szükség, megjegyzésük így is kétséges. Rendszeresen alkoholizáló életmód. A kórházi felvételt kellemetlen kényszerként éli meg, alapvetően indokolatlannak tartja. A több hetes megfigyelési idő alatt mégis kooperatív, a szabályokat elfogadja. Élettársa haláláról kevés érzellemmel emlékezik meg, a halál körülményei és bekövetkezése előtt értetlenül áll; arra emlékszik, hogy mindketten nagyon részegek voltak az utolsó este.

Vizsgálatok

Pszichológiai vizsgálat

Nagyon készült rá, másoktól is érdeklődött, hogy miből áll, mi várható. Az MMPI teszt kitöltése közben jelezte, hogy az állítások nem egyértelműek, így számára nem volt könnyű megoldani. Érezhetően nagy hangsúlyt fektetett arra, hogy jó benyomást keltsen, így nem véletlen, hogy egyetlen skálán kaptunk átlagtól való eltérést, a korrekció prímskálán, ami kedvező benyomáskeltésre való törekvés, az önkontroll, a vizsgálati helyzet kézbentartására való igyekezet kiegészítő mutatójaként értelmezhető.

A MAWI intelligencia vizsgálat alapján átlagos (IQ=93) intellektusú személy. Az intellektuális struktúrán belül a verbális teljesítménye és a gyakorlati performációs intelligencia azonos szintű, (VQ=94, PQ=93), de a fiziológiás mentális hanyatláson túlmenő deméntálódás érezhető, amelynek háttérben feltételezhetően organikus érintettség, esetleg alkoholos encephalopátiás személyiségtorzulás lehetősége állhat fent, amelyet a projektív tesztvizsgálatok is egyértelműen jeleznek.

(MAWI: demencia index: 20, organikus index: 70%, Hewson index 70% organikus.

Rorschach: organikus index 2, kifejezési amnézia, Umbestimmt, alkoholos skála 4, jelző értékű).

Összefoglalva, a MAWI intelligencia vizsgálat alapján átlagos intellektusú személy, akinél feltételezhetően alkoholos karakteréből adódóan deméntálódás jelei észlelhetők és erős szenzitív paranoid beállítódás. A realitásérzéke megtartott, pszichotikus folyamatra vagy pszichotikus állapot fennállására tesztmutatók nincsenek.

Rutin labor értékekben enyhe, kontrollok során javuló májfunkciós zavar jelein kívül eltérés nincs

EEG: epizodikus, generalizált, szabálytalan tüskehullám-szinkronizáció, megtartott, szabályos alfa háttéraktivitás mellett. A generalizált minta jellege és a bal féltekei, enyhe tünetek alapján szekunder generalizált – feltehetően balféltekei kiindulású – mechanizmus tételezhető fel.

Kontroll EEG: megtartott, szabályos, 8-10 Hz-es háttértevékenység. Néhány alkalommal láthatók 4 Hz-es generalizált lassú tüske-hullám burst-ök, esetleges másodlagosan generalizálódó epilepsziás működészavar jeleként (1. ábra)

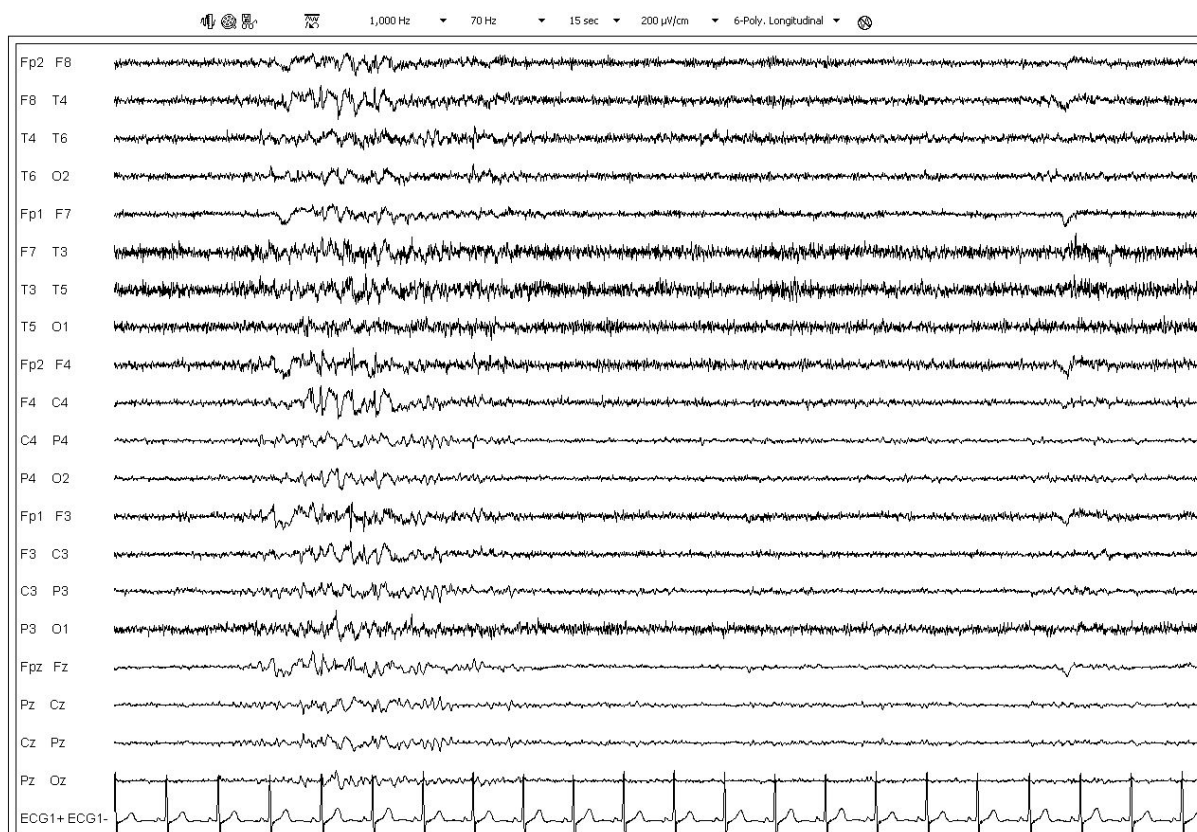
24 órás video-EEG monitorozás során számos alkalommal ábrázolódott jobb- vagy balo. temporális interiktális meredek hullám (2-3. ábra), és számos alkalommal 8-10 másodpercig tartó generalizált, szabálytalan lassú tüske-hullám sorozatok figyelhetőek meg, esetleges rövid szubklinikai epilepsziás roszullétek elektromos jeleiként (4. ábra). Klinikai epilepsziás roszullét sem a monitorozás idején, sem a kórházi megfigyelés alatt nem alakult ki.

Koponya MRI: a felületi liquorterek infratentorialisan és frontalisán kifejezettebben tágultak.

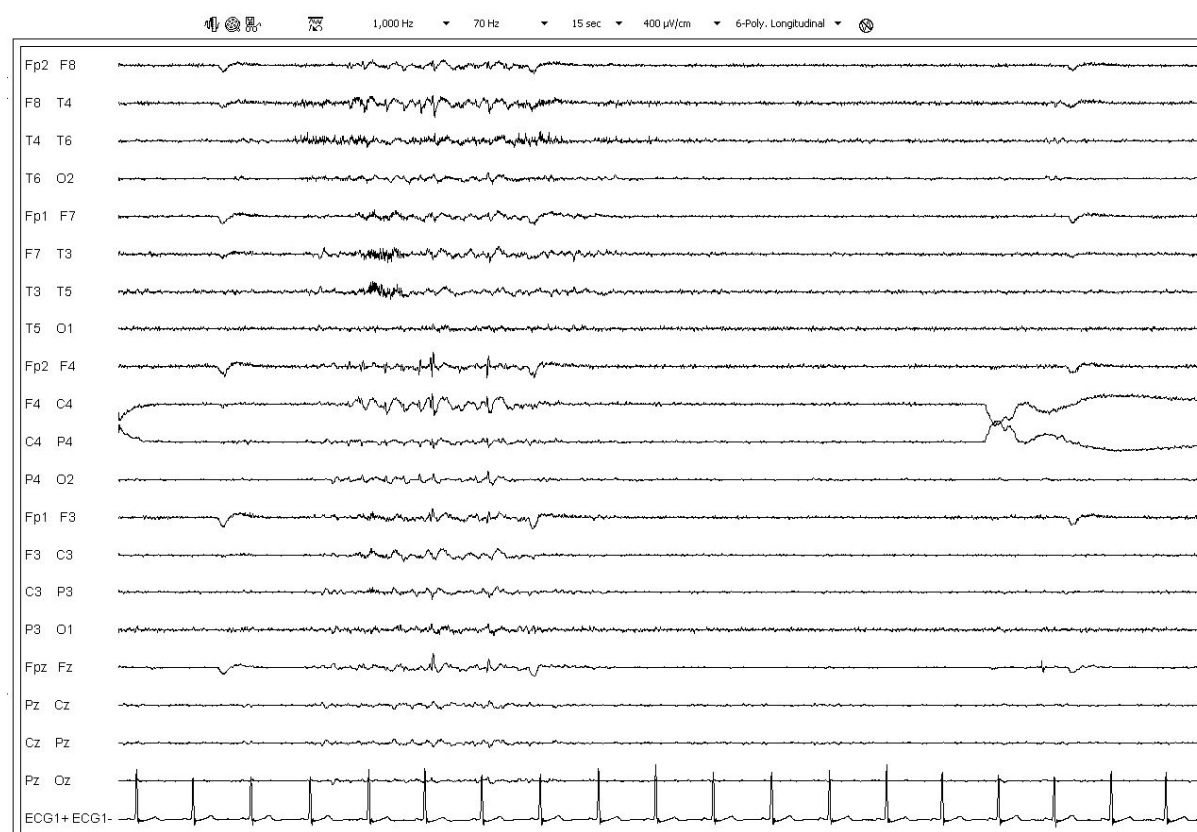
Jobb oldali hippocampalis sclerosis supitiuma. Enyhe kamra asymmetria. Enyhe frontális és vertex közeli corticalis atrophia.

A pszichiátriai megfigyelés során a beteg együttműködő, lényegében konvencionális magatartást tanúsított. Innen neurológiai osztályra került, ahol az EEG adatok és az ismert klinikai epilepsziás roszullétek alapján carbamazepine beállítás történt. A beteg meglepődve fogadta, és nehezen ismerte el az epilepszia betegség tényét. A roszullétek veszélyeit, a gyógyszeres kezelés szükségességét lassan látta be. Távozása után két alkalommal tért vissza kontroll vizsgálatra; a beállított gyógyszereket szedte. A második kontroll alkalomával ittas volt, kooperativitása csökkent.

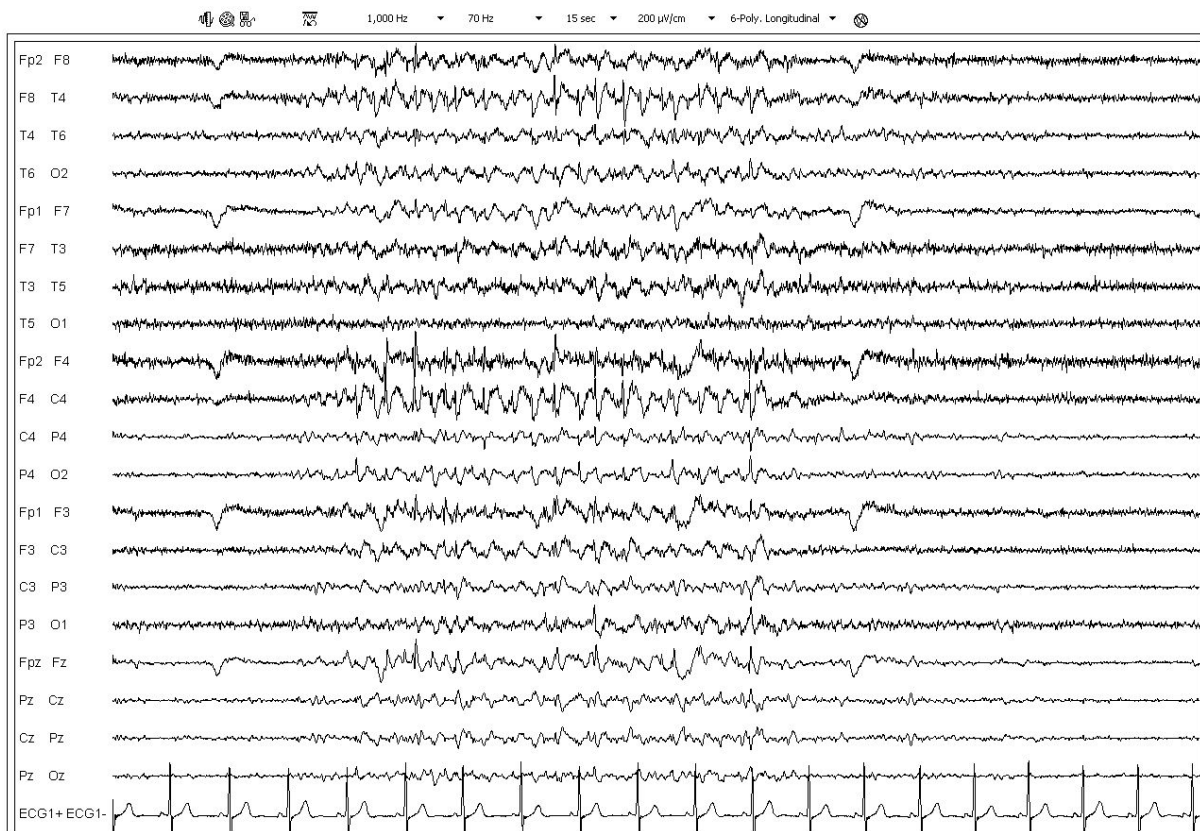
1. ábra



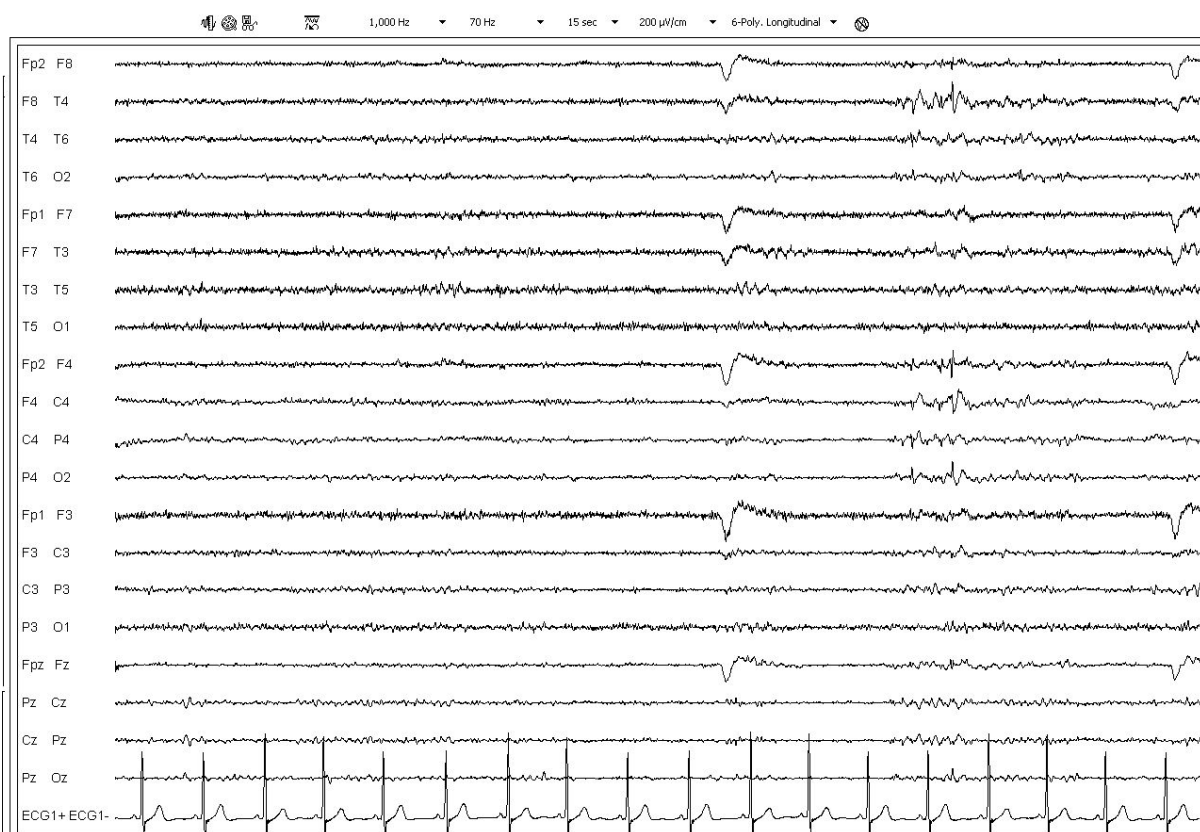
2. ábra



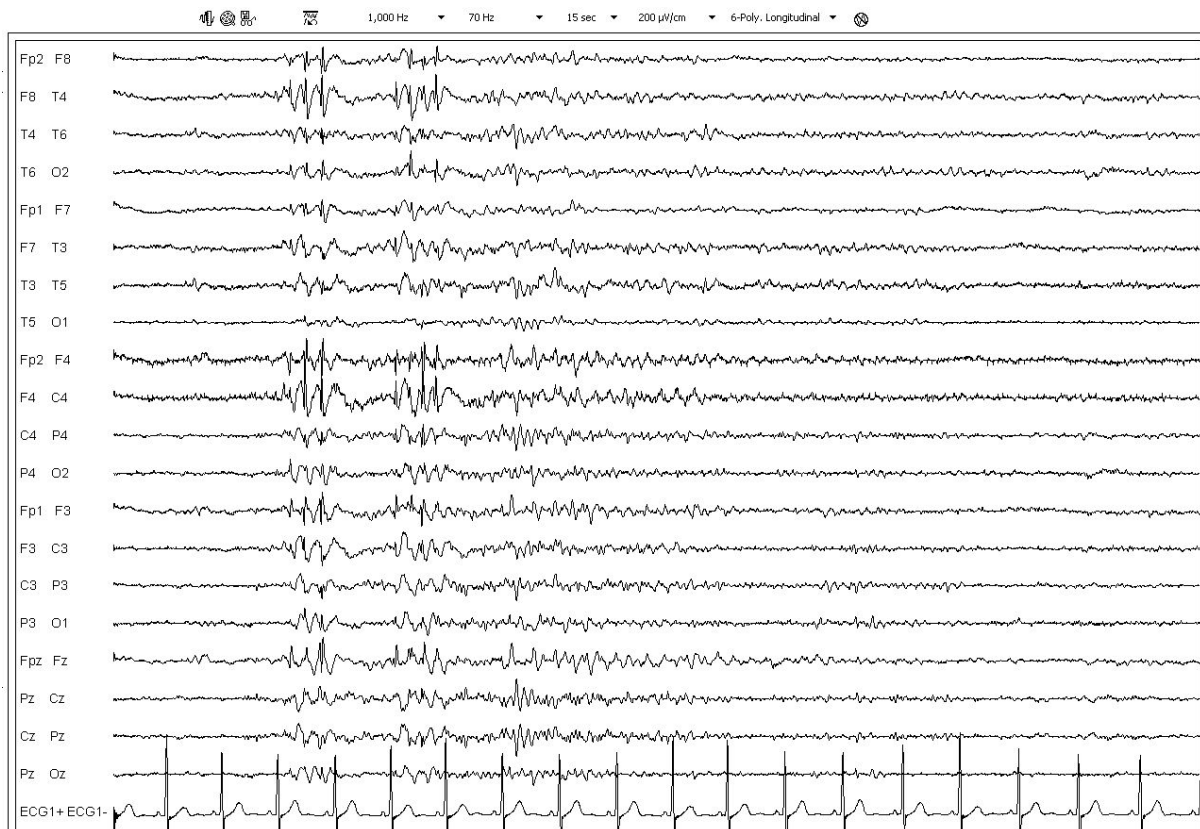
3. ábra



4. ábra



5. ábra



6. ábra





Megbeszélés

A vizsgálatok során az ismert alkoholbetegség mellett elégtelenül kezelt hypertóniára és kezeletlen epilepsziára derült fény. Feltehető hogy mind ezen tényezők hozzájárultak a jelentős mnestic - intellektuális hanyatlással és csökkent impulzuskontrollal, alacsony frusztrációs toleranciával járó organikus pszichoszindróma kialakulásához. A súlyos memóriazavar egyik tényezője az alkoholos ártalom lehet. Az epilepszia betegé ténye a beteg által jelzett visszatérő eszméletvesztéses rosszullétek és a definitív interiktális és iktális EEG eltérések alapján kétségtelen; az EEG eltérések alapján felmerül, hogy a jelzett, és az osztályon is észlelt „kihagyások”, felejtések háttérben nem állhatnak-e szubklinikai epilepsziás rosszullétek, elektromos rohamok. Elgondolkodtató, hogy a fővárosban élő beteg az eszméletvesztéses rosszullétek miatt csupán egyetlen alkalommal került kórházba, és nem járt az epilepszia miatt gondozásra sem, sőt gépkocsivezetőként dolgozott.

Az EEG eltérések és a jobboldali hippocampalis sclerosis gyanúja alapján temporális, másodlagosan generalizálódó epilepsziás mechanizmus

látszik valószínűnek gyakori, mindkét féltekét bevonó elektromos rohamtevékenységgel. A kérdéses jobboldali hippocampalis sclerosis mellett etiológiaként mind az agyi atrophia, mind – esetleg fel nem ismert – régi microtrauma vagy dysgenesis állhat; az alkoholizmus állandó provokáló tényező.

Valószínű, hogy a cselekmény időpontjában páciensünk tudatzavarban szenvedett. Ennek kétségtelen, a beteg által is hangsúlyozott egyik fő tényezője az alkoholos befolyásoltság volt, amely az egyébként is alacsony impulzuskontrollt bizonyára tovább csökkentette, ezzel esetleges agresszív cselekményre hajlamosítva (a Btk. 25.§. értelmében, aki a cselekményt önhibájából eredő ittas vagy bódult állapotban követi el, arra a büntetést enyhítő kóros állapot – ebben az esetben a tudatzavar, mint a beszámítási képességet korlátozó tényező nem alkalmazható). A gyakori iktális jellegű EEG eltérések felvetik, hogy – a beteg részéről teljes amnesziával járó – cselekmény esetleg epilepsziás roham közben, vagy postictalisan történhetett (az irodalom szerint a post- vagy interictalis agresszió epilepsziában gyakoribb, mint a rohamokhoz kapcsolódó (Yankovsky 2005, Treitmann 1991, Janszky 1999). Ha ez bizonyítható, az

elkövető beszámítási képességgel nem rendelkezik, így nem is büntethető [Btk. 24.§.(1)].

IRODALOM

- Treiman DM: Psychobiology of ictal aggression. In: Neurobehavioral Problems in Epilepsy, ed. Smith D, Treiman DM, Trimble M. New York, Raven Press, 1991, 341–356
- Büntető törvénykönyv (Btk, 1978. évi IV. tv.)
- A Büntetőeljárásról szóló törvény (Be, 1998. évi XIX. tv.)
- Polgári perrendtartás (Pp, 1952. évi III. tv.). 2000. Szerk: Wiener A. Imre
- Pera SB, Dailliet A. Homicide par les maladies mentaux: Analyse clinique et criminologique. Encéphale 2005, 31, 539-549.

- Janszky J, Rásonyi Gy, Szűcs A, Halász P, Békés J. Subacute postictal aggressions. Neurology. 1999; 52(1):221.
- Yankovsky AE, Veilleux M, Dubeau F, Andermann F. Post-ictal rage and aggression: a video-EEG study. 2005;7(2):143-7. Epileptic Dis 2005, 7(2):143-147.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A leletek elkészítésében és értékelésében történő részvételükért a szerzők köszönetüket nyilvánítják prof. Halász Péter egyetemi tanárnak (EEG) és Kecskés Tünde pszichológusnak.

Levelezési cím:
Dr. Magyar Iván György
OPNI, 1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 116.
e-mail: magyarig@opni.hu