

## **Niedokonane samobójstwo rozszerzone – rozważania na temat granic psychozy na podstawie opisu przypadku**

### **Uncompleted extended suicide – discussion on the boundaries of psychosis based on a case study**

Robert Pudło, Szymon Florek, Michał Błachut, Aleksandra Leksowska,  
Magdalena Piegza

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze,  
Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii w Tarnowskich Górach

#### **Summary**

The article describes the case of a 40-year-old woman who attempted suicide and killed two of her own children and was examined by three teams of forensic psychiatrists and psychologists for the purpose of judiciary. This woman was somatically healthy, did not use psychiatric or psychological help. The authors were the third team of experts and, after conducting double psychiatric and psychological examinations and analysis of documents from the case files, which include the course of forensic-psychiatric observation, recognized the symptoms of dependant personality disorders and acute stress reaction, which resulted in a complete loss of the ability to recognize the meaning of the act and to manage proceeding. The paper discusses the diagnostic process as well as the analysis of psychotic disorders in relation to specific clinical diagnoses in accordance with the current classification of mental illnesses and disorders. Attention was paid to the problem of differentiating individual disorders and the way of defining psychotic disorders. The existence of difficulties in drawing the line between psychotic and non-psychotic disorders in the context of forensic psychiatric evaluation is emphasized.

**Słowa kluczowe:** samobójstwo, zabójstwo, psychiatria sądowa

**Key words:** suicide, homicide, forensic psychiatry

#### **Wstęp**

Termin: „samobójstwo rozszerzone” nie jest jednoznaczny. W polskiej tradycji nazewnictwa określa się nim zwykle sytuację, w której dochodzi do samobójstwa połączonego z zabójstwem osób z bliskiego otoczenia ofiary, w którym najczęstszą

motywacją jest ochrona bliskich przed potencjalnym zagrożeniem. Anglosaski termin *dyadic death*, opisuje tylko zjawisko, bez określania motywacji osób w nie zaangażowanych [1]. W literaturze niemieckiej dyskusje nazewnicze trwają już ponad 100 lat. W 1907 r. poświęcono im sesję w ramach konferencji Niemieckiego Towarzystwa Medycyny Sądowej. Termin *erweiterter Suizid* wykrystalizował się tam z wcześniejszej propozycji: *kombinierter Suizid* [2]. Obecnie używa się zarówno terminu *erweiterter Suizid* lub *Mitnahmesuizid*, jak i bardziej deskryptywnego i wzorowanego na literaturze anglosaskiej terminu *Doppelsuizid* i *Homizid-Suizid* [3]. Wszystkie te terminy są często krytykowane i żaden nie jest wolny od wad, dlatego użycie każdego z nich wymaga szczegółowego uzasadnienia.

Badania nad samobójstwami rozszerzonymi obejmują ich potencjalne przyczyny, motywy i profile sprawców. W jednym z badań z 1995 r. na podstawie analizy przyczyn takich zdarzeń wyodrębniono pięć głównych determinant. Najczęstszym powodem był rozpad związku (aż 46%), rozkład kolejnych kształtował się następująco: choroby psychiczne – 21%, działalność przestępcza – 11%, choroby somatyczne – 10%, problemy finansowe – 11% [4]. W 2010 r. Galta i wsp. przeanalizowali zjawisko samobójstw rozszerzonych w literaturze międzynarodowej oraz na terenie Norwegii. Z ich pracy wynika, że osoby, które dopuszczają się samobójstwa rozszerzonego, cierpią najczęściej na zaburzenia depresyjne, psychotyczne oraz prezentują urojenia zazdrości [5]. Kolejne badanie, przeprowadzone w Szwajcarii, wykazało, że głównymi czynnikami psychicznymi popełniania samobójstwa rozszerzonego są depresja oraz psychoza [6]. W pracach przeglądowych dotyczących tego zagadnienia wymienia się depresję jako najczęstszą przyczynę wśród chorób psychicznych, a zaraz po niej kolejno – nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz psychozy [7, 8].

Inspiracją dla podjętych w niniejszym opracowaniu rozważań był przypadek dzieciobójczyni, w sprawie której wydano trzy opinie sędowo-psychiatryczne różniące się konkluzjami diagnostycznymi. Znajdujący się wśród autorów opracowania biegli musieli skonfrontować się z pewnymi problemami teoretycznymi; postawili rozpoznanie raczej nietypowe dla osoby dokonującej samobójstwa rozszerzonego, przez co dotknęli problemu zakreślenia granicy między zaburzeniami psychotycznymi a niepsychotycznymi.

### Opis przypadku

Dane opisywanej osoby zostały zanonimizowane, szczegóły nieistotne dla prezentacji przypadku, a mogące umożliwić identyfikację probantki zostały pominięte.

Czterdziestoletnia kobieta, z wyższym wykształceniem, mężatka, matka kilkunastoletniej córki i kilkuletniego syna, nie pracująca od narodzin drugiego dziecka, została oskarżona o zabójstwo obojga dzieci, po którym dokonała nieudanej próby samobójczej. Ciała całej trójki odkrył mąż, który wbrew zapowiedzi wrócił wcześniej do domu. Dzięki skutecznej reanimacji kobietę uratowano, natomiast dwójka dzieci była martwa – u dziewczynki stwierdzono kilkanaście ran kłuto-ciętych szyi, a u chłopca jedną. Matka miała rany cięte i klute szyi. Ponadto w kuchni mieszkania znaleziono metalową puszkę podziurawioną nożem.

*Rozwój psychiczny, linia życiowa*

Badana wraz z młodszym bratem była wychowywana w rodzinie pełnej, zapewniającej warunki prawidłowego rozwoju. W dzieciństwie nie doznała, ani nie była świadkiem przemocy fizycznej ani psychicznej w rodzinie. W okresie jej wczesnej dorosłości ojciec przez kilka lat nadużywał alkoholu. Szkołę średnią ukończyła uzyskując bardzo dobre oceny, na studiach pobierała stypendium naukowe. Po ich ukończeniu podjęła pracę z możliwością rozwoju naukowego, która zaspokajała jej zainteresowania i ambicje. Miała dobre relacje z przełożonymi i współpracownikami. Utrzymywała regularne, bliskie kontakty z rodzicami i bratem mieszkającym za granicą. Łatwo nawiązywała kontakty społeczne, była w kilku związkach uczuciowych. Na ostatnim roku studiów wyszła za mąż z miłości, będąc wtedy w ciąży. Do dnia zabójstwa dzieci małżeństwo trwało około 17 lat.

W relacji opiniowanej pożycie małżeńskie początkowo układało się zgodnie, jednak po narodzinach córki mąż skupił się aktywności zawodowej i rozwijaniu własnych zainteresowań, marginalizując swój udział w życiu rodzinnym. W odpowiedzi na skargi żony zerwał kontakty z jej rodziną i zażądał podpisania intercyzy, zabronił jej również spotykać się z koleżankami. Ze względu na charakter pracy męża kilkakrotnie zmieniali miejsce zamieszkania, co ograniczało jej możliwości zatrudnienia. Z powodu swoich nieudanych inwestycji finansowych mąż przestał łożyć na utrzymanie rodziny, wywierał presję na poszukiwanie pracy przez żonę a wobec braku ofert – na podjęcie działalności gospodarczej. Po kilku nieudanych próbach badana zaczęła pozorować zatrudnienie. Podała, że za zgodą męża spieniężała różne wartościowe przedmioty. Sprzedaż rzeczy umożliwiała jej też ukrywanie braku zarobków z tytułu pracy. Przyznała się do kłamstwa, kiedy mąż nakłaniał ją do wzięcia kredytu i nie mogła okazać zaświadczenia z pracy. Na kilka miesięcy przed krytycznym czynem zaczęła symulować chorobę nowotworową. Podała, że w przeszłości wspólnie z mężem dla uzyskania pieniędzy od jej rodziny wymyślili konieczność poddania się przez nią operacji. W późniejszym okresie badana sama zaczęła posługiwać się kłamstwem o chorobie nowotworowej, wykorzystując realnie istniejące problemy ginekologiczne. W ten sposób zyskała współczucie rodziny i „odroczenie” powrotu do pracy. Relacjonowała, że po ujawnieniu kłamstw mąż stwierdził, że warunkiem utrzymania rodziny jest pisemne przyznanie, iż sama bez jego zgody sprzedawała rzeczy z mieszkania i zobowiązuje się do ich spłaty oraz zrzeka się praw do wspólnych nieruchomości.

Opiniowana nie miała poważnych urazów, wypadków czy operacji. Po pierwszej ciąży podjęła leczenie z powodu zapalenia przydatków oraz mięśniakowości macicy. Kilkakrotnie, między porodami dzieci, miała naturalne poronienia. Nie chorowała przewlekłe. Nie przyjmowała leków na stałe. Deklarowała, że nie korzystała z pomocy psychologa ani psychiatry. Nie nadużywała alkoholu, nigdy nie używała narkotyków. Negowała występowanie chorób psychicznych oraz samobójstw w rodzinie.

*Obraz systemu rodzinnego*

W oczach sąsiadów rodzina była „dobra i spokojna”, choć zdaniem niektórych mąż sprawczy był osobą despotyczną. Znajomi męża opisali go jako konfliktowego, de-

monstrującego wysokie poczucie wartości i nieomyślności, instrumentalnie traktującego kobiety. Otwarcie wyrażał przekonania o podporządkowanej roli kobiety w małżeństwie – oczekiwał, że żona sama zajmie się prowadzeniem domu, wychowywaniem dzieci, wymagał od niej dbania o atrakcyjność fizyczną i seksualną oraz utrzymywania dobrego wizerunku rodziny w otoczeniu. Był wyłącznym dysponentem pieniędzy i w dużej mierze przeznaczał je na własne potrzeby. Z akt sprawy wynika, że wykorzystywał również przewagę fizyczną, szarpiąc żonę, i demonstrując możliwości użycia siły itp. W relacjach z dziećmi przyjmował odmienną postawę wobec córki i wobec syna. Córce nie wolno było płakać, wyrażać swoich poglądów, kazał jej gotować, sprzątać, dużą wagę przywiązywał do jej wyglądu zewnętrznego, reagował agresją słowną i fizyczną na jej próby przeciwstawiania się. Syna od początku jawnie faworyzował, zwracał uwagę na stymulację jego rozwoju, np. nakazał uczyć syna czytania liter, kiedy chłopiec miał dwa lata.

Obraz rodziny podawany przez męża sprawczyni odbiega od przedstawionej powyżej wersji. Jego zdaniem tworzyli całkowicie dobrany związek do momentu ujawnienia kłamstw żony. W protokole przesłuchania potwierdził model obowiązków rodzinnych przedstawiony przez żonę jako w pełni odpowiadający jego przekonaniom dotyczącym ról małżeńskich, z nadrzędną pozycją mężczyzny – żywiciela rodziny.

#### *Osobowość sprawczyni*

Badania psychologiczne wykazały wysoki poziom sprawności intelektualnej opiniowanej, nie stwierdzono wskaźników organicznych dysfunkcji ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznano natomiast charakterystyczny dla osobowości zależnej wzorzec funkcjonowania, polegający na przyzwalaniu mężowi na przejęcie odpowiedzialności za jej decyzje życiowe, podporządkowywaniu partnerowi własnych potrzeb, uleganiu jego żądaniom oraz stopniowemu marginalizowaniu swoich oczekiwań w poczuciu niskiej wartości. Z wypowiedzi badanej, przebiegu jej linii życiowej oraz obserwacji matki i znajomych z okresu jej studiów wynika, że nie ujawniała ona takich zachowań przed zawarciem małżeństwa – oceniała siebie i była postrzegana jako osoba ambitna, aktywna, samodzielna a równocześnie skłonna do ugodowości i kompromisu. Te ostatnie dwie cechy można uznać za predyktor późniejszej postawy – w zetknięciu z silnie dominującą postawą męża tendencje te pogłębiły się i utrwaliły jako spójne z jej wizją dobrego, bezkonfliktowego związku.

#### *Stan psychiczny sprawczyni w okresie przed zdarzeniem*

Na miesiąc przed zdarzeniem mąż ponownie nakazał jej podjąć pracę lub wyprwadzić się z domu, dając miesięczne ultimatum. Mimo iż po tej zapowiedzi zaprzestał czynienia zarzutów, była bardzo napięta, odczuwała „huśtawkę nastrojów”. W jej ówczesnych przeżyciach dominował lęk przed przyszłością, poczucie krzywdy, smutku i żalu. Chwilami pojawiało się pragnienie śmierci, które odsuwała od siebie ze względu na dzieci. Nie miała myśli samobójczych, raczej poczucie przytłoczenia problemami i fantazje, że „dobrze byłoby nie żyć”. Miała też żal do siebie i poczucie winy, że nie była dostatecznie silna, żeby przeciwstawić się mężowi. W nocy spała płytko, często

budziła się z lękiem, dla poprawy snu i nastroju używała mieszanek ziół z zawartością dziurawca i waleriany. W tym okresie potrafiła odczuwać też radość, cieszyła ją „różne rzeczy”, szczególnie związane z dziećmi. Mimo obniżonego nastroju wysłała kilkadziesiąt podań do różnych miejsc pracy, była na kilku spotkaniach i oczekiwała na kolejne. Z przedstawionych w aktach zeznań jednego z potencjalnych pracodawców, kierownika zakładu naukowego, wynika, że na podstawie godzinnej rozmowy uznał ją za „osobę patrzącą perspektywicznie, zainteresowaną realizacją doktoratu”. Ocenił ją jako osobę pogodną, komunikatywną, mającą dużo planów na przyszłość i zaproponował jej kolejne spotkanie w terminie przekraczającym ultimatum postawione przez męża. Inne osoby z otoczenia opiniowanej również nie dostrzegały wyraźniejszej zmiany w jej nastroju i zachowaniu, poza nauczycielką dzieci, której opiniowana wydała się „smutna”.

### *Relacja sprawczyni z dnia zdarzenia*

Dopytywana o przebieg krytycznego dnia opisała, że według wcześniejszych ustaleń mąż miał wyjechać z synem na ferie do swojej matki, a córka miała zostać w domu, ponieważ przygotowywała się do konkursu. Nieoczekiwanie mąż powiadomił o zmianie swoich zamiarów: oznajmił, że „okres próby minął”, zabiera oboje dzieci do matki, a żona w tym czasie ma się wyprowadzić. Zabronił przy tym rozmawiać o tym z dziećmi, żeby „nie psuć im wyjazdu”. Sam wyszedł do dentysty, a następnie miał pójść do galerii handlowej. Badana była przekonana, że tym razem spełni swoją groźbę. Jak opisała, „była jak w transie”, pamięta, że zjadła z dziećmi obiad, ułożyła syna do codziennej drzemki. Córka nie chciała wyjeżdżać, miała swoje plany. Pokłóciła się z ojcem, poszła zdenerwowana do pokoju i demonstracyjnie położyła się spać. Opiniowana z trudem odtwarzała dalszy ciąg zdarzeń, przedstawiając jedynie fragmentaryczne obrazy. Wyszła do kuchni, pamięta, że nastawiła wodę na herbatę, siedziała przy stole, miała w głowie natłok myśli: „galopada myśli, jak przekonać męża... jak argumentować, żeby dał szansę... jak przekonać, że nie jestem złą osobą... jak znaleźć kasę...”. Pytana o uczucia, podała strach, rozpacz, złość na siebie, „że nie umiałam się przeciwstawiać, że mam taki słaby charakter... bałam się, co się stanie z dziećmi...”. Dominowało poczucie zagubienia „nie rozumiałam tej sytuacji... nie spodziewałam się tak drastycznej decyzji”. Na pytanie, co sprawiło, że nie brała takiej reakcji męża pod uwagę, stwierdziła: „z mężem były zawsze negocjacje... wiedział, że zależy mi na dzieciach najbardziej, że dla nich zrobię wszystko... zawsze ustępowałam, jak groził, że zabierze dzieci... a teraz powiedział, że czas się skończył... zabiera dzieci”. Ostatnią rzecz, jaką zapamiętała, były noże „nie wiem, czy je wyjęłam... pewnie je wyjęłam... to noże męża... on je zbierał... nie pamiętam, co dalej było...”.

W zeznaniach podała, że nie wie, jak się to stało, nie mogła zostawić mężowi dzieci i musiała je zabrać: „on za szybko przyszedł i nie zdążyłam umrzeć”.

### **Opinie psychiatryczne**

W opisywanej sprawie przedstawiono trzy opinie sądowno-psychiatryczne. W pierwszej, wydanej krótko po odzyskaniu przez sprawczynię świadomości, biegli stwierdzili,

że opiniowana „nie jest upośledzona umysłowo, zdradza zaburzenia depresyjne przejawiające się klinicznie spowolnieniem psychoruchowym, niepokojem wewnętrznym, obniżonym nastrojem, sztywnością reakcji afektywnych, występowaniem myśli samobójczych, myśli rezygnacyjnych, bilansujących, depresyjną oceną przyszłości i własnej sytuacji, poczuciem lęku, zagrożenia, nadpobudliwością nerwową, występowaniem tendencji samobójczych”. Odnotowali wypowiedź sprawczyni dotyczącą deklarowanego przez nią motywu jej czynu: „nie mogłam zostawić z nim dzieci, nie byłyby bezpieczne, nie chciałam im tego zrobić”. Biegli wnieśli o obserwację sądowo-psychiatryczną.

Druga opinia została wydana po przeprowadzeniu trzymiesięcznej obserwacji sądowo-psychiatrycznej. W badaniu psychologicznym stwierdzono poziom inteligencji powyżej przeciętnej, brak organicznych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym oraz możliwość występowania zaburzeń depresyjnych. Ponadto, badanie osobowości wskazało na możliwość dekompensacji „w sytuacjach znacznego przeciążenia emocjonalnego (silnego stresu, przedłużającego się stanu frustracji), w których badana może ujawniać postawy, zachowania impulsywne, gwałtowne, ze znacznie ograniczoną (zniesioną) zdolnością kontroli ich przebiegu intelektem”. Biegli psychiatrzy stwierdzili, że w chwili dokonania zarzucanych jej czynów badana cierpiała na zaburzenia afektywne o obrazie ciężkiego epizodu depresji z objawami psychotycznymi i miała wtedy zniesioną zdolność rozumienia znaczenia czynów i pokierowania swoim postępowaniem w znaczeniu art. 31 par. 1 kk [9].

Trzecią opinię (autorów opracowania) wydano na podstawie dwukrotnego badania psychiatrycznego i psychologicznego z dostępem do danych z obserwacji. Biegli rozpoznali u opiniowanej objawy depresyjne w chwili badania, ale nie stwierdzili cech ciężkiego epizodu depresji przed czynem. W badaniu psychologicznym ustalono wzorzec funkcjonowania charakterystyczny dla osobowości zależnej, z marginalizowaniem swoich oczekiwań w poczuciu niskiej wartości i lękiem przed funkcjonowaniem poza związkiem. W analizie tła sytuacyjno-motywacyjnego zwrócono uwagę na nałożenie się intensywnego bodźca stresowego na przewlekłe trudną sytuację rodzinną. Podkreślono także, że działanie sprawczyni w czasie czynu było niezgodne z jej osobowością, przebiegało z zawężeniem uwagi, przeżywaniem rozpacz, zaburzeniem percepcji bólu, niedostosowaną aktywnością. Biegli psychiatrzy uznali, że w chwili popełnienia czynów badana zdradzała objawy ostrej reakcji na stres na poziomie psychotycznym, z powodu której miała zniesioną poczytalność zgodnie z art. 31 par. 1 kk [9].

## Dyskusja

W opisywanym przypadku trzy zespoły biegłych dostrzegły u badanej zaburzenia depresyjne, przy czym wszyscy mieli możliwość obserwacji badanej dopiero po czynie i po uświadomieniu sobie przez badaną jego skutków. Szczegółowa analiza funkcjonowania sprawczyni przed czynem nie pozwala jednak na rozpoznanie ciężkiego epizodu depresji w czasie czynu. Oczywiście, poza wątpliwościami pozostaje długotrwałe obniżenie nastroju i obniżenie samooceny oraz nawracające zwiewne myśli o śmierci, ale badana zdecydowanie nie spełniała ani kryteriów ciężkiego epizodu depresji wg ICD-10, ani kryteriów tzw. „dużej depresji” (*major depression*) wg DSM-5 [10, 11].

W jej obrazie psychopatologicznym z dnia czynu zwraca uwagę przede wszystkim ogromna dynamika przebiegu zaburzenia. Objawy wykryły się w ciągu 1–3 godzin i charakteryzowały się niezwykle gwałtownością, a czyn badanej był sprzeczny z jej osobowością. Próba zaklasyfikowania obserwowanego zaburzenia musi prowadzić w stronę ostrej reakcji na stres, a zaburzenia depresyjne mogły być jedynie czynnikiem ułatwiającym jej wystąpienie. Kryteria diagnostyczne ASD (*Acute Stress Disorder*) wg ICD–10 DCR obejmują m.in.: narażenie na stres o wyjątkowej sile, natychmiastowe wystąpienie objawów, zawężenie uwagi, gniew lub agresję, rozpacz lub poczucie braku nadziei oraz aktywność niedostosowaną lub bezcelową [10].

Konstrukcja artykułu 31 kk [9] wymaga od biegłych opiniujących w przedmiocie niepoczytalności określenia, która z trzech – jak pisze Cieślak – racji niepoczytalności: choroba psychiczna, upośledzenie umysłowe czy inne zakłócenie czynności psychicznych jest podstawą orzeczenia [12]. Już na tym poziomie biegły napotyka na trudności o charakterze definicyjnym, gdyż pojęcie choroby psychicznej nie doczekało się powszechnie akceptowanej wykładni. Kodeks karny nie daje w tym zakresie żadnych wskazówek, co zresztą wydaje się słuszne, gdyż nie jest to miejsce do definiowania granic zaburzeń psychicznych. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego jest bardziej pomocna, gdyż w artykule 3., przedstawiającym analogiczny do art. 31 kk podział zaburzeń psychicznych wymienia w pierwszym punkcie choroby psychiczne (zaburzenia psychotyczne) [9], utożsamiając tym samym chorobę psychiczną z psychozą [13], co jest zgodne z tradycyjnymi poglądami psychiatrycznymi. Jak podaje Pużyński [14] choroba psychiczna może być utożsamiana z psychozą i w takim znaczeniu jest to zaburzenie ograniczające wgląd, a także utrudniające utrzymanie kontaktu z rzeczywistością oraz upośledzające zdolność radzenia sobie z codziennymi problemami. Pośród objawów psychozy wymienia on jakościowe zaburzenia myślenia, intelektu, świadomości, postrzegania, uczuć, napędu psychoruchowego i innych funkcji psychicznych. Warto również podkreślić, iż psychoza nie została zdefiniowana w DSM-5, pojawiają się tam tylko „cechy psychotyczne” oraz „psychotyczność”. W tym kontekście niejasne stają się określenia „podobne do psychozy” (*psychosis-like*) odwołujące się do niezdefiniowanego pojęcia psychozy [11, 15]. W niektórych nowszych publikacjach pojawia się tendencja do utożsamiania psychozy z objawami wytwórczymi (złudzeniami, omamami lub urojeniami, czasem skrajnie nasilonym lękiem, np. w katatonii) [16], jednak ujęcie to wydaje się zbyt wąskie i niezgodne z europejską tradycją psychiatryczną. Jaspers i Schneider próbowali zdefiniować psychozę jako „globalną zmianę osobowości” [17] i choć nie udało im się określić charakteru tej zmiany, pogląd ten można odnaleźć również w polskich definicjach. Encyklopedyczny słownik psychiatrii z roku 1986, kładzie nacisk na „zmiany chorobowe w zakresie myślenia, świadomości, intelektu, woli, uczuć, działania i innych funkcji psychicznych”, dopiero w dalszej części wspomina o objawach psychotycznych, do których należą „halucynacje, urojenia, paralogia, rozkojarzenie, autyzm, zaburzenia świadomości, nastroju” [18, s. 452]. W drugim wydaniu obowiązującego podręcznika psychiatrii Wciórka wymienia różne zasady wyodrębniania zaburzeń psychotycznych, definiując te ostatnie jako przebiegające z istniejącym lub zagrażającym wyraźnym zaburzeniem poczucia rzeczywistości, czyli niezdolność do krytycznej, realistycznej oceny własnej osoby, otoczenia lub relacji między nimi.

Dopiero po tym opisie wymienia typowe objawy, nie ograniczając ich do omamów i urojeń [19]. Bardzo podobnie, jako „stan umysłu, w którym doznaje się silnych zakłóceń w percepcji (postrzeganiu) rzeczywistości”, formułują tę definicję Gałęcki i Szulc [20, s. 554]. To – widoczne w polskich podręcznikach – ujęcie jest mniej doktrynerskie i bliższe rzeczywistości klinicznej, pozwalające na włączenie w zakres psychoz m. in. jadłowstrętu psychicznego, głębokiego otępienia czy psychoz reaktywnych.

Ostra reakcja na stres została umieszczona dopiero w DSM-IV i ICD-10, więc jest konstrukcją stosunkowo młodą [10, 21]. Wynika z tego pewna płynność kryteriów diagnostycznych. Zwraca też uwagę różnica w sformułowaniu kryteriów między DSM-5 a ICD-10. W klasyfikacji APA kryteria ostrego zaburzenia stresowego nie nawiązują na myśl objawów psychotycznych, natomiast badawcze kryteria diagnostyczne klasyfikacji międzynarodowej – zwłaszcza ciężkiej ostrej reakcji na stres (F43.02) – zbliżają się do psychoz reaktywnych, bo jak inaczej rozumieć zawężenie uwagi, wycofanie z oczekiwanej interakcji społecznej, wyraźną dezorientację, aktywność niedostosowaną lub osłupienie dysocjacyjne [10]. Zwraca również uwagę, że PTSD wraz z ASD w DSM-IV zostały zakwalifikowane jako zaburzenia lękowe, natomiast w klasyfikacji ICD-10 znalazły się w kategorii zaburzeń związanych ze stresem [22]. W tym kontekście stają się zrozumiałe postulaty uznania psychozy za kryterium wykluczające ostrego zaburzenia stresowego zdefiniowanego w DSM-5 [19, 22], jednak nie dotyczą one tego rozpoznania postawionego zgodnie z kryteriami ICD-10, które zbliża się do dawnych „reakcji krótkiego spięcia” [23]. Heitzman opisując PTSD oraz ASD podkreśla też obecność stanów dysocjacyjnych znajdujących się poza świadomą kontrolą, a nawet poza świadomością [22].

### Podsumowanie

Samobójstwo rozszerzone jest fenomenem dobrze znanym w psychiatrii sądowej, a zainteresowanie nim wzrasta w przypadkach wyjątkowo dramatycznych. Na przykład po tragicznym zakończeniu lotu Germanwings 9525 [24] powstało wiele opracowań tego tematu, wśród których należy wyróżnić pracę Gunna akcentującego między innymi zjawisko niedorozpoznawania objawów psychotycznych [25]. Jednak przypadek pilota Germanwings został opisany nie tylko jako przykład samobójstwa rozszerzonego, ale przede wszystkim jako obraz trudności w postawieniu rozpoznania i jego interpretacji orzeczniczej.

Pierwszym kontrowersyjnym zagadnieniem było rozpoznanie u opisywanej przez nas sprawczyni ASD, mimo że nie została ona postawiona w sytuacji zagrożenia życia. Nie ulega jednak wątpliwości, że nastąpiło nagle zagrożenie rozpadem ważnego fragmentu sieci społecznej poprzez utratę kontaktu z dziećmi, co spełnia kryteria stresora o wyjątkowej sile [22]. Co więcej, opublikowany w ubiegłym roku przegląd systematyczny Geoffriona i wsp. wskazuje, że największe ryzyko ASD występuje właśnie wskutek zaburzeń w relacjach interpersonalnych [26]. Ponadto nie budziła wątpliwości obecność pozostałych objawów ASD z dominacją elementów dysocjacyjnych. Ponieważ opinia dotyczyła stanu psychicznego w chwili czynu, autorzy nie podjęli rozważań na temat ewentualnego rozwoju PTSD u sprawczyni.

Istotnym wymogiem przemyślanej opinii sądu-psychoiatrycznej jest nazwanie racji niepoczytalności. Przedstawiany przypadek jest dobrą ilustracją tej trudności, ponieważ ASD może zostać zinterpretowana zarówno jako „inne zakłócenie czynności psychicznych” jak i jako krótkotrwała choroba psychiczna. Bardziej rozpowszechniona jest interpretacja pierwsza, a za jej przykład może posłużyć wyrok Sądu Okręgowego w Białymstoku z 2013 r., utożsamiający ASD ze stanem silnego wzburzenia [27]. Za taką interpretacją wydają się opowiadać zarówno Heitzman [22, 28], jak i Golonka, utożsamiająca z kolei ASD z afektem patologicznym [29]. Zapewne interpretacja taka jest adekwatna w znacznej liczbie przypadków. Nie może to jednak zamykać drogi dla interpretacji odmiennej, sytuującej ASD w obszarze zaburzeń psychotycznych, jeśli elementy dysocjacyjne dominują w obrazie klinicznym i powodują zerwanie kontaktu z rzeczywistością, tak jak to było w opisywanym w tym opracowaniu przypadku.

Opiniowanie sądu-psychoiatryczne zmusza lekarzy i psychologów do maksymalnej precyzji, zarówno w nazewnictwie, jak i we wnioskowaniu. Konstruując opinię sądową, biegły musi szukać definicji i granic używanych pojęć. Jednym z największych problemów w tym zakresie jest zdefiniowanie granic psychozy, a próba zachowania elementarnej zgodności pojęcia psychozy zarówno z własnym doświadczeniem, jak i z podręcznikowymi kryteriami, nie pozwala na utożsamienie jej z tzw. „objawami wytwórczymi”. W ten sposób biegły zmuszony jest zająć stanowisko w toczącej się od lat dyskusji o granicach psychozy i opowiedzieć się za klasyfikowaniem zaburzeń jako „psychotycznych” nie z powodu ich etiologii czy numeru statystycznego, tylko z powodu gwałtownej utraty kontaktu z rzeczywistością lub rozerwania związków pomiędzy poznaniem a działaniem.

## Piśmiennictwo

1. Pilszyk A, Cynkier P. *Samobójstwo rozszerzone – depresja a osobowość borderline*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(3): 517–527.
2. Foerster K. *Erweiterter Suizid*. Nervenarzt 2009; 80(9): 1078–1084.
3. Hellen F, Lange-Asschenfeldt C, Huckenbeck W, Hartung B. *Der „erweiterte Suizid“*. Nervenarzt 2014; 85(9): 1144–1150.
4. Milroy CM. *Reasons for homicide and suicide in episodes of dyadic death in Yorkshire and Humberside*. Med. Sci. Law 1995; 35(3): 213–217.
5. Galta K, Olsen SL, Wik G. *Murder followed by suicide: Norwegian data and international literature*. Nord J. Psychiatry 2010; 64(6): 397–401.
6. Shiferaw K, Burkhardt S, Lardi C, Mangin P, La Harpe R. *A half century retrospective study of homicide–suicide in Geneva – Switzerland: 1956–2005*. J. Forensic Leg. Med. 2010; 17(2): 62–66.
7. Roma P, Pazzelli F, Pompili M, Lester D, Girardi P, Ferracuti S. *Mental illness in homicide–suicide: a review*. J. Am. Acad. Psychiatry Law 2012; 40: 462–468.
8. Eliason S. *Murder-suicide: a review of the recent literature*. J. Am. Acad. Psychiatry Law 2009; 37: 371–376.
9. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. nr 88 poz. 553 ze zm.)
10. World Health Organisation. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organisation; 1993.

11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), Fifth Edition*. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
12. Cieślak M, Spett K, Wolter W. *Psychiatria w procesie karnym*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze; 1968.
13. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. nr 111 poz. 535 ze zm.)
14. Pużyński S. *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*. *Psychiatr. Pol.* 2007; 41(3): 299–308.
15. Gaebel W, Zielasek J. *Focus in psychosis*. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2015; 17(1): 9–18.
16. Arciniegas BD. *Psychosis*. *Continuum (Minneapolis)* 2015; 21(3): 715–736. doi:10.1212/01.CON.0000466662.89908.e7.
17. Fuchs T, Stanghellini G. *One century of Karl Jaspers general psychopathology*. Oxford: Oxford University Press; 2014.
18. Korzeniowski L, Pużyński S, Cwynar S. *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1986.
19. Rybakowski J, Pużyński S, Wciórka J. *Psychiatria*. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2011.
20. Gałęcki P, Szulc A. *Psychiatria*. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2018.
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 4 (DSM-IV)*. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
22. Heitzman J. *Zaburzenia po stresie traumatycznym – praktyka kliniczna i opiniowanie*. *Psychiatria po Dyplomie* 2010; 7(5): 59–64.
23. Dąbrowski S. *Psychiatria*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1987.
24. Yasar M. *Flight Anomaly Tracking for Improved Situational Awareness: Case Study of Germanwings Flight 9525*. Annual Conference of the PHM Society 2016; 8(1): 1–7.
25. Gunn JC. *Extended suicide, or homicide followed by suicide*. *Crim. Behav. Ment. Health* 2019; 29(4): 239–246.
26. Geoffrion S, Goncalves J, Robichaud I, Sader J, Giguère CÉ, Fortin M i wsp. *Systematic review and meta-analysis on acute stress disorder: rates following different types of traumatic events*. *Trauma Violence & Abuse* 2020; DOI:10.1177/1524838020933844.
27. Wyrok Sądu Okręgowego w Białymstoku w III Wydziale Karnym z dnia 7 października 2013 r., sygn. akt: III K 24/12, [http://orzeczenia.bialystok.so.gov.pl/content/\\$N/150505000001506\\_III\\_K\\_000024\\_2012\\_Uz\\_2013-10-07\\_001](http://orzeczenia.bialystok.so.gov.pl/content/$N/150505000001506_III_K_000024_2012_Uz_2013-10-07_001)
28. Heitzman J, Markiewicz I. *Niepoczytalność – doktryna, praktyka, skuteczność, alternatywa*. *Psychiatria po Dyplomie* 2012; 9(3): 46–51.
29. Golonka A. *Poczytalność sprawcy czynu zabronionego w kontekście trudności związanych z oceną wybranych stanów atypowych*. *Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ (INCET)*, 2018.

Adres: Szymon Florek  
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach  
Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii w Tarnowskich Górach  
42-612 Tarnowskie Góry, ul. Pyskowska 49  
e-mail: [szymon.florek112@gmail.com](mailto:szymon.florek112@gmail.com)

Otrzymano: 3.02.2021  
Zrecenzowano: 8.03.2021  
Otrzymano po poprawie: 14.04.2021  
Przyjęto do druku: 19.04.2021