

Samobójstwo rozszerzone – depresja a osobowość borderline

Dyadic death – depression and borderline personality

Anna Pilszyk¹, Przemysław Cynkier²

¹ Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN w Warszawie
Kierownik: prof. nadzw. dr hab. n. med. J. Heitzman

² Instytut Psychologii UKSW w Warszawie
Kierownik: dr hab. H. Gasiul, prof. UKSW

Summary

Aim. This work aims to present the difficulties in the assessment of sanity of a perpetrator involved in the so-called dyadic death, which in Poland is identified with the occurrence of severe mood disturbances at the time of the crime.

Methods. A case of a man who killed his wife and two children is presented. The perpetrator himself tried to commit suicide by cutting his veins with a razor.

Commentary. The authors underline diagnostic difficulties which were encountered in the analysed case, they point out the necessity to go beyond the phenomenological aspect of “dyadic death” and the need for multidimensional clinical evaluation of the perpetrator. The rarity of similar acts and low survival rate of perpetrators leaves experts with relatively small amount of opinion giving experience. Thus, there is a need for high accuracy research and careful consideration.

Słowa kluczowe: depresja, samobójstwo rozszerzone, osobowość borderline

Key words: depression, dyadic death, borderline personality

Wstęp

Co pewien czas stykamy się z informacjami o zabójstwach członków rodziny, których dokonał ich bliski, ginący następnie w samobójczym zamachu. W literaturze anglosaskiej sytuację taką określa się terminem „dyadic death” (podwójna śmierć), który koncentruje się na obrazie przestępstwa, a dopiero na drugim planie prezentuje

jego motywację, zarówno patologiczną, jak i niepatologiczną [1, 2]. W Polsce takie tragedie określane są terminem „samobójstwo rozszerzone”. Zdaniem Pużyńskiego [3] dochodzi do niego w ciężkich depresjach psychotycznych, a rzadziej jego motywem jest bilans depresyjny. Rybakowski i Jarosz uważają natomiast, że do samobójstwa rozszerzonego może również doprowadzić reaktywna psychoza depresyjna [4]. Przyjmuje się, iż motywy rozszerzonego samobójstwa wiążą się z patologicznym dążeniem do uchronienia najbliższych przed nieszczęściem, cierpieniem czy sytuacją bez wyjścia, w której – w ocenie sprawcy – mogliby się oni znaleźć.

W psychiatrii sądowej [5, 6] stwierdzenie psychotycznych zaburzeń depresyjnych skutkuje niepoczytalnością sprawcy w stosunku do zarzutu, podczas kiedy motywacja wynikająca z innych, „płytszych” zaburzeń psychicznych może jedynie ograniczać dyspozycje poczytalności. Prawidłowa diagnoza stanu klinicznego w okresie czynu jest zatem kluczowym elementem ekspertyzy. Należy oczywiście uwzględnić obraz przestępstwa, ale nie powinien on przesądzać o ocenach sądowo-psychiatrycznych. Sytuacja orzecznicza staje się o wiele bardziej skomplikowana, jeśli mamy do czynienia z deliktem utożsamianym właśnie z samobójstwem rozszerzonym, a u sprawcy istnieje podejrzenie różnych zaburzeń psychicznych [7]. Niniejsze opracowanie ogranicza się do przedstawienia trudności diagnostycznych i orzeczniczych w przypadku osoby, u której diagnozowano zarówno osobowość z pogranicza, jak i nawracające zaburzenia depresyjne.

W ciągu osiemdziesięciu lat starano się określić grupę osób z zaburzeniami typu borderline. Początkowo zaburzenie to postrzegano jako atypowy wariant innych diagnoz. Oficjalnie wprowadzono je do DSM-III w 1980 r. Diagnoza na podstawie DSM-IV-TR opierała się na stwierdzeniu obecności co najmniej pięciu cech zaburzonej osobowości spośród dziewięciu wymienionych w klasyfikacji i musiała spełniać ogólne kryteria takich zaburzeń [8]. Od 2013 r. (DSM-5) diagnoza zaburzeń osobowości z pogranicza stawiana jest na podstawie przyjęcia dwóch kryteriów: A – poziom pogorszenia funkcjonowania osobowościowego i B – cechy objęte pięcioczynnikowym modelem osobowości oraz cechy patologiczne, charakterystyczne dla specyficznego zaburzenia osobowości [9]. W ICD-10 zaburzenia typu borderline umieszczono obok typu impulsywnego osobowości (grupa osobowości chwiejnych emocjonalnie) i zalecono oddzielne kodowanie współlistniejących z nimi zaburzeń psychicznych [10].

Wśród cech osobowości z pogranicza wymienia się zaburzenia afektu, zachowania impulsywne i autodestrukcyjne, pozornie dobre przystosowanie społeczne, powierzchowne, zależnościowe związki z otoczeniem, postawy manipulacyjne. Myślenie tych osób jawi się jako dziwaczne, dereistyczne i nielogiczne [11]. Przejawiają one znaczący gniew, niestabilność uczuciową, prawdziwe lub wyobrażone poczucie odrzucenia [12], przy obniżonych zdolnościach identyfikacji stanów uczuciowych u innych osób [13]. Ich życie nacechowane jest dezorganizacją i chaosem, roztargnieniem i skrajnymi postawami. Zauważalna jest skłonność do zbytniego koncentrowania się na negatywnych aspektach zdarzeń, wyolbrzymiania problemów i umniejszania swojego znaczenia [14].

Patologii osobowości często towarzyszą różnorodne zaburzenia psychiczne – depresyjne, lękowe, psychotyczne, uzależnienia [15]. Podobnie jest w przypadku

osobowości borderline, z którą często współistnieją zaburzenia afektywne, tak depresyjne (duża depresja, dystymia) [16–18], depresyjno-nerwicowe [19], jak i depresyjno-maniakalne [12]. Jeżeli ta sama osoba spełnia kryteria diagnostyczne zaburzeń typu borderline i zaburzeń nastroju, obydwie powinny być u niej rozpoznane [9].

Dynamiczny obraz zaburzeń osobowości borderline, nietypowy przebieg depresji, nakładające się na siebie objawy obu zaburzeń, a także niektóre wspólne dla nich symptomy sprawiają, że diagnostyka różnicowa w ich wypadku staje się skomplikowana [9, 20].

W orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym, niestety, konieczne jest rozstrzygnięcie, która z patologii życia psychicznego odgrywała dominujące znaczenie w budowaniu tła motywacyjnego czynu przestępczego, a która stanowiła jedynie element dodatkowy. Gunderson uważa, że zaburzenia typu borderline mają wyraźnie negatywny wpływ na przebieg uzależnienia od narkotyków, dużą depresję, zaburzenie dwubiegunowe oraz zespół paniki, a te z kolei nie wywierają żadnego wpływu albo wpływają tylko w niewielkim stopniu na przebieg zaburzeń typu borderline [20]. Istnieją różnice w czasie utrzymywania się zmian nastroju, wynikających bądź to z zaburzeń osobowości, bądź z zaburzeń depresyjnych. U osób z osobowością z pogranicza zmienność nastroju z reguły ogranicza się do kilku godzin lub dni, w zaburzeniach afektywnych minimalny czas utrzymywania się objawów to dwa tygodnie dla depresji. W depresji częste są skargi na smutek, przygnębienie, anhedonię; uczucie „pustki” jest raczej typowe dla osobowości z pogranicza [21]. Epizody depresyjne u osób z borderline cechują się dłuższym przebiegiem, wolniej osiąganymi remisjami oraz przewlekłym utrzymywaniem się objawów [22]. Różnicowanie pomiędzy dużą depresją a osobowością borderline opiera się również na identyfikacji objawów towarzyszących endogennym zmianom nastroju (bezsennosc, przedwczesne budzenie się, utrata apetytu i masy ciała, osłabienie popędu seksualnego, impotencja, zaburzenia cyklu miesięczkowego, dobowe wahania aktywności). Osoby z pogranicza podatne są także na reakcje dystymiczne, gdzie symptomy depresji występują z mniejszą intensywnością niż w dużej depresji, ale mają przewlekły charakter i trudno w ich przebiegu wyodrębnić okresy remisji [7]. Analiza wybranych uwarunkowań środowiskowych (niedostateczna opieka w dzieciństwie, opuszczenie przez rodziców, zaburzenia psychiczne u rodziców, wykorzystanie seksualne w dzieciństwie) nie dostarcza istotnych wskazówek do diagnostyki różnicowej, gdyż są one związane z występowaniem w dorosłości impulsywności emocjonalnej, zachowań autodestrukcyjnych czy prób samobójczych, które można spotkać tak w samej osobowości typu borderline, jak i w depresji [23].

Wśród osób z zaburzeniami typu borderline od 8% do 10% usiłuje odebrać sobie życie, w tym 60–70% dokonuje nieudanych prób samobójczych [13, 24]. Próby te mają na celu złagodzenie wewnętrznego bólu, uczucia „pustki”, napięcia, złości, wstydu czy poczucia winy [7]. Konstelacja takich przeżyć popycha również do impulsywnych zachowań agresywnych, słownych i fizycznych [25]. Niestabilność afektywna wynika z nadreaktywności na wydarzenia w otoczeniu, a słabe mechanizmy kontroli nadmiaru bodźców przyczyniają się do dekompensacji zachowań i aktów agresji [26]. Agresję w przeszłości oraz poczucie beznadziejności traktuje się jako czynniki prognozujące zwiększone ryzyko prób samobójczych [27]. Osoby z tym typem osobowości często

zdają sobie sprawę z irracjonalności swoich zachowań (wyolbrzymianie problemów), jednak doświadczane przez nie emocje bywają zbyt silne, aby mogły być w pełni opanowane [14]. Nawet niewielkie obniżenie nastroju – dystymia, zwłaszcza u osób przejawiających gniewliwość i agresję, zwiększa ryzyko podjęcia próby samobójczej [28]. Z drugiej strony pojawienie się rzeczywistych czynników obciążających i wynikające z tego tendencje samobójcze mogą stanowić zwiastun rozwijającej się choroby afektywnej o typie depresyjnym, a nie jedynie spontanicznej reakcji na bieżące trudności [24]. Soloff i wsp. zwracają uwagę, iż współistnienie zaburzeń z pogranicza oraz wydarzeń o charakterze depresjogennym zwiększa częstość i nasilenie podejmowanych prób samobójczych. Zarówno przejściowe stany depresyjne, jak i samobójstwo zazwyczaj mają charakter reaktywny (odpowiedź na rzeczywisty albo wyimaginowany czynnik stresowy), a motywacja próby samobójczej pojawia się wtedy spontanicznie. Odmiennie sytuacja wygląda u osób, u których współistnieją zaburzenia osobowości oraz duża depresja. Wówczas zamiar samobójczy rozwija się w czasie i stopniowo się pogłębia (trwa tygodniami). Osoby te planują odebranie sobie życia i starannie się do tego przygotowują [29]. Poza tym do predyktorów groźnych zamachów samobójczych (zakończonych zgonem) zalicza się uwarunkowania środowiskowe (bezrobocie, niskie zarobki, problemy finansowe, słabe wykształcenie), dojrzały wiek (około 40. r.ż.), wcześniejsze próby samobójcze oraz długą historię leczenia psychiatrycznego [30].

Opis przypadku

Mężczyzna w wieku 35 lat. Był wychowywany przez rodziców nadużywających alkoholu. Jako nastolatek wdawał się w bójki i dokonywał samookaleczeń. Przyuczył się do zawodu. W wieku 19 lat ożenił się ze starszą od siebie o rok kobietą, z którą miał dwoje dzieci (9 i 14 lat). Nie był karany sędawnie. Nie nadużywał alkoholu, nie zażywał narkotyków. Po kilku próbach zatrudnienia założył własną firmę remontową, która dobrze funkcjonowała.

Leczenie psychiatryczne przed czynem

Mając 23 lata, rozpoczął leczenie w poradni psychiatrycznej, do której zgłosił się z powodu „trudności osobowościowych i zaburzeń nastroju”. Początkowo zdiagnozowano u niego zespół depresyjny i zaburzenia osobowości typu kompulsywno-obsesyjnego, a następnie nawracające zaburzenia depresyjne. Po 2 latach nastąpiło pogorszenie samopoczucia z lękiem, niepokojem, myślami samobójczymi, wczesnym wybudzaniem się, spowolnieniem psychoruchowym. Podczas 3-miesięcznego pobytu w klinice psychiatrycznej postawiono rozpoznanie zaburzeń osobowości typu borderline. Przez kolejne 3 lata kontynuował leczenie w poradni, a przez następnych 5 nie leczył się psychiatrycznie. Następnie powrócił do terapii (w innej poradni psychiatrycznej), gdyż – jak twierdził – od kilku lat zauważył u siebie brak energii i zapału do pracy oraz miał myśli samobójcze. W drugiej poradni rozpoznano u niego zaburzenia depresyjne. Po kilku miesiącach zaczęły występować nagłe obniżenia nastroju bądź jego wahania. Zmieniono wówczas rozpoznanie na osobowość typu borderline. Po

kolejnym miesiącu mężczyzna trafił do szpitala psychiatrycznego, gdzie stwierdzono u niego nawracające zaburzenia depresyjne oraz nieprawidłowo ukształtowaną osobowość. Opisywano u niego obniżony nastrój i napęd psychoruchowy oraz „zwiewne” myśli suicydalne. Nie ujawniał wówczas wahań dobowych samopoczucia, lęku ani objawów wytwórczych. Po miesiącu od opuszczenia szpitala zgłosił się do poradni psychiatrycznej, gdzie nadal uskarżał się na brak energii, motywacji i obniżenie nastroju. W czasie następnych kilku miesięcy opisywano u niego poprawę stanu psychicznego z przejściowymi stanami zniechęcenia, mniejszej aktywności i smutku (ostatnia wizyta miesiąc przez czynem).

Czyn

Mężczyzna został oskarżony o to, że – działając w zamiarze pozbawienia życia – zadał ciosy siekierą w okolicę głowy swojej żonie, córce i synowi, powodując rany uszkadzające narządy wewnętrzne, a w konsekwencji zgon wszystkich trzech osób (art. 148 § 1 kk). Później dokonał u siebie głębokich nacięć obu dołów łokciowych. Chirurg przyjmujący go do szpitala zeznał, że sprawca znajdował się we wstrząsie krwotocznym, który zagrażał jego życiu. Mężczyzna przyznał się do popełnienia zarzucanych mu czynów. Powiedział, że przez wiele tygodni rozmyślał o samobójstwie, szukał o nim informacji w internecie, specjalnie zakupił siekierę, zaplanował przebieg krytycznego dnia. Zeznał, że od 8. r.ż. miał myśli samobójcze, które w ostatnim czasie bardzo się nasiliły i nie mógł sobie z nimi poradzić. Swoją decyzję tłumaczył tym, że po ostatniej próbie samobójczej jego żona bardzo cierpiała, nie był w stanie znieść jej bólu. Tym razem postanowił, że zabije całą rodzinę, nie chciał jej zostawiać w rozpacz po jego zgonie. Świadkowie oceniali pozytywnie relacje między oskarżonym a jego żoną i dziećmi. Podali, że dobrze im się powodziło, oskarżony dbał o rodzinę. Nikt ze świadków nie słyszał, aby mężczyzna przejawiał w stosunku do najbliższych jakiegokolwiek zachowania agresywne. Natomiast wszyscy potwierdzili, że leczył się wcześniej psychiatrycznie i że w okresie przed zdarzeniem uskarżał się na pogorszenie stanu psychicznego.

Oceny psychiatryczne po czynie

W dniu dokonania zabójstw oskarżony został przyjęty do szpitala psychiatrycznego. Jego nastrój oceniono jako „pusty”, napęd psychoruchowy – obniżony, wypowiedzi były logiczne, dominowały treści depresyjne oraz poczucie niskiej wartości. Zdiagnozowano wtedy nawracające zaburzenia depresyjne – ciężki epizod depresji oraz stan po „rozszerzonej” próbie samobójczej. Po dwóch dobach został zbadany sądowo-psychiatrycznie – rozpoznano ciężki epizod depresyjny w przebiegu zaburzeń depresyjnych nawracających (nie był zdolny do udziału w postępowaniu).

Druga opinia zawierała wniosek o poddanie oskarżonego obserwacji szpitalnej z uwagi na konieczność dokonania pogłębionej diagnostyki. Po trzech miesiącach od krytycznych zdarzeń mężczyzna został poddany obserwacji. W jego stanie psychicznym odnotowano „średnio wyrażone” objawy: poczucie beznadziejności, niskiej własnej

wartości, winy; obniżenie aktywności, gorsze samopoczucie w godzinach rannych, budzenie się nad ranem, cechy rozdrażnienia i napięcia. Badanie psychologiczne wykazało znacznie nasilone cechy osobowości chwiejnej emocjonalnie – osobowości z pogranicza, tj. niestabilność emocjonalna, silna reaktywność nastroju, lęk, drażliwość, dysforie, niestabilne relacje interpersonalne, zaburzona tożsamość, powtarzające się zachowania samobójcze, sensytywność, postrzeganie świata jako wrogiego, niskie poczucie własnej wartości. Zespół biegłych nie stwierdził u oskarżonego choroby psychicznej; rozpoznał osobowość borderline, której przejawy ograniczały w stopniu znacznym jego poczytalność w stosunku do zarzutów. Podczas rozprawy sądowej biegli ponownie wykluczyli, aby motywacja zachowań sprawcy miała podłoże depresyjne.

Dla sądu opinia okazała się nieprzekonująca i dlatego powołał kolejnych biegłych, którzy półtora roku po czynach przeprowadzili ambulatoryjne badanie sądowo-psychiatryczne. Stwierdzili, że po jednorazowym badaniu nie mogą się kategorycznie wypowiedzieć na temat stanu psychicznego oskarżonego, zwracając uwagę na możliwość współwystępowania zaburzeń osobowości borderline i nawracających zaburzeń depresyjnych, a także na sprzeczności w materiale (opisy stanu psychicznego, które nie zawsze odpowiadały stawianej diagnozie, zmiany rozpoznań dokonywane przez tych samych lekarzy, podobne zachowania inaczej interpretowane psychopatologicznie w różnych ośrodkach).

W piątej opinii, po kolejnej obserwacji, biegli stwierdzili, że z powodu ciężkiego epizodu depresyjnego bez objawów psychotycznych w przebiegu zaburzeń depresyjnych nawracających oskarżony miał w okresie krytycznym zniesioną zdolność rozpoznania znaczenia zarzucanych mu czynów i pokierowania swoim postępowaniem. Wnieśli o zastosowanie środka zabezpieczającego.

Ostatnie badanie zostało przeprowadzone w trybie ambulatoryjnym w Klinice Psychiatrii Sądowej IPiN w Warszawie w 2013 r. Podczas badania oskarżony był w dobrym, rzeczowym kontakcie. Udzielał obszernych wypowiedzi z tendencją do depresyjnych rozważań, którym towarzyszyła postawa rezygnacyjna. Znajdował się w nastroju umiarkowanie obniżonym. Mimika, gestykulacja, tembr głosu były mało wyraziste, ale dostosowane do wypowiedzianych treści. Uskarżał się na osłabienie koncentracji uwagi, upośledzenie kontaktów społecznych. Potwierdził nieco lepsze samopoczucie w godzinach wieczornych. W trakcie badań w klinice opiniowany podał, iż w związku z tragicznymi wydarzeniami przeżywa poczucie winy, wyrzuty sumienia, przygnębienie. Szeroko scharakteryzował czas wokół czynu, stwierdził: „To był mój najlepszy okres życia, miałem oszczędności, dzieci z nagrodami skończyły szkołę, odremontowaliśmy mieszkanie, żona dostała podwyżkę”, ale „sam doświadczając bólu, nie chciałem, żeby oni takiego bólu doznawali”. O swoim stanie zdrowia powiedział: „Miałem silny niepokój w klatce piersiowej, chęć śmierci zdominowała mój umysł i brak było miejsca dla realnych myśli, stąd ta śmierć – myślałem, że umrę z nimi”. W przeszłości miał liczne próby samobójcze już od okresu szkolnego – wtedy miały charakter doraźny, uwarunkowany sytuacyjnie. Ostatnia taka próba miała miejsce w wieku 19 lat, podczas zaręczyn, sprowokowana zachowaniem matki. Późniejsze myśli i próby samobójcze związane były z obniżeniem nastroju, stanami przygnębienia i nasilonym niskim poczuciem własnej wartości, uczuciem ogólnego osłabienia, nie-

wydolności, odczuwaniem silnej „bolesności” i niepokoju w obrębie klatki piersiowej. W tych okresach obojętniał na pozytywne zjawiska wokół siebie, unikał kontaktów społecznych, odczuwał niepokój i lęk prekordialny o zmiennym nasileniu, poczucie beznadziejności, wrażenie silnego cierpienia umiejscawiał głównie w obrębie klatki piersiowej. Miał trudności z podejmowaniem decyzji, z wywiązywaniem się z codziennych, powtarzalnych obowiązków. Biegli z kliniki podtrzymali u oskarżonego diagnozę zaburzeń osobowości typu borderline, a w okresie czynów rozpoznali chorobę psychiczną – epizod depresji głębokiej – i uznali, że miał on zniesioną zdolność rozpoznania znaczenia czynów i pokierowania swoim postępowaniem.

Biegli określili prognozę społeczno-kryminologiczną jako zdecydowanie niekorzystną, u opiniowanego utrzymywały się nadal objawy depresji o zmiennym nasileniu, towarzyszyły im myśli samobójcze i współistniały głębokie zaburzenia osobowości – uznali, że zachodzą psychiatryczno-psychologiczne przesłanki zastosowania art. 94 § 1 kk.

Sylwetka psychologiczna i diagnoza tła motywacyjnego

Na podstawie przeprowadzonych badań psychologicznych stwierdzono u opiniowanego przeciętny poziom inteligencji oraz występowanie bardzo poważnych zaburzeń, dotyczących podstawowych regulacyjnych i integracyjnych funkcji osobowości. Odnoszą się one do sfery emocjonalnej, poznawczej i wykonawczej. Przewaga introwertywnych cech osobowości, wysoki poziom lęku, niska odporność na stres, zniekształcony obraz siebie nie sprzyjały temu, by mógł w pełni wykorzystywać praktycznie swoje możliwości poznawcze, zwłaszcza gdy znajdował się w sytuacji pogorszenia stanu psychicznego (przewlekły stres psychologiczny, kryzys, konflikt). Świat i otoczenie społeczne spostrzegał jako zagrażające. Za swoje trudności i niepowodzenia życiowe czynił odpowiedzialnymi innych ludzi i chorobę. Był mało zaradny w rozwiązywaniu problemów życiowych, charakteryzował go wewnętrznie sprzeczny system wartości. Nie był w stanie wyciągać konstruktywnych, praktycznych wniosków ze swoich doświadczeń życiowych, charakteryzowało go pewne upośledzenie tzw. inteligencji społecznej.

Zaburzenia emocjonalne manifestowały się niedojrzałością, skłonnością do kumulowania napięcia emocjonalnego, poczuciem krzywdy i winy, osamotnienia i pustki, znacznie obniżoną samooceną. Przejawiał ponadprzeciętną skłonność do przeżywania stanów niepokoju i lęku, zaburzeń samokontroli i zniekształconej interpretacji otoczenia. Opiniowany spostrzegał siebie jako człowieka nieatrakcyjnego, mniej wartościowego, odrzucanego i nieakceptowanego przez innych. Charakteryzowała go znaczna frustracja potrzeby podkreślenia własnej wartości i akceptacji. Stany napięcia emocjonalnego kumulował albo odreagowywał poprzez autoagresję. W sytuacjach trudnych był skłonny do zacierania granic pomiędzy swoimi przeżyciami a światem realnym.

Zaburzenia w psychicznym funkcjonowaniu oskarżonego stanowiły osobowościowe tło procesów motywacyjnych prowadzących do zarzucanych mu czynów. Istotną rolę w genezie opisywanych nieprawidłowości odegrały ujawnione w badaniach,

a występujące w czasie popełnienia czynów zaburzenia psychiczne pod postacią depresji. Pogorszenie stanu psychicznego trwało u opiniowanego już dłuższy okres przed zdarzeniem, utrudniało mu wykonywanie różnych zobowiązań, zwłaszcza związanych z pełnionymi funkcjami w środowisku wyznaniowym, do którego należał razem z całą rodziną. Badany informował o swoich niepokojach wybrane osoby, w tym żonę, jednak w obliczu pogarszania się stanu zdrowia i pojawienia się niebezpiecznych myśli nie zgłosił się do szpitala psychiatrycznego, w którym wcześniej już kilkakrotnie przebywał. Zaburzenia depresyjne sprzyjały generowaniu napięcia emocjonalnego, lęku i niepokoju, impulsywności, skłonności do regulacji czynności psychicznych na poziomie struktur popędowo-emocjonalnych, obniżonej samokontroli. Pogorszenie stanu zdrowia odpowiadało za posługiwanie się takimi mechanizmami obronnymi jak zaprzeczanie, tłumienie i wypieranie. Osłabiało również krytycyzm badanego oraz nasilało sztywność reagowania, sprzyjając tym samym nieadekwatnej i nieprawdziwej interpretacji otoczenia i intencji innych ludzi.

Opiniowany nie był wcześniej skłonny do rozwiązywania swoich konfliktów i zaspokajania potrzeb poprzez otwarty i bezpośredni atak skierowany przeciwko innym ludziom. Był natomiast zdecydowanie gotowy do myśli i zachowań autoagresywnych. Można więc mówić w jego przypadku o sprzeczności pomiędzy charakterem zarzuczanych mu czynów a bardziej stałymi mechanizmami funkcjonowania jego osobowości. Badania wykazały, że skrajnie agresywny charakter zarzuczanych oskarżonemu czynów miał swoje podstawowe źródło w procesach intrapsychicznych, tj. przeżywanych wewnętrznych konfliktach i napięciach, potęgowanych przez pogorszenie stanu psychicznego pod postacią depresji. Z powodu opisanych powyżej zakłóceń czynności psychicznych, ich nasilenia i dynamiki badany działał w krytycznym czasie w stanie zaburzonej samokontroli, uniemożliwiającej zarówno rozpoznanie znaczenia zarzuczanych mu czynów, jak i pokierowanie swoim postępowaniem.

Omówienie

Analizowany przypadek stanowi przykład trudności diagnostyczno-orzecznich w sytuacji, gdy poza nawracającymi zaburzeniami depresyjnymi istnieją również głębokie zaburzenia osobowości, a niektóre z symptomów obu tych nieprawidłowości pokrywają się. Zaburzenia osobowości typu borderline manifestowały się u oskarżonego wieloma cechami opisywanymi w literaturze. Uwagę zwracało zwłaszcza jego pozornie dobre przystosowanie społeczne, przy obecności wyraźnych zaburzeń emocjonalnych i zachowań autoagresywnych [12, 13]. Kluczową rolę w genezie inkryminowanych zachowań odegrały natomiast głębokie zaburzenia depresyjne. Jeszcze kilkanaście lat temu osobowość typu borderline budziła kontrowersje terminologiczne i diagnostyczne [31]. Z biegiem lat diagnoza ta nabierała coraz większego znaczenia praktycznego. W ocenie Gundersona ten typ osobowości jest najbardziej dysharmoniczny, a także najbardziej rozpowszechniony [32]. Równocześnie stało się niezbędne rozpoznawanie oprócz zaburzeń osobowości także równoległe przebiegających do nich innych nieprawidłowości psychicznych, zwłaszcza o obrazie afektywnym [12, 18]. W opisanym przypadku niezbędna stała się wielopłaszczyznowa analiza wieloletniego

przebiegu zaburzeń psychicznych, uwzględnienie ich modyfikujących się wzajemnie symptomów oraz przeżyć psychicznych, które w swoim obrazie wykraczały poza tylko jedną diagnozę. Stanowiły one swoistą mieszankę przejawów osobowościowych, a także depresyjnych. W czasie depresji u osób z pogranicza można spodziewać się obrazu chorobowego bardziej intensywnego, zmiennego i dynamicznego. Zdarza się, iż zaczyna u nich dominować wrogość, nienawiść, a czasem nastawienia paranoiczne, nasilając lęk i dotkliwe poczucie osamotnienia. Słabe mechanizmy obronne nie są w stanie „utrzymać” agresywnych skłonności [15].

Konieczna jest bardzo szczegółowa i ostrożna analiza zaburzeń afektywnych. Problemy orzecznicze w wypadku nawracającej depresji wynikają z trudności diagnostycznych: fazowego przebiegu zaburzeń, możliwości dokonania czynu karalnego w każdym okresie choroby (głębokiej depresji, subdepresji czy remisji), a także zmienności obrazu w czasie kolejnych zaostrzeń, co w wypadku współwystępowania zaburzeń osobowości typu borderline szczególnie utrudnia oceny sądowo-psychiatryczne. Przy koincydencji tych dysfunkcji nie zawsze możliwe jest kategoryczne wyodrębnienie poszczególnych faz zaburzeń nastroju [22]. Diagnostyka różnicowa pomiędzy zaburzeniami osobowości z pogranicza a tzw. dużą depresją wymaga długotrwałej obserwacji klinicznej i sprawia więcej trudności niż różnicowanie pomiędzy zaburzeniami osobowości a np. zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi [7]. Analiza rozpatrywanego przypadku pozwala zauważyć, że niejednokrotnie dla sądu niezrozumiałe jest stanowisko biegłych bądź też niewystarczająco uzasadnione, stąd zdarza się, że w jednej sprawie sąd powołuje kilka zespołów biegłych z postanowieniem wydania kolejnych opinii.

Sytuacja omawianego przypadku była dodatkowo komplikowana obrazem tzw. samobójstwa rozszerzonego, które jednak – jak pokazały wszystkie opinie – stanowiło jedynie drugoplanowy element orzeczniczy. Wszyscy biegli (niezależnie od ich ocen) nie kierowali się w swoich analizach fenomenologicznym obrazem przestępstwa, skupiając się na określeniu stanu zdrowia psychicznego sprawcy podczas krytycznych zdarzeń. Przewlekłe ruminacje samobójcze, rozważania na temat sposobów odebrania sobie życia, a także skrupulatne przygotowanie zabójstwa bliskich i siebie raczej potwierdziły motywację depresyjną aniżeli osobowościową [29]. Należy również mieć na uwadze, że samo „zaprojektowanie” i przeprowadzenie czynu karalnego nie jest elementem przesądającym o niepatologicznych intencjach jego wykonawcy. W psychiatrii i psychologii sądowej odgrywa rolę, zyskująca poparcie w materiale badawczym, trafna analiza dyspozycji psychicznych, które doprowadziły do czynu karalnego. Kwestią nie do pominięcia w opiniach biegłych sądowych powinna być odległość czasowa pomiędzy krytycznym zdarzeniem a badaniem dla potrzeb organów procesowych. Stwarza ona trudności metodologiczne zwłaszcza w wypadku zaburzeń psychicznych o fazowym przebiegu. W omawianym przypadku pomiędzy zarzucanymi czynami a czasem badań upływało od kilku miesięcy do ponad dwóch lat, a poza tym przebieg wzajemnie modyfikujących się zaburzeń okazał się nietypowy. Utrudniało to retrospektywną ocenę stanu psychicznego. Analiza wymagała przez to szerszego oparcia się na danych zawartych w aktach sprawy, opiniach psychiatrycznych i psychologicznych, ale także pozostałej dokumentacji.

Piśmiennictwo

1. Milroy CM. *Reasons for homicide and suicide in episodes of dyadic death in Yorkshire and Humberside*. Med. Sci. Law 1995; 35(3): 231–237.
2. Aderibigbe YA. *Violence in America: a survey of suicide linked to homicides*. J. Forensic Sci. 1997; 42(4): 662–665.
3. Puzyński S. *Choroby afektywne nawracające*. W: Bilikiewicz A. red. *Psychiatria*. Tom II. Wrocław: Urban i Partner; 2002. s. 396–397.
4. Rybakowski J, Jarosz J. *Leksykon manii i depresji*. Poznań: Wydawnictwo Medyczne Remedia; 2010.
5. Szymusik A, Zięba A. *Orzecznictwo sądowo-psychiatryczne w chorobach afektywnych*. Post. Psychiatr. Neurol. 1998; 7(supl. 3): 105–118.
6. Uszkiewiczowa L. *Zabójstwa dzieci w świetle materiału sądowo-psychiatrycznego*. Psychiatr. Pol. 1971; 2: 125–132.
7. Kernberg OF, Yeomans FE. *Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: Practical differential diagnosis*. Bull. Menninger Clin. 2013; 77(1): 1–22.
8. Rabe-Jabłońska J, Pawełczyk A. *Rola czynników biologicznych w etiopatogenezie zaburzeń osobowości typu borderline*. Psychiatr. Psychol. Klin. 2012; 12(3): 141–148.
9. Jackiewicz M, Marcinów M. *Osobowość z pogranicza – ujęcie historyczne w kontekście zmian w DSM-V*. Psychoterapia 2014; 1(168): 17–33.
10. Puzyński S, Wciórka J. red. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 1997.
11. Wrońska A. *Zaburzenia osobowości typu borderline (zaburzenia z pogranicza) – epidemiologia, etiologia, leczenie*. Psychiatr. Prakt. Ogólnolek. 2007; 7(4): 161–169.
12. Esbec E, Echeburua E. *Violence and personality disorders: clinical and forensic implications*. Actas Esp. Psiquiatr. 2010; 38(5): 249–261.
13. Domes G, Schulze L, Herpertz SC. *Emotion recognition in borderline personality disorder – a review of the literature*. J. Pers. Disord. 2009; 23(1): 6–9.
14. Pastuszek A. *Regulacja emocji u pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline – aktualne kierunki badań*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(3): 401–408.
15. Poniatowska-Leszczyńska K, Małyszczak K. *Depresja a patologia osobowości w ujęciu psychodynamicznym*. Post. Psychiatr. Neurol. 2013; 22(3): 201–209.
16. Oldham J.M, Skodol AE, Kellman HD. *Comorbidity of axis I and axis II disorders*. Am. J. Psychiatry 1985; 142: 1285–1290.
17. Zanarini MC, Frenkenburg FR, Dubo ED. *Axis I comorbidity of borderline personality disorder*. Am. J. Psychiatry 1998; 155: 1733–1739.
18. McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE. *The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence*. Acta Psychiatr. Scand. 2000; 102: 256–264.
19. Friberg O, Martinsen EW, Martinussen M, Kaiser S, Overgard KT, Rosenvinge JH. *Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010*. J. Affect. Disord. 2014; 152–154: 1–11.

20. Gunderson JG. *Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis*. Am. J. Psychiatry 2009; 166: 530–539.
21. Popiel A. *Zaburzenie osobowości z pogranicza – wyzwanie terapeutyczne*. Psychiatria 2011; 8(2): 64–78.
22. Riihimaki K, Vuorilehto M, Isometsa E. *Borderline personality disorder among primary care depressive patients: A five-year study*. J. Affect. Disord. 2014; 155: 303–306.
23. Fruzzetti AE, Shenk C, Hoffman PD. *Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model*. Dev. Psychopathol. 2005; 17: 1007–1030.
24. Oldham JM. *Borderline personality disorder and suicidality*. Am. J. Psychiatry 2006; 163: 20–26.
25. Koenigsberg HW, Harvey PD, Mitropoulou V, Schmeidler J, New AS, Goodman M. i wsp. *Characterizing affective instability in borderline personality disorder*. Am. J. Psychiatry 2002; 159: 784–788.
26. Herpertz S, Gretzer A, Steinmeyer EM, Muehlbauer V, Schuerkens A, Sass H. *Affective instability and impulsivity in personality disorder*. J. Affect. Disord. 1997; 44(1): 31–37.
27. Links PS, Gould B, Ratnayake R. *Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder*. Can. J. Psychiatry 2003; 48(5): 301–310.
28. Stringer B, van Meijel B, Eikelenboom M, Koekkoek B, Licht C, Kerkhof A. i wsp. *Recurrent suicide attempts in patients with depressive and anxiety disorders: The role of borderline personality traits*. J. Affect. Disord. 2013; 151(1): 23–30.
29. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ. *Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study*. Am. J. Psychiatry 2000; 157: 601–608.
30. Soloff PH, Fabio A, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ. *High-lethality status in patients with borderline personality disorder*. J. Pers. Disord. 2005; 19(4): 386–399.
31. Jakubik A. *Kontrowersje wokół osobowości pogranicznej (borderline)*. W: Maurin K, Motycka A. red. *Fenomen Junga. Dzieło. Inspiracje. Współczesność*. Warszawa: Eneteia; 2002. s. 134–141.
32. Gunderson JG. *Revising the borderline diagnosis for DSM–V: an alternative proposal*. J. Pers. Disord. 2010; 24: 694–708.

Adres: Anna Pilszyk
Klinika Psychiatrii Sądowej
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 17.11.2014

Zrecenzowano: 7.12.2014

Otrzymano po poprawie: 8.01.2015

Przyjęto do druku: 27.04.2015