



Zabójstwo w stanie pomrocznym wyzwolonym działaniem lorazepamu – opis przypadku

*Homicide in confusional state triggered by action
of lorazepam – case report*

JANUSZ MASŁOWSKI, ALICJA MASIĄK, MACIEJ DZIURKOWSKI

Z Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Starogardzie Gdańskim

STRESZCZENIE. *Cel.* Przedstawienie przypadku nieoczekiwanego zachowania o skutkach kryminogennych, podjętego w związku ze stosowaniem lorazepamu. *Przypadek.* Z powodu objawów depresyjnych i bezsenności opiniowany przyjmował lorazepam przez kilka tygodni w dawkach od 1 do 2,5 mg dziennie. W krytycznym okresie przyjął najpierw jednorazowo 30 mg lorazepam w celach samobójczych, a po upływie około tygodnia – ponownie większą dawkę tego leku i tianeptyny, a w nocy dokonał zabójstwa żony oraz usiłował dokonać zabójstwa córki. *Komentarz.* Autorzy zwracają uwagę na rzadko występujące, lecz ważne klinicznie źródło ryzyka stosowania benzodiazepin (red.).

SUMMARY. *Aim.* To present a case of unexpected behaviour with criminal consequences, due to treatment with lorazepam. *Case report.* Lorazepam had been administered to the patient in the dose of 1–2.5 mg per day for several weeks, because of depressive symptoms and insomnia. In the critical time the patient at first took 30 mg of lorazepam in attempted suicide, and about a week later – again a large dose of lorazepam and tianeptine. At night he committed murder of his wife and attempted to kill his daughter. *Comment.* The authors draw attention to this rarely occurring but clinically important source of risk associated with the use of benzodiazepines (Eds.).

Słowa kluczowe: działanie paradoksalne / lorazepam / zabójstwo
Key words: paradoxical action / lorazepam / homicide

Benzodiazepiny mogą wywołać zamiast uspokojenia i senności reakcje paradoksalne w postaci zaburzeń świadomości, zespołów omamowo-urojeniowych, zachowań impulsywnych, agresji. Skutkiem ich działania może być także amnezja następcza. Rzadko powodują paradoksalne spiętrzenie agresji [1].

Piśmiennictwo informuje również o przypadkach występowania sennowości po lekach nasennych, alkoholu lub innych lekach działających na o.u.n. [2, 3, 4, 5].

OPIS PRZYPADKU

Pacjent B. urodził się i wychował w rodzinie rolniczej. Jest jednym z 6 rodzeństwa. Jego ojciec zmarł z powodu nowotworu żołądka. Matka żyje. Matka i jedna z sióstr leczyły się w PZP z powodu depresji. Informacje na temat porodu i rozwoju wczesnodziecięcego są nam nieznane. Do szkoły podstawowej poszedł o czasie. Był bardzo zdolnym uczniem. Kontynuował naukę w technikum mechanicznym, a następnie

ukończył wieczorowe studia inżynierskie. Pracował umysłowo w kilku przedsiębiorstwach. Ożenił się. Ma dwie córki.

Wywiad. W 1974 r. w wyniku pobicia stracił przytomność na około godzinę i trafił na 3 tygodnie do szpitala, który opuścił z rozpoznaniem wstrząśnienia pnia mózgu. Następnie był leczony w PZP ze względu na przejawy encefalopatii pourazowej (stał się drażliwy, miał problemy z koncentracją uwagi, okresowo bez chęci do życia). Taki stan utrzymywał się do 1976 r.

Ponowne pogorszenie zdrowia psychicznego nastąpiło w 1996 r. Po zmianie stanowiska pracy wystąpiły: bezsenność, brak apetytu, obniżenie napędu psychoruchowego, aktywności życiowej. Stracił na wadze. Był przygnębiony, miał myśli samobójcze (chciał rzucić się z okna, wskoczyć pod samochód, spowodować wypadek itp.). Zgłosił się do psychiatry. Po 2 miesiącach kuracji lorazepamem i tianeptyną poczuł się lepiej.

Złe samopoczucie i podobne dolegliwości ponownie powróciły w 1999 r., wg opinii pacjenta – w związku z kłopotami w pracy. Tym razem, uprzednio skuteczne preparaty przyjmował nieregularnie. Usiłował popełnić samobójstwo – w tym celu przyjął 12 tabletek lorazepamu (po 2,5 mg). Wyszedł z domu i zataczając się błędził po okolicy. W tym stanie został znaleziony przez żonę i odwieziony do szpitala, z którego wypisano go tego samego dnia. Osiem dni później przyjął 30 mg lorazepamu oraz nieznaną ilość tianeptyny. Zasnął. Nad ranem tasakiem kuchennym zabił swoją żonę i usiłował tym samym narzędziem pozbawić życia córkę. Na jej błagania, odstąpił od tego zamiaru i wezwał Pogotowie.

Trzy dni przebywał na oddziale psychiatrycznym z rozpoznaniem: „zaburzenia afektywne dwubiegunowe, epizod depresyjny ciężki bez objawów psychotycznych, zatrucie lekami w celach samobójczych”. W stanie psychicznym stwierdzono wówczas: powierzchniowy kontakt słowny, tok myślenia zwolniony, zaburzenia koncentracji uwagi i pamięci (nie pamiętał zajścia, wiedział, że

zasnął w domu i obudził się w szpitalu), urojeń, zaburzeń spostrzegania nie ujawniał.

Przez kolejny miesiąc przebywał w innym ośrodku psychiatrycznym, gdzie rozpoznano „zaburzenie afektywne dwubiegunowe, epizod depresyjny, podejrzenie organicznego uszkodzenia mózgu”. Po 10 dniach stwierdzono znaczną poprawę aktywności i nastroju. Następnie skierowany na obserwację sądowo-psychiatryczną do Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Starogardzie Gdańskim.

Obserwacja. W czasie wielokrotnych spotkań z biegłymi chętnie nawiązywał kontakt werbalny i udzielał obszernych wypowiedzi. Ich ton był zwarty, zborny. Pacjent prawidłowo modulował afekt, był wszechstronnie i prawidłowo zorientowany. Przejawiał obniżony krytycyzm, nastawienie wielkościowe, funkcje uwagi i pamięci były niezaburzone. Był w obniżonym nastroju (zaprzeczał jednak myślom samobójczym). Funkcje intelektualne pozostawały w granicach normy. Omamom przeczył, urojeń sponanicznie nie wypowiadał. Sypiał dobrze.

Badania dodatkowe: EEG – zapis prawidłowy; badanie tomograficzne i przepływu mózgowego – obraz w normie; badanie polisomnograficzne, PSG (Pracownia Badań Snu Kliniki Psychiatrii AM w Warszawie) wykazało obraz snu typowy dla bezsenności i depresji (znacznie wydłużona latencja snu i częste wybudzanie się w czasie pierwszej 1/3 nocy, skrócenie latencji snu REM), okresowe wyładowania napadowe wskazujące na występowanie nocnych napadów padaczkowych. We wnioskach z PSG stwierdzono, że u B. można podejrzewać somnambulizm po lekach benzodiazepinowych (lorazepam).

Orzeczenie. Biegli sądowi rozpoznali u obserwowanego osobowość nieprawidłową typu histrionicznego oraz zespół depresyjny typu reaktywnego. Uznali, że zażyty w przez B. w dużej dawce lorazepam, jako silna pochodna benzodiazepiny mógł wywołać, zamiast uspokojenia i senności, reakcję paradoksalną. Mógł także wywołać spiętrzenie agresji i amnezję następczą. Przyjęli z dużym pra-

wdopodobieństwem, że w okresie inkryminowanym wystąpiły u B. jakościowe zaburzenia świadomości spowodowane przyjętymi lekami i w związku z tym, w odniesieniu do zarzucanych mu czynów miał on zniesioną zdolność rozpoznania ich znaczenia i pokierowania swoim postępowaniem.

OMÓWIENIE

Chociaż sennowóćstwo względnie rzadko występuje u dorosłych, to jednak stwarza niebezpieczeństwo dla śpiącego lub jego otoczenia. Wypadki agresji są ciągle cytowane [6]. Jeśli współistnieje z padaczką, to nocne napady padaczki skroniowej mogą przyjmować postać sennowóćstwa i ponapadowych stanów pomrocznych z bezcelową wędrówką i zamroczeniem. W piśmiennictwie sądowym uznaje się takie stany pomroczne za przesłankę orzeczenia niepoczytalności sprawców przestępstw.

U dorosłych zachowania somnambuliczne wskazują albo na podłożu organiczne polegające na uszkodzeniu o.u.n., albo na niepożądane działanie alkoholu, leków nasennych, przeciwpsychotycznych i innych, działających na ośrodkowy układ nerwowy. Goldbloom [3] opisał występowanie sennowóćstwa w przebiegu schizofrenii u chorej leczonej chlorpromazyną i flufenazyną. Badanie EEG w czasie snu potwierdziło u niej występowanie fal ostrych w okolicy skroniowej. Próby obniżenia dawek lub zamiany leków neuroleptycznych nie przyniosły poprawy, którą osiągnięto po zastosowaniu klonazepamu. Również zapis EEG w trakcie

leczenia klonazepamem znormalizował się. Huapaya [7] opisał siedem przypadków sennowóćstwa mającego związek z leczeniem lekami przeciwdepresyjnymi i przeciwpsychotycznymi, a także przeciwłękowymi.

W przedstawionym przypadku właśnie benzodiazepina zastosowana w dużych, jednorazowych dawkach spowodowała wystąpienie zaburzeń świadomości w ciągu dnia (stan pomroczny), objawy zamroczenia sennego lub sennowóćstwo¹.

PIŚMIENNICTWO

1. Kaplan HJ, Sadock BJ. Farmakoterapia w zaburzeniach psychicznych. PZWL; 1994.
2. Bornstein S, Guegen B, Hache E. L.P.Nor's syndrome or somnambulistic murder? Am Med Psychol Paris 1996; 154 (3): 195–200.
3. Goldbloom D, Chouinard G. Clonazepam in the treatment of neuroleptic – induced somnambulism. Am J Psychiatry 1984; 141 (11): 1486.
4. Masłowski J, Kornowski J. Zachowania agresywne w przebiegu zaburzeń przysennych u 18-letniego mężczyzny – diagnoza i leczenie (w druku).
5. Schenck CH, Mahowald MW. An analysis of recent criminal trial involving sexual misconduct with a child, alcohol abuse and a successful sleepwalking defence: argument supporting two proposed new forensic categories. Med Sci Law 1998; 38 (2): 147–52.
6. Luchins DJ, Sherwood PM, Gillin JC. Filicide during psychotropic – induced somnambulism: a case report. Am J Psychiatry 1978; 135: 1404–5.
7. Huapaya LVM. Seven cases of somnambulism induced by drugs. Am J Psychiatry 1979; 136: 985–6.

*Adres: Dr Janusz Masłowski, Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych,
ul. Skarszewska 7, 83-200 Starogard Gdański*

¹ Można mieć też zasadnicze wątpliwości co do prawidłowości ustaleń diagnostycznych skłaniających do wyboru lorazepamu jako zasadniczego leku w nawracających epizodach depresji (przyp. red.).