



Trudności w różnicowaniu osobowości paranoicznej, reakcji urojeniowych i paranoi w opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym

*Difficulties confronted in the differential diagnosis
of paranoid personality disorder, delusional reaction and paranoia
in forensic psychiatric expertise*

JÓZEF KOCUR¹, ZDZISŁAW MAJCHRZYK²

Z: 1. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi
2. Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN w Pruszkowie

STRESZCZENIE. Diagnostyka różnicowa dysfunkcji psychicznych o cechach paranoicznych posiada istotne znaczenie praktyczne, wpływające na końcowe wnioski opinii sądowo-psychiatrycznych. Kierując się etiologią, patogenezą i obrazem klinicznym trzech najczęściej spotykanych zaburzeń paranoicznych (osobowości paranoicznej, reakcji urojeniowej i paranoi) przedstawiono podstawowe zasady ich różnicowania oraz wynikające z niego konsekwencje orzecznicze w psychiatrii sądowej.

SUMMARY. The differential diagnosis of paranoid mental dysfunction has considerable practical significance for the final conclusions of the forensic psychiatric expert opinion. The authors analyse the aetiology, pathogenesis and clinical manifestations of the three most frequent paranoid disorders (paranoid personality disorder, delusional reaction and paranoia) and, on this basis, they explain the basic principles underlying their differential diagnosis and its consequences for forensic psychiatric expertise.

Słowa kluczowe: osobowość paranoiczna / reakcja urojeniowa / paranoja / orzecznictwo sądowo-psychiatryczne

Key words: paranoid personality disorder/ delusional reaction/ paranoia/ forensic psychiatric expertise

Orzekanie sądowo-psychiatryczne w sprawach, w których zachodzi konieczność sporządzenia opinii dotyczącej oceny stanu psychicznego osoby podejrzanej o wystąpienie u niej dysfunkcji z kręgu zaburzeń paranoicznych, jest zawsze czynnością wymagającą od biegłych dużej wnikliwości i szczegółowej analizy wszystkich możliwych do oceny aspektów sprawy.

Szczególną trudność może sprawiać ustalenie właściwego rozpoznania, od którego, jak wiadomo, zależą w zasadniczej mierze wnioski końcowe opinii. Diagnostyka różnicowa zaburzeń psychicznych mogących mieć związek z zakłóceniami myślenia i funk-

cjonowania o podłożu paranoicznym w przypadku orzekania sądowo-psychiatrycznego posiada, obok znaczenia poznawczego, istotne znaczenie praktyczne, rzutujące na przebieg rozprawy i mogące mieć wpływ na jej rozstrzygnięcia.

Biegli wydający swoją opinię w oparciu o wyniki przeprowadzonego przez nich badania oraz wszelkie dostępne, znajdujące się w aktach sprawy informacje, są w takich przypadkach w znacznie lepszej sytuacji od biegłych sporządzających opinię jedynie na podstawie danych zawartych w dokumentacji akt sprawy. Niezależnie jednak od tego wiadomo, że ustalenie trafnego rozpoznania

w tej sferze zaburzeń jest w niektórych przypadkach bardzo trudne. Omawianie tych trudności należałoby zacząć od spraw klasyfikacyjnych i nomenklaturowych. Zmiany klasyfikacji w ostatnich latach spowodowały, iż mogą funkcjonować równolegle różne terminy określające te same jednostki chorobowe lub zespoły psychopatologiczne. Znajduje to swe odbicie m.in. w treści aktualnie dostępnych w Polsce podręczników psychiatrii, zwłaszcza będących tłumaczeniem z języka angielskiego. W niektórych z nich używa się synonimowo terminów osobowość paranooidalna, zespół paranoiczny i psychoza paranooidalna jako odpowiedników osobowości paranoicznej, zespołu paranoicznego i psychozy paranoicznej. Dopiero analiza opisu etiologii, patomechanizmu, a zwłaszcza symptomatologii tych zaburzeń pozwala na odróżnienie wymienionych pojęć. W pełni uzasadnione wydaje się zatem wyodrębnienie poszczególnych odmian zaburzeń urojeniowych o typie paranoicznym. Wynika to przede wszystkim ze zróżnicowania ilościowego i jakościowego tych zaburzeń, co z kolei powinno znaleźć odzwierciedlenie w uzasadnieniu opinii i jej wnioskach.

Informacje z piśmiennictwa dotyczące problemu zaburzeń paranoicznych nie pozwalają na jednoznaczne ustosunkowanie się do ich klasyfikacji czy nawet terminologii. Stosunkowo najmniej wątpliwości budzą obrazy kliniczne tych zaburzeń oraz ich różnicowanie, choć i tutaj napotkać można niejednołitość wynikającą m.in. z różnych podziałów i kryteriów diagnostycznych [3, 9, 10].

Wyduje się, że kluczowe znaczenie dla włączenia analizowanych zaburzeń do kręgu dysfunkcji o typie paranoicznym, posiada stwierdzenie obecności tzw. *zachowania paranoicznego*. Stanowi ono – jak słusznie podkreśla się w niektórych opracowaniach dotyczących tego zagadnienia – wspólny mianownik zaburzeń spotykany w osobowości paranoicznej, reakcjach paranoicznych i paranoi prawdziwej [3]. Zachowanie paranoiczne cechuje się m.in. przewagą

projekcji nad innymi mechanizmami obronnymi, podejrzliwością i wrogością wobec otoczenia, lękiem przed utratą autonomii i własnej pozycji. Uruchomienie mechanizmu projekcji powoduje ukształtowanie się przekonania o niechętnym, wręcz wrogim stosunku otoczenia. Jeśli obok projekcji pojawia się błędna, z założenia nieprawidłowa, interpretacja jakiegoś faktycznie zdarzenia, formują się urojenia. Dochodzi następnie do utrwalenia tego fałszywego przekonania i ukształtowania na jego podstawie całego systemu urojeniowego, w którym zaznacza się spójność i logika. Kolejną cechą zachowania paranoicznego jest podejrzliwość wobec otoczenia, niekiedy także wrogość i przekonanie o nieprzychylnym nastawieniu najbliższego otoczenia do danej osoby. Relacje społeczne osób z zachowaniem paranoicznym nacechowane są także obawą przed utratą pozycji i niezależności oraz wyraźnym, często nadmiernym poczuciem własnej wartości (przy jednoczesnym nieuświadomionym poczuciu niższości).

Osobowość paranoiczna charakteryzuje się tolerancją na niepowodzenia i krytykę, znaczną nadwrażliwością (hipersensytywność), silnym przeżywaniem braku akceptacji ze strony otoczenia, skłonnością do zniekształconego postrzegania rzeczywistości oraz opacznej interpretacji faktów, przesadnym odnoszeniem do siebie różnych wydarzeń, tendencją do oskarżania innych i przypisywania im wrogich zamiarów. Często zdarzenia przypadkowe, obojętne, są odbierane jako umyślnie wrogie, pogardliwe lub poniżające. Zwykle występuje nadmierne poczucie własnej wartości z przecenianiem własnych możliwości czy uprawnień, przekonanie o własnej wyjątkowości lub nieomyślności (postawa wyższościowa), stąd każda ocena krytyczna wyzwala silne poczucie krzywdy i odrzucenia, połączone nieraz z agresją. Osoby tego typu charakteryzuje ponadto nieufność, nawracająca podejrzliwość (bardzo często dotycząca sfery życia seksualnego), upór, egocentryzm, zazdrość, łatwe „obrażanie się”, nietolerancja, skłonność

do pieniactwa, upartej, nieustępliwej obrony swoich przekonań i racji. Osobowość paranoiczna cechuje się także pozbawioną podstaw negatywną oceną ludzi, podejrzywaniem zakamuflowanych działań przeciwko innym. Osoby takie z podziwu godną wytrwałością realizują własne cele, nie licząc się przy tym z kosztami społecznymi tych działań ani ich konsekwencjami. W obliczu trudności stają się nieustępliwe, niekiedy agresywne, często uciekają się do gróźb, szantażu lub prowokacji, przejawiają skłonność do pieniactwa oraz fanatycznej niekiedy obrony swoich praw i idei [6].

Wg Scully [9] osobowość paranoiczną można rozpoznać wtedy, gdy występują cztery podstawowe objawy: (1) obecność bezpodstawnych podejrzeń o oszukiwanie lub wykorzystywanie, (2) nadmierne zaabsorbowanie podejrzeniami dotyczącymi problemu lojalności i zaufania, (3) skrytość, nieuzasadnione obawy przed wrogim wykorzystywaniem wszelkich informacji przeciwko danej osobie, (4) doszukiwanie się ukrytych znaczeń w zwykłych, codziennych sytuacjach i znaczeniach oraz interpretowanie ich na własną niekorzyść. Bardzo często towarzyszą temu uczucia urazy, niezdolność do wybaczenia, stała podejrzliwość w stosunku do otoczenia, zwłaszcza w sferze domniemyanych nieprzyjaznych kroków i ataków na osobę pacjenta.

Ściśle związane z omawianymi zagadnieniami są tzw. *reakcje paranoiczne*. Powstają one zazwyczaj w następstwie zaistnienia określonej sytuacji i przejawiają się m.in. głębokim przekonaniem o istnieniu ukrytych związków między różnymi relacjami, zdarzeniami i działaniem innych osób a daną osobą. Przekonania te są logicznie uzasadnione, znajdują oparcie w realnie zachodzących wydarzeniach, nie są jednak poparte jednoznaczными dowodami, w większości wynikają z subiektywnego przeświadczenia opierającego się na określonej interpretacji tych rzeczywiście mających miejsce wydarzeń. Należy zaznaczyć, że zakwalifikowanie tego rodzaju przekonań i wypowiedzi

do kręgu reakcji psychopatologicznych jest zawsze trudne, bowiem niezbędna jest do tego szczegółowa wiedza o istocie spraw, które relacjonuje badany. Reakcje urojeniowe i zachowania paranoiczne cechują się m.in. przewagą projekcji nad innymi mechanizmami obronnymi osobowości. Ponadto zaznacza się podejrzliwość, a nawet wrogość wobec określonych osób, lęk przed utratą autonomii i własnej pozycji oraz niezależności, wyraźne, często nadmierne poczucie własnej wartości, nadwrażliwość, silne przeżywanie braku akceptacji ze strony otoczenia.

Reakcje paranoiczne mogą w szczególnych okolicznościach występować u ludzi zdrowych – są one epizodyczne, trwają stosunkowo krótko, ich natężenie jest niewielkie, zachowany jest krytycyzm, a osobowość nie posiada zdecydowanego profilu paranoicznego. Uważa się, że do wystąpienia reakcji paranoicznej konieczne jest zakłócenie homeostazy biologicznej (choroby somatyczne, zmęczenie, nadużywanie leków lub alkoholu itp.) lub psychologicznej (ostry lub przewlekły stres). Współwystępowanie obu tych zespołów czynników znacznie zwiększa ryzyko wystąpienia reakcji paranoicznej, zwłaszcza u osób w podeszłym wieku [3].

Paranoja prawdziwa jest chorobą rzadką, częściej występuje u kobiet. System urojeniowy często rozwija się na podłożu osobowości o cechach paranoicznych – trwa to zwykle kilka lat. System urojeniowy jest zwarty, logiczny, krystalizuje się zwykle na podstawie błędnych przesłanek. Zachowanie chorego jest w pełni podporządkowane urojeniom. Odzyskuje on wtedy pewność siebie, a jego stosunek do otoczenia staje się nacechowany nieufnością, wrogością i arogancją. Często chory tworzy wokół siebie tzw. pseudośrodowisko paranoiczne – czyli wymagowaną organizację osób lub instytucji, które są włączone w spisek przeciw niemu. Pacjent nie ma możliwości tolerowania różnych niejasności i niepewności, nie ma wahań, jest całkowicie przekonany o słuszności swych przekonań, nie dopuszcza możliwości własnego

błędu lub pomyłki. Najbardziej charakterystyczną cechą kliniczną tych zaburzeń jest obecność trwałych urojeń, których nie można zakwalifikować jako organicznych, schizofrenicznych czy afektywnych [1].

Terminu „paranoja” zwykle używa się w odniesieniu do zespołów o cechach psychoz monosymptomatycznych, charakteryzujących się występowaniem utrwalonego przekonania, najczęściej z elementami przesładowczymi, nie poddającego się logicznej kontrargumentacji zawierającej w pełni uzasadnione dowody błędności przesłanek i treści tego przekonania. Wśród licznych zespołów urojeniowych wyodrębniono kilka najczęstszych i najlepiej poznanych. Należą do nich m.in. zespół Otella dotyczący utrwalonego fałszywego przekonania o niewierności partnera, zespół Capgrasa (urojenie sobowtóra – zespół dość mocno związany patogenetycznie i klinicznie ze schizofrenią), zespół de Fregoli (utożsamianie przypadkowych osób ze znanymi osobistościami), zespół Clerambaulta (przekonanie o szczególnym, zwykle erotycznym zainteresowaniu osobą chorego ze strony znanych osób), monosymptomatyczne psychozy hipochondryczne i inne [5]. Chorzy ci są niezwykle wyczuleni na krytykę – zarówno otwartą, jak i ukrytą, co znacznie utrudnia z nimi kontakt, w tym kontakt terapeutyczny.

Zdarzają się także zespoły paranoiczne uwarunkowane kulturowo, np. u imigrantów, którzy niekiedy zdradzają objawy paranoiczne będące sposobem radzenia sobie z problemami. Przykładami mogą być przesady związane z pochodzeniem, niedostosowanie społeczne, nieumiejętność odnoszenia sukcesów czy skłonność do interpretacji wydarzeń w sposób urojeniowy [7].

Z występowaniem zespołów urojeniowych wiąże się także problem zaburzeń psychotycznych indukowanych. Najczęściej dotyczy to przejścia systemu urojeniowego przez osoby podporządkowane choremu, zależne od niego lub w inny sposób zdominowane. Rozdzielenie tych osób lub inna zmiana sytuacji prowadzi zwykle do cofnię-

cia się indukowanych zaburzeń u osoby podporządkowanej lub zależnej [10].

Analizując osobowość i funkcjonowanie w środowisku bardzo często można dostrzec wyraźne przejawy zachowania paranoicznego na tle np. osobowości paranoicznej. Później zazwyczaj dochodzi do kumulacji cech zachowania paranoicznego i powstania usystematyzowanego zespołu urojeniowego. Zespół ten formuje się w oparciu o realne wydarzenia, które zwykle są błędnie interpretowane i fałszywie oceniane oraz tłumaczone. Wypowiadane myśli urojeniowe stanowią np. połączenie treści przesładowczych, odnoszących i urojeń zazdrości. Podstawą do określenia granicy między osobowością paranoiczną a paranoją czy reakcją paranoiczną są zatem dokładne badania psychiatryczno-psychologiczne i obiektywny wywiad. Badania fizykalne i laboratoryjne nie wnoszą w tym przypadku istotnych danych przesądzających o rozpoznaniu, mogą jednak być pomocne w wyeliminowaniu innych podobnych objawowo chorób lub zaburzeń. Testy służące do oceny osobowości, szczególnie zaś testy projekcyjne (Rorschach, TAT), mogą ujawnić jej paranoiczną strukturę. Osoby takie cechuje m.in. introwersyjny typ przeżywania, małościowy typ ujmowania, tendencja do odnoszenia odpowiedzi ze siebie, treść wypowiedzi dotyczy zagrożeń ze strony otoczenia, pojawiają się zaburzenia w postrzeganiu i pojmowaniu, przejawiające się np. złym rozpoznawaniem przedmiotów, pomyłkami. Zwraca uwagę unikanie tematów związanych z agresją. Należy podkreślić, że w zakresie spraw i czynności nie związanych z treścią urojeń, chorzy mogą sprawnie funkcjonować w swoim środowisku. Zwykle dochodzi jednak do pewnej izolacji społecznej – albo w następstwie własnej decyzji chorego, albo decyzji wymuszonej przez otoczenie w związku z np. uciążliwym odnoszeniem się i niewłaściwym traktowaniem innych osób.

Orzecznictwo sądowo-psychiatryczne w przypadku rozpoznania paranoi prawdziwej zazwyczaj nie następuje większych trudno-

ci. Wg klasycznego już poglądu niepodzielności funkcji psychicznych, chorzy na paranoję są uznawani za niepoczytalnych nawet wtedy, gdy popełniony przez nich czyn karalny nie pozostaje w związku z istniejącym u nich systemem urojeniowym [2, 4]. Znacznie więcej problemów przysparzają natomiast przypadki reakcji i zachowań paranoicznych oraz osobowość paranoiczna, u których ocena nasilenia zaburzeń mogących mieć wpływ na zachowanie może być trudna. W tych przypadkach większe znaczenie, niż w paranoi prawdziwej, przypisuje się rodzajowi, okolicznościom i uwarunkowaniom dokonanego czynu (w sprawach karnych) lub innych działań czy zachowań (w sprawach cywilnych). Podstawowe znaczenie posiada rodzaj i nasilenie dysfunkcji psychicznych, ale także aspekty psychologiczno-społeczne mogące mieć wpływ na zachowanie, funkcjonowanie w środowisku i inne. Tylko wszechstronna analiza wszystkich czynników mogących mieć wpływ na ocenę stanu psychicznego osoby opiniowanej pozwala na adekwatne wnioski co do np. możliwości kierowania postępowaniem

i rozumienia znaczenia czynu czy zdolności do swobodnego lub świadomego powzięcia decyzji i wyrażenia woli.

PIŚMIENNICTWO

1. Bentall R.P., Kaney S., Dewey M.E.: Paranoia and social reasoning: an attribution theory analysis. *Br. J. Clin. Psychiatry* 1991, 30, 1, 13.
2. Cieślak M., Spett K., Wolter W.: *Psychiatria w procesie karnym*. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1977.
3. Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński S.: *Psychiatria*. T. 1. PZWL, Warszawa 1987, 97.
4. Dreszer R.: *Zarys psychiatrii sądowej*. PZWL, Warszawa 1962.
5. Haslam M.T.: *Psychiatria*. Wyd. Zysk, Poznań 1997, 245–247.
6. Jakubik A.: *Zaburzenia osobowości*. PZWL, Warszawa 1997, 77–78.
7. Kawecki W., Salus G., Hale M.S.: Polska paranoja. *Psychiatr. Pol.* 1999, 33, 1, 115–122.
8. Saltzman C.: *Paranoid state: theory and therapy*. *Arch. Gen. Psychiatry* 1984.
9. Scully J.H.: *Psychiatria*. Urban & Partner, Wrocław 1998, 331.
10. Tomb D.A.: *Psychiatria*. Urban & Partner, Wrocław 1998, 34.

*Adres: Prof. Józef Kocur, Wojskowa Akademia Medyczna,
Pl. Hallera 1, 90-647 Łódź*