
Ocena gróźb i ryzyka wystąpienia amoku Nowe zadanie dla psychiatrii?

Harold Dressing, Andreas Meyer-Lindenberg

Nervenarzt 2010, 81:594–601

Chociaż wypadki amoku występują bardzo rzadko, ostatnie wydarzenia w niemieckich szkołach zwróciły uwagę mediów i polityków. W tej sytuacji psychiatrzy dzieci i młodzieży, jak również psychiatrzy dorosłych są coraz częściej angażowani do zadań mających na celu ocenę ryzyka gróźb i zagrożenia amokiem oraz metod prewencji. Artykuł jest przeglądem dostępnych skromnych danych empirycznych dotyczących amoku. Autorzy apelują o rozwagę i profesjonalizm podczas oceny ryzyka gróźb i zagrożenia amokiem. Procedury przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego można stosować wyłącznie wtedy, gdy gróźby występują w kontekście stwierdzonych zaburzeń psychicznych. Prospektywne badania łączące metody zakładające etiologię neurobiologiczną i psychologiczną wydają się bardzo pożądane.

Słowa kluczowe: amok

Ocena ryzyka: gróźby, przyjęcie bez zgody do szpitala psychiatrycznego

Erfurt, Winnenden, Emsdetten, Ansbach: samo wymienienie nazw tych miast wywołuje żywą dyskusję o amoku (w tych miastach doszło do strzelanin w szkołach lub innych miejscach publicznych – przyp. red.). W pełnych emocjach doniesieniach medialnych przedstawiane są różne aspekty tego zjawiska. Jako potencjalne przyczyny wystąpienia amoku wymieniane są: wpływ brutalnych gier komputerowych, ustawy dotyczące posiadania broni, sposoby wychowania dzieci, zmienione zasady panujące w szkole oraz potencjalne zaburzenia psychiczne. W niektórych przypadkach wiadomo, że na krótko przed aktem przemocy sprawca korzystał z pomocy psychiatry lub psychoterapeuty.

Politycy, media i policja coraz częściej zajmują się zagadnieniem amoku, także pod względem prewencji. Dlatego zarówno psychiatria dorosłych, jak i psychiatria dzieci i młodzieży zajmuje się oceną ryzyka ze strony osób wypowiadających gróźby. Są to złożone i odpowiedzialne zadania, szczególnie gdy wymaga się oceny ryzyka w nagłych sytuacjach od pracowników pogotowia ratunkowego lub w czasie nocnego dyżuru. Aby zachować się właściwie i profesjonalnie, niezbędna jest ugruntowana wiedza dotycząca raczej skromnych danych

empirycznych oraz dokładna analiza ryzyka, jak również regulacje prawne dotyczące warunków, w jakich takie badanie powinno się odbyć. W praktyce klinicznej ta wiedza jest jednak nie zawsze niezbędna, a program specjalizacji ledwie o niej wspomina. Dopiero pod wpływem znacznie częstszych ostatnio tego typu zdarzeń niniejsze pytania pojawiają się coraz powszechniej.

Obecna praktyka dotycząca analizy gróźb jest szeroka, od rutynowego przekrojowego badania stanu psychicznego dokumentowanego później w karcie informacyjnej i wypisania pacjenta, gdy psychoza i ryzyko zamachu samobójczego zostaną wykluczone, a wypowiedziane wcześniej gróźby odwołane, do natychmiastowego wdrożenia postępowania zmierzającego do zatrzymania w szpitalu bez zgody. Takie postępowanie nie jest jednak wystarczające, co budzi po raz kolejny zrozumiały niepokój, że potencjalny zamachowiec może zostać pomyłkowo oceniony jako nieszkodliwy albo że lekarz spotka się z zarzutem niedozwolonego zamachu na wolność jednostki, gdy dana osoba zostanie zatrzymana w szpitalu psychiatrycznym bez wystarczających podstaw. W artykule przedstawione

Zentralinstitut fuer Seelische Gesundheit, Universitaet Heidelberg, Mannheim

Adresse do korespondencji: Prof. Dr. H. Dressing Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Universität Heidelberg J 5, 68159 Mannheim;
e-mail: harald.dressing@zi-mannheim.de

Konflikt interesów: brak.

zostaną możliwości psychiatrii i granice postępowania w tym kontekście.

Definicja i dane epidemiologiczne

Dotychczas nie udało się ustalić definicji amoku, którą jednomyślnie zaakceptowałyby środowisko naukowe. Przede wszystkim amok jest kulturowym fenomenem obserwowanym w Malezji i Indonezji. Zarówno w ICD-10, gdzie amok zaliczany jest do grupy zaburzeń osobowości i zachowania, jak i w DSM-IV, gdzie znajduje się w dziale zaburzeń dysocjacyjnych, zaznaczono, że jest to zjawisko swoiste kulturowo. W nowych pracach dotyczących tego zagadnienia wychodzi się natomiast z założenia, że brutalne zachowanie, które jest fenomenologicznie porównywalne ze zjawiskiem amoku, występuje również w nowoczesnych społeczeństwach, a w związku z tym jest to problem kulturowo niezależny.¹

Adler w swoich analizach doniesień prasowych do amoku zalicza przypadki, w których chodzi o ograniczony w czasie, gwałtowny czyn, przynajmniej w zamierzeniu mający prowadzić do śmierci lub ciężkiego uszkodzenia ciała innych osób, przy czym ogarnięty amokiem nie zważa na zagrożenie własnego życia lub podejmuje działania samobójcze.² W niektórych przypadkach brak jest ogólnie akceptowanych zdefiniowanych kryteriów operacyjnych, a w pewnych badaniach do amoku włączone zostały również zamachy na pojedyncze osoby.³ Prowadzi to do dyskusyjnego poszerzenia zakresu definicji tego zjawiska oraz wzmacnia przekaz medialny o tym, że przypadki amoku są częstsze w ostatnich latach.⁴ W rzeczywistości nie znajduje to potwierdzenia w żadnych danych empirycznych. W międzynarodowym epidemiologicznym badaniu obserwacyjnym Adler² udowodnił, że w Niemczech w latach 1991-2000 (występowanie amoku 1:8,5 mln mężczyzn/rok) w porównaniu z latami 1980-89 (występowanie amoku 1:5,5 mln mężczyzn/rok) doszło nawet do niewielkiego zmniejszenia liczby takich zdarzeń, przy czym autor wskazuje na to, że do tych wyraźnie różnych wyników przyczynić mogły się nawet niewielkie zmiany w definicji amoku.

Ogarnięci amokiem sprawcy to w przeważającej większości mężczyźni, nie istnieją preferencje, jeżeli chodzi o wiek.² Z uwagi na zdarzenia dotyczące młodocianych sprawców,^{3,6} wcześniejsze dane o przewadze starszej grupy wiekowej⁵ są już raczej nieaktualne.

W kontekście przybierającej na sile brutalności zachowań młodocianych⁷ i wobec szczególnego wrażenia, jakie wywiera doniesienie o przypadkach amoku zdarzającego się w szkole lub na uczelniach, w piśmiennictwie naukowym pojawił się nowy termin „strzelanina w szkole” (school shooting).⁸ Pojęcie to nie jest używane jako synonim amoku i obejmuje częściowo także inne formy przemocy zdarzającej się w szkołach i na uczelniach.⁹ Takie rozszerzenie definicji prowadzi do tego, że w pewnych warunkach także zamachy na pojedyncze osoby z następującym zamachem samobój-

czym lub bez niego są włączane do badania. W związku z tym omawiany jest znacznie szerszy zakres hetero- i autoagresywnych działań, które obejmuje także np. samobójstwo po dokonaniem zabójstwa lub przypadku rozszerzonego samobójstwa.

Foerster¹⁰ krótko omawia problematykę pojęcia „samobójstwo rozszerzone” i proponuje, aby unikać tego wyrażenia oraz posługiwać się wyłącznie opisowym wyrażeniem „zabójstwo z następującym po akcie samobójstwem”. Z powodu niejednoznacznych definicji i braku międzynarodowych statystyk także dane empiryczne dotyczące częstości występowania przypadków zabójstwo – samobójstwo są niedokładne. W jednej z metaanaliz częstość występowania zabójstwa – samobójstwa określono jako 0,2-0,3 przypadków na 100 000 osób rocznie,¹¹ co oznacza, że chodzi o wydarzenie, które jest około 30 razy częstsze niż amok według ścisłej definicji. Już od dawna wskazywano na niewystarczające rozróżnienie definicji i nakładanie się przypadków ze spektrum: zabójstwo – samobójstwo, rozszerzone samobójstwo, spowodowanie śmierci w kontekście przemocy domowej, jak również masowe mordy, seryjne morderstwa i amok. Nowe pojęcie „school shooting”, zamiast wyjaśniać sprawę, doprowadziło do jeszcze większego zamieszania.¹²

Jeden szczególnie ważny wniosek wynika z analizy tego typu gróźb, a mianowicie w badaniach empirycznych znajdują się wielokrotne przesłanki na to, że amok i przypadki zabójstwo – samobójstwo lub poważne akty przemocy domowej poprzedzane są przez odpowiednie groźby.^{6,13,14,15} W przy-

Tabela 1. Stopień ryzyka gróźb¹⁷

Niskie ryzyko
<ul style="list-style-type: none"> Niejasne i pośrednie groźby Groźba jest wewnętrznie niespójna, mało prawdopodobna, ogólnikowa Groźba jest nierealna
Średnie ryzyko
<ul style="list-style-type: none"> Konkretna i bezpośrednia groźba Groźba zawiera dokładne dane dotyczące wykonania czynu Groźba zawiera przynajmniej wskazówki dotyczące miejsca i czasu wykonania czynu Chociaż iż nie ma żadnych konkretnych danych dotyczących przygotowań do spełnienia gróźb, jednak pojawiają się wielokrotnie aluzje (np. do książki, filmu, możliwości dostępu do broni) Zdecydowane podkreślenie zamiaru spełnienia gróźb
Wysokie ryzyko
<ul style="list-style-type: none"> Bezpośrednia, przekonywająca i szczegółowa groźba Informacje wskazujące na konkretne przygotowania do czynu (np. zdobycie broni, ćwiczenie obchodzenia się z bronią) Informacje wskazujące, że potencjalna ofiara była śledzona (np. ujawnione zostaną poufne lub intymne informacje) Ujawnione zostaną konkretne informacje na temat okoliczności zdarzenia

szłości psychiatria dorosłych i psychiatria dzieci i młodzieży coraz częściej wymagać będą analizy i oceny gróźb, a w dalszej kolejności pojawi się potrzeba zajęcia się kwestią zarządzania ryzykiem tego typu czynów. Wymienione problemy z określeniem definicji pokazują wyraźnie, że – także wtedy, gdy przypadek przedstawiony jest jako groźba lub zagrożenie amokiem – należy uwzględniać różne scenariusze. Niemniej jednak powinno się brać pod uwagę ryzyko spełnienia groźby i w ramach zarządzania ryzykiem znać podstawowe zasady postępowania, które przedstawione zostaną w dalszej części artykułu.

Podstawowe aspekty opiniowania i prognozowania

W prognozowaniu pomocna jest znajomość statystyk dotyczących czynników ryzyka. Obliczenia statystyczne i przeprowadzane z nich szacunki odnoszą się jednak tylko do grup poddanych badaniu i z tego powodu nie pozwalają na ich bezpośrednie przełożenie na pojedynczy przypadek. Dodatkowo, badania zajmujące się prognozowaniem ryzyka spowodowania śmierci¹⁶ lub eskalacji zachowań agresywnych stalkerów (czyli osób nękających swoje ofiary)¹⁴ dotyczą dużych prób. Z powodu rzadkiego występowania amoku badania, które pod względem czynników ryzyka dokładnie retrospektywnie analizują jego wystąpienia, opierają się na bardzo małych próbach i obejmują na przykład tylko 10⁶ lub nawet do 8 przypadków.³ We wszystkich sposobach prognozowania istotne jest to, że samo sprawdzenie wymienionych czynników ryzyka jest niewystarczające, gdyż nie ma ustalonego punktu odcięcia. Dotyczy to szczególnie zdarzeń rzadkich, tak jak w przypadku amoku. W amoku, który występuje dość rzadko, nawet przy prawidłowych szacunkach czynników ryzyka zdolność przewidywania jest bardzo ograniczona. Powodem jest to, że wartość predykcyjna jest wprost proporcjonalna do częstości występowania i dlatego przy skrajnych wartościach jej czułość i swoistość są małe. Ponadto prognozowanie w indywidualnych przypadkach wywołuje względnie większą wątpliwość niż w przypadku statystycznej analizy grup. Wiedza na temat statystycznie oszacowanych czynników ryzyka jest nieodzowna, lecz aby oszacować indywidualnie ryzyko, należy brać pod uwagę również bieżący stan psychiczny, wywiad środowiskowy, czynniki ochronne oraz dynamikę, zmienność oraz rodzaj czynników ryzyka itp.

Stąd można wysnuć wniosek, że liczba opinii i prognoz dotyczących gróźb i zagrożenia amokiem będzie wzrastać. Zleceniodawcy i zadania mogą być bardzo różne – od rutynowych zleceń obejmujących na przykład wszystkich uczniów w szkole, gdy któryś z uczniów swoim zachowaniem zwróci szczególną uwagę, aż do sytuacji nagłych, gdy do izby przyjęć szpitala psychiatrycznego zostanie doprowadzona przez policję osoba wypowiadająca groźby i potencjalnie zagrożona amokiem.

Przebieg badania

ANALIZA BIEŻĄCYCH LUB PODSTAWOWYCH GRÓŻB

Chociaż groźby należy oceniać zawsze w określonym kontekście, ze względu na formę i treść można je zakwalifikować do odpowiedniej grupy ryzyka. Podany podział na groźby o małym, średnim i dużym ryzyku zagrożenia amokiem¹⁷ może być przydatny także w innych sytuacjach zagrożenia (tab. 1).

W przypadku każdej analizy zagrożenia konieczny jest możliwie najszerszy i najdokładniejszy opis sytuacji, która doprowadziła do tego, że dana osoba znalazła na badaniu u psychiatry. Należy zażądać pisemnego raportu policji, szkoły lub innej instytucji, której dotyczy zagrożenie, w żadnym wypadku nie wolno polegać tylko i wyłącznie na subiektywnej relacji pacjenta. To dochodzenie nie jest jednak zadaniem psychiatrii i powinno zostać przeprowadzone przez policję lub inną odpowiednią instytucję.

Brutalne zachowanie – także wskazujące na nagłe wystąpienie amoku – w większości przypadków poprzedza cała historia wydarzeń, w kontekście której aktualne groźby mają istotne znaczenie. Badanie przebiegu zdarzeń w przypadku groźenia śmiercią pokazuje, że w czasie poprzedzających 10 lat 44% osób wypowiadających tego typu groźby zostało skazanych z powodu czynów brutalnych, przy czym 3% popełniło przestępstwo ze skutkiem śmiertelnym.¹⁶ Choć ocena ryzyka gróźb jest ważna i większość przypadków amoku – a także innych poważnych czynów brutalnych – często poprzedza wygłaszanie gróźb, należy również zauważyć, że w większości przypadków groźenia nie dochodzi do żadnych czynów brutalnych.¹⁵ Chodzi więc o to, by przeprowadzić odpowiednią ocenę zagrożenia i wdroyć adekwatne postępowanie. Przy czym należy unikać zarówno zbyt ostrożnych reakcji, jak i bagatelizowania objawów. Coraz częściej będzie się zdarzać, że psychiatry będą proszeni o konsultację i opinię na temat osób groźących innym śmiercią.

BADANIE PSYCHIATRYCZNE I OCENA STANU PSYCHICZNEGO

Każda analiza gróźb wymaga starannej oceny stanu psychicznego, szczególnie ważne jest zapytanie o myśli samobójcze i fantazje dotyczące morderstwa. Badanie powinno być ukierunkowane na dostrzeżenie ewentualnych objawów psychozy, która może być przyczyną gróźb. Badanie stanu psychicznego musi jednak obejmować cały zakres objawów psychicznych mogących mieć znaczenie w kontekście zagrożenia amokiem. Szczególnie istotne są w tym przypadku: trwające od dłuższego czasu uczucie złości, fantazje na temat zemsty, poczucie poniżenia, krzywdy, rozgoryczenia, bezradności, bezsilności i potrzeby sprawiedliwości. Należy również zbadać, czy tego typu myśli i uczucia przeżywane są jako natrętne bądź nieznosne. Istotna jest także analiza poglądów i postaw życiowych, które mogą być tłem dla gróźb i zagrożenia amokiem. Rekonstrukcja zdarzeń przypadków amoku wskazuje jedno-

znacznie na to, że większość sprawców cierpiała na wyraźne zaburzenia psychiczne (psychozy schizofreniczne, zaburzenia urojeniowe, depresję) lub znaczne zaburzenia osobowości (w przeważającej większości osobowość narcystyczna, sensorywna lub psychopatyczna) oraz poddana była szczególnym obciążeniom psychospołecznym lub innym cierpieniom.^{2,6} Dlatego w ocenie ryzyka staranne badanie psychiatryczne ma ogromne znaczenie.

Zadaniem każdego odpowiedzialnego psychiatry jest jednak to, by tego typu zdarzenia nie stały się kolejną przyczyną stygmatyzacji chorych psychicznie. Wprawdzie w wielu badaniach statystycznie wykazano nieco większe ryzyko zachowań agresywnych wśród osób cierpiących na psychozy schizofreniczne,^{18,19} jednak związki między chorobą a zachowaniem agresywnym są do tej pory nieznanymi,²⁰ a decydujące znaczenie mają dodatkowe zmienne, takie jak wiek, płeć, nadużywanie substancji psychoaktywnych i anty-społeczne cechy osobowości.²¹

W badaniu osoby potencjalnie zagrożonej amokiem szczególnie ważne jest zwrócenie uwagi na związek między auto- i heteroagresywnymi fantazjami i impulsami, ponieważ impulsy samobójcze mogą występować w tym samym czasie co impulsy pozbawienia życia innym ludzi.^{22,23} W przeciwieństwie do chorych na depresję, którzy deprecjonują swoją wartość i przypisują winę wyłącznie sobie, osoba potencjalnie zagrożona amokiem takie uczucia umieszcza na zewnątrz i za własne niepowodzenia obwinia otoczenie. W ten sposób otoczenie traktowane jest jako wrogi i odrzucające, a potencjalny sprawca traktuje siebie jako ofiarę okoliczności, co może prowadzić do jednoczesnego wystąpienia impulsów morderczych i samobójczych.²⁴ Na bliskie związki między zachowaniami auto- i heteroagresywnymi wskazuje również retrospektywne badanie 98 osób w amoku.²⁵ Sprawcy, którzy w amoku popełnili samobójstwo, ranili lub zabili więcej osób niż sprawcy, którzy takie zdarzenie przeżyli.

ANAMNEZA

Wywiad biograficzny powinien zawierać dane dotyczące rozwoju i struktury osobowości oraz szczególne życiowe wydarzenia, które mogłyby mieć jakikolwiek znaczenie. Jeżeli tylko takie krytyczne wydarzenia miały miejsce, należy zbadać, jaki szczególny wpływ mogły one mieć na daną osobę. Przy czym w przypadku zaburzeń osobowości należy również zwrócić uwagę na to, że na przykład ciężkie przeżycia mogą przyczynić się do szczególnie dramatycznych reakcji u osób z osobowością narcystyczną lub emocjonalnie chwiejną. Nie tylko zaburzenia osobowości z grupy B są jednak istotne z punktu widzenia analizy ryzyka. Na doznanie krzywdy i uczucie rozgoryczenia należy zwracać szczególnie uwagę także w przypadku osób o takich charakterystycznych cechach osobowości jak swoista odporność na obciążenie, niezawodność i gotowość do poświęceń.

Koniecznym jest zapytać również o to, czy dana osoba w przeszłości dopuściła się aktu przemocy lub sama była ofiarą

przemocy lub wykorzystywania seksualnego; są to znane z piśmiennictwa czynniki ryzyka.¹⁷

Jeżeli tylko jest możliwe, należy zawsze zebrać wywiad od osób trzecich, takich jak członkowie rodziny lub znajomi.

Oprócz tego przy badaniu należy zwrócić uwagę na inne czynniki, szczególne znaczenie ma zjawisko znane jako przeciek (leakage).²⁶ Pod tym pojęciem rozumie się ujawnianie agresywnych fantazji mimochodem, treści takie mogą pojawiać się bezpośrednio w trakcie rozmowy lub anonimowo, na przykład za pośrednictwem internetu. Częściej niż bezpośrednio wyrażane groźby zauważalne są przesłanki wskazujące na to, że w myślach, uczuciach lub fantazjach potencjalnego sprawcy występują agresywne treści.

Nawet gdy dokładna ocena ryzyka wymaga możliwie jak najpełniejszego opisu profilu osobowości, badacz musi być przede wszystkim świadomy, że nie istnieje typowy profil osoby zagrożonej amokiem. W tabeli 2 przedstawione zostały cechy osobowości oraz szczególne zachowania, które w piśmiennictwie są wymieniane i omawiane jako znaczące czynniki ryzyka.^{2,15,17,27} W końcu są to dość powszechne odstępstwa, które mogą nabrać znaczenia jedynie w przypadku oceny indywidualnej i całościowej. Także uczucie długotrwałego rozgoryczenia może mieć w tym przypadku istotne znaczenie.²⁸ Do tej pory nie przeprowadzono badań prospektywnych na ten temat, ale są one w planach (Linden, informacja ustna).

Środowisko i rodzina

Pełna ocena ryzyka powinna opierać się również na wywiadzie dotyczącym warunków panujących w rodzinie i otoczeniu osoby potencjalnie zagrożonej amokiem. W tabeli 3 wymienione są najważniejsze czynniki. Do potencjalnych czynników ryzyka można zaliczyć niedostateczne wsparcie społeczne,

Tabela 2. Szczególne cechy osobowości i zachowania

Przeciek (leakage)
Słaba tolerancja frustracji
Niewydolne sposoby radzenia sobie z trudnościami
Uczucie rozgoryczenia
Poczucie wyobcowania
Brak empatii
Postawa roszczeniowa
Przypisywanie odpowiedzialności okolicznościom zewnętrznym
Mały przywiązanie społeczne
Nagłe zmiany zachowania
Znaczne zainteresowanie przemocą i bronią
Negatywne wzorce (np. inni sprawcy ogarnięci amokiem)
Fantazje dotyczące zemsty

izolację oraz pobłażliwe traktowanie przez członków rodziny lub środowisko skrajnych, przekraczających granice zachowań. Problemem są również tendencje do unikania odpowiedzialności. Zdarzają się sytuacje, kiedy rodzicom zwraca się uwagę na nietypowe zachowanie ich dziecka, a oni na taką informację odpowiadają wyrzutami albo bagatelizują sprawę. Nawet wtedy, gdy dostęp do broni nie ma prawdopodobnie żadnego popartego dowodami wpływu na zagrożenie amokiem – czynu brutalnego można bowiem dokonać także przy użyciu noża lub siekiery – jednak ten aspekt należy do czynników modulujących, jeżeli chodzi o skalę potencjalnego ryzyka wystąpienia amoku.² Tak samo istotna jest ocena, czy badana osoba nie padła ofiarą mobbingu lub innych poniżających praktyk ze strony otoczenia, chociaż związek między społecznym wykluczeniem a czynami brutalnymi nie został jak dotąd wystarczająco zbadany.²⁹

Na podstawie aktualnych danych nie można ostatecznie ocenić, jak bardzo doniesienia medialne o amoku zwiększają ryzyko jego wystąpienia w przyszłości. Jeżeli chodzi o zamachy samobójcze, wpływ takich wzorców można wykazać.³⁰ Z powodu bardzo niewielkiej liczby przypadków nie można ostatecznie ocenić, czy w przypadku amoku faktycznie występuje zjawisko podobne do efektu Wertera. Nie ma wątpliwości, że istnieje bezpośredni związek czasowy między nasileniem gróźb i wystąpieniem amoku;⁴ dlatego bardzo potrzebna jest ocena takiego ryzyka. Dotychczas nie udało się znaleźć empirycznych dowodów dotyczących kumulacji w czasie zachowań związa-

Tabela 3. Informacje dotyczące środowiska i rodziny w ocenie ryzyka

Wsparcie rodziny i społeczne
Stosunek i reakcje rodziny oraz środowiska na problematyczne zachowanie
Dostęp do broni
Mobbing i „fala”
Przemoc w środowisku
Doniesienia medialne o zdarzeniach amoku

Tabela 4. Zaburzenia psychiczne i groźby oraz zagrożenie amokiem: strategie postępowania

Zaburzenie	Postępowanie
Psychiczne zaburzenia organiczne, psychozy schizofreniczne, depresja	Wskazanie do leczenia stacjonarnego; ewentualnie przyjęcie bez zgody i leczenie bez zgody
Zaburzenia osobowości, nietypowe zaburzenia reaktywne	Wskazanie do leczenia psychiatrycznego i psychoterapeutycznego; możliwe przyjęcie bez zgody w przypadku znacznego nasilenia objawów psychopatologicznych
Bez zaburzeń psychicznych; manipulacja	Sankcje karne przewidziane przez prawo

nych z amokiem,³¹ niemniej jednak dyskutowana jest możliwość występowania tak zwanych morderców naśladowców (copycat murders).³² Co ważne, również w odniesieniu do amoku należy zwrócić uwagę na powszechnie stosowane w suicydologii rozróżnienie na samobójstwo i parasamobójstwo. Zdaniem autorów, nie należą do rzadkości groźby amoku, u podstawy których leżą manipulacja i cele osobiste, bez faktycznej intencji dokonania tego typu czynu.

Obok czynników ryzyka źródłem czynników ochronnych jest również środowisko, które może być wykorzystane w terapii. Psychiatra przeprowadzający analizę ryzyka zawsze powinien zwracać uwagę na możliwości wspierania kontaktów społecznych lub ich odnowienia oraz nawiązać wspierający związek terapeutyczny z badanym.

Strategie postępowania

Jeżeli na izbie przyjęć szpitala psychiatrycznego pojawi się nagła potrzeba oceny zagrożenia, zaleca się zapobiegawczo zatrzymać pacjenta i wystąpić do sądu z wnioskiem o hospitalizację bez zgody. Tego typu rozwiązanie można zastosować, gdy w danym kraju istnieją odpowiednie przepisy. Tym sposobem można zyskać na czasie i przeprowadzić dalsze badania diagnostyczne, w pewnym sensie jest to również działanie zabezpieczające. Należy jednak zauważyć, że chodzi tu o ograniczenie wolności jednostki, które zgodnie z prawem jest uzasadnione wtedy, gdy z powodu choroby psychicznej danej osobie lub osobom trzecim zagraża niebezpieczeństwo³³ (w Polsce odpowiednim aktem prawnym jest Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego – przyp. tłum.). Samo wypowiedzianie gróźb w żadnym wypadku nie jest wystarczającym powodem, by wdrożyć procedurę przyjęcia bez zgody. Tego typu postępowanie jest prawnie dopuszczalne jedynie wtedy, gdy w badaniu stwierdzone zostaną podstawy do rozpoznania choroby psychicznej, a groźby są jej następstwem.

Orientacyjne wskazówki postępowania zawiera schemat przedstawiony w tabeli 4. Groźby, które mogą być objawami psychozy schizofrenicznej, epizodu depresyjnego, uzależnienia o ciężkim przebiegu lub nasileniu bądź organicznej choroby mózgu z zaburzeniem kontroli impulsów, wymagają niezwłocznie podjęcia leczenia psychiatrycznego w trybie stacjonarnym. Jeżeli sytuacja tego wymaga, można wykorzystać procedury przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego lub rozpocząć leczenie bez zgody. Gdy groźby pojawiają się w kontekście istniejących zaburzeń osobowości lub zaburzeń reaktywnych, w większości przypadków wskazane jest skierowanie na leczenie psychiatryczne lub psychoterapeutyczne. W tych przypadkach, aby przyjąć pacjenta do szpitala bez jego zgody, muszą być spełnione określone warunki, chodzi tu o stopień nasilenia zaburzenia. Należy sprawdzić, jak bardzo zaburzenie wpływa na zdolność kierowania własnym postępowaniem. Mianowicie, podobnie jak w sprawach deliktowych, rozpoznanie zaburzeń osobowości lub zaburzenia reaktywnego nie znosi tym samym

odpowiedzialności za wygłaszane groźby. Granica między takimi przypadkami a osobami, które, stosując manipulację, wypowiadają groźby w celu uzyskania osobistych korzyści, jest nieostra. Dla tego typu osób zarezerwowane są odpowiednie kary przewidziane kodeksem, nie stosuje się u nich leczenia psychiatrycznego i procedury przyjęcia bez zgody.

Nie w każdym przypadku udaje się już przy pierwszym badaniu jasno ocenić charakter groźb. Ponadto nie jest możliwe przeprowadzenie obszernej analizy ryzyka czasie ostrego dyżuru. Zebranie informacji dotyczących wymienionych wcześniej czynników ryzyka jest czasochłonne. Tęgo problemu nie da się rozwiązać, używając procedury przyjęcia bez zgody. Psychiatria nie powinna stać się instrumentem rozwiązywania problemów społecznych, z pominięciem profesjonalizmu i standardów obowiązujących w tej dziedzinie. Wygłaszanie groźb jest przede wszystkim czynem karalnym i na organach ścigania spoczywa zadanie wdrożenia odpowiednich procedur dochodzeniowych i działań prewencyjnych.

Podsumowanie i perspektywy

W aktualnych dyskusjach stawiana jest hipoteza, że wystąpieniu amoku można zapobiec, jeżeli przeprowadzi się rzetelną analizę ryzyka,³⁴ jest to jednak z pewnością przecenianie faktycznie dostępnej wiedzy.

Z retrospektywnych analiz przypadków amoku wiadomo, że w pojedynczym przypadku ocena ryzyka jest tylko względnie pomocna. Przede wszystkim wiele z wymienionych czynników ryzyka występuje powszechnie i jeżeli się je bezkrytycznie przyjmuje, może to prowadzić do wydawania wielu fałszywie dodatnich opinii, już choćby z tego powodu, że amok jest zjawiskiem wyjątkowo rzadkim. Konieczne jest ponowne przeanalizowanie zadań psychiatrii w tym zakresie.³⁵ Psychiatri nie powinni pod wpływem podgrzewanych przez media lęków społecznych bezkrytycznie przyjmować na siebie zadań, które ich przerastają. Nie jest możliwe przewidzenie lub wykluczenie wystąpienia amoku za pomocą metod, jakimi aktualnie dysponuje psychiatria. Również nadużywanie procedury przyjęcia bez zgody jest niemożliwe do zaakceptowania. Możliwe jest jednak zarządzanie ryzykiem, a w tej dziedzinie psychiatria może wiele wnieść. Zgodnie z dzisiejszą wiedzą można powiedzieć, że większość osób ovladniętych amokiem wymagało leczenia psychiatrycznego lub psychoterapeutycznego. Jeżeli chodzi o poprawę ogólnego poczucia bezpieczeństwa, to ułatwienie dostępu do leczenia psychiatrycznego oraz destygmatyzacja chorób psychicznych mogłyby pod tym względem mieć dużo większe znaczenie niż obecna medialna histeria.

Konieczne w każdym razie, są nowe projekty naukowe, badające zależności między chorobami psychicznymi i przemocą oraz uzupełnianie, skromnej póki co bazy danych empirycznych. Od dawna dyskutowane jest też znaczenie obniżonej aktywności układu serotonergicznego u sprawców zabójstw, jak również samobójców.³⁶ Dzięki zastosowaniu technik neu-

roobrazowania można zdobyć nową istotną wiedzę pomocną w rozumieniu powstawania zachowań impulsywnych i aktów przemocy.^{37,38} Szeroko omawiany w mediach wpływ czynników ryzyka, takich jak na przykład intensywne granie w brutalne gry komputerowe, na stopień impulsywności i regulację afektywną, można badać eksperymentalnie.³⁹

Istotne są również badania dotyczące mechanizmów działania przewlekłych stresorów, takich jak wyobcowanie, degradacja, mobbing w kontekście ryzyka wystąpienia amoku. Udało się na przykład udowodnić, że w przypadku degradacji społecznej w okolicach mózgu odpowiedzialnych za przetwarzanie i regulację emocji pojawiają się pewne zmiany,⁴⁰ które związane są jednocześnie z ryzykiem wystąpienia impulsywnych zachowań agresywnych.³⁸ Ale nawet takie badania nie dostarczą żadnych pewnych metod prognozowania, a jedynymiarowe biologiczne podejście do takiego złożonego zjawiska, jakim jest amok, nie jest wystarczające. Neurobiologiczne dane są jednak niezbędną podstawą do określenia epidemiologicznych bądź psychopatologicznych czynników ryzyka, aby następnie móc zidentyfikować cele terapeutyczne i prognostyczne, zwłaszcza gdy rozważane jest przymusowe leczenie. Bardzo pożądane wydaje się rozpoczęcie, na przykład wśród młodzieży z grupy ryzyka, prospektywnych badań dotyczących psychopatologii, z wykorzystaniem metod neurobiologii i epidemiologii oraz włączenie do programu zarządzania ryzykiem.

© Springer Medizin Verlag 2010. This article Risikoeinschätzung bei Amokdrohungen. Neue Aufgaben für die Psychiatrie? by H. Dressing · A. Meyer-Lindenberg is translated and reproduced with permission from Springer.

Piśmiennictwo

1. Saint Martin ML. Running amok: A modern perspective on a culture-bound syndrome. *J Clin Psychiatry* 1999;1:6–70.
2. Adler L, Marx D, Apel H et al. Zur Stabilität des „Amokläufer“-Syndroms. Kontentanalytische Vergleichsuntersuchung von Presse mitteilungen über deutsche Amokläufer der Dekaden 1980–1989 und 1991–2000. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2006;74:582–590.
3. Hoffmann J, Roshdi K, Robertz F. Zielgerichtete schwere Gewalt und Amok an Schulen – eine empirische Studie zur Prävention schwerer Gewalttaten. *Kriminalistik* 2009; 4: 196–204.
4. Neuner T, Hübner-Liebermann B, Hajak G, Hausner H. Media running amok after school shooting in Winnenden, Germany! *Eur J Public Health* 2010 (in press).
5. Carr J. Etho-behaviourism and culture-bound-syndromes: The case of amok. *Cult Med Psychiatry* 1985; 2: 269–293.
6. Langman P. Amok im Kopf: Warum Schüler töten. Beltz, Weinheim Basel, 2009.
7. Fredland NM. Nurturing hostile environments: The problem of school violence. *Fam Community Health* 2008;[Suppl 1]31: 32–41.
8. Preti A. School shooting as a culturally enforced way of expressing suicidal hostile intentions. *J Am Acad Psychiatry Law* 2008;36:544–550.
9. Adler L. Amok and extreme Gewalt an Schulen. *NeuroTransmitter* 2009;20:17–24.
10. Foerster K. Erweiterter Suizid: Ein problematischer Begriff? *Nervenarzt* 2009;80:1078–1084.
11. Coid J. The epidemiology of abnormal homicide and murder followed by suicide. *Psychol Med* 1983;13:855–860.
12. Marzuk PM, Tardiff K, Hirsch CS. The epidemiology of murder-suicide. *JAMA* 1992;17:3179–3183.
13. Dressing H, Kühner C, Gass P. Lifetime prevalence and impact of stalking in a European population: Epidemiological data from a middle-sized German city. *Br J Psychiatry* 2005;187:168–172.

ciąg dalszy piśmiennictwa na str. 47

KOMENTARZ



**Dr hab. n. med. Janusz Heitzman,^{1,2}
prof. nadzw. IPiN**

¹Instytut Psychiatrii i Neurologii, Klinika
Psychiatrii Sądowej, Kierownik
²Katedra Psychiatrii UJ CM

Dressing i Meyer-Lindenberg starają się opisać szczególną kategorię psychopatologiczną, dla której próbują adaptować pojęcie amoku. Śledząc tok rozumowania autorów, można wysnuć wnioski, że przez amok rozumieją oni „stan innych zakłóceń czynności psychicznych”, który rozwija się w swoisty sposób, ma swój określony (ale bez sztywnych granic) obraz kliniczny, a jego finałem jest naruszenie obowiązującego prawa w formie podejmowania brutalnych, agresywnych w stosunku do ludzi zachowań. Podążając dalej za tym sposobem definiowania, można przyjąć, że amok to szczególnie stan świadomości związany z jej zawężeniem na skutek mniej lub bardziej świadomego wprowadzania się w stan emocjonalnej ekscytacji. Występuje on głównie u mężczyzn, niezależnie od wieku, i kończy się eskalującym, brutalnym zachowaniem. Przyczyną rozwinięcia się potrzeby emocjonalnego pobudzenia są wg autorów zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania będące wynikiem nieprawidłowej socjalizacji, błędów wychowawczych i pedagogicznych. Do stanu amoku ma dochodzić w następstwie wypowiedzenia gróźb wysoce agresywnych zachowań, które wraz z upływem czasu mają realną szansę zrealizowania. Choć autorzy powołują się na klasyfikacje ICD-10 i DSM-IV, trudno w tych klasyfikacjach znaleźć jednoznacznie zdefiniowane pojęcie amoku. Można przez dalekie analogie przyjmować, że amok w klasyfikacji ICD-10 będzie można umiejscowić w grupie zaburzeń osobowości i zachowania, ale nie jest to wyodrębniona w tych grupach jednostka psychopatologiczna. Co prawda, pewne cechy osobowości dyssocjalnej i chwiejnej emocjonalnie będą charakterystyczne dla sprawców brutalnych przestępstw agresywnych „dokonujących zbrodni w stanie amoku”, ale takie cechy ujawnia zdecydowana większość sprawców impulsywnych zachowań agresywnych, u których ustala się w późniejszych badaniach sądowo-psychiatrycznych i sądowo-psychologicznych rozpoznanie psychopatologiczne o wiele bardziej konkretne i precyzyjne.

W klasyfikacji DSM-IV, na którą również powołują się autorzy, pojęcie amoku pojawia się w obszarze (i chyba słusznie) zaburzeń dysocjacyjnych inaczej nieokreślonych. Te zaburzenia dysocjacyjne nawiązują do pojęcia transu dysocjacyjnego, a amok jest przykładem takiego transu występującego w określonym obszarze kulturowym (Indonezja).

Takie rozumienie amoku charakteryzuje go jako pojedyncze (powtarzające się) lub epizodyczne zaburzenia stanu świadomości, poczucia tożsamości i pamięci, które są charakterystyczne dla konkretnych obszarów geograficznych i kulturowych. Trans dysocjacyjny obejmuje zawężenie świadomości, któremu towarzyszą stereotypowe ruchy lub zachowania prezentowane niejako poza kontrolą. Zwyczajowo osoba w stanie takiego transu ma poczucie zmiany własnej tożsamości na nową, która jest jej „nadana” pod wpływem mocy, ducha, bóstwa, ale też i innej osoby, i temu ma towarzyszyć właśnie stereotypia (mimowolność) ruchowa czy amnezja. DSM-IV zaznacza, że obecne w transie dysocjacyjnym zaburzenia nie mieszczą się w szerokiej normie zbiorowych praktyk religijnych czy zachowań kulturowych. Wyraźnie zatem widać, że amok bardziej odpowiada zjawisku specyfiki kulturowej i bliższe jest mu potoczne rozumienie tego pojęcia niż doszukiwanie się w klasyfikacji zaburzeń psychicznych jego psychopatologicznego obrazu.

Można tu dostrzec pewną niekonsekwencję autorów artykułu, którzy z jednej strony chcą mówić o amoku jako jeszcze nieprecyzyjnej kategorii psychopatologicznej, a z drugiej powołują się na klasyfikację DSM-IV, gdzie jest on umieszczony w kategoriach egzotyki społeczno-kulturowej.

Mało przekonująco autorzy starają się do amoku (za Adlerem, 2006) zaliczać przypadki gwałtownych czynów podejmowanych z zamiarem zrealizowania wysoce agresywnych motywacji doprowadzenia do śmierci lub jej usiłowania czy też zachowań autoagresywnych o charakterze samobójczym. O amoku ma świadczyć utrata krytycyzmu i instynktu samozachowawczego, bagatelizowanie ryzyka, a nawet świadome jego prowokowanie. Przytaczane dane niemieckie, które przyjmują 1 przypadek amoku na 8,5 mln mężczyzn w ciągu roku, mogą budzić wątpliwości. Wynika to raczej z tego, że wbrew tezie autorów, specyfika diagnozy amoku jest mocno wątpliwa i woluntarystyczna, jest bowiem wiele możliwości, by za pomocą prawidłowo praktycznie stosowanej klinicznej oceny i psychopatologii opisać stan psychiczny młodych zabójców i zabójców-samobójców, bez uciekania się do pojęć dalece niejednoznacznych. Na tym tle cenniejsze są rozważania autorów, by w sposób metodologicznie uprawniony oceniać ryzyko agresywnego zachowania na podstawie wypowiedzianych gróźb. Słusznie Dressing i Meyer-Lindenberg uważają, że każda analiza groźby wymaga wnikliwej oceny psychopatologicznej. Ważne jest w tym kontekście pytanie wprost lub pośrednio o myśli lub fantazje samobójcze i mordercze. Ocena psychopatologiczna osoby wypowiadającej groźby niewątpliwie wymaga określenia motywu i opisanie całego procesu motywacyjnego. Choć autorzy procesom

motywacyjnym poświęcają zbyt mało uwagi, można przyjąć, że motyw dokonania czynu agresywnego (zabójstwa, samobójstwa rozszerzonego) związany z chęcią zemsty, ma swoje głęboko ukształtowane psychopatologiczne podłoże. Te emocjonalne motywy przestępstwa, niezależnie czy zyskują semantykę amoku, wiążą się z utrzymującymi się długotrwale negatywnymi uczuciami, takimi jak: gniew, złość, wściekłość, rozgoryczenie, rozżalenie, bezradność, bezsilność, narastające poczucie krzywdy i chęć zemsty. Warto zatem oceniając ryzyko wystąpienia agresji stwierdzić, czy negatywne emocje mają charakter myśli (i zachowań) natrętnych, czy są wynikiem nieprawidłowej osobowości, reakcji na stres, zaburzenia adaptacyjnego, czy też choroby psychicznej (schizofrenii, zespołów urojeniowych, depresji). Stosunkowo skromnie omawiana praca analizuje osobowość narcystyczną, psychopatyczną i paranoiczną pod kątem przyszłego ryzyka dokonania zbrodni. Jednak słusznie autorzy zatrzymują się na koniecznej wnikliwej autoanamnezie i analizie środowiskowo-rodzinnej, również w kontekście opracowania zasad wczesnego diagnozowania i wykrywania zagrożenia, choćby w takich przypadkach jak wspomniane w komentowanym artykule „strzelaniny w szkole”. Wydaje się jednak, że większe znaczenie ma to dla rodziców i wychowawców niż dla psychiatrów. Autorzy starali się przypisać do pojęcia amoku, jako szczególnego dysocjacyjnego transu, cechy psychopatologiczne charakterystyczne dla niezrozumiałej zdroworozsądkowo agresji i zbrodni czy samobójstwa rozszerzonego. Nie rozwinęli i nie uzasadnili jednak tej koncepcji. Dokonanie zabójstwa zwykle jest wynikiem uzewnętrznienia się szczególnych pokładów agresji. Każde zabójstwo ma jakiś motyw, choć zdarza się, że analizując je, nie jesteśmy w stanie za każdym razem trafnie go określić. Najczęstsze motywy zabójstw to ekonomiczne i emocjonalne, a więc z zemsty, z poczucia krzywdy, poczucia zagrożenia i lęku. W dalszej kolejności pozostają te motywowane seksualnie czy urojeniowo. Motywy emocjonalne są najczęściej odpowiedzialne za zabójstwo nagłe, często przypadkowe, kiedy sprawca nie jest w stanie odroczyć swoich negatywnych emocji. Zdarza

się, że emocjonalno-afektywne zabójstwa są dokonywane z premedytacją, z oczywistym zamiarem zabicia, są to najczęściej zabójstwa lub morderstwa z zemsty.

Zależy to od tego, czy sprawca traci zdolność oceny swego popędu agresji, czy ma zachowany krytycyzm i rozwagę. To, że ktoś staje się zabójcą, nie zależy od jego inteligencji, czytania czy artystycznego talentu. Można być wybitnym matematykiem i zabić w szale żonę, można być znakomitym lekarzem i zabić kochankę żony. Można być kimkolwiek – nawet politykiem – i kierować się zemstą, która rozwija się jak zakaźna choroba, ktoś nią zaraził, a ona zniewoliła umysł. Negatywne emocje, jak zazdrość, zemsta, nienawiść, gniew, wściekłość, złość, mogą być wynikiem własnych przemyśleń, noszeniem w sobie żalu i urazy, będącej wynikiem przeżywania siebie jako ofiary. Mogą być jednak wyrazem solidarności sprawcy z osobą skrzywdzoną, z którą wiążą się więzami bardzo intymnymi, osobistymi. Występują w jej obronie jako silniejsi, mocniejsi i zdolni do zdecydowanego działania. Motyw zabójstwa, jakim jest zemsta, nienawiść do drugiego człowieka, wynika z ogólnej predyspozycji do skrajnego reagowania agresją, poczucia bezsilności, niecenienia własnego i cudzego życia, obcej ideologii itp. Niekiedy człowiek, choć chce zabić, to nie zabija, bo za bardzo boi się kary, wie, że zabijając, zbyt dużo straci. Zdarza się, że nienawiść wtedy w nim narasta i niszczy on swoich wrogów inaczej, niekaralnymi sposobami „zabija ich psychicznie” („w białych rękawiczkach”). Jak nie zabije, to chociaż zaszczuje, a jak zaszczuje, to ma satysfakcję, że przeciwnika może jak najpodlej potraktować. Nienawiść nie zawsze jest krwawa, ale zawsze jest okrutna. Czy można scharakteryzować zabójcę, zabójcę-samobójcę niekoniecznie poprzez stan amoku w jakim mógł się znajdować? Jak dotąd udawało się to wielokrotnie, a nawet precyzyjnie. Podsumowując można stwierdzić, że rozważania na temat amoku są pewnym kolorytem psychiatrii sądowej, która tym określeniem stara się nie całkiem przekonująco doprecyzować o wiele powszechniejsze, ale i wystarczające dotychczas stosowane terminy psychopatologiczne.