

Zazdrość patologiczna z perspektywy sądowo-psychiatrycznej

Pathological jealousy from forensic psychiatric perspective

Przemysław Cynkier

Instytut Psychologii, Wydział Filozofii Chrześcijańskiej,
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Summary

Jealousy is defined as a complex mental state caused by a real or false – imaginary – change in a way of perception of a threat of terminating a valued partnership in favor of a real or imaginary rival. Apart from jealousy demonstrated by mentally disordered people, but without symptoms of mental illness and obsessive jealousy, there is also a psychotic jealousy. One of diagnostic difficulties is to determine when a normal jealousy about a partner acquires delusional nature and the boundary between these two can be difficult to detect, which often is a concern of forensic psychiatrists. A mistake in diagnosis can seriously affect issuing of opinions and can have legal consequences. There are accounts claiming that the emergence of delusional jealousy is a continuous process, from the so-called normal to morbid jealousy. Diagnostic assessments in this matter bring difficulties in judicial-psychiatric assessments. Delusions of marriage infidelity accompany various psychotic disorders and their foundations can be found in endogenous factors, organic changes in peripheral nervous system and addictions. People demonstrating these types of delusional disorders are extremely dangerous for the environment, not solely because of the presence of psychotic symptoms, but also because of various environmental and relationship-related factors, which contribute to the genesis of their criminal offenses. Making accurate and just forensic psychiatric assessment of this group of offenders concerns risk assessment of offenders, validity of the use of security measures and the type of therapeutic interventions.

Słowa kluczowe: zazdrość patologiczna, agresja, ekspertyza psychiatryczna

Key words: pathological jealousy, aggression, psychiatric expertise

Wstęp

Pojęcie zazdrości nie jest precyzyjne, ale zwykle odnosi się do różnych przeżyć związanych z poczuciem zagrożenia związku intymnego, do którego dochodzi lub miałyby dojść na skutek ingerencji trzeciej osoby. Zagrożenie utratą partnera wyraża

się kognitywnie, emocjonalnie i behawioralnie. Początkowo dominuje komponenta uczuciowa związana z obawą przed osobistą stratą (partnera, związku, planów, stabilizacji życiowej), negatywnym stosunkiem do rywala, ale także partnera, poczuciem niesprawiedliwości i osamotnienia [1].

Silnie wyrażone emocje łatwo wzbudzić przez bodźce wzrokowe lub słowne, a także przez wyobrażenie sobie niewierności partnera. Utrwalenie takiej lękowej postawy dokonuje się przez wcześniejsze doświadczenie zdrady lub inicjowanie w sobie podejrzliwości i nieufności, co sprzyja podtrzymaniu zazdrości oraz innych współtowarzyszących jej negatywnych emocji.

Zdaniem Żywuckiej-Kozłowskiej i Włodarczyk zazdrość jest gniewem, który rodzi się w określonych okolicznościach i jest oparty na dwóch elementach: uczuciu i sytuacji. Uczucie wynika z konstrukcji ludzkiej psychiki, a sytuacja z uwarunkowań świata zewnętrznego [2]. Zazdrość rozumiana jako uczucie opiera się na niepewności co do własnej wartości jako osoby oraz własnej atrakcyjności (w tym seksualnej) dla partnera.

Zazdrość może być zatem definiowana jako złożony stan emocjonalny wywołany realną bądź fałszywą (w tym urojoną) zmianą w sposobie postrzegania zagrożenia utratą cenionego związku z partnerem (hipoteza, podejrzenie, interpretacja) na korzyść prawdziwego lub wyobrażonego rywala, który miałby wejść w związek uczuciowy z partnerem. Towarzyszy jej mieszanina różnych interpretacji zachowań partnera, a także rywala, które generują niepokój, skłaniając osobę zazdrosną do poszukiwania dowodów zdrady lub popychają ją do działań obliczonych na zapobieżenie ewentualnej zdradzie. W osobie zazdrosnej gromadzi się smutek, gniew, nienawiść, żal, gorycz, które kanalizują się w oskarżaniu partnera erotycznego [3].

Zazdrość może manifestować się szeroką gamą zachowań, od tzw. normalnej zazdrości, która wpisuje się w uniwersalne ludzkie doświadczenie, do ekstremalnych form, które mieszczą się w obrębie choroby psychicznej.

Jako czynniki przyczyniające się do wzbudzenia zazdrości w mężczyznach często wymienia się: zaburzenia erekcji, poczucie niezdolności do zaspokojenia seksualnego partnerki, spadek popędu seksualnego kobiety, różnice w atrakcyjności partnerów, przeżycie rzeczywistej zdrady w przeszłości, poczucie niewydolności w wypełnianiu podstawowych ról społecznych czy zaburzenia psychopatologiczne w postaci nadużywania alkoholu, zaburzeń osobowości i zespołów urojeniowych [4].

Zazdrość erotyczna nie jest możliwa do wzbudzenia bez udziału czynnika interpersonalnego, w którym jedna z osób jest nakłoniona do niej, sprowokowana albo podsycana przez postawę partnera bądź też przez własne wyobrażenie zdrady dokonanej przez tegoż partnera. Rodząca się obawa, coraz większa niepewność, poczucie zagrożenia utratą związku doprowadzają do zdystansowania się takiej osoby wobec partnera i dają początek irracjonalnemu zachowaniu wobec niego. Równocześnie narastają podejrzliwość i nieufność wobec partnera i innych osób, a następnie pojawiają się nieprawdziwe sądy i przekonania co do nielojalności partnera. Wytworzone przekonania z kolei potęgują lęk, wzbudzają wściekłość, kolejne obawy, co dodatkowo pogłębia fałszywe sądy [5].

Trudnością diagnostyczną jest rozstrzygnięcie, kiedy zwykła zazdrość o partnera nabiera charakteru urojeniowego i granica pomiędzy tymi dwoma stanami bywa

czasami trudna do uchwycenia, z czym mają do czynienia szczególnie często psychiatrzy sądowi, a przecież popełnienie pomyłki diagnostycznej niesie ze sobą poważne konsekwencje w zakresie opiniowania i następstwa prawne. Istnieją doniesienia, że do pojawienia się zazdrości o charakterze urojeniowym dochodzi na drodze pewnego kontinuum od tzw. normalnej zazdrości do zazdrości chorobowej [6].

Zazdrość, zwłaszcza w jej patologicznej formie, od dawna zwraca uwagę psychiatrii sądowej, gdyż dostrzega się powiązania pomiędzy jej występowaniem a zachowaniami przestępczymi, przede wszystkim przemocą domową, innymi formami agresywnych zachowań oraz zabójstwami [7].

Zazdrość obsesyjna

W seksuologii mówi się o zazdrości patologicznej, a więc takiej, która w swojej treści, formie i poziomie nasilenia staje się nietypowa. Najczęściej przybiera postać długotrwałej obsesji, utrzymującej się niekiedy latami, która może ogarniać całą psychikę, wypełniać wszystkie myśli, sterować uczuciami aż do rozwinięcia się zespołów paranoicznych [4]. Zazdrość obsesyjna, choć jest niepokojącym zjawiskiem, często bywa nierozpoznawana i pomijana w obecnych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych.

W przeciwieństwie do urojeniowej zazdrości, nacechowanej obecnością silnych błędnych przekonań co do niewierności partnera, osoby ujawniające zazdrość obsesyjną cierpią na nurtujące je nieprzyjemne, powodujące dyskomfort, nawracające myśli na temat niewierności partnera. Ruminacje są niepożądane, inwazyjne i nieracjonalne, obce osobowości zazdrośnika i niechciane przez niego. Osoby te wiedzą, że nie mają żadnego dowodu zdrady ani nawet sygnałów o ewentualnej możliwości utraty partnera na rzecz rywala, a jednak nie są w stanie powstrzymać kluczowego zjawiska psychicznego w ich zazdrości, a mianowicie natrętnie powracających do nich myśli o zdradzie, nad którymi nie są w stanie zapanować. Dochodzi do kompulsywnego sprawdzania partnera poprzez spełnianie rytuałów, które mają na celu zapewnienie przynajmniej przejściowego poczucia bezpieczeństwa i uspokojenia. Zazdrość w formie nadwartościowej idei przyjmuje formę dominującej myśli, jednak osoba zazdrosna nie żywi przekonań, które przyjmowałyby intensywność urojeń [6, 8].

Tego typu zaburzenia są możliwe do leczenia psychoterapią poznawczą oraz lekami SSRI, które powszechnie stosuje się w leczeniu zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych [6].

Zazdrość urojeniowa

Oprócz zazdrości tzw. normalnej, obsesyjnej lub anankastycznej, przyjmującej postać idei nadwartościowej, wyróżnia się także zazdrość o obrazie urojeniowym [4, 8]. Urojenia niewierności małżeńskiej/zdrady są ujmowane w różne określenia diagnostyczne, odnoszące się jednak do procesu psychotycznego. Przyjęte jest stosowanie terminów: zespół urojeń niewierności małżeńskiej, zespół Otella, psychotyczna zazdrość, zespół zazdrości erotycznej, zazdrość patologiczna, zespół urojeń niewierności małżeńskiej czy paranoja małżeńska [7]. Ta różnorodność określeń,

wielość stanów psychopatologicznych kryjących się pod wskazanymi terminami prowadzi do nieporozumień i niejasności w zakresie diagnozy oraz oceny poczytalności w stosunku do zarzutu. Może również implikować zupełnie odmienne sposoby postępowania terapeutycznego, co ma szczególne znaczenie w ocenach zasadności stosowania środków zabezpieczających. Stanowi także dodatkowe utrudnienie dla organu procesowego, który w tej samej sprawie otrzymuje kilka różniących się terminologicznie ekspertyz.

Istnieje pogląd, że o chorobliwej zazdrości można mówić wówczas, kiedy dotknięta nią osoba żywi przekonanie lub poważne podejrzenie co do niewierności partnera. Inne stanowisko wskazuje, że sama wiara lub podejrzenie nie są wystarczające do rozpoznania patologicznej zazdrości. Równie ważne jest, aby osoba taka wykazywała strach, lęk przed utratą partnera lub utratą swojego miejsca w relacji z partnerem, co powinno powodować stres i zakłócać funkcjonowanie osoby zazdrosnej, obu osób lub związku [9].

Z przekonaniami urojeniowymi współwystępują typowe zachowania: wielokrotne oskarżenia o niewierność bez dostatecznych podstaw do takich twierdzeń, domaganie się zapewnień lub wymuszanie przysięgi o dochowaniu przez partnera wierności, szykanowanie go i kontrolowanie jego zachowań, a także domaganie się informacji na temat treści jego myśli, poglądów oraz fantazji. Tak zwana aktywność urojeniowa w tym wypadku sprowadza się do realizowania silnie wyrażonej potrzeby kontroli w postaci różnych form manipulowania partnerem, oszukiwania go, przeszukiwania jego rzeczy osobistych, podsłuchiwania rozmów telefonicznych, kontrolowania korespondencji. Obecne wówczas emocje w postaci gniewu, smutku, bólu, upokorzenia, obaw i sprzecznych pragnień skłaniają do coraz intensywniejszego poszukiwania ostatecznych dowodów niewierności, których jednak nie sposób odnaleźć, przez co neutralne zachowania nabierają wartości takiego dowodu.

Można spodziewać się głębszego utrwalenia sądów urojeniowych, jeśli partner będzie bardziej skłonny do uległości wobec osoby chorej, bądź jeśli będzie postępował tak, aby spełnić oczekiwania chorego, a także jeśli będzie między nimi zbyt duża bliskość. Początkowo towarzyszy temu pewna atmosfera tajemnicy i intrygi, wspólne tworzenie takich sytuacji może być ekscytujące dla partnerów, a nawet wzbudzać w nich większe pożądanie seksualne oraz przyczyniać się do większej spójności związku, jednak tylko do pewnego momentu. Przychodzi bowiem czas, kiedy partner nie jest w stanie spełnić oczekiwań zazdrośnika, gdyż jest to po prostu niewykonalne. Próby wyjścia z opisanej powyżej konstelacji przez jednego z partnerów okazują się dla drugiego zarzewiem niepokoju, lęku i wzbudzają w nim podejrzenia o nielojalność, aż do rozmiarów patologicznych.

Nie ma jednoznacznych ocen częstości występowania tego typu zaburzeń urojeniowych, przede wszystkim z powodu niejasnych kryteriów diagnostycznych [10]. Ponadto urojenia zazdrości/zdrady małżeńskiej występują jako jeden z elementów psychopatologicznych w innych dysfunkcjach psychicznych [7, 11, 12], a to dodatkowo utrudnia te szacunki.

Soyka i Schmidt [13] przeanalizowali przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w Monachium na przestrzeni lat 2000–2008 i stwierdzili, że wśród przeszło 14 tys.

pacjentów były zaledwie 72 osoby (0,5% całej próby) ze stwierdzonymi urojeniami zazdrości (chorzy na schizofrenię, psychozy organiczne, psychozy paranoidalne, psychozy poalkoholowe).

W innym badaniu, wśród przeszło 8 tys. zaburzonych psychicznie osób, Soyka i wsp. [14] ustalili rozpowszechnienie urojeń zazdrości na poziomie 1,1%. Urojenia te były najczęściej spotykane w psychozach organicznych (7,0%), zaburzeniach paranoidalnych (6,7%), psychozach alkoholowych (5,6%) oraz schizofrenii (2,5%), podczas gdy w zaburzeniach afektywnych praktycznie nie występowały (0,1%). Kobiety najczęściej cierpiały na urojenia zazdrości chorując na schizofrenię, a mężczyźni w przebiegu psychoz alkoholowych.

Singh i wsp. [8] stwierdzili natomiast, że najczęściej stawianą diagnozą, która była związana z zazdrością na poziomie chorobowym, była schizofrenia (34%), depresja (30%) oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych (20%). Zazdrość o chorobowym nasileniu występowała również w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych (6%) oraz innych zaburzeniach psychicznych (10% – zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, uogólnione zaburzenie lękowe, otępienie). Ponieważ urojenia zazdrości wpisują się w inne zaburzenia chorobowe, towarzyszą im także inne pod względem treści sądy patologiczne: wielkościowe, religijne, błędnej identyfikacji osób i koincydencja tych urojeń zwiększa prawdopodobieństwo niebezpiecznych zachowań wobec partnera [7].

Osoby cierpiące na urojenia niewierności małżeńskiej zwykle zaczynają chorować na początku trzeciej dekady życia i uznaje się, że starszy wiek (późna dorosłość) jest elementem zwiększonego ryzyka zachorowania. Zespoły o tym typie dotyczą przede wszystkim mężczyzn (70–90%), w większości żonaty, ale także rozwodników i żyjących w separacji. Do czynników sprzyjających zazdrości zalicza się sytuacje, w których małżonek/partner pracuje z dala od domu, często kontaktuje się z osobami przeciwnej płci, jest postrzegany przez chorego jako atrakcyjny seksualnie. Kobiety – zarówno chore psychicznie, jak i będące partnerkami mężczyzn z chorobową zazdrością – cechują się wyższym ryzykiem samobójstw w porównaniu do mężczyzn [7, 8].

Urojenia zazdrości przede wszystkim wymagają leczenia farmakologicznego. Konieczne jest prowadzenie terapii podstawowego schorzenia, w przebiegu którego występują urojenia niewierności, np. schizofrenii. Wskazuje się tu na korzystny wpływ leków neuroleptycznych nowej generacji oraz leków przeciwdrgawkowych, które również mają pozytywny wpływ na stany impulsywności i nadmierną pobudliwość emocjonalną. Jeśli urojenia zazdrości współwystępują z zaburzeniami depresyjnymi, wymagają one oddzielnego leczenia [6, 7].

Podłoże urojeń

Przyczyny patologicznej zazdrości mogą być bardzo zróżnicowane. Seksuolodzy najczęściej wymieniają: urazowe wczesne doświadczenia i przeżycia seksualne (kazi-rodztwo, molestowanie), niepewność w roli seksualnej i trudności w życiu seksualnym, własne doświadczenia erotyczne (duża liczba partnerów – projekcja), zaburzenia

preferencji seksualnych (masochizm, sadyzm, kandaleuzizm), uzależnienia, psychozy oraz choroby ośrodkowego układu nerwowego [4].

Coraz większe znaczenie w rozwoju urojeń niewierności/zazdrości przypisuje się czynnikom neurobiologicznym, co wpisuje się w ogólny trend badań nad podłożem zaburzeń psychicznych. Szczególnie w wypadku tego typu urojeń przywiązuje się dużą wagę do czynników organicznych. Wymienia się przy tym choroby układowe – tocząc rumieniowaty, czy choroby tarczycy, a także uszkodzenia w obrębie ośrodkowego układu nerwowego (zmiany w płatach czołowych, rozproszona atrofia mózgu). Zauważono, że morfologicznym zmianom w mózgu towarzyszą klinicznie uchwytne deficyty pamięci, co uznaje się za istotne w etiologii zaburzeń urojeniowych o typie zazdrości [7].

Podłożem urojeń zazdrości mogą być również choroby neurologiczne: udary mózgu, choroba Parkinsona, urazowe uszkodzenia mózgu, otępienia, w tym otępienie o typie Alzheimerera, albo demencja z ciałami Lewy'ego. Jako czynnik przyczyniający się do wystąpienia zespołu urojeniowego wskazuje się także na stosowanie agonistów dopaminy, a jednym z dowodów takiej tezy ma być fakt, że po odstawieniu leków z tej grupy, bez leczenia psychotropowego – urojenia wygasają [15]. Istnieją doniesienia, że prawie jedna trzecia przypadków zespołów urojeniowych niewierności małżeńskiej jest uwarunkowana zaburzeniami neurologicznymi [16], a szczególnie chorobą Parkinsona [17], w której oprócz procesów patologicznych w postaci zmniejszenia obszaru szarej substancji w lewej okolicy czołowej dołącza się czynnik związany z leczeniem agonistami dopaminy.

Istnieją rozbieżności w reakcji mózgowej zdrowych kobiet i mężczyzn na sygnały dotyczące zazdrości. U mężczyzn uaktywniają się wówczas obszary odpowiedzialne za zaangażowanie seksualne i agresywne w okolicach kory wzrokowej, jądra migdałowego i podwzgórza, u kobiet natomiast zazdrość pobudza obszary mózgu odpowiedzialne za wyższe funkcje poznawcze i okolicę górnej bruzdy skroniowej. Może to świadczyć o tym, że każda z płci ma odmienne moduły mózgowe do przetwarzania sygnału o niewierności seksualnej i emocjonalnej partnera, ale jedynie do pewnego poziomu reakcji, gdyż nie odnotowano tego rodzaju różnic w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego u żadnej z płci w odniesieniu do zaburzeń o charakterze chorobowym [18].

Urojenia zazdrości występują również na podłożu uzależnienia od alkoholu lub środków psychoaktywnych, a zwłaszcza zwraca się uwagę na stosowanie amfetaminy, która wpływając na gospodarkę dopaminergiczną, ma sprzyjać generowaniu zazdrości w jej patologicznej formie. Jako drugi środek, którego przyjmowanie ma przyczyniać się do tego rodzaju zaburzeń, wymienia się kanabinole [7, 11, 19].

Całkowitą częstość występowania zazdrości seksualnej u osób uzależnionych od alkoholu szacuje się na około 35% u mężczyzn i 31% u kobiet, przy czym 27% mężczyzn i 15% kobiet ujawnia chorobliwą zazdrość. Zauważano, że narastanie zazdrości u osób uzależnionych jest odmienne dla każdej płci. W wypadku mężczyzn im wyżej oceniali oni satysfakcję seksualną w związku z partnerką i mieli poczucie większej stabilności w związku, tym mniejsze było nasilenie ich zazdrości. Nasilenie zazdrości u kobiet ujemnie korelowało z czasem trwania związku, a dodatkowo z natężeniem objawów uzależnienia [20].

Zachowania agresywne motywowane patologicznie

W zespołach urojeniowych skupiających się na niewierności partnera osoby chore traktują jako zdarzenia rzeczywiste swój ich niewłaściwy odbiór, wzmacniają go następnie patologicznymi interpretacjami wspomnień, które są utrwalane silnym ładunkiem emocjonalnym. Tworzą w ten sposób quasi-logiczny system zazdrości. Nieustannie oskarżają partnera o niewierność i uparcie starają się potwierdzić swoje podejrzenia przez aktywność urojeniową. Zdarza się, że „przesłuchania” przyjmują formę tortur, a sprawdzanie nie ogranicza się do rzeczy, ale obejmuje także osobę partnera (w tym narządy płciowe). W sytuacjach kiedy zarzuty o niewierność są jaskrawo nieprawdziwe (zdrady z absurdalnie wieloma partnerami, z członkami najbliższej rodziny, ze zwierzętami, w miejscach publicznych, w nierealnym czasie itp.), postawienie diagnozy nie jest trudne. Nasilone zachowania zmierzające do udowodnienia zdrady wskazują na podwyższone ryzyko przemocy (agresji słownej, fizycznej, seksualnej), nie można wówczas wykluczyć także możliwości zabójstwa czy samobójstwa sprawcy [21].

Oprócz urojeń istotnym czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia agresji w stosunku do małżonka/partnera jest obecność halucynacji słuchowych, które nakłaniają do ataku na niego [22]. Zdarza się, że w tej grupie sprawców równolegle rozwija się poczucie pewnej bezradności wobec partnera, skłonności do izolowania się od otoczenia, niepokoju i depresji, które mogą być łagodzone alkoholem, nasilającym zaburzenia chorobowe i powodującym narastanie ryzyka agresji [6]. W pewnym momencie sprawca pozostaje samotny ze swoim problemem, czuje się nierozumiany przez otoczenie, zagrożony, w jego przekonaniu ośmieszony rolą osoby zdradzonej, co jeszcze bardziej go izoluje i ogranicza możliwości znalezienia konstruktywnego rozwiązania sytuacji, w której na pewnym etapie jedynym wyjściem jest posłużenie się przemocą.

Osoby przeżywające urojenia niewierności przejawiają różne formy zachowań wrogich, od słabo wyrażonych w postaci agresji słownej, skłonności do wszczynania nieporozumień z partnerem, aż do przemocy domowej oraz zabójstwa partnera, rzadziej domniemanego kochanka. Z badań Silvy i wsp. [7, 23] wynika, że wśród chorych psychicznie, którzy dokonali zabójstwa małżonka większość już wcześniej przejawiała zachowania krzywdzące partnera. Mimo że większość sprawców w przeszłości ujawniała zachowania agresywne, to równocześnie zdarzały się przypadki zabójstw motywowanych patologiczną zazdrością, kiedy nie można było wcześniej zidentyfikować sygnałów mówiących o zagrożeniu. Stwierdzono, że zwykle do spowodowania obrażeń używano broni palnej lub noża.

Na ogół do konkretnego zachowania ujmowanego w kategoriach przestępstwa równocześnie przyczyniają się różne czynniki, których niekorzystna konstelacja w rezultacie doprowadza sprawcę do przekroczenia granic prawa. Mówi się o tzw. czynie polimotywacyjnym. Jeśli zatem analizując jakieś wyodrębnione zachowanie, wskazuje się na jeden motyw, to należy przez to rozumieć, że był to motyw dominujący nad innymi, ale nie jedyny [24]. W sensie prawnym motyw jest zwykle rozumiany jako czynnik wewnętrzny, który pobudza jednostkę do działania w określonym kierunku

[25]. Wśród najczęstszych motywów zabójstw wymienia się motyw ekonomiczny, seksualny, nienawiści oraz właśnie motyw zazdrości.

W wypadku zabójstw wewnątrzrodziny dokonywanych przez osoby zaburzone psychotycznie najczęściej ofiarami są partnerzy życiowi, małżonkowie lub konkubenci. Jeśli chodzi o konkubiny, ryzyko, że kobieta stanie się ofiarą zabójstwa, jest kilkakrotnie wyższe niż w związkach małżeńskich [26]. Obecności zaburzeń o nasileniu chorobowym nie przypisuje się jednak pierwszoplanowej roli w genezie zabójstw partnerskich, zwracając także uwagę na przewlekłe utrzymujące się konflikty oraz ostre reakcje sytuacyjne, będące odpowiedzią na bieżące trudności w relacjach.

Zdaniem Majchrzyka [27] to właśnie czynniki zewnętrzne stanowią istotny element przyczyniający się do wyzwolenia zachowania agresywnego, przede wszystkim motywowanego lękiem. Zachowanie staje się skutkiem nietrafnego postrzegania sytuacji zewnętrznej, które dotyczy osób cierpiących na zespoły urojeń niewierności małżeńskiej. Autor wymienia dwa rodzaje czynników: działające ciągle lub przez dłuższy czas oraz tzw. bliskie, które bezpośrednio wywołują zachowanie przestępcze.

Uwzględniając fakt, że czynniki środowiskowe mają wpływ na konkretną osobę, a także biorąc pod uwagę sposób błędnego postrzegania przez nią otoczenia, wydaje się, że w wypadku osób o wzmożonym poziomie zazdrości szczególnie bolesne mogą okazać się sytuacje, w których znoszą one ból moralny związany z fałszywym przekonaniem, że o zdradzie ich partnera wie otoczenie. Sytuacje, w których odczuwają zagrożenie, wiążące się choćby z możliwością wystąpienia zdrady, nielojalnością, zawstydzeniem czy poniżeniem (urojeniowym lub rzeczywistym), osłabiają ich samokontrolę. Najczęściej występują przewlekła sytuacja obciążenia psychicznego oraz stopniowo narastające napięcie [28].

Do agresywnego ataku może się także przyczynić konstelacja obojętnych zdarzeń, która zyskuje urojeniowe wyjaśnienie. Może to być niespodziewane spotkanie z osobą postrzeganą jako rywal, niekonwencjonalne zachowanie partnera nawet w sytuacji obojętnej erotycznie, konieczność odseparowania się od zazdrosnego męża lub żony (np. wyjazd służbowy, pobyt w szpitalu, dodatkowe obowiązki rodzinne poza domem), życzliwe lub wyrażające zainteresowanie zachowanie partnera wobec domniemanego kochanka lub kochanki. Te sytuacje sprawiają, że dotychczas wypracowane schematy zachowań obliczonych na kontrolę partnera zawodzą, stają się nieskuteczne w zakresie sprawdzania czy korygowania „niewiernej” osoby. Sprawców cechują znacznie nasilony lęk dezintegracyjny i tendencja do kumulowania napięcia emocjonalnego. Ich wysoka podejrzliwość wyraża się w rzutowaniu wrogości na otoczenie, ostrożności wobec ludzi, co prowadzi do przeżywania spotęgowanego lęku oraz negatywnych postaw wobec innych osób [28].

Radojević i wsp. [29] przeanalizowali 766 zabójstw (wyniki autopsji, ocena sprawcy i ofiary, ocena charakteru relacji między sprawcą i ofiarą) i podzielili motywy działania sprawców na asekualne i seksualne. Wśród motywów nieseksualnych zazdrość była dominującą cechą, która doprowadzała do zabójstwa. W grupę tę wpisywały się zarówno zabójstwa dokonane z powodu zdrady partnera seksualnego, jaki i z powodu zazdrości. Zdaniem autorów takie motywy należy przypisywać do tzw. zabójstw z motywu emocjonalnego, także jeśli zazdrość ma charakter sądów uroje-

niowych. Do podobnych wniosków doszli Przybyłek i wsp. [30], którzy stwierdzili, że w grupie zabójców emocjonalno-urojeniowych znajdują się sprawcy, którzy kierują się w swoim działaniu poza motywacją urojeniową także chęcią zemsty, poczuciem krzywdy lub poczuciem zagrożenia i lęku, co dodatkowo osłabia kontrolę ich zachowania w czasie czynu.

W badaniu przeprowadzonym przez Muzinić i wsp. [21] stwierdzono, że co czwarty ze sprawców zabójstwa, w którym zazdrość była istotnym motywem, był chory psychicznie. Zdecydowana większość osób wykazywała przewlekłe zaburzenia psychiczne, a tylko w 0,5% przypadków przestępstwa dokonano w czasie wyraźnego zaostrzenia objawów psychotycznych i w tych sytuacjach nie odnotowano żadnych przejawów prowokacji ze strony ofiary. Wszyscy sprawcy z psychotyczną zazdrością byli uznani za niepoczytalnych w chwili czynu. U większości stwierdzono, że istniało ryzyko ponawiania przez nich podobnych aktów przemocy i w związku z tym zdecydowano o ich leczeniu psychiatrycznym.

Podsumowanie

Etiologia przestępstw dokonywanych przez osoby patologicznie zazdrosne jest wieloczynnikowa, a ocena tła motywacyjnego może być trudna i niekiedy kontrowersyjna. Wynika to z różnych form przejawianej zazdrości, różnego jej nasilenia, a także jej destrukcyjnej siły dla związku. Dodatkowym utrudnieniem w ocenie udziału zazdrości w podjęciu działań przestępczych jest obecność wielu innych elementów, czasami niezwiązanych z osobą sprawcy, takich jak osoba partnera, czynniki diadyczne, charakter samej relacji oraz czynniki środowiskowe wpływające jednak na zachowanie sprawcy.

Zdarza się, że ocena stanu psychicznego sprawcy, konkretnych zaburzeń w sensie psychopatologicznym, predyspozycji osobowościowych, udziału uzależnień, a co za tym idzie – ocena poczytalności w stosunku do zarzutu jest zupełnie odmienna w opiniach sporządzanych przez różne zespoły biegłych psychiatrów i psychologów. Ekspertyza powinna być natomiast precyzyjna i rzetelna i to nie tylko dlatego, że takie są wymagania procesowe, ale także z powodu konieczności ustalenia możliwych zagrożeń ze strony sprawcy oraz podjęcia adekwatnych działań prewencyjnych.

Kobiety zazdrosne w sposób patologiczny na ogół chorują na zaburzenia z kręgu schizofrenicznego. Zachowania agresywne motywowane zazdrością częściej przypisuje się mężczyznom i zwykle ich występowanie wiąże się z przewlekłym nadużywaniem przez nich alkoholu. Podnoszone jest znaczenie alkoholu (także innych środków psychoaktywnych) w potęgowaniu tzw. normalnej zazdrości i jej narastania do poziomu zaburzeń chorobowych, z dominującymi urojenia niewierności małżeńskiej. Dlatego alkohol zyskuje znaczenie ważnego czynnika w generowaniu zazdrości na każdym etapie jej powstawania i rozwoju. Na ogół przestępstwa z zazdrości wiążą się z przewlekłym procesem psychotycznym, który koncentruje się na osobie partnera, domnianego rywala bądź na innych osobach, które „pomagają” w zdradach. Osoby chore cechuje przy tym bardzo niski poziom krytycyzmu wobec swoich przekonań [21]. Obniżony poziom wglądu w chorobę jest znanym czynnikiem ryzyka agresji,

co powinno skłaniać biegłych do bardzo wyważonych ocen w zakresie konieczności stosowania środków zabezpieczających.

Zdaniem Gierowskiego [28] mechanizmy kształtowania się patologicznych potrzeb i motywów mogą być bardzo zbliżone do mechanizmów obecnych u ludzi zdrowych. Różnice między zachowaniem zdrowym a patologicznym wyrażają się nierzadko jedynie w zakresie ilościowym, patologiczne zjawiska zaś, tj. urojenia, uruchamiają mechanizmy psychiczne, które niewiele różnią się od obserwowanych u osób zdrowych. W opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym w wypadku osób z chorobową zazdrością nie należy poprzestawać jedynie na ocenach psychopatologicznych, ale także uwzględniać czynniki środowiskowe, odgrywające w tej grupie sprawców ważną rolę w genezie czynów zabronionych.

Zbliżone poglądy wyrażali Muzinić i wsp. [21], którzy w wieloaspektowej analizie sprawców zabójstw z zazdrości stwierdzili, że nie ma wyraźnej różnicy pomiędzy tzw. normalną a patologiczną zazdrością. Sugerowali, aby zazdrość postrzegać na trzech podstawowych poziomach. Oprócz zazdrości tzw. zwyczajnej (bez wyraźnej patologii życia psychicznego) i zazdrości nienormalnej (obecne zaburzenia psychiczne, ale bez udziału czynnika chorobowego: zaburzenia osobowości, zespoły organiczne, reakcje psychogenne, nadużywanie alkoholu i narkotyków) wyróżnili również zazdrość psychotyczną (patologiczną, chorą) z wyraźnie określonym urojeniowym wymiarem przekonań dotyczących partnera. Zdaniem autorów takie rozróżnienie jest przydatne nie tylko diagnostycznie, ale przede wszystkim prewencyjnie, gdyż o ile osoby niechorujące charakteryzują się niskim prawdopodobieństwem ponawiania czynów przestępnych z powodu zazdrości (zwłaszcza jeśli korzystają z psychoterapii lub leczenia odwykowego), o tyle chorzy psychicznie są narażeni na wysokie ryzyko pojawienia się motywu zazdrości patologicznej jako przesłanki popełnienia przestępstwa. Ta grupa chorych psychicznie sprawców wiąże się z największym ryzykiem agresji i wymaga szczególnie intensywnych i kompleksowych oddziaływań terapeutycznych.

Piśmiennictwo

1. Zaleski Z. *Od zawiści do zemsty*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak; 1998.
2. Żywucka-Kozłowska E, Włodarczyk R. *Zazdrość w perspektywie zbrodni i samounicestwienia*. *Studia Prawnoustrojowe*. 2015; 29: 259–270.
3. Maggini C, Lundgren E, Leuci E. *Jealous love and morbid jealousy*. *Acta Biomed*. 2006; 77: 137–146.
4. Lew-Starowicz Z. *Seksuologia sądowa*. Warszawa: PZWL; 2000.
5. Seeman MV. *Pathological jealousy: An interactive condition*. *Psychiatry*. 2016; 79: 379–388.
6. Batinic B, Duisin D, Barisic J. *Obsessive versus delusional jealousy*. *Psychiatr. Danub*. 2013; 25(3): 334–339.
7. Silva JA, Ferrari MM, Leong GB, Penny G. *The dangerousness of persons with delusional jealousy*. *J. Am. Acad. Psychiatry Law*. 1998; 26(4): 607–623.

8. Singh SK, Bhandari SS, Singh PK. *Phenomenology and predisposing factors of morbid jealousy in a psychiatric outdoor: A cross-sectional, descriptive study*. OJPAS; 2017. <http://www.ojpas.org/>.
9. DeSilva P. *Jealousy in couple relationships: Nature, assessment and therapy*. Behav. Res. Ther. 1997; 35: 973–985.
10. Graff-Radford J, Whitwell JL, Geda YE, Josephs KA. *Clinical and imaging features of Othello's syndrome*. Eur. J. Neurol. 2012; 19: 38–46.
11. Easton JA, Shackelford TK, Schipper LD. *Delusional disorder – jealous type: How inclusive are the DSM-IV diagnostic criteria?* J. Clin. Psychol. 2008; 64: 264–275.
12. Schifferdecker M, Peters VH. *The origins of the concept of paranoia*. Psychiatr. Clin. North. 1995; 18: 231–249.
13. Soyka M, Schmidt P. *Prevalence of delusional jealousy in psychiatric disorders*. J. Forensic Sci. 2011; 56: 450–452.
14. Soyka M, Naber G, Völcker A. *Prevalence of delusional jealousy in different psychiatric disorders. An analysis of 93 cases*. Br. J. Psychiatry. 1991; 158: 549–553.
15. Graff-Radford J, Ahlskog JE, Bower JH, Josephs KA. *Dopamine agonists and Othello's syndrome*. Parkinson. Relat. Disord. 2010; 16: 680–682.
16. Cipriani G, Vedovello M, Nuti A, Fiorino di A. *Dangerous passion: Othello syndrome and dementia*. Psychiatry Clin. Neurosci. 2012; 66: 467–473.
17. Marazziti D, Poletti M, Dell'Osso L, Baroni S, Bonuccelli U. *Prefrontal cortex, dopamine, and jealousy endophenotype*. CNS Spectrums. 2012; 18: 1–9.
18. Takahashi H, Matsuura M, Yahata N, Koeda M, Suhara T, Okubo Y. *Men and women show distinct brain activations during imagery of sexual and emotional infidelity*. Neuroimage. 2006; 32: 1299–1307.
19. Michael A, Mirza S, Mirza KAH. *Morbid jealousy in alcoholism*. Br. J. Psychiatry. 1995; 167: 668–672.
20. Shrestha K, Rees DW, Rix KJ, Hore BD, Faragher EB. *Sexual jealousy in alcoholics*. Acta Psychiatr. Scand. 1985; 72: 283–290.
21. Muzinić L, Goreta N, Jukic V, Djordjevic V, Koic E, Herceg M. *Forensic importance of jealousy*. Coll Antropol. 2003; 27: 293–300.
22. Junginger J. *Command hallucinations and the prediction of dangerousness*. Psychiatr. Serv. 1995; 46: 911–914.
23. Silva JA, Leong GB, Weinstock R. *The dangerousness of persons with misidentification syndromes*. Bull. Am. Acad. Psychiatry Law. 1992; 20: 77–86.
24. Budyń-Kulik M. *Strona podmiotowa przestępstw polegających na pozbawieniu życia człowieka*. Warszawa: Instytut Wymiaru Sprawiedliwości; 2010.
25. Andrejew I. *Kwalifikacja prawna czynu przestępnego*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze; 1987.
26. Shackelford TK, Mouzos J. *Partner killing by men in cohabiting and marital relationship: A comparative, cross-national analysis of data from Australia and the United States*. J. Interpers. Violence. 2005; 20: 1310–1324.
27. Majchrzyk Z. *Nieletni, młodociani i dorośli sprawcy zabójstw*. Warszawa: IPiN; 2001.
28. Gierowski JK. *Motywacja zabójstw*. Kraków: Akademia Medyczna im. Mikołaja Kopernika w Krakowie; 1989.

29. Radojević N, Radnić B, Petković S, Miljen M, Curović I, Cukić D i wsp. *Multiple stabbing in sex-related homicides*. J. Forensic Leg. Med. 2013; 20: 502–507.
30. Przybyłek M, Sławik M, Gierowski JK. *Sprawy zabójstw w Polsce: nowa próba analizy typologicznej z zastosowaniem Facet Theory*. Przegląd Psychologiczny. 2001; 44(3): 319–336.

Adres: Przemysław Cynkier
Instytut Psychologii, Wydział Filozofii Chrześcijańskiej
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
01-938 Warszawa, ul. Wóycickiego 1/3, budynek 14

Otrzymano: 1.08.2017

Zrecenzowano: 30.10.2017

Otrzymano po poprawie: 6.11.2017

Przyjęto do druku: 7.11.2017