

Jarosław Stukan

psycholog, biegły sądowy przy Sądzie Okręgowym w Opolu

dr Alfred Staszak

Katedra Prawa Karnego i Postępowania Karnego, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Zielonogórski

Samobójstwo rozszerzone i poagresyjne – próba uporządkowania pojęć

Streszczenie

Wydaje się, że mimo upływu czasu fala zabójstw zakończonych samobójstwem sprawcy nie maleje i do tej pory jest to problem niedostatecznie wyjaśniony i poznany. Z punktu widzenia organów ścigania każdy taki przypadek przed dokonaniem oceny prawnokarnej musi być poddany kryminalistycznemu badaniu miejsca zdarzenia prowadzonemu przez biegłych różnych specjalności. W literaturze polskiej zdarzenia tego typu opisywane są jako samobójstwo rozszerzone lub poagresyjne. Artykuł podejmuje próbę uporządkowania terminologii w tym zakresie, wskazując na podstawowe różnice między tymi pojęciami, które nie są synonimami. Samobójstwo poagresyjne jest terminem szerszym, opisowym i neutralnym, gdyż wskazuje na nieokreślony akt agresji poprzedzający targnięcie się na życie. Natomiast samobójstwo rozszerzone, choć sugeruje, iż jednocześnie mogło dojść do samobójstwa kilku osób, faktycznie opisuje czyn sprawcy (zabójcy) uwarunkowany jego stanem psychicznym, który ten rzutuje na swoich bliskich. Przypisuje im on własne cierpienie, a dokonując zabójstwa, niejako ich od niego uwalnia. Z tego powodu ofiarami samobójstwa rozszerzonego są dzieci, rzadziej współmałżonek, a generalnie osoby, wobec których zabójca-samobójca żywi pozytywne uczucia. Motywem jego działania jest chęć uchronienia bliskich przed cierpieniem, nieszczęściem czy trudną sytuacją życiową, którą on sam przeżywa. Wyraźne odróżnienie samobójstwa rozszerzonego od samobójstwa poagresyjnego ma doniosłe znaczenie praktyczne, gdyż determinuje, co podkreślają autorzy, tok prowadzonych postępowań, podejmowanych decyzji procesowych, a także zakres badań kryminalistycznych zlecanych biegłym różnych specjalności.

Słowa kluczowe: samobójstwo, samobójstwo rozszerzone, samobójstwo poagresyjne, zabójstwo, zabójstwo-samobójstwo, dzieciobójstwo

Wstęp

Ostatnie lata przyniosły w Polsce stosunkowo dużą liczbę zabójstw dzieci przez rodziców zakończonych samobójstwem tych ostatnich. Każdy z tych przypadków wzbudzał powszechne zainteresowanie środków masowego przekazu, rodząc poruszenie nie tylko z uwagi na nagłą śmierć dzieci, lecz także na fakt, że do ich śmierci przyczyniły się osoby w odczuciu społecznym dotychczas spokojne, wydawałoby się zrównoważone, które same targnęły się na własne życie.

Każde takie zdarzenie z punktu widzenia organów ścigania musi być przedmiotem szczegółowej oceny prawnokarnej dokonywanej w minimum dwóch decyzjach procesowych (lub nawet większej ich liczbie). Mamy w nich bowiem do czynienia z co najmniej jednym zabójstwem dziecka, a w wielu sprawach także drugiego i kolejnych dzieci, współmałżonka lub innej

bliskiej osoby, a w końcu z samobójstwem sprawcy. Z procesowego punktu widzenia konieczne jest podjęcie odrębnej decyzji w wątku dotyczącym dokonanego zabójstwa – kwalifikowanego z art. 148 § 1 k.k. lub z art. 148 § 3 k.k., jeżeli sprawca jednym czynem dopuszcza się zabójstwa więcej niż jednej osoby (np. kierując samochodem, w którym jechał z żoną i czwórką dzieci, w zamiarze samobójczym doprowadził do zderzenia czołowego z samochodem ciężarowym) – odrębnie samobójstwa. Z uwagi na jednoznaczny zakaz łączenia ról procesowych (sprawcy i pokrzywdzonego) w jednym postępowaniu w sprawach tego typu konieczne jest zatem prowadzenie dwóch postępowań i podjęcie dwóch odrębnych decyzji procesowych.

Z prawnokarnego punktu widzenia niezbędna jest też nierzadko procesowa refleksja odpowiadająca na pytanie, czy już wcześniej ofiary nie doświadczały

przemocy ze strony sprawcy (art. 207 § 1 k.k.), czy to właśnie ta przemoc nie doprowadziła do samobójstwa (art. 207 § 3) poprzedzonego zabójstwem dokonany w akcie rozpaczny.

Wyjaśnienie okoliczności związanych z samobójstwem sprawcy wcześniejszego zabójstwa powinno nastąpić w postępowaniu z reguły wszczynanym i prowadzonym w kierunku przestępstwa z art. 151 k.k. (nakłanianie lub udzielenie pomocy w doprowadzeniu człowieka do targnięcia się na własne życie) lub z art. 155 k.k. (nieumyślnego spowodowania śmierci).

Geneza pojęć samobójstwa rozszerzonego i poagresyjnego

Samobójstwo rozszerzone zostało po raz pierwszy opisane przez niemieckiego psychiatrę i kryminologa Paula Näcke (1908); rozumiał on je jako czyn wynikający z psychopatologii jednostki traktującej ofiarę jako część własnego *self* (ja), które również musi zginąć, by proces unicestwienia samego siebie był pełny.

W literaturze twierdzi się, że dyskusję nad charakterem samobójstwa poagresyjnego *vel* rozszerzonego rozpoczęto w latach 70. ubiegłego wieku, a zapoczątkowała ją praca Alana Bermana z 1979 r., w której autor opisał tzw. *dyadic death* – śmierć podwójną, diadyczną (Araszkiewicz, Pilecka, 2006). Już jednak w drugiej połowie XIX w. zjawisko to zostało ujęte w doktrynie prawa cywilnego stanu Illinois w USA (Hill, 1873), a później było wielokrotnie częściej określane przy użyciu powielanej frazy: *homicide followed by suicide*, czyli w takim samym brzmieniu, w jakim najpowszechniej stosowane jest obecnie w literaturze anglosaskiej. Natomiast treść owego zapisu podkreślała zarówno premedytację kryjącą się za zbrodnią, jak i nienaturalne, złe zamiary matki wobec dziecka, jednocześnie wyjaśniając, że nie są one wystarczające, by uznać, iż wynikają z „szaleństwa”.

Aktualnie samobójstwo rozszerzone i poagresyjne przez wielu autorów bywa ze sobą utożsamiane, a zwykle w literaturze przedmiotu nie jest różnicowane (Bolechąta, 2010; Czabański, 2011; Shields i in., 2015; Skowronek i in., 2016 i wielu innych). Najkrócej ujmuje się je w definicji jako czyn zabójstwa, po którym następuje samobójstwo sprawcy (Liem i in., 2011; Shields i in., 2015; Skowronek i in., 2016).

Niewątpliwie oba pojęcia relatywnie właściwie opisują czyn samobójstwa poprzedzonego zabójstwem, jednak na gruncie językowym nie wydają się synonimami. Należy zauważyć, że samobójstwo poagresyjne jest terminem w większym stopniu ogólnym, opisowym i neutralnym – nie ma ukrytego znaczenia, choć wskazuje na nieokreślony akt agresji poprzedzający targnięcie się na życie. Natomiast samobójstwo rozszerzone sugeruje m.in., iż mogło dojść do niejednego samobójstwa, co z gruntu jest mylące – choć i takie czyny są znane, ale są to tzw. pakty samobójcze. W tym kontekście konieczne jest więc zwrócenie uwagi na definicję pojęcia samobójstwa rozszerzonego, a jest ono ściśle

skojarzone z motywacją i psychopatologią zabójcy-samobójcy.

Uznaje się, że samobójstwo rozszerzone to czyn uwarunkowany stanem psychicznym sprawcy, który ten rzutuje na swoich bliskich, przypisuje im własne cierpienie, a dokonując zabójstwa, niejako ich od niego uwalnia (Araszkiewicz, Pilecka, 2006; Byard, 2005; Haslam, 2001). Ofiarami są najczęściej dzieci, rzadziej współmałżonek, a generalnie osoby, wobec których zabójca-samobójca żywi pozytywne uczucia. Jak się podkreśla, niezwykle rzadko zdarza się, by samobójstwa rozszerzone były dokonywane poza rodziną (Barraclough, Clare Harris, 2002; Czabański, 2011; Kunz, Bolechąta, Kaliszczak, 2002). Natomiast motywem działania sprawcy jest chęć uchronienia bliskich przed cierpieniem, nieszczęściem czy trudną sytuacją życiową (Czabański, 2011; Gierowski, Dudek, 2012; Hołyst, 1959, 2002; Kuruc i in., 2014; Pużyński, 1998, Szymańczak i in., 2012; Teleśnicki, Patla, Bołoz, 2005). Z literatury wynika również, że samobójstwo rozszerzone zazwyczaj jest konsekwencją rozwijającego się procesu psychotycznego, najczęściej w przebiegu ciężkiej depresji (Araszkiewicz, Pilecka, 2006; Byard, 2005; Friedman i in., 2005; Heitzman i in., 2013; Kuruc i in., 2014; Pilszczyk, Cynkier, 2015; Pużyński, 1998; Szymańczak i in., 2012).

Pojęcia samobójstwa rozszerzonego i poagresyjnego należy uznać za spowinowacone, gdyż w nauce światowej zwykle się ich nie rozdziela. Jednak wyraźne odróżnienie dokonane przez niektórych badaczy, rozumiejących samobójstwo rozszerzone w sposób zdefiniowany powyżej – jako konsekwencję projektowanego na ofiary stanu psychicznego sprawcy zabójstwa, innymi słowy – rozszerzenie pierwotnego planu pozbawienia się życia na inne, bliskie osoby, ma w praktyce istotne znaczenie. Dopiero w tym kontekście wszelkie pozostałe czyny, w których przed zabójstwem nie dominowały tendencje suicydalne lub nic o nich nie wiadomo, uznać należy za samobójstwa poagresyjne.

Epidemiologia samobójstw poagresyjnych i rozszerzonych

Wśród ogólnej liczby zabójstw i samobójstw zjawisko zabójstwa-samobójstwa jest niezwykle rzadkie, choć w Polsce w ostatnich latach odnotowano kilkanaście przypadków. Obrazują to badania, w których Araszkiewicz i Pilecka (2006), analizując samobójstwa rozszerzone, w skali całego kraju odnaleźli zaledwie 13 przypadków na przestrzeni 15 lat. W piśmiennictwie podkreśla się jednak, iż brakuje rzetelnych danych, które pozwalałyby na właściwe oszacowanie skali zjawiska (Araszkiewicz, Pilecka, 2006; Czabański, 2011; Gierowski, Dudek, 2012). Podobnie jest w przypadku samobójstw poagresyjnych, gdyż nie istnieją w tym względzie statystyki ogólnokrajowe, aczkolwiek nieliczni badacze podają mimowolnie domniemaną liczbę tych czynów, która, jak się wydaje, ilościowo przewyższa samobójstwa rozszerzone. Jak donoszą Kunz

i in. (2002), na przestrzeni 11 lat zbadali oni i opisali 9 przypadków samobójstwa poagresywnego. Dotyczy to jednak wyłącznie praktyki krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej, stąd też można przypuszczać, iż globalna liczba tych zdarzeń w relacji do samobójstw rozszerzonych jest znacząco wyższa.

W większości krajów liczba zabójstw-samobójstw nie jest nasiloną. W USA stwierdzono niegdyś, iż nie przekracza 1,5% wśród wszystkich dokonywanych w tym kraju zabójstw (Berman, 1979). Podobny, sięgający 1% współczynnik uzyskano w Wielkiej Brytanii w analizie przeprowadzonej przez Barraclough i Clare Harris (2002). W nowszych badaniach wykonanych przez Liem i in. (2011) stwierdzono jednak wzrost skali zjawiska w trzech krajach. Samobójstwa-zabójstwa w Holandii i USA stanowiły w analizie 4% wszystkich zabójstw, natomiast w Szwajcarii aż 11%. Warto jednak zwrócić uwagę, iż w 64 krajach, w tym w cechujących się najwyższymi wskaźnikami, z których pochodziły dane wykorzystane w innych analizach, odsetek zabójstw-samobójstw nie przekraczał 0,43% na 100 000 mieszkańców (Large, Smith, Niessen, 2009; Roma i in., 2012b).

Jedynie Dania oraz Anglia i Walia stanowią w tym zakresie niejasny fenomen. Jak wynika z przeglądu badań dokonanych przez Liem i Oberwittlera (2011), jeszcze w ubiegłym wieku liczba zabójstw-samobójstw w tych krajach w stosunku do pozostałych zabójstw wahała się od 8% aż do 42%. Występowanie zabójstw-samobójstw w niemal połowie (42%) wszystkich przypadków zbrodni w danym kraju, tak jak w Danii, można uzasadnić jedynie niezwykle niską liczbą zabójstw w określonym przedziale czasu.

Natomiast wykonana przez tych samych autorów analiza zabójstw i następujących po nich samobójstw w siedmiu krajach europejskich, obejmująca lata 1990–2005, wykazała już pewne różnice (w badaniach pominięto Danię). Najwyższy wskaźnik zabójstw-samobójstw na 100 000 odnotowano w Finlandii (0,163) i w Niemczech (0,093); Polskę cechował odsetek w wysokości 0,044. Być może wahania zjawiska z upływem czasu ukazują jego zależność od dotąd niepoznanych czynników. Samobójstwa rozszerzone wydają się przy tym niezależne od ogólnej liczby samobójstw w danym kraju – np. w Gujanie, w której występuje najwyższy odsetek samobójstw na świecie (43,22 na 100 000), zabójstwa-samobójstwa zdarzają się niezwykle rzadko (Henry, 2016).

Charakterystyka zjawiska zabójstwa-samobójstwa

Jak wskazują Kaliszczak, Kunz i Bolechała (2002), sprawcy zabójstwa niezwykle rzadko odraczają następujące po nim samobójstwo, co, jak się zdaje, z definicji dotyczy głównie samobójstw poagresywnych, lecz nie rozszerzonych, gdyż w tych ostatnich dominuje determinacja suicydalna. Autorzy twierdzą przy tym, że istotne są tu tylko uwarunkowania motywacyjne i przeżycia

psychiczne, w odniesieniu do których nie powinna być brana pod uwagę rozciągłość czasowa.

Wielu badaczy zjawiska zabójstwa-samobójstwa podkreśla, że zwykle dotyczy ono osób ze sobą związanych (Czabański, 2011; Kaliszczak i in., 2002; Kunz i in., 2002; Takahashi, 2001). Najczęściej zabójstwa i następujące po nich samobójstwa dokonywane są w ramach związku partnerskiego lub przez matki pozbawiające życia swoje dzieci (Byard, 2005; Liem, Koenraadt, 2007). W obu przypadkach wyłania się, choć bliżej nieokreślony statystycznie, obraz różnic między samobójstwem poagresywnym a rozszerzonym. W tym pierwszym obecnie są niezwykle:

- historia konfliktów i/lub przemocy (Byard, 2005; Eliason, 2009; Kunz i in., 2002; Logan i in., 2008; Logan i in., 2013),
- zaburzenia osobowości i uzależnienia (Friedman i in., 2005; Kunz i in., 2002; Roma i in., 2012a),
- wynikająca z uzależnienia patologiczna zazdrość – „zespół Otella” (Byard, 2005).

Natomiast w samobójstwie rozszerzonym, zazwyczaj dzieciobójstwie z następującym po nim samobójstwem matki, dominują zaburzenia psychotyczne, m.in. w przebiegu depresji, na co już wskazywano we wstępie.

Modus operandi sprawców zwykle ma charakter złożony (Kaliszczak i in., 2002). Ofiary – jeśli istnieje ich kilka – zazwyczaj zabijane są w ten sam lub podobny sposób, a sprawcy nie ukrywają ich ciała. Różnice w działaniu sprawców uwidaczniają się jedynie w wyborze metody pozbawienia się życia; często jest ona odmienna od zastosowanej w zabójstwie. W tym miejscu jednak wyłaniają się zależności międzykulturowe, gdyż jak wynika z badań, w przypadku zastosowania w zabójstwie broni palnej najczęściej służy ona agresorowi również do popełnienia samobójstwa (Liem, Koenraadt, 2007). Jedynie Polska jest pod tym względem wyjątkiem, jak bowiem wynika z analiz europejskich, dominują tu inne niż broń palna narzędzia zbrodni (Liem, Oberwittler, 2011).

W odniesieniu do samobójstwa rozszerzonego Byard (2005) zauważa, iż hipoteza dotycząca chronienia dzieci przed cierpieniem czy niebezpiecznym światem przez zabijającą je matkę może znajdować potwierdzenie w metodach zabójstw, które w tym przypadku są mniej agresywne (stosowane najczęściej to: trucizna, tlenek węgla, uduszenie) od wykorzystywanych w zabójstwach-samobójstwach w związkach partnerskich (najczęściej zastrzelenie i zaszytowanie) – zwykle przez mężczyzn, którzy stanowią większość sprawców. Ponadto kobiety, jak się wydaje, chcąc oszczędzić dzieciom cierpienia, częściej stosują środki usypiające przed dokonaniem zabójstwa, a także są skłonne do pozbawiania życia wyłącznie swoich dzieci. Dla kontrastu ofiarami mężczyzn stają się częściej, poza własnymi, również dzieci przypadkowo goszczące w ich domu, partnerki, a nawet zwierzęta domowe.

Shackelford, Weekes-Shackelford i Beasley (2008), analizując zabójstwa dzieci i następujące po nich samobójstwa rodziców, w badanej grupie 232 przypadków zaobserwowali pewne prawidłowości. Jak wykazali, samobójstwa dokonane przez rodziców-sprawców następują częściej w konsekwencji poprzedzającego je zabójstwa kilkorga dzieci niż jednego. Śmiertelność na skutek próby samobójczej wzrasta również wraz z wiekiem pozbawianych życia dzieci – im są one starsze, tym częściej występuje samobójstwo dokonane przez sprawców zabójstwa. Ta sama relacja dotyczy wieku zabójcy-samobójcy – im jest starszy, tym częściej ginie śmiercią samobójczą. Wobec powyższego wydaje się, iż jednym z regulatorów frekwencji suicydalnej oraz skuteczności zamachów samobójczych podejmowanych przez sprawców zabójstw może być siła przywiązania do dziecka i łącząca ich z nim więź.

Między innymi na ową więź, choć w innym kontekście, zwracają uwagę Kaliszczak i in. (2002), starając się przybliżyć cechy samobójstwa poagresyjnego, aczkolwiek autorzy nie różnicują go z samobójstwem rozszerzonym, gdyż uznają je za czyn odrębny, przebiegający bez zabójstwa, cechujący w największym stopniu pakty samobójcze. W takim ujęciu, niejako wykluczającym samobójstwo rozszerzone w rozumieniu autorów, samobójstwo poagresyjne cechują:

- związek przyczynowo-skutkowy między zabójstwem a samobójstwem sprawcy,
- istniejąca więź emocjonalna między ofiarą a sprawcą zabójstwa,
- personalny charakter owej więzi,
- brak zgody ofiary na działania sprawcy,
- poprzedzający samobójstwo zamiar zabójstwa,
- fakt, iż zamiar samobójczy jest zamiarem głównym.

Mimo to wydaje się, że w przyjętym w literaturze rozumieniu samobójstwa rozszerzonego powyższe cechy częściowo opisują również i jego charakter. Nie można się jednak pod tym względem wesprzeć literaturą światową, gdyż nie różnicuje się w niej obu pojęć, a zarazem wszystkie istotne tu frazy: *extended suicide*, *postaggression suicide* oraz *dyadic death*, są niezwykle rzadko używane.

Sylwetka sprawców samobójstw poagresyjnych/rozszerzonych

Badania ukazujące płeć nie są jednorodne, lecz sugerują, że sprawcą czynów ograniczonych głównie do związków partnerskich jest zazwyczaj mężczyzna (Barracough, Clare Harris, 2002; Liem i in., 2011; Liem, Koenraad, 2007; Salari, 2007; Roma i in., 2012b). Dzieci natomiast częściej giną z ręki matki (Kaliszczak i in., 2002; Shackelford i in., 2008).

Analiza wielu raportów z badań wyklucza przedział wieku, który byłby charakterystyczny dla sprawców zabójstwa-samobójstwa. Reprezentują oni również wiele zawodów i wszystkie poziomy wykształcenia (Salari, 2007).

W odniesieniu do jakości życia stwierdzono, że zjawisko zabójstwa-samobójstwa nie jest jednoznacznie skojarzone z czynnikami socjoekonomicznymi. W jednym z badań w większości analizowanych przypadków ($n = 225$) nie wykazano, by w życiu sprawców i ich ofiar obecne były problemy finansowe (Salari, 2007). Nie potwierdzono również, by zatrudnienie i stabilna sytuacja finansowa miały jakąś wagę protektywną. Wykazano, iż 30% kobiet i 90% mężczyzn miało zatrudnienie w chwili realizowania zamiarów homicydalno-suicydalnych wobec dzieci (Friedman i in., 2005).

Byard (2005) donosi, że wielu sprawców przeszło leczenie psychiatryczne oraz doznało nawracających zaburzeń depresyjnych, i wskazuje na tę grupę jako potencjalnie reprezentującą sprawców samobójstw rozszerzonych. Friedman i in. (2005) dodają, że poza depresją cechują ich również zaburzenia psychotyczne (łącznie 80% przypadków), a także historia prób samobójczych (10%). Ponadto autorzy odnotowali w badanej grupie historię wyroków za przestępstwa z użyciem agresji u 10% matek i 25% ojców. Istotnym wnioskiem w cytowanych badaniach było też wskazanie, iż żadna z matek pozbawiających życia swoje dzieci nigdy nie próbowała zabić partnera, podczas gdy mężczyźni w 65% przypadków po zabójstwie dzieci próbowali odebrać życie również żonom lub tego dokonali.

Motywacja sprawców zabójstwa-samobójstwa

Odnosząc się w tym miejscu do powyżej cytowanych badań Friedmana i in. (2005), dotyczących częstości zaburzeń psychotycznych, można przypuszczać, że w wielu przypadkach samobójstw rozszerzonych ma zastosowanie przyjęta w nazewnictwie motywacja urojeniowa, wynikająca ze zmian w funkcjonowaniu psychicznym. W literaturze jednak, z niewiadomych względów, motywację tę określa się mianem altruistycznej, co czynią również Friedman i in. (2005) pomimo jednoczesnego dowodzenia, iż zaburzenia psychotyczne cechują 90% sprawczyń zabójstw. Jak się tu sądzi, wynika to z uznania *pro forma* niepoczytalności matek i ojców zabijających dzieci, co z kolei pozwala nie dehumanizować ich działania, ale też jest konsekwencją dominującego w tej dziedzinie twierdzenia, przypisującego im troskę o dzieci nawet w chorobie zmieniającej świadomość.

Należy zwrócić uwagę, iż wąskie, przyjęte w nauce rozumienie samobójstwa rozszerzonego wyklucza rozpatrywanie go w innych kategoriach motywacyjnych, gdyż bazuje ono jedynie na opisie psychopatologii sprawców. Stąd też niejako rozpoznanie samobójstwa rozszerzonego wykluczają inne motywy, które również w literaturze są wymieniane. Można więc założyć, że opisują one ogólnie pojęte samobójstwa poagresyjne – do której to klasy głównej, ze względów formalnych, samobójstwo rozszerzone również naszym zdaniem należy.

Wśród najczęściej wymienianych motywacji wyróżnia się zazdrość (Liem, Koenraad, 2007; Roma i in.,

2012b; Shackelford i in., 2008), która warunkuje czyny dokonywane w większości przez mężczyzn – nie-rzadko cierpiących w przebiegu zespołu uzależnienia alkoholowego na zespół Otella (Byard, 2005). Kolejnym motywem zabójstwa-samobójstwa jest tzw. zabójstwo z litości (Byard, 2005). Zdarza się to w długoletnich związkach, w których jeden z partnerów jest śmiertelnie chory i cierpi. Samobójstwo sprawcy następuje wówczas po odebraniu życia cierpiącej osobie, co – jak można przypuszczać, gdyż nie zostało to potwierdzone – w części przypadków, a także jedynie gdy jest w ten sposób motywowane, może się odbywać za zgodą osoby chorej.

Nierzadko występuje również motywacja skojarzona z zemstą za odrzucenie lub z chęci powstrzymania partnera przed odejściem (Byard, 2005). Wówczas to samobójstwo następuje po zabójstwie współmałżonki, gdyż i tu sprawcami najczęściej są mężczyźni. Aczkolwiek motywacji tej towarzyszą czasem również zabójstwa dzieci, które odchodząca, najczęściej partnerka, chce zabrać ze sobą.

Nie można przy tym bagatelizować tragicznej formy zabójstw-samobójstw, jaką czyny te przybierają, gdy są najzwyczajszym rozładowaniem emocjonalnym towarzyszącym kłótniom partnerskim. Decydująca tu wówczas – przynajmniej w części zdarzeń – impulsywność reakcji prowadząca do zabójstwa może wkrótce po opadnięciu wzburzenia prowadzić do samobójstwa sprawcy, który stracił nad sobą panowanie. Jak bowiem potwierdzono (Logan i in., 2008), konflikty i częste kłótnie poprzedzają zabójstwa-samobójstwa aż w 53,9% przypadków. W badanej próbie ($n = 408$) w 62,1% cechowały one zabójstwa z samobójstwem sprawcy w diadach, a w 34,6% przypadków zdarzały się w relacjach partnerskich, w których jeden z rodziców odebrał życie dzieciom.

Samobójstwo rozszerzone na tle samobójstwa poagresyjnego

Z powyżej cytowanych badań wynika, iż matki pozbawiające życia swoje dzieci nigdy nie zabijają innych członków rodziny ani osób przypadkowych, co, jak wykazano, czyni większość mężczyzn. Determinacja suicydalna kobiet, których czyny kojarzy się zwykle z samobójstwem rozszerzonym, wydaje się wobec tego łatwiejsza do zrozumienia. Jeśli weźmie się pod uwagę uznawaną przez badaczy motywację, głównie matek, która wynika z chęci uchronienia dzieci przed nieszczęściem czy cierpieniem (realnym lub wyimaginowanym), i połączy ją z pierwotnym rozumieniem samobójstwa rozszerzonego w ujęciu twórcy tego określenia, Paula Näcke, to obraz tego rzadkiego zjawiska ulega pewnej klaryfikacji. Matki zabijają tylko swoje dzieci, gdyż dzieci są uznawane przez nie za część ich samych. Należy dodać, iż z gruntu jest to proces psychotyczny bez względu na jego bliższy charakter i ewentualną diagnozę, którą można by postawić. Podobne „złanie się” z kimś innym (naszym zdaniem odpowiedzialny jest za

to mechanizm identyfikacji projekcyjnej), za którym idzie pozbawienie „go” – tu: dziecka – autonomii osobowej, jest wyrazem głębokiej psychopatologii. Przez wzgląd na konsekwencje, jakie niesie to dla dziecka, trudno też mówić o jakimkolwiek altruizmie, który przypisywany jest sprawcom. Owo „złanie się” bowiem wyklucza motywy skierowane na innych, gdyż wskazuje na skrajnie nasilony egocentryzm, w którego konsekwencji, w obiektywnej ocenie, nie dostrzega się potrzeb, uczuć, a nawet istnienia dziecka jako odrębnej istoty.

W związku z tym, iż pojęcie samobójstwa rozszerzonego istnieje od 1908 r. i od tamtej pory jest jednoznacznie rozumiane przez większość naukowców, nie można stwierdzić, jak to robią Kunz i in. (2002), iż jest to konstrukcja wątpliwa, gdy za jego pomocą opisuje się zabójstwa i następujące po nich samobójstwa. Wobec tego, iż cytowani autorzy odrzucili to pojęcie w rozumianym tu znaczeniu na rzecz stosowania frazy „samobójstwo poagresyjne”, jako opisującej wszelkie czyny zabójstwa-samobójstwa, gdyż „rozszerzone” utożsamiają wyłącznie z samobójstwami: grupowymi, wspólnymi i masowymi, uznaje się tutaj, iż zatraciło się przez ten zabieg rozumienie obu pojęć. Staje się to wyraźne, gdy ci sami autorzy (Kaliszczak i in., 2002) opisują cechy samobójstwa poagresyjnego, co zostało wcześniej w tekście wypunktowane, zmienne te bowiem w równym stopniu charakteryzują samobójstwo rozszerzone.

Nie ulega przy tym wątpliwości, że pojęcie samobójstwa poagresyjnego jest nadrzędne wobec samobójstwa rozszerzonego, gdyż opisuje znacznie szersze spektrum czynów skojarzonych ze zjawiskiem zabójstwa-samobójstwa i wstępnie wyczerpuje opis każdego z nich. Przyjmuje się tu zatem, iż samobójstwo rozszerzone jest rzadkim rodzajem samobójstwa poagresyjnego. Należy więc podać jego cechy charakterystyczne, dzięki którym można je różnicować ze wszelkimi innymi zabójstwami-samobójstwami, przyjmując jednocześnie, iż wymienione przez Kaliszcza i in. (2002) cechy samobójstw poagresyjnych opisują również rozszerzone, lecz w stopniu zbyt ogólnym, by je od siebie odseparować. Samobójstwo rozszerzone cechują więc następujące zmienne:

- motywacja urojeniowo-suicydalna („altruistyczna”) v. wszelka inna, występująca w pozostałych czynach, takich jak: zazdrość, zemsta, litość etc. – które zawsze wykluczają samobójstwo rozszerzone,
- zaburzenia psychotyczne (również w przebiegu zaburzeń osobowości, w których dochodzi do „zlewania się”) v. wszelkie inne, występujące w pozostałych czynach, głównie zaburzenia osobowości (dysocjalne lub narcystyczne) i uzależnienia,
- zabójstwa nie są poprzedzone konfliktami z ofiarami – najczęściej dziećmi, aczkolwiek występują konflikty ze współmałżonkiem/ą,
- czyny te nie mają na celu osiągnięcia wtórnych korzyści – jak w przypadku zabójstw

- poagresyjnych, gdy zaspokajają np. chęć skrzywdzenia lub zatrzymania przy sobie partnera/ki,
- uczucia żywione do ofiar zabójstwa przez sprawcę zazwyczaj mają znak pozytywny v. negatywny lub ambiwalentny, w przypadku zabójstw motywowanych wymienionymi już: zemstą, zazdrością, chęcią powstrzymania przed odejściem etc.,
- nie stwierdza się stosowania przemocy przez sprawcę wobec ofiar przed dokonaniem zabójstwa v. jej częste występowanie w samobójstwach poagresyjnych,
- brak działania impulsywnego; nierzadko ofiary są przygotowywane do śmierci (np. przez ich uśpienie) v. impulsywność skojarzona z konfliktami, co często się zdarza w samobójstwach poagresyjnych,
- brak agresywnych metod pozbawienia życia v. brutalny lub gwałtowny (w związku z emocjami żywionymi do ofiary) charakter zbrodni i podobny wybór metody (narzędzia), występujący w samobójstwach poagresyjnych,

- fakt, iż samobójstwa rozszerzone zawsze – gdy zabójstwa dotyczą dzieci – nie są związane z innymi ofiarami v. pozbawianie życia innych ofiar niż tylko tych, przeciwko którym pierwotnie skierowana była agresja, co zdarza się w szerokiej klasie samobójstw poagresyjnych.

W celu jeszcze dokładniejszego uwypuklenia odmienności samobójstwa rozszerzonego od ogólnej klasy samobójstwa poagresyjnego w sposób wizualny zaprezentowano je w poniższej tabeli.

Wobec powyższego nie ma wątpliwości, że zjawisko samobójstwa rozszerzonego ma swój indywidualny charakter, a jego odseparowanie od innych aktów agresji homicydalno-suicydalnej jest uzasadnione chociażby względami poznawczymi. Ma ono jednak również konsekwencje prawne.

Wymogi procesowe w sprawach dotyczących samobójstw rozszerzonych i poagresyjnych

Wymienione cechy charakteryzujące samobójstwo rozszerzone mogą znaleźć zastosowanie w określaniu charakteru czynu w czasie śledztwa, które będzie

Tabela 1. Podstawowe różnice między samobójstwem rozszerzonym a poagresywnym.

Cecha	Samobójstwo poagresyjne	Samobójstwo rozszerzone
Związek przyczynowo-skutkowy	Samobójstwo jest konsekwencją wcześniejszego zabójstwa i zwykle ma ono charakter podrzędny, drugoplanowy.	Zamiary samobójcze są pierwotne i nadrzędne w stosunku do zabójstwa.
Motywacja	Z zazdrości, zemsty, litości etc.	Motywacja urojeniowo-suicydalna („altruistyczna”).
Stan psychiczny	Głównie zaburzenia osobowości (dysocjalne lub narcystyczne) i w przebiegu uzależnień.	Zaburzenia psychotyczne (również w przebiegu zaburzeń osobowości, w których dochodzi do identyfikacji projekcyjnej).
Konflikty	Odgrywają istotną rolę np. między małżonkami, a zabójstwo dzieci może być formą „ukarania” współmałżonka.	Zabójstwa nie są poprzedzone konfliktami z ofiarami – najczęściej dziećmi, aczkolwiek występują konflikty ze współmałżonkiem/ą.
Występowanie przemocy	Przemoc często występuje i poprzedza czyn zabójstwa-samobójstwa.	Nie stwierdza się stosowania przemocy przez sprawcę wobec ofiar przed dokonaniem zabójstwa.
Wtórne korzyści	Istnieją – jest to np. chęć skrzywdzenia lub zatrzymania przy sobie partnera/ki.	Nie występują, a sprawcą czynu kierują objawy psychopatologiczne.
Więź emocjonalna między ofiarą a sprawcą zabójstwa	Ma znak negatywny lub ambiwalentny.	Ma znak pozytywny.
Zgoda ofiary na działania sprawcy	Nie występuje.	Nie występuje w zabójstwach dzieci, choć jest możliwa np. w razie choroby terminalnej u bliskiej sprawcy osoby.
Traktowanie ofiary	Może być brutalne, a często zabójstwo ma charakter gwałtowny.	Ofiary są często „przygotowywane”, np. usypiane, by oszczędzić im bólu.
Narzędzie zbrodni	Zazwyczaj broń palna lub biała.	Zazwyczaj użycie: trucizny, tlenku węgla lub uduszenie.
„Rozszerzony” charakter czynu	Nierzadko ofiarami stają się dzieci przypadkowo goszczące w domu sprawcy, a nawet zwierzęta domowe.	Gdy tendencje suicydalne i homicydalne są ściśle ukierunkowane na dzieci, nigdy nie dotyczą one partnera i nie ma ofiar przypadkowych.

prowadzone w sprawie. W wielu przypadkach już pierwsze czynności na miejscu zdarzenia wskazują jednoznacznie na to, że sprawcą zabójstwa jest późniejszy samobójca. Niemniej zawsze rodzi się potrzeba wyjaśnienia okoliczności sprawy zgodnie z wymogiem stawianym w art. 297 § 1 k.p.k. Przepis ten nakłada na organy procesowe obowiązek zebrania niezbędnych danych odnośnie do przedmiotu śledztwa, niezależnie od tego, jak szybko uda się zgromadzić dowody pozwalające na indywidualizację sprawy.

W postępowaniu konieczne jest ustalenie nie tylko tego, czy został popełniony czyn zabroniony, ale także kto jest jego sprawcą. Niezbędne jest zatem wyjaśnienie okoliczności sprawy i zebranie oraz zabezpieczenie, a także utrwalenie, dowodów pozwalających na weryfikację tezy samobójstwa rozszerzonego, a tym samym wykluczenie wersji śledczej związanej z zaistnieniem zbrodni wielokrotnej dokonanej przez osoby trzecie.

Hipoteza samobójstwa, podobnie jak każda inna hipoteza odnosząca się do różnych wersji śledczych, wymaga szczegółowego opracowania procesowego, gdyż elementarnym błędem każdego postępowania jest gloryfikacja i weryfikacja tylko jednej wersji śledczej. Z obowiązku należytego wyjaśnienia okoliczności ujawnionej zbrodni zabójstwa organ prowadzący postępowanie nie może zostać zwolniony, choć wiadomo, że postępowanie może się zakończyć umorzeniem z uwagi na śmierć sprawcy (art. 17 § 1 pkt 5 k.p.k.).

W kwestiach proceduralnych należy też jeszcze raz podkreślić, że w sprawach zabójstw tego typu muszą być prowadzone dwa odrębne postępowania. Przedmiotem jednego będzie zabójstwo (współmałżonka, dzieci), a w jego toku sprawcy powinien zostać przedstawiony zarzut popełnienia przestępstwa z art. 148 § 1 k.k., jeżeli zaś jednym czynem sprawca zabił więcej niż jedną osobę, to kwalifikowanej postaci zabójstwa z art. 148 § 3 k.k. Postępowanie to winno zostać zakończone przeciwko określonej osobie (*ad personam*) – ustalonemu w sposób niebudzący wątpliwości sprawcy, a nie w sprawie (*in rem*). Wymaga to zatem, po zindywidualizowaniu okoliczności dokonanej zbrodni, wydania przez prokuratora postanowienia o przedstawieniu zarzutów konkretnej osobie. Dopiero wówczas możliwe jest wydanie postanowienia o umorzeniu śledztwa z uwagi na śmierć sprawcy. Ta ostatnia decyzja procesowa może zostać zaskarżona przez pokrzywdzonych – bliskich krewnych sprawcy (np. jego rodziców), a tym samym poddana sądowej kontroli instancyjnej.

Drugie z tych odrębnie prowadzonych postępowań dotyczyć będzie śmierci sprawcy. Większość prokuratur w sprawach dotyczących wyjaśnienia okoliczności samobójstwa przyjmuje podstawę prawną prowadzenia czynności z art. 155 k.k. Materiał dowodowy gromadzony jest pod kątem udziału osób trzecich, które mogły uczestniczyć w działaniach prowadzących do śmierci samobójczej. Praktyka ta o tyle dziwi, że art. 151 k.k. penalizuje zarówno nakłanianie

(namowę) do samobójstwa, jak i udzielenie pomocy człowiekowi, który chce targnąć się na własne życie. Czynność sprawcza została określona w tym przestępstwie alternatywnie bądź jako namowa drugiej osoby do targnięcia się na własne życie, bądź udzielenie pomocy w takim czynie. Pamiętać jednak trzeba, że w przypadku kwalifikacji z art. 151 k.k. zamach samobójczy zawsze musi być wynikiem decyzji swobodnie podjętej przez jego ofiarę. Nie wypełnia znamion przestępstwa z art. 151 doprowadzenie do targnięcia się na życie przez zastosowanie wobec drugiej osoby przemocy. Dlatego kiedy mamy do czynienia z samobójstwem dokonany po zabójstwie, w toku śledztwa należy też zwrócić uwagę na wykluczenie motywów innych niż suicydalne. Wskazywać na nie może znęcanie się fizyczne lub psychiczne, którego następstwem jest targnięcie się ofiary na życie własne i swoich bliskich (najczęściej dzieci). W takim przypadku bowiem realizowane były wcześniej na szkodę sprawcy znamiona przestępstwa z art. 207 § 3 k.k., a czyn osoby znęcającej się nad swoją ofiarą podlegać powinien ocenie przez pryzmat art. 148 k.k. – czyli zabójstwa.

Potrzeba, a wręcz obowiązek rzetelnego wyjaśnienia okoliczności ujawnionego przestępstwa rodzi w sprawach tego typu konieczność powołania biegłych z zakresu psychologii, a być może i z zakresu psychiatrii. W Polsce nie jest rozpowszechniona jeszcze w sposób dostateczny specjalizacja z suicydologii, a to specjalista z tej dziedziny (będący jednocześnie psychologiem lub psychiatrą) powinien być w pierwszej kolejności biegłym w omawianych sprawach. Artykuł 193 k.p.k. jednoznacznie bowiem nakazuje zasięgnięcie opinii biegłego lub biegłych, jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga wiadomości specjalnych. Materia odnosząca się do psychologicznych mechanizmów zachowania samobójcy, który przed dokonaniem samozagłady rozszerza jej krąg na swoich bliskich, jest tak skomplikowana, że nie da się zaakceptować poglądu o zbędności opiniowania przez biegłych mogących mechanizmy te wyjaśnić.

Na marginesie należy też wskazać, że prokuratorzy w wielu sprawach, przyjmując założenie śmierci samobójczej, nierzadko pochopnie spływają prowadzone czynności procesowe albo wręcz z nich rezygnują. Biegli powoływani są zaś tylko wtedy, gdy rodzina całkowicie odrzuca możliwość popełnienia samobójstwa przez bliską osobę. Nie ulega również wątpliwości, że udowodnienie sprawstwa dotyczącego zabójstwa poszczególnych ofiar wymaga indywidualizacji i udowodnienia zgodnie z wymogami procesowymi. W konsekwencji niezbędne jest prowadzenie szczegółowych badań śladów kryminalistycznych zabezpieczanych na miejscu zdarzenia. Nigdy nie można bowiem wykluczyć sytuacji, w której mamy do czynienia tylko z jednym samobójstwem rozszerzonym, obejmującym np. dziecko lub dzieci, oraz z samobójczą śmiercią drugiego z rodziców w rozpacz po stracie bliskich.

Wymogi przeprowadzenia rzetelnego śledztwa, a ściślej mówiąc, co najmniej dwóch równoległych postępowań w tych sprawach, dotyczyć muszą zatem każdego z nich, niezależnie od tego, iż z góry wiadomo, że zakończą się one postanowieniem o ich umorzeniu.

Źródło tabeli: autorzy

Bibliografia

1. Araszkiewicz, A., Pilecka, E. (2006). Samobójstwa rozszerzone na tle ogólnej liczby samobójstw w Polsce w latach 1991–2005. *Suicydologia*, 2(1).
2. Barraclough, B.M., Clare Harris, E. (2002). Suicide preceded by murder: The epidemiology of homicide suicide in England and Wales 1988–92. *Psychological Medicine*, 32.
3. Berman, A.L. (1979). Dyadic death: Homicide suicide. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 9, za: M.C.A. Liem, F. Koenraadt (2007). Homicide-suicide in the Netherlands: A study of newspaper reports, 1992–2005. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 18(4).
4. Bolechała, F. (2010). *Medyczno-sądowa analiza zabójstw dokonanych przez sprawców niepoczytalnych* (niepublikowana praca doktorska). Kraków: Katedra i Zakład Medycyny Sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego (Collegium Medicum).
5. Byard, R.W. (2005). Murder-suicide. *Forensic Pathology Reviews*, 3.
6. Czabański, A. (2011). Społeczna charakterystyka samobójstw rozszerzonych. *Poznańskie Zeszyty Humanistyczne*, XVI(16).
7. Eliason, S.E. (2009). Murder-suicide: A review of the recent literature. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 37(3).
8. Friedman, S., Hrouda, D., Holden, C., Noffsinger, S., Resnick, P. (2005). Filicide-suicide: Common factors in parents who kill their children and themselves. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 33.
9. Gierowski, J.K., Dudek, B. (2012). Zaburzenia afektywne i samobójstwa rozszerzone z perspektywy psychopatologii sądowej. *Nastroje*, 27.
10. Haslam, M. (2001). *Psychiatria*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
11. Heitzman, J., Ruzikowska, A., Tarczyńska, K., Waszkiewicz, E. i Pilszyk, A. (2013). Dzieciobójstwo czy zabójstwo? Studium przypadku 5-krotnego zabójstwa własnych dzieci – poszukiwanie psychopatologii. *Psychiatria Polska*, XLVIII(3).
12. Henry, P.A. (2016). An examination of murder and suicide in Guyana. *Issues in Social Science*, 4(1).
13. Hołyst, B. (1959). *Kryminologia*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
14. Hołyst, B. (2002). *Suicydologia*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis.
15. Hill, E.J. (1873). *The Chancery, Jurisdiction and Practice, According to Statutes and Decisions in the State of Illinois, from the Earliest Period to 1873*. Chicago: E.B. Myers and Company.
16. Kaliszczak, P., Kunz, J., Bolechała, F. (2002). Samobójstwa poagresyjne – problematyka kryminalistyczno-procesowa. *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii*, 52(3).
17. Kunz, J., Bolechała, F., Kaliszczak, P. (2002). Sądowo-lekarska problematyka zabójstwa z samobójstwem sprawcy („dyadic death”). *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii*, 52(3).
18. Kuruc, R., Šidlo, J., Baloghová, A., Zdarilek, M., Zummerová, A., Šikuta, J. (2014). Motywacja w samobójstwie rozszerzonym. *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii*, 64(2).
19. Large, M., Smith, G., Nielsens, O. (2009). The epidemiology of homicide followed by suicide: A systematic and quantitative review. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 239(3).
20. Liem, M., Barber, C., Markwalder, N., Killias, M., Nieuwbeerta, P. (2011). Homicide-suicide and other violent deaths: An international comparison. *Forensic Science International*, 207(1–3).
21. Liem, M., Koenraadt, F. (2007). Homicide-suicide in the Netherlands: A study of newspaper reports, 1992–2005. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 18(4).
22. Liem, M., Oberwittler, D. (2011). Homicide followed by suicide in Europe. W: M. Liem, W.A. Pridemore (red.), *Handbook of European Homicide Research* (s. 197–215). New York: Springer.
23. Logan, J., Hill, H.A., Lynberg Black, M., Crosby, A.E., Karch, D.L., Barnes, J.D., Lubell, K.M. (2008). Characteristics of perpetrators in homicide-followed-by-suicide incidents: National violent death reporting system – 17 US states, 2003–2005. *American Journal of Epidemiology*, 168(9).
24. Logan, J., Walsh, S., Patel, N., Hall, J. (2013). Homicide-followed-by-suicide incidents involving child victims. *American Journal of Health Behavior*, 37(4).
25. Näcke, P. (1908). Der Familienmord in gerichtlich-psychiatrischer Beziehung. *Zeitung Gerichtliche Medizin*, 35, za: M. Liem (2010). *Homicide Followed by Suicide. An Empirical Analysis*. Ridderkerk: Ridderprint.
26. Pilszczyk, A., Cynkier, P. (2015). Samobójstwo rozszerzone – depresja a osobowość borderline. *Psychiatria Polska*, 49(3).
27. Pużyński, S. (1998). Samobójstwa i zaburzenia psychiczne (zwłaszcza depresje). W: A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* (s. 356–361). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

28. Roma, P., Pazzelli, F., Pompili, M., Lester, D., Girardi, P., Ferracuti, S. (2012a). Mental illness in homicide-suicide: A review. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 40.
29. Roma, P., Spacca, A., Pompili, M., Lester, D., Tatarelli, R., Girardi, P., Ferracuti, S. (2012b). The epidemiology of homicide-suicide in Italy: A newspaper study from 1985 to 2008 [Abstrakt]. *Forensic Science International*, 214(1–3).
30. Salari, S. (2007). Patterns of intimate partner homicide suicide in later life: Strategies for prevention. *Clinical Interventions in Aging*, 2(3).
31. Shackelford, T.K., Weekes-Shackelford, V.A., Beasley, S.L. (2008). Filicide-suicide in Chicago, 1870–1930. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(5).
32. Shields, L.B.E., Rolf, C.M., Goolsby, M.E., Hunsaker, J.C. (2015). Filicide-suicide. Case series and review of the literature. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 36(3).
33. Skowronek, R., Szczepański, M., Kirmes, T., Skowronek, A., Krzystanek, M., Chowaniec, M., Chowaniec, C. (2016). *Medyczo-sądowe, kryminalistyczne i psychiatryczne aspekty samobójstw poagresywnych – analiza przypadków z terenu Górnego Śląska*. Referat przedstawiony na XVIII Zjeździe Naukowym Polskiego Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii, Katowice.
34. Szymańczak, G., Kozłowska, D., Lishchynskyy, Y., Kopański, Z., Brukwicka, I., Wojciechowska, I. (2012). Czynniki socjo-demograficzne samobójstw. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*, 3.
35. Takahashi, Y. (2001). Depression and suicide. *Japan Medical Association Journal*, 44(8).
36. Teleśnicki, S., Patla, M., Botoz, H. (2005). Depresja jako jeden z czynników przestępstwa. *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii*, 55(3).