

Użyteczność konstruktów opisujących zabójstwo-samobójstwo w psychiatrii sądowej

Utility of homicide-suicide constructs in forensic psychiatry

Przemysław Cynkier

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

Summary

In foreign literature, the term 'dyadic death' is used to describe a situation of a murder followed by the perpetrator's suicide. It differs from the term 'extended suicide' used in Poland. While it is recognized that the occurrence of 'dyadic death' can be caused, apart from mental disorders, by unfavorable environmental factors, 'extended suicide' is equated with the occurrence of severe depressive disorders in the perpetrator. The above-mentioned constructs describing a homicide-suicide were analyzed from the psychiatric and criminological point of view. The study shall discuss a case of a young woman who drowned her young son in a public place, and then declared her suicide intentions. An analysis of the course of mental disorders in the perpetrator, her biological burdens, situational and family conditions was carried out, and the personality factors that led to her mental decompensation were taken into account. Pathological motivational background of the perpetrator of her son's murder was clearly modified by her personality dysfunctions exacerbated by life difficulties. It differed from the motivation of a 'typical' perpetrator of 'dyadic death' or 'extended suicide' presented in the literature. Settlements in cases involving murder and subsequent suicide attempts require a thorough forensic-psychiatric and criminological analysis. In some cases, the terms describing such situations do not refer to the clinical condition of the offender but to the nature and image of the crime. Abuse of these terms may contribute to judicial errors.

Słowa kluczowe: „podwójna śmierć”, „samobójstwo rozszerzone”, ekspertyza psychiatryczna.

Key words: 'dyadic death', 'extended suicide', psychiatric expertise.

Wstęp

Naturalnym postępowaniem człowieka jest dążenie do podtrzymania życia i zachowania gatunku [1]. W opozycji do tego stoją tragedie, kiedy to dochodzi do jednoczesnych zgonów członków rodziny, do których doprowadził ich bliski, ginący później w samobój-

czym zamachu. Tego typu akty samouniwersowania są znane od zamierzonych czasów [2]. Mimo że obecnie – nagłaśniane przez media – wzbudzają emocje społeczne oraz żywe dyskusje, to wciąż opracowań naukowych na ich temat jest stosunkowo niewiele.

Hołyst [3] wśród działań kryminologii wymienia m.in. symptomatologię kryminalną (fenomenologię), zajmującą się m.in. sposobem popełniania przestępstwa, oraz etiologię kryminalną, która koncentruje się na czynnikach przyczynowych przestępczości (w tym indywidualnych predyspozycjach determinujących zachowanie przestępcze). Idąc tym tropem, ekspertyza sądowo-psychiatryczna i psychologiczna w sytuacjach zabójstwa-samobójstwa wydaje się bliższa etiologii kryminalnej, ale przecież powinna także czerpać informacje z fenomenologii.

Nasuwa się zatem pytanie, czy zabójstwo, a następnie samobójstwo zabójcy należy traktować jako fakt kliniczny, czy raczej jako konstrukcję kryminologiczną. Czy też być może oba aspekty przenikają się wzajemnie i uzupełniają?

„Podwójna śmierć”

W literaturze anglosaskiej takie sytuacje określane są jako „podwójna śmierć” (utożsamiane też z samobójstwem poagresywnym). Typowy zabójca-samobójca to mężczyzna w średnim wieku, który zabił małżonkę lub partnerkę życiową, posługując się brutalną metodą (np. strzałem w głowę), a w czasie popełniania czynu znajdował się pod wpływem alkoholu. Ponad połowa spośród sprawców to osoby pracujące zawodowo, ale także mające przeszłość kryminalną [4, 5]. Sprawców tych cechuje głębokie przekonanie o słuszności decyzji o zabójstwie bliskiej osoby. Samobójstwo nie jest kluczowym celem sprawcy, ma stanowić jedynie następstwo dokonanego wcześniej zabójstwa, jest niejako wtórne do niego [6]. Prawdopodobieństwo jego popełnienia wzrasta wraz z wiekiem i poziomem wykształcenia sprawcy [7].

Motywacja działań przestępczych w „podwójnej śmierci” może być związana z występującymi u sprawcy zaburzeniami z kręgu psychopatologii (w skrajnych przypadkach mają one charakter zaburzeń psychotycznych) [6, 8, 9]. Krytyczne zdarzenie bywa wówczas poprzedzone przerwaniem leczenia, brakiem rozpoznania lub zbagatelizowaniem przez otoczenie i sprawcę objawów chorobowych. Udział zaburzeń psychotycznych w etiologii tego typu zabójstw-samobójstw jest oceniany w szerokich granicach (20–75%) [8–10].

Wśród niepsychotycznych przyczyn „podwójnej śmierci” wymienia się natomiast zazdrość erotyczną, uczucie litości wobec osoby bliskiej, a także czynniki stresogenne związane z życiem rodzinnym, trudnościami finansowymi i społecznymi [5, 6, 8, 9, 11, 12]. Akt zabójstwa-samobójstwa próbuje się również tłumaczyć frustracjami intymnych relacji interpersonalnych [13–15]. Jako istotne wymienia się w tym kontekście samooskarżanie się sprawców, które jest efektem ich osobistych właściwości czy przejawianych przez nich zaburzeń osobowości [14, 16, 17].

Zabójstwo-samobójstwo może także poprzedzać sytuacja, w której motywacja będzie pewną kombinacją wymienionych powyżej pobudek. Głębokie zaburzenia emocjonalne mogą być następstwem rozpadu wartości rodzinnych, ciężkiej choroby fizycznej czy problemów materialnych [18–20].

Do wystąpienia „podwójnej śmierci” mogą się zatem przyczynić czynniki patologiczne, przede wszystkim jednak będą to elementy niepatologiczne. W literaturze przedmiotu wśród najbardziej typowych cech „podwójnej śmierci” (samobójstwa poagresyjnego) wymienia się następujące: samobójstwo jako konsekwencja wcześniejszego zabójstwa, dokonane często z pobudek niepatologicznych, ma związek z występującymi u sprawcy zaburzeniami osobowości (osobowość dyssocjalna, narcystyczna), często zabójstwo poprzedzają akty przemocy sprawcy wobec ofiary. Więż, która łączy sprawcę i ofiarę, ma negatywne lub ambiwalentne zabarwienie. Zabójstwo ma charakter gwałtowny i brutalny [13, 20, 21].

„Samobójstwo rozszerzone”

W Polsce na ogół spotykamy się z terminem „samobójstwa rozszerzonego”, najczęściej utożsamianego z głębokimi zaburzeniami psychicznymi sprawcy, które doprowadziły go do zabójstwa, a następnie samobójstwa. Zdaniem Pużyńskiego [22] zdarza się ono w ciężkich depresjach psychotycznych, rzadziej jego motywem jest bilans depresyjny. Wskazuje się na podyktowane patologicznymi przeżyciami sprawcy dążenie do ochrony najbliższych przed wymaganym nieszczęściem, cierpieniem i sytuacją bez wyjścia. Sprawcy zabijają członków rodziny w przekonaniu, że najbliżsi narażeni będą na brak opieki, środków do życia czy niebezpieczeństwo [23]. Do zachowań altruistycznych (w patologicznym rozumieniu) oprócz głębokich objawów depresyjnych mogą prowadzić również inne stany chorobowe, takie jak zaburzenia reaktywne z urojeniami depresyjnymi i zaburzenia schizoafektywne [24].

Psychiatrzy i psycholodzy, szukając przyczyn „samobójstwa rozszerzonego”, koncentrują się przede wszystkim na ewentualnej patologii zdrowia psychicznego sprawcy. Jako drugorzędne traktują inne możliwe czynniki: ciężkie schorzenia somatyczne, rozpad więzi rodzinnych czy problemy finansowe sprawców lub ich rodzin [25–27].

Bolechała i wsp. [23] wśród najbardziej charakterystycznych cech kryminologicznych „samobójstwa rozszerzonego” (także wielokrotnych zabójstw dokonanych przez niepoczytalnych sprawców) wymieniają następujące okoliczności: zabójstwo nie jest wynikiem kłótni czy awantury; sprawca nie znajduje się pod wpływem alkoholu; dochodzi do zabijania członków najbliższej rodziny, a w szczególności dzieci; występują elementy planowania działań; atak następuje podczas snu ofiary, jest zaskakujący, nagły, bezpośredni, ale rzadko przeprowadzany frontalnie – przodem do ofiary; dochodzi do koncentracji urazów w jednym regionie ciała; sprawca dąży do szybkiego uśmiercenia ofiary. Zdaniem Stukana i Staszaka [21] natomiast „samobójstwo rozszerzone” cechuje się tym, że zamiary samobójcze są tu pierwotne wobec aktu zabójstwa. Dominuje w nim motywacja urojeniowo-suicydalna, wynikająca z obecności u sprawcy zaburzeń psychotycznych. W zasadzie nie dochodzi do wcześniejszych konfliktów z ofiarą (szczególnie dzieckiem), nie stwierdza się także wcześniejszej przemocy wobec ofiary. Więż emocjonalna, która łączy ofiarę ze sprawcą, ma pozytywne zabarwienie i pewnie dlatego zabójstwo zostaje dokonane w taki sposób, aby zminimalizować cierpienia ofiary [13, 21].

Jeśli chodzi o tło motywacyjne, którym kierują się sprawcy „podwójnej śmierci” (samobójstwa poagresyjnego) oraz „samobójstwa rozszerzonego”, to napotykamy na istotne różnice. W wypadku tego pierwszego jako dominujące wymienia się niepatologiczne czynniki (najczęściej osobowościowe i środowiskowe), w drugim wskazuje się głównie na głębokie zaburzenia psychotyczne (choć nie wyklucza się także innych). W obu konstrukcjach częściej sprawcami są mężczyźni, którzy pozbawiają życia żony lub partnerki [6, 8]. Kobiety zwykle zabijają swoje dzieci [12, 28, 29]. Oba typy zabójstw-samobójstw dokonywane są przede wszystkim w obrębie układu rodzinnego [8–10]. Zestawienie rozbieżności między „podwójną śmiercią” a „samobójstwem rozszerzonym” zawiera tabela.

Tabela. Zasadnicze odmienności „podwójnej śmierci” i „samobójstwa rozszerzonego”

Kryteria	Podwójna śmierć	Samobójstwo rozszerzone
Zaburzenia psychiczne u sprawcy w czasie czynu	zaburzenia psychotyczne, zaburzenia osobowości, uzależnienia	ciężkie depresje psychotyczne, reakcje psychotyczne, zaburzenia schizofaktywne
Inne czynniki sprawcze	mogą mieć istotne znaczenie (zazdrość, frustracje intymnych relacji, litość, zemsta, trudności finansowe, rodzinne, społeczne)	na ogół mają niewielkie znaczenie (ciężkie choroby somatyczne, rozpad rodziny, problemy finansowe)
Konflikty z ofiarą (w tym agresja poprzedzająca zabójstwo)	zwykle obecne	zwykle nieobecne
Relacja uczuciowa sprawcy z ofiarą	ambiwalentna/negatywna	pozytywna
Planowanie działań	na ogół zachowanie impulsywne/reaktywne	na ogół zachowanie planowane
Chęć uchronienia bliskich przed zagrożeniem (realnym i nierealnym)	zwykle nieobecna	zwykle obecna
Pierwzoplanowy cel sprawcy	dokonanie zabójstwa	dokonanie samobójstwa
Trzeźwość sprawcy	zwykle nietrzeźwy	zwykle trzeźwy
Metoda zabójstwa	bez liczenia się z cierpieniami ofiary	minimalizująca cierpienia ofiary

Przedmiot sprawy

Zofia K., w okresie rzutu miała 32 lata, pochodziła z wielodzietnej rodziny. Jej ojciec chorował na depresję, wiele lat wcześniej zginął śmiercią samobójczą. Badana ukończyła studia magisterskie, przez 8 lat była zatrudniona jako pracownik biurowy. Na 8 lat przed czynem zawarła małżeństwo. Pierwsza ciąża zakończyła się poronieniem, z drugiej ciąży (przebieg z komplikacjami) urodziło się zdrowe dziecko.

Przypisano jej status podejrzanego o to, że w zamiarze bezpośrednim pozbawienia życia wrzuciła swojego kilkuletniego syna do zbiornika wodnego, powodując

gwałtowny zgon dziecka w wyniku utonięcia (czyn z art. 148 § 1 kk). Przesłuchana w dniu zdarzenia Zofia K. podała, że sprawcą czynu był mężczyzna, którego spotkała przypadkowo, i to on wrzucił dziecko do wody. Następnego dnia przyznała, że podała nieprawdę, gdyż nie mogła uwierzyć, że dopuściła się zabójstwa własnego dziecka. W dniu zdarzenia wraz z dzieckiem wybrała się do koleżanki. Ostatecznie do niej nie dotarła, trafiła na przystań. Tam spędziła z synem całą noc. Do 3.00 nad ranem rozmawiała przez telefon z mężem, matką, siostrą i bratem. Dziecko zasnęło na jej rękach. Pojawiła się wówczas myśl, że nie poradzi sobie z wychowaniem syna i sprawami domowymi. Oświadczyła: „Zabiłam dziecko, gdyż je kochałam”. Poczuli impuls, aby razem z synem skoczyć do wody i odebrać sobie i jemu życie. Kilka razy podchodziła do barierki i cofała się. Nie pamiętała momentu wrzucenia dziecka do wody. Później schodziła po drabinie do wody, aby je ratować. Stała w zimnej wodzie, czuła się zdrętwiała, zszokowana. Myślała, żeby popłynąć, ale nie umie pływać. Mówiła: „Ja chciałam popełnić samobójstwo i zabrać ze sobą syna”; „Biłam się ze swoimi myślami, właściwie nie wiedziałam co mam zrobić, myślałam, że skoczę, właśnie razem z nim, jakoś się tego bałam”. W tym momencie przypadkowe osoby wyciągnęły ją z wody. Następnie została wezwana policja, która ją zatrzymała. Poza tym podała, że teściowa we wszystkim ją krytykowała. Na miesiąc przed zdarzeniem chciała ukarać męża za to, że nie mogli się „dogadać w wielu rzeczach”. Nie wróciła wtedy na noc do domu, była z synem na przystani. Potem bała się, że odbiorą jej prawa rodzicielskie. Myśl o tym, aby skończyć ze sobą i z synem, po raz pierwszy pojawiła się już dziesięć miesięcy wcześniej. Po urodzeniu dziecka wszystko było dobrze, opiekowała się nim wspólnie z mężem. Nie brała regularnie leków psychiatrycznych, bo nie wierzyła, że jej pomogą.

Mąż podejrzaney podał, że wieczorem przed krytycznym zdarzeniem żona z synem wybrała się do koleżanki, mieli tam przenocować. Później telefonicznie rozmawiała z członkami rodziny, do czasu rozładowania się jej telefonu. Żona chorowała na depresję poporodową. Od początku choroby mówiła, że chce się zabić – odkręcić gaz, skoczyć z wieżowca. Mąż oznajmił: „Ciągle mówiła, że to wszystko przez syna”; „Żona nie akceptowała syna, denerwował ją”; „Mówiła, że nie wróci do pracy, bo dziecko ją tłamsi”. Nigdy nie uderzyła syna, ale bywało, że nagle używała wobec niego wulgarnych słów, np.: „Odejdź, bachorze, nie dotykaj mnie”, „Przestań wydierać mordę”.

Matka podejrzaney podała, że Zofia K. martwiła się, że zostanie zwolniona z pracy i nie da rady utrzymać dziecka („Najważniejsza dla niej była praca”).

Leczenie psychiatryczne

Na trzy lata przed czynem badana podjęła leczenie w poradni psychiatrycznej. W tym czasie nie radziła sobie z obowiązkami. Rozpoznano u niej epizod ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi, a następnie schizofrenię. Prezentowała jednostajny afekt, sztywną mimikę, napięcie emocjonalne, gniewliwy nastrój. Jej wypowiedzi wskazywały na magiczne myślenie. Odnotowano cechy rozpadu osobowości i autyzm.

Dwa miesiące później przez dwie godziny przebywała w szpitalu psychiatrycznym, gdzie stwierdzono u niej zespół depresyjny. Została wypisana na własne żądanie. Po kolejnym tygodniu przyjęto ją do kliniki psychiatrycznej, w której przebywała przez

cztery miesiące. Zdiagnozowano u niej ciężki epizod depresji z objawami psychotycznymi (myśli samobójcze, obniżenie nastroju, lęk o najbliższych, poczucie bezradności w opiece nad synem, urojenia o treści depresyjnej). Nadal jednak budziła wątpliwości diagnostyczne – „obserwacja w kierunku schizofrenii”.

Po miesiącu od opuszczenia kliniki zgłosiła się do drugiej poradni psychiatrycznej. Podała, że nie zażywała leków zaleconych w szpitalu. Podczas wizyty uważała, że nie poradzi sobie z wychowaniem syna, rozważała oddanie go do domu dziecka. Przez kolejny rok w historii choroby z poradni opisywano pogorszony stan psychiczny – wyraźne objawy urojeniowo-depresyjne. W końcu została przyjęta na dzienny oddział psychiatryczny – rozpoznano zespół depresyjny.

Pół roku później została przyjęta do innej niż wcześniej kliniki psychiatrycznej z powodu nawracających zaburzeń depresyjnych – ciężkiego epizodu depresyjnego z objawami psychotycznymi. W trakcie hospitalizacji relacjonowała niejasne poczucie zagrożenia o przyszłość syna, poczucie niespełnienia w roli matki, poczucie chaosu i nieuporządkowania w głowie, niepokoju wewnętrznego. Twierdziła, że dziecko nie powinno się urodzić, że decyzja o ciąży była nieprzemysłana. Miała poczucie winy, ale także obarczała odpowiedzialnością rodzinę (szczególnie syna) za swoją ówczesną sytuację zdrowotną.

Trzy miesiące później zgłosiła się do kolejnej (trzeciej) poradni psychiatrycznej, gdzie postawiono diagnozę nawracających zaburzeń depresyjnych – w stanie remisji. W ciągu czterech miesięcy poprzedzających inkryminowany czyn opisywano u badanej wyrównany stan psychiczny. W tym czasie relacjonowała jedynie nieporozumienia z mężem i krytyczną postawę teściowej wobec niej. Negowała w tym okresie agresywne impulsy wobec syna i zachowania autoagresywne. Nie ujawniała objawów psychotycznych ani myśli samobójczych.

W całej dokumentacji pojawiały się adnotacje o tym, że badana przyjmowała leki nieregularnie i bez przekonania.

W różnej dokumentacji znajdowały się liczne zapisy odnoszące się do syna badanej. Zofia K. podawała m.in., że dziecko zmarnowało jej życie i z tego powodu jest nic niewarta („Mogłam w ogóle go nie mieć, byłam dobrym pracownikiem, miałam poczucie własnej wartości”). Chciała oddać dziecko do adopcji („Żałuje, że mam dziecko”). Bała się, że zrobi mu coś złego. Zwierzała się siostrze, że „widzi dwie trumny, swoją i syna”. Jednocześnie obawiała się o zdrowie i życie syna. Uważała, że nie poradzi sobie z jego wychowaniem.

Wyniki badań sądowych

Podczas badania ambulatoryjnego, które odbyło się następnego dnia po czynie, biegli nie stwierdzili u niej ostrych objawów psychotycznych. Negowała wówczas myśli samobójcze. Inkryminowane zachowanie tłumaczyła „załamaniami nerwowymi”. Zdaniem biegłych wypowiadała skargi depresyjne. Odnotowali oni, że badana rozważała rozwiązanie problemów poprzez samobójstwo rozszerzone.

Półtora miesiąca po czynie Zofia K. została przyjęta na obserwację sądowo-psychiatryczną. Na temat zaburzeń psychicznych i leczenia podała informacje zbieżne z zawartymi

w dokumentacji. Twierdziła, że do czasu zdarzenia podjęła tylko jedną próbę samobójczą – chciała otruć się gazem. W czasie tej hospitalizacji zachowywała się w sposób dostosowany, wykonywała polecenia personelu. Systematycznie przyjmowała leki. Interesowała się leczeniem psychiatrycznym, sprawami socjalnymi, swoją sytuacją zawodową, kontaktami z rodziną. Zjadała posiłki, dbała o higienę, ubiór, porządek i swój wygląd. Nie unikała kontaktów z innymi pacjentami. Organizowała sobie czas (haftowanie, czytanie, pisanie listów), co – jak twierdziła – dawało jej ulgę, gdyż nie myślała tak intensywnie o zdarzeniu. Przejawiała typowe objawy depresyjne, ale bez komponenty psychotycznej.

Badanie psychologiczne wykazało u niej inteligencję w górnej granicy normy, brak było wykładników organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Osobowość badanej oceniono jako noszącą cechy histrioniczno-narcystyczne. Opisywano, że sytuacje trudne, wewnętrznie sprzeczne wywoływały u niej stany napięcia emocjonalnego, zakłócenia w przetwarzaniu informacji, co w konsekwencji prowadziło do błędnych interpretacji wydarzeń i trudności w rozumieniu konsekwencji swojego działania. Stwierdzono, że badana odczuwała ciągle przeciążenie, brak możliwości kontrolowania własnego zachowania, chaotyczność działania przy otwartym manifestowaniu swoich postaw, oczekiwań, uczuć, nie licząc się z oczekiwaniami i wymogami społecznymi. Mimo odczuwanej potrzeby osiągnięć, wysokich aspiracji nie podejmowała działań w celu ich realizacji, a decyzje mające służyć realizacji tych zamierzeń były podejmowane pochopnie, bezrefleksyjnie, nieefektywnie i wynikały z niedojrzałej sfery emocjonalnej i stanu chorobowego. Odnotowano, że łatwo nawiązywała płytkie i powierzchowne kontakty z innymi ludźmi, koncentrując się na zaspokajaniu własnych potrzeb. Skupiała się na zewnętrznych aspektach relacji (wygląd, ubiór, wiek). Nie miała wglądu w emocje i potrzeby innych. Odczuwała silną potrzebę akceptacji, oczekując od otoczenia zainteresowania, opieki i oparcia. Przy braku oczekiwanych reakcji odczuwała złość, wrogość, którym to emocjom zaprzeczała i ujawniała je w sposób pośredni (poprzez napięcie, obniżony nastrój, rozdrażnienie, zachowania teatralne, demonstracyjne). W ocenie psychologa była emocjonalnie niedojrzała i egocentryczna. Na poziomie intelektualnym zdolna była do identyfikowania się z rolą żony i matki, jednak konieczność poświęcania się, zaangażowania, rezygnowania z przyjemności wywoływała u niej postawę oporu i niechęci.

Zespół biegłych stwierdził u Zofii K. chorobę psychiczną w postaci nawracających ciężkich zaburzeń depresyjnych z objawami psychotycznymi, które czyniły ją niepočetną w stosunku do zarzutu. Jej zachowanie określono w kategoriach samobójstwa rozszerzonego. Biegli wnieśli o stosowanie środka zabezpieczającego.

Omówienie

Przedstawiony przypadek stanowi ilustrację trudności orzeczniczych sądowo-psychiatrycznych, ale także kryminologicznych. Czy można zakwalifikować czyn dokonany przez Zofię K. do jednej z wymienionych kategorii zabójstwa połączonego z usiłowaniem samobójstwa sprawcy?

Z materiału sprawy wynikało, że z zamiarem odebrania sobie życia badana nosiła się od wielu miesięcy. Od prawie roku rozmyślała o jednoczesnym pozbawieniu życia

siebie i syna. Jednocześnie nie można pomijać faktu, że w ostatnich miesiącach przed zdarzeniem znajdowała się w wyrównanym stanie psychicznym, wręcz negowała zamiary autodestrukcyjne wobec siebie i dziecka. Materiał nie dostarcza informacji, które mogłyby wskazywać, że inkryminowany czyn był wynikiem tzw. bilansu depresyjnego. Bardziej prawdopodobne wydaje się, że w ostatnim okresie przed zdarzeniem doszło do wyraźnego i szybkiego pogłębienia się objawów depresyjnych z elementami patologicznego myślenia. Mogłoby to przemawiać za motywacją działania opisywaną w „samobójstwie rozszerzonym”, co rozważali biegli już następnego dnia po czynie. W tym wypadku termin „podwójnej śmierci” okazuje się zbyt ogólny. Napotykamy tu wszakże istotną wątpliwość natury diagnostycznej. Co prawda w ciągu trzech lat Zofia K. korzystała z leczenia w kilku niezależnych od siebie ośrodkach psychiatrycznych, gdzie stawiano u niej rozpoznanie ciężkich zaburzeń depresyjnych z objawami psychotycznymi, czyli takich, które najczęściej wiążą się z terminem „samobójstwa rozszerzonego”, jednak nie sposób pominąć niejasności diagnostycznych dotyczących procesu schizofrenicznego. Jeśli okazałoby się, że taki proces rzeczywiście się u niej rozwijał, to czy nie bezpieczniej było określić inkryminowane zachowanie w kategoriach „podwójnej śmierci”, które nie ma aż takich konotacji diagnostycznych?

Sama badana podkreślała, że przed krytycznym zdarzeniem była rozchwiana w swoich dążeniach, czego wyrazem były kilkakrotne „próby” zbliżania się do barier ochronnych. Twierdziła, że „biła się z myślami”, co wpisuje się w cechy jej osobowości (określone w badaniu psychologicznym). Co prawda nie udowodniono jednoznacznych związków między samobójstwem usiłowanym (próbą samobójczą) a określonym typem zaburzeń osobowości, jednak zdarza się, że łączy się je właśnie z osobowością histrioniczną lub niedojrzałą [30]. Zdaniem Kępińskiego [31] u osób histrionicznych najważniejsza w życiu decyzja – żyć lub umrzeć – nie jest dostatecznie silna. Równocześnie występują przeciwstawne stany – rozważania o samobójstwie, ale także wątpliwość: „może jednak żyć”. Dominującą cechą osobowości niedojrzałej skłaniającą do samobójstwa jest natomiast niewielka odporność na stres oraz reagowanie autodestrukcją w sytuacjach zagrożenia [32], co także cechowało sprawczynię.

Zakładając, że objawy depresyjne nałożyły się na predyspozycje jej zaburzonej osobowości, trudno jednoznacznie określić, który z tych elementów był wówczas dominujący [33]. W tym kontekście nie można kategorycznie rozstrzygnąć, czy pierwotnym zamiarem sprawczyni było zabójstwo (przemawiałoby to za „podwójną śmiercią”), czy też samobójstwo, jednak poprzedzone zabójstwem (argument za „samobójstwem rozszerzonym”).

Z dokumentacji medycznej i zeznań męża wynikało, że badana miała zmienny stosunek do syna, od pozytywnego i zadowolonego poprzez ambiwalentny aż do negatywnego – to kryterium także nie ułatwia wyboru między uwzględnionymi konstrukcjami. W działaniu Zofii K. nie można doszukać się pobudek altruistycznych (także o charakterze patologicznym). Z jej relacji wynikało, że nie tyle chodziło jej o dobro dziecka, ile o własne obawy o wydolność w roli rodzica i poczucie strat zawodowych. Zdaniem Stukana i Staszaka [21] w wypadku tego typu sprawców należy raczej mówić o „skrajnie nasilonym egocentryzmie”, który przecież nie wpisuje się w klasyczną definicję „samobójstwa rozszerzonego”.

W „samobójstwie rozszerzonym” zwykle nie ma aktów agresji wobec ofiary poprzedzających zabójstwo, zwłaszcza jeśli ofiarą jest dziecko. Z relacji męża badanej wynikało natomiast, że wielokrotnie w jej zachowaniu wobec syna pojawiały się złość oraz wulgarność. Mechanizm takich zachowań został wyjaśniony w ocenie psychologicznej – nie były one następstwem zaburzeń chorobowych, wynikały z konstrukcji jej osobowości.

Wychodząc od opisu zachowania sprawczyni podczas czynu i biorąc pod uwagę przytoczone definicje zamieszczone w literaturze przedmiotu, można przyjąć, że obraz przestępstwa najbliższy jest „podwójnej śmierci”, który to termin jest zresztą szerszy niż „samobójstwo rozszerzone” [21]. O ile jej intrapsychiczna motywacja mogła wynikać z obecności objawów depresyjnych, modyfikowanych jedynie cechami osobowości [33], o tyle sposób dokonania przestępstwa (jego fenomenologia) wiązał się przede wszystkim z zaburzoną osobowością sprawczyni. Za takim stanowiskiem przemawiało m.in. to, że Zofia K. znalazła się wraz z synem w miejscu publicznym, zapewne w otoczeniu innych osób, prowadziła wielogodzinne rozmowy z kilkoma członkami rodziny (szukała pomocy, wsparcia, uwagi), nie pamiętała momentu wrzucenia dziecka do wody. Po zatrzymaniu podała nieprawdziwy przebieg zdarzenia, który należy interpretować jako wyraz przyjętej przez nią celowej postawy obronnej. Opisy jej zachowania tempore criminis odpowiadały charakterystyce osobowości histrionicznej, podawanej przez Kępińskiego – „samobójstwo jest przede wszystkim w ich wypadku wołaniem o pomoc” [31, s. 80]. Niejednoznaczny jest także sam sposób uśmiercenia dziecka – nie ma co prawda rozlewu krwi, ale zarazem trudno uznać, że wrzucenie bezbronnego dziecka do wody nie nosi znamion brutalności.

Przedmiotem orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego są sytuacje, w których sprawca zabójstwa przeżył zamach samobójczy. Jednym z kluczowych zadań biegłych w postępowaniu karnym jest ocena poczytalności sprawcy w odniesieniu do zarzucanego mu czynu, a więc odpowiedź na pytanie, w jakim stopniu ewentualne zaburzenia psychiczne mogły wpływać na jego zdolność do rozpoznania znaczenia czynu i pokierowania swoim postępowaniem. Odpowiedź powinna przede wszystkim sprowadzać się do analizy konkretnego stanu zdrowia psychicznego sprawcy, oceny jego tła motywacyjnego oraz dodatkowych okoliczności czynu, a nie rozważań, czy inkryminowane zachowanie można zakwalifikować w kategoriach konstruktów opisujących zabójstwo-samobójstwo. Mimo że w omawianym przypadku sprawczyni jedynie rozważała samobójstwo, to pierwszy zespół biegłych, opierając się na jej relacjach, zaczął podejrzewać „samobójstwo rozszerzone”, a drugi je potwierdził. Być może w celu ustalenia, czy rzeczywiście konkretny przypadek można analizować w kategoriach „samobójstwa rozszerzonego” lub „podwójnej śmierci”, najpierw należy zasięgnąć opinii nie biegłych psychiatrów i psychologów, ale biegłych z zakresu medycyny sądowej, którzy wypowiedzą się o stopniu zagrożenia życia sprawcy w wyniku próby samobójczej. Pozwoliłoby to na zobjektywizowanie okoliczności krytycznego zdarzenia, a przez to wyeliminowanie przypadków wątpliwych.

W omawianym przypadku występują pewne elementy wspólne dla obu konstruktów, zwłaszcza dotyczące czynników środowiskowych: samobójcza śmierć chorego na depresję ojca i obciążenia psychiczne wynikające z tego faktu; obawa przed utratą pracy, która podnosiła poczucie wartości sprawczyni; przewlekające się trudności

w relacjach interpersonalnych (z mężem, teściową, matką), a także typowe problemy terapeutyczne (przerywanie leczenia, negowanie zasadności terapii, przedwczesne opuszczenie szpitala).

Czyn dokonany przez Zofię K., bez względu na to, jak go zakwalifikujemy, można rozpatrywać w odniesieniu do jej stanu klinicznego i tu pojawia się jeszcze jedna kwestia – występowanie u niej objawów tzw. syndromu presuicydalnego [1, 19, 34] w postaci lęku, ograniczenia relacji międzyludzkich, braku ustalonych hierarchii wartości, obecności fantazji na temat śmierci i bycia martwym wraz z synem. Wydaje się, że ten aspekt nie został wystarczająco wyraźnie dostrzeżony przez badających ją psychiatrów i psychologów, co być może mogłoby obniżyć ryzyko niebezpiecznych zachowań z jej strony.

Kryminolodzy wykorzystują fakt kliniczny, który jest przede wszystkim przedmiotem analiz psychologicznych i psychiatrycznych, natomiast psychiatrzy dokonują ocen w zakresie swoich kompetencji, czerpiąc z fenomenologii kryminalnej. Analizują informacje z opisu przebiegu przestępstwa, doszukują się w nich elementów, które można wykorzystać przy rekonstrukcji stanu psychicznego sprawcy tempore criminis. Kryminolodzy ocenę stanu klinicznego sprawcy wykorzystują do wyjaśnienia etiologii przestępstwa. Interakcja między sferą kliniczną a zjawiskami kryminologicznymi jest dwustronna i wzajemnie się uzupełniająca. Jaka jest zatem wartość praktyczna terminów „podwójna śmierć” (samobójstwo poagresyjne) czy „samobójstwo rozszerzone”?

Przyczyny zabójstwa-samobójstwa należy analizować z wielowymiarowej perspektywy, uwzględniającej ewentualne patologiczne podłoże czy wręcz konkretne stany chorobowe. Jednocześnie nie należy pomijać determinantów środowiskowych [13, 35], w tym realnych problemów, których z punktu widzenia sprawcy nie można rozwiązać [32].

Komplikacjom orzeczniczym sprzyja brak jasnych definicji przytoczonych terminów, ich różnorodność, wzajemne przenikanie się kryteriów, możliwość szerokiego ich stosowania, co może doprowadzać do nadinterpretacji i nadużyć. Jak wskazuje na to analizowany przypadek, nie ma prostego przełożenia między patologią życia psychicznego a motywacją, motywacją a zachowaniem, sposobem działania a obrazem czynu przestępczego. Zarówno kryminologia, jak i psychiatria czerpią z innych źródeł, inne mają założenia i cele, a także inne spojrzenie na przestępstwo. Wartość współpracy specjalistów tych dziedzin polega właśnie na ich odrębności. O ile w kryminologii stosowanie omawianych konstruktów może mieć znaczenie w sensie pewnego pojęcia, skrótu myślowego, pod którym kryje się fenomenologiczne znaczenie czynu, pewna zewnętrzna interakcja między sprawcą a ofiarą czy charakter zbrodni, o tyle w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym praktyczna możliwość ich wykorzystania wydaje się wątpliwa, a niekiedy może być nawet powodem błędów. Przyjęcie a priori pewnego konstruktu wyjaśniającego przestępstwo na poziomie fenomenologicznym może prowadzić do mylnych wniosków w zakresie etiologii czynu.

Wnioski

Stosowanie jednego z omawianych konstruktów do opisu sytuacji zabójstwa, a następnie samobójstwa sprawcy winno być ograniczone wyłącznie do szczególnych wypadków, w których wyniki skrupulatnych badań z zakresu medycyny sądowej,

kryminologii, psychiatrii i psychologii sądowej nie pozostawiają wątpliwości co do przebiegu krytycznego zdarzenia, charakteru relacji między sprawcą i ofiarą, przebiegu ewentualnych zaburzeń psychicznych u sprawcy, a także jego motywacji działania. Omawiany przypadek pokazuje, że użyteczność ich stosowania w praktyce sądowo-psychiatrycznej i psychologicznej jest bardzo ograniczona. Nadużywanie ich może się przyczyniać do zbyt uproszczonych wniosków orzeczniczych.

Piśmiennictwo

1. Hołyst B. *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1983.
2. Gross A. *Samobójstwa słynnych ludzi – Sokrates i cykuta*. Arch. Med. Sąd. 2000; 50(4): 365–371.
3. Hołyst B. *Kryminologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1999.
4. Grabherr S, Johner S, Dilitz C, Buck U, Killias M, Mangin P i wsp. *Homicide-suicide cases in Switzerland and their impact on the Swiss Weapon Law*. Am. J. Forensic Med. Pathol. 2010; 31(4): 335–349.
5. Liem M, Barber C, Markwalder N, Killias M, Nieuwbeerta P. *Homicide-suicide and other violent deaths: An international comparison*. Forensic Sci. Int. 2011; 207(1–3): 70–76.
6. Milroy CM. *Reasons for homicide and suicide in episodes of dyadic death in Yorkshire and Humbrside*. Med. Sci. Law 1995; 35(3): 231–237.
7. Gillespie M, Hearn V, Silverman RA. *Suicide following homicide in Canada*. Homicide Stud. 1998; 2(1): 46–63.
8. Lecomte D, Fornes P. *Homicide followed by suicide. Paris and its suburbs, 1991–1996*. J. Forensic Sci. 1998; 43(4): 760–764.
9. Milroy CM. *The epidemiology of homicide suicide (dyadic death)*. Forensic Sci. Int. 1995; 71(2): 117–122.
10. Coid J. *The epidemiology of abnormal homicide and murder followed by suicide*. Psychol. Med. 1983; 13: 855–860.
11. Aderibigbe YA. *Violence in America: A survey of suicide linked to homicides*. J. Forensic Sci. 1997; 42(4): 662–665.
12. Byard RW, Knight D, James RA, Gilbert J. *Murders-suicides involving children: A 29-year study*. Am. J. Forensic Med. Path. 1999; 20(4): 323–327.
13. Byard RW. *Murder-suicide. An overview*. Forensic Pathol. Rev. 2005; 3: 337–347.
14. Mandal E, Zalewska K. *Style przywiązania, traumatyczne doświadczenia z okresu dzieciństwa i dorosłości, stany psychiczne oraz metody podejmowania prób samobójczych przez kobiety leczone psychiatrycznie*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(1): 75–84.
15. Haines J, Williams ChL, Lester D. *Murder-suicide: A reaction to interpersonal crisis*. Forensic Sci. Int. 2010; 202(1–3): 93–96.
16. Holland M, Brown SV, Hall JE, Logan JE. *Circumstances preceding homicide-suicides involving child victims: A qualitative analysis*. J. Interpers. Violence 2018; 33(3): 379–401.
17. Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM. *Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder*. J. Abnorm. Psychol. 2002; 111(1): 198–202.
18. Jarema M. *Czy można ocenić ryzyko samobójstwa?* Psychiatr. Pol. 2018; 52(1): 7–19.

19. Rodziński P, Rutkowski K, Ostachowska A. *Progresja myśli samobójczych do zachowań samobójczych w świetle wybranych modeli suicydologicznych*. Psychiatr Pol. 2017; 51(3): 515–530.
20. Felthous AR, Hempel AG, Heredia A, Freeman E, Goodness K, Holzer C i wsp. *Combined homicide-suicide in Galveston County*. J. Forensic Sci. 2001; 46(3): 586–592.
21. Stukan J, Staszak A. *Samobójstwo rozszerzone i poagresyjne – próba uporządkowania pojęć*. Probl. Krym. 2018; 301(3): 35–43.
22. Pużyński S. *Choroby afektywne nawracające*. W: Bilikiewicz A. red. *Psychiatria*, t. 2. Wrocław: Urban i Partner; 2002. S. 396–397.
23. Bolechała F, Strona M, Konopka T. *Modus operandi niepoczytalnych sprawców w zabójstwach wielokrotnych*. Arch. Med. Sąd. 2010; 60: 207–215.
24. Szymusik A. *Zabójstwa popełniane przez chorych psychicznie*. W: Gierowski JK, Majchrzyk Z. red. *Psychopatologia zabójstw. Sympozjum Naukowe Sekcji Psychiatrii Sądowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego XXXVII Zjazd Naukowy Psychiatrów Polskich*. Warszawa: Sekcja Psychiatrii Sądowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; 1992. S. 21–26.
25. Bloch-Bogusławska E, Wolska E, Engelgardt P, Pufal E. *Przypadki samobójstw poagresyjnych w materiale Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Bydgoszczy*. Arch. Med. Sąd. 2006; 61: 169–172.
26. Liem MCA, Koendraadt F. *Homicide-suicide in the Netherlands: A study of newspaper reports, 1992–2005*. J. Forensic Psychiatry Psychol. 2007; 18(4): 482–493.
27. Czabański A. *Spoleczna charakterystyka samobójstw rozszerzonych*. Poznańskie Zeszyty Humanistyczne 2011; 16: 19–24.
28. Kunz J, Bolechała F, Kaliszczak P. *Sądowo-lekarska problematyka zabójstwa z samobójstwem sprawcy („dyadic death”)*. Arch. Med. Sąd. 2002; 3: 163–176.
29. Kaliszczak P, Kunz J, Bolechała F. *Samobójstwa poagresyjne – problematyka kryminalistyczno-procesowa*. Arch. Med. Sąd. 2002; 3: 177–185.
30. Jakubik A. *Zaburzenia osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1997.
31. Kępiński A. *Melancholia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1985.
32. Araszkievicz A, Pilecka E. *Problematyka związku zabójstwa z samobójstwem sprawcy*. Suicydologia 2009/2010; 5–6: 105–108.
33. Pilszyk A, Cynkier P. *Samobójstwo rozszerzone – depresja a osobowość borderline*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(3): 517–527.
34. Albański L. *Wybrane zagadnienia patologii społecznej*. Jelenia Góra: Kolegium Karkonoskie w Jeleniej Górze; 2010.
35. Dogan KH, Demirci S, Gunaydin G, Buken B. *Homicide-suicide in Konya, Turkey between 2000 and 2007*. J. Forensic Sci. 2010; 55(1): 110–115.

Adres: Przemysław Cynkier
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
Wydział Filozofii Chrześcijańskiej
Instytut Psychologii
01-938 Warszawa, ul. Wóycickiego 1/3
e-mail: p.cynkier@uksw.edu.pl

Otrzymano: 15.09.2020

Zrecenzowano: 20.10.2020

Otrzymano po poprawie: 27.10.2020

Przyjęto do druku: 16.11.2020