



Opinie sędowo-psychiatryczne po obserwacjach szpitalnych osób z zaburzeniami psychotycznymi: (1) analiza rodzaju czynów karalnych

Forensic psychiatric opinions after hospital observation of individuals with psychotic disorders: (1) analysis of criminal acts

ELŻBIETA BOGDANOWICZ, DANUTA HAJDUKIEWICZ

Z Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN w Pruszkowie

STRESZCZENIE. Przeprowadzono analizę 256 (27%) spośród 936 opinii wydanych po obserwacji szpitalnej sprawców, u których tempore criminis rozpoznano zaburzenia psychotyczne: schizofrenię, psychozy urojeniowe i urojeniowo-omamowe o różnej etiologii, zespoły paranoiczne o różnej etiologii, choroby afektywne i ostre psychozy alkoholowe. Osoby te dopuściły się ogółem 286 czynów karalnych, wśród których najczęstszymi okazały się czyny przeciwko życiu i zdrowiu, czyny przeciwko wolności (groźby karalne) oraz czyny przeciwko mieniu. Porównanie uzyskanych wyników z wynikami badań Uszkiewiczowej z 1960 r. wykazało, że odsetki osób z zaburzeniami psychotycznymi w ogóle a schizofrenii w szczególności pozostały zbliżone, natomiast odsetek osób z chorobami afektywnymi – wzrósł. Wśród czynów chorych na schizofrenię rzadziej zdarzały się czyny przeciwko życiu i zdrowiu (w tym zabójstwa), a częściej przeciwko mieniu, przy czym przedmiot agresji pozostał podobny (matki, bliska rodzina). Natomiast u osób z chorobami afektywnymi wzrósł odsetek czynów przeciwko życiu i zdrowiu oraz czynów przeciwko mieniu, przy czym, podobnie jak w latach sześćdziesiątych, czyny te, poza jednym wyjątkiem, dokonane zostały w fazie maniakalnej choroby.

SUMMARY. Out of the total of 936 forensic-psychiatric opinions on individuals submitted to hospital observation, 256 (27%) cases were analyzed in which the presence of psychotic disorders tempore criminis had been diagnosed. The disorders included schizophrenia, delusional and delusional-hallucinatory psychoses of various etiology, paranoid syndromes of various etiology, affective disorders and acute transient alcohol psychoses. The perpetrators committed the total of 286 punishable acts, among which these against life and health, against freedom (punishable threats) and against property turned out to be the most frequent. A comparison of the findings with data reported by Uszkiewiczowa (1960) indicated a similar proportion of perpetrators with psychotic disorders in general and with schizophrenia, as well as an increase in the proportion of those with affective disorders. As regards perpetrators with schizophrenia, the proportion of offences committed against life and health (including homicide) has decreased, while that against property has risen, with no change in the type of aggression directed at the environment (mother, close relatives). On the other hand, as regards perpetrators with affective disorders, an increase was noted in the proportion of offences against life and health, as well as against property. Patients committed these criminal acts (with one exception) in the manic phase of the disease, similarly as in the 1960s.

Słowa kluczowe: psychozy / orzecznictwo sędowo-psychiatryczne

Key words: psychoses / forensic-psychiatric expertise

W literaturze przedmiotu częstość i rodzaj czynów dokonywanych przez osoby chore psychicznie analizowane są głównie

w odniesieniu do poszczególnych rozpoznań klinicznych. W Polsce całościową analizę 4200 ekspertyz szpitalnych z lat 1953–1957

opublikowała w 1960 r. Uszkiewiczowa [30]. Doniesień traktujących powyższy problem podobnie szeroko w polskim piśmiennictwie nie było.

Prace opublikowane w pierwszej połowie naszego wieku wskazywały, że sprawcy czynów karalnych, u których rozpoznano psychozę zajmowali trzecie miejsce pod względem liczebności po (wg starej terminologii) psychopatii i niedorozwoju umysłowym [3, 7]. W materiale Uszkiewiczowej (która wydzielala poszczególne psychozy) trzy pierwsze miejsca zajmowały: psychopatia, alkoholizm i niedorozwój umysłowy, a czwarte – schizofrenia. Biorąc jednak pod uwagę, że w badanej przez autorkę grupie alkoholizmu znajdowało się kilkadziesiąt przypadków psychoz alkoholowych, zaś psychozy znajdowały się również wśród innych wydzielonych grup (np. zaburzeń inwolucyjnych) – to założyć można, że w materiale Uszkiewiczowej psychozy traktowane łącznie zajmowały drugie miejsce. Autorka pominęła psychozy reaktywne, które były reakcją na sytuację sprawcy, w której znalazł się po dokonaniu czynu, a które nie istniały w okresie jego dokonywania.

I w piśmiennictwie, i wśród biegłych psychiatrów panuje zgodny pogląd na to, że najliczniejszą grupę wśród osób przejawiających zaburzenia psychotyczne stanowią chorzy na schizofrenię, np. w materiale Wernera – 11,4%, Bednarza – 22,2%, Uszkiewiczowej – 13% [3, 7, 30].

W piśmiennictwie podkreśla się znaczną częstość czynów przeciwko życiu i zdrowiu popełnianych przez chorych na schizofrenię. W pracy Uszkiewiczowej czyny te stanowiły 21% wszystkich popełnionych przez nich przestępstw (w tym zabójstwa stanowiły 12,2%), w materiale Wojdyślowskiej-Wald – 39,9% (zabójstwa – 9,12%) [30, 33]. Zwraca się uwagę na to, że sprawcy tych czynów poważnie nie zdają sobie sprawy z ich wagi, nie mają poczucia winy, a ponadto, że realizują je brutalnie, gwałtownie, z okrucieństwem, bez widocznych motywów, a niekiedy jako reakcję na słaby bodziec [9, 10, 14, 15, 22, 23, 33, 34]. Ofiarami

najczęściej są osoby z rodziny chorego, często matki [9, 14]. Zdaniem Estroffa i wsp. dotyczy to szczególnie matek dorosłych synów chorujących na schizofrenię, wspólnie z nimi zamieszkałych i pozostających na ich utrzymaniu [12]. Niektórzy autorzy zwracają uwagę na to, że ofiarami są zwykle osoby dobrze znane chorym, znacznie rzadziej – obcy [11]. Różycka i Thille badali 38 sprawców zabójstw rodziców i stwierdzili, że połowę badanych (19 osób) stanowiły osoby chore psychicznie, a wśród nich większość (16 osób) chorowała na schizofrenię [25]. Uszkiewiczowa wśród zabójców dzieci stwierdziła, że najliczniejszą grupę stanowili także chorzy na schizofrenię (25 z 76 osób).

Czyny przeciwko mieniu stanowiły w materiale Uszkiewiczowej 20%, a Wojdyślowskiej-Wald – 25% ogółu czynów dokonanych przez chorych na schizofrenię [30, 33]. Obie autorki twierdziły, że czyny tego rodzaju popełniają zwykle chorzy, u których rozpoznano tzw. „defekt” schizofreniczny. Wartość skradzionych przez nich przedmiotów jest zwykle niewielka, natomiast często już sam sposób dokonania kradzieży (przy świadkach, bez zachowania ostrożności) może nasuwać podejrzenia zaburzeń psychicznych sprawcy [16, 22, 23, 25, 31, 34].

Wg Uszkiewiczowej podpalenia – to 7,3% wszystkich czynów dokonanych przez chorych na schizofrenię, co oznacza niski odsetek w porównaniu z przedwojennymi wynikami Bednarza – 35% [4]. Wśród 304 sprawców pożarów badanych przez Fleszar-Szumigajową, chorzy na schizofrenię stanowili najliczniejszą grupę – 27% badanych [13]. W ocenie autorki chorzy ci równie często powodowali pożar przypadkowo, przez nieostrożność, co celowo i z przyczyn chorobowych. Na ogół autorzy są zgodni, że najczęściej podpalenia dokonywane przez chorych na schizofrenię są umotywowane przeżyciami psychotycznymi. Żakowska i Drogowski znaleźli w badanej grupie podpalaczy chorych na schizofrenię również takich, którzy w ten sposób protestowali przeciwko swojej realnie trudnej sytuacji [34].

W 1960 r. Uszkiewiczowa stwierdziła, że stosunkowo często chorzy na schizofrenię dokonali czynów karalnych o charakterze politycznym [13,6% ogółu]. Polegały one na szerzeniu fałszywych wiadomości i wypowiedziach antypaństwowych. Czyny o charakterze przestępstw seksualnych są wśród ogółu czynów podejmowanych przez chorych na schizofrenię nieliczne (wg Uszkiewiczowej – 2%). Ofiarami najczęściej są nieletni [9, 30].

Wielu autorów zwraca uwagę na problem wielokrotnego popełniania czynów karalnych przez tego samego chorego sprawcę. Wojdyśławska-Wald stwierdziła, że 39% badanych przez nią chorych na schizofrenię dopuściło się ponownie czynów karalnych, w tym: 20% ponowiło tego samego rodzaju czyny karalne, 7% ponowiło także te same, a ponadto dopuściło się innych czynów karalnych, zaś 12% popełniło następnie inne czyny [33]. Arutunian uważał za charakterystyczne dla schizofrenii to, że chorzy ci częściej niż sprawcy z innymi rozpoznaniem, popełniają kilkakrotnie jeden typ czynów karalnych (np. zabójstwo), zaś Blinow stwierdzał, że często następne czyny są cięższe niż ten, który spowodował internowanie sprawcy [2, 5].

Wyniki badań katamnesticznych 50 internowanych chorych na schizofrenię, w zestawieniu z wynikami badań tak samo licznych grup osób z rozpoznaniem alkoholizmu przewlekłego i zaburzeń osobowości, pozwoliły Hajdukiewicz na stwierdzenie, że z uwagi na charakter popełnionych czynów największe niebezpieczeństwo dla porządku prawnego niosą czyny chorych na schizofrenię [16]. Największy odsetek popełnionych przez nich czynów stanowiły czyny przeciwko życiu i zdrowiu. Odsetek ten nie zmniejszył się w odniesieniu do czynów osób, które po opuszczeniu szpitala ponownie dokonały czynów karalnych.

Zdarza się, że nieoczekiwany, groźny czyn (najczęściej zabójstwo) jest pierwszym objawem schizofrenii. Stransky wprowadził na określenie tych czynów termin *delictum initiale* [26]. Brzeziński uważał, że ok. 7% przypadków schizofrenii (oprócz postaci prostej)

rozpoczyna się wcześniejszym „wysokim prepsychotycznym” w postaci nieoczekiwanego, zaskakującego zachowania, czasem o charakterze czynu kryminalnego. Taki początek choroby autor nazywał paragnomenem [8]. Gdy motywy czynu (zwykle zabójstwa) są niezrozumiałe, należy brać pod uwagę, czy nie jest to pierwszy objaw choroby, choć do czasu ujawnienia się pełnych objawów schizofrenii może upłynąć szereg tygodni lub miesięcy [8, 9].

Autorzy zgadzają się, że groźne czyny karalne szczególnie często zdarzają się w postaci urojeniuwo-omamowej schizofrenii, która wg Uszkiewiczowej i Wojdyśławskiej-Wald występowała u ok. 61–63% osób badanych przez autorki [30, 33].

Za najbardziej kryminogenne objawy uważane są urojenia prześladowcze, zwłaszcza współwystępujące z omamami słuchowymi lub cielesnymi [9] oraz urojenia niewierności małżeńskiej [1]. Zdaniem Taylora w przypadkach zabójstw dominującymi objawami są urojenia i zaburzenia emocjonalne, w mniejszym stopniu omamy i negatywne objawy schizofrenii. Natomiast u chorych, którzy dopuścili się czynów przeciwnemu autor ten stwierdził częstsze chorobowe zaburzenia emocjonalne niż urojeniuwo-omamowe [29].

W innych postaciach schizofrenii czyny karalne są wynikiem działania impulsywnego lub zaburzeń emocjonalnych. Spett [1968] podkreślał gwałtowność nieoczekiwanego, często niebezpiecznego impulsu, jaki zdarza się czasem u chorych na katatonie, pod wpływem którego chory może być niebezpieczny dla siebie i otoczenia [9]. Wojdyśławska-Wald nie znalazła wśród badanych przez siebie osób sprawców czynów gwałtownych, takich, które były skutkiem podniecenia katatonicznego [33]. Autorka ta przypuszczała, że pogłębiona analiza opisywanych w literaturze pojedynczych przypadków takich działań, mogłaby jednak wykazać obecność urojeń u tych chorych.

W okresie tzw. „defektu” schizofrenicznego czyny niebezpieczne zdarzają się rzadko,

zwykle w związku z objawami ubytkowymi w sferze emocjonalnej, bądź w przypadkach epizodycznego zaostrzenia objawów chorobowych. U tych chorych częściej bywa to „bierna kryminalność”, jak włóczęgostwo, żebractwo, przypadkowe przywłaszczenia, kradzieże, które wynikają z zaburzeń aktywności, obniżenia inicjatywy i zainteresowań, osłabienia więzi rodzinnych [22, 23, 31, 33].

Szymusik zwrócił uwagę na fakt, że czyny karalne popełnione przez chorych na schizofrenię nie zawsze mają bezpośredni związek z chorobą, ale mogą wynikać z innych przyczyn, np. długotrwałych konfliktów [9].

Z danych przytoczonych przez Uszkiewiczową wynika, że wśród ogółu czynów chorych na schizofrenię (wg badań autorki 510 chorych dokonało ogółem 550 czynów) najwięcej było czynów przeciwko życiu i zdrowiu – 21% oraz przeciwko mieniu – 20,5%, politycznych – 13,6%, wojskowych – 7,8%, podpałek – 7,3%, oporu władzy – 6,1%, seksualnych – 2%.

Polskie piśmiennictwo dotyczące osób z rozpoznaniem psychoz urojeniowych i urojeniowo-omamowych o różnej etiologii (innej niż schizofrenia) jest znacznie skromniejsze. Wynika z niego, że największy odsetek czynów popełnionych przez tych chorych stanowią przestępstwa przeciwko mieniu, przeciwko życiu i zdrowiu oraz podpalenia [22, 30]. W materiale Uszkiewiczowej z 1960 r. szczególnie częste były to zabójstwa dokonane przez chorych z urojeniami prześladowczymi i niewierności małżeńskiej, których ofiarami były żony sprawców. Wśród osób z rozpoznaniem psychoz involucyjnych autorka odnotowała jako najczęstsze czyny przeciwko życiu i zdrowiu (głównie współmałżonka) i podpalenia, a następnie opór władzy. Spotkać można pogląd, że u chorych tych dochodzi do załamania kontroli nad wypowiedzanymi pod adresem przyszłych ofiar groźbami [11].

Jak wynika z piśmiennictwa, odsetek osób z rozpoznaniem *paranoia vera* wśród opiniowanych po obserwacjach szpitalnych

w Polsce jest niewielki: wg Uszkiewiczowej to 0,4% osób poddanych obserwacji, Szymusik i inni autorzy przytaczają jedynie opisy kazuistyczne [9, 15, 21, 31]. Z opisów wynika, że czyny popełnione przez tych chorych to przede wszystkim zniewagi władzy, groźby karalne, zakłócenia spokoju publicznego, nielegalne przekroczenia granicy, przestępstwa dewizowe [30]. Czyny niebezpieczne, jak zabójstwa, zdarzają się u tych chorych wyjątkowo, gdyż dochodzą oni swych racji najczęściej zgodnie z przyjętymi normami prawnymi (przynajmniej formalnie) i takich przestępstw jak kradzieże i zabójstwa zwykle nie dokonują. Jeśli jednak dochodzi do zabójstwa, to w przeciwieństwie do ofiar chorych na schizofrenię – ofiarami są osoby z dalszego otoczenia chorych: krewni, znajomi [15]. Szymusik przytoczył opinię, że wśród objawów choroby dominowały wówczas „zazdrość i megalomania”.

W praktyce znacznie częściej spotykamy się z rozpoznaniem zespołów lub reakcji paranoicznych (sensytywnych), które wystąpiły u mężczyzn nadużywających alkoholu, u osób z organicznym uszkodzeniem o.u.n. lub jako reakcja osobowości na różne przewlekłe konflikty. Osobom tym najczęściej zarzucane są: obraza urzędników, groźby karalne, nierządno znęcanie się nad rodziną. Czyny karalne tych osób nie były dotychczas przedmiotem odrębnej analizy w polskim piśmiennictwie.

Panuje zgodność poglądów, że współistnienie choroby psychicznej i nadużywania alkoholu (lub substancji psychoaktywnych) stanowi najwyższe ryzyko dokonania czynów karalnych, zwłaszcza agresji wobec innych osób [12, 27, 32].

W piśmiennictwie przeważa pogląd, że osoby chore na choroby afektywne rzadko dopuszczają się czynów zabronionych przez prawo. Z badań Łuniewskiego wynikało, że w 1928 r. chorzy ci stanowili 2,2% osób kierowanych na obserwację szpitalną, a badania Uszkiewiczowej opublikowane w 1960 r. wskazywały na jeszcze mniejszy odsetek tych chorych – 0,7% [21, 30]. Natomiast wg

współczesnych danych zagranicznych ten odsetek wynosi 7% [18].

Chorzy z rozpoznaniem chorób afektywnych najczęściej popełniają czyny karalne w fazie maniakalnej [6, 20, 21, 24]. Uszkiewiczowa stwierdziła, że w badanej przez nią grupie 32 osób z tym rozpoznaniem, tylko jeden czyn wydarzył się w fazie depresyjnej (samowolne oddalenie z jednostki wojskowej w związku z planowanym samobójstwem). Pozostałe, dokonane przez chorych w fazie maniakalnej – to: zniewagi, opór władzy, kradzieże. Autorka nie odnotowała poważnego przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu. Tego samego rodzaju czyny wymieniał Łuniewski stwierdzając, że wzmożone samopoczucie i aktywność tych chorych sprzyjają takim zachowaniom, a w przypadku interwencji ze strony otoczenia może wtedy dochodzić do uszkodzenia ciała [21]. Autor ten dodał, że wzmożony i nieopanywany popęd płciowy może sprawiać, że osoby te powodują zgorzenie publiczne.

Autorzy współcześnie zajmujący się tym zagadnieniem podają, że zachowania kryminalne spotyka się częściej u osób z chorobą afektywną dwubiegunową niż jednobiegunową [24]. Chorzy ci dopuszczają się najczęściej czynów zabronionych w ruchu drogowym (częściej dotyczy to osób z jednobiegunowym przebiegiem choroby) oraz czynów przeciwko mieniu.

Zdaniem Łuniewskiego depresja może być przyczyną bardzo poważnych czynów, a w szczególności samobójstwa rozszerzonego (spotykanego zwłaszcza u chorych matek, które zabijają własne dzieci). Spotyka się też samobójstwo „pośrednie”, gdy chory pragnący umrzeć zabija inną osobę, aby zostać skazanym na śmierć. Chorzy w okresie depresji mogą oskarżać się o przestępstwa, których nie popełnili (np. o ciężkie zbrodnie, których sprawcy nie zostali wykryci). Zarzuty najczęściej stawiane chorym depresyjnym – to zaniedbywanie obowiązków lub ich zaniechanie. Szymusik i Zięba podzielają przytoczone poglądy na rodzaj czynów dokonywanych w obu fazach choroby i doda-

ją, że w rzadko spotykanym *raptus melancholicus* może dojść do niszczenia przedmiotów i aktów agresji wobec otoczenia. Autorzy ci ani w piśmiennictwie, ani we własnej praktyce nie spotkali przypadku, aby takie zachowanie spowodowało śmierć atakowanej osoby [28].

Wśród psychoz alkoholowych za najbardziej kryminogenną uchodzi alkoholowy obłąd zazdrości z uwagi na treść i uporczywość urojeń niewierności małżeńskiej i towarzyszących im niejednokrotnie urojeń prześladowczych [1, 4, 9, 19, 33, 34]. Kaczanowski wyrażał pogląd, że zazdrość erotyczna jest wybitnie kryminogenna, a jej niebezpieczeństwo kryminalne jest tym większe, im bardziej jest patologiczna [22]. Wśród 39 osób z rozpoznaniem psychoz alkoholowych opisanych przez Uszkiewiczową, w 14 przypadkach stwierdzono paranoję alkoholową, w 8 – majaczenie alkoholowe, w 7 – zespół majaczeniowo-lękowy, w 6 – halucynozę alkoholową, w 3 – „psychozy schizofrenopodobne”, w 1 – zespół maniakalny [33]. Autorka podkreśliła, że wśród 14 przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu w 11 przypadkach sprawcami byli alkoholicy wykazujący objawy psychozy urojeniowej, zaś ofiarami „niemal wyłącznie żony alkoholiczków ujawniających urojenia niewierności małżeńskiej” (m. in. we wszystkich przypadkach zabójstw).

Czyny szczególnie niebezpieczne i groźne rzadziej dokonywane są przez chorych z halucynozą alkoholową i majaczeniem drżennym. Uważa się, że w dipsomanii czyny groźne raczej się nie zdarzają, bywają natomiast kradzieże celem zdobycia pieniędzy na alkohol [10]. Wśród 50 internowanych osób badanych przez Hajdukiewicz, u których rozpoznano alkoholizm przewlekły, 33 sprawców uznano za niepoczytalnych wobec czynów stanowiących znaczne zagrożenie dla życia i zdrowia, w tym 21 osób – z powodu psychoz alkoholowych, 7 – otępienia, 3 – padaczki, 2 – głębokiej psychodegradacji alkoholowej [18]. Pozostałych 17 sprawców, u których orzeczono poczytalność ograniczoną w stopniu

znacznym, dokonało ogólnie 2,5 razy więcej czynów niż omawiani poprzednio, ale mniej było między nimi czynów niebezpiecznych.

CEL

Celem tej pracy jest analiza rodzaju czynów karalnych, których dokonały osoby z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych. W szczególności interesowało nas, czy obecny charakter tych czynów jest zbliżony do opisywanego w 1960 r. przez Uszkiewiczową, tj. czy po 40 latach zaszły jakieś zmiany dotyczące częstości i rodzaju czynów.

MATERIAŁ I METODY

Do badań wykorzystano 936 opinii sądowo-psychiatrycznych wydanych po obserwacjach szpitalnych w latach 1995–1996, które nadeszły do Kliniki Psychiatrii Sądowej z 19 szpitali i oddziałów psychiatrycznych w Polsce. Z ogółu tych opinii wybrano te, które dotyczyły osób ujawniających w trakcie dokonywania zarzucanych im czynów objawy psychotyczne. Było ich 256–214 mężczyzn i 42 kobiet. Niestety, autorzy opinii nie podali wieku 32 osób i braki te uniemożliwiają porównanie średniej wieku poszczególnych grup diagnostycznych. Pozostałe 224 osoby miały od 18 do 77 lat (średnia – 36,7 lat), w tym: chorzy na schizofrenię – 18–69 lat (średnia – 33,2 lata), z psychozami urojeniowymi i urojeniowo-omamowymi – 23–77 lat (średnia – 38 lat), z rozpoznaniem zespołów paranoicznych – 20–75 lat (średnia – 44,5 lat), chorób afektywnych – 24–57 lat (średnia – 33,2 lata), a ostrych psychoz alkoholowych – 24–51 lat (średnia – 34,7 lat).

Uwzględniono takie kategorie diagnostyczne, na jakie pozwalał zebrany materiał (stosowane przez biegłych rozpoznania, często syndromologiczne, bez określenia etiologii zaburzeń), a mianowicie: schizofrenie, choroby afektywne, psychozy urojeniowe i urojeniowo-omamowe, paranoidalne o różnej etiologii (organicznej, alkoholowej lub

nieokreślonej przez autorów), zespoły i reakcje paranoiczne, w tym zespoły urojeń niemiary małżeńskiej o różnej etiologii (alkoholowej, organicznej, nieokreślonej), ostre psychozy alkoholowe (majaczenie alkoholowe, ostra halucynoza) – tj. krótkotrwałe, przemijające zaburzenia psychotyczne o etiologii alkoholowej.

Rodzaje czynów przytoczono kierując się kodeksem karnym obowiązującym w czasie sporządzania opinii, tj. z 1969 r. W naszym materiale dotyczyły one następujących czynów:

- *przeciwko mieniu*, tj. kradzieży, kradzieży z włamaniem, wyłudzenia pieniędzy, kredytów, czeków oraz zniszczenia mienia,
- *przeciwko życiu i zdrowiu*, tj. pobic, uszkodzeń ciała oraz zabójstwa, które wyodrębniono w tej grupie czynów ze względu na ich ciężar,
- *przeciwko bezpieczeństwu publicznemu*, tj. podpaleń,
- *przeciwko czci i nietykalności cielesnej*, tj. pomówień i zniewag,
- *przeciwko rodzinie, opiece i młodzieży*, tj. znęcania fizycznego i moralnego nad członkami rodziny i uchylanie się od płacenia alimentów,
- *przeciwko wolności*, tj. gróźb popełnienia przestępstwa na innej osobie wzbudzających obawę ich spełnienia – z tej grupy wyodrębniono „przestępstwa seksualne” (doprowadzenie przemocą do poddania się czynowi nierządności),
- *innych*, których dopuściły się pojedyncze osoby (obraza uczuć religijnych, fałszerstwa dokumentów, przestępstwa w ruchu drogowym, opór władzy).

WYNIKI

Jak wspomniano, wśród 936 osób opiniowanych po obserwacjach szpitalnych – u 256 (27%) rozpoznano zaburzenia psychotyczne. U pozostałych 680 (73%) osób rozpoznawano zaburzenia niepsychotyczne, jak: zaburzenia osobowości, uzależnienie od alkoholu i stany upicia alkoholem, zespoły

Tablica 1. Rodzaj i częstość zaburzeń psychotycznych u kobiet i mężczyzn – sprawców czynów karalnych

Rozpoznanie	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	n	%	n	%	n	%
Ogółem	256	100	214	84	42	16
Schizofrenia	92	36	74	80	18	20
Psychozy urojeniowe i urojeniowo-omamowe	89	34	73	82	16	18
Zespoły paranoiczne	40	16	38	95	2	5
Choroby afektywne	22	9	16	73	6	27
Ostre psychozy alkoholowe	13	2	13	100	–	–

Tablica 2. Rodzaj i częstość zarzucanych czynów

Rodzaj przestępstwa	n	%
Ogółem	286	100
Przeciwko mieniu	55	19
Przeciwko życiu i zdrowiu	56	19
w tym: – zabójstwa	11	4
Podpalenia	14	5
Przeciwko czci i nietykalności cielesnej	11	4
Przeciwko rodzinie, opiece i młodzieży	65	32
Przeciwko wolności	68	24
w tym: przestępstwa seksualne	3	1
Inne	17	6

psychoorganiczne, upośledzenie umysłowe, nerwicowe reakcje sytuacyjne, tzw. stany afektywne lub w ogóle nie wskazano żadnego rozpoznania.

Dane dotyczące rozpoznania i płci sprawców przedstawiono w tabl. 1. Wśród analizowanych opinii blisko 1/3 stanowiły opinie dotyczące osób z rozpoznaniem schizofrenii, 1/3 – z rozpoznaniem różnych psychoz urojeniowych, zaś pozostała 1/3 – chorób afektywnych, zespołów paranoicznych i psychoz alkoholowych. Przeprowadzone obserwacje dotyczyły w większości mężczyzn (84% opinii), przy czym mężczyźni przeważali zwłaszcza wśród osób z rozpoznaniem zespołów paranoicznych. Ostre psychozy alkoholowe odnotowano wyłącznie wśród mężczyzn. Odnosząc te wyniki do całości materiału (936 opinii) można stwierdzić, że chorzy z rozpoznaniem schizofrenii (92 opinie) stanowili ok. 10% opiniowanych, z rozpoznaniem różnych psychoz urojeniowych

(89 opinii) – 9,6%, zespołów paranoicznych (40 opinii) – 4%, chorób afektywnych (22 opinie) – 2%, a psychoz alkoholowych (13 opinii) – 2%.

W tabl. 2 przedstawiono rodzaje czynów, które zarzucane były badanym osobom. 256 osób z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych dopuściło się ogółem 286 czynów karalnych. Najczęściej występowały czyny przeciwko wolności (24% wszystkich czynów), wśród których najliczniejsze były groźby karalne oraz czyny przeciwko rodzinie (23% czynów), głównie znęcanie się nad najbliższą rodziną. Na trzecim miejscu były czyny przeciwko mieniu (19%) oraz czyny przeciwko życiu i zdrowiu (19%). Wśród nich 11 osób dokonało 11 zabójstw (co stanowi 4% wszystkich czynów). Podpalenia to 5%, a przestępstwa seksualne (głównie czyny nierządne z nieletnimi) – 1% czynów, zaś 6% stanowiły różne pojedyncze czyny typu: obrazy uczuć religijnych, fałszerstwa

Tablica 3. Rodzaj zarzucanych czynów a płeć sprawców

Rodzaj czynu	Ogółem	Mężczyźni		Kobiety	
	n	n	%	n	%
Ogółem	286	242	100	44	100
Przeciwko mieniu	55	48	20	7	16
Przeciwko życiu i zdrowiu	56	50	20	6	14
w tym: zabójstwa	11	8	3	3	7
Podpalenia	14	9	4	5	11
Przeciwko czci i nietykalności cielesnej	11	9	4	2	5
Przeciwko rodzinie, opiece i młodzieży	65	61	26	4	9
Przeciwko wolności	68	52	21	16	36
w tym: przestępstwa seksualne	3	3	1	0	0
Inne	17	13	5	4	9

Tablica 4. Rodzaj zarzucanych czynów a rozpoznanie kliniczne

Czyny przeciwko:	Rozpoznanie kliniczne										Ogółem n
	schizofrenia		psychozy urojeniowe		zespoły paranoiczne		choroby afektywne		psychozy alkoholowe		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ogółem	101	100	97	100	43	100	32	100	13	100	286
mieniu	32	32	12	12	2	5	8	25	1	8	55
życiu i zdrowiu	18	18	17	18	8	51	11	34	2	15	56
w tym: zabójstwa	5	5	4	4	1	2	1	3	0	0	11
podpalenia	4	4	8	8	1	2	0	0	1	8	14
czci i nietykalności cielesnej	0	0	3	3	6	14	2	7	0	0	11
rodzinie, opiece i młodzieży	17	16	22	23	17	40	4	13	5	39	65
wolności	22	22	28	29	9	21	5	15	4	30	68
w tym: seksualne	2	2	0	0	0	0	1	3	0	0	3
inne	8	8	7	7	0	0	2	6	0	0	17

dokumentów, przestępstwa w ruchu drogowym, opór władzy.

W tabl. 3 przedstawiono czyny zarzucane kobietom i mężczyznom. Widoczne są różnice dotyczące rodzaju czynów dokonanych przez mężczyzn i przez kobiety. Odsetek czynów przeciwko rodzinie popełnionych przez mężczyzn (26%) jest blisko trzykrotnie wyższy niż dokonanych przez kobiety (9%). Kobiety w porównaniu z mężczyznami częściej dokonywały podpalen i czynów przeciwko wolności (głównie gróźb karalnych). Od-

setek zabójstw dokonanych przez kobiety (7%) jest także wyższy od odsetka mężczyzn, którzy dopuścili się zabójstwa (3%). Odsetki czynów przeciwko mieniu, przeciwko życiu i zdrowiu oraz przeciwko czci były u kobiet i mężczyzn zbliżone. Ani jednej kobiecie nie postawiono zarzutu uchylania się od płacenia alimentów, stawiania oporu władzy, ani przestępstwa seksualnego.

Rodzaj zarzucanych czynów z uwzględnieniem omawianych kategorii diagnostycznych przedstawiono w tabl. 4.

Częstość i rodzaj czynów okazały się różne w omawianych grupach diagnostycznych (cytowane odsetki dotyczą ogółu czynów dokonanych przez opiniowane osoby), mianowicie:

Sprawcy z rozpoznaniem schizofrenii dopuścili się najczęściej czynów:

- *przeciwko mieniu* (32%), tj. zniszczenia pomieszczeń, własnego mieszkania, wybić szyb, rzadziej kradzieży, a w pojedynczych przypadkach – wyłudzenia pieniędzy i kredytu,
- *przeciwko wolności* (22%), tj. gróźb kierowanych przede wszystkim wobec rodziny, rzadziej sąsiadów, w dwóch przypadkach – czynów nierządnych z nieletnimi,
- *przeciwko życiu i zdrowiu* (18%), w postaci czynnej agresji skierowanej najczęściej wobec zamieszkującej razem rodzinie – 5 osobom zarzucono dokonanie (3 osoby, mężczyźni w wieku 39, 44 i 49 lat, leczeni wcześniej z powodu rozpoznanej u nich schizofrenii, a *tempore criminis* stwierdzono psychotyczne zaostrenie choroby (urojenia i omamy) – ofiarami były ich matki) lub usiłowanie dokonania zabójstwa (2 osoby, mężczyźni w wieku 34 i 38 lat, zarzuty usiłowania zabójstwa – art. 11 w zw. z art. 148 § 1 kk z1969 – matki i pasierba),
- *przeciwko rodzinie* (16%) – poza 3 przypadkami, było to znęcanie się fizyczne nad najbliższymi członkami rodziny (zwłaszcza matkami).

W pojedynczych przypadkach chorzy ci dopuścili się przestępstw celno-podatkowych, fałszerstwa numerów i dokumentów samochodowych.

Sprawcy z rozpoznaniem psychoz urojeniowych i urojeniowo-omamowych najczęściej dopuszczali się czynów:

- *przeciwko wolności* (29%), tzn. – gróźb karalnych, najczęściej w stosunku do osób spoza rodziny (głównie sąsiadów),
- *przeciwko rodzinie* (23%), tj. – znęcania się, przede wszystkim nad współmałżonkami, rodzeństwem i dziećmi,

- *przeciwko życiu i zdrowiu* (18%), tj. – najczęściej czynnej agresji wobec osób spoza rodziny; zabójstw dokonały 4 osoby; u dwóch kobiet (jedna w wieku 30 lat, wieku drugiej nie podano), którym zarzucono dzieciobójstwo, rozpoznano urojeniowe psychozy poporodowe; z dwóch mężczyzn (29 i 30 lat) młodszy, przejawiający objawy psychozy urojeniowo-omamowej o etiologii przez biegłych nieokreślonej, dokonał zabójstwa matki, zaś danych dotyczących ofiary drugiego w opinii nie podano,
- *przeciwko mieniu* (12%), tj. głównie kradzieży i włamań (także w grupie) oraz zniszczenia pomieszczeń.

Sprawcy z rozpoznaniem zespołów paranoicznych najczęściej popełniali czyny:

- *przeciwko rodzinie* (40%) – przede wszystkim znęcanie się nad małżonkami; wśród 40 osób z tym rozpoznaniem – 21 to mężczyźni ujawniający urojenia niewiary małżeńskiej w przebiegu zespołu zależności alkoholowej lub organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (o.u.n.),
- *przeciwko wolności* (21%) – w postaci gróźb kierowanych najczęściej do sąsiadów lub osób obcych,
- *przeciwko życiu i zdrowiu* (18%), tj. czynnej agresji kierowanej wobec osób bliskich – rodziny, rzadziej sąsiadów. Jedna osoba, 59-letni mężczyzna, u którego rozpoznano zespół urojeń niewiary małżeńskiej na podłożu organicznego uszkodzenia o.u.n., dokonał zabójstwa syna (jako domniemanego kochanka żony).

Sprawcy z rozpoznaniem chorób afektywnych dopuszczali się najczęściej czynów:

- *przeciwko życiu i zdrowiu* (34%) w postaci czynnej agresji kierowanej równie często wobec osób obcych, jak i rodziny. Jedna osoba, 52-letnia kobieta, u której jako jedynej wśród 22 chorych z tym rozpoznaniem stwierdzono depresję (w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej) – dokonała zabójstwa męża,

- *przeciwko mieniu* (25%), tj. – zniszczenia pomieszczeń, włamania oraz wyłudzenia pieniędzy, kredytu, czeków,
- *przeciwko wolności* (15%), którymi były groźby i którym towarzyszyły często inne czyny, takie jak: pobicie, zniewagi, w jednym przypadku gwałt,
- *przeciwko rodzinie* (13%), tj. uchylanie się od płacenia alimentów i znęcanie się nad rodziną.

Mężczyźni, u których tempore criminis rozpoznano ostrą psychozę alkoholową (typu majaczenia alkoholowego), byli najczęściej sprawcami czynów:

- *agresywnych* (39%) wobec małżonek (znęcanie fizyczne),
- *przeciwko wolności* (15%) w postaci gróźb karalnych oraz
- *przeciwko życiu i zdrowiu* (15%), tj. pobicia osób obcych.

OMÓWIENIE

Zebrany i przedstawiony materiał ilustruje tylko fragment zagadnień związanych z opiniowaniem sędowo-psychiatrycznym osób z zaburzeniami psychotycznymi. Ponieważ miałyśmy możliwość przeprowadzenia analiz części opinii sędowo-psychiatrycznych wydanych tylko po obserwacjach szpitalnych (1995–1996), wyników nie można uogólniać na całość problematyki czynów karalnych popełnianych przez osoby chore psychicznie. Niepełne informacje podane w opiniach (brak wieku, zbyt skrótowe informacje z akt sprawy, brak opisu objawów psychopatologicznych i ich powiązań z czynami) uniemożliwiły bardziej szczegółową analizę zebranego materiału. Mamy jednak nadzieję, że wyniki naszych badań przybliżą te zagadnienia osobom szkolącym się w psychiatrii sądowej.

Różnice metodologiczne uniemożliwiły nam porównanie wszystkich wyników naszej pracy z wynikami Uszkiewiczowej z 1960 r. W zasadzie było to możliwe w odniesieniu do dwóch psychoz endogennych: schizofrenii i chorób afektywnych.

Okazało się, że tak jak 40 lat wcześniej, chorzy z psychozami *tempore criminis* stanowią ok. 1/4 liczby osób poddanych obserwacjom szpitalnym: w 1960 r. stanowili oni 22%, obecnie – 27%. Podobnie zbliżone są odsetki osób z rozpoznaniem schizofrenii: w 1960 r. – 13%, obecnie – 10%. Zwiększył się natomiast odsetek osób z rozpoznaniem chorób afektywnych: w 1960 r. – 0,8%, obecnie – 2%. Wg danych z 1960 r. odsetek chorych z rozpoznaniem psychozy maniakalno-depresyjnej wśród leczonych w szpitalach wynosił 1,5%, zaś w 1996 r. – 8,7% i zapewne tłumaczy to zauważoną różnicę. U wszystkich chorych (z jednym wyjątkiem) z tym rozpoznaniem, zarówno w 1960 r. jak i obecnie, rozpoznawano fazę maniacką o różnym nasileniu. Podobnie jak w 1960 r., odsetek mężczyzn jest większy niż kobiet i to wśród wszystkich grup diagnostycznych.

Inaczej niż w latach sześćdziesiątych, aktualnie nie odnotowano takich czynów, jak: włóczęgostwo, nielegalne przekroczenie granicy, przestępstwa polityczne.

Zmienił się charakter czynów popełnianych przez chorych na schizofrenię i choroby afektywne. Badania Uszkiewiczowej wskazywały, że chorzy na schizofrenię najczęściej dopuszczali się czynów przeciwko życiu i zdrowiu (21%) oraz przeciwko mieniu (20,5%). Autorka odnotowała, że zabójstw dokonało aż 12% chorych na schizofrenię. W naszym materiale chorzy z tym rozpoznaniem najczęściej popełniali czyny: przeciwko mieniu (32%), przeciwko wolności (22%) i przeciwko życiu i zdrowiu (18%). Odsetek zabójstw wynosił 5% (5 sprawców). Podobnie jak w latach sześćdziesiątych czyny przeciwko życiu i zdrowiu dokonane przez chorych na schizofrenię skierowane były przeciw najbliższej rodzinie.

Pomimo różnic w kategoryzacji czynów widoczne jest w tej grupie chorych, że w porównaniu z latami sześćdziesiątymi, w obecnie analizowanym materiale zmniejszył się odsetek skrajnie agresywnych czynów wobec innych osób, a w szczególności zabójstw.

Na odmienną tendencję wskazuje porównanie wyników dotyczących czynów, których sprawcami były osoby chore na choroby afektywne. W badaniach Uszkiewiczowej najczęściej były to: opór wobec władzy (31,5%), czyny przeciwko mieniu (20%) i „inne” (20%). Obecnie, jako najczęstsze odnotowałyśmy czyny: przeciwko życiu i zdrowiu (34%), przeciwko mieniu (25%) i przeciwko wolności (15%). Chorzy, których dotyczyły analizowane przez nas opinie częściej zatem dopuszczali się czynnej agresji wobec innych osób (porównywane grupy nie różniły się przy tym obrazem klinicznym fazy choroby). Wśród przestępstw przeciwko mieniu pojawiły się charakterystyczne dla naszych czasów wyłudzenia kredytów i czeków. Modestin i wsp. stwierdzili natomiast, że większość czynów, których sprawcami są osoby z rozpoznaniem chorób afektywnych – to wypadki komunikacyjne (34%), a następnie czyny przeciwko mieniu (20%) [27]. W porównaniu z tymi wynikami „nasi” chorzy częściej przejawiali czynną agresję wobec otoczenia.

Analiza czynów zarzucanych osobom z rozpoznaniem zespołów paranoicznych potwierdza spostrzeżenia innych autorów, że agresja tych chorych skierowana jest często na osoby z ich dalszego otoczenia, ale w naszym materiale dotyczyło to tylko agresji słownej. Natomiast ofiarami czynów przeciwko życiu i zdrowiu były głównie małżonki sprawców. Jeden z mężczyzn zabił syna, urojonego kochanka żony, potwierdzając spostrzeżenie Szymusika, iż młodsi zabijają swoje partnerki, a starsi – domniemyanych kochanków [16].

Wśród czynów dokonanych przez osoby z rozpoznaniem psychoz urojeniowych przeważały czyny przeciwko rodzinie – byli to głównie mężczyźni znęcający się nad członkami rodzin.

Ten rodzaj czynów, wraz z wypowiedzianymi groźbami, to blisko połowa liczby przestępstw dokonanych przez 256 badanych osób (w pracy Uszkiewiczowej czyny te nie zostały w ogóle wyodrębnione!). Dane te wskazują na to, że ofiarami badanych

osób byli przede wszystkim członkowie najbliższej rodziny, domownicy. Także inni autorzy wskazują na to, że ofiarami chorych psychotycznych są osoby dobrze im znane, najczęściej bliska rodzina, a wśród niej – matki [12]. Przytaczane są informacje, że ofiarami sprawców psychotycznych są w 10% przypadków współmałżonkowie [13]. W naszym materiale odsetek ten, zwłaszcza w odniesieniu do chorych z psychozami urojeniowymi i zespołami paranoicznymi, był jeszcze wyższy. Wydaje się, że udział przewlekłych psychoz alkoholowych jako skutku częstego w Polsce problemu alkoholowego ma tu swój znaczący udział.

Natomiast Hiday i wsp. stwierdzili, że psychotyczne kobiety są równie często agresywne wobec swoich partnerów jak mężczyźni i dlatego najczęstszym miejscem tej agresji jest własny dom [20]. Nasze wyniki były odmienne: mężczyźni trzykrotnie częściej dopuszczali się takich czynów. Typowym miejscem ujawnienia agresji psychotycznych mężczyzn był także rodzinny dom, a nie jak stwierdzili niektórzy autorzy – miejsce publiczne. Spotkać też można opinię, że obecnie zanikają w ogóle różnice rodzaju czynów w zależności od płci sprawcy [29].

W analizowanym przez nas materiale zabójstw dokonało 11 osób (co stanowi 4% sprawców). Sprawcami było 8 mężczyzn i 4 kobiety, co po uwzględnieniu wszystkich czynów oraz proporcji kobiet i mężczyzn, wskazuje na większy udział kobiet. Zgodne to jest z uwagą Szymusika, że „odsetek psychotycznej patologii jest wśród kobiet zabójczyń wyższy niż mężczyzn” [16].

WNIOSKI

Porównanie uzyskanych obecnie wyników z wynikami uzyskanymi przez Uszkiewiczową w roku 1960 pozwala na następujące wnioski.

1. Wśród poddanych ekspertyzie sądowo-psychiatrycznej sprawców czynów karalnych chorych z zaburzeniami psychotycznymi nadal stanowią ok. 1/4 ogółu badanych.

2. Odsetek chorych na schizofrenię pozostał zbliżony, natomiast wyraźnie zwiększył się odsetek chorych z rozpoznaniem chorób afektywnych, co zapewne można tłumaczyć zwiększonym odsetkiem takich rozpoznań wśród ogółu hospitalizowanych.
3. Jeśli chodzi o charakterystykę przestępczości sprawców z zaburzeniami psychotycznymi stwierdzono zarówno występowanie pewnych różnic, jak i utrzymywanie się pewnych podobieństw.
 - (a) W grupie chorych na schizofrenię obniżył się odsetek czynów przeciwko życiu i zdrowiu, natomiast wzrósł odsetek czynów przeciwko mieniu. Podobnie jak wtedy, tak i teraz agresja tych chorych kierowana była głównie wobec osób z najbliższego rodzinnego otoczenia (często matek). Nie odnotowano natomiast takich czynów, jak: włóczęgostwo, nielegalne przekraczanie granicy, przestępstwa polityczne.
 - (b) W grupie chorych na choroby afektywne na pierwsze miejsce wysunęły się czyny przeciwko życiu i zdrowiu. Jak dawniej, tylko jednego takiego czynu (zabójstwo) dokonano w fazie depresyjnej. Aktualnie nie notowano tak często, jak w latach sześćdziesiątych oporu wobec władzy, natomiast czynów o charakterze politycznym, wojskowym w naszym materiale nie było w ogóle.
 - (c) Czyny karalne chorych z rozpoznaniem psychoz urojeniowych i paranoicznych objęły głównie agresję (przeciwko życiu i zdrowiu, groźby karalne, znęcanie się nad rodziną), przeciw najbliższym członkom rodziny (najczęściej żonie), co wynikało z częstości urojeń niewiary małżeńskiej.

PIŚMIENNICTWO

1. Alapin B.: Zazdrość zwykła, charakteropatyczna i urojeniowa. *Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol.* 1958, 441–453.
2. Arutunian W.M.: Powtórnyje prawonaruszienia i powtarnaja sudiebnopsichiatriczeskaja

- ekspertiza bolnych szisofrenici. Czwartyj wsiesojuznyj sjezd newropatologów i psichiatrów, 1–7 jula 1963. 1965, 1, 475.
3. Bednarz J.: Obserwacje sądowo-psychiatryczne w oddziale kryminalnym w szpitalu Tworcki. *Roczn. Psychiatr.* 1930, 163–209.
4. Bilikiewicz T.: *Psychiatria kliniczna*. Wyd. IV. PZWL, Warszawa 1969.
5. Blinow P.W.: Profilaktika powtornych obszczestwiennio opasnych diejanni psichiczeski bolnych. Czwartyj wsiesojuznyj sjezd newropatologów i psichiatrów, 1–7 jula 1963. 1965, 1, 476.
6. Bogdanowicz E., Hajdukiewicz D.: Orzecznictwo sądowo-psychiatryczne wobec osób z rozpoznaniem chorób afektywnych (doniesienie kazuistyczne). *Post. Psychiatr. Neurol.* 1966, 5, 149–156.
7. Brack-Kletzhandler E.: Zum Problem der Kriminalitat der Schizophrenen. *Monatschrift Psychiatr. Neurol.* 1954, 1, 128, 129–152.
8. Brzezicki E.: Faza ultraparadoksalna w postaci paragnomenu jako początkowego stadium schizofrenii. *Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol.* 1956, 669–680.
9. Cieślak M., Spett K., Szymusik A., Wolter W.: *Psychiatria w procesie karnym*. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1968 i 1991.
10. Dreszer R.: *Zarys psychiatrii sądowej dla medyków i prawników*. Warszawa 1964.
11. Eronen M., Angermeyer M.C., Schulze B.: The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1998, 33, 13–23.
12. Esstroff S.E., Swanson J.W., Lachicotte W.S., Swartz M., Bolduc M.: Risk reconsidered: targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1998, 33, 95–101.
13. Fleszar-Szumigajowa J.: Sprawcy pożarów w materiale sądowo-psychiatrycznym. *Psychiatr. Pol.* 1968, 251–258.
14. Fleszar-Szumigajowa J., Psarska A.D., Szybińska J.: Analiza przypadków zabójstw w materiale sądowo-psychiatrycznym. *Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol.* 1966, 1105–1191.
15. Gierowski J.K., Szymusik A. (red.): *Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie. Wybrane zagadnienia z psychiatrii, psychologii i seksuologii sądowej*. CMUJ, Kraków 1996.

16. Hajdukiewicz D.: Katamnezy chorych z rozpoznaniem schizofrenii, alkoholizmu przewlekłego i zaburzeń osobowości internowanych przez sądy jako niebezpiecznych dla porządku prawnego. *Psychiatr. Pol.* 1975, 9, 153–160.
17. Hiday V.A., Swartz M.S., Swanson J.W., Borum R., Wagner H.R.: Male-female differences in the setting and construction of violence among people with severe mental illness. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1998, 33, 68–74.
18. Hodgins S., Hebert J.: Une etude de relance aupres de malades mentaux ayant des actes criminels. *Rev. Canad. Psychiatrie* 1984, 29, 669–675.
19. Kaczanowski F.: Znaczenie kryminalne i społeczne zazdrości małżeńskiej i urojeń niewierności małżeńskiej. *Neurol. Neurochir. Psychiatr. Pol.* 1958, 455–471.
20. Link B.G., Andrews H., Cullen F.T.: The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *Am. Soc. Rev.* 1992, 57, 275–295.
21. Łuniewski W.: Psychoza szalowo-posepnicza w kazyście sądowo-psychiatrycznej. *Roczn. Psychiatr.* 1928, 7, 1–57.
22. Łuniewski W.: Zarys psychiatrii sądowej. Część ogólna. PZWL, Warszawa 1950, 126–136.
23. Malinowski A.: Podstawowe zagadnienia w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym. PZWL, Warszawa 1959.
24. Modestin J., Hug A., Anmann R.: Criminal behavior in males with affective disorders. *J. Affect. Disord.* 1997, 42, 29–38.
25. Różycka M., Thille Z.: Zabójstwo rodziców i jego psychopatologiczny aspekt. *Psychiatr. Pol.* 1972, 159–167.
26. Stransky E.: Das Initialdelikt. *Arch. Psychiatr. Neurol.* 1950, 395–415.
27. Stueve A., Link B.G.: Gender differences in the relationship between mental illness and violence: evidence from community – based epidemiological study in Israel. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1998, 33, 61–67.
28. Szymusik A., Zięba A.: Orzecznictwo sądowo-psychiatryczne w chorobach afektywnych. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1998, 7, supl. 3(8), 105–115.
29. Taylor P.J.: When symptoms of psychosis drive serious violence? *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 33, 47–54.
30. Uszkiewiczowa L.: Orzecznictwo sądowo-psychiatryczne w świetle 4200 ekspertyz szpitalnych. *Arch. Kryminol.* 1960.
31. Uszkiewiczowa L.: Zarys psychiatrii sądowej. Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1972.
32. Wessely S.: The Camberwell Study of Crime and Schizophrenia. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1998, 33, 24–28.
33. Wojdysławska-Wald J.: Przestępczość 100 schizofreników przebywających na obserwacji sądowo-psychiatrycznej. *Rozprawy. Wyd. Nauk. Med. PAN*, 9, 2, 193–210.
34. Żakowska-Dąbrowska T., Drogowski M.: Z zagadnień ekspertyzy sądowo-psychiatrycznej w przypadkach podpaień. *Psychiatr. Pol.* 1967, 149–153.

*Adres: Dr Elżbieta Bogdanowicz, Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN,
ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków*