

Zabójstwo dziecka zakończone parasamobójstwem – porównanie zabójstw dzieci, którym towarzyszyła lub nie próba samobójcza sprawcy

Artykuł przedstawia wyniki badań 128 przypadków zabójstwa dziecka, z których 30 zakończyło się nieudaną próbą samobójczą sprawcy. Celem opisanego w artykule badania było wyodrębnienie najważniejszych czynników związanych z zabójstwem dziecka jako funkcji występowania bądź niewystępowania parasamobójstwa (nieudanej próby samobójczej) sprawcy, a także wyciągnięcie wniosków, które ułatwiłyby wytyczenie najważniejszych obszarów działań profilaktycznych.

Wprowadzenie

A ngielski termin *filicide* odnosi się do zabójstwa własnego dziecka. W niektórych wypadkach sprawca popełnia samobójstwo tuż po odebraniu życia dziecku — mówimy wtedy o zabójstwie dziecka zakończonym samobójstwem (*filicide-sui-cide*). Dotychczasowe badania wykazały, że sprawcami zabójstwa dziecka zakończonego samobójstwem częściej są mężczyźni niż kobiety (Barraclough, Clare Harris 2002; Logan i in. 2008), co może wynikać z faktu, że mężczyźni częściej odbierają sobie życie (Shackelford, Weekes–Shackelford, Beasley 2005). Rodzice, którzy popełniają samobójstwo po zabiciu swojego dziecka, są przeciętnie starsi niż sprawcy, którzy nie próbują odebrać sobie życia po dokonaniu tego czynu. Również ofiary są zwykle starsze niż w innych przypadkach zabójstw dzieci (Hatters, Friedman, Holden, Hrouda, Resnick 2008; Shackelford i in. 2005). Dotychczasowe badania wykazały

również, że zabójstwo dziecka częściej kończy się samobójstwem sprawcy, kiedy sprawcą jest biologiczny rodzic ofiary (Daly, Wilson 1988), kiedy jego ofiarą padło więcej niż jedno dziecko (Shackelford i in. 2005) lub kiedy przed popełnieniem zabójstwa dziecka sprawca pozostawał w separacji małżeńskiej (Léveillé i in. 2007). Ponadto, jeśli zabójstwo dziecka stanowi wynik przemocy fizycznej, sprawca rzadziej usiłuje odebrać sobie życie (Alder, Polk 2001). Badania wykazały też istotną rolę chorób psychicznych w zabójstwach dzieci zakończonych samobójstwem, przy czym najczęściej wymieniane zaburzenia to depresja i zaburzenia psychotyczne (Hatters, Friedman i in. 2008; Léveillé i in. 2007).

Jeśli chodzi o motywy tkwiące u podłoża takich czynów, niektórzy badacze uważają, że mają one przede wszystkim charakter samobójczy, przy czym sprawca spostrzega ofiarę (ofiary) jako nieodłączną część siebie,

która musi umrzeć wraz z nim. W takich wypadkach za główny motyw dzieciobójcy uznaje się dążenie do samozniszczenia (Somander, Rammer 1991). Według innych ryzyko zabójstwa dziecka zakończonego samobójstwem wzrasta, kiedy pierwotna agresja sprawcy jest skierowana na zewnątrz, przeciwko współmałżonkowi. W takich wypadkach sprawca zabija dzieci, aby sprawić partnerowi (partnerce) cierpienie (Holden, Burland, Lemmen 1996). Wielu autorów wskazuje nadidentyfikację rodzicielską — czyli poczucie rodzica, że dziecko stanowi jego nieodłączną część — jako jedną z głównych przyczyn dzieciobójstwa zakończonego samobójstwem (Stanton, Simpson, Wouldes 2000). W takich wypadkach rodzic przenosi agresję na dziecko jako rozszerzenie agresji przeciwko samemu sobie. Pierwotne dążenie do samobójstwa może zostać poszerzone o zabójstwo dziecka. Wreszcie, dotychczasowe badania wykazały, że w porównaniu z innymi aktami zabójstw dzieci, te zakończone samobójstwem częściej są popełniane z premedytacją (Bourget, Gagné 2002).

Dotychczas przeprowadzono niewiele badań, w których porównywano przypadki zabójstw dzieci z aktami zabójstw zakończonych samobójstwem. Ponieważ w wypadku

tych ostatnich zarówno ofiara, jak i sprawca tracą życie, autorzy dotychczasowych badań zazwyczaj nie mieli dostępu do szczegółowych informacji. Autorzy niniejszego badania poradzili sobie z tym problemem, odpowiadając na apele wielu badaczy, aby oprzeć się na przypadkach zabójstw dzieci zakończonych parasamobójstwem — zabójstwach dzieci połączonych z nieudaną próbą samobójczą sprawcy (Brett 2002). Pozwala to na badanie motywów, stanu zdrowia psychicznego oraz innych czynników tkwiących u podłoża przestępstwa, innymi słowy — na przyjęcie podejścia typowego dla innych badaczy zajmujących się zabójstwami dzieci (Hatters Friedman i in. 2008; Léveillé i in. 2007). Wyniki badań sugerują, że w przypadku zabójstwa dziecka zakończonego parasamobójstwem przeżycie sprawcy może być kwestią przypadku (Hillbrand 2001). Co za tym idzie — ta grupa sprawców z dużym prawdopodobieństwem jest podobna do zabójców własnych dzieci, którzy odebrali sobie życie. Badanie opisane w tym artykule ma na celu porównanie zabójstw dzieci z aktami zabójstw dzieci zakończonych parasamobójstwem sprawcy pod względem cech demograficznych, charakterystyki sprawców i cech samego zdarzenia.

Metodologia

Osoby badane

Jest to retrospektywne badanie kliniczne, które stanowi część większego projektu badawczego dotyczącego zabójstw rodzinnych w Holandii (Koenraadt, Liem 2005; Liem, Koenraadt 2008a, 2008b). Badanie to opiera się na analizie akt klinicznych jednego z holenderskich szpitali psychiatrycznych — placówki, w której prowadzi się obserwacje sądowo-psychiatryczną. Przeanalizowa-

no około 9 000 przypadków (z lat 1953–2004), aby ustalić, które z nich dotyczyły aktów zabójstw dzieci. Należy podkreślić, że badana próba składała się ze sprawców, którzy dopiero czekali na proces karny — nie zostali jeszcze uznani za winnych przestępstwa zabójstwa dziecka. Późniejsza analiza akt sądowych wykazała, że wszyscy badani sprawcy zostali później skazani.

Procedura

Łącznie wyodrębniono 128 przypadków zabójstwa dziecka, z których 30 zakończyło się nieudaną próbą samobójczą sprawcy. Analizowane przypadki klasyfikowano jako zabójstwa dziecka zakończone parasamobójstwem, jeśli ryzyko samobójczej śmierci sprawcy było średnie lub wysokie według Skali Intencji Samobójczych Pierce'a (*Pierce Suicide Intent Scale*; Pierce 1977). W takich wypadkach o przeżyciu sprawcy decydowały przede wszystkim czynniki znajdujące się poza jego kontrolą.

Miary

Dokonałiśmy operacjonalizacji naszych zmiennych według kryteriów podobnych do tych wymienionych w innych publikacjach. Za Shackelfordem i współpracownikami (2005), podziału na sprawców młodszych i starszych dokonano na podstawie mediany danych dotyczących wieku sprawców, przy czym **starszego sprawcę** zdefiniowano jako mającego 31 lub więcej lat, a młodszego jako osobę do 30. roku życia. **Separację małżeńską** zdefiniowano jako separację między jednym z rodziców ofiary (ofiary) a jego partnerem życiowym, która miała miejsce mniej niż rok przed popełnieniem przestępstwa (Léveillé i in. 2007). **Starszą ofiarę** zdefiniowano jako dziecko sześćioletnie lub starsze (Shackelford i in. 2005). Zmienną **uprzedniego krzywdzenia** kodowano jako występującą, jeśli (według świadków, akt medycznych i/lub zeznań samego sprawcy) przed popełnieniem przestępstwa sprawca kiedykolwiek używał wobec dziecka przemocy fizycznej lub wykorzystywał je seksualnie. Sprawców uznawano za cierpiących na **chorobę psychiczną**, jeśli zdiagnozowano u nich którekolwiek

Autorzy badania przeanalizowali wszystkie akta, żeby uzyskać poszukiwane informacje. Dwadzieścia pięć (20%) losowo wybranych przypadków wykorzystano do oszacowania rzetelności między obserwatorami poprzez obliczenie korelacji między niezależnymi obserwacjami. Średni współczynnik korelacji wynosił 0,84 (przedział od 0,79 do 0,88). Przypadki wątpliwe były oceniane przez trzeciego niezależnego sędziego kompetentnego, a ostateczne dane opierały się na zgodnej ocenie przynajmniej dwóch sędziów.

z następujących zaburzeń: zaburzenie psychotyczne, nadużywanie lub uzależnienie od substancji odurzających albo zaburzenie osobowości. **Motywy** sprawców oceniano na podstawie uproszczonych kategorii klasyfikacji Bourgeta i Bradforda (1990), między innymi: zabójstwo jako wynik krzywdzenia (przemocy), zabójstwo dziecka jako zemsta (popełnione w celu wzięcia odwetu lub ukarania partnera sprawcy) oraz zabójstwo dziecka z pobudek altruistycznych (uwolnienie dziecka od rzeczywistego lub wyimaginowanego cierpienia). Aby ocenić nadidentyfikację rodzicielską, posłużono się zmienną **sybiozozy**, czyli daleko idącej zależności między ofiarą a sprawcą (Meloy 1992). Zmienną tę kodowano jako obecną, jeśli w aktach klinicznych wspomniano wprost o występowaniu takiej zależności. Rolę **premedytacji** oceniano przy użyciu zmodyfikowanej wersji skali premedytacji Wallace'a (1986; Dawson 2005), która zawiera osiem wskaźników. Uznawano, że sprawca działał z premedytacją, jeśli stwierdzono obecność przynajmniej jednego z tych ośmiu wskaźników.

Tabela 1. Zabójstwo dziecka jako funkcja występowania bądź niewystępowania parasamobójstwa sprawcy.

Zmienna	Zabójstwo dziecka zakończony samobójstwem (N=30) N (%)	Tylko zabójstwo dziecka (N=98) N (%)	χ^2
Cechy społeczno-demograficzne			
Relacja			6,689*
Rodzic biologiczny	29 (97%)	78 (80%)	
Rodzic przybrany	0 (0%)	19 (20%)	
Wiek sprawcy			15,085**
31 lat lub starszy	25 (83%)	42 (43%)	
Płeć sprawcy			0,275
Mężczyzna	14 (47%)	53 (54%)	
Kobieta	16 (53%)	45 (46%)	
Separacja małżeńska	19 (63%)	25 (26%)	13,697**
Wiek ofiary			
6 lat lub starsza	16 (55%)	24 (26%)	8,651**
Cechy sprawcy			
Uprzednie krzywdzenie dzieci	4 (14%)	35 (40%)	6,444*
Co najmniej jedna choroba psychiczna	29 (97%)	95 (97%)	0,253
Cechy zdarzenia			
Więcej niż jedna ofiara	16 (53%)	21 (21%)	11,377**
Motyw dzieciobójstwa			26,340**
Przemoc	0 (0%)	35 (36%)	
Zemsta	14 (47%)	14 (14%)	
Altruizm	12 (40%)	10 (10%)	
Symbioza	10 (33%)	3 (3%)	23,068**
Oznaki premedytacji	25 (83%)	23 (23%)	29,794**

* p < 0,05, test dwustronny

** p < 0,01, test dwustronny

Wyniki

W tabeli 1 przedstawiono wyniki przeprowadzonego badania porównawczego. Sprawcy zabójstwa dziecka i zabójstwa dziecka zakończonego parasamobójstwem nie różnili się pod względem płci. Wszyscy sprawcy zabójstwa dziecka zakończonego parasamobójstwem byli biologicznymi rodzicami ofiar i okazali się (średnio) starsi niż sprawcy, którzy nie próbowali odebrać sobie życia. Również ofiary zabójstw dzieci zakończonych parasamobójstwem miały średnio więcej lat niż ofiary pozostałych aktów zabójstw dzieci. Sprawcy zabójstwa dziecka zakończonego parasamobójstwem częściej

niż pozostali sprawcy pozostawali w separacji małżeńskiej w ciągu roku poprzedzającego popełnienie przestępstwa. Ponadto sprawcy, którzy po dokonaniu zabójstwa dziecka (dzieci) usiłowali odebrać sobie życie, rzadziej dopuszczali się krzywdzenia ofiary przed tym zdarzeniem. Większość sprawców z obu grup cierpiała przynajmniej na jedno zaburzenie psychiczne. Sprawcy zabójstwa dziecka zakończonego parasamobójstwem częściej odbierali życie więcej niż jednemu dziecku. Jeśli chodzi o motyw przestępstwa, żaden spośród sprawców zabójstw dzieci zakończonych parasamobójstwem

nie zabił swojej ofiary w wyniku krzywdzenia (przemocy fizycznej). W porównaniu ze sprawcami, którzy nie próbowali odebrać sobie życia, sprawcy zabójstwa zakończonego samobójstwem częściej zabijali swoje ofiary w odwecie lub z pobudek pseudoaltruistycznych. Ponadto sprawcy, którzy próbowali

popęlić samobójstwo, częściej niż pozostali sprawcy pozostawali w symbiotycznej relacji ze swoim dzieckiem. Wreszcie, zgromadzone dane wykazały, że zabójstwa dzieci zakończone samobójstwem częściej niż pozostałe akty zabójstw dzieci były popełniane z premedytacją.

Dyskusja wyników

Celem opisanego badania było wyodrębnienie najważniejszych czynników związanych z zabójstwem dziecka jako funkcji występowania bądź niewystępowania parasamobójstwa (nieudanej próby samobójczej) sprawcy. Ogólnie rzecz biorąc, nasze ustalenia są zgodne z wynikami innych międzynarodowych badań, w których analizowano zarówno akty zabójstw dzieci, jak i zabójstwa dzieci zakończone parasamobójstwem. Jednakże w odróżnieniu od dotychczasowych badań opisanych w literaturze przedmiotu, badanie opisane w tym artykule nie wykazało różnic pod względem rozkładu płci pomiędzy sprawcami zabójstw dzieci a sprawcami zabójstw dzieci zakończonych parasamobójstwem. Wyniki te są sprzeczne z rezultatami krajowego badania dotyczącego zabójstw zakończonych samobójstwem (Liem, Postulart, Nieuwebeerta 2009) oraz kilku innych projektów badawczych, które ujawniły większy odsetek mężczyzn wśród sprawców zabójstwa dziecka zakończonego samobójstwem. Owa nadreprezentacja kobiet wśród sprawców, którzy usiłowali odebrać sobie życie, może wynikać z faktu, że kobiety sięgają po mniej skuteczne metody samobójstwa niż mężczyźni — niezależnie od poziomu zamiaru samobójczego (Denning, Conwell, King, Cox 2000). Co za tym idzie — kobiety mają większe szanse na przeżycie próby samobójczej i z większym prawdopodobieństwem mogły znaleźć się w badanej przez nas próbie.

Podobnie jak w badaniach przeprowadzonych w Anglii i Walii (Pritchard, Bagley

2001) oraz w Kanadzie (Léveillé i in. 2007), w opisanym tu badaniu sprawcami zabójstw dzieci zakończonych parasamobójstwem byli wyłącznie biologiczni rodzice ofiar, przy czym tylko nieliczni sprawcy dopuszczali się wcześniej przemocy fizycznej wobec swoich dzieci. W obu grupach stwierdzono istotną rolę zaburzeń psychicznych — przyczyn tego stanu rzeczy można upatrywać w fakcie, że badana próba została wyłoniona spośród pacjentów szpitala psychiatrycznego. Grupę sprawców dzieciobójstwa zakończonego parasamobójstwem można podzielić na dwie podgrupy: rodziców, którzy zabili swoje dziecko (dzieci) z pobudek pseudoaltruistycznych oraz rodziców, którzy zrobili to, aby zemścić się na swoim partnerze życiowym. W przypadkach zaliczających się do pierwszej podgrupy, rodzice „zabierają dzieci ze sobą” w swoich wyobrażeniach samobójczych. W drugiej podgrupie istotną rolę wydaje się odgrywać separacja małżeńska. W tym wypadku to nie miłość do dzieci motywuje sprawcę do odebrania im życia i popełnienia samobójstwa, ale chęć wzięcia odwetu na partnerze za rozwód lub spory o opiekę nad dzieckiem.

Okazało się, że sprawcy zabójstw dzieci zakończonych parasamobójstwem częściej niż pozostali sprawcy dzieciobójstwa pozostawali w symbiotycznej relacji ze swoimi dziećmi. Wydaje się, że jeśli sprawca spostrzeży separację lub rozwód jako zagrożenie dla więzi, jaka łączy go z dzieckiem, jest bardziej skłonny odebrać życie zarówno dziecku, jak

i sobie. Fakt, że w odróżnieniu od sprawców, którzy nie usiłowali popełnić samobójstwa, rodzice, którzy targnęli się na swoje życie, na ogół nie krzywdzili wcześniej swych dzieci,

może wskazywać na istnienie takiej symbiotycznej więzi. W takich wypadkach dziecko stanowi integralną część obrazu JA funkcjonującego w umyśle rodzica.

Ograniczenia

Opisane badanie opiera się na danych pochodzących z akt szpitala psychiatrycznego. Uważa się, że osoby kierowane na obserwację sądowo-psychiatryczną różnią się od innych oskarżonych (Haapasalo, Petäjä 1999). Dlatego wydaje się, że wyników tego badania nie można generalizować i przekładać na całą populację.

Zabójstwo dziecka, po którym następuje samobójstwo sprawcy, to zdarzenie niezwykle rzadkie. Aby więc zgromadzić wystarczająco dużo przypadków do analizy, musieliśmy wziąć pod uwagę stosunkowo długi okres, co może obniżyć trafność zewnętrzną otrzymanych wyników. Ponadto analizę przypadków przeprowadzili sami autorzy badania, którzy doskonale znali jego cel. Pomimo zastosowania wystandaryzowanej metody kodowania zmiennych, fakt ten mógł stanowić źródło zmienności i stronniczości w procedurach kodowania. Ponadto, ze względu na niewielką liczebność próby, liczba możliwych do przeprowadzenia porównań statystycznych była ograniczona. Wydaje się, że całkowity błąd pierwszego rodzaju (błąd polegający na odrzuceniu hi-

potezy zerowej, która w rzeczywistości jest prawdziwą) mógł być zawyżony, zważywszy że poziomy istotności nie były dostosowane do liczby przeprowadzonych testów chi kwadrat Pearsona.

Wreszcie, należy zwrócić uwagę na fakt, że w opisanym badaniu nie uwzględniono przypadków zabójstwa dziecka zakończonego udaną próbą samobójczą. Chociaż staraliśmy się wziąć pod uwagę wyłącznie próby samobójcze, które niemal doprowadziły do śmierci sprawcy, jednak parasamobójstwa i udane próby samobójcze to dwa różne rodzaje zachowań, podejmowane przez różne grupy ludzi (Mann 2002). Autorzy przyszłych badań powinni starać się ominąć ten problem poprzez wykorzystanie metody autopsji psychologicznej (Shneidman 1981) — metody opartej na połączeniu wywiadów z osobami najbliższymi zmarłego z analizą danych pochodzących z innych źródeł. Metoda ta okazała się użyteczna w badaniu zjawiska samobójstwa, więc można ją również zastosować do badania sprawców, którzy odebrali sobie życie po dokonaniu przestępstwa zabójstwa dziecka.

Implikacje

Podobnie jak w wypadku prognoz dotyczących prostego samobójstwa i zabójstwa dziecka, każda ocena zjawiska zabójstwa dziecka zakończonego samobójstwem będzie z dużym prawdopodobieństwem zawyżała przewidywany poziom śmiertelności. Mimo to warto badać typy środowisk, z jakich mogą wywodzić się potencjalni spraw-

cy lub ofiary zabójstwa zakończonego samobójstwem, oraz analizować wzory zachowań i okoliczności życiowe, które mogą się wiązać z podwyższonym ryzykiem tego zjawiska (Nock, Marzuk 1999).

Na podstawie wcześniejszych badań można wnioskować, że zaburzona relacja między rodzicem a dzieckiem, nacechowana

przemocą fizyczną, jest jednym z podstawowych wskaźników, które należy uwzględnić w strategiach prewencyjnych (Cavanagh, Emerson Dobach, Dobash 2007). Tymczasem wśród sprawców zabójstw dzieci, którzy próbowali odebrać sobie życie, nie stwierdzono związku między krzywdzeniem (przemocą fizyczną) a zabójstwem. Co za tym idzie — tradycyjne działania profilaktyczne podejmowane w celu zapobiegania przemocy domowej mogą być bezużyteczne w odniesieniu do tej grupy. Praktycy — między innymi pediatrzy, pracownicy socjalni oraz psychologowie i psychiatry — powinni raczej zwracać baczną uwagę na rodziców mających myśli i wyobrażenia samobójcze. Przedstawione wyniki wskazują, że szczególnie ważne jest rozpoznawanie osób przejawiających nadidentyfikację rodzicielską, która polega na tym, że dziecko stanowi integralną część obrazu JA w umyśle rodzica. Ponadto istotna rola zemsty jako motywu sprawców stanowi ważny obszar prewencji

zabójstwa dziecka zakończonego samobójstwem. Z pragnieniem wyrównania rzeczywistych lub spostrzeganych krzywd doznanych od partnera można spotkać się podczas terapii małżeńskiej oraz na salach rozpraw, na których rozstrzygane są sprawy rozwodowe i spory o opiekę nad dziećmi. W takich wypadkach działania interwencyjne powinny koncentrować się na analizie motywów zachowań agresywnych oraz na przywróceniu właściwej perspektywy i dystansu, którego często brakuje osobom spostrzegającym zabójstwo dziecka, samobójstwo lub zabójstwo dziecka zakończone samobójstwem jako jedyne rozwiązanie swoich problemów.

Przedruk z za zgodą wydawnictwa Elsevier, *Child Abuse & Neglect*, vol. 34 (2010), s. 558–562, tytuł oryginału: *Filicide followed by parasuicide: A comparison of suicidal and non-suicidal child homicide*.

Tłumaczenie: Agnieszka Nowak

The article reports on the investigation of 128 cases of filicide, 30 of which ended in a failed suicidal attempt by the perpetrator. The aim of the research project described in the paper was to identify key characteristics associated with child homicide as a function of presence or absence of parasuicide (failed suicide) of the perpetrator. It was also attempted to draw conclusions useful in defining major areas of prevention.

Literatura

- Alder C.M., Polk K. (2001), *Child victims of homicide*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Barraclough B.M., Clark H.E. (2002), *Suicide preceded by murder: The epidemiology of homicide-suicide in England and Wales 1988–92*, *Psychological Medicine*, vol. 32, s. 577–584.
- Bourget D., Bradford J.M. (1990), *Homicidal parents*, *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 35, s. 233–238.
- Bourget D., Gagne P. (2002), *Maternal filicide in Quebec*, *Journal of American Academy of Psychiatry and Law*, vol. 30, s. 345–351.
- Brett A. (2002), *Murder-parasuicide: A case series in Western Australia*, *Psychiatry, Psychology and Law*, vol. 9, s. 96–99.
- Cavanagh K., Dobash R.E., Dobash R.P. (2007), *The murder of children by fathers in the context of child abuse*, *Child Abuse and Neglect*, vol. 31, s. 731–746.
- Daly M., Wilson M. (1988), *Homicide*, New York: Aldine de Gruyter.
- Dawson M. (2005), *Intimate femicide followed by suicide: Examining the role of premeditation*, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 35, s. 76–90.

- Denning D.G., Conwell Y., King D., Cox C. (2000), *Method choice, intent, and gender in completed suicide*, *Suicide and Life – Threatening Behavior*, vol. 30, s. 282–288.
- Haapasalo J., Petaja S. (1999), *Mothers who killed or attempted to kill their child: Life circumstances, childhood abuse, and types of killing*, *Violence and Victims*, vol. 14, s. 219–239.
- Hatters Friedman S., Holden C.E., Hrouda D.R., Resnick P.J. (2008), *Maternal filicide and its intersection with suicide*, *Brief Treatment and Crisis Intervention*, vol. 1, s. 1–9.
- Hilbrandt M. (2001), *Homicide–suicide and other forms of co–occurring aggression against self and against others*, *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 32, s. 626–635.
- Holden C.E., Burland A.S., Lemmen C.A. (1996), *Insanity and filicide: Women who murder their children*, *New Directions for Mental Health Services*, vol. 69, s. 25–34.
- Koenraadt F., Liem M. (2005), *Domestic homicide at the end of a violent continuum*, w: Westerdorp I., Wolleswinkel R. (Eds.), *Violence and domestic sphere*, Antwerpen; Intersentia.
- Leveillee S., Marleau J.D., Dube M. (2007), *Filicide: A comparison by sex and presence of absence of self–destructive behaviour*, *Journal of Family Violence*, vol. 22, s. 287–295.
- Liem M., Koenraadt F. (2008a), *Falicide: A comparative study of maternal versus paternal child homicide*, *Criminal Behaviour and Mental Health*, vol. 18, s. 166–176.
- Liem M., Koenraadt F. (2008b), *Familicide: A comparison with spousal and child homicide*, *Criminal Behaviour and Mental Health*, vol. 18, s. 306–318.
- Liem M., Postulart M., Nieuwbeerta P. (2009), *Homicide–suicide in the Netherlands: An epidemiology*, *Homicide Studies*, vol. 13, s. 99–123.
- Logan J., Hill H.A., Black M.L., Crosby A.E., Karch D.L., Barnes J.D., Lubell K.M. (2008), *Characteristics of perpetrators in homicide–followed–by–suicide incidents: National Violent Health Reporting System – 17 US States, 2003–2005*, *American Journal of Epidemiology*, vol. 168, s. 1056–1064.
- Mann J.J. (2002), *A current perspective of suicide and attempted suicide*, *Annals of Internal Medicine*, vol. 136, s. 302–311.
- Meloy J.R. (1992), *Violent attachments*, NJ: Aronson.
- Nock M.K., Marzuk P.M. (1999), *Murder–suicide*, w: Jacobs D.G. (Ed.), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (s. 188–2009), San Francisco, CA: Jossey–Bass.
- Pierce D.W. (1977), *Suicidal intent in self–injury*, *British Journal of Psychiatry*, vol. 130, s. 377–385.
- Pritchard C., Bagley C. (2001), *Suicide and murder in child murders and child sexual abusers*, *The Journal of Forensic Psychiatry Psychology*, vol. 12, s. 269–286.
- Schackelford T.K., Weekes–Schackelford V.A., Beasley S.L. (2005), *An explanatory analysis of the contexts and circumstances of filicide–suicide in Chicago, 1965–1994*, *Aggressive Behavior*, vol. 31, s. 399–406.
- Shneidman E.S. (1981), *The psychological autopsy*, *Suicide and Life–Threatening Behavior*, vol. 11, s. 325–340.
- Somander L.K.H., Hammer L.M. (1991), *Intra- and extrafamilial child homicide in Sweden 1971–1980*, *Child Abuse and Neglect*, vol. 24, s. 45–55.
- Santon J., Simpson A., Wouldees T. (2000), *A qualitative study of filicide by mentally ill mothers*, *Child Abuse and Neglect*, vol. 24, s. 1451–1460.
- Wallach A. (1986), *Homicide: The social reality*, New South Wales: New South Wales Bureau of Crime Statistics and Research.

O AUTORACH

MARIEKE LIEM jest absolwentką Uniwersytetu w Utrechcie, gdzie w 2004 r. uzyskała tytuł licencjata na kierunku Nauki Społeczne. Studia magisterskie w dziedzinie psychologii klinicznej ukończyła w 2005 r. na tej samej uczelni. W czasie studiów skupiała się na problematyce zabójstwa w rodzinie. W 2006 r. ukończyła studia podyplomowe w dziedzinie badań kryminologicznych na Uniwersytecie w Cambridge. W okresie od września 2006 r. do czerwca 2007 r. pracowała w Instytucie Prawa Karnego i Kryminologii im. Willema Pompe przy Uniwersytecie w Utrechcie, gdzie prowadziła badania dotyczące tematyki zabójstwa partnera życiowego. Od czerwca 2007 r., doktorantka w Instytucie im. Willema Pompe. Część swoich badań doktorskich prowadziła w Bostonie we współpracy z Harvard Injury Control Research Center i Northeastern University College of Criminal Justice.

RENÉE DE VET — badaczka–praktykantka (Onderzoeker in Opleiding), doktorantka w Uniwersyteckim Centrum Medycznym (UMC) St Radboud.

FRANS KOENDRAADT — psycholog sądowy, Centrum Psychiatrii Sądowej im. Pietera Baana, wykładowca psychiatrii i psychologii sądowej, Instytut Prawa Karnego im. Willema Pompe, Uniwersytet w Utrechcie, Holandia.