

**Tomasz Konopka, Filip Bolechała, Marcin Strona**

## **Porównanie ran kłutych klatki piersiowej w samobójstwach i zabójstwach**

### **Chest stab wound comparison in suicidal and homicidal cases**

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie  
Kierownik: dr hab. F. Trela - profesor UJ

Wobec pojawiających się sporadycznie przypadków zabójstw przez zadanie rany kłutej klatki piersiowej, w których zabójca twierdzi że ofiara popełniła samobójstwo, porównano przypadki tego typu samobójstw oraz zabójstw. Wbrew pojawiającym się w piśmiennictwie sądowo-lekarskim opiniom, że tradycyjnie przywoływane cechy ran samobójczych - odstąpienie odzieży, obecność nakłuć próbnych, godzenie w przestrzeń międzyżebrową - nie występują w części samobójstw, to jednak w każdym z analizowanych przypadków samobójstw, wystąpiło po kilka takich cech. Po uwzględnieniu nowo opisanej cechy jaką jest poziomy układ rany w skórze, różnicowanie między samobójstwem a zabójstwem jest jeszcze bardziej kateryczne. Z przeprowadzonych badań wynika, że cechą bardzo charakterystyczną dla samobójstwa przez zadanie ran kłutych klatki piersiowej, jest także niski poziom alkoholu we krwi. Cechy typowe dla śmierci samobójczej nie występują natomiast w przypadkach „destrukcyjnej autoagresji” - śmiertelnych obrażeń zadawanych sobie przez osoby chore psychicznie.

In view of the appearance of cases of homicides by stabbing in which the killer claims that the victim committed suicide cases of homicides and suicides of this type have been compared. Contrary to the opinions appearing in the medico-legal issues stating that the commonly described features of the suicidal wounds such as tentative wounds, stabbing in the intercostals space, "removal" of clothes do not appear in some of the suicides, a few of these features do appear in each of the examined cases. Having considered the horizontal wound arrangement in the skin, which is a newly described feature, the differentiation between homicides and suicides are more categorical. In addition to that, the low level of alcohol in the blood is an extremely characteristic feature of the suicide by chest stabbing. On the contrary, typical features of suicidal death don't appear in cases of "aggressive self-destruction", self inflicted fatal wounds inflicted by a person with mental disorders.

**Słowa kluczowe: samobójstwo, zabójstwo, rany kłute**  
**Key words: suicide, homicide, stab wounds**

## WSTĘP

Rany klute klatki piersiowej są przyczyną niespełna 1% wszystkich popełnianych samobójstw. W materiale sekcyjnym krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej, w latach 1991 - 2000 znalazło się jedynie 15 tego typu przypadków, na ogólna liczbę 1933 samobójstw dokonanych (16). Podobny odsetek w polskiej populacji, 0,8%, stwierdził Staśkiewicz (18). Samobójstwo przez wbicie sobie noża w okolicę serca, na ogół nie stanowi poważnego problemu opiniodawczego. W większości przypadków, o zaliczeniu do samobójstw decydują informacje pozalekarskie, takie jak pozostawienie listu pożegnalnego, wcześniejsze próby samobójcze czy leczenie z powodu psychozy afektywnej. Jedynie w pojedynczych przypadkach spotykamy się z wysuwaniem we wstępnej fazie śledztwa podejrzenia zabójstwa, jednak głębsza analiza przypadku dokonana przez doświadczonego medyka sądowego, szybko doprowadza do weryfikacji niesłusznych podejrzeń.

Poważniejszy problem pojawia się, gdy zachodzi konieczność opiniowania niejako „w drugą stronę”. Chodzi tu o przypadki zabójstw przez zadanie rany klutej klatki piersiowej, w których sprawca broni się, twierdząc że ofiara popełniła samobójstwo. Medycyna sądowa zna szereg cech różnicujących samobójstwo od zabójstwa, jednak jak się okazuje, nie są one wystarczająco przekonywujące dla organów wymiaru sprawiedliwości. Argumentem o zadaniu obrażenia przez odzież, braku nakłuć próbnych czy przebicium żebra, przeciwstawiana jest teza, że jednak nie można wykluczyć zadania sobie ciosu przez odzież, przebijającego żebro i bez nakłuć próbnych.

W krakowskim Zakładzie Medycyny Sądowej, w ostatnich latach kilkakrotnie wydawano opinię kwestionującą samobójstwo jako przyczynę zgonu. Postępowania toczą się nadal, sprawy tę będą przedmiotem kolejnej publikacji, po ich zakończeniu i zdobyciu informacji o wpływie opinii sądowo-lekarskiej na wynik postępowania sądowego. We wszystkich tych przypadkach mieliśmy do czynienia ze zgonem w wyniku pojedynczej rany klutej klatki piersiowej, przebijającej serce lub duże naczynia. We wszystkich też przypadkach, podobnie jak w nielicznie publikowanych zgłoszeniach kazuistycznych (7), zdarzenie miało miejsce w domu ofiary, w którym w tym czasie przebywała druga osoba (współmałżonek, konkubent), twierdząca że zdarzenie było samobójstwem. Tylko tego typu okoliczności sprzyjają próbom przerzucenia winy na ofiarę. Zadanie kilku ran lub spowodowanie obrażeń obronnych, nie daje sprawcy szans na przekonanie organów ścigania o wersji samobójstwa, nawet bez powoływania biegłego. Z kolei w przypadkach pchnięcia nożem przez osobę obcą lub poza domem, sprawca nie musi przedstawiać wersji o samobójstwie, bo po prostu ucieka z miejsca zdarzenia.

W celu zbadania cech charakterystycznych tego typu zabójstw i porównania ich z samobójstwami, przeanalizowano piśmiennictwo sądowo-lekarskie oraz zebrano z 10 lat przypadki zabójstw przez zadanie pojedynczej rany klutej klatki piersiowej. Niniejsza praca ma odpowiedzieć na pytanie, czy w przypadku zabójstwa, medycyna sądowa jest w stanie wykazać, że nie jest to samobójstwo.

## OMÓWIENIE MATERIAŁU

Spośród 160 zabójstw z użyciem ostrego narzędzia, badanych w krakowskim Zakładzie Medycyny Sądowej w okresie 1991-2000, odrzucono przypadki z ranami mnogimi, obrażeniami obronnymi, innymi rozległymi obrażeniami oraz przypadki z ranami zlokalizowanymi na innych częściach ciała, niż przednia powierzchnia klatki piersiowej. Co prawda zdarzają się zarówno samobójstwa jak i zabójstwa przez zadanie ran klutych na innych częściach ciała, (szyja, brzuch), jednak są znacznie rzadsze od przypadków z ranami klatki piersiowej.

Ogółem w analizowanym okresie znaleziono 37 przypadków zabójstw z raną klutą<sup>a</sup> na przedniej powierzchni klatki piersiowej. Tylko w czterech przypadkach ofiarami były kobiety, w wieku 24-42 lat, wśród mężczyzn wiek wahał się od 16 do 60 lat.

W przypadkach ośmiu zabójstw nie dysponujemy informacjami o sprawcy. W kolejnych ośmiu przypadkach sprawcą była osoba obca; w siedmiu z nich, zabójstwo miało miejsce na zewnątrz (ulica, osiedle, park), a tylko jedno w mieszkaniu (złodziej ugodzony nożem w czasie włamania, przez właściciela mieszkania).

W 21 przypadkach sprawcą była osoba bliska ofierze - współmałżonek, konkubin, członek rodziny lub znajomy, sprawcami 10 zabójstw były kobiety. W przeciwieństwie do poprzedniej grupy, przytłaczająca większość zabójstw miała miejsce w mieszkaniu. Aż w 21 przypadkach do zabójstwa doszło w domu sprawcy lub ofiary (najczęściej wspólnym) i tylko w jednym przypadku w lokalu. Ta grupa zabójstw odpowiada działaniom określanym w statystykach, jako zabójstwa na tle nieporozumień rodzinnych. Także we wszystkich wspomnianych wcześniej sprawach, kiedy zabójca twierdził, że ofiara popełniła samobójstwo, zabójstwa również miały charakter „rodzinny”, ofiara i sprawca były osobami bliskimi, a śmierć miała miejsce we wspólnym mieszkaniu. Nasuwa to konieczność bliższego przyjrzenia się tego typu zabójstwom.

Gierowski i wsp. (4, 5) badając motywacje sprawców zabójstw, wydzielili 6 grup, wyraźnie różniących się nie tylko celem działania sprawcy, ale także sposobem zadania śmierci i wzajemnym stosunkiem ofiary i sprawcy. Grupy te to: 1) zabójstwa na tle seksualnym (z uduszeniem jako dominującym sposobem zadania śmierci). 2) zabójstwa z motywów urojeniowych, popełniane przez osoby chore psychicznie, 3) zabójstwa z motywów ekonomicznych czyli praktycznie rabunkowe, w których intencją sprawcy jest pozbycie się świadka, 4) zabójstwa z wiodącym motywem zemsty (w których co ciekawe dominują, obrażenia twarzy), 5) zabójstwa z poczucia krzywdy i urazy, charakteryzujące się m.in. zadawaniem dużej ilości obrażeń (overkilling); oraz najliczniejsza, szósta grupa, obejmująca prawie 1/3 przypadków - zabójstw z motywów emocjonalnych, zakwalifikowanych przez psychologów jako wynik działań w poczuciu zagrożenia i lęku. Ta ostatnia grupa, cechuje się m.in. tym, że zabójstwa nie są planowane, najczęściej przypadkowe, jako wyraz odreagowania silnych, negatywnych emocji a nie zamiaru zadania śmierci. Zabójstwa z tej grupy najczęściej dokonywane są w trakcie kłótni na osobach bliskich sprawcy, pod wpływem alkoholu, który potęgował emocje, narzędziem znajdującym się pod ręką najczęściej nożem kuchennym lub tępym przedmiotem. Cechą charakterystyczną jest także to, że sprawca często okazywał żal natychmiast po zadaniu śmiertelnego obrażenia, próbował ratować ofiarę, nie

ukrywał się. Jest to także jedyna grupa sprawców zabójstw, w której kobiety znalazły się w większej ilości, w pozostałych zdarzają się jedynie sporadycznie.

Grupa ta, bardzo wyraźnie odpowiada zabranym przypadkom 21 zabójstw „na tle nieporozumień rodzinnych” oraz typowi zabójstw zgłaszanych jako samobójstwa.

Samobójstwa przez zadanie sobie ran kłutych klatki piersiowej są wielokrotnie rzadsze od zabójstw, w których narzędzie ostre - końcyste używane jest w co czwartym przypadku (19). W ostatnich kilkunastu latach w krakowskim Zakładzie Medycyny Sądowej przebadano 19 przypadków samobójstw spowodowanych ranami kłutymi klatki piersiowej.

Wśród samobójców zdecydowanie przeważali mężczyźni, jedynie 4 kobiety wybrały tę metodę zadania sobie śmierci. Wiek w przypadku mężczyzn wahał się od 28 do 71 lat, w grupie kobiet ten typ samobójstwa wybrały osoby zdecydowanie starsze, od 61 do 72 lat.

Analizując obecność typowych cech wskazujących na samobójstwo, stwierdzono, co następuje:

W 11 przypadkach kanały ran drążyły przez przestrzeń międzyżebrową, nie uszkadzając żeber. W ośmiu przypadkach doszło do uszkodzenia żeber, jednak aż w pięciu były to jedynie przecięcia części chrząsteczek, w jednym lekkie nacięcie krawędzi żebra i tylko w dwóch - całkowite przecięcie żebra w części kostnej. W grupie zabójstw, do uszkodzeń żeber doszło w 23 z 37 przypadków, pomimo że w każdym z nich zaistniała tylko jedna rana kłuta.

Cechą bardzo charakterystyczną dla samobójstw, okazał się układ rany w skórze. Cecha ta, opisana po raz pierwszy przez Stolla w 1910 roku, została na wiele lat zapomniana, przypomniał o niej dopiero Karlsson (8) w roku 1998. Objaw ten, związany jest z wbijaniem noża w płaszczyźnie równoległej do przebiegu żeber. Ponadto wynika z faktu trzymania noża w sposób wymuszony przez kształt rękojeści, której spłaszczony lub owalny przekrój, zgodnie z zasadami ergonomii dostosowuje się do kształtu ręki. Nóż trzymany własną ręką skierowany w okolice serca, ma ostrze ustawione w płaszczyźnie poziomej, co wynika z faktu poziomego w tej sytuacji układu nadgarstka.

W zebranych materiale, w trzech przypadkach wystąpiły rany o przebiegu pionowym, w dwóch przebieg był skośny ze szczytem zwróconym w lewo i w dwóch skośny ze szczytem zwróconym w prawo. W pozostałych 12 przypadkach rany miały układ poziomy. W przeciwieństwie do tego, w przytaczanym powyżej materiale dotyczącym zabójstw, rany miały układ przypadkowy, na 34 przypadki w których opisano układ rany, było 5 ran pionowych, 4 poziome, 14 skośnych, szczytem zwróconych w lewo i 13 skośnych ze szczytem w prawo.

Jedynie w dwóch przypadkach samobójca zadał sobie rany kłute przez odzież w kolejnych dwóch, rany zostały zadane po częściowym odsłonięciu rejonu w który miały godzić, np. przez rozpięcie kurtki i koszuli ale pozostawienie opuszczonego podkoszulka. W dziesięciu przypadkach ofiara samobójstwa rozpięła lub unosiła odzież, na której tym samym nie znaleziono żadnych nacięć w miejscach ran. W dwóch przypadkach rany zadały sobie osoby rozbrane z górnych części odzieży, a w trzech nie udało się określić czy doszło do uszkodzenia ubrania (osoby leczone w szpitalu). Zaznaczyć tu należy, że we wszystkich przypadkach ran godzących przez odzież, wystąpiły także nakłucia próbne.

Tabela I. Porównanie odsetkowe\* cech charakterystycznych w samobójstwach i zabójstwach.

Table I. Characteristic features comparison in suicides and homicides.

	samobójstwa suicide	zabójstwa homicide
uszkodzenia żeber damage of the ribs	42%	41%
poziomy układ rany w skórze horizontal stab wounds	63%	12%
alkohol we krwi <0,5 % blood alcohol	94%	19%

\* liczba przypadków zmienna, nie we wszystkich badano poszczególne cechy, szczegółowe liczby w tekście.

W przypadkach zabójstw, do uszkodzenia odzieży, z oczywistych powodów doszło we wszystkich przypadkach, kiedy tylko ofiara była ubrana.

Również z oczywistych powodów, w żadnym z zabójstw nie stwierdzono obrażeń próbnych. W grupie samobójstw nakłucia próbne w postaci od punktowanych ranek do różnej głębokości ran, w liczbie od 1 do kilkudziesięciu, pojawiły się w 17 przypadkach.

W jednym przypadku nakłuc próbnych nie znaleziono, stwierdzono pojedynczą ranę kłutą jak w przypadkach zabójstw omawianych powyżej, jednak rana penetrowała tylko do mięszu płuca, a przyczyną zgonu były obrażenia wielonarządowe wskutek upadku z wysokości. Ponadto w jednym przypadku nie było nakłuc próbnych w skórze, jednak pomimo pojedynczej rany powłok skórnych, na sercu widoczne było aż pięć zranień co pozwala przypuszczać, że denat kilkakrotnie „dopychał” nóż po wbiciu go w ciało.

Obecność innych obrażeń wskazujących na działania samobójcze znaleziono w 13 przypadkach, w tym w ośmiu były to rany cięte szyi lub przedramion, w dwóch obrażenia wielonarządowe powstałe przy upadku z wysokości, w jednym przypadku samobójca powiesił się po zadaniu sobie ran kłutych w okolicy serca i w jednym utopił się w rzece.

Przedstawiony powyżej materiał pozwala zatem na stwierdzenie, że jakkolwiek typowe cechy śmierci samobójczej stwierdzane są w większości samobójstw, to jednak w nielicznej części przypadków nie występują.

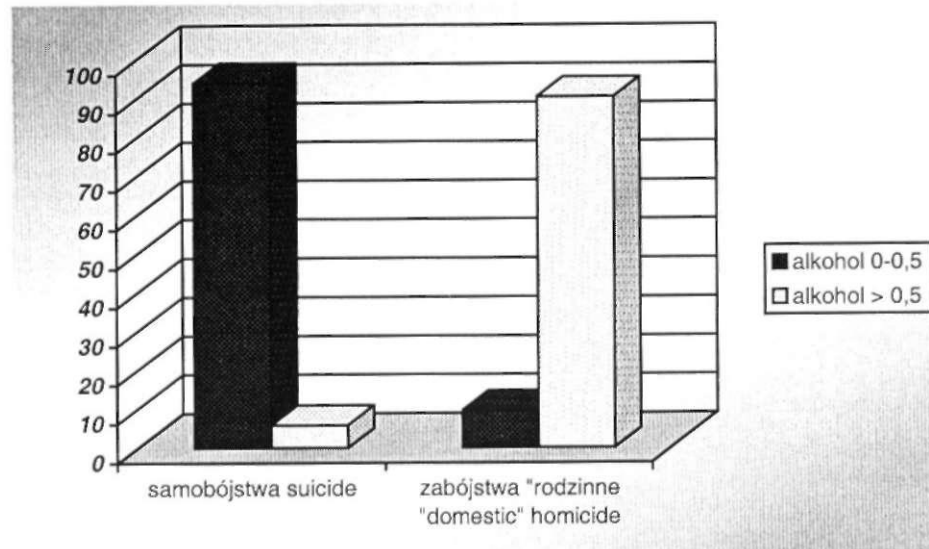
Ciekawe wyniki dało porównanie poziomu alkoholu we krwi. W grupie samobójstw, w 14 przypadkach nie stwierdzono obecności alkoholu, w dwóch mieścił się w granicach 0-0,5‰ i tylko w jednym był wyższy, wyniósł 1,4‰, zatem średnio wynosił 0,1‰. Stanowi to wyraźny kontrast z przypadkami zabójstw. W zebranej grupie 36 ofiar zabójstw w wyniku rany kłutej klatki piersiowej, w dziewięciu przypadkach poziom alkoholu był niższy niż 1‰, w pięciu wyniósł 1-2‰, a w pozostałych 24 przekraczał 2‰. Dysproporcja z przypadkami samobójstw jest jeszcze bardziej widoczna, gdy porównamy je z przypadkami zabójstw na tle nieporozumień rodzinnych, czyli tymi w których zdarza się zgłaszanie zabójstwa jako samobójstwo. Na 21 zebranych zabójstw z raną kłutą

klatki piersiowej, tylko u dwóch ofiar poziom alkoholu był mniejszy niż 0,5‰, u następnych trzech mieścił się w zakresie 1-2‰, a u pozostałych 16 przekraczał 2‰ (w tym u 8 przekraczał 3‰), wynosząc średnio 2,7‰. W przeciwieństwie do zabójstw „rodzinnych”, w grupie zabójstw popełnionych przez osoby obce dla sprawcy dominowały niskie stężenia alkoholu we krwi - mniejszy niż 0,5‰ u 5 osób i u dwóch w zakresie 0,5-1‰, tylko u jednej osoby 1,5‰.

Tabela II. Częstość występowania cech, charakterystycznych wyłącznie dla Samobójstw.

Table II. Frequency of features related to suicides only.

	liczba przypadków number of cases (liczba przyp. badanych) (cases investigated)	odsetek percentage
obecność innych działań samobójczych other suicidal injuries	13 (19)	68,4 %
uniesienie odzieży „removal” of clothes	12 (14)	85,7 %
nakłucia próbne tentative injuries	17 (19)	89,4 %



Ryc. 1. Porównanie odsetkowe zawartości alkoholu we krwi w samobójstwach i zabójstwach z ranami kłutymi klatki piersiowej, z motywów emocjonalnych („rodzinnych”).

Fig. 1. „Domestic” homicides and suicides - comparison of blood alcohol level.

## DYSKUSJA

W ciągu ostatnich kilku lat pojawiło się wiele publikacji sądowo-lekarskich kwestionujących wartość dowodową tradycyjnie przywoływanych cech samobójstw popełnionych przez zadanie ran kłutych.

Bohnert i wsp. opublikowali 3 przypadki samobójczych ran kłutych zadanych przez odzież (2). Karger i wsp. (6) badając 31 przypadków samobójstw z ranami kłutymi tułowia, uszkodzenia odzieży znaleźli aż w 16.

Nakłucia lub nacięcia próbne Karger i wsp. stwierdzili w 50 % przypadków, przy czym aż w 6 przypadkach z pojedynczą, śmiertelną raną kłutą (na 65), nie stwierdzili obrażeń próbnych (6). Nasuwa się pytanie, jakie kryteria decydowały w tych przypadkach o zaliczeniu ich do samobójstw. Byard (3) badając 12 przypadków, nakłuć próbnych nie stwierdził w 5 a Vanezis (20) nie znalazł ich 15 przypadkach na 29 z ranami kłutymi samobójczymi. Ciekawostką było znajdywanie obrażeń próbnych w oddaleniu od rany śmiertelnej (6, 8).

Uszkodzenia żeber, Karger (6) znalazł w 3 przypadkach na 24, Karlsson (8) w 8 przypadkach na 23 stwierdził uszkodzenia żeber a w dwóch nawet mostka (w obydwu dotyczyło to osób chorych psychicznie).

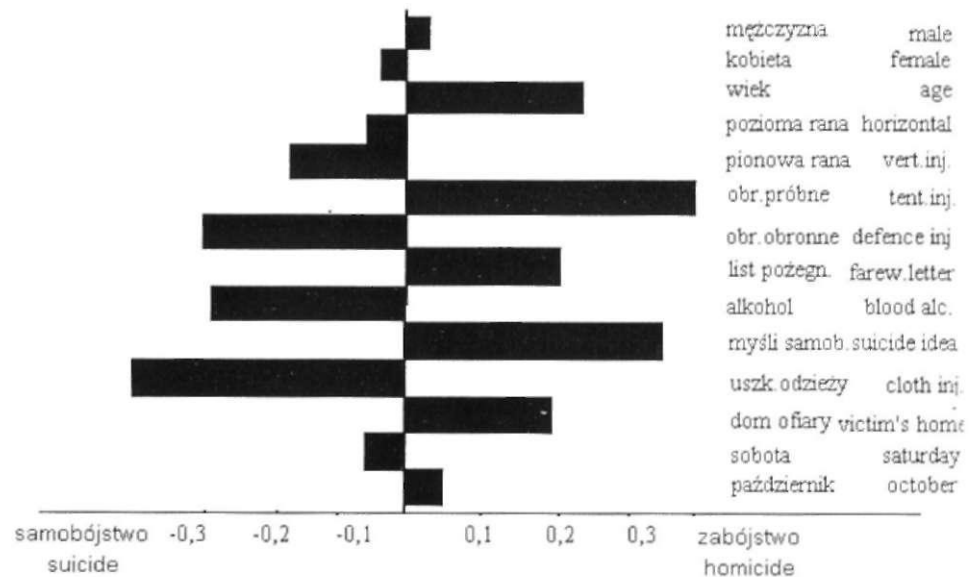
Karlsson zwraca uwagę, że w samobójstwach przez zadanie ran kłutych klatki piersiowej, przebieg ran w skórze w większości przypadków jest poziomy. Tę samą cechą przytacza Karger (6), który w 23 na 27 badanych przypadków, stwierdził poziomy układ rany na skórze.

W konkluzjach wszystkich powyższych prac przewija się wniosek o zmniejszeniu znaczenia cech, tradycyjnie uznawanych za samobójcze.

Bardzo ciekawą publikacją jest opracowanie Thore Karlssona (9), zawierające wielokierunkową statystyczną analizę poszczególnych cech zabójstw i samobójstw. Badając na dużej liczbie przypadków występowanie poszczególnych cech, określił ich siłę dowodową. I tak np. sobota jako dzień tygodnia w którym nastąpił zgon wskazuje na zabójstwo, ale siła dowodowa tego czynnika jest minimalna, podobnie jak październik jako czas zdarzenia wskazuje na samobójstwo. Wielkość współczynnika obliczonego dla tych dwóch cech wynosi po 0,05 z tym, że ich wartości mają przeciwne znaki (+ i -). W przeciwieństwie do tego, w samobójstwach występują także cechy o silnej wartości dowodowej np., obrażenia próbne - współczynnik -0,4; wcześniejsze próby samobójcze -0,36; towarzyszące nacięcia nadgarstków -0,3; list pożegnalny -0,2. W zabójstwach wartości współczynników dla poszczególnych cech wynoszą: uszkodzenia odzieży 0,4; obecność obrażeń obronnych 0,3; Karlsson nie badał cechy jaką jest uszkodzenie żebra, badał natomiast układ rany na skórze klatki piersiowej; rana o przebiegu pionowym lub skośna z góry i strony lewej w dół i prawo przemawia za zabójstwem. Zwraca także uwagę fakt, że wysoki poziom alkoholu wskazuje na zabójstwo i cecha ta ma wysoki współczynnik, o wartości równej obecności obrażeń obronnych!

Zarówno w piśmiennictwie, jak i materiale własnym, daje się zauważyć dwa rodzaje działań, skutkujących zadaniem sobie śmierci. W pierwszym, który można określić jako typowe samobójstwo, celem działania denata jest pozabawienie się życia. Wykonuje czynności mające ułatwić mu osiągnięcie tego celu,

a więc odstawia z odzieży miejsce w które ma być wbity nóż, wbija narzędzie w przestrzeń międzyżebrową aby uniknąć zbędnego oporu związanego z przebiciem żebra. Po natrafieniu na żebro wyciąga nóż i wbija go obok i tak powstaje część z nakłuc próbnych, chociaż niewątpliwie niektóre z nich powstają jako wyraz niezdecydowania i zatrzymywania ruchu noża, w reakcji na ból.



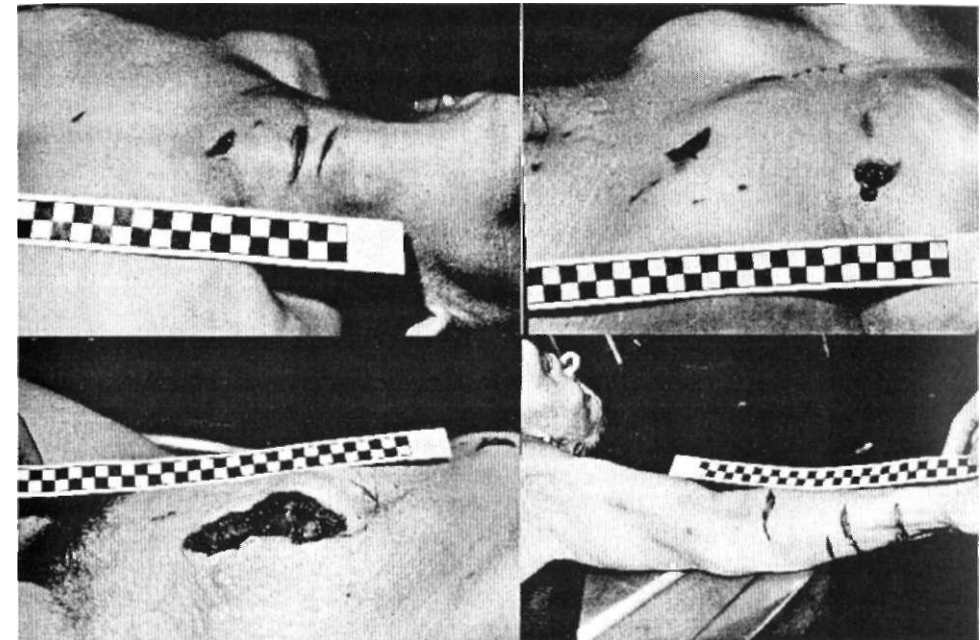
Ryc. 2. Wykres wartości cech występujących w samobójstwach i zabójstwach z ranami kłutymi klatki piersiowej (wg Karlssona, zmieniony).

Fig. 2. Diagram valuability of features in suicides and homicides related to chest stab wounds (Karlsson, revised).

Drugi spotykany typ zamachów samobójczych określić można jako destrukcyjną autoagresję. Ten typ działań występuje przede wszystkim u osób z głębokimi zaburzeniami psychicznymi. Najczęściej jest to początkowy okres schizofrenii lub zespołów schizofrenicznych (15). Śmierć nie jest wynikiem realizowania celu pozbawienia siebie życia, ale fizycznej agresji skierowanej do własnego ciała. Przypadki te charakteryzują się znaczną brutalnością w zadawaniu obrażeń, chaotycznym zadawaniem ciosów w różne okolice ciała i często brakiem działań mających ułatwić nastąpienie zgonu, co powoduje, że nie wszystkie tego typu przypadki kończą się śmiercią. W polskim piśmiennictwie na tę grupę samobójstw po raz pierwszy zwrócił uwagę Klęsk w 1900 roku (11). Później przypadki tego typu były wielokrotnie opisywane (1, 10, 12, 14, 19) W zebranych w ramach niniejszego opracowania materiale znalazły się co najmniej 3 tego typu przypadki:

- mężczyzna w wieku 34 lat leczony psychiatrycznie, zadał sobie 7 ciosów dłutem w klatkę piersiową i brzuch, zmarł w szpitalu,

- mężczyzna lat 36, leczony z powodu schizofrenii, zadał sobie 9 ciosów nożem w przednią i boczną powierzchnię klatki piersiowej oraz brzuch, po czym wyskoczył z okna na drugim piętrze, zmarł w szpitalu
- kobieta w wieku 61 lat, bez wywiadu psychiatrycznego ale od kilku dni zamknięta w sobie, skarżąca się na bezsenność (co jest bardzo charakterystycznym objawem), zadała sobie 3 ciosy nożem w klatkę piersiową, przecięła powłoki brzucha, dokonała nacięć na szyi i przedramionach, zmarła na miejscu



Ryc. 3. Przypadek destrukcyjnej autoagresji - rany kłute i cięte szyi, rany kłute klatki piersiowej zadane przez odzież, rany cięte przedramion, rozcięcie powłok brzucha.

Fig. 3. A case of „aggressive self-destruction” - incised and stab wounds of neck, chest stab wounds through clothing, incision stab wounds of fore-arms, discission of abdomen.

W żadnym z powyższych przypadków nie znaleziono nakłuc próbnych, we wszystkich doszło do uszkodzeń żeber, w dwóch pierwszych nie udało się zbadać odzieży. Wprawdzie w żadnej z przytoczonych wcześniej publikacji na temat samobójstw przez zadanie ran kłutych, nie wydzielono takiej grupy jak powyższa, jednak z opisu „ran zadanych przez odzież” (2, 20), widać wyraźnie chaotyczne, bezładne rozmieszczenie ran, podobne przypadki wymieniają Karger (6) i Kunz (12). Klasyfikowanie tego typu przypadków jako samobójstwa, niezasadnie dyskwalifikuje wartość typowych cech samobójczych, które w nich nie występują.

Po zweryfikowaniu - wyłączeniu ze zbioru samobójstw przypadków destrukcyjnej autoagresji okazuje się, że typowe cechy samobójczych ran kłutych, mają wbrew obawom silną wartość dowodową. Ogółem w analizowanej grupie 16 samobójstw, w pięciu przypadkach stwierdzono po 4 cechy działania samobójczego, w siedmiu po 3 takie cechy, i w czterech po 2 cechy. W żadnym przypadku nie stwierdzono pojedynczej cechy wskazującej na samobójstwo, przy czym podkreślić należy, że nie dysponowaliśmy informacjami pozalekarskimi, jak np. napisanie listu pożegnalnego, wcześniejsze próby samobójcze czy leczenie z powodu depresji.

Niezwykle ciekawym objawem różnicującym między samobójstwem a zabójstwem, okazał się poziom alkoholu we krwi. Więcej niż 0,5% alkoholu stwierdzono tylko u jednej ofiary samobójstwa (na 17 u których badano alkohol), podczas gdy w grupie zabójstw na tle nieporozumień rodzinnych, w stanie nietrzeźwości było 19 spośród 21 ofiar, w tym 16 ofiar miało ponad 2% alkoholu. Podobny wynik uzyskali Start i wsp.(17) którzy przebadali 28 przypadków samobójstw przez zadanie ran kłutych. Poziom alkoholu przebadano w 22 z nich, we wszystkich badanie wypadło ujemnie. Z kolei ofiary pobić i zabójstw z użyciem ostrego narzędzia badał Lembas, stwierdzając, że pod wpływem alkoholu było 87% z nich (13).

Tak niski odsetek osób nietrzeźwych wśród samobójców, wyraźnie wyróżnia pchnięcie się nożem spośród innych metod targnięcia się na własne życie. W materiale krakowskiego ZMS (niepublikowanym), odsetek osób popełniających samobójstwo będąc pod wpływem alkoholu, sięga od 26% w rzuceniu się do wody i rzuceniu się z wysokości, przez 32% w przejechaniu przez pociąg, 33% w przypadkach zadania sobie ran ciętych, 37% w zatruciu lekami do 40% w powieszaniach. Rozważając przyczyny tej zaskakującej „trzeźwości” samobójców godzących sobie nożem w klatkę piersiową, należy raczej odrzucić hipotezę, że jest to metoda zbyt trudna dla osoby pijanej. Wydaje się natomiast prawdopodobne, że osoba działająca z zamiarem pozbawiania się życia, będąc pod wpływem alkoholu nie wybiera tej metody, bojąc się że będzie ona nieskuteczna. Trafienie sobie nożem w serce byłoby może proste dla znajdującego ludzką anatomię lekarza, jednak przeciętna osoba ma jedynie mgliste pojęcie o lokalizacji serca, jego wielkości, czy głębokości położenia. Osobnik pijany, ma prawo obawiać się, że nieprecyzyjne wbicie sobie noża w klatkę piersiową, nie spowoduje szybkiego zgonu. Samobójca będący pod wpływem alkoholu wybiera zatem inny, bardziej przewidywalny sposób odebrania sobie życia.

## WNIOSKI

1. Wbrew obawom wielu autorów, że w samobójstwach często pojawiają się cechy charakterystyczne dla zabójstw, przynajmniej w części z nich wystąpienie tych cech odnieść należy do destrukcyjnej autoagresji u osób chorych psychicznie, łatwej do odróżnienia od typowego samobójstwa.
2. Nową, nieznaną w polskim piśmiennictwie sądowo-lekarskim cechą charakterystyczną dla samobójstw przez zadanie ran kłutych klatki piersiowej,

statystycznie ważniejszą niż uszkodzenia żeber, jest poziomy układ rany w skórze

3. Cechą bardzo silnie różnicującą samobójstwa od zabójstw jest poziom alkoholu, niski w samobójstwach, wysoki w zabójstwach.
4. We wszystkich badanych przypadkach wystąpiło po kilka cech wskazujących na samobójstwa, po uwzględnieniu niskiego poziomu alkoholu jako takiej cechy - co najmniej po 3

W podsumowaniu stwierdzić należy, że w przypadkach zabójstwa przez zadanie rany klutej klatki piersiowej, medycyna sądowa jest w stanie z dużą dozą pewności, odrzucić wersję o rzekomym samobójstwie.

## PIŚMIENNICTWO

I. Biełoszabski W.: Przypadek samobójstwa kombinowanego. Czasopismo sądowo-lekarskie. 1930.3.25-27. -2. Bohnert M. Ropohl D. Pollak S. Suizidale Stichbeibringungen durch die Kleidung. Archiv fur Kriminologie. 1997.200.31-38. -3. Byard R.W. Klitte A. Gilbert J.D. i in: Clinicopathologic Features of fatal Self—inflicted Incised and stab wounds. Am. J. Forensic Med. Pathol. 2002.23.15-18. -4. Gierowski K. Motywacja zabójstw. Akademia Medyczna w Krakowie. 1989. -5. Gierowski K. Jaśkiewicz-Obydzińska T.: Zabójcy i ich ofiary. Psychologiczne podstawy profilowania nieznanych sprawców zabójstw. Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych. Kraków 2002. -6. Karger B Niemeyer J. Brinkmann B. Suicides by sharp force: typical and atypical features. Int.J.Legal Med. 2000.113.259-262. -7. Hurwicz S.: Pięć przypadków samobójstwa za pomocą zadania ran kłutych. Czas. Sąd.-lek. 1935,8,274-277. -8. Karlsson T.: Homicidal and suicidal sharp force fatalities in Stockholm. Forensic Sci. Int. 1998. 93. 21-32. -9. Karlsson T.: Multivariate analysis („Forensiometrics”) - a new tool in forensic medicine. Forensic Sci. Int. 1998.94.183-20. -10. Kołodziej J.: Dwa niecodzienne przypadki samobójstw złożonych. Arch.Med.Sąd.Krym. 1979, 29, 215-218.

II. Klęsk A.E. Kilka uwag o samobójstwie, z uwzględnieniem kazuistyki krakowskiej za czas od r. 1892-1896. Przegląd Lekarski. 1900 nr 3, 4, 5. -12. Kunz J. Gross A. Samobójstwa kombinowane (opis 5 przypadków). Arch.Med.Sąd.Krym. 1994.44.339-347. -13. Lembas G. Deboa D. Marcinkowski T. Obrażenia zadane narzędziami ostrymi w materiałach Zakładu Medycyny Sądowej PAM w Szczecinie z lat 1988-1992. Arch.Med.Sąd. Krym.1993.43. 141-148. -14. Manczarski S.: Niezwykły przypadek samobójstwa, Czas.Sąd-Lek.1926. -15. Olajossy M. Wysocka A. Chuchra M. Studium nietypowej próby samobójczej. Arch.Med. Sąd.Krym. 1985.35.252-254. -16. Polewka A. Bolechała F. Kołodziej J. Treła F. Zięba A.: Kobiety i mężczyźni w aspekcie psychospołecznym samobójstw dokonanych (w materiale ZMS CMUJ). Referat wygłoszony na VIII Konferencji Szkoleniowo-Naukowej „Farmakoterapia, psychoterapia i rehabilitacja zaburzeń afektywnych”. Zakopane 24-26.01.2003. -17. Start R.D. Milroy C.M. Green M.A. Suicide by self-stabbing. Forensic Sci. Int.

1992. 56. 89-94. -18. Staśkiewicz J. Mądro R.: Sądowo-lekarska analiza samobójstw z uwzględnieniem materiału sekcyjnego Zakładu Medycyny Sądowej w Lublinie. Arch.Med.Sąd.Krym.1970.20. 55-61. -19. Trela F. Kunz J. Bolechała F. i in.: Przepięstwa przeciwko Źyciu - analiza porównawcza Materiału krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej w latach 1986-1990 i 1996-2000. Arch.Med.Sąd.Krym.2002.2.1-6. -20. Vanezis P. West I.E. Tentative injures in self stabbing. Forensic Sci. Int. 1983.21.65-70.

Adres pierwszego autora:  
Katedra Medycyny Sądowej CM UJ  
ul Grzegórzecka 16  
31-531 Kraków

**Renata Jacewicz, Adam Prośniak, Jarosław Berent, Stefan Szram**

## Genetyka populacyjna układu D1S80 w regionie centralnej Polski<sup>1</sup>

### Population genetics of the D1S80 system in a Central Poland region

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
Kierownik: prof. dr hab. S. Szram

Przedstawiono bazę danych dotyczącą układu D1S80 opracowaną na podstawie analizy 775-osobowej próby populacyjnej z regionu Polski centralnej. Wykazano stan równowagi Hardy'ego i Weinberga (HWE) z zastosowaniem dwóch niezależnych podejść statystycznych. Przeprowadzono ocenę następnujących parametrów przydatności markera do badań w analizowanej populacji: heterozygotyczności - 0.79, PIC - 0.77, PD - 0.93, PE - 0.62, PI - 12.8 oraz współczynnika mutacji - 0.27%.

Population data concerning the D1S80 system based on the analysis of 775 persons from Central Poland region was presented. Accordance with the Hardy and Weinberg equilibrium (HWE) was proved using two different statistical approaches. The parameters for the appropriateness of this marker for investigations in the analysed population was also assessed: heterozygosity - 0.79, PIC - 0.77, PD - 0.93, PE - 0.62, PI - 12.8 and frequency of mutation events - 0.27%.

**Słowa kluczowe: lokus D1S80, HWE, populacja Polski centralnej**  
**Key words: D1S80 locus, HWE, Central Poland population**

## WSTĘP

Lokus D1S80 zlokalizowany na krótkim ramieniu chromosomu pierwszego z 16 pz. jednostką powtarzalną i długością alleli 350-900 pz. to pierwszy system oznaczany techniką PCR w badaniach sądowych w Polsce, w latach dziewięćdziesiątych będący w obowiązkowym zakresie analiz spornego ojcostwa (20).

<sup>1</sup> Temat opracowany w ramach prac własnych uczelni nr 502-11-702(36)