



Ekspertyza sądowo-psychiatryczna rodziców stosujących kary cielesne jako metodę wychowania dziecka – opis przypadku

Forensic psychiatric expertise concerning parents who administered corporeal punishment as a child-rearing method – case report

DANUTA HAJDUKIEWICZ

Z Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. Wobec narastania problemu przemocy w rodzinie, co znajduje odbicie i w opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym, przedstawiam przykład stosowania kar fizycznych jako metody wychowawczej dziecka o dramatycznym zakończeniu.

Przypadek. Dwojgu pozostającym w konkubinacie młodym ludziom postawiono zarzut ponad dwuletniego znęcania się nad sześciu- i półletnim chłopcem, a ponadto konkubinie zarzucono pobicie chłopca ze skutkiem śmiertelnym, a jego ojcu, że nie przeciwstawił się biciu i godząc się na jego kontynuowanie wyszedł z mieszkania, pozostawiając syna w położeniu bezpośrednio zagrażającym życiu, oraz że w stosownym czasie nie zapewnił mu pomocy lekarskiej. Wydaje się, że decydującą rolę odgrywały tu cechy osobowości obojga partnerów konkubinatu: ojciec podporządkował się wyraźnie dominującej w tym związku konkubinie, która stosowanie kar cielesnych, nawet za drobne przewinienia, traktowała jako skuteczną metodę wychowawczą. Ojciec o osobowości nie w pełni dojrzałej, egocentryczny, niepewny siebie, z trudnościami w podejmowaniu decyzji, a wrażliwy na opinię otoczenia, w tym konkubiny, był jej podporządkowany. Konkubina w ocenie psychologów przejawiała cechy nieprawidłowości w rozwoju osobowości. Biegli nie podnieśli nasuwającej się sugestii istnienia u niej organicznych zaburzeń osobowości. W obu przypadkach stwierdzono wysoki poziom sprawności intelektualnej, brak objawów choroby psychicznej, jak i innych zakłóceń czynności psychicznych, a zatem brak podstaw do kwestionowania poczynałości obojga oskarżonych osób wobec zarzucanych im czynów.

Komentarz. Przedstawiony przykład wskazuje, że przemoc w rodzinie bywa stosowana przez osoby bez objawów choroby psychicznej i upośledzenia umysłowego, bez nalogów, pełniące odpowiedzialne role społeczne i zawodowe, ale decydującą rolę – w tym konkretnym przypadku – odegrały cechy osobowości partnerów konkubinatu.

SUMMARY

Objectives. In view of increasing family violence, reflected also in forensic psychiatric opinions, a case is presented of physical punishment used by parents as a child-rearing method, with dramatic consequences.

Case. A young unmarried couple were accused of maltreating for over two years their son aged six and a half. Moreover, the concubine was accused of battering the boy to death, while his father was accused that he had not stopped the beating, but consented to it, left the flat abandoning his son in a situation involving a direct threat to the boy's life, and had not provided medical assistance to the boy in appropriate time. It seems that personality traits of both the parents played a crucial role: the father was submissive to his obviously dominating concubine, who regarded corporeal punishment as an effective child-rearing method, even for petty offences. The father's personality was assessed as not quite mature, he was egocentric and lacking self-confidence, had difficulties in decision-making, and was sensitive to other people's opinions (including that of his concubine). According to psychological assessment, the concubine manifested features of abnormality in her personality development. Forensic experts did not take under consideration a possibility of an organic personality disorder in her case. In both parents a high level of intellectual competence was found, and no symptoms of mental disorders or other disturbances in their mental functioning were diagnosed, hence there were no grounds to doubt their accountability for the deeds they had been accused of.

Commentary. The reported example indicates that family violence can be used by persons free of mental illness and mental retardation symptoms, with no substance dependence, and functioning in responsible social and professional roles. In this specific case the parents' personality traits played the crucial role.

Słowa kluczowe: przemoc w rodzinie / osobowość rodziców

Key words: family violence / parental personality

Podczas Sympozjum Amerykańskiego Towarzystwa Pediatrycznego w Los Angeles w 1961 r. przyjęto definicję „Zespołu dziecka maltretowanego”, jako stanu klinicznego u małego dziecka, które doznało poważnego fizycznego obrażenia, mogącego być przyczyną trwałych uszkodzeń ciała lub śmierci [za 1]. Gromska podaje jako ostateczną następującą wersję definicji Międzynarodowej Organizacji Zdrowia: za maltretowanie dziecka uważa się „każde za-

mierzane lub niezamierzone działanie osoby dorosłej, społeczeństwa lub państwa, które ujemnie wpływa na zdrowie, rozwój fizyczny lub psychospołeczny dziecka”. Zdaniem tej autorki, rozpoznanie zespołu maltretowanego dziecka jest pewne tylko wtedy, gdy stwierdza się jego następstwa: krzywdzenie fizyczne, seksualne, emocjonalne i zaniedbanie prowadzące do reakcji nerwicowej, depresyjnej lub zamachu samobójczego. Uważa ona, że zawsze wtedy, gdy

dziecko maltretowane jest fizycznie, towarzyszy mu maltretowanie psychiczne, oraz że wszystkie formy krzywdzenia (fizyczne, seksualne, zaniedbanie) łączą się ze sobą i jedynie rzadko występują jako przeżycia wyizolowane. Zwykle zauważa się przewagę jednej z form krzywdzenia i zależne od tego następstwa emocjonalne (inne u dziecka zaniedbanego, a inne u wykorzystywanego emocjonalnie). Przedstawia opisane przez Mossakowską oznaki charakterystyczne dla maltretowanego dziecka oraz jego rodziców.

- Dziecko – ma sińce lub inne uszkodzenia skóry; nieodpowiednią do pory roku i uszkodzoną odzież; wygląd brudnego i niedomytego, zwraca uwagę żebrząc lub kradnąc żywność; przejawami agresji lub pasywności, zamknięciem się w sobie lub skłonnością do płaczu; wyglądem lub zachowaniem zbyt dorosłym lub zbyt dziecinny; sprawia wrażenie, że obawia się rodziców; jest często zmęczone, bez energii, nieprzyjemne dla otoczenia, opuszcza zajęcia szkolne, źle się zachowuje, sięga po alkohol lub narkotyki.
- Rodzice – sprawiają wrażenie nieufnych wobec otoczenia, odmawiają wyjaśnień lub podają nieprawdziwe informacje co do okoliczności urazu u dziecka, bagatelizują wydarzenia i stan dziecka lub też wykazują przesadne przejmowanie się, niecierpliwą się płaczem dziecka, rzadko na nie patrzą, rzadko okazują serdeczność, oczekują od dziecka zachowań, przekraczających jego możliwości wiekowe, stronią od rodziny i przyjaciół, zniechęcają do kontaktów z nimi, nie uczestniczą w wydarzeniach szkolnych, ważnych dla dziecka, wydają się nadużywać alkoholu lub leków, zmieniają miejsca pobytu.

Autorzy zajmujący się tą problematyką i badający grupy dzieci maltretowanych stwierdzają, że pochodziły one najczęściej z rodzin patologicznych, o niskim poziomie wykształcenia rodziców lub opiekunów, a doznane przez nie obrażenia w większości przypadków (84%) były przyczyną hospitalizacji, gdyż były groźne dla zdrowia, a nawet życia [2]. W badanych grupach dzieci dominowały rozbite lub niepełne rodziny, z rozkładem pożycia małżeńskiego i więzi emocjonalnych między rodzicami, lub rodzicami a dziećmi, np. w konkubinatach stwierdzono emocjonalne odrzucenie dziecka; stwierdzono też patologię społeczną – alkoholizm jednego lub obojga rodziców [3].

Omawiając literaturę przemocy wobec dziecka Rajska-Kulik [4] stwierdza, że intencją sprawcy przemocy fizycznej nie jest wyrządzenie krzywdy dziecku, lecz zadanie mu bólu, dlatego psychologowie zaliczają je do zachowań przemocy. Autorka powołuje się na badanie Błażejewskiego wskazujące, że wielu rodziców bije dzieci nie tylko, gdy coś przewinią, ale też „profilaktycznie”, uważając, że jest to naturalna i skuteczna metoda postępowania z dzieckiem. W społeczeństwach panuje powszechne przekonanie, że kara cielesna uczy dziecko posłuszeństwa i szacunku do rodziców i to uzasadnia jej stosowanie. Autorka przytacza wyniki badań amerykańskich wskazujące, że w rodzinach o niskim statusie społecznym częściej stosowano kary fizyczne i zaniedbywano dzieci, a w rodzinach o wyższym statusie bardziej powszechne były kary psychiczne i większy ich repertuar. Powołując się na wyniki badań Gellesa i Strausa autorka zacytowała stwierdzenie, że w końcu lat siedemdziesiątych „przemoc w rodzinie – poza niektórymi przypadkami patologii – jest normalną częścią jej życia we

wszystkich społeczeństwach”, oraz wskazała na badania Piekarskiej ujawniające dużą częstotliwość stosowania przemocy wobec dzieci w tzw. rodzinach „normalnych”. Badania własne Rajskiej-Kulik pozwoliły jej na stwierdzenie istnienia związku między dominacją w rodzinie a tendencją do stosowania przemocy wobec członków rodziny. Najwyższy wskaźnik przemocy autorka stwierdziła u kobiet, zajmujących w rodzinie silną pozycję (stosowały agresję słowną lub fizyczną wobec małżonka lub dziecka) i wyciągnęła wniosek, że może to mieć związek z autorytarnymi cechami osobowości tych kobiet, odgrywających rolę silnej, podejmującej decyzje osoby, a jednocześnie usurpujących sobie prawo do nieskrępowanego wyrażania agresji w sytuacji frustracji. „Przemoc wobec dzieci stosowana przez kobiety dominujące w rodzinie może wynikać z beznamiętnego realizowania pewnego scenariusza autorytarnego wychowania, w którym kary fizyczne są uważane za skuteczne i naturalne metody postępowania z dzieckiem”. Zdaniem tej autorki, mężczyźni zajmujący wyższą pozycję w rodzinie przejawiają większą skłonność do stosowania przemocy wewnątrz rodziny aniżeli mężczyźni bardziej ulegli. Kobiety podporządkowane i uległe reagują przemocą na określoną sytuację, co może wynikać też z ich frustracji, poczucia bezsilności, bezbronności oraz determinacji. Autorka sformułowała wniosek ogólny: „Dominacja jednego ze współmałżonków sprzyja nasileniu przemocy wewnątrzrodzinnej. Osoba dominująca zajmuje silniejszą pozycję w rodzinie, częściej stosuje przemoc wobec pozostałych jej członków niż osoba bardziej uległa. Gdy w rodzinie władza rozkłada się mniej więcej w równym stopniu na obu partnerów, wówczas przemoc stosowana przez obie strony jest zjawiskiem rzadszym i o słabszym nasileniu aniżeli w pozostałych sytuacjach”.

Badania Rode [5] wykazały trzy czynniki ryzyka stosowania przemocy rodziców wobec dzieci w Polsce: (1) dezintegracja rodziny, (2) zaburzenia osobowości u sprawców takich czynów i (3) stresy sytuacyjne. Aż 81% przyczyn agresji rodziców do dzieci autorka wiąże z dezintegracją rodziny i nasileniem czynników ją wywołujących (alkoholizm, wzorce przestępcze, niska wartość wychowawcza środowiska rodzinnego). „Cechą charakterystyczną rodzin patologicznych jest powszechne stosowanie przemocy fizycznej wobec dzieci, traktowanej jako podstawowa metoda wychowawcza. Przemoc nie jest uznawana za zjawisko negatywne, ale za źródło prestiżu i autorytetu”.

Zaburzenia osobowości sprawcy przemocy w rodzinie to 11% przyczyn, przy czym dotyczy to najczęściej ojców o rysach psychopatycznych, wymagających bezwzględnej podporządkowania, skłonnych do manifestowania swojej siły i autorytetu poprzez nadmiernie surowe kary.

Według Rode [5], stresy sytuacyjne doświadczane przez rodzinę to 8% przyczyn przemocy. Problemy ekonomiczne i materialne (bezrobocie, złe warunki mieszkaniowe, nadmiar dzieci, niskie dochody, ubóstwo) są przyczyną konfliktów, wywołują negatywne emocje, które często kierowane są na dzieci (np. rolę czynnika spustowego może odegrać informacja o niedostatecznej ocenie dziecka). W podsumowaniu autorka stwierdza, że „najczęściej powtarzającą się determinantą stosowania przemocy wobec dzieci jest nie tylko psychiczna gotowość rodziców do stosowania kar cielesnych w imię zachowania dyscypliny, ale również

niski status społeczny i ekonomiczny rodziny oraz znaczne natężenie stresów”.

Przybyła i Skwara [6] stwierdzają, że ostatnie lata ujawniają coraz większą liczbę aktów przemocy wobec dzieci w rodzinie i za Chłodnicką-Kiejny przytaczają oceny uczestników pierwszej konferencji w Polsce na temat maltretowania i seksualnego wykorzystywania dzieci: każdego roku ok. 200 tysięcy dzieci pada ofiarą maltretowania, a ok. 4% z nich umiera w jego wyniku. Zdaniem autorek, do połowy lat osiemdziesiątych „przemoc w rodzinie i przemoc wobec dziecka była tematem tabu”, dlatego nie prowadzono w Polsce systematycznych badań tego problemu.

Borzucka-Sitkiewicz [7] przytacza cztery rodzaje przemocy wobec dziecka, wyodrębnione przez Pospiszyla: (1) przemoc fizyczna, czyli wszelka agresja fizyczna wobec dziecka; (2) przemoc psychiczna pod postacią agresji słownej, poniżania, ośmieszania, uwłaczania godności dziecka; (3) przemoc seksualna, czyli wszystkie zachowania o zabarwieniu seksualnym osób dorosłych wobec dziecka; (4) zaniedbanie. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10 [8] nie zawiera opisu klinicznego ani diagnostycznego zespołu maltretowanego dziecka, jednak w rozdziale zatytułowanym „Przestępstwo/Napaść” zarejestrowano pod sygnaturą Y06 – zaniedbanie i porzucenie, oraz Y07 – inne nieprawidłowe traktowanie (zespoły złego traktowania), co obejmuje: okrucieństwo psychiczne, znęcanie fizyczne, nadużywanie seksualne, tortury. W rozdziale zatytułowanym „Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakty z usługami zdrowotnymi” odnotowano pod sygnaturą Z61 „Problemy związane z negatywnymi wydarzeniami w dzieciństwie”, wśród których znajdują się odpowiadające wymienionym przez Pospiszyla rodzajom przemocy.

Kodeksy karne zawierają w rozdziale „Przestępstwa przeciwko rodzinie, opiece i młodzieży” [9] i „Przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece” [10] określenia przestępstwa polegającego na znęcaniu się. Przepis art. 207 kk, aktualnie obowiązujący, uściśla niektóre pojęcia, przewiduje znęcanie się ze szczególnym okrucieństwem i zastrzega kary w porównaniu z art. 184 d. kk.

Badania Uszkiewiczowej [11] wskazują, że w latach pięćdziesiątych do rzadkości należały ekspertyzy sprawców znęcania się nad rodziną. Wskazując ogólną przestępczość 4200 sprawców czynów zabronionych, opiniowanych w warunkach obserwacji sądowo-psychiatrycznych w szpitalach całej Polski w latach 1953–1957, przestępstw o znęcanie się nie wyodrębniła w oddzielną grupę, lecz umieściła w grupie „inne”, ponieważ były to „nielicznie prezentowane przypadki”. Już 6 lat później ta sama autorka [12] stwierdziła, że w ostatnich latach wzrósł odsetek tych przestępstw z 4,7% w 1960 r. do 7,2% w 1963 r. Aktualne badania Bogdanowicz i Hajdukiewicz [13, 14] z lat 1995–1996 wykazują poważny wzrost liczby wydanych opinii, dotyczących sprawców znęcania się. Z badań tych wynika, że w ogólnej przestępczości sprawców z zaburzeniami psychotycznymi – przestępstwa przeciwko rodzinie stanowiły wyższy odsetek (23%) niż dotychczas najliczniej reprezentowanych czynów przeciwko mieniu oraz życiu i zdrowiu (po 19%), przy czym odsetek czynów przeciwko rodzinie popełnianych przez mężczyzn tej grupy jest blisko trzykrotnie wyższy (26%).

W ogólnej przestępczości sprawców z zaburzeniami niepsychotycznymi – czyny przeciwko rodzinie zajmują

czwarte miejsce (17%), (po czynach przeciwko mieniu (35%), życiu i zdrowiu (19%), przeciwko wolności (19%), przy czym najliczniej występowały w grupie organicznych zaburzeń psychicznych (19%, w tym dwie kobiety), zaburzeń osobowości (16%, w tym jedna kobieta), zaś w grupie upośledzenia umysłowego jedynie (5%, tu nie było żadnej kobiety). Obserwowanym w polskich szpitalach sprawcom tych czynów zarzuca się najczęściej znęcanie się nad żoną i dziećmi, rzadziej nad rodzicami. Niekiedy znęcanie obejmuje również czyny lubieżne i inne zachowania seksualne wobec własnych dzieci lub dzieci partnera konkubinatu.

OPINIA SĄDOWO-PSYCHIATRYCZNA

W Klinice Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii i w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Pruszkowie obserwowaliśmy dwoje partnerów konkubinatu, stosujących kary cielesne jako metodę wychowawczą małoletniego dziecka, skutkującą jego śmiercią. Imiona wszystkich wymienionych tu osób zostały zmienione.

Maria, l. 27, o wykształceniu wyższym politechnicznym, po studiach pracę podjęła w szkolnictwie zawodowym dla dzieci upośledzonych umysłowo, panna, bezdzietna, pozostawała od kilku lat w konkubinacie z Mikołajem, l. 29, o wykształceniu wyższym (politechnicznym), pracującym w instytucji naukowej, zgodnie z wyuczonym kierunkiem studiów, rozwiedzionym, wychowującym syna Roberta, l. 6,5. Oboje zamieszkali w dużym mieście.

Prokurator przedstawił Marii zarzut dokonania czynu z art. 148 § 1 d. kk, tj., że w dniu krytycznym godząc się z możliwością pozbawienia życia sześć- i pół letniego Roberta zadała mu kilkadziesiąt uderzeń po całym ciele szerokim pasem wojskowym z metalową sprzączką, powodując rozległe obrażenia, które w następstwie wstrząsu pourazowego spowodowały skrwawienie się do tkanek i doprowadziły do zgonu pokrzywdzonego. Mikołajowi zarzucił, iż mając powierzoną przez sąd opiekę nad synem Robertem w dniu krytycznym nie sprzeciwił się biciu go przez Marię, mimo stwierdzonych na ciele syna obrażeń, i godząc się z kontynuowaniem bicia opuścił mieszkanie, pozostawiając Roberta w położeniu bezpośrednio zagrażającym jego zdrowiu i życiu, a nadto w stosownym czasie nie zapewnił mu pomocy lekarskiej, tj. czyn z art. 163 § 1d. kk. Obojgu postawił zarzut z art. 184 § 1 d. kk, tj., że w okresie ponad dwu lat, działając wspólnie znęcali się fizycznie i moralnie nad Robertem w ten sposób, że bili go rękoma i skórzanym paskiem po całym ciele, wielokrotnie powodując rozległe zasinienia i otarcia naskórka, a także wielokrotnie odmawiali mu jedzenia za różnego rodzaju przewinienia.

Z wywiadów wiadomo, że Mikołaj swoją byłą żonę poznał w okresie szkoły średniej. Na decyzję o małżeństwie wpłynęła jej ciąża, po kilku miesiącach urodził się Robert, półtora roku później córka. Na złe układy w tym małżeństwie wpłynęła rozłąka i odległość (on podjął studia w odległym mieście), niezgodność charakterów i poznanie Marii przez Mikołaja. Po rozwodzie, w wyniku jego starań, sąd przyznał mu opiekę nad synem, o pomoc w której prosił Marię, na co chętnie przystała. Mikołaj uważa, że Robert był

dzieckiem „trudnym, krnąbrnym i skrytym”, za co oboje karcili go „łagodną reprimendą, stawianiem do kąta, brakiem nagrody”, a w ostateczności karcili cielesnie, zawsze używając paska. Maria poświęcała Robertowi więcej czasu, była bardziej wymagająca i częściej karcila go fizycznie, niejednokrotnie miał zasinienia na ciele. Mikołaj stwierdzał, że traciła kontrolę nad biciem, była wybuchowa, reagowała szybko, „była agresywną choleryczką”. Bał się, że jej kara będzie niewspółmiernie wysoka. On bił paskiem, po zastanowieniu i słabiej. Uważał, że Maria darzyła Roberta miłością, a on ją odwzajemniał. Swoje stosunki z synem oceniał jako dobre.

Według Marii, Robert był dobrym dzieckiem lecz zaniedbanym, popełniał drobne przewinienia, ale reagował jedynie na kary fizyczne, zazwyczaj oboje z Mikołajem używali paska. Robert zdejmował spodnie i dostawał po pupie, ale gdy zmieniał pozycję – to pasek trafiał w inne miejsca. Bywało, że występowały siniaki, mimo to uważała, że karcenie nie jest nadmierne i nie widziała innego sposobu na wymuszenie posłuchu. Metoda była skuteczna, więc uważała ją za konieczną. Ojciec Roberta karcił łagodniej, co wynikało z jego spokojnego temperamentu, a ona jest osobą wybuchową. Zdaniem Marii, Robert rozwijał się dobrze i nie sprawiał trudności wychowawczych, ale był skryty i nieraz coś nabroił. Uważa, że była z nim związana uczuciowo, ale drażniły ją „a nawet przyprawiały «o białą gorączkę» jego wady”.

W przeddzień krytycznych wydarzeń Robert miał podarte sznurowadła. Obiecał, że następnego dnia będą w porządku. Krytycznego dnia szykując się do przedszkola założył i zawiązał długie sznurowadła. Wykazała mu, że tak iść do przedszkola nie może i poleciła, by w czasie jej nieobecności (wychodziła do pracy) „zastanowił się nad rozwiązaniem tego problemu”. Gdy wróciła o godz. 14.00 zapytała, czy rozwiązał „problem sznurowadeł”. Zaprzeczył, gdyż był zajęty lepieniem plasteliny. Do „kwestii sznurowadeł” wrócili po obiedzie, wtedy doszła do wniosku, że chłopiec przez zwykły upór nie chce rozwiązać „tego problemu”. Około 16.00 zaprowadziła go do pokoju i wzięła do ręki pasek. Robert położył się na łóżeczku i ściągnął spodnie – robił to zawsze sam, a w czasie bicia nie krzyczał, bo mu nie pozwalała, dostawał za to dodatkowe pasy, a zdarzało się, że „anulowała całe lanie i zaczynała od początku”. Teraz uderzyła go kilka razy, przerwała i nadal rozmawiała o sznurowadłach, ale nadal „nie chciał zająć się problemem sznurowadeł”, więc znów go biła, z przerwami, rozmawiając z nim. Oświadczył, że weźmie krótkie sznurowadła ze schowka, odpowiedziała, że tam takich nie ma, ale on z uporem powtarzał swoje, więc znów go biła, nie tylko po pośladkach ale i nogach. W czasie tego bicia „byłam aż ugotowana w środku”. Trwało to aż do powrotu Mikołaja z pracy. Nie odpowiedziała na jego pytanie co się dzieje, choć zdawała sobie sprawę, że chciał by przestała bić Roberta. Nie interweniował, bo nie wiedział o co chodzi. Przy Mikołaju rozmawiała z Robertem o sznurowadłach i dała mu „porcję uderzeń”. Ojciec starał się naprowadzić go na prawidłową odpowiedź sugerując, że sznurowadła kupuje się w sklepie, „lecz Robert był uparty i trzymał się wersji ze schowkiem”. Wołając „tatusiu” kiwnął kilka razy palcem i otrzymał za to kilka pasów, dopiero gdy poprosił ojca bez kiwania palcem, pozwoliła na ich rozmowę. Po-

wiedział ojcu, że boli go pupa i nie chce więcej bicia, a ojciec odpowiedział, że jak nie chce być bity, musi udzielić prawidłowej odpowiedzi. Mikołaj wyszedł nie interesując się, czy będzie go nadal biła, chociaż widział „potężne zasinienia” na pośladkach i nóżkach oraz krew na koszulce. Robert otrzymał jeszcze „dwie porcje pasów po kilka uderzeń” i w końcu udzielił poprawnej odpowiedzi. Poleciła mu się ubrać, wziąć pieniądze i pójść do kiosku po sznurowadła. Robert naciągnął spodnie, wziął skarbonkę do ręki, ale poprosił by zakupu dokonać jutro, bo jest zmęczony. Zgodziła się, poleciła mu położyć się i odpocząć. Po 15 minutach wrócił Mikołaj, zajrzał do pokoju, zobaczył, że syn śpi. Składając wyjaśnienia Maria nie pamiętała o czym rozmawiali. Mikołaj wyszedł ponownie po jakiś zakup. Wkrótce obudził się Robert, powiedział, że chce mu się pić i siusu. Poleciła mu pójść do łazienki, a Robert w przedpokoju zaczął bawić się z psem, co Marię zdenerwowało i otwartą dłonią uderzyła go w twarz, kładąc się pospieszyć. Z łazienki zawołał, że mu niedobrze i zaczął wymiotować. Gdy skończył, kazała mu się umyć, przebrać w piżamę i iść spać, domyślając się, że nie będzie jadł kolacji. Pomagając mu się przebrać widziała „potężne obrażenia na jego ciele”. Mówiła, że niepotrzebnie się upierał, odrzekł, że więcej tego nie robi. Wyglądał na bardzo zmęczonego. Mówił, że go wszystko boli. Nie zauważyła, by zachowywał się nie normalnie i by jego życiu groziło niebezpieczeństwo. Wrócił Mikołaj, gdy w telewizji kończyła się „Dobranocka”, usiadł przy łóżku dziecka, ona wyszła z psem. Gdy wróciła rozmawiali o zdarzeniu. Mikołaj powiedział, że bicie było za mocne, przyznała mu rację. Trochę zdenerwowana powiedziała, że Robert wymiotował i kazała Mikołajowi sprzątnąć łazienkę. Miała pretensję, że Mikołaj używa przy sprzątaniu trudno dostępnego (wówczas) papier toaletowy. Robert zaczął pojękiwać, przestał gdy zajrzał do niego Mikołaj. Położyła się do łóżka (wszyscy spali w jednym pokoju). Mikołaj usiadł przy łóżku Roberta, który znowu pojękiwał, uznała to za przesadę i pobrzękiwała mu pasem nad uchem. Zdenerwowała tym Mikołaja, który powiedział, że Robert chyba przestaje oddychać. Jej wydawało się, że śpi i oddycha normalnie, ale Mikołaj dotknął go ręką i stwierdził, że jest chłodny. Wtedy zauważyła, że Robert oddycha bardzo słabo i zaczęła robić mu sztuczne oddychanie i masaż serca, aż do przybycia lekarza wezwanego przez Mikołaja. Wcześniej jeszcze poleciła mu wezwać karetkę reanimacyjną, bo Robert nie żyje. W śledztwie stwierdziła, że karcąc fizycznie nie miała na celu sprawienia Robertowi jedynie bólu, ale traktowała bicie, jako środek wychowawczy. Mikołaj wspólnie z Robertem sporządzili w przeszłości „regulamin kar” dla Roberta. Mikołaj stosował się do niego ściśle, jej zdarzało się regulamin przekraczać, gdy np. Robert zataił, że się zmoczył. Uważa, że nie nakładała na niego nadmiernych obowiązków. Kiedyś kierowniczką przedszkola, do którego uczęszczał Robert, zauważyła u niego obrażenia. Był potem w ich domu funkcjonariusz MO, od tej pory Mikołaj zabraniał posyłać Roberta do przedszkola, dopóki ślady pobicia nie znikły.

Lekarz pogotowia stwierdził u Roberta oznaki śmierci klinicznej i nie wierząc w powodzenie rozpoczął reanimację. Stwierdził na ciele dziecka liczne obrażenia wskazujące, że dziecko było silnie bite, a nawet katowane, że używano do tego kanciastego przedmiotu, w niektórych ranach znaj-

dowały się włókna materiału. Maria zapytana o przedmiot, którym biła Roberta, wskazała na leżący pod łóżkiem gruby pas skórzany ze sprzączką metalową.

Sekcja zwłok wykazała rozlane i zlewające się ze sobą masywne zasinienia z otarciami naskórka na tułowiu, kończynach i głowie, oraz płynną i skrzepłą krew w otworach nosa. Przyczyną zgonu był wstrząs ogólny w wyniku rozległych obrażeń ciała ze skrwawieniem się do tkanek miękkich. Anatomopatolog opisał kolejne objawy skrwawienia: osłabienie (dziecko położyło się, bo czuło się zmęczone), wymioty (wynik niedotlenienia mózgu), pragnienie (prosi o wodę), niepokój ruchowy (rzucało się na łóżku i zrzuciło coś ze stolika), majaczenie (jednostajne mruczenie brane za jęczenie lub śpiew), zaburzenia oddychania i czynności serca. Objawy te powinny być zauważone przez opiekunów, trudno było jednak ustalić, w którym momencie należało wezwać pomoc lekarską, ze względu na wolność skrwawienia się.

W opinii kierowniczk i pracowników przedszkola w pierwszym roku uczęszczania do niego Robert był otaczany opieką, gdy skończył 5 lat obserwowano jego zaniedbanie. Stał się nerwowy, spięty, zaczął się jękać, przychodził ubrany nieodpowiednio do temperatury, czasem przyprawiali go pracownicy sąsiedniego przedszkola lub obcy ludzie (samodzielne pójście do przedszkola też było jedną z kar). Zaczęto zauważać ślady pobicia na ciele. Na uwagi opiekunowie informowali, że Robert upadł i uderzył się. Potem obserwowano ślady bicia pasem. Robert początkowo nie chciał tego potwierdzić, ale wypytywany – z objawami bojaźni – przyznał, że biła go „Maryjka”, bo nie potrafił posprzątać po sobie, umyć naczyń, pościelić łóżka. Mikołaj stwierdzał, że Robert jest nieznosny, zasłużył na lanie, a chcą go wychować „na twardego człowieka”. Gdy Robert został pobity pod nieobecność ojca, kierowniczka przedszkola zrobiła mu obdukcję, zawiadomiła milicję i Sąd Rodzinny i Nietletnich, a po tym incydencie rodzice zmienili Robertowi przedszkole.

W ocenie rodziny oraz znajomych Mikołaj i Maria szanowali się wzajemnie i wspólnie wychowywali dziecko, któremu stawiali wysokie wymagania. Mikołaj miał do niego stosunek „tkliwy, lecz stanowczy i wymagający”. Maria była oschła, ale poświęcała mu dużo czasu i zainteresowania. Wymagała posłuszeństwa, myślenia, nakładała wiele nadmiernych obowiązków i egzekwowała je w sposób stanowczy (nie przyjmując krytycznych uwag otoczenia). „W wychowaniu dziecka dążyła do perfekcji, wszystko było niepowodzeniami wychowawczych „biła dziecko bez opamiętania”, „nieraz było to znęcanie, a nie kara”. Mikołaj: spokojny, opanowany, zaradny, zdolny, tolerancyjny. Maria: miała pryncypialny stosunek do otoczenia, wymagała od siebie i otoczenia, nie zmieniała swego zdania, obrażała się, gdy Mikołaj usiłował ją przekonać do swojego. Zdolna, ambitna, inteligentna, pracowita, zawsze podkreślała swą indywidualność i własne zdanie, które potrafiła przeforsować. Przejawiała „choleryczne reakcje”, niewspółmierne do bodźca, łatwo unosiła się. W związku z Mikołajem ona wyraźnie dominowała. Przejawiała dominację nad otoczeniem już w szkole podstawowej (organizowała zabawy, zajmowała kierownicze miejsca), była ambitna i nie okazywała uczuć (rodzice). Zawsze lubiła zajmować się „istotami słabszymi”, były to młodsze dzieci, starcy, zwierzęta.

Oceny psychiatrów i psychologów

Mikołaj: nie przejawiał objawów choroby psychicznej, ani upośledzenia umysłowego, jak i innych zakłóceń czynności psychicznych, które by znosiły lub ograniczały w stopniu znacznym jego zdolność rozpoznania znaczenia zarzucanych mu czynów i kierowania swoim postępowaniem. Psycholog ocenił jego osobowość jako nie w pełni dojrzałą: egocentryczny, o nieco spłyconej syntonii, ocenia innych ludzi przez pryzmat stosunku do jego osoby, przejawia wygórowane poczucie sprawiedliwości społecznej w odniesieniu do swojej osoby. W sytuacjach emocjonalnie trudnych wykazuje niepewność siebie, napięcie psychiczne i trudności decyzyjne co do wyboru między zachowaniem zgodnym z aktualnym przekonaniem wewnętrznym a zachowaniem, które w jego przewidywaniu zostanie dobrze ocenione i przyjęte, gdyż jest wrażliwy na opinię otoczenia. Jest nieufny i ostrożny w kontaktach z innymi ludźmi, skłonny do doszukiwania się podtekstów w ich zachowaniu i wypowiedziach. Stawianie przez badanego zasad moralnych i tzw. wartości wyższych ponad wartość jednostki ludzkiej wydaje się zapożyczone i związane z układem: Maria – Mikołaj, co w jego oczach usprawiedliwia model wychowawczy stosowany wobec Roberta.

Maria: nie przejawiała objawów choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego, ani innych zakłóceń czynności psychicznych, które by znosiły lub ograniczały w stopniu znacznym jej zdolności do rozpoznania znaczenia zarzucanych jej czynów lub zdolność kierowania swoim postępowaniem.

Psychiatrzy brali pod uwagę skąpoobjawową schizofrenię, co sugerowały zeznania jej rodziców, że w okresie młodzieńczym obserwowali u niej niekorzystne zmiany uczuciowości, a w wypowiedziach i zachowaniu doszukiwali się dziwaczności – ale wydłużona obserwacja nie dała podstaw do takiej oceny. Psycholodzy stwierdzili niewielkiego stopnia nieprawidłowości w zakresie rozwoju osobowości, jej poszczególnych cech (nie dysponowałam jednak opinią psychologa, wskazując na cechy, które były cytowane z tej opinii w opinii psychiatrów). Psychiatrzy wykluczyli patologiczny stan afektywny *tempore criminis*, a jej działanie ocenili jako konsekwentną realizację przyjętej i stosowanej metody uzyskania zamierzonego celu, nie różniące się od wcześniej stosowanych. Zdaniem biegłych irracjonalna negatywnych emocji (o skłonności do której piszą psycholodzy) nie miała nasilenia ani charakteru patologicznego, impulsywnego działania, wyłączającego lub znacznie ograniczającego kontrolne funkcje intelektu, za czym przemawia etapowość działania rozciągniętego w czasie.

KOMENTARZ

Opisane wydarzenia miały miejsce w związku konkubencją dwojga młodych ludzi, stanu wolnego, o wykształceniu wyższym, zajmujących pewną pozycję społeczną, mających warunki bytowe co najmniej średnie. Nie utrzymywali kontaktów z osobami z marginesu społecznego, nie mieli nałogów. O przyznanie syna ojciec zabiegał sędownie, konkubina twierdziła, że nie jest on przeszkodą w ich związku i chętnie zgodziła się pomagać w jego wychowaniu. Nosili się z zamiarem przysposobienia córki, pozostającej

pod opieką matki, a także jej trzeciego dziecka, oddanego do adopcji. Konkubina uważała kary cielesne za jedyny skuteczny sposób wychowania dziecka.

Wydaje się, że na taki przebieg wydarzeń istotny wpływ miały cechy osobowości obojga partnerów tego związku. Ojciec dziecka podporządkował się konkubinie wyraźnie dominującej w tym związku. Cechy osobowości obojga podałam wyżej, niestety nie dysponowałam oceną psychologiczną dotyczącą konkubiny i podałam te, o których pisali biegli psychiatrzy. Dane z akt i obserwacji szpitalnej sugerują – w mojej ocenie – jej organiczne zaburzenia osobowości (czego jednak biegli nie podnieśli w opinii), a za czym przemawiają: sztywność jej myślenia i przekonania o swoich racjach, cechy lepkości zachowań (zwłaszcza w sposobie stosowania kar, anulowanie ich i karanie od początku), skłonność do napięć emocjonalnych i nadreaktywność (powodujące określenie jej przez otoczenie jako „agresywnej choleryczki”), przeżywane emocje (w czasie bicia „dostawała białej gorączki”, „była jak ugotowana”). W szpitalu demonstrowała zewnętrzne przejawy swej religijności, organizowała świeckie imprezy o tematyce religijnej, w śledztwie i w wywiadzie podała, że gdy podjęli decyzję o małżeństwie to, z jej inicjatywy, ze względów religijnych zaniechali współżycia seksualnego do czasu ślubu. Z badań dodatkowych wynika, że zapis EEG zawierał cechy nieprawidłowości w odprawadzeniach przednio-środkowo-skroniowych obustronnie.

Oba zespoły biegłych u obojga sprawców stwierdziły wysoki poziom sprawności intelektualnej oraz brak objawów choroby psychicznej lub innych zakłóceń czynności psychicznych, które by dawały podstawę do kwestionowania ich poczytalności. Gdyby jednak autorzy opinii dotyczącej kobiety zastanowili się nad możliwością istnienia organicznych zaburzeń jej osobowości i potwierdzili je, być może dawałoby to podstawę do oceny jakiegoś stopnia ograniczenia zdolności kierowania jej postępowaniem.

PIŚMIENNICTWO

- Gromska J. Trudności diagnostyczne i orzecznicze w zespole maltretowanego dziecka. W: Opiniowanie sądowo-psychiatryczne w nowych uwarunkowaniach prawnych i psychospołecznych. Materiały XII Krajowej Konferencji Psychiatrii Sądowej, Bełchatów, 24–25.11.1994 r. Kraków: 1996; 57–64.
- Trendak W, Nowakowski R, Kocur J, Bukowski J. Stan psychiczny i rozwój psychoruchowy dzieci maltretowanych. W: Stanik J, Majchrzyk Z, red. Przemoc w rodzinie, diagnoza, orzecznictwo, profilaktyka. Katowice: Wyd Anima; 1998: 96–101.
- Izydorzyc B. Psychologiczne uwarunkowania zespołu dziecka krzywdzonego. W: Stanik J, Majchrzyk Z, red. Przemoc w rodzinie, diagnoza, orzecznictwo, profilaktyka. Katowice: Wyd Anima; 1998: 111–8.
- Rajska-Kulik I. Dominacja w systemie rodzinnym a tendencja do stosowania przemocy wobec członków rodziny. W: Stanik J, Majchrzyk Z, red. Przemoc w rodzinie, diagnoza, orzecznictwo, profilaktyka. Katowice: Wyd Anima; 1998: 119–33.
- Rode D. Szkoła wobec przemocy w rodzinie. Aspekty diagnostyczne. W: Stanik J, Majchrzyk Z, red. Przemoc w rodzinie, diagnoza, orzecznictwo, profilaktyka. Katowice: Wyd Anima; 1998: 63–75.
- Przybyła H, Skwara A. Świadomość powszechności zjawiska przemocy w rodzinie według relacji nauczycieli a charakterystyka ich działań interwencyjnych. W: Stanik J, Majchrzyk Z, red. Przemoc w rodzinie, diagnoza, orzecznictwo, profilaktyka. Katowice: Wyd Anima; 1998: 76–86.
- Borzucka-Sitkiewicz K. Zjawisko przemocy wobec dziecka w świadomości studentów Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach. W: Stanik J, Majchrzyk Z, red. Przemoc w rodzinie, diagnoza, orzecznictwo, profilaktyka. Katowice: Wyd Anima; 1998: 96–101.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i diagnostyczne. Kraków-Warszawa: Uniw Wyd Med “Vesalius”, IPIŃ; 1997.
- Kodeks karny oraz przepisy wprowadzające. Warszawa: Wyd Praw; 1969.
- Nowe kodeksy karne z 1997 r. z uzasadnieniami. Kodeks karny. Kodeks postępowania karnego. Kodeks karny wykonawczy. Warszawa: Wyd Praw; 1997.
- Uszkiewiczowa L. Orzecznictwo sądowo-psychiatryczne w świetle 4200 ekspertyz szpitalnych. Arch Kryminologii 1960; 1: 297–359.
- Uszkiewiczowa L. Alkoholizm w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym. W: Skala J, red. Alkoholizm. Warszawa: 180–222.
- Bogdanowicz E, Hajdukiewicz D. Opinie sądowo-psychiatryczne po obserwacjach szpitalnych osób z zaburzeniami psychotycznymi. I. Analiza rodzaju czynów karalnych. Post Psychiatr Neurol 1999; 8: 277–89.
- Bogdanowicz E, Hajdukiewicz D. Opinie sądowo-psychiatryczne po obserwacjach szpitalnych osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi. I. Analiza rodzaju czynów karalnych. Post Psychiatr Neurol 2000; 9: 111–26.

*Adres: Dr Danuta Hajdukiewicz, Klinika Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa*