



Dzieciobójstwo – trudności orzecznicze na podstawie opisu przypadku

The problems involved in the diagnosing of infanticide – a case report

DARIUSZ JUSZCZAK

Z Przychodni Zdrowia Psychicznego 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy

STRESZCZENIE

Cel. Przedstawienie trudności diagnostycznych podczas opiniowania sądowo-psychiatrycznego w przypadku dzieciobójstwa.

Przypadek. W pracy przedstawiono przypadek 21-letniej kobiety podejrzanej o to, że działając w bezpośrednim zamiarze pozbawienia życia (art. 148 § 1) nie udzieliła pomocy oraz przeniosiła na pobliski śmietnik osiedlowy i porzuciła tam w niekorzystnych warunkach atmosferycznych urodzoną tego dnia córkę o wadze 940 gramów prawidłowo rozwiniętą, bez wad rozwojowych, zdolną do życia w warunkach zakładu leczniczego, w wyniku czego córka ta zmarła tego dnia na skutek braku pokarmu i wychłodzenia organizmu. Na zlecenie sądu podejrzana poddana była obserwacji szpitalnej, podczas której wykonano niezbędne dla wydania opinii badania diagnostyczne.

Komentarz. Analiza akt sprawy i dane z obserwacji szpitalnej doprowadziły biegłych do przekonania, że rozpoznanie u podejrzanej osobowości niedojrzałej z cechami histerycznymi funkcjonującą na poziomie intelektualnym poniżej przeciętnej, w stopniu znacząco ograniczały jej poczytalność.

SUMMARY

Objective. This article discusses the problems involved in the diagnosing of infanticide in forensic-psychiatric assessment.

Case report. The case was a 21-year-old woman suspected of acting with the direct intention of homicide (art. 148 § 1). She given birth to a normally developed daughter, without developmental impairment, weighing 940 grams, capable of surviving in hospital, whom she failed to help, carried to the neighbourhood rubbish dump and abandoned in unfavourable atmospheric conditions on the day of birth. The girl died that same day of lack of nourishment and cold. The court ordered hospital observation during which the diagnostic examinations necessary to formulate the forensic-psychiatric assessment were conducted.

Commentary. On analysis of the case documentation and the hospital observation, the forensic experts came to the conclusion that the patient had an immature personality with hysteroid characteristics and below-average intellectual functioning and that this had seriously limited her sanity.

Słowa kluczowe: dzieciobójstwo / kodeks karny / orzecznictwo sądowo-psychiatryczne

Key words: infanticide / criminal code / forensic-psychiatric assessment

Dotychczas w literaturze medycznej nie wypracowano jednoznacznego stanowiska na temat wpływu porodu na stan psychiczny kobiety. Ścierają się natomiast różne poglądy, od traktowania porodu jako stanu fizjologicznego, bez wpływu na sferę wolicjonalną, do poglądów sugerujących, że to czynniki związane bezpośrednio z samym przebiegiem porodu, determinują głównie sferę woli. Niekiedy sam poród może indukować zaburzenia psychiczne [1, 2]. Ze względu na zmniejszoną winę sprawcy, dzieciobójstwo należy do zabójstw typu uprzywilejowanego, u którego podłoża upatruje się przełom biologiczny związany z porodem, w jakim znajduje się kobieta. Art. 149 kk. stanowi, że matka, która zabija dziecko w okresie porodu pod wpływem jego przebiegu podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5 [3, 4]. W orzecznictwie Sądu Najwyższego eksponuje się inne czynniki mające wpływ na powzięcie decyzji dzieciobójstwa, które odzwierciedlają warunki środowiskowe, w jakich żyje rodzica [5]. Ponadto w orzecznictwie Sądu Najwyższego próbuje się rozwiązać wiele spornych kwestii dotyczących dzieciobójstwa [5, 6]. Stwierdzenie czy dzieciobójstwo popełnione zostało w okre-

sie porodu, leży w kompetencji sądu, natomiast ocena wpływu porodu na stan psychiczny matki i jej poczytalność jest zadaniem biegłych psychiatrów.

OPIS PRZYPADKU

Z akt sprawy. Sąd Rejonowy zlecił przeprowadzenie obserwacji sądowo-psychiatrycznej 21-letniej kobiety, podejrzanej o to, że w lutym 2004 roku, działając w bezpośrednim zamiarze pozbawienia życia nie udzieliła pomocy oraz przeniosiła na pobliski śmietnik osiedlowy i porzuciła tam w niekorzystnych warunkach atmosferycznych urodzoną tego dnia córkę o wadze 940 gramów prawidłowo rozwiniętą, bez wad rozwojowych, zdolną do życia w warunkach zakładu leczniczego, w wyniku czego córka ta zmarła tego dnia na skutek braku pokarmu i wychłodzenia organizmu – to jest o przestępstwo z art. 148 § 1 kk.

Z protokołu przesłuchania podejrzanej: „Nie wiem dlaczego, gdy urodziłam dziecko postanowiłam się go pozbyć. Tak jakoś się to stało (...). Poród był dla mnie zaskoczeniem

(...). Nie potrafię zrozumieć dlaczego tak zrobiłam”. Z protokołu posiedzenia Sądu: „przez całą noc było strasznie, bolał mnie brzuch. Nie miałam pojęcia, że to jest spowodowane ciążą, nie miałam żadnych objawów wcześniej (...). Miesiączka spóźniła mi się już w wakacje. Gdzieś po miesiącu dostałam znowu miesiączkę i objawy minęły, że mogę być w ciąży. Ta miesiączka dalej utrzymywała się regularnie (...). Ja nie wiedziałam, że jestem w ciąży, dlatego byłam w szoku jak dziecko się urodziło”.

Wywiad od badanej: badana urodziła się w rodzinie pełnej. Ma starszą o półtora roku siostrę. Wychowywana była przez oboje rodziców. Ojciec badanej pracuje jako pracownik fizyczny na budowie. Matka pracuje jako księgowa. Rodzice nie leczyli się psychiatrycznie. W rodzinie nie nadużywano alkoholu ani innych substancji psychoaktywnych. Atmosferę w domu badana określa jako dobrą. Miała dobre relacje z obojgiem rodziców, jak również ze starszą siostrą. Nie pamięta, aby matka wspominała o powikłaniach w trakcie ciąży czy porodu. W dzieciństwie rozwijała się prawidłowo. Chorowała na nerki i z tym wiąże utrzymujące się w dzieciństwie moczenie nocne. Nie pamięta dokładnie jak długo utrzymywały się te problemy. Do szkoły podstawowej zaczęła uczęszczać w 7 r.ż. Uczyła się dość dobrze, nie powtarzała klas. Następnie kontynuowała naukę w Liceum Ekonomicznym, które ukończyła w 2003 roku. Przystąpiła do matury, ale nie zaliczyła pisemnego egzaminu z języka polskiego. Jak podaje przyczyną były złe stosunki z nauczycielką tego przedmiotu. Do egzaminu maturalnego zamierzała przystąpić повторно w 2004 roku. W październiku 2003 roku rozpoczęła staż absolwencki w Przychodni Lekarza Domowego pełniąc funkcje administracyjne. Pracę ocenia jako prostą i przyjemną. Badana określa siebie jak osobą spokojną i towarzyską. W ostatnim roku ma bardzo dobre i bliskie kontakty z siostrą. Mają wspólne towarzystwo znajomych.

Badana cały czas mieszka z rodzicami. Poważniejsze choroby neguje. Nie doznała urazu głowy z utratą świadomości. Alkohol spożywa okazjonalnie w małych ilościach, substancji psychoaktywnych nie przyjmowała. Kilka dni przed przyjazdem na obserwację była z wizytą w PZP z powodu obniżonego nastroju, płaczliwości, trudności z zasypianiem. Rozpoznano reakcję depresyjną, zalecono fluoksetynę. Wcześniej nie leczyla się psychiatrycznie. Dotychczas nie była karana sędziwnie. Przed badaniem ginekologicznym na okoliczność sprawy nigdy nie była w poradni tego typu. Współżycie seksualne rozpoczęła w 18 r.ż. Miała kilku partnerów. Krwawienia miesięczne były nieregularne. Pytana o stan psychiczny twierdzi, że ostatnio jest przygnębiona. Trudno jej zaakceptować to zdarzenie. Ma wyrzuty sumienia wobec rodziców. Wieczorami są trudności z zasypianiem spowodowane natłokiem myśli o charakterze rezygnacyjnym. Nie może zrozumieć swojej postawy w chwili zdarzenia. Martwi ją dalszy rozwój sytuacji. Swoje aktualne kontakty z rodzicami określa jako bardzo dobre. Czuje się przez nich kochana i akceptowana. Ma poczucie, że „nie zasługuje” na ich uczucia.

Wywiad od matki badanej: córka urodziła się z ciąży prawidłowej, o czasie, siłami natury, bez komplikacji podczas porodu. Była zdrowym noworodkiem. W wieku 6 miesięcy wystąpiło u córki zapalenie płuc. Było to przyczyną miesięcznej hospitalizacji. Matka określa córkę jako po-

godną, spokojną i towarzyską, ale nieco skrytą. Nie miała z córką problemów wychowawczych. Sytuację rodzinną matka badanej również określa jako dobrą.

Stan psychiczny i zachowanie w oddziale: kontakt z badaną dobry. W zachowaniu spokojna, nieco spowolniona. Wypowiedzi logiczne, rzeczowe, krótkie. Orientacja zachowana wielokierunkowo. Afekt nieco blady, ale adekwatnie modulowany. Nastrój obniżony, rezygnacyjny, bez myśli samobójczych. Trudności z zasypianiem. Bez objawów psychotycznych w sensie omamów, urojeń czy rozkojarzeń. Nie stwierdza się zaburzeń koncentracji uwagi. Pamięć z niewielkimi lukami z okresu zdarzenia, poza tym bez zaburzeń. Bez tendencji do autoagresji i agresji.

Podczas pobytu w oddziale nie stwierdzono istotnych zmian w stanie psychicznym. Nastrój na ogół obniżony. Relacje z innymi pacjentami i personelem dobre. Podporządkowana, przestrzegała regulaminu oddziału. Nie stwierdzono zaburzeń zachowania. Skarżyła się na trudności z zasypianiem. Zastosowano leki o słabym działaniu nasennym: hydroksyzyne, opipramol, z dobrym efektem. Z uwagi na utrzymujące się obniżenie nastroju (w skali depresji wg Hamiltona około 18–20 punktów), kontynuowano leczenie fluoksetyną.

Badania laboratoryjne: morfologia, transaminazy, poziom glukozy we krwi, bez odchyłań od stanu prawidłowego.

Stan somatyczny w normie.

Badania psychologiczne (m.in. WAIS-R (PL), TMT, test „drzewa” Kocha, MMPI). Wnioski: osobowość niedojrzała o cechach osobowości histerycznej, z małym wglądem w psychologiczną przyczynę objawów somatycznych, cechy postawy bierno-zależnej. Aktualny poziom funkcjonowania intelektualnego na poziomie poniżej przeciętnej (w skali słownej IQ = 86, w skali bezsłownej IQ = 82, w skali pełnej IQ = 83). Aktualnie w stanie silnego dyskomfortu psychicznego.

KOMENTARZ

Uważa się, że psychologiczna sytuacja porodu przeraża możliwości adaptacyjne niektórych kobiet, które prawidłowo funkcjonują w zakresie swych możliwości w nieskomplikowanych warunkach. Jednak niektóre czynniki sytuacyjne (środowiskowe) takie jak: samotność, brak zrozumienia, pomocy i opieki otoczenia, trudne warunki materialne wraz z nikłym nawet defektem psychicznym uzasadniają stwierdzenie ograniczonej w stopniu znacznym poczytalności. Udowodnienie jednak wpływu czynników środowiskowych na sferę wolicjonalną sprawia wiele trudności, co znalazło swoje odzwierciedlenie w orzecznictwie Sądu Najwyższego [5, 6]. Wiadomo jednak, że poród (stres porodowy) powoduje wiele złożonych i nie w pełni wyjaśnionych zmian neurohormonalnych [7, 8, 9, 10], co prawdopodobnie musi wpływać na sferę wolicjonalną rodzącej. Niektóre badania na temat dzieciobójstwa jak i rozważania dotyczące opiniowania sądowo-psychiatrycznego potwierdzają jego złożoną etiologię [11, 12, 13, 14]. Tak więc szczególnie odpowiedzialność jaka ciąży na biegłych poprzez badanie wpływu „przebiegu porodu” na sferę wolicjonalną rodzącej, wyznacza barierę pomiędzy dzieciobójstwem a zabiciem dziecka.

W przedstawionym przypadku, na podstawie przeprowadzonej obserwacji sądowo-psychiatrycznej, analizy dokumentacji i przeprowadzonych badań psychologicznych rozpoznano u badanej osobowość niedojrzałą z cechami histerycznymi funkcjonującą na poziomie intelektualnym poniżej przeciętnej oraz reakcję depresyjną. Biorąc pod uwagę rys osobowościowy i poziom intelektu badanej stwierdzono, że w sytuacji stresu, jakim był poród oraz fakt ciąży niechcianej, doszło u niej do reakcji na stres typu dysocjacyjnego. Potwierdza to częściowa niepamięć z okresu zdarzenia, nietypowy dla badanej sposób reagowania i brak wglądu w motywy swojego zachowania. Biorąc pod uwagę wymienione czynniki biegli stwierdzili, że *tempore criminis* zdolność badanej do rozpoznawania znaczenia czynu i pokierowania swoim postępowaniem była ograniczona w stopniu znacznym.

Wydaje się, że wpływ procesów patologicznych, wywołanych lub wywołanych przez poród (u badanej reakcja na stres typu dysocjacyjnego), ale czasowo odległych od fizycznego przebiegu porodu, uzasadniają przyjęcie znacznie ograniczonej poczytalności w każdym przypadku, bez odwoływania się do czynników środowiskowych, które a priori zawsze w ciąży niechcianej istnieją.

PIŚMIENNICTWO

1. Pużyński S. Leksykon psychiatrii. Warszawa: PZWL; 1993. s. 74–75.
2. Korzeniowski L, Pużyński S. Encyklopedyczny słownik psychiatrii. Warszawa: PZWL; 1986. s. 86–87.
3. Kodeks karny z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz. U. Nr 97 poz. 88 ust. 553 ze zm.).
4. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 93 poz. 17 ust. 78 z późn. zm.).
5. Gaj J. Dzieciobójstwo de lege lata i de lege ferenda. Przegląd Sądowy. 1997; 5: 52–62.
6. Wojciechowski J. Kodeks Karny. Komentarz. Orzecznictwo. Warszawa: Wydawnictwo „Librata”; 2002. s. 279–280.
7. Czajka R. Psychogenne uwarunkowania porodu przedwczesnego. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia. 1994; (10): 95–96.
8. Rubinow DR, Schmidt PJ. Gonadal steroids, brain, and behavior: role of context. Dialogues in clinical neurosciences. 2002; 4 (2): 123–137.
9. Shors TJ. Opposite effects of stressful experience on memory formation in males versus females. Dialogues in clinical neurosciences. 2002; 4 (2): 139–147.
10. McEwen BS. Basic neurobiology of ovarian steroids: clinical implications. Dialogues in clinical neurosciences. 2002; 4 (2): 163–175.
11. Kołowski J, Nowak KM. Dzieciobójstwo w świetle wyników sekcji zwłok i danych akt sądowych z lat 1990–2000 (wybrane zagadnienia). Arch Med Sąd i Krym. 2005; LV: 125–129.
12. Tarnawski M. Zabójstwa uprzywilejowane w świetle badań akt sądowych i badań ankietowych. Poznań: UAM; 1985. seria Prawo. s. 121.
13. Tomaszewska Z, Staśkiewicz J. Sądowo-lekarska analiza dzieciobójstwa. Arch Med Sąd i Krym. 1970; 20: 293–297.
14. Gierowski JK, Szymusik A. red. Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1996.

Wpłynęło: 17.01.2008. Zrecenzowano: 11.02.2008. Przyjęto: 26.02.2008.

Adres: Dr Dariusz Juszczyk, ul. Wysoka 1d/6, 85-323 Bydgoszcz, e-mail: juszczaczek@op.pl