



## Opinia dotycząca Projektu Ustawy o zmianie ustawy kodeks karny (druk nr 417) – szok okołoporodowy

Opinion on a „Bill of amendments to the penal code (print No. 47)  
– perinatal shock”

DANUTA HAJDUKIEWICZ

Z Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN w Pruszkowie

**STRESZCZENIE.** Autorka przedstawiła własny pogląd na wpływ porodu na matkę dokonującą dzieciobójstwa. Jej zdaniem, szok okołoporodowy odpowiada (wg obowiązującej klasyfikacji zaburzeń psychicznych) ostrej reakcji na stres (tu stresem jest poród), będącej przemijającym zaburzeniem psychicznym, trwającym od kilkunastu godzin niekiedy do trzech dni. Do wystąpienia ostrej reakcji na stres, określanej mianem szoku okołoporodowego, przyczynia się zbieg innych niekorzystnych czynników, wśród których można wymienić znaczne zniekształcenie dziecka lub trudną sytuację osobistą. Jeśli wymienione czynniki nie nakładają się na okres porodu lecz występują później, należy ocenić ich wpływ na stan psychiczny matki z punktu widzenia charakteru i głębokości zaburzeń oraz ich ewentualny wpływ na poczytalność.

**SUMMARY.** The author presented her views on the impact of childbirth on the mother committing infanticide. In her opinion perinatal shock is equivalent to the acute stress disorder (by the criteria of the classification currently in force). The transient mental disorder being a response to the stress of childbirth may persist from over ten hours to three days in some cases. The onset of the acute stress response called perinatal shock is facilitated by a coincidence of other detrimental factors including a major malformation of the newborn or the mother's difficult personal situation. If the above-mentioned factors occur later than at the time of childbirth, their impact on the mother's mental state should be assessed with view to the nature and severity of her disorders as well as to their possible effect on her accountability.

---

**Słowa kluczowe:** dzieciobójstwo / szok okołoporodowy / ostra reakcja na stres  
**Key words:** infanticide / perinatal shock / acute stress response

---

Niniejsza opinia została opracowana na zlecenie Komisji Nadzwyczajnej ds. Zmian w Kodyfikacjach Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w Warszawie na podstawie zapoznania się z treścią druku nr 417, przeglądu literatury na temat dzieciobójstwa i własnych doświadczeń biegłego psychiatry sądowego.

Komisja proponuje następujące brzmienie art. 149 kk:

„Matka, która zabija dziecko w okresie porodu pod wpływem jego przebiegu, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 5 lat”

i zleca opiniującej „udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy propozycja nowelizacji prze-

pisu art. 149 kk jest zasadna oraz w jakim stopniu i jak długo szok okołoporodowy ma wpływ na zachowanie się kobiety działającej w jego stanie”.

### DRUK NR 417

Posłowie, wnoszący projekt zmiany art. 149 kk (1997), przytaczają na wstępie jego aktualne brzmienie:

„Matka, która zabija noworodka pod wpływem silnego przeżycia związanego z przebiegiem porodu, znacznym zniekształceniem dziecka lub ze szczególnie trudną sytuacją osobistą, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat”.

Nie kwestionując przynależności dzieciobójstwa do uprzywilejowanych typów zabójstw, ze względu na okoliczności towarzyszące czynowi (w tym przypadku naruszenie równowagi psychicznej matki dziecka, skutkujące „umniejszeniem jej winy”), projekt zarzuca aktualnemu przepisowi znaczne rozszerzenie „obszaru zliberalizowanej penalizacji tego typu uprzywilejowanego zabójstwa”.

Uzasadnia to „poszerzeniem ram czasowych” dzieciobójstwa, przez pominięcie słów „okresu porodu” i wprowadzenie pojęcia „noworodek”, które w swojej treści zawierają „znięcie czasu z uwagi na fakt, iż nazywa pewien okres życia i rozwoju każdego człowieka”. Projektodawcy stwierdzają, że pojęcia „noworodek” nie definiuje ani ustawodawca, ani doktryna prawa karnego, ani orzecznictwo Sądu Najwyższego, a w medycynie okres noworodkowy jest różnie rozumiany (medycy sądowi przyjmują 7 dni po urodzeniu, wiążąc go z odpadnięciem pępowiny, a neonatolodzy wskazują na pierwszy miesiąc życia, to jest do czasu pełnego przystosowania do środowiska pozamacicznego). Niepokoi projektodawców, że tak różne rozumienie okresu noworodkowego może spowodować rozszerzenie „czasokresu złagodzonej penalizacji dzieciobójstwa” do jednego miesiąca życia dziecka.

Innym powodem niepokoju projektodawców jest założenie w art. 149 kk (1997), że wystarczy stwierdzenie tylko jednej okoliczności wymienionej w przepisie, aby przyjąć istnienie związku przyczynowego między stanem psychiki matki a wpływem na nią silnego przeżycia i zakwalifikować zabójstwo jako postać uprzywilejowaną. Okoliczności określone jako znaczne zniekształcenie dziecka i szczególnie trudną sytuację matki są ich zdaniem nieprecyzyjne, pozwalające na szeroką interpretację i sprzeczne z normami moralnymi kultury łańskieo-chrześcijańskiej.

Kwestionują też złagodzenie sankcji karnej (wynoszącej od 3 miesięcy do 5 lat pozbawienia wolności), co przy możliwości

nadzwyczajnego złagodzenia kary i zastąpienia jej grzywną może prowadzić do bezkarności dzieciobójstwa.

Posłowie stwierdzają, że choć przepis art. 149 kk z 1969 r. używał słowa „dziecko”, mającego szerokie znaczenie to choćby określenie, że dotyczy on matki, która działała „w okresie porodu pod wpływem jego przebiegu” ograniczały złagodzenie penalizacji zabójstwa. Powołują się na orzecznictwo Sądu Najwyższego, które przyjmowało, że okres porodu i jego wpływ na matkę miał miejsce „od momentu samodzielnego istnienia noworodka, tj. od chwili jego pierwszego oddechu” do „ustania objawów ewentualnych zakłóceń równowagi psychicznej kobiety, spowodowanych przebiegiem porodu”. Okres ten zależy od indywidualnych właściwości rodzącej, ale z reguły jest krótkotrwały, wyjątkowo może trwać dłużej.

Podsumowując, projektodawcy stwierdzają, że „nastąpiło wyraźne wydłużenie okresu możliwości »skorzystania« z typu uprzywilejowanego, przy jednoczesnym znacznym rozszerzeniu przesłanek umniejszających winę dzieciobójczyni”. Zarzucają brak konsekwencji i logiki w ochronie życia ludzkiego stwierdzając, że art. 152 § 3 kk z 1997 r. przewiduje wyższą sankcję karną za zabicie płodu zdolnego do życia poza łonem matki niż art. 149 kk za zabicie dziecka. „Stąd też wydaje się, że norma art. 149 nowego kodeksu karnego nie jest niczym innym, jak cichym przyzwoleniem na »odroczone aborcję«”. Z powyższych względów projektodawcy uważają za uzasadnioną zmianę treści aktualnego art. 149 kk przez przywrócenie mu brzmienia sprzed nowelizacji.

## PRZEGLĄD LITERATURY

W uzasadnieniu rządowego projektu kodeksu karnego (1997) podano, że uprzywilejowanie zabójstwa noworodka wg kodeksu karnego z 1969 r. zależało od dwóch okoliczności: wpływu porodu i okresu porodu stwierdzając, iż sądy ograniczały się do

ustalenia okresu porodu, nie ustalając jego wpływu, choć to on daje podstawę do zmniejszenia winy (i z natury rzeczy musi być związany z porodem).

Założono, że matka decydująca się na zabójstwo dziecka w związku z porodem, „znajduje się w anormalnej sytuacji motywacyjnej, której nie można sprowadzać tylko do silnych lub bardzo silnych bólów porodowych”. Zastanawiając się nad siłą jej przeżyć stwierdzono, że w skrajnych przypadkach zakłócenia czynności psychicznych mogą być tak silne, że uzasadniają stosowanie art. 31 § 2 kk, to zaś może wskazywać na bliskie pokrewieństwo „z zabójstwem z afektu”. Różnica polega na tym, że okoliczności wymienione w treści art. 149 kk traktowane są jako „generalnie usprawiedliwiające” silne przeżycia natury emocjonalnej, natomiast „silne wzburzenie” wymienione w art. 148 § 4 kk (1997 r.) musi być „usprawiedliwione okolicznościami”.

Góral [1998] stwierdza, że kodeks karny utrzymując uprzywilejowaną formę zabójstwa noworodka, przyjął inne przesłanki jego stosowania od dotychczasowych. Pomiął przesłankę w postaci okresu porodu, a wyeksponował silne przeżycia, zaś znamieniem ograniczającym okres porodu jest określenie „zabija noworodka”. Zarówno ten autor, jak Wojciechowski [1997] stwierdzają, że naruszenie równowagi psychicznej dzieciobójczyni musi być spowodowane silnym przeżyciem związanym z jedną z trzech okoliczności wymienionych w art. 149 kk. Wojciechowski ponadto dodaje: „Wymienione w przepisie okoliczności uzasadniają łagodniejszą odpowiedzialność matki tylko wtedy, gdy dopuści się ona zabójstwa noworodka, czyli dziecka będącego w pierwszym miesiącu jego życia”.

W rozdziale poświęconym dzieciobójstwu Grzywo-Dąbrowski [1957] stwierdza, wg art. 226 ówczesnie obowiązującego kodeksu karnego z 1932 r., że dzieciobójstwo może dotyczyć jedynie noworodka, gdyż tylko w okresie porodu lub w krótki czas po nim trwa jego wpływ na stan psychiczny i fizycz-

ny matki. Dodaje, że okresu tego nie można ściśle obliczyć (na godziny czy minuty), bo w każdym przypadku występują różne warunki tak co do czasu trwania porodu, jak i jego wpływu na stan fizyczny i psychiczny matki, ale jego zdaniem „okres ten należy określić na czas od kilkunastu do dwudziestu paru godzin po porodzie, gdyż zazwyczaj dopiero po tym czasie kończy się wpływ prawidłowo przebiegającego porodu na normalną kobietę”. Autor ten wymienia szereg cech pozwalających medykowi sądowemu na ustalenie, że badane zwłoki są zwłokami noworodka, m. in. stwierdza, że najdłużej utrzymująca się cęcha to pępowina, która odpada zazwyczaj 5–7 dnia po porodzie, co też jest przejawem zakończenia okresu noworodkowego.

Pediatrzy [1955] przyjmują, że pierwszy okres życia dziecka tzw. noworodkowy trwa od urodzenia do 14 dnia życia, to jest do chwili odzyskania równowagi i przystosowania się do zmienionych warunków życia pozapłodowego. Inne podręczniki przesuwają ten okres do całego miesiąca życia dziecka.

Dreszer [1962] zauważa, że mimo fizjologicznego charakteru okresu porodu i położu, może on bardzo znacznie wpływać na zachowanie równowagi psychicznej kobiety, że „wyjątkowość tego stanu” znalazła odbicie w art. 226 kk [1932], który traktuje dzieciobójstwo dokonane przez matkę w okresie porodu i pod wpływem jego przebiegu, jako przestępstwo uprzywilejowane. Jest on zdania, że w każdym przypadku dzieciobójstwa konieczne jest zasięgnięcie opinii psychiatry ze względu na możliwość wystąpienia w tym okresie psychozy objawowej.

Spett i Szymusik [1991] uważają, że okres porodu i jego wpływ na matkę powinien być analizowany wspólnie przez medyka sądowego, położnika i psychiatrę, a także psychologa.

Psychiatrzy również zwracają uwagę na trudności w określeniu czasu, w którym po zakończeniu akcji porodowej matka znajduje się pod psychicznym wpływem porodu. Uszkiewiczowa [1979], Spett [1969] zauważają,

że zależy to od wielu czynników: czasu trwania porodu, jego przebiegu, warunków w jakich się odbywał. Dużą rolę przy tym odgrywają cechy osobowości matki. Birnbaum [1931] wśród dzieciobójczyń spotykał osoby upośledzone umysłowo, z zaburzeniami osobowości, z cechami histerycznymi (zgodnie z ówczesną terminologią określał je jako imbecylki, debilki, psychopatki, histeryczki). Uważał, że u tych osób dzieciobójstwo jest czynem impulsywnym. Podziela ten pogląd Spett, gdyż niektóre osoby upośledzone umysłowo i wykazujące zaburzenia w zakresie uczuciowości i woli są mniej odporne na ból i skłonne do czynów impulsywnych. Powołuje się też na Manczarskiego, że okres wpływu porodu na rodzącą trwa od kilku do kilkunastu godzin, a nieraz więcej.

Autorzy są zgodni, że u zdrowych dzieciobójczyń wpływ porodu na ich stan psychiczny dotyczy przede wszystkim sfery emocjonalnej.

Wachholtz [1919] uważa, że kobiety reagują stanami afektu, które nie wyłączają odpowiedzialności karnej, ale ją zmniejszają. Na zmianę reagowania afektywnego jego zdaniem wpływają następujące czynniki: bóle porodowe, wysięk fizyczny, utrata krwi, urodzenie dziecka nieślubnego, zatajenie ciąży i porodu, lęk o życie własne, zwłaszcza przy przeciągającym się porodzie, lęk o przyszłość swoją i dziecka, a niekiedy dochodzą do głosu emocje negatywne kierowane przeciwko ojcu dziecka i dziecku, jako pośrednich sprawcach jej cierpienia. Dzieli on te czynniki na biologiczne, psychiczne i socjalne.

Bilikiewicz [1973] zauważa, że matki dokonują najczęściej dzieciobójstwa zanim ujrzą dziecko, natomiast gdy je zobaczą rezygnują z tego „jak gdyby miłość macierzyńska budziła się dopiero na jego widok”.

Wszyscy wymienieni autorzy – psychiatrzy zwracają uwagę, że dzieciobójstwo może być dokonane z przyczyn patologicznych: komplikacji porodowych (np. rzućawka porodowa), padaczki, choroby psychicznej, np. schizofrenii, psychozy maniako-depresyjnej, innych trwałych następstw po doznanych

wcześniej urazach czaszkowo-mózgowych itp., które będą oceniane wg kryteriów oceny poczytalności (zniesionej, ograniczonej?).

Silne przeżycie związane z przebiegiem porodu spełnia kryteria ostrej reakcji na stres, opisanej w aktualnie obowiązującej klasyfikacji zaburzeń psychicznych [1997]. Przez ostrą reakcję na stres należy rozumieć przemijające zaburzenia, rozwijające się jako odpowiedź „na wyjątkowy stres fizyczny lub psychiczny” u osoby, która dotychczas nie przejawiała zaburzeń psychicznych, ustępujące w ciągu godzin lub dni. Stresorem bywają poważne przeżycia związane z zagrożeniem bezpieczeństwa danej osoby lub jej bliskich, zagrożeniem zmiany pozycji społecznej. Dużą rolę odgrywa wrażliwość jednostki na stres.

Opisywane objawy – to początkowo: stan oszołomienia, zawężone pole świadomości i uwagi, zaburzenia rozumienia bodźców i zaburzenia orientacji, potem następuje wyłączenie się z otaczającej sytuacji albo pobudzenie i nadmierna aktywność niedostosowana lub bezcelowa. Zwraca się uwagę, że po początkowym oszołomieniu bywają objawy: depresji, lęku, złości, rozpacz, poczucia braku nadziei, gniewu, agresji, żaden z nich jednak nie dominuje przez czas dłuższy. Objawy zazwyczaj pojawiają się w ciągu kilku minut po zadziałaniu bodźca czy wydarzenia stresowego i ustępują często w ciągu paru godzin lub mogą zanikać w ciągu 2–3 dni (najczęściej ustępują po 24–48 godzinach). Do takiej reakcji na stres zalicza się: ostrą reakcję kryzysową, wyczerpanie walką, stan kryzysu, szok psychiczny.

## OPINIOWANIE SĄDOWO- -PSYCHIATRYCZNE (WŁASNE)

Do biegłego psychiatry sprawy dzieciobójstwa trafiają sporadycznie. W Klinice Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii, w której jestem kierownikiem, w ostatnim pięcioleciu (1994–1998) wydano trzy opinie w sprawach z art. 149 kk.

Pokróćce przedstawię wyniki ekspertyz.

**Ekspertyza I (wykonana w 1994 r.)**

37-letnia matka oskarżona, że w okresie porodu i pod wpływem jego przebiegu, działając z zamiarem zabicia noworodka, bezpośrednio po porodzie włożyła go do reklamówki i ukryła w kotle pozostawiając w stodole, w wyniku czego dziecko z powodu nieudzielenia mu pomocy i z powodu niskiej temperatury (grudzień) zmarło.

Była to samotna matka czworga dzieci, które, jak i swoją matkę, utrzymywała. Co najmniej rok przed czynem znalazła się w traumatyzującej sytuacji: ukrywała przed swą rodziną związek z mężczyzną, który nie poczuwał się do współodpowiedzialności za nienarodzone jeszcze dziecko i wyjechał za granicę, gdy było już za późno na przerwanie ciąży. Perspektywę urodzenia piątego dziecka odczuwała jako zagrażającą dla rodziny, bała się utraty pracy i braku środków na jej utrzymanie. Ponadto wstydziła się przyznać dzieciom, że jest w ciąży i ukrywała przed nimi swój stan, czuła się osamotniona. Robiła plany, że dziecko po urodzeniu zostawi w szpitalu, ale nie czyniła do tego żadnych przygotowań, zachowywała się biernie, przejawiała apatię, co było reakcją na przewlekły stres. Poród rozpoczął się nagle, przed planowanym terminem, w sytuacji przygotowań do świąt i gości w domu, dlatego wyszła do stodoły.

Osoba ta nie przejawiała objawów upośledzenia umysłowego, choroby psychicznej ani innych zakłóceń psychicznych. Naszym zdaniem reakcja sytuacyjna na długotrwały stres i zaskoczenie wcześniejszym porodem nie sięgała rozmiarów patologii, ale spowodowała bierne poddanie się przebiegowi wydarzeń, zaniechanie działań opiekuńczych wobec dziecka. Zachowanie matki cechowała bierność, zaniechanie, „pójście po najmniejszej linii oporu”, czemu sprzyjało poczucie osamotnienia, stan wyczerpania psychicznego, chęć „ucieczki” od problemu.

Naszym zdaniem reakcja ta nie dawała podstaw do kwestionowania jej poczytalności w rozumieniu art. 25 § 1 lub 2 ówczes-

nie obowiązującego kodeksu karnego, ale w nieznacznym stopniu ograniczała zarówno zdolność rozpoznania czynu, jak i zdolność kierowania swoim postępowaniem.

**Ekspertyza II (wykonana w 1996 r.)**

34-letnia matka, działając w warunkach określonych w art. 149 kk, uderzyła ręką w głowę i inne części ciała noworodka, powodując jego zgon w miejscu porodu.

Kobieta miała już czworo dzieci, pochodziła ze wsi, z trudnych warunków bytowych (dwie izby zajmowało 9 osób), sama utrzymywała rodzinę. Mąż, inwalida po wypadku, nadużywał alkoholu, pod którego wpływem zachowywał się wobec żony brutalnie, nie miała ona oparcia emocjonalnego ani w nim, ani w innych domownikach (jego rodzina). Bała się powiedzieć mężowi, że jest w piątej ciąży, ale gdy się o tym dowiedział, zażądał usunięcia jej, grożąc wyrzuceniem żony z domu. Nie zrobiła tego, co spowodowało narastanie konfliktu między nimi (mąż przestał odzywać się do niej), narastał w niej strach przed nim, poczucie bezradności i zagrożenia, znalezienia się w sytuacji bez wyjścia. Gdy zaczął się poród, nikt z domowników nie zareagował na jej wołanie. Wyszła do lasu, gdzie zaczęła rodzić, przyszedł mąż, popatrzył i odszedł, wracając z ceratą, zostawiwszy którą, odszedł. Dziecko urodziło się po 20–30 minutach, było ciemno, nie widziała jego płci, twierdzi, że pępowina urwała się sama. Dziecko płakało, wtedy zaczęła je bić rękoma po głowie do momentu, aż zamilkło. Wcześniej nie myślała o zabiciu dziecka, dopiero gdy przyszła jej myśl, że jak wróci z noworodkiem, to mąż ich wyrzuci. Czuła się słabo, nie miała sił wracać sama do domu. Po pewnym czasie wrócił mąż, zapytał „czy już?” – nie wie co miał na myśli, zawiązał dziecko w ceratę i pomógł jej wrócić.

Kobieta ta również nie przejawiała objawów upośledzenia umysłowego ani choroby psychicznej. Psychologowie określili jej osobowość jako bierno-zależną, skłonną do

reakcji depresyjnych (wcześniej z ich powodu dwukrotnie była hospitalizowana psychiatrycznie). Dane z wywiadu sugerowały organiczne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, które mogło być przyczyną opisanego ukształtowania się jej osobowości.

Jej wypowiedzi dotyczące przebiegu porodu i skutki urazów u dziecka wskazują, że w okresie czynu przeżywała silne negatywne emocje (strachu, rozpacz, gniewu, bezradności), gromadzone i kumulowane już wcześniej, wyładowane bezpośrednio po urodzeniu dziecka. Do tego czasu nie przejawiała skłonności do wybuchów emocjonalnych, ani do zachowań agresywnych. Wobec czworga żyjących dzieci była troskliwą matką. Jej agresywne zachowanie wystąpiło w szczególnej sytuacji nadmiernego przeciążenia emocjonalnego i braku opieki ze strony otoczenia.

Uznaliśmy, że w okresie objętym zarzutem wystąpiła u niej reakcja emocjonalna z elementami dysforycznymi, która w znacznym stopniu ograniczała jej zdolność rozpoznania znaczenia czynu i zdolność kierowania swoim postępowaniem.

### **Ekspertyza III (wykonana w 1998 r.)**

38-letnia matka została oskarżona, że w warunkach art. 149 kk nie udzieliła niezbędnej pomocy noworodkowi po jego urodzeniu i wrzuciła do wewnątrz szaletu miejskiego, ale inne osoby udzieliły mu pomocy, jednak jej działanie spowodowało u noworodka długotrwałą chorobę zazwyczaj zagrożającą życiu.

Mieszkanka wsi, zajmowała się domem i ośmiorgiem dzieci. Od wielu lat przeżywała sytuację trudną, z którą nie umiała sobie poradzić. Już w czasie piątej ciąży nie była u lekarza, bo wstydziła się „co powiedzą ludzie”. Potem przestała się tym przejmować, ale wraz z kolejnymi dziećmi przybywało jej obowiązków, które przekraczały jej wydolność fizyczną i psychiczną, zwłaszcza, że po siódmej ciąży zachorowała na nawracające zapalenie żył podudzi. Odtąd „nie planowała” więcej dzieci, ale nie podjęła żadnych

działań w tym kierunku – trudno powiedzieć, czy zaważyły tu względy religijne, obyczajowe czy inne tabu dotyczące współżycia seksualnego. Odpowiedzialność za ten problem brała wyłącznie na siebie (też nie wiadomo, czy ze względów obyczajowych, czy złej komunikacji z mężem). Czuła się coraz bardziej winna, że nie potrafi uporać się z tym problemem (ale nie zwracała się do nikogo, zakładając, że to wyłącznie jej sprawa).

Ten „nierozwiązywalny” dylemat wywołał u niej przewlekłą reakcję nerwicową, stopniowo nasilającą się (ale bez objawów psychozy). Kolejna dziewiąta ciąża znacznie nasiliła reakcję nerwicową, a do poprzednich objawów dołączyły się zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne), polegające na tym, że „niemożliwe” do rozwiązania problemy zostają wyparte do podświadomości i przekształcają się w zaburzenia różnych funkcji organizmu (mowy, ruchów, czucia itp.). U osoby przez nas badanej wystąpiło dysocjacyjne zaburzenie odczuwania i rozumienia objawów somatycznych rozwijającej się ciąży (błędnie interpretowała je: „przytyłam”, „nadal mam miesiączkę”, nie odczuwała czy wypierała czucie innych, np. ruchy dziecka).

Gdy załatwiała sprawy w mieście odczuła – jak twierdzi – potrzebę fizjologiczną, dlatego weszła do szaletu, gdzie ją załatwiła. Twierdzi, że nie zdawała sobie sprawy, że rodzi. Z opisu wynika, że poród zaczął się nagle i przebiegał szybko, a zaburzenia dysocjacyjne ograniczały jej zdolność rozpoznania sytuacji.

Kobieta ta nie była upośledzona umysłowo ani chora psychicznie, co stwierdzały trzy zespoły biegłych psychiatrów i psychologów. Psychiatrzy z pierwszego zespołu nie znaleźli podstaw do kwestionowania jej poczytalności, mimo że psycholog wskazywał na zachodzące u niej mechanizmy obronne osobowości, wpływające deformująco na rozumienie sygnałów somatycznych w okresie ciąży. Kolejny zespół psychiatrów stwierdzał „zespół depresyjny u osoby biernozależnej”, który znosił jej poczytalność (w rozumieniu art. 25 § 1 kk).

W ocenie zespołu psychiatrów i psychologa z Kliniki Psychiatrii Sądowej badana w okresie czynu przejawiała reakcję nerwicową subdepresyjną z zaburzeniami dysocjacyjnymi dotyczącymi czucia cielesnego, na którą nałożyły się emocje związane z zaskakującym dla niej porodem, co w znacznym stopniu ograniczało jej zdolność rozpoznania znaczenia czynu i zdolność kierowania swoim postępowaniem (w rozumieniu art. 25 § 2 kk).

## OMÓWIENIE

Przedstawione wyżej poglądy: posłów – projektodawców nowelizacji art. 149 kk z 1997 r., autorów kodeksu karnego z 1997 r. i jego komentatorów oraz lekarzy – autorów publikacji na temat dzieciobójstwa wskazują, że wszyscy są zgodni co do tego, że poród – mimo swego fizjologicznego charakteru – może mieć wpływ znacząco zaburzający stan psychiczny kobiety rodzącej, skutkujący jej zmienionym reagowaniem emocjonalnym. Ogólnie szok okołoporodowy traktowany jest jako stan silnych emocji, wpływających na zachowanie matki.

Autorzy uzasadnienia do rządowego projektu kodeksu karnego stwierdzili, że silne zakłócenie czynności psychicznych dzieciobójczyń jest bliskie „silnemu wzburzeniu” przewidzianemu w art. 148 § 4 kk z 1997 r., jednak uznali, że jej „anormalnej sytuacji motywacyjnej nie można sprowadzać tylko do silnych lub bardzo silnych bólów porodowych” i to zapewne spowodowało, że w art. 149 kk z 1997 r. znalazły się stwierdzenia, że silne przeżycia muszą być związane z przebiegiem porodu, znacznym zniekształceniem dziecka lub ze szczególnie trudną sytuacją osobistą.

Psychiatrzy również uważają, że u nie przejawiających dotychczas zaburzeń psychicznych dzieciobójczyń wpływ porodu dotyczy głównie sfery emocjonalnej, ale na ich zmienione reagowanie, motywy działań wpływa szereg nakładających się czynników. Dotyczą one samego porodu, jego charakte-

ru i przebiegu, czasu trwania oraz skutków (zmęczenie fizyczne i psychiczne, osłabienie, utrata krwi), ale także ogromną rolę odgrywają cechy osobowości matki oraz jej warunki społeczne: dziecko pozamałżeńskie, ukrywanie ciąży i porodu przed najbliższym otoczeniem, trudne warunki życiowe itp.

Przedstawione przykłady własnych badań są ilustracją powyższego: wszystkie trzy matki pochodziły ze wsi, z bardzo trudnych warunków materialno-bytowych, dwie z nich były jedynymi żywicielkami swych rodzin, wszystkie nie miały emocjonalnego wsparcia w osobach bliskich i były nie-uświadomione lub niedostatecznie uświadomione w sprawach planowania rodziny i zapobieganiu nieplanowanej ciąży, zabijane dziecko było ich kolejnym dzieckiem (w dwóch przypadkach – piątym, w jednym – dziewiątym). Jedna z nich ukrywała ciążę i poród „ze wstydu” przed dorastającymi dziećmi, okoliczności dzieciobójstwa drugiej wskazują na wyraźny wpływ presji ze strony męża i jego rodziny na pozbycie się dziecka, trzecia częściowo „ze wstydu przed sąsiadami”, a częściowo z powodu narastających trudności z wychowywaniem ośmiorga dzieci wyparła do podświadomości cielesne objawy kolejnej, dziewiątej ciąży. Psychologowie opisywali cechy ich osobowości jako: bierno-zależne, ze skłonnością do reakcji depresyjnych, histeryczne. Były one wyraźnie zaznaczone podczas ich krytycznego zachowania.

Powyższe wskazuje, że do dzieciobójstwa częściej dochodzi wtedy, gdy na matkę oddziałuje szereg niekorzystnych czynników (jak wyżej wymienione), często zaznaczających swój wpływ na wiele miesięcy przed porodem. Od rodzaju i siły tych czynników zależy, czy jedynie sprzyjają wystąpieniu szoku okołoporodowego u matki, czy dodatkowo zaburzają w sposób patologiczny jej stan psychiczny, a zatem, czy daje on podstawę do kwestionowania poczytalności w rozumieniu art. 31 § 1 lub 2 kk.

Szok okołoporodowy odpowiada stanowi ostrej reakcji na stres, której definicja zawarta

jest w obecnie obowiązującej klasyfikacji zaburzeń psychicznych, wprowadzonej w 1992 r. przez Światową Organizację Zdrowia. Z definicji tej wynika, że jest to przemijające zaburzenie psychiczne o znacznym nasileniu, występujące jako reakcja na wyjątkowy stres fizyczny lub psychiczny. Stresorem może być bardzo silne przeżycie związane z poczuciem poważnego zagrożenia dla zdrowia lub życia własnego lub osoby czy osób bliskich, nagej zmiany pozycji społecznej. Łatwiej występuje u osób wyczerpanych lub osłabionych fizycznie lub psychicznie. Objawom w postaci zawężenia pola świadomości towarzyszą zaburzenia afektu i nastroju (depresja, lęk, złość, gniew, rozpacz), niekiedy z pobudzeniem psychoruchowym.

Objawy pojawiają się najpóźniej w ciągu godziny od zadziałania stresora i mijają w zależności od czasu jego trwania, zwykle w ciągu 48 godzin. Ten czas trwania koreluje z czasem podawanym we wcześniejszych latach przez psychiatrów w odniesieniu do szoku okołoporodowego.

W świetle powyższego – moim zdaniem – nie jest słuszne twierdzenie, że wystarczy jedna z wymienionych w art. 149 kk okoliczności do wywołania szczególnego stanu psychicznego dzieciobójczyni, gdyż podstawowym stresorem jest poród i jego wpływ na stan emocji matki, pozostałe czynniki jedynie sprzyjają wystąpieniu szoku okołoporodowego. Jeśli zmiany w stanie psychicznym matki wystąpią w okresie późniejszym niż 2–3 dni po porodzie należy ocenić ich charakter i nasilenie oraz ewentualny wpływ na poczytalność matki dziecka.

Podzielam stanowisko posłów – projektodawców nowelizacji art. 149 kk, że jego treść nie powinna budzić wątpliwości zarówno sądu, jak i biegłych. Jako lekarz uważam, że zmiana określenia „dziecko” na „noworodek” uściśla okres życia, w którym dokonywane jest dzieciobójstwo. O ile art. 149 kk z 1997 r. zostanie zmieniony zgodnie z projektem posłów stwierdzającym, że chodzi o zabicie dziecka „w okresie porodu pod wpływem jego przebiegu”, odpadnie zna-

mię czasu związane z pojęciem noworodek. Posłowie słusznie obawiali się rozszerzenia okresu „złagodzonej penalizacji dzieciobójstwa”, na co wskazuje komentarz do art. 149 kk Wojciechowskiego [1997].

## WNIOSKI

1. Zarówno ustawodawcy, jak opiniujący w sprawach o dzieciobójstwo psychiatrzy, traktują szok okołoporodowy jako stan silnych emocji, wpływających na zachowanie i reakcje matki.
2. Szok okołoporodowy odpowiada, wg obecnie obowiązującej klasyfikacji zaburzeń psychicznych, ostrej reakcji na stres (którym w tym przypadku jest poród), będącej przemijającym zaburzeniem psychicznym, trwającym od kilkunastu godzin do 48 godzin (niekiedy do 3 dni).
3. Do wystąpienia ostrej reakcji na stres, będący porodem i nasilenia jej objawów, przyczynia się zbieg innych niekorzystnych czynników (wśród których może być znaczne zniekształcenie dziecka lub trudna sytuacja kobiety). Jeśli wymienione czynniki nie nakładają się na przebieg porodu lecz występują w okresie późniejszym, winien być oceniony ich wpływ na stan psychiczny matki, z punktu widzenia charakteru zaburzeń i ich nasilenia oraz ewentualnego wpływu na poczytalność.
4. Jako psychiatra uważam propozycję nowelizacji przepisu art. 149 kk za zasadną w zakresie uściślenia związku przyczynowego z porodem.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz T.: *Psychiatria kliniczna*. PZWL, Warszawa 1973, 458–459.
2. Birnbaum K.: *Kriminalpsychopathologie und psychobiologische Verbrecherkunde*. Berlin 1931, 157.
3. Bogdanowicz J.: *Rozwój fizyczny dziecka*. W: Barański J., Chrapowicki T., Popowski S. (red.): *Pediatria kliniczna*. PZWL, Warszawa 1955, 22–24.



4. Cieślak M., Spett K., Szymusik A., Wolter W.: Psychiatria w procesie karnym. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1991, 273–274.
5. Cieślak M., Spett K., Wolter W.: Psychiatria w procesie karnym. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1968, 242–244.
6. Dreszer R.: Zarys psychiatrii sądowej dla medyków i prawników. PZWL, Warszawa 1962, 20.
7. Fredrich-Michalska J., Stachurska-Marcińczak B. (red.): Nowe kodeksy karne z 1997 r. z uzasadnieniami. Kodeks karny. Kodeks postępowania karnego. Kodeks karny wykonawczy. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1997, 183–184.
8. Góral R.: Kodeks karny. Praktyczny komentarz. Wyd. Zrzesz. Praw. Pol., Warszawa 1998, 214–215.
9. Grzywo-Dąbrowski W.: Medycyna sądowa dla prawników. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1957, 332–345.
10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. WHO 1992. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, IPiN, Kraków–Warszawa 1997, 128–129.
11. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. WHO 1993. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, IPiN, Kraków–Warszawa 1998, 96.
12. Piasecka M.K. (red.): Kodeks karny oraz przepisy wprowadzające. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1969, 51.
13. Uszkiewiczowa L.: Zarys psychiatrii sądowej. Wyd. U.W., Warszawa 1979, 94–95.
14. Wachholtz L.: Medycyna sądowa. Kraków 1919, 239.
15. Wojciechowski J.: Kodeks karny. Komentarz. Orzecznictwo, Warszawa 1997, 258.

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