

Dzieciobójstwo czy zabójstwo? Studium przypadku 5-krotnego zabójstwa własnych dzieci – poszukiwanie psychopatologii

Infanticide or murder in a forensic psychiatric assessment. A case study 5-fold infanticide – the search of psychopathology

Janusz Heitzman^{1,2}, Alfreda Ruzikowska¹, Krystyna Tarczyńska¹,
Ewa Waszkiewicz³, Anna Pilszyk¹

¹ Klinika Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Kierownik: prof. nadzw. dr hab. n. med. J. Heitzman

² Katedra Psychiatrii UJ CM

Kierownik: prof. dr hab. J. K. Gierowski

³ III Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Jarema

Summary

Objective. The difficulties to distinguish between infanticide and murder of the woman own child, experienced by both experts and the court, have been discussed on the example of the psychopathological description of the perpetrator killing five of her children, and data from the literature.

Case. This paper describes an extremely rare case of the woman who has killed five of her children immediately after their birth over several years.

Comment. It is very difficult to decide whether the seemingly rational motivation to kill her own child shortly after their birth can be a proof of specific psychopathological state which is a consequence of childbirth or an assassination planned in cold blood. The act of killing a child by their own mother is so contrary to nature that it seems easy to find the ground for psychosis or a state of emergency. However, when neither of them has been proven the experts are left with the conviction of both diagnostic deficiency and inexplicability of human behaviour.

Słowa kluczowe: dzieciobójstwo, zabójstwo uprzywilejowane, psychologia sądowa, psychiatria sądowa

Key words: infanticide, murder privileged, forensic psychology, forensic psychiatry

Wstęp

Wielokrotne odkrycia zwłok ludzkich noworodków, co miało miejsce w Polsce w ostatnich latach, wywoływały każdorazowo znaczne społeczne poruszenie. W sprawy te byli zaangażowani psychiatrzy i psychologowie nie tylko do oceny poczytalności

sprawczyń, ale do próby wytłumaczenia, co mogło być przyczyną takiego zachowania. Z praktyki orzeczniczej wynika, że kobiety, które zabijają swoje nowo narodzone dzieci są często mniej sprawne psychicznie, zaniedbane wychowawczo oraz uwikłane w niezwykle trudne sytuacje rodzinne i społeczne. Na ogół potrafią dostosować się do norm i oczekiwań społecznych istniejących w ich środowisku, natomiast okoliczności związane z porodem przekraczają ich możliwości adaptacyjne.

Mimo że zabijanie własnych dzieci zdarza się znacznie częściej niż się powszechnie wydaje – to jednak trudno to zrozumieć. Zabójstwa wśród ludzi nie należą do przypadkowych. Okazuje się, że ci, którzy tego dokonują, w zdecydowanej większości nie są chorzy psychicznie, czynią to z pewnym wiadomym sobie zamiarem, sami podejmują taką decyzję i widzą w niej jakiś indywidualny cel.

Badania prowadzone przez antropologów potwierdzają, że dzieciobójstwo istniało wszędzie na świecie, zwłaszcza tam, gdzie było to w różnych kulturach „sposobem kontroli liczebności populacji”. Do zabijania dzieci ze względu na okoliczności niesprzyjające ich przetrwaniu znacząco częściej dochodziło, gdy były to: bliźnięta, dziewczynki, dzieci urodzone zbyt szybko po poprzednim, dzieci chore lub zdeformowane, pochodzące z nieprawego łoża, samotnych matek, zwłaszcza biednych [1]. Okazało się też, że w krajach poidustrialnych rodzice zabijając dzieci czynią to bardziej okrutnie niż rodzice z „plemion prymitywnych”. Michael P. Ghiglieri [1] w swojej książce *Ciemna strona człowieka (The dark side of man. Tracing the origins of male violence)* przytacza poglądy, że dzieciobójstwo wydaje się wpisane w nasze geny, chociaż popełniają je zazwyczaj młode, niezamężne, zrozpaczone matki. Kobiety, które, jak np. w Kanadzie, zabijały własne dzieci 1,5 raza częściej niż mężczyźni, nie tylko czyniły to z zimną krwią, lecz traktowały takie postępowanie jako środek do stworzenia sobie lepszych warunków społeczno-ekonomicznych i reprodukcyjnych. Mimo że z dzieciobójstwem spotykamy się w historii ludzkości od najdawniejszych czasów, to ocena prawna takiego czynu zmieniała się w ciągu dziejów. Warunki społeczne w sposób szczególny determinowały przyzwolenie na zabijanie własnych dzieci już w starożytności. Ograniczanie liczebności populacji wiązało się z aprobatą zabijania szczególnie dziewczynek traktowanych jako mniej wartościowe. Opisy takich praktyk spotykamy zarówno w cywilizacji islamu, na terenie Półwyspu Indyjskiego, Chin czy wśród plemion zamieszkujących wyspy Oceanii [2]. Przyzwolenie na zabijanie dzieci kalekich i niepełnosprawnych nie było potępiane w starożytnej Sparcie, Grecji czy Rzymie. Dopiero wraz z rozwojem chrześcijaństwa zabicie dziecka (dzieciobójstwo) zaczęto traktować tak jak zabójstwo i za jego dokonanie można było ukarać zarówno matkę, jak i ojca. W europejskim prawie średniowiecznym dzieciobójczyni, zwłaszcza gdy chodziło o dziecko nieślubne, nie były karane surowo. W okresie renesansu podejmowane były próby stanowienia prawa bardzo surowego dla dzieciobójczyń. Za czasów Karola V, zgodnie z Constitutio Criminalis Carolina z 1532 roku, dzieciobójczyni za umyślne i okrutne zabicie swojego dziecka groziło alternatywnie przebicie palem i pogrzebanie żywcem, zamknięcie w worku z psem, kogutem, żmiją lub małpą i utopienie, przed utopieniem rozerwanie żarzącym się żelazem. We Francji w tamtych czasach dzieciobójczyniom groziło spalenie, a w Anglii – poza grzebaniem żywcem i utopieniem – ścięcie [3, 4]. Te straszliwe kary miały mieć szczególnie odstrasżający

psychologicznie charakter dla prymitywnych, niezamężnych i niewykształconych matek. Piśmiennictwo zgodnie potwierdza, że oskarżenia o dzieciobójstwo i wykonywanie wyroków zdarzało się rzadko. Wynikało to z uznawania dzieciobójczyń za umyślowo niesprawne, z milczącej społecznej akceptacji dla tego typu zbrodni i częstego faktu, że ciężce były efektem gwałtu. W XVII i XVIII wieku – choć utrzymano karę śmierci dla dzieciobójczyń, co wynikało ze wzrastającej liczby przypadków zabijania własnych dzieci po porodzie – równocześnie coraz częściej stosowano procesowe przeszkody do zastosowania kary lub istotnie ją pomniejszano [3]. Kierunek poszukiwania czynników usprawiedliwiających dzieciobójstwo na skutek stwierdzenia okoliczności o charakterze psychicznym zaczął rozwijać się już w XIX wieku i wtedy też zaczęto tę zbrodnię traktować jako zabójstwo uprzywilejowane. Przyczyniła się do tego coraz większa wiedza z zakresu psychiatrii, częste rozpoznawanie psychozy połogowej oraz innych zaburzeń umysłowych będących wynikiem porodu lub karmienia piersią [4]. Na systemy prawne krajów europejskich szczególnie wpływ wywarło prawodawstwo angielskie, które dzieciobójstwo potraktowało jako działanie (lub celowe zaniechanie) matki z zakłóconą psychiką wobec dziecka, które nie ukończyło jednego roku życia. W większości krajów wysokość kary za dzieciobójstwo wahała się w przedziale od roku do 6 lat więzienia, a znacząca ich część była zawieszana [4].

Współczesne kodeksy karne państw europejskich bazują na rozwiązaniach legislacyjnych z pierwszej połowy XX wieku, które albo traktują dzieciobójstwo jako uprzywilejowany typ zabójstwa, jak np. w Anglii, Szwajcarii czy w Polsce, albo jako kwalifikowany typ zabójstwa, za które może grozić kara pozbawienia wolności nie mniejsza niż 5 lat (Niemcy), a nawet – dożywocie (Francja) [3, 5].

W USA dzieciobójstwo nie doczekało się odrębnej regulacji prawnej. Obowiązują tam przepisy kwalifikujące te czyny jako morderstwo od I do III stopnia, choć sądy często w procesach o dzieciobójstwo stosują przepisy związane z oceną poczytalności i tam, gdzie są przedstawione wystarczające dowody na jej zniesienie, sprawczynie kierowane są na leczenie psychiatryczne. W systemie prawnym, obowiązującym w poszczególnych stanach USA, wiele wątpliwości budzi położenie nacisku przede wszystkim na karanie i odstraszanie, a mniej na konieczność jasnego określenia bezpośredniego i pośredniego zawinienia czy też na zapobieganie i rehabilitację [2, 3, 6].

Zagadnienie dzieciobójstwa jako przestępstwa uprzywilejowanego budzi wiele wątpliwości. Nie zawsze przy przyjęciu nawet tej kwalifikacji na tyle wnikliwie ocenia się stan psychiczny dzieciobójczynie i rozpatruje kwestie jej stanu psychopatologicznego, by usunąć wszelkie wątpliwości, które mogły wpływać na znaczne ograniczenie lub nawet zniesienie poczytalności. W tym znaczeniu to, co się kryje w rozumieniu znajdowania się dzieciobójczynie w szczególnym stanie psychiki, „pod wpływem porodu”, jest wysoce enigmatyczne.

Ryzyko zabicia własnego dziecka w wyniku choroby psychicznej, która nagle ujawniła się u matki, nie należy do rzadkości. Psychoza poporodowa, schizofrenia, depresja, która popycha do zabójstwa altruistycznego, zanim dojdzie do samobójstwa rozszerzonego, kształtują psychopatologiczną motywację zbrodni zabicia własnych dzieci. Z drugiej strony pojawiają się też przypadki zabijania własnych dzieci wskutek stosowania przemocy uwarunkowanej środowiskowo, w wyniku demoralizacji, czy

zaniedbania spowodowanego stanem odurzenia alkoholowego lub narkotycznego. Te zbrodnie nie mają nic wspólnego z faktem przeżytego porodu, a tym bardziej z wyzwolonym przez niego szczególnym stanem psychicznym. Również wiek pozbawionego życia dziecka nie jest ograniczony i może nawet obejmować dzieci kilkunastoletnie. Stosowanie wobec zabójczyń własnych dzieci określenia „dzieciobójczynie”, wynika z błędnego przypisywania usprawiedliwiających kategorii prawnych zbrodniom, do których nie popchnęły ani okoliczności porodu, ani choroba psychiczna skutkująca stanem niepoczytalności. W 2001 roku opinia publiczna w USA była poruszona ujawnieniem zabicia przez matkę, poprzez utopienie w wannie, swoich pięciorga dzieci w wieku od 7 miesięcy do 7 lat. Zabójczyni – Andrea Y. – w trakcie toczącego się postępowania przed sądem, prawie po 5 latach, bo w 2006 roku, została uniewinniona od zarzutu zabójstwa. Stwierdzono, że w czasie dokonywania zbrodni z powodu zespołu urojeniowego była niepoczytalna i ostatecznie została umieszczona w stanowym szpitalu psychiatrycznym [7]. Ten przykład wskazuje też na trudności diagnostyczne, gdy już po dokonaniu przestępstwa objawy choroby psychicznej zaczynają zanikać i trudno jest bez wątpliwości postawić retrospektywną diagnozę.

Zarówno w Europie jak i w Polsce niewiele jest pogłębionych analiz dotyczących różnicowania pomiędzy dzieciobójstwem a zabójstwem własnych dzieci. Tym bardziej warte jest prześledzenie procesu motywacyjnego, dylematów diagnostycznych i kwalifikacji prawnej na przykładzie opinii sądowo-psychiatrycznej i psychologicznej wydanej w Polsce, a dotyczącej matki, która zabiła – topiąc – pięcioro kolejno urodzonych swoich dzieci. Sposób zadania śmierci i liczba zabitych dzieci były jednak jedynymi analogicznymi czynnikami łączącymi przypadek z USA i z Polski. Sprawa ta szczególnie zbulwersowała polską opinię społeczną, zwłoki bowiem pięciorga noworodków zostały w 2003 roku odkryte przypadkowo przez ich starsze rodzeństwo w beczce po kiszanej kapuście. Sensacyjne doniesienia o „dzieciach w beczce” determinowały dyskusje i dylematy diagnostyczne, czy można w tym przypadku kwalifikować poszczególne zbrodnie jako czyny dzieciobójstwa dokonanego pod wpływem szoku porodowego, czy też jako zabójstwa bez możliwości kwalifikowania tych zbrodni w sposób uprzywilejowany.

Dzieciobójstwo, zabójstwo dziecka i ich sprawczynie w regulacjach prawnych

W systemie prawnym Polski, ale i większości krajów europejskich, dzieciobójstwo należy do zabójstw typu uprzywilejowanego (podobnie jak zabójstwo pod wpływem silnego wzburzenia) ze względu na zmniejszoną winę sprawcy. Uprzywilejowanie to związane jest z przełomem biologicznym, w jakim znajduje się kobieta w okresie porodu. **Art. 149 polskiego kodeksu karnego stanowi, że matka, która zabija dziecko w okresie porodu, pod wpływem jego przebiegu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat** [8]. Podkreśla się konieczność stwierdzenia związku przyczynowego między zabójstwem nowo narodzonego dziecka a zakłóceniami równowagi psychicznej u jego matki [9]. W orzecznictwie Sądu Najwyższego można spotkać poglądy, które sugerują, że „wpływ przebiegu porodu” należy traktować szerzej – nie tylko w odniesieniu do konsekwencji psychosomatycznych u rodzącej,

ale też biorąc pod uwagę inne czynniki okołoporodowe mogące wyzwać stan stresu [9]. Tarnawski [9] opisując owe czynniki odwołuje się do wyroku Sądu Najwyższego z 1975 r., w którym w uzasadnieniu wskazano na takie czynniki kryminogenne natury społecznej, jak urodzenie dziecka pozamałżeńskie lub pochodzącego z małżeństwa, które, w ocenie matki, nie spełnia warunków do utrzymania i wychowania potomstwa. Nie można nie wziąć pod uwagę także faktu, że w niektórych środowiskach kobieta, która rodzi nieślubne dziecko, spotyka się z niezrozumieniem, pogardą i odrzuceniem. Wydaje się, że brak pomocy ze strony najbliższych, w tym szczególnie ojca dziecka, może zrodzić zamiar zabicia niepożądanego dziecka, zwłaszcza przez młode, niedojrzałe osobowościowo kobiety. Należy dodać, że ojciec, który współdziała z matką zabijającą dziecko pod wpływem porodu, odpowiada zwykle za zabójstwo pospolite (art. 148 § 1 kk) [8].

Do dzieciobójstwa może dochodzić w wyniku zarówno działania jak i zaniechania. O pierwszym, kwalifikowanym jako czynne, mówimy wówczas, gdy rodząca zadaje noworodkowi uraz zewnętrzny w zamiarze pozbawienia go życia. Drugie – przez zaniechanie – tzw. bierne, polega na tym, że matka w zamiarze spowodowania śmierci noworodka świadomie i celowo nie okazuje mu należytej pomocy i opieki po urodzeniu, najczęściej go porzuca.

Znaczną trudność sprawia ustalenie rzeczywistej liczby dzieciobójstwa, głównie ze względu na fakt, iż organy ścigania są rzadko bezpośrednio informowane o popełnieniu tych przestępstw. Sprawy te najczęściej wychodzą na jaw, gdy kobiety po porodzie mają problemy zdrowotne, trafiają pod opiekę lekarza, który stwierdza odbycie porodu. Wówczas powiadamiane są odpowiednie organy i wszczyna się czynności mające na celu odnalezienie zwłok noworodka. Zdarzają się też sytuacje odwrotne, kiedy najpierw znajdowane są zwłoki, a następnie policja i prokuratura podejmują działania zmierzające do zidentyfikowania i odnalezienia kobiety, która urodziła to dziecko. Niejednokrotnie sprawy te są umarzane z powodu niewykrycia sprawcy bądź braku dowodów popełnienia przestępstwa. Analiza danych z lat 90. i obecnych pozwala na stwierdzenie, że liczba dzieciobójstw w Polsce utrzymuje się w granicach od 20 do 40 przypadków rocznie [10]. Trudno powiedzieć, jaki odsetek stanowią przypadki dzieciobójstwa nieujawnionego. Dzieciobójstwo na tyle różni się od innych zbrodni, że niezwykle trudno jest zinterpretować siłę motywów jego dokonania. Na podstawie dostępnego piśmiennictwa rysuje się następujący obraz sprawcy dzieciobójstwa: najczęściej jest to kobieta bardzo słabo wykształcona, z wykształceniem niepełnym podstawowym czy zawodowym; jest w trudnej sytuacji materialnej, pochodzi z rodziny z problemami, w której nadużywano alkoholu, stosowano przemoc zarówno psychiczną jak i fizyczną; przeważnie jest na utrzymaniu rodziny lub partnera życiowego, więc nie ma stałej pracy ani innych własnych źródeł utrzymania. Z obserwacji autorki artykułu *Zbrodnie z bezradności* – M. Pomarańskiej – wynika, że znacząca część dzieciobójczyń miała już wcześniej dzieci i stałych partnerów lub mężów. Autorka jako motyw postępowania tych sprawczyń podaje obawę przed pogorszeniem się ich sytuacji życiowej [10].

Z innych badań, przeprowadzonych w Polsce w latach 1990–2000, wynika, że na 28 przypadków podejrzeń o dzieciobójstwo najliczniejszą grupę sprawczyń stanowiły

młode kobiety w wieku od 17 do 26 lat. W większości podejrzane były pannami, drugą grupę stanowiły mężatki, a resztę – kobiety rozwiedzione. Ponad połowa z nich urodziła się w mieście, reszta na wsi. Zasadnicza grupa badanych kobiet mieszkała z rodzicami, część dzieciobójczyń miała własne mieszkania, nieliczne pozostałe wynajmowały je, mieszkaly w internacie bądź nie miały stałego miejsca zamieszkania. Przeważnie wywodziły się ze środowiska robotniczego i rolniczego, najmniejszą grupę stanowiły kobiety pochodzenia inteligenckiego. Najwięcej sprawczyń miało wykształcenie niepełne podstawowe, następną grupę stanowiły kobiety z wykształceniem podstawowym. Zdecydowana większość sprawczyń w chwili popełniania przestępstwa miała stałą pracę. Analizując stan psychiczny i poczytalność sprawczyń stwierdzono, że: 10 z 28 miało w pełni zachowaną zdolność rozpoznania znaczenia czynu i pokierowania swoim postępowaniem, reszta (18) miała tę zdolność znacznie ograniczoną. Wśród nieprawidłowości stwierdzono w 4 przypadkach ograniczoną sprawność intelektualną, 4 sprawczynie wykazywały zaburzenia osobowości o charakterze schizoidalnym, 3 o charakterze psycho- i socjopatii, natomiast w żadnym przypadku nie stwierdzono objawów psychozy [11].

Z kolei analiza akt sprawy 132 przypadków sprawczyń dzieciobójstwa przeprowadzona przez Kołowskiego [12] dowiodła, że zdecydowana większość dzieciobójczyń zachodziła w ciążę z partnerami, z którymi była związana uczuciowo, a więc ciąża nie była wynikiem przestępstwa czy też okazjonalnego, przypadkowego spotkania. Ponad połowa sprawczyń od początku nie akceptowała ciąży i miała negatywny stosunek do mającego narodzić się dziecka. Kobiety te negowały fakt ciąży w rozmowach z najbliższymi i w miejscu pracy. Staraly się ukrywać ciążę poprzez odpowiedni dobór garderoby i sposób ubierania się, obwiązywały brzuch bandażami. Wśród badanych były również sprawczynie mające i wychowujące kilkoro dzieci. Jako powód swoich decyzji i negatywnego stosunku do ciąży podawały strach i wstyd przed oceną środowiska.

Kolejne badania dzieciobójczyń przeprowadzone przez zespół badaczy pod kierunkiem Marzec-Holki [13] zostały zaprezentowane szczegółowo w postaci studium przypadków (11 opisów) w książce *Dzieciobójstwo przestępstwo uprzywilejowane czy zbrodnia*. Głównym motywem dzieciobójstwa w omawianych przypadkach były trudności rodzinne, narastające w warunkach stresu i stanów depresyjnych. Badane kobiety charakteryzowała nieudana i przedwcześnie zakończona edukacja, powtarzanie klas, nietrafny wybór kierunku kształcenia zawodowego. Ich usamodzielnienie się niejednokrotnie wiązało się z bezrobociem. Negatywne doświadczenia dotyczyły ich związków małżeńskich lub konkubinatów. Małżeństwa kobiet po części okazały się nieudane z powodu alkoholizmu małżonków i poważnych problemów materialnych.

Zbiorcza analiza poszczególnych biografii sprawczyń dzieciobójstwa [12, 13, 14] pozwala zauważyć, że każda z opisywanych historii jest inna i nie da się wskazać jednej konkretnej przyczyny tych zabójstw. Powstaje zatem pytanie, kto ma prawo oceniać, czy zabójstwo dziecka zostało popełnione w okresie porodu i pod jego wpływem? Obligatoryjnie o fakcie, czy zostało ono dokonane w okresie porodu, decyduje sąd, ale już ocena wpływu porodu na działanie sprawcy leży w kompetencjach biegłych. Biegli psychiatrzy oceniają, w jakim stopniu poród mógł wpłynąć na rozumienie

znaczenia czynu i kierowanie swoim postępowaniem. Czy – a jeśli tak, to jakiego rodzaju – dysfunkcje psychiczne wystąpiły w tym okresie i jaki miały wpływ na postępowanie sprawczyni? Natomiast zadaniem psychologa jest ocena wpływu dyspozycji osobowościowych i czynników psychologicznych determinujących zachowanie sprawczyni, a zatem udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy psychologiczna sytuacja porodu przerastała jej możliwości i czy w sposób znaczący ograniczała zdolność do samokontroli? Do tych psychologicznych czy psychospołecznych czynników sytuacyjnych zalicza się między innymi: samotność, brak zrozumienia i opieki otoczenia, trudne warunki materialne. Niewątpliwie współwystępowanie czynników środowiskowych z drobną nawet dysfunkcją psychiczną może uzasadniać zastosowanie **art. 31 § 2 kk, który przyjmuje kryteria znacznie ograniczonej poczytalności, czyli obecności wynikających z porodu przesłanek medycznych w znacznym stopniu ograniczających zdolność rozpoznawania znaczenia czynu i pokierowania postępowaniem** [8]. Każdorazowo są to niezwykle skomplikowane orzeczniczo sprawy, w których niełatwo jest znaleźć twarde kryteria kwalifikujące do zastosowania tego artykułu, czynniki bowiem psychologiczne związane najczęściej z kategorią medyczną „innych zakłóceń czynności psychicznych”, wymienione przez ustawodawcę, wydają się niejednoznaczne i mogą być modyfikowane subiektywną oceną biegłego.

Opis przypadku

38-letnia kobieta, mężatka, matka czworga żyjących dzieci, została postawiona w stan oskarżenia po wykryciu zwłok pięciorga noworodków przechowywanych w domu. Postawiono jej zarzut dokonania w latach 1992–1998 zabójstw dzieci tuż po ich urodzeniu i po stwierdzeniu, że są żywe. Ojcu dzieci postawiono zarzut nakłaniania żony do zabójstwa poprzez groźby i bicie. Mężczyzna konsekwentnie nie przyznawał się do popełnienia zarzucanego mu czynu, kobieta natomiast podawała zmienne dane, oskarżając swojego męża i wycofując się z tych oskarżeń. Przyznała się wprawdzie do zabójstwa dzieci, ale i w tym zakresie jej zeznania były zmienne. Wbrew wszelkim obiektywnym danym zaprzeczała przez dłuższy czas, aby wszystkie znalezione noworodki były jej dziećmi (twierdziła, że dwa zostały podrzucone). Zrelacjonowała przebieg każdego porodu. Każdorazowo przygotowywała się do rodzenia – brała do łazienki nożyczki do przecięcia pępowiny, szmaty, gazety. Urodzone łożysko zawijała w gazety, folię i przygotowywała do wyrzucenia. Rodziła szybko, sprawdzała, czy dziecko żyje i topiła je w wannie. Zwłoki noworodków zawijała później w szmaty, gazety i folię, i umieszczała w stojącej w kuchni zamrażarce. Sprzątała łazienkę i wracała do normalnych codziennych czynności. Zajmowała się domem, pozostałymi dziećmi i zwykle po jednym dniu odpoczywania wracała do pracy w rodzinnym sklepie, gdzie była kasjerką. W trakcie krytycznych porodów denerwowała się, że ktoś z domowników może wejść do łazienki (rodziła, gdy byli w domu), słyszała dochodzące z innych pomieszczeń niepokojące ją odgłosy. Twierdziła, że zabijała swoje dzieci z lęku przed mężem, który był wobec niej agresywny, groził wyrzuceniem z domu, a po urodzeniu 4. dziecka powiedział, że zabije ją, jeśli jeszcze raz zajdzie w ciążę. Świadkowie różnie, a nawet sprzecznie, oceniali relacje między oskarżoną

a jej mężem. Jedni potwierdzali, że niejednokrotnie widzieli oskarżoną ze śladami pobicia, słyszeli od niej skargi na agresję męża. Podawali, że oskarżony nadużywał alkoholu, po którym był agresywny i popędliwy. Był bardzo wymagający wobec żony, sam mało uczestniczył w domowych obowiązkach, do późna pracował poza domem. Z zeznań tych świadków wiemy, że oskarżona była kobietą skrytą, zamkniętą w sobie, małomówną, ale dobrą matką i obowiązkową żoną. Inni świadkowie podawali, że nie była dobrą żoną, oszukiwała swojego męża, wydając skrycie ich wspólne pieniądze. Mówili o nadużywaniu alkoholu przez opiniowaną i jej związku z innym mężczyzną. Mimo tych rozbieżności wszyscy świadkowie byli zgodni co do tego, że oboje małżonkowie nie obnosili się publicznie ze swoimi problemami. Starali się, aby ich małżeństwo było spostrzegane jako poprawnie funkcjonujące. Zgodnie też twierdzili, że krytyczne cięższe oskarżonej nie były widoczne.

Opinie psychiatryczne wydane w sprawie

Oskarżona (wcześniej nigdy nie leczona i nie diagnozowana psychiatrycznie) w trakcie toczącego się postępowania sądowego była dwukrotnie opiniowana przez biegłych psychiatrów i psychologów, zanim została skierowana na kolejne, trzecie, kompleksowe badanie sądowo-psychiatryczne i sądowo-psychologiczne przeprowadzone przez autorów niniejszego artykułu.

Pierwsza opinia sądowo-psychiatryczna wydana w trybie ambulatoryjnym zawierała wniosek o poddanie oskarżonej obserwacji szpitalnej z uwagi na konieczność dokonania pogłębionej oceny relacji małżeńskich i w związku z niemożnością ustalenia ostatecznego rozpoznania w zakresie ewentualnych zaburzeń psychicznych.

Druga opinia sądowo-psychiatryczna (po obserwacji w szpitalu) wykazała, że biegli wykluczyli u opiniowanej chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe oraz organiczne uszkodzenie OUN. Rozpoznali zaburzenia osobowości z nieprawidłowo ukształtowaną sferą emocjonalną. Uznali, że oskarżona miała zachowaną zdolność rozumienia znaczenia dokonywanych czynów oraz pokierowania swoim postępowaniem.

Wcześniejsze oceny psychologiczne

Pierwsze badanie psychologiczne, zgodnie z postanowieniem sądu, odbyło się w warunkach ambulatoryjnych w listopadzie 2003 roku. Biegła psycholog stwierdziła, że oskarżona jest osobą o przeciętnej sprawności intelektualnej, nie ujawnia objawów organicznego uszkodzenia mózgu. Wskazała na rozbieżność między danymi uzyskanymi w wywiadzie z badaną a wynikami testów. Jednocześnie uznała przeprowadzoną diagnozę za wstępną i zasugerowała jej dalsze pogłębienie podczas obserwacji.

Drugie badanie psychologiczne, zgodnie z postanowieniem sądu, odbyło się w trakcie 3-tygodniowej obserwacji w kwietniu 2004 roku. Biegła psycholog potwierdziła u opiniowanej inteligencję przeciętną, podobnie nie znalazła wskaźników dysfunkcji organicznych. Uznała, że osobowość badanej jest zaburzona, z nieprawidłowo ukształtowaną sferą emocjonalną, uwarunkowaną głównie środowiskowo. Stwierdziła nadto u badanej skłonność do tłumienia i kumulowania emocji, brak stabilności emocjonalnej,

zubożenie życia uczuciowego, zaburzoną samoocenę. Przyczynę wadliwego funkcjonowania społecznego i uczuciowego upatrywała w traumatycznych przeżyciach oskarżonej w okresie dojrzewania.

Sąd nie uzyskawszy odpowiedzi na nurtujące go pytania postanowił dopuścić dowód z kolejnej opinii psychiatrów i psychologa. Wystosował do biegłych wiele szczegółowych pytań, które dotyczyły nie tylko oceny poczytalności tempore criminis i zdolności do udziału w postępowaniu, ale również profili osobowościowych oskarżonej i jej męża, przyczyn składania przez oskarżoną sprzecznych wewnętrznie wyjaśnień; oczekiwał również szczegółowej oceny relacji małżeńskich.

Trzecie badanie sądowo-psychiatryczne i sądowo-psychologiczne

Kolejne, trzecie badanie zostało przeprowadzone w trybie ambulatoryjnym w Klinice Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie w 2005 roku. Miało charakter kompleksowy i poszerzony, z równoczesnym uczestnictwem w badaniu psychiatrycznym psychologa, wykonaniem badania EEG i tomografii komputerowej mózgu; trwało kolejne cztery dni. Opinie dla sądu biegli przedkładali zarówno pisemnie jak i ustnie kilkakrotnie w 2005 i 2006 roku.

Dane z wywiadu i obserwacji

Kontakt z biegłymi badana nawiązała bez większych trudności. Była podporządkowana, ale nieco wycofana. Mówiła o sobie chętnie, podejmowała próby analizowania przyczyn swoich trudności. Jej reakcje emocjonalne towarzyszące wypowiedziom opiniom zdawały się adekwatne do przeżyć i zgodne z deklaracjami. Przez cały czas pozostawała w nastroju obniżonym, adekwatnym do sytuacji. Podczas poruszania niektórych tematów (zwłaszcza relacji z dziećmi) wzruszała się. Ujawniała znacznego stopnia poczucie krzywdy związane z odrzuceniem jej przez bliskich i z niesprawiedliwym ocenianiem przez dzieci stosunków panujących w rodzinie. Relacjonowała akty agresji ze strony męża, wypędzanie jej z domu, brak jakichkolwiek praw w małżeństwie. Mówiła o zależności męża od swojej rodziny pierwotnej (matki i rodzeństwa), a scedowaniu na nią odpowiedzialności za funkcjonowanie domu, o wykonywaniu wszystkich obowiązków z dużym nakładem sił i poświęceniem. Zaprzeczała, aby kiedykolwiek nadużywała alkoholu, twierdziła też, że to mąż pije od dawna ponad miarę. Wypowiadane sądy nosiły cechy pewnej niedojrzałości i zmniejszonego krytycyzmu, okazały się nadto dość sztywne oraz słabo podatne na korektę i racjonalny osąd.

Sylwetka psychologiczna badanej

Analizując linię życiową badanej, można stwierdzić, że rozwijała się prawidłowo. Uczyła się dobrze i nie sprawiała kłopotów wychowawczych. W okresie dojrzewania była bezpośrednim świadkiem tragicznej śmierci matki. Od tego czasu przejęła rolę dorosłej osoby, zajmowała się domem, opiekowała młodszym rodzeństwem (zastępowała braciom matkę), nie zaniedbując jednocześnie nauki. Po zdanej maturze podjęła

pracę zawodową, którą lubiła i dobrze się z niej wywiązywała. Już jako dorosła przeżyła kolejną tragiczną śmierć – jednego z braci. W młodym wieku wyszła za mąż (była już wtedy w ciąży). Małżeństwo początkowo układało się dobrze, jednak w krótkim czasie sytuacja zmieniła się, pojawiły się zachowania agresywne ze strony męża. Urządzał bez powodu awantury, ubliżał jej, poszturchiwał, wyrzucał z domu. Konflikty nasiliły się, kiedy zaczęli budować dom – zaczęło wtedy brakować pieniędzy. Mąż podejrzewał, że „przepuszcza” pieniądze, a ona „przecież musiała je brać” na utrzymanie domu, wydatki związane z edukacją dzieci. Mąż zawsze miał niechętny stosunek do jej rodziny, lekceważył jej bliskich, a oni starali się unikać z nim kontaktu. Był bardzo związany ze swoją macierzystą rodziną, często tam spędzał czas, nie licząc się z potrzebami żony. Domagał się od niej bycia „na każde zawołanie”, spełniania wszystkich jego życzeń. Starala się wywiązywać ze wszystkich obowiązków – pracowała, dbała o dom i dzieci. Coraz częściej jednak czuła do męża odrazę, zwłaszcza, kiedy zmuszał ją do fizycznego współżycia. Traktował ją przedmiotowo, współżył z nią wtedy, kiedy miał na to ochotę, zupełnie nie licząc się z jej samopoczuciem czy potrzebami. Uważał też, że regulacja poczęć należy do kobiety i ją obarczał odpowiedzialnością za wszystkie ciąży. Każdą ciążę, począwszy od trzeciej, przed nim ukrywała. Panicznie bała się awantur i agresji ze strony męża, znała jego opinię o pojawieniu się w ich życiu kolejnych dzieci. Mąż groził, mówiąc, że nie daruje jej, jeśli jeszcze raz zajdzie w ciążę. Symptomy kryzysu małżeńskiego, jakie zaczęły się zarysowywać po czterech latach małżeństwa i po urodzeniu trojga dzieci, wiązały się również z tym, że mąż zarzucał jej, że nie on jest ojcem czwartego dziecka. Sama zawsze chciała mieć dużo dzieci. Uważa, że była zawsze dobrą żoną i matką, dbała i o męża, i o dzieci. Na stosunek męża do czwartej ciąży zareagowała lękiem, którego szczególnie nie eksponowała, jednak utwierdziła się w przekonaniu, że nie powinna mieć więcej dzieci. Wiązało się to z samotnym i bez wsparcia ze strony męża przeżywaniem problemu antykoncepcji. Ze względów oszczędnościowych i braku czasu unikała wizyty u ginekologa. W sposób infantylny zakładała, że już w kolejną ciążę nie zajdzie. Sytuacja związana z poczuciem osamotnienia dotyczącym ich pożycia małżeńskiego wiązała się z narastającym przeświadczeniem, że w małżeństwie jest osobą niedocenianą i pokrzywdzoną. Doznawała tego w związku z brakiem wdzięczności ze strony męża za prowadzenie domu, zajmowanie się dziećmi, pomoc w prowadzeniu dwóch sklepów i w budowie domu. Miała poczucie krzywdy, że zarówno sklepy jak i budowany dom stanowią wyłączną własność męża. Opisywana przez nią historia małżeństwa ujawniała pojawiający się w związku zanik więzi emocjonalnej między małżonkami, coraz bardziej zauważalne oddalanie się od siebie, narastające poczucie obcości. Oskarżona boleśnie przeżywała fakt, że nie jest partnerką do rozmów z mężem, że zasadnicze swoje decyzje uzgadnia on nie z nią, tylko ze swoją rodziną macierzystą.

Analiza akt sprawy i przeprowadzone badanie pozwoliło biegłym na sformułowanie następujących wniosków: Sprawność intelektualna badanej mieści się w granicach normy, prawidłowo rozumie i zna zasady współżycia społecznego. Obserwuje się u niej obniżenie krytycyzmu, ograniczoną zdolność wnioskowania i przewidywania skutków swoich zachowań, sztywność i męczliwość procesów poznawczych, co związane jest z dużą podatnością na uleganie przeżywanym emocjom. Powoduje to, że badana

funkcjonuje w stworzonym przez siebie systemie wartości i poglądów, w którym racjonalna analiza rzeczywistości jest tak naprawdę jej subiektywną analizą emocjonalną. Sposób myślenia oskarżonej jest mało krytyczny, życzeniowy, stereotypowy i nie poddaje się korygującym wpływom otoczenia społecznego. Jej funkcjonowanie psychiczne jest charakterystyczne dla zaburzonej i niedojrzałej osobowości, w której podejmowane decyzje i działania zdominowane są przez wpływy emocjonalno-popędowe, racjonalizacja zaś jest schematyczna i uproszczona. Nasila się to szczególnie w sytuacjach trudnych, obciążonych stresem, na który badana ma wyraźnie obniżoną odporność. Oskarżoną charakteryzuje chłód emocjonalny, osłabiona zdolność empatii, koncentracja na sobie, egocentryzm, brak poczucia akceptacji, niedowartościowanie, stałe przeżywanie wysokiego poziomu lęku, a w sytuacjach napięcia emocjonalnego skłonność do zachowań nagłych i impulsywnych. Utrwalone mechanizmy obronne z dominującym poczuciem krzywdy, niewydolności psychicznej oraz lękiem przed przyszłością i poradzeniem sobie z własnymi trudnościami sprzyjają potęgowaniu się wewnętrznych napięć, pojawianiu objawów spadku aktywności, mogą wywoływać też nieadekwatne reakcje. Przeprowadzone badanie nie ujawniło myślenia o charakterze psychotycznym ani dysfunkcji neuropsychologicznych.

Biegli po kompleksowej ocenie stanu psychicznego oskarżonej zgodnie wykluczyli u niej chorobę psychiczną (psychozę) i upośledzenie umysłowe, rozpoznając zaburzenia osobowości o typie osobowości niedojrzałej z cechami psychopatii.

Relacje małżeńskie

Interesująca sąd „ocena relacji małżeńskich oskarżonych” była bardzo trudna z uwagi na rozbieżne informacje ze strony obojga małżonków. Każde z nich starało się widzieć przyczynę narastających konfliktów poza własną osobą i nie dostrzegało swego udziału w ich powstawaniu. Były jednak problemy, które potwierdzali oboje, i które także były sygnalizowane przez inne osoby. Na tej podstawie, a także biorąc pod uwagę wyniki przeprowadzonych badań, można sądzić, że małżeństwo to było związkiem patriarchalnym. Należy zauważyć, że oboje małżonkowie to osobowości dominujące – inne jednak były sposoby ich funkcjonowania i realizacji potrzeby dominacji. Władzę w małżeństwie miał mąż, który dysponował pieniędzmi i do niego należały wszystkie ważne decyzje, dotyczące przyszłości rodziny i jej funkcjonowania. Od żony domagał się jedynie wypełniania szeroko rozumianych obowiązków małżeńskich i zajmowania się bieżącymi, konkretnymi zadaniami. Ona starała się spełniać oczekiwania męża, unikać konfrontacji, nie myśleć o konsekwencjach podejmowanej aktywności. Stosowane przez nią mechanizmy obronne, takie jak wyparcie, tłumienie, zaprzeczanie, pozwalały jej usuwać tylko te przeszkody, które znajdowały się w pobliżu, i unikać zastanawiania się nad budzącymi lęk konsekwencjami swojego działania.

Poszukiwanie organicznego uszkodzenia mózgu

Diagnozowanie ewentualnych cech organicznego uszkodzenia mózgu zostało przeprowadzone w trakcie badania psychiatrycznego, psychologicznego oraz badań

pomocniczych, z wykorzystaniem EEG i TC (tomografia komputerowa mózgu). Jedynie w EEG stwierdzono nieprawidłowości lokalizacyjnie odpowiadające zmianom w obu płatach skroniowych z przewagą po stronie lewej. Jak wiadomo, anomalie płatów skroniowych mogą, ale nie muszą, być związane z upośledzeniem sfery emocjonalnej i popędowej. Stwierdzona patologia w zapisie EEG we wszystkich opiniach biegłych nie budziła wątpliwości – niewątpliwie wskazywała na organiczne uszkodzenie mózgu oskarżonej. Wynik ten jednak nie korespondował nie tyle z innymi diagnozami zmian organicznych OUN, postawionymi na podstawie badania psychologicznego czy TC, ile z kliniczną oceną obrazu psychopatologicznego w badaniu psychiatrycznym. Badanie psychiatryczne nie ujawniło zmian o charakterze organicznego uszkodzenia OUN. Biegli nie stwierdzili zaburzenia funkcji poznawczych, takich jak pamięć, orientacja, koncentracja czy zdolność skupienia uwagi. Nie stwierdzili również charakterystycznych dla zmian organicznych OUN zaburzeń emocjonalnych o typie labilności, lepkości, czy szybkiej zmienności nastroju. Już w tym miejscu pragniemy zaznaczyć, że ocena poczytalności oskarżonej zawarta jest w jasno sprecyzowanych kryteriach medycznych i psychologicznych, a nie w wyniku badania pomocniczego (np. EEG). Choć biegli brali pod uwagę, że ujawniana dysfunkcjonalność emocjonalna oskarżonej może mieć swoje źródło w dyskretnych zmianach organicznych uwidocznionych w płatach skroniowych w zapisie EEG, trudno było im na współczesnym etapie rozwoju wiedzy psychiatrycznej potwierdzić to jednoznacznie.

Modus operandi i próba interpretacji

Jak wynikało z badania, wybór łazienki na miejsce porodu był dokonany w sposób przemyślany. Tam oskarżona miała zagwarantowane bezpieczeństwo, spokój, poczucie odizolowania się od innych. Sam przebieg porodu nie wpływał na nią w sposób ograniczający zdolności percepcyjne. Zarówno pierwszy poród, zakończony zabiciem noworodka, jak i kolejne miały podobny przebieg. Rodząca nadśluchiwała, co się dzieje w mieszkaniu, potrafiła dokładnie i szczegółowo odtworzyć wydarzenia. Dążyła do tego, aby nie tylko przebieg porodu, ale całego dnia nie budził u rodziny żadnych podejrzeń. Porody odbywane w łazience, w wannie, niemal w identyczny sposób, były kolejnymi, jak to badana określała, „łatwymi” porodami – nie towarzyszył im szczególny ból, nie dochodziło do pęknięcia narządów rodnych i krocza. Występujące napięcie emocjonalne bardziej dotyczyło nie samego przebiegu porodu, a tego, by nie została w tej sytuacji zdemaskowana przez domowników. Jak tylko mogła najszybciej, po każdym porodzie sprzątała i na następny dzień podejmowała normalne czynności domowe, skarżąc się jedynie na osłabienie, złe samopoczucie i chorobę nie związaną z porodem. Oskarżona konsekwentnie utrzymuje, że odbyła tylko trzy domowe porody i że nie zachodziła już w ciążę po 1995 roku. Mimo że znaleziono pięć zwłok noworodków i że nie budzi wątpliwości, że to ona jest ich matką, nie potrafi racjonalnie wyjaśnić tej sprzeczności. Jej opowieści o tajemniczym samochodzie, którym ktoś miałby przyjechać, by podrzucić jej zwłoki noworodków, wypowiedziane są w formie przypuszczenia, sugestii, bez szczególnego uporu i zdecydowania. Niezależnie od przyjęcia bądź odrzucenia tezy o stosowaniu świadomego i naiwnego, w stosunku

do poziomu intelektualnego oskarżonej, mechanizmu zaprzeczania, można sądzić, że uruchamiane psychologiczne mechanizmy obronne po dokonanych czynach opierają się na nie całkowicie zracjonalizowanych i świadomych mechanizmach zaprzeczania, wyparcia i przerzucania odpowiedzialności. Nie ulega wątpliwości, że oskarżona zarówno w samej sytuacji ukrywanych porodów, jak i świadomości swojej winy za zabicie dzieci podlegała szczególnemu psychicznemu obciążeniu o charakterze przewlekłej reakcji na stres. Można przyjąć, że sytuacja takiego skrajnego obciążenia psychicznego, utrzymującego się długotrwanie napięcia, przyczyniła się do wywołania zaburzeń dysocjacyjnych świadomości. Zaburzenia te mogą przybierać obraz zaburzeń pamięci charakterystyczny dla amnezji dysocjacyjnej. Do powstania tego zaburzenia może również przyczyniać się lęk przed konsekwencjami czynów, przed nieuchronnością kary, przed społecznym odrzuceniem i potępieniem. Tego rodzaju swoiste mechanizmy „usprawiedliwiające” działanie mogą mieć charakter związany z oczekiwaniem wsparcia, współczucia czy łagodniejszego wymiaru kary. Aczkolwiek te rozważania mają charakter przypuszczeń, dają próbę wyjaśnienia, niedostępnych znanymi metodami badań, mechanizmów leżących u podstaw zachowania się oskarżonej i jej późniejszych relacji.

Badana przyznała się do popełnienia zarzucanych jej czynów. Obstawała jednak, że urodziła i pozbawiła życia tylko troje dzieci. Różnie też mówiła o przyczynianiu się męża do ich zabijania. Wydaje się, że tego typu zachowanie podyktowane było postawą obronną – zmierzającą do pomniejszenia swojej winy i usprawiedliwienia swojego postępowania – dodatkowo wzmocnianą przez charakterystyczne, jak już wspomniano, dla funkcjonowania badanej mechanizmy wyparcia i zaprzeczania. Zdaniem biegłych – autorów pracy motywacja pierwszego z zarzucanych opiniowanej czynów była konsekwentnie związana z poczuciem zagrożenia ze strony męża. Była spójna z jej osobowością i utrwalonym sposobem funkcjonowania (usuwać tylko te przeszkody, które znajdują się w polu widzenia, a nie zastanawiać się nad budzącymi lęk konsekwencjami takiego działania). Kolejne czyny miały charakter splotu lawinowo narastających elementów i ich podjęcie zdawało się łatwiejsze. Badana wszystkie porody odbyła w domowej łazience, przygotowywała się do nich, jej sposób działania był za każdym razem taki sam. Podała, że słyszała podczas jednego z nich dzwonek telefonu, obawiała się, że jeśli ktoś z domowników będzie chciał skorzystać w tym czasie z toalety, może zainteresować się jej przedłużającym się pobytom w łazience. Pozwala to sądzić, że jej funkcje poznawcze nie były zaburzone, zachowała świadomość swojego działania, nie zastanawiała się natomiast nad jego skutkami.

Dalsze postępowanie oskarżonej z martwymi noworodkami wydaje się mało racjonalne i motywowane jest emocjonalnie. Każdorazowo, po krytycznych porodach, umieszczała zwłoki dzieci w dużej zamrażarce stojącej w kuchni. Zawiniątka ze zwłokami przykrywane były okresowo mrożonkami warzyw używanych do bieżącej konsumpcji. Gdy rodzina przeprowadziła się do nowego domu w innej miejscowości, przewieziona tam też została zamrażarka zawierająca zwłoki. Ponieważ nie była ona już użytkowana do przechowywania warzyw, oskarżona przeniosła z niej zawiniątka ze zwłokami dzieci do beczki po kapuście, która stała w piwnicy. Po pewnym czasie, przy okazji opróżniania beczki (pod nieobecność oskarżonej w domu), zwłoki noworodków

zostały odkryte przez ich żyjące rodzeństwo. Przechowywanie przez oskarżoną zwłok noworodków w mieszkaniu i przemieszczanie się z nimi do nowego domu stanowiło dla niej „pewną oczywistość”, wielokrotnie bowiem przyznawała, że mogłaby się „pozbyć dzieci” w inny, „mądrzejszy” sposób, gdyby nie fakt, że była z nimi szczególnie związana uczuciowo („bo to moje dzieci”). Na taką postawę oskarżonej nie wpływało realne poczucie zagrożenia zdemaskowaniem i łatwych do wyobrażenia konsekwencji. Utrzymywanie przez nią przez kilka lat tego typu stanu wskazywało zdaniem biegłych na zdecydowaną przewagę mechanizmów emocjonalnych nad racjonalnymi (rozumowymi) w kierowaniu swoim postępowaniem, niezależnie od tego, jak bardzo te emocje były dezorganizujące. Biegli przyjęli, że ten niekorzystny wpływ emocji na racjonalne postępowanie mieścił się w granicach nieprawidłowej osobowości.

Komentarz i podsumowanie

Kwalifikacja zabójstwa noworodka jako zbrodni dzieciobójstwa (podobnie jak innych zabójstw uprzywilejowanych) leży niewątpliwie w gestii wymiaru sprawiedliwości. Z drugiej strony – niezależnie od tego, czy mamy do czynienia z potraktowaniem zbrodni w sposób uprzywilejowany jako dzieciobójstwa czy też zabójstwa własnych dzieci po wykluczeniu psychozy i upośledzenia umysłowego – każdorazowo jest to niezwykle skomplikowana orzecznicza sprawa, w której trudno znaleźć twarde kryteria kwalifikujące do zastosowania art. 31 § 1 (niepoczytalność) lub § 2 kk (poczytalność znacznie ograniczona). Panuje pogląd, że przyjęcie niepoczytalności lub jej ograniczenie zarówno u dzieciobójczyni jak i zabójczyni własnych dzieci powinno się opierać „na ogólnych zasadach ekspertyzy psychiatrycznej i zależy od rodzaju i nasilenia stwierdzonych zaburzeń psychicznych oraz osobowości sprawczyń” [9]. W konkluzji przedstawionego opisu przypadku biegli psychiatrzy stwierdzili, że w czasie popełniania zarzucanych czynów zabójstwa swoich pięciorga nowo narodzonych dzieci oskarżona miała zachowaną zdolność rozpoznawania ich znaczenia, natomiast zdolność pokierowania swoim postępowaniem, z powodu nieprawidłowej osobowości o typie infantylnym z rysami psychopatycznymi i zaburzeniami emocjonalnymi, była u niej ograniczona, jednak nie w stopniu znacznym, nie wyczerpującym kryteriów zawartych w art. 31 § 2 polskiego kodeksu karnego [8]. Biegli nie wykluczyli organicznego podłoża zaburzeń emocjonalnych, co potwierdził izolowany patologiczny zapis EEG zlokalizowany w obu skroniach z przewagą po stronie lewej. Uznali jednak, że zmiany te nie miały istotnego wpływu na poczytalność. Oceniając stan psychiczny w czasie popełniania czynów, biegli psychiatrzy i psycholodzy stwierdzili, że przeżycia towarzyszące wszystkim zakończonym tragicznie porodom nie były tak silne, by wpływały znosząco lub w stopniu znacznym ograniczająco na zdolność rozumienia sytuacji i samokontrolę. Nie stwierdzili też tak silnego przeżycia porodu, które można by interpretować jako szok poporodowy. Biegli w uzasadnieniu swoich wniosków uznali, że ograniczenie zdolności pokierowania swoim postępowaniem we wszystkich zarzucanych oskarżonej czynach zbliżało się do stanu znacznego ograniczenia tej dyspozycji psychicznej, jednak go nie osiągało. Oceniając aktualny, w trakcie badania, stan psychiczny oskarżonej przyjęto, że mieści się on w obrębie

słabo nasilonej reakcji depresyjnej sytuacyjnej (adaptacyjnej), co nie wpływa ograniczająco na zdolność do uczestniczenia w procesie. Biegli przyjęli, że nieprzyznawanie się oskarżonej do urodzenia dwojga z zabitych dzieci można traktować jako formę postawy obronnej, mającej na celu zmniejszenie poczucia winy. U podłoża takiej postawy obronnej leżą opisane w opinii psychologicznej mechanizmy wyparcia i zaprzeczania. Sprzeczne wyjaśnienia oskarżonej co do roli męża w zarzucanych jej czynach wynikają ze zdecydowanie złych relacji z nim, z przeżywania głębokiego poczucia krzywdy i odrzucenia, oraz dążenia do usprawiedliwienia swego postępowania. W podsumowaniu szczegółowo opisanych relacji między oskarżoną a jej – też oskarżonym – mężem biegli stwierdzili, że ich małżeństwo było związkiem patriarchalnym, w którym wszystkie ważne decyzje dotyczące spraw inwestycyjnych i finansowych podejmował mąż. Oboje małżonkowie mają cechy osobowości dominujących, co było powodem konfliktów w związku. Biegłym trudno było określić, by dominacja, jako cecha którejś strony, bezpośrednio wpływała na zachowanie się oskarżonych tempore criminis. Dominowanie męża w sprawach finansowo-inwestycyjnych nie przekładało się na dominowanie w zakresie określania planu rozwojowo-prokreacyjnego rodziny. Biegli jednak stwierdzili, że mąż przyjmował w stosunku do ewentualnych ciąż żony będących skutkiem kontynuowanego współżycia seksualnego postawę odrzucania i wypierania problemu, jak w przysłowiowej zasadzie „jak czegoś nie widzę, bo nie chcę widzieć, to tego nie ma”. Można rozpatrywać ewentualność wywieranej presji psychicznej męża na oskarżoną jako niewyartykułowany nacisk, typu „to twój problem, ja nic nie wiem”, niż jako bezpośrednią zachętę i przyzwolenie na zachowania sprzeczne z prawem.

Powyższy przypadek pięciokrotnego zabójstwa był przez sąd rozpatrywany, mimo pięciu punktów oskarżenia łącznie, jako czyn ciągły. Teoretycznie jednak, aby zilustrować zjawisko odróżnienia dzieciobójstwa od zabójstwa, należałoby zauważyć, że subiektywnie, w ocenie oskarżonej, pierwszy czyn miał inny charakter niż pozostałe i mógł bardziej niż kolejne częściowo wyczerpywać psychologiczne przesłanki dzieciobójstwa (tego czynu nie pamiętała dobrze, była bardziej przerażona, choć motywacja pozbycia się dziecka po urodzeniu istniała wcześniej, przed rozpoczęciem się akcji porodowej). Następne zabójstwa, jak już wspomniano, potoczyły się lawinowo, wyglądały podobnie, były dobrze zaplanowane i przygotowane. Kolejne pozbawianie życia własnych dzieci w sposób niemal charakterystyczny dla seryjnych zabójców prowokuje do poszukiwania mechanizmów odpowiadających za kształtowanie się aż tak skrajnej agresji. Można szukać tu analogii do zaburzenia kontroli impulsów (uwarunkowanych nieprawidłowościami osobowości) odpowiadających za inicjowanie skrajnych zachowań, które nie mogą być zahamowane, nawet jeśli ich skutki są niepożądane lub nieprzyjemne [15]. W kształtowaniu się patologicznej impulsywności, agresji i nienawiści muszą brać też udział szczególne neurochemiczne sygnały neuronalne, o których dzisiaj jeszcze zbyt mało wiemy [15].

Doświadczeni biegli psychiatrzy [16], opierając się na wiedzy zaczerpniętej z wieloletniej praktyki opiniodawczej, uważają, że do dzieciobójstwa częściej dochodzi wtedy, gdy na matkę oddziałuje wiele niekorzystnych czynników, które pojawiają się na kilka miesięcy przed porodem. Niewątpliwie istotną rolę odgrywają cechy osobowości

matki oraz jej warunki społeczne: dziecko pozamałżeńskie, trudna sytuacja życiowa i materialna, brak wsparcia i pomocy. Nie można nie wziąć pod uwagę warunków samego porodu, jego charakteru i przebiegu, czasu trwania oraz skutków (zmęczenie fizyczne i psychiczne, osłabienie). Uważa się, że psychologiczna sytuacja porodu przerasta niejednokrotnie możliwości adaptacyjne niektórych kobiet, które prawidłowo funkcjonują w znanych, nieskomplikowanych warunkach. Złożoność opisywanych powyżej czynników może przyczyniać się do wystąpienia szoku okołoporodowego u matki. W przedstawionym przypadku trudno było mówić o tzw. szoku poporodowym, a sąd i opinia publiczna – w równym stopniu co analizowaniem motywów, jakimi kierowała się matka dokonując zabójstwa dzieci, i okolicznościami porodów – zajmowali się problemem zawinienia męża oskarżonej i ojca zabitych noworodków: „jak to możliwe, by nie wiedział o ciążach żony”. Niewątpliwie w tym kontekście rośnie rola biegłych psychologów i psychiatrów, którzy są najbardziej kompetentni w badaniu stanu psychicznego, sytuacji psychologicznej i motywacji sprawczyń zabójstw, a w szczególności ustalania, czy mamy do czynienia z sytuacją szoku poporodowego. Nie polemizując ze zdaniem sądu biegli uważają, że każde z poszczególnych następujących po sobie zabójstw dzieci dokonywanych przez matkę należy rozpatrywać oddzielnie. Choć w opisywanym przypadku zabójstwo pierwszego dziecka różniło się od kolejnych czterech zabójstw, to jednak w każdym z nich wykluczono, że zostało ono dokonane w stanie szoku poporodowego. Dla sądu było to wystarczające, by nie zastosować kwalifikacji zbrodni uprzywilejowanej – dzieciobójstwa, mimo że opinia publiczna każdą matkę, która zabija własne dziecko, określa potocznie jako dzieciobójczynię, i oskarżać łącznie o dokonanie pięciokrotnego zabójstwa.

Sąd prawomocnym wyrokiem uznał sprawczynię zabójstw swoich pięciorga dzieci za winną i skazał na karę 25 lat pozbawienia wolności. Męża zabójczyni za podżeganie do pierwszej zbrodni skazał na karę 8 lat pozbawienia wolności, stwierdzając równocześnie, że „również on jest odpowiedzialny za śmierć pozostałych dzieci, bo zbrodnie te też obciążają jego sumienie”.

Wnioski

Wobec istniejących kryteriów różnicujących zabójstwo własnego dziecka i dzieciobójstwo nie budzi wątpliwości, że termin „dzieciobójstwo” jest konstruktem prawnym o swoistych cechach. Obejmuje on osobę matki, przebieg zdarzenia w okresie porodu (tym samym ograniczony jest wiek zabijanego dziecka do okresu noworodkowego), uwzględnia kontekst porodu i jego wpływ na stan psychiczny matki oraz jej dotychczasowe funkcjonowanie intelektualne, emocjonalne i społeczne. Tam, gdzie motywacje zabicia własnych dzieci kształtują się jeszcze przed porodem i nie mają charakteru psychotycznego lub prymitywnego, wynikającego z upośledzenia umysłowego, nie można zastosować kwalifikacji uprzywilejowania zbrodni, definiowanego terminem „dzieciobójstwa”. Niezależnie od wszelkich okoliczności, poród może wpływać na stan poczytalności, lecz gdy brak jest wystarczających kryteriów medycznych, nie można przyjmować jej zniesienia (niepoczytalności) lub znacznego jej ograniczenia. Trzeba równocześnie uwzględnić, że nieznaczone ograniczenie poczytalności (bez obli-

gatoryjnych konsekwencji prawnych) u matek zabijających po porodzie własne dzieci wskazuje na konieczność podejmowania wysiłków nad ich edukacją, resocjalizacją, rehabilitacją i reintegracją społeczną.

**Детоубийца или убийство? – изучение наблюдения 5-кратного убийства
собственных детей – изыскание психопатологии**

Содержание

Задание. На основании психопатологического описания преступницы убийства пятерых своих детей, а также на основании литературных данных, доказано, что возникают трудности, которые встречают эксперты и суд над дифференцировкой между детоубийством и убийством собственного ребенка.

Наблюдение. Представлен необыкновенно редкий случай женщины, которая в течение нескольких лет убила пятеро своих детей непосредственно после их рождения.

Комментарий. Очень трудно объяснить является ли какбы рациональная для преступницы мотивировка убийства собственного ребенка сразу же после его рождения может быть доказательством особенного психического состояния, которое может быть следствием родов, или же запланированным, с холодной калькуляцией, убийством. Убийство ребенка матерью является не только несогласностью с натурой, что какбы можно легко найти у матери черт психоза, или патологического состояния. Если этого невозможно доказать, у экспертов остается мнение о недостаточных диагностических методов и необъяснимости поведения человека.

Ключевые слова: детоубийство, убийство, привилегированное убийство, судебная психиатрия

**Kindesmord oder Tötung – Fallstudium einer 5-fachen Tötung von eigenen Kindern
– Suche nach Psychopathologie**

Zusammenfassung

Ziel. Aufgrund der psychopathologischen Beschreibung der Täterin des Mordes an fünf eigenen Kindern und in der Anlehnung auf die Literatur wurden die Probleme nachgewiesen, die vor den Sachverständigen und vom Gericht stehen, wenn es um die Unterscheidung zwischen dem Kindesmord oder Tötung des eigenen Kindes geht.

Fall. Es wurde ein sehr seltener Fall einer Frau beschrieben, die im Zeitraum von einigen Jahren fünf von eigenen Kindern direkt nach ihrer Geburt getötet hat.

Kommentar. Es ist sehr schwer zu entscheiden, ob die scheinbar rationelle für die Täterin Motivation für die Tötung des eigenen Kindes direkt nach seiner Geburt, ein Beweis für einen besonderen psychopathologischen Zustand sein kann, der die Folge der Geburt ist, oder ob es eine kühl geplante Tötung ist. Die Tötung eines Kindes durch die Mutter ist um so naturwidrig, dass man bei ihr die Merkmale einer Psychose oder Ausnahmezustandes suchen kann. Wenn man es nicht beweisen kann, bleibt bei den Gutachtern die Überzeugung von der Unvollkommenheit sowohl der diagnostischen Methoden als auch der Unerklärlichkeit des menschlichen Verhaltens.

Schlüsselwörter: Kindesmord, privilegierte Tötung, forensische Psychologie, forensische Psychiatrie

**L'infanticide ou le meurtre ? – description un cas d'infanticide de cinq enfants
– à la recherche de la psychopathologie**

Résumé

Objectif. En basant sur la littérature en question et sur la description d'un cas particulier d'infanticide de 5 enfants on essaie d'analyser les difficultés de distinguer les notions d'infanticide et du meurtre de propre enfant. Ces difficultés trouvent les experts et les juges.

Cas. On présente le cas très rare – une femme tue ses 5 nouveau-nés au cours de quelques années.

Commentaire. Il est très difficile de constater que la décision quasi rationnelle de cette femme de tuer ses enfants peut être la preuve d'un état psychopathologique spécifique résultant de l'accouchement ou que cet acte est un meurtre prémédité de sang-froid. L'acte de tuer l'enfant par sa mère est contraire à la nature donc il est facile de trouver que cet acte est exceptionnel ou psychopathologique. Si l'on ne peut pas le prouver il reste aux experts de croire que les méthodes diagnostiques sont imparfaites ou la nature humaine inexplicable et incompréhensible.

Mots clés : infanticide, meurtre privilégié, psychologie légale, psychiatrie légale

Piśmiennictwo

1. Ghiglieri MP. *Ciemna strona człowieka*. Warszawa: Wyd. CiS Wyd. WAB; 2001, s. 214–222.
2. Oberman M. *A brief history of infanticide and the law*. W: Spinelli MG, red. *Infanticide: psychosocial and legal perspectives on mothers who kill*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2003, s. 3–18.
3. Gałęska-Słiwka A. *Dzieciobójstwo. Analiza karno-medyczna*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika; 2011, s. 21–41.
4. Sygit B. *Zbrodnia jako kategoria przestępstwa. Studium prawno-karne i polityczno-kryminalne*. Toruń: Dom Wydawniczy Tonik; 2005, s. 502.
5. Księżopolska-Breś A. *Odpowiedzialność karna za dzieciobójstwo w prawie polskim*. Oficyna a Wolters Kluwers Business, Warszawa, 2010.
6. MacFarlane J. *Criminal defenses in the cases of infanticide and neonaticide*. W: Spinelli MG, red. *Infanticide: psychosocial and legal perspectives on mothers who kill*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2003, s. 133–166.
7. Friedman SH, Horwitz SM, Resnick PJ. *Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda*. *Am. J. Psychiatry* 2005; 162: 1578–1587.
8. *Kodeks karny*. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Park Spółka z o.o.; 2004, s. 73.
9. Tarnawski M. *Zabójstwa uprzywilejowane a problematyka poczytalności*. *Psychiatr. Pol.* 1995; XXIV, 1: 25–32.
10. Pomarańska M. *Zbrodnie z bezradności*. Niebieska Linia 2004; 2.
11. Kołowski J, Nowak KM. *Dzieciobójstwo w świetle wyników sekcji zwłok i danych akt sądowych z lat 1990–2000 (wybrane zagadnienia)*. *Arch. Med. Sąd. Kryminol.* 2005; LV: 125–129.
12. Kołowski J. *Ocena okoliczności i „wpływu porodu” w przypadkach dzieciobójstwa*. *Arch. Med. Sąd. Kryminol.* 1994; XLIV: 415–418.
13. Marzec-Holka K. *Dzieciobójstwo przestępstwo uprzywilejowane czy zbrodnia*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego; 2004.
14. Juszcak D. *Dzieciobójstwo – trudności orzecznicze na podstawie opisu przypadku*. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2008; 17 (2): 175–177.
15. Vetulani J. *Neurochemia impulsywności i agresji*. *Psychiatr. Pol.* 2013, XLVII, 1: 103–115.
16. Hajdukiewicz D. *Opinia dotycząca projektu ustawy o zmianie ustawy kodeks karny (druk nr 417) – szok okoloporodowy*. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1999; 8: 307–315.

Adres: Janusz Heitzman
Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 15.12.2012
Zrecenzowano: 19.04.2013
Otrzymano po poprawie: 9.05.2013
Przyjęto do druku: 15.05.2013
Adiustacja: L. Sz.