

INSTYTUT PRAWA I EKONOMII UKW
KRYMINOLOGIA II ROK STACJONARNE
2021/2022

Patrycja Cieślak, Maria Krutul

**Pomoc psychologiczna i psychiatryczna kobiet w ciąży i w okresie połogu -
analiza aspektu dzieciobójstwa**

KOŁO NAUKOWE KRYMINOLOGII IPiE UKW

Opiekun: dr Jarosław Janikowski

Ciąża, potocznie nazywana przez ludzi „stanem błogosławionym”, w rzeczywistości nie jest tylko i wyłącznie czasem pełnym radości, miłości i oczekiwaniem na nowego członka rodziny. Istnieje wiele powodów dla których ciąża jest jednym z najtrudniej przeżytych okresów w życiu. O wyzwaniach z jakimi wiąże się ciąża oraz czas połogu, zazwyczaj się nie mówi. Społeczeństwo na ogół nie uznaje problemów psychicznych jako prawdziwe zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiet w ciąży. Realnym wsparciem dla kobiet jest lekarz, psycholog, psychiatra, itd. Każda kobieta ma inne doświadczenia, inną kondycję psycho-fizyczną, inny sposób radzenia sobie z emocjami. J. Hanley uważa, że w ostatnim czasie zmienia się tendencja do zajmowania się przez badaczy jedynie somatycznymi aspektami towarzyszącymi przebiegowi ciąży, porodu i połogu. Zaczynają oni rozpatrywać również skupiać swoją uwagę na sferze emocjonalnej kobiet, jak również wskazują na związek psychiki z pomyślnym przebiegiem tych procesów.

W roku akademickim 2021/2022 członkinie Koła Naukowego Kryminologii, pani Maria Krutul, pani Patrycja Cieślak i pani Natalia Cewe przeprowadziły badanie ankietowe dotyczące pomocy psychologicznej i psychiatrycznej dla kobiet w okresie ciąży i połogu. Ankieta była w pełni anonimowa, pytania zostały podzielone na pięć sekcji, większością były odpowiedzi jednokrotnego wyboru. Zebrane dane zostały poddane analizie, a na ich podstawie powstał niniejszy artykuł. Przy sporządzaniu ankiety i opracowywaniu pochodzących z niej danych udział brała licencjonowana położna Magister Julia Ignaczak. Udało nam się uzyskać 100 odpowiedzi od kobiet z różnych środowisk i grup wiekowych. Pierwszym wydedukowanym wnioskiem jest, że 85% kobiet nie było poinformowanych o możliwości skorzystania z opieki psychologicznej bądź psychiatrycznej. Wynik ankiety przedstawia niski poziom świadomości społeczeństwa na temat zdrowia psychicznego i ewentualnych opcji skorzystania z takiej pomocy, zwłaszcza, jeśli stoi się w obliczu nowej sytuacji, jaką w tym przypadku jest ciąża i macierzyństwo. Wśród respondentek aż 63% ankietowanych nie miało możliwości zdecydowania się na dodatkowe znieczulenie podczas porodu, a jedynie 54% miało możliwość skorzystania z dodatkowych leków przeciwbólowych. W społeczeństwie panuje powszechne przekonanie, że nie ma większego bólu, niż ból porodowy, a już sama myśl o wydaniu na świat potomka, a w szczególności siłami natury, napawa wiele kobiet przerażeniem i paraliżującym stresem. Może on mieć odzwierciedlenie w kondycji psychicznej kobiety. Możliwość skorzystania z dodatkowej pomocy farmakologicznej byłoby dobrym rozwiązaniem dla kobiet, które obawiają się ewentualnego bólu związanego z porodem. 70% ankietowanych doświadczyło "dobrych rad" kwestionujących ich opiekę nad dzieckiem. Narodziny dziecka to bez wątpienia początek niezwyklej przygody, pełnej jednak wielu wyzwań. Analizując sytuację przyjścia na świat pierwszego potomka, pierwszą istotną i najbardziej widoczną zmianą jest przestawienie stylu życia, w którym do tej pory obecne były dwie osoby, a od tego momentu czas należy dzielić pomiędzy troje domowników. Nie można również pominąć faktu, iż mimo upływu czasu, nadal obecność matki jest uważana za bardziej istotną przy opiece nad noworodkiem. Sankcjonuje to chociażby powszechnie obowiązujące prawo do urlopu macierzyńskiego, w czasie gdy mężczyzna może wykorzystać jedynie 14 dni urlopu ojcowskiego, a urlop tzw. „tacierzyński” przysługuje jeśli matka nie wykorzysta całego przysługującego jej wymiaru. W

konsekwencji tego to kobiety częściej zmuszone są do, chociażby czasowej, rezygnacji z życia zawodowego i przejęciem obowiązków domowych. 49% ankietowanych odpowiedziało, że nie miało możliwości spać więcej niż 6 godzin dziennie, a 44% deklaruje, iż nie miały czasu na zadbanie o siebie (np. prysznic, obejrzenie filmu, przeczytanie książki). Na pytanie "czy odciążał ktoś Panią w obowiązkach domowych?" 30% respondentek odpowiedziało przecząco. Położna środowiskowa mgr Julia Ignaczak twierdzi, że zgodnie z obowiązującym Standardem Opieki Okołoporodowej¹ osoba prowadząca ciążę - ma obowiązek ocenić u każdej pacjentki ryzyko nasilenia depresji. Badanie polegające na wypełnieniu przez pacjentkę ankiety wykonuje się 2 razy w ciąży i raz w czasie porodu. Badanie to pomimo swoich wielu korzyści, m.in.: szybka reakcja na pogarszające się objawy czy możliwość natychmiastowego rozpoczęcia terapii, nie daje jednak możliwości skierowania kobiety do specjalisty. Kobiety w ciąży i po porodzie borykające się z depresją, często nie mogą liczyć na szybkie podjęcie leczenia w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Niestety dopiero od niedawna zdrowiu psychicznemu kobiet, które zostają matkami, zaczęto poświęcać należytą uwagę. „Pierwszym psychiatrą, który zwrócił uwagę na „atypową” depresję po urodzeniu dziecka był Brice Pitt (1968). Uważał ją za częste i istotne powikłanie porodu, wymagające głębszego poznania”². W pierwszych dniach, a nawet tygodniach życia dziecka, matka zazwyczaj oddaje się mu w zasadzie bezgranicznie. Zaczyna przebywać w swoistej izolacji, która może powodować częste zmiany nastroju- od euforii związanej z czasem „sam na sam” ze swoim potomkiem, aż do smutku i rozczarowania wynikającego np. z tęsknotą za „starym” życiem, a także strachu i lęku, że nie jest wystarczająco dobra, nie ma odpowiedniej wiedzy i nie poradzi sobie jako matka. Ponad 1/3 ankietowanych potwierdziła, że brakowało im życia „przed ciążą”, natomiast prawie połowa doświadczyła pojawiających się myśli, że jest złą matką. J. Hanley w książce „zaburzenia psychiczne w ciąży i porodu” mówi: „Wydaje się, że ten błędny pogląd na temat świetnego samopoczucia i pozytywnego stanu zdrowia kobiety z tytułu ciąży dzielą szerokie kręgi społeczeństwa. W opisie wyglądu matek używa się takich zwrotów jak „kwitnący”, „piękna cera”, „lśniące włosy”. Postawa matki dziecka ma wyrażać wyłącznie pokój i radość. W świetle tych poglądów warto przytoczyć wyniki badań Evans i wsp. (2001), z których wynika, że objawy depresji po porodzie nie są ani częstsze, ani cięższe niż w okresie ciąży. Według wspomnianych autorów na depresję w okresie ciąży zapada 15-20% matek, a zatem nawet więcej niż po porodzie. Kiedyś na podstawie badań depresji przedporodowej i poporodowej uważano, że na depresję w okresie ciąży zapada 10% kobiet (Cox i Holden, 1994), jednakże najnowsze badania wskazują, że dotyka ona ponad 25% ciężarnych (Bolton i wsp. 1998).”³ Zarówno w trakcie depresji przedporodowej, jak i poporodowej występują związane z nią inne zaburzenia m.in.: fobia porodu (tokofobia), zaburzenia odżywiania (jadłowstręt/ obżarstwo psychiczne), stres i lęk, zaburzenia dwubiegunowe. Warto przyjrzeć się bliżej zjawisku depresji ciąży. Jest to zaburzenie depresyjne, którego początek przypada na okres ciąży i często może poprzedzać depresję poporodową. Niezrozumiane i pozostawione same sobie matki mogą się zdecydować na najbardziej radykalny krok - dzieciobójstwo. Nie jest jednak możliwe wskazanie całkowicie homogenicznej grupy kobiet, które dopuszczają się takich czynów jak dzieciobójstwo. Z jednej strony można wskazać dzieciobójczynie wywodzące się ze środowisk określanych powszechnie patologią, jak również pochodzące z "dobrych", bogatych domów. Są to zarówno nastolatki jak i starsze kobiety, a także pozostające w stałych związkach, mające pełne rodziny, jak i będące zupełnie same na świecie. Nie da się także postawić znaku równości pomiędzy słowami depresja poporodowa a dzieciobójstwo. Kobieta cierpiąca na to zaburzenie może być go świadoma, podejmować działania zmierzające do wyleczenia, a tym samym dzieciobójczynie wcale nie musi na nie cierpieć. Gdyby jednak trzeba było wskazać wspólny mianownik łączący je wszystkie, byłoby to pojęcie niezrozumienia. Zarówno tego ze strony rodziny czy społeczeństwa, ale także nie zrozumienie samej siebie i procesów, które zachodzą w tym momencie życia.

¹ Źródło standardów opieki okołoporodowej: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/standardy-opieki-okoloporodowej>

² J. Hanley, Elsevier Urban & Partner "Zaburzenia psychiczne w ciąży i porodu", Wrocław 2009, s. 11

³ J. Hanley, Elsevier Urban & Partner "Zaburzenia psychiczne w ciąży i porodu", Wrocław 2009, s. 11

Analizując czyny zabójstwa (art. 148 KK) i dzieciobójstwa (art. 149 KK), które zostały indywidualnie określone w polskim Kodeksie karnym⁴, warto zwrócić uwagę na pewne różnice - ich obecność definiuje owe czyny jako dwa różne przestępstwa z rozdziału XIX, który traktuje o przestępstwach przeciwko życiu i zdrowiu. Pierwszą zasadniczą różnicą jest skonkretyzowanie przez ustawodawcę podmiotu, który dokonuje przestępstwa dzieciobójstwa - jest nim matka dziecka. Przy przestępstwie zabójstwa podmiot jest określony ogólnikowo przez zaimiek rzeczowy „kto”. Kolejną różnicą, wskazaną przez ustawodawcę, jest czas popełnienia przestępstwa. W przypadku dzieciobójstwa wskazano na „okres porodu”, który de facto obejmuje czas od pierwszego skurczu, aż do kilku dni po urodzeniu dziecka. Dla możliwości wskazania dokładnego czasu, który określa się mianem „okresu porodu”, bierze się pod uwagę stan psychiczny/emocjonalny kobiety. „Warunkiem odpowiedzialności jest wykazanie specyficznego, odbiegającego od normy i destrukcyjnego wpływu porodu na stan psychiczny rodzącej. Przyjmuje się, że taki wpływ może spowodować poród długotrwały, obciążony komplikacjami, skutkujący obrażeniami kobiety a w związku z tym powodujący ponadprzeciętne cierpienie fizyczne i psychiczne; to ostatnie może także wynikać z warunków i okoliczności, w jakich poród się odbywa”. W przypadku czynu zabójstwa ustawodawca nie przewiduje określonego czasu jego popełnienia. Dodatkowo ustawodawca wskazuje na szczególne typy zabójstw, tzw. typy kwalifikowane, m.in.: zabójstwo ze szczególnym okrucieństwem, zabójstwo w związku z wzięciem zakładnika, zgwałceniem albo rozbojem, zabójstwo w wyniku motywacji zasługującej na szczególne potępienie, zabójstwo z użyciem materiałów wybuchowych. Ponadto w artykule 148 KK podmiotem pozbawionym życia jest każdy człowiek, natomiast przestępstwo dzieciobójstwa nie posiada typów kwalifikowanych, a podmiotem pozbawionym życia jest konkretnie dziecko. Należy zwrócić uwagę na karę, przewidzianą za popełnienie wyżej wymienionych przestępstw. Jedynie bezpośredni związek porodu a stanu psychicznego matki dziecka wpływa na to, iż za czyn dzieciobójstwa ustawodawca przewiduje jedynie od trzech miesięcy do pięciu lat pozbawienia wolności. Brak wykazania tego związku daje podstawy do uznania, że nie mamy do czynienia z dzieciobójstwem, a klasycznym zabójstwem (art. 148 KK)⁵ – również wtedy, gdy zabójstwo dziecka było planowane przed porodem, nawet jeśli do zabójstwa doszło w jego trakcie.⁶

Analizując temat dzieciobójstwa należy skupić się nie tylko na formie penalizacji tego czynu i określonych przez ustawodawcę karach, ale także zwrócić uwagę na podłoże psychologiczno-socjologiczne. U podstaw każdego zachowania człowieka stoi określona motywacja. Jednak czasem, w wyniku dominacji emocji nad sferą intelektu, motywacja wydaje się być niedookreślona, dla wielu niezrozumiała, uważana za błahę pobudki. Należy natomiast rozróżnić sposób myślenia zdrowo funkcjonującego człowieka, a osoby obciążonej swoistymi zaburzeniami i chorobami psychicznymi. Do ich grupy zdecydowanie można zaliczyć depresję, w tym poporodową. Ważne jest więc zapewnienie kobietom zmagającym się z trudami ciąży czy macierzyństwa swobodnego i nieodpłatnego dostępu do kwalifikowanej pomocy psychologicznej i psychiatrycznej, która zostanie udzielona w niedługim czasie od zgłoszenia chęci skorzystania z niej.

⁴ Ustawa Kodeks Karny z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz. U. 1997 Nr 88, poz. 553)

⁵ Ustawa Kodeks Karny z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz. U. 1997 Nr 88, poz. 553)

⁶ wyrok SA z 11 września 2018r., II AKa 176/18