

Problematika infanticídia v psychiatrii: teoretické východiská, klinická prax

MUDr. Marián Kolenič

Oddelenie psychiatrie FNŠP J. A. Reimana, Prešov

Infanticídium (úmyselné usmrtenie dieťaťa v prvom roku života) je závažný spoločenský, etický, ale v nemalej miere aj medicínsky problém. Motívy a okolnosti infanticídia sú rôznorodé, často však zohráva úlohu psychická porucha. Z časového hľadiska je kritickým popôrodné obdobie, keď môže dôjsť vplyvom viacerých faktorov k dekompenzácií psychického stavu. Článok rozoberá teoretické východiská problematiky úmyselného usmrtenia dieťaťa rodičom (filicídium), bližšie sa zameriava na tému infanticídia v kontexte porúch psychiky u žien. Ponúka aj 3 stručné kazuistiky zo psychiatrického oddelenia.

Kľúčové slová: infanticídium, psychické poruchy, popôrodné obdobie, rizikové faktory, prevencia, filicídium, neonaticídium.

Infanticide in psychiatry: theoretical concepts, clinical practice

Infanticide (intentional killing of infant under the age of one year) is a serious social, ethical, but also medical problem. Motives and circumstances of infanticide can be diverse, psychiatric disorder often plays the role. Postpartum period as a critical time episode may lead to decompensation of mental state due to several factors. This article is focused on the theoretical issues of filicide (intentional killing of the child by parent), infanticide in terms of mental disorders of women is analyzed in more detail. Three brief case reports from the Department of Psychiatry are also offered.

Key words: infanticide, psychiatric disorders, postpartum episode, risk factors, prevention, filicide, neonaticide.

Psychiatr. prax; 2014; 15(3): 103–105

Úvod

Problematika usmrtenia dieťaťa rodičom predstavuje v psychiatrickej praxi vážny, aj keď našťastie nie veľmi častý problém. Tak ako pri iných formách úmyselného usmrtenia, aj tento tragický čin viac páchajú muži. V porovnaní so ženami je u nich závažná psychická porucha menej často hlavnou príčinou tohto skutku (12). Možnosť skoršej identifikácie rizika a jeho prevencie je tak z medicínskeho hľadiska v mužskej populácii menšia.

U žien je v pozadí infanticídia (usmrtenie v prvom roku života) **psychická porucha** prítomná častejšie (36 – 72 %) (14, 15). Neraz je priamou príčinou samotného aktu, inokedy viac či menej podstatným spolufaktorom. Medzi najčastejšie psychické poruchy spájané s infanticídiom patria:

- popôrodná depresia (nepsychotická/psychotická)
- popôrodná psychóza/bipolárna afektívna porucha
- ochorenia z okruhu schizofrénie
- zneužívanie/závislosť od návykových látok
- porucha osobnosti (antisociálna, schizoidná, emočne nestabilná)
- mentálna subnorma/retardácia
- Münchausenov syndróm v zastúpení

Definície

- **Infanticídium** – úmyselné usmrtenie dieťaťa v prvom roku života
- **Filicídium** – úmyselné usmrtenie dieťaťa rodičom

- **Neonaticídium** – úmyselné usmrtenie novorodenca do 24 hodín od pôrodu

Transkultúrne rozdiely

Infanticídium vyvoláva intenzívne negatívne emócie v celej spoločnosti. V minulosti, žiaľ, boli v niektorých kultúrach isté formy akceptované (obetovanie detí bohom – Inkovia, aztécka kultúra, Uganda, Kartágo). Menej výrazné rozdiely pri pohľade na infanticídium pretrvávajú transkultúrne aj v dnešných časoch. Možno tak pozorovať rozdielnú váhu rizikových faktorov, napríklad fyzická abnormalita dieťaťa v Japonsku je v porovnaní s európskou kultúrou signifikantne podstatnejší rizikový faktor (3). Čo sa týka prístupu k tejto problematike, pomerne veľké rozdiely možno vidieť aj v právnych systémoch jednotlivých štátov. Dôsledkom je, že rovnaký skutok s rovnakými okolnosťami (napríklad usmrtenie dieťaťa ženou v rámci popôrodnej psychózy) môže mať v rozličných krajinách za následok diametrálne odlišné konzekvencie – v jednom štáte ochrannú psychiatrickú liečbu, v inom trest a uväznenie (17). Pretrvávajúce transkultúrne odlišnosti je možné vidieť aj v rámci tolerancie spoločnosti k tomuto skutku.

Faktory zvyšujúce riziko filicídia – zo strany matky (3)

- gravidita a popôrodné obdobie
- veľká fyzická aj psychická vyťaženosť pri starostlivosti o dieťa

- chudoba
- sociálna izolácia
- matka ako obeť domáceho násillia
- vzťahové problémy
- psychická porucha (teraz prebiehajúca či minulá)

Faktory zvyšujúce riziko filicídia – zo strany dieťaťa (3)

- často plačúce dieťa (napríklad koliky) – neraz spúšťač samotného činu
- autizmus alebo fyzická abnormalita dieťaťa

Motivačné faktory

V snahe pochopiť motiváciu matky, ktorá sa pokúsi usmrtiť vlastné dieťa, vypracovali viacerí autori rozdelenia podľa jednotlivých charakteristických črt. Ako pri väčšine obdobných klasifikačných systémov, je ale zaradenie do konkrétnej skupiny v klinickej praxi často nejednoznačné s prekrývajúcimi sa atribútmi.

Na ilustráciu uvádzame klasifikáciu autorov Friedmana a Resnicka (3):

Päť základných motívov filicídia u žien:

- „altruistické filicídium“** – matka zabije svoje dieťa „z lásky“, verí, že smrť je pre neho to najlepšie (napríklad plánuje spáchať samovraždu a „nechce ponechať dieťa napospas tomuto krutému svetu“);
- akútne psychotické filicídium** – spáchané napríklad v stave delíria, bez zrozumiteľného motívu, v stave akútnej psychózy (napríklad pod vplyvom imperatívnych halucinácií);

- c) filicídium ako následok **zneužívania, fyzického týrania či zanedbávania dieťaťa**;
- d) **filicídium nechceného dieťaťa**, ktoré matka vníma ako záťaž;
- e) filicídium ako snaha emocionálne ublížiť otcovi dieťaťa (málo časté).

Popôrodné obdobie

Popôrodná fáza predstavuje **kritické obdobie** z hľadiska rizika materských infanticidií (58 % je spáchaných do 3 mesiacov od pôrodu) (9). Osobitne sa prihliada na obdobie pri pôrode alebo bezprostredne po ňom, čo špeciálne upravuje aj trestný zákon, aj keď nie je možné objektívne toto obdobie úplne presne vymedziť. V podstate je ohraničené trvaním rozrušenia spôsobeného pôrodom, ktoré je v každom prípade individuálne dlhé. Môže tak trvať niekoľko hodín, vo výnimočných prípadoch aj niekoľko dní (8, 10, 19).

V pozadí psychických porúch v popôrodnom období stoja okrem **psychosociálnych faktorov** aj **biochemické zmeny**. Dochádza k výraznému poklesu hladiny hormónov produkovaných počas gravidity placentou s následnými zmenami neurotransmisie v CNS. Niektoré štúdie naznačujú dôležitú úlohu estradiolu v patofyziológii psychických porúch v popôrodnom období – v tomto kontexte sa skúma aj jeho možný terapeutický efekt (1, 2, 17).

Z hľadiska infanticidia je zvlášť nutná obozretnosť pri **popôrodnej depresii** a **popôrodnej psychóze**. U depresívnych matiek je v porovnaní s kontrolnou skupinou vysoká prevalencia myšlienok ublížiť dieťaťu (štúdia Jenningsa et al. so sledovaním matiek s deťmi do veku 3 rokov poukazuje na pomer 41 % ku 7 %) (7). Egodystónne myšlienky obsedantného charakteru zamerané na ublíženie dieťaťu sú u matiek trpiacich depresiou časté. Napriek tomu, že sú nepríjemné a zaťažujúce, málokedy vedú k realizácii samotného aktu. Riziko sa ale výraznejšie zvyšuje pri psychotických depresiách. Je potrebné myslieť aj na možnosť vplyvu súčasne pôsobiacich rizikových faktorov zo strany dieťaťa. Ako príklad uvedieme pediatrickú štúdiu, pri ktorej 70 % matiek opisovalo agresívne myšlienky voči dieťaťu trpiacemu častými brušnými kolikami, 26 % priznalo infanticídne myšlienky počas epizód koliky (11).

V rámci popôrodnej depresie je nutné brať do úvahy aj možnosť **rozšíreného suicídia**, pri ktorom sa matka, najmä pod vplyvom bludov (autoakuačných, bilančných), rozhodne usmrtiť aj svoje deti. Po usmrtení blízkych niekedy paradoxne dôjde k vyčerpaniu suicidálnej aktivity a neostáva dost' síl dokončiť vlastnú samovraždu (5). S dokonaným suicídiom matky je spojených 16 – 29 %

filicidií (3). Rozkol medzi aktuálnymi emóciami matky po pôrode a spoločenskými očakávaniami okolia môže viesť k pocitom zlyhania a viny, k utajovaniu depresívnych či suicidálnych myšlienok.

Na druhej strane je potrebné zachovať si triezve uvažovanie. Brať plne do úvahy aj aktuálne telesné a psychosociálne faktory ovplyvňujúce momentálny psychický stav matky. V opačnom prípade hrozí riziko psychiatrizácie bežne prítomnej fyziologickej nepohody v gravidite či šestonedeli.

V puerperálnom období tiež dochádza častejšie k relapsom iných psychických porúch (schizofrénia, bipolárna afektívna porucha), pričom jedným z faktorov je **vynechanie medicácie**. U psychotických matiek je v porovnaní s depresívnymi infanticídium omnoho častejšie realizované bez plánovania (3).

Popôrodné psychózy aj popôrodné depresie majú vysokú rekurenciu, literárne zdroje uvádzajú 20 % – 50 % (3, 4, 6). Nutná je preto zvýšená obozretnosť u matiek s pozitívnou anamnézou.

Neonaticidia

Neonaticídium (usmrtenie do 24 hodín od pôrodu) sa svojimi charakteristikami výrazne líši od ostatných foriem infanticidií. Motivácia činu sa neraz javí byť zrejماً na základe predchádzajúceho správania (utajované tehotenstvo, nechcené dieťa). Napriek tomu, jednoznačné zhodnotenie psychického stavu v tesnom popôrodnom období nemusí byť vôbec jednoduché. Z psychiatrického hľadiska sú s neonaticidiami spájané hlavne disociatívne poruchy, popôrodné psychózy a sociopatie, v rámci symptomatológie napríklad depersonalizácie, intermitentné amnézie či halucinácie (16). Spätné vyhodnocovanie duševného stavu môžu na druhej strane komplikovať aj tendenčné výpovede či simulácia psychickej poruchy s cieľom vyhnúť sa trestu.

Literárne zdroje ďalej uvádzajú tieto charakteristiky neonaticidií (3, 5, 12):

- skutok najčastejšie spáchaný matkou,
- psychická porucha v anamnéze je zriedkavá,
- často mladá, slobodná, žijúca v domácnosti so svojimi rodičmi, prvá gravidita, neplánovaná,
- tehotenstvo utajované pred ostatnými, strach z predsudkov voči slobodnej matke,
- niekedy ovplyvnenie biologických prejavov tehotenstva (mechanizmus popretia?) – menej výrazné zmeny na tele, pokračovanie menštruačného krvácania, neprítomnosť tehotenského vracania či zvýšenej frekvencie močenia,
- pôrod je často rýchly, niekedy bezbolestný, spočiatku ženou vnímaný ako menštruačné bolesti či kolika, kontrakcie môžu byť pomýlené s defekáciou,

- smrť dieťaťa je častejšie spôsobená pasivitou zo strany matky ako násilným činom,
- motivácia činu – často nechcené dieťa.

Klinická prax

V priebehu posledných rokov sme na psychiatrickom oddelení zaznamenali 3 prípady, pri ktorých matka siahla na život vlastnému dieťaťu. Cieľom tohto článku nie je detailná analýza uvedených mikrokazuistik. Zámerom je snaha napomôcť prevencii a skorej identifikácii rizikových faktorov pomocou opisu základných charakteristík prípadov z klinickej praxe.

Kazuistika č. 1 – infanticídium

35-ročná pacientka, v osobnej anamnéze nejednoznačný údaj o prekonanej meningitíde v detstve; žila v spoločnej domácnosti s manželom (bol málo doma kvôli práci), s dvoma deťmi (5-ročná dcéra a 3-mesačný syn), otcom a bratom (obaja mali problém s alkoholom, otec býval často agresívny); syn bol nepokojný, zle spával, údajne „celé dni a noci nespala, mala neustály strach, že ich otec vyhodí na ulicu“; manželovi ešte pred incidentom pacientka povedala, že máva občas „pocity slabosti, keď nevie, čo sa deje; úzkosť, napätie“, trvalo to už asi 2 roky (od smrti manželovho otca), mala v pláne preto navštíviť lekára.

V inkriminovaný večer pacientke „prišlo zle“, pamätá si, že „cítila tlak v hlave a na hrudníku, silné bolesti hlavy“; následne si istý časový úsek údajne nepamätala, už si len spomína, že dieťa ležalo mŕtve v postelke s reznou ranou na krku, šla preto zobudiť svojho brata, povedala mu že „asi podrezala malého“.

Bola prevezená na psychiatrické oddelenie, neskôr preložená do nemocnice pre obvinených a odsúdených, zrealizované súdno-znalecké psychiatrické vyšetrenie so záverom: Mráкотný stav s následnou amnéziou na čin – tempore criminis; Reaktívna depresívna porucha po spáchaní trestného činu. Následne absolvovala trojročné ochranné psychiatrické liečenie ústavnou formou.

Z výsledkov absolvovaných vyšetrení vyberáme – psychologický záver: málo diferencovaná osobnosť s obmedzenou rozumovou kapacitou; známky poukazujúce na prítomnosť organicity CNS (epileptoidné rysy), kritickosť narušená, vierohodnosť výpovedí nespochybniteľná. Neurologický záver: neurotopicky negatívny nález; MR mozgu: subkortikálne 2 malé demyelinizačné ložiská najpravdepodobnejšie na podklade angiopatie (nález v priebehu rokov stacionárny, bez progresie); EEG: graf bez fokalizácie a špecifických epileptických výbojov.

Počas hospitalizácií na psychiatrických oddeleniach boli pozorované opakované tranzitórne kva-

litatívne poruchy vedomia so stereotypným konaním, psychomotorickou agitáciou a amnéziou na uvedený stav, podobajúce sa psychomotorickým epileptickým záchvatom. Epilepsia neurologickým vyšetrením nebola dokázaná. Do liečby nasadený valproát, po ktorom obdobné stavy nepozorované. Prepustená z psychiatrického oddelenia 4 roky po incidente so záverom: Tranzitórne stavy zmätenosti pri demyelinizačnom procese CNS, F05.0.

Kazuistika č. 2 – neonaticídium

19-ročná pacientka; matkin bratranec liečený pre schizofréniu; nechcená gravidita, tehotenstvo tajila, nevedeli o ňom ani jej rodičia ani jej priateľ; po náhlom pôrode v kúpeľni vyhodila dieťa von z okna bytového domu zo siedmeho poschodia; v sprievode polície odvedená na gynekologické oddelenie, odkiaľ po revízií pôrodných ciest a maternice preložená na psychiatrické oddelenie; počas vstupného vyšetrenia udávala obavy z reakcie rodičov a okolia na jej tehotenstvo; údajne „plánovala dať dieťa do hniezda záchrany“, avšak pôrod prišiel náhle, nečakane, „v skrate“ dieťa vyhodila z okna, ani „nevedela či to bol chlapec alebo dievča“.

Psychologický záver: priemerne intelektovo disponovaná osobnosť s málo adaptívnou, slabou socializovanou, nezrelou, impulzívnou emotivitou; závažnejšia psychopatológia v zmysle psychickej poruchy nie je preukazná.

Prepustená z psychiatrického oddelenia s diagnózou: Akútna depresívna reakcia na stres – F 43.0.

V pláne súdno-znalecké psychiatrické vyšetrenie (výsledok nie je k dispozícii).

Kazuistika č. 3 – pokus o filicídium

44-ročná pacientka, opakovane v minulosti hospitalizovaná na psychiatrickom oddelení s diagnózami: Bipolárna afektívna porucha (F31.2), Závislosť od alkoholu, Emočne nestabilná porucha osobnosti. 3 roky pred incidentom bola prijatá na psychiatrické oddelenie, nakoľko sa v psychotickom stave pod vplyvom religióznych bludov vyhrážala, že vyhodí svoje dieťa z balkóna (spacifikovaná vtedy za pomoci hasičov a polície). Nastavená na valproát, tiaprid.

Ako neskôr udala, „po prepustení z oddelenia vynechala lieky, utlmovali ju“, došlo k relapsu, v psychotickom stave s početnými religióznymi bludnými obsahmi a vizuálnymi halucináciami sa pokúsila zabiť svojho 6-ročného syna. Incidentu našťastie v poslednej chvíli zabránili policajti. Vyrážali dvere bytu a matku, ktorá škrtila syna, odriekajúc pritom modlitby, spacifikovali. Na podlahe bytu bolo kladivo, dláto, drevený kríž a známky po rozložení ohni. Syn bol prevzatý s mnohopočetnými odreninami, krvnými

výronmi, trznými ranami a popáleninami do nemocnice. Matka po ústupe akútnej psychózy spätne uviedla, že „videla, ako sa synovi zmenili oči na zelené, chcela z neho vyhnúť diabla“. Záver súdno-znaleckého psychiatrického vyšetrenia: Schizoafektívna porucha, hypomanická fáza (s vymiznutými rozpoznávacími aj ovládacími schopnosťami v čase spáchania skutku), odporučená ochranná psychiatrická liečba ústavnou formou.

Prevencia

Potenciál na prevenciu infanticídia je značný. Na rozdiel od ostatných homicidií je známe **kritické obdobie – popôrodná fáza**, čo umožňuje selektívne zintenzívnenie sledovania u rizikových skupín. Údaje o vysokej rekurencii niektorých psychických porúch v puerperálnom období (napríklad popôrodné depresie, psychózy) pomáhajú rizikové skupiny dopredu identifikovať. Zvýšená ostražitosť je na mieste aj u rodičov s ochorením z okruhu schizofrénie (monitorovanie compliance v liečbe), bipolárnej afektívnej poruchy, s osobnostnými poruchami, abúsom alkoholu či drog. V rámci skríningových techník môžu byť nápomocné jednoduché dotazníkové metódy (Edinburská škála popôrodnej depresie) (13).

Po pôrode je nutné aktívne pátrať po problémoch súvisiacich so starostlivosťou o dieťa, po pocitoch preťaženia, v indikovaných prípadoch poskytnúť **psychoterapeutickú intervenciu**. Pri zistení suicidálnych ideí je namieste preskúmanie matkinho pohľadu na osud detí. V nevyhnutných prípadoch (psychóza; riziko suicídia-infanticídia) je potrebné dočasné separovanie matky od dieťaťa, neraz za cenu nedobrovoľnej hospitalizácie. Riziko relapsu depresii, mánií či psychóz v popôrodnom období znižuje skorá **farmakologická profylaxia** (18, 20). Prevenciou infanticídia napomáha tiež kvalitná medziodborová spolupráca (všeobecný lekár, pediater, gynekológ, psychológ, psychiater).

Záver

Psychická porucha zohráva pri pokuse o infanticídium často kľúčovú úlohu. Neraz ale nie je jednoduché určiť z forenzo-psychiatrického hľadiska mieru ovplyvnenia psychických funkcií v momente samotného skutku. Typické príznaky, ako sú uvedené v literatúre pri jednotlivých poruchách, sa niekedy vzájomne prekrývajú. Z hľadiska prevencie je ale dôležité skoré odhľadanie možného hroziaceho rizika. Naším zámerom bolo opisom základných charakteristík filicidií spolu s uvedenými prípadmi z praxe napomôcť prevencii tohto činu.

Literatúra

1. Ahokas A, Aito M, Rimon R. Positive effect of estradiol in postpartum psychosis: a pilot study [online]. *J Clin Psychiatry*. 2000;61:166–169. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10817099>.
2. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression [online]. *Am J Psychiatry*. 2000; 157:924–930. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10831472>.
3. Friedman SH, Resnick P. Childmurder by mothers: patterns and prevention. *World Psychiatry*. 2007;6(3):137–141.
4. Garvey MJ, Tuason VB, Lumry AE, Hoffmann NG. Occurrence of depression in the postpartum state [online]. *J Affect Disord*. 1983;5(2):97–101. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/622100>.
5. Heretik A. *Forenzná psychológia*. 2nd ed. Bratislava, Slovenská republika: Slovenské pedagogické nakladateľstvo; 2004: 260–263.
6. Izáková L. Duševné zdravie počas tehotenstva a po pôrode. *Psychiatrie pro praxi*, 2013;14(4): 161–163.
7. Jennings KD, Ross S, Popper S, et al. Thoughts of harming infants in depressed and non depressed mothers [online]. *J Affect Disord*. 1999;54:21–28. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10403143>.
8. Jurinová D. *Koncepcie ochrany života a zdravia v trestnom práve*. Diplomová práca. Česká republika, Olomouc: 2012.
9. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses [online]. *Br J Psychiatry*. 1987;150:662–673. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3651704>.
10. Kučera J. Naplnění znaků skutkové podstaty trestného činu vraždy novorozence dítěte matkou. *Trestněprávní revue*. 2003;2(5):141.
11. Levitzky S, Cooper R. Infant colic syndrome: maternal fantasies of aggression and infanticide [online]. *Clin Pediatr*. 2000;39:395–400. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10914303>.
12. Marks M. Infanticide. *Psychiatry*. 2009;8(1):10–12.
13. Murray D, Cox JL. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale [online]. *J Reprod Infant Psychol*. 1990;8:99–107. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646839008403615#U-1jsUfmKWS0>.
14. Sakuta T, Saito S. A socio-medical study on 71 cases of infanticide in Japan [online]. *Keio J Med*. 1981;30:155–168. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7347770>.
15. Silverman RA, Kennedy LW. Women who kill their children [online]. *Violence Vict*. 1988;3:113–127. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3154174>.
16. Spinelli MG. A systematic investigation of 16 cases of neonaticide [online]. *Am J Psychiatry*. 2001;158(5):811–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11329409>.
17. Spinelli MG. Maternal Infanticide Associated With Mental Illness: Prevention and the Promise of Saved Lives. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1548–1557.
18. Stewart DE, Klompenhouwer JL, Kendell RE, VanHuist AM. Prophylactic lithium in puerperal psychosis: the experience of three centers. *Br J Psychiatry*. 1991;158:393–397. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1903666
19. Šámal P, et al. Trestný zákoník II. § 140 až 421. Komentář. I. vydání. Praha, Česká republika: C. H. Beck; 2010:1332.
20. Wisner KL, Wheeler SB. Prevention of recurrent postpartum major depression [online]. *Hosp Community Psychiatry*. 1994;45:1191–1196. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7868100>.

MUDr. Marián Kolenič

Oddelenie psychiatrie FNŠP

J. A. Reimana

Jána Hollého 14, 081 81 Prešov

marian.kolenic@gmail.com

