

Orzeczenie lekarza psychiatrii jako przesłanka legalnego przerwania ciąży

Psychiatrist's opinion as a premise for legal termination of pregnancy

Rafał Kubiak¹, Małgorzata Urban-Kowalczyk²

¹ Katedra Prawa Karnego Uniwersytetu Łódzkiego

² Klinika Zaburzeń Afektywnych I Psychotycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Summary

The article presents the provisions currently in force in Polish legislation regarding legal termination of pregnancy. In particular, it refers to the premise of a psychiatrist's decision that the health of a pregnant woman is at risk. Under Polish law, termination of pregnancy is generally prohibited and penalized. However, there are two exceptions to this prohibition. Such a procedure is permitted if: the pregnancy poses a threat to the life or health of the pregnant woman, or if there is a reasonable suspicion that the pregnancy was the result of a prohibited act. The text presents an overview of the relevant regulations and tips on their interpretation and application in everyday medical practice. This issue is particularly important for psychiatrists consulting maternity wards. In addition, the most important mental disorders related to pregnancy and childbirth are described. The clinical features and prevalence of perinatal mood disorders and psychoses are presented. The issue of suicide among pregnant and postpartum patients was also discussed. A sample certificate template was proposed, and guidelines were discussed as to what information and conclusions should be included in the opinion of a psychiatrist.

Słowa kluczowe: ciąża, zdrowie psychiczne kobiet, orzeczenie psychiatrii

Key words: pregnancy, women's mental health, psychiatrist's opinion

Wprowadzenie

W świetle polskiego prawa przerwanie ciąży jest zasadniczo zabronione i sankcjonowane karnie nawet wówczas, gdy kobieta ciężarna wyrazi zgodę na taki zabieg [1]. Przy czym odpowiedzialność karna ogranicza się do wykonawcy terminacji ciąży, nie ponosi jej zaś kobieta ciężarna, która nakłaniała lekarza do jej przeprowadzenia. Od zakazu tego istnieją jednak dwa wyjątki określone w art. 4a ust. 1 Ustawy z dnia

7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży [2]. Mianowicie zabieg taki jest dozwolony, jeżeli ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej (pkt 1 – tzw. przesłanka lecznicza) bądź gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego (pkt 3 – tzw. przesłanka prawna/prokuratorska). W odniesieniu do „przesłanki leczniczej” konieczne jest stwierdzenie owego zagrożenia przez lekarza, co do zasady innego niż lekarz dokonujący przerywania ciąży. Przepisy ustawowe nie precyzują wszakże, jaką specjalizację powinien posiadać lekarz uprawniony do wydania takiego orzeczenia. Pewne wskazówki można jednak odnaleźć w akcie wykonawczym, tj. w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 stycznia 1997 r. w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy uprawniających do dokonania przerywania ciąży oraz stwierdzania, że ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety lub wskazuje na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu [3]. Zgodnie z jego § 2 ust. 2 oceny wystąpienie omawianych okoliczności stwierdza lekarz posiadający tytuł specjalisty w zakresie medycyny właściwej ze względu na rodzaj choroby kobiety ciężarnej. Przykładowo więc, jeśli źródłem zagrożenia byłaby choroba serca, właściwy byłby lekarz kardiolog. Jeżeli zaś byłoby nim ogólne wycieńczenie organizmu, wiele chorób, na które cierpi pacjentka, orzeczenie takie mógłby wydać lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej [4]. Powstaje zarazem pytanie, czy właściwy jest również lekarz psychiatra. Aby udzielić na nie odpowiedzi, należy najpierw ustalić, czy zagrożenie dla zdrowia kobiety ciężarnej tyczy się jedynie zdrowia w ujęciu somatycznym, czy także psychicznym. Jeśli zaś lekarz psychiatra posiadałby takie uprawnienia, to jakimi kryteriami powinien kierować się w swej ocenie – kiedy więc może wydać orzeczenie, z którego będzie wynikało, że istnieje zagrożenie dla zdrowia psychicznego kobiety ciężarnej uzasadniające przerywanie ciąży.

Obecnie trwa dyskusja nad zmianą wspomnianych przepisów w kierunku liberalizacji warunków dopuszczalności przerywania ciąży. Do Sejmu RP został złożony projekt ustawy o bezpiecznym przerywaniu ciąży (druk sejmowy nr 177), w którym przewiduje się, że zabieg taki będzie dozwolony do końca dwunastego tygodnia trwania ciąży. W późniejszym okresie natomiast ciąża będzie mogła być przerywana m.in. w sytuacji, gdyby stanowiła zagrożenie dla życia albo zdrowia fizycznego lub psychicznego kobiety ciężarnej. Utrzymuje się zatem przesłankę leczniczą, doprecyzowując jedynie, że zagrożenie może dotyczyć również zdrowia psychicznego. Z projektem tym skorelowane są planowane zmiany w Kodeksie karnym w zakresie przestępstwa nielegalnego przerywania ciąży. W myśl ustawy nowelizacyjnej (ustawa o zmianie ustawy Kodeks karny, druk sejmowy nr 176) depenalizacji ma podlegać przerywanie ciąży w okresie do dwunastego tygodnia jej trwania. Ponadto uchyla się przepisy typizujące pomocnictwo do przerywania ciąży (art. 152 § 2 k.k.) oraz łagodzi sankcje za wykonanie takiego zabiegu za zgodą kobiety ciężarnej. Dotąd bowiem za ten występek groziła kara pozbawienia wolności do lat 3, natomiast według projektu ma być on zagrożony grzywną albo karą ograniczenia wolności. Przesłanka lecznicza w dotychczasowym kształcie zostaje zachowana też w projekcie nowelizacji ustawy

złożonym przez ugrupowanie Trzecia Droga. Bez względu zatem na dalsze losy legislacyjne tych przepisów można przyjąć, że nadal będzie obowiązywała przesłanka lecznicza, której spełnienie będzie wymagało oceny dokonanej przez lekarza. Biorąc pod uwagę, że w przedstawionym projekcie jednoznacznie wskazuje się na zagrożenie zdrowia psychicznego jako uzasadnienie aborcji, lekarzem tym najprawdopodobniej będzie psychiatra. Zarówno zatem na gruncie obecnego stanu prawnego, jak i proponowanej nowelizacji rola specjalisty w tej dziedzinie będzie nieoceniona. Pożądane jest więc przybliżenie zasad postępowania opiniodawczego w tym zakresie realizowanego przez lekarza psychiatrę.

Kwestie te zostaną przedstawione w dalszej części artykułu – najpierw prawne, a następnie medyczne/psychiatryczne.

1. Modele regulacji dopuszczalności przerywania ciąży

Zakres ochrony życia poczętego zależy od przyjętego w danym państwie modelu określającego warunki dopuszczalności przerywania ciąży. W literaturze medyczno-prawnej wskazuje się na dwa modelowe rozwiązania: model na żądanie kobiety ciężarnej (*on request*) oraz model ze wskazań.

Ten pierwszy opiera się na założeniu, że płód nie stanowi przedmiotu odrębnej ochrony prawnej, lecz jest częścią organizmu kobiety ciężarnej. Może ona zatem swobodnie dysponować swoim ciałem, a tym samym zdecydować o przerywaniu ciąży. Ochrona dziecka poczętego zależy od woli kobiety ciężarnej. Żądanie kobiety jest zatem wystarczającą podstawą legalności przeprowadzenia aborcji. Nie mają zaś znaczenia motywy, którymi kieruje się kobieta ciężarna, podejmując taką decyzję. Aby nie była ona jednak pochopna, w systemach tych wprowadza się odpowiednie procedury poprzedzające wykonanie zabiegu. W szczególności mają one wymiar medyczny, np. ustala się, czy przerywanie ciąży nie będzie zagrażało życiu lub zdrowiu kobiety ciężarnej. Bada się zatem, czy nie wystąpią przeciwwskazania. Ich obecność uniemożliwi przeprowadzenie zabiegu i będzie *de facto* skutkowało ochroną życia dziecka poczętego. Ochrona ta będzie wszakże pośrednia, gdyż pierwszoplanowo chronione będzie zdrowie kobiety ciężarnej. Przed ostatecznym wyrażeniem deklaracji ciężarna informowana jest o konsekwencjach swojej decyzji, w tym również zdrowotnych, a także o możliwości pomocy ze strony państwa w sytuacji, w której postanowiłaby jednak urodzić dziecko. Po uzyskaniu takich informacji kobieta może finalnie podjąć decyzję, która jest wiążąca dla lekarzy. Rozwiązania takie przyjęto m.in. w Królestwie Hiszpanii, gdzie problematykę tę reguluje ustawa z dnia 3 marca 2010 r. o zdrowiu seksualnym i reprodukcyjnym oraz dobrowolnym przerywaniu ciąży (*Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*) [5]. W myśl art. 13 bis ust. 1 tej ustawy kobieta może dobrowolnie przerwać ciążę od 16. roku życia bez konieczności uzyskania zgody swoich przedstawicieli ustawowych. Procedura ta jest przeprowadzana do 14. tygodnia ciąży. W wypadku ciąży bardziej zaawansowanej muszą zachodzić dodatkowe przesłanki uzasadniające aborcję, w szczególności „poważne zagrożenie życia lub zdrowia kobiety ciężarnej” (art. 15 pkt a ustawy). W każdym jednak wypadku kobieta, która zamierza poddać się

temu zabiegowi, otrzymuje od personelu medycznego informacje o różnych sposobach przerwania ciąży (chirurgicznych i farmakologicznych), warunkach wykonania zabiegu, placówkach, do jakich może być skierowana, itd.

Z kolei model ze wskazań oparty jest na założeniu, że dziecko poczęte stanowi odrębne dobro prawne podlegające ochronie. Wola kobiety ciężarnej stanowi warunek *sine qua non* legalności aborcji, ale nie jest ona wystarczająca. Muszą wystąpić dodatkowe okoliczności usprawiedliwiające naruszenie życia dziecka poczętego, czyli tzw. wskazania. Okoliczności te powinny być opisane w prawie, a ich faktyczne zajście podlega obiektywnej weryfikacji przez organ państwowy [6]. Zakres ochrony, a tym samym określenie katalogu wskazań, jest zależny od przyjętego w danej społeczności systemu aksjologicznego. W szczególności więc ochrona ta będzie pochodną ustalenia charakteru i wartości życia dziecka poczętego. W systemach afirmatywnie traktujących życie płodu stosuje się tzw. ochronę bezpośrednią o charakterze podmiotowym. Uznaje się, że dziecko poczęte ma takie same prawa i jest w tożsamy sposób chronione jak człowiek już narodzony. Przerwanie ciąży, skutkujące pozbawieniem życia dziecka poczętego, traktowane jest więc jako zabójstwo. Aborcja jest dopuszczalna jedynie w warunkach stanu wyższej konieczności, tj. jeśli zaistnieje bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia przez kobietę ciężarną. Dla legalności takiego zabiegu nie jest wystarczające jedynie zagrożenie jej zdrowia. Ochrona może mieć również charakter bezpośredni, ale przedmiotowy. Wówczas płód jest traktowany jako tzw. nieosobowe dobro prawne, któremu udziela się ochrony, podobnie jak innym cennym wartościom. W tym wariantcie zabronione jest pozbawienie życia płodu bądź spowodowanie jego uszkodzenia zarówno przez samą kobietę ciężarną, jak i przez osoby trzecie, na przykład lekarzy [7]. Mogą istnieć jednak powody usprawiedliwiające takie postępowanie – wspomniane wskazania. Ich zakres będzie zależny od tego, czy w danej społeczności bardziej liberalnie, czy bardziej konserwatywnie traktuje się prawo kobiety do zdecydowania o swej ciąży. W systemach liberalnych przesłanki dopuszczalności aborcji są ujmowane szeroko i mogą mieć np. wymiar społeczny (np. trudna sytuacja materialna kobiety ciężarnej) bądź obojętne (np. pozamałżeńskie pochodzenie ciąży). Natomiast w systemach bardziej konserwatywnych wskazania te są silniej ograniczane np. tylko do przypadków zagrożenia życia lub zdrowia kobiety ciężarnej. Przy czym ocena stopnia tego zagrożenia także jest zrelatywizowana do przyjętego systemu aksjologicznego. W zależności bowiem od wagi dobra prawnego, jakim jest życie dziecka poczętego, usprawiedliwiającym może być każde zagrożenie (szerokie traktowanie wskazań), albo też tylko poważne, bezpośrednie (wąskie traktowanie wskazań). System ten dominuje w państwach europejskich. Jako przykład można przywołać czeską Ustawę z dnia 20 października 1986 r. o sztucznym przerywaniu ciąży – *Zakon o umělem přerušení těhotenství* [8]. Zgodnie z jej sekcją 7. do dwunastego tygodnia ciąży aborcja może być wykonana bez konieczności spełnienia dodatkowych przesłanek. Natomiast w wypadku ciąży bardziej zaawansowanej sztuczne jej przerwanie jest dopuszczalne „ze względów medycznych”, jeżeli zagrożone jest życie, zdrowie kobiety ciężarnej lub prawidłowy rozwój płodu albo gdy rozwój płodu jest wadliwy genetycznie.

W kontekście przedstawionych modeli i uwzględniając polską regulację, można zatem przyjąć, że polski ustawodawca opowiedział się za modelem wskazań i stosun-

kowo wąsko określił ich zakres. Nie uznał jednak, że dziecko poczęte posiada ochronę należną urodzonemu człowiekowi. Dopuścił bowiem możliwość przerwania ciąży nie tylko wówczas, gdy istnieje bezpośrednie zagrożenie dla życia kobiety ciężarnej. Zabieg taki jest dozwolony też wtedy, gdy wystąpi zagrożenie dla zdrowia kobiety. Przesłanka ta jest wszakże niedoprecyzowana – po pierwsze, nie jest jasne, czy chodzi tylko o zagrożenie zdrowia w ujęciu somatycznym, czy także psychicznym, a po drugie, jaki ma być stopień tego zagrożenia. Problematyka ta zostanie omówiona w kolejnym rozdziale.

2. Zagrożenie dla zdrowia kobiety ciężarnej jako przesłanka dopuszczalności przerywania ciąży

Ustawodawca zezwala na przerwanie ciąży, jeśli istnieje zagrożenie dla zdrowia kobiety ciężarnej. Przepisy nie określają jednak pojęcia zdrowia ani też nie zawężają tego warunku do zagrożenia dla zdrowia somatycznego.

W ujęciu słownikowym zdrowie definiowane jest jako „stan żywego organizmu, w którym wszystkie funkcje przebiegają prawidłowo: pełna sprawność i dobre samopoczucie fizyczne i psychiczne” [9]. Z kolei w literaturze medycznej pojęcie zdrowia oznacza „stan pełnej sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej; w węższym znaczeniu – nieobecność choroby lub kalectwa; z fizjologicznego punktu widzenia zdrowie jest to pełna zdolność organizmu do utrzymania równowagi pomiędzy nim i środowiskiem zewnętrznym, do prawidłowego reagowania na zmiany środowiska i adaptacji do tych zmian” [10].

Można przyjąć, że współczesne nauki o zdrowiu traktują człowieka holistycznie, upatrując przyczyn choroby w wielu czynnikach. Jej powstanie zależy bowiem od predyspozycji genetycznych, uwarunkowań społecznych środowiska życiowego oraz czynników związanych ze stylem życia [11]. Zagadnienie to pojmowane jest podobnie przez WHO. W preambule do swej Konstytucji organizacja ta uznała bowiem, że „zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności” [12]. Z zapatrywań tych wynika, że zdrowie obejmuje zarówno komponent fizyczny (somatyczny), jak i psychiczny. Określenie pojęcia zdrowia psychicznego napotyka przy tym na poważne trudności definicyjne. Jednym ze sposobów ograniczenia zdrowia i zaburzeń psychicznych jest zastosowanie kryterium odstępstwa od normy. Lecz może być ono rozpatrywane w znaczeniu statystycznym, kulturowym i teoretycznym. Żadne z nich nie jest wszakże doskonałe [13]. Mimo to do koncepcji tej wydaje się nawiązywać orzecznictwo sądowe. Przykładowo w wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 19 lutego 2008 r. [14] Sąd wyjaśnił, że:

termin „zdrowie psychiczne”, rozumiany jako część ogólnego pojęcia „zdrowie”, odnosi się do dobrego samopoczucia psychicznego i emocjonalnego. Zdrowie psychiczne definiuje się jako zdolność każdego człowieka do normalnego rozwoju i funkcjonowania umysłowego. Czyli zdrowym psychicznie jest człowiek, u którego praca mózgu, układu nerwowego, układu narządów zmysłów i układu

hormonalnego nie jest zaburzona, tak że może sprostać wymogom życia codziennego, a jego zachowania są podobne do większości ludzi, których nazywamy normalnymi. Podkreśla się przy tym, iż brak rozpoznanej choroby psychicznej nie musi oznaczać zdrowia psychicznego.

Pogląd ten został następnie podzielony w kolejnych judykatach [15]. Na gruncie ustawowym termin ten nie został jednak zdefiniowany. W szczególności określenia tego nie zawarto w Ustawie z dnia 19 sierpnia 1994. r o ochronie zdrowia psychicznego [16]. W jej preambule podniesiono jedynie, że zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka. Stanowi zatem istotną wartość, która powinna być chroniona zarówno prawnie, jak i faktycznie. Na doniosłość tej wartości wskazuje się również w orzecznictwie sądowym [17]. Jego naruszenie będzie dopuszczalne więc tylko wówczas, gdy będzie usprawiedliwione koniecznością ochrony innego cennego dobra. Teza ta ma istotne znaczenie w kontekście omawianego tematu, tj. zagrożenia dla zdrowia kobiety ciężarnej jako przesłanki dopuszczalności przerywania ciąży. Jak już bowiem wspomniano, art. 4 ust. 1 pkt. 1 Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży pozwala na aborcję w wypadku takiego zagrożenia. Ustawodawca nie ograniczył przy tym takiej możliwości tylko do wystąpienia niebezpieczeństwa dla zdrowia w ujęciu somatycznym. Z przedstawionych rozważań wynika zaś, że pojęcie zdrowia obejmuje także zdrowie psychiczne, które jest traktowane jako doniosła wartość społeczna. Konkludując, można więc przyjąć, że aborcja będzie dozwolona również wówczas, gdy wystąpi zagrożenie jedynie dla zdrowia psychicznego. Pogląd ten został podzielony przez Ministerstwo Zdrowia [18], Rzecznika Praw Pacjenta [19] oraz Rzecznika Praw Obywatelskich [20].

W takim wypadku właściwy do oceny wystąpienia takiej przesłanki i wydania stosownego orzeczenia (zaświadczenia) będzie lekarz psychiatra. Powstaje wszakże pytanie, jaki musi być stopień tego zagrożenia, by usprawiedliwiał przerwanie ciąży.

Jak podano w poprzednim rozdziale, polski ustawodawca przyjął tzw. model ze wskazań. Oparty jest on na założeniu o kolizji dóbr. Z jednej strony przeciwstawia się życie dziecka poczętego, które jest przedmiotem ochrony prawnej, a z drugiej inną wartość, np. zdrowie kobiety ciężarnej. Pozbawienie życia dziecka poczętego będzie usprawiedliwione tylko wówczas, jeśli będzie to społecznie opłacalne, to jest poświęcenie życia płodu będzie konieczne dla ochrony zdrowia kobiety, którego zagrożenie będzie na tyle doniosłe, że w ujęciu społecznym usprawiedliwi unicestwienie innej wartości, jaką jest życie dziecka poczętego. Powstaje więc pytanie, jak w prawie polskim i doktrynie medyczno-prawnej oceniana jest wartość życia płodu. Problematykę tę rozważał Trybunał Konstytucyjny, który orzekł o zgodności z Konstytucją RP m.in. art. 4a ust. 1 pkt 4 Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, pozwalającej na przerwanie ciąży ze względów społecznych [21]. W uzasadnieniu do tego orzeczenia Trybunał zauważył, że życie dziecka poczętego jest chronione na poziomie konstytucyjnym. Stanowi zatem doniosłą wartość społeczną. Ochrona taka wynika również z aktów rangi ustawowej. Wprost ustawodawca wypowiada się na ten temat w art. 1 Ustawy o planowaniu rodziny,

ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, dekretując, że prawo do życia podlega ochronie, w tym również w fazie prenatalnej. Na wagę tej wartości wskazuje też ochrona życia i zdrowia dziecka poczętego przewidziana w Kodeksie karnym. Jak bowiem wskazano, przestępstwem jest przerwanie ciąży nawet za zgodą kobiety ciężarnej (art. 152 § 1 k.k.). Ponadto spenalizowano czyn polegający na spowodowaniu ciężkiego uszczerbku na zdrowiu dziecka poczętego [22]. Zatem mimo że polski ustawodawca nie traktuje dziecka poczętego na równi z człowiekiem urodzonym, z całokształtu regulacji wynika, że w naszym systemie aksjologicznym życie i zdrowie dziecka poczętego postrzegane są jako cenne wartości. Ich ochrona nie jest jednak absolutna. Jak bowiem uzasadniał Trybunał:

przyjęcie, iż życie ludzkie, w tym życie w fazie prenatalnej, stanowi wartość konstytucyjną, nie przesądza jeszcze kwestii, iż w pewnych wyjątkowych sytuacjach ochrona tej wartości może zostać ograniczona lub nawet wyłączona ze względu na konieczność ochrony lub realizacji innych wartości, praw czy wolności konstytucyjnych.

Ustawodawca zdecydował, że dobrem tym może być zdrowie kobiety ciężarnej. Nie sprecyzował przy tym, o jakie zagrożenie chodzi. Można jednak przyjąć, że niebezpieczeństwo to wystąpi, gdy ciąża była przyczyną powstania danej jednostki chorobowej (np. zatrucie ciążowe) bądź też gdy kobieta ciężarna chorowała już wcześniej, ale skutek ciąży stan chorobowy się pogłębił (np. schorzenia układu krążenia). W tym kontekście można uznać, że zagrożenia w tym obszarze mogą dotyczyć także zdrowia psychicznego, zarówno wówczas, gdy kobieta już wcześniej cierpiała na zaburzenia w tej sferze, które zostały spotęgowane stanem ciąży, jak i gdy ciąża doprowadziła do powstania takich zaburzeń. W takim ujęciu wydaje się, że uzasadnieniem dla stwierdzenia omawianego zagrożenia w sferze psychicznej może być również okoliczność, że płód jest dotknięty poważnymi wadami letalnymi. Świadomość kobiety ciężarnej wystąpienia takich wad u płodu oraz w konsekwencji konieczności urodzenia dziecka dotkniętego takimi wadami, w szczególności jeśli jest wysoce prawdopodobne, że umrze ono w krótkim czasie po urodzeniu, może skutkować zaburzeniami w sferze psychicznej. Wyobrażalne jest zatem, że lekarz psychiatra stwierdzi, iż z tego powodu powstało zagrożenie dla zdrowia psychicznego ciężarnej.

Omawiane przepisy nie ograniczają zagrożenia jedynie do stanów bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia. Jeśli zaś ustawodawca chce wprowadzić taką limitację, to wprost wypowiada ją w przepisie (np. art. 4a ust. 5 omawianej ustawy stanowi, że zasadniczo zagrożenie stwierdza inny lekarz niż dokonujący przerwania ciąży, wyjątkiem jest sytuacja, gdy ciąża zagraża „bezpośrednio” życiu kobiety). *A contrario* można zatem przyjąć, że w analizowanym kontekście zagrożenie nie musi być bezpośrednie. Na gruncie prawnym pojęcie bezpośredniości jest różnie rozumiane [23]. Generalnie jednak oznacza ono bliskość czasową wystąpienia danego zdarzenia bądź jego nieuniknioność. Dla stwierdzenia stanu zagrożenia w kontekście omawianej przesłanki nie jest zatem konieczne, by zagrożenie dla zdrowia psychicznego kobiety ciężarnej w najbliższym czasie się urzeczywistniło ani też urzeczywistnienie to nie musi być nieuniknione choćby w dalszej perspektywie czasowej. Ustawodawca nie wymaga

też, by zagrożenie to było poważne. W tym zakresie należy jednak wziąć pod uwagę założenia teoretyczne omawianego modelu dopuszczalności przerywania ciąży. Jak wyjaśniono, zabieg taki jest dozwolony, jeśli zostanie usprawiedliwiony koniecznością ochrony zdrowia kobiety ciężarnej, przy czym zagrożenia tego nie można uniknąć inaczej oraz jest ono na tyle doniosłe, że uzasadni poświęcenie ważnego dobra, jakim jest życie i zdrowie dziecka poczętego. Lekarz dokonujący oceny musi zatem zważyć, jak bardzo zagrożenie dla zdrowia psychicznego ciężarnej jest realne i istotne, a zatem czy stopień tego niebezpieczeństwa uzasadni pozbawienie życia dziecka poczętego. Przepisy nie zawierają w tym zakresie żadnych wskazówek, pozostawiając ocenę lekarzowi psychiatrze. Nie ulega wszakże wątpliwości, że powstały stan zagrożenia musi cechować się wyższym prawdopodobieństwem negatywnych skutków niż normalne ryzyko związane z przebiegiem ciąży i porodu. W literaturze można także spotkać pogląd, że mimo braku dookreślenia stanu zagrożenia, mając na względzie omawiane uwarunkowania teoretycznoprawne, należy przyjąć, że stan zagrożenia powinien być poważny [24]. Ponadto, wychodząc z założeń koncepcji wskazań, należy uznać, że przerwanie ciąży będzie dozwolone, jeśli jest adekwatnym środkiem do zażegnania zdiagnozowanego zagrożenia. Innymi słowy, zabieg ten powinien rokować pozytywnie w aspekcie usunięcia niebezpieczeństwa dla zdrowia psychicznego kobiety ciężarnej. Tylko wtedy bowiem może usprawiedliwiać pozbawienie życia dziecka poczętego. Lekarz psychiatra przed wydaniem stosownego zaświadczenia powinien rozważyć także ten aspekt.

Trzeba przy tym podkreślić, że lekarz psychiatra występuje w roli jedynie konsultanta eksperta. W swoim orzeczeniu stwierdza więc, czy rozpoznaje daną jednostkę chorobową, która może zagrażać zdrowiu psychicznemu kobiety ciężarnej, oraz czy wystąpienie tej choroby indukuje takie zagrożenie i jest ono na tyle istotne, że może uzasadnić przerwanie ciąży. Stanowczo jednak należy zaznaczyć, że lekarz psychiatra wydający takie orzeczenie nie decyduje o przerwaniu ciąży. Wystawione przez niego zaświadczenie stanowi bowiem jedynie pewien element w procedurze aborcyjnej. Ostatecznie decyzja należy do kobiety ciężarnej, która na podstawie uzyskanych informacji m.in. o stanie zdrowia psychicznego i ewentualnych zagrożeniach w tym obszarze może rozstrzygnąć, czy chce urodzić dziecko. Ponadto przeprowadzenie zabiegu będzie zależne od uwarunkowań ginekologicznych, a zatem w tym zakresie decyzja będzie należała do lekarza przeprowadzającego aborcję.

Dla pełności obrazu warto dodać, że orzeczenie wydane przez lekarza psychiatrę może zostać przez kobietę ciężarną zakwestionowane. Możliwość złożenia sprzeciwu do orzeczenia i stosowane wówczas procedury opisane są w art. 31 i 32 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [25]. W ich myśl pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy może wnieść taki sprzeciw, jeżeli orzeczenie ma wpływ na jego prawa lub obowiązki. W wypadku orzeczenia wydanego przez psychiatrę w sprawie dotyczącej przerywania ciąży naturalnie merytoryczne rozstrzygnięcie będzie istotne z perspektywy dalszych procedur aborcyjnych, którym ma się poddać kobieta ciężarna. Stanowisko to zatem będzie miało znaczenie dla skorzystania przez nią z ustawowego uprawnienia. Sprzeciw składa się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od wydania orzeczenia. Wymaga on

uzasadnienia, w szczególności wskazania przepisu prawa, z którego wynikają uprawnienia, na jakie ma wpływ owo orzeczenie. Komisja Lekarska rozstrzygająca sprzeciw składa się z trzech lekarzy powołanych przez Rzecznika Praw Pacjenta, przy czym dwóch tej samej specjalności co lekarz, który wydał orzeczenie. W omawianej sytuacji będą to zatem dwaj lekarze psychiatry. Komisja rozstrzyga na podstawie dokumentacji medycznej oraz w miarę potrzeby po przeprowadzeniu badania pacjenta. Powinna zakończyć czynności w terminie 30 dni od dnia wniesienia sprzeciwu. Decyzje Komisji są ostateczne i nie przysługuje od nich odwołanie. Bez wątpienia jest to rozwiązanie służące ochronie praw kobiety ciężarnej w sytuacji wydania orzeczenia niezgodnego z jej oczekiwaniami – stwierdzającego brak wskazań do przerwania ciąży. W tej drodze może bowiem uzyskać orzeczenie pozwalające jej na aborcję. Wydaje się jednak, że okres oczekiwania na decyzję Komisji może być zbyt długi w aspekcie uwarunkowań medycznych przerywania ciąży. Pożądane jest zatem wprowadzenie odpowiedniej regulacji pozwalającej na sprawniejsze rozpatrywanie takich spraw. Wzorem mogą być rozwiązania przyjęte w powołanej już ustawie czeskiej o sztucznym przerywaniu ciąży. Zgodnie z sekcją ósmą tej ustawy w wypadku, gdy lekarz nie stwierdzi warunków do sztucznego przerwania ciąży, kobieta może w ciągu 3 dni zwrócić się o ponowne rozpatrzenie jej wniosku do biegłego powiatowego w dziedzinie ginekologii i położnictwa. Biegły ten rozpatruje wniosek w terminie 2 dni od jego doręczenia. Swoją decyzję podejmuje po konsultacjach z dwoma innymi lekarzami w dziedzinie położnictwa i ginekologii, a także może zwrócić się do lekarza innej specjalności, właściwej ze względu na stan zdrowia kobiety ciężarnej. Jeżeli stwierdzi, że zachodzą przesłanki do sztucznego przerwania ciąży, powiadamia o tym kobietę i jednocześnie wskazuje placówkę medyczną, w której może zostać wykonany zabieg. Jeśli natomiast nie dostrzeżę potrzeby sztucznego przerwania ciąży, a kobieta nadal domaga się wykonania takiego zabiegu, biegły powiatowy przekazuje jej pisemny wniosek do rozpatrzenia biegłemu okręgowemu w dziedzinie ginekologii i położnictwa. Ustawa stanowi, że przekazanie takie powinno nastąpić niezwłocznie, czyli możliwie jak najszybciej. Biegły okręgowy również posiłkuje się opinią dwóch innych lekarzy w dziedzinie ginekologii i położnictwa oraz może zasięgnąć konsultacji u lekarza innej specjalności. Wniosek rozpatruje w terminie 3 dni od jego doręczenia. Jeżeli stwierdza przesłanki do sztucznego przerwania ciąży, informuje o tym kobietę i wskazuje placówkę, w której zabieg będzie wykonany. Natomiast po stwierdzeniu braku takich przesłanek powiadamia o tym kobietę i w ten sposób kończy procedurę. Rozstrzygnięcie to jest ostateczne i nie podlega dalszemu zaskarżeniu. Z unormowania tego wynika zatem, że kontrola orzeczenia lekarskiego następuje w dwóch etapach, w stosunkowo krótkim czasie. Wydaje się więc, że jest to rozwiązanie korzystne z punktu widzenia ochrony praw kobiety ciężarnej.

Mając na względzie, że polski ustawodawca w żaden sposób nie dookreślił uwarunkowań dotyczących zagrożenia zdrowia psychicznego kobiety ciężarnej, które usprawiedliwiałyby przerwanie ciąży, konieczna jest ocena *in concreto* dokonywana przez lekarza psychiatrę. Kierując się aktualną wiedzą medyczną oraz doświadczeniem w zakresie psychiatrii, można jednak wskazać pewne stany, których wystąpienie może leć u podstaw wydania omawianego orzeczenia [26]. Okoliczności te zostaną przybliżone w kolejnej, medycznej części artykułu.

3. Zaburzenia psychiczne związane z ciążą

W przeciwieństwie do potocznie panujących przekonań ciąża i połóg nie są czynnikami ochronnymi dla zdrowia psychicznego kobiet. W istocie uważa się, że żaden inny okres w ich życiu nie niesie ze sobą tak wysokiego ryzyka rozwoju *de novo* zaburzeń afektywnych lub psychozy jak pierwsze 4 tygodnie po porodzie. Szczególnie zwiększona podatność jest obserwowana w trakcie ciąży (największe ryzyko w II i III trymestrze) i przez pierwszych 6 miesięcy po porodzie [27]. Jedynym okołoporodowym zaburzeniem nastroju, które nie wymaga interwencji terapeutycznej i nie stanowi zagrożenia dla kobiet, jest przygnębienie poporodowe (*postpartum blues*; *maternity blues*). To zjawisko powszechne, dotyczące od 40% do 85% kobiet [28]. Jest ono konsekwencją gwałtownego obniżenia poziomu hormonów oraz stresu towarzyszącego porodowi. Objawy pojawiają się w ciągu 10 dni po porodzie, ze szczytem nasilenia między 3 a 5 dniem i tendencją do samoograniczania się w czasie. Depresja poporodowa natomiast dotyczy około 15% kobiet, lecz wiadomo, że u około 7–13% pacjentek objawy w rzeczywistości rozwijają się już w czasie trwania ciąży [27]. Z kolei psychozy okołoporodowe dotyczą 0,2% kobiet i najczęściej należy rozpatrywać je jako epizody afektywne o ciężkim nasileniu ze współistniejącymi objawami psychotycznymi [29, 30]. Szczególnie wysokie ryzyko psychozy, wynoszące około 25–50% po każdym porodzie, występuje u pacjentek, które przebyły psychozę poporodową przy poprzedniej ciąży lub też chorowały wcześniej na zaburzenie afektywne dwubiegunowe. Dodatkowym istotnym czynnikiem ryzyka jest obciążenie rodzinne tymi schorzeniami. Niemniej także pierwotnie przebyta psychoza afektywna po urodzeniu dziecka implikuje istotnie większe niż w populacji ogólnej ryzyko zachorowania na zaburzenie afektywne dwubiegunowe (35–65%) [31]. Znacznie rzadziej obserwowane są psychozy okołoporodowe odpowiadające obrazem klinicznym schizofrenii. W obu wypadkach klinicznych nasilenie objawów może być bardzo ciężkie i zwykle wymaga pilnej interwencji psychiatrycznej oraz hospitalizacji. Nie należy zapominać, że w okresie okołoporodowym może także dochodzić do nawrotu lub zaostrzenia istniejących już chorób lub zaburzeń psychicznych, zwłaszcza w sytuacji, gdy pacjentka nagle zaprzestanie leczenia farmakologicznego w związku z zajściem w ciążę [32].

Wiadomo, że myśli samobójczych doświadczą od 5% do 14% kobiet, które w okresie okołoporodowym poszukują pomocy psychiatrycznej [33]. Do istotnych czynników ryzyka samobójstwa w tej populacji zalicza się: rozpoznanie choroby afektywnej jednobiegunowej lub dwubiegunowej, podejmowanie prób samobójczych w przeszłości, nagle odstawienie leków psychiatrycznych w ciąży, zaburzenia snu w okresie poporodowym, agresję ze strony partnera, urodzenie martwego dziecka, młody wiek matki oraz niechcianą i nieplanowaną ciążę [34, 35]. Samobójstwo to jedna z najczęstszych przyczyn śmiertelności okołoporodowej kobiet [33], a ryzyko suicydalne pozostaje wysokie jeszcze przez rok po urodzeniu dziecka. Szacuje się, że około 4,5% kobiet z okołoporodową depresją psychotyczną dokonuje dzieciobójstwa. Zwykle czyny takie są motywowane egosyntonicznymi przekonaniami urojeniowymi, co dodatkowo zwiększa prawdopodobieństwo ich realizacji [36].

4. Orzeczenie lekarza psychiatry

Biorąc pod uwagę aktualną wiedzę medyczną dotyczącą zaburzeń psychicznych okresu okołoporodowego, nie budzi wątpliwości, że choroby psychiczne, w szczególności aktywne psychozy, w niemal każdym wypadku będą stanowiły realne i poważne zagrożenie nie tylko dla zdrowia, ale nierzadko także dla życia kobiety ciężarnej. Jednakże brak rozpoznania choroby psychicznej nie jest tożsamy ze zdrowiem psychicznym. Nie można zapominać, że również rozpoznania zaliczane do zaburzeń psychicznych, którym zwyczajowo przypisuje się mniejsze znaczenie, mogą okazać się przesłanką przemawiającą za zagrożeniem zdrowia lub życia. Ze względu na podkreślane tu wielokrotnie niedoprecyzowanie definicji zagrożenia zdrowia kobiety każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie. Znaczenie ma bowiem nie tylko diagnoza, ale też dotychczasowy przebieg leczenia (efekty terapeutyczne, współpraca pacjentki w leczeniu, dynamika i utrzymywanie się objawów). Kluczowe jest ponadto uwzględnienie czynników nasilających zaburzenia lub sprzyjających pojawieniu się zaburzeń psychicznych, czynników ryzyka samobójstwa, ale i czynników chroniących. Paradoksalnie pacjentka z rozpoznaniem np. zaburzeń depresyjnych, lecz z wieloletnimi remisjami, łagodnym przebiegiem epizodów, wspierającą rodziną i partnerem, w stabilnej sytuacji socjalnej, może rokować lepiej niż kobieta z np. diagnozą zaburzeń osobowości czy zaburzeń adaptacyjnych, doświadczająca licznych deprywacji emocjonalnych, pozbawiona wsparcia rodziny, partnera, z wywiadem samookaleczeń, prób samobójczych, w trudnej sytuacji socjalnej, w nieplanowanej ciąży.

Należy przypuszczać, że w wielu wypadkach lekarz psychiatra będzie wydawał zaświadczenie o stanie zdrowia pacjentki ciężarnej po jednorazowej konsultacji w szpitalu niepsychiatrycznym lub w ambulatorium. Wydanie opinii/zaświadczenia powinno być zawsze poprzedzone osobistym badaniem pacjentki. Jest to zadanie szczególnie trudne, ponieważ dotyczy zagadnień wielkiej wagi, a postępowanie psychiatry może być weryfikowane i oceniane zarówno przez pacjentkę, jej bliskich, lekarzy innych specjalności, jak i przez organy państwowe. Z pewnością łatwiej jest wydać tego rodzaju orzeczenie lekarzowi, który zajmował się leczeniem psychiatrycznym kobiety jeszcze przed ciążą, zna dobrze jej sytuację osobistą i dotychczasową historię choroby. W ocenie autorów tego artykułu u każdej pacjentki, a zwłaszcza w wypadku jednorazowego badania psychiatrycznego, psychiatra nie powinien ograniczać się wyłącznie do postawienia diagnozy i wydania krótkiego orzeczenia o ewentualnym zagrożeniu dla zdrowia kobiety. Uzasadnione byłoby obszerniejsze opisanie informacji z anamnezy, z uwzględnieniem sytuacji rodzinnej i wywiadu społeczno-ekonomicznego [37, 38]. Konieczne jest także odniesienie do ryzyka samobójczego w kontekście nie tylko obecnych, ale i przeszłych objawów lub ewentualnie podejmowanych prób samobójczych. Jak wspomniano w pierwszej części artykułu, zagrożenie dla zdrowia kobiety nie zostało dookreślone jako bezpośrednie, a zatem konsultant psychiatra powinien niejako antycypować dalszą eskalację objawów psychopatologicznych wraz z ich potencjalnymi negatywnymi konsekwencjami dla różnych sfer życia kobiety, a także możliwościami terapii i rokowaniem. Zadanie psychiatry jest tym bardziej trudne i obciążone odpowiedzialnością, że wnioski z jego opinii muszą opierać się

na aktualnie stwierdzanych objawach oraz przewidywanych scenariuszach dalszego przebiegu zaburzeń psychicznych. Analizy wymaga ponadto spodziewana reakcja emocjonalna kobiety na informację o chorobie dziecka i jego nieuniknionej śmierci, ale także na potencjalne zagrożenie dla własnego zdrowia lub życia. Może to skutkować nawet skrajnie nasilonymi objawami psychopatologicznymi, w tym lękowymi, dezorganizującymi codzienne funkcjonowanie. W tym wypadku struktura osobowości, mechanizmy regulacji emocji i radzenia sobie ze stresem mają niebagatelne znaczenie, nawet jeśli kobieta nie ma objawów choroby psychicznej [38]. Zatem optymalne wydaje się przedstawienie w zaświadczeniu wystawianym przez lekarza swego rodzaju wywodu z opinii psychiatrycznej, uzasadniającego jej wnioski. Autorzy niniejszego artykułu zaproponowali przykładowy wzór zaświadczenia, który może być pomocny w formułowaniu opinii specjalisty psychiatry w wypadku konsultacji dotyczących terminacji ciąży w świetle obecnie obowiązujących przepisów prawa.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres:

Diagnoza:

Orzeczenie:

Stwierdza się, że zdiagnozowane zaburzenia psychiczne/choroba psychiczna występujące w okresie ciąży stanowią zagrożenie dla życia/zdrowia kobiety ciężarnej, co spełnia przesłankę dopuszczalności przerwania ciąży, o której mowa w art. 4a ust. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. z 2022 r., poz. 1575).

(W orzeczeniu należy podać, czy stwierdzone zaburzenia/choroba psychiczna obecnie lub w dalszym okresie ciąży mogą spowodować realne zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej).

Uzasadnienie:

(W tej części należy wskazać – na podstawie zabranych informacji, wywiadu, dokumentacji medycznej itp. – jak stwierdzone zaburzenia psychiczne/choroba psychiczna mogą wpłynąć na zdrowie kobiety ciężarnej, w szczególności czy obecnie, ewentualnie w dalszym okresie przebiegu ciąży, mogą nasilić się objawy prowadzące do zagrożenia dla zdrowia/życia pacjentki. Należy wskazać, jakie czynniki przemawiają za takim orzeczeniem – np. dotychczasowy przebieg choroby, brak wsparcia osoby najbliższej, trudna sytuacja rodzinna, które mogą negatywnie oddziaływać na dobrostan psychiczny kobiety ciężarnej).

Data

Pieczęć i podpis lekarza

Piśmiennictwo

1. Art. 152 § 1 k.k.
2. Dz. U. z 2022 r., poz. 1575.
3. Dz. U. Nr 9, poz. 49 (2004; 103: 698–709).
4. Zielińska E. *Wzajemne relacje w zespołowym działaniu medycznym w aspekcie odpowiedzialności karnej i zawodowej*. Prawo i Medycyna 2001; 9: 38–47.
5. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514> (dostęp: 18.02.2024).
6. Zielińska E. *Oceny prawnokarne przerywania ciąży. Studium porównawcze*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego; 1986. S. 194–204.
7. Konarska-Wrzosek V. *Ochrona dziecka w polskim prawie karnym*. Toruń: TNOiK „Dom Organizatora”; 1999. S. 10–23.
8. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1986-66> (dostęp: 18.02.2024).
9. Dubisz S. red. *Wielki słownik języka polskiego PWN*, t. 5. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2018. S. 826.
10. Roźniatowski T. red. *Mała encyklopedia medycyny*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1979. S. 1426–1427.
11. Jakubowska-Winecka A, Włodarczyk D. red. *Psychologia w praktyce medycznej*. Warszawa: PZWL; 2007. S. 36.
12. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. (Dz. U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477 z późn. zm.).
13. Kubiak R. *Odpowiedzialność karna za wykonywanie zabiegów kosmetycznych. Zagadnienia teorii praktyki*. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2012. S. 140–148.
14. Sygn. akt. I OSK 117/07, LEX nr 454083.
15. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 17 listopada 2008 r., sygn. akt: I OSK 1467/07, LEX nr 525958 oraz wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 18 marca 2009 r., sygn. akt: II SA/Po 842/08, LEX nr 543882.
16. Dz. U. z 2022 r., poz. 2123.
17. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 12 lutego 1997 r., sygn. akt: II CKU 72/96, OSNC 1997/6-7/84; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 r., sygn. akt: I CKN 1149/98, LEX nr 50831.
18. Pismo z dnia 20 lipca 2023 r., znak ZPR.660.24.2023.AB. https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/202307/Odpowiedz_MZ_aborcja_zdrowie_psychiczne_20.07.2023.pdf (dostęp: 7.08.2023).
19. Pismo z dnia 27 lipca 2023 r., znak: RzPP-DPR-WPZ.420.30.2023.PP. https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2023-07/Odpowiedz_RPP_aborcja_zdrowie_psychiczne_27.07.2023.pdf (dostęp: 7.08.2023).
20. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-aborcja-zdrowie-psychiczne-matki-mz-rpp-odpowiedzi> (dostęp: 7.08.2023).
21. Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 maja 1997 r., sygn. akt: K 26/96, OTK 1997/2/19.
22. Art. 157a k.k.
23. Lachowski J. *Stan wyższej konieczności w polskim prawie karnym*. Warszawa: C.H. Beck; 2005. S. 80–84.

24. Zoll A. W: Zoll A. red. *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*, t. 2. Warszawa: Wolters Kluwer; 2013. S. 333.
25. Dz. U. z 2023 r., poz. 1545 z późn. zm.
26. W drodze zarządzenia z dnia 12 czerwca 2023 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania wytycznych dla podmiotów leczniczych w zakresie procedur związanych z zakończeniem ciąży (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 42).
27. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. *Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review*. *Obstet. Gynecol.* 2004; 103(4): 698–709.
28. Luciano M, Sampogna G, Del Vecchio V, Giallonardo V, Perris F, Carfagno M i wsp. *The transition from maternity blues to full-blown perinatal depression: Results from a longitudinal study*. *Front. Psychiatry* 2021; 12: 703180. Doi: 10.3389/fpsyt.2021.703180
29. Munk-Olsen T, Laursen TM, Mendelson T, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. *Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period*. *Arch. Gen. Psychiatry* 2009; 66(2): 189–195.
30. Bergink V, Berg den MP, Koorengel KM, Kupka R, Kushner SA. *First-onset psychosis occurring in the postpartum period: A prospective cohort study*. *J. Clin. Psychiatry* 2011; 72(11): 1531–1537.
31. Bergink V, Kushner SA. *Postpartum psychosis*. W: Galbally M, Snellen M, Lewis A. red. *Psychopharmacology and pregnancy*. New York: Springer; 2014. S. 139–149.
32. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, Nonacs R, Newport DJ, Viguera AC i wsp. *Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment*. *JAMA* 2006; 295(5): 499–507. Erratum in: *JAMA*. 2006; 296(2): 170.
33. Rodriguez-Cabezas L, Clark C. *Psychiatric emergencies in pregnancy and postpartum*. *Clin. Obstet. Gynecol.* 2018; 61(3): 615–627.
34. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. *Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum*. *Arch. Womens Ment. Health* 2005; 8(2): 77–87.
35. Orsolini L, Valchera A, Vecchiotti R, Tomasetti C, Iasevoli F, Fornaro M i wsp. *Suicide during perinatal period: Epidemiology, risk factors, and clinical correlates*. *Front. Psychiatry* 2016; 7: 138. Doi: 10.3389/fpsyt.2016.00138.
36. Brockington I. *Suicide and filicide in postpartum psychosis*. *Arch. Womens Ment. Health* 2017; 20(1): 63–69.
37. Pinna G, Almeida FB, Davis JM. *Allopregnanolone in postpartum depression*. *Front. Glob. Womens Health* 2022; 3: 823616. Doi: 10.3389/fgwh.2022.823616.
38. Reid HE, Pratt D, Edge D, Wittkowski A. *Maternal suicide ideation and behaviour during pregnancy and the first postpartum year: A systematic review of psychological and psychosocial risk factors*. *Front. Psychiatry* 2022; 13: 765118. Doi: 10.3389/fpsyt.2022.765118.

Adres: Małgorzata Urban-Kowalczyk
Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
92-26 Łódź, ul. Czechosłowacka 8/10
e-mail: małgorzata.urban@umed.lodz.pl

Otrzymano: 30.09.2023

Zrecenzowano: 28.01.2024

Otrzymano po poprawie: 27.02.2024

Przyjęto do druku: 29.03.2024