

MGR JUSTYNA LUTKOWSKA

AKADEMLA HUMANITAS

ORCID: 0009-0001-4990-6626

Przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne jako przyczyna niepoczytalności i poczytalności znacznie ograniczonej sprawczyni czynu zabronionego

DOI: 10.70537/PPM/210277

S t r e s z c z e n i e

Niniejszy artykuł dotyczy kluczowej tematyki związanej z odpowiedzialnością karną, jaką jest niepoczytalność i poczytalność znacznie ograniczona. Za grupę stanów mogących wywierać wpływ na poczytalność sprawcy czynu zabronionego uznaje się „inne zakłócenia czynności psychicznych”, a do grupy tej zaliczyć można przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne. Zaburzenie to dotyka wyłącznie kobiet i cechuje się występowaniem zarówno objawów o charakterze somatycznym, jak i psychiatrycznym. Celem przedmiotowego opracowania jest przede wszystkim przybliżenie tematyki przedmiesiączkowego zaburzenia dysforycznego z punktu widzenia uznania tej jednostki nozologicznej jako jedno ze źródeł niepoczytalności i poczytalności znacznie ograniczonej. Przy tym analiza zagadnienia skutkuje wnioskiem, że przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne może prowadzić do znacznego ograniczenia poczytalności, natomiast w niektórych przypadkach wykluczać nie należy nawet zupełnego wyłączenia poczytalności sprawczyni w trakcie dokonywania przez nią czynu zabronionego.

Słowa kluczowe: przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne, niepoczytalność, poczytalność znacznie ograniczona, odpowiedzialność karna kobiet

Wprowadzenie

Przedmiotem niniejszego artykułu jest przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne, inaczej ciężka postać zespołu napięcia przedmiesiączkowego, w perspektywie uznania tego zaburzenia za możliwą przyczynę zupełnego zniesienia poczytalności albo znacznego ograniczenia poczytalności sprawcy czynu zabronionego. Zagadnienie to jest nieczęsto poruszane w literaturze przedmiotu i ze względu na doniosłe znaczenie instytucji, jaką są niepoczytalność i poczytalność znacznie ograniczona, wymaga ono szerszych analiz. Artykuł ten przygotowany został z uwzględnieniem najnowszej literatury medycznej, w oparciu o metodę dogmatyczno-prawną.

W głównej mierze niniejsze opracowanie koncentruje się na udzieleniu odpowiedzi na pytanie, czy objawy psychopatologiczne występujące w przebiegu przedmiesiączkowego zaburzenia dysforycznego mogą zakłócać czynności psychiczne sprawcy czynu zabronionego w takim stopniu, że dojść może do wystąpienia stanu znacznego ograniczenia poczytalności lub do stanu zupełnego jej wyłączenia?

Chociaż w populacji ogólnej zdecydowanie znacznie mniej kobiet niż mężczyzn popełnia czyny zabronione, to bez żadnych wątpliwości należy uznać za równorzędną wagę zagadnień związanych z kobietą i męską przestępczością, przy czym w literaturze wskazuje się na pewne różnice tego zjawiska zależne od płci. Za jedną z przyczyn zachowań antyspołecznych kobiet uznaje się uwarunkowania biologiczne, które niekiedy łączone są między innymi ze stanami fizjologicznymi związanymi z żeńską fluktuacją hormonalną¹. W przedmiotowym opracowaniu zwrócono więc także uwagę na kwestie zaburzeń przedmiesiączkowych jako potencjalnego czynnika determinującego kobiece zachowania przestępcze.

Szacuje się, że w fazie lutealnej cyklu miesiączkowego około 80% kobiet doświadcza co najmniej jednego z grupy objawów fizycznych lub psychiatrycznych związanych z okresem przedmiesiączkowym. U po-

¹ W. Zalewski, *Biologiczne i biosocjologiczne uwarunkowania przestępczości*, [w:] E. Drzazga, M. Grzyb (red.), *Nowe kierunki w kryminologii*, Warszawa 2018, s. 42.

szczególnych osób symptomy te różnią się nasileniem i przybierają postać od łagodnych do wręcz takich, które uniemożliwiają prawidłowe funkcjonowanie². Natomiast w populacji ogólnej kobiet w wieku rozrodczym, u których występują cykle owulacyjne, około 47% z nich doświadcza zespołu napięcia przedmiesiączkowego (ang. *Premenstrual Syndrome* – dalej jako PMS). Najogólniej zespół napięcia przedmiesiączkowego określić można jako stan, na który składa się grupa zarówno somatycznych, psychicznych i behawioralnych objawów. Symptomy PMS ujawniają się w fazie lutealnej cyklu miesięczkowego, zwykle na około 10 dni przed rozpoczęciem krwawienia miesięcznego. Do ustania objawów dochodzi natomiast w pierwszych dniach miesiączki lub w momencie jej zakończenia³.

W piśmiennictwie opisanych zostało co najmniej 150 symptomów związanych z okresem przedmiesiączkowym, a do najczęstszych z nich w obrębie grupy objawów psychicznych (afektywnych) zalicza się: wahania nastroju, drażliwość, poczucie niepokoju i napięcia wewnętrznego, obniżenie nastroju i stan depresyjny, wrażliwość na odrzucenie, płaczliwość, utratę samokontroli, trudności z koncentracją uwagi, brak zainteresowania podejmowaniem aktywności. Jako najczęściej występujące symptomy fizyczne wskazuje się z kolei takie jak: bóle i zawroty głowy, zmiany skórne, napięcie i tkiwość piersi, osłabienie mięśniowe czy przyrost masy ciała⁴.

Jedno z badań dotyczących częstości występowania objawów zespołu napięcia przedmiesiączkowego przeprowadzone wśród 122 polskich kobiet w wieku od 16 do 45 lat wykazało, że wszystkie ankietowane kobiety doświadczyły w swoim życiu jakichkolwiek objawów PMS, natomiast 23% kobiet z tego powodu odbyło wizytę u lekarza ginekologa. Z kolei 30,4% z badanych wskazało, że objawy zespołu napięcia przedmiesiączkowego uniemożliwiają im codzienne funkcjonowanie i były one w związku z tym

² M. Kotlicka-Antczak, *Zaburzenia psychiczne związane z cyklem menstruacyjnym*, [w:] M. Urban-Kowalczyk (red.), *Zaburzenia psychiczne kobiet*, Warszawa 2020, s. 13.

³ A. Balanda-Baldyga, K. Pałucka, J. Niedźwiedz i in., *Objawy zespołu napięcia przedmiesiączkowego u kobiet w wieku rozrodczym – badania wstępne*, „Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio” 55, 3/2023, s. 28.

⁴ D. Maciejewska, K. Kapłon, L. Wojtala i in., *Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder From the theory to the clinical approach*, „Journal of Education Health and Sport” 31, 1/2023, s. 36-37.

zmuszone do wycofania się z aktywności społecznej, zawodowej i osobistej. Aż 72% ankietowanych uznało, że najbardziej nasilone objawy PMS wiązały się z ich sferą psychologiczną. U 90,2% respondentek najsilniej objawiała się drażliwość, u 75,4% labilność emocjonalna, kolejno u 73,8% obniżenie nastroju, a 52,5% badanych odczuwało niepokój i poczucie napięcia psychicznego. Złość, gniew i irytacja dotyczyły 24,6% ankietowanych kobiet, natomiast problemy z koncentracją ujawniły się u 23,8% respondentek⁵.

Charakterystyka przedmiesiączkowego zaburzenia dysforycznego jako zaburzenia z pogranicza psychiatrii i ginekologii

W wiodących klasyfikacjach medycznych jako ciężka postać zespołu napięcia przedmiesiączkowego wyodrębniona została jednostka diagnostyczna o nazwie przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne (ang. *Premenstrual Dysphoric Disorder* – dalej jako PMDD). Zaburzenie to charakteryzuje się zintensyfikowanymi objawami zespołu napięcia przedmiesiączkowego, co przekłada się często na ciężkie upośledzenie funkcjonowania psychospołecznego dotkniętej nim kobiety⁶.

Dotychczas przeprowadzone analizy sugerują, że na przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne w populacji ogólnej cierpieć może około 3-8% miesięczkujących kobiet⁷. Dodatkowo w literaturze wskazuje się na fakt, że w przypadku omawianego zaburzenia często dochodzi do postawienia późnej diagnozy nozologicznej. Pierwsze objawy PMDD pojawiają się zwykle około 15 roku życia kobiety, podczas gdy do rozpoznania zaburzenia przez specjalistę dochodzi średnio, dopiero kiedy pacjentka ukończy 35 lat. Przez około 20 lat wiele osób nie uzyskuje więc adekwatnej diagnozy i leczenia. Natomiast otrzymanie w jak najszybszym czasie pomocy medycznej przynieść może istotne korzyści zdrowotne i znacz-

⁵ P. Kozłowski, M. Kozłowska, K. Kozłowska i in., *Ocena częstości występowania objawów zespołu napięcia przedmiesiączkowego u młodych kobiet*, „Journal of Education Health and Sport” 7, 7/2017, s. 869-870.

⁶ A. Balanda-Baldyga, K. Palucka, J. Niedźwiedź i in., *Objawy zespołu...*, op. cit., s. 28.

⁷ Ibidem.

nie podnieść komfortu życia⁸. Przeprowadzone w Japonii badania wykazały, że kobiety mają niewystarczającą wiedzę dotyczącą PMDD i często nie chcą rozmawiać o objawach związanych z menstruacją z lekarzami płci męskiej. Przedstawicielki płci żeńskiej uważają także niekiedy, że powinny one akceptować dyskomfort związany z miesiączką. Takie przekonanie wśród kobiet występuje jednak nie tylko wśród populacji japońskiej, lecz również na całym świecie⁹.

Podkreślić należy, że w literaturze przedmiotu wskazuje się, że zarówno definiowanie, diagnozowanie, jak i leczenie zaburzeń przedmiesiączkowych stanowi aktualnie duże wyzwanie dla specjalistów. Przy tym trzeba mieć na uwadze, że przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne może mieć negatywny wpływ na funkcjonowanie kobiety w stopniu porównywalnym nawet do ciężkiego epizodu depresji¹⁰. Ponadto, zapadnięcie na PMDD istotnie zwiększa ryzyko myśli samobójczych i podejmowania prób samobójczych¹¹. Przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne cechuje się także wysokim czynnikiem współchorobowości z zaburzeniami psychicznymi. Najczęściej kobiety cierpią dodatkowo na depresję, w tym także depresję poporodową, zaburzenia lękowe czy zaburzenia afektywne dwubiegunowe¹².

Przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne zostało uznane jako jednostka nozologiczna i włączona tym samym do systemów klasyfikacji

⁸ D. Islas-Preciado, L. Ramos-Lira, E. Estrada-Camarena, *Unveiling the burden of premenstrual dysphoric disorder: a narrative review to call for gender perspective and intersectional approaches*, „Frontiers in Psychiatry” 15/2025, DOI: 10.3389/fpsy.2024.1458114, <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2024.1458114/full>.

⁹ Y. Fuse-Nagase, Y. Kono, *Understanding of premenstrual dysphoric disorder and premenstrual syndrome among professionals in Japanese university health services: A survey with simulated cases*, „Asian Journal of Psychiatry” 102/2024, DOI: 10.1016/j.ajp.2024.104275, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187620182400368X>.

¹⁰ E. Cary, P. Simpson, *Premenstrual disorders and PMDD – a review*, „Best practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism” 31, 1/2024, DOI: 10.1016/j.beem.2023.101858, <https://www.sciencedirect.com/-science/article/pii/S1521690X23001343>.

¹¹ Zob. H. Yan, Y. Ding, W. Guo, *Suicidality in patients with premenstrual dysphoric disorder – A systematic review and meta-analysis*, „Journal of Affective Disorders” 295/2021, s. 339-346.

¹² H. Eccles, V. Sharma, *The association between premenstrual dysphoric disorder and depression: A systematic review*, „Journal of Affective Disorders Reports” 12/2023, DOI: 10.1016/j.jadr.2023.100504, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666915323000422>.

chorób i zaburzeń psychicznych dopiero niedawno. Kryteria diagnostyczne omawianego zaburzenia zostały pierwszorazowo zaproponowane w Diagnostycznym i Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychiczych opublikowanym przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w 1987 roku (DSM-3-R). Zostały one zamieszczone w załączniku niniejszego podręcznika, z uwzględnieniem tego, że jest to proponowana jednostka diagnostyczna, która wymaga prowadzenia dalszych badań. Natomiast przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne zostało po raz pierwszy w ogóle uwzględnione jako stan patologiczny i włączone do klasyfikacji medycznych w latach 90. ubiegłego wieku. Z kolei za całkowicie odrębną i „samodzielną” jednostkę nozologiczną PMDD zostało uznane dopiero w Amerykańskim Diagnostycznym i Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychiczych opublikowanym w 2013 roku (dalej jako DSM-5) oraz w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, wydanej w 2019 roku przez Światową Organizację Zdrowia (dalej jako ICD-11)¹³.

Co ciekawe, twórcy klasyfikacji DSM-5 ze względu na występującą przewagę objawów psychiatrycznych (afektywnych), przyporządkowali przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne do nadrzędnej grupy klasyfikacyjnej, jaką są zaburzenia depresyjne, natomiast w treści ICD-11 przedmiotowe zaburzenie zostało zaliczone do grupy chorób układu moczowo-płciowego¹⁴. Pomimo przedstawionej różnicy, kryteria diagnostyczne PMDD w ujęciu dwóch powyżej wymienionych klasyfikacji nie odbiegają od siebie w stopniu znacznym. Zarówno według DSM-5, jak i ICD-11 w celu postawienia diagnozy wymagane jest przede wszystkim, aby w fazie lutealnej cyklu miesięczkowego u kobiety wystąpił co najmniej jeden afektywny objaw taki jak: labilność nastroju, drażliwość, obniżony nastrój (nastój depresyjny) lub lęk. Obydwa systemy klasyfikacyjne wskazują także na powinność wystąpienia dodatkowych symptomów o charakterze somatycznym lub kognitywnym w postaci: letargu, nadmiernej senno-

¹³ S. Paul, A. Pal, *Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: A Review of their History with an Eye on Future*, „Annales of Indian Psychiatry” 6, 4/2022, s. 395-396.

¹⁴ A. Balanda-Baldyga, K. Pałucka, J. Niedźwiedz i in., *Objawy zespołu...*, op. cit., s. 29.

ści, przejadania się, tklivości w obrębie piersi, bólu stawów, trudności z koncentracją. ICD-11 wskazuje odrębnie na dodatkowy objaw, jakim jest zapominanie, natomiast DSM-5 na symptomy, jakimi są poczucie przytłoczenia, utraty kontroli oraz wykazywanie w umniejszonym stopniu zainteresowania podejmowanymi dotychczas czynnościami. Wedle obydwu omawianych klasyfikacji wymienione objawy powinny występować w przeciągu jednego roku podczas większości cykli menstruacyjnych, swój początek mieć na około tydzień przed rozpoczęciem miesiączki, a całkowicie ustąpić na około tydzień po jej ustaniu. Ponadto, wymagane jest, aby występujące symptomy przysparzały kobiecie znacznego cierpienia lub upośledzały jej codzienne funkcjonowanie w różnego typu ważnych dla niej obszarach życiowych i nie są one jednocześnie wynikiem zaostrzenia objawów zaburzeń psychicznych. Aby postawić diagnozę przedmiesiączkowego zaburzenia dysforycznego, według DSM-5 musi wystąpić łącznie co najmniej pięć lub więcej objawów z obu wyodrębnionych grup, natomiast treść ICD-11 nie wyznacza w tej kwestii żadnego progu¹⁵. Co istotne, jak zostało wskazane w ICD-11, objawy afektywne, które występują w przebiegu PMDD, w tym takie jak nastrój depresyjny, drażliwość i lęk, mogą występować także w innych zaburzeniach z grupy afektywnych, behawioralnych lub neurorozwojowych, przykładowo w przebiegu zaburzenia afektywnego dwubiegunowego, zaburzeń depresyjnych czy uogólnionego zaburzenia lękowego. Z tego powodu w praktyce specjaliści mogą mylić PMDD z różnymi zaburzeniami psychicznymi¹⁶.

Etiologia zaburzeń przedmiesiączkowych nie jest jednoznacznie wyjaśniona. Wyniki badań wskazują przede wszystkim na udział czynników genetycznych oraz podłoże neurobiologiczne, jakimi są nadwrażliwość organizmu na steroidy płciowe oraz dysregulacja w układzie serotonergicznym i GABA-ergicznym. Do zmian w stężeniu hormonów płciowych w fazie lutealnej cyklu menstruacyjnego dochodzi u każ-

¹⁵ T.J. Reilly, S. Patel, I.C. Unachukwu i in., *The prevalence of premenstrual dysphoric disorder: Systematic review and meta-analysis*, „Journal of Affective Disorders” 349/2024, s. 535.

¹⁶ World Health Organization, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision*, <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1526774088>, [dostęp: 8.03.2025 r.].

dej miesięczkującej kobiety, jednak u osób z PMDD występuje swoista wrażliwość na hormony, jakimi są progesteron oraz estradiol, co przekłada się zarówno na funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego, jak i organów obwodowych. U kobiet z PMDD występuje mniejsza gęstość receptorów serotoninowych i zmieniony wzorzec transmisji serotoninergicznej w porównaniu do osób, które nie cierpią na przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne. Organizmy osób z przedmiotowym zaburzeniem cechują się także zmniejszoną reaktywnością receptorów GABA-ergicznych na metabolity progesteronu¹⁷.

Przeprowadzone dotychczas nieliczne badania neuroobrazowe dostarczają informacji, że zarówno na poziomie anatomicznym, jak i funkcjonalnym w mózgach kobiet cierpiących na przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne zachodzą zmiany o charakterze patologicznym. Zmiany te zostały przede wszystkim zaobserwowane w takich rejonach mózgu jak kora przedczołowa, wyspa, mózdzek i ciało migdałowe¹⁸.

Leczenie polegające na umniejszeniu bądź zniesieniu objawów PMDD polega głównie na metodzie farmakologicznej. Jako terapię pierwszego rzutu stosuje się leki z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny, stosowane zwykle także w terapii zaburzeń depresyjnych i lękowych. Jako leczenie drugiego wyboru wdraża się leki, które wpływają na poziom hormonów płciowych, a także te mające na celu zahamować owulację, jak doustne leki antykoncepcyjne. W niektórych przypadkach ostatecznie dochodzi do zabiegu chirurgicznego, polegającego na usunięciu jajników lub całej macicy¹⁹.

Zmiany hormonalne u kobiet jako biologiczny czynnik przestępczości

Jeszcze w pierwszej połowie XX wieku przestępczość wśród kobiet stanowiła zjawisko o charakterze atypowym i incydentalnym, marginalizo-

¹⁷ M. Kotlicka-Antczak, *Zaburzenia psychiczne...*, op. cit., s. 15-17.

¹⁸ Zob. M. Dubol, L. Stürman, J. Wikström i in., *Differential grey matter structure in women with premenstrual dysphoric disorder: evidence from brain morphometry and data-driven classification*, „Translational Psychiatry” 12/2022, DOI: 10.1038/s41398-022-02017-6, <https://www.nature.com/articles/s41398-022-02017-6>.

¹⁹ Zob. I. Sundström-Poromaa, E. Comasco, *New Pharmacological Approaches to the Management of Premenstrual Dysphoric Disorder*, „CNS Drugs” 37/2023, s. 371-379.

wanym przy tym w badaniach kryminologicznych. Wiązało się to między innymi z utrwalonym społecznie stereotypowym wizerunkiem kobiety, która ze względu na swoje odróżniające ją od mężczyzny przymioty i pełnione przez nią role, nie odzwierciedlała wykreowanego w odbiorze społecznym obrazu przestępcy. Podkreślić należy, że przeprowadzane dotychczas badania nad przestępczością kobietą skupiały się na różnych aspektach, przede wszystkim na antropologicznych, biologicznych, socjologicznych, kulturowych czy biopsychologicznych, a zwłaszcza współcześnie uwzględniały one także wielopłaszczyznowy i złożony charakter tego zjawiska²⁰.

Ważne z punktu widzenia omawianej problematyki teorie biologiczne zachowań przestępczych kobiet pojawiły się w XIX wieku, wraz z ukształtowaniem się nauki, jaką jest kryminologia²¹. Natomiast już w tym samym okresie przedstawiciele nurtów biologicznych przeprowadzali swoje badania nad zależnością łamania przez kobiety norm prawnych, a występującą u nich fizjologiczną zmiennością hormonalną. Analizy kobiecych zachowań koncentrowały się przede wszystkim wokół przestępstw popełnianych w fazie lutealnej cyklu miesięczkowego. Psychiatra i kryminolog Cesare Lombroso był jednym z pionierów badań tego typu. W 1984 roku wskazał on, że w grupie osiemdziesięciu kobiet, które zostały zatrzymane na skutek stawiania oporu wobec funkcjonariuszy publicznych, aż 89% z nich w trakcie zdarzenia przechodziło menstruację²².

Kolejno, w XX wieku badania dotyczące zależności pomiędzy zmianami hormonalnymi, cyklem menstruacyjnym u kobiet a przestępczością przeprowadzane były przez różnych badaczy²³. Jednym z nich jest O. Pollack, który w pierwszych dekadach minionego wieku analizował kobiece zachowania i wywnioskował on, że głównym czynnikiem odpowiedzialnym za przestępczość wśród przedstawicielek płci żeńskiej jest ich specyficzna

²⁰ J. Brzezińska, E. Habzda-Siwek, *Kobiety – sprawczynie przestępstw. Wybrane aspekty*, Wrocław 2021, s. 9-16.

²¹ Ibidem, s. 17.

²² M. Dąbrowska-Wnuk, *Biopsychospołeczne aspekty cyklicznej zmienności w obszarze realizowania przez kobiety funkcji prokreacyjnych na przykładzie zespołu napięcia przedmiesiączkowego*, [w:] A. Dworak, K. Leksy (red.), *Kobieta – zdrowie – ciało: perspektywa biopsychospołeczna*, Katowice 2014, s. 66.

²³ Ibidem, s. 66-67.

psychika i fizjologia, upatrywał on podłoża zachowań antyspołecznych w kobiecej naturze. Spostrzegł on, że ciąża czy okres menopauzy mogą wywoływać u kobiet zakłócenia o charakterze psychosomatycznym i być okolicznością sprzyjającą łamaniu przepisów prawa²⁴.

Natomiast za jedną z kluczowych postaci, która w drugiej połowie ubiegłego wieku badała związek pomiędzy zespołem napięcia przedmiesiączkowego, innych fizjologicznych zmian związanych z fluktuacją hormonalną a przestępczością kobiet uważa się lekarza Katharinę Dalton²⁵. W latach 80. brała ona udział w charakterze biegłego sądowego w dwóch słynnych angielskich procesach karnych dotyczących popełnienia morderstw. Sporządzone przez nią specjalistyczne opinie potwierdzające wpływ zespołu napięcia przedmiesiączkowego na stan psychiczny oskarżonych kobiet w trakcie dokonywanego przez nie czynu zabronionego przyczyniły się do uwzględnienia tej okoliczności na korzyść sprawczyń, przy rozstrzyganiu przedmiotowych spraw przez sąd²⁶.

Jeden z wyżej przywołanych procesów karnych odnosi się do oskarżenia Sandry Craddock o dokonanie morderstwa swojej koleżanki. Oskarżona w tym czasie miała już pokaźną przeszłość kryminalną. Kilkadzieśiat razy została ona uznana za winną dopuszczenia się różnych czynów zabronionych, często z użyciem przemocy czy tych związanych z uszkodzeniem mienia. Kobieta na przestrzeni swojego życia wielokrotnie próbowała także popełnić samobójstwo. W trakcie toczącego się postępowania karnego dotyczącego przedmiotowego morderstwa, Katharina Dalton zdiagnozowała u Sandry Craddock niedobór progesteronu oraz ciężką postać zespołu napięcia przedmiesiączkowego, co zdaniem lekarki stanowiło przyczynę zachowań przestępczych i samobójczych oskarżonej. Biegła zasugerowała również, że poddanie sprawczyni terapii hormonalnej złagodzi objawy zaburzenia i tym samym przyczyni się do zapobiegania popełnianiu przez oskarżoną przestępstw w przyszłości. Efektem opinii

²⁴ A.P. Szajna, „Przestępca w spódnicy” – wybrane aspekty przestępczości kobiet, [w:] E. Gruza, T. Tomaszewski, M. Goc (red.), *Problemy współczesnej kryminalistyki*, Warszawa 2017, s. 223.

²⁵ M. Dąbrowska-Wnuk, *Biopsychosocjalne aspekty...*, op. cit., s. 56-66.

²⁶ N. Rose, *The Biology of Culpability: Pathological Identity and Crime Control in a Biological Culture*, „Theoretical Criminology” 4, 1/2000, s. 11.

sądowej sporządzonej przez Katharinę Dalton było przyjęcie przez sąd orzekający w sprawie, że to zespół napięcia przedmiesiączkowego stanowi podłoże zachowań przestępczych sprawczyni. Sandra Craddock została uznana za winną zarzucanego jej czynu, jednak jej odpowiedzialność karna została złagodzona i sąd orzekł wobec niej warunkowe zawieszenie wykonywania kary pozbawienia wolności, z zastrzeżeniem, że skazana podda się terapii hormonalnej polegającej na przyjmowaniu progesteronu²⁷.

Obecnie badania w obrębie nurtu biologicznego przyczyn przestępczości w coraz szerszym zakresie koncentrują się na genetycznych uwarunkowaniach popełniania czynów niezgodnych z prawem. Na coraz szerszą skalę wykorzystuje się także techniki neuroobrazowania mózgu. Wyniki takich badań świadczą o tym, że zachowania osób naruszających porządek prawny związane są z wrodzonymi nieprawidłowościami strukturalnymi i funkcjonalnymi w obrębie ośrodkowego układu nerwowego, głównie w obszarach kory przedczołowej, ciała migdałowatego i hipokampa²⁸. Badania dowiodły także silną korelację pomiędzy poziomem niektórych neuroprzekaźników jak serotonina czy dopamina a zachowaniami przestępczymi o charakterze nieprzemyślanym i agresywnym. Uważa się również, że męskie i żeńskie hormony płciowe, takie jak testosteron i progesteron są predyktorem skłonności do przejawiania irytacji, zachowań o charakterze impulsywnym oraz wrogim²⁹. Przeprowadzane analizy dostarczają także informacji, że zespół napięcia przedmiesiączkowego jest czynnikiem ryzyka agresji werbalnej i fizycznej, a kobiety doświadczające PMS mają w stosunku do kobiet nie cierpiących na zaburzenia przedmiesiączkowe obniżony poziom kontroli złości i silniej odczuwają one gniew³⁰.

Generalnie w polskiej literaturze przedmiotu przeważa aktualnie pogląd, że zachowania przestępcze kobiet posiadają etiologię wieloczynnikową, a dokonywanie czynów zabronionych ma przede wszystkim pod-

²⁷ L. Solomon, *Premenstrual Syndrome: the Debate Surrounding Criminal Defense*, „Maryland Law Review” 54, 2/1995, s. 582.

²⁸ J. Brzezińska, E. Habzda-Siwek, *Kobiety – sprawczynie...*, op. cit., s. 21-32.

²⁹ W. Zalewski, *Biologiczne i biosocjologiczne...*, op. cit., s. 39-40.

³⁰ J. Brzezińska, E. Habzda-Siwek, *Kobiety – sprawczynie...*, op. cit., s. 21-32.

łoże socjologiczne, psychologiczne i biologiczne. Wskazuje się jednocześnie, że na zachowanie jednostki wpływ wywierają takie uwarunkowania biologiczne, które związane są z okresem ciąży, menopauzy czy właśnie z zespołem napięcia przedmiesiączkowego³¹.

Przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne jako inne zakłócenie czynności psychicznych

Niepoczytalność i poczytalność znacznie ograniczona są terminami normatywnymi, a polski ustawodawca nie ustanowił definicji legalnych tych pojęć³². Jednak jak wywieść można z treści art. 31 Kodeksu karnego³³, niepoczytalność sprawcy czynu zabronionego to taki stan, w którym sprawca z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innych zakłóceń czynności psychicznych występujących w czasie dokonywanego czynu, nie mógł w czasie tego czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem. Poczytalność ograniczona w stopniu znacznym występuje natomiast, gdy sprawca w trakcie dokonywanego czynu zabronionego miał ograniczoną w znacznym stopniu zdolność do rozpoznania znaczenia tego czynu lub pokierowania własnym postępowaniem. Możliwe jest także wystąpienie ograniczenia poczytalności w stopniu mniejszym niż znaczny. W polskim porządku prawnym funkcjonuje domniemanie, że każdy sprawca czynu zabronionego jest poczytalny. Dowodzeniu podlega natomiast niepoczytalność lub poczytalność ograniczona. Biorąc pod uwagę sens logiczny, to niepoczytalność uznać należy za przeciwieństwo poczytalności³⁴. Zakłada się więc, że osoby dorosłe w rozumieniu prawnokarnym są świadome podejmowanych przez siebie zachowań oraz zgodnie z własną wolą kierują swoim postępowaniem, prawidłowo przebiegają u nich procesy samokontroli. Są one w stanie

³¹ A. Pękacz-Kilińska, *Kobieta jako sprawczyni zabójstwa w ujęciu kryminologicznym*, [w:] D. Dajnowicz-Piesiecka, E. Jurgielewicz-Delegacz, E.W. Plywaczewski (red.), *Badania kryminologiczne a praktyka. Perspektywa krajowa i międzynarodowa*, Warszawa 2021, s. 412-420.

³² M. Burdzik, *Osoba z zaburzeniami psychicznymi jako uczestnik procesu karnego*, Warszawa 2025, s. 172.

³³ Ustawa z 6.06.1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 17 z późn. zm.).

³⁴ M. Burdzik, *Osoba z zaburzeniami...*, op. cit., s. 172-175.

zrozumieć zarówno prawne, faktyczne, jak i moralno-społeczne znaczenie tego, co czynią. Do badania poczytalności dochodzi natomiast tylko w przypadku powzięcia przez organ prowadzący postępowanie uzasadnionej wątpliwości, że doszło do całkowitego wyłączenia lub ograniczenia poczytalności sprawcy w trakcie dokonywania przez niego czynu zabronionego. Wątpliwość dotycząca stanu psychicznego sprawcy nie musi mieć natomiast charakteru ewidentnego, wystarczający jest chociaż jeden dowód, który wskazuje na powstanie nieprawidłowości w zakresie poczytalności sprawcy³⁵. W przypadku powzięcia przedmiotowych wątpliwości przez organ prowadzący postępowanie, czyli prokuratora lub sędziego, w celu zbadania stanu zdrowia psychicznego sprawcy wymagane jest zasięgnięcie wiadomości specjalnych, co równoznaczne jest co do zasady z powołaniem dowodu z opinii biegłych lekarzy psychiatrów³⁶.

Stwierdzenie niepoczytalności skutkuje brakiem przypisania sprawcy winy i tym samym niepopelnieniem przestępstwa, a więc niemożnością pociągnięcia sprawcy do odpowiedzialności karnej. Z kolei w przypadku ustalenia niepoczytalności ograniczonej sprawcy czynu zabronionego nie zostaje wyłączony byt przestępstwa, jest to natomiast okoliczność winę umniejszająca. Sąd może zastosować w takiej sytuacji instytucję nadzwyczajnego złagodzenia kary³⁷.

Za przyczyny mogące wyłączyć całkowicie lub ograniczyć poczytalność uznaje się tylko chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub inne zakłócenia czynności psychicznych³⁸. Pojęcie choroby psychicznej jest w tym przypadku najczęściej utożsamiane z zaburzeniami psychotycznymi (psychozami)³⁹. W ujęciu medycznym są to zaburzenia psychiczne, które charakteryzują się zakłóceniem lub całkowitym zniesieniem poczuć rzeczywistości oraz wyraźnie ograniczonym, lub całkowitym brakiem

³⁵ M. Miśkiewicz, *Niepoczytalność i poczytalność ograniczona w perspektywie prawno-psychiatrycznej*, „Roczniki Administracji i Prawa” 4, XXIII/2023, s. 207-218.

³⁶ J. Kil, J. Szydło, *Neuroprawo a przypisanie winy sprawcy czynu zabronionego*, „Roczniki Administracji i Prawa” 1, XX/2022, s. 172.

³⁷ M. Burdzik, *Osoba z zaburzeniami...*, op. cit., s. 186-189.

³⁸ M. Miśkiewicz, *Niepoczytalność i poczytalność...*, op. cit., s. 212.

³⁹ F. Bolechala, *Stan psychiczny a odpowiedzialność karna – regulacje prawne i kryteria medyczne w Polsce oraz innych państwach*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” LIX/2009, s. 311.

poczucia choroby. Skutkiem takich zaburzeń jest utrudnienie lub wręcz niemożność pełnienia ról społecznych, w tym problem z zaspokajaniem nawet podstawowych potrzeb życiowych. W obrazie klinicznym występują przykładowo takie objawy psychopatologiczne jak: halucynacje, urojenia, zaburzenia czynności emocjonalnych, świadomości czy napędu psychoruchowego⁴⁰.

Termin upośledzenie umysłowe odnosi się z kolei do wrodzonej lub nabytej niepełnosprawności intelektualnej⁴¹, która przejawia się zahamowaniem lub niepełnym rozwojem sprawności intelektualnej, w tym zdolności poznawczych, mowy, ruchowych i społecznych. Osoba dotknięta takim upośledzeniem nie osiąga adekwatnej do swojego wieku sprawności intelektualnej i należytego poziomu pewnych zdolności adaptacyjnych⁴².

Z punktu widzenia prowadzonych rozważań szczególnej uwagi wymaga ostatnie z wymienionych uprzednio źródeł mogących stanowić podstawę do stwierdzenia niepoczytalności lub poczytalności ograniczonej. Jak wskazuje się w literaturze, inne zakłócenia czynności psychicznych „nie jest to termin odnoszący się wprost do psychiatrycznej aparatury pojęciowej, gdyż obejmuje zarówno zjawiska psychopatologiczne, jak i stany fizjologiczne pozostające poza obszarem zainteresowań i kompetencji psychiatrii. Ogólnie rzecz ujmując, zakłócenia te dotyczą wszelkich sytuacji, w których osobowość człowieka przestaje w sposób właściwy i adekwatny wypełniać swoje funkcje regulacyjne i integracyjne”⁴³. Do przedmiotowej grupy zalicza się więc szeroką gamę stanów o różnym pochodzeniu, zarówno patologicznym, jak i fizjologicznym. Mogą one stanowić wynik krótkich i przemijających reakcji organizmu na różne bodźce pochodzenia wewnętrznego lub zewnętrznego⁴⁴ i wywodzić się również z silnego wzburzenia emocjonalnego⁴⁵.

⁴⁰ M. Burdzik, *Osoba z zaburzeniami...*, op. cit., s. 104-105.

⁴¹ M. Miśkiewicz, *Niepoczytalność i poczytalność...*, op. cit., s. 213.

⁴² M. Burdzik, *Osoba z zaburzeniami...*, op. cit., s. 98-99.

⁴³ F. Bolechała, *Stan psychiczny...*, op. cit., s. 311.

⁴⁴ M. Miśkiewicz, *Niepoczytalność i poczytalność...*, op. cit., s. 215.

⁴⁵ M. Burdzik, *Osoba z zaburzeniami...*, op. cit., s. 176.

Sąd Najwyższy przyjął natomiast „że inne zakłócenie czynności psychicznych, o którym mowa w art. 31 § 1, ma nieraz charakter fizjologiczny albo jest skutkiem takich zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego, które nie są zaburzeniami psychicznymi. Pod tym pojęciem rozumie się zatem nie tylko zaburzenia psychiczne *sensu stricto*, ale też silne emocje, toksemię, skrajne zmęczenie organizmu, zaburzenia neurohormonalne, patologiczne upojenie alkoholowe (...), hipnozę, stany halucynacji, stany pośpiączkowe i po zapaleniu opon mózgowych, zamroczenie wywołane wysoką gorączką albo na tle padaczki czy odurzenie senne, a także zakłócenia będące skutkiem chorób organicznych”⁴⁶.

W doktrynie ugruntowany jest pogląd⁴⁷, że następstwa specyficznych stanów związanych z fluktuacją hormonalną w organizmie kobiety, jak menstruacja, okres ciąży czy dojrzewania płciowego, zaliczane są do kategorii, jaką są inne zakłócenia czynności psychicznych⁴⁸. Jako stany należące do niniejszej kategorii wymienia się również takie pojęcie o charakterze zbiorczym jak „zaburzenia hormonalne”⁴⁹. Jak wskazuje z kolei A. Golonka „zespół napięcia przedmiesiączkowego (*Premenstrual Syndrome* – PMS), a ściślej i niezbyt precyzyjnie – menstruacja, stanowi (...) stosunkowo często przytaczaną w literaturze prawnokarnej przyczynę mogącą uzasadniać stwierdzenie niepoczytalności u sprawcy czynu zabronionego. (...) Zespół objawów, przede wszystkim emocjonalnych, charakteryzujących PMS, w tym m.in. zwiększone napięcie, drażliwość, labilność emo-

⁴⁶ Postanowienie Sądu Najwyższego – Izba Karna z 18.07.2024 r., III KK 173/24, Legalis nr 3104573.

⁴⁷ Należy zaznaczyć, że nie zostały w tym miejscu przywołane również poglądy judykatury, co wynika z braku aktualnych i jednoznacznych wypowiedzi sędziów dotyczących niniejszego zagadnienia, jednak wskazać trzeba, że w omawianej kwestii wypowiedział się niegdyś jednoznacznie Sąd Najwyższy (zob. wyrok Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego – Izba Karna z 7.02.1963 r., V K 423/62, Legalis nr 518613).

⁴⁸ Zob. np. J.K. Gierowski, L.K. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materiałne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Warszawa 2013, s. 118-121; A. Zoll, *Komentarz do art. 31*, [w:] A. Zoll, W. Wróbel (red.), *Kodeks karny. Część Ogólna, Tom I. Część I. Komentarz do art. 1-52*, LEX/el. 2016.

⁴⁹ P. Góralski, *Zakłócenia czynności psychicznych (art. 31 § 1 k.k.) jako podstawa stwierdzenia poczytalności ograniczonej lub niepoczytalności sprawcy czynu zabronionego*, [w:] J. Bojarski, N. Daško, J. Lachowski, T. Oczkowski, A. Ziółkowska (red.), *Współczesne oblicza prawa karnego, prawa wykroczeń, kryminologii i polityki kryminalnej. Księga jubileuszowa dedykowana Profesor Violetcie Konarskiej-Wrzeszek*, LEX/el. 2023.

cjonalna, lęki czy stany depresyjne, nie wydają się w żadnym wypadku uzasadniać zniesienia poczytalności. Pewna wątpliwość może pojawiać się przy postaci dysforycznej zespołu napięcia przedmiesiączkowego (*Premenstrual Dysphoric Disorder* – PMDD), przy której natężenie objawów jest dużo silniejsze niż przy PMS. Z uwagi na niepoznana jeszcze etiologię tego rodzaju zaburzeń pozostaje uznać za specjalistami w dziedzinie psychopatologii, że w przypadku wykluczenia innego rodzaju zaburzeń (np. psychotycznych zaburzeń depresyjnych) w odniesieniu do popełnienia w tym stanie przestępstwa PMDD może prowadzić co najwyżej do ograniczenia w znacznym stopniu poczytalności jego sprawczyni⁵⁰.

W świetle powyższego, uwzględniając jednocześnie etiopatogenezę i kryteria nozologiczne PMDD oraz istotę pojęcia innych zakłóceń czynności psychicznych, jak się zdaje, raczej większych wątpliwości nie budzi zaliczenie przedmiesiączkowego zaburzenia dysforycznego do grupy innych zakłóceń czynności psychicznych. Rozważenia wymaga natomiast kwestia tego, czy objawy PMDD mogą wpłynąć na możliwość rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania postępowaniem w takim stopniu, aby doszło do stanu ograniczenia poczytalności w stopniu znacznym lub całkowitego zniesienia poczytalności sprawczyni czynu zabronionego.

Wystąpienie w praktyce wymienionych powyżej stanów wydaje się zasadne ze względu na charakter objawów dominujących w obrazie klinicznym przedmiesiączkowego zaburzenia dysforycznego oraz na możliwy poziom ich nasilenia. U osoby dotkniętej PMDD z pewnością może dojść do wysokiego lub bardzo wysokiego stopnia natężenia symptomów, na co wskazuje przede wszystkim fakt, że PMDD zostało uznane według DSM-5 za zaburzenie psychiczne i przyporządkowane do nadrzędnej grupy, jaką są zaburzenia depresyjne, a w niektórych przypadkach objawy przedmiesiączkowego zaburzenia dysforycznego mogą występować w nasileniu równoważnym do objawów dominujących w przebiegu ciężkiego epizodu depresji. Zauważyć w tym miejscu również trzeba zbieżność niektórych symptomów w obu wymienionych wyżej zaburzeniach. W literaturze wskazuje się z kolei, że niektóre zaburzenia afektywne, w tym

⁵⁰ A. Golonka, *Niepoczytalność i poczytalność ograniczona*, Warszawa 2013, s. 142-143.

ciężki epizod depresji, mogą w praktyce stanowić przyczynę nawet zupełnego zniesienia poczytalności sprawcy w chwili dokonywania przez niego czynu zabronionego⁵¹.

Ponadto, podkreślić należy, że z psychiatrycznego punktu widzenia w przebiegu PMDD może dojść do wystąpienia specyficznego, patologicznego stanu emocjonalnego określanego mianem dysforycznego. Stan taki polega na przeżywaniu i kolejno uzewnętrznianiu w agresywny sposób negatywnych emocji, takich jak złość, gniew czy wściekłość, które to wystąpiły nieadekwatnie do danej sytuacji. Najczęściej w jego przebiegu dochodzi do ograniczenia zdolności do samokontroli i krytycznej oceny sytuacji⁵². Przedmiotowy stan może mieć charakter napadowy, a wybuch emocjonalny trwać krótko lub może utrzymywać się on ewentualnie przez dłuższy okres. Czynny sprawców będących w stanie dysforycznym cechują się często nagłością, brutalnością, znacznym pobudzeniem psychoruchowym, są nieplanowane i zwykle krótkotrwałe. Może przy tym dojść do wystąpienia fragmentarycznej niepamięci zdarzenia⁵³.

Kontynuując, jedno z możliwych następstw zakłóceń czynności psychicznych, jakim jest niemożność rozpoznania znaczenia dokonywanego czynu, odnosi się do sfery intelektualnej sprawcy i wiąże się z pojęciem świadomości. Najogólniej świadomość, w wąskim ujęciu tego terminu, utożsamiana także z pojęciem przytomności, oznacza zdolność organizmu do odbierania, rejestrowania i przetwarzania informacji, które napływają z otoczenia oraz reagowania na różne bodźce w sposób adekwatny. W ujęciu szerokim na pojęcie świadomości, określanej także mianem „samoświadomości”, składają się aspekty wymienione powyżej, włączając w to dodatkowo element refleksyjności, czyli poczucie istnienia, przeżywania własnych uczuć, tego, co dzieje się w otoczeniu, wraz z umiejętnością odnoszenia swojego życia psychicznego także do przeszłości

⁵¹ P. Galecki, K. Eichstaedt, *Psychiatria sądowa*, Warszawa 2022, s. 175.

⁵² J. Heitzman, *Postępowanie w stanach dysforycznych i zaburzeniach kontroli impulsów*, „Psychiatria Polska” 41, 6/2007, s. 926.

⁵³ M. Gordon, *Zabójcy kwalifikowani ze znacznym stopniem ograniczenia poczytalności (art. 31§ 2 KK)*, [w:] A. Rzepliński, M. Ejchart-Dubois, M. Nielączna (red.), *Dożywotnie pozbawienie wolności. Zabójca, jego zbродnia i kara*, Warszawa 2017, s. 186.

czy przeszłości⁵⁴. Świadomość jednostki zależna jest od prawidłowego funkcjonowania procesów poznawczych, więc niemożność rozpoznania przez sprawcę znaczenia czynu jest przede wszystkim ściśle powiązana właśnie z tymi procesami⁵⁵. Zaliczane są one do podstawowych funkcji organizmu, a dotyczą przetwarzania w układzie nerwowym informacji odebranych z otoczenia, ich przechowywania i przekształcania, na skutek czego dochodzi do reakcji na określoną sytuację i podjęcie przez jednostkę zachowania. Zazwyczaj dzieli się je na elementarne i złożone. Procesy należące do pierwszej z wymienionych grup to głównie spostrzeganie, uwaga, pamięć i wyobrażenie, natomiast te należące do drugiej grupy to myślenie i rozumowanie⁵⁶.

Odnosząc powyższe do przedmiesiączkowego zaburzenia dysforycznego, podkreślić należy, że zarówno treść DSM-5 jak i ICD-11 wskazuje na występowanie zakłóceń czynności poznawczych w przebiegu PMDD, takich jak zaburzenia uwagi (trudności z koncentracją), natomiast ICD-11 wyszczególnia zaburzenia pamięci. Ponadto, symptomy wskazane w przedmiotowych klasyfikacjach medycznych takie jak lęk, obniżony nastrój czy labilność nastroju świadczą o występowaniu w obrazie klinicznym PMDD zaburzenia czynności emocjonalno-motywacyjnych, w których to przebiegu często dochodzi m.in. do zniekształconego przetwarzania informacji, nieprawidłowości w zakresie myślenia dotkniętej nimi osoby, a więc do deficytów poznawczych⁵⁷. Dodać należy, w przypadku pojawienia się w przebiegu PMDD stanu dysforycznego, ze względu na to, że stanowi on silną reakcję emocjonalną, afektywną, wymienione wcześniej zakłócenia czynności poznawczych mogą przybrać znacznie nasilony stopień.

Następstwo zakłóceń czynności psychicznych sprawcy czynu zabronionego, jaką jest niemożność pokierowania postępowaniem, odnosi się z kolei do sfery wolicjonalnej, co wiąże się przede wszystkim z nieprawidłowościami zachodzącymi w obszarze procesów motywacyjnych (po-

⁵⁴ M. Burdzik, *Osoba z zaburzeniami...*, op. cit., s. 93-94.

⁵⁵ Zob. M. Kowalewska-Lukuć, *Wina w prawie karnym*, Warszawa 2019, s. 174-182.

⁵⁶ J. Giezek, *Świadomość sprawcy czynu zabronionego*, Warszawa 2013, s. 31-33.

⁵⁷ Zob. M. Burdzik, *Osoba z zaburzeniami...*, op. cit., s. 79-83.

pędowych) i decyzyjnych⁵⁸. Ogólnie mówiąc, wola człowieka jest cechą, która pozwala podejmować świadomie decyzje dotyczące działań, tego, jakie dokładnie działania podjąć i kiedy je wykonać, co służy osiągnięciu wyznaczonego przez jednostkę celu. Przy tym działania wolicjonalne zależą od przebiegu procesów motywacyjnych, czyli mechanizmów zaangażowanych w inicjowanie, ukierunkowanie, kolejno podtrzymanie i zakończenie podjętego działania⁵⁹.

Analizując w tym miejscu wpływ przedmiesiączkowego zaburzenia dysforycznego na niemożność pokierowania przez sprawczynię postępowaniem, podkreślić należy, że występujące w obrazie klinicznym PMDD zakłócenia czynności emocjonalno-motywacyjnych mogą oddziaływać nie tylko na świadomość sprawczyni, lecz także na jej sferę wolicjonalną. Odczuwanie obniżonego nastroju, poczucia przytłoczenia, zubożenia, co łączy się często ze spadkiem napędu psychoruchowego, może przekładać się przede wszystkim na umniejszoną motywację jednostki, niemożność podjęcia decyzji czy ukierunkowanego działania. Natomiast symptomy PMDD takie jak labilność emocjonalna, drażliwość czy lęk, wzmagające niekiedy napęd psychoruchowy i prowadzące czasami do zaburzeń aktywności impulsywnej, stanowią czynnik podejmowania działań nieadekwatnych sytuacyjnie, agresywnych, nagłych, co również związane jest z niemożnością podjęcia swobodnego, poddającego się kontroli zachowania⁶⁰. W przebiegu PMDD może więc dojść do znacznego upośledzenia systemu kontroli, za który uznaje się funkcje wykonawcze człowieka, służące zasadniczo do realizowania aktywności celowej, intencjonalnej i wolicjonalnej⁶¹. Dodatkowo zauważyć należy, że w sytuacji wystąpienia u osoby cierpiącej na PMDD stanu dysforycznego nie dojdzie tylko do zaburzeń w obrębie świadomości, lecz także do zakłóceń w obszarze zdolności jednostki do samokontroli.

⁵⁸ Zob. M. Kowalewska-Lukuć, *Wina w prawie...*, op. cit., s. 174-182.

⁵⁹ M. Burdzik, *Osoba z zaburzeniami...*, op. cit., s. 84.

⁶⁰ Szerzej o przedmiotowych zakłóceniach występujących w przebiegu zaburzeń psychicznych: M. Burdzik, *Osoba z zaburzeniami...*, op. cit., s. 79-103.

⁶¹ A. Czerwińska. T. Pawłowski, *Zaburzenia funkcji poznawczych w depresji – znaczenie, charakterystyka oraz możliwości leczenia*, „Psychiatria Polska” 54, 3/2020, s. 455.

Konkludując, wobec powyższego wywnioskować można, że specyficzne objawy psychopatologiczne charakterystyczne dla przedmiesiączkowego zaburzenia dysforycznego, mogą prowadzić do tak ciężkich zakłóceń w sferze intelektualnej lub wolicjonalnej sprawcy czynu zabronionego, że dojdzie do znacznego ograniczenia możliwości rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania postępowaniem. Kategorycznie nie należy odrzucać przy tym możliwości zaistnienia stanu zupełnego zniesienia poczytalności, jednak jak się wydaje, może on pojawić się zwłaszcza w przypadku bardzo ciężkiego przebiegu PMDD i niepoddaniu zaburzenia leczeniu lub w sytuacji współwystępowania innych zaburzeń psychicznych, przede wszystkim takich, w których obrazie klinicznym występują objawy psychotyczne.

Podsumowanie

W literaturze wskazuje się, że w postępowaniu karnym takie formy zakłóceń czynności psychicznych jak zaburzenia hormonalne czy stany związane z menstruacją są w praktyce rozpatrywane nieczęsto, a wręcz incydentalnie, stanowią podstawę ustalenia u sprawcy czynu zabronionego poczytalności znacznie ograniczonej lub całkowicie zniesionej⁶². Powinno mieć się jednak na uwadze okoliczność, że zaburzenia związane z cyklem menstruacyjnym stanowią poważny i realnie występujący problem zdrowotny i mogą stanowić źródło zakłóceń czynności psychicznych sprawcy. Na przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne cierpi aż kilka procent kobiet w populacji ogólnej. Badania dowodzą, że zaburzenie to stanowi czynnik ryzyka wystąpienia agresji werbalnej i fi-

⁶² P. Góralski, *Zakłócenia czynności psychicznych...*, op. cit.; Dostępne polskie orzecznictwo sądowe nie dostarcza przykładów spraw, gdzie za podstawę ustalenia wystąpienia u sprawcy czynu zabronionego stanu poczytalności znacznie ograniczonej lub niepoczytalności uznane zostały omawiane formy zakłóceń czynności psychicznych, jednak np. okoliczność uprzedniego leczenia endokrynologicznego sprawcy czynu zabronionego i w związku z tym możliwość wystąpienia zaburzeń gospodarki hormonalnej, co mogło ewentualnie skutkować zakłóceniami czynności psychicznych, została w jednej ze spraw wzięta pod uwagę przez biegłych sądowych sporządzających opinie o stanie zdrowia psychicznego (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu – II Wydział Karny z 18.12.2023 r., II AKa 210/23, Legalis nr 3058018).

zycznej. W przebiegu klinicznym PMDD dojść może do znacznie nasilonego upośledzenia funkcji poznawczych i wykonawczych, a także do wystąpienia stanu dysforycznego. Przedłożenie więc w trakcie toczącego się postępowania przez sprawczynię czynu zabronionego, zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego u niej diagnozę lub fakt leczenia przedmiesiączkowego zaburzenia dysforycznego winno stanowić mocną podstawę do powzięcia przez prokuratora, lub sędziego uzasadnionych wątpliwości co do poczytalności sprawczyni w trakcie popełnianego przez nią czynu. Przy tym analiza problematyki dokonana w niniejszym artykule prowadzi do wniosku, że w przypadku osoby cierpiącej na PMDD nie powinno wykluczać się okoliczności, że doszło nawet do całkowitego wyłączenia poczytalności.

Bibliografia:

- Balanda-Baldyga A., Pałucka K., Niedźwiedz J. i in., *Objawy zespołu napięcia przedmiesiączkowego u kobiet w wieku rozrodczym – badania wstępne*, „Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio” 55, 3/2023.
- Bolechała F., *Stan psychiczny a odpowiedzialność karna – regulacje prawne i kryteria medyczne w Polsce oraz innych państwach*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” LIX/2009.
- Brzezińska J., Habzda-Siwek E., *Kobiety – sprawczynie przestępstw. Wybrane aspekty*, Wrocław 2021.
- Burdzik M., *Osoba z zaburzeniami psychicznymi jako uczestnik procesu karnego*, Warszawa 2025.
- Cary E., Simpson P., *Premenstrual disorders and PMDD – a review*, „Best practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism” 31, 1/2024, DOI: 10.1016/j.beem.2023.101858, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521690X23001343>.
- Czerwińska A., Pawłowski T., *Zaburzenia funkcji poznawczych w depresji – znaczenie, charakterystyka oraz możliwości leczenia*, „Psychiatria Polska” 54, 3/2020.

- Dąbrowska-Wnuk M., *Biopsychospołeczne aspekty cyklicznej zmienności w obszarze realizowania przez kobiety funkcji prokreacyjnych na przykładzie zespołu napięcia przedmiesiączkowego*, [w:] Dworak A., Leksy K. (red.), *Kobieta – zdrowie – ciało: perspektywa biopsychospołeczna*, Katowice 2014.
- Dubol M., Stiernman L., Wikström J. i in., *Differential grey matter structure in women with premenstrual dysphoric disorder: evidence from brain morphometry and data-driven classification*, „Translational Psychiatry” 12/2022, DOI: 10.1038/s41398-022-02017-6, <https://www.nature.com/articles/s41398-022-02017-6>.
- Eccles H., Sharma V., *The association between premenstrual dysphoric disorder and depression: A systematic review*, „Journal of Affective Disorders Reports” 12/2023, DOI: 10.1016/j.jadr.2023.100504, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S26669-15323000422>.
- Fuse-Nagase Y., Kono Y., *Understanding of premenstrual dysphoric disorder and premenstrual syndrome among professionals in Japanese university health services: A survey with simulated cases*, „Asian Journal of Psychiatry” 102/2024, DOI: 10.1016/j.ajp.2024.104275, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187620-182400368X>.
- Galecki P., Eichstaedt K., *Psychiatria sądowa*, Warszawa 2022.
- Gierowski J.K., Paprzycki L.K., *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Warszawa 2013.
- Giezek J., *Świadomość sprawcy czynu zabronionego*, Warszawa 2013.
- Golonka A., *Niepoczytalność i poczytalność ograniczona*, Warszawa 2013.
- Gordon M., *Zabójcy kwalifikowani ze znacznym stopniem ograniczenia poczytalności (art. 31 § 2 KK)*, [w:] A. Rzepliński, M. Ejchart-Dubois, M. Nielączna (red.), *Dożywotnie pozbawienie wolności. Zabójca, jego zbrodnia i kara*, Warszawa 2017.
- Góralski P., *Zakłócenia czynności psychicznych (art. 31 § 1 k.k.) jako podstawa stwierdzenia poczytalności ograniczonej lub niepoczytalności sprawcy czynu zabronionego*, [w:] Bojarski J., Daśko N., Lachowski J., Oczkowski T., Ziółkowska A. (red.), *Współczesne oblicza prawa karnego, prawa wykroczeń, kryminologii i polityki kryminalnej. Księga jubileuszowa dedykowana Profesor Violetcie Konarskiej-Wrzeszek*, LEX/el.2023.

- Heitzman J., *Postępowanie w stanach dysforycznych i zaburzeniach kontroli impulsów*, „Psychiatria Polska” 41, 6/2007.
- Islas-Preciado D., Ramos-Lira L., Estrada-Camarena E., *Unveiling the burden of premenstrual dysphoric disorder: a narrative review to call for gender perspective and intersectional approaches*, „Frontiers in Psychiatry” 15/2025, DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1458114, <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2024.1458114/full>.
- Kil J., Szydło J., *Neuroprawo a przypisanie winy sprawcy czynu zabronionego*, „Roczniki Administracji i Prawa” 1, XX/2022.
- Kotlicka-Antczak M., *Zaburzenia psychiczne związane z cyklem menstruacyjnym*, [w:] Urban-Kowalczyk M. (red.), *Zaburzenia psychiczne kobiet*, Warszawa 2020.
- Kozłowski P., Kozłowska M., Kozłowska K. i in., *Ocena częstości występowania objawów zespołu napięcia przedmiesiączkowego u młodych kobiet*, „Journal of Education Health and Sport” 7, 7/2017.
- Maciejewska D., Kapłon K., Wojtala L. i in., *Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder From the theory to the clinical approach*, „Journal of Education Health and Sport” 31, 1/2023.
- Miśkiewicz M., *Niepoczytalność i poczytalność ograniczona w perspektywie prawno-psychiatrycznej*, „Roczniki Administracji i Prawa” 4, XXIII/2023.
- Paul S., Pal A., *Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: A Review of their History with an Eye on Future*, „Annales of Indian Psychiatry” 6, 4/2022.
- Pękacz-Kilińska A., *Kobieta jako sprawczyni zabójstwa w ujęciu kryminologicznym*, [w:] Dajnowicz-Piesiecka D., Jurgielewicz-Delegacz E., Pływaczewski E. W. (red.), *Badania kryminologiczne a praktyka. Perspektywa krajowa i międzynarodowa*, Warszawa 2021.
- Reilly T.J., Patel S., Unachukwu I.C. i in., *The prevalence of premenstrual dysphoric disorder: Systematic review and meta-analysis*, „Journal of Affective Disorders” 349/2024.
- Rose N., *The Biology of Culpability: Pathological Identity and Crime Control in a Biological Culture*, „Theoretical Criminology” 4, 1/2000.

- Rzepliński A., Ejchart-Dubois M., Niełączna M. (red.), *Dożywotnie pozbawienie wolności. Zabójca, jego zbrodnia i kara*, Warszawa 2017.
- Solomon L., *Premenstrual Syndrome: the Debate Surrounding Criminal Defense*, „Maryland Law Review” 54, 2/1995.
- Sundström-Poromaa I., Comasco E., *New Pharmacological Approaches to the Management of Premenstrual Dysphoric Disorder*, „CNS Drugs” 37/2023.
- Szajna A.P., „Przestępca w spódnicy” – wybrane aspekty przestępczości kobiet, [w:] Grucha E., Tomaszewski T., Goc M. (red.), *Problemy współczesnej kryminalistyki*, Warszawa 2017.
- World Health Organization, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision*, <https://icd.who.int/browse/202501/mms/en#15267740-88>, 8.03.2025.
- Yan H., Ding Y., Guo W., *Suicidality in patients with premenstrual dysphoric disorder – A systematic review and meta-analysis*, „Journal of Affective Disorders” 295/2021.
- Zalewski W., *Biologiczne i biosocjologiczne uwarunkowania przestępczości*, [w:] Drzazga E., Grzyb M. (red.), *Nowe kierunki w kryminologii*, Warszawa 2018.
- Zoll A., *Komentarz do art. 31*, [w:] A. Zoll, W. Wróbel (red.), *Kodeks karny. Część Ogólna, Tom I. Część I. Komentarz do art. 1-52*, LEX/el. 2016.

Akty normatywne:

Ustawa z 6.06.1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 17 z późn. zm.).

Orzecznictwo:

- Postanowienie Sądu Najwyższego – Izba Karna z 18.07.2024 r., III KK 173/24, Legalis nr 3104573.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu – II Wydział Karny z 18.12.2023 r., II AKa 210/23, Legalis nr 3058018.
- Wyrok Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego – Izba Karna z 7.02.1963 r., V K 423/62, Legalis nr 518613.

Summary

Premenstrual dysphoric disorder as a cause of insanity and of significantly limited insanity of a perpetrator of criminal offence

This article refers to the key subject connected with criminal liability such as insanity and severely limited insanity. A group of conditions which may have impact on the sanity of a perpetrator of a forbidden act includes “other mental distress” and premenstrual dysphoric disorder may belong to this group. This disorder affects women only and is characterized by the occurrence of both somatic and psychiatrist nature. The objective of this analysis is first and foremost the discussion of a subject of premenstrual dysphoric disorder from a point of view of recognizing this nosological unit as one of the sources of criminal insanity and significantly limited sanity. Whereas, from the analysis of this issue one can conclude that the premenstrual dysphoric disorder may lead to the significant limitation of sanity, however in some cases one should not rule out even the complete preclusion of sanity, however in some cases one cannot rule out even a complete preclusion of sanity of a female perpetrator during the committing by them of a forbidden act.

Key words: premenstrual dysphoric disorder, insanity, significantly reduced sanity, criminal liability of women