

Śmierć dzieci jako konsekwencja krzywdzenia i/lub zaniedbania

Artykuł dotyczy problemu śmierci dzieci w konsekwencji krzywdzenia i/lub zaniedbania, ale także w wyniku dzieciobójstwa czy poszerzonego samobójstwa, biorąc pod uwagę głównie analizę polskich przypadków śmierci dzieci w wyniku krzywdzenia i/lub zaniedbania. Pokazuje skalę problemu oraz główne formy krzywdzenia prowadzące do śmierci dziecka. W artykule zaprezentowany jest również nurt child death review, czyli analizy przypadków śmierci dzieci.

Jeszcze sto lat temu głównym powodem śmierci dzieci w Polsce były choroby zakaźne. W wyniku ogromnego postępu medycyny nie są one już tak niebezpieczne i nie stanowią też głównej przyczyny śmierci. Według najnowszych danych współczynnik umieralności dzieci na świecie spada (UNICEF 2011). Proces ten obserwujemy także i w Polsce (Kułaga i wsp. 2009). Obecnie za ponad połowę (55%) zgonów dzieci i młodzieży (w wieku od 1 do 19 lat) w na-

szym kraju są odpowiedzialne przyczyny zewnętrzne, takie jak: urazy niezamierzone, zatrucia, samobójstwa, zabójstwa, zdarzenia o nieokreślonym zamiarze (Kułaga i wsp. 2009, s. 334).

Większości przyczyn zewnętrznych śmierci dzieci można zapobiec. Jedną z nich jest krzywdzenie lub zaniedbanie. W niniejszym artykule zostanie przedstawiony problem śmierci dzieci w wyniku działania najbliższych im osób.

1. Skala zjawiska śmierci dzieci w wyniku krzywdzenia

W 2003 roku UNICEF opublikował raport, w którym przedstawiono liczby zgonów dzieci w wyniku stosowania przemocy bądź drastycznego zaniedbania ich przez opiekuna. W raporcie uwzględniono 28 krajów rozwiniętych, wśród których Polska ze wskaźnikiem 0,9 (liczba dzieci do 15. roku życia zmarłych z powodu krzywdzenia, również w przypadku nieznanego zamiaru sprawcy, na 100 tys. dzieci w tym wieku

w ciągu jednego roku) plasuje się w środku zestawienia. Na pierwszym miejscu jest Hiszpania (wskaźnik 0,1), na ostatnim Portugalia (wskaźnik 3,7) (UNICEF 2003, s. 4).

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia, najbardziej zagrożonymi grupami wiekowymi w przypadku zabójstw są dzieci do 4. roku życia, sprawcami śmierci tej grupy dzieci są najczęściej rodzice lub opiekunowie oraz chłopcy w wieku 15–17

lat — sprawcy to rówieśnicy i osoby znajome (Kühn 2010, s. 13).

Informacje Światowej Organizacji Zdrowia potwierdza badanie przeprowadzone przez Zakład Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie. Przeprowadzona została analiza porównawcza zgonów gwałtownych i na-

głych dzieci i młodzieży do 14. roku życia w latach 1996–2005 w materiale sekcyjnym Zakładu (Kunz, Kopacz 2007). Według tych danych (tabela nr 1) najbardziej narażone na zabójstwa są małe dzieci (0–3 lat), zaś na uduszenia gwałtowne — starsze dzieci i nastolatki (7–14 lat).

Tabela 1. Podział zgonów gwałtownych według przyczyn zgonu — materiał z lat 1996–2005 sekcyjnego krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej CM UJ.

wiek	0–3 lat	4–6 lat	7–14 lat	razem
wypadki drogowe	11	16	56	83
inne urazy mechaniczne	9	9	10	28
uduszenie gwałtowne	14	11	32	57
oparzenia	1	1	0	2
porażenia prądem	0	0	4	4
zabójstwa	17	3	8	28
postrzelenia i wybuchy	0	0	1	1
zatrucia	1	1	1	3
razem	53	41	112	206

Źródło: Kunz, Kopacz 2007, s. 319.

Skalę zjawiska krzywdzenia dzieci pokazuje między innymi rejestr przypadków zespołu dziecka maltretowanego prowadzony przez Państwowy Instytut Higieny. W ciągu pięciu lat liczba rejestrowanych przypadków zespołu dziecka maltretowanego wzrosła ponad dwukrotnie: z 14 przypadków w 2003 roku do 35 w 2008 roku. Wśród tych przypadków największą grupę (zawsze ponad połowę) stanowią dzieci do 4. roku życia (Wojtasik 2011, s. 42). Wzrost rejestrowanych przypadków jest prawdopodobnie konsekwencją przede wszystkim zwiększenia świadomości dotyczącej krzywdzenia dzieci i wynikającego z niej częstszego raportowania. Jak można wnioskować z danych dotyczących przypadków zespołu dziecka maltretowanego, najbardziej narażone na krzywdzenie i za-

niedbanie są małe dzieci, całkowicie zależne od swoich opiekunów.

Z danych policyjnych wynika, że w 2011 roku 24 małoletnich było ofiarami zabójstwa, zaś 4 231 — znęcania się nad rodziną (Policja 2012a). Natomiast liczba dzieciobójstw systematycznie spada (art. 149 kk): w 1999 roku wszczęto 54 postępowania, zaś w 2011 roku już tylko 24. Jednocześnie w ciągu roku dochodzi do kilku przypadków porzuceń ze skutkiem śmiertelnym (art. 210 § 2 kk) (Keller–Hamela i wsp. 2012, s. 243).

Jak widać dane na temat skali zjawiska śmierci dzieci w wyniku krzywdzenia są, przynajmniej w części, dostępne. Jednakże w interpretowaniu i analizowaniu danych statystycznych dotyczących krzywdzenia dzieci, w tym krzywdzenia jako przyczyny

śmierci dzieci, trzeba brać pod uwagę dwa ważne aspekty. Po pierwsze, dane są zbierane przez różne instytucje, takie jak Policja, szpitale czy Państwowy Zakład Higieny, i dotyczą tylko tego aspektu czy fragmentu, którym ta instytucja się zajmuje (np. popełnienie przestępstwa czy uraz), natomiast na-

dal brak jest dobrego przepływu informacji między tymi instytucjami oraz całościowego spojrzenia na problem. Drugi aspekt, ściśle związany z pierwszym, to brak weryfikacji kategoryzacji przyczyn śmierci dzieci i badań sprawdzających, na ile dostępne dane zgadzają się z rzeczywistością.

2. Klasyfikacja przyczyn śmierci dzieci

Badacze zajmujący się zgonami dzieci w kontekście krzywdzenia podkreślają, że nasza wiedza na temat śmiertelności dzieci opiera się na tzw. migawkowym podejściu do danych epidemiologicznych (tzw. *snapshot*) (May–Chahal i wsp. 2011, s. 63). Podejście to pozwalana na ocenę głównych tendencji i trendów na podstawie szerokiego przeglądu różnych danych, ale brakuje w nim krytycznego spojrzenia na pochodzenie danych. May–Chahal, Hicks i Cunningham podkreślają, że w korzystaniu z danych statystycznych trzeba być świadomym praktyk decyzyjnych i procedur obowiązujących przy ich zbieraniu. Zwracają oni uwagę na to, że podana przyczyna zgonu jest wynikiem „procesu, na który składa się obserwacja i rozpoznanie zewnętrznych i wewnętrznych oznak fizycznych, analiza informacji ujawnionych przez zaangażowane osoby, a następnie przyporządkowanie tak uzyskanych danych do jednej z dostępnych kategorii. Przyczyna zgonu to nie gotowa etykieta, ale wynik uwarunkowanego społecznie procesu” (May–Chahal i wsp. 2011, s. 64). Badanie tego procesu przeprowadzonego przez wspomnianych badaczy w Wielkiej Brytanii pokazuje, że statystyki dotyczące krzywdzenia lub zaniedbania jako przyczyny śmierci dziecka są niedoszacowane. Jednym z powodów tego stanu rzeczy jest niechęć do rozpoznawania przypadków krzywdzenia na podstawie oceny prawdopodobieństwa. Pracownicy medyczni boją się formułować jednoznaczne oceny wskazujące na krzywdze-

nie, wolą przekazywać informacje innym uczestnikom procesu z nadzieją, że zostaną wyciągnięte podobne wnioski. Innym czynnikiem sprzyjającym zaniechaniu drobiazgowego dochodzenia jest współczucie dla rodziców zmarłego dziecka — personel medyczny stara się oszczędzić im dalszych cierpień, które mogłyby wyniknąć z rozpoznania krzywdzenia (May–Chahal, Hicks, Cunningham 2011, s. 70–71). Autorzy badania zalecają ujednoczenie procedury zbierania danych i poprawę wymiany informacji między szpitalami a lokalnymi ośrodkami opieki zdrowotnej oraz opieki społecznej, a także współpracę multidyscyplinarną pomiędzy różnymi instytucjami, które zajmują się przypadkami śmierci dzieci (May–Chahal, Hicks, Cunningham, s. 75).

Najbardziej problematyczne jest stwierdzenie przyczyny śmierci jaką jest krzywdzenie lub zaniedbanie w przypadku małych dzieci i niemowląt. Amerykańscy pediatrzy już ponad 10 lat temu zwrócili uwagę na problem w odróżnianiu tego rodzaju przyczyny od zespołu nagłego zgonu niemowląt, zwanego śmiercią łódeczkową (SIDS — *Sudden Infant Death Syndrome*). Jest to nagła śmierć niemowlęcia do pierwszego roku życia, której nie wyjaśnia badanie autopsyjne, badanie miejsca śmierci ani analiza wywiadu klinicznego. SIDS jest odpowiedzialny za 25% zgonów dzieci w wieku od miesiąca do roku życia w krajach uprzemysłowionych (Szredzińska i wsp. 2012, s. 73). Amerykańscy pediatrzy stwierdzili, że na podstawie autopsji niemoż-

liwe jest odróżnienie pomiędzy SIDS a intencjonalnym lub przypadkowym uduszeniem przy pomocy miękkiego przedmiotu (Committee on Child Abuse and Neglect 2001, s. 438). Nie wiadomo więc, ile z przypadków uznanych za zespół nagłego zgonu niemowląt mogło być wynikiem krzywdzenia.

We Francji przeprowadzona została retrospektywna analiza dokumentów sądowych dotyczących śmierci dzieci w latach 1996–2000 (według daty śmierci; dokumenty dotyczące tych przypadków pochodziły nawet z 2008 roku), której celem było rozpoznanie i ocena skali problemu niedoszacowania zabójstw w statystykach umieralności dzieci (Tursz i wsp. 2010). Badanie potwierdziło hipotezę autorów dotyczącą zaniżonej liczby zabójstw dzieci w oficjalnych statystykach. 71% zabójstw spowodowanych krzywdzeniem (*fatal maltreatment*) zidentyfikowanych przez sądy nie zostało jako takie zaklasyfi-

cowane w statystykach umieralności dzieci (Tursz i wsp. 2010, s. 542). To niedoszacowanie związane jest z kilkoma mechanizmami. Po pierwsze, powodem może być brak motywacji pracowników medycznych spowodowany ograniczoną informacją zwrotną z sądów w przypadku przekazania im informacji o krzywdzeniu dziecka. Zaś w przypadku dzieciobójstwa, obowiązkowe akty urodzenia i zgonu rzadko są wypełniane, co powoduje, że nie ma ich w statystykach. Autorzy zwracają również uwagę na aspekt niewystarczającej współpracy pomiędzy służbami, który ma bardzo poważne konsekwencje — nawet jeżeli zostaje zdiagnozowane ryzyko śmierci w wyniku krzywdzenia, nie udaje się zapobiec śmierci dziecka, np. w przypadku powtarzających się zgonów wśród rodzeństwa lub śmierci dziecka, o którym wcześniej było wiadomo, że jest krzywdzone (Tursz i wsp. 2010, s. 542).

3. Zabójstwo

W ciągu roku w Polsce dochodzi do ponad 700 zabójstw, w około 20 przypadkach ofiarami zabójstw są małoletni (Policja 2012a). Wśród sprawców wszystkich zabójstw mężczyźni stanowią ok. 87% (Policja 2012d). Badania pokazują, że wśród sprawców zabójstw dzieci również występuje znaczna nadreprezentacja mężczyzn — ojców, ojczymów lub partnerów matki (Cavanagh i wsp. 2007, s. 732).

W Wielkiej Brytanii przeprowadzono badanie dotyczące morderstw (*Murder in Britain*), w którym przeanalizowano między innymi problem zabójstw dzieci przez ojców (rodzonych lub ojczymów) (Cavanagh i wsp. 2007). Według wyników badania opartego na analizie 26 przypadków, dużo częściej do krzywdzenia dzieci zakończonego ich śmiercią (*fatal abuse*) dochodzi w rodzinach, w których rodzice nie są małżeństwem, a mężczyzna nie jest ojcem dziecka — 62% sprawców stanowiłi ojczymowie ofiar. Przeważająca większość

sprawców wcześniej dopuszczała się krzywdzenia dzieci. Porównując charakterystyki sprawców—rodzonych ojców oraz sprawców—ojczymów, widać duże różnice odnośnie picia alkoholu (5 razy więcej ojczymów miało problem z alkoholem) i zażywania narkotyków (żaden **ojciec** nie miał problemów z narkotykami, zaś dwie trzecie **ojczymów** zażywało narkotyki). Zasadniczo sprawcami zabójstwa dzieci byli niewykształceni, bezrobotni mężczyźni ze znaczącą przeszłością kryminalną. Trzy czwarte sprawców stosowało przemoc w stosunku do swoich partnerek życiowych (matek dzieci). Mieli oni bardzo niską tolerancję w stosunku do normalnych zachowań dzieci, często byli zazdrośni i czuli odrazę w stosunku do dzieci. Badanie pokazało, że w przypadku wielu zabójstw dzieci nie występowała intencja zabicia dziecka, a jedynie ucieszenie go lub ukaranie. Wszystkie dzieci—ofiary zabójstw miały mniej niż 4 lata.

4. Zespół Münhausena by Proxy

Kolejną z form krzywdzenia dzieci, którego efektem może być śmierć dziecka, jest zespół Münhausena by Proxy. Polega on na celowym wywoływaniu u dziecka przez rodziców rzeczywistych objawów chorobowych, najczęściej o charakterze przewlekłym lub nawracającym. Do najczęstszych objawów należą: niezdolność ruchowa i patologiczna senność na skutek podawania dzieciom dużych dawek barbituranów, uporczywe wymioty na skutek mechanicznej prowokacji, hipoglikemia po podaniu insuliny, zakażenia wywołane wstrzykiwaniem zanieczyszczonych substancji. Oprócz wywoływania objawów rodzice przekazują lekarzom fałszywe informacje na temat dotychczasowego przebiegu choroby u ich dzieci. Zespół Münhausena by Proxy dotyczy najczęściej dzieci do 6. roku życia (Trocha 2012, s. 112).

Rodzice lub opiekunowie, którzy cierpią na zespół Münhausena by Proxy mogą prezentować następujące zachowania (Department for Children, Schools and Families 2008, s. 8):

- celowe wywoływanie objawów u dzieci poprzez podawanie leków lub innych substancji, za pomocą umyślnego czasowego zablokowania dróg oddechowych lub poprzez powodowanie fizycznych oznak na ciele dziecka;
- podawanie zawyżonych dawek leków przepisanych dziecku lub nadużywanie sprzętu medycznego;
- twierdzenie, że dziecko ma objawy, których nie można zweryfikować jeśli się ich nie obserwuje samemu, takie jak: ból, częstość oddawania moczu, wymiotów lub

napadów padaczkowych, w wyniku czego dziecko jest poddawane niepotrzebnym badaniom i leczeniu, które może powodować wtórne problemy fizyczne;

- wyolbrzymianie, nieweryfikowalne objawy, przez co profesjonaliści dokonują inwazyjnych badań i leczenia dziecka, co może być niebezpieczne dla dziecka;
- pozyskiwanie specjalistycznego leczenia lub sprzętu dla dzieci, które tego nie potrzebują;
- twierdzenie, że dziecko jest chore psychicznie.

Nie ma danych dotyczących skali występowania zespołu Münhausena by Proxy. W Polsce rejestrowanych jest od kilku do kilkunastu przypadków rocznie — są to jednak jedynie wyłącznie ciężkie postaci tego zespołu i na pewno dane te nie dają pełnego obrazu skali zjawiska (Trocha 2012, s. 114). Międzynarodowe wyniki badań na ten temat wskazują, że nawet 10% dzieci krzywdzonych przez osoby cierpiące na zespół Münhausena by Proxy umiera, zaś 50% doświadcza długoterminowych konsekwencji zdrowotnych. Badanie przeprowadzone w Irlandii i Wielkiej Brytanii na 128 przypadkach zespołu Münhausena by Proxy pokazało, że ośmioro dzieci (6%) zmarło, zaś 15 (12%) wymagało intensywnej opieki medycznej w wyniku krzywdzenia. Jednocześnie 15 dzieci (12%) miało brata lub siostrę, które wcześniej zmarło (w sumie zmarło 18 rodzeństwa dzieci będących w badanej grupie) (Department for Children, Schools and Families 2008, s. 10).

5. Śmierć dziecka w wyniku przemocy rówieśniczej

O przemocy rówieśniczej mówi się zarówno w przypadku, gdy jej sprawcami są dzieci i młodzież w kontekście instytucjonalnym

(szkoła, placówki opiekuńcze itd.), rodzeństwo, jak i nieznanymi sprawcy będący w wieku podobnym do ofiary. Jak już zostało wspom-

mniane, śmiertelnymi ofiarami przemocy różniczej są najczęściej nastoletni chłopcy.

Śmierć dziecka spowodowana przemocą ze strony rodzeństwa występuje najczęściej w wyniku brutalnych „zabaw” z elementem sadyzmu, sprowokowania lub zmuszenia do wykonania niebezpiecznej czynności oraz bójki lub napaści, spowodowanych konfliktem. W przypadku śmierci będącej konsekwencją krzywdzenia przez rówieśników

w kontekście instytucjonalnym, głównymi formami tego typu zdarzeń są: sytuacje krytycznej eskalacji mobbingu (przemoc psychiczna, fizyczna, seksualna), bójki lub napaści spowodowane konfliktem bądź próbą wymuszenia dóbr materialnych czy posłuszeństwa, niesprowokowany atak z wykorzystaniem niebezpiecznego narzędzia oraz zaplanowane zabójstwo, zemsta (Piekarska 2010).

6. Porzucenie

Przyczyną śmierci dziecka może być nie tylko krzywdzenie, ale i zaniedbanie, czego przykładem jest porzucenie. Porzucenie to pozostawienie dziecka bez zapewnienia mu opieki ze strony innych osób lub instytucji. Nie jest więc porzuceniem, w rozumieniu polskiego prawa, zostawienie dziecka w oknie życia czy w szpitalu, gdzie nie grozi mu żadne niebezpieczeństwo. Przesłupstwo porzucenia zawarte jest w art. 210 kk i za jego popełnienie grozi odpowiedzialność karna — kara pozbawienia wolności od jednego miesiąca do 3 lat, zaś w przypadku, gdy w wyniku porzucenia następuje śmierć dziecka — kara pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat (Trocha 2010, s. 107–108).

W niniejszym artykule analizie poddamy porzucenie dziecka powodujące jego śmierć. W tych przypadkach ofiarami są najczęściej małe dzieci (noworodki), pozostawiane w takich miejscach, jak śmietnik czy klatka schodowa. Niestety nie ma właściwie danych na temat osób, które popełniają prze-

stępstwo porzucenia niejawnego¹, w tym ze skutkiem śmiertelnym, dlatego trudno jest mówić o ich motywacjach. Można jedynie opierać się na danych dotyczących rodziców porzucających dzieci w sposób jawny², a więc pozostawiających je np. w szpitalu, zrzekając się przy tym praw rodzicielskich. Przyczynami porzucania w tym drugim przypadku są przede wszystkim ubóstwo, samotne rodzicielstwo, niepełnosprawność dziecka, ciąża będąca wynikiem gwałtu, przemoc ze strony rodziny lub partnera, brak wsparcia ze strony bliskich (Instytut Pracy, Zdrowia i Organizacji, Uniwersytet w Nottingham 2012, s. 5).

W dalszej części artykułu omówione zostaną takie przyczyny śmierci dzieci, jak dzieciobójstwo i poszerzone samobójstwo. Nie mieszczą się one w obszarze śmierci dziecka w wyniku krzywdzenia lub zaniedbania, jednak, ponieważ te problemy dotyczą śmierci dziecka w wyniku działania rodzica lub opiekuna, zostaną również omówione.

¹ **Porzucenie niejawne** to sytuacja, w której rodzic opuszcza dziecko po kryjomu, jego tożsamość pozostaje nieznaną, a intencją jest trwała nieobecność i odrzucenie odpowiedzialności rodzicielskiej przy zachowaniu anonimowości (Instytut Pracy, Zdrowia i Organizacji, Uniwersytet w Nottingham 2012, s. 2).

² **Porzucenie jawne** to świadome opuszczenie dziecka przez rodzica; tożsamość rodzica jest znana, a jego intencją jest trwała nieobecność i odrzucenie odpowiedzialności rodzicielskiej. Także inni członkowie rodziny nie są w stanie lub nie chcą przejąć obowiązków rodzicielskich i zapewnić dziecku opieki (Instytut Pracy, Zdrowia i Organizacji, Uniwersytet w Nottingham 2012, s. 2).

7. Dzieciobójstwo

Jednym z powodów śmierci dzieci jest dzieciobójstwo. Potocznie rozumie się je jako zabicie własnego dziecka. Natomiast w Kodeksie karnym w artykule 149 o dzieciobójstwie mówi się jedynie w sytuacji, kiedy matka zabija dziecko w okresie porodu i pod wpływem jego przebiegu. Czyn ten podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat. Jest to więc typ uprzywilejowanego zabójstwa, a do zakwalifikowania czynu do ww. artykułu konieczne jest ustalenie spełnienia dwóch warunków: 1) zabójstwa dopuszcza się matka wobec urodzonego przez siebie dziecka, 2) czyn popełniony jest w okresie porodu i pod wpływem jego przebiegu (Trocha 2012, s. 110). Dzieciobójstwo może popełnić tylko matka (kobieta, która urodziła dziecko), mająca zamiar pozbawić je życia (dzieciobójstwo czynne) lub godząca się na jego śmierć w wyniku jej zaniechania: niepodjęcia czynności, do których jest zobowiązana, np. okrycia dziecka, podwiązania pępowiny, nakarmienia, zapewnienia ciepła i bezpieczeństwa (dzieciobójstwo bierne). Zabicie dziecka musi nastąpić w okresie porodu, który nie jest jednoznacznie zdefiniowany — ustala się długość jego trwania indywidualnie w każdej sprawie na podstawie opinii biegłych, najczęściej trwa od kilku do kilkunastu godzin, w niektórych sytuacjach do kilku dni.

Kwestie związane z dzieciobójstwem są kontrowersyjne przede wszystkim ze względu na dwa aspekty:

- prawny — wyodrębnienie tego czynu z kategorii „zabójstwo” zawartej w art. 148 kk i wynikającej z tego powodu mniejszej kary (za zabójstwo grozi w Polsce kara pozbawienia wolności nie krótsza niż 8 lat, 25 lat pozbawienia wolności lub dożywocie) oraz
- społeczno–emocjonalny — próba zrozumienia powodów, dla których matka zabija urodzone przez siebie dziecko.

W analizie prawnej dzieciobójstwa nie ustaje dyskusja na temat interpretacji określenia „pod wpływem przebiegu porodu”. To, czy kobieta działała pod wpływem porodu jest analizowane przez zespół biegłych (biegłego z zakresu medycyny sądowej, położnika, psychiatrę oraz psychologa). Zaś objawy jakie mogą towarzyszyć dzieciobójstwu to: stan oszołomienia, objawy depresji, lęku, agresji, zaburzenia rozumienia bodźców i orientacji, wyłączenie z sytuacji, pobudzenie i nadmierna aktywność (Trocha 2012, s. 110). Niektórzy badacze sprzeciwiają się jednak sugerowaniu, że poród, który, ich zdaniem, jest naturalnym procesem fizjologicznym, może wywoływać przeżycia będące podstawą zamachu na dziecko (Marzec–Holka 2004; Pomarańska–Bielecka 2010).

Faktem jest, że po porodzie u wielu kobiet pojawiają się różnego rodzaju objawy depresyjne i lękowe. Mówi się o:

- smutku poporodowym (*baby blues*), który występuje u około 50–80% kobiet i trwa od około 10 dni do 2 tygodni;
- depresji poporodowej (*postpartum depression*), dotyczącej około 10–20% matek i pojawiającej się na przełomie pierwszego i drugiego miesiąca życia dziecka;
- zaburzeniach stresowych pourazowych (*PTSD*) — dotyczą one około 1,5–5,6% matek;
- psychozie poporodowej, występującej u około 0,1–0,2% kobiet i zaczynającej się około 2 tygodnie po porodzie (Krzyżanowska–Zbucka 2010, s. 45–46).

Tabela 2. Czynniki ryzyka wystąpienia okołoporodowych zaburzeń psychicznych.

Psychiatryczne	Związane z ciążą	Psychospołeczne
<ul style="list-style-type: none"> • Zaburzenia psychiczne w rodzinie • Przebyta depresja poporodowa • Zaburzenia psychiczne w wywiadzie • Używanie substancji psychoaktywnych i alkoholu • Stan euforyczny po porodzie 	<ul style="list-style-type: none"> • Niechciana ciąża • Ciąża zagrożona • Traumatyczne doświadczenia w poprzednich ciążach • Ciężki lub urazowy poród 	<ul style="list-style-type: none"> • Trudne wydarzenia życiowe niezależne od ciąży • Samotne macierzyństwo • Ciąża nieletniej • Złe relacje z matką • Problemy finansowe • Złe relacje w rodzinie • Przeprowadzka

Źródło: Krzyżanowska-Zbucka 2010, s. 45.

Niektórzy teoretycy postulują, żeby zrezygnować z kategorii prawnej „dzieciobójstwo” i sądzić sprawczynię za zabójstwo z ograniczoną poczytalnością w chwili popełniania czynu (Pomarańska-Bielecka 2010, s. 35).

Kluczowym aspektem w kwalifikacji czynu jako dzieciobójstwo jest ustalenie bezpośredniej zależności pomiędzy porodem a zamiarem podjęcia czynu. Wydawać by się mogło, że planowanie zabójstwa jeszcze w czasie ciąży wyklucza możliwość uznania go za dzieciobójstwo. Jednak Sąd Najwyższy wskazał, że „(...) okoliczność powzięcia przez kobietę przed urodzeniem dziecka zamiaru pozbawienia go życia po jego urodzeniu, lecz w okresie porodu, nie wyłącza przestępstwa dzieciobójstwa (...) o ile ten zamiar został wykonany pod wpływem przebiegu porodu” (OSP iKA 1960, nr 7–8, poz. 217, za: Krzyżanowska-Zbucka 2010, s. 34).

Jak wynika z badań przeprowadzonych między innymi przez Pomarańską-Bielecką oraz Marzec-Holkę, dzieciobójczynię to najczęściej kobiety o niskim poziomie wykształcenia, mieszkające na wsi, biedne, często będące wcześniej ofiarami przemocy ze strony najbliższych (np. męża czy ojca), w wyniku czego prezentują postawę bierności i uległości. Analizy motywacji dzieciobójczyń doprowadziły do zgodnych wniosków — główne determinanty to przyczyny społeczne (obawa przed reakcją rodziny

i znajomych, szczególnie w przypadku braku stałego partnera lub zdrady, strach przed utratą możliwości wyjścia za mąż) oraz ekonomiczne (bardzo trudna sytuacja materialna, bezrobocie, wielodzietna rodzina, alkoholizm partnera). O ile przyczyny społeczne odgrywają większą rolę w przypadku kobiet nie będących w związku małżeńskim, o tyle motywacje ekonomiczne występują częściej u kobiet zamężnych. Jedną z najważniejszych przyczyn jest brak wsparcia ze strony najbliższych, w tym partnera (Pomarańska-Bielecka 2010, s. 36–39; Marzec-Holka 2004, s. 90–103).

Wspomniany spadek liczby dzieciobójstw interpretuje się jako wynik zmian społeczno-ekonomicznych w kraju. Zmieniło się społeczne postrzeganie dzieci spoza związku małżeńskiego oraz samotnego macierzyństwa — nie jest to już tak bardzo piętnowane. Poprawiła się również sytuacja ekonomiczna w Polsce. Spadek liczby dzieciobójstw w ostatnich latach potwierdza tezę o braku zależności pomiędzy skalą tego przestępstwa a dostępnością aborcji. Dzieje się tak, ponieważ dzieciobójczynię najczęściej są kobietami, które nie korzystają z pomocy medycznej, często nie są ubezpieczone. Jednocześnie mają bardzo małą wiedzę na temat seksualności i bardzo późno odkrywają, że są w ciąży. Nie korzystałyby więc z możliwości dokonania aborcji, gdyby taka istniała w ich przypadku (Pomarań-

ska–Bielecka 2010, s. 37). Jedną z proponowanych form zapobiegania dzieciobójstwu są tzw. okna życia. Są to miejsca, w których można anonimowo zostawić dziecko, nie narażając go na niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia. Jednak wielu specja-

listów uważa, że nie rozwiązują one problemu dzieciobójstwa, ponieważ okna życia, znajdujące się w miastach, nie są dostępne dla dzieciobójczyń, które pochodzą głównie ze wsi (Kühn 2010, s. 19; Pomarańska–Bielecka 2010, s. 41).

8. Poszerzone samobójstwo

Zabójstwu dziecka może towarzyszyć samobójstwo sprawcy, mówi się wtedy o samobójstwie poszerzonym. W Holandii przeprowadzono badanie porównawcze dotyczące czynników związanych z zabójstwem dziecka jako funkcji występowania bądź niewystępowania parasamobójstwa (nieudanej próby samobójczej) sprawcy³ (Liem i wsp. 2010). Wyniki tego porównania potwierdziły wcześniejsze ustalenia badawcze dotyczące zabójstw dzieci zakończonych udaną lub nie próbą samobójczą. Według nich sprawcy takich czynów są prawie zawsze biologicznymi rodzicami ofiar. Zarówno sprawcy, jak i ofiary zabójstwa dziecka zakończonego próbą samobójczą byli średnio starsi od sprawców i ofiar w przypadkach aktów zabójstw dzieci bez próby samobójczej. Sprawcy, którzy po dokonaniu zabójstwa dziecka usiłowali odebrać sobie życie rzadziej krzywdzili je wcześniej i nie zabijali dzieci w wyniku przemocy

fizycznej. Częściej pozostawali oni w symbiotycznej relacji ze swoim dzieckiem, prezentowali nadidentyfikację rodzicielską — poczucie rodzica, że dziecko stanowi jego nieodłączną część. Rodzic więc przenosi agresję na dziecko jako rozszerzenie agresji przeciwko samemu sobie. Sprawcy tego typu aktów często cierpią na zaburzenia psychiczne, np. depresję — zabijają więc dzieci, ponieważ uważają, że życie oznacza dla nich cierpienie. Zdarza się również, że sprawca zabija dzieci, by sprawić cierpienie partnerce lub partnerowi. Wśród sprawców zabójstw zakończonych samobójstwem więcej jest mężczyzn, być może dlatego, że mężczyźni generalnie częściej odbierają sobie życie. W przypadku nieudanych prób samobójczych po zabójstwie dziecka nie ma nadreprezentacji mężczyzn, co jest prawdopodobnie wynikiem tego, że kobiety stosują mniej skuteczne metody samobójstwa niż mężczyźni.

9. Analiza przypadków śmierci dzieci (*Child fatality review*)

W odpowiedzi na problem śmierci dzieci w wyniku krzywdzenia i/lub zaniedbania oraz zdiagnozowania problemu niedoszacowania liczby dzieci zmarłych w wyniku krzywdzenia w niektórych krajach powstały zespoły dochodzeniowe w sprawach śmierci dzieci — *child death review teams*. Działają one na zasadzie interdyscy-

plinarnej pracy specjalistów pochodzących z różnych instytucji (medycznych, społecznych, sądowych i policyjnych) (Durfee i wsp. 2002, s. 619; Queen's Printer and Controller of HMSO 2007, s. 5–6). Interdyscyplinarność zespołu wspomaga szybką wymianę informacji pomiędzy osobami zajmującymi się daną sprawą, w wyniku czego jest

³ Analizowano przypadki zabójstwa dziecka, które zakończyły się parasamobójstwem (nieudaną próbą samobójczą), ponieważ trudno jest analizować przypadki udanych prób samobójczych, ze względu na brak możliwości uzyskania danych np. na temat motywacji sprawcy.

większe prawdopodobieństwo rzetelnego rozpoznania przyczyny. To, że przedstawiciele różnych instytucji działają razem, zapobiega również wielokrotnemu męczącemu przesłuchiowaniu rodziców, które może pogłębiać ich ból.

Zadaniem zespołów dochodzeniowych jest analiza przypadków śmierci dzieci, w celu trafnego wskazania przyczyn oraz czynników ryzyka. Ustalenia tych zespołów mają nie tylko poprawić kategoryzację przyczyn śmierci dzieci, ale też pomóc w skutecznej profilaktyce tego typu wydarzeń. Tego typu zespoły dochodzeniowe istnieją w USA (od

1978 r.) i Wielkiej Brytanii (od 2007 r.), gdzie podejmują badania w każdym przypadku śmierci dziecka. Zintegrowany system badań dotyczących wszystkich przypadków nienaturalnych śmierci występuje również w Australii i Nowej Zelandii. W Belgii i Izraelu zespoły dochodzeniowe są powoływane do konkretnych przypadków (Kühn 2010, s. 18–19). W Polsce nie istnieją tego typu zespoły dochodzeniowe. Analizy przeprowadzone w innych krajach pokazują jednak, że dogłębne badanie przyczyn śmierci dzieci jest niezwykle ważne w tworzeniu skutecznej profilaktyki (Baker 2010).

10. Zakończenie

Śmierć dziecka w wyniku krzywdzenia zwraca uwagę na sam problem krzywdzenia dzieci. Każdy taki przypadek świadczy o tym, że zabrakło skutecznej profilaktyki i wsparcia dla rodziny, czy też reakcji odpowiednich służb. Dlatego też niezwykle istotne jest, żeby śmierć dziecka była analizowana i, w przypadku wątpliwości, dokładnie badana, dzięki czemu będzie można zapobiegać podobnym przypadkom w przyszłości.

Jak zostało pokazane, w Polsce brakuje badań dotyczących procesu kategoryzacji przyczyn śmierci dzieci, przez co oficjalne

statystyki nie są weryfikowane. Zaś na podstawie badań przeprowadzonych w innych krajach można zakładać, że liczba przypadków śmierci dzieci w wyniku krzywdzenia jest w Polsce niedoszacowana. Nie istnieją także polskie zespoły dochodzeniowe w sprawach śmierci dzieci, czego wynikiem jest również to, że wszelkie działania profilaktyczne nie opierają się na analizach tych przypadków i mogą jedynie bazować na danych zebranych w innych państwach, nie uwzględniając specyfiki lokalnej. Rekomendowane jest więc podjęcie podobnych inicjatyw badawczych i analitycznych w Polsce.

The article discusses the issue of child death being a consequence of abuse and/or neglect, as well as resulting from infanticide or murder-suicide. The paper focuses predominantly on the situation in Poland; it reveals the scope of the problem and discusses major forms of abuse potentially ending in the child's death. Additionally, the idea of child death review is introduced, i.e. dedicated analysis of deaths among children.

Literatura

- Baker G. (2010), *Dochodzenie w przypadkach zabójstwa dziecka – procedura Serious Case Review w Wielkiej Brytanii*, Dziecko Krzywdzone, nr 3(32), s. 98–103.
- Block R.W. (2002), *Child Fatalities*, w: J.E.B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix, C. Jenny, Th.A. Reid (red.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*, London: Sage, s. 293–304.

- Cavanagh K., Dobash R.E., Dobash R.P. (2007), *The murder of children by fathers in the context of child abuse*, *Child Abuse & Neglect*, nr 31(7), s. 731–746.
- Committee on Child Abuse and Neglect (2001), *Distinguishing Sudden Infant Death Syndrome From Child Abuse Fatalities*, *Pediatrics*, nr 107, s. 437–441.
- Department for Children, Schools and Families (2008), *Safeguarding children in whom illness is fabricated or induce. Supplementary guidance to Working Together to Safeguard Children*, London: HM Government.
- Durfee M., Durfee D.T., West M.P. (2002), *Child fatality review: an international movement*, *Child Abuse & Neglect*, nr 26(6/7), s. 619–636.
- GUS (2011), *Rocznik Demograficzny 2011*.
- Instytut Pracy, Zdrowia i Organizacji, Uniwersytet w Nottingham (2012), *Zapobieganie problemowi porzucania dzieci*, www.nottingham.ac.uk/iwho/documents/childabandonment/poland/brochure.pdf
- Keller–Hamela M., Włodarczyk J., Trocha O. (2012), *Child Abandonment and its Prevention in Poland*, w: K. Browne, S. Chou, K. Whitfield, *Child Abandonment and its Prevention in Europe*, The University of Nottingham, www.nottingham.ac.uk/iwho/documents/childabandonment/manual-of-good-practice.pdf
- Korzycka–Stalmach M. (2012), *Wypadki i urazy wśród niemowląt, małych dzieci i dzieci w wieku przedszkolnym*, *Dziecko Krzywdzone*, nr 1(38), s. 87–106.
- Krzyżanowska–Zbucka J. (2010), *Okolopородowe zaburzenia psychiczne a krzywdzenie dzieci*, *Dziecko Krzywdzone*, nr 3(32), s. 44–53.
- Kühn G. (2010), *Przypadki krzywdzenia dzieci ze skutkiem śmiertelnym*, *Dziecko Krzywdzone*, nr 3(32), s. 7–23.
- Kunz P., Kopacz P. (2007), *Analiza porównawcza zgonów gwałtownych i nagłych dzieci i młodzieży do 14 roku życia w latach 1946-1973 i 1996-2005 w materiale sekcyjnym krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej CM UJ*, *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii LVII*, s. 318–321.
- Kułaga Z., Litwin M., Wójcik P., Jakubowska–Winecka A., Grajda A., Gurzkowska B., Napieralska E., Barwicka K., Róździńska A., Wiśniewski T. (2009), *Aktualne trendy zewnętrznych przyczyn zgonów dzieci i młodzieży w Polsce*, *Problemy Higieny Epidemiologicznej*, nr 90(3), s. 332–241.
- Liem M., de Vet R., Koendraadt F. (2010), *Zabójstwo dziecka zakończone parasamobójstwem – porównanie zabójstw dzieci, którym towarzyszyła lub nie próba samobójcza sprawcy*, *Dziecko Krzywdzone*, nr 3(32), s. 89–97.
- Marzec–Holka K. (2004), *Dzieciobójstwo. Przesłębstwo uprzywilejowane czy zbrodnia*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego.
- May–Chahal C., Hicks S., Tomlinson J. (2010), *Zgony dzieci a krzywdzenie dzieci. Projekt badawczy dotyczący klasyfikacji przyczyn zgonu w opiece szpitalnej*, *Dziecko Krzywdzone*, nr 3(32), s. 63–97.
- Naumann E. (2010), *Dziecko jako śmiertelna ofiara przestępstw*, *Dziecko Krzywdzone*, nr 3(32), s. 24–30.
- Piekarska A. (2010), *Śmiertelne skutki przemocy rówieśniczej – przegląd i analiza zagadnień*, *Dziecko krzywdzone*, nr 3 (32), s. 54–62.
- Policja (2012a), Dane z Policji z: http://statystyka.policja.pl/portal/st/840/74956/Liczba_ofiar_przestepstw_w_2011_roku.html?search=8048
- Policja (2012b), Dane z Policji z: http://statystyka.policja.pl/portal/st/1102/63417/Dzieciobojstwo_art_149.html

- Policja (2012c), Dane z Policji z: http://statystyka.policja.pl/portal/st/1109/63510/Porzucenie_maloletniego_albo_osoby_nieporadnej_art_210.html.
- Policja (2012d), Dane z Policji z: http://statystyka.policja.pl/portal/st/945/50869/Przestepczosc_kobiet.html.
- Pomarańska–Bielecka M. (2010), *Prawna i socjologiczna charakterystyka występków dzieciobójstwa*, Dziecko Krzywdzone, nr 3(32), s. 31–43.
- Queen's Printer and Controller of HMSO (2007), *Why Jason Died*, London: Department for Children, Schools and Families.
- Strona M., Bolechała F. (2010), *Medyczno-sądowe oraz prawne aspekty dzieciobójstwa z analizą wybranych przypadków badanych w Katedrze Medycyny Sądowej Collegium Medicum UJ w latach 1900–2010*, Dziecko Krzywdzone, nr 3(32), s. 78–88.
- Szredzińska R., Lewandowska K., Podlewska J. (2012), *Zdrowie małych dzieci*, Dziecko Krzywdzone, nr 1 (38), s. 63–82.
- Trocha O. (2012), *Przestępstwa wobec małych dzieci*, Dziecko Krzywdzone, nr 1 (38), s. 107–115.
- Trusz A., Crost M., Gerbouin–Rérolle P., Cook J.M. (2010), *Underascertainment of child abuse fatalities in France: Retrospective analysis of judicial data to assess under reporting of infant homicides in mortality statistics*, Child Abuse & Neglect, nr 34(7), s. 534–544.
- UNICEF (2003), *A League Table of Child Maltreatment Deaths in Rich Nations*, Innocenti Report Card No. 5, Florence.
- UNICEF (2011), *Levels & Trends in Child Mortality. Report 2011*, www.childinfo.org/files/Child_Mortality_Report_2011.pdf
- Wojtasik M. (2011), *Umieralność dzieci i młodzieży*, Dziecko Krzywdzone, nr 3(36), s. 33–45.

O AUTORZE

JOANNA WŁODARCZYK — socjolożka, doktorantka w Instytucie Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego. Od 2009 roku pracuje w Fundacji Dzieci Niczyje. Od 2011 roku jest koordynatorką działu badawczego FDN. Członkini Polskiego Towarzystwa Socjologicznego.