RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Dziecka
Mikołaj Pawlak

Warszawa, 14 grudnia 2023 roku

ZPD.400.2.2021.PB

ANALIZA SPOŁECZNO-WYCHOWAWCZYCH UWARUNKOWAŃ PRZYPADKÓW ŚMIERCI DZIECKA

CZYNNIKI RYZYKA I CZYNNIKI CHRONIĄCE

Raport przygotowali:

dr hab. prof. UŁ Mariusz Granosik – Kierownik Katedry Pedagogiki Społecznej i Resocjalizacji na Wydziale Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego

Dr Izabela Kamińska-Jatczak – adiunkt Katedry Pedagogiki Społecznej i Resocjalizacji na Wydziale Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego

Dr Piotr Bogacki – Dyrektor Zespołu ds. Przestępczości Wobec Dzieci

Warszawa, 2023

Spis treści Część 1. Analiza przypadków, w których dzieci poniosły śmierć lub doznały innych obrażeń (Piotr Bogacki)

Wprowadzenie 5

Cel analizy 7

Analizy przypadków 8

Analiza przypadku śmierci noworodka 7

Analiza przypadku śmierci noworodka 11

Analiza przypadku śmierci dwójki dzieci w wieku 1 miesiąca 15

Analiza przypadku śmierci dziecka w wieku 1 miesiąca 19

Analiza przypadku śmierci dziecka w wieku 2 miesięcy 21

Analiza przypadku śmierci dziecka w wieku 8 miesięcy 25

Analiza przypadku śmierci dziecka w wieku 2 lat i 1 miesiąca 29

Analiza przypadku śmierci dziecka w wieku 3 lat 33

Analiza przypadku śmierci dwójki małoletnich w wieku 5 lat i 3 lat 41

Analiza przypadku usiłowania zabójstwa noworodka 45

Analiza przypadku usiłowania zabójstwa noworodka 49

Analiza przypadku usiłowania zabójstwa dziecka w wieku 1 roku i 7 miesięcy 51

Analiza przypadku usiłowania zabójstwa dziecka w wieku 10 lat 56

Analiza przypadku usiłowania zabójstwa dzieci w wieku 13 lat i 14 lat 59

Analiza przypadku niemyślnego spowodowania śmierci noworodka 63

Analiza przypadku nieumyślnego spowodowania śmierci noworodka 66

Analiza przypadku nieumyślnego spowodowania śmierci dziecka w wieku 1 roku 69

Analiza przypadku nieumyślnego spowodowania śmierci dziecka w wieku 1 roku i 11 miesięcy 71

Analiza przypadku nieumyślnego spowodowania śmierci dziecka w wieku 2 lat i 2 miesięcy 73

Czynniki stwarzające zagrożenie dla życiu i zdrowiu dziecka 75

Bibliografia 78

Część 2. Analiza społeczno-wychowawczych uwarunkowań przypadków śmierci dziecka. Czynniki ryzyka i czynniki chroniące (Mariusz Granosik, Izabela KamińskaJatczak)

WPROWADZENIE 79

Perspektywa teoretyczno-praktyczna i metoda **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

Materiał poddany analizie ..... **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

Perspektywa poznawcza i metoda ..... **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

Charakterystyka typów poszczególnych przypadków i ich uwarunkowań 83

Reakcje środowiskowe versus powolny rozwój trajektorii przemocy w rodzinach 84

Rodziny kontrolowane przez instytucje 85

Rodziny nie objęte wzmożoną kontrolą instytucjonalną 88

Czyn w afekcie niepoprzedzony rozwiniętą historią przemocy wobec dziecka 89

Zabójstwo bezpośrednio po porodzie 94

Sprawcy, którzy nie są rodzicem 97

Nieumyślne spowodowanie śmierci dziecka 102

Niewykształcona tożsamość rodzicielska w stosunku do noworodka…….102

Rozproszenie odpowiedzialności……104

Niewłaściwa diagnoza i działania instytucji mających chronić małoletniego……104

Wnioski **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

Zaangażowana współpraca instytucji 104

Współpraca z drugim rodzicem i rodziną, edukacja sąsiadów 105

Praca z samymi rodzicami..... 106

Emocje..... 107

Diagnoza interpretatywna 107

Rekrutacja i wymiana doświadczeń 109

Środowisko życia 110

Rekomendacje **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

Edukacja dla rodziców 111

Edukacja dla profesjonalistów…….……113

Szkolenia z zakresu diagnozy środowiska……...……114
Szkolenia z zakresu pracy ze społecznością lokalną…...……114
Szkolenia z zakresu wychwytywania czynników ryzyka występowania przemocy wobec dziecka…….115
Szkolenia z zakresu rozpoznawania wczesnych symptomów przemocy……....115
Szkolenia z zakresu opisywania obrażeń u dziecka……...….116
Inne specjalistyczne szkolenia…….....116
Sprawny przepływ informacji…….116
Dostęp do baz danych……..117
Zintegrowany system informacji o rodzinie……118
Stworzenie aplikacji do zgłaszania przemocy…….118
Rozwój metodyki przeciwdziałania przemocy……119
Usprawnienie procedur i strategii instytucjonalnego działania 119
Procedury rekrutacyjne……...…….121
Edukacja społeczna 121
Bibliografia i netografia 123

CZĘŚĆ 1. ANALIZA PRZYPADKÓW, W KTÓRYCH DZIECI PONIOSŁY ŚMIERĆ LUB DOZNAŁY INNYCH OBRAŻEŃ

WPROWADZENIE

Niniejszy raport dotyczy analizy zdarzeń, w których dzieci doznały poważnej krzywdy lub śmierci z powodu zastosowanej przemocy, niewłaściwego postępowania, zaniedbania, czy niewydolności wychowawczej. Historia każdego dziecka jest wyjątkowa i wskazuje, jak ważne dla praktyki ochrony dzieci przed krzywdzeniem jest holistyczne podejście, w tym odpowiednie zaangażowanie i nadzór instytucji oraz służb, pozyskiwanie informacji i umiejętność interpretacji źródła ich pochodzenia, jak również umiejętność analizowania i słuchania tego, co dziecko próbuje przekazać.

Zrozumienie nie tylko tego, co się wydarzyło, ale także tego, dlaczego stało się tak a nie inaczej, może pomóc w ulepszeniu reakcji w przyszłości. Zrozumienie wpływu, jakie działania różnych instytucji lub organów miały wpływ na życie dziecka i jego rodziny, oraz tego, czy różne podejścia lub działania mogły skutkować innym rezultatem, jest niezbędne do poszerzenia wiedzy. W ten sposób można dokonać właściwej oceny tego, co może wymagać zmian na poziomie lokalnym lub krajowym.

Ochrona dzieci przed krzywdzeniem jest zadaniem z natury złożonym i wymagającym. Dotarcie do tego, co dzieje się w intymnej sferze życia rodzinnego, wymaga dużej wiedzy. Obejmuje ingerowanie w bardzo prywatne sfery w celu dokonania oceny rodzicielstwa, zapewnienia dziecku bezpiecznego i harmonijnego rozwoju oraz tego, czy dziecko, a w szczególności niemowlę, doświadcza krzywdy.

Efektywność podejmowanych działań na rzecz ochrony dzieci wymaga pewności, zdolności i umiejętności korzystania ze specjalistów z różnych dziedzin, w tym współpracy interdyscyplinarnej. W swej istocie praktyka ochrony dzieci przed krzywdzeniem wymaga doskonałej umiejętności łączenia funkcji „opieki" i „kontroli". Można to osiągnąć jedynie przez

podnoszenie kompetencji osób, działając w tym obszarze, ale też ważna jest podmiotowość dziecka. Niski poziom kompetencji rodzicielskich w zakresie realizowania funkcji opiekuńczo-wychowawczej oraz budowania relacji opartych na wzajemnym szacunku dla zasad prowadzą do stosowania niespójnego zestawu reguł przez dorosłych, rozwiązywania problemów siłą (podejście restrykcyjne) bądź przez perswazję i odpowiedzialność (podejście przyzwalające) oraz do naruszania zasad podmiotowości dziecka. Najczęściej przejawia się to w niekonsekwentnych postawach dorosłych i destrukcyjnych wzorcach zachowań[1]. Dlatego ważna jest umiejętność analizowania i słuchania tego, co dziecko próbuje przekazać.

Niniejszy przegląd zdarzeń dotyczy w większości sytuacji, w których śmierć dziecka nastąpiła na skutek stosowanej przemocy. W analizie akt starano się znaleźć przyczynę zachowań osób z różnych środowisk. Omówione zostaną również przypadki zaniedbań, które mogły lub doprowadziły do śmierci dzieci. Skupiono się także na przypadkach niespodziewanej śmierci w okresie niemowlęcym. To zdarzenia z udziałem rodzica śpiącego razem z niemowlęciem lub zajmującego się dzieckiem po spożyciu alkoholu lub narkotyków. Jak również rodziców wchodzących w rodzicielstwo, gdy do śmierci dziecka doszło w sposób nieumyślny.

Badanie ukazało, że pracownicy służby zdrowia pełnią istotną rolę w ochronie dzieci, bo to oni jako pierwsi mają dostęp do rodziny w pierwszych miesiącach życia. W tym obszarze starano się ustalić, w jaki sposób osoby reprezentujące opiekę zdrowotną, ale i też kuratorów sądowych, opiekę społeczną, policję mogą skuteczniej współpracować z rodzicami i dziećmi z grupy ryzyka. Czy dotychczasowe procedury postępowania wystarczająco uwzględniają ryzyko, czy potrzebne są dalsze udoskonalenia sposoby przekazywania rodzicom informacji i porad w ramach szerszych strategii promowania zdrowia, bezpieczeństwa i dobrostanu niemowląt, jak jest wpływ złego stanu zdrowia emocjonalnego i psychicznego na zdolność rodzicielską.

W analizie skupiono się również na prewencyjnej roli służb medycznych na rzecz przeciwdziałania przemocy wobec małoletnich w zakresie rozpoznawania czynników ryzyka krzywdzenia dzieci, rozpoznawania symptomów dziecka krzywdzonego, opisywania obrażeń ujawnionych u dziecka, zgłaszania swoich podejrzeń.

[1] L. Miś, K. Ornacka, Podmiotowość dziecka w rodzinie i w sferze publicznej, Instytut Socjologii UJ, 2015 s. 72-73.

Wnioski zawarte w niniejszym raporcie dotyczą również działań podejmowanych przez kuratorów sadowych, instytucję pomocy społecznej czy policję w zakresie rozpoznawania

symptomów dziecka krzywdzonego, przeprowadzania wywiadu przy podejrzeniu krzywdzenia dziecka, zgłaszania swoich podejrzeń, ujawniania i opisywania dostrzeżonych obrażeń u dziecka. Zamierzeniem analizy przypadków było również zidentyfikowanie czynników ryzyka śmierci dzieci w ich środowisku wychowawczym.

Niniejszy raport stanowi okazję do zwiększenia zrozumienia przez społeczeństwo, instytucje i służby realiów ochrony dzieci, a także skłonienia do przemyślanej, uczciwej i uważnej refleksji nad zmianami, jakie należy wprowadzić, aby lepiej chronić dzieci przed krzywdzeniem.

CEL ANALIZY

Celem analizy przypadków była eliminacja niewłaściwych praktyk w działalności instytucji, służb oraz opracowanie rekomendacji na rzecz funkcjonowania efektywnego systemu ochrony dzieci przed krzywdzeniem. Analizując każdy przypadek, skupiono się na ujęciu systemowym, dążąc do odkrycia, co zawiodło w funkcjonowaniu systemu rodziny, systemu ochrony dzieci i doprowadziło do braku adekwatnych działań odpowiednich służb czy instytucji. Czy było to wynikiem braku wiedzy specjalistycznej i umiejętności kadr, szczególnie w odniesieniu do oceny ryzyka i podejmowania decyzji, braku oferty wsparcia dla osób w trudnej sytuacji życiowej, braku odpowiednich działań profilaktycznych czy braku współpracy interdyscyplinarnej.

Zamierzeniem analizy było również uzyskanie odpowiedzi, w jaki sposób można zwiększyć efektywność współpracy interdyscyplinarnej służb i instytucji na rzecz ochrony małoletnich przed krzywdzeniem.

Aby osiągnięcie powyższych celów było możliwe, prace analityczne skupiły się w szczególności na:

1. wskazaniu okoliczności śmierci dziecka,
2. ustaleniu sytuacji opiekuńczo-wychowawczej dziecka zanim doszło do jego śmierci,
3. opisu psychologicznego sprawcy, jego stosunków rodzinnych i sytuacji osobistej,

4. ustaleniu wykonywanych czynności przez instytucje państwowe, instytucje samorządowe oraz inne organy i instytucje w stosunku do dziecka i rodziny, zanim doszło do śmierci dziecka,
5. ustaleniu uchybień w zakresie podejmowanych działań instytucji państwowych, instytucji samorządowych oraz innych organów i instytucji zanim doszło do śmierci dziecka,
6. zdiagnozowaniu czynników ryzyka w środowisku wychowawczym dziecka,
7. opracowaniu rekomendacji dla właściwych instytucji i organów mających na celu zwiększenia ochrony małoletnich przed krzywdzeniem.

W niniejszym raporcie zidentyfikowano kluczowe wnioski i przedstawiono rekomendacje co do każdego analizowanego zdarzenia. Z analiz nie można wyprowadzić jednoznacznych wniosków, że gdyby podjęto wskazane wnioski i rekomendacje, to małoletni by żyli lub nie stali się ofiarą przemocy. Niemniej jednak dokonane analizy poszczególnych zdarzeń pozwolą pozyskać znaczącą wiedzę, istotną z punktu widzenia ochrony dzieci i zbudowania odpowiedniej strategii prewencyjnej opartej na wiedzy o efektywności metod i form w praktyce, co może znacząco ograniczyć rozmiary dziecięcej krzywdy.

Raport opiera się na analizie 14 przypadków dotyczących przestępstwa z art. 148 k.k. oraz 5 przypadków dotyczących przestępstwa z art. 155 k.k., popełnionych na szkodę osób małoletnich i zakończonych prawomocnie w latach 2021 i 2022. Dokonano retrospektywnej analizy akt, zapoznając się w szczególności z opiniami sądowo-psychiatrycznymi i psychologicznymi oskarżonych, wywiadami środowiskowymi w miejscu zamieszkania oskarżonego, dokumentacjami medycznymi, protokołami przesłuchań oskarżonych, pokrzywdzonych oraz świadków, dokumentacją z procedury Niebieskiej Karty, dokumentacją kuratorów sądowych, dokumentacją ośrodka pomocy społecznej, notatkami urzędowymi policji.

ANALIZY PRZYPADKÓW

Analiza przypadku śmierci noworodka

Okoliczności śmierci dziecka

Kobieta, kładąc się spać, poczuła bóle w podbrzuszu. Wczesnym rankiem poczuła potrzebę silnego parcia, usłyszała plusk. Kiedy wstała z toalety, zobaczyła, że leży w niej dziecko, które zaczęło płakać. Spanikowana wyszła z łazienki, zostawiając tam dziecko. Kobieta miała świadomość, że jest w ciąży i nie korzystała z usług lekarskich.

Z protokołu oględzin i otwarcia zwłok wynika, że dziecko urodziło się żywe i oddychało, urodziło się bez wad rozwojowych i chorobowych uniemożliwiających samodzielne funkcjonowanie poza organizmem matki. Nie stwierdzono wewnętrznych i zewnętrznych obrażeń. Do zgonu doszło w wyniku uduszenia w mechanizmie utonięcia i zablokowania dróg oddechowych, zamknięcia nosa i ust wskutek zaklinowania głowy w ciasnej przestrzeni muszli klozetowej.

Sąd uznał oskarżoną winną popełnienia zabójstwa z zamiarem ewentualnym, przyjmując, że miała w stopniu znacznym ograniczoną zdolność do rozpoznania znaczenia czynu i pokierowania swoim postępowaniem oraz wymierzył jej karę 4 lat pozbawienia wolności.

Opis psychologiczny sprawcy, jego stosunków rodzinnych i sytuacji osobistej

Kobieta uczyła się w szkole specjalnej, skąd została przeniesiona do specjalnego ośrodka wychowawczego. Po ukończeniu pełnoletności i ukończeniu pierwszej klasy przerwała naukę. Posiada pięcioro rodzeństwa, z czego każde niepełnoletnie z nich przebywa w rodzinie zastępczej. Rodzice rozwiedli się, po rozstaniu zamieszkała z ojcem i jego partnerką, ponieważ nie miała z nią dobrych relacji. W chwili czynu miała 24 lata, a ojciec dziecka 46 lat. Mieszkali u jego matki. Kobieta nie pracowała i była na utrzymaniu partnera, który uzyskiwał wynagrodzenie około 1800-1900 zł.

Z opinii psychiatrycznej wynika, że trudności w nauce, potrzeba edukacji w warunkach specjalnych wynikały po części z nakładania się niskich potencjalnych możliwości intelektualnych, zaburzeń zachowania oraz uwarunkowań środowiskowych. Z uwagi na deficyt intelektualny badana ma obniżone rozumienie bardziej złożonych sytuacji, a także zdolność do planowania i podejmowania decyzji.

Z opinii psychologicznej wynika, że badana ma IQ 68, osobowość zależną, cechy osobowości antyspołecznej oraz borderline. Bez cech psychozy. Wskazane deficyty sfery intelektualnej i emocjonalnej przekładają się na pogorszenie zdolności oceniania, a ponadto obniżenie zdolności do przewidywania konsekwencji podejmowanych aktywności bądź nieliczenia się w wystarczającym stopniu z takimi konsekwencjami.

Kobieta nie była uzależniona od alkoholu czy niedozwolonych substancji. Pali jedną paczkę papierosów dzienne. Partner kobiety miał nadużywać alkoholu. Na ten cel przeznaczał pieniądze z 500+ na dziecko z poprzedniego związku, dlatego był pod kontrolą organów pomocy społecznej.

Wykonywane czynności przez instytucje państwowe, instytucje samorządowe oraz inne organy i instytucje w stosunku do dziecka i rodziny, zanim doszło do śmierci dziecka

Partner korzystał z pomocy gminnego ośrodka pomocy społecznej, pobierał zasiłek celowy, a kobieta pobierała zasiłek okresowy. Podczas przeprowadzonych rozmów w budynku GOPS pracownicy nie zauważyli, żeby kobieta była w ciąży.

Uchybienia w zakresie podejmowanych działań instytucji państwowych, instytucji samorządowych oraz innych organów i instytucji zanim doszło do śmierci dziecka

Pracownicy GOPS nie interesowali się zastaną sytuacją rodzinną, ograniczając się jedynie do odebrania wywiadu przy podpisywaniu przez oboje dokumentów w związku z pobieranymi zasiłkami. Z zeznań ojca kobiety wynika, że jej konkubent miał podejrzenia co do stanu zdrowia swojej partnerki.

Wobec powyższego pracownik ośrodka pomocy społecznej przy dokonywaniu rozpatrywania o pomoc mógł bardziej szczegółowo przeprowadzać wywiad i być dociekliwy w stosunku do konkubenta, tym bardziej że w stosunku do niego były podejrzenia o złym wydatkowaniu świadczenia celowego. Stosowne czynności mogły być również zrealizowane z udziałem podsądnej w celu ustalenia sytuacji rodzinnej, zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 8 kwietnia 2021 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego – dalej rozporządzenie o rwś: „*pracownik socjalny, przeprowadzając wywiad, bierze pod uwagę indywidualne cechy, sytuację osobistą, rodzinną, dochodową i majątkową osoby samotnie gospodarującej lub osób w rodzinie, mogące mieć wpływ na rodzaj i zakres przyznawanej im pomocy*" (Dz.U. 2021 poz. 893).

Należy dodać, że rodzina podsądnej (jej rodzice i rodzeństwo) w dzieciństwie była znana kuratorskiej służbie sądowej, a ojciec był objęty nadzorem kuratora sądowego w związku z ograniczeniem w wykonywaniu władzy rodzicielskiej. W pierwszej kolejności można było rozpytać, a następnie ustalić, czy w rodzinie kobiety w przeszłości był prowadzony nadzór kuratora sądowego i z jakich powodów, zwracając się o stosowne informacje do właściwego wydziału rodzinnego sądu rejonowego.

Uzyskanie przez ośrodek pomocy społecznej informacji o partnerce, przeprowadzenie z nią osobiście rozmowy w trakcie trwania procedury przyznającej zasiłek, może mogłoby przyczynić się do uzyskania wiedzy o jej stanie zdrowia.

Zdiagnozowane czynniki ryzyka w środowisku wychowawczym dziecka

Brak właściwych relacji rodzinnych, niski poziom edukacji, deficyty intelektualne, osobowość zależna, cechy osobowości antyspołecznej oraz borderline, co przekładało się na pogorszenie zdolności oceniania, a ponadto obniżenie zdolności do przewidywania konsekwencji podejmowanych aktywności bądź nieliczenia się w wystarczającym stopniu z takimi konsekwencjami. Problemy w funkcjonowaniu w rodzinie oraz po uzyskaniu pełnoletności.

Rekomendacje

1. Biorąc pod uwagę ustalenia w niniejszej sprawie, zasadnym jest, by pracownicy pomocy społecznej przy weryfikacji wniosków o pomoc lub też podczas weryfikowania niezgodności wydatkowania przyznanych świadczeń dokonywali wizytacji, rozpytania innych członków w rodzinie, biorą pod uwagę indywidualne cechy, ustalania odbytej edukacji i jej przebiegu, stosunków rodzinnych i ewentualnych ograniczeń intelektualnych czy fizycznych mogących wpływać na ich życie codzienne.
2. W przypadku, gdy pomoc ma dotyczyć osób prowadzących jedno gospodarstwo domowe czy w przypadku rodziny, uzasadnione jest przeprowadzenie takiego wywiadu z każdą osobą w miarę możliwości w taki sposób, by uniknąć wzajemnego wpływania na siebie. Dla uzyskania lepszej wiedzy o kliencie i innych osobach w rodzinie zasadne jest sprawdzenie, czy te osoby były już wcześniej pod opieką innych instytucji zajmujących się pomocą i jaka była tego przyczyna.

3. Szkolenia dla pracowników opieki społecznej, asystentów rodziny z zakresu przeprowadzania wywiadów z osobami korzystającymi z pomocy ośrodka w celu pozyskania informacji w kierunku posiadanych deficytów lub objawów ciąży.

Analiza przypadku śmierci noworodka

Okoliczności śmierci dziecka

Matka pozostawała w związku partnerskim. Z tego związku urodził się syn (lat 7). Relacje konkubentów były burzliwe, co doprowadziło do wyprowadzenia się kobiety i poznania innego mężczyzny. Po 3 miesiącach nowej relacji kobieta wróciła do swojego partnera.

Poszukiwała pracy, przy czym w toku badań wstępnych okazało się, że jest w ciąży. Kobieta ograniczyła wizytę u ginekologa do jednego badania. Relacje kobiety z matką partnera były negatywne. Kobiety kłóciły się i pozostawały w konflikcie. W dniu zdarzenia sprawczyni poprosiła partnera, by ten napisał do swej matki prośby o odprowadzenie ich syna do przedszkola. Po powrocie placówki przedszkolnej matka konkubenta dostrzegła, że partnerka jej syna źle się czuje, ale nie poruszała z nią tego tematu. Ojciec dziecka wrócił do domu około godziny 17 i powziął informację, że partnerki nie ma w domu. Około 19:30 kobieta wróciła do domu, wówczas mężczyzna dostrzegł, że ta nie ma już brzucha ciążowego. Zapytana o przyczynę tego stanu rzeczy wskazała, że poroniła dziecko i udała się do pokoju, by płakać w osobności. Z akt sprawy wynika, że kobieta urodziła dziecko w domu, zakrwawione tkaniny zebrała do worka i wrzuciła je do torby razem z dzieckiem. Następnie udała się nad rzekę, gdzie pozostawiła pakunek zawierający zwłoki dziecka. Badania
genetyczne wskazały, że partner nie był ojcem dziecka.

Sąd uznał oskarżoną winną popełnienia zabójstwa z zamiarem bezpośrednim i wymierzył karę 15 lat pozbawienia wolności.

Opis psychologiczny sprawcy, jego stosunków rodzinnych i sytuacji osobistej

Kobieta wychowywała się w rodzinie pełnej. Jej matka nadużywała alkoholu. Ojciec skazanej zmarł, gdy miała 11 lat. Z rodzeństwem nie utrzymuje kontaktu. Rodzina utrzymywana była ze świadczenia 500+ i wynagrodzenia konkubenta. Sytuacja finansowa była poniżej przeciętnej.

Kobieta od 10 lat choruje na depresję. Ostatnia konsultacja w formie teleporady udzielona była w 2020 r. Nie zażywała lekarstw, albowiem „źle się po nich czuła". W aktach brak jest danych pozwalających stwierdzić, czy lekarz psychiatra dopytywał o jej stan rodzinny. Z dokumentacji wynika, że nie wykupowała leków przepisywanych przez specjalistę. Biegli wydający opinię w postępowaniu nie stwierdzili u badanej choroby psychicznej.

Kobieta jest osobą nisko funkcjonującą, nieleczącą depresji, co uzasadnia jej labilność emocjonalną. W czasie zamieszkiwania u swojej matki odczuwała szeroko pojęte wsparcie. Po przeprowadzce do matki konkubenta czuła się zaszczuta i stosowana była wobec niej przemoc psychiczna i fizyczna przez konkubenta. Podejmowała okresowo pracę.

W miejscu zamieszkania nie było przeprowadzanych interwencji policji. Kobieta dwukrotnie zgłaszała zawiadomienie z art. 207 k.k., lecz z uwagi na jej postawę procesową skutkowało to umorzeniem postępowania przygotowawczego. Brak w aktach informacji o zawiadomieniu sądu rodzinnego.

Wykonywane czynności przez instytucje państwowe, instytucje samorządowe oraz inne organy i instytucje w stosunku do dziecka, rodziny, zanim doszło do śmierci dziecka

W rodzinie prowadzona była Niebieska Karta oraz prowadzono nadzór MOPS w związku ze sprawą o nękanie. Zgłoszenia dokonała partnerka, która zgłosiła stosowanie wobec niej przemocy przez konkubenta, a świadkami przemocowych zachowań był syn. Z protokołu spotkania grupy roboczej NK wskazano, że ojciec, który miał stosować przemoc, pozostawał w kontakcie z wychowawcą. Zasugerowano małoletniemu pomoc w postaci wsparcia psychologicznego. Ojca syna zobowiązano do zgłoszenia się do Poradni Pomocy Psychologicznej celem uzyskania wsparcia psychologicznego dla małoletniego. Pracownik socjalny wysłał wniosek do MPP o udostępnienie danych na temat funkcjonowania dziecka lat 7 w środowisku przedszkolnym. Kobiecie zaoferowano pomoc psychologiczną, jednak nie skorzystała z niej. Ostatecznie wskazała, że konkubent zaprzestał stosowania aktów przemocy.

Wobec braku stwierdzenia nieprawidłowości w funkcjonowaniu rodziny zamknięto procedurę Niebieskiej Karty.

Uchybienia w zakresie podejmowanych działań instytucji państwowych, instytucji samorządowych oraz innych organów i instytucji zanim doszło do śmierci dziecka

Grupa robocza Niebieskiej Karty nie ukierunkowała efektywnych działań na ofiarę przemocy. Zabrakło holistycznego podejścia i analizy sytuacji ofiary choćby pod względem problemów z depresją, rozumienia potrzeby zapewnienia bezpieczeństwa sobie i dziecku. Brak wykonania zaleceń NK o skorzystaniu z pomocy psychologa powinno wyczulić grupę roboczą i podjąć efektywniejsze działania. Czynności zakończono 12.01.2021 r. a do śmierci noworodka doszło w dniu 28 czerwca 2021 r. Nie zawiadomiono sądu rodzinnego o wgląd w sytuację dziecka, co pozwoliłoby na szerszą diagnozę sytuacji rodzinnej i dziecka przez kuratora sądowego. Linia życia matki, długotrwały konflikt z partnerem i jego matką, składane zawiadomienia o przestępstwie z art. 207 k.k., dawały podstawę do zawiadomienia przez grupę roboczą sądu rodzinnego o wgląd w sytuację dziecka w trybie art. 572 § 1 ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego – dalej k.p.c. *„Każdy, komu znane jest zdarzenie uzasadniające wszczęcie postępowania z urzędu, obowiązany jest zawiadomić o nim sąd opiekuńczy”*[2].

Policja – w ramach realizowanych czynności w związku z zawiadomieniem o przestępstwie z art. 207 k.k., gdzie świadkiem zdarzeń było dziecko, nie podjęto decyzji o zawiadomieniu sądu o wgląd w sytuację dziecka.

Lekarz ginekolog – brak holistycznego podejścia i analizy sytuacji życiowej pacjentki.
Z zeznań wynika, że miała wyznaczoną kolejną wizytę, ale nie odbyła się.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej – już 2018 roku zalecono wizytę u lekarza psychiatry. W dokumentacji medycznej z 2019 r. stwierdzono „objawy nawrotu depresji, trudności ze spaniem, nadmierna płaczliwość. Pacjentka nie chce zgłosić się do poradni psychologicznej lub psychiatrycznej i prosi o leki depresyjne”. W dwóch wizytach zapisano zalecenie lekarza psychiatry.

[2] Dz. U. 1964 Nr 43 poz. 296 z późn. zm.

Lekarz psycholog – pierwszy kontakt kobieta miała w 2020 r., zgłosiła się w związku z przemocą w domu. Była na 3 spotkaniach, informowała lekarza o zachowaniach przemocowych partnera i że świadkiem też był syn. Lekarz wówczas miał możliwość zawiadomienia sądu rodzinnego o wgląd w sytuację dziecka w trybie art. 572 § 1 k.p.c.

Lekarz psychiatra – brak holistycznego podejścia i analizy sytuacji życiowej pacjentki.
Z zeznań oskarżonej wynika, że nie brała leków, bo się źle czuła. Informowała lekarza tylko o swoim odczuciach, nie zaś o sytuacji życiowej i rodzinnej. Przepisywane były recepty, ale nie były realizowane. Lekarz miał możliwość sprawdzenia, czy leki zostały przez pacjentkę wykupione. Lekarz powinien poprowadzić pogłębiony wywiad z pacjentką

---

w zakresie sytuacji rodzinnej i dziecka. Miałby wówczas możliwość zawiadomienia sądu rodzinnego o wgląd w sytuację dziecka w trybie art. 572 k.p.c.

Zdiagnozowane czynniki ryzyka w środowisku wychowawczym małoletniego

Przemoc fizyczna ze strony partnera, brak opieki lekarskiej podczas ciąży, niechciana ciąża, dziecko pochodzące z innego związku, depresja, były czynnikami stwarzającym zagrożenie dla życia i zdrowia dziecka.

Rekomendacje

1. Organizacja szkoleń dla lekarzy ginekologów z zakresu uświadomienia czynników ryzyka śmierci dziecka, zwracania uwagi na pacjentów unikających wizyt kontrolnych, przeprowadzania pogłębionych wywiadów z pacjentem w kierunku ustalenia sytuacji rodzinnej i oceny czynników ryzyka zagrożeń dla dziecka poczętego.

2. Organizacja szkoleń dla lekarzy psychiatrów, psychologów, lekarzy pierwszego kontaktu z zakresu identyfikowania czynników ryzyka krzywdzenia dziecka, w szczególności przez osoby z problemami natury psychicznej, depresją, przeprowadzania stosownych pogłębionych wywiadów z pacjentem, podejmowania właściwych działań i interwencji w przypadku ujawnienia podejrzeń krzywdzenia dziecka lub potencjalnego zagrożenia dobra dziecka.

3. Organizacja szkoleń interdyscyplinarnych lekarzy różnych specjalności, pracowników społecznych, asystentów rodziny, policji w zakresie identyfikowania czynników ryzyka krzywdzenia dzieci, podejmowania właściwych działań i interwencji w przypadku ujawnienia podejrzeń krzywdzenia dziecka lub potencjalnego zagrożenia dobra dziecka, wypracowania procedur w zakresie wymiany informacji między służbami i instytucjami.

Analiza przypadku śmierci dwójki dzieci w wieku 1 miesiąca

Okoliczności śmierci małoletnich

Ojciec małoletnich rano odwiózł córkę do przedszkola i udał się do pracy. Matka małoletnich została w mieszkaniu z dziećmi (bliźniakami). Przed godziną 13.00 ojciec dzieci, zaniepokojony korespondencją za pośrednictwem wiadomości sms oraz rozmową telefoniczną, zawiadomił pogotowie. Po przyjeździe na miejsce zdarzenia lekarz ujawnił, że dzieci nie ruszały się i były blado sine, a następnie stwierdził zgon bliźniaków. Do zgonu dzieci doszło w wyniku uduszenia gwałtownego przez utonięcie. Podejrzana utopiła każde z dzieci. Dopuściła się tych czynów, nie mogąc rozpoznać ich znaczenia i pokierować swoim postępowaniem.
Sąd umorzył postępowanie na podstawie 31 § 1 k.k. i zastosował środek zabezpieczający w postaci umieszczenia podejrzanej w zakładzie psychiatrycznym.

Sytuacja opiekuńczo-wychowawcza dziecka zanim doszło do jego śmierci

Rodzice małoletniej dziewczynki i bliźniaków zamieszkiwali w dużym mieście, sytuacja finansowa bardzo dobra. Rodzina nie była objęta pomocą żadnej instytucji, władza rodzicielska rodziców nie była ograniczona. W pierwszych dniach po porodzie matka dzwoniła do ośrodka adopcyjnego celem oddania jednego z bliźniąt, ostatecznie odstąpiła od tego zamiaru.

Opis psychologiczny sprawcy, jego stosunków rodzinnych i sytuacji osobistej

Sprawczyni lat 41 w chwili czynu, posiada wyższe wykształcenie, ukończyła dwa fakultety z politologii i socjologii. Pochodzi z pełnej rodziny, wychowywała się w rodzinie biologicznej. Związek jej rodziców był sformalizowany. Posiada siostrę. Ojciec zmarł w kilka lat wcześnie. Matka leczyła się psychiatrycznie na depresję. Sprawczyni zamieszkiwała wraz z rodziną (mężem i z 3 dzieci) w mieszkaniu własnościowym. Byli zabezpieczeni finansowo, nie mieli żadnych finansowych problemów.

U sprawczyni w toku procesu biegli rozpoznali epizod depresyjny ciężki z objawami psychotycznymi, psychoza (3 opinia), psychoza-depresja z objawami psychotycznymi (1 opinia), ciężka depresja z objawami psychotycznymi (2 opinia).

Wykonywane czynności przez instytucje państwowe, instytucje samorządowe oraz inne organy i instytucje w stosunku do dziecka i rodziny, zanim doszło do śmierci dziecka

Lekarz psychiatra – w wieku 17 lat podjęła próbę samobójczą w związku z tym zdarzeniem była leczona psychiatrycznie przez okres 6 miesięcy. W związku ze stanem psychicznym kobieta korzystała z porad lekarza psychiatry. W styczniu 2020 r. na wizycie psychiatrycznej mąż poinformował lekarza, że jego żona boi się, iż zrobi dzieciom krzywdę. Wówczas lekarz psychiatra zaproponował, aby sprawczyni była leczona w szpitalu psychiatrycznym.
Małżonkowie wówczas nie wyrazili zgody na leczenie szpitalne. Lekarz poinformował ojca dzieci, aby ten pilnował, aby jego żona przyjmowała leki. Lekarz w zeznaniach stwierdził, że pacjentka miała pesymistyczne myśli i chciała oddać dzieci, a do leków sceptycznie była nastawiona. Również w styczniu 2020 r. kobieta podjęła nieudolną próbę samobójcza. Kobieta otrzymała leki antylękowe i antydepresanty. Ojciec dowiedział się od żony, że ta go oszukiwała i nie zażywała leków przepisanych jej przez psychiatrę. W dniu 5.02.2020 r. mąż poinformował lekarza, że żona ma wahania nastrojów i jej stan się pogarsza. W dniu 10.02.2020 r. doszło do zabójstwa dzieci.
Położna – matka ujawniła na drugiej wizycie położonej problemy ze zdrowiem psychicznym. Położna zdiagnozowała depresję poporodową, odnotowując to w karcie i informując lekarza.

Lekarz pierwszego kontaktu – udzielał świadczeń przy córce kobiety. Od położnej miał informacje, co dzieje się z pacjentką i zasugerował wizyty u psychiatry. Podczas swoich wizyt nie zauważył nic niepokojącego. Lekarz był na wizycie patronażowej 28.01.2020 r. rozmawiał z kobietą, która oświadczyła, że sobie nie poradzi. Na kolejną wizytę do przychodni przyszedł mąż, chciał uzyskać zwolnienie L4 i wspomóc żonę. Lekarz wypisał receptę na leki psychotropowe.

Osoba zajmująca się świadczeniem niemedycznego wsparcia kobiet na czas porodu i połogu (Douala) – po porodzie kobieta korzystała z wsparcia, podczas spotkań informowała, że chce oddać dzieci, że ich nie kocha, że zrobiła głupotę, bo się urodziły. Podczas kolejnej rozmowy znowu oświadczyła, że chce oddać dzieci. Podczas kolejnych trzech spotkań mówiła, że nie

kocha dzieci. Świadek zadzwoniła do psychiatry opiniowanej, co można uznać za właściwe działanie i dobrą praktykę.

Uchybienia w zakresie podejmowanych działań instytucji państwowych, instytucji samorządowych oraz innych organów i instytucji zanim doszło do śmierci dziecka

Lekarz psychiatra – brak holistycznego podejścia i analizy sytuacji życiowej pacjentki w kierunku oceny stopnia zagrożenia dla dzieci. Lekarz miał wiedzę, że matka chce zrobić krzywdę dzieciom, artykułowała chęć oddania dzieci, nie przyjmowała leków, a krótko przed zdarzeniem jej nastrój się znacząco pogorszył. Lekarz miał możliwość sprawdzenia, czy leki zostały przez pacjentkę wykupione. Ujawnione okoliczności uzasadniały zawiadomienie przez lekarza sądu rodzinnego o wgląd w sytuację dziecka w trybie art. 572 k.p.c. Lekarz mógł to uczynić na początku po zasygnalizowaniu zagrożeń, a w szczególności wtedy, gdy pacjentka podjęła kolejną próbę samobójczą. Ponadto lekarz dysponował narzędziami prawnymi, można było skorzystać z procedury przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta w trybie art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego „*Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób*”[3].

Lekarz pierwszego kontaktu – brak holistycznego podejścia i analizy sytuacji życiowej pacjentki w kierunku oceny stopnia zagrożenia dla dzieci w związku z problemami natury psychicznej. Lekarz, posiadając tą wiedzę, mógł zawiadomić sąd rodzinny o wgląd w sytuację dziecka w trybie art. 572 k.p.c.

Osoba zajmująca się świadczeniem niemedycznego wsparcia kobiet na czas porodu i połogu (Douala) – w sytuacji kilkakrotnego informowania przez matkę swoich negatywnych myśli o chęci oddania dzieci, braku miłości do nich, możliwe było zawiadomienie sądu rodzinnego o wgląd w sytuację dziecka w trybie art. 572 k.p.c.

[3] Dz. U. 1994 nr 111 poz. 535 z póź. zm.

Zdiagnozowane czynniki ryzyka w środowisku wychowawczym dziecka

Depresja poporodowa i inne zaburzenia psychiczne z tego okresu związane są z ryzykiem negatywnego wpływu na życie i funkcjonowanie samej kobiety oraz dziecka były czynnikami stwarzającymi zagrożenie dla życia i zdrowia dziecka.

Rekomendacje

1. Organizacja szkoleń dla lekarzy psychiatrów, psychologów, lekarzy pierwszego kontaktu, położonych z zakresu: identyfikowania czynników ryzyka krzywdzenia dziecka, w szczególności przez osoby z problemami natury psychicznej, depresją poporodową, przeprowadzania stosownych pogłębionych wywiadów z pacjentem, podejmowania właściwych działań i interwencji w przypadku ujawnienia podejrzeń krzywdzenia dziecka lub potencjalnego zagrożenia dobra dziecka, budowania efektywnego systemu monitorowania losów dziecka.

2. Podejmowanie działań profilaktycznych przez lekarzy i położone w kierunku uświadamiania rodziców borykających się z problemami emocjonalnymi, psychicznymi

---

w związku wejściem w rodzicielstwo, gdzie szukać pomocy, jakie podejmować czynności w przypadku braku realizowania zaleceń przez pacjenta. Działania edukacyjne w kierunku przygotowania stosownych broszur informacyjnych w placówkach medycznych i gabinetach ginekologicznych.

3. Organizacja szkoleń dla osób zajmujących się świadczeniem niemedycznego wsparcia kobiet na czas porodu i połogu (Douala) z zakresu uświadamiania czynników ryzyka śmierci dzieci, przez osoby z problemami natury psychicznej, z depresją poporodową, podejmowania interwencji w przypadku ujawnienia podejrzeń krzywdzenia dziecka lub potencjalnego zagrożenia dobra dziecka.

Analiza przypadku śmierci dziecka w wieku 1 miesiąca

Wskazanie okoliczności śmierci dziecka

Małoletni po urodzeniu został przewieziony ze szpitala do domu. Ojca bardzo denerwował płacz dziecka. Swoją złość odreagowywał, krzycząc na dziecko, szarpiąc jego ręce i nogi,

gwałtownie potrząsając, ściskając klatkę piersiową, przyciskając nóżki noworodka do klatki, rzucając dzieckiem z dużą siłą z wysokości do łóżeczka. Działania te spowodowały u noworodka liczne złamania. W krytycznym dniu ojciec zdenerwowany płaczem dziecka rzucił je na łóżko, co doprowadziło do uderzenia dziecka w główkę, czego skutkiem był rozległy uraz czaszkowo-mózgowy, obejmujący krwiaki oraz obrzęk mózgu. Dziecko zostało przewiezione do szpitala, gdzie zmarło wskutek doznanych obrażeń.

Sąd uznał oskarżonego winnym popełnienia zabójstwa z zamiarem bezpośrednim i wymierzył karę dożywotniego pozbawienia wolności.

Sytuacja opiekuńczo-wychowawcza małoletniego zanim doszło do jego śmierci

Chłopiec był drugim dzieckiem ze związku małżeńskiego. Miał starszą o rok siostrę. Rodzice małoletniego pozostawali w związku małżeńskim. Matka w dacie zdarzenia 29 lat, ojciec w dacie zdarzenia 30 lat. Rodzina dysfunkcyjna, matka z niepełnosprawnością ruchową, utrzymywała się wyłącznie z renty, ojciec bezrobotny, karany, używał alkoholu i narkotyków, ujawnione epizody przemocy.
W stosunku do pierwszego dziecka – córki, rodzicom ograniczono władzę rodzicielską, przez jakiś czas dziecko przebywało w pieczy zastępczej, później realizowany był nadzór kuratora i asystenta rodziny. Władzę rodzicielską ograniczono po sytuacji, w której małoletnia trafiła do szpitala ze złamaniem żeber, ustalono, że przemocy dopuścił się ojciec dziecka.

Opis psychologiczny sprawcy, jego stosunków rodzinnych i sytuacji osobistej

Sprawca wychowywał się w pełnej rodzinie do 13 r.ż. Jego ojciec zmarł, nie używał alkoholu, chorował. Matka nie nadużywała alkoholu. Sprawca ma 14 lat młodszego brata, matka związała się z innym mężczyzną. Ojczym nadużywał alkoholu. Sprawca uczęszczał do szkoły specjalnej, której nie ukończył. Od 14. roku życia przebywał w MOW. Do szkoły uczęszczał do połowy 3 klasy gimnazjum. Nie leczył się psychiatrycznie, neurologicznie, odwykowo. Używał alkoholu, narkotyków.

Wykonywane czynności przez instytucje państwowe, instytucje samorządowe oraz inne organy i instytucje w stosunku do dziecka i rodziny, zanim doszło do śmierci dziecka

Do małoletniego w okresie od czerwca (urodzenie dziecka) do lipca, kiedy dziecko zmarło, przychodziła pielęgniarka środowiskowa. Rodzina nadal była pod nadzorem kuratora.

W sprawie mimo wizyt pielęgniarki i kuratora nie udało się nikomu wychwycić, że dziecko – noworodek jest krzywdzone. Matka chroniła partnera, a pielęgniarka i kurator nigdy nie zauważyli niczego niepokojącego w ich ocenie.

Uchybienia w zakresie podejmowanych działań instytucji państwowych, instytucji samorządowych oraz innych organów i instytucji zanim doszło do śmierci dziecka

W sprawie zawiódł czynnik ludzki – niedostateczna kontrola kuratora i nienależyta staranność pielęgniarki, która miała obowiązek dokładnie badać dziecko i co pozwoliłoby na ewentualne wykrycie obrażeń u dziecka.

Czynników ryzyka w środowisku wychowawczym dziecka

Nieprzygotowanie rodziców do pełnienia funkcji, przemoc, używki, problemy z agresją i kontrolowaniem emocji, niedostateczna edukacja, braki w sferze emocjonalnej były czynnikami stwarzającymi zagrożenie dla życia i zdrowia dziecka.

Rekomendacje

1. Zasadnym wydaje się systemowo stworzenie jednego spójnego systemu, do którego dostęp mieliby: policja, pracownicy społeczni, kuratorzy, lekarze, w którym odnotowywane byłyby potwierdzone przypadki stosowania przemocy wobec dzieci, a także informacje o ingerencjach sądu we władzę rodzicielską, tak aby służby miały wgląd w historię rodziny, były uczulone i dokonywały ściślejszego nadzoru w sytuacjach, w których już wcześniej dochodziło do zaniedbań.
2. Organizacja szkoleń dla kuratorów sądowych, pielęgniarek środowiskowych z zakresu identyfikowania czynników ryzyka krzywdzenia dziecka, rozpoznawania symptomów dziecka krzywdzonego, przeprowadzania wywiadu przy podejrzeniu krzywdzenia dziecka, prowadzenia dokumentacji, rozpoznawania i opisywania obrażeń, tj. umiejętność odróżnienia, czy dany ślad mógł powstać w wyniku niefortunnego zdarzenia (np. dziecko samo się uderzyło, przewróciło, upadło) od śladów, które u dziecka spowodowała inna osoba w sposób intencjonalny.

Analiza przypadku śmierci dziecka w wieku 2 miesięcy

Okoliczności śmierci dziecka

Matka znęcała się nad małoletnią fizycznie i psychicznie ze szczególnym okrucieństwem: krzyczała na dziecko, szarpała i potrząsała córką, zadawała uderzenia doprowadzając m.in. do powstania u małoletniej sińców o zaczerwienienia w okolicy głowy, okolicy krzyżowej, okolic pośladkowych, otarcia naskórka, nie zapewniała również małoletniej odpowiedniej ilości substancji odżywczych.

Ponadto dosypywała do mleka przygotowywanego dla córki substancje psychotropowe w postaci amfetaminy oraz ekstazy, po czym karmiła mlekiem dziecko, będąc sama pod wpływem amfetaminy, co skutkowało trzykrotnym zaśnięciem z dzieckiem
na rękach podczas karmienia ze smoczkiem z butelki w ustach małoletniej. Podczas jednego z powyższych zaśnięć małoletnia spadła z kolan matki na podłogę. Dziecko miało problemy z przyswajaniem pokarmu, często wymiotowało, traciło apetyt.

W dniu zdarzenia matka uderzyła córkę kilkukrotnie w głowę oraz podała jej do spożycia amfetaminę w dawce śmiertelnej oraz kofeinę w dawce toksycznej. Doznane urazy oraz zatrucie amfetaminą skutkowały śmiercią małoletniej. W czasie powyższego zdarzenia ojca małoletniej nie było w domu, matka była pod wpływem amfetaminy.

Sąd uznał, że oskarżona dopuściła się zabójstwa z zamiarem bezpośrednim i wymierzył jej karę 25 lat pozbawienia wolności.

Sytuacja opiekuńczo-wychowawcza dziecka zanim doszło do jego śmierci

Matka lat 35 żyła w konkubinacie z mężczyzną, zamieszkiwali wspólnie. Ze związku urodziła się córka. Sytuacja materialna rodziny była trudna. Kobieta była bezrobotna, a mężczyzna utrzymywał rodzinę z prac dorywczych. W okresie ciąży w mieszkaniu trwał remont, który z uwagi na problemy finansowe nie został ukończony do czasu narodzin córki.

Z wyżej wymienionymi mieszkał również nastoletni syn kobiety z pierwszego małżeństwa. Z uwagi na wcześniejsze problemy matki z alkoholem, a co za tym idzie nieprawidłowe sprawowanie opieki rodzicielskiej przez matkę nad jej synem, rodzinę odwiedzał kurator. Od momentu narodzin dziewczynki do jej śmierci kurator był w mieszkaniu konkubentów

3-4 razy. Kurator przyznał, że w czasie wizyt oraz rozmów był skupiony bardziej na małoletnim chłopcu, ponieważ to jego dotyczył nadzór. Kurator podczas wizyt w domu widział, że mieszkanie jest remontowane. Rodzina korzystała z pomocy MOPS-u pod względem finansowym.

W mieszkaniu zajmowanym przez parę dochodziło dosyć często do imprez alkoholowych, pijackich awantur, słychać było wulgaryzmy wypowiadane przez kobietę. Po narodzinach małoletniej sytuacja się uspokoiła. Kobieta jednak często zachowywała się dziwnie, była rozkojarzona, nieobecna, co widzieli również sąsiedzi.

Kobieta przed zajściem w ciążę zażywała narkotyki, w czasie ciąży zaprzestała ich zażywania, jednak po urodzeniu dziecka ponownie zaczęła zażywać amfetaminę (zażywała ją co najmniej raz w tygodniu). Ojciec małoletniej, który zażywał amfetaminę sporadycznie, wielokrotnie zwracał uwagę konkubinie, aby się ogarnęła, gdyż z uwagi na zażywania narkotyków zaniedbywała córkę.

Opis psychologiczny sprawcy, jego stosunków rodzinnych i sytuacji osobistej

Sprawczyni rozwiedziona, posiada wyższe wykształcenie, ukończyła studia na kierunku transport i logistyka. Kobieta wychowywana była w pełnej rodzinie. Jako małoletnia nie sprawiała problemów wychowawczych.

W czteropokojowym mieszkaniu, w którym zamieszkiwała rodzina, panował duży bałagan, który był tłumaczony remontem. Na podłogach, meblach i łóżkach znajdowało się dużo niepotrzebnych śmieci – szmat, papierów itp. W mieszkaniu panował harmider, sprawiało ono wrażenie, jakby było w trakcie generalnego remontu lub przebudowy. Remont miał trwać od 4 lat. Odnowiony został tylko pokój dziecięcy. Mieszkanie należało do matki. To ona dokonywała opłat mediów, ponieważ rodzina nie opłacała regularnie czynszu. Kobieta utrzymywała się z zasiłku w kwocie 528 zł. Jej konkubent wykonywał prace dorywcze w firmie budowlanej – zarobki około 3000 zł miesięcznie.

Kobieta przed zdarzeniem nie leczyła się psychiatrycznie. Nie korzystała również z pomocy psychologicznej. Proponowano jej kiedyś podjęcie psychoterapii, ale odmówiła. Sprawczyni zażywała narkotyki w postaci amfetaminy od 5 lat, jest uzależniona. W przeszłości kobieta nadużywała alkoholu z cechami szkodliwego używania. U sprawczyni stwierdzono cechy osobowości nieprawidłowej, cechy zaburzeń osobowości.

W środowisku sąsiedzkim sprawczyni posiada przeciętną opinię. Zdarzało się, że słyszano dobiegające z mieszkania hałasy i krzyk kobiety.

Wykonywane czynności przez instytucje państwowe, instytucje samorządowe oraz inne organy i instytucje w stosunku do dziecka i rodziny, zanim doszło do śmierci dziecka

Sąd wyrokiem rozwodowym powierzył władzę matce nad małoletnim synem. Matka okresowo zaniedbywała opiekę nad synem, w efekcie małoletni zamieszkał z ojcem i jego rodziną. Po niespełna roku małoletni zamieszkał z matką, której władza rodzicielska została ograniczona przez nadzór kuratora sądowego. Została ona również zobowiązana przez sąd do powstrzymywania się od nadużywania alkoholu oraz do odbycia konsultacji psychologicznej.

Kurator prowadził nadzór nad nastoletnim synem. Pierwsza wizyta kuratora odbyła się, gdy małoletnia dziewczynka miała 5 dni. Była to wizyta niezapowiedziana. Kolejne wizyty były zapowiedziane, ale telefon z zapowiedzią wizyty i wizytę dzielił krótki okres. Pomiędzy pierwszą wizytą a śmiercią małoletniej kurator był w mieszkaniu rodziny 3-4 razy. Wizyty trwały około godziny. Matka trzymała wtedy przeważnie córkę na rękach. Kurator miał wiedzę na temat problemów alkoholowych kobiety. Kurator wskazał, że większość uwagi poświęcał sytuacji związanej z małoletnim synem, bo to jego dotyczył nadzór, o niego pytał matkę. W karcie czynności o dziewczynce jest tylko wzmianka, że się urodziła. Kurator widział partnera kobiety 2 razy, jednak nie uczestniczył on w wizytach, wychodził do kuchni. W ocenie kuratora matka małoletnich bywała czasami poddenerwowana, a podczas wizyt zachowywała się dziwnie, jakby była pod wpływem alkoholu.

Położna dostała zgłoszenie o porodzie, umówiła się wtedy telefonicznie na wizytę z matką małoletniej. Położna obejrzała dziecko, które było rozebrane, dziecko było zważone. Położna badała również matkę małoletniej, przejrzała dokumentację medyczną, szpitalną, zadała kilka pytań matce. Po kilku dniach położna zadzwoniła do kobiety w celu przeprowadzenia wywiadu na temat zdrowia dziecka oraz poinformowania o dacie wizyty u lekarza. W czasie wizyty położna nie zauważyła niczego niepokojącego, nie zauważyła u dziecka niedożywienia czy oznak wskazujących na stosowanie przemocy – żadnych siniaków, zadrapań czy odparzeń, bądź jakichkolwiek innych śladów. Dziecko było drobne, na pierwszy rzut oka nie można było stwierdzić, czy dziecko jest niedożywione, czy po prostu ma taką budowę ciała. Położna zapytała matkę czy karmi dziecko piersią, otrzymała przeczącą odpowiedź. Pytała ogólnie

matkę, czy radzi sobie z opieką nad dzieckiem. Nie informowała również położnej o problemach. W okresie wizyty panowała pandemia COVID, obowiązywała rekomendacja, że wizyta osobista, fizyczna ma odbyć się jedna, późniejsze wizyty w formie teleporady.

MOPS podejmował działania w zakresie wsparcia finansowego rodziny. Matka pobierała świadczenie 500+. Rodzina nie była objęta stałą pomocą pracownika socjalnego MOPS, nie współpracowała z asystentem.

Uchybienia w zakresie podejmowanych działań instytucji państwowych, instytucji samorządowych oraz innych organów i instytucji zanim doszło do śmierci dziecka

Kurator nie zareagował na złe warunki mieszkaniowe nadzorowanej i nie zainteresował się w tym zakresie sytuacją dziecka, które pojawiło się w rodzinie. Kurator nie prowadził rozmów z partnerem matki, który przecież był sprawcą przemocy wobec syna. Warunki panujące w mieszkaniu świadczyły, że nie jest ono przystosowane opieki nad niemowlakiem. Ponadto miał podejrzenia, że kobieta może bywać pod wpływem alkoholu. Kurator widząc te warunki, mając świadomość z jakimi problemami boryka się nadzorowana, nie ukierunkował stosownych działań na zabezpieczenia bezpiecznego i harmonijnego rozwoju dziecka.

Położna przeprowadziła tylko jedno spotkanie w czasie, którego nie zauważyła u dziecka niedożywienia, czy oznak wskazujących na stosowanie przemocy wobec małoletniej. Z zeznań położnej wynika, że nie przeprowadziła pogłębionego wywiadu z matką na temat opieki i sytuacji małoletniej w kontekście zastanych warunków w mieszkaniu. Widząc brak odpowiednich warunków do opieki nad niemowlakiem, położna powinna powtórzyć wizytę względnie mogła zawiadomić opiekę społeczną o wgląd w sytuację dziecka, jeżeli zrezygnowała z kolejnej wizyty z uwagi na rekomendacje z powodu COVID.

Zdiagnozowane czynniki ryzyka w środowisku wychowawczym dziecka

Analiza sprawy wskazuje na następujące czynniki ryzyka dla życia i zdrowia dziecka: niewłaściwe funkcjonowanie samej kobiety matka i ojciec uzależnieni od środków psychoaktywnych, trudna sytuacja finansowa rodziny, brak dojrzałego podejścia do macierzyństwa, przemoc, problemy z agresją i kontrolowaniem emocji.

Rekomendacje

1. Organizacja szkoleń dla kuratorów sądowych, pielęgniarek środowiskowych, pracowników opieki społecznej z zakresu identyfikowania czynników ryzyka krzywdzenia dziecka, z nastawieniem na osoby uzależnione od alkoholu i środków odurzających lub substancji psychotropowych, rozpoznawania symptomów dziecka krzywdzonego, przeprowadzania wywiadów kompleksowych obejmujących całą rodzinę, rozpoznawania i opisywania obrażeń, tj. umiejętność odróżnienia, czy dany ślad mógł powstać w wyniku niefortunnego zdarzenia (np. dziecko samo się uderzyło, przewróciło, upadło) od śladów, które u dziecka spowodowała inna osoba w sposób intencjonalny.
2. Zasadnym wydaje się systemowo stworzenie jednego spójnego systemu, do którego dostęp mieliby: policja, pracownicy społeczni, kuratorzy, lekarze, w którym odnotowywane byłyby potwierdzone przypadki stosowania przemocy wobec dzieci, a także informacje o ingerencjach sądu we władzę rodzicielską, tak aby służby miały wgląd w historię rodziny, były uczulone i dokonywały ściślejszego nadzoru w sytuacjach, w których już wcześniej dochodziło do zaniedbań.

Analiza przypadku śmierci dziecka w wieku 8 miesięcy

Okoliczności śmierci dziecka

W dniu zdarzenia ojciec lat 46 opiekował się 8-miesięcznym dzieckiem. Od godziny 10:00 do 12:00 spożył pół litra wódki wraz z matką dziecka lat 42. Później konkubina udała się do koleżanki, spożywać alkohol i do chwili zdarzenia nie wróciła. Dziecko było płaczliwe. Ojciec starał się je uspokoić przy użyciu smoczka i zabawek. Około 7 razy brał dziecko na ręce i za każdym razem po odłożeniu małoletniego do łóżka dziecko płakało, co go denerwowało. Ostatni raz kiedy wyciągnął dziecko, złapał go lewą ręką i przycisnął jego brzuch do swojej piersi. Dziecko szarpało się, wtedy uderzył dziecko z otwartej dłoni w twarz. Uderzenie z bardzo dużą siłą spowodowało, że dziecko upadło głową w dół na twarde podłoże, co spowodowało obrażenia czaszkowo-mózgowe w postaci rozległych sińców na głowie i licznych sińców mnogich okolic ciała, rozległych wylewów krwawych powłok czaszki,

złamania kości potylicznej, krwiaka dominująco podtwardówkowego. Sprawca zadzwonił do swojej siostry, która ma przeszkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Siostra instruowała skazanego o sposobie udzielania pomocy dziecku, ale oddech małoletniego słabł. Pomimo reanimacji dziecko zmarło.

Sąd uznał, że oskarżony dopuścił się zabójstwa z zamiarem ewentualnym i wymierzył mu karę 15 lat pozbawienia wolności.

Sytuacja opiekuńczo-wychowawcza dziecka zanim doszło do jego śmierci

Oboje rodziców dziecka jest uzależnionych od alkoholu. Z poprzedniego związku kobieta ma syna, od wielu lat pozostawała bezrobotna. Regularnie korzystała ze świadczeń pomocy.

Ojciec przebywał 2 miesiące na leczeniu odwykowym. Następnie sytuacja rodziny uległa pogorszeniu. W domu interweniowała policja, a na mocy postanowienia sądu starszy syn został umieszczony w pogotowiu opiekuńczym. W kobieta urodziła kolejnego syna. Wpłynęła informacja do sądu o zastrzeżeniach co do środowiska rodzinnego dziecka i nadużywania przez rodziców alkoholu. Ograniczono władzę rodzicielską i ustanowiono nadzór kuratora sądowego. Matka nie zabiegała o odzyskanie władzy rodzicielskiej co do poprzednich dzieci i twierdziła, że koncentruje się na wychowaniu młodszego syna. Nie wykorzystywała swoich możliwości w zakresie poprawy warunków materialno-bytowych i nabycia umiejętności prawidłowego sprawowania opieki nad dzieckiem. Lekceważyła uwagi dotyczące wychowania dziecka. Z poprzedniego jeszcze związku ma czterech starszych synów, którzy również zostali umieszczeni w rodzinie zastępczej. Do czasu uzyskania pełnoletności dzieci przebywały u babki, a matka nie uczestniczyła w ich wychowaniu. W rodzinie nie było asystenta rodziny. W zajmowanym lokalu socjalnym co do zasady panował porządek. Opłaty uiszczane były nieregularnie.

Ojciec dziecka (ofiary) jest rozwiedziony. Ma jedno dziecko z poprzedniego związku, z którym nie utrzymuje kontaktu. Nie łoży na utrzymanie dziecka mimo obowiązku alimentacyjnego. Był uprzednio karany za pobicie ze skutkiem śmiertelnym. Sąsiedzi wskazywali, że gdy mężczyzna pojawiał się w domu, dochodziło do aktów przemocy w stosunku do kobiety. Skazany po wyjściu z zakładu karnego pracował niemal bez przerw.

Sprawca był raczej nieznany sąsiadom, a kobieta uchodziła za osobę zdegenerowaną z dużym problemem alkoholowym, nie pilnującą bezpieczeństwa dzieci. W domu dochodziło do licznych awantur. Matka była karana sądownie za zakłócanie spokoju sąsiadom.

Opis psychologiczny sprawcy, jego stosunków rodzinnych i sytuacji osobistej

Sprawca uczęszczał na grupę terapeutyczną w związku z uzależnieniem od alkoholu.
Leczenie trwało w zakładzie karnym i po jego opuszczeniu. Nie leczył się psychiatrycznie.
Odbywał karę pozbawienia wolności za pobicie ze skutkiem śmiertelnym. Sąsiedzi zgłaszali niedostosowywanie się do zasad społeczności, w której przebywał. Nadużywał alkoholu i wszczynał awantury. Po odbyciu kary pracował i utrzymywał konkubinę oraz ich wspólne dziecko. Było wiele zgłoszeń na policję w miejscu zamieszkania skazanego. Mężczyzna wychowywał się w pełnej rodzinie.
Biegli stwierdzili u badanego ponadto uzależnienie objawiające się ciągami alkoholowymi, utratą kontroli i objawami związanymi z odstawieniem alkoholu. Zabójstwo swojego dziecka nie miało motywacji chorobowej psychopatycznej, ale wynikało z działania alkoholu.

Wykonywane czynności przez instytucje państwowe, instytucje samorządowe oraz inne organy i instytucje w stosunku do dziecka, rodziny, zanim doszło do śmierci dziecka

Kurator społeczny w trakcie wizyty odnotował, że w mieszkaniu był porządek, dziecko było zadbane, bez śladów odparzeń. Ponadto był nakarmiony, ubrany odpowiednio do pory roku, miał zabezpieczone kosmetyki, ubrania. Dziecko podczas wizyty kuratora było wesołe. Kurator widział całe dziecko i nie miało ono żadnych obrażeń. Kurator zalecił szczepienia.
Matka podczas wizyty była trzeźwa, ojciec nie był wówczas obecny. Podczas kolejnej wizyty sprawdzono kartę szczepień dziecka, mieszkanie było uporządkowane. Ostatnia wizyta kuratora społecznego przed zdarzeniem potwierdziła, że w mieszkaniu było czysto, dziecko było zadbane, było karmione, nie posiadało żadnych obrażeń, zadrapań, zasinień. Kurator społeczny zeznał, że wizyty były zazwyczaj niezapowiedziane, nie miał wiedzy o uprzedniej karalności ojca i nie rozmawiał z sąsiadami.

Policja przeprowadziła jedną interwencję, która dotyczyła sprawowania opieki przez oskarżoną pod wpływem alkoholu, czego nie potwierdził przybyły na miejsce patrol policji. Nie rozpytano sąsiadów. Interwencje w roku poprzednim w związku z podejrzeniem stosowania przemocy były odwoływane przez partnerkę.

Stołeczny Ośrodek dla Osób Nietrzeźwych SOdON – ojciec dziecka wielokrotnie umieszczany w ośrodku.

Uchybienia w zakresie podejmowanych działań instytucji państwowych, instytucji samorządowych oraz innych organów i instytucji zanim doszło do śmierci dziecka

Kurator społeczny nie nawiązał kontaktu z ojcem dziecka, nie ustalił uprzedniej karalności, nie uzyskał informacji z policji odnośnie przeprowadzanych w miejscu zamieszkania interwencji, nie dokonał rozpytania sąsiadów, poprzestał na zapewnieniach i rozmowach z matką dziecka.

W przypadku policji brak holistycznego podejścia i analizy sytuacji rodzinnej, brak ustalenia ograniczenia władzy rodzicielskiej i nadzoru kuratora, brak kontaktu z kuratorem, brak analizy zgłoszeń w szerszym zakresie. Nie uwzględniono uprzedniej karalności konkubenta w odniesieniu do zgłoszeń o podejrzeniu stosowania przemocy wobec partnerki.

Brak zawiadomienia sądu rodzinnego, a już potencjalne zagrożenie dobra dziecka daje podstawy do skorzystania z art. 572 k.p.c. Brak współpracy interdyscyplinarnej miały wpływ na profesjonalną ocenę bezpieczeństwa dziecka.

Stołeczny Ośrodek dla Osób Nietrzeźwych SOdON – mimo wielokrotnego umieszczania w ośrodku nie zawiadomiono policji, opieki społecznej czy sądu rodzinnego o wgląd w sytuację rodziny.

Zdiagnozowane czynniki ryzyka w środowisku wychowawczym dziecka

Analiza sprawy wskazuje na następujące czynniki ryzyka dla życia i zdrowia dziecka: rodzice uzależnieni od alkoholu, brak radzenia z emocjami z uwagi na uzależnianie, brak dojrzałego podejścia do macierzyństwa, doświadczenie krzywdzenia w obecnym związku.

Rekomendacje

1. Organizacja szkoleń dla kuratorów sądowych, policji, pracowników opieki społecznej z zakresu identyfikowania czynników ryzyka krzywdzenia dziecka, zwrócenia uwagi na dysfunkcje i uzależnienia w rodzinie stwarzające zagrożenie dla bezpiecznego i harmonijnego rozwoju dziecka, przeprowadzania kompleksowych wywiadów, podejmowania działań ukierunkowanych na właściwe osoby, podejmowania współpracy interdyscyplinarnej.
2. Organizowanie szkoleń dla lekarzy dyżurnych Stołecznych Ośrodków dla Osób Nietrzeźwych z zakresu uświadamiania czynników ryzyka krzywdzenia dziecka w rodzinach z problemem alkoholowym, przeprowadzania stosownego rozpytania na

okoliczność sytuacji rodzinnej, podejmowania odpowiednich działań zawiadamiających instytucje ops, sądu rodzinnego, policji o wgląd w sytuację rodziny.

Analiza przypadku śmierci dziecka w wieku 2 lat i 1 miesiąca

Wskazanie okoliczności śmierci dziecka

Matka dziecka działając w zamiarze bezpośrednim pozbawiła życia swojego małoletniego syna, w ten sposób, że przytrzymując obiema rękami kołdrę na głowie dziecka uniemożliwiła mu oddychanie, czym spowodowała u dziecka ostrą niewydolność oddechowo krążeniową w przebiegu uduszenia gwałtownego, co skutkowało jego nagłą śmiercią. Zanim doszło do tego wydarzenia dziecko było ofiarą przemocy zarówno ze strony matki, jak i ze strony jej konkubenta, przy czym matka dziecka robiła to często pod wpływem alkoholu, którego nadużywała. Oboje bili dziecko, a partner również pięścią po całym ciele. Na ciele dziecka były widoczne siniaki i zadrapania, które partner przed znajomymi tłumaczył zwykłą aktywnością dziecka. Chłopczyk był zaniedbywany higienicznie – matka i konkubent nie zmieniali mu odpowiednio często pieluch.

Sąd uznał matkę winną zabójstwa oraz znęcania się ze szczególnym okrucieństwem nad dzieckiem i wymierzył karę łączną 25 lat pozbawienia wolności. Konkubent uznany został winnym znęcania się nad chłopcem i został skazany na kare 6 lat pozbawienia wolności.

Sytuacja opiekuńczo-wychowawczej dziecka zanim doszło do jego śmierci

Dziecko wychowywało się w rodzinie niepełnej. Dziecko zgodnie z wyrokiem sądu przebywało w każdorazowym miejscu zamieszkania matki, a władza rodzicielska matki nie była ograniczona. Co do władzy rodzicielskiej ojca była ograniczona do współdecydowania o ważnych sprawach dziecka. Ojciec biologiczny nie interesował się dzieckiem. Wobec matki dziecka po rozwodzie nie interweniował sąd rodzinny. Matka dziecka nie zajmowała się synem należycie, nie poświęcała mu uwagi, nie bawiła się z nim, była wobec niego obojętna. Członkowie rodziny matki i konkubenta widzieli, że matka nie dbała o dziecko, krzyczała na syna, szarpała go i popychała, widzieli zadrapania i sinice u dziecka. Nie powiadomili o tym

żadnej instytucji. Znajomi pary również widzieli otarcia i siniaki u dziecka, słyszeli wulgarne krzyki do dziecka, zaobserwowali brud i bałagan.

Opis psychologiczny sprawcy, jego stosunków rodzinnych i sytuacji osobistej

Matka dziecka nie utrzymywała kontaktów ze swoim ojcem, wychowywała się przy matce, która posiadała licznych konkubentów alkoholików. W młodości jeden z konkubentów jej matki znęcał się nad nią. Biologicznego ojca swojego dziecka matka poznała, mając 17 lat i wzięła z nim ślub, z tego związku urodził się małoletni. Matka dziecka nie pracowała, pozostawała na utrzymaniu konkubenta. Matka dziecka nie leczyła się psychiatrycznie w przeszłości i nie była objęta opieką psychiatry przed zdarzeniem.

Jak wynika z opinii biegłych psychiatrów oraz badań psychologicznych u matki dziecka nie stwierdzono choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego czy też istotnego klinicznie ograniczonego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznano u niej zespół uzależnienia od alkoholu oraz cechy nieprawidłowo kształtującej się osobowości. Dorastała w rodzinie niepełnej dysfunkcyjnej. Po alkohol zaczęła sięgać w 3. klasie gimnazjum i dokonywała samookaleczeń. Biegli nie stwierdzili, aby była ona osobą upośledzoną umysłowo, natomiast rozpoznają u niej uzależnienie od alkoholu.

Konkubent matki dziecka lat 23, z zawodu mechanik, nie był karany sądownie. Przed zatrzymaniem pracował, uzyskując dochód w wysokości 2300 zł netto. Nie cierpiał na chorobę psychiczną ani nie był upośledzony umysłowo, rozpoznano u niego nieprawidłową osobowość, w chwili popełnienia zarzucanego mu czynu był poczytalny. W ocenie biegłych cechuje go inteligencja przeciętna, ma istotne trudności z nawiązywaniem kontaktów z ludźmi, niski próg odporności na frustrację i problemy z wyciąganiem wniosków z doświadczeń. Odporność psychiczna plasuje się u niego na niskim poziomie, dokonuje on negatywnej samooceny, wykazuje wysokie parametry wrogości wobec innych i negatywne nastawienie do ludzi, których podejrzewa ukryte cele.

Wykonane czynności przez instytucje państwowe, instytucje samorządowe oraz inne organy i instytucje w stosunku do dziecka i rodziny, zanim doszło do śmierci dziecka

Przed zdarzenie konkubent pod nieobecność matki konkubent spowodował u dziecka złamanie trzonu kości udowej z przemieszczeniem odłamów kostnych. Konkubent udał się z dzieckiem do szpitala. Lekarz SOR w wyniku nabrania podejrzeń co do opisywanego przez niego

przebiegu zdarzenia poprosiła o konsultacje lekarzy ortopedów, którzy podzielili jej wątpliwość, aby do takiego złamania mogło dojść w wyniku upadku dziecka na słuchawkę prysznicową, tak jak mówił konkubent matki. Podczas pobytu dziecka na oddziale ortopedii u dziecka zauważono liczne zmiany wskazujące na zaniedbania higieniczne, m.in. świerzb i oparzenia w okolicach intymnych. Z zeznań personelu szpitala wynika, że relacje pomiędzy dzieckiem a jego opiekunami szczególnie konkubentem matki nie odbiegały od normy i żadne symptomy nie wskazywały na to, że dziecko jest ofiarą przemocy. Po opuszczeniu szpitala wbrew zaleceniom lekarskim matka i partner zaniechali kontroli stanu zdrowia i jego rehabilitacji, sami nożyczkami zdjęli dziecku gips. Szpital zawiadomił policję o podejrzeniu stosowania wobec dziecka przemocy. Brak jest informacji w aktach sprawy o zawiadomieniu przez policję sądu rodzinnego i przeprowadzeniu jakiejkolwiek wizyty w miejscu zamieszkania dziecka.

Ponadto w czasie jednej hospitalizacji, kiedy dziecko miało 10 miesięcy, rozpoznano u niego niedokrwistość. W ocenie lekarzy stan dziecka wymagał kontroli i powrotu prawidłowego poziomu wyników badań, jednak jego matka nie wyraziła zgody na dalszą obserwację, chłopca wypisano na żądanie matki do domu wbrew zaleceniom lekarskim. Matka nie stosowała się do żadnych zaleceń lekarskich, nie uczęszczała na wizytę do pediatry pomimo złamania kości z niewyleczonym przemieszczeniem odłamów. Cały czas rozpoznawano u dziecka niedokrwistość, stwierdzano, że matka nie potrafi poradzić sobie z utrzymaniem higieny dziecka, które było zaniedbane przez cały czas.

Uchybienia w zakresie podejmowanych działań instytucji państwowych, instytucji samorządowych oraz innych organów i instytucji zanim doszło do śmierci małoletniego

W przypadku policji nie podjęto stosownych działań, w szczególności nie zawiadomiono sądu rodzinnego o wgląd w sytuację dziecka w sytuacji posiadania informacji ze szpitala.
Nie dokonano wizytacji dzielnicowego w miejscu zamieszkania dziecka.

W przypadku lekarzy można wskazać na dobrą praktykę przejawiającą się w ujawnieniu podejrzenia przemocy wobec dziecka i zawiadomienia policji, jednak na późniejszym etapie lekarze błędnie ocenili sytuację relacyjną dziecka, matki i konkubenta w kierunku braku podejrzenia stosowania wobec dziecka przemocy. Błędem było niepodjęcie działań w przypadku braku pojawienia się z dzieckiem na kontroli. W takim przypadku powinien szpital

zainteresować się sytuacją zdrowotną dziecka i zawiadomić sąd rodzinny o wgląd w sytuację dziecka.

Zdiagnozowane czynników ryzyka w środowisku wychowawczym dziecka

W przedmiotowej sprawie za czynniki ryzyka w środowisku wychowawczym małoletniego uznać należy: po stronie matki niski poziom dojrzałości i samodzielności życiowej, zdolności do adekwatnego reagowania na potrzeby dziecka, niski poziom edukacji co wiąże się z nikim poziomem funkcjonowania społecznego, mniejszą zaradnością, uzależnienie od alkoholu, wczesne rodzicielstwo, dysfunkcja relacyjna z dzieckiem brak miłości do niego, niewłaściwe wychowanie matki w dzieciństwie, pochodzenie z rodziny zrekonstruowanej, przemoc w domu; dziecko pochodzące z innego związku – partner matki emocjonalnie nie wytrzymywał płaczu dziecka, dziecko było przedmiotem awantur, nie czuł z nim bliskości.

Rekomendacje

1. Organizacja szkoleń dla lekarzy z zakresu identyfikowania czynników ryzyka krzywdzenia dziecka, rozpoznawania symptomów dziecka krzywdzonego, przeprowadzania wywiadów kompleksowych obejmujących całą rodzinę, rozpoznawania i opisywania obrażeń, tj. umiejętność odróżnienia czy dany ślad mógł powstać w wyniku niefortunnego zdarzenia (np. dziecko samo się uderzyło, przewróciło, upadło) od śladów, które u dziecka spowodowała inna osoba w sposób intencjonalny.
2. Organizacja szkoleń interdyscyplinarnych dla lekarzy różnych specjalności, policji, sędziów w zakresie identyfikowania czynników ryzyka krzywdzenia dzieci, podejmowania właściwych działań i interwencji w przypadku ujawnienia podejrzeń krzywdzenia dziecka lub potencjalnego zagrożenia dobra dziecka, wypracowania procedur w zakresie wymiany informacji między służbami i instytucjami.
3. Zasadnym wydaje się systemowo stworzenie jednego spójnego systemu, do którego dostęp mieliby: policja, pracownicy społeczni, kuratorzy, lekarze, w którym odnotowywane byłyby potwierdzone przypadki stosowania przemocy wobec dzieci, a także informacje o ingerencjach sądu we władzę rodzicielską, tak aby służby miały wgląd w historię rodziny, były uczulone i dokonywały ściślejszego nadzoru w sytuacjach, w których już wcześniej dochodziło do zaniedbań.

Analiza przypadku śmierci dziecka w wieku 3 lat

Okoliczności śmierci dziecka

Sprawca znęcał się psychicznie i fizycznie ze szczególnym okrucieństwem nad chłopcem w wieku 3 lat – synem swojej konkubiny, m.in. znieważając go słowami wulgarnymi, groził wyprowadzeniem na spacer w uprzęży dla psa, zastraszał pobiciem, zmuszał do wyczerpującego nawet kilkugodzinnego stania w miejscu z rękoma uniesionymi ku górze, uderzał go rękoma w głowę oraz w różne części ciała, uderzył go deską kuchenną po pośladkach. W dniu zdarzenia sprawca uderzył dziecko swoją głową w jego głowę. Dziecko położyło się spać, po paru godzinach majaczyło. Następnie sprawca umieścił nieprzytomnego dziecka w wannie wypełnionej ciepłą wodą z rumiankiem, pozostawił go w tych warunkach bez opieki, dopuszczając do zalania wodą otworów oddechowych dziecka, co doprowadziło do śmierci chłopca przez gwałtowne uduszenie w mechanizmie utonięcia. Po kąpieli sprawca ubrał już martwe dziecko i położył na łóżku w pokoju. Około godziny 13:00 mężczyzna wezwał pogotowie. Chłopiec wtedy już nie żył. Sprawca w trakcie dokonywania powyższych czynów był pod ciągłym działaniem amfetaminy.

Świadkiem powyższych zachowań była matka dziecka, która nie protestowała, w żaden sposób nie reagowała, godziła się na zachowania przemocowe partnera.

Sąd uznał partnera matki winnego zabójstwa z zamiarem ewentualnym oraz znęcania się fizycznie i psychicznie ze szczególnym okrucieństwem nad dzieckiem i wymierzył mu karę 25 lat pozbawienia wolności, z kolei matkę dziecka uznał za winną pomocnictwa do zabójstwa z zamiarem ewentualnym oraz pomocnictwa z zamiarem ewentualnym do znęcania się przez partnera fizycznie i psychicznie ze szczególnym okrucieństwem nad dzieckiem i wymierzył jej karę 25 lat pozbawienia wolności.

Sytuacja opiekuńczo-wychowawcza dziecka zanim doszło do jego śmierci

Zmarłe dziecko pochodziło ze związku, który trwał 9 lat. Z ww. związku urodziło się dwoje dzieci – dziewczynka i chłopiec. Rodzice małoletnich nadużywali alkoholu, w ich mieszkaniu często odbywały się libacje alkoholowe, między konkubentami dochodziło do przepychanek, rękoczynów, szarpania. Rodzicom zdarzało się stosować wobec dzieci kary fizyczne w postaci

klapsów. Z uwagi na powyższe w lutym 2018 roku władza rodzicielska konkubentów nad ich wspólnymi dziećmi została ograniczona poprzez ustanowienie nadzoru kuratora sądowego. W kwietniu 2019 r. partnerzy rozstali się. Ojciec małoletnich wyprowadził się z mieszkania. Nadzór kuratora nad sprawowaniem władzy przez rodziców trwał nieprzerwanie również w dniu śmierci dziecka chłopca.

Ww. kobieta jest matką również chłopca ur. w 2007 r., który najpierw był wychowywany przez dziadków macierzystych, a następnie od 2017 r. zamieszkiwał z ojcem. Miał sporadyczny kontakt z matką. Kobieta miała ograniczoną władzę rodzicielską również względem ww. dziecka.

Niedługo po rozstaniu z ojcem pokrzywdzonego dziecka, jego matka za pośrednictwem portalu randkowego poznała mężczyznę i związała się z nim. Był on w przeszłości karany, był również uzależniony od narkotyków. Matka małoletnich miała tego świadomość. Na początku czerwca 2019 r. mężczyzna wprowadził się do ww. kobiety. Spożywali oni wspólnie amfetaminę i alkohol. Od tej pory zamieszkiwali razem.

Matka dzieci była bezrobotna, jej konkubent pracował „na czarno" na budowie. Matka małoletnich nadal nadużywała alkoholu (co 2-3 dni wypijała po 2-3 piwa), a jej nowy konkubent codziennie zażywał amfetaminę. Matka małoletnich utrzymywała się z opieki społecznej oraz świadczenia 500 +, korzystała z pomocy finansowej MOPS. W mieszkaniu panował bałagan.

Po około 2 tygodniach od wprowadzenia się do matki małoletnich, mężczyzna poznany na portalu randkowym zaczął stosować wobec młodszego syna swojej konkubiny przemoc

– kary za tzw. nieposłuszeństwo (początkowo zakaz oglądania telewizji, jedzenia słodyczy, wychodzenia na plac zabaw, krzyczał na dziecko, wyzywał go wulgarnymi słowami). Matka akceptowała zachowania partnera. Agresywne zachowania partnera matki wobec chłopca nasiliły. Przybrały postać również przemocy fizycznej w szczególności klapsy, obwiązywanie smyczą, zmuszanie do chodzenia po domu w uprzęży, uderzanie drewnianą miarką budowlaną, kazanie dziecku stać kilka godzin z rękami uniesionymi do góry i rozszerzonymi nogami, związywanie dziecka i zaklejanie ust dziecku taśmą. Między konkubentami również dochodziło do przemocy słownej oraz fizycznej. Świadkami przemocy w stosunku do chłopca była czasami starsza siostra chłopca.

Podczas całego opisanego powyżej okresu rodzina była pod nadzorem kuratora sądowego. Kurator zawsze uprzedzał, że będzie z wizytą, dzwonił około godzinę przed swoim przyjściem, bądź umawiał inny konkretny termin. W okresie, gdy matka małoletnich była w związku z partnerem, a kurator przychodził do ich mieszkania na wywiad, partner małoletnich był pod wpływem alkoholu i chował się w łazience. Matka informowała wtedy kuratora, że jest on np. w pracy.

Świadkami stosowania przemocy psychicznej przez konkubenta matki względem dziecka, poza matką, byli znajomi konkubentów, lecz nie reagowali a konkubent oświadczał im, że czyni to po to aby chłopca zdyscyplinować. Dziecko w złym stanie, kilka dni przed śmiercią widziała również babka macierzysta.

Sąsiedzi również nie mieli pochlebnej opinii o rodzinie. Wskazywali, że dochodziło tam często do libacji alkoholowych, kłótni, krzyków, jednak kiedy widzieli dzieci nie wyglądały one na zaniedbane.

W rodzinie nie była prowadzona procedura NK.

Opis psychologiczny sprawcy, jego stosunków rodzinnych i sytuacji osobistej

Sprawca pochodzi z rodziny niepełnej. Jego ojciec nie żyje, zmarł jak mężczyzna miał 7 lat. Z matką nie utrzymuje kontaktu od kilku lat. Z domu rodzinnego wyprowadził się mając 18 lat. Sprawca wskazuje, że z domu nie wyniósł dobrych wartości, jego matka często imprezowała, a on zostawał pod opieką ojczyma, który stosował wobec niego przemoc.

Mężczyzna jest rozwiedziony. Po wyjściu z zakładu karnego w 2017 r. ożenił się.
Małżeństwo trwało około pół roku, jak wskazuje sam złożył pozew rozwodowy z uwagi na swoje uzależnienie.

Sprawca wraz ze swoją konkubina oraz jej dwójką małoletnich dzieci zamieszkiwał w mieszkaniu w mieście. Mieszkanie składało się z pokoju z aneksem kuchennym, osobnego pokoju oraz łazienki. Zarówno mężczyzna jak i kobieta mieli problemy finansowe. Sprawca utrzymywał siebie oraz rodzinę konkubiny z prac dorywczych. Większość pieniędzy jakie mieli przeznaczali na narkotyki oraz alkohol.

Mężczyzna leczył się psychiatrycznie, przebywał w szpitalu psychiatrycznym po próbie samobójczej. Powód hospitalizacji – zaburzenia zachowania spowodowane upojeniem alkoholowym prostym. Wcześniej nie leczył się psychiatrycznie, po pobycie w szpitalu nie korzystał z pomocy psychiatry ani w prywatnym gabinecie ani w publicznej służbie zdrowia.

Nie korzystał z opieki psychologicznej. Leczył się w z związku z wypadkiem motocyklowym mającym miejsce w przeszłości. Sprawca jest osobą uzależnioną od substancji psychoaktywnych (potwierdza przyjmowanie dopalaczy, amfetaminy, ekstazy, kwasów, metaamfetaminy, palenie marihuany). Przejawiał skłonności do zachowań autoagresywnych jak też agresywnych, ma niski próg wyzwalana agresji. Nie stwierdzono u niego choroby psychicznej w rozumieniu psychozy. Swoje zachowanie względem zmarłego chłopca tłumaczy chęcią zdyscyplinowania dziecka.

Mężczyzna w przeszłości był karany za popełnienie czynów kradzież z włamaniem, rozbój. Orzeczono wobec niego karę pozbawienia wolności. Po ukończeniu liceum przebywał w związku z powyższym w zakładzie karnym. Mężczyzna już jako nieletni miał postępowania sądowe, nie był jednak umieszczony w zakładzie poprawczym, był objęty nadzorem kuratora.

Wykonywane czynności przez instytucje państwowe, instytucje samorządowe oraz inne organy i instytucje w stosunku do dziecka i rodziny, zanim doszło do śmierci dziecka

Sąd w roku 2018 r. ograniczył władzę rodzicielską matki oraz ojca nad małoletnim pokrzywdzonym chłopcem oraz jego siostrą. Ustanowiono nadzór kuratora, który trwał nieprzerwanie do chwili śmierci małoletniego chłopca. Wcześniej w roku 2017 sąd ograniczył władzę rodzicielską matki nad starszym, bratem małoletniego pokrzywdzonego. Starszy syn w chwili zdarzenia zamieszkiwał na stałe u ojca. Z akt nie wynika w jaki konkretnie sposób władza matki została ograniczona.

Nadzór kuratora prowadzony od 2018 r. z uwagi na niewydolność wychowawczą i skłonności do alkoholu matki i ojca małoletnich. Nadzór przez pierwszego kuratora społecznego wykonywany był do dnia 2 maja 2019 r. W tamtym okresie kurator odwiedzał rodzinę średnio raz w miesiącu, brak szczegółowych danych o wizytach.

Od dnia 2 maja 2019 r. nadzór powierzono innemu kuratorowi społecznemu:

- w pierwszej połowie maja 2019 r. odnotowano w karcie czynności nadzoru, że w mieszkaniu było brudno, panował nieład, nie zauważono niczego niepokojącego.

  Dzieci były czyste zadbane, nie miały żadnych obrażeń na odkrytych częściach ciała. Kurator zwrócił uwagę matce dzieci na bałagan. Podczas wizyty brak wyczuwalnej woni alkoholu. Odbyła się próba kontaktu kuratora z sąsiadami, ale nikt nie otworzył drzwi. Kurator nie otrzymywał od MOPR niepokojach informacji.

- pod koniec maja 2019 r. odbyła się druga wizyta z powodu zawiadomienia sądu rodzinnego przez właściciela mieszkania o zadłużeniu w czynszu na kwotę około 4000 zł. W mieszkaniu również panował nieład, nic nie zmieniło się od poprzedniej wizyty, zadłużenie mieszkania kobieta tłumaczyła przejściowymi problemami finansowymi.
- w pierwszej połowie czerwca 2019 r. odbyła się trzecia wizyta. W mieszkaniu przebywała tylko babka macierzysta małoletnich oraz chłopiec i dziewczynka. Babka poinformowała kuratora o nowym partnerze swojej córki. Dzieci podczas wizyty bardzo radosne, ganiały, biegały.
- około 3 dni po trzeciej wizycie odbyła się kolejna w calu poznania nowego partnera. W mieszkaniu przebywali konkubenci oraz dzieci. Partner matki wywarł pozytywne wrażenie. Nadal panował bałagan, ściany brudne, na podłodze zabawki. Odnotowano brak oznak stosowania przemocy względem dzieci.
- pierwsza połowa lipca 2019 r. – kolejna wizyta. Nikogo nie było w mieszkaniu.
- kilka dni później – kolejna wizyta – nikogo nie było mieszkaniu.
- druga połowa lipca 2019 r.– obecni byli konkubenci oraz chłopiec. Wizyta trwała kilka, kilkanaście minut. Matka sprawiała wrażenie szczęśliwej, poinformowała kuratora o planach ślubnych. W zachowaniu chłopca nie było nic dziwnego.

W kartach czynności brak informacji o rozmowie z starszą siostrą chłopca oraz z chłopcem i ustalenia karalności partnera matki. Z wyjaśnień matki małoletnich wynikało, że kurator zawsze umawiał się na wizytę, zapowiadał wizyty.

Szkoła w maju 2019 r. została poinformowana przez ciotkę małoletnich (siostrę ojca) o problemach występujących w domu rodzinnym dziewczynki, polegających m. in. na wydawaniu pieniędzy na cele alkoholowe, nadużywaniem alkoholu przez matkę. W dniu powzięcia informacji przez wychowawczynię o niepokojącej sytuacji, gdy matka przyszła po dziewczynkę do szkoły, wychowawczyni podeszła do niej, by sprawdzić, czy kobieta jest pod wpływem alkoholu, jednak nie zauważyła w jej zachowaniu nic niepokojącego co mogłoby potwierdzić wyżej wymienione. Wychowawczyni zapytała również tego dnia dziewczynkę (bez obecności matki) czy ta chce wracać do domu z matką. Małoletnia stanowczo stwierdziła, że tak. O całym zdarzeniu oraz powziętych niepokojących informacjach szkoła powiadomiła kuratora sprawującego nadzór nad rodziną. W aktach nadzoru brak informacji o podjętych w tym zakresie informacjach i czynnościach. Poza opisaną wyżej sytuacją do szkoły nigdy wcześniej, ani później nie docierały niepokojące informacje, dotyczące sytuacji opiekuńczo-

wychowawczej dzieci. Dziewczynka nie wyglądała na zaniedbane dziecko, była zawsze przygotowana do zajęć, miała odrobioną pracę domową, nigdy nie mówiła, że w domu dzieje się coś niepokojącego. O zaistniałej sytuacji szkoła nie informowała policji, ops, czy sądu.

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR)- z wyjaśnień składanych przez matkę chłopca wynika, że korzystała ona z pomocy finansowej MOPR oraz pobierała świadczenie 500+. Brak jest szczegółowych informacji co do udzielanych świadczeń i pomocy finansowej. Rodzina nie była objęta stałą pomocą pracownika socjalnego MOPR, nie współpracowała z asystentem. W rodzinie były jednak podejmowane działania interwencyjne. Do MOPR-u w listopadzie 2017 r. wpłynęło zgłoszenie sąsiada rodziny o nieprawidłowościach w opiece nad dziećmi oraz z prośbą o interwencję. W tamtym okresie matka małoletnich była w związku z ich ojcem, z którym wspólnie zamieszkiwała. Przeprowadzono wizytę w mieszkaniu, w którym panował ład, dzieci wyglądały na zadbane. Pracownik nawiązał wówczas kontakt z dzielnicowym oraz kurator zawodową. Pracownik MOPR podejmował próby wejścia w środowisko przy każdej nadążającej się okazji. Podejmował próby przeprowadzenia wywiadów środowiskowych w sąsiednich mieszkaniach i blokach, lecz nieskuteczne. Z uwagi na brak większej ilości zgłoszeń informację od sąsiada uznano za złośliwą i bezpodstawną.

Uchybienia w zakresie podejmowanych działań instytucji państwowych, instytucji samorządowych oraz innych organów i instytucji zanim doszło do śmierci dziecka

Występują uchybienia w efektywności podejmowanych działań przez kuratora. Jak wskazują wyjaśnienia matki małoletnich jego wizyty były zawsze zapowiedziane. Partner będąc pod wpływem alkoholu ukrywał się podczas wizyt w łazience. Brak adnotacji w karcie czynności nadzoru. Nie rozmawiał ze starszą siostra, która była świadkiem przemocy wobec niego ze strony konkubenta matki. Nie rozmawiał również z chłopcem. Nie ukierunkował działań w celu sprawdzenia stanu obrażeń u chłopca. Nie przeprowadził on również wnikliwego wywiadu wśród sąsiadów, którzy mieli wiedzę o libacjach alkoholowych, krzykach, jakie miały miejsce w mieszkaniu zajmowanym przez rodzinę. Pomimo nieobecności sąsiadów podczas pierwszej wizyty, kurator nie powinien odstępować od zbierania wywiadu wśród nich. Powinien regularnie oraz wnikliwie zbierać wywiad w środowisku rodziny. Posiadał również informacje od szkoły o docierających do nich niepokojących informacjach i możliwości zagrożenia dobra

dzieci. Nie wzmożyły one jednak jego czujności i nie spowodowały zintensyfikowania działań. Nie ustalił uprzedniej karalności partnera matki.

Nie można również stwierdzić, że inne instytucje (MOPR, szkoła) dołożyły wszelkich starań, aby zabezpieczyć dobro małoletnich. Szkoła w przypadku powzięcia informacji o możliwych nieprawidłowościach w opiece powinna powiadomić dodatkowo MOPR o zaistniałej sytuacji, zorganizować rozmowy małoletniej z pedagogiem, który podczas ich przebiegu mógł wydobyć informacje jaka sytuacja panuje w domu małoletniej, a następnie jeśli w wyniku podjętych czynności nadal istniałaby wątpliwości co do nadużywania alkoholu oraz zaniedbywania dzieci, szkoła powinna skierować wniosek do sądu o wgląd w sytuację małoletnich. Szkoła ograniczyła się jedynie do poinformowania kuratora oraz jednorazowego sprawdzenia zachowania matki małoletniej, czy nie wskazuje ono na używanie alkoholu oraz również jednorazowego zapytania dziewczynki czy chce wracać z matką do domu. MOPR również nie przeprowadził wywiadu w środowisku lokalnym ani nie skonfrontował informacji z matką. Matka bezrobotna, nie starała się szukać pracy, sytuacja finansowa była trudna zatem były podstawy do podjęcia stosownych działań przez ośrodek pomocy społecznej. W przypadku tak trudnego kontaktu z matką, braku współpracy oraz niemożności uzyskania informacji ze środowiska lokalnego MOPR mógł zawiadomić sąd o sytuacji, jak również policję. Uznanie obaw sąsiada jako „złośliwych i bezpodstawnych" było niewłaściwe, a działania podjęte przez pracowników MOPR nie były efektywne, w przypadku braku nawiązania kontaktu z matką lub sąsiadami powinny być podejmowane działania do skutku.

Nasuwają się trzy główne problemy z wymianą informacji: brak terminowej i odpowiedniej wymiany informacji; ograniczone poszukiwanie informacji oraz dowody, które nie zostały zebrane i dokładnie przeanalizowane. Każda z instytucji i służb posiadała fragmentaryczne informacje brak było pogłębionej współpracy interdyscyplinarnej, miało to znaczący wpływ na profesjonalną ocenę bezpieczeństwa i dobra dziecka.

Szkoła podjęła stosowne działania w pewnym zakresie i zawiadomiła kuratora sprawującego nadzór nad rodziną, co należy uznać za dobrą praktykę.

Zdiagnozowane czynniki ryzyka w środowisku wychowawczym dziecka

Poczynione ustalenia pozwoliły określić następujące czynniki ryzyka dla życia i zdrowia dziecka: sprawca nie był biologicznym ojcem dziecka, w związku z czym nie wykształciły się

uczucia do dziecka, przemoc partnerów między sobą, trudna sytuacja finansowa, konkubent matki uzależniony od środków psychoaktywnych, matka uzależniona od alkoholu, zaniedbywanie dziecka przez uzależniania, przemoc wobec dziecka, brak dojrzałego podejścia do macierzyństwa, co skutkowało nie zapewnieniem swojemu dziecku bezpieczeństwa.

Rekomendacje

1. Organizacja szkoleń dla kuratorów sądowych, pracowników opieki społecznej, nauczycieli, pedagogów i psychologów szkolnych z zakresu identyfikowania czynników ryzyka krzywdzenia dziecka, z nastawieniem na osoby uzależnione od alkoholu i środków odurzających lub substancji psychotropowych, rozpoznawania symptomów dziecka krzywdzonego, przeprowadzania wywiadów kompleksowych obejmujących całą rodzinę i osób przebywających w środowisku rodzinnym, metodyki gromadzenia informacji, rozpoznawania i opisywania obrażeń, tj. umiejętność odróżnienia czy dany ślad mógł powstać w wyniku niefortunnego zdarzenia (np. dziecko samo się uderzyło, przewróciło, upadło) od śladów, które u dziecka spowodowała inna osoba w sposób intencjonalny, prowadzenia stosownych rozmów z dziećmi.

2. Organizacja szkoleń interdyscyplinarnych policji, kuratorów sądowych, pracowników opieki społecznej, nauczycieli, pedagogów szkolnych, psychologów szkolnych w zakresie identyfikowania czynników ryzyka krzywdzenia dzieci, zwrócenia szczególnej uwagi na pojawiających się nowych partnerów w rodzinie, trudną sytuację finansową, podejmowania właściwych działań i interwencji w przypadku ujawnienia podejrzeń krzywdzenia dziecka lub potencjalnego zagrożenia dobra dziecka, wypracowania procedur w zakresie wymiany informacji między służbami i instytucjami, budowania efektywnego systemu monitorowania losów dziecka.

3. Zwiększanie świadomości społecznej, jak reagować na przemoc wobec dzieci i gdzie zgłaszać. Rozważenie stworzenia przez Ministerstwo Cyfryzacji wraz z operatorami sieci komórkowych dodatkowych narzędzi np. aplikacji, która będzie informować jak reagować na przemoc, gdzie zgłaszać przemoc i też umożliwić w aplikacji szybszy dostęp do zawiadomienia policji w nagłych wypadkach.

Analiza przypadku śmierci dwójki małoletnich w wieku 5 lat i 3 lat

Okoliczności śmierci dziecka

Matka małoletnich zadała ciosy nożem swojemu 5-letniemu synowi oraz ciosy 3-letniemu synowi, w wyniku czego pokrzywdzeni doznali obrażeń ciała w postaci ran kłutych pleców, jamy brzusznej oraz ran kłutych w obrębie klatki piersiowej, w następstwie których doszło do ich zgonu. Następnie kobieta próbowała odebrać sobie życie przy użyciu noża. Ojca małoletnich w tym czasie nie było w domu był w pracy.

Kobieta wskazała, że nie pamięta nic z tej sytuacji bo była pod wpływem leków. Stwierdzono u niej obecność leku przeciwdepresyjnego. Sprawczyni w czasie popełnienia czynu miała z przyczyn chorobowych – psychozy (epizod depresji ciężkiej z objawami psychotycznymi) zniesioną zdolność rozpoznawania znaczenia czynu i kierowania swoim postępowaniem.
Nadto występowały u niej urojenia ksobne, prześladowcze, depresyjne, którym podporządkowane było jej działanie.

Sąd umorzył postępowanie karne z uwagi na popełnienie czynu zabronionego przez kobietę w stanie wyłączającym poczytalność, zastosowano środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym.

Sytuacja opiekuńczo-wychowawcza dziecka zanim doszło do jego śmierci

Małżeństwo zamieszkiwało w domu wolnostojącym. Poza nimi oraz ich dziećmi w domu zamieszkiwała również matka ojca małoletnich. Prowadzili oni wspólne gospodarstwo domowe. Ciąże były wyczekane, przed narodzinami matka małoletnich kilkukrotnie poroniła.
W ciążach czuła się dobrze, po porodzie było jej ciężko, bo nie miała wsparcia ze strony mamy, która wcześniej zmarła. Pomocą jednak służyła jej teściowa oraz teść. Na początku relacje z teściową były trudne, kobiecie ciężko było przystosować się do zasad panujących w domu. W domu była wspólna kuchnia, kobiety musiały zatem razem przygotowywać posiłki, co wywoływało między nimi zgrzyty. Z upływem lat nastąpiła poprawa stosunków panujących w domu. Mąż sprawczyni podczas nieporozumień stawał po różnych stronach. Matka małoletnich nie pracowała zawodowo, ponieważ mąż jej na to nie pozwalał, zajmowała się domem oraz dziećmi. Małoletni chłopcy uczęszczali do przedszkola. Dzieci były zaopiekowane. Kobieta była bardzo dobrą matką, dobrze się nimi opiekowała. Dzieci miały zapewnione odpowiednie

warunki do życia oraz rozwoju. Matka nie stosowała przemocy, kar, krzyków wobec małoletnich.

Opis psychologiczny sprawcy, jego stosunków rodzinnych i sytuacji osobistej

Sprawczyni posiada wykształcenie średnie – technikum ekonomiczne. Nie zdała matury, od razu po technikum rozpoczęła pracę. Kobieta w dacie czynu miała 37 lata. Pochodzi z pełnej rodziny, rodzice byli razem, wychowywała się w rodzinie biologicznej. Ma troje rodzeństwa. Ojciec sprawczyni uzależniony od alkoholu, miała wspomnienia z tym związane od wczesnego dzieciństwa. W domu rodzinnym nie było przemocy fizycznej. Ojciec nigdy nie leczył się odwykowo. Matka kobiety zmarła, kiedy miała 20 lat. W rodzinie pochodzenia nie było chorób psychiatrycznych. Związek małżeński z mężem zawarła w wieku 30 lat. Rodzina zamieszkiwała w domu na wsi. Warunki mieszkaniowe oraz bytowe były dobre.

Sprawczyni korzystała z pomocy psychiatrycznej krótko przed popełnieniem czynu. Powodem wizyt był brak apetytu, brak chęci do życia. W maju 2020 r. pojawiły się problemy ze zdrowiem psychicznym u kobiety, rozpoczęły się od śmierci teścia. Kobieta skorzystała z jednej wizyty u internisty i przepisano syrop uspokajający. Z powodu koronawirusa kolejne wizyty u tego lekarza odwlekły się w czasie i pan doktor zmarł. Z uwagi na powyższe okoliczności matka małoletnich umówiła się na wizytę do psychiatry i ją odbyła.

W grudniu 2020 r. nastąpiło pogorszenie samopoczucia, kobieta mówiła mężowi, że ma myśli samobójcze. Podczas wizyty w NZOZ w przychodni lekarz rodzinny zalecił przyjmowanie leku przeciwdepresyjnego oraz wystawił skierowanie do psychiatry (PZP). Z dokumentacji medycznej wynikają następujące wizyty:

- wizyta u psychiatry odbyła się w dniu 11 stycznia 2021 r. – zalecono kolejny lek. W dokumentacji medycznej brak informacji o sytuacji rodzinnej i dzieciach.
- wizyta w NZOZ – wystawiono skierowanie do szpitala.
- wizyta w szpitalu w dniu 1 lutego 2021 r. – po konsultacji w NZOZ kobieta dostała skierowanie do szpitala na neurologię. Tego samego dnia mąż zawiózł kobietę na oddział neurologiczny. Stwierdzono u niej stany lękowe depresyjne. Tego samego dnia wypisano ją ze szpitala. Po powrocie ze szpitala do momentu zdarzenia kobieta funkcjonowała normalnie. Przyjmowała leki.
- wizyta u psychiatry w dniu 4 lutego 2021 r. – w dokumentacji lekarza psychiatry nie ma wzmianki o sytuacji rodzinnej i dzieciach.

Kobieta nie korzystała z pomocy psychologa.

Wykonywane czynności przez instytucje państwowe, instytucje samorządowe oraz inne organy i instytucje w stosunku do dziecka i rodziny, zanim doszło do śmierci dziecka. Z informacji zgromadzonych w aktach sprawy wynika, że rodzina, w tym małoletni chłopcy, nie byli objęci pomocą, ani w ich sytuację opiekuńczo-wychowawczą nie ingerowały żadne właściwe organy i instytucje. Nie było podstaw do ingerencji bądź pomocy. Władza rodzicielska rodziców nie była w żaden sposób ograniczona.

Uchybienia w zakresie podejmowanych działań instytucji państwowych, instytucji samorządowych oraz innych organów i instytucji zanim doszło do śmierci dziecka. W przypadku lekarza psychiatry brak było holistycznego podejścia i analizy sytuacji życiowej pacjentki. Lekarz powinien poprowadzić pogłębiony wywiad z pacjentką w zakresie sytuacji rodzinnej i dziecka. Miałby wówczas możliwość zawiadomienia sądu rodzinnego o wgląd w sytuację dziecka w trybie art. 572 k.p.c.

W przypadku lekarza pierwszego kontaktu brak było holistycznego podejścia i analizy sytuacji życiowej pacjentki w kierunku oceny stopnia zagrożenia dla dzieci w związku z problemami natury psychicznej. Miałby wówczas możliwość zawiadomienia sądu rodzinnego o wgląd w sytuację dziecka w trybie art. 572 k.p.c.

Zdiagnozowane czynniki ryzyka w środowisku wychowawczym dziecka

Poczynione ustalenia pozwoliły określić, iż czynnikiem ryzyka dla życia i zdrowia dzieci była choroba psychiczna matki.

Rekomendacje

1. Organizacja szkoleń dla lekarzy psychiatrów, lekarzy pierwszego kontaktu z zakresu identyfikowania czynników ryzyka krzywdzenia dziecka, w szczególności przez osoby z problemami natury psychicznej, depresją, przeprowadzania stosownych pogłębionych wywiadów z pacjentem, w kierunku ustalenia sytuacji rodzinnej, podejmowania właściwych działań i interwencji w przypadku ujawnienia podejrzeń zagrożenia dobra dziecka.

2. Podejmowanie działań profilaktycznych przez lekarzy psychiatrów, lekarzy pierwszego kontaktu, uświadamiania rodziców borykających się z problemami emocjonalnymi,

psychicznymi w związku wejściem w rodzicielstwo, gdzie szukać pomocy, jakie podejmować czynności w przypadku braku realizowania zaleceń przez pacjenta. Działania edukacyjne w kierunku przygotowania stosownych broszur informacyjnych w placówkach medycznych i gabinetach.

Analiza przypadku usiłowania zabójstwa noworodka

Okoliczności usiłowania zabójstwa małoletniego

Kobieta lat 36 siłami natury urodziła dziecko płci żeńskiej. Do porodu doszło w opuszczonej altanie, w której zamieszkiwała ze swoim partnerem. Po porodzie kobieta włożyła dziecko do foliowej torby reklamowej, którą zawiązała, po czym wyniosła w pobliskie zarośla. Kobieta opuściła miejsce porzucenia dziecka, została następnie zauważona przez funkcjonariuszy Straży Miejskiej, którzy dostrzegli u niej zakrwawione spodnie. Partner kobiety wrócił do altany i zaczął szukać partnerki natrafiając na reklamówkę, w której ujawnił noworodka. Dziecku udzielona została pomoc i przewieziono do szpitala. Matka w wydychanym powietrzu miała 2 promile.

Kobieta często pozostawała pod wpływem alkoholu. Została wyrzucona z domu przez matkę z uwagi na jej pijaństwo i lekkie prowadzenie się. Kobieta podejrzewała, że jest w ciąży ale nie powiedziała o tym partnerowi. Kobieta urodziła już wcześniej dwoje dzieci przy czym zrzekła się praw natychmiast po urodzeniu dzieci.

Biegli psychiatrzy nie stwierdzi u badanej objawów choroby psychicznej ani upośledzenia umysłowego. Rozpoznali u niej uzależnienie od alkoholu. Z opinii psychologicznej wynika, że badana ze względu na wieloletnie nadużywanie alkoholu budzi wątpliwości co do prawidłowości interpretacji zdarzeń, spostrzeganie faktów oraz orientacja ciąży i połogu nieadekwatne w odniesieniu do popełnionej przez nią roli ciężarnej, kobieta wypierała fakt bycia w ciąży, nie przygotowała się w żaden sposób do roli matki, nie zmieniła swojego trybu życia. W czasie porodu i bezpośrednio po nim pozostawała pod wpływem silnych emocji ograniczających, ale nie znoszących całkowicie jej świadomości. Kobieta prezentuje cechy osobowości bierno-zależnej, jej pole świadomości jest zawężone do obszaru związanego ze

zdobyciem i spożyciem alkoholu. Wykluczono możliwość działania w warunkach szoku poporodowego.

Sąd uznał kobietę winną usiłowania zabójstwa z zamiarem ewentualnym dziecka i wymierzył karę 4 lat pozbawienia wolności.

Opis psychologiczny sprawcy, jego stosunków rodzinnych i sytuacji osobistej

Kobieta o wykształceniu zawodowym, pozostawała bezrobotna, bez prawa do zasiłku. Nie poszukiwała pracy. Skłócona z rodziną. Nie partycypowała w kosztach swojego utrzymania. Wychowywała się w rodzinie pełnej. Nie podejmowała żadnych działań w kierunku zmiany swojej sytuacji bytowej. Jest osobą uprzednio karaną. Kobieta nie była poddawana leczeniu psychiatrycznemu ani terapiom psychologicznym.

Wykonywane czynności przez instytucje państwowe, instytucje samorządowe oraz inne organy i instytucje w stosunku do dziecka, rodziny, zanim doszło do śmierci dziecka

Kobieta była zainteresowaniu ośrodka pomocy społecznej. Pracownicy ops wizytowali w miejscu przebywania kobiety i przeważnie widzieli ją nagą. O ciąży dowiedzieli się od sióstr zakonnych, nie od samej kobiety. Podczas jednej z wizyt widząc kobietę nago dostrzegli, że jest w ciąży.

Ponadto z akt wynika, że świadek który pomagał osobom będących w bezdomności (streetworker) rozmawiał kilka razy z kobietą, widział, że jest w ciąży, miała świadomość, że kobieta jest zastraszana przez partnera, chciał pomóc. Z zeznań wynika, że chciała założyć niebieską kartę dla dobra tej kobiety, była w ośrodku pomocy społecznej ale powiedzieli jej, że „procedura ich nie obejmuje, bo muszą być gdzieś zameldowani".
Kobieta jak też jej partner byli znani funkcjonariuszom Straży Miejskiej i dzielnicowego, którzy byli z wizytą z uwagi na podejrzenie stosowania przemocy przez konkubenta.

Kobieta 14 razy przebywała na SOdON, również będąc już w ciąży ostatni raz na 4 tygodnie przed porodem. Terapeuta uzależnień rozmawiała z kobietą podczas przywiezienia, która przyznała się, że jest w ciąży i twierdziła, że nie potrzebuje pomocy. Terapeuta informował kobietę o skutkach spożywania alkoholu w ciąży.

Uchybienia w zakresie podejmowanych działań instytucji państwowych, instytucji samorządowych oraz innych organów i instytucji zanim doszło do śmierci dziecka Ośrodek pomocy społecznej nie ukierunkował efektywnie działań na ofiarę przemocy. Zabrakło holistycznego podejścia i analizy sytuacji ofiary choćby pod względem problemów z uzależnieniem alkoholowym, rozumienia potrzeby zapewnienia bezpieczeństwa sobie i dziecku. Poinformowanie przez pracownika pomocy społecznej, o tym, że procedura niebieskiej karty może być wdrożona tylko przy zameldowaniu ofiary przemocy była błędna. Zgodnie z art. 9e. 1. ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy – dalej u.p.p.d, „właściwość miejscową gminy do realizacji procedury „Niebieskie Karty" ustala się według miejsca zamieszkania osoby doznającej przemocy domowej".[4]

Biorąc pod uwagę sytuację kobiety oraz fakt 14 razy przebywania na SODON można było rozważyć zawiadomienie gminnej komisji rozwiazywania problemów alkoholowych i złożyć wniosek do sądu o zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu w trybie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi – dalej u.w.t[5] Jest to możliwe, o ile zostanie ustalone, że z powodu nałogu dochodzi do negatywnych zjawisk w szczególności rozkładu życia rodzinnego. Zgodnie z art. 6 pkt 14 ustawy z dnia 12 marca 20024 r. o pomocy społecznej – dalej u.o.p.[6] „*rodzina to osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące*". Można było zatem uznać, że kobieta jako konkubina jest rodziną. Z kolei zgodnie z art. 30a u.w.t. „sąd może zarządzić przeprowadzenie przez kuratora sądowego wywiadu środowiskowego w celu ustalenia okoliczności wskazujących na nadużywanie alkoholu przez osobę, której postępowanie dotyczy, oraz zakłócania przez nią

spokoju lub porządku publicznego, a także jej relacji w rodzinie, zachowania się w stosunku do małoletnich i stosunku do pracy."

Nasuwają się trzy główne problemy z wymianą informacji: brak terminowej i odpowiedniej wymiany informacji między instytucjami; ograniczone poszukiwanie informacji oraz dowody, które nie zostały zebrane i dokładnie przeanalizowane. Brak było współpracy

[4] Dz. U. 2005 poz 1493 z późn. zm.
[5] Dz. U. 1982 poz. 230 z późn. zm.
[6] Dz. U. 2004 poz. 593 z późn. zm.

interdyscyplinarnej, miało to znaczący wpływ na profesjonalną ocenę bezpieczeństwa i dobra dziecka poczętego.

Pracownicy SOdON – mogli zawiadomić ośrodek pomocy społecznej informując o stanie zagrożenia dziecka i problemie alkoholowym matki.

Zdiagnozowane czynniki ryzyka w środowisku wychowawczym dziecka

Poczynione ustalenia faktyczne pozwoliły określić czynniki ryzyka dla życia i zdrowia dziecka w postaci: uzależnienia od alkoholu, trudnej sytuacja finansowa, zaniedbywania ciąży przez uzależniania, braku dojrzałego podejścia do macierzyństwa, przemocy ze strony partnera.

Rekomendacje

1. Organizacja szkoleń dla pracowników społecznych, policji, strażników miejskich, lekarzy, terapeutów z SOdON z zakresu uświadomienia czynników ryzyka śmierci dziecka, zwracania uwagi na osoby z problemem uzależnień, przeprowadzania pogłębionych wywiadów z pacjentem w kierunku ustalenia sytuacji rodzinnej i oceny czynników ryzyka zagrożeń dla dziecka poczętego, podejmowania i ukierunkowywania odpowiednich działań.
2. Organizacja szkoleń dla pracowników społecznych z zakresu przyjmowania zgłoszeń, podejmowania i ukierunkowywania działań na konkretne osoby, zawiadamiania instytucji, współpracy interdyscyplinarnej, wymiany informacji między instytucjami i służbami.
3. Organizacja szkoleń interdyscyplinarnych pracowników społecznych, asystentów rodziny, policji, strażników miejskich, personelu SOdOn w zakresie identyfikowania czynników ryzyka krzywdzenia dzieci, podejmowania właściwych działań i interwencji w przypadku ujawnienia podejrzeń krzywdzenia dziecka lub potencjalnego zagrożenia dobra dziecka, wypracowania procedur w zakresie wymiany informacji między służbami i instytucjami, budowania efektywnego systemu monitorowania losów dziecka.

Analiza przypadku usiłowania zabójstwa noworodka

Okoliczności śmierci dziecka

Ojciec będąc na dworze wykonywał czynności gospodarcze i usłyszał krzyk 11-letniego pasierba, wrócił do mieszkania gdzie małoletni poinformował go, że matka wyrzuciła noworodka przed dom. Sprawczyni miała mówić, że dziecko jest lalką, którą trzeba wyrzucić. Ojciec noworodka podniósł go, zadzwonił na pogotowie. Dziecko zostało przetransportowane do szpitala i przyjęte na oddziale chirurgii dziecięcej – stwierdzono złamanie kości udowej prawej. Sprawczyni do czasu przyjazdu Policji brała prysznic, mówiła że nic się nie stało i jest Matką Boską. Po siłowym wyciągnięciu spod prysznica przez funkcjonariuszy policji kobieta nie odpowiadała logicznie na zadawane pytania, nie reagowała na polecenia, była agresywna, wulgarna. Wezwany Zespół Ratownictwa Medycznego przetransportował matkę do szpitala neuropsychiatrycznego, gdzie zatrzymano ją na oddziale zamkniętym.

Po porodzie kobieta miała mieć huśtawki nastroju. W dniu zdarzenia wyrzuciła laptop starszego syna przez okno, miała zacząć się dziwnie zachowywać – z niepokojem krzyczała o zbliżającej się wojnie i że muszą uciekać do lasu. W wyniku rozmów prowadzonych z partnerem kobieta miała się uspokoić i zacząć normalnie funkcjonować. Partner cały czas przebywał z nią do momentu, gdy wyszedł z domu. Wychodząc powiedział pasierbowi, aby pilnował matki. Według relacji partnera kobieta nie brała żadnych leków w ostatnich tygodniach przed zdarzeniem.

Postępowania karne wobec matki umorzono z uwagi na popełnienie czynu w warunkach zniesionej zdolności rozpoznania jego znaczenia i pokierowania swoim postępowaniem (art. 31 § 1 k.k.). Zastosowano środek zabezpieczający w postaci terapii w poradni zdrowia psychicznego.

Sytuacja opiekuńcza-wychowawcza dziecka zanim doszło do jego śmierci

Pokrzywdzony noworodek w dniu zdarzenia miał 8 dni, pochodzi z związku nieformalnego, ok 6-letniego. Jest to pierwsze dziecko ojca, drugi syn matki 11 lat pochodzi z pierwszego małżeństwa. Matka przed zdarzeniem miała pełnię praw rodzicielskich wobec starszego syna. Przed zdarzeniem odbyła się jedna wizyta położnej środowiskowej. Nie stwierdzono żadnych niepokojących sygnałów zagrażających dobru dziecka.

Kobieta w młodości uczyła się bardzo dobrze. Ukończone technikum. Służyła w policji 4 lata. Kobieta wychowywała się w rodzinie pełnej, ma trójkę braci. Rodzice rozwiedli się gdy dzieci

były dorosłe (powodem rozwodu było nadużywanie alkoholu przez ojca). Ojciec leczył się odwykowo.

Ze związku małżeńskiego, który trwał około 8 lat posiada syna. Zakończony wedle oświadczenia kobiety z winy męża (zdrady męża, ale też wskazuje jako powód swój stan zdrowia). Wstąpiła w nowy związek z partnerem, u którego zamieszkała. Sytuacja finansowa rodziny była dobra.

Kobieta w 2003 r. miała leczyć się psychiatrycznie na terenie Niemiec, rozpoznano – ostre, wielopostaciowe zaburzenia psychotyczne. Po pobycie w szpitalu w Niemczech nie brała leków bo nie czuła się chora. Zmiana zachowania nastąpiła po urodzeniu pierwszego dziecka w 2009 r. Wówczas trafiła do szpitala psychiatrycznego gdzie stwierdzono schizofrenię paranoidalną. Przebywała na oddziale zamkniętym prze ok. 3 miesiące. Po wyjściu ze szpitala przyjmowała leki, po ok. 2 tyg. ponownie umieszczona na zamkniętym oddziale szpitala psychiatrycznego. Leczenie trwało ok. 2 miesiące. Po wyjściu przyjmowała leki regularnie.

Przez okres trwania nowego związku, tj. 6 lat, partner nie zauważył niepokojących zachowań u sprawczyni, jednak słyszał, że po porodzie starszego syna sprawczyni miała mieć zwidy – miała widzieć Matkę Boską. Kobieta nie przyjmowała leków, jednak powiedziała partnerowi, że leczyła się psychiatrycznie, brała leki i jest już wyleczona. Przed zdarzeniem odstawiła leki przepisane na stwierdzoną u niej chorobę psychiczną – schizofrenię paranoidalną. Okres ciąży przeszła bez problemów.

Były mąż nie zauważył w zachowaniu byłej żony bądź ich syna sygnałów, które miałyby wskazywać na niepokojące zachowanie sprawczyni (ojciec miał się widywać z synem regularnie, co tydzień).

Wykonywane czynności przez instytucje państwowe, instytucje samorządowe oraz inne organy i instytucje w stosunku do dziecka, rodziny, zanim doszło do śmierci dziecka

Rodzina nie była objęta pomocą właściwego MOPS oraz nie pobierała żadnych świadczeń z Ośrodka.

Położna środowiskowa była z wizytą na 3 dni przed zdarzeniem, dziecko było właściwe zaopiekowane, nie odnotowała żadnych uchybień. Matka zachowywała się prawidłowo, była komunikatywna, pozwoliła obejrzeć dziecko i wykonać przy nim czynności. Położna nie miała wiedzy o chorobie psychicznej matki.

Lekarz ginekolog prowadzący drugą ciążę przeprowadził wywiad – pytał o pierwszy poród i miał wiedzę o podejrzeniu psychozy poporodowej i jej wykluczeniu – zdiagnozowaniu schizofrenii. Pytał o kontynuację leczenia psychiatrycznego. Ciężarna miała stwierdzić że jest zdrowa i nie bierze leków. Lekarz miał zrozumieć na podstawie tych słów, że jest pod opieką poradni psychiatrycznej. Podczas wizyt nie zauważył żadnych odchyleń osobowości. Podczas ostatniej wizyty w 35 tyg. ciąży przeprowadzono ankietę z oceną ryzyka wystąpienia depresji – w skali BECKA wynik „0" – brak ryzyka wystąpienia depresji poporodowej.

Uchybienia w zakresie podejmowanych działań instytucji państwowych, instytucji samorządowych oraz innych organów i instytucji zanim doszło do śmierci dziecka

W przypadku lekarza ginekologa brak było holistycznego podejścia i analizy sytuacji życiowej pacjentki w kierunku oceny stopnia zagrożenia dla dziecka w związku zdiagnozowaną u matki schizofrenią. Błędem było poprzestanie na słowach pacjentki, że jest zdrowa i nie bierze leków, w przypadku gdy jest to choroba przewlekła. W przypadku kobiety zaostrzenie choroby psychicznej miało miejsce zarówno po porodzie pierwszego, jak i drugiego dziecka.

W przypadku położonej brak było holistycznego podejścia i analizy sytuacji życiowej matki. Brak wiedzy o chorobie matki. Ponadto brak stwierdzenia w karcie przy wizycie patronażowej o braku objawów depresji poporodowej. Nie przeprowadzono ankiety z oceną ryzyka wystąpienia depresji (skala BECKA).

Zdiagnozowane czynniki ryzyka w środowisku wychowawczym dziecka

Choroba psychiczna wpływa na życie i funkcjonowanie samej kobiety oraz dziecka, w szczególności były czynnikiem ryzyka dla życia i zdrowia dziecka.

Rekomendacje

1. Organizacja szkoleń dla lekarzy ginekologów z zakresu uświadomienia czynników ryzyka śmierci dziecka, zwracania uwagi na pacjentów z problemami natury psychicznej, przeprowadzania pogłębionych wywiadów z pacjentem w kierunku ustalenia sytuacji rodzinnej i oceny czynników ryzyka zagrożeń dla dziecka, procedur postępowania i zawiadamiania odpowiednich instytucji.

2. Organizacja szkoleń interdyscyplinarnych dla lekarzy ginekologów, pediatrów, położnych, sędziów rodzinnych w zakresie identyfikowania czynników ryzyka krzywdzenia dzieci, podejmowania właściwych działań i interwencji w przypadku ujawnienia podejrzeń

zagrożenia dobra dziecka, wypracowania procedur w zakresie wymiany informacji między służbami i instytucjami, budowania efektywnego systemu monitorowania losów dziecka.

3. Podejmowanie działań profilaktycznych przez lekarzy ginekologów i położone w kierunku uświadamiania rodziców borykających się z problemami emocjonalnymi, psychicznymi w związku wejściem w rodzicielstwo, gdzie szukać pomocy, jakie podejmować czynności w przypadku braku realizowania zaleceń przez pacjenta.

   Działania edukacyjne w kierunku przygotowania stosownych broszur informacyjnych w placówkach medycznych i gabinetach ginekologicznych.

Analiza przypadku usiłowania zabójstwa dziecka w wieku 1 roku i 7 miesięcy

Okoliczności usiłowania zabójstwa dziecka

W analizowanej sprawie matka działając w zamiarze bezpośrednim pozbawienia życia swojego dziecka założyła na jego głowę torbę foliową po czym zacisnęła ją na szyi dziecka, uniemożliwiając dopływ powietrza, lecz zamierzonego celu nie osiągnęła z uwagi na interwencję siostry, która odepchnęła ją i zdjęła reklamówkę z głowy dziecka.

Sąd uznał matkę za winną popełnienia przestępstwa usiłowania zabójstwa z zamiarem bezpośrednim i wymierzył kare 10 lat pozbawienia wolności.

Sytuacja opiekuńczo-wychowawcza dziecka zanim doszło do jego śmierci

Małoletni zamieszkiwał z matką i rodziną matki w jej domu rodzinnym. Ojcostwa nie ustalono. Postanowieniem SR matka biologiczna została pozbawiona władzy rodzicielskiej. Sąd powierzył opiekę prawną nad małoletnim babce macierzystej, która stała się spokrewnioną rodziną zastępczą dla dziecka. Pomimo tego, że na co dzień matka dziecka miała styczność z dzieckiem to nie interesowała się nim, nie wykonywała przy dziecku żadnych czynności.

Opis psychologiczny sprawcy, jego stosunków rodzinnych i sytuacji osobistej

Sprawczyni wychowywała się w pełnej rodzinie w związku sformalizowanym swoich rodziców do około 3 r. ż. Matka sprawczyni wniosła pozew rozwodowy w związku z nadużywaniem alkoholu przez męża.

Sprawczyni w wieku 2 lat miała wypadek na skutek którego przez okres 3 miesięcy leżała w śpiączce farmakologicznej. Od piątego roku życia jej zachowanie uległo pogorszeniu, nie potrafiła skupić uwagi na jednej rzeczy, chciała wszystko robić natychmiast, zaczepiała rówieśników bez przejawów agresji fizycznej. Po konsultacjach stwierdzono zespól ADHD i zalecono farmakologię. W wieku 14 lat zdiagnozowano u niej padaczkę i również zalecono odpowiednie leczenie farmakologiczne. W wieku nastoletnim sprawczyni sprawiała problemy wychowawcze, uciekała z domu, pila alkohol i zażywała narkotyki, uzależniła się od nikotyny. Kobieta w związku z zażywaniem używek i próbami samobójczymi była konsultowana psychiatrycznie jak i wielokrotnie hospitalizowana. Rodzina była w zainteresowaniu Miejskiego Ośrodka Wsparcia Rodzinie, przydzielony został asystent rodziny. W stosunku do matki sprawczyni wykazywała największą agresję. Matka sprawczyni sprawowała kontrolę nad podawaniem leków. Od końca 2019r. wobec matki zaczęła się również przemoc fizyczna i groźby. Sprawczyni atakowała słownie i fizycznie matkę oraz młodszą siostrę, groziła im, że pozbawi je życia, używała słów wulgarnych.

Kobieta została pozbawiona władzy rodzicielskiej nad synem. Sąd powierzył opiekę prawną nad małoletnim babce macierzystej. Po urodzeniu syna kobieta opiekowała się nim do 4 miesiąca, następnie porzuciła go wyjeżdżając do innego miasta do chłopaka poznanego przez Internet. Po powrocie zachowanie kobiety uległo pogorszeniu. Sprawczyni groziła siostrze i matce pozbawieniem życia jak również wyzywała je słowami uznawanymi powszechnie za obelżywe. Znęcała się nad matką i siostrą psychicznie i fizycznie, zachowywała się agresywnie, popychała je, szczypała wyzywała biła łapała za szyję, podduszała młodszą siostrę. Powtarzała, że załatwi też swojego syna.

Wyrzucała leki, co odkryła jej matka. W opinii pracownika społecznego, pozbawiona instynktu macierzyńskiego, porzuciła dziecko, pobudzona seksualnie, wyjeżdżała do nowopoznanych przez internet mężczyzn.

W dniu 12 marca 2020r. była agresywna do takiego stopnia, że wezwani policjanci musieli użyć gazu pieprzowego, zaś pracownicy Pogotowia Ratunkowego założyli jej kaftan bezpieczeństwa. Kobieta została przewieziona do szpitala gdzie przebywała do 20 marca 2020r.

W dniu 1 kwietnia 2020r. sprawczyni ponownie była agresywna i wybuchowa. W tym dniu matka kobiety wezwała karetkę pogotowia. Skazana dostała zastrzyk po którym uspokoiła się.

W dniu 15 kwietnia 2020r. kobieta po raz kolejny groziła siostrze pozbawieniem życia oraz wyzywała ją i matkę przy okazji żądając spełnienia swoich poleceń. W stosunku do syna kobieta również przejawiała agresję, posunęła się do tego, że założyła mu na głowę jednorazową torebkę foliową i zacisnęła ją na szyi dziecka. Interwencja babki uchroniło dziecko przed utratą życia. Próba uspokojenia sprawczyni przez matkę i ojczyma nie powiodła się. Została wezwana policja i karetka. Sprawczyni została ponownie zabrana do szpitala psychiatrycznego. Po tym zdarzeniu babka dziecka złożyła wniosek o ściganie i ukaranie. Jak podała, córce jedynie przez kilka dni po powrotach ze szpitala stan zdrowia się poprawiał, a potem następował nawrót agresji.

Z uwagi na lekkie upośledzenie umysłowe jest niezdolna do pracy i utrzymuje się z renty socjalnej. Podejmowała jedynie krótkotrwałą aktywność zawodową. Szybko traciła pracę z uwagi na brak jakiegokolwiek zaangażowania (tylko siedziała). Była na utrzymaniu rodziny i przypadkowo poznanych mężczyzn.

Kobieta w dacie czynu miała 20 lat i 4 miesiące. Z opinii sądowo – psychiatrycznej wykonanej 5 miesięcy po zdarzeniu wynika, że biegli wskazali na rozpoznanie upośledzenia umysłowego w stopniu lekkim, uzależnienie od alkoholu, osobowość nieprawidłową uwarunkowaną wieloczynnikowo. Zaburzenie to nie jest chorobą psychiczną w rozumieniu medycznym. Biegli nie znaleźli przesłanek do podejrzenia występowania u badanej objawów psychozy ani innych zaburzeń czynności psychicznych.

Wykonywane czynności przez instytucje państwowe, instytucje samorządowe oraz inne organy i instytucje w stosunku do dziecka i rodziny, zanim doszło do usiłowania śmierci dziecka

Sąd rodzinny pozbawił władzy rodzicielskiej matkę, a małoletni został umieszczony w spokrewnionej rodzinie zastępczej. Babka macierzysta została prawnym opiekunem.

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie udzielał wsparcia rodzinie poprzez pracownika socjalnego. Sytuacja rodziny znana była pracownikom, został przydzielony również asystent rodziny który nie miał uwag do członków rodziny, natomiast w kwestii osoby skazanej wskazał, że w ciągu kilku chwil potrafiła zmienić swoje zachowanie o 180 stopni, zasugerował wizytę u psychiatry. Opieka psychiatryczna sprawczyni obejmowała wizyty u psychiatry i pobyty w szpitalu psychiatrycznym, które nie przynosiły poprawy jej stanu zdrowia psychicznego. W dniu 17 stycznia 2020r. nie została przyjęta na oddział z uwagi na brak miejsc, a 20 stycznia 2020r.

ponownie zaczęła ujawniać agresję w stosunku do domowników. W wyniku interwencji policji została przewieziona na oddział psychiatryczny gdzie przebywała do 29 lutego 2020r. Na wizycie 5 marca 2020r. psychiatra wystawił zaświadczenie, aby kobieta rozpoczęła zajęcia PSONI (Polskie Stowarzyszenie Na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną). Skazana nie rozpoczęła zajęć z uwagi na epidemię COVID-19. W dniu 12 marca 2020 r. po ataku agresji po raz kolejny została zabrana na oddział psychiatryczny. Po opuszczeniu szpitala w niedługim czasie 15 kwietnia 2020 r. doszło o zdarzenia.

Założono niebieską kartę z uwagi na agresję skazanej. Prowadzone były interwencje w miejscu zamieszkania skazanej z uwagi na zgłoszenia od rodziny o agresji kobiety kierowanej do bliskich.

Uchybienia w zakresie podejmowanych działań instytucji państwowych, instytucji samorządowych oraz innych organów i instytucji zanim doszło do dokonania usiłowania śmierci dziecka

W przypadku ośrodka pomocy społecznej brak było podejmowania efektywnych działań ukierunkowanych na dziecko. Brak skupienia na problemie nieradzenia sobie rodziny z matką dziecka. W sytuacji powzięcia informacji o utrzymującym się nagannym, a wręcz zagrażającym życiu i zdrowiu dziecka stanie kobiety, opieka społeczna powinna zawiadomić sąd rodzinny o wgląd w sytuacje dziecka. Babka macierzysta była opiekunem prawnym miała obowiązek zapewnić dziecku bezpieczny i harmonijny rozwój.

Ponadto brak śród pracownika opieki społecznej i asystenta rodziny umiejętności współpracy z osobą z zaburzeniami natury psychicznej, z agresją emocjonalną. Pracownik bez przeszkolenia w tym zakresie nie ma możliwości w realnej poprawie funkcjonowania osoby do pomocy, której został skierowany.

W przypadku policji brak było podejmowania efektywnych działań w celu ochrony małoletniego i nie zawiadomiono sądu rodzinnego w sytuacji, gdy opiekunem prawnym była babka, która miała zapewnić dziecku bezpieczny i harmonijny rozwój.

Nasuwają się trzy główne problemy interwencyjne: brak właściwego leczenia i separowania matki od rodziny, dla której stanowiła zagrożenia dla życia i zdrowia, brak skutecznego działania instytucji i służb w kierunku zawiadomienia sądu rodzinnego, brak współpracy interdyscyplinarnej, miało to znaczący wpływ na profesjonalną ocenę bezpieczeństwa i dobra dziecka.

Zespół interdyscyplinarny Niebieskiej Karty – nie podjęto żadnych efektywnych działań, które mogły zminimalizować zagrożenie dla dziecka. Brak holistycznego podejścia, nie zawiadomiono sądu rodzinnego o wgląd w sytuację dziecka.

Zdiagnozowane czynniki ryzyka w środowisku wychowawczym dziecka

Poczynione ustalenia faktyczne pozwoliły określić następujące czynniki ryzyka dla życia i zdrowia dziecka: agresja emocjonalna, zaburzenia intelektualne, deficyty rozwojowe, uzależnienie od alkoholu i narkotyków, przejawy aktów przemocy, młody wiek, brak dojrzałego podejścia do macierzyństwa, samotne rodzicielstwo, długi konflikt z rodziną.

Rekomendacje

1. Organizacja szkoleń dla lekarzy psychiatrów, pracowników pomocy społecznej, asystentów rodziny, policji, zespołów interdyscyplinarnych NK z zakresu identyfikowania czynników ryzyka krzywdzenia dziecka, w szczególności przez osoby z upośledzeniami intelektualnymi, problemami natury psychicznej, przeprowadzania stosownych pogłębionych wywiadów na temat sytuacji rodzinnej, podejmowania właściwych działań i interwencji w przypadku ujawnienia podejrzeń krzywdzenia dziecka lub potencjalnego zagrożenia dobra dziecka, wypracowania procedur w zakresie wymiany informacji między służbami i instytucjami.

2. Organizacja szkoleń interdyscyplinarnych lekarzy psychiatrów, pracowników pomocy społecznej społecznych, asystentów rodziny, policji, zespołów interdyscyplinarnych NK, w zakresie identyfikowania czynników ryzyka krzywdzenia dzieci, podejmowania właściwych działań i interwencji w przypadku ujawnienia podejrzeń krzywdzenia dziecka lub potencjalnego zagrożenia dobra dziecka, wypracowania procedur w zakresie wymiany informacji między służbami i instytucjami.

Analiza przypadku usiłowania zabójstwa dziecka w wieku 10 lat

Okoliczności usiłowania zabójstwa dziecka

W dniu zdarzenia konkubent był w mieszkaniu matki małoletniej. Dziewczynka przebywała początkowo na podwórko. Partner wyszedł z domy i wrócił po 3 godzinach pod wpływem alkoholu. Matka dziecka widząc jego stan powiedziała, że to koniec ich związku, kazała mu

zabrać swoje rzeczy i opuścić jej mieszkanie. Mężczyzna podszedł do szafki i wyjął nóż. Podchodząc do kobiety wymachiwał nożem. Zagroził też, że zabije jej córkę. W tym czasie dziewczynka wróciła już do domu. Dziecko zauważyło matkę, która miała zakrwawioną rękę i rozdartą koszulkę. Konkubent wyrwał dziecku telefon z ręki i odrzucił na kanapę. Matka dziecka prowadząc córkę za swoimi plecami i będąc przodem do mężczyzny próbowała podejść do drzwi wejściowych. Konkubent matki próbując je zatrzymać przewrócił je na podłogę i zaczął zadawać ciosy naprzemiennie w stronę matki i córki powodując obrażenia ciała u obydwu. Matka osłaniając swoim ciałem córkę kazała jej uciekać przez balkon, co też dziewczynka uczyniła.

Sąd uznał mężczyznę winnym usiłowania zabójstwa i wymierzył karę 8 lat i 6 miesięcy pozbawienia wolności.

Sytuacja opiekuńczo-wychowawcza dziecka zanim doszło do usiłowania jego śmierci

Małoletnia zamieszkiwała z matką w domu należącym do jej dziadków macierzystych. Matka małoletniej ma pełną władzę rodzicielską. Z ojcem małoletnia spotykała się sporadycznie. Matka nie korzystała z opieki OPS. Wytworzona została prawidłowa więź matki i córki. traktowała konkubenta matki jako znajomego matki. Do czasu zdarzenia nie była do niego negatywnie nastawiona.

Opis psychologiczny sprawcy, jego stosunków rodzinnych i sytuacji osobistej

Mężczyzna w chwili czyny lat 35, wychowywał się w pełnej rodzinie w związku sformalizowanym. Wychowywał się w domu jednorodzinnym, ma troje rodzeństwa. Mężczyzna przed zatrzymaniem pozostawał w dobrych relacjach z członkami rodziny. Utrzymywał regularne kontakty telefoniczne z rodzicami oraz z siostrą, bratem i ich dziećmi. Mógł liczyć na ich wsparcie w trudnych sytuacjach życiowych. Przez 12 lat prowadził działalność gospodarczą następnie przeniósł działalność poza granice kraju. Do tej pory był 12-krotnie karany. Po odebraniu prawa jazdy zaczął podawać się za inną osobę, wykorzystując dane członka dalszej rodziny.

Mężczyzna ukończył szkołę zawodową. Pierwszą styczność z alkoholem miał styczność pierwszy raz w wieku 19 lat. W trakcie sporządzania opinii sądowo-psychiatrycznej ciągi alkoholowe zanegował, wskazując, że pije alkohol okazjonalnie – wino. Nadto podał biegłym, że nie leczył się odwykowo natomiast pozostawał pod opieką psychiatry przez okres 10 lat

przed zdarzeniem. Nie był hospitalizowany psychiatrycznie. Przed zdarzeniem ostatni raz był u psychiatry w kwietniu 2020r. W przeszłości przyjmował leki.

Mężczyzna posiada troje dzieci z dwóch niesformalizowanych związków. Z uwagi na pracę poza granicami RP mężczyzna u konkubiny w jej mieszkaniu przebywał co jakiś czas, średnio co kilka tygodni. Kobieta od początku zakomunikowała, że nie będzie tolerować picia alkoholu przez konkubenta i zagroziła, że takie sytuacje zakończą ich związek. Mężczyzna początkowo szanował warunek konkubiny i nie pił alkoholu, jednakże okazywał nadmierna nieuzasadnioną zazdrość o partnerkę. Z upływem czasu zdarzało się, że mężczyzna dzwonił do konkubiny będąc pod wpływem alkoholu, a także zdarzyła się sytuacja, że przyszedł on do mieszkania kobiety będąc pod wpływem alkoholu. Interwencje Policji nie były przeprowadzane.

Mężczyzna leczył się psychiatrycznie w wieku dorosłym. Na wizyty u psychiatry stawiał się z częstotliwością średnio co 2 tyg. przyjmował zapisane leki, ale nie pamięta niektórych nazw. Na zaproponowane leczenie w warunkach szpitala psychiatrycznego odmówił z uwagi na ciągłość pracy.

Mężczyzna podawał się za inną osobę. Jego zakłamanie było na tyle silne, że oszukiwał przez okres roku nawet osobę najbliższą – partnerkę i matkę małoletniej.

Z opinii biegłych wynika, że mężczyzna wskazuje na wyolbrzymianie istniejących problemów, na zbyt pozytywną autoprezentację. Przypuszczalnie minimalizuje psychologiczne i behawioralne trudności co prowadzić może do niedoceniania istniejących problemów. Osoby o takim profilu zgłaszają często uczucie napięcia jednakże brak jest u nich objawów silnego lęku lub depresji podobnie jak czysto psychotycznych symptomów.
Przedstawiają siebie jako odpowiedzialne, dobrze funkcjonujące. Najczęściej stosowanym przez nie mechanizmem obronnym jest wyparcie, projekcja i racjonalizacja. Są to osoby raczej niedojrzałe i egocentryczne. Brak im poczucia bezpieczeństwa i mają bardzo silną potrzebę zwracania na siebie uwagi oraz otrzymywania oznak miłości i sympatii ze strony innych.
Są zależne emocjonalnie od innych, ale jednocześnie nie czują się z tą zależnością dobrze. Ze względu na niedojrzałość, zależność emocjonalną opiniowany przeżywał problemy w tych sytuacjach, które wymagają od niego asertywnych zachowań.

Biegli stwierdzili, że sprawca nie cierpi na chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe rozpoznali natomiast u niego zaburzenie osobowości, dodatkowo wskazali, że mężczyzna nie jest uzależniony od alkoholu i narkotyków

Wykonywane czynności przez instytucje państwowe, instytucje samorządowe oraz inne organy i instytucje w stosunku do dziecka i rodziny, zanim doszło do śmierci dziecka
Matka i dziecko nie było w kręgu zainteresowania instytucji i służb.

Jak wynika z akt sprawy opieka psychiatryczna była dopiero w wieku dorosłym. Brak jest szczegółowych informacji co do wizyt u lekarza psychiatry. Brak danych odnośnie pobytu skazanego w szpitalu psychiatrycznym.

Uchybienia w zakresie podejmowanych działań instytucji państwowych, instytucji samorządowych oraz innych organów i instytucji zanim doszło do usiłowania śmierci dziecka

Matka i dziecko nie było w kręgu zainteresowania instytucji i służb.

Zdiagnozowane czynniki ryzyka w środowisku wychowawczym dziecka

Poczynione ustalenia faktyczne pozwolił określić następujące czynniki stwarzające zagrożenie dla życiu i zdrowiu dziecka: dziecko wychowywane z niespokrewnionym dorosłym, zazdrość po stronie partnera, zaburzenia osobowości, nie przepracowanie terapeutycznie podłoże agresywnych zachowań, zażywanie leków zapisanych przez psychiatrę w połączeniu z alkoholem, uprzednia karalność za przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu.

Rekomendacje

1. Organizacja szkoleń dla lekarzy psychiatrów z zakresu: identyfikowania czynników ryzyka krzywdzenia dziecka, w szczególności przez osoby z zaburzeniami osobowości, przeprowadzania stosownych pogłębionych wywiadów z pacjentem na temat ich sytuacji rodzinnej, podejmowania właściwych działań i interwencji w przypadku ujawnienia podejrzeń krzywdzenia dziecka lub potencjalnego zagrożenia dobra dziecka.
2. Podejmowanie działań profilaktycznych przez lekarzy psychiatrów w kierunku uświadamiania pacjentów borykających się z problemami emocjonalnymi, psychicznymi w związku wejściem w relacje partnerskie z dzieckiem pochodzącym z innych związków,

gdzie szukać pomocy w sytuacji kryzysu emocjonalnego. Działania edukacyjne w kierunku przygotowania stosownych broszur informacyjnych w placówkach medycznych i gabinetach lekarskich.

3.

Analiza przypadku usiłowania zabójstwa dzieci w wieku 13 lat i 14 lat

Okoliczności usiłowania zabójstwa dzieci

Sprawcą czynu 73 letni dziadek. W dniu zdarzenia cała rodzina poza sprawcą pojechała na morsowanie. Gdy rodzina wyjeżdżała sprawca siedział na ławce. Po powrocie rodzina udała się do swego mieszkania i przygotowywała posiłek. Mężczyzna w pewnym momencie odkręcił zawór pełnej zapasowej butli z gazem (do jego kuchenki gazowej), którą przyniósł do pokoju, który zajmował. Kilka metrów od butli zapalił dwie świeczki, chcąc doprowadzić do eksplozji. Po chwili wyszedł ze swojej części domu zamknął drzwi i udał się na ławkę pod domem z piwem. Utleniający się gaz doprowadził do stworzenia mieszaniny wybuchowej. Doszło do eksplozji. Zięć zaalarmował rodzinę i nakazał opuszczenie domu. Pożar zauważyli również sąsiedzi, którzy uczestniczyli w akcji gaśniczej. Mężczyzna w ogóle się nie przejął pożarem i nadal siedział na ławce, ale kiedy zobaczył zięcia to ruszył na niego i groził mu zabiciem i chciał uderzyć trzymaną w ręku butelką. Sprawca nie kierował gróźb ani agresji w stosunku do małoletnich wnuczek. Znęcał się fizycznie i psychicznie nad córka i zięciem, wszczynał awantury, groził pozbawieniem życia, spaleniem i wysadzeniem w powietrze domy.

Sąd uznał sprawcę winnym usiłowania zabójstwa oraz znęcania się nad rodziną w warunkach recydywy i wymierzył karę łączną 12 lat i 6 miesięcy pozbawienia wolności.

Sytuacja opiekuńczo-wychowawcza małoletnich zanim doszło do usiłowania zabójstwa

Małoletnie dzieci lat 14 i 13 zamieszkiwały piętro domu wraz z rodzicami. Małoletnie wychowują się w normalnej kochającej rodzinie. Rodzina nie była objęta pomocą żadnych instytucji, władza rodzicielska rodziców nie była w żaden sposób ograniczona.

Opis psychologiczny sprawcy, jego stosunków rodzinnych i sytuacji osobistej

Sprawca ma wykształcenie podstawowe. Emeryt, pochodzi z pełnej rodziny, wychowywał się w rodzinie biologicznej. W domu panowała dobra atmosfera. Posiada brata i dwie siostry. Jest wdowcem. Posiada troje dorosłych dzieci. Sprawca zamieszkiwał w domu jednorodzinnym (własność jego córki – była to darowizna od rodziców) wraz z córką, zięciem i ich dwójką małoletnich wnuczek 13 i 14 lat. Mężczyzna zamieszkiwał parter budynku, a rodzina jego córki piętro. Każdy miał swoje wejście do domu.

Leczony odwykowo w 2014 r. Pierwszy kontakt z alkoholem miał w wieku 18 lat. Jest uzależniony od alkoholu na poziomie alkoholizmowi przewlekłego z psychodegradacją. Intelektualnie na poziomie lekkiego upośledzenia. Od wielu lat nadużywał alkoholu i często doprowadzał się do stanu nietrzeźwości.

Sprawca za znęcanie się nad swoją żoną na kare 2 lat pozbawienia wolności, którą odbył. Następnie od 2003 r. groził żonie pozbawieniem życia będąc pod wpływem alkoholu, wyzywał ją, wyrzucał słownie z domu oraz groził jej trzymanym w ręce nożem. Ponownie został skazany za znęcanie nad żoną.

Sprawca leczony psychiatrycznie. Biegli stwierdzili, że w związku z tendencją do nadużywania alkoholu doszło u badanego do wytworzenia zespołu uzależnienia od alkoholu. Biegli stwierdzili występowanie silnie rozwiniętego mechanizmu nałogowego, regulowaniu uczuć, który przejawia się natrętną i nieuświadomioną potrzebą regulowania stanów napięcia emocjonalnego za pomocą spożywanego alkoholu. Występuje usprawiedliwienie spożywania alkoholu i obwinianie o to innych osób. Występuje tendencja do minimalizowania problemu uzależnienia od alkoholu. Stwierdzili, że cierpi na zespół psychoorganiczny (organiczne zaburzenia osobowości) jako następstwo wieloletniego alkoholizmu z psychodegradacją oraz przebytego w wywiadzie urazu głowy.

Wykonywane czynności przez instytucje państwowe, instytucje samorządowe oraz inne organy i instytucje w stosunku do małoletnich i rodziny, zanim doszło do usiłowania zabójstwa

Policja wszczęła procedurę NK. Utworzono grupę roboczą, która monitorowała sytuację w środowisku tej rodziny. GOPS wnioskował do Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów

Alkoholowych o podjęcie działań zmierzających do ustalenia faktu nadużywania alkoholu przez skazanego, w przypadku stwierdzenia uzależnienia wszczęcia procedury zobowiązania ww. do leczenia odwykowego. Nie podjęto dalszych czynności w tym kierunku.

Z informacji zgromadzonych w aktach sprawy wynika, że rodzina (córka, zięć wraz z córkami) nie była objęta pomocą, w sytuację opiekuńczo-wychowawczą małoletnich nie ingerował sąd.

Uchybienia w zakresie podejmowanych działań instytucji państwowych, instytucji samorządowych oraz innych organów i instytucji zanim doszło do śmierci dziecka.

Gminny ośrodek pomocy społecznej nie ukierunkował efektywnie działań na sprawcę przemocy. Zabrakło holistycznego podejścia i analizy sytuacji sprawcy, choćby pod względem problemów z uzależnieniem alkoholowym, rozumienia potrzeby zapewnienia bezpieczeństwa pozostałym domownikom w szczególności dzieciom. Nie zawiadomiono sądu rodzinnego o wgląd w sytuacje dzieci.

Biorąc pod uwagę uzależnienie od alkoholu mężczyzny, uprzednią karalność za przestępstwa znęcania się nad rodziną, stwarzanie zagrożenia dla życia i zdrowia członków rodziny bezpośrednio przed zdarzeniem, uzasadnione było złożenie wniosku do sądu o zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu w trybie ustawy o przeciwdziałaniu alkoholizmowi.[5]

Jest to możliwe, o ile zostanie ustalone, że z powodu nałogu dochodzi do negatywnych zjawisk w szczególności rozkładu życia rodzinnego. Z kolei zgodnie z art. 30a u.w.t. „*sąd może zarządzić przeprowadzenie przez kuratora sądowego wywiadu środowiskowego w celu ustalenia okoliczności wskazujących na nadużywanie alkoholu przez osobę, której postępowanie dotyczy, oraz zakłócania przez nią spokoju lub porządku publicznego, a także jej relacji w rodzinie, zachowania się w stosunku do małoletnich i stosunku do pracy.*”

Policja również nie ukierunkowała efektywnych działań na sprawcę przemocy. Zabrakło holistycznego podejścia i analizy sytuacji sprawcy choćby pod względem problemów z uzależnieniem alkoholowym, jego uprzedniej kilkakrotnej karalności za przestępstwa przeciwko przemocy w tej rodzinie, rozumienia potrzeby zapewnienia bezpieczeństwa

[5] Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz. U. 1982 poz. 230 z późn. zm.

pozostałym domownikom w szczególności dzieciom. Nie zawiadomiono sądu rodzinnego o wgląd w sytuacje dzieci. Brak między instytucjami efektywnej współpracy interdyscyplinarnej.

Zdiagnozowane czynniki ryzyka w środowisku wychowawczym dziecka

Poczynione ustalenia faktyczne pozwoliły określić następujące czynniki ryzyka dla życia i zdrowia dziecka w postaci uzależnienia od alkoholu członka rodziny, przemoc ze strony członka rodziny, agresji emocjonalnej, uprzedniej karalność za przestępstwa przeciwko przemocy.

Rekomendacje

1. Organizacja szkoleń dla pracowników pomocy społecznej, policji, zespołów interdyscyplinarnych NK z zakresu identyfikowania czynników ryzyka krzywdzenia dziecka, w szczególności przez osoby z upośledzeniami intelektualnymi, problemami natury psychicznej, przeprowadzania stosownych pogłębionych wywiadów na temat sytuacji rodzinnej, podejmowania właściwych działań i interwencji w przypadku ujawnienia podejrzeń krzywdzenia dziecka lub potencjalnego zagrożenia dobra dziecka, wypracowania procedur w zakresie wymiany informacji między służbami i instytucjami.
2. Organizacja szkoleń interdyscyplinarnych pracowników pomocy społecznej społecznych, asystentów rodziny, policji, zespołów interdyscyplinarnych NK, w zakresie identyfikowania czynników ryzyka krzywdzenia dzieci, podejmowania właściwych działań i interwencji w przypadku ujawnienia podejrzeń krzywdzenia dziecka lub potencjalnego zagrożenia dobra dziecka, wypracowania procedur w zakresie wymiany informacji między służbami i instytucjami, budowania efektywnego systemu monitorowania losów dziecka.

Analiza przypadku nieumyślnego spowodowania śmierci noworodka

Okoliczności śmierci dziecka

Kobieta zaszła w ciążę w wieku 19 lat i 6 miesięcy. Przez cały okres ciąży zamieszkiwała w domu rodzinnym wraz z rodzicami. Partnerzy nie zamieszkiwali wspólnie ze sobą, nadto mężczyzna nie był zadowolony z ciąży. W kontaktach sms z partnerem informowała go o ciąży.

Mężczyzna nie wspierał partnerki i partnerzy rozstali się. Z upływem tygodni trwania ciąży młoda matka kompletowała rzeczy dla dziecka. Kobieta nie uczęszczała na zajęcia w szkole rodzenia. Jak podała, nie widziała takiej potrzeby. Kobieta zgłosiła się do szpitala do porodu (stan epidemii COVID-19). O godz. 01.13 nastąpił poród – dziecko urodziło się żywe. Na skutek braku dialogu z matką i wyrażenia chęci pozostawienia dziecka, noworodka przewieziono do sali noworodkowej. O godz. 01.44 nastąpiło badanie przedmiotowe noworodka. Przekazanie dziecka matce nastąpiło około godz. 06.40. Z kobietą chwilę pozostała pielęgniarka-położona, pokazując jak przystawić dziecko do piersi. Kobieta powiedziała pielęgniarce, że nie umie karmić piersią. Pielęgniarka pokazała matce jak przystawić dziecko. Pokazała jak ma być ustawiony nosek, aby dziecko swobodnie oddychało. Pielęgniarka widziała jak dziecko złapało pierś. Matka zapytana czy czuje, że dziecko ssie odpowiedział twierdząco. Po chwili noworodek zaczął ponownie płakać.

Dziecko długo nie mogło prawidłowo chwycić piersi, tak aby rozpoczęło się prawidłowe karmienie. O godzinie 7.00 nastąpiła zmiana dyżuru pielęgniarek (6.45 przekazanie raportu pomiędzy zmianami). O godzinie 7.35 pielęgniarka która przejęła dyżur weszła do sali, gdzie przebywała matka i zapytała o karmienie, widząc dziecko mocno wtulone w matkę. Podeszła i odsunęła kołdrę i becik i zobaczyła sine dziecko. Opinia biegłego sądowego wskazała, że bezpośrednią przyczyną śmierci noworodka było ostre niedotlenienie organizmu, w tym mózgu w następstwie ostrej niewydolności oddechowej. Z uwagi, że dziecko leżało na łóżku z mamą ciasno przytulone twarzą do piersi mamy, do uduszenia doszło w mechanizmie zamknięcia otworów naturalnych głowy: nozdrzy i ust.

Sąd uznał matkę winną niemyślnego spowodowania śmierci i wymierzył kare 1 roku pozbawienia wolności, którą skazana odbyła w systemie dozoru elektronicznego.

Opis psychologiczny sprawcy, jego stosunków rodzinnych i sytuacji osobistej

Kobieta ukończyła szkołę średnią, wychowywała się w pełnej rodzinie. Z rodzicami miała dobre relacje. Mieszkała w domu rodzinnym wraz z rodzicami. W trakcie ciąży nie pracowała. Była na utrzymaniu rodziców, którzy w okresie ciąży pomagali jej finansowo.

Nie stwierdzono objawów choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego, ani innych zakłóceń czynności psychicznych w rozumieniu art. 31 §1 i 2 k.k. Kobieta nie jest uzależniona

od alkoholu i środków odurzających. Z opinii psychologicznej wynika, że zna i rozumie znaczenie powszechnie przyjętych norm społecznych prawnych i moralnych oraz jest zdolna do ich przestrzegania. W oparciu o badanie psychiatryczne i psychologiczne stwierdzono u kobiety cechy zaburzeń osobowości o rysie osobowości niedojrzałej.

Z oświadczenia skazanej wynika, że nie była uzależniona od alkoholu czy innych niedozwolonych substancji.

Wykonywane czynności przez instytucje państwowe, instytucje samorządowe oraz inne organy i instytucje w stosunku do dziecka, rodziny, zanim doszło do śmierci dziecka podejmowanych wobec:

Kobieta i jej rodzina nie była w zainteresowaniu instytucji i służb.

Uchybienia w zakresie podejmowanych działań instytucji państwowych, instytucji samorządowych oraz innych organów i instytucji zanim doszło do śmierci dziecka

W szpitalu obowiązywały standardy, że w przypadku gdy stan zdrowia dziecka jest dobry zasadne jest aby bezpośrednio po porodzie spędził dwie godziny przytulony do mamy lub taty (zachęcamy do porodów rodzinnych), w kontakcie „skóra do skóry". To pierwsze, niezwykle ważne, intymne spotkanie rodziców z dzieckiem. Kobieta powiedziała, że nie potrafi karmić, wiedzę w tym zakresie przekazała jej położna, która przywiozła dziecko i to przez kilka minut maksymalnie. Pielęgniarka ta musiała mieć wiedzę dlaczego dziecko było odosobnione od matki zatem miała świadomość, że kobieta nie zajmowała się dzieckiem przez pierwsze 2 godz. jak to wynika ze standardów opieki okołoporodowej, kiedy to kładzie się nacisk na wzmocnienie znaczenia nieprzerwalnego kontaktu noworodka z matką bezpośrednio po porodzie (kontakt „skóra do skóry"), aby jak najszybciej zainicjować pierwsze karmienie.

W takiej sytuacji zasadnym byłoby skorzystanie z pomocy pielęgniarki laktacyjnej, która szerzej zna problematykę. Przystawienie dziecka do piersi jest jedną z pierwszych, ale też jedną z najtrudniejszych czynności z jakimi musi zmierzyć się kobieta. Położona udzieliła podstawowych informacji kobiecie, które okazały się niewystarczające. Być może, gdyby pozostała z karmiącą kobietą przez całe pierwsze karmienie zaobserwowała by, że dziecko w ogóle nie najadło się co wynika z przeprowadzonej sekcji zwłok. W przedmiotowej sprawie zachodziła potrzeba poświęcenia więcej czasu i uwagi młodej matce – w szczególności że poród i okres po porodowy wskazywał na brak chęci nawiązania więzi matki z dzieckiem.

Kobieta nie współpracowała z położną w trakcie porodu, nie chciała również, aby dziecko pozostało z nią prze okres 2 godz. w sali poporodowej.

Zdiagnozowane czynniki ryzyka w środowisku wychowawczym dziecka

Poczynione ustalenia faktyczne pozwoliły określić następujące czynniki ryzyka dla życia i zdrowia dziecka: młody wiek matek wchodzących w rodzicielstwo, niski poziom dojrzałości, zdolności do adekwatnego reagowania na potrzeby dziecka.

Rekomendacje

1. Organizacja szkoleń dla pielęgniarek, położonych z zakresu: identyfikowania czynników ryzyka krzywdzenia dziecka, w szczególności przez osoby z depresją poporodową, przejawiające niechęć do dziecka, przeprowadzania stosownych pogłębionych wywiadów z pacjentką, podejmowania właściwych działań i interwencji w przypadku ujawnienia czynników ryzyka, monitorowania sytuacji dziecka, uświadamiania jak ważna jest przestrzeń do spania dla niemowląt wraz z kompleksową edukacją dotyczącą bezpiecznego snu.
2. Dokonanie ewaluacji standardów opieki okołoporodowej z uwzględnieniem procedur postępowania w przypadku osób z depresją poporodową, matek w młodym wieku, wchodzących w rodzicielstwo, z niskim poziomem dojrzałości, zdolności do adekwatnego reagowania na potrzeby dziecka.
3. Zaleca się opracowanie narzędzi i procesów wspierających osób z pierwszej linii kontaktów z dzieckiem oraz jego rodzicami. Dobrym narzędziem byłaby broszura informacyjna dla rodziców wchodzących w rodzicielstwo, która powinna być dystrybuowana w gabinetach lekarskich, w szpitalu aby była łatwo dostępna dla położonych.

Analiza przypadku nieumyślnego spowodowania śmierci noworodka

Okoliczności śmierci dziecka

W godzinach porannych ojciec nakarmił córkę (wiek 1 miesiąc 22 dni), która następnie zwymiotowała na siebie pokarm, brudząc siebie i ubranie. W związku z powyższym ojciec postanowił wykąpać córkę. W tym celu udał się z dzieckiem do łazienki, gdzie zamiast skorzystać ze specjalnie przygotowanej wanienki dziecięcej, postanowił wykapać w wannie z

tworzywa sztucznego, która nie była do tego przystosowana. Podczas kąpieli ojciec trzymał noworodka w jednej ręce, zaś w drugiej słuchawkę prysznicową. W pewnym momencie dziewczynka się odchyliła i wyślizgnęła mu się z ręki, uderzając główką o boczną ścianę wanny. Ojciec złapał córkę w okolicy jej lewego obojczyka i podciągnął do góry. Z uwagi na to, że zachowanie dziecka po tym zdarzeniu nie wzbudziło jego podejrzeń, dokończył kąpiel, po czym nakarmił córkę i położył ją spać. Dziewczynka zasnęła. Z uwagi jednak na to, że spała dłużej niż zwykle, ojciec zaniepokojony tym faktem, postanowił ją obudzić. Po obudzeniu wziął ją na ręce, lecz była ona wiotka, rączki jej opadały. W związku z powyższym zabrał on dziewczynkę do pobliskiej przychodni. W trakcie podróży zauważył, że dziecko zaczyna sinieć. W ośrodku dzieckiem zajął się personel medyczny, który podjął czynności restytucyjne. Na miejsce została wezwana karetka pogotowia, która zabrała dziewczynkę do szpitala. U dziecka stwierdzono obrzęk i krwotoczne stłuczenie mózgu, złamanie lewego obojczyka oraz inne obrażenia. Skutkiem powyższych obrażeń był ciężki uszczerbek na zdrowiu pod postacią choroby realnie zagrażającej życiu ze względu na obrażenia układu nerwowego.

Dziewczynka była hospitalizowana przez okres 11 miesięcy. Ostatecznie w następstwie doznanych obrażeń dziewczynka zmarła.

Sąd uznał mężczyznę winnym nieumyślnego spowodowania śmierci dziecka i wymierzył karę 3 miesięcy pozbawienia wolności.

Sytuacja opiekuńczo-wychowawcza dziecka zanim doszło do jego śmierci

Rodzice dziewczynki są małżeństwem. Dziewczynka po urodzeniu uzyskała 10 pkt w skali Apgar, jej stan zdrowia był dobry. Mimo początkowych problemów z przybieraniem na wadze, dziecko było dobrze odżywione i zadbane. Po porodzie rodzice wrócili do domu. Ojciec opiekował się dzieckiem, był zaangażowanym ojcem. Wstawał w nocy do dziecka i pomagała we wszystkich obowiązkach przy córce. Po powrocie teściowa doglądała małżeństwa czy wszystko przy dziecku wykonują należycie. Instruowała ich jak mają trzymać i kąpać dziecko, później już do nich nie przychodziła. Po zgłoszenia dziecka w przychodni do małżeństwa przychodziła położna środowiskowa. Niedługo po urodzeniu matka dziecka trafiła do szpitala z uwagi na nawrót choroby jelit, w szpitalu przebywała przez okres dwóch tygodni. W tym czasie opiekę nad córką sprawował samodzielnie ojciec, który jedynie częściowo w tym zakresie korzystał z pomocy swoich rodziców jak i swoich teściów.

Opis psychologiczny sprawcy, jego stosunków rodzinnych i sytuacji osobistej

Mężczyzna posiada wykształcenie średnie techniczne – zawód technik elektryk. Ojciec dziecka w dacie czynu miała 34 lata. Pochodzi z pełnej rodziny, wychowywał się w rodzinie biologicznej. Związek jego rodziców był sformalizowany. Posiada siostrę.
Mężczyzna zamieszkiwał wraz z rodziną (żoną i córką) w dużym mieście. Małżonkowie zamieszkiwali parter domu, a dziadkowie ojczyści pierwsze piętro. Ojciec dziecka nie leczony psychiatrycznie, odwykowo i neurologicznie. Nigdy w stosunku do najbliższych nie stosował przemocy fizycznej ani psychicznej.

Wykonywane czynności przez instytucje państwowe, instytucje samorządowe oraz inne organy i instytucje w stosunku do dziecka i rodziny, zanim doszło do śmierci dziecka

Rodzina nie była objęta pomocą żadnych instytucji, władza rodzicielska rodziców nie była w żaden sposób ograniczona
Sprawca miał dozór kuratora w związku ze skazaniem w postępowaniu karnym za czyn z art. 204 § 4a kk na karę 2 lat pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania na okres próby wynoszący 5 lat. Dozór sprawował kurator zawodowy. Początkowo dozór prowadził kurator społeczny. Kurator zawodowy otrzymywał informację co do dozorowanego z kart czynności wykonywanych przez kuratora społecznego. Dozór przebiegał prawidłowo. Do 5 dnia każdego miesiąca kurator zawodowy otrzymywał od kuratora społecznego kartę czynności. W dniu 7.08.2019 r. z karty czynności kurator zawodowy powziął informację, że dozorowanemu urodziło się dziecko. W dniu 25.07.2019 r. kurator społeczny spotkał się z dozorowanym, z karty czynności nie wynikało gdzie znajduje się dziecko i czy dziecku coś dolega, matka znajdowała się w szpitalu w związku z komplikacjami po porodzie. Z karty czynności za sierpień (kurator zawodowy zapoznał się z nią 10.09.2019 r.) wynikało ze dziecko jest szpitalu w związku z komplikacjami poporodowymi. 30.09.19 r. kurator zawodowy spotkał się z dozorowanym o nie powiedział prawdy dlaczego dziecko jest hospitalizowane. Dozorowany przekazał kuratorowi zawodowemu, że nie posiada żadnej dokumentacji medycznej ze szpitala dziecka. Kurator zatem zobowiązał dozorowanego do dostarczenia powyższej dokumentacji.

W związku z tym, że dozorowany i jego żona przekazywali nie spójne informacje co budziło wątpliwości kuratora, postanowił on dokonać ustaleń w MOPS i KP. W tych placówkach uzyskał informację, że nie toczą się żadne postępowania.

Podczas 3 spotkań patronażowych położna stwierdziła, że przeprowadziła wywiad odnośnie pielęgnacji, karmienia dziecka i pielęgnacji pępka, a także zbadała i zważyła dziecko. Podczas drugiej wizyty stwierdziła, iż dziecko nie przybiera na wadze, a ojciec robił zbyt duże przerwy w karmieniu i temperatura mleka była nieodpowiednia. Z dokumentacji brak informacji o pouczeniu jak kąpać noworodka. Mężczyzna w swoich wyjaśnieniach podał, że podczas wizyt położnej gdy był sam w domu położna skupiła się na niedoborze wagi u dziecka.

Uchybienia w zakresie podejmowanych działań instytucji państwowych, instytucji samorządowych oraz innych organów i instytucji zanim doszło do śmierci dziecka
Działania położnej środowiskowej powinny być nakierowane również na dokładnie omówienie zasad pielęgnacji dziecka w szczególności kąpania noworodka.

Zdiagnozowane czynniki ryzyka w środowisku wychowawczym dziecka

Poczynione ustalenia faktyczne pozwoliły przyjąć, że młody wiek rodzica wchodzącego w rodzicielstwo, brak umiejętności w czynnościach pielęgnacyjnych, przewidywania zagrożeń w opiece nad noworodkiem stwarza wyższy poziom ryzyka śmierci dziecka.

Rekomendacje

1. Organizacja szkoleń dla pielęgniarek środowiskowych z zakresu: identyfikowania czynników zagrożeń dla zdrowia i życia dziecka w okresie niemowlęcym, ze strony rodziców z uwagi brak stosownych kompetencji, przeprowadzania pogłębionych wywiadów, promowania czynników ochronnych, udziela rad obojgu rodzicom na temat opieki i pielęgnacji noworodka, udzielania pierwszej pomocy, oceny możliwości udzielania pomocy i wsparcia dla położnicy ze strony osoby bliskiej.
2. Należy skupić się przyjęciu modelu praktyki obejmującej zmniejszanie ryzyka śmierci dzieci w wieku niemowlęcym w ramach szerszych strategii promowania zdrowia, bezpieczeństwa i dobrostanu niemowląt. Zaleca się opracowanie narzędzi i procesów wspierających osób z pierwszej linii kontaktów z dzieckiem oraz jego rodzicami. Dobrym narzędziem byłaby broszura informacyjna dla rodziców wchodzących w rodzicielstwo,

która powinna być dystrybuowana w gabinetach lekarskich, w szpitalu, w przychodniach, aby była łatwo dostępna.

Analiza przypadku nieumyślnego spowodowania śmierci dziecka w wieku 1 roku

Okoliczności śmierci dziecka

Ojciec spał z dzieckiem w łóżku usytuowanym w pobliżu kaloryfera, który miał zasłaniać na noc kocem. W nocy, ojciec udał się do toalety i w pewnym momencie dostrzegł, że dziecko wpadło do szpary między łóżkiem a ścianą, przy grzejniku. Zeznał, że zerwał się i natychmiast wyciągnął syna, po czym wziął go na ręce, usiadł z nim na fotelu i przytulił do brzucha. Dziecko się uspokoiło. Ojciec zabrał małoletniego na przewijak aby zmienić mu pieluszkę. W tym momencie dziecko zakaszlało jeden raz ostro i straciło oddech. Ojciec wziął syna na ręce i klepał po plecach oraz masował klatkę piersiową. Przybyły na miejsce lekarz karetki pogotowia około godziny 1:00 stwierdził zgon dziecka. Mężczyzna był trzeźwy i nie stwierdzono zażycia środków odurzających. Dziecko było zdrowe nie licząc kaszlu od kilku dni przed zdarzeniem i zadbane. Wszystkie badania i szczepienia wykonywane były terminowo.
Sąd warunkowo umorzył postępowanie karne wobec mężczyzny na okres próby lat 2.

Sytuacja opiekuńczo-wychowawcza dziecka zanim doszło do jego śmierci

Dziecko wychowywane było przez ojca i jego rodzinę (siostrę i babcię), albowiem matka z powodu choroby psychicznej pozostawała hospitalizowana. Władza rodzicielska została ograniczona poprzez nadzór kuratora. Dziecko miało zapewnione wszystkie potrzeby bytowe.

Rodzina troszczyła się o dobro małoletniego. W rodzinie nie była stosowana przemoc. Ojciec wraz z dzieckiem zamieszkiwali w domu wspólnie z matką ojca, jego siostrą i szwagrem oraz bratem. Sąsiedztwo pozytywnie wypowiada się na temat rodziny.

Opis psychologiczny sprawcy, jego stosunki rodzinne i sytuacja osobista

Mężczyzna lat 35 ukończył szkołę średnią, bez zawodu, rodzina miała dobre warunki życiowe. W domu niczego nie brakowało, dziecko było odżywione, czyste i zaopiekowane. Ojciec dziecka pracował jako kierowca w firmie transportowej. Nie nadużywał alkoholu (od kilku lat przed zdarzeniem praktycznie zupełnie zrezygnował z picia alkoholu). Kochał dziecko i

troszczył się o nie. Cała rodzina pomagała mu przy opiece i wychowaniu dziecka. Ojciec nie miał problemów natury psychicznej.

Wykonywane czynności przez instytucje państwowe, instytucje samorządowe oraz inne organy i instytucje w stosunku do dziecka, rodziny, zanim doszło do śmierci dziecka

Kurator miał nadzorować wykonywanie władzy nad małoletnim. Kurator w toku wizyt w rodzinie nie dostrzegła żadnych nieprawidłowości ani niebezpieczeństw w zakresie obszaru, w którym wychowywało się dziecko.

Pielęgniarka środowiskowa szczegółowo znała sytuację rodziny. Nie dostrzegła nieprawidłowości w opiece. Dziecko było zadbane, pozbawione zasinień i innych oznak stosowania przemocy. Pielęgniarka środowiskowa pojawiała się co dwa, trzy dni na chwilę. Do rodziny przydzielony był asystent w związku z trudnościami w opiece nad dzieckiem spowodowanymi chorobą psychiczną matki dziecka. Według asystenta dziecko rozwijało się prawidłowo, było szczepione i pod opieką medyczną. W lipcu zakończono asystenturę z uwagi na bezcelowość dalszych działań w rodzinie.

Dane od kuratora były zestawiane z informacjami pochodzącymi od asystenta rodziny.

Matka pozostawała odizolowana z uwagi na hospitalizację w szpitalu psychiatrycznym z powodu schizofrenii.

Uchybienia w zakresie podejmowanych działań instytucji państwowych, instytucji samorządowych oraz innych organów i instytucji zanim doszło do śmierci dziecka

Zarówno asystent rodziny jak też kurator i pielęgniarka środowiskowa byli zaangażowani w pomoc ojcu samotnie wychowującemu dziecko. Ze zgromadzonej dokumentacji i zeznań nie wynika, aby ojciec informowany był o zagrożeniach w sprawowaniu opieki nad dzieckiem.

Zdiagnozowane czynników ryzyka w środowisku wychowawczym małoletniego

Poczynione ustalenia faktyczne pozwoliły określić następujące czynniki ryzyka dla życia i zdrowia dziecka: samotne wychowywanie dziecka, brak dostatecznych kompetencji w chronieniu dziecka przed wszelkiego rodzaju niebezpieczeństwami do granic obiektywnej możliwości oraz przewidywalności.

Rekomendacje

1. Organizacja szkoleń dla kuratorów, asystentów rodziny, położonych środowiskowych z zakresu identyfikowania czynników zagrożeń dla zdrowia i życia dziecka w okresie niemowlęcy, w szczególności ze strony rodziców samotnie wychowujących dziecko, promowania czynników ochronnych, udziela rad na temat opieki i pielęgnacji noworodka, udzielania pierwszej pomocy, oceny możliwości udzielania pomocy i wsparcia dla położnicy ze strony osoby bliskiej.
2. Należy skupić się przyjęciu modelu praktyki obejmującej zmniejszanie ryzyka śmierci dzieci w wieku niemowlęcym w ramach szerszych strategii promowania zdrowia, bezpieczeństwa i dobrostanu niemowląt. Należy rozważyć, w jaki sposób podjąć działania wobec osób wchodzących w rodzicielstwo. W szczególności należy rozważyć, w jaki sposób ukierunkować wizyty w środowisku dziecka w celu uświadamiania jak ważna jest przestrzeń do spania dla niemowląt wraz z kompleksową edukacją dotyczącą bezpiecznego snu. Zaleca się opracowanie narzędzi i procesów wspierających osób z pierwszej linii kontaktów z dzieckiem oraz jego rodzicami. Dobrym narzędziem byłaby broszura informacyjna dla rodziców wchodzących w rodzicielstwo, która powinna być dystrybuowana w gabinetach lekarskich, w szpitalu, w przychodniach, aby była łatwo dostępna.

Analiza przypadku nieumyślnego spowodowania śmierci dziecka w wieku 1 roku i 11 miesięcy

Okoliczności śmierci dziecka

Na posesji należącej do rodziców skazanej, miało miejsce spotkanie rodzinne. Rodzina siedziała na podwórzu przy wejściu do domu. W tym samym czasie małoletnie dzieci (8 lat), (4 lata), (5 lat) oraz (1 rok i 11 miesięcy) bawiły się na podwórku, ale co jakiś czas wchodziły do domu. W pewnym momencie z domu na podwórko wyszła matka dzieci i zapytała członków rodziny czy ktoś widział jej najmłodszego syna. Kobieta wraz z siostrą udały się w kierunku bramy wjazdowej, która była otwarta. Dziecko zostało znalezione w wgłębieniu z wodą. Biegły stwierdził, że bezpośrednią przyczyną zgonu dziecka było uduszenie gwałtowne na skutek

utonięcia, co doprowadziło do ostrej niewydolności oddechowej i do zgonu. Sekcja zwłok nie wykazała żadnych cech, które by wskazywały na udział osób trzecich w spowodowaniu zgonu. Sąd warunkowo umorzył postępowanie karne wobec matki na okres 2 lat tytułem próby.

Sytuacja opiekuńczo-wychowawcza dziecka zanim doszło do jego śmierci

Małoletni zamieszkiwał z matką i rodzeństwem w domu rodzinnym matki z uwagi na to, że doszło do rozpadu małżeństwa. Matka dziecka otrzymała pełną władze rodzicielską. Z ojcem chłopiec miał kontakt regularny.

Opis psychologiczny sprawcy, jego stosunków rodzinnych i sytuacji osobistej

Matka ukończyła szkołę specjalną, nie umie czytać ani pisać. Nigdy nie pracowała. nie była uzależniona od alkoholu czy innych niedozwolonych substancji. Rodzie kobiety posiadają upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym. Kobieta korzysta z usług psychiatry z uwagi na trudności z wypełnianiem ról społecznych związanych z wiekiem, płcią. Nie jest w stanie samodzielnie poprowadzić gospodarstwa domowego. Potrzebuje na co dzień pomocy innych osób (w prowadzeniu domu i wychowaniu dziecka pomagają jej rodzice). Opiniowana bezpiecznie czuje się wśród osób najbliższych.

Z opinii psychologicznej wynika, że rozwój psychomotoryczny opiniowanej był opóźniony. W/w deficyty sfery intelektualnej i emocjonalnej przekładają się na pogorszenie zdolności oceniania, a ponadto obniżenie zdolności do przewidywania konsekwencji podejmowanych aktywności bądź nieliczenia się w wystarczającym stopniu z takimi konsekwencjami.

Wykonywane czynności przez instytucje państwowe, instytucje samorządowe oraz inne organy i instytucje w stosunku do dziecka i rodziny, zanim doszło do śmierci dziecka
Kobieta i jej rodzina nie korzystała z pomocy socjalnej ośrodka pomocy społecznej. Nie była przed zdarzeniem w zainteresowaniu sądów czy policji.

Uchybienia w zakresie podejmowanych działań instytucji państwowych, instytucji samorządowych oraz innych organów i instytucji zanim doszło do śmierci dziecka

Z uwagi na sposób w jaki funkcjonuje kobieta trudno rozpatrywać niniejszą sytuację z punktu widzenia prawidłowości działań właściwych organów lub instytucji dla ochrony dobra dziecka.

Lekarz psychiatra, u którego leczyła się kobieta posiadał informację o tym, że ma pod opieką dzieci, a widząc jej nieporadność życiową mógł dokonać oceny, czy dostrzeżone deficyty mogą wpływać na prawidłową opiekę nad dziećmi. Powiadomienie opieki społecznej mogłoby umożliwić rodzinie przezwyciężyć trudne sytuacje życiowe.

Zdiagnozowane czynniki ryzyka w środowisku wychowawczym dziecka

Poczynione ustalenia faktyczne pozwoliły określić następujące czynniki ryzyka dla życia i zdrowia dziecka: upośledzenie intelektualne matki, niewydolność wychowawcza, niski poziom dojrzałości.

Rekomendacje

Organizacja szkoleń dla lekarzy psychiatrów z zakresu identyfikowania czynników ryzyka krzywdzenia dziecka, zwrócenia uwagi na dysfunkcje pacjenta, które mogą stwarzać zagrożenie dla bezpiecznego i harmonijnego rozwoju dziecka, przeprowadzania kompleksowych wywiadów, podejmowania odpowiednich działań zawiadamiających instytucje ops, sądu rodzinnego, policji w przypadku dostrzeżenia czynników ryzyka.

Analiza przypadku nieumyślnego spowodowania śmierci dziecka w wieku 2 lat i 2 miesięcy

Okoliczności śmierci dziecka

Ojciec przebywał wraz ze swoją dwuletnią wtedy córką w domu rodzinnym. Około godziny 12:00, podczas rozmowy kwalifikacyjnej odbywanej w trybie online, ojciec zauważył, że w pomieszczeniu, w którym przebywał nie ma małoletniej. Okazało się, ze małoletnia unosi się na wodzie w przydomowym basenie. Pomimo udzielonej pomocy medycznej po przewiezieniu dziewczynki do szpitala, zmarła ona w tym samym dniu. Małoletnia przez nieuwagę ojca i pozostałych domowników samodzielnie wyszła na taras przez drzwi, które zamknięte były

jedynie moskitierą. Taras nie posiadał barier ani poręczy. Po wyjściu na taras dziecko wpadło do basenu, który posadowiony był bezpośrednio przy tarasie i także nie był zabezpieczony. W wyniku powyższego zdarzenia małoletnia na skutek przebywania w wodzie doznała utonięcia. Sąd uznał mężczyznę winnego nieumyślnego spowodowania śmierci i wymierzył karę 200 stawek dziennych grzywny po 10 zł każda stawka.

Sytuacja opiekuńczo-wychowawcza dziecka zanim doszło do jego śmierci

Rodzina nie była objęta pomocą żadnych instytucji, władza rodzicielska rodziców nie była w żaden sposób ograniczona, sposobu wykonywania władzy przez rodziców nie nadzorował również kurator.

Opis psychologiczny sprawcy, jego stosunków rodzinnych i sytuacji osobistej

Mężczyzna w dacie czynu miał 24 lata. Pochodzi z pełnej rodziny, wychowywał się w rodzinie biologicznej. W aktach brak jednak informacji o sytuacji bytowej sprawcy.

Rodzina sprawcy nie korzystała z pomocy finansowej oferowanej przez różne instytucje, nie był on beneficjentem żadnych świadczeń, więc można wnioskować, że sytuacja materialna oraz warunki bytowe rodziny były dobre. Sprawca przed zdarzeniem nie leczył się psychiatrycznie. Nie korzystał również z pomocy psychologicznej. Sprawca nie był wcześniej karany.

Wykonywane czynności przez instytucje państwowe, instytucje samorządowe oraz inne organy i instytucje w stosunku do dziecka i rodziny, zanim doszło do śmierci dziecka

Z informacji zgromadzonych w aktach sprawy wynika, że rodzina, w tym małoletnia nie była objęta pomocą, ani w ich sytuację opiekuńczo-wychowawczą nie ingerowały żadne właściwe organy i instytucje. Małoletnia nie posiadała rodzeństwa.

Uchybienia w zakresie podejmowanych działań instytucji państwowych, instytucji samorządowych oraz innych organów i instytucji zanim doszło do śmierci dziecka.

Brak podejmowania działań przez właściwe organy bądź instytucje, co skutkuje niemożnością dopatrzenia i wskazania uchybień.

Zdiagnozowane czynników ryzyka w środowisku wychowawczym dziecka

Poczynione ustalenia faktyczne pozwoliły określić następujące czynniki ryzyka dla życia i zdrowia dziecka: młody wiek rodzica, brak dostatecznych kompetencji w chronieniu dziecka przed wszelkiego rodzaju niebezpieczeństwami do granic obiektywnej możliwości oraz przewidywalności.

Rekomendacje

Zasadnym mogłoby być zwiększanie świadomości rodziców w zakresie sprawowania odpowiedniej opieki nad dzieckiem w bezpiecznej przestrzeni oraz w zakresie ewentualnych niebezpieczeństw na jakie narażone są dzieci w przestrzeni domowej.

CZYNNIKI RYZYKA ZAGRAŻAJĄCE ŻYCIU I ZDROWIU DZIECKA

Czynniki ryzyka przemocy to określone cechy, warunki lub sytuacje, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia przemocy lub podatności na nią. Czynniki ryzyka zwiększają prawdopodobieństwo, że dziecko doświadczy intencjonalnego lub nieintencjonalnego krzywdzenia, nieodpowiednich dla niego oddziaływań, które mogą spowodować zaburzenia w przebiegu jego rozwoju i bezpieczeństwa. Analiza czynników ryzyka przemocy wobec dzieci jest istotnym krokiem w zrozumieniu i zapobieganiu temu zjawisku. Jak również może pomóc w identyfikacji obszarów, w których konieczne są interwencje i działania prewencyjne. Nie sposób wymienić wszystkich czynników ani mechanizmów je warunkujących.

W oparciu o dokonane analizy przypadków wskazuje się następujące czynniki ryzyka zagrażające życiu i zdrowiu dziecka:

1. Indywidualne czynniki ryzyka:
    - Wiek rodzica – młody wiek rodzica, niski poziom dojrzałości i samodzielności życiowej, zdolności do adekwatnego reagowania na potrzeby dziecka, niższy poziom edukacji co wiąże się z nikim poziomem funkcjonowania społecznego, mniejszą zaradnością pociągają za sobą wyższy poziom ryzyka przemocy wobec dziecka.

- Uzależnienia – nadużywanie alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych obniża hamulce emocjonalne, zwiększa agresję, wpływa na sprawowanie należytej opieki i zapewnieniu dziecku harmonijnego i bezpiecznego rozwoju.
- Recydywa przemocy – osoby skazane za przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece lub przeciwko życiu i zdrowiu sprzyjają występowaniu przemocy wobec dziecka.
- Zaburzenia psychiczne, choroba psychiczna – osoby z zaburzeniami psychicznymi, takimi jak depresja, zaburzenia afektywne, czy schizofrenia, mogą mieć trudności w zapewnieniu dziecku bezpiecznego i harmonijnego rozwoju dziecka. Analizy wskazały, na związek pomiędzy depresją matki a jej skłonnością do krzywdzenia i zaniedbywania dziecka. Depresja znacząco ogranicza zdolność do nawiązywania i podtrzymania relacji z dzieckiem, utrudnia rodzicielstwo i zwiększa ryzyko doświadczania przez dziecko krzywdzenia.
- Dziecko pochodzące z innego związku – nieprawidłowa relacja rodzica z dzieckiem poczętym z przypadkowej znajomości zwiększa zagrożenie dla zdrowia i życia dziecka.
- Wiek dziecka – krzywdzenie dziecka uzależnione jest od jego wieku. Takie cechy jak przedwczesność narodziny, niska waga, problemy zdrowotne, płacz dziecka, wpływają na prawidłowe funkcjonowanie rodziny. Ponadto te najmłodsze dzieci nie są w stanie się bronić i komunikować, że dzieje im się krzywda
- Niepełnosprawność dziecka – cechy charakteryzujące fizyczne i psychiczne funkcjonowanie dziecka mogące wpłynąć na prawidłowe funkcjonowanie rodziny.

  Dzieci niepełnosprawne ruchowo i intelektualnie, wymagają większej opieki i uwagi ze strony rodziców. Życie z takim dzieckiem rodzi stres i wiele emocji, z którymi rodzice muszą sobie radzić.
- Brak opieki lekarskiej podczas ciąży, niechciana ciąża – stwarzają zagrożenie dla zdrowia i życia dziecka.

2. Czynniki rodzinne:

   - Historia przemocy – doświadczanie przez rodziców/opiekunów przemocy lub zaniedbywania w dzieciństwie wpływa na sprawowanie należytej opieki i zapewnieniu dziecku harmonijnego i bezpiecznego rozwoju.
   - Dysfunkcje relacyjne – konflikty między partnerami, rozwód, stres, napięcia i nierozwiązane problemy w rodzinie mogą tworzyć środowisko sprzyjające przemocy. Ograniczona zdolność radzenia sobie z negatywnymi emocjami, impulsywność również zwiększają ryzyko. Jak również niewystarczające przygotowanie do pełnienia roli rodzica, brak umiejętności radzenia sobie z przeżyciami dziecka, brak umiejętności budowania relacji i więzi z dzieckiem.
   - Niewłaściwe wychowanie – brak wzorców rodzicielskich, wychowanie w rodzinie, w której przemoc jest akceptowana lub stosowana jako sposób rozwiązywania konfliktów, może wpływać na przekazywanie wzorców agresywnego zachowania.
   - Niespokrewniony dorosły – obecność niespokrewnionego z dzieckiem partnera zwiększa ryzyko krzywdzenia dziecka. Dziecko wychowywane z niespokrewnionym dorosłym jest bardziej narażone na przemoc w wyniku doświadczonego krzywdzenia niż dzieci wychowujące się z dwójką biologicznych rodziców.

3. Czynniki społeczne:

   - Trudności w przystosowaniu się do społeczeństwa oraz emocjonalna i socjalna izolacja – czynniki takie mogą prowadzić do niechcianej ciąży. Emocjonalna izolacja przejawia się w braku zdolności do nawiązywania bliskich emocjonalnych relacji z innymi ludźmi. Z kolei osoby socjalnie izolowane mogą mieć niewielkie wsparcie społeczne i mniej dostępu do pomocy w sytuacjach trudnych. Działanie sprawcy polegać może na izolowaniu rodziny od społeczeństwa, co daje mu większa kontrolę nad swoimi ofiarami. Taka kontrola zmniejsza ryzyko ujawnienia przemocy,

     im mniejszy kontakt z dzieckiem, tym mniej osób ma możliwość zauważenia niepokojących sygnałów czy śladów przemocy.

Ważne jest również zrozumienie, że czynniki te są ze sobą powiązane i mogą wzmacniać się nawzajem, dlatego podejście wieloaspektowe jest kluczowe przy analizie przemocy wobec dzieci, która to przemoc prowadzi do ich krzywdzenia.

BIBLIOGRAFIA

Miś L., Ornacka K. (2015), Podmiotowość dziecka w rodzinie i w sferze publicznej, Instytut Socjologii UJ, s. 72-73.

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2004 poz. 593 z późn. zm)

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy (Dz. U. 2005 poz 1493 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111 poz. 535 z póź. zm.)

Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.

Ustaw z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. 1964 Nr 43 poz. 296 z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 8 kwietnia 2021 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dz. U. 2021 poz. 893)

CZĘŚĆ 2. ANALIZA SPOŁECZNO-WYCHOWAWCZYCH UWARUNKOWAŃ PRZYPADKÓW ŚMIERCI DZIECKA. CZYNNIKI RYZYKA I CZYNNIKI CHRONIĄCE (Mariusz Granosik, Izabela Kamińska-Jatczak)

WPROWADZENIE

Problem zabójstw najmłodszych członków społeczeństwa zawsze wzbudza emocje i porusza znaczną część dorosłych. Ta emocjonalna reakcja, jest tym silniejsza, im bardziej bezbronna jest ofiara, a zbrodnia popełniona z większym okrucieństwem. Zaangażowanie emocjonalne, niewątpliwie zrozumiałe, a nawet uzasadnione, oraz umedialnienie takich przypadków, które wymusza szybkie i najlepiej spektakularne rozwiązania, zwykle nie są dobrymi doradcami. Zatem, z jednej strony, obecny czas nie jest najlepszym do podejmowania poważnych decyzji, a również i sporządzania odpowiedzialnych diagnoz sytuacji, z drugiej jednak, kiedyś takie analizy trzeba zacząć, z nadzieją, że nie będą jednorazową akcją inspirowaną nagłośnionymi przypadkami, ale działaniem zorientowanym na zdystansowany i systemowy monitoring.

Ważne, by oprócz systematycznego raportowania i monitorowania szerokiej problematyki przemocy wobec dzieci: postaw społecznych wobec przemocy, które systematycznie od 2021 r. prowadzi Rzecznik Praw Dziecka, analiz działań systemowych w zakresie ochrony dzieci przed krzywdzeniem, diagnozy przemocy wobec dzieci w Polsce, podjąć eksplorację zjawiska zabójstw dzieci, oraz prób jego usiłowania, co możliwe jest do zbadania na przykładzie analizy przypadków. Chodzi o wnikliwe przyjrzenie się temu zjawisku, a właściwie okolicznościom je poprzedzającym, wynikającym z wcześniejszych złożonych procesów deprywacji i dezintegracji, które doprowadziły do zabójstwa dziecka. Procesy te, z uwagi na swoją różnorodność, mogą być, ale nie zawsze są, częścią długofalowego krzywdzenia (por. Kühn 2010: s. 12). Krzywdzenie dziecka ze skutkiem śmiertelnym może bowiem wynikać z długofalowej przemocy, ale również być skutkiem jednorazowego zdarzenia krytycznego, czy też zaniedbania (tamże: s. 13).

Trzeba mieć ponadto świadomość, że te poruszające przypadki są jedynie wierzchołkiem góry lodowej, na którą składają się różne mikroprocesy społeczne, z którymi wiążą się krzywdy i zaniedbania czynione dziecku przez jego opiekunów, ale również instytucje, które powinny jego dobra bronić. Oczywiście przypadki śmierci dziecka zawsze, bez względu na ich liczbę, są nie do zaakceptowania, jednak w każdym dużym społeczeństwie się

wydarzają, co oznacza, że w pewnym stopniu są nieuniknione. Polska pod tym względem nie ma wyjątkowo złych statystyk. Według raportu UNICEF z 2003 r. zawierającego ranking zgonów dzieci z powodu maltretowania w krajach rozwiniętych, w którym uwzględniono 28 państw, Polska ze wskaźnikiem 0,9 (liczba dzieci do 15. roku życia zmarłych z powodu krzywdzenia w ciągu jednego roku, również w przypadku nieznanej intencji sprawcy, na 100 tys. dzieci w tym wieku) plasuje się w środku zestawienia (por. tamże: s. 18). Z kolei raport ONZ z 2006 r. informujący o liczbie zgonów dzieci w poszczególnych krajach sytuuje Polskę na ósmym miejscu z wynikiem 363 przypadków zgonów dzieci w latach 2000-2005. Na pierwszym miejscu w tym rankingu znajduje się USA z wynikiem 7081 przypadków (za: Latoś, 2012, s. 19). Mamy zatem powody do podejmowania wzmożonych działań prewencyjnych i profilaktycznych, w celu przeciwdziałania tego typu przestępstwom, tym bardziej że większość z nich ma podłoże emocjonalne, a coraz większa cześć społeczeństwa jest dotknięta różnymi problemami psychicznymi. Wskazuje na to chociażby raport „Zdrowie psychiczne Polaków. Depresja jest wśród nas" (2023), z którego wynika, że już ponad 70 proc. obywateli miewa symptomy depresji. Natomiast z badań EZOP II pt. „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań" (2021) przeprowadzonych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN) wynika, że różnych zaburzeń psychicznych doświadcza w swoim życiu więcej niż jedna czwarta dorosłych mieszkańców Polski, czyli ponad osiem milionów osób.

Każde nawet słuszne działania zaostrzające reakcje systemów pomocowych czy karnych powiązane jest z ryzykiem przeregulowania. Efekty uboczne takiej nadwrażliwości systemów, mogą być bardzo znaczące i niekiedy przewyższające korzyści, choć oczywiście życie ludzkie nie ma ceny. Tym efektem może być np. radykalny wzrost powierzeń dzieci do pieczy zastępczej, co spowoduje znaczące obniżenie jakości tego wsparcia. Z drugiej jednak strony, warto poszukiwać rozwiązań systemowych, które sprawdzą się w polskich realiach i jednocześnie będą warunkowały spadek przypadków zabójstw dzieci wywołanych krzywdzeniem. Można korzystać z przykładów strategii działania w tym zakresie, jak chociażby przykład brytyjski, gdzie wprowadzono Zintegrowany Systemem Informacji o Dziecku (Integrated Children's System [ICS]), bazę informacyjną pozwalającą na szybki dostęp do danych przez przedstawicieli różnych instytucji: kuratorów, pracowników socjalnych,

pracowników służby zdrowia, policji, nauczycieli etc., co pozwala na zintegrowane i skuteczne działania zapobiegawcze.

PERSPEKTYWA TEORETYCZNO-PRAKTYCZNA I METODA MATERIAŁ PODDANY ANALIZIE

Raport został opracowany w oparciu o dane przekazane przez Biuro Rzecznika Praw Dziecka, na które składały się 22 opisy przypadków − wykonane na podstawie akt 22 spraw karnych prowadzonych z artykułu 148 − zabójstwo i usiłowanie zabójstwa oraz z artykułu 155 − nieumyślne spowodowanie śmierci. Mieliśmy również dostęp do oryginalnych akt raportowanych postepowań. Były to wszystkie zakończone postępowania karne prowadzone w zakresie wspomnianych artykułów w Polsce w latach 2021-2022.

Z uwagi na, miejscami, pobieżne opisy i pominięcia oraz niezrozumiałe kryteria kodowania poszczególnych elementów składowych sytuacji, we wszystkich 22 przypadkach staraliśmy się pracować na bazie oryginalnych akt lub co najmniej weryfikować zapisy umieszczane w raportach w zestawieniu z aktami spraw sądowych. Niezależnie jednak od tych działań weryfikacyjnych, przyjmowaliśmy założenia koncepcji „rzeczywistości dokumentarnej" R. Atkinsona i A. Coffey. Zasób wytworzonych dokumentów wraz z kontekstem (sposobem wytwarzania, obrotu, przechowywania, oceny itd.) stanowi istotny element świata społecznego, ale nie jest prostym do odczytania obrazem rzeczywistości społecznej (Atkinson, Coffey, 1997, s. 47). Część dokumentów nie jest w ogóle związanych z otaczającą instytucję rzeczywistością (odnoszą się jedynie do innych dokumentów), a te, które odnoszą się do faktów zewnętrznych, składają się na dokumentarną mutację faktów – odwzorowują tylko to, co uzupełni braki innych dokumentów (tamże: s. 61-62). Zatem dokumenty zawsze tworzone są na potrzeby określonych instytucji i w związku tym, obejmują one tylko tę cześć sytuacji społecznej, która potrzebna jest danej organizacji do podejmowania statutowych działań. Zatem nawet akta sądowe nie były przez nas traktowane jako zupełne źródła wiedzy na temat analizowanych przypadków, tylko raczej zbiory faktów (definiowanych przez nauki prawnicze) służących konkluzywnemu ustaleniu sprawcy oraz określeniu winy. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na to, że akta sądowe, które zostały poddane analizie, z uwagi na dokumentarną logikę gromadzenia faktów sądowych, nie zawsze zawierały opisy sytuacji rodzin pozwalające rekonstruować logiki działania wynikające z procesualnego

rozwoju zjawisk destrukcyjnych i patologicznych. Na potrzeby kolejnych raportów z pewnością trzeba opracować bardziej zróżnicowane źródła materiałów, obejmujące również inne instytucje (nie tylko sąd) oraz dokumenty nie tylko formalne, ale również obrazy sytuacji i działań instytucjonalnych, które pozostały w pamięci osób podejmujących działania w danych sprawach lub choćby przyczyniających się, bądź nie, do ich rozwoju.

PERSPEKTYWA POZNAWCZA I METODA

Jako pedagodzy społeczni, przyjmujemy ogólne założenia metodologiczne nauk społecznych, zaś w zakresie ukierunkowania praktycznego, metodyki wypracowane w ramach pedagogiki społecznej oraz pracy socjalnej. Do podstawowych założeń wypracowanych w ramach tej subdyscypliny pracy społecznej należy: podejście oparte na siłach i zasobach zarówno indywidualnych jak i środowiskowych, czy społecznych; profilaktyka polegająca na wspomaganiu słabszych podmiotów społecznych (indywidualnych oraz kolektywnych) zanim zostaną trwale zdominowane; oraz zapewnianie instytucjonalnego towarzyszenia tym, którzy tego potrzebują. Wychodzimy też z humanistycznego przekonania, że nikt nie rodzi się przestępcą, tylko wychowawcze, społeczne lub ekonomiczne uwarunkowania spychają niektórych członków społeczeństwa na drogę przestępczą. W związku z tym, odpowiednio wczesne oddziaływania mogą uchronić przed eskalacją negatywnych czynników ryzyka, prowadzących do wypadania z ram działań akceptowanych społecznie. Przyjmując perspektywę społeczno-pedagogiczną zogniskowaną na dialektycznym związku pomiędzy człowiekiem a środowiskiem, który warunkuje jego rozwój, w sporządzonym raporcie koncentrujemy się na czynnikach środowiskowych i psychospołecznych, na podstawie których wyprowadzamy wnioski. Należy jednak podkreślić, że kompleksowe i wieloaspektowe, uchwycenie czynników ryzyka i czynników chroniących, wymaga spojrzenia multidyscyplinarnego. W związku z powyższym, raport ten powinien być uzupełniony o perspektywy innych dyscyplin społecznych, a także prawnych i medycznych/psychiatrycznych (socjologii kryminalistycznej, kryminalistyki, prawa karnego, kryminologii, psychopatologii etc.).

Bazując na materiale w postaci charakterystyk sporządzonych przez RPD oraz aktach sądowych, stosowaliśmy analizę dokumentów z ukierunkowaniem na logikę tworzenia

klasyfikacji i typologizacji zjawisk, według wyodrębnionych czynników różnicujących. Ten sposób rozumowania stał się przyczynkiem do prowadzenia analizy porównawczej prowadzącej do wyciągania wniosków i formułowania wynikających z nich rekomendacji. Poszczególne kategorie analityczne wiązaliśmy następnie z pojawiającymi się w aktach opisami uwarunkowań. Zdarzało się też, że taki obraz uzupełnialiśmy wnioskami znanymi nam z literatury i innych badań, niekiedy te koncepcje teoretyczne ułatwiały nam strukturalne porządkowanie materiału badawczego. Reasumując, można uznać, że postępowaliśmy zgodnie z podstawowymi założeniami analitycznymi teorii ugruntowanej, poczynając od uproszczonego kodowania otwierającego, poprzez rekonstrukcję uwarunkowań społecznoinstytucjonalnych, aż po abdukcyjne sytuowanie zaobserwowanych zależności w kontekście teoretycznym (Glaser, Strauss, 2009).

Jako że bezpośrednie przyczyny śmierci oraz sprawców ustalały już właściwe sądy, prowadzone dalej analizy mają raczej za cel typologię przypadków oraz rekonstrukcję uwarunkowań społecznych i instytucjonalnych przedstawionych w aktach sądowych tragicznych sytuacji, w tym uwarunkowania pośrednie. W tych to bowiem obszarach można budować rekomendacje, które mogą zmniejszyć ryzyko umyślnych i nieumyślnych krzywd czynionych dzieciom.

CHARAKTERYSTYKA TYPÓW POSZCZEGÓLNYCH PRZYPADKÓW I UWARUNKOWAŃ

Przedstawiane dalej kategorie przypadków są efektem kodowania opracowań sporządzonych przez biuro RPD oraz części dostarczonych nam akt sądowych. Przedstawiamy te kategorie, które chociaż w pewnym stopniu zostały nasycone, to znaczy powstały jako uogólnienia kilku przypadków. W przedstawionych niżej rezultatach kodowania nie uwzględniono 3 przypadków, które stanowiły w pewnym sensie osobne kategorie. Z uwagi jednak na ich jednostkowość nie zdecydowaliśmy się tworzyć wokół nich kategorii. Być może w przyszłości pojawią się przypadki umożliwiające nasycenie teoretyczne wspomnianych trzech przypadków.

REKACJE ŚRODOWISKOWE *VERSUS* POWOLNY ROZWÓJ TRAJEKTORII PRZEMOCY W RODZINACH

Analiza akt sądowych wskazuje na istnienie przypadków śmierci dzieci poprzedzonych długofalowym procesem przemocy. W takich sytuacjach zabójstwo dziecka lub jego usiłowanie, staje się nieuchronną konsekwencją rozwijającej się trajektorii przemocy, która manifestowała się wcześniej we wzajemnych interakcjach rodziców i/lub opiekunów z dzieckiem na różne sposoby. Z akt sądowych i opisu przypadków sporządzonych przez RPD, dowiadujemy się o tym, że dzieci w takich rodzinach były ofiarami następujących rodzajów przemocy (por. Latoś, 2017: s. 32-44):

- przemoc fizyczna czynna: podduszanie, szarpanie i potrząsanie, rzucane siłą z wysokości do łóżeczka, bicie otwartą dłonią oraz pięścią, bicie przy pomocy narzędzi, przedmiotów oraz bierna: wypędzanie z domu;
- zaniedbywanie: brak należytej opieki higienicznej, stwarzanie sytuacji ryzykownych dla dziecka poprzez pozostawianie go bez opieki, niezapewnianie odpowiedniej ilości substancji odżywczych, głodzenie lub pozwalanie na spożywanie przez dziecko pokarmów dla niego szkodliwych, niezapewnianie dziecku wymaganej opieki medycznej;
- psychiczna: używanie słów obelżywych i krzywdzących, krzyk, wyzwiska. Pojawiają się też formy przemocy znamionujące sadyzm: celowe pozwalanie na niebezpieczny kontakt dziecka z agresywnym zwierzęciem, metodyczne kontrolowane podduszanie, a także nie podlegające powyższej klasyfikacji: odurzanie dziecka substancjami psychoaktywnymi, psychostymulującymi.

Przemoc w tych rodzinach miała najczęściej charakter reaktywny wobec zachowań dziecka. Iskrą wyzwalającą przemoc były często sytuacje wzmożonego płaczu dziecka, czy też wymagające wysiłku rodzicielskiego przy jednoczesnym pobudzeniu emocjonalnym typu irytacja, gniew, czy też niekorzystnym stanie emocjonalnym typu zmęczenie. W tych przypadkach dziecko wielokrotnie przed zabójstwem było ofiarą przemocy ze strony rodziców, którzy poprzez agresję skierowaną wobec niego rozładowywali różne emocje, typu gniew czy lęk (por. Latoś, 2012, s. 14). Przemoc stawała się dla rodziców dostępnym dla nich sposobem reagowania na trudności i wyzwania związane z opieką nad dzieckiem.

Członkowie rodzin byli osobami nadużywającymi alkoholu lub/i innych substancji psychoaktywnych. Sprawowali opiekę nad dziećmi w stanie ograniczonej, czy też zaburzonej świadomości. Wynikało to również z problemów natury psychicznej i psychiatrycznej.

Rodziny, w których dochodziło do wielokrotnych, rozwijających się długofalowo przejawów przemocy, funkcjonowały w środowisku społecznym, miały kontakt z sąsiadami, znajomymi, rodziną. Niektóre z nich pozostawały w obrębie kontroli i oddziaływania instytucji. W związku z tym, na podstawie udostępnionych materiałów można przypuszczalnie wskazać pewne czynniki środowiskowe warunkujące rozwój trajektorii przemocy wobec dzieci, której eskalacja w rezultacie doprowadziła do utraty ich życia. W prowadzonej analizie czynników środowiskowych wprowadzamy rozróżnienie na te, które wystąpiły w rodzinach kontrolowanych i niekontrolowanych przez instytucje

RODZINY KONTROLOWANE PRZEZ INSTYTUCJE

Rodziny, o których mowa, to głównie związki nieformalne kobiet, które utrzymują w kontakcie z instytucjami typu sąd, OPS, że są samotnymi matkami, w rzeczywistości jednak żyjącymi w kohabitacji z ojcami swoich dzieci. Jest to okoliczność powodująca, że instytucje te koncentrują swoją uwagę na matce, a nie na obojgu rodziców. Na ogół instytucje podtrzymują narracje matek o samotnym macierzyństwie. Szczególnie dzieje się tak w sytuacjach, kiedy matki ukrywają fakt wspólnego zamieszkiwania, lub kiedy to zamieszkiwanie nie ma charakteru stałego, co bez wnikliwego wywiadu z otoczeniem sąsiedzkim jest trudne do weryfikacji przez instytucje. Jest to uwarunkowanie znaczące w sytuacjach, kiedy sprawcą zabójstwa dziecka był jego ojciec żyjący w niesformalizowanym związku z matką. Można w uproszczeniu powiedzieć, że ze względu na przyjętą narrację od matek – „nadzorowanych", „klientek" – ojciec mógł być „niewidoczny dla instytucji". Wśród tej kategorii przypadków mogą pojawić się również rzeczywiste samotne matki, które nie utrzymują kontaktów z ojcem dziecka, zamieszkujące samotnie, lub też z rodziną pochodzenia.

W rodzinach tych uruchamiane były strategie normalizujące polegające na dbaniu o wizerunek społeczny poprzez dbanie o wygląd dzieci i mieszkania. Dlatego w opiniach sądu, OPSu, położnych środowiskowych, pojawiają się stwierdzenia typu: „dziecko zadbane", „w mieszkaniu było czysto", „dziecko prawidłowo zaopiekowane".

Większość przypadków zakwalifikowanych do tej kategorii są to rodziny usytuowane w sieci instytucjonalnej. Kuratorzy nadzorujący rodziny nie przeprowadzili procedury wywiadu środowiskowego wzbogaconego o opinie i spostrzeżenia sąsiadów, czy też dalszej rodziny. W zeznaniu jednej z pań kurator wprost czytamy, że nic nie wzbudzało jej podejrzeń i nie

porozmawiała z sąsiadami, bo ich podczas swojej wizyty nie zastała. Nawet jeśli takie wywiady z sąsiadami są prowadzone sporadycznie w ramach prowadzonych nadzorów kuratorskich, to nie jest to wystarczające, gdyż dynamika życia rodzinnego wymaga regularnego monitorowania sytuacji rodziny w jej otoczeniu bezpośrednim – dalsza rodzina, znajomi, sąsiedzi. Informacje były pozyskiwane na podstawie obserwacji podczas bezpośrednich wizyt, gdzie stwierdzano prawidłową opiekę nad dzieckiem, biorąc pod uwagę wygląd zewnętrzny dziecka – brak widocznych śladów przemocy, brak śladów zaniedbań oraz stan mieszkania i sposób zachowania rodzica/ów. Niektóre rodziny miały kontakt z kilkoma kuratorami, gdzie również zauważalny jest zaburzony przepływ informacji. Na przykład w jednej z rodzin kurator sprawujący dozór nad ojcem dziecka warunkowo zwolnionym z odbywania kary pozbawienia wolności w zakładzie karanym, nie przekazał informacji kuratorowi rodzinnemu o tym, że mężczyzna zamieszkuje wraz z matką swojego dziecka, dlatego kuratorzy sprawujący nadzór rodzinny – kurator zawodowy i społeczny, o tym nie wiedzieli. Kuratorzy rodzinni nie pozyskali informacji z najbliższego otoczenia rodzin, które posiadało wiedzę o historii przemocy wobec dziecka. Można to stwierdzić na podstawie porównania zeznań świadków – sąsiadów, dalszej rodziny, z zeznaniami kuratorów. Na przykład świadkowie ci twierdzą, że nigdy żaden kurator się z nimi nie kontaktował. Nierzetelność procedury wywiadu kuratorskiego wzbudza wątpliwości również ze względu na wieloletnią karierę instytucjonalną członków rodzin związaną z: przeszłością kryminalną – kary za pobicia, zakłócanie spokoju sąsiadom; umieszczaniem wcześniejszego potomstwa w instytucjach pieczy zastępczej; odbieraniem władzy rodzicielskiej w stosunku do poprzedniego potomstwa; eskalacją, w określonych okresach biograficznych, problemów związanych z nadużywaniem substancji alkoholowych, czy też innego typu substancji psychoaktywnych, z której wynikały pobyty w izbie wytrzeźwień, leczenia odwykowe, czy też zobowiązania do podjęcia leczenia odwykowego przez Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Warto dodać, że nadzór kuratorski w rodzinach był również sprawowany w okresie pandemicznym, co powodowało, że nadzory nie zawsze były realizowane *face to face.*

W niektórych rodzinach interweniowała policja z uwagi na zgłoszenia od sąsiadów wynikające z awantur, hałasów i różnego typu zachowań nieaprobowanych społecznie. Z analizy akt sądowych dowiadujemy się również, że niekiedy policja miała utrudniony dostęp do środowisk, albo zaprzestawała interwencji z powodu nieotwierania drzwi przez

domowników, lub też, niekiedy, w ogóle nie podejmowała interwencji. Być może czynnikiem orientującym działanie policji w rodzinie, co do której zachodzi uzasadnione przypuszczenie nieprawidłowego funkcjonowania i/lub stosowania przemocy wobec dziecka, jest obecność lub brak procedury Niebieskiej Karty. Należałoby w sposób pogłębiony przyjrzeć się przebiegowi interwencji policji w sprawy rodzin. Przy pogłębionej analizie takich przypadków należałoby zbadać w jaki sposób przebiegała komunikacja między policją, sądem i OPSem. Pojawiają się wzmianki, że policja niekiedy informowała OPS o podejmowanych interwencjach. Policja interweniowała również w ramach zgłoszeń o przemocy członka rodziny w stosunku do pozostałych domowników. W tych środowiskach była realizowana procedura Niebieskiej Karty.

Zastanawiają wypowiedzi policjantów z rewiru dzielnicowego, którzy nie identyfikują środowisk, w których nie jest realizowana procedura Niebieskiej Karty, z podejrzeniami problemu przemocy. Na przykład policjant twierdzi, że nie miał informacji o problemach w domu kobiety, choć policja odnotowywała i przyjmowała zgłoszenia od sąsiadów w sprawie awantur i libacji alkoholowych. Twierdzi tak, ponieważ podczas jego niezapowiedzianych wizyt, kobieta była sama i trzeźwa i nie była prowadzona procedura Niebieskiej Karty.

Niektóre rodziny były również klientami ośrodka pomocy społecznej. Pracownicy socjalni na życzenie sądu sporządzali opinie o funkcjonowaniu rodzin. Wiele z tych opinii miało wydźwięk negatywny: o utrudnionym kontakcie, braku możliwości współpracy, czy też braku możliwości sprawowania opieki nad dzieckiem. Nie zawsze opinie na temat rodziny z ramienia OPSu pokrywały się opiniami wydawanymi przez sąd. W niektórych rodzinach oprócz pracownika socjalnego, funkcjonował również asystent rodziny. Byli oni niekiedy świadkami przejawów przemocy psychicznej np. wulgarnej komunikacji agresywnego członka rodziny w stosunku do innych domowników, ale nie pojawiają się zeznania, w których jest mowa o obserwacji zachowań związanych z przemocą fizyczną. Niekiedy OPS otrzymywał niepokojące informacje na temat funkcjonowania rodziny od policji lub znajomych, sąsiadów, rodziny.

RODZINY NIE OBJĘTE WZMOŻONĄ KONTROLĄ INSTYTUCJONALNĄ

Niektóre środowiska rodzinne, w których rozwija się trajektoria przemocy nie są objęte wzmożoną kontrolą instytucjonalną. Wynika to często z braku zgłoszeń o niepokojących sytuacjach zachodzących w rodzinie oraz braku potrzeby korzystania ze wsparcia innych

instytucji. W takich przypadkach wiele zależy od reakcji najbliższego otoczenia – czy zauważy niepokojące sygnały przemocy i powiadomi odpowiednie instytucje, oraz od reakcji placówek medycznych. Z akt sądowych dowiadujemy się, że w takich rodzinach pojawiali się świadkowie niepokojących zdarzeń rodzinnych, którzy posiadali wiedzę o sytuacjach manifestujących symptomy przemocy, jednak nie powiadomili w tej sprawie żadnych instytucji.

Dzieci z takich rodzin, w związku z poniesionymi urazami wynikającymi z zachowań agresora, prędzej czy później trafiają do placówek medycznych, dlatego od ich dalszej reakcji i pociągającej ją, dalszej interwencji ze strony odpowiednich służb (sądu rodzinnego, OPSu, policji), zależy uruchomienie systemowej kontroli nad rodziną. Przypadkiem ilustrującym może być sprawa, gdzie rodzina nie podlegała kontroli instytucjonalnej, a oboje rodziców stosowało przemoc wobec dziecka. Chłopiec po tym jak doznał złamania trzonu kości udowej trafił do szpitala na SOR, który powiadomił policję z uwagi na podejrzenie stosowania wobec chłopca przemocy. Natomiast kolejna placówka medyczna, do której trafił w celu dalszego leczenia, tego już nie zrobiła, pomimo tego, że: „w klinice stwierdzono, że dziecko jest bardzo zaniedbane higienicznie, ma liczne zmiany skórne, możliwy świerzb i oparzenia przy nasadzie penisa". W ocenie szpitala: „relacje pomiędzy dzieckiem a jego opiekunami nie odbiegały od normy i żadne symptomy nie wskazywały na to, że dziecko jest ofiarą przemocy". W tym przypadku zabrakło przepływu informacji pomiędzy placówkami medycznymi, policją i sądem.

CZYN W AFEKCIE NIEPOPRZEDZONY ROZWINIĘTĄ HISTORIĄ PRZEMOCY WOBEC DZIECKA

Przypadki zabójstw dzieci, czy też usiłowania zabójstwa, są również efektem nagłego, trudnego do przewidzenia drastycznego działania rodzica, które stanowi następstwo wcześniej rozwijającej się choroby psychicznej. Jako ludzie nie dopuszczamy do siebie tak dramatycznych i przerażających scenariuszy, jakie wydarzyły się w tych rodzinach i w tym sensie prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia wydawało się trudne do przewidzenia i oszacowania, ale z drugiej strony, pojawiały się sygnały widoczne w zachowaniu kobiet, jakie wysyłały one swojemu otoczeniu, świadczące o rozwijającym się procesie silnej dezintegracji, które nie zostały zauważone, czy też odpowiednio zinterpretowane.

Sprawczyniami czynów były matki, u których stwierdzono niepoczytalność w chwili popełnionego czynu wynikającą z zaostrzenia choroby psychicznej, która powodowała zniesioną zdolność rozpoznania znaczenia czynu i pokierowania swoim postępowaniem. W

dwóch przypadkach kobiety posiadały dłuższą historię leczenia psychiatrycznego, a pogarszający się stan ich zdrowia psychicznego manifestował się dłuższy czas.

Pierwsza z kobiet leczyła się psychiatrycznie, przyjmowała leki psychotropowe, przebieg jej choroby rozwijał się na przestrzeni lat i towarzyszyły mu nawracające objawy paranoidalne (zaburzenia toku i treści myślenia, spostrzegania, ekspresji emocjonalnej).
Sprawczyni leczyła się wcześniej psychiatrycznie i długotrwale poddawała się leczeniu farmakologicznemu i terapeutycznemu, jednak proces leczenia nie miał charakteru stałego, gdyż być może, był przerywany z uwagi na ciąże i dłuższe okresy remisji. Na przykład, kiedy przebywała na terenie Niemiec z rozpoznaniem ostrego, wielopostaciowego zaburzenia psychotycznego, po pobycie w szpitalu w Niemczech nie brała już leków, bo nie czuła się chora. Podczas pobytu w Niemczech doszło do zdarzenia, gdy sprawczyni pozostawiła starszą osobę samą w domu, którą opiekowała się w ramach świadczonych usług opiekuńczych, rodzina tej starszej osoby wezwała policję w celu jej poszukiwania, a ta znalazła ją w kościele, po telefonie księdza, który nie wiedział co ma zrobić, bo kobieta nie chciała opuścić świątyni. Po powrocie do Polski sprawczyni nie przejawiała niepokojących zachowań, do tego stopnia, że została zatrudniona w charakterze funkcjonariusza policji. Ponowny epizod chorobowy wystąpił po urodzeniu pierwszego dziecka, poprzedzało go niepokojące zachowanie kobiety – była pobudzona i zachowywała się tak jakby dziecka nie było. Wówczas trafiła do szpitala psychiatrycznego, gdzie stwierdzono schizofrenię paranoidalną. Szpital powiadomił policję, gdzie była zatrudniona i została ona zwolniona z pracy. Działo się to jeszcze w okresie, kiedy funkcjonowała w związku z poprzednim mężem. Partner, z którym miała kolejnego syna, wobec którego zaszło usiłowanie zabójstwa, wiedział o jej historii choroby, jednak uznał, że jest już wyleczona polegając na słowach konkubiny i doświadczeniach z okresu sześciu lat wspólnego życia, podczas których nie dochodziło do epizodów psychotycznych z udziałem kobiety.

W okresie bezpośrednio poprzedzającym zdarzenie krytyczne zmieniło się zachowanie sprawczyni: nieobecna postawa, niespójna komunikacja, huśtawki nastroju. Te objawy jednak nie zaniepokoiły jej partnera. Zaniepokoił się dopiero tuż przed samym zdarzeniem, kiedy objawy już się bardzo nasiliły, bo kobieta mówiła obsesyjnie o wojnie, o sprawach religijnych, była niespokojna, wyrzuciła starszemu synowi laptop przez okno, miała omamy – postać Jana Pawła II z obrazu z niej się śmiała. Partner uspokajał konkubinę, ale nie podjął żadnych innych

działań wspierających, typu organizacja konsultacji z lekarzem psychiatrą, czy też przewiezienie do szpitala psychiatrycznego. Nakazał też starszemu synowi „pilnować mamy". Według partnera, kobieta na co najmniej kilka tygodni przed krytycznym incydentem nie brała leków psychotropowych. Podczas samego incydentu twierdziła, że niemowlę, które wyrzuciła przez okno jest lalką, a ona sama Matką Boską i kazała dzwonić do Boga. Po zdarzeniu krytycznym policja zwróciła się do ośrodka pomocy społecznej o rozpoznanie sytuacji opiekuńczo-wychowawczej, z uwagi na to, że w rodzinie pozostawał starszy jedenastoletni syn sprawczyni, który był świadkiem zdarzenia krytycznego.

Po urodzeniu młodszego syna położna odwiedzała rodzinę, nie stwierdziła żadnych nieprawidłowości w sprawowanej nad nim opiece, choć należy przypuszczać, że już wtedy kobieta przejawiała niepokojące sygnały świadczące o nawracającej chorobie psychicznej.

Wypowiedzi starszego syna wskazują, że sprawczyni przed zdarzeniem dopuszczała się wobec niego zachowań przemocowych (kary w postaci uderzania w tył głowy podczas odrabiania lekcji, gdy źle napisał wyraz i krzyki). Syn pozostawał pod opieką poradni psychologiczno-pedagogicznej ze względu na problemy w nauce. Dzielił się swoimi doświadczeniami związanymi z tym, że jest źle traktowany i mama wylała mu wodę na głowę za karę. Jednak należy przypuszczać, że poradnia nie zawiadomiła szkoły, lub też szkoła mając wiedzę na ten temat, nie zawiadomiła sądu, czy też OPSu. Były mąż nie zauważył w zachowaniu byłej żony oraz ich syna sygnałów, które miałyby wskazywać na niepokojące zachowanie sprawczyni (ojciec miał się widywać z synem regularnie, co tydzień).

Drugi przypadek. Mąż poznał żonę jeszcze w okresie licealnym. Wiedział, że w czasie studiów krótkotrwale leczyła się na depresję. Twierdził, że żona cierpiała na depresję endogenną. Kobieta wtedy jeszcze mimo incydentalnych problemów psychicznych funkcjonowała bardzo dobrze, ukończyła studia politologiczne, a potem socjologiczne. Była perfekcjonistką i chciała być we wszystkim najlepsza. Drugi epizod zaostrzenia depresji, który pamięta mąż, miał miejsce po incydencie konfliktu z rodzicami kobiety, kiedy bez zgody jej rodziców spożytkowała środki pieniężne przekazane im na zakup mieszkania w Warszawie. Po jakimś czasie kobieta trafiła do szpitala psychiatrycznego po zażyciu dużej dawki leków psychotropowych, które spożywała jej matka. Matka sprawczyni cierpiała na chroniczną depresję, miała za sobą również pobyty w szpitalu psychiatrycznym. Opiekowała się nią matka

męża sprawczyni. Matka sprawczyni zaczęła chorować psychicznie, po tym jak w okresie niemowlęcym zmarło dwóch jej synów.

Kobieta, która dopuściła się zabójstwa synów miała za sobą wiele poronień. Leczyła się osiem lat na bezpłodność. Miała trójkę dzieci dzięki zabiegowi in vitro. Po urodzeniu pierwszego dziecka, stan psychiczny kobiety się poprawił. Kobieta po urodzeniu bliźniaków, wobec których dokonała zabójstwa, powtarzała zaraz po porodzie, że chciała mieć tylko jedno dziecko i była przytłoczona narodzinami dwójki dzieci, uważała, że sobie z mężem nie poradzą. Choć obiektywny stan bytowo-socjalny rodziny był bardzo dobry. Trafiła do psychiatry. Leki przepisywane przez psychiatrę nie działały, kobieta odmówiła hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym. Mąż sprawował kontrolę nad żoną, często się z nią kontaktował sprawdzając czy wszystko z nią jest w porządku. Sąsiadka wiedziała o tym, że kobieta w przeszłości leczyła się na depresję i zeznawała, że przed zdarzeniem krytycznym sprawczyni cierpiała na depresję poporodową. Inna sąsiadka opisuje, że podczas ostatniego spotkania przed zdarzeniem krytycznym, kobieta sprawiała na niej wrażenie smutnej i zgaszonej i przyznała się, że choruje na depresję. Mówiła szeptem, była wycofana, brakowało jej skupienia. Sąsiadka widywała ją zdołowaną i słyszała od niej, że jest w złym stanie psychicznym. Wspominała sąsiadce, że musi się leczyć, bo nie chce, by mąż i dzieci zostali sami i o tym, że rozważa oddanie bliźniąt lub jednego z nich do adopcji. Kobietę przerastały wyzwania życiowe – powrót do pracy w charakterze przedstawiciela handlowego, dokończenie remontu domu, do którego wraz z rodziną mieli się przeprowadzić. Kobieta pozostawała pasywna, zmuszała się do wstania z łóżka, proste czynności sprawiały jej trudność. Nie była agresywna wobec dzieci, tylko ospała. Niedługo przed ostatnią wizytą u psychiatry stworzyła wyraźne zagrożenie wobec dzieci podając im lek Lorafen w nieznanej dawce, przecięła sobie skórę w okolicach prawego nadgarstka, „ale do żyły nie doszła", po czym zaaplikowała 50 zastrzyków z Heparyny. Do zdarzenia nie przyznała się mężowi i psychiatrze, nie wiedzieli oni o tym podczas wizyty. Mąż dowiedział się później.

W tym przypadku, niepokojące sygnały o pogarszającym się stanie zdrowia psychicznego sprawczyni, przybrały charakter *ad litteram* zwerbalizowany. Kobieta podzieliła się swoimi obawami, że zrobi krzywdę dzieciom w rozmowie z mężem, a podczas wizyty u lekarza psychiatry, mąż przekazał tę informację lekarzowi. Wyznanie żony zaniepokoiło męża, dlatego przyspieszył wizytę u psychiatry. Lekarz zasugerowała hospitalizację w szpitalu

psychiatrycznym. Mąż uzasadnia odmowę hospitalizacji w sytuacji drastycznego pogorszenia się stanu zdrowia kobiety obawami wywołanymi obejrzeniem wcześniej materiałów o tym, co dzieje się na oddziałach psychiatrycznych. Wobec położnej kobieta ujawniała swoje obawy związane z tym, że nie poradzi sobie z wychowaniem dzieci, że chce oddać jedno z nich. Zdaniem położnej, kobieta cierpiała na depresję poporodową Kobieta wspierająca sprawczynię, świadcząca niemedyczne wsparcie kobiet na czas porodu i połogu, usłyszała od sprawczyni, że chce oddać dzieci, że ich nie kocha, że zrobiła głupotę, iż się urodziły, w związku z tym poinformowała o zdarzeniu psychiatrę, u której się leczyła. Ani lekarz psychiatra, ani położna nie poinformowały sądu rodzinnego o sytuacji kobiety. Trzeci przypadek, to próba popełnienia samobójstwa rozszerzonego, matka przeżyła zdarzenie krytyczne. Zaburzenia psychiczne zaczęły się rozwijać u kobiety po śmierci jej teścia, którego traktowała jako sprzymierzeńca w rodzinie. Wraz z mężem i synami zamieszkiwali wraz z teściami, potem z matką męża. Kobieta uważała, że jej mąż głównie polega na słowie matki i siostry, a ją lekceważy. Uważała, że była osobą negatywnie postrzeganą przez teściową i siostrę męża. Miała poczucie osamotnienia w małżeństwie. Twierdziła, że jej dzieciom babcia i ciocia sugerowały, że ona nie jest ich matką. Kobieta czuła, że mąż nie liczy się z jej zdaniem i go nie uwzględnia. Zabronił jej podejmować pracy zawodowej. Klimat emocjonalny w rodzinie, biorąc pod uwagę perspektywę świadków, znajomych kobiety, można przyrównać do trójkąta rodzinnego, kiedy występuje relacja wroga dwóch osób w stosunku do trzeciej, w tym wypadku męża i jego matki przeciwko żonie (por. McGoldrick, Gerson, Shellenberger, 2007, s. 121). Codzienność sprawczyni polegała na tym, że spędzała dużą część czasu z teściową, odczuwała przymus podporządkowywania się jej poleceniom i wizji, do tego stopnia, że ona wyznaczała, co należy kupić podczas zakupów oraz kiedy i jakie posiłki będą w domu spożywane.

Sprawczyni w przeciwieństwie do dwóch wcześniejszych przypadków, nie posiadała historii leczenia psychiatrycznego. Korzystała z pomocy psychiatrycznej krótko przed popełnieniem czynu. Powodem wizyt był brak apetytu, brak chęci do życia. Pogorszenie jej stanu zdrowia było zauważalne dla jej domowników – teściowej i syna. Jednak twierdzili oni, że zawsze do tej pory była ona dobrą matką, nawet nie krzyczała na dzieci. Po wizycie u psychiatry rozpoczęła leczenie farmakologiczne, które przerwała, kiedy poczuła się lepiej.
Nie korzystała z psychoterapii. Potem jej stan psychiczny znów się pogorszył, ponownie zgłosiła się do psychiatry, otrzymała skierowanie na badanie tomografii komputerowej, które

wypadło pozytywnie. W tym czasie kobieta sygnalizowała już zaostrzone objawy chorobowe: miała lęki, bała się samochodów, helikopterów, bała się ludzi. Wróciła do przyjmowania leków. Należałoby dokładnie zweryfikować zeznania psychiatry, z którym miała kontakt kobieta niedługo przed zdarzeniem krytycznym w celu ustalenia czy była sugerowana hospitalizacja w zamkniętym oddziale psychiatrycznym.

Kobieta przez szersze otoczenie społeczne, była postrzegana jako dobra matka, troskliwa, miła dla dzieci, dbała o wygląd, ubiór, rozwój chłopców, udzielała się w przedszkolu, była w radzie rodziców.

Społeczne funkcjonowanie rodzin przed wystąpieniem zdarzenia krytycznego nie budziło zastrzeżeń otoczenia, które oceniało je jako normalnie, dobrze funkcjonujące społecznie. Nie były to rodziny z ograniczoną władzą rodzicielską, czy też takie, w których występowały zdarzenia wymagające interwencji policji. Nie korzystały z pomocy społecznej. O sprawczyniach najbliższe otoczenie wypowiadało się: „dobra matka", „dba o dzieci", „funkcjonuje dobrze, normalnie", „nic nie wskazywało, by mogła dopuścić się takiego czynu". Działo się tak ponieważ występowały długie kilkuletnie okresy remisji choroby i funkcjonowania społecznego niebudzącego zastrzeżeń, lub też choroba psychiczna długo pozostawała w stanie utajenia. Były to rodziny w dobrej lub bardzo dobrej sytuacji socjalnobytowej, nie pozostające pod kontrolą sądu, ani pod opieką OPSu. Ze względu na określony poziom zamożności i pozorną „normalność", rodziny nie były społecznie ocenianie jako źle funkcjonujące i zagrażające dzieciom.

Wnioski jakie pojawiają się po przeanalizowaniu tego typu spraw, wskazują na to, że sprawczynie nie podejmowały leczenia choroby psychicznej w prawidłowy sposób – nie zostały w odpowiednim czasie biograficznym poddane hospitalizacji szpitalnej na oddziale zamkniętym; przerywały przyjmowanie leków psychotropowych, kiedy poczuły poprawę funkcjonowania psychospołecznego; nie podejmowały psychoterapii. Ich najbliższe otoczenie nie oddziaływało na kobiety tak, by wpłynęło na ich odpowiedni, wielopłaszczyznowy tok leczenia: farmakoterapia, hospitalizacja, psychoterapia.

Lekarze psychiatrzy, położne mające kontakt z kobietami nie zawiadomili sądu, OPS w ich sprawach, choć w dwóch przypadkach mieli ku temu wyraźne podstawy.

ZABÓJSTWO BEZPOŚREDNIO PO PORODZIE

Są to przypadki, kiedy dzieci zmarły bezpośrednio po porodzie. W pierwszym przypadku można, być może, mówić o dzieciobójstwie biernym matki, gdyż dziecko zmarło wskutek zaniechania przez kobietę odpowiednich czynności pozwalających na udzielenie mu podstawowej pomocy (Marzec-Holka, 2004, s. 32), natomiast w drugim przypadku sprawa wydaje się być bardziej niejasna, ponieważ matka utrzymywała, że dziecko urodziło się martwe, czego nie potwierdziły wyniki sekcji sądowo-lekarskiej. W pierwszym przypadku sprawczynią była kobieta upośledzona w stopniu lekkim, w drugim – z zaburzeniami osobowości.

Przypadek pierwszy. Kobieta z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim/umiarkowanym, „oligofreniczna" (opinia psychologa), nie wiedziała, że jest w ciąży, gdyż twierdziła, że w jej organizmie nie zaszły zmiany, które by mogły o tym świadczyć, ponieważ nie przytyła, nie urósł jej brzuch, nie miała mdłości, zachcianek typowych dla kobiet w ciąży. Brak menstruacji nie był dla kobiety przejawem możliwości zajścia w ciążę i nie spowodował, że poddała się ona badaniu ginekologicznemu. Wynikało to być może również z tego, że miała zaburzenia menstruacyjne i w związku z tym długie, nawet kilku miesięczne przerwy związane z fizjologicznym krwawieniem. Przed samym porodem pojawiło się krwawienie, które zinterpretowała jako początek menstruacji. Było to jednak krwawienie wywołane początkiem porodu. Ratownik medyczny, na podstawie informacji uzyskanych od sprawczyni, powziął wiedzę, że był to poród przedwczesny, w szóstym miesiącu, czego nie potwierdziły oględziny lekarskie. Początkowo uznano ciążę za donoszoną, gdyż dziecko oddało smółkę, ważyło 2950g. Biegli stwierdzili, że urodziło się w ósmym miesiącu. Ze względu na brak medycznego monitoringu ciąży, kobieta nie miała karty ciąży.

Brak świadomości o ciąży jest okolicznością, która mogła wpłynąć na przebieg zdarzenia krytycznego, ponieważ kobieta nie zabezpieczyła dziecka bezpośrednio po akcji porodowej. To była pierwsza ciąża kobiety, która utrzymywała, że gdyby o niej wiedziała i była do niej przygotowana, z radością wychowywałaby narodzone dziecko.

Warto wziąć również pod uwagę nietypowy przebieg samego porodu. Poród był nagły, odbył się w toalecie, a dziecko po wyjściu z dróg rodnych wpadło główką w stronę odpływu do muszli klozetowej wraz z łożyskiem. Z punktu widzenia ratownika medycznego:

„Dziwne było dla mnie to, że w toalecie znajdowało się dziecko razem z łożyskiem, bo przeważnie łożysko rodzi się kilkanaście do kilkudziesięciu minut po urodzeniu dziecka". Sama kobieta opisuje poród następująco (parafraza i synteza wypowiedzi): wszystko potoczyło się bardzo szybko. Usłyszałam plusk. Wstałam z toalety i zobaczyłam, że leży w niej dziecko. Ono zaczęło płakać. Nie dotykałam go. Spanikowałam. Wyszłam z łazienki pozostawiając noworodka. Słyszałam w pokoju jeszcze przez chwilę jak dziecko płakało, potem już nie.

Kolejną okolicznością, którą należy wziąć pod uwagę był nietypowy przebieg ciąży związany z przyrostem masy ciała, gdyż brzuch kobiety nie był na tyle zarysowany, by sugerował ciążę, co potwierdzają również inni świadkowie w sprawie. Jednak partner kobiety zaczął sugerować wizytę u ginekologa i zaczął podejrzewać ciążę, co kobieta stanowczo odrzucała i nie udała się na konsultację lekarską. Nie chciała też wykonać testu ciążowego. Być może to była forma strategii ucieczkowej, która uruchomiła się u kobiety, w bardziej lub mniej świadomym wymiarze, w związku z lękiem przed porodem i/lub posiadaniem dziecka. Z zeznań ratownika medycznego wynika, że był to dom zaniedbany, ubogi, panował nieład. Kobieta korzystała ze wsparcia finansowego GOPS. Należy przypuszczać, że nie otrzymywała wsparcia niematerialnego w postaci pogłębionej pracy socjalnej. W aktach sprawy nie pojawiają się informacje z GOPS na temat funkcjonowania rodziny. Dowiadujemy się jedynie z wywiadu kuratora sądowego, że nie była to rodzina z problemem alkoholowym, nie była do niej wzywana policja na interwencje.

Kolejny przypadek jest nieco inny. Nie mamy tutaj do czynienia z osobą upośledzoną umysłowo, jednak, wedle opinii psychiatrycznej – cierpiącą na zaburzenia osobowości (osobowość pasywno-agresywna, emocjonalnie niedojrzała). Kobieta twierdziła, że dziesięć lat chorowała na depresję, jednak nie zażywała żadnych leków, bo źle się po nich czuła. Sporadycznie leczyła się u psychologa i u psychiatry. W tym wypadku kobieta wiedziała o ciąży i nieregularnie leczyła się ginekologicznie. Można przypuszczać, że ciąża, w którą zaszła nie była przez nią chciana, lub/i chciała ją ukryć. Już we wczesnym okresie ciąży pojawiały się symptomy charakterystyczne, jak chociażby mdłości, co zauważyła matka konkubenta. Kobieta zaprzeczała, że jest w ciąży. Również jej partner dopytywał ją o ewentualną ciążę, czemu zaprzeczała. Kiedy kobieta powiadomiła partnera o ciąży wskazywała na jej mniej zaawansowany przebieg niż był faktycznie. W dzień porodu matka konkubenta proponowała jej wezwanie karetki pogotowia, ale kobieta odmówiła. Partner proponował, że zawiezie ją do

szpitala, ale ona odmówiła. Podczas samego porodu, który odbył się w mieszkaniu, w którym, w tym czasie, w innym pokoju przebywała matka partnera, zachowywała się bardzo cicho, kiedy dostała wyraźnych bólów partych nie poprosiła matki konkubenta o pomoc. Po zdarzeniu krytycznym wykonała telefon do konkubenta – poinformowała go, że zrobiła coś strasznego, pójdzie za to do więzienia i że to nie było jego dziecko. W jej późniejszych zeznaniach, twierdziła, że to było jednak dziecko partnera. Być może jej stosunek do ciąży wynikał z obawy przed reakcją partnera w sytuacji, kiedy wyszłoby na jaw, że to nie było jego dziecko.

Rodzina była znana MOPS i policji ze względu na prowadzoną procedurę Niebieskiej Karty. Byli pod kontrolą dzielnicowego i pracownika socjalnego. W sądzie była założona sprawa o nękanie. Kobieta, kiedy wróciła do partnera, wycofała wszystkie swoje zeznania. Zarządzono systematyczny nadzór rodziny. Kobieta zgłaszała obawy policji, że konkubent ją zabije. Po rozstaniu z partnerem, kobieta nie chciała widywać się z synem, mimo próśb konkubenta. W trakcie rozstania konkubent złożył do sądu wniosek o ustalenie miejsca pobytu syna i o alimenty. Przedstawił problem rodziny wychowawcy z przedszkola, do którego uczęszczał syn. W sprawie rodziny zbierała się grupa robocza specjalistów prowadzona w związku z procedurą przeciwdziałania przemocy w rodzinie, do której włączono wychowawcę z przedszkola syna. Przedstawiał on pozytywną opinię o ojcu chłopca, który kontaktował się z placówką, w przeciwieństwie do matki. Spotkania grupy roboczej przez pewien okres odbywały się zdalnie w związku z pandemią. Pracownik socjalny monitorował środowisko po powrocie kobiety do konkubenta. Wtedy twierdziła ona, że już do przemocy nie dochodzi, a ona uczęszcza na terapię dla ofiar przemocy. Konkubent posiadał pozytywną opinię z przedszkola. To stało się podstawą do odstąpienia od procedury Niebieskiej Karty i wzmożonego monitoringu rodziny.

Kobieta funkcjonowała w środowisku, w którym jej relacje z konkubentem i jego matką były niestabilne i konfliktowe. Kobieta twierdziła, że teściowa znęcała się nad nią psychicznie. Kazała jej się wyprowadzić. Nie były czynione żadne przygotowania związane z przyszłymi urodzinami dziecka.

Być może do zabójstwa nie doszłoby, gdyby kobieta była poddana odpowiedniemu leczeniu farmakologicznemu oraz psychoterapii skierowanej dla osób z zaburzeniami osobowości. Jednak biorąc pod uwagę nieregularny przebieg leczenia kobiety i jej niestabliność

w funkcjonowaniu społecznym np. znikała z domu i żaden z domowników nie wiedział, gdzie była, zachodzi wątpliwość, czy kobieta poddałaby się takiemu leczeniu.

W przypadku działania grupy roboczej w ramach przeciwdziałania przemocy w rodzinie, warto się zastanowić, jak można usprawnić działanie takich grup, tak by uwzględniało ono proces psychospołeczny zjawiska cyklów przemocy w rodzinie, który charakteryzuje się: fazą narastania napięcia, fazą gwałtownej przemocy, fazą miodowego miesiąca, a potem pojawia się kolejny cykl (Ciesielska, 2014, s. 13-14). Oznacza to, że należy przemyśleć powody i etap pozwalający na odstąpienie od monitoringu rodziny zapewnionego w ramach procedury Niebieskiej Karty.

SPRAWCY, KTÓRZY NIE SĄ RODZICEM

Kolejny typ spraw dotyczy sytuacji, kiedy sprawcą czynu nie był rodzic dziecka. W dwóch przypadkach był to konkubent matki dziecka. W trzecim przypadku, brat rodzony dziecka. Te sytuacje warto wyodrębnić, ponieważ w procesie zapobiegania, można często pozyskać naturalnych sojuszników, rodziców ofiary.

Pierwszy przypadek. Zabójstwo umyślne 3-letniego chłopca, dokonane przez konkubenta matki chłopca, który stosował wobec niego różne formy przemocy i znęcania się. Finalnie chłopiec utopił się w wannie. W całej sprawie znaczącą rolę grają środki psychoaktywne, w tym narkotyki oraz obojętność matki chłopca (być może też mającą swoje źródło w uzależnieniu od środków psychoaktywnych). Pojawia się tutaj wątek uchybień w prowadzeniu wywiadu przez kuratora. Sprawa w wyczerpujący sposób została opisana w opisie przygotowanym przez biuro RPD:

„W mojej opinii występują uchybienia w działaniach głównie kuratora, który pełnił nadzór nad sposobem wykonywania władzy nad małoletnimi w rodzinie. Jak wskazują wyjaśnienia matki małoletnich jego wizyty były zawsze zapowiedziane. Nie sprawdzał on w jakim stanie fizycznym znajdują się dzieci, ograniczał się jedynie do powierzchownej oceny czy dzieci mają ślady wskazujące na stosowanie przemocy podczas kilku, bądź kilkuminutowych wizyt.

Nie przeprowadził on również wnikliwego wywiadu wśród sąsiadów, którzy mieli wiedzę o libacjach alkoholowych, krzykach, jakie miały miejsce w mieszkaniu zajmowanym przez rodzinę. Pomimo nieobecności sąsiadów, podczas pierwszej wizyty, kurator nie powinien odstępować od zbierania wywiadu wśród nich. Powinien regularnie oraz wnikliwie zbierać

wywiad w środowisku rodziny. Posiadał również informacje od szkoły o docierających do nich niepokojących informacjach i możliwości zagrożenia dobra dzieci. Nie wzmożyły one jednak jego czujności i nie spowodowały zintensyfikowania działań".

Pojawiają się też wnioski z działalności innych instytucji, takich jak szkoła, MOPR. Nie można stwierdzić, że inne instytucje (MOPR, szkoła) dołożyły wszelkich starań, aby zabezpieczyć dobro małoletnich. Szkoła w przypadku powzięcia informacji o możliwych nieprawidłowościach w opiece powinna np. powiadomić dodatkowo MOPR o zaistniałej sytuacji, a nie tylko kuratora, przeprowadzić rozmowy z obojgiem rodziców, zorganizować rozmowy małoletniej z pedagogiem, który podczas ich przebiegu mógłby wydobyć informacje o sytuacji panującej w domu małoletniej, a następnie jeśli w wyniku podjętych czynności nadal istniałaby wątpliwości co do nadużywania alkoholu oraz zaniedbywania dzieci, szkoła powinna skierować wniosek do sądu, wydziału rodzinnego i nieletnich o wgląd w sytuację małoletnich. Szkoła ograniczyła się jedynie do poinformowania kuratora oraz jednorazowego sprawdzenia zachowania matki małoletniej, czy nie wskazuje na używanie alkoholu oraz również jednorazowego zapytania, czy córka chce wracać z matką do domu. MOPR również nie przeprowadził wywiadu w środowisku lokalnym, ani nie skonfrontował informacji z matką. W przypadku tak trudnego kontaktu z matką, braku współpracy oraz niemożności uzyskania informacji ze środowiska lokalnego, MOPR mógł zawiadomić sąd o sytuacji.

Wydaje się, że praca nad pozyskaniem informacji od sąsiadów przez kuratora, ograniczała się do pukania do ich drzwi z nadzieją, że otworzą i zgodzą się przeprowadzić wywiad środowiskowy. W istocie, w takich przypadkach nie chodzi tylko o „wywiad środowiskowy", bo wypowiadając się w sformalizowanej sytuacji, każdy waży słowa, ale raczej o pozyskanie osób życzliwych dziecku do współpracy, co jest szczególnie trudne i wymagające odwagi, kiedy potencjalnym sprawcą jest skazany m.in. za rozboje były zawodnik MMA. Zatem pierwszym działaniem służb społecznych powinno być zapewnienie bezpieczeństwa potencjalnym sojusznikom, kolejnym zaangażowanie ich we wspólne działanie, nie poprzez wywiad, ale raczej rozmowę zorganizowaną tak, by potencjalny sprawca o tym nie wiedział (pukanie na całą klatkę w drzwi sąsiadów raczej nie służy ich poczuciu bezpieczeństwa). Niestety brakuje doświadczonych pedagogów społecznych, umiejących nawiązywać relacje w społecznościach lokalnych, rozpoznawać ich struktury (kto z kim trzyma, kto się kogo boi). Innym naturalnym sojusznikiem mógłby być ojciec dzieci, również inni członkowie rodziny,

których można nie tylko pytać w trybie „zeznania”, ale również angażować w obliczu zagrożenia własnego przecież syna lub wnuka.

Pomijając jednak nawet aspekt środowiska lokalnego, sąsiedztwa czy dalszej rodziny, samo skojarzenie trzech czynników: (1) niekontrolowanej agresji (mężczyzna był wcześniej karany m.in. za rozbój), (2) uzależnienia od środków psychoaktywnych i do tego jeszcze (3) sytuacji przebywania (wychowywania?) nieswojego małego dziecka, które na skutek naturalnej fazy rozwojowej, może być nieznośne, ale jednocześnie nie można oczekiwać, że samo nad tym zapanuje, musi być intepretowane jako sytuacja alarmowa, wymagająca niezwykłej dociekliwości i stałej wręcz kontroli.

Kolejny przypadek przedstawia sytuację jeszcze bardziej dynamicznego afektu i jeszcze bardziej niekontrolowanej przemocy, która przekształca się w usiłowanie popełnienia zbrodni. Konkubent, w ataku szału wywołanym słowami konkubiny, że nie będzie tolerować pijaństwa partnera i z tego powodu kończy ich związek, rzuca się na nią z nożem i zadaje wiele ran. Mężczyzna zadał nożem wiele ran matce, jej 10-letniej córce zadał lekką ranę „małe, delikatne rozcięcie naskórka palców u dłoni”. W odróżnieniu od poprzedniego przypadku, nie ma tu problemu uzależnień (choć alkohol ma prawdopodobnie swoje znaczenie w uwalnianiu emocji), ale pojawiają się zaburzenia osobowości, objawiające się poza uproszczeniami poznawczymi (nadmierną pewnością siebie i naiwnością w zakresie rozumienia i wyjaśniania świata), problemy w budowaniu więzi emocjonalnych przy jednoczesnej znaczącej potrzebie miłości (głównie bycia kochanym), powiązanej z chorobliwą zazdrością i lękiem utraty obiektu pożądania.

Przypadek ten, jako nieliczny przykład usiłowania zabójstwa, może ukazać siły ludzkie i społeczne, które są w stanie przeciwstawiać się zbrodni w efekcie jej zapobiegając.
Wspomnianymi siłami były:

a) w pierwszym rzędzie matka, która własnym ciałem zasłaniała córkę, kiedy ta stała się również celem ataków (na początku dziecko nie było obiektem agresji, stało się nim, jako rodzaj szantażu, nacisku na konkubinę);
b) potem sąsiedzi, którzy widząc uciekające kobiety, bezzwłocznie zareagowali w trzech obszarach: zaopiekowali się córką, dokonali natychmiastowej interwencji poprzez zatrzymanie i unieszkodliwienie sprawcy oraz wezwali odpowiednie służby.

Można wnioskować, że w tej sprawie pojawiły się te czynniki, których zabrakło w poprzedniej: zaangażowany w ochronę dziecka rodzic oraz nieobojętna, aktywna wspólnota sąsiedzka. Te dwie okoliczności umożliwiły zapobieżeniu tragedii, której nikt się nie spodziewał i właściwie nie mógł przewidzieć. Żadne ze służb społecznych nie były włączone w sprawę, bo nie było uzasadnionego powodu, samo poddawanie się sprawcy diagnozie i leczeniu psychiatrycznemu mogło być raczej symptomem interpretowanym jako pozytywny (świadomość własnych problemów i korzystanie z profesjonalnego wsparcia). Być może personel psychiatryczny mógł podejrzewać tego typu zachowania afektywne na bazie cech charakterystycznych zaburzenia, jednak wydaje się to mało prawdopodobne.

Konkluzja w zakresie rozwiązań systemowych może być zatem tylko jedna. Bardzo potrzebna jest w Polsce praca nad społecznościami sąsiedzkimi, silnymi i gotowymi działać w sytuacji zagrożenia, bo taka wspólnota, po pierwsze jest naturalną profilaktyką (zapewnia wrastanie młodych ludzi w kulturę wzajemnej troski i zainteresowania, co daje też poczucie bezpieczeństwa przynajmniej w lokalnej przestrzeni życia), po drugie istotnym czynnikiem hamującym, a wręcz ochronnym w sytuacji zaistnienia zachowań niebezpiecznych. Żadna instytucja nie jest też w stanie zadziałać z taką szybkością jak wspólnota sąsiedzka, będąca na miejscu i mająca kolektywną wiedzę znacznie bardziej obszerną i zweryfikowaną, niż większość reprezentantów publicznych instytucji.

W kontekście zapobiegania tragediom, takim jak przypadki opisane powyżej, dodatkowe światło może rzucić analiza wydarzeń opisanych w postepowaniu sądowym, pod wieloma względami zupełnie innym, ale jednocześnie ukazującym potencjalną genezę przestępczych postaw zakotwiczonych w nieprzepracowanych emocjach i relacjach. Jest to przypadek względnie zamożnej rodziny, w której uczeń III klasy LO zamordował siekierą rodziców i 7. letniego brata. Sprawca twierdzi, że doznawał przemocy od ojca, był bity oraz stosowano wobec niego głodówki. Chłopiec twierdzi, że rodzice nie chcieli umówić go do psychologa, choć o to wiele razy ich prosił. O swoich problemach powiedział również nauczycielce matematyki, ale ona tego nie potwierdza w zeznaniach.

Przypadek ten jest o tyle ważny, że pokazuje jedną z wielu trajektorii przemocy, z tym, że tym razem ujawniająca się w bardzo młodym wieku. Chociaż bardziej pogłębiona analiza psychologiczna z pewnością mogłaby doprowadzić do jeszcze bardziej szczegółowych wniosków, to jednak już po analizie akt sądowych można zauważyć, że nagły i niekontrolowany

przypływ emocji, który okazał się zabójczy, ma niekiedy swoje źródło w niedowartościowaniu i braku wsparcia w okresie adolescencji. Ten chyba najtrudniejszy w perspektywie rozwojowej okres, z jednej strony, umożliwia jednostce uwolnienie się od rodziców, wyzwolenie z perspektywy aksjologiczno-społecznej opiekunów, jednak z drugiej, wiąże się z ryzykiem, radykalnego wyrwania się z norm społecznych, które to w powiązaniu z silnym wzburzeniem oraz ograniczoną umiejętnością kontrolowania emocji i przewidywania konsekwencji swoich czynów, może doprowadzić do tragedii. Przypadek pokazuje skrajny wariant zarysowanego tu procesu, ale przecież, równie dobrze, dylematy młodzieńcze mogłyby być dłużej tłumione i wyzwolić się dopiero w wieku dorosłym, w formie przemocy wobec osób postronnych czy bezbronnych członków własnego gospodarstwa domowego, jak to miało miejsce w innych sprawach.

Z perspektywy systemowej, lekcja jaką można wyciągnąć, powinna ogniskować się na uświadamianiu rodziców, jak łączyć wymagania wobec dzieci z procesem budowania i wzmacniania pozytywnych emocjonalnych związków i przywiązania. W tym konkretnym przypadku, taka uwrażliwiająca diagnoza była stawiana, choćby przez psychiatrę czy specjalistów z poradni psychologiczno-pedagogicznej, jednak – jak się wydaje – zalecenia sformułowane w sposób mechaniczny „zajęcia kompensacyjno-korekcyjne", lub wręcz rozwiązania farmakologiczne, mogły jedynie nasilić problem. Nie trafiały bowiem w jego sedno, czyli jakość relacji w rodzinie, symbolicznie obarczając odpowiedzialnością a niesymbolicznie koniecznością podjęcia działania, dziecko a potem młodego człowieka.

W tle tej sprawy pojawia się jeszcze cień innego problemu, który ma już wymiar społeczny, a mianowicie kwestia świadomości społecznej w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Okres dzieciństwa i młodzieńczy są zwykle społecznie postrzegane jako beztroskie, wypełnione zabawą i radością. Co więcej, przez wiele lat sądzono, że zaburzenia psychiczne właściwie omijają dzieci i pojawiają się dopiero w dorosłości (paradoksalnie, nie przeszkadzało to upatrywać ich przyczyn we wczesnym dzieciństwie).

Co więc można zmienić systemowo. Przede wszystkim uwrażliwiać i edukować nauczycieli w zakresie znaczenia dobrostanu psychicznego w wieku młodzieńczym oraz potrzeby wsparcia młodzieży z problemami psychicznymi, ale również znaczenia więzi i wzajemnego przywiązania członków rodziny. Wszelkie szkolenia w zakresie kontrolowania emocji (realizowane często w modelu behawioralnym) mogą być trwale skuteczne jedynie,

kiedy wynikają ze świadomości osoby podejmującej działania agresywne czynienia krzywdy bliskim. W innych przypadkach, pozorna efektywność może być jedynie rodzajem uciszenia społecznie szkodliwych działań, bowiem sama terapia nie obejmuje rzeczywistych przyczyn problemu, jakimi mogą być emocjonalne relacje i więzi w rodzinie.

NIEUMYŚLNE SPOWODOWANIE ŚMIERCI DZIECKA

Niezamierzone śmierci dzieci zasługują na osobne omówienie, jako że charakteryzują je inne przyczyny, ale również – co ważniejsze – inne uwarunkowania i inne działania zaradcze. Co charakterystyczne, wszystkie miały miejsce w sytuacji trwałej lub czasowej nieobecności drugiego rodzica i można je uporządkować według kryterium wieku dziecka, będącego ofiarą przestępstwa. Takie usystematyzowanie ukazuje uwarunkowania charakterystyczne dla wieku i okresu rozwojowego dziecka. Dalej zaproponowano typologiczną charakterystykę analizowanych przypadków nieumyślnego spowodowania śmierci dziecka.

NIEWYKSZTAŁCONA TOŻSAMOŚĆ RODZICIELSKA W STOSUNKU DO NOWORODKA

Niezdecydowanie w kwestii rodzicielstwa może być czynnik zmniejszającym zaangażowanie samotnej matki w unikanie wypadków w okresie okołoporodowym. Przypadek młodej kobiety budującej związek ze starszym mężczyzną. Zajście w nieplanowaną i przez większość czasu również niechcianą ciążę staje się przyczyną niepowstrzymywania się w okresie okołoporodowym od zachowań ryzykownych w stosunku do dziecka. W tym zakresie znacząca jest negatywna rola najbliższego otocznia społecznego (starszego partnera i jednocześnie ojca dziecka), który jednoznacznie nie chciał potomka i nawet gotów był podejmować działania, które zapobiegną jego urodzeniu. Po informacji, że kobieta jednak zdecydowała, że dziecko się urodzi, partner odchodzi. Młoda matka rozważała wcześniej możliwość przerwania ciąży i prawdopodobnie przez cały czas nie była zdecydowana, czy być matką czy nie (chwiejna równowaga w ramach trajektorii rodzicielstwa). Już w szpitalu, z uwagi na młody wiek i brak zaangażowania, które mogłoby owocować choćby uczeniem się w szkole rodzenia, była w znacznym stopniu niezaradna jako mama noworodka. Nie obudziły się też w niej naturalne mechanizmy i intuicje macierzyńskiej troski, nie pomogło też przekonanie o pozytywnym nastawieniu rodziców. Taka postawa, już po urodzeniu dziecka, doprowadza do przypadkowego

przyduszenia noworodka w szpitalu. Wywiad (nieformalna rozmowa) pomogłaby ustalić chwiejne nastawienie matki do dziecka oraz przedstawienie jej możliwości przejęcia noworodka przez instytucje pieczy zastępczej. Bliższa współpraca z jej rodziną mogłaby wzmóc jej zaangażowanie w przyjście na świat nowego jej członka i wsparcie młodej mamy, żeby miała poczucie oparcia, mimo utraty relacji z ojcem dziecka.

NIEODPOWIEDNIA OPIEKA NAD NOWORODKIEM LUB NIEMOWLĘCIEM

Przypadek niewłaściwej opieki ojca nad noworodkiem, podjętej przez ojca w sytuacji braku drugiego rodzica. Niewłaściwe mycie dziecka spowodowało upadek dziecka, po którym nie było obserwacji, czy upadek nie przyniósł odroczonych efektów. Dodatkowo czynności pielęgnacyjne odbywały się w nieodpowiednio przygotowanym pomieszczeniu. Wymienione czynniki ryzyka współgrały w tej sytuacji z ograniczoną wyobraźnią ojca w okresie, kiedy sprawował on samodzielną opiekę nad dzieckiem podczas hospitalizacji matki. Podobny przypadek dotyczy dziecka, które nieszczęśliwie spadło z łóżka w szczelinę i doznało obrażeń.

Tego typu przypadki wskazują na potrzebę rozwiązań systemowych umożliwiających z korzystania ze wsparcia opiekunek do dzieci w sytuacjach sprawowania opieki przez rodzica nieprzygotowanego do pełnienia funkcji pielęgnacyjnej. Jest to trudne, ponieważ wymaga wyłapywania w systemie takich przypadków oraz tworzenia rozwiązań
pozwalających na dofinansowywanie zlecanej opieki nad dzieckiem w sytuacji, kiedy mamy do czynienia z rodziną o niskim dochodzie.

ROZPROSZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

Przypadek rozproszonej odpowiedzialność za pilnowanie małego dziecka w trakcie imprezy rodzinnej w domu matki, w sytuacji ograniczenia władzy rodzicielskiej ojca, opiekunowie z niepełnosprawnościami intelektualnymi. Wypadek zakrztuszenia się wodą na skutek nieszczęśliwego wypadku i niedopilnowania dwuletniego dziecka w ramach gospodarstwa domowego lub wspólnoty lokalnej w trakcie imprezy rodzinnej. W opiekę nad dziećmi mógłby być włączony ojciec (mógłby je zabrać np. do siebie na czas imprezy rodzinnej), jednak sąd

ograniczył jego władzę rodzicielską (dwoje rodziców o równej władzy rodzicielskiej dwukrotnie zmniejsza ryzyko nieszczęść wynikających z niedopilnowania, szczególnie, kiedy jedno z nich ma niepełnosprawność intelektualną).

Inny przypadek rozproszonej odpowiedzialność, to sytuacja ojca odpowiedzialnego za pilnowanie małego dziecka w domu rodzinnym ojca w sytuacji braku matki. Ojciec uczestniczący w postępowaniu rekrutacyjnym on-line nie przekazał sprawowania pieczy nad córką żadnemu ze swoich braci, w efekcie czego, nikt osobiście jej nie pilnował i córka wpadła do basenu i się utopiła.

NIEWŁAŚCIWA DIAGNOZA I DZIAŁANIA INSTYTUCJI MAJĄCYCH CHRONIĆ MAŁOLETNIEGO

Niewłaściwa diagnoza, polegająca na skupieniu się na wymiarze, który nie stanowił głównego problemu (uczestnictwo w obowiązku szkolnym) oraz zaniechanie rozpoznania innych zagrożeń (uzależnienia od substancji psychoaktywnych, ryzykowne relacje koleżeńskie). Inną okolicznością zdarzenia była niedostateczna opieka rodzicielska matki, która po rozwodzie zajmowała się synem i nie była w stanie chronić małoletniego dziecka przed wpływem kolegi oferującego środki psychoaktywne. 16-letni sprawca nieumyślnie zabija kolegę podając mu narkotyki.

WNIOSKI

ZAANGAŻOWANA WSPÓŁPRACA INSTYTUCJI

Choć w przypadkach podejrzenia przemocy, ustawodawca przewidział specjalne procedury jakimi są założenie Niebieskiej Karty oraz powołanie zespołu interdyscyplinarnego, to jednak – mimo ogólnie bardzo pozytywnego efektu – nie zawsze okazują się one skuteczne. Istotnym problemem wydaje się tutaj formalizacja praktyk współpracy, która niestety niekiedy prowadzi do podporządkowania pracy takich zespołów formalnym procedurom i standardowym oczekiwaniom. Niestety wszystkie przypadki zabójstw dzieci są sytuacjami bardzo niestandardowymi, zdarzającymi się na szczęście bardzo rzadko. Sporadyczność oraz

nietypowość (prawie każdy przypadek jest inny), wykluczają opisanie działań zapobiegawczych wyłącznie procedurami. W wielu przypadkach, jedynie niestandardowa czujność i zaangażowanie różnych służb mogą zapobiec zbrodni. Ważne jest zatem budowanie pracy socjalnej, asystentury rodziny oraz kurateli sądowej, a nawet policji miejscowej (dzielnicowych) jako silnych profesji o charakterze służby odpowiedzialnej moralnie, a nie jedynie dokumentarnie za monitorowanie niekorzystnych zjawisk społecznych. Ważne jest społeczne dowartościowywanie reprezentantów profesji pomocowych, co oczywiście jest procesem długoterminowym, jednak już teraz należałoby stworzyć platformy współpracy międzyinstytucjonalnej, np. w formie otwartych forów, które powinny być otwierane kiedykolwiek zajdzie taka potrzeba (np. profilaktycznie), a nie jedynie wtedy, kiedy zachodzą przesłanki ustawowe.

Dla poprawy działania instytucji i poprawy współpracy międzyinstytucjonalnej należy uwzględnić jakość przepływu informacji, co stanowi ważny element tej współpracy. Z przeprowadzonej analizy dostępnych materiałów wtórnych wynika, że instytucje są poinformowane o funkcjonowaniu rodzin na różnym poziomie, natomiast przepływ wymiany informacji ma charakter wybiórczy i jest zależny od osoby realizującej czynności służbowe i stylu jej pracy oraz okoliczności, w których informacje są przekazywane. Tymczasem niezbędne jest wprowadzenie systemu pozwalającego na pełny dostęp do informacji o rodzinie dla wszystkich instytucji, które z przyczyn uzasadnionych chcą tych informacji zasięgnąć. Takie rozwiązanie nie wyeliminuje przypadków działań pozornych, stanowiących część instytucjonalnej rzeczywistości, ale być może, wpłynie na zwiększenie wiedzy reprezentantów instytucji mających bezpośredni kontakt z rodziną, co pozwoli im w sposób bardziej krytyczny i profesjonalny podejmować działania adresowane do rodzin. Ważna w tym kontekście jest również współpraca z organizacjami pozarządowymi, a może nawet nieformalnymi. Choć takie organizacje stanowią podstawowy filar społeczeństwa
obywatelskiego i pomocy społecznej, w Polsce ciągle jeszcze często są traktowane jako mniej ważne, jako rodzaj niekoniecznego dodatku do organizacji „rządowych”.

WSPÓŁPRACA Z DRUGIM RODZICEM I RODZINĄ, EDUKACJA SĄSIADÓW

W przypadku niepowodzenia działań profilaktycznych pozostaje jedynie działanie chroniące przed najbardziej tragicznym scenariuszem, ale w tym wypadku bardzo ważna jest współpraca z osobami, które są najbliżej miejsca potencjalnej tragedii. Taka współpraca powinna być nawiązywana niemal rutynowo przez pracowników socjalnych, asystentów rodziny oraz kuratorów sądowych. Ważne jednak, żeby nie było to działanie podejmowane w ostatniej chwili, tylko niemal od samego początku, bo kluczową kwestią jest praca nad zaufaniem, które nie pojawia się szybko. Wszystkie przypadki nieumyślnego spowodowanie śmierci dziecka miały miejsce w sytuacji chwilowego lub trwałego braku drugiego rodzica w miejscu zdarzenia (ograniczenie praw rodzicielskich, choroba, przebywanie w innym miejscu). Można z dużym prawdopodobieństwem podejrzewać, że gdyby drugi rodzic był obecny, część z tych zdarzeń krytycznych w ogóle by się nie wydarzyła.

Nie zawsze drugi rodzic może przyczynić się do zapobieżenia zabójstwa dziecka. Włączony w pomoc inny członek rodziny, czy sąsiad, też mógłby zaradzić problemowi tym bardziej, że niemal wszystkie tragedie wydarzyły się w domu lub koło domu. Nie ma w zasadzie żadnych negatywnych efektów współpracy z otoczeniem społecznym użytkownika usług, klienta czy podopiecznego, za to można długo wyliczać pozytywy, nawet jeżeli nigdy nie miałoby dojść do tragedii. Poza rozpoczęciem takiego działania odpowiednio wcześnie, należy pamiętać o pozytywnym nastawieniu oraz przyjęciu podejścia opartego na siłach, bo jedynie wzmocnienie sił sąsiedzkich i swoistej odwagi obywatelskiej może
przyczynić się do efektywnej współpracy[6]

PRACA Z SAMYMI RODZICAMI

Większość analizowanych przypadków wskazuje na nieskuteczność nadzorów jakie sprawowały różne instytucje. Nie jest to dziwne, jako że „nadzór" zwykle podejmowany wbrew woli rodzica i bez jego udziału, raczej skutkuje ograniczeniem chęci dzielenia się ważnymi informacjami (jak choćby braki kompetencyjne, złe nastroje, obawy itd.), a niekiedy nawet wprowadzaniem nadzorującego w błąd. W szczególności osoby nie radzące sobie z emocjami,

[6] Szczegółowe kroki podejmowania pozytywnej współpracy z defaworyzowanymi sąsiedztwami zostały opisane w Gulczyńska, Granosik 2022.

ukrywające jakieś swoje działania, a nawet będące ofiarami przemocy będą miały skłonność przedstawiania swojej sytuacji tak, by żadne niechciane interwencje instytucjonalne nie były podejmowane. Taka gra z systemem jest nieunikniona, dopóki

---

sposób pracy różnych organów nie zacznie przekształcać się w model współpracy, która opiera się na rozumieniu (diagnostyka interpretatywna), współtworzeniu przestrzeni uczenia się oraz wzmacnianiu sił i potencjałów podopiecznych. Dopiero w takiej atmosferze można bardziej realistycznie rekonstruować poważne zagrożenia oraz z większym prawdopodobieństwem przewidywać rozwój wydarzeń.

W wielu analizowanych przypadkach, przebieg wydarzeń byłby prawdopodobnie zupełnie inny, gdyby w środowisku życia dziecka, we właściwym czasie znalazła się jakaś życzliwa, zaangażowana i odważna osoba (niestety dotyczy to również instytucji). Oczywiście, podejmowanie współpracy nie wyklucza „nadzoru", przeciwnie, czyni go nawet skuteczniejszym, bo opartym na bardziej prawdziwych diagnozach. Tyle tylko, że nie jest on rysowany na pierwszym planie, a raczej konstruowany w tle i tylko wtedy, kiedy sytuacja naprawdę tego wymaga.

EMOCJE

Niemal we wszystkich przypadkach aktowi zbrodni towarzyszyły silne emocje. Znacznie trudniej przeciwdziałać zabójstwom zaplanowanym, w których sprawca ukrywa informacje mogące naprowadzić na trop, jednak takich przypadków nie było w analizowanym materiale. Znacznie bardziej możliwe jest przeciwdziałanie przestępstwom w afekcie, bowiem rzadko są to sytuacje nie mające wcześniej ostrzegawczych oznak nieradzenia sobie z emocjami. W tym drugim przypadku, kluczowa wydaje się edukacja i współpraca z innymi członkami rodziny albo najbliższym otoczeniem (sąsiadami), którzy jako jedyni mogą poinformować, co się dzieje zanim dojdzie do tragedii. Trzeba również dodać, że największym sukcesem takiego działania, poza zapobieżeniem tragedii, jest przekonanie potencjalnego sprawcy do pracy nad sobą (swoją agresją), a to wymaga zrozumienia.

DIAGNOZA INTERPRETATYWNA

W co najmniej kilku przypadkach, brak zastosowania bardziej zaangażowanych działań instytucjonalnych wynikał z diagnozy, której zasadniczą częścią był tzw. sukces szkolny. Ten aspekt ma swoje dwa oblicza: skuteczne podejmowanie obowiązku szkolnego przez samo dziecko (co ma świadczyć, że nie ma ono poważnych problemów życiowych, a jego rodzice skutecznie wykonują opiekę rodzicielską) oraz poziom wykształcenia rodziców (który to ma potwierdzać ich kompetencje i odpowiedzialność rodzicielską). Niestety, często się okazywało, że oparta na takich wskaźnikach diagnoza nie wyjaśnia ocenianej sytuacji, ani nie jest dobrym prognostykiem na przyszłość. W obliczu takich problemów, prawdopodobnie bardziej skutecznym sposobem przewidywania ludzkiego działania, jest zrozumienie tego postepowania, a więc spojrzenie z perspektywy osoby, która je podejmuje (Granosik 2015, Jarkiewicz 2020). W szczególności, jeżeli kluczową rolę grają emocje, których dynamizm się nasila. Ten sposób analizowania opiera się na odnajdywaniu tych aspektów ludzkiego funkcjonowania mogących stanowić mechanizmy konstruowania procesów społecznych, które składają się na biograficzne stawanie się osoby usytuowane w określonym środowisku życia. Takie podejście diagnostyczne wymaga rozszerzenia procedur prowadzenia wywiadów środowiskowych o inny typ wywiadu nazywany narracyjnym (por. Gajek 2022). Zrozumienie postępowania osoby wymaga bowiem rozpoznania świata przeżywanego, a więc subiektywno-relatywnego środowiska wewnętrznego przeżywanego przez osobę, który przejawia się poprzez codzienną komunikację, wymianę i kulturę. Jednocześnie ważne jest, by zrozumieć również społeczno-ekologiczny system relacji, w jakich funkcjonuje osoba, co jest możliwe do uchwycenia, dopiero kiedy uzyskamy dostęp do narracji innych znaczących, czy też innych pozostających w środowisku życia osoby, z którymi ona ma styczność. Takie działania powinny być prowadzone jako standardowa część pracy socjalnej, czy kurateli sądowej, jako niezbędne do zbudowania wielowymiarowego diagnostycznego obrazu rodziny i jej funkcjonowania. W tym wypadku informacje faktograficzne, czy kategoryzujące rodzinę przez ekspertów (lekarzy, psychologów, terapeutów, przedstawicieli innych instytucji), powinny stanowić tylko część niezbędnych informacji potrzebnych do zebrania, gdyż należy je wzbogacić o wywiady pozwalające na otwartą i wzbogaconą narrację ze strony przedstawicieli rodziny i innych osób ze środowiska, w którym ona funkcjonuje.

Diagnozę interpretatywną należałoby stosować nie tylko do rekonstrukcji aspektów poznawczych, emocjonalnych oraz związanych z działaniami podejmowanymi przez osoby w sytuacjach krytycznych, ale również (auto)biografii i tożsamości współopiekunów oraz środowisk, w których się wychowali oraz żyją obecnie. Szczególnie na potrzeby skutecznej profilaktyki, diagnoza musi obejmować zasoby, potencjały, kompetencje i siły (indywidualne i społeczne), a nie tylko problemy i czynniki ryzyka, bo na czymś trzeba budować zmianę.

REKRUTACJA I WYMIANA DOŚWIADCZEŃ

Wszystkich, wymienionych wyżej wskazań mogłoby nie być, gdyby rekrutować do pracy kuratorskiej osoby o zarysowanej wyżej wiedzy i doświadczeniu. Na bazie analizowanych przypadków, zdecydowanie widać, że to nie braki w wiedzy prawniczej skutkują tragediami dzieci, ale brak doświadczenia i umiejętności rozpoznawania dyskretnych przejawów przemocy, a przede wszystkim nawiązywania kontaktów i angażowania otoczenia społecznego, które zwykle wie lub może wiedzieć, albo ma podejrzenia graniczące z pewnością. Przecież co roku kształci się wielu specjalistów, którzy są niemal od razu przygotowani do takich zadań: pedagodzy społeczni, specjaliści pracy środowiskowej, street workerzy, pracownicy socjalni itd. Może po prostu w większym stopniu mogliby być zatrudniani w kurateli. Osobną kategorią osób o pożądanych kompetencjach są „eksperci z doświadczenia", czyli osoby, które same doświadczały przemocy i które nie tylko są znacznie częściej emocjonalnie zaangażowane, ale które również potrafią rozpoznawać bardzo śladowe symptomy przemocy, których nie można nauczyć na żadnym szkoleniu. Ich wiedza i zaangażowanie są pochodną doświadczeń i w tym sensie są niezastępowalne.

Olbrzymią siłą środowiska kuratorskiego mogłoby być (i niekiedy jest potencjalnie) zróżnicowanie zespołu, które byłoby umiejętnie przekształcone na sytuację wzajemnego uczenia się z doświadczeń. Niestety, proces uczenia się nie zachodzi efektywnie w sytuacji przymusu, zatem taka cyrkulacja wiedzy i umiejętności nie może być dekretowana. Stąd ogromna rola osób koordynujących prace kuratorów, bowiem muszą oni być inspiracją i jednocześnie wzorem zaangażowania, bo taka postawa będzie się udzielać innym, zachęcając ich do samodoskonalenia i czerpania z wiedzy i doświadczeń kolegów. Wytwarzanie sytuacji

uczenia się to nie tylko zapewnienie zaangażowania oraz wzajemnego szacunku osób o różnych kompetencjach do posiadanej wiedzy, ale również czynniki organizacyjne, czyli przestrzeń do uczenia się (systematycznie organizowane spotkania, miejsca, w których można to robić, współpraca z otoczeniem społecznym, żeby również osoby z zewnątrz mogły dzielić się swoim doświadczeniem). Słowem, zespoły kuratorskie powinny odchodzić od hermetycznej współpracy głównie z wymiarem sprawiedliwości, dopuszczać ekspertów zewnętrznych. Oczywiście w pewnym zakresie tak się dzieje, ale analizowane przypadki wyraźnie pokazują, że wciąż za rzadko i w niedostatecznym stopniu.

ŚRODOWISKO ŻYCIA

Wsparcie rodziny nie może opierać się jedynie na ewidencjonowaniu zmian, jakie w nich zachodzą i wydawaniu poleceń związanych z realizacją określonych zadań. Jesteśmy zwolennikami środowiskowego modelu wsparcia, które opiera się na rozpoznawaniu możliwości budowania oddziaływania środowiskowego, będącego dla osoby wsparciem odczuwanym i mobilizującym jej wewnętrzne siły. Chodzi o uruchamianie procesów związanych z inkluzją społeczną i społeczną siecią wsparcia, którą mogą zostać objęci rodzice (por. Kostrzyńska, Wojtczak 2022: 121-122). Sprzyjać temu może: tworzenie grup samopomocy, grup wsparcia dla rodziców prowadzonych przez asystentów rodziny, czy też innych praktyków pracy środowiskowej, rozpoznawanie sił i potencjałów tkwiących w środowisku życia poprzez stosowanie odpowiednich metod oddziaływania, jak chociażby konferencja grupy rodzinnej (Przeperski 2016), regularna praca w zespołach interdyscyplinarnych z udziałem przedstawicieli instytucji mających kontakt z rodziną.

Jeżeli tę perspektywę zakroić jeszcze szerzej, potrzebne są działania odbudowujące wspólnoty sąsiedzkie, bowiem ich siła może, z jednej strony, zapobiegać wydarzeniom tragicznym, lub przynajmniej ograniczać skalę szkód, z drugiej jednak, sama w sobie jest rodzajem profilaktyki, jako że tworzone w jej ramach środowisko wychowawcze (uczenia się) zaspokaja wiele potrzeb dzieci i młodych ludzi, kompensując niekiedy braki w ich rodzinach pochodzenia (potrzeba przynależności, poczucia wartości, bezpieczeństwa zakotwiczonego we wspólnocie, poczucia bycia pomocnym). Niestety, zbyt często rozwiązaniem na problem tzw. trudnego środowiska wychowawczego, jest pomysł wyrywania jednostek z ich lokalnych

środowisk i umieszczanie ich w pieczy lub środowisku zastępczym (w którym zwykle czuje się gorsza, nierozumiana i zdezorientowana). Alternatywnym działaniem, promowanym przez pedagogikę społeczną już od ponad stu lat jest przekształcanie środowiska jego własnymi siłami. Oczywiście, w wielu przypadkach nie daje się uniknąć pieczy zastępczej i w przynajmniej niektórych z analizowanych przypadków, mogłaby ona być sposobem uniknięcia tragedii.

REKOMENDACJE

EDUKACJA DLA RODZICÓW

Wskazana jest edukacja w celu minimalizacji ryzyka nieumyślnych/niezamierzonych śmierci dzieci. Edukacji nie należy utożsamiać ze szkoleniami, których efekty są często bardzo ograniczone, szczególnie w sytuacji niechcianego „nadzoru". Edukacja powinna być raczej rodzajem rozmowy, nawet może w większym stopniu przebiegającej poprzez pytania jako wyraz zainteresowania, w której również opiekunowie mają możliwość podzielenia się swoją wiedzą, przekonaniami, wartościami i doświadczeniem. Pouczenia od formalnego nadzorcy raczej nie są wprowadzane w życie, a jeżeli są, stwarzają sztuczny, niechciany element w doświadczeniach dziecka, któremu zwykle bliższy jest opiekun, niż pracownik jakiejś instytucji. Z tych względów edukacją powinny zajmować się osoby nie będące bezpośrednio zaangażowane w decyzje podejmowane wobec podopiecznego (jeżeli jakaś forma kurateli została ustanowiona przez sąd: asystenci rodziny, pracownicy socjalni, pedagodzy społeczni realizujący pracę środowiskową, terapeuci środowiskowi, psychologowie, pielęgniarki środowiskowe itd. To oczywiście nie wyklucza zadań edukacyjnych kuratorów sądowych, ale ich realizacja musi uwzględniać przedstawione tu ograniczenia i może choćby obejmować osoby z otoczenia społecznego lub różnych organizacji publicznych i niepublicznych. Warto jeszcze powtórzyć, że edukacja rozumiana jest tutaj jako wytwarzanie sytuacji wzajemnego uczenia się.

Edukacja może przybierać również charakter szkoleń/warsztatów dla rodziców. Jednak bardzo ważny w takich wypadkach jest format takich szkoleń, który sprzyja ich oddziaływaniu na rodziców. Muszą to być warsztaty dostosowane do możliwości intelektualnych i

komunikacyjnych rodziców, wymagające stosowania zabiegów walidacji komunikacyjnej, by upewnić się co rodzice rozumieją z treści prowadzonych zajęć. Ważne, by były to warsztaty praktyczne, a nie oparte na transferze wiedzy. Doświadczenia, jakie zbieramy podczas realizacji projektu Science Hub – *Rodzicu poznaj swoje prawa*, w ramach którego studenci jako obserwatorzy brali udział w szkoleniach dla rodziców reintegrowanych, starających się o powrót potomstwa z pieczy zastępczej[7], pokazują, że rodzice biorą udział w tych szkoleniach podyktowani motywacją zewnętrzną – „nakazał mi sąd", „nie oddadzą mi dzieci, jak nie wezmę udziału". Wynika to między innymi z tego, że format szkoleń ma charakter teoretyczny, a przekazywana wiedza nie jest zrozumiała i nie jest identyfikowana przez rodziców jako przydatna życiowo, gdyż nie jest integrowana z ich dotychczasowym doświadczeniem, pozostając dla nich zbyt abstrakcyjnym i nieprzydatnym zasobem wiedzy.

Ważne jest również, by oferta szkoleniowo-warsztatowa była różnorodna i była dostosowywana do potrzeb i trudności konkretnego rodzica. Istotna jest dostępność takich szkoleń i oddziaływań psychoedukacyjnych, tak by rodzice byli w stanie z nich skorzystać (chodzi o dostępność finansową, dostępność specjalistów, regularny, a nie jednorazowy przebieg szkoleń).

Proponujemy następujące obszary tematyczne oddziaływań edukacyjnych skierowanych na rodziców:

- bezpieczna opieka nad dzieckiem: jak bezpiecznie zajmować się dzieckiem i jakie działania, zaniedbania opiekunów mogą być dla niego groźne (treści z zakresu medycyny, pielęgniarstwa, pedagogiki opiekuńczej/społecznej, psychologii); rekomendujemy w tym zakresie stosowanie lalek terapeutycznych - *empathy dolls* - których użycie wzbogacone o analizę działania i odczuć rodzica wobec dziecka-lalki, stwarza szansę na rozwój kompetencji opiekuńczych i zwiększanie świadomości opiekuńczej;
- świadoma prokreacja, przebieg ciąży i porodu: edukacja z zakresu planowania ciąży, bezpiecznej antykoncepcji, przebiegu zapłodnienia, rozwoju ciąży, wariantów

[7] Krótki opis projektu: https://www.sciencehub.uni.lodz.pl/aktualnosci/szczegoly/studenci-wnow-stworza-miniporadnik-dla-rodzicow-z-niepelna-wladza-rodzicielska

przebiegu porodu, (treści z zakresu: planowania ciąży, seksuologii, medycyny-ginekologii, położnictwa, psychologii, pedagogiki rodziny);

- treningi psychodeukacyjne dotyczące zastępowania agresji (*aggression replacement training*) i zastępowania złości oraz wnioskowania moralnego dla rodziców o niskim progu wyzwalania agresji;
- treningi psychoedukacyjne z zakresu terapii traumy, zaburzeń przywiązania.

W przypadku rodziców uzależnionych od substancji psychoaktywnych, oddziaływania edukacyjne i psychoedukacyjne powinny iść w parze z oddziaływaniami terapeutycznymi i medycznym

EDUKACJA DLA PROFESJONALISTÓW

Rodziny, w których dochodzi do sytuacji zabójstwa lub usiłowania zabójstw, często przed zdarzeniem krytycznym mają styczność z różnymi przedstawicielami instytucji. Wielu przypadkom można by zapobiec, gdyby przedstawiciele instytucji podjęli odpowiednie, zaangażowane, profesjonalne i rzetelne działania. Biorąc pod uwagę różnorodność uwarunkowań instytucjonalnych, można wskazać kilka kierunków oddziaływań edukacyjnych dla profesjonalistów.

SZKOLENIA Z ZAKRESU DIAGNOZY ŚRODOWISKA

W przypadku przedstawicieli sądu – kuratorów rodzinnych i przedstawicieli OPS – pracowników socjalnych, asystentów rodziny, wskazane są szkolenia z zakresu przeprowadzania diagnozy środowiska, tak by ci specjaliści mogli rozszerzać swoją wiedzę i umiejętności w zakresie zbierania danych, konstruowania informacji, krytycznego myślenia, wnioskowania, przeprowadzania analizy informacji. Ważne, by specjaliści wiedzieli, jak skutecznie diagnozować kompetencje i sytuację społeczną rodziców/opiekunów oraz ich otoczenia społecznego. W procesie szkoleniowym należy również uwzględniać praktyczne zastosowanie zasady respektowania podmiotowości dziecka, jako klucza do właściwego reagowania na pomoc. Przeprowadzona analiza akt sądowych wskazuje na to, że głos dziecka w prowadzeniu wywiadu środowiskowego był pomijany i nie słuchany. Należy zatem uczulać praktyków prowadzących wywiady (pracowników socjalnych, kuratorów) na potrzebę wysłuchiwania dziecka bez obecności osób trzecich.

W procesie prowadzenia szkoleń z zakresu diagnozowania środowiska rekomendujemy podejście interpretatywne, o którym wspominaliśmy już w niniejszym raporcie, a także podejście refleksyjnej praktyki (Schön 1983), z którego wynika potrzeba autorefleksji nad procesem podejmowania decyzji i przyjmowaną logiką postępowania. Podkreślamy potrzebę prowadzenia superwizji z kuratorami, pracownikami socjalnymi i asystentami rodziny, które pozwalałyby analizować ich aktywności mentalne związane z logikami rozumowania, na podstawie których tworzą osądy o rodzinach, budują kategoryzacje problemów i wyciągają wnioski (por. Kamińska-Jatczak 2016).

SZKOLENIA Z ZAKRESU PRACY ZE SPOŁECZNOŚCIĄ LOKALNĄ

Trudno nauczyć pozyskiwania środowiska lokalnego w sali wykładowej, jeżeli jednak chcemy próbować, to takie szkolenia organizowane dla pracowników socjalnych, asystentów rodziny, kuratorów sądowych i społecznych, powinny obejmować umiejętności nawiązywania nieformalnych relacji, prowadzenia naturalnych rozmów, rozpoznawania lokalnych układów sił (kto się kogo boi, kto z kim trzyma) i angażowania innych we
współpracę dla dobra dzieci, które mieszkają po sąsiedzku.

Efekt współpracy z otoczeniem lokalnym można jeszcze łatwiej uzyskać, jeżeli wcześniej podjęta jest praca ze społecznością w celu jej zintegrowania, wzmocnienia i dowartościowania. Pozytywne relacje z pracującym w środowisku pedagogiem społecznym lub innym profesjonalistą, owocują łatwiejszą współpracą z innymi specjalistami, w tym z kuratorami sądowymi.

SZKOLENIA Z ZAKRESU WYCHWYTYWANIA CZYNNIKÓW RYZYKA WYSTĘPOWANIA PRZEMOCY WOBEC DZIECKA

Rekomendujemy poszerzenie kompetencji pracowników służby zdrowia w zakresie rozpoznawania czynników ryzyka warunkujących przemoc wobec dziecka. Analizy akt sądowych wskazały, że przedstawiciele zawodów medycznych (pielęgniarki środowiskowe lekarze) nie zawsze potrafią takie czynniki prawidłowo rozpoznać, co przekłada się na zaniechanie przekazania informacji do sądu, czy OPS, o podejrzeniu przemocy w rodzinie.

Analiza dostępnych przypadków wskazuje na brak umiejętności rozpoznawania przejawów choroby psychicznej, która stanowi jeden z czynników ryzyka występowania zachowań zagrażających bezpieczeństwu i życiu dziecka.

Uważamy za konieczne organizowanie szkoleń dla pracowników służb medycznych z zakresu szacowania ryzyka przemocy domowej w oparciu o identyfikowanie różnorodnych czynników ryzyka, ich przejawów w zachowaniu członków rodziny. Ważne jest również rozwijanie wiedzy i umiejętności profesjonalnych w zakresie rozpoznawania symptomów dziecka krzywdzonego.

SZKOLENIA Z ZAKRESU ROZPOZNAWANIA WCZESNYCH SYMPTOMÓW PRZEMOCY

Rekomendujemy szkolenia z zakresu rozpoznawania różnych typów przemocy i wczesnych ich objawów. Ważne, by przedstawiciele instytucji mający kontakt z członkami rodziny, byli profesjonalnie przygotowani do diagnozowania przemocy w rodzinie we wczesnym stadium rozwoju jej symptomów. Tego typu szkolenia rekomendujemy dla nauczycieli, pracowników socjalnych, kuratorów, funkcjonariuszy policji, pracowników służby zdrowia i innych profesjonalistów pracujących z rodziną.

SZKOLENIA Z ZAKRESU OPISYWANIA OBRAŻEŃ DZIECKA

Warto rozważyć prowadzenie szkoleń specjalistycznych dla pielęgniarek, lekarzy z zakresu problematyki krzywdzenia dzieci ukierunkowanych na zwiększanie umiejętności opisywania obrażeń dziecka. W czasie wizyt położna m.in. ocenia stan zdrowia położnicy i noworodka, udziela rad na temat opieki i pielęgnacji noworodka, ocenia relacje w rodzinie, interweniuje w przypadku zaobserwowania przemocy lub innych występujących nieprawidłowości, udziela wskazówek na temat zdrowego stylu życia, udziela porad na temat radzenia sobie ze stresem, ocenia możliwości udzielania pomocy i wsparcia dla położnicy ze strony osoby bliskiej.

INNE SPECJALISTYCZNE SZKOLENIA

Ważne jest również prowadzenie szkoleń specjalistycznych dla kuratorów, pracowników socjalnych, asystentów rodziny, położnych środowiskowych z zakresu:

- komunikacji z osobami o specjalnych potrzebach edukacyjnych lub z różnymi deficytami w tym zakresie;

- wykrywania różnych symptomów i oznak przemocy, rozpoznawania rodzajów przemocy; stosowanie narzędzi oceny ryzyka występowania przemocy w rodzinie wobec dziecka opublikowanych np. Przez Ośrodek Rozwoju Edukacji (Fenik-Gaberle, Kałucka, 2016, Przemoc w rodzinie- działania pracowników oświaty, Warszawa Ośrodek Rozwoju Edukacji s. 22-29).
- rozpoznawania objawów zaburzeń i chorób psychicznych.

SPRAWNY PRZEPŁYW INFORMACJI

Tworzenie komplementarnego i wielopłaszczyznowego wsparcia dla rodziny, wymaga skonsolidowanego przepływu informacji. Ważne, by korzystając chociażby z rozwiązań brytyjskich, gdzie funkcjonuje zintegrowany system informacji o dziecku (Cleaver i in., 2008) dążyć w polskim systemie wsparcia, do zintegrowania informacji o rodzinie pozyskiwanych przez różne instytucje, tak by zwiększyć jakość przepływu informacji i tym samym spowodować, że działania poszczególnych przedstawicieli instytucji będą się nawzajem uzupełniały i były w stosunku do siebie komplementarne. Oczywiście taka zmiana nie dokona się od razu i wymaga dostosowania do polskich realiów i możliwości.

DOSTĘP DO BAZ DANYCH

Można zacząć w tym zakresie od umożliwienia sądowym kuratorom rodzinnym dostępu do wszystkich baz danych funkcjonujących w sądzie: NOE-SAD – dostęp do Centralnej Bazy Danych Osób Pozbawionych Wolności, PESEL-SAD – dostęp do zbioru Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Dostęp do bazy NOE-SAD pozwoli kuratorom sądowym wykonującym orzeczenia w sprawach rodzinnych i nieletnich na dokonywanie sprawdzeń osób objętych lub nieobjętych nadzorem – ale wspólnie gospodarujących. Taka weryfikacja może przyczynić się do prawidłowej diagnozy czynników ryzyka w rodzinie i prognozowania oddziaływań w nadzorze, a także w zakresie przeprowadzanych wywiadów środowiskowych kuratora, które są podstawą do nadania kierunku postępowań sądowych. Ponadto, ustalenie m. in. pobytu w jednostce penitencjarnej jednego z rodziców małoletnich dzieci może stać się podstawą do zawieszenia władzy rodzica pozbawionego wolności (art. 110 KRiO). Dostęp do bazy PESEL-SAD pozwala kuratorom na sprawdzanie aktów stanu cywilnego oraz danych dotyczących miejsca zameldowania.

Pozyskane dzięki tej bazie informacje pozwolą na sprawne ustalanie miejsc pobytu podopiecznych lub członków ich rodzin (w przypadku wskazanego miejsca zameldowania można nawiązać kontakt z członkami rodziny osób lub rodzin objętych nadzorem, kontakt w celu pozyskania informacji niezbędnych do sporządzenia kompleksowej diagnozy środowisk).

Kuratorzy zawodowi powinni mieć dostęp do baz danych/systemów repertoryjnobiurowych używanych przez sekretariaty sądowe oraz programu informatycznego dla kuratorów sądowych. Jest to rozwiązanie funkcjonujące w niektórych sądach w Polsce, jednak nie we wszystkich. Dzięki temu kuratorzy rodzinni posiadający dostęp do baz danych wydziałów karnych będą mieli możliwość zapoznania się z prowadzonymi postępowaniami o czyny karalne, natomiast kuratorzy wykonujący orzeczenia w sprawach karnych, możliwość zapoznania się ze sprawami prowadzonymi w przedmiocie władzy rodzicielskiej, bądź o czyny karalne lub demoralizację nieletnich. Powyższe rozwiązanie jest niezbędne dla zapewnienia prawidłowego toku prowadzonych postępowań rozpoznawczych i wykonawczych przez kuratorów sądowych i przyczyni się do właściwej oceny czynników ryzyka, opracowania diagnozy pracy w nadzorach/dozorach i formułowania kompleksowych planów pracy. Ponadto, w trakcie prowadzonych postępowań lub innych czynności zleconych przez sąd, kuratorzy będą mieli możliwość weryfikacji informacji pozyskiwanych w drodze czynności służbowych, a także modyfikowania planów pracy i prowadzenia działań ukierunkowanych na efektywne wykonywanie powierzonych zadań.

ZINTEGROWANY SYSTEM INFORMACJI O RODZINIE

Należy stworzyć zintegrowany system informacji o rodzinie, tak by instytucje sądowe, pomocy społecznej, medyczne i szkolne mogły zamieszczać i pozyskiwać informacje pozwalające weryfikować przypuszczenia i przewidywać sytuacje zagrożenia dla dziecka. Chodzi jednak o wyważenie takiej strategii działania w tym zakresie, by z jednej strony usprawnić praktykę pracy z rodziną, a z drugiej strony nie wprowadzić systemu permanentnej inwigilacji obywateli. Być może w obszarze tego działania warto korzystać z porad i doświadczenia specjalnie powołanych zespołów ekspertów z poszczególnych instytucji (sąd,
OPS, policja, szkoła), tak by mogli wskazać własne rekomendacje dla stworzenia takiego systemu zintegrowanych informacji o rodzinie.

Ważne wydaje się stworzenie systemu przepływu informacji i komunikacji między instytucjami służby zdrowia, policji, kuratorskiej służby sądowej, pomocy społecznej w zakresie informacji o karalności, o wdrożeniu „Niebieskiej karty", controlingu sytuacji rodziny. Wypracowanie zintegrowanego systemu przepływu informacji w tym zakresie może wpłynąć na wzrost efektywności ochrony dzieci. Znaczenie współpracy interdyscyplinarnej podkreśla się od wielu lat, jednak nadal nie osiąga ona jeszcze takiego wpływu, jaki powinien mieć na efektywność ochrony małoletnich przed krzywdzeniem.

STWORZENIE APLIKACJI DO ZGŁASZANIA PRZEMOCY

Warto rozważyć stworzenie, przez Ministerstwo Cyfryzacji wraz z operatorami sieci komórkowych, dodatkowych narzędzi np. aplikacji, która będzie informować jak reagować na przemoc, gdzie zgłaszać przemoc i też umożliwiać szybszy dostęp do zawiadomienia policji w nagłych wypadkach.

WSPÓŁPRACA INTERDYSCYPLINARNA

Samo zintegrowanie informacji o rodzinie nie będzie wystarczające, jeśli nie będzie mu towarzyszyć praca międzyinstytucjonalna, interdyscyplinarna w zespołach ds. oceny sytuacji rodziny składających się z przedstawicieli instytucji stanowiących sieć instytucjonalną, w której rodzina funkcjonuje. Chodzi tutaj nie tylko o pozyskiwanie wiedzy o rodzinie pozwalającej na podejmowanie profesjonalnych decyzji, ale również o sprawne zarządzanie przepływem informacji, tak by umożliwiało ono budowanie spójnej, zespołowej strategii wsparcia rodziny przez profesjonalistów z różnych instytucji. Nie chodzi o to, by była to dobra praktyka realizowana tam, gdzie pojawiają się profesjonaliści dbający o budowanie zespołu wsparcia profesjonalnego wokół rodziny (Kamińska-Jatczak 2017), ale o wypracowanie standardu profesjonalnego wsparcia opierającego się na rzetelnych informacjach i współpracy międzyinstytucjonalnej.

Budowaniu kultury współpracy interdyscyplinarnej służyć może organizowanie szkoleń, sympozjów dla przedstawicieli zawodów budujących sieć wsparcia dla rodzin z trudnościami (pracownicy socjalni, asystenci rodziny, koordynatorzy pieczy zastępczej, kuratorzy sądowi i społeczni, pielęgniarki środowiskowe, lekarze, dzielnicowi i inni przedstawiciele policji, nauczyciele, pedagodzy szkolni). Ważne są profesjonalne, interdyscyplinarne dyskusje na temat rzetelnego szacowania ryzyka i ukierunkowywania interwencji na odpowiednie osoby, analizy

historii przemocy, wymiany dobrych praktyk, wymiany informacji, w tym z przeprowadzonych ewaluacji, promowanie czynników ochronnych, w celu zapewnienia spójności działań instytucji oraz podniesienie skuteczności niesienia pomocy.

Ważne jest również zwiększenie wśród lekarzy, położonych i pielęgniarek środowiskowych świadomości i gotowości do informowania sądu rodzinnego o potrzebie wglądu w sytuację dziecka, w sytuacjach mu zagrażających.

ROZWÓJ METODYKI PRZECIWDZIAŁANIA PRZEMOCY

Należy dążyć do wypracowywania narzędzi wczesnego reagowania na negatywne zjawiska zachodzące w rodzinach z „grupy ryzyka" oraz opracowanie narzędzi do pracy z takimi rodzinami, poprzez realizowanie cyklicznych szkoleń i dostosowywanie wiedzy, umiejętności i kompetencji do obecnych realiów i czynników ryzyka, opierając się na przykładowych sprawach przyjmując warsztatową formułę szkoleniową.

USPRAWNIENIE PROCEDUR I STRATEGII INSTYTUCJONALNEGO DZIAŁANIA

Warto wprowadzić rozwiązania instytucjonalne sugerujące kuratorom pogłębioną i poszerzoną procedurę wywiadu w sytuacji kiedy chodzi o nadzór osób posiadających historię powierzeń dzieci do pieczy zastępczej, tak by wymagane było dopełnienie procedury i pozyskanie informacji nie tylko z bezpośrednich wizyt, ale również z rozmów ze środowiskiem sąsiedzkim, rodzinnym osoby nadzorowanej. Pomimo przeciążenia ilościom nadzorów, kuratorzy tego typu sprawy, pomimo wszystko, powinni traktować priorytetowo, do czego można ich zobowiązać formalnie lub też zastosować system promowania jakości pracy kuratora na podstawie pełnych wywiadów obejmujących wgląd w sytuację rodzinną, ale również w wiedzę sąsiadów i otoczenia o rodzinie.

Zasadne wydaje się lustrowanie przez kuratorów okręgowych odcinków pracy kuratorów sądowych w zakresie wywiadów środowiskowych. Mimo obowiązujących aktów wykonawczych, należy szkolić kuratorów w zakresie interpretacji przepisów oraz ich realizacji w praktyce.

Wywiad środowiskowy jest kluczowym elementem nadającym kierunek postępowaniu sądowemu. Wszczęcie postępowania w zakresie władzy rodzicielskiej lub umorzenie sprawy

winno być poprzedzone kompleksowym i zgodnym z aktualnym stanem prawnym postępowaniem oraz aktualną wiedzą z zakresu psychologii, pedagogiki i pracy socjalnej.

Kluczowe wydaje się przekazywanie do prowadzenia kuratorom spraw nie tylko zgodnie z rejonizacją, ale również w oparciu o posiadane przez nich wykształcenie, umiejętności, ukończone szkolenia, kursy oraz doświadczenie.

Sprawne przekazywanie akt wykonawczych (tzw. zachowanie ciągłości prowadzonych postępowań wykonawczych poprzez proste rozwiązanie systemowe umożliwiające monitorowanie rodzin wymagających podjęcia niezwłocznie czynności lub wydanie zarządzeń niecierpiących zwłoki). Praktyka pokazuje, że rodzice/opiekunowie, którzy krzywdzą dzieci często zmieniają miejsca pobytu i do czasu ustalenia ich nowego adresu zamieszkania, pozostają przez pewien czas bez nadzoru. Taka sytuacja ma miejsce wówczas, kiedy akta są przesyłane z jednego sądu do drugiego. W takiej sytuacji należałoby, w ślad za wysłanymi aktami, przesłać pilną prośbę o przeprowadzenie wywiadu środowiskowego przez kuratora, a także – w zależności od sytuacji w nadzorze – niezwłocznie powiadomić właściwą jednostkę policji i ośrodek pomocy społecznej.

Należy być może również rozważyć procedury, które wpłyną na jakość wywiadu prowadzonego przez kuratorów w środowiskach rodzinnych, poprzez ich uzupełnienie o perspektywy innych profesji społecznych, np.: możliwość wchodzenia na wizyty z pielęgniarką środowiskową, lekarzem, który dokona oględzin dziecka. Takie wywiady, przynajmniej w wybranych przypadkach, powinny być oceniane pod kątem zawartości merytorycznej przez organ nadzorujący kuratorów i odsyłane do ewentualnych uzupełnień.

Oczywiście nie ma możliwości oczekiwania szerszego (interdyscyplinarnego) spojrzenia przez kuratorów na wizytowane przypadki, jeżeli nie zapewni się im szkoleń pod kątem rozpoznawania oznak stosowania przemocy wobec dziecka, a także czynników utrudniających właściwe ich rozpoznanie, o których piszą Grażyna Rymaszewska i Ewa Olewicz (2007). Poza wąską wiedzą techniczno-medyczną, chodzi też o poszerzenie świadomości o różnych formach przemocy i jej możliwych przejawach, tak by koncentracja i uwaga kuratorów nie dotyczyła przede wszystkim tego, czy dziecko jest schludnie ubrane, regularnie chodzi do szkoły i dobrze zachowuje się podczas bieżącej wizyty.

W przypadku służb medycznych warto wprowadzić procedury postępowania obligujące do przeprowadzania wywiadu przy podejrzeniu krzywdzenia dziecka, wraz z opisywaniem

obrażeń u dziecka, zgłaszaniem swoich podejrzeń. Zalecamy promowanie czynników ochronnych zapobiegających przemocy wobec dziecka poprzez opracowanie algorytmu postępowania służb medycznych w przypadku pacjenta z problemami natury psychicznej i identyfikowania czynników ryzyka krzywdzenia dzieci w środowisku domowym.

PROCEDURY REKRUTACYJNE

Nie ma możliwości pozyskania prawdziwych informacji, jeżeli profesjonalista nie umie budować relacji społecznych z otoczeniem sąsiedzkim lub dalszą rodziną potencjalnie krzywdzonych dzieci. W tym zakresie należałoby albo otworzyć procedurę rekrutacyjną w szerszym zakresie na pedagogów społecznych czy pedagogów ulicy (street workerów), którzy umieją budować relacje i angażować otoczenie społeczne, bo przecież nie chodzi tu jedynie o wiedzę, ale również o aktywne wspieranie działań instytucjonalnych, sąsiedzką troskę o losy krzywdzonych dzieci.

EDUKACJA SPOŁECZNA

Konieczne jest zwiększenie świadomości społecznej w zakresie informowania organów ścigania, prokuratury, instytucji pomocowych, sądu o podejrzeniu krzywdzenia dziecka. Warto uruchamiać kampanie społeczne i inne formy edukacji społecznej w tym zakresie. Rekomendujemy opracowanie materiałów informacyjnych na temat czynników ryzyka śmierci dzieci oraz zapewnienie ich dostępności na stronach wyspecjalizowanych instytucji i w przestrzeni publicznej. Widzimy potrzebę organizowania kampanii podnoszących świadomość społeczną i uwrażliwiających na problem przemocy w społeczeństwie, ale również kampanii zorientowanych podnoszenie wiedzy i świadomości społecznej w zakresie czynników ryzyka występowania krzywdzenia dzieci. Biorąc pod uwagę przeprowadzoną
analizę, należy wskazać potrzebę działań podnoszących świadomość społeczną w zakresie:

- rozpoznawania rodzajów i przejawów przemocy;
- rozwoju choroby psychicznej, jej objawów i możliwości prawidłowego leczenia;
- odpowiedzialności rodzicielskiej związanej z opieką nad małym dzieckiem we wczesnej fazie rozwoju.

CO DALEJ, ZAMIAST ZAKOŃCZENIA

Analiza przypadków śmierci dzieci, choćby taka jaka przedstawiamy w niniejszym raporcie, ma największy sens, jeżeli jest realizowana systematycznie, by mogły powstać wnioski i rekomendacje ugruntowane w większej ilości danych i mniej wrażliwe historycznie. Dobrym przykładem takich praktyk jest choćby system raportowania *Unexpected Child Death* w Wielkiej Brytanii (*Multi Agency Protocol for Sudden, Unexpected Death of an Infant or Child*: SUDIC Protocol 2023). Warto nie tylko wzorować się na zagranicznych przykładach, ale również uczyć na ich błędach. Jak bowiem donoszą brytyjscy koledzy, wydawałoby się bardzo solidne interdyscyplinarne analizy nie znajdują tam adekwatnego odzewu polityczno-organizacyjnego. Zatem takie raporty nie tylko powinny być systematyczne i rzetelne, ale również osadzone w instytucjach, które mają możliwości wprowadzania zmian albo domagania się tych modernizacji. Wydaje się, że instytucja Rzecznika Praw Dziecka umożliwia takie właśnie osadzenie, jako że dysponuje prawem inicjowania zmian. Biuro RPD usytuowane jest niezależnie od podziałów ministerialnych, co ważne, gdyż na ogół wnioski i rekomendacje są kierowane do wielu różnych resortów i instytucji.

Na potrzeby kolejnych raportów z pewnością trzeba opracować bardziej zróżnicowane źródła materiałów, obejmujące również inne instytucje (nie tylko sąd) oraz dokumenty nie tylko formalne, ale również obrazy sytuacji i działań instytucjonalnych, które pozostały w pamięci osób podejmujących działania w danych sprawach lub choćby przyczyniających się, bądź nie do ich rozwoju. W przypadku badania zorientowanego na rozpoznanie czynników środowiskowych stanowiących czynniki ryzyka i czynniki hamujące w procesach społecznych, których rezultatem było zabójstwo dziecka, sądzimy, że wskazane byłoby badanie pozwalające na wywiady z osobami bezpośrednio i/lub pośrednio zaangażowanymi w sprawy rodzin (rodzina, sąsiedzi, przedstawiciele instytucji), co mogłoby uzupełnić materiał badawczy o szczegóły i opisy z ich życia, dające odmienny od faktograficznego, ogląd sytuacji rodziny. Być może, jeśli byłoby to możliwe, warto również uwzględnić głos samych sprawców, którzy mogliby rozszerzyć swoje wypowiedzi, o treści, których nie wypowiedzieli podczas składania wyjaśnień w sądzie. W przypadku źródeł wtórnych, należałoby wzbogacić korpus danych o materiały nie włączone do akt sądowych, a sporządzane przez instytucje w toku pracy z daną rodziną.

Ponadto, jeżeli analiza ma obejmować w większym stopniu również czynniki chroniące, siły i zasoby społeczne, które ograniczają przestępstwa przeciwko dziecku, analizie należałoby poddać przypadki, w których nie doszło do śmierci, bo coś przed tym tragicznym końcem uchroniło dziecko. W kategoriach metodologicznych, właściwe wydawałoby się prowadzenie pogłębionego badania zjawiska zabójstw i innych przestępstw przeciwko dziecku przy pomocy metody indywidualnych przypadków, która wymaga zgromadzenia danych jakościowych z kilu źródeł dających obraz rozwoju zjawisk społecznych i psychicznych w życiu osoby. Gdy stosuje się metodę indywidualnych przypadków, oprócz analizy dokumentów, głównie osobistych, wykorzystuje się również wywiad, rozmowę, obserwację uczestniczącą. Pewnym przykładem mogą być badania przeprowadzone przez Agnieszkę Latoś (2012), które dotyczyły rozpoznania okoliczności związanych z funkcjonowaniem badanych skazanych za zabójstwo dziecka (z artykułu 148) (tamże:
s. 47). Badaczka posłużyła się studium przypadku i wykorzystała: wywiad częściowo kierowany ze skazanymi, analizę źródeł wtórnych (dokumenty akt sądowo-prokuratorskich, teczki osobopoznawcze), kwestionariusz dla rodziców do badania postaw rodzicielskich M.Ziemskiej (1981) (tamże: s. 54-55).

Bibliografia i netografia

Atkinson P., Coffey A., (1997), *Analyzing Documentary Realities*, [w:] *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*, ed. D. Silverman, Sage, London.

Ciesielska M. (2014), *Rodzaje, formy i cykl przemocy w rodzinie*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy", nr 12(3), s. 7-16.

http://www.wydawnictwo.pwsz.legnica.edu.pl/zalaczniki/okladki/zeszyty_naukowe_12_2014.pdf [dostęp: 14.11.2023].

Cleaver H. i in. (2008), *The integrated children's system: enhancing social work recording and inter-agency practice*, Jessica Kingsley, Philadelphia, Penn; London.

Fenik-Gaberle K., Kałucka R. (2016) , Przemoc w rodzinie- działania pracowników oświaty, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.

Gajek K. (2022), *Wywiad narracyjny w badaniach w pracy socjalnej. Diagnozowanie problemów biograficznych i społecznych w zawodzie pracownika socjalnego*, „Praca Socjalna", 4(37), s. 131–149.

https://e-pracasocjalna.pl/resources/html/article/details?id=234459&language=pl [dostęp: 12.11.2023].

Glaser B., Strauss A. (2009) *Odkrywanie teorii ugruntowanej. Strategie badania jakościowego*. Wyd. NOMOS, Kraków.

Granosik M. (2015), *Diagnostyka interpretatywna: między jakościową metodologią i praktyką*, [w:] M. Szpunar (red). Badania w pracy socjalnej, ANWI, Gdańsk.
Granosik M. (2021), Raport z badań dotyczących działalności Fundacji PoDRUGIE. Raport zrealizowany w ramach projektu „Trampolina do bezpiecznej dorosłości". https://podrugie.pl/wp-content/uploads/2021/01/RAPORT-TRAMPOLINA.pdf [dostęp 22.02.2023].

Jarkiewicz A. (2020), *Diagnoza interpretatywna jako „nowy" sposób diagnozowania problemów w pracy socjalnej/społecznej*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J. Paedagogia-Psychologia", 33(1), s. 39-53.

https://journals.umcs.pl/j/article/view/9270 [dostęp: 10.11.2023].

Kamińska-Jatczak I. (2016), *Logiki aktywności mentalnych asystentów rodziny – próba interpretacji*. W: *Praca socjalna jako dyscyplina naukowa? Współczesne wyzwania wobec kształcenia i profesji*, red. M. Kawińska, J. Kurtyka-Chałas, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa, s. 275-295.

Kamińska-Jatczak, I. (2017), *Linie aktywności w procesie przepływu informacji – przykład asystentów rodziny. W: Pedagog społeczny. Teoria i praktyka działalności społecznej*, red. A. Żukiewicz, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 145–159.

Kostrzyńska M., Wojtczak M. **(**2022), *Pedagog społeczny w polu praktyki. partycypacyjny wymiar pracy z osobami doświadczającymi bezdomności*, „Praca Socjalna" 37 (4): 107-129. https://doi.org/10.5604/01.3001.0016.1861 [dostęp: 12.11.2023].

Kühn G. (2010), *Przypadki krzywdzenia dzieci ze skutkiem śmiertelnym*, „Dziecko krzywdzone", 3 (32), s. 7-23. https://dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/view/523 [dostęp 10.11.2023].

Latoś A. (2012), *Zabiłam własne dziecko...Studium przypadków zabójczyń dzieci oraz możliwości ich resocjalizacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.

Latoś A. (2017), *Matki zabójczynie. Teoretyczno-metodologiczny model badań nad zjawiskiem oraz możliwości oddziaływań resocjalizacyjnych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.

Marzec-Holka K. (2004), *Dzieciobójstwo. Przestępstwo uprzywilejowane czy zbrodnia*, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz.

McGoldrick M., Gerson R., Shellenberger (2007), *Genogramy. Rozpoznanie i interwencja*, tłum. M. Hartman, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.

Multi Agency Protocol for Sudden, Unexpected Death of an Infant or Child: SUDIC Protocol 2023. https://www.rcemlearning.org/modules/the-sudic-protocol/ [dostęp: 17.11.2023].

Przeperski J. (2016), *Konferencja Grupy Rodzinnej – podejście familiocentryczne w pracy socjalnej z rodziną*. W: *Praca socjalno-wychowawcza z rodziną w ujęciu wybranych koncepcji. Analiza metodycznego działania z osobami potrzebującymi pomocy*, I. Krasiejko, M. Ciczkowska-Giedziun (red.), Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa, s.117-132.

https://www.osar.com.pl/wp-content/uploads/2020/03/praca-socjalno-wych-z-rodzina.pdf [dostęp: 13.11.2023].

Radlińska H. (1961), *Pedagogika społeczna*, Wydawnictwo Zakład Narodowy Imienia Ossolińskich, Warszawa.

Raport: *Zdrowie psychiczne Polaków. Depresja jest wśród nas…(*2023), ePsycholodzy.pl. https://epsycholodzy.pl/2023/02/22/raporty-i-analizy-zdrowie-psychiczne-polakow-depresjajest-wsrod-nas/ [dostęp: 10.11.2023].

Raport: EZOP II *Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań* (2021). https://ezop.edu.pl/wyniki-badania/ [dostęp: 10.11.2023].

Rymaszewska G., Olewicz E. (2007), *Rozmowa z rodzicami dziecka krzywdzonego*, ”Dziecko krzywdzone. Teoria. Badania. Praktyka” , Vol, 6, Nr 3, s. 1-10.

Schön D.A. (1983), *The Reflective Practitioner*, Basic Books, New York.

SUDIC Protocol (2023), https://www.rcemlearning.co.uk/reference/the-sudicprotocol/#1673441063886-7220d305-0858 [dostęp 15.11.2023].

Szczepanik R. (2015), *Stawanie się recydywistą. Kariery instytucjonalne osób powracających do przestępczości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.

UNICEF (2003), *A League Table of Child Maltreatment Deaths in Rich Nations, Innocenti Report Card*, nr 5. https://www.unicef-irc.org/publications/353-a-league-table-of-childmaltreatment-deaths-in-rich-nations.html [dostep: 10.11.2023].

Ziemska M. (1981), *Kwestionariusz dla rodziców do badania postaw rodzicielskich: podręcznik tymczasowy*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.

AUTORZY

Mariusz Granosik pracuje w Katedrze Pedagogiki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Łódzkiego. Pedagog społeczny i socjolog. Zainteresowania naukowe: partycypacyjne badania-działania (*participatory action research*), profilaktyka społeczna, praca ze społecznością, współtworzone działania instytucjonalne, prawa dzieci i młodzieży z defaworyzowanych środowisk, piecza zastępcza, jakościowe metody badań społecznych, problemy społeczne w dyskursie społecznym, upełnomocnienie młodzieży, krytyczna pedagogika społeczna.

Izabela Kamińska-Jatczak, pedagog społeczny, adiunkt w Katedrze Pedagogiki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Łódzkiego. Jej zainteresowania badawcze dotyczą: analizy aktywności w polu pracy socjalnej i pieczy zastępczej, pracy socjalnej z rodziną, biograficznych i historycznych kontekstów pedagogiki społecznej, metodologii badań interpretatywnych i partycypacyjnych. Autorka książki *Aktywność asystentów rodziny. Analiza narracji w ujęciu transwersalnym* (2021).

***

Autorzy raportu pragną podziękować panu kuratorowi specjaliście Mateuszowi Korzeniowskiemu, dzięki któremu wypracowane rekomendacje zostały wzbogacone o konkretne rozwiązania przydatne dla usprawnienia pracy sądowych kuratorów rodzinnych, a także panu dyrektorowi doktorowi Piotrowi Bogackiemu za możliwość wspólnej pracy nad raportem i wzajemną konsultację wypracowywanych analiz i rekomendacji.