

OBLICZA MACIERZYŃSTWA

Redaktor
DOROTA KORNAS-BIELA

REDAKCJA WYDAWNICTW
KATOLICKIEGO UNIwersYTETU LUBELSKIEGO
LUBLIN 1999

Projekt okładki i stron tytułowych
ZOFIA KOPEL-SZULC

Opracowanie techniczne
IRENA GĘBURA

Na okładce reprodukcja obrazu
Lucasa Cranacha *Dziewica z dzieciątkiem pod jabłonią*

Wydanie publikacji dofinansowane
przez Komitet Badań Naukowych

© Copyright by Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1999

ISBN 83-228-0693-0

REDAKCJA WYDAWNICTW
KATOLICKIEGO UNIWERSYTETU LUBELSKIEGO
ul. Konstantynów 1, 20-708 Lublin
tel. 524-18-09 (centrala), 525-71-66 (kolportaż)

Wydanie I. Zam. 216/99

Zakład Małej Poligrafii KUL

Spis treści

Religijne wymiary macierzyństwa

Wprowadzenie.	9
Dorota Kornas-Bieła. Macierzyństwo w nauczaniu Jana Pawła II.	13
Wanda Półtawska. Macierzyństwo darem	41
Antoni J. Nowak OFM. Powołanie do macierzyństwa, jego godność i świętość	49
S. Auxiliana Mack. Duchowe macierzyństwo: macierzyństwo kobiet żyjących w dziewictwie.	59

Psychospołeczne aspekty macierzyństwa

Maria Braun-Gałkowska. Mieć dziecko czy być matką	67
Grażyna Soszyńska. Radość macierzyństwa.	75
Wiesława Stefan. Odkrywane macierzyństwo: rola matki w tworzeniu świata szczęśliwego dzieciństwa.	83
Bogna Bartosz. Współczesne macierzyństwo: szansa czy zagrożenie dla kobiety.	95
Irena Kowalska. Wielodzietne macierzyństwo w okresie społeczno- -ekonomicznej transformacji	109
Krystyna Zając, Bronisława Strojnowska. Wielokrotne macie- rzyństwo.	129
Blandyna Kołodziej. Wychowanie do macierzyństwa: wychowanie dziewczynki w aspekcie płciowości	137

Trudności w realizacji biologicznego macierzyństwa

Bogdan Chazan. Medycznie chronione macierzyństwo: profilaktyka niepowodzeń macierzyńskich.	163
Dorota Kornas-Bieła. Niespełnione macierzyństwo: psychologiczna sytuacja matek po poronieniu	179

Alicja Kałus. Upragnione macierzyństwo: doświadczenie sytuacji niepłodności.	201
Dorota Kornas-Bieła. Zdobywane macierzyństwo: doświadczenia matek związane ze wspomaganą prokreacją.	213
Andrzej Winkler. Zranione macierzyństwo: doświadczenia matek po aborcji.	241
Antonina Gutowska. Darowane macierzyństwo: problemy psychologiczne matek oddających dzieci do adopcji.	247
Maria Szlagura. Otrzymane macierzyństwo: przeżycia matek adoptujących.	259

Macierzyństwo w sytuacjach trudnych społecznie

Katarzyna Litwińska-Malec. Ukradzione macierzyństwo: obraz kobiety i macierzyństwa w wybranych mediach.	269
Bogusława Lachowska. Samotne macierzyństwo.	281
Teresa Kukołowicz. Czasowo samotne macierzyństwo.	289
Marina Zalewska. Trudne macierzyństwo: sytuacja psychologiczna matki z dzieckiem niepełnosprawnym.	297
Iwona Niewiadomska. Udręczone macierzyństwo: specyfika funkcjonowania kobiet w rodzinie z problemem alkoholowym.	303
Dorota Kornas-Bieła. Tragiczne macierzyństwo: psychospołeczny kontekst dzieciobójstwa.	317
Noty o autorach.	337

Dorota Kornas-Biela

Tragiczne macierzyństwo: psychospołeczny kontekst dzieciobójstwa

Dzieciobójstwo w prawie karnym traktowane jest jako przestępstwo uprzywilejowane, gdyż zakłada się, że przebieg porodu i urodzenie dziecka może być takim wstrząsem emocjonalnym dla matki, że dopuści się zabicia własnego dziecka. Kodeks karny z 19 kwietnia 1969 roku przyjął określenie dzieciobójstwa z kodeksu karnego z 11 lipca 1932 roku i w świetle obu wersji karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 5 lat miała podlegać „matka, która zabija dziecko w okresie porodu pod wpływem jego przebiegu”.

W wyniku nowelizacji kodeksu karnego uchwalonego dnia 6 czerwca 1997 roku (art. 149), który zaczął obowiązywać z dniem 1 września 1998 roku, nastąpiło rozszerzenie obszaru zliberalizowanej penalizacji dzieciobójstwa w stosunku do poprzedniego przepisu. Okres, w którym dokonanie takiego czynu traktowane jest jako uprzywilejowane został rozszerzony na cały okres noworodkowy (28 dni po urodzeniu) przy jednoczesnym złagodzeniu sankcji karnej (z 6 miesięcy do 3 miesięcy, przy możliwości według art. 60 kk nadzwyczajnego złagodzenia kary do orzeczenia grzywny) oraz rozszerzeniu okoliczności, z którymi związane jest przestępcze zachowanie matki. Warunkiem uprzywilejowania nie jest już tylko szczególny stan psychiczny wywołany silnymi przeżyciami związanymi z przebiegiem porodu, ale również świadome i w pełni poczytalne zabicie dziecka z powodu jego znacznego zniekształcenia lub szczególnie trudnej sytuacji osobistej matki (np. choroba, trudna sytuacja materialna, opuszczenie przez ojca dziecka, lęk przed trudem wychowania go). Innymi słowy, okoliczności, które do tej pory nie dawały podstaw do legalnego zabicia dziecka tzn. względy eugeniczne i społeczne, obecnie łagodzą prawnie – karną ocenę zabójstwa noworodka. Pozostawienie matce 4 tygodni do zabicia dziecka, za który to czyn ponosi uprzywilejowaną odpowiedzialność karną wskazuje na wyraźną intencję ustawodawcy do legalizowania tzw. „aborcji postnatalnej” (por. Grześkowiak 1997).

Prace parlamentarne Sejmu RP na przestrzeni 1998/1999 roku zmierzały do przywrócenia życiu ludzkiemu wartości wśród dóbr prawnie chronionych przez państwo, między innymi poprzez nadanie przepisowi art. 149 nowego kodeksu

karnego brzmienia, analogicznego do tego, jaki w tym samym zakresie przewidywał kodeks z 1969. W kontekście prac kodyfikacyjnych powstał poniższy tekst jako ekspertyza psychologiczna napisana na zlecenie Biura Studiów i Ekspertyz Sejmu (Kornas-Biela 1998). W lipcu 1999 roku Sejm RP znowelizował kodeks karny w zakresie penalizacji dzieciobójstwa, przywracając artykułowi 149 poprzednią treść.

Dzieciobójstwo na tle literatury przedmiotu

W literaturze psychologicznej i medycznej dzieciobójstwo traktowane jest szeroko, jako targnięcie się na życie dziecka, nie tylko noworodka i nie tylko przez matkę. Zdecydowana większość badań psychologicznych nad dzieciobójstwem dotyczy zwierząt. Analiza tych zachowań zwłaszcza u naczelnych daje ciekawe informacje na temat ich rozwoju emocjonalnego, funkcjonowania instynktu macierzyńskiego i rodzicielskiego, zachowań społecznych (np. opiekuńczych, stadnych). Ilustruje np. wpływ stresu matki w okresie ciąży na obniżenie zdolności do zachowań rodzicielskich i opiekuńczych u jej potomstwa w przyszłości (Kinsley 1990); rolę modelowania agresywnych zachowań wobec potomstwa, wpływ doznanego w dzieciństwie opuszczenia przez rodziców lub agresji z ich strony na wrogość wobec własnych dzieci, a nawet znaczenie bycia „z nieprawego łoża”, bycia „podrzutkiem” na okrucieństwo okazywane potomstwu (Garraalda 1980).

W odniesieniu do człowieka problematyka noworodkobójstwa jest rzadko przedmiotem badań i analiz (Bourget, Bradford 1990), czasem na marginesie innych problemów (np. Rutkowski 1983, Popielski 1988). Dzieciobójstwo, rozumiane jako zabójstwo noworodka, jest ujmowane w najnowszej literaturze psychologicznej z kilku punktów widzenia.

Psychohistoryczny aspekt dzieciobójstwa

Analiza historyczna praktyk związanych z dzieciobójstwem na przestrzeni dziejów ukazuje psychospołeczne podłoże tych zachowań (co jest wspólne dla tych zachowań niezależnie od kontekstu historycznego, a co zmienne w czasie). Zabójstwo noworodka jako praktyka znalazło odbicie w micie greckim, którego bohaterką jest matka, wielokrotna dzieciobójczyni – Medea (np. Arboleda, Power 1983). Ma on również głębokie korzenie w praktykach wielu kultur prymitywnych, a stosunek do niego zmieniał się na przestrzeni dziejów (Damme 1978; Montag, Montag 1979; Ende 1983; Jeffery i in. 1984; Jackson 1987; Lamb i in. 1992, s. 157 – 302). Występowało ono w każdym z 5 starożytnych kręgów cywilizacyjnych: greckim, rzymskim, egipskim, żydowskim i chińskim

(Breiner 1990). Badacze nurtu socjobiologicznego starają się ukazać ewolucyjny charakter mechanizmu dzieciobójstwa jako wyrazu międzypokoleniowego konfliktu (Daly 1989). Dzieciobójstwo było najbardziej rozpowszechnione w tych kulturach, w których:

- były ograniczenia w dostępie do żywności i w ten sposób regulowano populację (Breiner 1985, Moseley 1986);
- społeczna pozycja kobiety była niska, życie rodzinne w rozkładzie a stosunki wewnątrzrodzinne chłodne (Breiner 1985). Wpływ niskiego statusu kobiety i silnej dominacji męskiej uwidacznia się szczególnie w przypadku praktyki zabójstwa bliźniaków (Lester 1986);
- sytuacja noworodka, zwłaszcza wątłego na zdrowiu lub zdeformowanego była podobna do sytuacji osób chorych, kalekich i starych – zabijano go lub porzucano (Moseley 1986). Historia praktyki dzieciobójstwa wskazuje na nią jako metodę kontroli populacji i pozbywania się przez społeczeństwo osób chorych i zdeformowanych (Langer 1974).

Etnologiczno-kulturowy kontekst dzieciobójstwa

Badania porównawcze praktyk dzieciobójstwa w różnych kulturach pozwalają ukazać, w jakim zakresie są one wynikiem mechanizmów psychologicznych, a w jakim uwarunkowań społecznych. Praktyki dzieciobójstwa są kulturowo zróżnicowane, w wielu kulturach nieobecne (jako zwyczaj) i potępiane lub obwarowane restrykcjami, np. u wielu ludów Polinezji zabicie dziecka jest dozwolone, dopóki nie zaczęło ono ssać piersi matki, po pierwszym przystawieniu do piersi natomiast zabicie dziecka traktowane jest jako morderstwo (Eibl – Eibesfeldt 1987, s. 127). W krajach zachodnich obserwuje się różnice w częstości dzieciobójstwa. Najbardziej jest ono rozpowszechnione w USA (np. zabicie dziecka z użyciem broni palnej występuje 12 razy częściej niż w innych krajach – Krug, Dahlberg, Powell 1996). Rzadkie są w Europie i w USA przypadki recydywy w tym zakresie, w krajach azjatyckich natomiast zdarza się to częściej (np. matka zabija kilkoro dzieci po ich kolejnych urodzeniach – por. Funayama i in. 1994).

Analiza przyczyn i konsekwencji dzieciobójstwa w okresie późnego średniowiecza w Anglii pokazuje, że nie tylko przyczyny ekonomicznej presji, a już na pewno nie psychicznych zaburzeń, leżały u podłoża jego rozpowszechnienia. Brak poszanowania dla życia dziecka i różne formy agresji stosowane wobec niego, w tym dzieciobójstwo, było komponentem osobowości człowieka w tych czasach (Kellum 1974). Interesujące jest to, że przyzwolenie na aborcję jak i dzieciobójstwo ma to samo podłoże w świadomości, a jest nim niska wartość życia dziecka. W czasach, w których niski poziom medycyny nie pozwalał na upowszechnienie tzw. bezpiecznej aborcji, sposobem na pozbywanie się dzieci

było dzieciobójstwo. Obecnie, gdy w większości krajów na świecie zalegalizowano aborcję, jego częstotliwość wcale nie zmniejsza się. Można to było zaobserwować na terenie Polski. Dane porównawcze przedstawione przez Baran i Marek (1979) pokazują, że w latach 1953 – 1955 było 57 – 88 dochodzeń o dzieciobójstwo, po legalizacji natomiast aborcji od lat 60 – tych, liczba ta utrzymuje się na poziomie około 100 rocznie, przy czym np. w latach 1962 – 63 odnotowano 230 – 255 spraw. Dostępność przerwania ciąży nie przyczyniła się więc do jego likwidacji. Podobnie po delegalizacji aborcji w 1993 roku nie zaobserwowano spodziewanego wzrostu liczby dzieciobójstw, przeciwnie, liczba ta zmalała. Tak więc, regulacje prawne zwiększające troskę o poczęte życie, przyczyniają się do zmiany w świadomości społecznej wartości życia i jego ochrony również po urodzeniu. Na związek liczby dzieciobójstw z ogólnym poszanowaniem dla wartości, jaką jest życie ludzkie, wskazuje również fakt, że są one częstsze w tych krajach zachodnich, w których jest wyższy wskaźnik samobójstw (niezależnie od wskaźnika morderstw).

Dzieciobójstwo jako konsekwencja funkcjonujących uprzedzeń i stereotypów

Na społeczno-kulturowy kontekst dokonywanego przez matkę dzieciobójstwa wskazuje fakt praktyk zabijania dziecka, jeśli nie spełnia ono stawianych mu warunków, które najczęściej dotyczą płci i stanu zdrowia dziecka.

Do tej pory w wielu krajach, zwłaszcza azjatyckich, cenione są noworodki męskie, żeńskie natomiast podlegają niszczeniu (np. w Indiach – Vishwanath 1996; tysiące rocznie w Chinach – Light 1985). Dzieciobójstwo jest obecnie zastępowane selektywną aborcją, którą umożliwia prenatalne zdiagnozowanie płci dziecka (Jeffery i in. 1984; Coale, Banister 1994; Kumar 1995). Im wyższy wskaźnik produktu narodowego na osobę i większy stopień równouprawnienia kobiet, tym mniejsza dysproporcja w częstości zabijania noworodków ze względu na płeć (Lester 1991).

Noworodki chore i urodzone z wadą są najbardziej narażone na zabójstwo, przy czym dokonują go społecznie usankcjonowane osoby, np. kiedyś położne mogły poprzez dozwolone praktyki spowodować śmierć noworodka urodzonego z defektem. Był to system kontroli działający poza systemem rodzinnym (Hontela 1996). Obecnie częściej mówi się w tym zakresie o prawach rodziców do odmowy pomocy medycznej dziecku urodzonemu w ciężkim stanie zdrowia (por. Rue 1985) oraz braku obowiązku lekarza w zakresie stosowania nadzwyczajnych środków w ratowaniu życia. Jednocześnie podkreśla się niebezpieczeństwo biernej eutanazji takich noworodków (Lund 1985; Keyserlingk 1986; Jackson 1987) oraz możliwość zastąpienia praktyki dzieciobójstwa przez legalną aborcję zwaną terapeutyczną, selektywną lub „przyspieszonym poro-

dem” (Kornas-Biela 1996a, s.78 – 84). Polityka przeciw dziecku i praktyki związane z przemocą w rodzinie (zaniedbywanie, agresja wobec niego, aborcja) wynikają, a jednocześnie kształtują uprzedzenia wobec dzieci i ułatwiają podejmowanie działań skierowanych przeciw nim, zwłaszcza gdy wymagałyby specjalnej opieki (medyczny paternalizm – Rue 1985).

Dzieciobójstwo jako forma przemocy wobec dziecka

Dzieciobójstwo i aborcja było do końca XIX wieku jedynymi karalnymi formami przemocy wobec dziecka. Dopiero w XX wieku określono jako kryminalne takie formy przemocy jak zaniedbanie, porzucenie, bicie, emocjonalne znęcanie, wykorzystanie seksualne (Fuchs 1982). Niektórzy badacze traktują dzieciobójstwo jako formę odroczonej aborcji, której nie można było się poddać, która się nie udała lub która została odłożona na późniejszy czas, gdy cechy prezentowane przez dziecko miały ostatecznie zadecydować o jego losie. Minturn i Stashak (1982), charakteryzując praktyki aborcji i dzieciobójstwa stosowane w 57 społecznościach doszli do wniosku, że wspólnym dla obu tych procedur przemocy wobec dziecka jest motywacja oraz czas – przed świętowaniem ceremonii urodzin.

Zabicie dziecka przez najbliższe mu osoby nie jest obecnie częstym zjawiskiem, w porównaniu z różnymi formami stosowanej wobec niego przemocy (np. werbalnej, uczuciowej, seksualnej). Śmierć noworodka jest wynikiem dwóch z czterech wyróżnianych w literaturze form przemocy, a mianowicie przemocy fizycznej lub krańcowego zaniedbania. Wraz ze wzrostem wieku dziecka wzrasta potępienie dla tej formy zabójstwa, tzn. im młodsze dziecko, im krócej noworodek żył, tym mniej surowa ocena dokonanego na nim morderstwa, zwłaszcza jeżeli dotyczy to matki. Matka jest więc osobą, która jest upatrywana jako mająca prawo do dziecka i dysponowania jego życiem jak swoją własnością.

Brak akceptacji pojawienia się dziecka, prowadzący do dzieciobójstwa w okresie porodu lub w krótkim czasie po nim, może wyrażać się w okresie ciąży poprzez podejmowanie czynów o charakterze przemocy (np. Siefert 1985), np. niedożywianie się, rezygnacja z opieki lekarskiej, brak dbałości o higienę, zażywanie leków bez kontroli lekarskiej, stosowanie używek (papierosów, alkoholu, narkotyków), krępowanie brzucha, uderzanie w niego, stosowanie domowych sposobów celem spowodowania poronienia lub śmierci wewnątrzmacicznej dziecka. U części kobiet dokonujących zabójstwa noworodka można było w czasie ciąży zauważyć brak kontaktu z nim lub wzorce zaburzonych interakcji. Powinno to być sygnałem ostrzegawczym dla najbliższych i profesjonalistów, aby przeciwdziałać kontynuowaniu przez matkę form przemocy

wobec dziecka w łonie, gdyż może to prowadzić do jego uśmiercenia po urodzeniu (Korbin 1989).

Na pojawienie się zachowań przemocowych matki wobec dziecka ma wpływ doznanie przemocy we własnym dzieciństwie (Korbin 1986). Kobiety, które są ofiarami silnej i długotrwałej przemocy mają częściej tendencję do przeniesienia jej w swoje relacje z innymi (zjawisko międzypokoleniowej transmisji). Jeśli w doświadczeniu porodu pojawi się lęk, osamotnienie, odrzucenie przez innych i inne negatywne odczucia, to zgodnie z nabytą tendencją do rozładowania silnych emocji poprzez agresję może pojawić się zachowanie skierowane przeciw dziecku (por. Garralda 1980).

Spoleczne uwarunkowania dzieciobójstwa

Fakt, że to nie przebieg porodu, ale sytuacja społeczna kobiety powoduje najczęściej zabicie dziecka bezpośrednio po porodzie, potwierdzają wyniki wielu badań, np. na Wydziale Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Sapporo przeanalizowano sytuacje 5 kobiet, które były wielokrotnymi zabójczyniami noworodków, które to zjawisko określa się jako „Medea syndrom” (Arboleda, Power 1983). Matki te nie były psychicznie chore, jak przypuszczano. Głównym motywem dzieciobójstwa była bardzo trudna sytuacja ekonomiczna lub chęć ukrycia faktu urodzenia dziecka – wszyscy trzej mężowie nie wiedzieli o ciążach swoich żon, gdyż przebywali poza domem (Funayama i in. 1994).

Na społeczne uwarunkowania dzieciobójstwa dokonanego w okresie okołoporodowym wskazuje też wyższy procent matek nieletnich niż pełnoletnich oraz ich charakterystyczna sytuacja życiowa zmuszająca je do ukrywania ciąży przed rodziną i znajomymi (Saunders 1989) oraz matek w trudnych warunkach ekonomicznych i rodzinnych (np. Przybylski, Kordel 1988; Stochaj, Łuczak 1988). Podobnie badania kobiet w Czechosłowacji, które dokonały lub próbowały dokonać dzieciobójstwa pokazały, że ponad dwie trzecie z nich chciały w ten sposób rozwiązać trudną sytuację osobistą lub pozbyć się niechcianego dziecka (Mecir 1976).

Fakt, że dzieciobójstwa nie są najczęściej wynikiem kryminogennego wpływu porodu na kobietę, ale efektem długotrwałego procesu motywacyjnego udowodnił Kołowski (1994) po przeanalizowaniu 132 akt sądowych. Poczęcie dziecka było oceniane jako niepożądane przez dwie trzecie kobiet i przez wszystkich partnerów seksualnych sprawczyń (większość zaprzeczała ojcostwu, porzuciła kobietę). Negatywny stosunek do dziecka (ukrywanie ciąży, wyrażanie chęci usunięcia jej lub zabicia dziecka) przejawiało 67% kobiet. Kobiety te najczęściej poczęły dziecko z mężczyzną, którego znały, a nawet były z nim związane uczuciowo. Były jednak najczęściej bardzo młode („przypadkowa

ciąża“), wielodzietne (niechęć posiadania kolejnego dziecka) lub z tzw. marginesu społecznego. Kołowski wyraźnie stwierdził, że dzieciobójstwo nie jest wynikiem „szoku okołoporodowego”, ale jest uzasadnione motywami psychosocjalnymi.

Dzieciobójstwo jako problem psychologiczny

Jednym z czynników usposabiających kobietę do zabicia dziecka po porodzie jest silne zaprzeczanie istnieniu ciąży, co u kobiet o histerycznej osobowości może prowadzić do somatyzacji przeżyć (Green, Manohar 1990). Całkowita dezakceptacja dziecka przejawia się wtedy w takim zaprzeczaniu jego obecności, że nie tylko zostają wyparte ze świadomości objawy jego istnienia, ale również nie pojawiają się fizjologiczne symptomy ciąży (menstruacja może utrzymywać się nawet przez cały okres ciąży). Silne odrzucenie faktu poczęcia dziecka może spowodować zachowanie nieadekwatne w stosunku do normy intelektualnej, tzn. kobieta zachowuje się tak, jakby nie rozumiała wagi sytuacji i nie wiedziała, co się z nią dzieje (por. Bauer 1997). Głębokie odrzucenie faktu ciąży i dziecka stwierdza się również w przypadkach tzw. spontanicznych porodów w toalecie, prowadzących do śmierci dziecka (Mitchell, Davis 1984).

Podobne wyniki uzyskał Bonnet (1993), badając (w Paryżu, w latach 1987 – 89) dynamikę zachowań kobiet odrzucających fakt poczęcia dziecka i myślących w ciąży o jego unicestwieniu. U wszystkich 22 kobiet doświadczenie okresu ciąży jako urazu i stresu było związane z przemocą doznaną w dzieciństwie (zaniedbanie, przemoc seksualna), z tym, że z 22 kobiet 18 skorzystało z darmowego porodu i anonimowej adopcji, 4 z nich natomiast tak skutecznie odrzucały myśli o poczętym dziecku, że zostały zaskoczone faktem porodu. Realna obecność dziecka wywołała szok i panikę, co doprowadziło je do dzieciobójstwa.

W niektórych przypadkach nieletnich matek dokonujących zabójstwa noworodka ich czyn może być wynikiem trudnej psychologicznie sytuacji z powodu braku przygotowania do podjęcia roli macierzyńskiej i poczucia niekompetencji rodzicielskiej, silnego lęku przed dzieckiem. Może się zdarzyć, że dziewczyna jest na etapie rozwojowym dziecka, bez psychologicznej odrębności charakterystycznej dla dorosłego i bez poczucia tożsamości jako kobieta. Silne uwikłanie w zależnościowy układ z matką przy lęku przed ujawnieniem ciąży może doprowadzić do desperacyjnego czynu zabicia noworodka (np. Ratner 1985; Kornas-Biela 1996b).

Psychoanalitycy tłumaczą dzieciobójstwo na wiele sposobów, m.in. w kontekście kompleksu Edypa (Pollock 1986) lub jako wyładowanie tłumionej agresji do własnej matki i chęć odwetu na niej. Zemsta wobec matki zostaje przeniesiona na dziecko, jej wnuka (Puri 1988). Chęć zemsty może również doty-

czyć ojca, którego część niszczy się w dziecku. Rozładowana agresja, po skierowaniu jej z prawdziwego obiektu (np. matki, ojca, męża, gwałciciela) na substytut, jakim stało się zamordowane dziecko, powraca czasem skumulowana do sprawcy przestępstwa, ulega internalizacji i zwraca się przeciw niemu w postaci tendencji samobójczych (por. Ishihara 1984).

Analizy statystyk dotyczących dzieciobójstwa wskazują, że charakterystyki cech osobowości, motywów oraz sposobu dokonania zabójstwa dziecka różni kobiety od mężczyzn oraz kobiety zabijające noworodki, zwłaszcza zaraz po porodzie od tych kobiet, które mordują dzieci starsze. Statystyki kanadyjskie z lat 1961-1983 ilustrują, jak bardzo grupa dzieciobójczyń jest grupą niehomogeniczną i dla zrozumienia czynu konieczne jest rozeznanie w specyfice relacji łączącej matkę z dzieckiem (Silverman, Kennedy 1988). Również statystyki dzieciobójstw ze Szkocji, obejmujące lata 1978 – 1993, pokazały pewne prawidłowości, podobne do tych stwierdzanych w Anglii i Walii (Marks, Kumar 1993, 1996). Dzieciobójstwa dotyczą przede wszystkim małych dzieci i im dziecko mniejsze, tym większe ryzyko, że stanie się ofiarą (83% dzieci zostaje zabitych w pierwszych 6 miesiącach życia). Największe ryzyko zabicia dziecka przez matkę obserwuje się w pierwszym dniu po urodzeniu (około 21%, tzn. co piąte zabójstwo dziecka dokonane jest w pierwszej dobie po porodzie). Prawdopodobieństwo zabójstwa zmniejsza się sukcesywnie z upływem czasu od urodzenia (średnio między drugim a 30 dniem po urodzeniu dokonanych zostaje 13% zabójstw dzieci), tak iż wskaźnik ryzyka w ostatnim kwartale pierwszego roku życia równa się ogólnemu wskaźnikowi dla populacji. W kulturach pozaazjatyckich męskie noworodki są częściej ofiarą morderstwa niż noworodki żeńskie. Najczęściej agresorami wobec dzieci są rodzice (93% przypadków), przy czym matki dokonują najczęściej morderstwa w pierwszym dniu po porodzie, gdy noworodek natomiast przeżyje pierwszą dobę, to staje się częściej ofiarą ze strony agresji ojca.

Ojcowie częściej niż matki zostają skazani za dzieciobójstwo, co wynika ze zróżnicowanej płciowo motywacji czynu (u ojców częściej jest nią gniew, wściekłość, furia), stopnia świadomości (u matek częściej stwierdza się fakt choroby psychicznej) oraz użytej przemocy (ojcowie częściej zabijają poprzez bicie i kopanie, matki przez uduszenie). Zauważono jednak niejednakowe traktowanie zabójstwa dziecka przy wymierzaniu kary dla matki i ojca – ojcowie są częściej w tym przypadku podejrzewani jako sprawcy czynu i otrzymują cięższe kary niż matki za czyny o tym samym charakterze przemocy, np. matki, które zabiły dziecko w sposób brutalny, zadając mu wiele cierpienia otrzymywały niższe kary niż ojcowie, którzy zabili dziecko w sposób niebolesny. Świadczy to jednocześnie o tym, że w społecznym odczuciu dziecko jest bardziej traktowane jako własność matki niż ojca i jej przyznana jest w większym stopniu możliwość dysponowania osobą dziecka nie tylko przed, ale i po urodzeniu.

Psychiatryczne podłoże dzieciobójstwa

Niektórzy badacze podają dowody, że większość zabójstw dopiero co urodzonego noworodka dokonują kobiety bardzo młode, niezamężne, niepracujące, bez objawów choroby psychicznej, uzasadniając tym samym społeczno-ekonomiczne podłoże tego rodzaju przestępstwa (Wilkins 1985). Nie można jednak zaprzeczyć, że czasami dzieciobójstwo może być wyrazem zaburzeń psychicznych, na które cierpi matka. Są i tacy badacze, którzy podkreślają, że w przypadkach zabicia dziecka w okresie okołoporodowym czynnik choroby psychicznej matki jest znacznie bardziej istotny niż czynniki psychospołeczno-ekonomiczne (Garraalda 1980) i przedstawiają typową dzieciobójczynię jako chorą na schizofrenię, psychozę maniakalno-depresyjną, depresyjną lub przejawiającą skłonności samobójcze (Bourget, Bradford 1990). Analizy socjodemograficzne i psychologiczne 17 dzieciobójczyń dokonane przez Instytut Philippe Pinel w Montrealu wskazują na trudne warunki ekonomiczne oraz poważne zaburzenia osobowości i stany depresyjne u tych kobiet. Zabójstwo może być rozumiane jako akt samobójstwa przeniesiony na dziecko lub akt litości wobec niego. Dlatego nie można trywializować objawów depresji, wypowiedzi o chęci unicestwienia dziecka (np. „lepiej gdyby go nie było”) jak też symptomów zdeorganizowanego zachowania u matki przed lub w czasie ciąży i porodu (Marleau i in. 1995).

Analizując przypadki dzieciobójstwa w USA, Lewis i in. (1998) zauważyli, że psychoza matki jest czynnikiem wpływającym na sposób zabicia dziecka – matki psychotyczne 11 razy częściej używały narzędzia do zabicia dziecka niż matki nie psychotyczne (wszystkie matki, które posłużyły się w tym celu nożem oraz 7/8 matek, które użyły rewolweru, były chore psychicznie). Jednak niezależnie od faktu psychozy matki obserwuje się prawidłowość, zgodnie z którą wraz z wiekiem dziecka wzrasta prawdopodobieństwo użycia przez matkę narzędzia, którym dokonuje zabójstwa. Noworodki, a zwłaszcza w pierwszej dobie po urodzeniu są rzadko pozbawiane życia przy użyciu ostrych narzędzi.

Jednym z argumentów na rzecz uznania dzieciobójstwa jako przestępstwa uprzywilejowanego jest fakt istnienia tzw. psychozy poporodowej. Pojawia się ona jednak nie w pierwszej dobie po urodzeniu dziecka, ale między 5 – 25 dniem, a niektórzy autorzy wymieniają pierwsze półrocze (zależnie od rodzaju psychozy np. Mc Neil 1988). Częstotliwość targnięcia się w tym wypadku na życie dziecka jest bardzo rzadka (Davidson, Robertson 1985). Wszyscy natomiast zgadzają się co do tego, że jej symptomatologia jest podobna jak każdej innej psychozy, chociaż rokowania są bardziej pomyślne. Jest również prawdopodobne, iż mają one charakter schorzenia równoczesnego, a nie przyczynowo powiązanego z ciążą i porodem.

W argumentacji uzasadniającej uprzywilejowanie dzieciobójstwa wymienia się też często depresję poporodową. Trzeba jednak pamiętać, że nie może być

ona uznana za przyczynę zmniejszającą odpowiedzialność za zabicie noworodka w pierwszej dobie po urodzeniu, gdyż jej cechą jest to, że pojawia się później a spowodowana jest zaburzeniami endokrynologicznymi, przemianami składników mineralnych oraz wyczerpaniem nową sytuacją, niedoborem snu, i.t.p. Poza tym w literaturze podkreśla się, że stan depresji poporodowej nie odbiera możliwości rozeznania tego, co się robi oraz oceny moralnego zła czynu (kobieta nie jest „szalona”), stąd jest odpowiedzialna za niego (Goldstein 1989). Jest natomiast możliwe, że matka chorująca już w okresie ciąży na depresję, dokona dzieciobójstwa, ale to wtedy nie przebieg porodu wpłynął na jej czyn, lecz zaistniałe wcześniej zaburzenie zdrowia psychicznego, ze względu na które podlega ona łagodniejszej formie kary.

Na konieczność oddzielania problemu poporodowych zaburzeń psychicznych (np. depresji poporodowej, psychoz poporodowych) oraz dzieciobójstwa wskazuje również analiza rozdziałów książek omawiających te zagadnienia. Poporodowe zakłócenia w funkcjonowaniu psychicznym są omawiane oddzielnie, problematyka dzieciobójstwa natomiast jest rozpatrywana w kontekście zaburzonych relacji matki z dzieckiem, przemocy i agresji wobec niego (np. de Mause 1974; Helfer, Kempe 1987; Neuman 1987; Tzeng, Jacobsen 1988; Brocington 1996).

Farmakologiczne przyczyny dzieciobójstwa

Niektórzy badacze stwierdzają, że mogą zaistnieć przypadki dzieciobójstwa spowodowane zaburzeniami poznawczo-emocjonalnymi na tle utraty równowagi hormonalnej i metabolicznej w okresie około i poporodowym wskutek podania matce zbyt silnych leków naczynioruchowych. Wymienia się w tym przypadku pochodne ergotaminy, które mogą mieć halucynogenny efekt i spowodować objawy „czystej psychozy poporodowej” jako manifestacji ostrego zatrucia ergotaminowego (Iffy, Jakobovits 1992).

Dzieciobójstwo jako problem psychologiczno-prawny

Obowiązujące obecnie prawo łagodzące karalność za zabójstwo dziecka w pierwszym miesiącu życia (okres noworodkowy w psychologii obejmuje pierwszy miesiąc po urodzeniu) jest nieuzasadnione z punktu widzenia psychologicznego i można je jedynie rozumieć jako chęć ustawodawcy do zalegalizowania prawa pozbywania się przez matkę (a tym samym i społeczeństwo) osób chorych, z wadami, dzieci z potencjalnymi obciążeniami (np. dzieci matek psychicznie chorych, upośledzonych umysłowo, z marginesu społecznego) lub dzieci wymagających szczególnej pomocy ze strony państwa (dzieci matek nie-

letnich lub wielodzietnych). Paragraf ten spotkał się z krytyczną oceną w literaturze przedmiotu (Daszkiewicz 1998) i nie wydaje się słuszny u końca wieku zwanego „wiekiem dziecka”.

Uprzywilejowanie zabójstwa dokonywanego przez matki z powodu wady wrodzonej noworodka lub jego odbiegającego od normy (przeciętnej w populacji) wyglądu, jak to reguluje obecnie obowiązujące w Polsce prawo karne, jest usankcjonowaniem roli matki do uwalniania społeczeństwa od osób wymagających dodatkowych nakładów finansowych na ich leczenie, opiekę i wychowanie. Przez system polityki społecznej wobec osób niepełnosprawnych i prawo karne ułatwiające ich eliminację kształtuje się klimat nie sprzyjający pozytywnym postawom społecznym wobec osób wymagających pomocy, wzmacnia się bariery uprzedzeń, stereotypów i przesądów, które utrudniają akceptację niepełnej sprawności przez rodziców. Ciężar, jaki wnosi do rodziny dziecko z wadą, jest wtedy tak wielki, że rodzice nie czują możliwości uniesienia go (Kornas-Biela 1996, s. 78 – 83). Matka jest więc, przez swoją uprzywilejowaną prawnie pozycję, oddelegowana do zdjęcia z rodziny owego ciężaru, przez zabójstwo dziecka.

Tymczasem trzeba sobie zdawać sprawę, że szok i wiele silnie negatywnych myśli są normalną reakcją po diagnozie o urodzeniu ciężko chorego lub obciążonego wadą dziecka. Mogą pojawić się wtedy myśli o tym, że lepiej by było, gdyby dziecka nie było, gdyby umarło, a nawet o dzieciobójstwie. Jednak to nie zwalnia matki od odpowiedzialności za życie dziecka, a dostarczenie wsparcia rodzicom pozwala im poradzić sobie z tymi uczuciami i nawiązać pozytywne relacje z dzieckiem (np. Childs 1985). Fakt zabicia dziecka z wadą jest więc wynikiem nieudolności systemu profesjonalnej opieki oraz rodzinnych więzi i nie może być prawnie usprawiedliwiany, gdyż wtedy zwalnia czynniki społeczne od obowiązku zorganizowania systemu pomocy rodzicom, znajdujących się w tych trudnych sytuacjach. Jeśli natomiast widok noworodka i jego duże zniekształcenia wyglądu zewnętrznego tak wstrząsnęły matką, że zabiła ona dziecko w stanie silnego wzburzenia i nie była w stanie panować nad sobą, to może podlegać złagodzonej karze ze stosownego paragrafu Kodeksu Karnego.

Analiza przyczyn podejmowania przez matkę czynów doprowadzających do śmierci dziecka w okresie okołoporodowym pokazała złożoność zjawiska. Grupa tych matek różni się od matek dokonujących zabójstw dziecka w innym czasie jego życia i nie jest homogeniczna. W anglojęzycznej literaturze przedmiotu wyróżnia się czasem osobne określenia na zabójstwo dokonane w pierwszych 24 godzinach po urodzeniu (neonacide, infanticide) oraz po tym czasie (libericide), czym chce się podkreślić jego specyfikę (D’Orban 1979).

Analizy akt sądowych 32 dzieciobójczyń, wobec których były prowadzone procesy sądowe w Polsce w latach 1962 – 1971 wykazały, że w uwarunkowaniu dokonanych przez nie zabójstw noworodka ogromną rolę odegrały złe warunki socjalne, zaburzenia osobowości i upośledzenie umysłowe (Bartoszewski, Ha-

launbrenner-Lisowska 1973). Podobne wnioski wyciągnęli badacze czescy, którzy po wnikliwym badaniu medycznym, psychologicznym i socjologicznym 10 dzieciobójczyń, stwierdzili, że można wyróżnić wśród nich 3 typy: 1. podejmujące racjonalną decyzję o zabójstwie w trudnej sytuacji życiowej, sytuacji kryzysu; 2. z zaburzoną osobowością (chore psychicznie) i lub niedorozwojem procesów poznawczych (upośledzone umysłowo); 3. dokonujące zabójstwa dziecka z powodu tych samych czynników jak każdy inny morderca (Medvecky, Kafka 1972).

Wielu autorów wskazuje na stereotyp upatrywania przyczyn zabijania noworodka przede wszystkim w psychopatii i chorobie psychicznej, co odwraca uwagę od właściwych przyczyn, które są natury społeczno-ekonomicznej. Konwencja przypisywania matce zaburzeń zdrowia psychicznego zwalnia polityków i profesjonalistów od wnikięcia w przyczyny jej desperacji prowadzącej do zabicia własnego dziecka (Edwards 1986).

Podobnie posługiwanie się terminem szoku porodowego jest niewłaściwe (por. Tarnawski 1995, s. 28 – 29). Poród od strony fizjologicznej jest procesem naturalnych zmian a wydzielane wtedy hormony, takie jak oksytocyna („hormon miłości”) i endorfiny („hormony ekscytacji”) oraz prolaktyna („hormon macierzyńskiej opieki”) sprzyjają podjęciu zachowań ochronnych wobec dziecka. W sytuacjach silnego lęku, presji i stresu wydzielanie ich może zostać zaburzone, ale nie oznacza to, że matka traci rozeznanie w sytuacji. Może natomiast ulec panice, zwłaszcza gdy jest młodą dziewczyną, która zaprzeczała poczęciu dziecka, a poród przebiega bardzo szybko lub w nietypowych warunkach. Działanie pod wpływem paniki i szoku nie wynika jednak z właściwości porodu jako procesu, ale z zaistniałej sytuacji psychologiczno-społecznej. Gdy człowiek znajduje się w stanie silnego wzburzenia i paniki zachowuje się w sposób niekontrolowany i karalność w tych wypadkach regulują odpowiednie przepisy prawa karnego.

Analizując psychologiczne podłoże sprzyjające dzieciobójstwu, można zauważyć, że najczęściej mamy do czynienia z nawarstwieniem się w czasie niekorzystnych sytuacji psychologiczno-społecznych oraz z brakiem wsparcia (por. Cieślak, Spett, Wolter 1977; Kołowski 1994). Dzieciobójstwo nie jest zachowaniem z powodu szoku odbytego porodu, ale „otwarcie kłapy bezpieczeństwa”, rozładowaniem długotrwałych napięć, które wynikały zarówno z trudnej sytuacji psychologicznej (np. osobowość ofiary przemocy doznawanej w dzieciństwie, osobowość histeryczna lub neuropatyczna, cechy introwersji i pasywności, tłumiona wrogość do bliskich), społecznej (brak akceptacji w otoczeniu dla macierzyństwa kobiety i jej dziecka, lęk przed ujawnieniem faktu jego istnienia, niestabilna sytuacja rodzinna, konfliktowe relacje z innymi) oraz ekonomicznej (brak warunków i środków na wychowanie dziecka). Niemożność wykarmienia i wychowania dwojga dzieci prowadzi czasem do zabójstwa jednego z bliźniaków (Lester 1986). Po dzieciobójstwie część kobiet ma myśli,

a nawet podejmuje czyny samobójcze, co wskazuje na rozeznanie moralnej niegodziwości czynu i chęć ukarania siebie (Ishihara 1984). W większości przypadków zamiar dzieciobójstwa jest skutkiem długotrwałego procesu motywacyjnego przebiegającego w atmosferze braku akceptacji dla pojawienia się dziecka przez partnera seksualnego, rodzinę, środowisko otaczające kobietę, a w konsekwencji i przez same matki (Kołowski 1994). Brak jest więc podstaw do uprzywilejowanego traktowania tego przestępstwa.

Parker i Good (1981) natomiast analizując wyroki sądowe wobec dzieciobójczyń w latach 1967-1978 w Anglii, doszli do wniosku, że następuje zmiana postawy wobec tych matek w kierunku wymierzania coraz bardziej łagodnej kary lub uniewinniania. Autorzy ci wskazali na nielogiczność prawa dotyczącego dzieciobójstwa, gdyż nie ma żadnych podstaw, by prawne konsekwencje zabicia dziecka po urodzeniu przez matkę z zaburzeniami psychicznymi były inne przy porodzie, w ciągu pierwszego dnia lub kiedykolwiek indziej, jak też nie ma podstaw, by zaburzenia psychiczne związane z porodem miałyby być inaczej traktowane niż każde inne zaburzenie psychiczne, spowodowane takim a nie innym czynnikiem.

W podsumowaniu można stwierdzić, że starania, by utrzymać uprzywilejowanie dzieciobójstwa w prawie karnym należy traktować jako formę uwalniania się społeczeństwa od dzieci chorych i obciążonych wadą, dzieci ze środowisk tzw. marginesu społecznego lub ubogich, dzieci matek chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo, a także łagodzenia niedomogów systemu pomocy dla kobiet w ciąży i dla rodzin posiadających dzieci. Jeżeli prawodawca ma zamiar utrzymać w mocy prawo łagodzące odpowiedzialność matki za zabicie noworodka, to w sformułowaniu paragrafu nie należy umieszczać przebiegu porodu jako czynnika kryminogennego. Poród nie jest bowiem doświadczeniem patologizującym zachowanie, są nim natomiast warunki życia i porodu oraz perspektywy wychowania dziecka (a za to m.in. odpowiada polityka społeczna i prorodzinna państwa), które mogą być tak silnie stresujące, że przekraczają wytrzymałość psychiczną kobiety i skłaniają ją do targnięcia się na życie dziecka.

Wszystkie inne sytuacje, w których matka dokonała dzieciobójstwa z powodu braku możliwości rozeznania (stan pomroczny, atak padaczki, zaburzenia świadomości w rzucawce), rozumienia (upośledzenie umysłowe, degradacja z powodu epilepsji lub ciężkich urazów czaszkowo-mózgowych) lub panowania nad sobą (silny afekt, psychoza, depresja) mogą być rozpatrywane w ramach istniejących paragrafów Kodeksu Karnego. Nie ma podstaw pod formułowanie osobnego przepisu prawa zmniejszającego karalność dzieciobójstwa w przypadku kobiet chorych psychicznie, upośledzonych umysłowo, działających w stanie silnego afektu, gdyż karalność w tych przypadkach regulują już odpowiednie przepisy prawa karnego, a sam przebieg porodu nie wywołuje specyficznego

zespołu zaburzeń psychicznych, zmniejszających poczytalność lub możliwość kierowania swoim postępowaniem.

Zalecenia profilaktyczne

Brak jest dotychczas wyczerpujących badań, których wyniki pozwoliłyby na tyle rozumieć motyw i warunki dokonywania zabójstw noworodków przez matkę, by znając czynniki ryzyka, móc identyfikować potencjalną sprawczynię oraz zapobiec dzieciobójstwu (Pitt, Bale 1995).

Ważne byłoby bardziej wnikliwe poznanie psychodynamiki decyzji podejmowanej w okresie ciąży lub po porodzie co do oddawania dziecka do adopcji. Za takim wyborem stoi zwykle sytuacja życiowa, a jednocześnie kompleks czynników psychologicznych, których poznanie pomogłoby przeciwdziałać dzieciobójstwu (Green, Manohar 1990; Bonnet 1993). W literaturze podkreśla się konieczność badań nad sposobami prewencji w tym zakresie (Saunders 1989). Podkreśla się też możliwość poddania terapii relację między matką i dzieckiem, kiedy dziecku udało się przeżyć próbę dzieciobójstwa (por. Ambach i in. 1990). Fakt, że otaczając matkę dostatecznym nadzorem i wsparciem ze strony rodziny oraz profesjonalnym poradnictwem, jest się w stanie doprowadzić do sytuacji wychowywania przez nią dziecka na miarę jego potrzeb, wskazuje na konieczność podejmowania wcześniejszych oddziaływań zapobiegających dzieciobójstwu. Wymaga to uczulenia społeczeństwa jak i profesjonalistów na czynniki ryzyka oraz zapewnienia różnych form pomocy (Cherland, Matthews 1989), zwłaszcza wsparcia (informacyjnego, emocjonalnego i rzeczowego, np. poprzez odpowiednią politykę społeczną).

Bibliografia

- Ambach E., Tributsch W., Rabi W., Attempted infanticide with a happy ending. Report of infanticide in Tirol and Vorarlberg. *Beitrag zur Gerichtlichen Medizin*, 1990, 48: 667-672.
- Arboleda F.J., Power A., The Medea syndrome: Multiple infanticide – a Canadian case. *American Journal of Forensic Psychiatry*, 1983, 4 (2): 61-66.
- Baran E., Marek Z., Poronienie, dzieciobójstwo i urodzenia dzieci pozamałżeńskich w Polsce. *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii*, 1979, 29 (4): 289-297.
- Bauer M., The Gretchen question: acquittal after infanticide in denied pregnancy? *Psychiatr Prax*, 1997, 24 (5): 248-250.

- Bartoszewski J., Halaunbrenner-Lisowska J., Społeczno-psychiatryczne analizy dzieciobójstwa dokonanego w regionie Warszawy w latach 1962-1971. *Psychiatria Polska*, 1973, 7 (4): 427-432.
- Bonnet C., Adoption at birth: prevention against abandonment or neonaticide. *Child Abuse and Neglect*, 1993, 17 (4): 501-513.
- Bourget D., Bradford J.M., Homicidal parents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1990, 35 (3): 233-238.
- Breiner S.J., Child abuse patterns: Comparison of ancient Western civilization and traditional China. *Analytic Psychotherapy and Psychopathology*, 1985, 2 (1): 27-50.
- Breiner S.J., *Slaughter of the Innocents: Child Abuse Through the Ages and Today*, New York, Plenum Press, 1990.
- Brockington I., *Motherhood and Mental Health*. Oxford, Oxford University Press, 1996.
- Cherland E., Matthews P.C., Attempted murder of a newborn: A case history. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1989, 34 (4): 337-339.
- Childs R.R., Maternal psychological conflicts associated with the birth of a retarded child. *Maternal Child Nursing Journal*, 1985, 14 (3): 175-182.
- Cieślak M., Spett K., Wolter W.: *Psychiatria w procesie karnym*. Warszawa, Wydawnictwo Prawnicze, 1977.
- Coale A.J., Banister J., Five decades of missing females in China. *Demography*, 1994, 31 (3): 459-479.
- Daly M., Parent – Offspring Conflict and Violence in Evolutionary Perspective. W: *Sociobiology and Social Sciences*. Pod red. R.W. Bell, N.J. Bell, Lubbock, TX, Texas University Press, 1989: 25-43.
- Damme C., Infanticide: The worth of an infant under law. *Med History*, 1978, 22 (1): 1-24.
- Daszkiewicz K., O dzieciobójstwie (w świetle prawa karnego z 6 czerwca 1997r). *Państwo i Prawo*, 1998.
- Davidson J., Robertson E., A follow – up study of post partum illness, 1946 – 1978. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1985, 71 (5): 451-457.
- de Mause L., (pod red.), *The History of Childhood: The Untold Story of Child Abuse*. New York, Peter Bedrick Books, 1974.
- D'Orban P.T., Women who kill their children. *British Journal of Psychiatry*, 1979, 134: 560-571.
- Edwards S.S., Neither bad nor mad: The female violent offender reassessed. Special Issue: Women and the law. *Womens Studies International Forum*, 1986, 9 (1): 79-87.
- Eibl-Eibesfeldt I., *Miłość i nienawiść*. Warszawa, PWN, 1987.
- Ende A., Children in history: A personal review of the past decades published research. *Journal of Psychohistory*, 1983, 11 (1): 65-88.

- Fuchs R.G., Crimes against children in nineteenth – century France: Child abuse. *Law and Human Behavior*, 1982, 6 (3-4): 237-259.
- Funayama M., Ikeda T., Tabata N., Azumi J., Morita M., Case report: repeated neonaticides in Hokkaido. *Forensic Science International*, 1994, 64 (2-3): 147-150.
- Garraalda H.M.E., El abuso hacia los niños (revision somera de algunas teorías sobre la agresión). *Salud Mental*, 1980, 3 (3): 13-17.
- Goldstein R.L., The psychiatrists guide to right and wrong: III. Postpartum depression and the „appreciation” of wrongfulness. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1989, 17 (2): 121-128.
- Green C.M., Manohar S.V., Neonacide and hysterical denial of pregnancy. *British Journal of Psychiatry*, 1990, 156: 121-123.
- Grześkowiak A., Ochrona życia w nowym kodeksie karnym. Sympozjum, KUL, 12.5.1997.
- Helfer R.E., Kempe R.S., (pod red.), *The Battered Child*. Chicago, Ill, University of Chicago Press, 1987.
- Iffy L., Jakobovits A., Infanticide: new medical considerations. *Medicine and Law*, 1992, 11 (3-4): 269-274.
- Ishihara K., A study of female prisoners incarcerated for infanticide. *Japanese Journal of Criminal Psychology*, 1984, 21 (1-2): 11-24.
- Jackson C.C., Severly disabled newborns. To live or let die? *Journal of Legal Medicine*, 1987, 8 (1): 135-176.
- Jeffery R., Jeffery P., Lyon A., Female infanticide and amniocentesis. *Social Science and Medicine*, 1984, 19 (11): 1207-1212.
- Kellum B.A., Infanticide in England in the later Middle Ages. *History of the Childhood Quarterly. The Journal of Psychohistory*, 1974, 1 (3): 367-388.
- Keyserlingk E.W., Against infanticide. *Law Medicine Health Care*, 1986, 14 (3-4): 154-157.
- Kinsley C.H., Prenatal and Postnatal Influences on Parental Behavior in Rodents. W: *Mammalian Parenting: Biochemical, Neurobiological, and Behavioral Determinants*, pod red. N.A. Krasnegor, R.S. Bridges, New York, Oxford University Press, 1990: 347-371.
- Kołowski J., Typy emocjonalnej reakcji na ciążę wśród sprawczyń dzieciobójstwa. *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii*, 1994, 44 (4): 409-413.
- Korbin J.E., Childhood histories of women imprisoned for fatal child maltreatment. Sixth International Congress of the International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (1986, Sydney, Australia). *Child Abuse and Neglect*, 1986, 10 (3): 331-338.
- Korbin J.E., Fatal maltreatment by mothers: a proposed framework. *Child Abuse and Neglect*. 1989, 13 (4): 481-489.

- Kornas-Biela D., *Opinia psychologiczna nt. projektu ustawy o zmianie ustawy kodeks karny (szok okołoporodowy druk 417). Opinia zlecona przez Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu, Warszawa, październik 1998.*
- Kornas-Biela D., *Psychologiczne problemy poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej. Lublin, TN KUL, 1996a.*
- Kornas-Biela D., *Psychologiczne przyczyny rodzicielstwa młodocianych, Roczniki Nauk Społecznych, 1996b, 24 (2): 125-148.*
- Krug E.G., Dahlberg L.L., Powell K.E., *Childhood homicide, suicide, and firearm deaths: an international comparison. World Health Statistic Quarterly, 1996, 49 (3-4): 230-235.*
- Kumar T.C., *Gender pre – selection. Prevention or perpetuation of female deaths (letter). Human Reproduction, 1995, 10 (5): 1319.*
- Lamb M.E., Sternberg K.J., Hwang C.P., Broberg A.G., (pod red.), *Child Care in Context: Cross – Cultural Perspectives. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 1992.*
- Langer W.L., *Infanticide: A historical survey. History of Childhood Quarterly. The Journal of Psychohistory, 1974, 1 (3): 353-365.*
- Lester D., *Murdering babies, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1991, 26 (2): 83-85.*
- Lester D., *The relation of twin infanticide to status of women, societal aggression, and material well – being. Journal of Social Psychology, 1986, 126 (1): 57-59.*
- Lewis C.F., Baranoski M.V., Buchanan J.A., Benedek E.P., *Factors associated with weapon use in maternal filicide. Journal of Forensic Science, 1998, 43 (3): 613-618.*
- Light S., *Female infanticide in China. Response to the Victimization of Women and Children, 1985, 8 (2): 5-6.*
- Lund N., *Infanticide, physicians, and the law. The „Baby Doe” Amendments to the Child Abuse Prevention and Treatment Act. American Journal in Law and Medicine, 1985, 11 (1): 1-29.*
- Marks M.N., Kumar R., *Infanticide in England and Wales. Medical Sciences and Law, 1993, 33 (4): 329-339.*
- Marks M.N., Kumar R., *Infanticide in Scotland. Medical Sciences and Law, 1996, 36 (4): 299-305.*
- Marleau J.D., Roy R., Laporte L., Webanck T., Poulin B., *Infanticide committed by the mother. Canadian Journal of Psychiatry, 1995, 40 (3): 142-149.*
- McNeil T.F., *A prospective study postpartum psychoses in a high – risk group: III. Relationship to mental health characteristics during pregnancy. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1988, 77 (5): 604-610.*

- Mecir J., Homicidal behavior towards children. *Ceskoslovenska Psychiatrie*, 1976, 72 (5): 297-306.
- Medvecký J., Kafka J., Psychiatric aspects of neonaticide committed by mothers. *Ceskoslovenska Psychiatrie*, 1972, 68 (1): 16-22.
- Mitchell E.K., Davis J.H., Spontaneous births into toilets. *Journal Forensic Science*, 1984, 29 (2): 591-596.
- Montag B.A., Montag T.W., Infanticide. A historical perspective. *Minn Medicine*. 1979, 62 (5): 368-372.
- Moseley K.L., The history of infanticide in Western society. *Issues in Law and Medicine*, 1986, 1 (5): 345-361.
- Neuman G.G., (pod red.), *Origins of Human Aggression: Dynamics and Etiology*. New York, Human Sciences Press, 1987.
- Parker E., Good F., Infanticide. *Law and Human Behavior*, 1981, 5 (2-3): 237-243.
- Pitt S.E., Bale E.M., Neonaticide, infanticide, and filicide: a review of the literature. *Bulletin of American Academy of Psychiatry and Law*, 1995, 23 (3): 375-386.
- Pollock G.H., Oedipus examined and reconsidered: The myth, the developmental stage, the universal theme, the conflict, and the complex. *Annual of Psychoanalysis*, 1986, 14: 77-106.
- Popielski B., Patologia seksualna w świetle kodeksu karnego. Cz.2: Zbieg przestępstw seksualnych z innymi przestępstwami. *Problemy Rodziny*, 1983, 6:32-37.
- Przybylski Z., Kordel K., Struktura zabójstw w świetle materiału Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu w latach 1970-1986. *Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii. Materiały VIII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii w Poznaniu*, 4-6 września, 1987, T.I. Poznań, 1988: 403-411.
- Puri B.K., A psychiatric trainees experience of holding the burden. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 1988, 3 (3): 271-276.
- Ratner R.A., A case of child abandonment – reflections on criminal responsibility in adolescence. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 1985, 13 (3): 291-301.
- Rue V.M., Death by design of handicapped newborns: the family's role & response. *Issues in Law and Medicine*. 1985, 1 (3): 201-225.
- Rutkowski R., Rodzice i dzieci. *Problemy*, 1983, 5: 34-37.
- Saunders E., Neonaticides following „secret” pregnancies: seven case reports. *Public Health Report*, 1989, 104 (4): 368-372.
- Siefert K.A., Etiology of Physical Abuse. W: *Social Work Treatment with Abused and Neglected Children*. Pod red. Ch.M. Mouzakitis, R.Varghese, Springfield, Ill., Charles C Thomas, Publisher, 1985: 37-52.

- Silverman R.A., Kennedy L.W., Women who kill their children. Violence and Victims, 1988, 3 (2): 113-127.
- Stochaj M., Łuczak M., Społeczno-medyczne aspekty dzieciobójstwa w świetle akt sądowych. Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii. Materiały VIII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii w Poznaniu, 4-6 września, 1987. T.I, Poznań, 1988: 417-427.
- Tarnawski M., Zabójstwa uprzywilejowane a problematyka poczytalności. Psychiatria Polska, 1995, 29 (1): 25-32.
- Tzeng O.C.S., Jacobsen J.J., (pod red.), Source for Child Abuse and Neglect: Intervention, Treatment, and Prevention Through Crisis Programs, Springfield, Charles C Thomas Publisher, 1988.
- Vishwanath L.S., Female Infanticide and the Position of Women in India. W: Women in Indian Society. Social Structure and Change. Vol. 2. Pod red. A.M. Shah, B.S. Baviskar, E.A. Ramaswamy, New Delhi, Sage Publications Inc., 1996: 179-205.
- Wilkins A.J., Attempted infanticide. British Journal of Psychiatry, 1985, 146: 206-208.