



Psychiczne i somatyczne następstwa maltretowania dzieci – opis dwóch przypadków

Psychological and physical consequences of child abuse – two case reports

WIESŁAWA TRENDAK¹, JÓZEF KOCUR², ADAM RASMUS¹

Z: 1. Zakładu Medycyny Ratunkowej i Medycyny Katastrof Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii Akademii Medycznej w Łodzi

2. Zakładu Psychorehabilitacji Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi

STRESZCZENIE. W pracy przedstawiono psychiczne i somatyczne następstwa maltretowania małych dzieci na podstawie opisu dwóch przypadków.

SUMMARY. Psychological and somatic sequels of battering little children are presented on the grounds of two case reports.

Słowa kluczowe: maltretowanie dzieci / następstwa / opis przypadku

Key words: child abuse /sequels / case report

Pomimo postępu w dziedzinie ochrony praw dziecka zjawisko maltretowania dzieci nadal występuje we wszystkich kręgach kulturowych [1, 3]. Wg definicji WHO za maltretowanie dziecka uważa się „każde zamierzone lub niezamierzone działanie osoby dorosłej, społeczeństwa lub państwa, które ujemnie wpływa na zdrowie, rozwój fizyczny i psychiczny dziecka” [2].

Badania różnych autorów wykazują, że najczęściej krzywdzone są niemowlęta (36,4%) i małe dzieci do trzeciego roku życia (35,3%) [2, 3, 4].

Krzywdzenie dzieci może obejmować: bicie i maltretowanie fizyczne, gwałt i nadużycia seksualne, prześladowanie emocjonalne, głodzenie, zaniedbanie fizyczne i emocjonalne oraz zaniedbanie lecznicze [2].

Maltretowanie może być przyczyną zaburzeń rozwoju psychoruchowego dzieci, ponieważ powoduje zahamowanie rozwoju fizycznego, zakłócenia sfery emocjonalnej oraz trudności w funkcjonowaniu społecz-

nym. W tym kontekście przedstawiamy dwa przypadki dzieci maltretowanych oraz psychiczne i somatyczne następstwa maltretowania.

PRZYPADEK 1

Dziecko urodziło się w rodzinie o nieprawidłowej strukturze, z problemem alkoholowym, w trudnej sytuacji bytowej i mieszkaniowej. Matka nadużywała alkoholu również w okresie ciąży. Dziecko było głodzone, pozostawiane na wiele godzin bez jakiegokolwiek opieki; zdarzało się, że rodzice wystawiali dziecko na korytarz nawet zimą. Na podstawie wywiadu środowiskowego ustalono również, że rodzice często poili niemowlę denaturatem, aby je „wyciszyć”. Pijana matka na spacerze pobiła płaczące dziecko i wyrzuciła je z wózka. Świadkowie zdarzenia wezwali pogotowie i policję. Rodzice zostali umieszczeni w Izbie Wytrzeźwień, a 8-miesięczne niemowlę trafiło na

oddział chirurgiczny, gdzie przebywało przez miesiąc. Konsultacja neurologiczna ujawniła opóźnienie rozwoju psychoruchowego. Ze szpitala wypisano dziecko z rozpoznaniem: stan po urazie głowy. W chwili przyjęcia na oddział niemowlę było brudne, zaniedbane, z siniakiem w okolicy czołowej, miało też znaczną niedowagę.

Opisane zachowanie rodziców było podstawą wszczęcia postępowania karnego i w rezultacie skazania ich przez Wydział Karny Sądu Rejonowego w Łodzi na karę pozbawienia wolności. Wcześniej Sąd Rodzinny pozbawił ich władzy rodzicielskiej. Po hospitalizacji niemowlę, na mocy decyzji sądu, umieszczono w Domu Dziecka dla Małych Dzieci w Łodzi.

Przeprowadzone tam badanie psychologiczne Skalą Rozwoju Brunet-Lezine potwierdziło opóźnienie rozwoju psychoruchowego dziecka we wszystkich sferach, a zwłaszcza w sferze mowy oraz postawy i lokomocji. Dziewczynka bardzo wolno opanowywała poszczególne umiejętności w omawianych sferach. Badanie okulistyczne wykazało postępujący zanik nerwów wzrokowych, wg specjalistów prawdopodobnie na podłożu toksycznym.

W trzy lata po doznanym urazie głowy, u dziewczynki wystąpił napad drgawek trwający ok. godziny. W czasie hospitalizacji w oddziale neurologicznym Centrum Zdrowia Matki Polki kilkakrotnie występowały ciężkie napady drgawkowe, wymagające umieszczenia w Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej. Badanie EEG wykazało znacznego stopnia zmiany zlokalizowane w lewej półkuli mózgu, z nasileniem w okolicy centralnej, uogólniające się. Tomografia komputerowa głowy ujawniła cechy ciasnoty śródczaszkowej, a obraz mózgowia wykazywał cechy zatarcia poszczególnych struktur i granicy korowo-podkorowej, odpowiadający zmianom obrzękowym mózgu. Stwierdzono także wadę rozwojową pod postacią torbielowatego poszerzenia jamy Vergii o średnicy ok. 15 mm i agenezję ciała modzelowatego.

Dziecko wypisano z rozpoznaniem: Stan padaczkowy napadów częściowych wtórnie uogólnionych. Agenezja ciała modzelowatego, torbiel jamy Vergii.

W marcu 2001 r. dziewczynka była ponownie hospitalizowana na dziecięcym oddziale neurologicznym po napadzie uogólnionym toniczno-klonicznym.

U dziecka potwierdzono wcześniejsze rozpoznania (agenezja ciała modzelowatego, torbiel jamy Vergii, padaczka objawowa). Stwierdzono także zanik lewego nerwu wzrokowego i podejrzenie zaniku prawego nerwu wzrokowego o charakterze postępującym.

U dziewczynki utrzymywały się objawy ataksji, sporadycznie występowały napady atoniczne. W trakcie kolejnej hospitalizacji w lipcu br. w oddziale neurologii miała dwa napady atoniczne. W badaniu EEG uzyskano zapis ze zmianami o charakterze rozlanym i napadowym w okolicach skroniowociemieniowo-potylicznych z przewagą zmian po stronie prawej. Badanie rezonansem magnetycznym ujawniło w istocie białej lewego płata skroniowego obszar zmienionego sygnału położony w sąsiedztwie rogu dolnego lewej komory bocznej przemawiający za ogniskową demielinizacją.

Ze szpitala dziewczynka została wypisana z rozpoznaniem: Wada rozwojowa mózgu. Padaczka objawowa. Zanik nerwów wzrokowych. Opóźnienie rozwoju psychoruchowego.

Aktualne badanie psychologiczne wykonane w Domu Dziecka dla Małych Dzieci wskazuje na opóźnienie rozwoju umysłowego (I.I. = 76 w Skali Inteligencji Termana-Merrill). Również rozwój procesów orientacyjno-poznawczych i wykonawczych znajduje się poniżej normy rozwojowej. Zasób słownictwa czynnego i biernego jest jeszcze ubogi, ale systematycznie poszerza się. Dziecko komunikuje się z otoczeniem za pomocą prostych zdań. Pomaga sobie mimiką i gestami całego ciała. Tempo uczenia jest wolne. Brak myślenia abstrakcyjnego, występuje jedynie myślenie konkretno-obrazowe.

Rozwój ruchowy jest zaburzony, m.in. pod postacią niezręczności ruchowej całego ciała. W zachowaniu uwidacznia się ogólne spowolnienie ruchowe, brak koordynacji ruchów oraz zakłócenie koordynacji wzrokowo-ruchowej. Dziewczynka z opóźnieniem osiąga różne umiejętności ruchowe w zakresie czynności codziennych i zabawowych.

Miewa zmienne nastroje oraz trudności z zasypianiem. Dziecko jest pod stałą opieką neurologiczną i okulistyczną, jest poddawane terapii psychologicznej oraz rehabilitacji. Prowadzone są poszukiwania rodziny adopcyjnej bądź zastępczej.

PRZYPADEK 2

Dziewczynka w wieku 2 lat 6 miesięcy została przyjęta do placówki opiekuńczej ze szpitala, do którego 4 miesiące wcześniej trafiła na oddział chirurgiczny z powodu złamania uda prawego na skutek pobicia przez matkę. W chwili przyjęcia u dziecka stwierdzono liczne krwiaki i zadrapania na powierzchni ciała; poza tym było brudne, niedożywione i opóźnione w rozwoju psychoruchowym. Ponad dwuletnie dziecko nie potrafiło jeść pokarmów stałych, przyjmowało jedynie pokarmy mleczne.

Podczas pobytu w oddziale chirurgicznym Centrum Zdrowia Matki Polki rozpoznano m.in.: ogólne potłuczenia, złamanie kości udowej prawej z przemieszczeniem, obustronne zapalenie płuc, opóźniony rozwój psychoruchowy oraz zespół dziecka maltretowanego.

Z wywiadu wynika, że dziewczynka urodziła się w rodzinie o nieprawidłowej strukturze. Dwoje starszego rodzeństwa przebywało w domu dziecka dla starszych dzieci, młodszego brata razem z nią na mocy postanowienia sądu umieszczono w placówce opiekuńczej dla małych dzieci. Rodzice żyli w niezarejestrowanym związku, nie pracowali, utrzymywali się z zasiłku dla bezrobotnych. Ojciec odbywał 1,5-roczną karę więzienia za niepłacenie alimentów na dziecko z poprzedniego związku. Warunki

mieszkaniowe i materialne rodziny były trudne. Sąd ograniczył rodzicom władzę rodzicielską, a później ich jej pozbawił. Po półtorarocznym pobycie w placówce opiekuńczej i uregulowaniu sytuacji prawnej dziewczynka wraz z bratem została adoptowana.

Badanie psychologiczne za pomocą metod klinicznych oraz Skali Inteligencji Termama-Merrill wykazało inteligencję poniżej przeciętnej. Opóźniony był rozwój mowy: zasób słownictwa czynnego i biernego ubogi, mowa niewyraźna i mało zrozumiała z powodu licznych zniekształceń oraz elizji. Rozumienie mowy prawidłowe. Dziewczynka budowała proste zdania. W porozumiewaniu się z otoczeniem pomagała sobie mimiką i gestami całego ciała. Myślenie konkretno-wyobrażeniowe poniżej normy wiekowej.

Dziewczynkę cechowała wzmożona pobudliwość nerwowa, jej reakcje były niewspółmierne do siły bodźców. Ujawniała silne reakcje lękowe oraz zwiększone napięcie psychiczne. Nowe sytuacje społeczne odbierała jako zagrożenie: stawała się wówczas zahamowana, nieśmiała, lękowa. Charakteryzowała ją też duża zmienność nastrojów, często była płacziwa i drażliwa. W sytuacjach frustracyjnych reagowała silnym krzykiem, płaczem, rzucaniem się na podłogę, bądź agresją. Dziewczynka przeżywała duże trudności adaptacyjne, nie potrafiła nawiązywać kontaktów społecznych ani z rówieśnikami, ani z dorosłymi. Najczęściej izolowała się od grupy. Moczyła się w nocy. Sen dziecka był płytki, często przerywany płaczem. Na skutek zastosowanej terapii psychologicznej, farmakologicznej i pedagogicznej zaburzenia emocjonalne stopniowo zmniejszały się.

KOMENTARZ

Przedstawione przypadki pokazują, że agresywne zachowanie rodziców w stosunku do dzieci może stanowić zagrożenie nie tyl-

ko dla zdrowia, lecz wręcz dla życia dziecka. Szczególnie poważne dla zdrowia są konsekwencje maltretowania dzieci małych, do lat trzech, ponieważ powodują one głębokie zaburzenia rozwoju somatycznego, psychoruchowego i emocjonalnego.

PIŚMIENNICTWO

1. Gelles RJ, Strauss MA, Steinmetz S. Intimate violence. The causes and consequences of abuse in American family. New York: Simonnd & Schuster; 1988: 34-9.
2. Gromska J. Trudności diagnostyczne i orzecznice w zespole dziecka maltretowanego. Materiały XII Konferencji Psychiatrii Sądowej. Psychiatr Pol 1996; supl: 58-64.
3. Kasznia-Kocot J. Zespół dziecka krzywdzonego – child abuse. Przegl Ped 1996; 109-15.
4. Pospiszyl I. Przemoc w rodzinie. Warszawa: WSziP; 1994: 38-114, 156-73.
5. Trendak W, Kocur J. Stan psychiczny i rozwój psychoruchowy dzieci maltretowanych. Przegl Ped 1998; 28: 129-32.

*Adres: Dr Wiesława Trendak, Zakład Medycyny Ratunkowej i Medycyny Katastrof
Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii Akademii Medycznej, ul. Pomorska 251 b. C5, 92-213 Łódź*