

## Psychopatologiczne następstwa urazów psychicznych i somatycznych u dzieci maltretowanych: opis dwóch przypadków

*Psychopathological sequelae of psychological and physical trauma in battered children: two case studies*

WIESŁAWA TRENDAK, ROMAN NOWAKOWSKI

Z Zakładu Medycyny Katastrof Instytutu Chirurgii Akademii Medycznej w Łodzi

**STRESZCZENIE.** *W pracy przedstawiono stan psychiczny i rozwój psychoruchowy dzieci maltretowanych, które doznały urazów somatycznych i psychicznych przed trzecim rokiem życia.*

**SUMMARY.** *Mental status and psychomotor development of battered children, who have experienced physical and psychological trauma before the age of three, are presented in the paper.*

---

**Słowa kluczowe:** dzieci maltretowane / stan psychiczny / rozwój psychoruchowy / diagnostyka / opis przypadku

**Key words:** battered children / mental status / psychomotor development / diagnostics / case study

---

Wg definicji WHO za maltretowanie dziecka uważa się „każde zamierzone lub nie zamierzone działanie osoby dorosłej, społeczeństwa lub państwa, które ujemnie wpływa na zdrowie, rozwój fizyczny i psychiczny dziecka” [1]. W 1961 r. Amerykańska Akademia Pediatria wprowadziła pojęcie zespołu dziecka maltretowanego – *battered child syndrome* na określenie zaburzeń zdrowotnych i psychofizycznych występujących u dzieci maltretowanych.

Zjawisko przemocy w rodzinie występuje w różnych postaciach – jedną z nich jest maltretowanie fizyczne dziecka. Badania socjologiczne prowadzone w różnych krajach ujawniły, że 84–90% rodziców stosuje kary fizyczne wobec swoich dzieci [3]. Podobnie wygląda sytuacja w Polsce. W grupie tej około 3–7% to przypadki maltretowania. W rodzinach patologicznych, szczególnie tam, gdzie występuje problem uzależnień, wskaźnik maltretowania wzrasta do 41% [4].

Stosowanie kar fizycznych wobec dziecka ma miejsce praktycznie w każdym okresie życia, od niemowlęcia począwszy, aż po wiek uzyskania pełnej samodzielności. Wyniki badań wskazują, że najczęściej krzywdzone są niemowlęta (36,4%) i małe dzieci do trzeciego roku życia (35,3%) [2]. Grupa ta stanowi też największy odsetek pacjentów hospitalizowanych z powodu obrażeń doznanych na skutek przemocy.

### OPIS PRZYPADKÓW

#### Przypadek 1

Chłopiec w wieku czterech miesięcy, na skutek pobicia przez ojca, trafił do Oddziału Neurochirurgii CZMP. Dziecko było w stanie ciężkim, z zaburzeniami świadomości, gorączkujące, odwodnione, z klinicznymi objawami wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Na podstawie wykonanego w czasie przyjęcia badania CT głowy

stwierdzono znaczne, obustronnie poszerzenie przestrzeni podoponowej. W trybie pilnym wykonano zabieg operacyjny – implantowano drenaże zewnętrzne do przestrzeni podtwardówkowej obu okolic czołowych. Śródoperacyjnie stwierdzono przewlekłe krwiaki podtwardówkowe. W badaniach kontrolnych USG i CT głowy stwierdzono, iż pomimo leczenia nie uległa zmniejszeniu powiększona przestrzeń podtwardówkowa. Dziecko wypisano bez klinicznych i radiologicznych cech ciasnoty wewnątrzczaszkowej z rozpoznaniem: krwiak podoponowy przewlekły obustronny.

Po upływie jednego miesiąca chłopiec ponownie został przyjęty do oddziału neurochirurgicznego, gdzie dokonano operacyjnego usunięcia wodniaków podtwardówkowych. Po upływie 5 miesięcy od zabiegu ponowne badanie CT głowy wykazało nadpłatami czołowymi nadal obecne dwustronne wodniaki podtwardówkowe grubości do 3 cm, wodniak nadtwardówkowy po stronie lewej szczątkowy. W badaniu CT głowy, wykonanym po roku od ostatniego zabiegu operacyjnego, stwierdzono nad obydwoma płatami czołowymi widoczne wodniaki podtwardówkowe szerokości do 3 cm, wywierające ucisk na oba płaty czołowe i powodujące zwężenie i przemieszczenie układu komorowego na stronę prawą.

Na podstawie tych badań postawiono rozpoznanie: wodniak podtwardówkowy obustronny nieoperacyjny. W badaniu okulistycznym stwierdzono zanik n. II obu oczu i zez zbieżny.

Na mocy postanowienia sądu o pozbawieniu rodziców władzy rodzicielskiej dziecko skierowano do placówki opiekuńczej dla małych dzieci. Chłopiec pochodził z rodziny pełnej, rodzice posiadali wykształcenie podstawowe, nie pracowali, korzystali z zasiłku dla bezrobotnych. Ojciec nadużywał alkoholu, zachowywał się agresywnie wobec rodziny. Jak wynika z wywiadu z matką, przed doznaniem urazu głowy rozwój psychoruchowy dziecka przebiegał prawidłowo.

Badanie psychologiczne „Skalą rozwoju Brunet-Lezine” wykazało u 22-miesięcznego dziecka głębokie opóźnienie rozwoju psychoruchowego we wszystkich sferach: w zakresie postawy, lokomocji, mowy, koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz reakcji społecznych (IR = 28, WR = 6,1;0). W wieku prawie 2 lat dziecko nie opanowało umiejętności samodzielnego siedzenia czy stania. Zaburzony był także rozwój intelektualny. Chłopiec posługiwał się nieartykułowaną mową, w której powtarzały się pewne sylaby, rozumienie mowy było zniesione. Dziecko nie reagowało na jakiegokolwiek polecenia, nie nawiązywało kontaktów społecznych.

Ze względu na stwierdzony zanik n. II obu oczu chłopiec nie śledził wzrokiem pokazywanego mu przedmiotu, ani też zachodzących zmian w najbliższym środowisku, reagował jedynie na dotyk. Pomimo zastosowanej rehabilitacji oraz stymulacji rozwoju nie obserwowano postępów w rozwoju psychoruchowym.

## Przypadek 2

3-letni chłopiec został przyjęty do placówki opiekuńczej ze szpitala, gdzie przebywał ze wskazań społecznych. Pochodził z rodziny wiejskiej, wielodzietnej (sześcioro dzieci). Rodzice posiadali wykształcenie podstawowe. Ojcu przyznano rentę inwalidzką III grupy z powodu braku jednej ręki. Z wywiadu środowiskowego wynikało, iż zachowywał się w sposób agresywny wobec rodziny i nadużywał alkoholu. Warunki materialne i mieszkaniowe rodziny oceniono jako trudne.

W momencie przyjęcia na ciele dziecka stwierdzono ślady licznych blizn. W jego zachowaniu ujawniały się wyraźne objawy zaburzeń emocjonalnych. Chłopiec był lękowy, zahamowany, z trudem nawiązywał kontakty społeczne, powoli przystosowywał się do nowego otoczenia. Na widok nieznanymi osobami reagował płaczem. Cechowała go wzmożona pobudliwość nerwowa oraz duża zmienność nastrojów. Często był drażliwy, płaczący. Miał duże trudności w koncentracji uwagi. Ponadto u dziecka wystę-

powwały głębokie zaburzenia snu pod postacią trudności w zasypianiu. Sen był płytki, często przerywany płaczem. Chłopiec moczył się w nocy.

Badanie psychologiczne „Skalą rozwoju Brunet-Lezine” wykazało nieharmonijny przebieg rozwoju psychoruchowego (IR = 80), opóźniony głównie w sferze mowy. Słownictwo czynne było ubogie, wymowa głosek niezbyt wyraźna, co sprawiało, że mowa była mało zrozumiała dla otoczenia. Chłopiec budował proste zdania, składające się najczęściej z dwóch wyrazów. Rozumienie mowy było dość dobre, tempo uczenia wolne. Rozwój ruchowy odpowiedni do wieku.

## KOMENTARZ

Przedstawione dwa przypadki dzieci maltretowanych w wieku do 3 lat, które z oddziałów neurochirurgicznych bądź chirurgicznych trafiły do placówki opiekuńczej dla małych dzieci w wyniku ograniczenia rodzicom przez sąd władzy rodzicielskiej, potwierdzają, że maltretowanie fizyczne, głoźdzenie, zaniedbanie fizyczne i emocjonalne dzieci w tym wieku może być przyczyną zaburzeń ich rozwoju psychoruchowego oraz zakłóceń sfery emocjonalnej.

W pierwszym przypadku, uraz głowy przebyty w wieku 4 miesięcy spowodował u dziecka organiczne uszkodzenie o.u.n. oraz zanik nerwu wzrokowego. Następstwem tego było głębokie opóźnienie rozwoju psychoruchowego oraz zaburzenie rozwoju intelektualne-

go, pełna ślepotą. Analiza środowiska rodzinnego wskazuje na niski status społeczny i materialny rodziny, alkoholizm oraz maltretowanie małżonka. Dane te są zbieżne z wynikami innych badań dotyczących warunkowań maltretowania dziecka [4].

W drugim przypadku, przemoc, której wielokrotnie doświadczało dziecko, niekorzystnie wpłynęła na jego społeczno-emocjonalny rozwój. Szczególnie negatywną rolę odegrał tu brak poczucia bezpieczeństwa oraz doświadczenie permanentnego zagrożenia. Doprowadziło to w efekcie do głębokich zaburzeń emocjonalnych, opóźnienia rozwoju mowy, procesów poznawczych oraz osłabienia zdolności uczenia się. Ocena długotrwałych skutków przemocy byłaby możliwa dopiero po przeanalizowaniu dynamiki rozwoju psychospołecznego dziecka do czasu uzyskania przez niego pełnej samodzielności.

## PIŚMIENNICTWO

1. Gromska J.: Trudności diagnostyczne i orzecznicze w zespole maltretowanego dziecka. Mat. XII Konferencji Psychiatrii Sądowej. Psychiatr. Pol. 1996, supl., 58–64.
2. Kasznia-Kocot J.: Zespół dziecka krzywdzonego – child abuse. Przegl. Pediatryczny 1996, 26, 1, 109–115.
3. Kempe H.R.: Child Abuse. Harvard Univ. Press, 1981, 28–35.
4. Pospiszyl I.: Przemoc w rodzinie. WSzIP, Warszawa 1994, 38–114, 156–173.

*Adres: Dr Wiesława Trendak, Zakład Medycyny Katastrof Instytutu Chirurgii AM,  
ul. Wierzbowa 3, 91-426 Łódź*