

Anna Bakula

Zespół Dziecka Maltretowanego

Problem znęcania się nad dziećmi istnieje od zawsze, jednak bicie dzieci mieściło się w mentalności wielu kultur, a nawet było spostrzegane pozytywnie. Pionierem, który zwrócił uwagę, że jednak istnieje problem znęcania się nad dziećmi był w 1860 roku profesor medycyny sądowej Ambroise Tardieu. Jego prace nie znalazły jednak żadnego oddźwięku w środowisku medycznym i naukowym. Dopiero przedstawiony w 1929 roku raport dwóch lekarzy Parrisota i Caussade „O znęcaniu się nad dzieckiem”, wzbudził zainteresowanie i został omówiony na Kongresie Medycyny Sądowej. Od tego raportu znowu zaległa cisza. Dopiero w 1946 roku radiolog J. Caffey napisał pracę o złamaniach kości długich u niemowląt, a w 1953 roku radiolog F. Silverman potwierdził hipotezy Caffeya o znęcaniu się nad dzieckiem.

W 1962 roku do literatury medycznej zostaje wprowadzony przez pediatrę H. Kempego „Zespół dziecka bitego”. Od tej pory pojawia się coraz więcej doniesień naukowych na ten temat.

Definicja i charakterystyka

Zespół dziecka maltretowanego wynika z krzywdzenia dziecka na różne sposoby. Mam tu na myśli krzywdy fizyczne, nadużywanie seksualne, krzywdzenie emocjonalne, zaniedbywanie, opuszczenie, utrudnianie rozwoju psychofizycznego, zaniechanie dbania o rozwój psychofizyczny dziecka, traktowanie dziecka przedmiotowo, wykorzystywanie dziecka do zaspakajania własnych potrzeb.

Krzywdzenie dziecka może spowodować jego śmierć, może także być przyczyną trwałego kalectwa fizycznego, upośledzenia umysłowego, zaburzeń psychicznych i emocjonalnych. Objawy te manifestują się trudnościami w relacjach z samym sobą i otoczeniem społecznym.

Jak rozpoznać zespół dziecka maltretowanego

Trudności w dokonaniu diagnozy zespołu dziecka maltretowanego polegają nie tyle na wykryciu obrażeń, co na ustaleniu ich etiologii. Istotne jest zdiagnozowanie, czy uraz, z którym mamy do czynienia jest przypadkowy, czy też spowodowany maltretowaniem dziecka. Należy zauważyć, że niektóre dzieci maltretowane w czasie badań są bardzo niespokojne, a nawet agresywne. Wynika to z całkowitego braku zaufania do dorosłych, lęku przed nimi, a zwłaszcza ich dotykiem, z ogólnego stanu pobudzenia psychoruchowego. Inne zaś dzieci są apatyczne i bierne, nie nawiązują dobrego kontaktu werbalnego, nie odpowiadają na zadawane im pytania. Wiele z tych dzieci jest zastraszone przed wizytą u lekarza czy innego specjalisty, że jeśli ujawnią, że są maltretowane poniosą karę. Osoba diagnozująca dziecko musi być niezwykle delikatna w swoim działaniu.

Na diagnozę medyczną zespołu dziecka maltretowanego składają się:

- wiek dziecka

Zespół dziecka maltretowanego może pojawić się w każdym wieku, ale trzecią część dzieci hospitalizowanych z tego powodu stanowią dzieci do 3 roku życia.

- wywiad od rodziców lub opiekunów

Rodzice zatajają prawdziwą przyczynę urazu, chroniąc siebie przed ewentualnymi konsekwencjami. Należy zwrócić uwagę, czy obraz kliniczny urazu odpowiada podawanym przez rodziców przyczynom.

- badanie kliniczne, w tym wygląd i zachowanie dziecka

Wygląd dziecka – może być zaniedbane fizycznie, ale nie musi. W wyglądzie dziecka może dominować smutny wyraz twarzy i oczu, zgarbiona pozycja ciała. Mogą być nieleczone zmiany skórne, u niemowląt zaniedbane, zaczerwienione pośladki z nadżerkami.

- ocena rozwoju psychoruchowego dziecka

Dziecko małe, które jest krzywdzone jest smutne, apatyczne, bez kontaktu, nie przejawia zainteresowania, nie uśmiecha się nie płacze wcale lub płacze ciągle, boi się dotyku, unika dotyku, uchyla się przed nim. Charakterystyczny jest tu lęk przed rodzicami. Należy zauważyć, że niektóre dzieci są w czasie kontaktu z dorosłymi pobudzone, niespokojne, nadmiernie uczuciowe.

Dzieci starsze bywają nadmiarowo pobudzone, niespokojne, agresywne, przekraczające cudze granice lub też są smutne, unikające rówieśników, wycofane, lękowe, przygnębione, depresyjne, bierne. Mają problemy w relacjach z otoczeniem, a także problemy w nauce. Często u dzieci krzywdzonych obserwujemy niedobór masy ciała w stosunku do wzrostu, większy niż powstały wskutek zwykłego niedożywienia lub anoreksję.

W rozwoju psychoruchowym – u 70 % dzieci maltretowanych stwierdza się opóźnienia, związane z niedoborem uczuciowym, ale także z powodu zmian organicznych mózgu / urazów mózgu/, a także zmian metabolicznych.

- badania radiologiczne, dokumentacja medyczna z poprzednich pobytów w szpitalu

Jest niezwykle cennym źródłem informacji, stanowić może niezbity dowód świadczący o stosowaniu przemocy wobec dziecka. Rodzice, którzy maltretują dziecko boją się badań radiologicznych.

- badania dodatkowe, szczególnie w kierunku wykrywania krzepliwości krwi

Prawidłowy wynik krzepliwości krwi świadczy o tym, że wylewy i sińce na skórze nie powstały samoistnie.

- badania kliniczne rodzeństwa

Ma na celu stwierdzenie, czy inne dzieci w rodzinie też były maltretowane.

- znajomość czynników ryzyka

1. ciąża niechciana, nieakceptowana przez partnera, kobieta zaniedbana w czasie ciąży, trudny poród.
2. czynniki związane z dzieckiem – dziecko z pierwszego małżeństwa, nie akceptowane przez nowego partnera, rozczarowanie związane z płcią dziecka, dziecko z wadami rozwojowymi, nieładne, upośledzone, przez długi czas przebywające poza domem, stwarzające szczególne trudności, nie śpiące, słabo jedzące, niespokojne, moczące się.

3. czynniki związane z rodzicami – matki samotne, małoletnie, bez oparcia, własne trudne dzieciństwo, maltretowanie w dzieciństwie, pobyt w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, naużywanie seksualne w przeszłości, upośledzenie umysłowe, stany depresyjne chroniczne lub cykliczne, alkoholizm, narkomania
Prawdopodobieństwo znęcania się nad dzieckiem w rodzinach z problemem alkoholowym jest dwukrotnie większe niż w pozostałych.
Rozmowa z rodzicami może ujawnić ich pewne cechy osobowościowe predysponujące do znęcania się nad dziećmi, takie jak np. brak empatii, trudności w kontrolowaniu zachowań, brak tolerancji na zachowania dziecka, chłód emocjonalny, anoreksja, zaburzenia snu.
4. czynniki związane ze środowiskiem socjalkulturowym

Izolacja społeczna rodziny, bieda, bezrobocie, brak wsparcia społecznego. Mogą to być również rodziny pozornie prawidłowe. Jednak istnieją pewne charakterystyczne cechy takich rodzin: system rodzinny jest zamknięty, z tajemnicami, panuje w nich nieufność, wzajemna wrogość, brak przepływu informacji pomiędzy członkami rodzin, sojusze wewnętrzne, sztywne schematy, zasady rodzinne, brak tolerancji.

POSTACIE URAZÓW NIEPRZYPADKOWYCH

1. Zmiany na skórze i błonach śluzowych

Najczęstsze miejsca zmian to pośladki, tułów, zwłaszcza okolica lędźwiowa, głowa, a szczególnie jej części wypukłe, zanik przegrody nosa, naderwane małżowiny uszne. Narządy płciowe zewnętrzne / zaciśnięcie prącia jako kara za masturbację/.
Błony śluzowe – nadżerki na podniebieniu, dziąsłach lub wędzidełku, wylewy do górnej wargi związane z wmuszaniem jedzenia.
Uszkodzenia w obrębie nóg i rąk, zasinienia, otarcia skóry, obrzęki.
Zmiany symetryczne występujące obustronnie na tułowiu.
Skojarzenie różnych urazów, którym towarzyszy łysienie plackowate (prawie reguła).
Różny wiek zmian – sińce i wylewy różnego koloru.

Ślady na skórze typowe dla urazów nieprzypadkowych

- ślady z ostrym brzegiem, liczne, na częściach miękkich
- ślady rąk od gwałtownego chwytania, szarpania, potrząsania
- ślady uderzenia dłonią, na początku prostokątne, a potem linijne z odciskiem palców lub całej ręki.
- ślady związywania, duszenia, szczypania, ugryzienia zębami, przypalania papierosami, oparzenia.

2. Oparzenia

Oparzenia są czwartą co do częstości przyczyn śmierci niemowląt w pierwszym roku

życia i trzecią od 1 do 14 roku życia. Według różnych autorów 4 do 9 % dzieci hospitalizowanych z powodu oparzeń stanowiły dzieci maltretowane, w niektórych statystykach aż 28 % dzieci było parzonych celowo wodą.

70 – 90 % oparzeń dzieci ma miejsce w domu.

Uważa się, że oparzenia dokonywane są z premedytacją, jako forma kary. Dziecko może zostać oparzone gorącym płynem, albo przedmiotem takim jak np.: papieros, żelazko, pogrzebacz. Ważne w czasie uczestniczenia w oględzinach jest ocenienie czy rzeczywiście dziecko mogło oparzyć się samo.

Stone i inni podają listę 12 kryteriów nieprzypadkowego poparzenia dziecka:

- oparzenia rąk i nóg symetrycznie głębokie
- liczne wylewy i blizny w różnych stadiach gojenia
- współwystępowanie innych objawów maltretowania
- w wywiadzie uprzednia hospitalizacja
- opóźnienie w skontaktowaniu z lekarzem dłuższe niż 2 godziny
- ślady oparzeń robiących wrażenie wcześniejszych niż podawana przez rodziców data
- niewiarygodna relacja rodziców niezgodna z wiekiem dziecka
- rodzice podają, że znaleźli dziecko oparzone, a nie było świadków wypadku
- oparzenie było spowodowane przez rodzeństwo (co może się zdarzyć).
- dziecko zostało przyniesione przez znajomych lub krewnych
- zachowanie dziecka budzi podejrzenie, jest zbyt uległe, grzeczne, nie płacze
- były już inne wypadki oparzeń w tej samej rodzinie

Ważna jest lokalizacja oparzeń. Nie jest możliwe np., aby dziecko samo włożyło całą dłoń do wrzątku. Oparzenie zlokalizowane na pośladkach lub kończynach dolnych jest raczej dokonane przez dorosłego. Jeżeli dziecko zostaje zanurzone w gorącej wodzie nóżkami oparzenie ma kształt spodni i nie dotyczy fałdów powierzchni wewnętrznych.

Wynika to z pozycji dziecka, które siadając zgina kończyny.

Przy oparzeniach przedmiotami za celowe oparzenia przyjmuje się takie ślady, które są miejscowo głębokie, tak jakby dziecko nie mogło się wycofać z kontaktu z czymś gorącym, jakby było przytrzymywane.

Złamania i urazy głowy.

Jest mało prawdopodobne, aby niemowlę uszkodziło sobie samo kość. O maltretowaniu świadczyć mogą również wcześniejsze złamania wykryte radiologicznie. Opowieści rodziców dotyczące okoliczności są niezwykle istotne. Podają oni często nielogiczne okoliczności zdarzenia.

Trudniejsze jest stwierdzenie złamań na skutek bicia u dzieci starszych, które nie chcą o tym opowiedzieć. Istotne jest czy złamania się powtarzają. Ważna jest też lokalizacja złamań. Nieprzypadkowe mogą być złamania kości długich łopatki, mostka, żeber, wyrostków kolczastych kręgow, dystalnego końca obojczyka.

Urazy głowy są częstą przyczyną zgonów dzieci maltretowanych. Na skutek uderzeń występują zmiany neurologiczne mózgu. Uraz głowy u dziecka może spowodować wystąpienie krwiaka podogonowego i śmierć.

U wielu dzieci występuje padaczka pourazowa, wodogłowie, porażenia i zahamowanie rozwoju psychoruchowego.

Jest niezwykle istotne, aby wcześniej rozpoznawać, że dziecko, z którym mamy kontakt jest maltretowane. Na poziomie instytucji zajmujących się dziećmi pomocna jest nam

obserwacja dziecka w placówce. To , w jaki sposób bawi się z innymi dziećmi, czy jest wycofane lub agresywne, w jakim jest nastroju, czy obdarza innych zaufaniem, czy jest otwarte na nowe doświadczenia mówi nam wiele o dziecku. Jeżeli podejrzewamy, że może być bite, a nie mówi o tym obserwujmy go w czasie zabawy, posłużmy się zabawą w dom lalkami. Obserwujmy jaką rolę w tej zabawie w domu mają dzieci, jak zachowują się dorośli, jakie stosują formy kary, jak zwracają się do dzieci. Prośmy dzieci o rysunki domu i rodziny, rysujemy razem z nimi .Zwracajmy uwagę na kolorystykę rysunków. Posługujmy się bajką i psychozabawą. Stwórzmy dziecku bezpieczną atmosferę rozmowy. Bądźmy w pytaniach delikatni, towarzyszący dziecku. Nie mówmy nic złego o rodzicach, nie oceniamy ich zachowania. Dajmy dziecku komunikat, że jest bezpieczne. Pamiętajmy, że naszym ustawowym obowiązkiem, gdy dowiemy się, że dziecko jest maltretowane jest zawiadomienie o przestępstwie organów ścigania.

JAK POSTĘPOWAĆ Z DZIECKIEM KRZYWDZONYM PRZEZ RODZICÓW

W kontakcie z dzieckiem krzywdzonym należy pamiętać, że jego podstawowe potrzeby psychofizyczne nie są zaspokojone. Tak więc, brak mu bezpieczeństwa, miłości, szacunku, uznania, często ma niezaspokojone potrzeby fizyczne tzn. jest głodne, nie umyte, źle ubrane. Jego granice psychologiczne są łamane, jego cielesność naruszana. Jego życie jest nieprzewidywalne, uważa w związku z tym ,że nic od niego nie zależy, że nie ma wpływu na swoje życie, inni mogą zrobić z nim co zechcą. Tym co dominuje w jego myśleniu jest nieufność wobec świata dorosłych, nieufność ta generalizuje się również na rówieśników. Dlatego wycofuje się z kontaktów z nimi lub też w kontaktach tych jest nastawiony obronnie – agresywnie.

Aby dotrzeć do tego dziecka należy przede wszystkim zadbać o jego bezpieczeństwo, a następnie :

1. Pokazać mu, że nam na nim zależy, wykazać przy tym dużą cierpliwość i akceptację .
2. Uczyć go nazywać to, co przeżywa.
3. Sprawić, aby poczuło się przy nas bezpiecznie.
4. Wzmacniać jego pozytywne strony.
5. Pokazywać co dobre i akceptowane społecznie, umawiać się na zmianę zachowań o ile to jest potrzebne.
(Terapia Glassera).
6. Zachęcać do samodzielnych wyborów, pokazując ,że ma wpływ na swoje życie.
7. Nie karać, nie krzyczeć, nie robić tego co robili znęcający się rodzice czy opiekunowie.
- 7.Uczyć go asertywności , metod rozwiązywania problemów , planowania, stawiania Celów.
8. Pomagać mu w nawiązywaniu dobrych relacji z rówieśnikami
9. Być jego dorosłym przewodnikiem .