



Praca oryginalna
Original paper

Iwona Ptaszyńska-Sarosiek, Anna Niemcunowicz-Janica, Małgorzata Hędo, Marcin Filimoniuk

Zespół dziecka krzywdzonego w materiale Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Battered child syndrome in the records of the Department of Forensic Medicine, Medical University of Białystok

Zakład Medycyny Sądowej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Polska
Department of Forensic Medicine, Medical University of Białystok, Poland

Streszczenie

Przemoc wobec dziecka na przestrzeni lat miała zazwyczaj postać przemocy fizycznej od kar cielesnych, przez ciężką pracę fizyczną aż do rozmyślnego pozbawienia życia. Obecnie przyjmuje się, iż istota zjawiska krzywdzenia dzieci wyraża się w czterech wymiarach: fizycznym, emocjonalnym, seksualnym oraz w zaniedbywaniu. Fakty stosowania przemocy wobec dziecka są często trudne do wykrycia. Zjawisko to ukrywane jest nie tylko przez sprawców, ale także przez samo dziecko, które niejednokrotnie boi się lub wstydzi szukać pomocy. Ofiara często obwinia się, uważa, że przemoc jest normą, lub po prostu nie potrafi się wyświadczyć, a nierzadko ma problemy w skontaktowaniu się z odpowiednią osobą. Celem pracy była analiza zjawiska krzywdzenia dzieci na podstawie dokumentacji Zakładu Medycyny Sądowej. Scharakteryzowano ofiary przemocy, analizując wiek, płeć, miejsce zamieszkania oraz rodzaj i lokalizację obrażeń ciała. Określono rodzaj stosowanej przemocy oraz scharakteryzowano jej sprawców.

Słowa kluczowe: przemoc, maltretowanie dzieci, krzywdzenie dzieci, zaniedbywanie.

Abstract

Violence against children has been until now recognised as physical aggression escalating from corporal punishment, hard physical labour to homicide. Nowadays child abuse is considered as maltreatment occurring in four different aspects: physical abuse, psychological abuse, sexual abuse and neglect. Child abuse is difficult to disclose, as it is concealed both by the perpetrators and the victims. The child is afraid and at the same time, almost always ashamed of looking for help. The victim frequently feels guilty, considers the violence as a norm, but in many cases is not able to speak precisely and very often has problems in contacting the required person. The objective of this study is to analyse the phenomenon of child abuse on the basis of Department of Forensic Medicine records. The victims were characterized in terms of their age, sex, place of residence and the type and location of injuries. The kind of abuse and perpetrators were also determined by researchers.

Key words: violence, child maltreatment, child abuse, neglect.

Wstęp

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „za krzywdzenie dziecka uważa się każde zamierzone lub niezamierzone działanie osoby dorosłej czy społeczności, które ma szkodliwy wpływ na zdrowie, rozwój fizyczny i psychospołeczny dziecka” [1].

Uwzględniając różnorodność form znęcania się nad dziećmi, od lat 80. ubiegłego wieku używa się w piśmiennictwie anglojęzycznym pojęcia *child abuse* (dziecko nadużywane). W języku polskim spotykane są pojęcia: krzywdzenie, maltretowanie, bicie dzieci, znęcanie się nad dzieckiem [2–9].

Maltretowania dzieci nie można wytłumaczyć zaistnieniem jednego tylko czynnika. Według aktualnych poglądów liczne, wzajemnie oddziałujące na siebie czynniki ryzyka i brak czynników ochronnych przyczyniają się do krzywdzenia dzieci. Wieloletnie badania doprowadziły do wyodrębnienia obciążających cech po stronie dziecka, opiekunów, rodziny i otoczenia [2, 3, 10–15]. Krzywdzenie dzieci może przybierać różne formy. Jedną z nich jest ich zaniedbywanie, czyli niezaspokajanie potrzeb dziecka, niezbędnych dla jego rozwoju – związanych z odżywianiem, ubieraniem, higieną, schronieniem oraz ze sferą emocjonalną (miłość, bezpieczeństwo itd.) [16–18].

Inną formą krzywdzenia dzieci są tzw. urazy nieprzypadkowe. Ich skutki są różnorodne i zaliczyć do nich można: wylewy krwawe, uszkodzenia skóry na skutek uderzania, przypalania, szczypania, duszenia, ugryzień, wrywania włosów, uszkodzenia układu kostnego (uszkodzenie przynasad kości długich, złamania trzonów kości długich, zwłaszcza mnogie, złamania żeber, złamania kości czaszki) [5–7, 11, 19, 20], urazy śródczaszkowe (krwiaki podtwardówkowe, krwawienia podpajęczynówkowe oraz ogniska stłuczeń mózgu) [21–23], zmiany pourazowe w obrębie jamy brzusznej (uszkodzenia jelit, trzustki lub wątroby) [19, 24]. Zmiany urazowe, np. podbiegnięcia krwawe, u dzieci dotkniętych przemocą fizyczną różnią się zwykle zabarwieniem, co wskazuje na różny czas ich powstania. Mogą mieć geometryczne kształty bądź kształt narzędzia, którym zostały zadane (np. sznur, pas, narzędzia kuchenne) [25].

Na zespół dziecka potrząsanego składają się m.in. krwawienia podpajęczynówkowe, krwiaki podtwardówkowe, wylewy krwawe do gałki ocznej i siatkówki oka [26–28].

Introduction

The World Health Organization (WHO) defines child abuse as “every intentional or unintentional action by an adult or community, which has a harmful effect on the child’s health, physical and psychosocial development” [1].

To take into account the variety of forms of child maltreatment, the term “child abuse” has been used in English-language publications since the 1980s. Polish authors use a range of terms including child abuse, maltreatment, beating or child battery [2–9].

Child maltreatment cannot be attributed to any single factor. It is currently believed that child abuse is an outcome of multiple interdependent risk factors combined with the lack of protective mechanisms. Many years of research have identified a set of predisposing factors related to the child, caregivers, family and the environment [2, 3, 10–15]. Child abuse can take a broad variety of forms. One of them is neglect, referring to failure to meet the child’s basic needs necessary for proper development including nutrition, clothing, hygiene, housing, but also emotional needs such as love, safety, etc. [16–18].

Another form of abuse comprises so-called non-accidental injuries. The term refers to a wide array of effects of abuse including bruising; skin injuries resulting from hitting, burning, pinching, suffocating, biting or hair-pulling; bone injuries (damage to the metaphyses of long bones, long bone shaft fractures – especially the multiple type, rib and skull base fractures) [5–7, 11, 19, 20], intracranial injuries (subdural haematomas, subarachnoid haemorrhages and foci of cerebral contusion) [21–23], traumatic abdominal lesions (injuries to the intestines, pancreas or liver) [19, 24]. Traumatic lesions, such as bruises, in children victimized by physical violence usually differ in colour, so it is possible to date the time of assault from their appearance. Their form may be geometric or follow the shape of the implement used to inflict them (e.g. rope, belt, kitchen utensils) [25].

The shaken baby syndrome usually presents with symptoms including subarachnoid haemorrhages, subdural haematomas, and effusions of blood into the eyeball and retina [26–28].

Burn injuries are also occasionally present, mainly in the genital area, on the hands or feet, where they show a glove or sock pattern [10, 29].

Czasem występują oparzenia, które dotyczą głównie krocza, rąk i stóp, ze śladami typu „rękawice”, „skarpetki” [10, 29].

Kolejną formą jest molestowanie seksualne, na co wskazują urazy krocza i odbytu, otarcia naskórka w okolicy narządów płciowych, dyskomfort podczas chodzenia czy siedzenia, infekcje układu moczowego, nieadekwatna do wieku wiedza o seksie, zabawy czy rysunki o tematyce seksualnej, używanie obscenicznych słów, a nawet zachowania uwodzicielskie [30–34].

Przy rozpoznaniu maltretowania dziecka istotna jest obserwacja jego zachowania. Wykazuje ono tendencję do izolowania się od otoczenia, unika kontaktu z obcymi lub wręcz przeciwnie – nadmiernie się do nich przywiązuje [35].

W literaturze ostatnich lat coraz większą uwagę zwraca się na psychiczne skutki krzywdzenia dzieci i na odległe następstwa przemocy. Autorzy podają, że zaburzenia psychiczne w dzieciństwie mogą ujawniać się w postaci zachowań agresywnych, reakcji lękowo-depresyjnych, zaburzeń snu i łaknienia, mimowolnego moczenia, zaburzeń w kontaktach społecznych. Nadużycia wobec dziecka niosą ze sobą także odległe następstwa: skłonność do uzależnień, zaburzenia osobowości, zaburzenia psychosomatyczne, zaburzenia odżywiania, zaburzenia depresyjne czy skłonności samobójcze [36, 37].

Zespoły dziecka krzywdzonego jako skutek przemocy fizycznej diagnozują zwykle chirurdzy dziecięcy. Z kolei objawy zaniedbywania, krzywdzenia emocjonalnego i seksualnego pozostają często niezauważone [31, 38].

Cel pracy

Celem pracy była analiza zjawiska krzywdzenia dzieci na podstawie dokumentacji Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Scharakteryzowano ofiary przemocy, ich wiek, płeć, miejsce zamieszkania oraz rodzaj i lokalizację obrażeń ciała. Określono rodzaj stosowanej przemocy oraz scharakteryzowano sprawców.

Materiał i metody

Autorzy przeanalizowali dokumentację Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z lat 1986–2015.

Badaniem objęto 632 przypadki dzieci, u których doszło do różnych form krzywdzenia. Podczas

Another type of maltreatment is sexual abuse, which may be recognized based on signs including injuries in the perineal and anal areas, lacerations in the genital region, discomfort while walking or sitting, urinary tract infections, age-inappropriate sexual knowledge, aspects of sexual molestation seen in games or drawings, use of obscene language and even grooming behaviours [30–34].

Recognizing signs of child maltreatment requires careful observation of the child's behaviour. Abused children tend to withdraw and isolate themselves from others or, on the contrary, become excessively attached to them [35].

Reports published over the past several years have drawn increasing attention to the psychological consequences of abuse and distant effects of violence. Authors claim that abuse-related mental disorders observed during childhood can present as aggressive behaviours, anxiety and depressive reactions, sleep and appetite disorders, involuntary urination and disturbed social interactions. Abuse inflicted on children can also have distant effects such as propensity for addiction, personality disorders, psychosomatic disturbances, eating disorders, depressive disorders or even suicidal tendencies [36, 37].

Battered child syndrome involving physical violence is most commonly diagnosed by paediatric surgeons. However, signs of neglect, emotional and sexual abuse often go unnoticed [31, 38].

Aim of study

The objective of the study was to analyze the practice of child abuse on the basis of records available at the Department of Forensic Medicine, Medical University of Białystok. The victims were characterized in terms of age, sex, place of residence, and type and location of injuries. Violence types and perpetrator profiles were also determined.

Material and methods

The authors have analyzed records collected by the Department of Forensic Medicine, Medical University of Białystok, spanning the period from 1986 to 2015.

The study involved a total of 632 cases of children affected by various forms of abuse. The pa-

analizy danych wzięto pod uwagę: wiek dziecka, płeć, miejsce zamieszkania, sprawcę przemocy, stan upojenia alkoholem sprawcy, rodzaje obrażeń ciała dziecka, czy dziecko było hospitalizowane.

Wyniki

Wiek ofiar przemocy w latach 1986–2015 na Podlasiu rozciągał się między 3. tygodniem a 17. rokiem życia (ryc. 1.). Przeważały dzieci w wieku 14–16 lat (30%).

Większość spośród badanej grupy stanowiły dziewczynki – 69%. Odnotowane przypadki przemocy zdecydowanie częściej zdarzały się w mieście (77%), rzadziej na wsi (23%).

Większość przestępców znała osobiście ofiary (tab. I). Sprawcą przemocy był najczęściej ojciec (53%), w dalszej kolejności byli to: konkubent matki (14%), nieznaną mężczyzna (8%), ojczym (7%), sąsiad (6%), wujek (4%).

W badanej grupie pod wpływem alkoholu było 61% sprawców, 16% sprawców było trzeźwych, natomiast w przypadku pozostałych 23% nie podano w dokumentacji informacji na ten temat (ryc. 2.).

Jedną z form przemocy stosowanej wobec przebadanych osób było zaniedbywanie. Zjawisko to zostało stwierdzone w 3% (19 dzieci) analizowanych przypadków i dotyczyło niezaspokajania podstawowych potrzeb życiowych w postaci niezapewnienia

rameters included in data analysis were the child's age, sex, place of residence, perpetrator of violence, perpetrator's alcohol intoxication, types of injuries inflicted on the child, and whether the victim was hospitalized.

Results

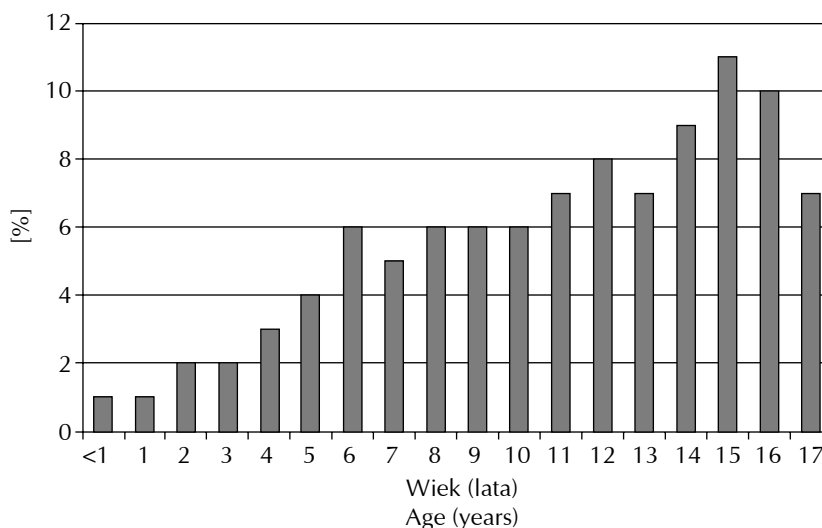
The age of abuse victims identified in the Podlasie region of Poland between 1986 and 2015 ranged from 3 weeks to 17 years, as shown in Fig. 1. The age span of 14 to 16 years was found to be predominant (30%).

Girls represented the majority of the study group (69%), with boys constituting the remaining 31%. The recorded cases of violence occurred markedly more frequently in the city (77%) than in rural areas (23%).

The majority of perpetrators knew the victims personally (Table I). Most commonly, the perpetrator of abuse was the father (53%), followed by the mother's domestic partner (14%), unknown man (8%), stepfather (7%), neighbour (6%) and uncle (4%).

A total of 61% of the perpetrators in the study group were under the influence of alcohol, 16% were sober, and in the remaining 23% of cases the records contained no information as to the presence of alcohol intoxication (Fig. 2).

One of the forms of violence inflicted against the victims in the study group was neglect. It was identi-



Ryc. 1. Wiek ofiar przemocy
Fig. 1. Age distribution of the victims

Tabela I. Sprawcy przemocy
Table I. Child abuse offenders

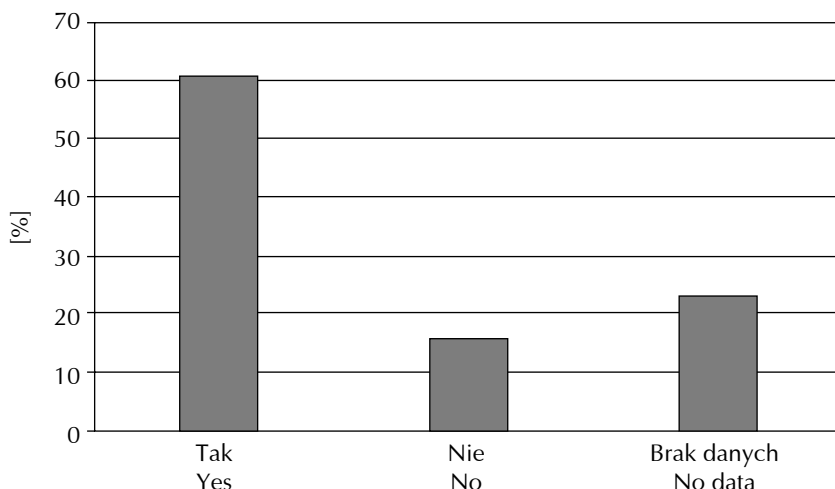
Sprawca Offender	Liczba przypadków (%) Number of cases (%)
Ojciec Father	332 (53%)
Nieznany mężczyzna Unknown man	48 (8%)
Ojczym Stepfather	47 (7%)
Matka Mother	12 (2%)
Sąsiad Male neighbour	37 (6%)
Wujek Uncle	23 (4%)
Konkubent matki Mother's cohabitant	92 (14%)
Znany mężczyzna Known man	12 (2%)
Nauczyciel Teacher	8 (1%)
Sąsiadka Female neighbour	4 (1%)
Brat Brother	7 (1%)
Dziadek Grandfather	5 (1%)
Szwagier Brother-in-law	3
Oboje rodziców Both parents	1
Babcia Grandmother	1

odżywiania, ubierania, higieny i schronienia. Wykazano, że 7 dzieci było głodzonych i pozbawionych higieny, 4 głodzonych i zamykanych w ciemnym pomieszczeniu (piwnica, komórka), 3 przetrzymywanych zimą na balkonie lub podwórku, ubranych nieadekwatnie do warunków pogodowych, a 5 pozostawionych w domu bez opieki.

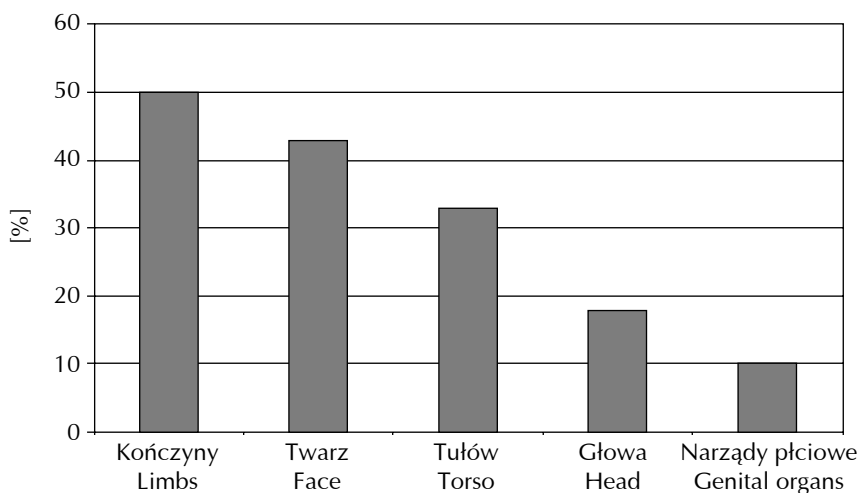
Pobicie było najczęstszym rodzajem wykorzystywania dzieci w badaniu i dotyczyło 452 dzieci (72%). Obrażenia stwierdzone u ofiar dotyczyły zwykle kilku okolic ciała i powstały w różnym czasie. Dzieci najczęściej doznawały podbiegnięć krwawych, otarć naskórka i wybroczyn krwawych zlokalizowanych na kończynach – 50% (na tylnej i przedniej powierzchni ud oraz przyśrodkowej i bocznej powierzchni ramion), następnie na twarzy – 43% (najczęściej okoli-

fied in 3% of the cases under analysis (19 children), and involved failure to satisfy the children's basic life needs (nutrition, clothing, hygiene and housing). Seven children were starved and deprived of hygiene, 4 were starved and locked in a dark room (basement, shed), 3 – kept outside or on the balcony during winter in weather-inappropriate clothing, and 5 – left at home without any supervision.

Beating was the most common type of abuse found in our study, with 452 children (72%) being victims of battery. Injuries from beating were usually located on several areas of the body and were of different ages. The most common injuries sustained by the victims were bruises, epidermal abrasions and blood extravasations located on the extremities – 50% (mainly on the posterior and anterior surfaces of thighs, and me-



Ryc. 2. Sprawcy pod wpływem alkoholu
Fig. 2. Offenders under the influence of alcohol



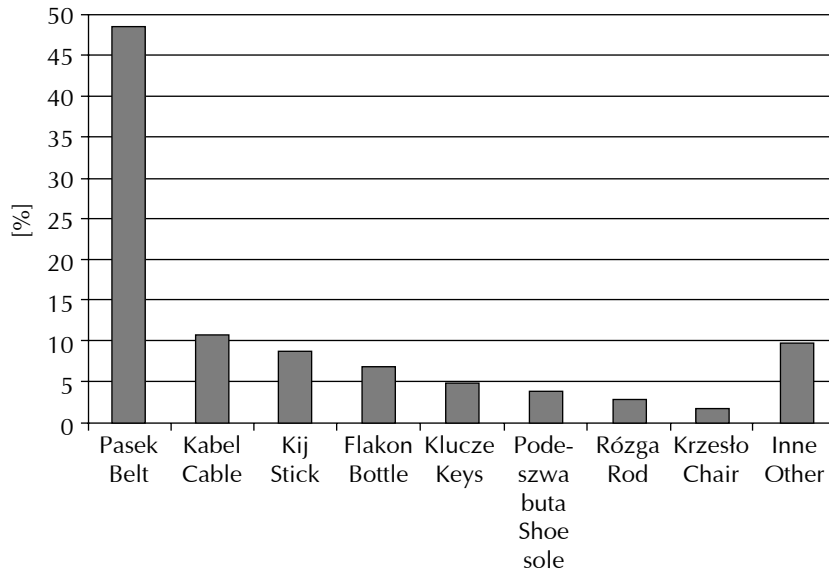
Ryc. 3. Najczęstsze lokalizacje obrażeń
Fig. 3. The most common locations of injuries

ca policzków i oczodołów), na tułowiu – 33% (okolica grzbietu), głowie – 18% (okolica zausznna i potyliczna) i w okolicy narządów płciowych – 10% (krocze, przedsionek pochwy, błona dziewicza i odbył). Urazom głowy i twarzy towarzyszyły złamania kości, w niektórych przypadkach stwierdzano krwiaki podtwardówkowe, śródmózgowe, krwawienie podpajęczynówkowe, obrzęk mózgu. W 6% przypadków rozpoznano zespół dziecka potrząsanego. Najczęstsze lokalizacje obrażeń przedstawiono na rycinie 3.

Narzędzia były stosowane w 220 przypadkach (35%). Dotyczyło to w podobnym odsetku dziewczynek (42%) i chłopców (58%). Rodzaj stosowanych narzędzi zobrazowano na rycinie 4. Narzędzia

dial and lateral surfaces of arms), followed by the face – 43% (mostly on the cheeks and in the eye socket area), trunk (mainly on the back) – 33%, head – 18% (most frequently in the retroauricular and occipital areas), and in the genital region – 10% (perineal area, vulval vestibule, hymen and anus). Head and face injuries were accompanied by bone fractures. In some cases, subdural and intracerebral haematomas, subarachnoid haemorrhage and brain oedema were diagnosed. Shaken baby syndrome was diagnosed in 6% of the cases. The most frequent injury locations are shown in Fig. 3.

Implements were used in 220 of abuse cases (35%). The perpetrators of violence used implements as means



Ryc. 4. Rodzaj stosowanych przez sprawców narzędzi
Fig. 4. Type of tools used by perpetrators

dziami używanymi przez sprawców najczęściej były: pasek (49%), kabel (11%), kij (9%), flakon (7%), klucze (5%), podeszwa buta (4%), różga (3%), krzesło (2%), inne: zegarek, pogrzebacz, słuchawka od telefonu, ciupaga, deska, popielniczka, rakietka do tenisa, poduszka (10%). Niektóre z ww. narzędzi pozostawiły charakterystyczne ślady na ciele w postaci dwupasmowatych podbiegnięć krwawych (pasek, kabel) czy też otarć naskórka, wybroczyn krwawych stanowiących odwzorowanie użytego narzędzia (popielniczka, podeszwa buta).

Kolejną formą krzywdzenia dzieci w badaniach było molestowanie seksualne, które przejawiało się dotykaniem różnych części ciała, niechcianymi pocałunkami, przytulaniem, wykonywaniem ruchów seksualnych oraz zgwałceniem. Analiza wykazała, że 192 (30%) dzieci było wykorzystywanych seksualnie, w tym 168 (87,5%) dziewcząt i 24 (12,5%) chłopców. W grupie tej stwierdzono 72 przypadki, w których sprawcy dotykali różnych części ciała ofiar, całowali i przytulali ofiary oraz wykonywali ruchy seksualne, 52 przypadki zgwałceń z defloracją błony dziewiczej, 5 przypadków zgwałceń z pęknięciem odbytu oraz 63 przypadki prób zgwałcenia z obrażeniami w obrębie krocza, przedsionka pochwy i odbytu.

Z powodu urazu hospitalizacji poddano 28 (4%) dzieci.

of abuse in similar proportions of girls (42%) and boys (58%). The types of implements used are shown in Fig. 4. Most commonly, the victims were physically abused with a belt (49%), electrical cord (11%), stick (9%), vase (7%), keys (5%), shoe sole (4%), cane (3%), chair (2%) and other objects including a watch, fireplace poker, telephone receiver, shepherd's axe, wooden plank, ashtray, tennis racket and pillow (10%). Some of the implements listed above left characteristically shaped traces on the victims' bodies, presenting as double band-like bruises (belt, electrical cord) or epidermal abrasions, or blood extravasations matching the shape of the implement used for beating (ashtray, shoe sole).

Another type of child maltreatment identified in our studies was sexual abuse in a number of forms including unwanted touching of different parts of the body, unwanted kissing and hugging, simulation of sexual movements and rape. The analysis showed that 192 children (30%) had been abused sexually, including 168 girls (87.5%) and 24 boys (12.5%). The above group comprised 72 cases in which abusers had touched different body parts of the victims, kissed and hugged them, and performed sexual movements; 52 cases of rape with loss of virginity, 5 cases of rape with anal tearing and 63 cases of rape attempts with abrasions in the perineum, vulval vestibule and anus.

A total of 28 children (4%) were hospitalized for injury.

Dyskusja

Maltretowanie dzieci może dotyczyć każdego wieku rozwojowego. W przeprowadzonych badaniach wiek dzieci rozciągał się między 3. tygodniem a 17. rokiem życia. Największy odsetek (30%) stanowiły dzieci w wieku 14–16 lat. Według Trojanowskiej i Kądzieli-Olech jedną trzecią dzieci hospitalizowanych z powodu nieprzypadkowych urazów stanowią niemowlęta i dzieci poniżej 3. roku życia [2, 3]. Marciński, Caffey, Gerber, Coffman i Piekarska stwierdzili, że powstałe w wyniku urazów nieprzypadkowych zmiany w układzie kostnym obserwuje się w 60–70% przypadków u małych dzieci, poniżej 2.–3. roku życia [6–8, 39, 40].

Sprawcą przemocy w badanej grupie najczęściej okazywał się ojciec, w dalszej kolejności byli to: konkubent matki, nieznany mężczyzna, ojczym, sąsiad, wujek. Literatura podaje, że dzieci częściej doświadczają przemocy od matek niż od ojców, a ok. 80% dzieci mieszka pod jednym dachem ze swoim oprawcą [2, 30, 38].

Przeprowadzone badania dotyczące stanu trzeźwości sprawców przemocy potwierdzają doniesienia Krawczyńskiego, który podaje, iż w 2/3 przypadków przemoc związana jest z alkoholem [30]. Ocena częstości występowania tego zjawiska jest trudna, ponieważ dane statystyczne odnoszą się jedynie do zgłoszonych przypadków.

Jedną z form maltretowania dzieci jest zaniedbywanie. Według Richmana [41] jest to forma najczęstsza, która stanowi 54% przypadków maltretowania. W przeprowadzonych badaniach zaniedbywanie dotyczyło 3% badanych, wśród których były dzieci głodzone i pozbawione higieny, głodzone i zamykane w ciemnym pomieszczeniu, przetrzymywane zimą na balkonie lub podwórku, ubrane nieadekwatnie do warunków pogodowych oraz pozostawione w domu bez opieki. Trendak i wsp. [42] opisali dwa przypadki maltretowania dzieci, z których jeden dotyczył zaniedbywania i podobnie jak w badaniach autorów niniejszej pracy dziecko było głodzone, pozostawione na wiele godzin bez jakiegokolwiek opieki, a rodzice wystawiali dziecko na korytarz, również zimą. W drugim przypadku poza śladami urazów wykazano, że dziecko było brudne i niedożywione, podobnie jak w badaniach autorów niniejszej pracy. Bloch-Bogusławska i wsp. [25] zwracają uwagę, że w środkach masowego przekazu często podawane są informacje

Discussion

Child maltreatment occurs at any developmental age. The age range of the abuse victims analyzed in the study was between 3 weeks and 17 years. Children aged 14 to 16 years old constituted the greatest proportion (30%) of the victims. According to Trojanowska and Kądziela-Olech, one third of all children hospitalized for non-accidental injuries are infants and children under 3 years of age [2, 3]. Marciński, Caffey, Gerber, Coffman and Piekarska found that bone lesions resulting from non-accidental injuries were most commonly observed, in 60–70% of cases, in young children under 2–3 years of age [6–8, 39, 40].

In most cases in the study group the abuser was revealed to be the father, followed by the mother's domestic partner, unknown man, stepfather, neighbour and uncle. The literature reports higher rates of violence by mothers than fathers. Also, approximately 80% of abused children are claimed to live in the same household as their abusers [2, 30, 38].

Studies investigating the state of sobriety in perpetrators of violence are consistent with Krawczyński's reports that abuse is related to alcohol consumption in two thirds of cases [30]. It is difficult to measure the scale of the phenomenon, since statistical data reflect exclusively reported cases.

One of the forms of child abuse is neglect. According to Richman [41], child neglect is the most widespread form of maltreatment, occurring in 54% of abuse cases. In the current study, neglect was found in 3% of the studied children and involved starvation and deprivation of hygiene, starvation and confinement in a dark room, being kept outside or on the balcony in clothing unsuited to the weather, and being left at home without supervision. Trendak *et al.* [42] described two cases of child maltreatment including one case of neglect. Similarly to the present study, the child was deprived of food, left for many hours alone without any supervision and kept by the parents outside in the corridor, also in winter. In the second described case, in addition to signs of past injuries, the child was found to be unkempt and undernourished, which is consistent with the findings of our study. Bloch-Bogusławska *et al.* in their paper [25] pointed to frequent media reports of children aged 4–5 years spending whole days outside the home in

o 4–5-letnich dzieciach spędzających całe dni poza domem, ubrane np. w tenisówki w czasie zimy, narażone nie tylko na chorobę, lecz także na różnego rodzaju nieszczęśliwe wypadki.

Maltretowanie fizyczne może przybierać bardzo różne formy. Charakterystyczne są zmiany urazowe, zwłaszcza gdy powstały w różnym czasie i mają różną postać. W badanej grupie podbiegnięcia krwawe, otarcia naskórka i wybroczyny krwawe najczęściej występowały w okolicy kończyn. Kolejnymi lokalizacjami zmian były twarz, tułów, głowa oraz narządy płciowe. Harris i wsp. podają, że stwierdzone w badaniu fizykalnym zmiany mają charakter uszkodzeń naskórka, wybroczyn, obrzęków, wylewów krwawych. Najczęściej uszkodzenia naskórka są umiejscowione w obrębie głowy, pośladków, okolicy lędźwiowej, kończyn oraz narządów płciowych zewnętrznych. Typowymi miejscami, w których występują uszkodzenia nieprzypadkowe, są: uszy, bok twarzy, szyi, karku i szczyt ramion (tzw. trójkąt bezpieczeństwa), okolica oczu, policzki, strona wewnętrzna ramion, przedramiona, klatka piersiowa, tył i bok korpusu ciała, krocze i okolica genitaliów, wewnętrzna strona ud, podeszwy stóp [10, 14, 22, 43]. Z kolei Ross i wsp. [44] wykazali, że obrażenia najczęściej zlokalizowane są w obrębie czaszki i twarzy, rzadziej na klatce piersiowej i brzuchu.

W badanej grupie przemoc z użyciem narzędzia dotyczyła 35% dzieci. Wśród przedmiotów wykorzystywanych przez sprawców znalazły się m.in.: pas, kabel, kij, flakon, poduszka, słuchawka od telefonu, but, zegarek, pogrzebacz. Narzędzia w postaci paska i kabla pozostawiły charakterystyczne dwupasmowe podbiegnięcia krwawe. Stwierdzono również odwzorowanie niektórych narzędzi w postaci otarć naskórka lub wybroczyn krwawych stanowiących odbicie popielniczki czy podeszwy buta. Jak podają Otto-Buczowska i Szczepański [19], podbiegnięcia krwawe i otarcia naskórka mogą przybierać kształty charakterystyczne dla narzędzia, jakim zostały zadane. Znamienny jest wg nich chociażby układ podbiegnięć krwawych po uderzeniu paskiem, kablem lub prętem. Bloch-Bogusławska i wsp. podają, iż charakterystyczne dla użycia paska mogą być również otarcia naskórka spowodowane klamrą czy też intensywniejsze, okrągłe podbiegnięcia krwawe odpowiadające dziurkom [25].

Zmiany pourazowe u dzieci krzywdzonych mogą być stwierdzone we wszystkich narządach i układach. W przeprowadzonych badaniach nie stwierdzono

weather-inappropriate clothes (such as plimsolls in winter), exposed not only to infections, but also all kinds of accidents.

Physical abuse may be manifested through a wide variety of violent behaviours. Characteristic signs of abuse include traumatic injuries, especially of different ages and in different forms. In the group under study bruises, epidermal abrasions and blood extravasations were most commonly identified on the extremities. Other locations included the face, trunk, head and genitals. Harris *et al.* reported that signs of abuse found by physical examination presented as epidermal damage, blood extravasations, oedema and haemorrhagic effusions. Epidermal damage is usually located on the head, buttocks, in the lumbar area, on the extremities and external genital organs. Typical locations for non-accidental injuries include the ears, side of the face, neck and nape, and top of the shoulders (referred to as the “triangle of safety”), as well as the eye region, cheeks, inner aspect of arms, forearms, chest, back and side of the trunk, perineal and genital areas, inner aspect of thighs and soles of feet [10, 14, 22, 43]. However, Ross *et al.* [44] demonstrated that injuries were located primarily on the skull and face, less commonly on the chest and abdomen.

In the study group, violence was inflicted with implements in 35% of the abused children. The implements used by the perpetrators included, among others, a belt, electrical cord, stick, vase, pillow, telephone receiver, shoe, watch and fireplace poker. Beating with a belt or electrical cord left characteristic double band-like bruises. Also, the shapes of some of the implements of abuse (e.g. an ashtray or shoe sole) could be recognized in the epidermal abrasions or blood extravasations. As Otto-Buczowska and Szczepański [19] show, bruises and epidermal abrasions may follow the shape of the inflicting object. For example, the researchers point out to the characteristic pattern of bruises from beating a victim with a belt, electrical cord or rod. Bloch-Bogusławska *et al.* also report that characteristic injuries inflicted with a belt include epidermal abrasions with the imprint of a buckle or more pronounced round-shaped bruises corresponding to the belt holes [25].

Traumatic lesions in abused children can be identified in all organs and body systems. The present study included no cases of injury to the bones.

przypadków urazów kości. Z kolei Marciński, Caffey, Gerber, Coffman i Piekarska podają, że u nieletnich doświadczających przemocy, zmiany kostno-stawowe stanowią ponad 80% wszystkich zmian wykrywanych w badaniach radiologicznych. Powstałe w wyniku urazów nieprzypadkowych zmiany w układzie kostnym obserwuje się najczęściej, w 60–70% przypadków, u małych dzieci. Ich specyficzność znacznie wzrasta, gdy umiejscowione są w kilku kościach, wykazują różne fazy gojenia, a ich nasilenie nie zgadza się z mechanizmem powstania podawanym przez rodziców [6–8, 39, 40].

Skutkiem urazów nieprzypadkowych mogą być obrażenia głowy. W przeprowadzonych badaniach 18% dzieci doświadczyło urazów głowy o nieprzypadkowej etiologii, a 43% urazów twarzy. Hall i Carty podają, iż urazy głowy są najczęstszą przyczyną zgonów u niemowląt. U ponad 50% dzieci doświadczających przemocy dochodzi do ciężkiego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. W Wielkiej Brytanii ciężkie, trwałe uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego stwierdza się co roku u ok. 300 dzieci. Zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym mogą być związane z urazem działającym bezpośrednio na głowę dziecka bądź też mogą mieć miejsce w czasie potrząsania dzieckiem – tzw. zespół dziecka potrząsanego [45, 46]. Nasze badania wykazały istnienie zespołu dziecka potrząsanego w 6% przypadków. Najczęściej w wyniku urazów o nieprzypadkowej etiologii powstają krwiaki podtwardówkowe i obrzęk mózgu, który powoduje niedotlenienie i niedokrwienie tkanki mózgowej. Rzadko natomiast występuje bezpośrednio uszkodzenie tkanki mózgowej, krwawienie dokomorowe czy krwiaki nadtwardówkowe. Powyższe zmiany w obrębie ośrodkowego układu nerwowego mogą być stwierdzane w następstwie każdego ciężkiego urazu głowy. Jednak gdy współistnieją one ze zmianami w obrębie układu kostnego lub ze zmianami pourazowymi gałki ocznej, w 70% przypadków pozwala to rozpoznać uraz nieprzypadkowy [22, 23, 41].

Z bardzo poważnym rokowaniem wiążą się również uszkodzenia w obrębie narządów jamy brzusznej. W badanej grupie dzieci nie stwierdzono takich urazów. Bąk i wsp. oraz Kasznia-Kocot wykazali, że w wyniku zmian pourazowych jelit, trzustki lub wątroby ginie nawet 50% dzieci. Najczęściej w wyniku

In contrast, Marciński, Caffey, Gerber, Coffman and Piekarska report that bone and joint injuries account for more than 80% of all anomalies detected in radiological examinations in minors affected by violence. Non-accidental injuries to bones are noted most frequently, in 60–70% of cases, in young children. Their specificity increases considerably when they are located within multiple bones and show different phases of healing, and the severity of injury is at odds with the cause given by the parents [6–8, 39, 40].

Non-accidental injuries may also comprise head trauma. In the studies, a total of 18% of the children experienced head injury of non-accidental aetiology, and 43% suffered injuries to the face. According to Hall and Carty, head injuries are the most common cause of death in infants. Over 50% of abused children sustain a severe injury to the central nervous system (CNS). In the UK, severe and lasting damage to the central nervous system is diagnosed in approximately 300 children every year. CNS abnormalities may be associated with trauma inflicted directly to the child's head or they may occur while shaking the baby (shaken baby syndrome) [45, 46]. In our study the shaken baby syndrome was noted in 6% of the cases studied. Injuries of non-accidental aetiology most typically result in subdural haematomas and cerebral oedema which leads to hypoxia and ischaemia of the brain tissue. Direct damage to the cerebral tissue, intraventricular haemorrhage or epidural haematoma, however, occur rarely. The CNS abnormalities enumerated above can be diagnosed after every severe trauma to the head. However, if they are found to coexist with bone abnormalities or traumatic eye injuries, non-accidental injury is recognized in 70% of cases [22, 23, 41].

A very serious prognosis is also associated with injuries to the abdominal organs. However, there were no such injuries in the group of children analyzed in the present study. Bąk *et al.* and Kasznia-Kocot showed that traumatic injuries to the intestines, pancreas or liver were responsible for the death of up to 50% of children. Non-accidental injuries most frequently lead to damage to the intestines, pancreas and liver. It is not uncommon for abnormalities in the digestive tract to coexist with lesions in the skeletal system [20, 24].

urazów nieprzypadkowych dochodzi do uszkodzeń jelit, trzustki i wątroby. Nierzadko zmiany w układzie pokarmowym współistnieją ze zmianami w układzie kostnym [20, 24].

W przeprowadzonych badaniach nie zanotowano oparzeń nieprzypadkowych. Według Horst-Sikorskiej i Bryła oraz van Ewijk i wsp. oparzenia dotyczą ok. 10% maltretowanych dzieci. Najczęściej jest to obłanie gorącą wodą. Oparzenia powstające w nieprzypadkowy sposób są najczęściej głębokie, ponieważ sprawca nie stara się zniwelować skutków działania gorącego płynu. Na nieprzypadkową etiologię mogą wskazywać oparzenia tylnych części ciała, przedniej powierzchni u dzieci niechodzących czy też mające charakterystyczny kształt, np. lokówki, przypalania papierosem [10, 29].

Molestowanie seksualne wykazano w 30% przypadków. Richman [41] w swoich badaniach podaje natomiast, iż molestowanie seksualne występuje w 8% przypadków dzieci maltretowanych. Ofiarą molestowania seksualnego w przeprowadzonych badaniach były w większości (87,5%) dziewczynki, chłopcy natomiast stanowili 12,5%. Podobne wyniki (dziewczynki – 86,5%, chłopcy – 13,5%) podali Modelli i wsp. [47]. W naszych badaniach średni wiek dziewcząt molestowanych seksualnie wyniósł 13 lat, a chłopców 15 lat, natomiast Modelli i wsp. [47] wskazują, że średni wiek molestowanych dziewcząt to 10,7 roku, a chłopców 6,5 roku. Joki-Erkkiła i wsp. [48] podają, że średni wiek dzieci w chwili podejrzenia o nadużycie seksualne wyniósł 5,3 roku.

Wnioski

1. Najczęstszą formą krzywdzenia dzieci w analizowanych przypadkach było pobicie.
2. Najczęstszymi obrażeniami były podbiegnięcia krwawe, otarcia naskórka i wybroczyny krwawe w okolicy kończyn.
3. W 35% przypadków doszło do użycia narzędzi, które niejednokrotnie pozostawiły na ciele charakterystyczne ślady.
4. W większości przypadków sprawcą przemocy był ojciec dziecka.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Our study revealed no cases of non-accidental burns. According to Horst-Sikorska and Bryl, and van Ewijk *et al.*, burns are noted in approximately 10% of cases of child abuse. The most common burn injury in children is hot water scalding. Non-accidental burns are usually deep, because the perpetrator takes no action to reduce the effects of hot liquid. Non-accidental aetiology can be suspected if burn injuries are located on the posterior body parts or anterior surfaces in non-walking children. They may also reflect the shape of implements used to inflict them (e.g. curling irons, cigarette burns) [10, 29].

Sexual molestation was confirmed in 30% of the cases. Richman [41] in his study notes that sexual abuse occurs in 8% of child maltreatment cases. In our study, the victims of sexual molestation were predominantly girls (87.5% of cases, and boys 12.5%). Similar proportions (girls 86.5%, boys 13.5%) were reported by Modelli *et al.* [47]. The average age of sexually abused girls and boys analyzed in the present study was 13 and 15 years, respectively. In contrast, Modelli *et al.* [47] reported that the average age of sexual abuse in girls was 10.7 years, and in boys 6.5 years. In their study, Joki-Erkkiła *et al.* [48] found that the average age of children at the time of suspicion of sexual abuse was 5.3 years.

Conclusions

1. The most common form of child abuse identified in the present study was beating.
2. Bruises, epidermal abrasions and blood extravasations on the extremities were the most frequently observed injury types.
3. In 35% of the cases, the perpetrators used implements for inflicting violence, which frequently left a characteristic injury pattern on the body.
4. The perpetrator was the child's father in the majority of the cases studied.

The authors declare no conflict of interest.

Piśmiennictwo

References

1. Romańska A, Mroczek B, Karakiewicz B. Przemoc w rodzinie jako istotny problem medycyny rodzinnej. *Family Medicine and Primary Care Review* 2008; 10: 641-647.
2. Trojanowska A. Rola pielęgniarki w profilaktyce zaniedbywania i krzywdzenia dzieci. *Zdrowie Publiczne* 2011; 121: 191-195.
3. Kądziała-Olech H. Dziecko maltretowane. *Terapia* 1999; 6: 56-58.
4. Mossakowska B. Społeczno-medyczne aspekty dziecka krzywdzonego. *Przegląd Pediatryczny* 1998; 28: 181-184.
5. Okłota M, Niemcunowicz-Janica A, Zafuski J, Ptaszyńska-Sarosiek I. Urazy nieprzypadkowe u dzieci. Opis przypadku. *Arch Med Sadowej Kryminol* 2009; 59: 255-258.
6. Marciński A. Zespół dziecka krzywdzonego – rozpoznanie następstw urazów nieprzypadkowych. *Standardy Medyczne* 2006; 3: 189-195.
7. Marciński A. Urazy nieprzypadkowe u dzieci – symptomatologia zespołu dziecka krzywdzonego. *Standardy Medyczne/Pediatrics* 2009; 6: 639-650.
8. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentgenol Radium Ther* 1946; 56: 163-173.
9. Kempe C, Silverman F, Steele B, Droegemueller W, Silver H. The battered – child syndrome. *JAMA* 1962; 181: 105-112.
10. Horst-Sikorska W, Bryl N. Zespół dziecka maltretowanego. *Family Medicine and Primary Care Review* 2011; 13: 319-321.
11. Hui C, Joughin E, Goldstein S, Cooper N, Harder J, Kiefer G, Howard J. Femoral fractures in children younger than three years: the role of nonaccidental injury. *Pediatr Orthop* 2008; 28: 297-302.
12. Borysewicz-Lewicka M, Olech-Kowalczyk D. Zespół dziecka krzywdzonego w aspekcie stomatologicznym. *Czas Stomatologów* 2009; 62: 859-867.
13. Kordacki J. Czynniki ryzyka w Zespole Dziecka Maltretowanego. *Przegląd Lekarski* 1990; 47: 691-694.
14. Kozak E. Dlaczego rodzice biją? *Edukacja i Dialog* 2006; 1: 24-27.
15. Min MO, Minnes S, Kim H, Singer LT. Pathways linking childhood maltreatment and adult physical health. *Child Abuse Negl* 2013; 37: 361-373.
16. Dubowith H. Zapobieganie zaniedbywaniu i wykorzystywaniu dzieci: rola pediatry. *Pediatrics po Dyplomie* 2004; 8: 33-38.
17. Iwaniec D. Krzywdzenie emocjonalne a zespół nieorganicznego zaburzenia rozwoju. *Dziecko Krzywdzone* 2003; 4: 24-39.
18. Glaser D. Podstawy teoretyczne i pojęciowe dotyczące krzywdzenia psychicznego i zaniedbywania emocjonalnego dzieci. *Dziecko Krzywdzone* 2003; 4: 7-23.
19. Otto-Buczowska E, Szczepański J. Zanim zdarzy się nieszczęście – różne formy maltretowania dzieci. *Family Medicine and Primary Care Review* 2009; 11: 61-67.
20. Bąk P, Pakulski C, Richter B, Wudarska B. Zespół dziecka maltretowanego – opis przypadku. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2008; 2: 261-264.
21. Jurczyk PA. Encefalopatia niedotlenieniowo-niedokrwienna jako szczególna postać powikłania urazu głowy w zespole dziecka maltretowanego. *Arch Med Sąd Kryminol* 2010; 60: 137-145.
22. Sroka M, Orłowska K, Nierzwicka K. Maltretowanie dziecka jako przyczyna trwałych uszkodzeń mózgowia u małych dzieci. *Psychologia w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2002; 2: 255-262.
23. Huflejt A. Urazy czaszkowo-mózgowe u dzieci i ich następstwa. *Neurologia Dziecięca* 2000; 9: 105.
24. Kasznia-Kocot J. Zespół dziecka krzywdzonego – child abuse. *Przegląd Pediatryczny* 1996; 26: 109-115.
25. Bloch-Bogusławska E, Wolska E, Duży J. Zespół bitego dziecka. *Arch Med Sadowej Kryminol* 2004; 54: 155-161.
26. Mikołajczyk W. Zespół dziecka potrząsanego. *Nowa Pediatryka* 2000; 18: 12-15.
27. Gilliland MG, Folberg R. Shaken babies-some have no impact injuries. *J Forensic Sci* 1996; 41: 114-116.
28. Roussey M, Oabadie A, Betremieux P, Lefrancois MC, Journal H, Gandon Y. Not-always-apparent abuse: the shaken baby syndrome. *Arch FR Pediatr* 1987; 44: 441-444.
29. van Ewijk R, Op de Coul ME, Teeuw AH, Wolf BW. Burns in children: child abuse or another cause? *Ned Tijdschr Geneesk* 2012; 156: A5026.
30. Krawczyński M. Przemoc wobec dziecka. Dziecko krzywdzone. Definicja i interpretacja zjawiska. *Aspekty prawno-organizacyjne i psychologiczne. Pediatryka Polska* 1998; 21: 29-36.
31. Wexler B. Physical and sexual abuse during childhood and development of psychiatric illness during adulthood. *J Nerv Ment Disor* 1997; 18: 522-524.
32. Sowińska-Przepiera E, Jarząbek G, Kapczuk K, Wachowiak-Ochmańska, Friebe Z. Zasady postępowania w praktyce ginekologicznej wobec dziecka – ofiary przemocy seksualnej. *Ginekologia Praktyczna* 2003; 11: 28-34.
33. Glaser D, Frosh S. Dziecko seksualnie wykorzystywane. *PZWL, Warszawa* 1995; 19.
34. Kmiecik-Baran K. Przemoc doświadczana w dzieciństwie a gwałty dokonywane na dzieciach oraz inne przestępstwa. *Zdrowie Psychiczne* 1997; 38: 33-74.
35. Izdebska A, Lewandowska K. Znaczenie profilaktyki krzywdzenia małych dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria. Badania. Profilaktyka* 2009; 1: 27.



36. Konarska-Wrzosek V. Regulacje prawno-karne dotyczące fizycznego karania dzieci. Dziecko Krzywdzone 2003, 3: 47-54.
37. Jaffe AE, Cranston CC, Shadlow JO. Parenting in females exposed to intimate partner violence and childhood sexual abuse. J Child Sex Abus 2012; 21: 684-700.
38. Cicchetti D, Toth S. Child maltreatment. Annu Rev Clin Psychol 2005; 1: 409-438.
39. Gerber P, Coffman K. Nonaccidental head trauma in infants. Childs Nerv Syst 2007; 23: 499-507.
40. Piekarska A. Przemoc, kary cielesne i krzywdzenie dzieci. Dziecko Krzywdzone 2003; 3: 9-19.
41. Richman H. From a radiologist's judgment to public policy on child abuse and neglect: what have we wrought? Pediatr Radiol 2000; 30: 219-228.
42. Trendak W, Kocur J, Rasmus A. Psychiczne i somatyczne następstwa maltretowania dzieci – opis dwóch przypadków. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2002; 11 supl. 1: 61-64.
43. Harris J, Sidebotham P, Welbury R, Townsend R, Green M, Goodwin J, Franklin C. The Child Protection and the Dental Team. Department of Health. COPDEND, Sheffield 2006.
44. Ross AH, Abel SM, Radisch D. Pattern of injury in child fatalities resulting from child abuse. Forensic Sci Int 2009; 188: 99-102.
45. Hall C. Non-occidental injury. W: Carty H, Brunelle F, Shaw D, Kendall B (red.). Imaging children. Churchill Livingstone, Edinburgh, London 1994; 1188.
46. Carty H. Non-occidental injury: a review of the radiology. Eur Radiol 1997; 7: 1356-1376.
47. Modelli MES, Galvao MF, Pratesi R. Child sexual abuse, Forensic Sci Int 2012; 217: 1-4.
48. Joki-Erkkila M, Niemi J, Ellonen N. Child sexual abuse. Medical statement conclusions in criminal legal process. Forensic Sci Int 2014; 239: 31-36.

Adres do korespondencji

Iwona Ptaszyńska-Sarosiek
Zakład Medycyny Sądowej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Waszyngtona 13
15-269 Białystok, Polska
e-mail: i.sarosiek@wp.pl

Address for correspondence

Iwona Ptaszyńska-Sarosiek
Department of Forensic Medicine
Medical University of Białystok
Waszyngtona 13
15-269 Białystok, Poland
e-mail: i.sarosiek@wp.pl

