

Dzieci jako ofiary przemocy w rodzinie

Children as victims of domestic violence

¹ Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Katedra Biomateriałów i Stomatologii Doświadczalnej,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

W artykule przedstawiono fizyczne i emocjonalne skutki przemocy domowej wobec dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem kontekstu stomatologicznego. Celem pracy jest opisanie zjawiska maltretowania nieletnich w Polsce, jego form, skali, objawów i skutków oraz określenie roli lekarza i lekarza dentystry w zapobieganiu temu zjawisku. Stosowaną metodą badawczą była analiza piśmiennictwa naukowego dotyczącego tego tematu. Opisano charakterystyczne obrażenia, powstające w wyniku stosowania przemocy oraz postawy opiekuna stosującego przemoc wobec maltretowanego dziecka, które można zaobserwować w gabinecie lekarskim. Omówiono emocjonalne konsekwencje maltretowania. Przedstawiono kryteria diagnostyczne zespołu stresu pourazowego oraz inne skutki psychologiczne i psychopatologiczne maltretowania. Na podstawie przeanalizowanych źródeł wnioskuje się, że rola lekarzy pierwszego kontaktu (w tym lekarza dentystry) w wykrywaniu maltretowania i zapobieganiu mu jest znacząca. W określonych sytuacjach lekarz i lekarz dentyista ma obowiązek złożenia wniosku do prokuratury w związku z podejrzeniem stosowania przemocy wobec małoletniego pacjenta.

Słowa kluczowe: maltretowanie, dziecko, przemoc w rodzinie, lekarz stomatolog.

Abstract

The article presents the physical and emotional effects of domestic violence on children, with particular emphasis on the dental context. Specific definitions of violence and violence in the family as well as possible types and forms of violence against children are given. The epidemiology of the phenomenon of abuse in Poland is presented. Based on the literature analyzed and our own observations, the characteristic damage that result from the use of violence against children is described. In addition, the article includes a description of guardian abuser attitudes to an abused child, which can be observed in a medical office. The article specifies the emotional consequences of abuse both in childhood and in the later life of victims of violence. The diagnostic criteria for psychological and psychopathological consequences of maltreatment are included. The specificity of dental work in the context of the ability to detect abuse was characterized. We have shown how injuries should be described in medical records if there is a suspicion that they arose as a result of violence. Situations in which the doctor and the dentist are required to submit a notice to a prosecutor's office on suspicion of violence against a young patient are defined.

Keywords: child abuse, domestic violence, dentist.

Ekspozycja na przemoc jest jednym z najczęstszych, najbardziej poważnych źródeł ludzkiego stresu [1]. Jej szczególnym rodzajem jest przemoc mająca miejsce w środowisku rodzinnym, która dotyczy najczęściej kobiet oraz dzieci, i niestety jest bardzo powszechna.

Według procedury „Niebieskiej Karty” liczba małoletnich ofiar przemocy domowej w roku 2013 wyniosła 19254, od roku 2005 regularnie spada. Dane liczbowe dotyczące 2013 r. wskazują na zwiększenie liczby wszczęć procedury „Niebieska Karta”, co oznacza skuteczną realizację programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie [2].

Istnieje sześć głównych form przemocy, do których należą: przemoc fizyczna, przemoc seksualna, przemoc psychiczna, zaniedbanie i eks-

pozycja na przemoc domową (rozumiane jako bycie świadkiem przemocy) [3] oraz podawanie dziecku substancji psychoaktywnych, szkodliwych lub nie dla nich przeznaczonych. W tym artykule zajmiemy się głównie tematyką przemocy wobec dzieci, która ma miejsce w środowisku domowym.

Definicję przemocy w rodzinie określa art. 2, pkt. 2 ustawy z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (u.p.p.r.) [4]. Jest nią jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste członków rodziny, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące

szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą.

Bardzo istotnym elementem powyższej definicji jest stwierdzenie, że przemocą jest nie tylko zachowanie, ale również zaniechanie, niewykonanie jakiejś czynności. Sprawcą przemocy w rodzinie może być, zgodnie z u.p.p.r., małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu, a także osoba wspólnie zamieszkująca lub gospodarująca [5].

Istotna z punktu widzenia lekarza klinicysty, jak i lekarza dentystry jest wiedza o tym, że zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt. 5 u.p.p.r. osoba dotknięta przemocą w rodzinie ma prawo do badania lekarskiego w celu ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała oraz otrzymania zaświadczenia lekarskiego. Do wydania zaświadczenia lekarskiego zobowiązani są przede wszystkim lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, ale również lekarze dentyści [6], o ile obrażenia ciała powstałe w związku z przemocą obejmują jamę ustną, część twarzową czaszki oraz okolice przyległe. Podmioty, które nie zawarły umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w myśl art. 19 ust. 2 u.ś.o.z., nie są zobowiązane do bezpłatnego przeprowadzenia badania i nieodpłatnego wydania zaświadczenia [7].

Fizyczne skutki przemocy wobec dzieci

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje przemoc jako celowe użycie siły fizycznej, zagrażające lub rzeczywiste, przeciwko sobie, komuś innemu lub przeciwko grupie lub społeczności, co powoduje lub jest prawdopodobne, że spowoduje zranienie, fizyczne uszkodzenie, śmierć, ból psychologiczny, zaburzenia w rozwoju lub deprivację [8]. Poza wyżej wymienionymi definicjami przemocy i przemocy w rodzinie, posługujemy się także definicją krzywdzenia dziecka stworzoną przez D.G. Gilla. Według niej krzywdzenie dzieci to każde działanie lub bezczynność jednostek, instytucji lub społeczeństwa jako całości i każdy rezultat takiego działania lub bezczynności, który deprywuje równe prawa i swobody dzieci i/lub zakłóca ich optymalny rozwój [9].

Wśród czynników indywidualnych istotną rolę w procesie wiktyimizacji (stawania się ofiarą) odgrywają wiek i płeć. Generalnie małe dzieci są bardziej narażone na przemoc fizyczną, a te wchodzące w okres dojrzewania – przemoc seksualną. Chłopcy częściej niż dziewczynki są ofiarami bicia i kar fizycznych, a dziewczynki częściej niż chłopcy są ofiarami przemocy seksualnej, zaniedbania i zmuszania do prostytucji. Bardzo małe dzieci są najbardziej narażone na ryzyko zabójstwa – wśród grupy wiekowej 0–4 r.ż. zdarzają się one dwa razy częściej niż w grupie wiekowej

5–14 r.ż. Główną przyczyną śmierci tych dzieci są uszkodzenia głowy, następnie uszkodzenia brzucha i uduszenie [8]. Największe nasilenie zachowań krzywdzących małych dzieci występuje w stosunku do dziecka małego. Dzieci do czwartego roku życia stanowią największą grupę pacjentów hospitalizowanych z powodu przemocy. Nasilenie przemocy rodzicielskiej spada wraz z wiekiem potomstwa tak, że młodzież w wieku 15–17 lat narażona jest na przemoc w 34%. Dzieje się tak zapewne dlatego, że dorastanie i nabieranie siły staje się naturalną ochroną przed przemocą rodzicielską [10].

W przypadku podejrzenia stosowania przemocy fizycznej względem dziecka należy bardzo dokładnie przeprowadzić badanie lekarskie. Kluczowym może okazać się zebranie szczegółowego wywiadu dotyczącego okoliczności powstania obrażeń. Często wersja opiekuna nie pokrywa się z mechanizmem powstania urazu, lokalizacją ani rozległością obrażeń. Rodzic, który utrzymuje, że był świadkiem upadku dziecka powinien potrafić opisać pozycję dziecka przed upadkiem, sposób upadania i pozycję po upadku. [5]. Należy pamiętać, że badanie zaczyna się już od momentu przekroczenia przez dziecko i opiekuna progu gabinetu medycznego/stomatologicznego. Należy zwrócić uwagę na zachowanie obojga, dziecka i opiekuna. Dzieci maltretowane przejawiają lęk względem opiekuna, są nieśmiałe, na nową sytuację reagują niepewnością, lękiem, płaczem, unikają dotyku, mogą być apatyczne, wycofane z kontaktu lub pobudzone, agresywne w stosunku do siebie i/lub otoczenia, przenoszą wzorzec zachowań z domu na otoczenie. Natomiast opiekun, który stosuje przemoc fizyczną wobec dziecka, traktuje je w sposób przedmiotowy, bezosobowy, a urazy które widoczne są na ciele dziecka nie wzbudzają u niego większych emocji, często w obawie przed konsekwencjami zwleka z wezwaniem pomocy. Niektórzy opiekunowie maltretujący swoje dzieci prezentują odmienną postawę, którą charakteryzuje nadopiekuńczość. Osoby te, poprzez nadmierne zainteresowanie stanem dziecka, starają się zrekompensować kary cielesne, które stosują.

Po zebraniu wywiadu i wstępnej obserwacji kolejnym etapem badania jest ocena stopnia odżywienia, nawodnienia, wzrastania, a także rozwoju psychomotorycznego. Zaburzenia w tym zakresie, takie jak: niedożywienie, niskorostłość czy opóźnienie rozwoju względem wieku metrykalnego mogą być wynikiem stosowania przemocy.

Następnie kolejno oglądamy poszczególne okolice ciała dziecka, zwracając uwagę na obecność wszelkiego rodzaju otarć naskórka, sińców, ran kutyk, śladów po ugryzieniach, przypaleń papierosami, poparzeniach, częste zwichnięcia, złamania kości. Bardzo istotna jest również

ich lokalizacja. obrażenia znajdujące się w miejscach intymnych, trudno dostępnych i niecharakterystycznych dla danego typu urazów, takie jak: okolica szczytu głowy, małżowiny uszne, szyja, przednia ściana klatki piersiowej, brzuch, plecy, krocze, przyśrodkowa powierzchnia ud i ramion [5], powinny nasuwać podejrzenie stosowania wobec dziecka przemocy fizycznej.

Jedną z konsekwencji stosowania przemocy jest zespół dziecka potrząsanego, który dotyczy dzieci w wieku niemowlęcym. Charakterystycznymi obrażeniami ciała są krwiaki podtwardówkowe, krwotoki podpajęczynówkowe i wylewy krwi do siatkówki oka [5]. W przypadku potrząśnięcia dzieckiem za kończyny może również dochodzić do licznych złamań kości długich – takie urazy są niecharakterystyczne dla wieku dziecka i powinny nasuwać podejrzenie stosowania przemocy. Pełny obraz obejmuje wylewy podoponowe, obrzęk mózgu, krwotoczną retinopatię, uszkodzenia nasad kości długich [11]. W przebiegu zespołu dziecka potrząsanego zwykle nie obserwuje się objawów zewnętrzných.

Szczególnym rodzajem przemocy fizycznej jest przeniesiony zespół Münchhausena, który polega na wywoływaniu u dzieci objawów somatycznych. Konsekwencją są częste wizyty u lekarzy różnych specjalizacji, liczne hospitalizacje. Opiekunowie często domagają się przeprowadzenia licznych badań dodatkowych, najczęściej o charakterze inwazyjnym. Ta forma przemocy dotyczy dzieci w różnym przedziale wiekowym i w zależności od niego ulega modyfikacjom. Do najczęściej indukowanych lub wymyślanych objawów należą: bóle brzucha, wymioty, biegunka, spadek masy ciała, napady drgawkowe, duszność, infekcje, gorączka, krwawienie, zatrucie, ospałość [12]. Najczęściej obraz objawów jest niespójny i nielogiczny, a opiekun jest nastawiony na pogłębianie diagnostyki lub wdrażanie leczenia mającego na celu poprawę stanu zdrowia podopiecznego.

Maltretowanie dzieci może mieć konsekwencje natychmiastowe, jakimi są obrażenia ciała czy nawet śmierć, ale również odległe w czasie – trwałe kalectwo.

Podsumowując, stosowanie przemocy fizycznej wobec dzieci ma niebagatelne znaczenie dla ich funkcjonowania, które w znacznym stopniu zostaje zaburzone. Skutkami przemocy fizycznej są nie tylko następstwa pod postacią obrażeń ciała, ale również problemy natury emocjonalnej.

Emocjonalne skutki przemocy doznawanej przez dzieci w środowisku rodzinnym

Pierwszymi badaczami w Europie, którzy zwrócili uwagę na związek między wczesnodziecięcym urazem (zwłaszcza o charakterze nadużycia seksualnego) a późniejszym obserwowaniem hysterii byli Sigmund Freud i Josef Breuer [13]. Dziś, dzięki

wielu późniejszym badaniom na temat emocjonalnych skutków przemocy, a w szczególności obszernemu opracowaniu Roberta J. Liftona i Chaima Shatana, które dotyczy stresu pourazowego, wiemy, że doznany w dzieciństwie uraz ma niebagatelny wpływ na całe dalsze życie danej osoby. [13] Terr porównuje uraz w dzieciństwie do choroby reumatycznej, która jest ciężką chorobą dla dziecka, a jej skutki poważnie wpływają na dalsze, dorosłe życie [13]. Doświadczenie przemocy ma równie poważne skutki w dorosłym życiu emocjonalnym, ma także wpływ na zdrowie somatyczne ofiary. Warto podkreślić, że zdolność zapamiętywania wydarzeń traumatycznych mają dzieci w każdym wieku, także niemowlęta.

Sposób reakcji na doznaną traumę jest zależny od tego, czy ma ona charakter jednorazowy, czy długotrwały. W wypadku przemocy domowej mamy zwykle do czynienia z wielokrotnym doznawaniem agresji fizycznej czy innych nadużyć. W takim wypadku ofiara przemocy odczuwa najczęściej stopień uczuć oraz uczucie wściekłości i/lub obezwładniającego smutku. Dzieci, które były maltretowane mają zwykle silnie zaburzone poczucie bezpieczeństwa, często też czują się zakłopotane lub odczuwają lęk, mówiąc o traumatycznym zdarzeniu [14].

Osoby, które były ofiarami przemocy w dzieciństwie często w późniejszym życiu stają się pacjentami szpitali psychiatrycznych. Szacuje się, że 50–60 procent pacjentów oddziałów zamkniętych i 40–50 procent osób przebywających na oddziałach dziennych relacjonuje maltretowanie przed 18. rokiem życia. W badaniu, które odbyło się na psychiatrycznej Izbie Przyjęć stwierdzono, że aż 70 procent pacjentów było maltretowanych w dzieciństwie [15].

Jednak ofiary przemocy, z racji doznanych obrażeń, mogą być pacjentami niemal każdego lekarza i lekarza dentystry. Pośród dzieci codziennie konsultowanych u różnych specjalistów (w tym lekarzy stomatologów, lekarzy stomatologów dziecięcych, ortodontów), jest grupa takich, które są ofiarami przewlekłej przemocy. Warto podkreślić, iż większość aktów maltretowania (zwłaszcza dzieci), nie zostaje nigdy ujawniona.

Wiele z nich prezentuje objawy, które mogą sugerować, że są maltretowane. Ostrożność powinny wzbudzić:

- niechęć dziecka do jedzenia i picia (zwłaszcza jeśli w przeszłości miało dobry apetyt),
- problemy edukacyjne (nagłe pogorszenie się ocen w szkole),
- wycofanie z kontaktów społecznych w szkole i poza nią,
- objawy regresji – dotyczące głównie małych dzieci. Niepokojące jest na przykład, kiedy kilkulatek nagle traci umiejętność korzystania z toalety, mimo że wcześniej dobrze sobie pod tym względem radził [12].

Doznawanie przemocy w dzieciństwie i dalszym życiu może doprowadzić do wystąpienia Zespołu Stresu Pourazowego. Kryteria diagnostyczne tej jednostki wg ICD-10 [16]:

1. Pacjent był narażony na stresujące wydarzenie lub sytuację (oddziałujące krótko- lub długotrwanie) o cechach wyjątkowo zagrażających lub katastroficznych, które mogłyby spowodować przenikliwe odczuwanie cierpienia u niemal każdego.
2. Występuje uporczywe przypominanie sobie lub „odżywianie” stresora w postaci zakłócających „przebłysków” (ang. *flashbacks*), żywych wspomnień lub powracających snów, albo w postaci gorszego samopoczucia w sytuacji zetknięcia się z okolicznościami przypominającymi stresor lub związanymi z nim.
3. Pacjent aktualnie unika lub preferuje unikanie okoliczności przypominających stresor lub związanych z nim, co nie występowało przed zetknięciem się z działaniem stresora.
4. Występowanie któregoś z następujących:
 - a) częściowa lub całkowita niezdolność do odtworzenia pewnych ważnych okoliczności zetknięcia się ze stresorem,
 - b) uporczywie utrzymujące się objawy zwiększonej psychologicznej wrażliwości i stanu wzbudzenia (nie występujące przed ekspozycją na stresor) w postaci którychkolwiek dwóch z poniższych:
 - trudności z zasypianiem i podtrzymaniem snu,
 - drażliwość lub wybuchy gniewu,
 - trudność koncentracji,
 - nadmierna czujność,
 - wzmożona reakcja zaskoczenia.

Kryteria 2, 3 i 4 zostały spełnione w ciągu 6 miesięcy od stresującego wydarzenia albo od zakończenia okresu oddziaływania stresora [16].

Zespół stresu pourazowego wydaje się jednak częściej być wynikiem jednego wydarzenia traumatycznego. Przewlekłe, wielokrotne doznawanie urazu przez dzieci, będące ofiarami przemocy w rodzinie, może spowodować rozwinięcie niezwykle bogatej psychopatologii dotyczącej wszystkich sfer ich funkcjonowania. Objawy u nich występujące mogą więc wykraczać poza ramy zespołu stresu pourazowego. Z perspektywy psychiatrii dorosłych istnieje wyraźny związek między doznawaniem przemocy w rodzinie a występowaniem:

- zaburzeń odżywiania,
- uzależnień (szczególnie u kobiet),
- zaburzeń osobowości (tu najsilniej związana jest osobowość z pogranicza – 60 procent osób z tą diagnozą potwierdza doznawanie przemocy w dzieciństwie),
- zaburzeń lękowych,
- zaburzeń seksualnych [17].

Uraz psychiczny często ma także wpływ na stan somatyczny, gdyż osoby maltretowane mogą przejawiać skłonność do autoagresji.

Postępowanie lekarza stomatologa wobec pacjenta jako ofiary przemocy

Lekarze dentyści jako lekarze pierwszego kontaktu oraz z racji długiego okresu leczenia stomatologicznego podczas wielokrotnych wizyt są w stanie obserwować wzajemne relacje dziecko-rodzic. Okolice twarzoczaszki są miejscem częstych urazów powstałych w wyniku użycia przemocy wobec dziecka. Stwierdzono, że od 59 do 75 procent urazów fizycznych spowodowanych maltretowaniem dzieci stanowi okolica twarzy, głowy i szyi, natomiast urazy wewnętrzne są rozpoznawane w granicach 0,5–33 procent [18]. Ta dysproporcja w detekcji lokalizacji urazów jest często spowodowana brakiem badania jamy ustnej lub oceną przez personel niespecjalistyczny bez udziału lekarza stomatologa. Dlatego też zebranie gruntownego wywiadu i szczegółowe badanie stomatologiczne wydają się być obowiązkowymi częściami badania lekarskiego ukierunkowanego na podejrzenie przemocy w rodzinie.

Szczegółowy wywiad powinien opisywać informacje dotyczące stanu teraźniejszego użebienia, współistniejących obrażeń innych części ciała, rokowania co do ewentualnych powikłań, stopnia utraty zdrowia i wyleczenia pacjenta po urazie, a także wszelkie spory, uwagi i roszczenia opiekunów. Badanie przedmiotowe w gabinecie stomatologicznym należy rozpocząć od oceny ran zewnątrzustnych i palpacyjnego badania kości twarzoczaszki. Następnie należy ocenić stan błony śluzowej, dziąseł i warg oraz palpacyjnie wyrostek zębodołowy. Ostatnim etapem jest badanie zębów co do nieprawidłowości zgryzowych, przemieszczenia, ruchomości i złamań. Przy podejrzeniu uszkodzenia zębów ocena ich żywotności jest obowiązkowym elementem badania klinicznego. Jeśli uraz twarzoczaszki był spowodowany tępym przedmiotem (np. dłoń, ręka), charakterystycznymi skutkami mogą być uszkodzenia tkanek miękkich i struktur podtrzymujących. Przy urazach twarzoczaszki zadawanych ostrymi narzędziami i z dużą prędkością częściej dochodzi do zwichnięć całkowitych lub częściowych oraz złamań zębów. Następstwa seksualnego rodzaju przemocy ujawniają się bezpośrednio, a także i w późniejszym okresie. O tym, że dziecko jest wykorzystywane seksualnie mogą świadczyć obrażenia i objawy chorób zakaźnych przenoszonych drogą płciową na błonie śluzowej jamy ustnej. Na granicy podniebienia miękkiego i twardego oraz na dnie jamy ustnej można zaobserwować zmiany rumieniowe i wybroczynowe o charakterze urazowym. Infekcje przenoszone drogą kontaktu z narządami płciowymi mogą

manifestować się pęcherzykami, owrzodzeniami, błonami rzekomyymi lub uszypułowanymi rozrostami błony śluzowej jamy ustnej i dotyczyć zakażeń rzeżączki, kiły, Herpes Simplex typu 2. Czerwień wargowa może posiadać blizny po urazach mechanicznych, zasinienia, ślady oparzeń oraz rozdarcia wędzidełka wargi górnej na skutek czynności seksualnych, wkładania różnych przedmiotów, ręki i ciosów [19, 20]. Wymienione powyżej przyczyny mogą skutkować również mechanicznym uszkodzeniem samych zębów. Oprócz badania klinicznego dokumentacja pacjenta powinna zawierać opis badania dodatkowego (zdjęcia RTG) oraz opis konsultacji specjalistycznych, które mogą uzupełnić obraz stanu pacjenta pourazowego. W przypadku widocznych obrażeń, wykonanie standardowych lub cyfrowych zdjęć fotograficznych z umieszczoną skalą pomiarową (linijka, taśma, kątomierz) dodatkowo powinno stać się elementem dołączonym do dokumentacji obrażeń. Zaleca się, aby opis badania klinicznego był przeprowadzony w obecności świadków z personelu medycznego, co powinno być potwierdzone pisemnie w karcie pacjenta.

Podsumowanie

Przemoc w rodzinie jest w Polsce zjawiskiem powszechnym i dobrze udokumentowanym, jednak jego skala wciąż jest niedoszacowana, a wykrywalność niedostateczna. Ofiarami maltretowania są zwykle kobiety i dzieci, chociaż może ono także dotyczyć mężczyzn. Zadaniem lekarza i lekarza denty, którzy mogą w swojej pracy zetknąć się z ofiarami maltretowania, jest zachowanie czujności w stosunku do pacjentów, których urazy budzą podejrzenia o stosowanie przemocy.

Podejrzenie powinny wzbudzać następujące sytuacje:

- poważne uszkodzenia ciała dziecka (szczególnie w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa); rodzice w wywiadzie zaprzeczają jakimkolwiek urazom,
- dane z wywiadu opiekunów nie tłumaczą powstania uszkodzeń ciała,
- znaczne zmiany treści wywiadu na temat obrażeń,
- informacja w wywiadzie o tym, że dziecko dokonywało samouszkodzeń, nie odpowiada możliwościom dziecka ze względu na etap rozwoju psychofizycznego,
- nieoczekiwane lub niezrozumiałe odwołanie wezwania pomocy lekarskiej,
- obrażenia wielu narządów, w tym odniesione w różnym czasie,
- charakter obrażeń jest charakterystyczny dla przemocy fizycznej wobec dziecka [21].

Przemoc w rodzinie jest przestępstwem ściganym z urzędu, ale ze względu na brak jasnych przepisów uchylających tajemnicę lekarską, w przypadku podejrzenia stosowania przemocy, musi zaist-

nieć zagrożenie zdrowia lub życia dziecka, żeby lekarz lub lekarz denty mógł zgłosić taką sytuację organom ścigania.

Przemoc domowa ma wiele konsekwencji negatywnych dla zdrowia, może doprowadzić do kalectwa, a nawet śmierci ofiary. Ponadto zawsze odciska poważne piętno na psychice dziecka. Aby nie dopuścić do nieodwracalnych skutków zdrowotnych i zniwelować skutki emocjonalne, należy jak najszybciej oddzielić osobę doznającą przemocy od sprawców. Dopiero wtedy podjęcie działań terapeutycznych staje się możliwe i skuteczne.

Piśmiennictwo

- [1] Seng JS, Sperlich M, Low LK, Ronis DL, Muzik M, Liberzon I. Childhood abuse history, posttraumatic stress disorder, postpartum mental health and bonding: A prospective cohort study. *J Midwifery & Women's Health*. 2013;58(1):57–68.
- [2] <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzinie/50863,przemoc-w-rodzinie.html>
- [3] Minh A, Matheson FI, Daoud N, Hamilton-Wright S, Pedersen C, Borenstein H, O'Campo P. Linking childhood and adult criminality: using a life course framework to examine childhood abuse and neglect, substance use and adult partner violence. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;28(10):5470–5489.
- [4] Dz.U. Z 2005 r. nr 180, poz. 1493.
- [5] Gąszczyk-Ożarowski Z, Wierzyk A, Pilch-Kowalczyk J, Chowaniec C. Badanie lekarskie małoletniej ofiary przemocy w rodzinie. *MP Psychiatria*. 2013;2(31):69–79.
- [6] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 sierpnia. 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (dz. U. Z 2009 r. nr 140, poz. 1144 ze zm.)
- [7] Gąszczyk-Ożarowski Z, Chowaniec C. Badanie lekarskie osób dotkniętych przemocą w rodzinie. *Medycyna Praktyczna*. 2011;11:118–125.
- [8] Pietruszka M. Światowy raport WHO na temat przemocy i zdrowia. *Niebieska Linia*. 2002;23(6):3–10.
- [9] Koczyk M. Definicja i formy przemocy. <http://www.niebieskaLinia.info/index.php/ofiary-przemocy/dziecko/rozpoznanie>.
- [10] Czekawska M, Markiewicz M. Przemoc wobec dzieci. http://www.mcps.com.pl/plik.php?plik=mat20081229_8.doc.
- [11] Mossakowska B, March K. Nie potrząsaj! Złamania śródstawowe u niemowląt a zespół dziecka maltretowanego. *Niebieska Linia*. 2005;3:1–8. <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/131-przemoc/1458-nie-potrzasaj-zlamania-srodstawowe-u-niemowlat-a-zespol-dziecka-maltretowanego-bibiana-mossakowska-krzysztof-march.html>
- [12] Abdulhamid I, Siegel PT. Medscape's Continually Updated Clinical Reference. Münchausen syndrome. www.emedicine.medscape.com/article/917525-overview.
- [13] Herman JL. Przemoc, uraz psychiczny i powrót do równowagi. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk. 2003;106–139.
- [14] James R, Gilliland B. Strategie interwencji kryzysowej. Wydawnictwo Edukacyjne PARPA, Warszawa. 2005;50–110.
- [15] Brenole O. Combined individual and group therapy for vietnam veterans. *Int J Group Psychotherapy*. 1984;34:96–97.
- [16] Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków – Warszawa. 1998;96–97.
- [17] Namysłowska I. Psychiatria dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa. 2012;409–445.

- [18] Soomer Lincoln H, Lincoln MJ. Role of the odontologist in the investigation of domestic violence, neglect of the vulnerable, and institutional violence and torture. *Forensic Sci Int.* 2010;201:68–73.
- [19] John V, Messer LB, Arora R, Fung S, Hatzis E, Nguyen T, San A, Thomas K. Child abuse and dentistry: a study of knowledge and attitudes among dentists in Victoria, Australia. *Austr Dent J.* 1999;44(4): 259–267.
- [20] Naidoo S. A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. *Child Abuse & Neglect.* 2000;24(4):521–534.
- [21] Marcdante KJ, Kliegman RM, Jenson HB, Behrman RE. *Nelson Pediatrics.* Elsevier, Wrocław. 2011;88–94.

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży,
Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań
tel.: 793 030 555
e-mail: marta.mozol@gmail.com