

# Týranie a zneužívanie dieťaťa – minimum pre praktického pediatra

JUDr. MUDr. Peter Kováč, PhD.<sup>1,2,3</sup>, MUDr. Norbert Moravanský<sup>1,2</sup>, Daniel J. Spitz, MD<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ústav súdneho lekárstva LF UK, Bratislava

<sup>2</sup>forensic.sk Inštitút forenzných medicínskych expertíz s.r.o., Bratislava

<sup>3</sup>Katedra trestného práva a kriminológie, PF TU, Trnava

<sup>4</sup>Pathology Department, Wayne State University, School of Medicine, Detroit, Michigan, USA

Syndróm týraného a zneužívaného dieťaťa (Child abuse and neglect syndrome – CAN) možno definovať ako vedomé či nevedomé konanie osoby zodpovednej za starostlivosť o dieťa mladšie ako 18 rokov, ktorým dochádza k ohrozovaniu zdravého vývoja, alebo dokonca až poškodeniu zdravia dieťaťa. CAN sa vyskytuje za zatvorenými dvermi obydli a presný počet prípadov nie je známy, množstvo z nich nikdy nebude odhalených. Práve kvôli tomu, aby pediatri vo svojich ambulanciách mohli vysloviť podozrenie na CAN potrebujú aspoň základné znalosti o nálezoch, ktoré možno pri CAN očakávať. Autori vo svojom článku takýto prehľad náleзов spojených s CAN uvádzajú.

**Kľúčové slová:** týranie dieťaťa, domáce násilie, oznamovacia povinnosť.

## Child abuse and neglect – minimum for primary care pediatrician

Child abuse and neglect syndrome is a form of abusive and violent handling against child who is incapable to resist the aggressor itself. As CAN occurs behind the closed doors, the actual number of not diagnosed CAN cases remains unknown. To reduce this dark number, the pediatricians in the primary care should have basic knowledge of CAN manifestations and clinical findings frequently associated with CAN. Only the physicians who do know what signs may indicate the CAN may eventually set the diagnosis of CAN, alert the authorities and eventually save innocent victim.

**Keywords:** child abuse, domestic violence, abuse reporting.

Pediatr. prax, 2009; 1: 49–51

## Úvod

Syndróm týraného a zneužívaného dieťaťa (Child abuse and neglect syndrome – CAN) možno definovať ako vedomé či nevedomé konanie osoby zodpovednej za starostlivosť o dieťa mladšie ako 18 rokov, ktorým dochádza ku ohrozovaniu zdravého vývoja alebo dokonca až poškodeniu zdravia dieťaťa. Osoba, do ktorej starostlivosti je dieťa zverené, sa voči nemu dopúšťa aktov fyzického a duševného násillia, sexuálneho zneužívania alebo zanedbáva starostlivosť (čo zahŕňa aj zlú starostlivosť) o dieťa mladšie ako 18 rokov za okolností, z ktorých vyplýva, že je ohrozené zdravie alebo sociálny blahobyt dieťaťa. V literatúre sa popisuje 6 základných foriem CAN:

1. fyzické týranie;
2. sexuálne zneužívanie;
3. podvýživa alebo odopieranie potravy (nutritičná deprivácia);
4. chronická intoxikácia alebo akútna otrava;
5. zanedbávanie zdravotnej starostlivosti alebo zlá zdravotná starostlivosť;
6. emočné zneužívanie.

Fyzické týranie je najčastejšou formou CAN (70%), po ňom sa najčastejšie vyskytujú rôzne formy sexuálneho zneužívania (25%). CAN sa vy-

skytuje v každej sociálnej a ekonomickej skupine obyvateľstva, bez ohľadu na stupeň mentálnej vyspelosti. Zlá starostlivosť o dieťa, či jeho týranie môže byť motivované aj nábožensky (1).

Podľa Schmitda a Krugmana až u 10% všetkých poranení detí mladších ako 5 rokov, ktoré sú vyšetrené na pohotovostných ambulanciách, je možné vysloviť závažné podozrenie na CAN (2). Spôsob týrania detí v rámci CAN môže mať veľmi extrémnu formu, v literatúre boli dokonca popísané aj strelné poranenia (3). Našťastie však možno konštatovať, že aj keď sú takéto a podobné extrémne prejavy agresie voči deťom v literatúre popisované pomerne podrobne, v skutočnosti sa vyskytujú iba zriedka. Najčastejšie sa vyskytujú prípady, keď agresor dieťaťu nespôsobuje závažné, ba dokonca ani ľahké poranenia. Tieto prípady sú veľmi časté a zvyčajne k nim dochádza počas pomerne dlhého obdobia. Bohužiaľ, vzhľadom na charakter násillia (zamykanie v tmavej miestnosti, pripútavanie ku posteli, sprchovanie teplou či studenou vodou, prikladanie kociek ľadu na telo) často nie je vôbec možné následky zistiť, a tak týranie dieťaťa nie je odhalené, či býva prehliadané. Ak aj je podozrenie na takúto formu CAN, býva problematické jeho preukázanie. Na tom-

to mieste musia autori zdôrazniť, že v prípade správneho postupu pri vyšetrovaní je šanca na odhalenie CAN pomerne vysoká.

## Problémy pri preukazovaní CAN

Najzávažnejším problémom, ktorému musí lekár pri vyšetrovaní a preukazovaní podozrenia na CAN čeliť je nedostatok informácií. Nedostatok informácií potrebných na stanovenie diagnózy CAN je podmienený viacerými okolnosťami. Prvým faktorom je skutočnosť, že dieťa v službe spravidla vyšetrujú rôzni lekári. Osoba, ktorá dieťa týra či zneužíva, často sama aktívne mení pediatra či ošetrojúceho lekára, čím sa snaží vyhnúť sa tomu, aby lekár na základe opakovaných návštev dieťaťa dospel ku podozreniu na CAN. Problémom býva aj nedostatok anamnestických údajov – informácie má lekár iba sprostredkované od dospelých, často aj od osoby agresora a nie od samotného dieťaťa. Ak sa aj podarí nejaké informácie získať, často bývajú tieto informácie buď neúplné alebo skreslené. K týraniu dochádza spravidla bez svedkov a v izolácii, čo ďalej sťažuje možnosť odhaliť CAN. Aj nadmerná záťaž pediatrov veľkým počtom pacientov, ktorých denne vyšetrujú vytvára podmienky, ktoré uľahčujú prehliadnutie

dieťaťa trpiaceho CAN. Nemožno vylúčiť ani vplyv takých okolností, akými je nedostatočná profesijná erudícia, či neodôvodnený rešpekt voči rodine týraného dieťaťa. Kameňom úrazu býva veľmi často aj zdravotná dokumentácia, ktorá môže byť neúplná, nesprávna, či nemusí obsahovať dostatok informácií o nálezoch podstatných pre diagnostikovanie CAN. Tu treba podotknúť, že agresor sa často úmyselne snaží získať prístup ku zdravotnej dokumentácii, napríklad pod zámienkou vyšetrenia u špecialistu, či zmeny ošetrojúceho lekára a potom ju zničí či znehodnotí.

### Postup pri podozrení na syndróm týraného a zneužívaného dieťaťa

Prvým krokom pri podozrení na CAN je kritické vyhodnotenie údajov, ktoré sú v danom prípade k dispozícii. Odporúča sa zaradiť si známe časové údaje do postupnosti. V prípadoch CAN sú veľmi časté nekonzistentné časové údaje, ako je napríklad interval medzi domnelým úrazom a príchodom do nemocnice. Pokiaľ bola volaná LSPP či RZP, existujú nahrávky komunikácie medzi volajúcim a operátorom operačného strediska. V týchto prípadoch sa zaznamenávajú aj časy hovorov a ich trvanie ako aj údaje o prípadnom vyslaní vozidla dispečerom. Tieto informácie sú však spravidla dostupné iba pri posudzovaní prípadu znalcom v trestnom konaní. Pri prípadoch CAN je pomerne typické, že agresor prichádza s dieťaťom k lekárovi či do nemocnice ráno, najmä v skorých ranných hodinách, avšak nie v noci. To býva spôsobené tým, že agresor dúfa, že počas noci sa stav poraneného dieťaťa zlepší a nakoniec nebude potrebné vyhľadať lekársku pomoc. Ďalším pre CAN typickým a opakujúcim sa indikátorom je nekonzistentnosť informácií a údajov o spôsobe vzniku poranenia. Závažnosť a typ poranenia spravidla nemožno vysvetliť udávaným pádom z malej výšky. Môže sa tiež vyskytovať situácia, že agresor či sprievodca dieťaťa udáva, že dieťa vykonávalo aktivity, ktorých náročnosť nezodpovedá jeho veku, fyzickým a duševným dispozíciám alebo údajom o tom, kde malo ku poraneniu dôjsť. Agresor alebo osoba správdzajúca dieťa často vysvetľuje poranenie dieťaťa náhle vzniknutými kŕčmi či záchvatmi, náhlými parézami, prípadne napadnutím neznámym starším dieťaťom či dospelým.

Z hľadiska výskytu CAN existujú isté rizikové skupiny, v ktorých sa CAN vyskytuje častejšie. Dieťa, ktoré je predčasne narodené alebo nezrelé má relatívne vyššie riziko, že bude obeťou CAN. Rizikoví sú novorodenci a deti mladšie ako

6 mesiacov, ide najmä o prípady, kde bola diagnostikovaná trauma hlavy. Väčšina týraných detí je mladšia ako tri roky a z nich väčšina nie je staršia ako jeden rok. Pokiaľ dieťa žije v rozvrátenom rodinnom prostredí (rodičia nežijúci spolu, spolužitie druhu a družky, náhradná starostlivosť a pod.) alebo patrí k minoritnej rase, riziko výskytu CAN je podstatne zvýšené. Ak je kríza v rodine, predisponuje na výskyt CAN. Podozrenie na týranie by mali vyvolať aj opakované problémy vyskytujúce sa v tom istom zariadení sociálnej starostlivosti či nemocničných oddeleniach, prípadne počas služieb tých istých pracovníkov v takýchto zariadeniach. Spoločne s CAN sa často vyskytujú v anamnéze mentálne a psychosomatické poruchy, poruchy či oneskorenie psychomotorického vývoja, chronické zápal dýchacích ciest, opakované epizódy inak nevysvetliteľnej dehydratácie, chronická dehydratácia a údaje o nevysvetliteľných záchvatoch.

Ak má lekár podozrenie na CAN, je veľmi dôležité, aby fyzikálne vyšetrenie bolo čo najdôkladnejšie a najpodrobnejšie. Lekár musí hľadať a zdokumentovať následky opakovaného pôsobenia násilia na kožu, mäkké tkanivá a kosti. Treba si uvedomiť, že kým pri „bežnej“ traume sú poranenia usporiadané asymetricky, pri CAN môžu byť traumatické následky rozložené aj symetricky. Na koži možno u CAN vidieť odtlačky vzoru povrchu alebo odtlačky tvaru nástrojov, ktorými je dieťa týrané. Treba si však uvedomiť, že poranenie (najmä podliatiny či odreniny) kože na prominujúcich častiach tela môže byť dôsledkom prostého pádu na takúto časť tela a nemusí byť spôsobené týraním. Na druhej strane staršie popáleniny, jazvy a hojace sa odreniny v sedacej oblasti sa pomerne často vyskytujú v prípadoch CAN. Špirálové zlomeniny dlhých kostí u malých detí sú vysoko rizikové a mali by u pozorného lekára vyvolať otázku ako vznikli. Práve takýto typ zlomeniny vzniká pri násilnom krútení končatiny – tzv. twistingu. Zlomeniny klenby a spodiny lebečnej u detí mladších ako tri roky, ako aj pomliaždenia vnútorných orgánov, sú extrémne zriedkavé a pri páde z malej výšky spravidla nevznikajú. Tieto nálezy musia vyvolať u lekára silné podozrenie na CAN. To isté platí aj o hojacich sa zlomeninách rebier.

V súvislosti so zlomeninami na lebečnom skelete treba uviesť, že nediagnostikované zlomeniny lebečných kostí predisponujú na vznik ďalších zlomenín. Podľa práce Belfera a kol. až 25 % detí s nediagnostikovanou zlomeninou lebky malo najmenej jednu ďalšiu zlomeninu lebečného skeletu (4). Poranenie

hlavy v prípadoch CAN majú najčastejšie tupý charakter. Pôsobenie tupého násilia na hlavu môže viesť ku vzniku akútneho či chronického subdurálneho hematómu, subarachnoidálnemu krvácaniu, krvácaniu do sietnice a obalov očného nervu, difúznemu axonálnemu poraneniu, pomliaždeniu mozgu. Môžu vzniknúť aj závažné následky neurologického charakteru ako poruchy vedomia až po kómu, záchvatové stavy, útlm dýchania až po apnoe. Tupé násilie pôsobiace na hlavu týraného dieťaťa môže dokonca spôsobiť až zlomeniny stavcov krčnej chrbtice.

Ku odhaleniu CAN môže prispieť aj RTG vyšetrenie alebo celotelové CT. Veľký diagnostický význam majú predovšetkým RTG snímky oboch strán tela. Nakoľko čerstvé lézie skeletu nemusia byť hneď viditeľné, je vhodné realizovať kontrolné RTG vyšetrenie s dvojtýždňovým odstupom. Takýto časový odstup umožní diagnostikovať hojace sa zlomeniny, ktoré neboli pri prvom vyšetrení ešte vidieť. Tu treba opäť pripomenúť asociáciu medzi zlomeninami rebier a CAN, ako aj zlomeniny lokalizované v metafýze a epifýze kostí. Neslobodno zabudnúť ani na špirálové zlomeniny dlhých kostí u malých detí, ktoré môžu byť následkom twistingu. Najčastejšími zlomeninami v prípadoch CAN sú zlomeniny lebečného skeletu s incidenciou 34%, po nich nasledujú zlomeniny rebier s incidenciou 19%. Ku RTG nálezom, ktoré sa po traume spôsobenej v rámci CAN vyskytujú pomerne často, patrí subperiostálne krvácanie a jeho následná osifikácia. Takéto poranenie veľmi často vzniká, ak agresor krúti končatinu malého dieťaťa na spôsob žmýkania vlhkého uteráka.

Deti, ktoré sú obeťami CAN, bývajú veľmi často hyperiritabilné, hyperaktívne, tvrdohlavé, plačlivé, môžu trpieť poruchami spánku či nadmerným pomočovaním. Týranie môže vyústiť až ku vzniku psychosomatických prejavov CAN, ku ktorým patria chronické hnačky, zvracanie, ekzémy, svalové paralýzy až centrálné obrny.

Typickým agresorom, ktorý sa voči dieťaťu dopúšťa CAN býva samotár, ktorý bol sám v detstve týraný alebo zneužívaný. Iba 10 % agresorov trpí potvrdenou mentálnou poruchou. Častá je asociácia medzi abúзом alkoholu a drog a CAN. Táto asociácia bola zistená v 54 % prípadov CAN a 67 % prípadoch sexuálneho zneužívania. Agresori majú zvyčajne nižší hygienický štandard, tendencie ku kompulzívnemu konaniu a trpia poruchami osobnosti. U niektorých agresorov možno pozorovať tendenciu ku okultizmu či prejavy Apathy-Futility syndrómu.

Treba upozorniť aj na to, že tvrdenie osoby sprevádzajúcej dieťa zranené v rámci CAN, podľa ktorého bolo napadnuté súrodencom, veľmi často nezodpovedá realite. Súrodenci sa dopúšťajú agresie voči mladšiemu dieťaťu iba výnimočne.

Pre skompletizovanie vyšetrovania prípadu CAN v trestnom konaní treba obhliadnuť miesto, kde dieťa vystavené týraníu žije. Počas takejto obhliadky je možné zaistiť biologické stopy a iné relevantné dôkazy. Pokiaľ existuje podozrenie na CAN, v takýchto prípadoch sa odporúča opakovane navštíviť miesto, kde dieťa žije. Miesto, kde dochádza k týraníu je zvyčajne opustené. Je výhodou, ak má lekár či sociálny pracovník možnosť fotografovať. Treba pritom venovať pozornosť hygienickým štandardom v rodine a pozorovať vnútorné usporiadanie obydli. Minimalizmus a nadmerná čistota sa často vyskytuje v rodinách, kde dochádza ku CAN. Pozornosť treba venovať aj tomu, čo o danej rodine hovoria susedia a pedagógovia, pričom však treba brať do úvahy prípadný vzťah medzi takýmito osobami. Údaje od iných osôb, spolu s už uvedeným zoradením známych informácií do časovej súvislosti, bývajú veľmi dôležité pri pokuse získať nepriamu anamnézu konkrétneho prípadu.

### Príčiny úmrtí pri CAN a vzťah ku SIDS

Ak v prípade CAN nastane úmrtie, jeho príčina je veľmi často nešpecifická. Smrť v niektorých

prípadoch je iba dôsledkom dlhotrvajúceho týrania, zanedbávania starostlivosti alebo zlej starostlivosti o dieťa. Ak sa takéto úmrtie dieťaťa vyskytne náhle a neočakávane, často vzniká u prehládajúceho lekára úvaha, že príčinou smrti je syndróm náhleho úmrtia (SIDS). Avšak diagnóza SIDS je diagnózou vylučovacou a je definovaná ako úmrtie neočakávané z hľadiska predchorobia, nevysvetlené pitvou ani ďalšími laboratórnymi vyšetreniami znalosťou okolností nálezu na mieste smrti (5). Pitva musí vylúčiť nielen organickú príčinu smrti, ale aj makroskopické či mikroskopické zmeny, vrátane známok násilia. Počas pitvy treba vylúčiť násilie aj postmortálnym RTG vyšetrením. Potrebné je aj toxikologické vyšetrenie a jeho výsledok musí byť negatívny. Aj anamnéza dieťaťa a jeho matky musia byť negatívne. Iba tak je možné uzavrieť úmrtie ako SIDS. (6)

### Záver

Syndróm týraného a zneužívaného dieťaťa predstavuje násilné konanie voči dieťaťu, ktoré sa samo nemôže agresorovi ubrániť. CAN sa vyskytuje za zatvorenými dvermi obydli a presný počet prípadov nie je známy, množstvo z nich nikdy nebude odhalených. Práve kvôli tomu, aby pediatri vo svojich ambulanciách mohli vysloviť podozrenie na CAN potrebujú aspoň základné znalosti o nálezoch, ktoré možno pri CAN očakávať. Iba lekár, ktorý takéto prejavy pozná, môže

vysloviť podozrenie na CAN a neskôr ho môže aj potvrdiť. Netreba zabúdať, že každý poskytovateľ zdravotnej starostlivosti má v takýchto prípadoch v súlade s § 79 ods. 2 písm. b) zákona č. 578/2004 Z. z. oznamovaciu povinnosť voči prokurátorovi. Splnenie oznamovacej povinnosti lekárom môže zachrániť život týraného dieťaťa.

### Literatúra

1. Asser SM and Swan R. Child fatalities from religion – motivated medical neglect. *Pediatrics* 1998; 101: 625–629.
2. Schmidt BD and Krugman RD. Abusive and neglect of children. In Behrman EE, Vaughn VC, III and Nelson WE (eds.). *Nelson textbook of pediatrics*, 14 th ed. Philadelphia: WB Saunders 1992; s. 78–83.
3. Adelson L. Pesticide revisited: The slaughter continues. *Am J Forensic Med Pathol* 1991 Mar; 12(1):16–26.
4. Belfer R, Klein B, Orr L. Use of Skeletal survey in the evaluation of child maltreatment. *Am. J. of Emergency Medicine* (March 2001); Volume 19, Issue 2, Pages 122–124.
5. Matějů E, Kováč P. Retrospektivní studie výskytu SIDS v ČR během období 1999–2004. *Pediatr. pro Praxi* 2006; 2: 109–113.
6. American Academy of Pediatrics, Hymel KP; Committee on Child Abuse and Neglect; National Association of Medical Examiners: Distinguishing sudden infant death syndrome from child abuse fatalities. *Pediatrics* 2006 Jul; 118 (1):421–7.

### JUDr. MUDr. Peter Kováč, PhD.

Ústav súdneho lekárstva LF UK, Bratislava  
Sasinkova 4, 811 08 Bratislava  
peter@kovac.sk



## Erik Herman, Pavel Doubek: DEPRESE A STRES Vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy

Stresové situace vyvolávají celou škálu emočních reakcí – od veselé nálady, přes úzkost, sklíčenost až po depresi. Generalizovaná úzkostná porucha postihuje 5–9% populace, přičemž její výskyt je 2x častější u žen než u mužů, prevalence depresivní poruchy je 17% a opět převažuje u žen. Kniha pojednává o vztazích mezi zážitkem doprovázejícím významné životní události a následným vznikem a průběhem léčby depresivní nebo úzkostné poruchy. Právě tyto diagnózy se v praxi ambulantních psychiatrů vyskytují nejčastěji, proto je tato publikace určena především ambulantním psychiatrům, své uplatnění však nalezne i u lékařů praktických, kteří se s takto nemocnými mohou ve svých ordinacích setkat.

Maxdorf 2008, edice Jessenius, ISBN 978-80-7345-157-8, 96 s.



**OBJEDNÁVATEL:** písomne – Maxdorf, Na Šejdru 247, 142 00 Praha 4, telefonicky: 004202 4101 1681  
alebo e-mailom – knihy@maxdorf.cz, www.maxdorf.cz

www.maxdorf.cz