

© Borgis

# Różne formy maltretowania dzieci – przegląd piśmiennictwa

**\*Ewa Otto-Buczowska**

Specjalistyczne Centrum Medyczne Śląskiej Fundacji Dzieci i Młodzieży z Cukrzycą, Gliwice  
Kierownik Centrum: prof. dr hab. n. med. Ewa Otto-Buczowska

---

## MULTIPLE FORMS OF CHILDHOOD MALTREATMENT

---

### Summary

---

Child abuse frequently is a leading cause of morbidity and mortality in young children and infants. Physical abuse is a significant problem in babies under the age of 1 year. Very young babies, particularly under 6 months old, have the highest risk of suffering damage or death as a result of physical maltreatment. Particular subdural hematoma and fracture as a result of severe abuse, is much more common in babies than in older children.

We suggest that in all forms of child abuse there should be a clear separation of clinical care of the child from forensic and criminal investigations. Children who are abused may present to hospital with a variety of symptoms and signs.

Children who are abused may present to hospital with a variety of symptoms and signs.

The frequency of occult fractures in children with suspicious burns compared with children with other types of physical abuse.

Abusive head injuries are among the most common causes of serious and lethal injuries in children. Relatively high prevalence of occult head injury suggests the need for universal screening of similar high-risk abused children. These injuries may result from impact or shaking or a combination of these mechanisms. These mechanisms cause the child's head to undergo acceleration-deceleration movements which may create inertial movement of the brain within the cranial compartment.

Screening method for detecting occult head injury should be proceed directly to CT or MRI in high-risk populations. Cranial CT scan or MRI should be incorporated into the work-up of a young child with evidence of nonaccidental trauma to other parts of the body.

Childhood sexual abuse (CSA) is a worldwide problem. Sexual child abuse was found to be higher than previously reported. CSA is strongly associated with experiencing multiple other forms of adverse childhood experiences (ACEs).

---

Key words: child maltreatment, abused children, shaker baby syndrome, Münchausen syndrome by proxy, fetal alcohol syndrome

---

Jako krzywdzenie dzieci są definiowane wszystkie formy fizycznego i/lub emocjonalnego złego traktowania. Ocena częstości występowania różnych form przemocy jest trudna z uwagi na częste ukrywanie tych faktów. Zagadnienie krzywdzonych dzieci nie jest oczywiście nowe, jednak dopiero w wieku XX pewne postawy rodzicielskie uznano za patologiczne (1, 2). Jedno z pierwszych opracowań dotyczących dziecka maltretowanego przedstawił Morrison w 1947 roku (3). W Polsce brak jest oceny skali tego zjawiska, wiele jednak wskazuje na to, że nie jest ono rzadkie. Nasza wiedza dotyczy tylko części przypadków, głównie tych, gdzie dochodzi do wyraźnej przemocy fizycznej, kończącej się ciężkim uszkodzeniem ciała. Uwagze otocze-

nia uchodzi ogromna ilość przypadków maltretowania dzieci, w większości tych, w których istnieją jakieś inne czynniki mogące spowodować ciężką chorobę czy śmierć dziecka. Bloch-Bogusławska i wsp. (4) przedstawili analizę występowania przemocy w stosunku do dzieci w oparciu o własne obserwacje pochodzące z terenu Bydgoszczy. Również kilka przypadków z własnej obserwacji przedstawionych zostało w poprzedniej publikacji (5). Opisane przypadki ilustrowały różne formy maltretowania dzieci, od molestowania seksualnego, do doprowadzenia do śmierci głodowej.

Problem ten, mimo pewnych starań różnych środowisk, nie znalazł jeszcze w Polsce dostatecznych umocowań instytucjonalnych. Wydaje się, że wśród wielu

instytucji państwowych i społecznych zobowiązanych do udzielania pomocy dzieciom krzywdzonym nie mała rola przypada również placówkom służby zdrowia. Jest to szczególnie ważne teraz, kiedy osłabieniu ulega rola specjalistycznych placówek pediatrycznych „z urzędu” sprawujących opiekę profilaktyczną nad wszystkimi dziećmi.

Ciągle jeszcze pracownicy służby zdrowia udzielający fachowej pomocy dzieciom poszkodowanym, mimo uzasadnionych podejrzeń, że do narażenia zdrowia czy życia dziecka doszło w wyniku zaniedbań czy wręcz krzywdzenia dziecka ze strony rodziców czy opiekunów, nie dopełniają obowiązku zgłaszania tego faktu do sądu rodzinnego, pomimo że obowiązek taki zapisany jest w wielu dokumentach (6, 7).

Nadal jeszcze zagadnienie maltretowania dzieci nie znajduje wystarczającego miejsca w orzeczeniach sądowych, dotyczy to zarówno biegłych sądowych, jak i prokuratorów i sędziów. Często stwierdzenie w czasie sekcji jakiegoś schorzenia stanowi podstawę do zwolnienia opiekunów dziecka od odpowiedzialności karnej, bez dostatecznej analizy czy schorzenie to, a także jego niekorzystny przebieg nie były zawinione przez opiekunów. Słusznym więc wydaje się naświetlenie tego zagadnienia.

W badaniach amerykańskich, w grupie kilkuset tysięcy dzieci, które były ofiarami przemocy, 58,5% stanowiły przypadki zaniedbywania, 18,6% – przemocy fizycznej, 9,9% – molestowania seksualnego, a 6,5% – maltretowania emocjonalnego lub psychicznego. W badaniach tych ofiarami przemocy były najczęściej dzieci poniżej 3 roku życia, przy czym ponad 80% ogółu ofiar było maltretowanych przez jednego lub oboje rodziców (8).

W wielu krajach zwraca się uwagę na konieczność szkolenia personelu medycznego w zakresie rozpoznawania przypadków krzywdzenia dzieci (9, 10). W swoim opracowaniu Gabriel zwraca uwagę na konieczność zaznajomienia pracowników opieki medycznej z objawami mogącymi sugerować stosowanie przemocy (11). Konieczne jest też prowadzenie bardzo starannej dokumentacji, która mogłaby ułatwić stwierdzenie, czy obrażenia są wynikiem maltretowania dziecka (12-14). Putnam-Hornstein i wsp. na dużym materiale prześledzili różnicowanie ryzyka zgonów będących skutkiem maltretowania od tych, będących skutkiem zaniedbania (13).

Zespół dziecka maltretowanego powinien być brany pod uwagę u każdego dziecka wykazującego obecność złamań kości, krwiaka podtwardówkowego, zaburzonego rozwoju, obrzęku tkanek miękkich, krwiaków powłok skórnych, u każdego dziecka, które nagle umiera lub gdy istnieje rozbieżność między rodzajem i stopniem uszkodzenia a podanym mechanizmem urazu. Szczególnej uwagi wymagają dzieci poniżej 2 roku życia, u których występuje jeden lub więcej czynników ryzyka dla rozpoznania zespołu dziecka maltretowanego, takich jak złamanie żeber, wielokrotne złamanie czy obrażenia na twarzy, zwłaszcza kiedy dotyczą dzieci poniżej 3 m.ż. Wypadkowe uszkodzenia u

dzieci poniżej pierwszego roku życia są bardzo rzadkie i w tych uszkodzeniach złamanie trzonu kości długich są cztery razy częstsze niż przynasad. Opiekun, który nie podaje w wywiadzie urazu i nie wie, skąd się wzięły obrzęk i reakcja bólowa na dotyk w obrębie kończyny, może być podejrzany o spowodowanie niewypadkowego urazu, najczęściej w następstwie szarpania i potrąsania dzieckiem.

Jako regułę przyjąć należy, że dzieci do roku z objawami uszkodzenia układu kostnego, przy braku informacji o okolicznościach wystąpienia tych objawów, powinny być podejrzane o niewypadkowe obrażenia powstałe w wyniku stosowania przemocy fizycznej. Powinny być przyjmowane do szpitala w celu ustalenia wczesnego, właściwego rozpoznania zespołu dziecka maltretowanego.

Objawy zespołu dziecka maltretowanego mogą być bardzo różnorodne (15-19).

#### DZIECKO ZANIEDBANE

Zaniedbanie dziecka jest najczęstszą formą maltretowania. Sposoby krzywdzenia dzieci mogą być różne i przejawiać się zaniedbywaniem potrzeb fizycznych, emocjonalnych oraz intelektualnych (20, 21). Pediatrzy zetknąć się mogą z wieloma formami zaniedbania dziecka (19).

#### DZIECKO MALTRETOWANE

Maltretowanie fizyczne może przybierać różne formy przemocy. Sugerować je może obecność zmian urazowych, zwłaszcza różnoczasowych i różnopostaciowych, obecność specyficznych uszkodzeń, takich jak ślady kłosa, obrażenia wskazujące na próby wieszania, przetrzymywania w lodowatej wodzie bądź też charakterystyczny rodzaj oparzeń, noszących wiele cech, które mogą sugerować zamierzone działanie i użycie przemocy wobec dziecka, np. oparzenia stóp i dłoni w postaci rękawiczek lub skarpetek. Charakterystyczny jest też układ podbiegnięć krwawych po uderzeniu paskiem, kablem lub prętem itp. Ślady te zlokalizowane są zwykle na plecach, pośladkach i tylnych powierzchniach ud. W postaci równoległe przebiegających linii ułożone są zwykle ślady po uderzeniach w policzek. W roku 1946 Caffey opisał przypadki występowania złamań kości długich związanych z obecnością wylewów podtwardówkowych u niemowląt i małych dzieci, uznał je za następstwa przemocy fizycznej (22).

W roku 1962 Kempe i wsp. użyli określenia „zespół bitego dziecka” (ang. *battered child syndrome*), podając jego definicję (23).

Wielu autorów zwraca uwagę na rolę stomatologów w rozpoznawaniu zespołu maltretowania (24-27).

Objawami, które powinny zwrócić uwagę i nakazać obserwację w kierunku krzywdzenia dziecka, są zasinienia i krwawienia. Konieczne jest oczywiście wykluczenie zaburzeń krzepnięcia, ale u najmłodszych dzieci są one często skutkiem maltretowania (28). Dla ustalenia czy krwiaki lub sińce są skutkiem zdarzeń przypadkowych, czy też wynikiem krzywdzenia dziecka często wystarczy

staranne badanie (29). W dużej mierze krwiaki będące skutkiem przemocy mają dość charakterystyczny wygląd i lokalizację. Obszerne omówienie tych różnic przedstawili ostatnio autorzy brytyjscy (30), którzy zwracają również uwagę na konieczność weryfikacji stwierdzanych obrażeń z danymi wywiadu dotyczącymi ewentualnych niezamierzonych zdarzeń.

W przebiegu maltretowania dziecka dojść może do urazów zagrażających życiu, takich jak urazy czaszki powodujące wystąpienie krwiaków podtwardówkowych, stłuczenia mózgu czy uszkodzenia narządu wzroku (31, 32). Na konieczność weryfikacji przyczyn urazów głowy, zwłaszcza u najmłodszych dzieci, zwraca uwagę wielu autorów (33, 34).

Na różnice w obrazie siatkówki w urazach głowy zależnie od mechanizmu takiego urazu uwagę zwracają autorzy brytyjscy (35). Wskazują oni na fakt, że w urazach przypadkowych rzadko występują wylewy krwi do siatkówki, a jeśli się pojawiają, to są zwykle nieliczne i jednostronne.

Wielu autorów zwraca uwagę na konieczność szkolenia personelu medycznego w zakresie różnicowania, zwłaszcza u niemowląt i małych dzieci, urazów głowy spowodowanych zdarzeniami przypadkowymi oraz działaniem celowym (36-38).

Zespół maltretowania winien być też brany pod uwagę przy uszkodzeniach szkieletu. Jak już wspomniano, wypadkowe uszkodzenia kości u dzieci poniżej pierwszego roku życia są bardzo rzadkie (39-41).

Urazy jamy brzusznej powodować mogą pęknięcie wątroby, śledziony, jelit czy aorty brzusznej. Często są trudne do rozpoznania, objawy narastają zwykle stosunkowo wolno, sugerując różne schorzenia w obrębie jamy brzusznej.

Formą maltretowania jest też narażenie dziecka na przewlekłe działanie alkoholu w życiu płodowym, co skutkuje występowaniem alkoholowego zespołu płodowego (ang. *fetal alcohol syndrome* – FAS) (42, 43). Obszerne omówienie tego zagadnienia przedstawili ostatnio także autorzy kanadyjscy (44).

W roku 1979 Finkelhor w zespół maltretowanego dziecka włączył problem wykorzystywania seksualnego. Przesłupstwa seksualne w stosunku do dzieci ujawniają się w różnych formach, wskazywać na nie mogą urazy w obrębie wędzidełek jamy ustnej, napletka i odbytu, przedsiotka pochwy, defloracja itp. (45, 46). Zagadnieniu nadużyć seksualnych w stosunku do dzieci, ich rozpoznawaniu, a także bezpośrednim i odległym następstwom swoje doniesienie poświęcili ostatnio autorzy włoscy (47).

Szczególną formą przemocy jest tzw. zastępczy zespół Münchhausena (ang. *Munchausen syndrome by proxy* – MSBP). Poza zagrożeniem życia dziecka, efektem tego typu przemocy jest hospitalizacja i szkodliwe w skutkach leczenie nieistniejącej choroby. Taki sposób krzywdzenia może dotyczyć nie tylko dzieci zdrowych, ale i przewlekłe chorych, może doprowadzić do zaostrenia procesu choroby, a nawet śmierci dziecka, w mechanizmie powikłania obrazu, nakładania się obja-

wów choroby „prawdziwej” z objawami spreparowanymi przez opiekunów.

Na znaczenie tego zespołu, jako formy maltretowania, zwrócił ostatnio uwagę Stirling, podkreślając możliwość bardzo złego rokowania w tym zespole (48). Zaproponowano również kryteria pomocne w rozpoznaniu zespołu, a także postępowanie terapeutyczne (49, 50).

Ferrara i wsp. zwrócili uwagę na konieczność bardzo starannej analizy w przypadkach, w których istnieją rozbieżności pomiędzy zgłaszanymi objawami a obrazem klinicznym (49). Obszerne omówienie tego problemu przedstawili ostatnio także Flaherty i wsp. (50).

Bardzo starannej analizy wymagają też przypadki nagłych zgonów niemowląt. Konieczne jest różnicowanie pomiędzy zespołem nagłej śmierci niemowląt (ang. *sudden infant death syndrome* – SIDS) a zabójstwem, które czasem może być następstwem skrajnej formy zespołu Münchhausena (51-53).

Dla rozpoznania zespołu dziecka maltretowanego pomocne może być prawidłowe zebranie wywiadu. Jednak wywiad i podawane przez rodziców lub opiekunów objawy choroby mogą być całkowicie wymyślone i spreparowane. Bardzo charakterystyczna jest niespójność w wywiadzie odnośnie pochodzenia zmian urazowych zarówno między opiekunami, jak i w kolejnych wywiadach czy też rozbieżność między rodzajem i stopniem uszkodzenia a podanym mechanizmem.

Apatia, bierność i rezygnacja, zaburzenia rozwoju psychoruchowego i emocjonalnego stwierdzone u dziecka winny nakazywać rozważenie możliwości zespołu dziecka maltretowanego.

Następstwami przemocy fizycznej są często trwałe uszkodzenia ciała, a nierzadko śmierć dziecka (54-56).

Sieswerda-Hoogendoorn i wsp. przedstawili bardzo obszerne omówienie przyczyn i obrazu klinicznego urazów głowy u dzieci najmłodszych. Autorzy ci uważają, że u dzieci najmłodszych, przy stwierdzeniu urazu głowy zawsze rozważyć należy celowe działanie (ang. *abusive head trauma* – AHT), chyba że rodzaj urazu nie budzi wątpliwości, np. wypadek samochodowy. W przypadku podejrzenia AHT konieczne jest, zdaniem autorów, bardzo staranne porównanie obrazu klinicznego i wyników badan obrazowych z bardzo starannie zebrany wywiadem (55, 56).

Wielu autorów zwraca uwagę na odległe skutki różnych form maltretowania dzieci (57-60). Psychiczne skutki krzywdzenia dziecka ujawniają się w postaci zachowań agresywnych, reakcji lękowo-depresyjnych, zaburzeń psychosomatycznych (61, 62).

Uczeni amerykańscy przeprowadzili retrospektywne badania zależności pomiędzy różnymi formami maltretowania dzieci (emocjonalnego, fizycznego i seksualnego), zaniedbywania (emocjonalnego i fizycznego), narażonych na przemoc domową, żyjących w środowisku osób z chorobami psychicznymi, kryminalistów itp. (ang. *adverse childhood experiences* – ACEs), na występowanie różnych nieprawidłowości ich zachowania jako osób dorosłych (alkoholizm, narkomania, samobójstwa itp.) (63-67). Obszerne odległe skutki różnych form

maltretowania dzieci, na podstawie piśmiennictwa, omówili również ostatnio autorzy australijscy (68).

Analiza przedstawionych danych wskazuje wyraźnie, że zarówno przemoc fizyczna, jak i emocjonalna, a także zaniedbania są powiązane przyczynowo z odległymi poważnymi skutkami zdrowotnymi.

Coraz mocniej wyrażany jest pogląd o konieczności przygotowania instytucjonalnych form pomocy dzieciom maltretowanym (69). □

## Piśmiennictwo

1. Hudson M, Kaplan R: Clinical response to child abuse. *Pediatr Clin North Am* 2006; 53: 27-39. 2. Newton AW, Vandeven AM: Child abuse and neglect: a worldwide concern. *Curr Opin Pediatr* 2010; 22: 226-233. 3. Morrison B: A study of burns and scalds in children. *Arch Dis Child* 1947; 22: 129-151. 4. Bloch-Bogusławska E, Wolska E, Duży J: Zespół bitego dziecka. *Arch Med Sadowej Kryminol* 2004; 54: 155-161. 5. Otto-Buczowska E, Szczepański J: Zanim zdarzy się nieszczęście – różne formy maltretowania dzieci. Część II. *Family Medicine Primary Care Review* 2009; 11: 195-199. 6. Augustynowicz A, Wrześniewska-Wal I: Małoletni pacjent ofiarą przestępstwa a obowiązek zawiadomienia przez lekarza organu ścigania o popełnionym przestępstwie. *Pediatr Pol* 2013; 88: 375-381. 7. Brzozowska M: Obowiązek zgłaszania przypadków przemocy wobec dzieci. *Gazeta Lekarska* 2009; 4: 26-30. 8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Nonfatal maltreatment of infants – United States, October 2005-September 2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2008; 57: 336-339. 9. Giardino AP, Hanson N, Hill KS, Leventhal JM: Child abuse pediatrics: new specialty, renewed mission. *Pediatrics* 2011; 128: 156-159. 10. Vaithianathan R, Maloney T, Putnam-Hornstein E, Jiang N: Children in the public benefit system at risk of maltreatment: identification via predictive modeling. *Am J Prev Med* 2013; 45: 354-359. 11. Gabriel LS: Patterns of injury in nonaccidental childhood fatalities. *J Forensic Nurs* 2009; 5: 18-25. 12. Frasier LD: Abusive head trauma in infants and young children: a unique contributor to developmental disabilities. *Pediatr Clin North Am* 2008; 55: 1269-1285. 13. Putnam-Hornstein E, Cleves MA, Licht R, Needell B: Risk of fatal injury in young children following abuse allegations: evidence from a prospective, population – based study. *Am J Public Health* 2013; 103: e39-44. 14. Tingberg B, Falk AC, Flodmark O, Ygge BM: Evaluation of documentation in potential abusive head injury of infants in a Paediatric Emergency Department. *Acta Paediatr* 2009; 98: 777-781. 15. Berkowitz CD: Sudden infant death syndrome, sudden unexpected infant death, and apparent life-threatening events. *Adv Pediatr* 2012; 59: 183-208. 16. Cielecka-Kuszyk J: Zespół dziecka krzywdzonego. *Pediatr Dypł* 2006; 10 (wyd. specjalne): 136-140. 17. Otto-Buczowska E: Zanim zdarzy się nieszczęście. *Med Rodz* 2001; 5: 228-229. 18. Otto-Buczowska E, Szczepański J: Zanim zdarzy się nieszczęście – różne formy maltretowania dzieci. Część I. *Family Medicine Primary Care Review* 2009; 11: 61-67. 19. Otto-Buczowska E: Dziecko maltretowane – zanim zdarzy się nieszczęście. [W:] Otto-Buczowska E (red.): *Pediatrics – co nowego?* Wyd. II, Cornetis, Wrocław 2011: 570-578. 20. Block RW, Krebs NF: American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Failure to thrive as a manifestation of child neglect. *Pediatrics* 2005; 116: 1234-1237. 21. Stockwell MS, Brown J, Chen S et al.: Is underimmunization associated with child maltreatment? *Ambul Pediatr* 2008; 8: 210-213. 22. Caffey J: The classic: Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma (1946). *Clin Orthop Relat Res* 2011; 469: 755-758. 23. Kempe C, Silverman F, Steele B et al.: The battered-child syndrome. *JAMA* 1962; 181: 17-24. 24. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatric Dentistry; American

Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatr Dent* 2008-2009; 30(suppl. 7): 86-89. 25. Harris C, Welbury R: Top tips for child protection for the GDP. *Dent Update* 2013; 40: 438-440. 26. Nuzzolese E, Lepore M, Montagna F et al.: Child abuse and dental neglect: the dental team's role in identification and prevention. *Int J Dent Hyg* 2009; 7: 96-101. 27. Rayman S, Dincer E, Almas K: Child abuse: concerns for oral health practitioners. *N Y State Dent J* 2013; 79: 30-34. 28. Anderst JD, Carpenter SL, Abshire TC: Section on Hematology/Oncology and Committee on Child Abuse and Neglect of the American Academy of Pediatrics. Collaborators (26) Evaluation for bleeding disorders in suspected child abuse. *Pediatrics* 2013; 131: e1314-1322. 29. Pierce M, Kaczor K, Aldridge S et al.: Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. *Pediatrics* 2010; 125: 67-74. 30. Kemp AM, Maguire SA, Nuttall D et al.: Bruising in children who are assessed for suspected physical abuse. *Arch Dis Child* 2013 Sep 16 (Epub ahead of print). 31. Gilliland MG, Levin AV, Enzenauer RW et al.: The Brody School of Medicine at East Carolina University. Guidelines for postmortem protocol for ocular investigation of sudden unexplained infant death and suspected physical child abuse. *Am J Forensic Med Pathol* 2007; 28: 323-329. 32. Schnitzer PG, Covington TM, Wirtz SJ et al.: Public health surveillance of fatal child maltreatment: analysis of 3 state programs. *Am J Public Health* 2008; 98: 296-303. 33. John SM, Kelly P, Vincent A: Patterns of structural head injury in children younger than 3 years: a ten-year review of 519 patients. *J Trauma Acute Care Surg* 2013; 74: 276-281. 34. McKeag H, Christian CW, Rubin D et al.: Subdural hemorrhage in pediatric patients with enlargement of the subarachnoid spaces. *J Neurosurg Pediatr* 2013; 11: 438-444. 35. Maguire SA, Watts PO, Shaw AD et al.: Retinal haemorrhages and related findings in abusive and non-abusive head trauma: a systematic review. *Eye (Lond)* 2013; 27: 28-36. 36. Christian CW, Block R: Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatrics. Collaborators (10) Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics* 2009; 123: 1409-1411. 37. Piteau SJ, Ward MG, Barrowman NJ, Plint AC: Clinical and radiographic characteristics associated with abusive and nonabusive head trauma: a systematic review. *Pediatrics* 2012; 130: 315-323. 38. Selassie AW, Borg K, Busch C, Russell WS: Abusive head trauma in young children: a population-based study. *Pediatr Emerg Care* 2013; 29: 283-291. 39. Drubach LA, Johnston PR, Newton AW et al.: Skeletal trauma in child abuse: detection with 18F-NaF PET. *Radiology* 2010; 255: 173-181. 40. Johnson K: Skeletal aspects of non-accidental injury. *Endocr Dev* 2009; 16: 233-245. 41. van Rijn RR, Sieswerda-Hoogendoorn T: Educational paper: imaging child abuse: the bare bones. *Eur J Pediatr* 2012; 171: 215-224. 42. Memo L, Gnoato E, Caminiti S et al.: Fetal alcohol spectrum disorders and fetal alcohol syndrome: the state of the art and new diagnostic tools. *Early Hum Dev* 2013; 89 (suppl. 1): S40-43. 43. Morleo M, Woolfall K, Dedman D et al.: Under-reporting of foetal alcohol spectrum disorders: an analysis of hospital episode statistics. *BMC Pediatr* 2011; 11: 14. 44. Lange S, Shield K, Rehm J, Popova S: Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorders in Child Care Settings: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2013 Sep 9 (Epub ahead of print). 45. Adams JA: Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2008; 20: 435-441. 46. Boyle C, McCann J, Miyamoto S, Rogers K: Comparison of examination methods used in the evaluation of prepubertal and pubertal female genitalia: a descriptive study. *Child Abuse Negl* 2008; 32: 229-243. 47. Di Giacomo E, Alamia A, Cicolari F et al.: Child sexual abuse: an irremediable hurt? *Riv Psichiatr* 2013; 48: 273-284. 48. Stirling J Jr: American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics* 2007; 119: 1026-1030. 49. Ferrara P, Vitelli O, Bottaro G et al.: Factitious disorders and Munchausen syndrome: The tip of the iceberg. *J Child Health Care* 2013 Feb 14 (Epub ahead of print). 50. Flaherty EG,

- Macmillan HL: Committee on Child Abuse and Neglect. Caregiver-fabricated illness in a child: a manifestation of child maltreatment. *Pediatrics* 2013; 132: 590-597. **51.** Hässler F, Zamorski H, Weirich S: The problem of differentiating between sudden infant death syndrome, fatal Munchausen's syndrome by proxy, and infanticide. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2007; 35: 237-244. **52.** Randall B, Donelan K, Koponen M et al.: Application of a classification system focusing on potential asphyxia for cases of sudden unexpected infant death. *Forensic Sci Med Pathol* 2012; 8: 34-39. **53.** Overly FL, Sudikoff SN, Duffy S et al.: Three scenarios to teach difficult discussions in pediatric emergency medicine: sudden infant death, child abuse with domestic violence, and medication error. *Simul Healthc* 2009; 4: 114-130. **54.** Gordy C, Kuns B: Pediatric abusive head trauma. *Nurs Clin North Am* 2013 Jun; 48(2): 193-201. **55.** Sieswerda-Hoogendoorn T, Boos S, Spivack B et al.: Educational paper: Abusive Head Trauma. Part I: Clinical aspects. *Eur J Pediatr* 2012; 171: 415-423. **56.** Sieswerda-Hoogendoorn T, Boos S, Spivack B et al.: Abusive head trauma. Part II: radiological aspects. *Eur J Eur J Pediatr* 2012; 171: 617-623. **57.** Dannlowski U, Stuhrmann A, Beutelmann V et al.: Limbic scars: long-term consequences of childhood maltreatment revealed by functional and structural magnetic resonance imaging. *Biol Psychiatry* 2012; 71: 286-293. **58.** Kearney CA, Wechsler A, Kaur H, Lemos-Miller A: Posttraumatic stress disorder in maltreated youth: a review of contemporary research and thought. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2010; 13: 46-76. **59.** Kim-Spoon J, Cicchetti D, Rogosch FA: A longitudinal study of emotion regulation, emotion lability-negativity, and internalizing symptomatology in maltreated and nonmaltreated children. *Child Dev* 2013; 84: 512-527. **60.** Teicher MH, Samson JA: Childhood Maltreatment and Psychopathology: A Case for Ecophenotypic Variants as Clinically and Neurobiologically Distinct Subtypes. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 1114-1133. **61.** Garbarino J: The psychologically battered child: toward a definition. *Pediatr Ann* 1989; 18: 502-504. **62.** Garbarino J: Socioeconomic forces and the problem of counting in understanding child abuse and neglect: Commentary on "The Great Recession and the Risk for Child Maltreatment". *Child Abuse Negl* 2013 Sep 14 (Epub ahead of print). **63.** Corso PS, Edwards VJ, Fang X, Mercy JA: Health-related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. *Am J Public Health* 2008; 98: 1094-1100. **64.** Merrick MT, Litrownik AJ, Everson MD, Cox CE: Beyond sexual abuse: the impact of other maltreatment experiences on sexualized behaviors. *Child Maltreat* 2008; 13: 122-132. **65.** Wilson HW, Widom CS: Sexually Transmitted Diseases Among Adults Who Had Been Abused and Neglected as Children: A 30-Year Prospective Study. *Am J Public Health* 2009; 99 (suppl. 1): S197-203. **66.** Whitaker DJ, Le B, Karl Hanson R et al.: Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: a review and meta-analysis. *Child Abuse Negl* 2008; 32: 529-548. **67.** Yates TM, Carlson EA, Egeland B: A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Dev Psychopathol* 2008; 20: 651-671. **68.** Norman RE, Byambaa M, De R et al.: The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012; 9(11): e1001349. **69.** de Lusignan S, Allister J, Rafi I: How do we identify and support maltreated children? *Br J Gen Pract* 2012 Sep; 62: 458-459, <http://www.clininf.eu/childmaltreatment-codes.html>.

nadesłano: 04.10.2013

zaakceptowano do druku: 14.11.2013

Adres do korespondencji:

\*Ewa Otto-Buczowska

Specjalistyczne Centrum Medyczne Śląskiej Fundacji

Dzieci i Młodzieży z Cukrzycą

ul. Jasnogórska 16/21, 44-100 Gliwice

tel.: +48 605-362-588

e-mail: [em.buczowski@pro.onet.pl](mailto:em.buczowski@pro.onet.pl)