

EMOCIONALNO ZLOSTAVLJANJE DJECE

KRISTINA SESAR, DAMIR SESAR*

Emocionalno zlostavljanje, zbog svoje kompleksnosti i poteškoća s definiranjem, još i danas dobiva vrlo malo pozornosti u istraživanjima u odnosu na druge oblike zlostavljanja. Karakteristike vezane za roditelje, neke osobine djeteta i socioekonomski uvjeti čimbenici su rizika za emocionalno zlostavljanje djece. Posljedice za rast i razvoj djece izložene emocionalnom zlostavljanju mogu biti kratkoročne i dugoročne. Educiranost liječnika i drugih stručnih osoba koje rade s djecom o ovoj problematici još uvijek nije zadovoljavajuća. Različiti oblici preventivnih programa razvijeni su u posljednjih nekoliko desetljeća, ali istovremeno se naglašava vrlo važna uloga obitelji i liječnika u prevenciji ovog oblika zlostavljanja.

Deskriptori: ZLOSTAVLJANJE DJECE – psihologija, prevencija; ODNOSI RODITELJ-DIJETE; ULOGA LIJEČNIKA

DEFINIRANJE

Kada se govori o zlostavljanju, tada se najčešće misli na spolno i tjelesno zlostavljanje, dok se rjeđe misli na emocionalno zlostavljanje. Za to postoji više razloga uključujući nedovoljno jasnu definiranost emocionalnog zlostavljanja, nedovoljno osvijetljenu povezanost uzroka i posljedica kao i teškoće procjene kumulativnog efekta emocionalnog zlostavljanja (1-4). Jedna od poteškoća u utvrđivanju prevalencije emocionalnog zlostavljanja i njegovih posljedica je i nepostojanje konsenzusa oko definiranja emocionalnog zlostavljanja. Na primjer, i u DSM-IV priručniku postoje dijagnostički kriteriji za probleme u odnosu roditelj-dijete, tjelesno zlostavljanje djeteta, spolno zlostavljanje djeteta i zanemarivanje djeteta, ali ne postoje dijagnostički kriteriji za emocionalno zlostavljanje (2).

Jedan od glavnih problema u definiranju emocionalnog zlostavljanja je potraga za dogovorom o najprikladnijem terminu koji bi opisao ovu vrstu zlostav-

ljanja. U nas je uvriježen termin emocionalno zlostavljanje (1, 5-6). U literaturi se uz termin emocionalno zlostavljanje najčešće upotrebljava i termin psihološko zlostavljanje. Pristalice naziva psihološko zlostavljanje smatraju da je ono sveobuhvatnije jer uključuje sve važne kognitivne i emocionalne dimenzije zlostavljanja (7). U literaturi engleskog govornog područja korišteni su različiti termini poput verbalnog zlostavljanja, mentalnog zlostavljanja ili mentalne okrutnosti, “psihičkog udaranja” (*Psychological battering*), mentalnog ozljeđivanja, te psihološkog oštećivanja ali se danas najčešće koriste termini psihičko ili emocionalno zlostavljanje (8, 9). Hart i sur. (10) predlažu uporabu termina “psihičko zlostavljanje i zanemarivanje” jer ga drže dostatno širokim da obuhvati kognitivne i afektivne dimenzije zlostavljanja i zanemarivanja. McGee i Wolfe (11) preferiraju termin “psihičko maltretiranje” koji objedinjuje psihički zlostavljanje i psihički zanemarivanje oblike ponašanja roditelja (skrbnika) prema djetetu. Neki autori (12, 13) koriste termin “emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje”. Ipak, najčešće se termini “psihičko” i “emocionalno” koriste kao sinonimi (14).

Postoje šire i užje definicije emocionalnog zlostavljanja, pri čemu zakonske de-

finicije uvrštavaju u taj pojam uži krug intenzivnih, kroničnih zlostavljajućih ponašanja s ozbiljnim posljedicama. Šire shvaćanje emocionalnog zlostavljanja uključuje u definiciju razna ponašanja roditelja i skrbnika na kontinuumu “dobro – loše roditeljstvo”, kojima se generalno krše djetetova prava i koja bi se mogla smatrati neprikladnim odgojom (15). U skladu sa tim stajalištem emocionalno zlostavljanje, prema Dubowitz (16), predstavlja roditeljsko ponašanje za koje je poznato da je štetno za emocionalnu dobrobit djeteta. Finkelhor i Korbin (17) navode da emocionalno zlostavljanje podrazumijeva odbacivanje, socijalnu izolaciju, kroničnu deprivaciju pažnje, plašenje prijetnjama o napuštanju, teroriziranje sa zastrašivanjem, izlaganje devijantnom odgoju i postavljanje zahtjeva na dijete koji nisu u skladu sa uzrastom djeteta. Međutim, i pri definiranju neki autori psihičko i emocionalno zlostavljanje definiraju kao zasebne koncepte. Prema O'Hagan (18) emocionalno zlostavljanje se odnosi na trajno, ponavljajuće, neprikladno emocionalno odgojavanje na djetetovo izražavanje emocija i prateće ponašanje. Ono inhibira kapacitet djeteta za spontano, pozitivno i odgovarajuće emocionalno izražavanje. Psihičko zlostavljanje isti autor definira

* Dom zdravlja Široki Brijeg, Bosna i Hercegovina

Adresa za dopisivanje:
Kristina Sesar, Centar za mentalno zdravlje, Dom zdravlja, Dr. J. Grubišića 11, 88220 Široki Brijeg, Bosna i Hercegovina, kristina.sesar@tel.net.ba

kao trajno, ponavljajuće, neprikladno ponašanje koje oštećuje ili značajno smanjuje kreativni i razvojni potencijal važnih mentalnih sposobnosti i procesa u djeteta (inteligenciju, pamćenje, prepoznavanje, percepciju, pažnju, jezik i moralni razvoj). Ipak, sam autor ističe da se ta dva oblika zlostavljanja učestalo javljaju zajedno. Iwaniec (12) određuje emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje kao neprijateljsko ili ravnodušno ponašanje roditelja koje narušava djetetovo samopoštovanje, umanjuje osjećaj postignuća i pripadanja, te sprječava zdrav i sretan razvoj djeteta. Emocionalno zlostavljanje je otvoreno odbacujuće ponašanje skrbnika, a emocionalno zanemarivanje je pasivno ignoriranje djetetovih emocionalnih potreba, nedostatak pažnje i stimulacije, te roditeljska nedostupnost u smislu skrbi, nadgledanja, vođenja, poučavanja i zaštite. Garbarino i sur. (19) smatraju da su psihičko zlostavljanje i psihičko zanemarivanje povezani, te da ih treba razmatrati u okviru šireg koncepta psihičkog zlostavljanja djece.

Najčešći oblici emocionalnog zlostavljanja kojima su djeca izložena su: odbacivanje djetetovih potreba; teroriziranje ili tretiranje djeteta kontinuiranim verbalnim napadajima koji stvaraju klimu straha, napetosti i nesigurnosti; ignoriranje i degradiranje djeteta što uključuje i izostanak pozitivnih stimulacija; manipuliranje djetetom u cilju zadovoljenja nekih svojih potreba koje nisu sukladne djetetovim; izolacija; konstantni sarkazam, ponižavanje; podržavanje djetetovog neadekvatnog ponašanja, podmićivanje; verbalni napadaji te pritisak na dijete da brže odraste što proizlazi iz roditeljskih potreba a koje dijete ne može zadovoljiti radi faze svog psihološko-biološkog razvoja (1).

PREVALENCIJA

Točna incidencija i prevalencija emocionalnog zlostavljanja nije poznata, djelomično zbog toga što je vrlo teško utvrditi pravu incidenciju i prevalenciju zlostavljanja općenito. Zbog svoje kompleksnosti i poteškoća sa definiranjem, emocionalno zlostavljanje je još teže kvantificirati. Prema procjeni Američke humane udruge koja je objavila podatke za period 1987. - 1997. godine od ukupnog broja prijavljene zlostavljane djece, 11% djece je bilo emocionalno zlostavljano. Godine 1986. Nacionalni centar za zlostavljanje i zanemarivanje djece SAD-a (*National Center on Child Abuse and Neg-*

lect [NCCAN]) objavio je da je u toj godini identificirano 211 100 emocionalno zlostavljane djece (7). Kada se promatra izolirano, emocionalno (ili psihološko) zlostavljanje ima najnižu stopu incidencije od svih oblika zlostavljanja. U izvještaju objavljenom u časopisu *Child Maltreatment* navodi se da je od svih prijavljenih slučajeva zlostavljanja u 1997. godini emocionalno zlostavljanje bilo zastupljeno sa 6,1%. U Engleskoj 1996. godini od svih prijavljenih oblika zlostavljanja 15% je bilo emocionalno zlostavljanje (20). Podaci nisu realni i ukazuju na probleme sa definiranjem i procjenom emocionalnog zlostavljanja (7). U istraživanju Fabijanić i sur. (21) koje je provedeno u Hrvatskoj na području Sisačko – moslavačke županije utvrđeno je da je 37% ispitanika bilo izloženo nekom obliku emocionalnog zlostavljanja u djetinjstvu. Karlović i sur. proveli su retrospektivno istraživanje na uzorku 510 studenata zagrebačkih fakulteta koji su izvijestili o različitim iskustvima i ponašanjima koja su doživjeli do 14. godine života. Rezultati tog istraživanja su pokazali da je incidencija emocionalnog zlostavljanja 27-28% (22). U istraživanju izloženosti emocionalnom zlostavljanju provedenom među polaznicima četvrtih razreda pet osnovnih škola na području grada Zagreba incidencija zlostavljanja iznosila je 30,97% (5). Slične prevalencije dobivene su i u istraživanju provedenom u Bosni i Hercegovini, na području Zapadnohercegovačke županije, u kojem je 40% ispitanika izjavilo da je bilo izloženo nekom od oblika emocionalnog zlostavljanja u djetinjstvu (23).

ČIMBENICI RIZIKA ZA EMOCIONALNO ZLOSTAVLJANJE

Mnogi su se autori bavili istraživanjem čimbenika rizika tj. osobina roditelja, okoline ali sve češće i djece, koji povećavaju mogućnost zlostavljanja djece. Black, Smith Slep, Heyman, (24) napravili su metaanalizu 283 članka vezana isključivo za emocionalno zlostavljanje djece. Rezultati njihovog istraživanja upućuju na sljedeće čimbenike rizika koji utječu na vjerojatnost pojave emocionalnog zlostavljanja.

Karakteristike vezane za roditelje: roditelji alkoholičari i ovisnici o drogama; religiozno fanatični roditelji; depresija roditelja, pokušaj suicida ili neki drugi psihološki problemi; nisko samopoštovanje roditelja; loše socijalne vještine;

autoritativni stil u odgajanju djece; nedostatak empatije; te iskustvo zlostavljanosti samih roditelja (12, 18, 20-21, 23, 25). Iwaniec (12) kao rizičnu skupinu za zlostavljanje djeteta navodi i roditelje koji općenito ne vole djecu i nisu ih željeli, nego su ih imali iz nekih drugih razloga, npr. zato što su smatrali da se to od njih očekuje ili zbog pritiska okoline.

Neke osobine djece također mogu dovesti do povećanog rizika za zlostavljanje a to su: mala porođajna težina ili prijevremeni porod (imaju teži temperament); averzivni plač djeteta (posebno ako je povezan sa nekim neurološkim poremećajem); prisilno ili suprostavljajuće ponašanje djeteta; djeca sa kroničnim onesposobljenjima (fizičkim ili mentalnim hendikepima) (26) novorođenčad s neorganski uvjetovanim usporenim razvojem (eng. *Failure to thrive*) (18), dob djeteta (starija djeca izloženija su riziku), hiperaktivna djeca, te teško odgojiva ili „zahtjevna“ djeca (12).

Brojne su studije pokazale značajnu povezanost između socioekonomskih uvjeta i emocionalnog zlostavljanja. Učestalost emocionalnog zlostavljanja veća je u obiteljima u kojima su roditelji nezaposleni odnosno nižeg su socioekonomskog statusa, ako se radi o mladim samohranim roditeljima bez podrške okoline, obiteljima sa puno članova, obiteljima sa visokim nivoom stresa, obiteljima u kojima je loša kvaliteta bračnih odnosa odnosno nasilje u obitelji, te u obiteljima koje su izložene raznim trenutnim stresnim životnim događajima (18, 20-21, 23, 26).

KAKO PREPOZNATI EMOCIONALNO ZLOSTAVLJANO DIJETE

Klinička slika emocionalno zlostavljane djeteta u zavisnosti je od uzrasta i oblika emocionalnog zlostavljanja kojemu je dijete izloženo. Kod male djece ona će se najčešće manifestirati u obliku brojnih tjelesnih smetnji: kašnjenje u tjelesnom razvoju, poremećaji u razvoju govora, trboboje, pritiska u prsima, gušenja, teškoća sa spavanjem, problema kontrole stolice i mokrenja, te pogoršanja ozbiljnosti postojećih stanja, kao što su astma ili alergije. Osim promjena na tjelesnom planu mogu se uočiti i promjene u ponašanju kao što su razdražljivost, često naizgled bezrazložan plač, poremećaj navika (ljuljanje, sisanje prsta), te pasivnost ili agresivnost (ekstremi u ponašanju) (1, 27). Emocionalno zlostavljano dijete ima separacijske strahove ali i čitav niz

drugih strahova koji imaju svoje korijene u odnosu djeteta i odraslih. Tijekom odrastanja javljaju se novi i drugačiji znakovi u ponašanju, od promjene vrste i intenziteta strahova, povlačenja od okoline, nedostatak povjerenja u sebe i druge, do povlačenja ili agresije. Uočavaju se poremećaji spavanja (noćne more i sl.), poremećaji uzimanja hrane (pretjerano jedenje ili odbijanje hrane), tikovi, bježanje od kuće, te pokušaji samoubojstva (1, 28). Međutim ono što prvo vidimo kod emocionalno zlostavljanog djeteta je njegov izraz lica: njegove emocije koje ne odaju sliku sreće, spontanosti, bezbrižnosti. Najčešće vidimo izraz straha, nesigurnosti, tuge. Doimaju se nesretno, usamljeno i izolirano. Ova djeca se ne smiju, ne plaču, ne igraju se spontano. Često je prisutan negativan odnos prema sebi i okolini. U ponašanju se primjećuje uznemirenost i konfuznost, ljutiti su, napeti, agresivni, razbacuju igračke i lome ih, sve započinju, ništa ne završavaju. Često imamo utisak da takvo dijete ne zna kako da se ponaša i što da očekuje od odraslih; kao da je u stalnoj tjeskobi i iščekivanju neugode i nečega nepredvidivog. Privrženost roditeljima je nesigurna. Vjeruju da nisu vrijedni da ih netko voli i želi. U prisustvu odraslih pogledom ili riječima traže dozvolu da nešto učine, pitaju ili uzmu. U odnosima sa drugom djecom su manje asertivni. U grupi djece zauzimaju ili perifernu poziciju ili se ponašaju agresivno otimajući stvari ili položaj. U razrednom okruženju su ili tihi, neprijetljivi, šutljivi ili pak nemirni, agresivni i ometaju nastavu (1, 12).

POSLEDICE IZLOŽENOSTI EMOCIONALNOM ZLOSTAVLJANJU

Emocionalno zlostavljanje može rezultirati sa kratkoročnim i/ili dugoročnim posljedicama po zlostavljano dijete. Najčešći odgovor na traumu je strah i anksioznost. Vrlo često u emocionalno zlostavljane djece nailazimo na glavobolje, bolove u trbuhu, gubitak apetita, povraćanje, gušenje, astmu i sl. što može predstavljati psihosomatsku reakciju na traumu. Česta neposredna posljedica izloženosti emocionalnom zlostavljanju je i posttraumatski stresni poremećaj koji se očituje u ponovnom proživljavanju traume, izbjegavanju podražaja koji podsjećaju na zlostavljanje, distraktibilnosti, noćnim morama, iritabilnosti.

Rezultati mnogobrojnih istraživanja (2-4, 7, 20, 23, 29-35) ukazuju na poveza-

nost emocionalnog zlostavljanja i: problema u učenju koji se manifestiraju niskim akademskim postignućem i poteškoćama sa učenjem; problema u socijalnim odnosima i socijalnim vještinama (niska socijalna kompetencija, samostalnost, nepokoravanje, neprilagođeno seksualno ponašanje, delikvencija, kriminalitet, problemi vezivanja, niska simpatija i empatija za druge); mentalnih bolesti (depersonalni poremećaj); emocionalnih poteškoća (emocionalna nestabilnost, emocionalna ravnodušnost, ispadi bijesa, impulzivnost, simptomi anksioznosti i depresivnosti, pokušaj suicida ili suicidalne misli); niskog samopoštovanja; nesigurne privrženosti sa roditeljima ili skrbnicima; somatskih poteškoća kao što su neorganski uvjetovana usporenost u razvoju, loš apetit, glavobolje, trbobođe, povraćanje, gušenje, nesvjestice enureza/enkopreza, poremećaji hranjenja, loše zdravlje u odrasloj dobi, visok mortalitet te neuroloških promjena (oštećenja temporalnog lobusa, limbičkog sistema, corpusa callosa, lijeve hemisfere mozga, cerebellar vermis).

Intenzitet i oblik posljedica zlostavljanja ovise o fazi razvoja djeteta odnosno o kronološkoj dobi u kojoj se dijete nalazi u periodu izloženosti zlostavljanju. Posebnu pozornost zahtijevaju sljedeće dimenzije zlostavljanja: intenzitet/ekstremnost, čestina, kroničnost, stupanj u kojem zlostavljanje i zanemarivanje zahvaćaju odnos roditelj – dijete, broj oblika zlostavljanja i zanemarivanja koje dijete doživljava, te izraženost određenog oblika zlostavljanja i zanemarivanja u razvojnog periodu (10). Unatoč povećanom riziku za razvoj maladaptivnih i psihopatoloških obrazaca ponašanja kod djece koja su bila zlostavljana, negativni razvojni obrasci se ne razvijaju kod sve zlostavljane djece. Nažalost, vrlo je malo istraživanja koja su se bavila utvrđivanjem protektivnih faktora koji utječu na to da su neka djeca otpornija, odnosno da se brže oporavljaju nakon zlostavljanja, za razliku od pažnje koja je usmjerena na istraživanje zlostavljanja i njegovih posljedica. Otpornost ili sposobnost brzog oporavka se može definirati kao „pozitivna adaptacija unatoč iskustvu ekstremne štetnosti“ (36) i ona se može promatrati kao dinamički konstrukt. U istraživanju u kojem su ispitanici bili zlostavljana i nezlostavljana djeca u dobi između 18 mjeseci i 6 godina starosti, a koje je ponovljeno u periodu osnovne škole i tokom adolescencije, samo 61% djece koja su bila otporna tokom školske

dobi nastavila su biti otporna i kada su bila procijenjena u periodu adolescencije (37). Interes istraživača bio je usmjeren i na identificiranje određenih karakteristika osobnosti kao protektivnih faktora. Internalni lokus kontrole i visoko samopoštovanje predstavljaju protektivne faktore koji štite zlostavljanju djecu od razvoja emocionalnih poremećaja u periodu adolescencije (38). Zanimljivo je da su istraživači utvrdili različite protektivne faktore kod zlostavljane i nezlostavljane djece. Visoko samopoštovanje predstavlja protektivni faktor za zlostavljano djecu, dok pozitivne relacije su protektivni faktori za nezlostavljano djecu (39-40). Ovi rezultati sugeriraju da samopoštovanje zlostavljane djece može biti važno područje na kojem treba intervenirati kako bi se prevenirala psihopatologija i ojačala otpornost zlostavljane djece.

ULOGA OBITELJI

Snaga i važnost obitelji za djecu prelazi okvire bazičnih potreba djece za zadovoljenjem osnovnih potreba od strane roditelja. Potrebe djece koje mogu zadovoljiti samo roditelji uključuju socijalnu potporu i životne vještine, odnosno vještine suočavanja. Samopoštovanje djece raste ako se za njih brine, voli i ako se osjećaju kao da su dio socijalne jedinice koja dijeli vrijednosti, komunicira otvoreno i surađuje. Obitelji prenose i interpretiraju vrijednosti svojoj djeci i često služe kao poveznica djeteta s vanjskim svijetom, posebno tijekom ranih godina života. Kao što škole omogućavaju formalno obrazovanje, obitelji uče djecu kako ići kroz život. Funkcioniranje obitelji i različiti aspekti obiteljskog konteksta utječu na podizanje djece i njihovo zdravlje. Različiti oblici stresa (financijski i zdravstveni problemi, nedostatak socijalne potpore, nezadovoljstvo poslom, nesretne životne okolnosti) mogu uzrokovati emocionalni distress roditelja i uzrokovati konflikte i poteškoće u relacijama između roditelja što može utjecati na interakciju između roditelja i djeteta te može voditi kratkotrajnim ili dugotrajnim lošim posljedicama za dijete (41). Efikasna prevencija zlostavljanja djece može se najbolje postići koristeći strategije dizajnirane za pomoć roditeljima. Ove strategije uključuju: jačanje veza između obitelji i društvene zajednice; tretiranje roditelja kao vitalnih pridonositelja rasti i razvoju njihovog djeteta; uvažavanje integriteta obitelji; poboljšavanje kapaciteta roditelja

za poticanje svojeg i djetetovog optimalnog razvoja; uspostavljanje veza sa društvenim sistemima potpore; osiguravanje uvjeta u kojima se roditelji i djeca mogu okupljati, ostvarivati interakcije, pružati potporu i učiti jedni od drugih; osiguravanje koordinacije i integracije službi potrebnih obitelji; razvijanje svjesnosti zajednice o važnosti zdrave obiteljske prakse te osiguravanje hitne potpore za roditelje 24 sata na dan (42-43).

ŠTO LIJEČNICI MOGU UČINITI?

Emocionalno zlostavljanje može biti oblik zlostavljanja koji je najteži za prepoznavanje u kliničkoj praksi. Sistem zaštite djece razlikuje se od zemlje do zemlje, međutim većina njih zahtijeva od liječnika da usmjere pažnju na moguće zlostavljanje ili zanemarivanje, te da svoju zabrinutost prijave službama za zaštitu djece i da aktivno participiraju u slučajevima kada je potrebno intervenirati kako bi se zaštitila prava djece. Pitanje je koliko liječnici mogu efikasno odgovoriti na takve zahtjeve. Čini se da čak i iskusni liječnici mogu propustiti prepoznati i suočiti se sa zlostavljanjem, čak i u prisutnost jasnih kliničkih indikatora. Liječnici koji posumljaju na zlostavljanje trebaju pažljivo dokumentirati svoje sumnje ili otkriće, klinički nalaz i razloge za sumnju u karton. Međutim, odogovornost tu ne prestaje. Oni moraju biti spremni svjedočiti na sudu i braniti svoj stav u profesionalnom i nepristranom smislu (44).

Sudjelovanje u postupku zaštite djece može biti izazov za liječnike iz nekoliko razloga. Jedan od razloga je da sudjelovanje u zaštiti prava djece može biti stresno i zbog toga neki liječnici izbjegavaju uključiti se aktivno u zaštitu djeteta. Neki imaju strah od posljedica suočavanja sa roditeljima u smislu da će narušiti odnos liječnik – pacijent. Drugi su pod dojmom iskustava kolega koji su bili uključeni u proces zaštite djece i nakon toga bili subjekti zastrašivanja i uznemiravanja od strane roditelja (45). Mnogi su obazrivi i s obzirom na svjedočenje na sudu, iskustvo koje može biti izazov, čak i za stručnjake u području zlostavljanja (46). Povjerenje je bazičan princip u radu liječnika, i koncept dijeljenja osjetljivih informacija može biti zastrašujući za pojedine liječnike (47). Osim toga, zlostavljanje djece može izazvati kod nekih liječnika, koji se suočavaju sa zlostavljanjem, emocije kao što su nevjerica, gađenje i ljutnja. Neki liječnici imaju poteškoća sa vjerovanjem

u ono što vide ispred sebe. Negiranje zlostavljanja od strane stručnjaka predstavlja fenomen koji treba razlikovati od propusta u prepoznavanju zlostavljanja (48). Mnogi liječnici su zbunjeni s obzirom na svoju ulogu u zaštiti djece, i brine ih što mogu ili trebaju učiniti kada se susretne sa zlostavljanjem djetetom, te smatraju da je njihova educiranost u ovom području nezadovoljavajuća u kvantiteti i fokusiranosti (49).

PREVENCIJA

Unatoč tome što je zlostavljanje djece kompleksan i pervazivan problem sa mnogobrojnim faktorima rizika za njegovu pojavu, ne smijemo zauzeti defetistički stav prema njegovoj prevenciji. Različiti oblici preventivnih programa razvijeni su u posljednjih nekoliko desetljeća s različitim stupnjem efikasnosti (50).

Evidentiranje zlostavljača i njihovo uključivanje u različite oblike tretmana ima ograničene rezultate u prevenciji zlostavljanja. Zbog toga se u posljednje vrijeme snage usmjeravaju na primarnu i sekundarnu prevenciju zlostavljanja. Primarna prevencija zlostavljanja djece definira se kao bilo koji oblik intervencije koji prevenira zlostavljanje djece prije nego se ono dogodi. Da bi bila uspješnija primarna prevencija treba biti implementirana na različitim nivoima. Rezultati dosadašnjih istraživanja pružili su nam znanja o obiteljskom funkcioniranju i obiteljskim okolnostima koje povećavaju rizik za zlostavljanje djece. Jasno je da središnju ulogu u zlostavljanju djece imaju potrebe i problemi roditelja. Stoga, ako želimo prevenirati zlostavljanje djece, prvo treba pomoći i pružiti potporu roditeljima. Roditelji sa višestrukim emocionalnim, medicinskim, financijskim i socijalnim potrebama imaju poteškoća u susretu s potrebama njihove djece (41,51). Zbog toga je potrebno organizirati pedijatrijsku skrb na način da se pažnja usmjeri na obitelj i pozitivne ishode za djecu. Posljednja dva desetljeća promovira se „obiteljski orijentirana skrb“ (*family – oriented care*) koja u središte stavlja obitelj kao pokretačku snagu, te pedijatre. U sklopu ovih programa pedijatri uključuju obitelji u donošenje odluka koje se tiču zdravlja njihove djece i ulažu napore u razumijevanje potreba obitelji i djeteta. Obiteljski pedijatri, kao i obiteljski-orijentirana skrb, zahtijevaju aktivno i produktivno partnerstvo između pedijatar i obitelji. Osim toga, odgovornost pedijatar se proširuje i

uključuje skrining, procjenu, te edukaciju roditelja (41). Jedna od preporuka je da pedijatri provode manje vremena u pregledavanju očigledno zdravog djeteta a da više vremena posvete razgovoru s roditeljima o psihosocijalnoj problematiki. Ako se tijekom razgovora otkriju psihosocijalni problemi, pedijatri bi trebali dogovoriti češće susrete sa roditeljima kako bi imali mogućnosti za nastavak razgovora. Druge strategije uključuju pozivanje očeva na razgovor, te poticanje roditelja da se oslone na potporu obitelji i prijatelja. Važno je nastojati dati veoma specifične i konkretne sugestije roditeljima umjesto općenitog razgovora. Treba podsjetiti roditelje da prave razliku između ponašanja koje je očekivano i prihvatljivo za razvojnu dob djeteta i neposlušnosti ili nepokoravanja djeteta, te da korigiraju samo one aktivnosti djeteta koje su pod djetetovom kontrolom u skladu s razvojnom dobi (52). Roditelji trebaju biti educirani o fizičkim, emocionalnim i socijalnim problemima ili ponašanjima koji mogu utjecati na zdravlje, emocionalnu ili socijalnu dobrobit njihovog djeteta, te potrebama djeteta (41). Pedijatri trebaju surađivati sa socijalnim radnicima, financijskim savjetnicima, psiholozima, djelatnicima službi za zaštitu mentalnog zdravlja, centrima za pružanje potpore roditeljima i sl. Trebaju biti upoznati sa izvorima potpore i pomoći koji su dostupni u zajednici. Korisno je da imaju već unaprijed pripremljenu listu službi za pomoć sa brojevima telefona i adresama kako bi je mogli dati roditeljima kojima je takva pomoć potrebna (51).

Tercijalni programi prevencije od pomoći su u situacijama kada je do zlostavljanja već došlo, kako bi se spriječila mogućnost ponovnog zlostavljanja žrtve. Iako su malobrojni dokazi koji ukazuju da edukacija roditelja i psihoterapija prevenira zlostavljanje djeteta, ovi postupci trebaju biti preporučeni u sljedećim situacijama: kada je epizoda emocionalnog zlostavljanja izolirana, i nema više ponovne opasnosti za dijete liječnici trebaju preporučiti obiteljsku terapiju, trening roditelja i druge suportivne terapije za dijete i obitelj. Ako se emocionalno zlostavljanje ponavlja ili postoji mogućnost neminovne ili prijetuće štete treba kontaktirati nadležnu službu (centar za socijalnu skrb) koja će razmotriti mogućnost izdvajanja djeteta iz obitelji (53). Pedijatriji koji su svjesni programa prevencije u njihovoj zajednici biti će efikasniji u pružanju pomoći obiteljima i ublažavanju rizika za zlostavljanje (50)

ZAKLJUČAK

Emocionalno zlostavljanje je rjeđe prepoznato, ali je u stvarnosti vrlo čest oblik zlostavljanja djece. Stručnjaci u ovom području još uvijek imaju poteškoća sa prepoznavanjem i operacionalnim definiranjem emocionalnog zlostavljanja. Emocionalno zlostavljanje je definirano kao odnos roditelj-dijete koji je karakteriziran obrascima štetnih interakcija, bez fizičkog kontakta sa djetetom. Međutim, motivacija da se naštetiti djetetu nije neophodna za definiciju. Osim toga, postavlja se i pitanje metoda intervencija i terapijskih metoda kako bi se zaštitilo dijete na najbolji mogući način. Sumnja na emocionalno zlostavljanje djeteta treba potaknuti postupak procjene koji uključuje identifikaciju zlostavljajućih interakcija i procjenu mogućnosti specifičnih intervencija. Znanje liječnika i drugih stručnjaka koji rade sa djecom o ovoj temi još uvijek je nedovoljno. Ova multidisciplinarna tema mora biti uključena u obrazovanje liječnika i drugih profesionalaca koji rade sa djecom. Djeca žrtve zlostavljanja nisu u mogućnosti zastupati sama sebe. U slučaju zlostavljanja, državne ustanove i nevladine organizacije trebaju preuzeti ove zadatke (54). Važno je znati da se posljedice koje zlostavljanje ostavlja na razvoj djeteta mogu izbjeći i/ili ublažiti pravovremenom intervencijom i uključivanjem djeteta i članova obitelji u terapijski rad.

LITERATURA

1. Buljan-Flander G, Kocijan-Hercigonja D. Zlostavljanje i zanemarivanje djece. Zagreb: Marko M. usluge d.o.o.; 2003.
2. Hamarman S, Bernt W. Reserchers offer an operational definition of emotional abuse. The Brown University - Child and Adolescent Behavior Letter 2000.
3. Hamarman S, Bernet, W. Evaluating and reporting emotional abuse in children: parent-based, action-based focus aids in clinical decision-making. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39: 928-30.
4. Kaplan SJ. Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: physical and emotional abuse and neglect. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38:1214-22.
5. Puhovski S, Karlović A, Buljan Flander, G. Validacija upitnika o emocionalnom zlostavljanju. Društvena istraživanja 2004;3:555-78.
6. Pećnik N. Međugeneracijski prijenos zlostavljanja djece. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2003.
7. Briere J, Berliner L, Bulkley JA, Jenny C, Reid T. The APSAC handbook of child maltreatment. London: Sage Publications, Inc; 1996.
8. Black DA, Schumacher J A, Smith Slep AM, Heyman RE. (1999.) Risk factors for child emotional abuse. U: Allen C. M. (ur.); Risk factors for partner abuse and child maltreatment: A Review of Literature. <http://www.nnh.org/risk/newchap14>
9. Tomison AM, Tucci J. Emotional abuse: the hidden form of maltreatment. Issues in child abuse prevention. Nacional child protection clearinghouse 1997.
10. Hart NS, Binggeli NJ, Brassard MR. Evidence for the effects of psychological maltreatment. J Emot Abuse 1998;1:27-58.
11. McGee A, Wolfe DA. Psychological maltreatment: Toward an operational definition. Dev Psychopathol 1991;3:18.
12. Iwaniec D. The emotionally abused and neglected child: Identification, assessment and intervention. Chichester: J. Wiley & Sons; 2000.
13. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. Child Abuse Negl 2002;26:697-714.
14. Ždero V. Psihičko zlostavljanje i zanemarivanje djece u obitelji. Ljetopis socijalnog rada 2005; 12:145-72.
15. Karlović A. Validacija upitnika o zlostavljanju u djetinjstvu. Diplomski rad. Zagreb: Filozofski fakultet sveučilišta u Zagrebu, Odsjek za psihologiju; 2001.
16. Dubowitz H. Child maltreatment in the united states – Etiology, impact and prevention. National Child Abuse and Neglect Data System Washington, DC: US Government Printing Office; 1988.
17. Finkelhor D, Korbin J. Child abuse as an international issue. Child Abuse Negl 1988;12:2-24.
18. O'Hagan K. Emotional and psychological abuse of children. Buckingham: Open University Press; 1993.
19. Garbarino J, Guttman E, Seeley JW. The psychologically battered child. San Francisco: Jossey-Bass; 1986.
20. Kairys SW, Johnson CF, Committee on child abuse and neglect. Psychological maltreatment of children – Technical report. Pediatrics 2002;109:e68
21. Fabijanić S, Buljan-Flander G, Karlović A. Epidemiološko istraživanje o učestalosti zlostavljanja u dječjoj dobi provedeno među srednjoškolskim učenicima Sisačko-moslavačke županije. Paediatr Croat 2002;46:169-73.
22. Karlović A, Vranić A, Gabelica D. Incidencija zlostavljanja u djetinjstvu na uzorku studenata zagrebačkih fakulteta. Suvremena psihologija 2002; 5:53-68.
23. Sesar K, Zivcic-Becirevic I, Sesar D. Multi-type maltreatment in childhood and psychological adjustment in adolescence: Questionnaire study among adolescents in western Herzegovina canton. Croat Med J 2008;49:243-56.
24. Black DA, Smith Slep AM, Heyman, RE. Risk factors for child psychological abuse. Aggress violent Behav 2001;6:189-201.
25. Sidebotham P, Golding J, The ALSPAC Study Team. Child maltreatment in the "Children of the nineties" A longitudinal study of parental risk factors. Child Abuse Negl 2001;25:1177-200.
26. Rutter M, Taylor E, Hersov L. Child and adolescent psychology and psychiatry – modern approaches. Oxford: Blackwell scientific publications; 1994.
27. Buljan Flander G, Čosić, I. Prepoznavanje i simptomatologija zlostavljanja i zanemarivanja djece. Medix 2003;51:122-4.
28. Miljević Ridički R. Zlostavljanje djece: Oblici zlostavljanja i njihovo prepoznavanje. Društvena istraživanja 1955;4-5:539-49.
29. Thompson AE, Kaplan CA. Childhood emotional abuse. Brit J Psychiatr 1996;168:143-8.
30. Bifulco A, Moran PM, Baines R, Bunn A, Stanford K. Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. Bull Menninger Clin 2002;66:241-58.
31. Simeon D, Guralnik O, Smeidler J, Sirof B, Knutelska M. The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. Am J Psychiatr 2001;158:1027-33.
32. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: a community study. Child Abuse Negl 1996; 20:7-21.
33. Bernet CZ, Stein MB. Relationship if childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. Depress Anxiety 1999;9:169-74.
34. Grilo CM, Masheb RM. Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder. Acta Psychiatr Scand 2002; 106:183-8.
35. Arehart-Treichel J. Psychological abuse may cause changes in brain. Psychiatric News 2001; 26:36.
36. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. Child Dev 2000;71:543-62.
37. Herrenkohl EC, Herrenkohl RC, Egolf M. Resilient early school-age children from maltreating homes: outcomes in late adolescence. Am J Orthopsychiatry 1994;64:301-9.
38. Cicchetti D, Toth SL. Child maltreatment. Annu Rev Clin Psychol 2005;1:15.1-15.30.
39. Cicchetti D, Rogosch FA. The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. Dev Psychopathol 1997;9:799-817.
40. Moran PB, Eckenrode J. Protective personality characteristics among adolescent victims of maltreatment. Child Abuse Negl 1992;16:743-54.
41. Schor EL, American academy of pediatrics task force on the family. Family pediatrics: report of the task force on the family. Pediatrics 2003;111: 1541-71.
42. Rushton FS Jr. Let's focus on prevention, non treatment, of child abuse and neglect [Editorial]. J S C Med Assoc 1995;91:440-1.
43. Wasik BH, Roberts RN. Survey of home visiting programs for abused and neglected children and their families. Child Abuse Negl 1994;18:271-83.
44. Bannan MJ, Carter YH. Paediatricians and child protection: the need for effective education and training. Arch Dis Child 2003;88:560-562.
45. Marcovitch H. Diagnose and be damned. BMJ 1999;319:1376.
46. Meadow R. A case of murder and the BMJ. BMJ 2002;324:41-3.
47. van Veenendaal E. Child abuse: does disclosing the fact have implications for medical secrecy? Med Law 1993;12:25-8.
48. Leventhal JM. The challenges of recognizing child abuse: seeing is believing. JAMA 1999;281: 621-6.
49. Bannan MJ, Carter YH, Jackson NR. Meeting the training needs of GP registrars in child abuse and neglect. Child Abuse Rev 2001;10:254-61.
50. Krugman SD, Lane WG, Walsh CM. Update on child abuse prevention. Curr Opin Pediatr 2007; 19:711-8.
51. Bethea L. Primary prevention of child abuse. Am Fam Physician 1999;59:1577-85,1591-2.
52. Dubowitz H. Pediatricians' role in preventing child maltreatment. Pediatr Clin North Am 1990; 37:989-1002.
53. McDonald KC. Child abuse: Approach and management. Am Fam Physician 2007;75
54. Johnson CF. Child maltreatment 2002: recognition, reporting and risk. Paediatr Int 2002;44:554-60.

S u m m a r y

EMOTIONAL ABUSE OF CHILDREN

K. Sesar, D. Sesar

Emotional abuse, because of its complexity and the difficulty of defining it, still gets very little attention in research compared to other forms of abuse. Characteristics related to parents, some characteristics of the child and socio-economic conditions are risk factors for emotional abuse of children. Consequences for the growth and development of children exposed to emotional abuse may be short or long term. The level of the physician's and other professionals' education who work with children on this issue is still not satisfactory. Various forms of preventive programs have been developed over the past few decades; but at the same time, the very important role of families and doctors in prevention of this kind of abuse is emphasized.

Descriptors: CHILD ABUSE – psychology, prevention and control; PARENT-CHILD RELATIONS; PHYSICIAN'S ROLE

Primljeno/Received: 11. 07. 2008.

Prihvaćeno/Accepted: 24. 04. 2009.