

UNIVERZITET U SARAJEVU – FILOZOFSKI FAKULTET

ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

ZAVRŠNI RAD

FAKTORI RIZIKA I POSLJEDICE ZLOSTAVLJANJA I ZANEMARIVANJA DJECE

Mentor: prof. dr. Enedina Hasanbegović-Anić

Student: Adna Tiro

Juli, 2024.

UNIVERSITY OF SARAJEVO – FACULTY OF PHILOSOPHY
DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

FINAL PAPER
RISK FACTORS AND CONSEQUENCES OF CHILD ABUSE AND NEGLECT

Mentor: prof. dr. Enedina Hasanbegović-Anić

Student: Adna Tiro

July, 2024.

Faktori rizika i posljedice zlostavljanja i zanemarivanja djece

Adna Tiro

Sažetak

Cilj ovog preglednog teorijskog rada je prikazati faktore rizika i posljedice zlostavljanja i zanemarivanja djece, kao i dokazano efikasne tretmanske i preventivne intervencije. Zlostavljanje i zanemarivanje djece predstavlja oblik kompleksne traume koja uključuje izlaganje djeteta višestrukim i dugotrajnim interpersonalnim i invazivnim traumatskim događajima. Zlostavljanje se posmatra kroz tri oblika: fizičko, emocionalno i seksualno, dok zanemarivanje može biti fizičko, medicinsko, emocionalno i edukativno. U radu su prikazane znanstvene spoznaje o rizičnim faktorima koji povećavaju vjerovatnoću zlostavljanja i zanemarivanja djece, te zaštitnim faktorima koji smanjuju rizik od ovih oblika lošeg postupanja prema djetetu. Rizični i zaštitni faktori uključuju karakteristike djeteta, roditelja, odnosa unutar obitelji i socijalne mreže te zajednice i društva. Nadalje, zlostavljanje i zanemarivanje ima mnogobrojne kratkoročne i dugoročne posljedice koje se javljaju na tjelesnom, neurološkom, kognitivnom, bihevioralnom, psihopatološkom i socio-emocionalnom planu. Stoga su znanstvenici uložili brojne napore kako bi, na temelju spoznaja o rizičnim i zaštitnim faktorima, razvili efikasne tretmanske i preventivne intervencije. Ovaj rad ima implikacije za buduća empirijska istraživanja, posebno na našim prostorima, s obzirom da daje detaljan pregled relevantnih teorijskih spoznaja iz ovog područja.

Ključne riječi: *zlostavljanje i zanemarivanje djece, faktori rizika, zaštitni faktori, posljedice, preventivne i tretmanske intervencije*

Risk Factors and Consequences of Child Abuse and Neglect

Adna Tiro

Abstract

The aim of this theoretical paper is to show the risk factors and consequences of child abuse and neglect, as well as proven effective treatment and preventive interventions. Child abuse and neglect is a form of complex trauma that involves exposing the child to multiple and long-term interpersonal and invasive traumatic events. Abuse is seen through three forms: physical, emotional and sexual, while neglect can be physical, medical, emotional and educational. The paper presents scientific knowledge about risk factors that increase the likelihood of child abuse and neglect, and protective factors that reduce the risk of these forms of child abuse. Risk and protective factors include characteristics of the child, parents, relationships within the family and social network, and the community and society. Furthermore, abuse and neglect have numerous short-term and long-term consequences that occur on the physical, neurological, cognitive, behavioral, psychopathological and socio-emotional levels. Therefore, scientists have made numerous efforts to develop effective treatment and preventive interventions, based on knowledge about risk and protective factors. This paper has implications for future empirical research, especially in our region, given that it provides a detailed overview of relevant theoretical knowledge in this area.

Keywords: *child abuse and neglect, risk factors, protective factors, consequences, preventive and treatment interventions*

SADRŽAJ:

1. UVOD	1
2. OBLICI ZLOSTAVLJANJA I ZANEMARIVANJA DJECE	3
3. RIZIČNI I ZAŠTITNI FAKTORI.....	11
3.1. Karakteristike djeteta.....	12
3.2. Karakteristike roditelja	13
3.3. Karakteristike odnosa unutar obitelji i socijalne mreže.....	15
3.4. Karakteristike zajednice i društva	17
4. KRATKOROČNE I DUGOROČNE POSLJEDICE	19
4.1. Fizičko zlostavljanje.....	19
4.2. Seksualno zlostavljanje	22
4.3. Emocionalno zlostavljanje	26
4.4. Zanemarivanje.....	30
5. TRETMAN I PREVENCIJA	34
5.1. Tretmanske intervencije	34
5.1.1. Tretman usmjeren na interakciju roditelj-dijete	35
5.1.2. Kognitivno-bihevioralna terapija usmjerena na traumu	35
5.1.3. Multisistemska terapija za zlostavljanu i zanemarivanu djecu.....	36
5.2. Preventivne intervencije	36
5.2.1. Prevencija usmjerena na obitelj.....	37
5.2.2. Prevencija usmjerena na školu	37
5.2.3. Prevencija usmjerena na zajednicu.....	38
6. ZAKLJUČCI	40
7. LITERATURA.....	42

1. UVOD

Zlostavljanje i zanemarivanje djece predstavlja necivilizacijsku, nehumanu i nemoralnu pojavu koja ima dugu historiju (Bilić i Zloković, 2004). Unatoč činjenici da postoje zakoni i međunarodne deklaracije o zaštiti djece u izvanrednim okolnostima, pojava nasilja u obitelji i nad djecom postoji i u vremenu vrhunskih znanstvenih dostignuća. Prema nalazima Istraživanja višestrukih pokazatelja 2011-2012 (UNICEF, 2020), 55% djece u BiH u dobi od dvije do 14 godina bilo je podvrgnuto nekom obliku nasilnog disciplinovanja, dok je 40% djece pretrpjelo fizičko kažnjavanje, a 42% psihološku agresiju. Nadalje, u Bosni i Hercegovini ne postoje sveobuhvatni i pouzdani podaci o nasilju nad djecom. Nadležne institucije prikupljaju podatke iz različitih izvora, s obzirom da ne postoji objedinjeni pristup prikupljanju podataka za izradu sveobuhvatne analize o ovoj problematici. Jedno od rijetkih istraživanja u BiH koje se bavilo temom nasilja nad djecom provedeno je u okviru projekta Balkansko-epidemiološka studija o zlostavljanju i zanemarivanju djece, realizovanog od septembra 2009. godine do januara 2013. godine na području devet država Balkana. Podaci o prevalenciji su ukazali da je najveći broj djece (72,48%) doživio neki od oblika psihičkog nasilja, dok je 67,55% djece doživjelo fizičko nasilje. Nadalje, utvrđeno je da je 48,04% djece doživjelo iskustvo zanemarivanja, a neki oblik seksualnog nasilja (unutar i van porodice) je doživjelo 18,63% djece (Zečević, 2018). Statistički podaci o nasilju u obitelji pokazuju da je ukupan broj prijavljenih slučajeva nasilja od 2006. godine do 2015. godine na području Federacije BiH iznosio 14.386, a ukupan broj žrtava koje su smještene u Sigurne kuće iznosio je 2.814 (Gender Centar FBiH, 2016). Prema nezvaničnim podacima iz Sigurne kuće na području Kantona Sarajevo ukupan broj žrtava koje su smještene u Sigurnu kuću od 2000. do 2022. godine je 2272, od čega je 818 žena, 1078 djece i 376 djevojaka. Broj djece koja su smještena u Sigurnu kuću upućuje na relevantnost ove teme i potrebu ulaganja većih napora za sprečavanje zlostavljanja i zanemarivanja u djetinjstvu.

Nalazi istraživanja pokazuju da izloženost zlostavljanju i zanemarivanju u djetinjstvu ometa zdrav razvoj i dovodi do nepredvidih, negativnih kratkoročnih i dugoročnih ishoda. Pretpostavka je da izloženost zlostavljanju i zanemarivanju stvara negativan učinak na dječju emocionalnu prilagodbu i prilagodbu ponašanja. Širok raspon dječjih razvojnih ishoda ugrožen je izloženošću zlostavljanju i zanemarivanju, uključujući socijalno, emocionalno, bihevioralno, kognitivno i opće zdravstveno funkcioniranje (Wolfe i sur., 2003). Istraživači su dokumentirali povećane

razine internaliziranih i eksternaliziranih ponašanja, smanjenu socijalnu kompetenciju, probleme prilagodbe, nisko samopoštovanje, probleme u ponašanju, emocionalne probleme, strah i brigu, povećanu agresiju i posttraumatski stres (Fantuzzo i sur., 1991; Graham-Bermann i Levendosky, 1998; Graham-Bermann, 1996; Jaffe i sur., 1986; Kolbo, 1996; McCloskey i sur., 1995).

Iako se izloženost zlostavljanju i zanemarivanju smatra faktorom rizika za dječji razvoj, na neku djecu ovi oblici lošeg postupanja prema djetetu ne ostavljaju značajne posljedice (Geffner i sur., 2003a; Humphreys, 1993; Kerig, 2003; prema Letourneau, Fedick i Willms, 2007). Dakle, važno je uzeti u obzir i zaštitne faktore koji štite djecu od negativnih kratkoročnih i dugoročnih ishoda povezanih sa izloženošću zlostavljanju i zanemarivanju, kako bi se buduće intervencije mogle usmjeriti na njih, te kako bi se što više povećao broj takvih zaštitnih faktora u životima djece, a smanjio broj rizičnih faktora.

U skladu s navedenim, cilj ovog rada je prikazati faktore rizika i posljedice zlostavljanja i zanemarivanja djece, kao i dokazano efikasne tretmanske i preventivne intervencije. Na temelju teorijskih spoznaja i pregleda savremenih istraživanja, u ovom radu nastojat će se odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Koji su oblici i karakteristike zlostavljanja i zanemarivanja djece?
2. Koji su to rizični, a koji zaštitni faktori povezani sa zlostavljanjem i zanemarivanjem djece?
3. Kako zlostavljanje i zanemarivanje utječe na razvoj tokom djetinjstva i adolescencije, te kakve posljedice ostavlja u odrasloj dobi?
4. Koje su efikasne tretmanske i preventivne intervencije?

2. OBLICI ZLOSTAVLJANJA I ZANEMARIVANJA DJECE

Zlostavljanje i zanemarivanje je oblik kompleksne traume koja predstavlja izloženost djece višestrukim ili dugotrajnim traumatskim događajima koji su često invazivne i interpersonalne prirode (Williams-Mbengue, 2016; prema Tuće i sur., 2021). Iako ne postoji univerzalno prihvaćena definicija zlostavljanja i zanemarivanja djece, Helfer (1981; prema Ammerman i sur., 1986; str. 383) nudi sljedeću definiciju: „Zlostavljanje i zanemarivanje sastoje se od bilo kakve interakcije ili nedostatka interakcije između njegovatelja i djeteta što rezultira oštećenjem djetetovog fizičkog ili razvojnog stanja“. Također, Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja (2003; str. 1) navode jednu općeprihvaćenu definiciju: „Zlostavljanje u najširem smislu obuhvaća fizičko i emocionalno povređivanje, seksualno zlostavljanje i nemaran postupak ili maltretiranje djece ispod 18 godina od strane osoba koje su odgovorne za djetetov razvoj“. Često se pretpostavlja da je zlostavljanje djece ograničeno na tjelesne povrede, ali zlostavljanje uvijek uključuje i zanemarivanje djeteta (Bilić i Zloković, 2004).

Zlostavljanje djece posmatra se kroz tri osnovna oblika: fizičko, emocionalno i seksualno zlostavljanje (Bilić i Zloković, 2004). Također, kao još jedan oblik lošeg postupanja prema djetetu izdvaja se i zanemarivanje koje može biti fizičko, emocionalno, medicinsko i edukativno.

Fizičko zlostavljanje

Često su prisutna vjerovanja da djecu treba tući kako bi naučila šta je dobro, a šta nije, ili je moguće čuti izjave poput „batina je iz raja izašla i nikome ne škodi“. Takva i slična vjerovanja razlog su zbog kojeg roditelji probleme s djecom rješavaju fizičkim kažnjavanjem, a okolina ne intervenira jer smatra da je to pravo roditelja i da oni najbolje znaju šta rade i šta je najbolje za njihovo dijete. Pored toga, u različitim sredinama stav društva je da su odgoj i primijenjene metode odgoja isključivo privatna stvar obitelji, tj. roditelja (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003). Historijski gledano, fizičko kažnjavanje prvi put spominju Kempe i suradnici 1962. godine u publikaciji „*Sindrom pretučenog djeteta*“ („*The battered child syndrome*“), a kasnije je prihvaćen mnogo širi termin, *sindrom maltretiranog djeteta* (eng. *The maltreated child syndrome*) (Fontana i sur., 1963). Sindrom pretučenog djeteta, posebno ekstreman ishod fizičkog zlostavljanja, odnosi se na slučajeve u kojima mala djeca imaju višestruke modrice, ozljede

kostiju i glave, često praćene pothranjenošću i zanemarivanjem, te izraženom tjeskobom, a čiji roditelji poriču odgovornost za te ozljede (Kempe i sur., 1962).

Definicije fizičkog zlostavljanja vrlo su različite. U najširem smislu fizičko zlostavljanje obuhvaća nanošenje ozljeda djetetu fizičkim putem. Najčešće korištena definicija je ona koja uključuje „*aktivnosti prema osobi mlađoj od 18 godina, a koje rezultiraju rizikom za ozbiljno povrjeđivanje, smrt ili teške fizičke posljedice izazvane od osoba koje su odgovorne za zaštitu djeteta mlađeg od 18 godina*“ (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003; str. 37). Fizičko zlostavljanje može se manifestirati na mnogo načina. To su: guranje, šamaranje, udaranje šakama, nogama ili predmetima, bacanje i drugi grubi i okrutni fizički napadi na dijete (Bilić i Zloković, 2004). Također, oblikom fizičkog zlostavljanja smatra se i onemogućavanje djeteta da slobodno konzumira hranu, piće, onemogućavanje mirnog sna, zatvaranje u mračne ili neudobne prostorije, kao i uništavanje djetetovih ličnih stvari (Benokraitis, 2002; str. 370-379; prema Bilić i Zloković, 2004).

Uz iznimku emocionalnog zlostavljanja, fizičko zlostavljanje je najrašireniji oblik zlostavljanja djece (Carr, 2015). Stopa prevalencije varira ovisno o istraživanju, tako, na primjer, prema U.S. Department of Health and Human Services (2008; prema Barnett i sur., 2010) stopa prevalencije za fizičko zlostavljanje iznosi 16,1%, dok su Stoltenborgh i sur. (2011, 2012, 2013a, 2013b; prema Carr, 2015) utvrdili stopu prevalencije od 22,6%. Istraživanja pokazuju da su i dječaci i djevojčice jednako izloženi fizičkom zlostavljanju, a kada je u pitanju dob najveći rizik zlostavljanja je za djecu između četvrte i osme godine života (Whitman, 2002; prema Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003). Postoji visoka razina komorbiditeta za fizičko zlostavljanje i zanemarivanje. To je vjerovatno zato što su neki uobičajeni kontekstualni faktori rizika povezani s obje vrste lošeg postupanja prema djetetu (Carr, 2015). Fizičko zlostavljanje može biti unutar obitelji ili u ustanovi, a može se dogoditi samostalno ili u kombinaciji sa seksualnim zlostavljanjem, zanemarivanjem ili emocionalnim zlostavljanjem. Počinitelji fizičkog zlostavljanja ne moraju biti samo punoljetne osobe, te to nisu samo one osobe koje fizički povrjeđuju dijete, već i one koje ozljeđivanje nisu spriječile. Bitno je da postoji nesrazmjer u moći između počinitelja i žrtve (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003).

Seksualno zlostavljanje

„Seksualnim zlostavljanjem djeteta smatraju se različiti slučajevi i svaka radnja kojom odrasli nagovaraju ili prisiljavaju djecu da sudjeluju u nekoj seksualnoj aktivnosti ili ih nagovaraju na spolni čin radi zadovoljavanja svojih seksualnih potreba ili ekonomskih interesa (npr. dječija pornografija)“ (Benokraitis, 2002; prema Bilić i Zloković, 2004; str. 378). Za određivanje seksualnog zlostavljanja važno je procijeniti da li je došlo do traumatskog djelovanja na dijete, jer takvo djelovanje nemaju svi seksualni susreti. Naime, traumatsko djelovanje je pod utjecajem značenja nekog postupka za dijete, a to se može mijenjati kako dijete napreduje kroz razvojne faze. Seksualno zlostavljanje ne mora uvijek biti traumatizirajuće, ali ostavlja dijete s kognitivnim distorzijama i problematičnim uvjerenjima (npr. „Uredu je dirati druge, jer to izaziva ugodu“) (Faller, 1993; prema Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003).

Prema podacima Vijeća Europe, svako peto dijete je seksualno zlostavljano (Council of Europe, bez datuma). Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink i Ijzendoorn (2015; prema Simon i sur., 2020) utvrdili su da je ukupna procijenjena stopa prevalencije za seksualno zlostavljanje 12,7%, od toga 7,6% među dječacima i 18% među djevojčicama. Barth i sur. (2013; prema Carr, 2015) su otkrili da su teži oblici seksualnog zlostavljanja manje zastupljeni, te da je više djevojčica nego dječaka seksualno zlostavljano. U meta-analizi 65 studija iz 22 zemlje, Pereda, Guilera, Forns i Gomez-Benito (2009; prema Simon i sur., 2020) pronašli su najviše stope prevalencije seksualnog zlostavljanja u Africi (34,4%), a najniže u Europi (9,2%).

Prosječna dob seksualno zlostavljane djece i adolescenata je devet godina. Dječaci su obično zlostavljani u starijoj dobi, češće su zlostavljani izvan obitelji, tj. od zlostavljača koji zlostavljaju i drugu djecu. Najranjivija je dob između 7. i 13. godine i za djevojčice i za dječake (Finkelhor i Baron, 1986; prema Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003). Najčešće je zlostavljač neko kome dijete vjeruje i koga dobro poznaje. Kad se seksualno zlostavljanje događa između krvnih srodnika, naziva se incestom (Briere, 1996; prema Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003). U kliničkim uzorcima roditeljske figure čine oko trećinu svih seksualnih zlostavljača, a ostali srodnici oko polovinu. I u kliničkim i u nekliničkim uzorcima većina seksualnih zlostavljača su muškarci, iako dječaci imaju veće šanse od djevojčica da budu zlostavljani od strane žena (Finkelhor, 1994; prema Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003).

Seksualno zlostavljanje djeteta često se javlja u interakciji sa drugim oblicima zlostavljanja i zanemarivanja, ali postoje različite nedoumice šta se sve smatra seksualnim zlostavljanjem. Bilić i Zloković (2004) navode neposredne oblike seksualnog zlostavljanja i neprimjerena i nemoralna ponašanja odraslih prema djeci koja se također smatraju seksualnim zlostavljanjem. U neposredne oblike seksualnog zlostavljanja spada vaginalni ili analni spolni odnos s djetetom, prakticiranje oralnog seksa s djetetom, ekshibicionističko ponašanje pred ili s djetetom, prisiljavanje djeteta na pokazivanje svojih spolnih organa, dodirivanje ili milovanje djetetovih genitalija, prisiljavanje ili nagovaranje djeteta da dodiruje genitalije odrasle osobe, zloupotreba djeteta u pornografiji i poticanje dječije prostitucije. U neprimjerena i nemoralna ponašanja odraslih spada prakticiranje seksa pred djetetom, prikazivanje ili izlaganje djece pornografskim snimkama, knjigama, neprimjerenim pričama, časopisima i drugim sličnim sadržajima, prisustvovanje djeteta masturbiranju odrasle osobe, verbalno poticanje djeteta na nemoralno ponašanje i izlaganje djeteta lascivnim radnjama. Faller (1993; prema Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003) navodi sljedeće kategorije seksualnog zlostavljanja djece: seksualne aktivnosti bez kontakta, seksualne aktivnosti uz seksualni kontakt iznad ili ispod odjeće, seksualne aktivnosti uz penetraciju prstom ili objektom, oralni seks, penetracija penisom, dijadno seksualno zlostavljanje, grupni seks, seksualni prstenovi, seksualno iskorištavanje djece i ritualno zlostavljanje.

Emocionalno zlostavljanje

Kroz normalan emocionalni razvoj dijete ima šansu da nauči da ljudske osjećaje pokaže na socijalno prihvatljiv način. Ako su djeca žrtve emocionalnog zlostavljanja onda se javljaju problemi u pokazivanju emocija, u kontaktu s drugima, komunikaciji i odnosu prema samom sebi. Dakle, ugrožen je razvoj djece, a u određenim segmentima posljedice traju čitav život. Odrastanje je proces koji definira budućnost, te ukoliko u tom procesu odrastanja svijet odraslih ne odgovara i ne prihvaća djetetove potrebe razvija se čitav niz psihičkih problema. Ako svijet odraslih, uz neprihvatanje djetetovih potreba svojim postupcima, također povrjeđuje dijete, onda je riječ o emocionalnom zlostavljanju (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003). „*Emocionalno zlostavljanje u najširem smislu obuhvaća destruktivno ponašanje odraslih prema djetetu, što uključuje prisutnost neprijateljskog ponašanja i odsutnost pozitivnih pristupa*“ (Kocijan-Hercigonja, 1999; prema Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003; str. 3). Emocionalno

zlostavljanje općenito se odnosi na trajni ili ponavljani obrazac ponašanja koji čini dijete nesretnim, te ima potencijal utjecati na djetetovo samopoštovanje, razvoj, pogled na svijet i osjećaj pripadnosti (Royse, 2015). U literaturi se, umjesto emocionalnog zlostavljanja, ponekad upotrebljava naziv *psihološko zlostavljanje*, jer se smatra sveobuhvatnijim zbog toga što uključuje i kognitivnu i emocionalnu dimenziju zlostavljanja (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003).

Teško je definirati koliko je emocionalno ili psihičko zlostavljanje rašireno zbog njegove složenosti i činjenice da se u velikoj mjeri podudara s drugim oblicima zlostavljanja, ali se smatra da je ono daleko najrašireniji oblik zlostavljanja (Tuscic i sur., 2012). Prema Bilić i Zloković (2004) emocionalno zlostavljanje i život pod psihološkim terorom su često nepodnošljiviji od fizičkog zlostavljanja. Stoltenborgh i sur. (2011, 2012, 2013a, 2013b; prema Carr, 2015) utvrdili su stopu prevalencije od 36,3% za emocionalno zlostavljanje. Kada se uzmu u obzir stope prevalencije za emocionalno zlostavljanje moguće je primijetiti da je ta kategorija zlostavljanja djece daleko raširenija od fizičkog ili seksualnog zlostavljanja. Kako navodi Whitman (2002; prema Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003), najkritičnija dob za emocionalno zlostavljanje je od šeste do osme godine života.

Svi oblici emocionalnog zlostavljanja uključuju potrebu za apsolutnom kontrolom nad djetetom. Najčešći oblici emocionalnog zlostavljanja su: odbacivanje djetetovih potreba, teroriziranje ili tretiranje djeteta kontinuiranim verbalnim napadima 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 napadi i pritisak na dijete da brže odraste, što proizilazi iz roditeljskih potreba koje dijete ne može zadovoljiti zbog faze svog psihobiološkog razvoja (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003).

Brown (2002; prema Carr, 2015) navodi četiri razine emocionalnog zlostavljanja s obzirom na intenzitet, to su: manje teško, umjereno teško, teško i po život opasno emocionalno zlostavljanje. Kod manje teškog emocionalnog zlostavljanja povremeno dolazi do verbalnih napada, ponižavanja, traženja žrtvenog jarca i zbunjujuće obiteljske atmosfere. Kod umjereno teškog emocionalnog zlostavljanja česti su verbalni napadi, ponižavanje i povremeno odbijanje. Također, dijete može

svjedočiti povremenom nasilju u obitelji i opijanju roditelja. Kod teškog emocionalnog zlostavljanja često dolazi do odbijanja, povremenog uskraćivanja hrane i pića, prisilne izolacije i ograničenja kretanja. Dijete je čest svjedok obiteljskog nasilja i opijanja roditelja. Kod emocionalnog zlostavljanja opasnog po život često je odbacivanje, neodgajanje, uskraćivanje hrane i pića, prisilna izolacija i ograničenje kretanja. Također, roditelji teroriziraju i zatvaraju dijete, a ono često svjedoči roditeljskim psihotičnim epizodama.

Zanemarivanje

Važno je napraviti distinkciju između zlostavljanja i zanemarivanja. Fizičko, seksualno i emocionalno zlostavljanje se odnose na perzistentan, dugotrajan, pervazivan, aktivan i namjerno destruktivan obrazac interakcije s djetetom, a zanemarivanje uključuje dugotrajno, pervazivno, pasivno i nenamjerno ignorisanje djetetovih potreba (Carr, 2015). Dok se zlostavljanje općenito shvaća u smislu „akta činjenja“, o zanemarivanju se gotovo uvijek govori u smislu „akta nečinjenja“. Drugim riječima, zanemarivanje se događa kada roditelj ili staratelj ne poduzmu nešto što bi bilo u najboljem interesu djeteta (Royse, 2015). Termin zanemarivanje odvojen je od termina zlostavljanje prije nekoliko decenija kao zasebna kategorija postupaka prema djetetu od osoba koje su odgovorne za njegov rast i razvoj, te ima različito značenje za različite ljude u ovisnosti od medicinskih, pravnih, psiholoških, socijalnih i drugih stavova. „*Zanemarivanje se može definirati kao nedostatak odgovarajuće brige i njege odraslih osoba prema djetetu, što bitno utječe na djetetov normalni fizički i psihički razvoj*“ (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003; str. 65), a može početi već tokom trudnoće kada majka svojim postupcima, ponašanjem, hranjenjem i neadekvatnim odnosom prema nerođenom djetetu negativno utječe na djetetov razvoj (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003).

Razlikujemo fizičko, emocionalno, zdravstveno i edukativno zanemarivanje. *Fizičko zanemarivanje* uključuje nezaštićivanje djeteta od povreda, opasnosti, nezadovoljenje njegovih osnovnih potreba i slično. *Emocionalno zanemarivanje* obuhvata pasivan ili agresivan stav odraslih prema djetetovim emocionalnim potrebama, a definicija ovisi o kulturalnim stavovima (npr. u nekim sredinama je obavezno da se dijete hrani svaka četiri sata bez obzira na njegove potrebe). *Zdravstveno ili medicinsko zanemarivanje* uključuje roditeljske postupke ili postupke odraslih pri čemu se ne vodi računa o djetetovoj zdravstvenoj zaštiti, potrebi konzultacija sa doktorom i slično. Pored toga, navodi se i *mentalno-zdravstveno zanemarivanje* koje se odnosi na

uskraćivanje potrebnih tretmanskih intervencija onda kada dijete ima ozbiljne emocionalne probleme ili probleme u ponašanju. *Edukativno zanemarivanje* uključuje čitav niz aktivnosti u kojima roditelji ne surađuju sa školom, ne pružaju pomoć djetetu u učenju, ne osiguravaju osnovni školski pribor i slično. Također, još jedan oblik zanemarivanja je i *zanemarivanje djece s posebnim potrebama*, koji može uključivati sljedeće situacije: kada roditelji ne prihvaćaju djetetove specijalne potrebe, odbijajući savjete i bilo kakvu pomoć, te kada prihvaćaju medicinsku pomoć za svoje dijete, ali ne i edukativnu (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003). Spominje se i takozvano *okolinsko zanemarivanje* koje je karakterizirano nedostatkom sigurnosti u okolini, nedostatkom materijalnih sredstava za dijete i porodicu, te životom u kriminalnoj sredini (Ćorić i Buljan-Flander, 2008).

Istraživanja pokazuju da su stope prevalencije i učestalosti za zanemarivanje zaista visoke. Stoltenborgh i sur. (2011, 2012, 2013a, 2013b; prema Carr, 2015) utvrdili su stope prevalencije od 18,4% za emocionalno zanemarivanje i 16,3% za fizičko zanemarivanje. Istraživanja usmjerena na fenomen zanemarivanja djece provedena u Americi (prema Bilić i sur., 2012; prema Zečević, 2018) ukazuju da 35-60% svih oblika lošeg postupanja nad djecom čini zanemarivanje. Najčešće žrtve zanemarivanja su djeca mlađa od tri godine, dok je 40% smrtnih ishoda zbog zanemarivanja u dobi od dvije godine. Prema Istraživanju o iskustvima mladih u Bosni i Hercegovini vezanim za različite oblike nasilja i traumu u djetinjstvu (Letić i Ivanović, 2012; prema Zečević, 2018), o iskustvu zanemarivanja u obitelji je izvijestilo 27% ispitanika, pri čemu su kao oblike zanemarivanja navodili neadekvatnu brigu te neadekvatan i nepravovremen odgovor skrbnika na zadovoljenje njihovih potreba.

Kao i za emocionalno zlostavljanje, Brown (2002; prema Carr, 2015) navodi četiri razine zanemarivanja s obzirom na intenzitet, to su: manje teško, umjereno teško, teško i po život opasno zanemarivanje. Kod manje teškog zanemarivanja prisutno je povremeno uskraćivanje ljubavi i privrženosti, djetetova tjelesna težina je blizu trećeg centila bez organskog uzroka, prisutan je određeni zastoje u razvoju, a higijena je loša. Kod umjereno teškog zanemarivanja prisutno je često uskraćivanje ljubavi i privrženosti, neorganski uslovljen neuspjeh u dobivanju na tjelesnoj težini; loša higijena, te nesposobnost roditelja da adekvatno brinu o djetetu zbog vlastitih psihičkih problema. Kod teškog zanemarivanja roditelj je često nedostupan djetetu, dijete se povremeno ostavlja samo, prisutan je neorganski uslovljen neuspjeh u napredovanju,

javlja se jak pelenski osip s kožnim lezijama, a česte su i značajne epizode duševne bolesti roditelja. Kod zanemarivanja opasnog po život, roditelj je trajno odsutan, dijete se često ostavlja samo, postoji neorganski uslovljen neuspjeh u napredovanju, a dijete je često bolesno i ima infekcije zbog loše higijene.

3. RIZIČNI I ZAŠTITNI FAKTORI

Faktori rizika predstavljaju svako stanje ili okolnosti koje povećavaju vjerovatnoću da će se razviti određeni psihopatološki fenomen (Wenar, 2003). Carr (2015) pravi distinkciju između predisponirajućih, precipitirajućih i održavajućih ličnih i kontekstulanih faktora rizika. Predisponirajući faktori rizika stvaraju vulnerabilnost za razvoj psihopatoloških fenomena, precipitirajući faktori rizika potiču razvoj poremećaja, a održavajući faktori rizika pridonose zadržavanju psiholoških problema nakon što se oni razviju. S druge strane, zaštitni faktori predstavljaju faktore koji potiču ili održavaju zdrav razvoj (Wenar, 2003). Ovi faktori imaju implikacije za prognozu i odgovor na tretman, te ih je moguće svrstati u dvije kategorije: lične i kontekstualne. Lični faktori se odnose na biološke i psihološke karakteristike djeteta, a kontekstualni faktori se odnose na karakteristike djetetovog psihosocijalnog okruženja (Carr, 2015). Zaštitni faktori mogu pojedincima pružiti resurse za suočavanje i podršku koja im pomaže u prevladavanju poteškoća koje su se dogodile ranije u životu. Kada su zaštitni faktori prisutni tokom ključnih faza razvoja, kao što je adolescencija, oni mogu pomoći u određivanju hoće li pojedinci koji su bili zlostavljani u djetinjstvu, izrasti u zdrave, dobro prilagođene mlade odrasle osobe (Kuper i Turanovic, 2020).

Zlostavljanje i zanemarivanje djece nije rezultat djelovanja jednog rizičnog faktora (Carr, 2015). Naime, čini se da složena interakcija lične historije, osobina ličnosti i demografskih faktora s društvenim i okolinskim utjecajima dovodi do zlostavljanja i zanemarivanja djece (King i Chalk, 1998). Potencijalni rizični i zaštitni faktori zajedno s karakteristikama zlostavljanja određuju kratkoročne i dugoročne učinke zlostavljanja na djetetovu prilagodbu i rizik od ponovnog zlostavljanja (Carr, 2015). Također, bolje razumijevanje rizičnih i zaštitnih faktora koji su relevantni u određenoj obitelji i redosljeda u kojem se pojavljuju, može biti važno za odabir najprikladnije intervencije i izradu individualnih tretmanskih planova. Takve su informacije važne u razvoju teorijske osnove za intervencije usmjerene na promicanje otpornosti nakon zlostavljanja i zanemarivanja djece (Afifi i MacMillan, 2011; King i Chalk, 1998).

Rizični i zaštitni faktori povezani sa zlostavljanjem i zanemarivanjem djece uključuju karakteristike djeteta, karakteristike roditelja, karakteristike odnosa unutar obitelji i socijalne mreže, te karakteristike zajednice i društva (World Health Organization, 2022).

3.1. Karakteristike djeteta

Lične karakteristike djeteta mogu povećati rizik od zlostavljanja i javljanja dugoročnih problema prilagodbe. Sljedeće karakteristike mogu biti faktori rizika za zlostavljanje i zanemarivanje: prijevremeno rođenje, niska porođajna težina, ustrajno plakanje ili prisustvo abnormalnih fizičkih karakteristika, zaostajanje u razvoju, česte bolesti, težak temperament, prkos i agresivnost, prisustvo intelektualnog onesposobljenja ili neuroloških poremećaja, djeca koja su neželjena ili ne ispunjavaju očekivanja roditelja, te adolescenti koji sebe prepoznaju kao lezbejke, homoseksualce, biseksualce ili transrodne osobe (Carr, 2015; World Health Organization, 2022). Dalje, važan faktor rizika je i dob djeteta. Kada je u pitanju fizičko i emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje, pod povećanim rizikom su djeca mlađa od pet godina, dok su najčešće žrtve seksualnog zlostavljanja starije adolescentice (Carr, 2015). Važno je uzeti u obzir i spol djeteta. Dječaci su izloženi većem riziku za fizičko zlostavljanje nego djevojčice, dok su djevojčice pod većim rizikom za seksualno zlostavljanje (Barnett i sur., 2010). Također, Barnett i sur. (2010) kao još jedan faktor rizika navode i rasnu pripadnost. Prema U.S. Department of Health and Human Services (2008; prema Barnett i sur., 2010), 19.1% afroameričke i 19.9% azijske djece je bilo fizički zlostavljano, u poređenju sa 15.1% bijele i hispanске djece.

Karakteristike djeteta koje povećavaju rizik za seksualno zlostavljanje su specifične te uključuju: nesposobnost samozaštite, nedostatak fizičke snage, fizičku onesposobljenost, nedostatak razumijevanja zbog rane dobi ili intelektualne onesposobljenosti, uvjerenje djece da bi trebala slušati odrasle, strah za ličnu sigurnost, strah od raspada obitelji nakon razotkrivanja seksualnog zlostavljanja, potrebu za nagradama ili mitom od zlostavljača zbog manjka podrške ili pozitivnih odnosa, osjećaj intenzivne krivnje povezan s uvjerenjem djece da su odgovorna za zlostavljanje, nisko samopoštovanje, eksternalni lokus kontrole, nisku samoefikasnost, disfunkcionalne strategije suočavanja (npr. negiranje i poricanje seksualnog zlostavljanja), nedostatak socijalnih vještina, često korištenje interneta, zloupotrebu psihoaktivnih supstanci i delinkventno ponašanje (Carr, 2015; Simon i sur., 2020). Također, Murray i sur. (2014) navode da su djeca koja žive na ulici pod povećanim rizikom za seksualno zlostavljanje, s obzirom da mogu biti prisiljena na prostituciju u zamjenu za sklonište, hranu, novac ili drogu.

S druge strane, karakteristike djeteta koje predstavljaju zaštitne faktore uključuju: dobro tjelesno zdravlje, izostanak neuroloških oštećenja, te fizičkih i intelektualnih onesposobljenosti, prikladan

socijalni i emocionalni razvoj, mlađu dob, visoku inteligenciju, lagan temperament, pozitivne osobine ličnosti (emocionalna stabilnost, ekstravertiranost, savjesnost, ugodnost), visoko samopoštovanje, unutrašnji lokus kontrole, visoku samoeфикаsnost, optimističan atribucijski stil, adaptivne strategije suočavanja, zrele obrambene mehanizme, dobre vještine rješavanja problema, sposobnost sklapanja i održavanja prijateljstava, dobro razvijene sposobnosti samozaštite i fizičku snagu (Carr, 2015; Sprague-Jones i sur., 2019). Meng i sur. (2018) su pokazali da sposobnost samokontrole, samoregulacije, emocionalne regulacije i socijalne kompetencije predstavljaju zaštitne faktore povezane sa adaptivnim funkcioniranjem i rezilijencijom nakon izloženosti zlostavljanju i zanemarivanju u djetinjstvu. Nadalje, Jonzon i Lindblad (2006) su pokazali da je samopoštovanje najvažniji prediktor zdravlja nakon izloženosti seksualnom zlostavljanju, što ukazuje na njegovu važnost u kliničkoj praksi. Također, zlostavljana djeca koja pokazuju višu razinu inteligencije u adolescenciji manje će ispoljavati nasilno ponašanje, simptome depresije i nisko samopoštovanje u ranoj odrasloj dobi (Kuper i Turanovic, 2020).

Na koncu, važno je imati na umu da, bez obzira kakve karakteristike posjeduju, djeca nikada nisu odgovorna ili kriva za zlostavljanje i zanemarivanje kojem su izložena (World Health Organization, 2022).

3.2. Karakteristike roditelja

Karakteristike roditelja nose sa sobom brojne faktore rizika, te je njihovo poznavanje važno za prevenciju i redukciju zlostavljanja i zanemarivanja djece (Mulder i sur., 2018). Dob roditelja je jedna od karakteristika koja predstavlja faktor rizika. Mladi roditelji češće zlostavljaju svoju djecu od starijih roditelja. Kada je u pitanju spol, mnoga istraživanja pokazuju da fizičko zlostavljanje i zanemarivanje češće vrše žene, dok seksualno zlostavljanje češće vrše muškarci. Također, roditelji koji su i sami kao djeca iskusili zlostavljanje i/ili zanemarivanje, skloniji su zlostavljanju vlastite djece. Nadalje, psihički poremećaji, uključujući depresiju, granični poremećaj ličnosti i zloupotrebu psihoaktivnih supstanci, češći su među roditeljima zlostavljačima. Ti su poremećaji povezani s niskim samopoštovanjem, niskom samoeфикасноšću, eksternalnim lokusom kontrole, nezrelim obranama i disfunkcionalnim strategijama suočavanja. Dvije najvažnije komponente ovih psiholoških poremećaja su loša emocionalna regulacija i slaba sposobnost empatije, te upravo one povećavaju rizik za zlostavljanje djece (Carr, 2015). Također, Buljan Flander i sur. (2009) otkrili su da su smetnje doživljavanja i ponašanja kod roditelja faktor

rizika za fizičko, emocionalno i seksualno zlostavljanje i zanemarivanje djece. Pokazano je da su adolescenti, kojima barem jedan od roditelja pokazuje smetnje doživljavanja i ponašanja (prisustvo psihičke bolesti i/ili alkoholizma), bili izloženiji fizičkom, emocionalnom i seksualnom zlostavljanju i zanemarivanju u obitelji. Osim toga, ti su se adolescenti osjećali usamljenije u domeni društvenih odnosa i odnosa u obitelji.

Dodatne karakteristike roditelja koje predstavljaju faktore rizika uključuju: nerealna očekivanja o razvoju djeteta ili nedostatak svijesti o razvojnim potrebama djeteta, nesiguran stil privrženosti, slabe vještine samoregulacije, disfunkcionalni atribucijski stil, kognitivne distorzije i disfunkcionalna uvjerenja, teškoće u uspostavljanju emocionalne veze s novorođenčeta, izostanak brige o djetetu, slaba kontrola impulsa, prisustvo neurološkog oboljenja, sudjelovanje u kriminalnim aktivnostima, finansijske teškoće i nizak stepen obrazovanja (Carr, 2015; Murray i sur., 2014; World Health Organization, 2022). Također, samohrano roditeljstvo može biti jedan od faktora rizika. Sedlak i sur. (2010; prema Barnett i sur., 2010) pronašli su najveće stope zlostavljanja djece među samohranim roditeljima koji imaju izvanbračnog partnera. Kada je u pitanju emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje, najvažniji faktor rizika su posljedice lošeg iskustva rane privrženosti (Carr, 2015).

Pored prethodno navedenih, postoje specifične karakteristike roditelja koje povećavaju rizik za seksualno zlostavljanje, a one uključuju: motivaciju za zlostavljanje (kongruentno uvjerenje da odrasli mogu zlostavljati djecu, tj. kroz zlostavljanje zadovoljavaju određenu emocionalnu potrebu, percipiranje djece seksualno uzbudljivom, blokiran pristup odraslim partnerima), sposobnost prevladavanja unutrašnjih inhibicija, tj. zlostavljač mora imati strategiju za neutraliziranje uvjerenja da je seksualno zlostavljanje djeteta protuzakonito i da može dovesti do negativnih posljedica za zlostavljača i dijete (konzumacija alkohola i droga, kognitivne distorzije i opravdanja, visoka razina impulzivnosti, intelektualna onesposobljenost, psihoza, demencija) i sposobnost prevladavanja vanjskih inhibicija, tj. vanjskih faktora koji bi mogli spriječiti zlostavljanje (sposobnost prepoznavanja prilika, korištenje položaja i moći za stvaranje prilika, korištenje prisile za savladavanje otpora) (Carr, 2015).

S druge strane, karakteristike roditelja koje predstavljaju zaštitne faktore uključuju: dobru roditeljsku prilagodbu, sposobnost empatije, realna očekivanja o razvoju djeteta i poznavanje razvojnih potreba djeteta, unutrašnji lokus kontrole, visoko samopoštovanje, visoku

samoefikasnost, siguran stil privrženosti, optimističan atribucijski stil, funkcionalne strategije suočavanja, zrele obrambene mehanizme, dobre vještine rješavanja problema i komunikacije, dobre roditeljske vještine, zaposlenje roditelja i veći nivo obrazovanja (Barnett i sur., 2010; Carr, 2015; Li i sur., 2011). Atzl i sur. (2019) su pronašli da su sposobnost suočavanja sa stresom i pozitivna iskustva i utjecaji iz djetinjstva, uključujući pozitivne roditeljske odnose, te fizičku i verbalnu ljubav, karakteristike roditelja koje su povezane sa rezilijentnijim ishodima kod djece. Također, razumijevanje problema, spremnost na promjenu, prihvaćanje brige i suradnja ističu se kao zaštitni faktori, s obzirom da potiču ponašanje roditelja prema traženju pomoći (Carr, 2006; Thoburn i sur., 1995; prema Rijbroek i sur., 2019).

3.3. Karakteristike odnosa unutar obitelji i socijalne mreže

Karakteristike odnosa unutar obitelji koje povećavaju rizik za zlostavljanje i zanemarivanje uključuju faktore vezane uz odnos roditelj-dijete i faktore vezane uz bračni odnos roditelja. Rizični faktori vezani uz odnos roditelj-dijete uključuju: nesigurnu privrženost roditelj-dijete, roditeljsko pripisivanje negativnih namjera djetetu, prisilnu interakciju roditelj-dijete, nedosljednu roditeljsku disciplinu i fizičko kažnjavanje djeteta (Carr, 2015; Barnett i sur., 2010). Odnos roditelj-dijete u slučajevima fizičkog zlostavljanja obično je konfliktan. Kada je u pitanju zanemarivanje, prisutna je niska razina bilo kakve razmjene između djeteta i roditelja, a u slučaju emocionalnog zlostavljanja prisutna je visoka razina negativne razmjene. Nadalje, postoje specifični obiteljski faktori koji povećavaju rizik za seksualno zlostavljanje, a oni uključuju: nedostatak nadzora koji stvara prilike za seksualno zlostavljanje, nezaštitnički ili nepodržavajući odnos s roditeljem koji ne zlostavlja (zbog bolesti, depresije i drugih ranjivosti), haotičnu obiteljsku organizaciju i bračno nezadovoljstvo (u slučajevima incesta otac-kćerka) (Carr, 2015). S druge strane, središnji zaštitni faktori odnosa roditelj-dijete su sigurna privrženost roditelj-dijete i autoritativno roditeljstvo, posebno ako se javljaju u kontekstu fleksibilne obiteljske strukture u kojoj postoji jasna komunikacija, dobro rješavanje problema i visoko zadovoljstvo u odnosu, a oba roditelja dijele zadatke i odgovornosti oko brige o djeci. Kada je u pitanju seksualno zlostavljanje, dodatni zaštitni faktor u kontekstu odnosa roditelj-dijete je da roditelj koji nije zlostavljač podržava dijete i zahtijeva od počinitelja da napusti dom i uključi se u liječenje (Carr, 2015). Također, u zaštitne faktore odnosa roditelj-dijete ubrajaju se i postojanje kućnih pravila, adekvatan nadzor djeteta, zdrava i pozitivna iskustva u ranom djetinjstvu, obiteljska kohezija, senzitivno roditeljstvo i svakodnevna uključenost u aktivnosti djeteta

(Barnett i sur., 2010; Iwaniec i sur., 2006; Meng i sur., 2018; Younas i Gutman, 2023). Rizični faktori vezani uz bračni odnos roditelja uključuju: poteškoće u odnosu, slabe komunikacijske vještine, loše vještine rješavanja problema, nesigurnu privrženost u intimnim vezama, poteškoće s moći i intimnošću, partnere koji jedno drugome pripisuju negativne namjere, negativan obrazac interakcije, triangulaciju i odsutnost oca (Carr, 2015).

Još jedan faktor rizika je obiteljsko nasilje. McGuigan i Pratt (2001) su pronašli statistički značajnu vezu između obiteljskog nasilja i fizičkog zlostavljanja, emocionalnog zlostavljanja i zanemarivanja djece. Obiteljsko nasilje tokom prvih šest mjeseci odgoja djeteta je utrostručilo vjerovatnoću fizičkog i emocionalnog zlostavljanja i zanemarivanja tokom prvih pet godina djeteta. Također, odrastanje u proširenoj obitelji, raspad obitelji, prisustvo očuha i mnogočlane obitelji su faktori rizika za zlostavljanje i zanemarivanje djece (Iwaniec i sur., 2006; Liel i sur., 2020; Simon i sur., 2020). S druge strane, karakteristike bračnog odnosa roditelja koje djeluju kao zaštitni faktor su: visoko zadovoljstvo vezom, dobre komunikacijske vještine, dobre vještine rješavanja problema, podrška partnera i uključenost oca u brigu oko djeteta (Austin i sur., 2020; Carr, 2015). Nadalje, utvrđeno je da jaka obiteljska privrženost u adolescenciji smanjuje vjerovatnoću depresivnih simptoma i niskog samopoštovanja u ranoj odrasloj dobi. S obzirom na to, intervencijski programi za zlostavljajuću djecu bi trebali poticati zdrave odnose s obitelji i usmjeriti se na kognitivni i emocionalni razvoj djece, te bi trebali uključivati i obitelj i školu (Kuper i Turanović, 2020).

Karakteristike socijalne mreže koje povećavaju rizik za zlostavljanje i zanemarivanje su: nedostatak mreže socijalne podrške, loš odnos s proširenom obitelji, visok obiteljski stres, socijalno nepovoljno stanje, prenatrpan stambeni prostor i socijalna izolacija (Carr, 2015). S druge strane, karakteristike socijalne mreže koje mogu djelovati kao zaštitni faktori su: dobra mreža socijalne podrške, nizak obiteljski stres, dostupnost kvalitetnog predškolskog odgoja, financijska stabilnost, podržavajuće obiteljsko okruženje, podrška proširene obitelji, pozitivni odnosi s vršnjacima, braćom i sestrama te odraslim osobama izvan nasilnog okruženja i emocionalna podrška (Barnett i sur., 2010; Carr, 2015; Counts i sur., 2010; Iwaniec i sur., 2006). Jonzon i Lindblad (2006) su pronašli da je dostupnost resursa, posebno dostupnost socijalne podrške, važna za zdravstvene ishode kod djece.

3.4. Karakteristike zajednice i društva

Karakteristike zajednice i društva koje mogu povećati rizik za zlostavljanje i zanemarivanje djece uključuju: rodnu i socijalnu nejednakost, nedostatak odgovarajućeg stambenog smještaja ili usluga za podršku obiteljima, visok nivo nezaposlenosti, siromaštvo, laku dostupnost droga i alkohola, neadekvatne politike i programe za sprečavanje zlostavljanja i zanemarivanja djece, socijalne i kulturalne norme koje promiču nasilje, podržavaju upotrebu fizičkog kažnjavanja ili umanjuju status djeteta u odnosu roditelj-dijete, socijalne, ekonomske, zdravstvene i obrazovne politike koje dovode do lošeg životnog standarda ili do socioekonomske nejednakosti, opasna susjedstva s visokom stopom kriminala i nasilja, nizak socioekonomski status i stalne selidbe (Dubowitz i Bennett, 2007; Simon i sur., 2020; World Health Organization, 2022). Naj snažniji prediktor zanemarivanja djece su ekonomske teškoće, odnosno pod najvećim rizikom su obitelji s niskim primanjima u kojima su roditelji nezaposleni. Također, ove porodice pokazuju nisku razinu integracije u zajednicu i nisku razinu socijalne podrške. Nadalje, postoje dokazi da su djeca koja žive u porodicama niskog socioekonomskog statusa, pod većim rizikom za seksualno zlostavljanje (Barnett i sur., 2010).

S druge strane, karakteristike zajednice i društva koje predstavljaju zaštitni faktor uključuju: usluge za podršku obiteljima, odgovarajući stambeni smještaj, pristup zdravstvenoj skrbi, socijalnim i obrazovnim uslugama, pristup i dostupnost hrane i odjeće, financijsku sigurnost za pokrivanje svakodnevnih troškova i neočekivanih troškova koji se pojavljuju s vremena na vrijeme, pristup kvalitetnoj, pristupačnoj skrbi za djecu, susjedstvo sa niskom stopom nasilja i kriminala te viši socioekonomski status (Barnett i sur., 2010; Carr, 2015; Counts i sur., 2010; Meng i sur., 2018; Sprague-Jones i sur., 2019). Nadalje, prisustvo socijalne kohezije i kontrole u susjedstvu (npr. uzajamno povjerenje među susjedima i spremnost na intervenciju) predstavlja zaštitni faktor zbog toga što omogućava stvaranje poticajnog okruženja koje promiče pozitivno roditeljstvo. Također, politike usmjerene na smanjenje uobičajenih troškova vezanih uz djecu i povećanje prihoda kućanstva među obiteljima s malom djecom, mogu prevenirati zlostavljanje i zanemarivanje djece (npr. plaćeni roditeljski dopust, povećanje minimalne plate i manja ograničenja na pravo socijalne naknade) (Austin i sur., 2020). Školsko okruženje, također, može biti zaštitni faktor. Škola djeci omogućuje predah i odvraća pažnju od zlostavljanja i zanemarivanja koje se dešava u obitelji, te pruža priliku za razvoj pozitivnih odnosa. Vještine i interesi utvrđeni u određenim nastavnim predmetima i izvannastavnim aktivnostima, mogu

povećati samoefikasnost i samopoštovanje djeteta. Resursi zajednice mogu pružiti osjećaj stabilnosti i predvidljivosti, te sigurno utočište gdje djeca mogu doživjeti dosljednost i osjećaj sigurnosti koji možda nedostaju u obiteljskom domu. Pripadnost različitim organizacijama, sportskim klubovima ili interesnim skupinama može djeci pružiti osjećaj da su željena i cijenjena (Iwaniec i sur., 2006).

Važno je navesti i karakteristike tretmana koje mogu povećati rizik za zlostavljanje i zanemarivanje, uključujući sljedeće: obitelj negira problem i zlostavljač ne prihvaća odgovornost za zlostavljanje, obitelj odbija plan liječenja i suradnju, nedostatak koordinacije među uključenim stručnjacima, neosjetljivost stručnjaka za kulturološke i etničke specifičnosti klijenata, dijete ima iskustvo višestrukog smještaja i dugotrajni pravni postupci. S druge strane, postoje i karakteristike tretmana koje mogu biti zaštitni faktori u slučaju zlostavljanja i zanemarivanja djece, uključujući sljedeće: roditelji prihvaćaju da problem postoji i zlostavljač prihvaća odgovornost za zlostavljanje, obitelj je predana rješavanju problema, obitelj prihvaća plan liječenja i suradnju, dobra koordinacija među uključenim stručnjacima te njihov senzibilitet za kulturološke i etničke specifičnosti klijenata (Carr, 2015).

4. KRATKOROČNE I DUGOROČNE POSLJEDICE

Istraživanja potvrđuju da su zlostavljanje i zanemarivanje djece povezani s nepovoljnim ishodima na tjelesnom, kognitivnom, emocionalnom, bihevioralnom i neurološkom planu. Dakle, djeca doživljavaju različite negativne posljedice povezane sa fizičkim zdravljem, razvojem mozga, kognitivnim i jezičkim vještinama te socio-emocionalnim funkcionisanjem. Iskustvo zlostavljanja i/ili zanemarivanja predstavlja faktor rizika za negativne ishode kod djece u bilo kojem razvojnem periodu. Pri tome je važno naglasiti da traumatizirana djeca mogu ispoljavati ponašanja koja su više karakteristična za djecu mlađeg uzrasta u odnosu na njihovu dob (Child Welfare Information Gateway, 2014; prema Tuće i sur., 2021). Reakcije na zlostavljanje su individualne, neke žrtve imaju minimalne posljedice u svakodnevnom funkcioniranju, dok druge imaju stalne psihološke i somatske simptome (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003). Svi oblici zlostavljanja imaju i kratkoročne i dugoročne posljedice na funkcionisanje djeteta (Carr, 2015). Kratkoročne posljedice javljaju se nakon proživljenog zlostavljanja i mogu biti prisutne određeno vrijeme. Važno je naglasiti da se većina kratkoročnih posljedica zlostavljanja i zanemarivanja nastavlja i u odrasloj dobi (Barnett i sur., 2010). Težina i trajanje posljedica, između ostalog, ovisi i o samom obliku zlostavljanju, karakteristikama djeteta, ali i dostupnoj podršci i tretmanu. Kada su u pitanju dugoročne posljedice, one su vidljive tokom adolescencije i odrasle dobi (Tuscic i sur., 2012).

4.1. Fizičko zlostavljanje

Fizičko zlostavljanje ostavlja brojne posljedice po zdravlje i dobrobit djeteta (Schilling i Christian, 2014). Tjelesne posljedice fizičkog zlostavljanja su brojne i kreću se od lakših tjelesnih ozljeda, do teških tjelesnih oštećenja i invaliditeta. U ekstremnim slučajevima, fizičko zlostavljanje djeteta može dovesti do smrti (Barnett i sur., 2010). Tjelesne ozljede su vidljivi znakovi traume nakon fizičkog zlostavljanja te uključuju: modrice, opekotine, prijelome kostiju, ozljede glave, prsa i trbuha, ožiljke, smanjen rast i ozljede usta (Barnett i sur., 2010; Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003; Carr, 2015). Fizičko zlostavljanje može uzrokovati i senzorna oštećenja, kao što je oštećenje sluha ili vida (Carr, 2015). Također, fizički zlostavljana djeca imaju povećan rizik od astme, kardiorespiratornih bolesti, infekcija i češće koriste bolničku skrb (Lanier i sur., 2010). Mnoge tjelesne posljedice nastavljaju se i u odrasloj dobi u vidu mišićno-koštanih i gastrointestinalnih problema, problema s jetrom i cirkulacijom, hronične boli,

gojaznosti, visokog krvnog pritiska, visokog holesterola, visokog šećera, alergijskih reakcija, artritisa i bronhitisa (Danese i sur., 2009; Reece, 2010; Springer i sur., 2007; Walsh i sur., 2007; prema Barnett i sur., 2010). Također, Afifi i sur. (2016) su pronašli da je fizičko zlostavljanje kod odraslih osoba povezano sa problemima s leđima, moždanim udarima, migrenama, upalnim bolestima crijeva i sindromom hroničnog umora.

Nekoliko neurobioloških posljedica povezano je s fizičkim zlostavljanjem djeteta, uključujući kompromitirani razvoj mozga. Jedna od najopasnijih vrsta ozljeda fizičkog zlostavljanja djece je ozljeda glave. Razni postupci od strane zlostavljača mogu rezultirati ozljedom glave i nanošenjem neurotraume. Neke od tih radnji uključuju udarac predmetom u glavu djeteta, udarac šakom u glavu, stiskanje glave između dvije površine, bacanje djeteta o tvrdu podlogu i *sindrom tresenog djeteta* (eng. *Shaken baby syndrom*) (Barnett i sur., 2010). Caffey (1972) uvodi termin sindrom tresenog djeteta, te objašnjava kako je jako trzanje i tresenje djetetove glave uzrok skeletnih i cerebrovaskularnih lezija. Takve ozljede mozga su povezane sa dugotrajnim oštećenjima na vizualnom, motoričkom i kognitivnom planu. Nadalje, stres koji prati dugotrajno zlostavljanje dovodi do pretjerane pobuđenosti određenih područja mozga, što može rezultirati hiperaktivnošću i poteškoćama sa spavanjem (Tuscic i sur., 2012). Ova djeca mogu situacije koje nisu prijeteće, procijeniti kao prijeteće zbog toga što su njihovi sistemi za otkrivanje prijetnji pretjerano pobuđeni (Child Welfare Information Gateway, 2023).

Kognitivne teškoće sa kojima se susreću fizički zlostavljana djeca su povećana potreba za posebnim obrazovnim uslugama, smanjene vještine čitanja i matematike, slab školski uspjeh, loše ocjene i rezultati na testovima, deficiti pamćenja, rješavanja problema i perceptivno-motoričkih vještina, smanjeno intelektualno i kognitivno funkcioniranje, problemi s pažnjom, niže razine simboličke igre, iskrivljenja u atribucijama i kognitivna kašnjenja (Barnett i sur., 2010; Carr, 2015; Kliethermes i sur., 2014; Trickett i McBride-Chang, 1995). Kognitivni deficiti koji se javljaju kod fizički zlostavljane djece mogu biti rezultat izravne tjelesne ozljede (npr. ozljede glave), faktora okoline (npr. niske razine stimulacije i komunikacije) ili kombinacije i jednog i drugog (Barnett i sur., 2010). Također, fizički zlostavljana djeca imaju probleme s razvojem jezičnih sposobnosti koji se očituju u zastojima u razvoju sposobnosti i upotrebe jezika. U nekim slučajevima kratkoročna kognitivna i jezična kašnjenja mogu dovesti do dugoročnih obrazovnih i profesionalnih problema (Carr, 2015). Mills i sur. (2019) i Gould i sur. (2012) su pokazali da je

iskustvo fizičkog zlostavljanja u djetinjstvu povezano sa lošijim verbalnim sposobnostima, deficitima u izvršnom funkcioniranju i brzini obrade informacija te manjom vjerovatnoćom pohađanja fakulteta ili pronalaska posla u odrasloj dobi. Također, Pelcovitz i sur. (2017) su pronašli da su odrasle osobe sa iskustvom fizičkog zlostavljanja u djetinjstvu imale značajno niži obrazovni status. Gotovo 10% osoba iz zlostavljane grupe nikada nije steklo akademsku diplomu, a gotovo polovina grupe je imala samo diplomu srednje škole. Kada je u pitanju zaposlenost, 15% osoba iz zlostavljane grupe bilo je otpušteno s posla više od jednog puta.

Također, fizički zlostavljana djeca imaju veliku vjerovatnoću ispoljavanja eksternaliziranih i internaliziranih problema ponašanja zbog poteškoća sa emocionalnom regulacijom (Carr, 2015). Najčešći eksternalizirani problemi ponašanja su: prkos, česti izljevi bijesa, odbijanje poštivanja pravila ili autoriteta, bježanje od kuće, upadanje u probleme kod kuće i u školi, napuštanje daljnjeg školovanja, vršnjačko nasilje, zloupotreba alkohola i drugih supstanci, agresivno ponašanje, antisocijalno ponašanje, upuštanje u tučnjave, uništavanje tuđe imovine, uhićenja, delinkvencija, uhićenja zbog delikvencije, kriminalno ponašanje, nasilna i kaznena djela i rizična seksualna ponašanja (npr. rani početak seksualne aktivnosti, trudnoća u mlađoj dobi, prostitucija) (Abajobir i sur., 2018; Barnett i sur., 2010; Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003; Tuce i sur., 2021). S druge strane, najčešći internalizirani problemi ponašanja su: depresija, anksioznost, pretjerano popustljivo ponašanje pred autoritetima, suicidalno ponašanje, samoozljeđivanje, suicidalne ideacije i somatizacija (Carr, 2015; Logan i sur., 2009). Prethodno navedena eksternalizirana i internalizirana ponašanja mogu se nastaviti i u odrasloj dobi (Barnett i sur., 2010; Carr, 2015; Jung i sur., 2015; Norman i sur., 2012; Salzinger i sur., 2007; Springer i sur., 2007). Također, odrasle osobe sa iskustvom fizičkog zlostavljanja su pod povećanim rizikom da fizički zlostavljaju vlastitu djecu, vrše nasilje nad svojim partnerom i da sami budu izloženi nasilju od svog partnera (Carr, 2015; Barnett i sur., 2010; Li i sur., 2019). Nadalje, istraživanja pokazuju da dječaci više ispoljavaju eksternalizirane probleme ponašanja, a djevojčice internalizirane probleme ponašanja, što implicira da strategije koje ciljaju na spolno specifična internalizirana i eksternalizirana ponašanja mogu značajno smanjiti rizik od kratkoročnog i dugoročnog maladaptivnog ponašanja (Maschi i sur., 2008; Shaikh i Shinde, 2018; Trickett i McBride-Chang, 1995).

Fizički zlostavljana djeca imaju povećan rizik od razvoja različitih psihičkih poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji, a koji se često nastavljaju u odrasloj dobi, kao što su: veliki depresivni poremećaj, poremećaj ophođenja, poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem, deficit pažnje / hiperaktivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj, poremećaji vezani uz psihoaktivne tvari, poremećaji ličnosti, bipolarni poremećaj, panični poremećaj, distimija, disocijativni poremećaji, reaktivni poremećaj privrženosti, poremećaji hranjenja, vizualne halucinacije, deluzije i generalizirani anksiozni poremećaj (Abajobir i sur., 2017; Barnett i sur., 2010; Kisely i sur., 2018; Norman i sur., 2012; Sugaya i sur., 2012).

Socio-emocionalne posljedice fizičkog zlostavljanja su: odgođene vještine igranja, odbacivanje od vršnjaka, izbjegavanje odraslih, slabe vještine socijalne interakcije, poteškoće u sklapanju prijateljstava, suicidalnost, problemi privrženosti, nisko samopoštovanje, niska samoeфикаsnost, deficiti u prosocijalnom ponašanju, manjak socijalnih kompetencija u odnosima s vršnjacima, beznađe, povišene razine sukoba i negativnih afekata u interpersonalnim odnosima, niske razine intimnosti, poteškoće s emocionalnom regulacijom, niska sposobnost empatije, autodestruktivno ponašanje, loša kontrola impulsa, tjeskoba, disocijacija, negativno samopoimanje, neobične misli, samooptuživanje, niska razina povjerenja u interpersonalnim odnosima i sklonost ka negativnom atribucijskom stilu (tj. sklonost pripisivanju negativnih događaja unutrašnjim, stabilnim i globalnim faktorima) (Barnett i sur., 2010; Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003; Carr, 2015; Ma i Li, 2014; Runyon i Kenny, 2002). Carr (2015) navodi da se poteškoće u odnosima prvo očituju u anksiozno-izbjegavajućoj ili dezorganizovanoj privrženosti zlostavljane djece svojim primarnim skrbnicima, te da se kasnije javljaju poteškoće u odnosima s vršnjacima. Mnogi problemi na socio-emocionalnom planu se nastavljaju i u odrasloj dobi. Čini se da iskustvo fizičkog zlostavljanja kompromitira sposobnost prepoznavanja i razlikovanja nekih emocija, dok istovremeno povećava svijest o drugim emocijama (Pollak i sur., 2000). Gibb i sur. (2009) i Young i Widom (2014) su pokazali da odrasle osobe koje su doživjele fizičko zlostavljanje u djetinjstvu, pokazuju povećanu osjetljivost u otkrivanju izraza ljutnje i deficite u prepoznavanju pozitivnih stimulusa.

4.2. Seksualno zlostavljanje

Negativni učinci seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu su brojni i širokog raspona, variraju od samo nekoliko problema i poteškoća pa do značajne psihopatologije te mogu utjecati na

prilagodbu u odrasloj dobi (Barnett i sur., 2010; Cashmore i Shackel, 2013). Tjelesne posljedice koje su povezane sa iskustvom seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu uključuju modrice oko dojki ili genitalija, razderan himen, genitalno krvarenje, genitalnu bol, genitalni svrbež, genitalne mirise, vaginizam, hroničnu bol u zdjelici, probleme s hodanjem, probleme sa sjedenjem, seksualno prenosive bolesti, menstrualne smetnje, učestale infekcije urinarnih puteva, poremećaje spavanja, poremećaje prehrane, gojaznost, enurezu, enkoprezu, bol u trbuhu, bol u sinusima i mišićima, migrene, glavobolje, hroničnu bol, česte upale grla uz poteškoće gutanja i osjećaj gušenja, gastrointestinalne probleme, respiratorne poteškoće, probleme vezane uz mišićni i neurološki sistem, fibromialgiju, kardiovaskularne bolesti, metaboličke poremećaje, kožne bolesti i umor (Barnett i sur., 2010; Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003; Finestone i sur., 2000; Irish i sur., 2010; Leeb i sur., 2011; Newman i sur., 2000; Ross, 2005; Reissing i sur., 2003; Sigurdardottir i sur., 2014; Tuscic i sur., 2012; Wegman i Stetler, 2009; Wilson, 2010). Dubovitz i Panfilis (2000; prema Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003) navode kako pritužbe na vrtoglavicu, mučninu i povraćanje mogu biti simptom oralnog seksualnog zlostavljanja, dok rektalni bolovi, grčevi, diareja i zatvor mogu biti znak analnog seksualnog zlostavljanja.

Istraživanja su pokazala da seksualno zlostavljanje ima i psihobiološke posljedice, kao npr. smanjen broj otkucaja srca, neregulirani protok kortizola te promjene u endokrinom i imunološkom sistemu (Lo Iacono i sur., 2021; Trickett i McBride-Chang, 1995). Nadalje, seksualno zlostavljanje je povezano s hroničnom hiperpobudenošću kao odgovorom na stres i hipervigilnošću prema okolini, čineći preživjele ranjivijim na stres. Utvrđeno je da žene koje su doživjele seksualno zlostavljanje u djetinjstvu imaju povećanu reaktivnost hipotalamo-hipofizno-adrenokortikalne (HPA) osi. Povećana reaktivnost unutar HPA osi povezana je sa supresijom funkcioniranja imunološkog sistema i posljedičnim zdravstvenim problemima (Heim i sur., 2002; Wilson, 2010).

Seksualno zlostavljanje djece ima neposredne i dugoročne učinke na akademsko funkcioniranje i obrazovna postignuća (Mitchell i sur., 2021), te je povezano sa poteškoćama u učenju, slabom koncentracijom i pažnjom, lošim ocjenama i akademskim uspjehom, razvojnim kašnjenjima, poteškoćama u izražavanju vlastitog mišljenja, negativnom percepcijom, disocijacijom, sporijim tempom usvajanja receptivnih jezičnih sposobnosti, deficitima u verbalnom pamćenju te manjom vjerovatnoćom pohađanja i završavanja fakulteta (Barnett i sur., 2010; Baker i sur., 2016;

Bremner i sur., 1995; Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003; Noll i sur., 2010; Tuce i sur., 2021; Trickett i McBride-Chang, 1995). Također, istraživanja su pokazala da odrasle osobe sa iskustvom seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu imaju niži stepen obrazovanja, manje izgleda da će biti finansijski stabilni, smanjene prihode kućanstva i veću stopu ovisnosti o socijalnoj pomoći (Assini-Meytin i sur., 2022; Fergusson i sur., 2013).

Nadalje, Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja (2003) navode da se kod seksualno zlostavljane djece često javljaju kognitivne distorzije. Prisutna je hronična percepcija bespomoćnosti i opasnosti zbog toga što se seksualno zlostavljanje dogodilo kad je žrtva bila tjelesno i psihološki nesposobna oduprijeti se i boriti protiv zlostavljača. Često se kod djece javlja sklonost ka negativnom atribucijskom stilu, pri čemu negativne događaje povezuju sa svojim „lošim“ karakterom i ponašanjem, a pozitivne događaje pripisuju vanjskim utjecajima.

Seksualno zlostavljana djeca često pokazuju pretjerano internalizirane ili pretjerano eksternalizirane probleme ponašanja koji se mogu nastaviti i u odrasloj dobi te uključuju regresiju, anksioznost, socijalno povlačenje, poteškoće s odvajanjem, suicidalne ideje i ponašanja (npr. planovi, prijetnje, namjerno samoozljeđivanje i pokušaji samoubistva), samookrivljavanje, antisocijalno ponašanje, autodestruktivno ponašanje, neadekvatne strategije suočavanja (npr. izbjegavanje), izostanke iz škole, bježanje od kuće, hiperaktivnost, agresiju, nošenje oružja, delinkvenciju, krađu i zloupotrebu sredstava ovisnosti (Barnett i sur., 2010; Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003; Carr, 2015; Hamburger i sur., 2008; Leeb i sur., 2007; Martin i sur., 2004; Odhayani i sur., 2013; Oates, 2004; Sybille Mullers i Dowling, 2008; Trickett i McBride-Chang, 1995; Tuscic i sur., 2012). Istraživanja pokazuju da iskustvo seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu povećava rizik za izloženost nasilju od strane partnera, vožnju u alkoholisanom stanju i počinjenje seksualnih delikata u odrasloj dobi (Barnett i sur., 2010; Cuadra i sur., 2014; Li i sur., 2019; Walker i sur., 2002). Jedan od najčešćih problema identificiranih kod seksualno zlostavljane djece je seksualizirano ponašanje, koje se odnosi na ponašanja poput otvorenog seksualnog ponašanja prema odraslima ili djeci, kompulzivne masturbacije, pretjerane seksualne radoznalosti, seksualnog promiskuiteta, preranog spolnog znanja, seksualne preokupacije, zavodničkog ponašanja, seksualne igre s drugima, upotrebe „prostih“ riječi, neuobičajenog interesa za svoje i tuđe genitalije, seksualne viktimizacije drugih, guranja objekata u vaginu ili rektum te prostituciju (Barnett i sur., 2010; Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003). U

odrasloj dobi često se upuštaju u seksualna rizična ponašanja kao što su raniji početak seksualne aktivnosti, upuštanje u seksualne odnose bez poznavanja partnerove historije, neplanirana trudnoća, veći broj seksualnih partnera i nezaštićeni seksualni odnosi (Barnett i sur., 2010; Fergusson i sur., 2013; Senn i sur., 2008; Walker i sur., 1999). Također, česte su seksualne disfunkcije koje se manifestuju u vidu poremećaja u seksualnom identitetu i seksualnom funkcioniranju, straha i/ili anksioznosti tokom seksualnog kontakta, osjećaja gađenja ili nedostatka uživanja, „flashbackova“ za vrijeme odnosa, primarne ili sekundarne anorgazmičnosti, disfunkcije želje i uzbuđenja, seksualne krivnje, seksualne averzije i nezadovoljstva seksualnim odnosima (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003; Barnett i sur., 2010; Pulverman i sur., 2018).

Seksualno zlostavljanje djece je, također, povezano sa širokim spektrom psihopatoloških problema u djetinjstvu i adolescenciji, a koji se često nastavljaju i u odrasloj dobi. Pored seksualiziranog ponašanja, drugi najčešći problem kod seksualno zlostavljane djece je posttraumatski stresni poremećaj (Barnett i sur., 2010). Ackerman i sur. (1998) su pokazali da postoji visoka prevalenca PTSP-a među seksualno zlostavljanom djecom, te da je prisutan komorbiditet između PTSP-a i separacijskog anksioznog poremećaja, distimije i velikog depresivnog poremećaja. PTSP se manifestuje u vidu noćnih mora, intruzivnih i prisilnih misli, senzornih senzacija, loše koncentracije, „flashbackova“, pobuđenosti, problema spavanja i trzanja na svaki šum. Nadalje, seksualno zlostavljana djeca su sklona strahovima i anksioznosti. Često imaju generalizirani anksiozni poremećaj, fobije, napade panike i opsesivno-kompulzivne poremećaje (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003; Barnett i sur., 2010). Također, među seksualno zlostavljanom djecom visoka je i prevalenca depresivnih poremećaja i poremećaja vezanih uz psihoaktivne tvari (Chen i sur., 2004; Molnar i sur., 2001). Još neki psihički poremećaji koji se javljaju kao posljedica seksualnog zlostavljanja su poremećaji hranjenja, deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj, poremećaji spavanja, poremećaji ličnosti, shizofrenija, poremećaj ophođenja i disocijativni poremećaji (Ackard i Neumark-Sztainer, 2002; Briscoe-Smith i Hinshaw, 2006; Barnett i sur., 2010; Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003; Cutajar i sur., 2010a; Chen i sur., 2010; Nelson i sur., 2002; Shrivastava i sur., 2017; de Vries i sur., 2019).

Opasnost, povreda povjerenja i izdaja povezani sa seksualnim zlostavljanjem vode ka razvoju nesigurne privrženosti, što posljedično uzrokuje poteškoće u interpersonalnim odnosima u djetinjstvu, adolescenciji i odrasloj dobi (Noll, 2021). Socio-emocionalne posljedice seksualnog zlostavljanja su tjeskoba, noćne more, strahovi, depresija, krivnja, neprijateljstvo, napadi bijesa, učestalo plakanje, fobije, opsesije, tikovi, obiteljski i vršnjački sukobi, nisko samopoštovanje, loši odnosi s roditeljima, vršnjacima i učiteljima, sram, osjećaj poniženja, tuga, oštećena sposobnost stvaranja i održavanja emocionalno zdravih odnosa s drugima, ekstremna ovisnost o drugima, izražavanje neprijateljstva prema drugima, oštećeno socijalno funkcioniranje, osjećaj bespomoćnosti i beznađa, socijalna izolacija, konfuzija uloga u obitelji, pretjeran oprez u prisustvu drugih, poteškoće u definiranju osobnih granica, visoka razina nepovjerenja u interpersonalnim odnosima, impulzivnost, poteškoće u regulaciji emocija, osjećaj usamljenosti, ruminacije, loša slika o sebi, otuđenost i nesigurnost, samooptuživanje i slaba roditeljska kompetentnost (Barnett i sur., 2010; Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003; Bergen i sur., 2003; Compas i sur., 2017; McLaughlin i sur., 2015; Swanston i sur., 1999; Wilson, 2010). Također, seksualno zlostavljanje u djetinjstvu povećava rizik za seksualnu reviktimizaciju, čija se prevalencija kreće od 10% do 69%. Osobe koje su doživjele seksualnu reviktimizaciju imaju značajno više poteškoća u funkcioniranju, uključujući veću vjerovatnoću korištenja droge ili alkohola kako bi se nosili sa svojim traumatskim iskustvima, veću sklonost ka povlačenju od ljudi i samookrivljanju (Classen i sur., 2005; Filipas i Ulman, 2006).

4.3. Emocionalno zlostavljanje

Emocionalno zlostavljanje ima značajne kratkoročne i dugoročne učinke na zdravlje i dobrobit u djetinjstvu, adolescenciji i odrasloj dobi (Sheikh, 2018). Loša dugoročna prilagodba povezana je s težinom i trajanjem emocionalnog zlostavljanja i istovremenom pojavom fizičkog i/ili seksualnog zlostavljanja (Carr, 2015). Iako se fizički kontakt obično ne događa kod emocionalnog zlostavljanja, može postojati nekoliko značajnih tjelesnih i medicinskih ishoda koji nepovoljno utječu na razvoj djeteta (Iwaniec i sur., 2006). Tjelesne posljedice koje se javljaju kod emocionalno zlostavljane djece su trboblje, teškoće sa spavanjem, problemi kontrole stolice i mokrenja, hipertenzija, upalne bolesti, spolno prenosive bolesti, dijabetes, gojaznost, glavobolje, migrene, kardiovaskularne bolesti, astma, čir, zarazne bolesti i poremećaji neurološkog sistema (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003; Barnett i sur., 2010; Dodaj i Sesar, 2020; Norman i sur., 2012; Strathearn i sur., 2020; Zhang i sur., 2021). Nadalje, emocionalno zlostavljanje

uzrokuje promjene u neurorazvojnim procesima (Barnett i sur., 2010). Yates (2007; prema Wright, 2007) navodi kako iskustvo emocionalnog zlostavljanja u djetinjstvu može inicirati trajne promjene u neurofiziološkim sistemima odgovora na stres što može ugroziti razvoj. Ponavljajući obrasci neprijateljskih, ravnodušnih, ponižavajućih i nepredvidivih emocionalnih interakcija između skrbnika i djeteta mogu imati negativne i trajne učinke na razvojne sisteme odgovora na stres, a takve promjene u odgovoru na stres pridonose razvoju poteškoća prilagodbe, kao što su povećana ranjivost na stres, anksioznost, depresija i drugi problemi prilagodbe.

Dva najčešća zdravstvena ishoda emocionalnog zlostavljanja su neorganski uslovljen neuspjeh u napredovanju i patuljasti rast uzrokovan psihosocijalnim teškoćama (Carr, 2015). *Neorganski uslovljen neuspjeh u napredovanju* odnosi se na djecu čiji je neuspjeh u normalnom rastu uzrokovan psihosocijalnim razlozima u njihovoj okolini, a ne kao rezultat medicinskog stanja (Iwaniec, 2004). Glavni faktor u održavanju neorganski uslovljenog neuspjeha u napredovanju je disfunkcionalni obrazac interakcije majka-dijete tokom hranjenja. Ova djeca zaostaju u rastu i težini, odbijaju da uzimaju hranu, često povraćaju i imaju dijareju. Nadalje, ne ispunjavaju očekivane razvojne prekretnice, tj. zaostaju u motoričkom, kognitivnom i socio-emocionalnom razvoju, nesigurno su privržena roditeljima te imaju specifične tjelesne i psihološke karakteristike. Specifične tjelesne karakteristike su iscrpljeno tijelo i tanke ruke i noge, veliki trbuh, crveni, hladni i mokri dlanovi i stopala, tanka kosa bez sjaja koja opada, podočnjaci oko očiju i česte prehlade i infekcije. S druge strane, specifične psihološke karakteristike su letargija i pasivnost, slaba vokalizacija, nedostatak istraživačkog ponašanja, tuga, plačljivost, povlačenje i manjak osjetljivosti na socijalne znakove. Također, dojenčad i djeca s neorganski uslovljenim neuspjehom u napredovanju zadovoljavaju kriterije DSM-5 za poremećaj izbjegavanja / ograničavanja unosa hrane (Carr, 2015).

Djeca koja pate od *patuljastog rasta uzrokovanog psihosocijalnim teškoćama* (eng. *Psychosocial dwarfism*) su iznimno niska za svoju dob, imaju smanjenu tjelesnu težinu, mali opseg glave unatoč normalnom unosu kalorija, noge su im kratke, a stomak uvećan i nemaju očitu organsku osnovu za svoj neuspjeh u rastu. Djeca s ovim stanjem pokazuju neobične obrasce ishrane uključujući prejedanje, sakupljanje hrane, potajno traženje hrane noću i njeno gomilanje. Također, pokazuju ozbiljne probleme s privrženošću, odbijajući razgovarati sa svojim majkama, te pokazuju neprikladnu privrženost strancima. Kod kuće su agresivni i prkosni roditeljima.

Pokazuju zaostajanje u motoričkom, kognitivnom i socio-emocionalnom razvoju. Nadalje, upuštaju se u samoozljeđujuća ponašanja, kao npr. udaranje glavom ili nanošenje površinskih rana i ogrebotina. Također, često je prisutno socijalno povlačenje, depresivno raspoloženje, manjak osjetljivosti na socijalne znakove, mutizam, nesanica i kratak raspon pažnje (Carr, 2015).

Emocionalno zlostavljana djeca pokazuju razvojna kašnjenja u kognitivnom i jezičnom razvoju koja uključuju: loš uspjeh na standardiziranim testovima, niska obrazovna postignuća, akademske probleme, nedostatke u kognitivnim sposobnostima, oslabljeno moralno rasuđivanje, teškoće u rješavanju problema i intelektualnom funkcioniranju, probleme radnog pamćenja te nedostatak kreativnosti (Barnett i sur., 2010; Boyd i sur., 2019; Carr, 2015; Majer i sur., 2010). Često se uočavaju poteškoće u stjecanju osnovnih vještina, a posebno su česti nedostaci u čitanju, jeziku i matematici (Iwaniec i sur., 2006). Istraživanja pokazuju da emocionalno zlostavljana djeca imaju poteškoće sa perceptivnim zaključivanjem i pažnjom, pojačane negativne automatske misli o sebi, pesimistični atribucijski stil te povećanu razinu rumincija i maladaptivnih shema (van Harmelen i sur., 2010; Messman-Moore i Coates, 2007; Padilla Paredes i Calvete, 2014; Strathearn i sur., 2020). Nadalje, kognitivna kašnjenja i obrazovne poteškoće emocionalno zlostavljane djece mogu dovesti do profesionalnih problema u odrasloj dobi (Carr, 2015). Curry (2017) je pronašao da je iskustvo emocionalnog zlostavljanja u djetinjstvu povezano sa nedostatkom odgovarajućeg stambenog smještaja u odrasloj dobi. Oni koji su izjavili da su doživjeli emocionalno zlostavljanje više od deset puta u svom djetinjstvu, imali su približno 39% veće izgleda da dožive stambenu nesigurnost u odrasloj dobi.

Djeca koja dožive emocionalno zlostavljanje mogu pokazivati ekstreme u ponašanju kao što je ponašanje koje se može opisati kao pretjerano prilagodljivo, pretjerano popustljivo ili pretjerano zahtjevno (Iwaniec i sur., 2006). Najčešći internalizirani i eksternalizirani problemi ponašanja koji vode ka dugoročnim problemima prilagodbe su verbalna i fizička agresija, agresivan stav, neprijateljstvo, ljutnja, ometajuće ponašanje u razredu, impulzivnost, zloupotreba psihoaktivnih supstanci, delinkvencija, antisocijalno ponašanje, napuštanje škole, samoozljeđivanje, suicidalno ponašanje (npr. suicidalne ideacije i pokušaj suicida), tjeskoba, regresija (npr. sisanje palca), hiperaktivnost i rastresenost, pesimizam i negativnost, seksualna neprilagođenost, rani početak seksualne aktivnosti, trudnoća u mlađoj dobi i veće stope pobačaja (Arslan, 2016; de Araujo i Lara, 2016; Abajobir i sur., 2018; Allen, 2011; Barnett i sur., 2010; Iwaniec i sur., 2006; Lee,

2015; Miller i sur., 2017; Odhayani i sur., 2013; Strathearn i sur., 2020). Također, iskustvo emocionalnog zlostavljanja u djetinjstvu povećava rizik za obiteljsko nasilje i zlostavljanje vlastite djece u odrasloj dobi (Carr, 2015; Richards i sur., 2017).

Različiti psihološki poremećaji se mogu razviti kao posljedica emocionalnog zlostavljanja te se većina nastavlja i u odrasloj dobi. Najčešći poremećaj koji se javlja kod ove djece je *reaktivni poremećaj privrženosti*. Ovaj poremećaj povezuje se s odbijajućim ili kažnjavajućim stilom roditeljstva ili stilom roditeljstva gdje roditelj ne reagira odmah i na odgovarajući način na djetetove signale (Carr, 2015). Prema DSM-5 (Američka psihijatrijska udruga, 2014), glavni dijagnostički kriteriji za reaktivni poremećaj privrženosti su stalni obrazac inhibiranog emocionalno povučenog ponašanja prema odraslom skrbniku i ustrajne socijalne i emocionalne smetnje, što se očituje u vidu minimalnog socijalnog i emocionalnog odgovora na druge, ograničenog pozitivnog afekta i/ili epizoda neobjašnjive razdražljivosti, tuge ili strašljivosti. Također, emocionalno zlostavljana djeca su pod rizikom za razvoj poremećaja ophođenja, psihotičnih poremećaja, depresivnih poremećaja, anksioznih poremećaja, poremećaja hranjenja, poremećaja vezanih uz psihoaktivne tvari, graničnog poremećaja ličnosti, bipolarnog poremećaja i PTSP-a (Ackner i sur., 2013; Allen, 2008; Barnett i sur., 2010; Dye, 2020; Dias i sur., 2014; Dualibe i Osório, 2017; Gardner i sur., 2019; Groleau i sur., 2011; Hoeboer i sur., 2021; Lobbstaël i sur., 2010; Padilla Paredes i Calvete, 2014; Rosenkranz i sur., 2012; Spertus i sur., 2003; Schwandt i sur., 2013; Vajda i Lang, 2014).

Socio-emocionalne posljedice emocionalnog zlostavljanja su nesigurna privrženost skrbniku, niska sposobnost prepoznavanja i izražavanja emocija, niska empatija, nepodržavajući i napeti interpersonalni odnosi, nisko samopoštovanje i samopouzdanje, sram i krivnja, ovisnost o pomoći, podršci i skrbi odraslih, apatija, iritativnost, usamljenost, strah, povlačenje od okoline, nesigurnost, tuga, negativan odnos prema sebi i okolini te nizak osjećaj kompetentnosti (Barnett i sur., 2010; Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003; Burns i sur., 2010; Chen i Qin, 2020; Ebbert i sur., 2019; Hund i Espelage, 2006; Tuscic i sur., 2012). Ova djeca obično imaju poteškoće u regulaciji emocija, pa im je teško kontrolirati negativna raspoloženja, osobito ljutnju, tjeskobu i depresiju (Carr, 2015). Kim i Cicchetti (2010) su pokazali da su emocionalno zlostavljana djeca često odbačena od vršnjaka. Njihova niska sposobnost emocionalne samoregulacije povezana je sa prisutnošću eksternaliziranih problema ponašanja što pridonosi

kasnijem odbacivanju od vršnjaka. Također, Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja (2003) navode kako u grupi djece, emocionalno zlostavljana djeca zauzimaju perifernu poziciju, kao da se ne usuđuju uključiti u aktivnosti da ne bi bili odbačeni ili se ponašaju agresivno otimajući stvari i položaj. Nadalje, odrasle osobe sa iskustvom emocionalnog zlostavljanja u djetinjstvu imaju značajne dugoročne poteškoće u uspostavljanju i održavanju intimnih odnosa s vršnjacima i stvaranju stabilnih romantičnih veza, a za one koji formiraju obitelji postoje značajne poteškoće u održavanju stabilnih i održivih bračnih odnosa i odnosa roditelj-dijete (Carr, 2015). Iskustvo emocionalnog zlostavljanja u djetinjstvu je povezano sa niskim bračnim zadovoljstvom i nepovjerenjem u partnera u odrasloj dobi (DiLillo i sur., 2009). Messman-Moore i Coates (2007) su pokazali da maladaptivne sheme, koje emocionalno zlostavljane osobe često usvajaju, predviđaju interpersonalne konflikte. Njihovo istraživanje sugerira da pojedinci koji su doživjeli emocionalno zlostavljanje tokom djetinjstva imaju tendenciju razviti uvjerenja da drugi oko njih nisu vrijedni povjerenja, da im neće pružiti odgovarajuću emocionalnu podršku kada se od njih zatraži, te da ih mogu napustiti ili čak zlostavljati. Maladaptivna shema nepovjerenje / zlostavljanje je imala najjaču povezanost s interpersonalnim konfliktima. Također, emocionalno zlostavljanje je značajan prediktor ponovne viktimizacije u odrasloj dobi. Gama i sur. (2021) su pokazali da je emocionalno zlostavljanje naj snažnije povezano sa najvećim stopama učestalosti ponovne viktimizacije.

4.4. Zanemarivanje

Zanemarivanje je povezano s nizom problema, njegovi učinci su kumulativni i protežu se u odraslu dob (Barnett i sur., 2010). Najteža tjelesna posljedica zanemarivanja je smrt. Prema U.S. Department of Health and Human Services (2008; prema Barnett i sur., 2010) zanemarivanje je oblik zlostavljanja koji se najčešće povezuje sa smrtnim ishodima. Dodatne tjelesne posljedice povezane sa zanemarivanjem su slabo opće zdravlje, učestale povrede, slaba uhranjenost, učestale prehlade, brojne alergijske reakcije, promijene na koži uzrokovane neodgovarajućom higijenom, neorganski uslovljen neuspjeh u napredovanju, srčane anomalije, anomalije spolnih organa, anemija, sporiji psihomotorni razvoj, neliječena pretilost, nedostatak vitamina zbog loše ili neprikladne prehrane, neliječena medicinska stanja, spolno prenosive bolesti, dijabetes, artritis, glavobolje, migrene, hronična bol u kralježnici, slabiji rad pluća, bolesti jetre, problemi s vidom, problemi s oralnim zdravljem i poremećaji spavanja (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003;

Carr, 2015; Dong i sur., 2003; Hobbs i Bilo, 2009; Klein i sur., 2007; Norman i sur., 2012; Semsar i sur., 2021; Strathearn i sur., 2020; Widom i sur., 2012; Zečević, 2018).

Normalan razvoj može biti ugrožen deprivacijom povezanom sa zanemarivanjem i može rezultirati disregulacijom nervnog sistema tokom osjetljivih razdoblja razvoja mozga, što dovodi do izraženih neurokognitivnih deficita (Lee i Hoaken, 2007). Pri izloženosti zanemarivanju dolazi do pretjeranog razvoja područja mozga odgovornih za preživljavanje, što dovodi do anksioznosti, impulzivnosti, slabe afektivne regulacije i hiperaktivnosti, dok limbičke i kortikalne funkcije ostaju slabije razvijene, što utječe na empatiju i kognitivne vještine. Zanemarivanje tokom ranog djetinjstva, uključujući i prenatalno razdoblje, utječe na razvoj kapaciteta mozga i njegovog volumena (Avdibegović i Brkić, 2020). Također, kod djece sa iskustvom zanemarivanja uočena je smanjena proizvodnja kortizola, usporen razvoj ventralnog striatuma (područja za nagrađivanje u mozgu) i veća koncentracija neurotransmitera dopamina, adrenalina i noradrenalina (Blaisdell i sur., 2019; Carvalho i sur., 2016; Hanson i sur., 2015).

Kognitivne posljedice zanemarivanja su poteškoće sa receptivnim i ekspresivnim govorom, slaba akademska postignuća i ponavljanje razreda, niska razina kreativnosti i fleksibilnosti u rješavanju problema, deficiti u razumijevanju jezika i verbalnih sposobnosti, problemi pažnje i radnog pamćenja, poteškoće u komunikaciji, izostanak slobodnog istraživanja svijeta oko sebe, potreba za posebnim obrazovanjem, napuštanje škole i nizak stepen obrazovanja (Barnett i sur., 2010; Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003; Geoffroy i sur., 2016; Masson i sur., 2015; Majer i sur., 2010; Nikulina i sur., 2011; Zečević, 2018). Allen i Oliver (1982) su pokazali da nedostatak stimulacije značajno ometa jezični razvoj. Pronašli su da zanemarivanje značajno predviđa i slušno razumijevanje i verbalnu sposobnost, te da je povezano sa kašnjenjima u govoru. Istraživanja su pokazala da zanemarivana djeca postižu niske rezultate na standardiziranim testovima matematike, čitanja i jezika, učestalo izostaju iz škole, imaju nižu opću inteligenciju i oštećene izvršne funkcije te postižu lošije rezultate na složenim zadacima koji zahtijevaju fleksibilnost, spretnost motorike ruku i vizualnu motoričku integraciju (Fishbein i sur., 2009; Kurtz i Gaudin, 1993; Nolin i Ethier, 2007). Nadalje, oni koji su bili zanemarivani kao djeca imaju lošije rezultate u odrasloj dobi kada je u pitanju ekonomska produktivnost. Currie i Widom (2010) su pokazali da odrasle osobe sa iskustvom zanemarivanja imaju manju vjerovatnoću da će

biti zaposlene i značajno manju vjerovatnoću da će posjedovati bankovni račun, dionice, vozilo ili dom, u usporedbi s kontrolnim skupinama.

Zanemarivana djeca pokazuju različite poteškoće u ponašanju kao što su fizička i verbalna agresija, agresivan stav, nepredvidive promijene u ponašanju, izljevi bijesa, pasivnost, asocijalno ponašanje, regresivni oblici ponašanja, antisocijalno ponašanje, uništavanje imovine, delinkvencija, krađa hrane i vozila, nasilni zločini, uhićenja, ponašanje koje ukazuje na emocionalni nemir (npr. prisila, rigidnost ili nekomunikativnost), zloupotreba psihoaktivnih supstanci, tikovi, anksioznost, samoozljeđivanje, suicidalnost, rizična seksualna ponašanja (npr. rani početak seksualne aktivnosti, višestruki seksualni partneri, trudnoća u mlađoj dobi, nezaštićeni seksualni odnosi, prostitucija) (Abajobir i sur., 2018; Allen, 2011; Avdibegović i Brkić, 2020; Barnett i sur., 2010; Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003; Braga i sur., 2017; Evans i Burton, 2013; Klein i sur., 2007; Mersky i Reynolds, 2007; Mills i sur., 2014; Negriff i sur., 2015; Nikulina i sur., 2011; Odhayani i sur., 2013; Rogosch i sur., 2010; Stickley i sur., 2020; Thompson i sur., 2017). Također, odrasle osobe sa iskustvom zanemarivanja u djetinjstvu su pod povećanim rizikom za izloženost nasilju i vršenje nasilja u intimnoj vezi (Widom i sur., 2013).

Zanemarivanje je povezano sa razvojem različitih psihičkih poremećaja u djetinjstvu, adolescenciji i odrasloj dobi. Djeca sa iskustvom zanemarivanja mogu razviti *poremećaj dezinhibiranog socijalnog uključivanja*. Ovaj poremećaj je povezan s nedostatkom stabilnog i dosljednog skrbnika (Carr, 2015). Prema DSM-5 (Američka psihijatrijska udruga, 2014), glavni dijagnostički kriterij za poremećaj dezinhibiranog socijalnog uključivanja je obrazac ponašanja u kojem dijete aktivno pristupa i u interakciji je s nepoznatim odraslim osobama, što uključuje smanjenje ili nepostojanje povučenosti kod pristupanja i u interakciji s nepoznatim odraslim osobama, pretjerano prisno verbalno ili fizičko ponašanje, smanjeno ili odsutno provjeravanje gdje je odrasli skrbnik, čak i u nepoznatoj okolini i/ili voljnost da se otiđe s nepoznatom odraslom osobom uz minimalno oklijevanje ili bez oklijevanja. Također, zanemarivana djeca su pod rizikom za razvoj poremećaja ličnosti, depresivnih poremećaja, anksioznih poremećaja, poremećaja s prkošenjem i suprotstavljanjem, PTSP-a, deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja, poremećaja ophođenja, poremećaja vezanih uz psihoaktivne tvari i poremećaja hranjenja (Abajobir i sur., 2017; Avdibegović i Brkić, 2020; Barnett i sur., 2010; Eikenaes i sur., 2015;

Famularo i sur., 1992; Grassi-Oliveira i Stein, 2008; Johnson i sur., 2000; Kisely i sur., 2020; Lalayants i Prince, 2015; Pignatelli i sur., 2017; Stern i sur., 2018; Strathearn i sur., 2020).

Djeca sa iskustvom zanemarivanja pokazuju određene socio-emocionalne posljedice kao što su poremećena privrženost roditelj-dijete (npr. anksiozna ili dezorganizirana privrženost; odnos prema roditeljima je hladan i distanciran, uz pretjeranu potrebu za povezivanjem sa nepoznatim osobama), poremećena interakcija roditelj-dijete (npr. dijete je pasivno i povučeno, a roditelji pokazuju nisku osjetljivost za djetetove potrebe i uključenost u odgoj), poremećene interakcije s vršnjacima (npr. deficiti u prosocijalnom ponašanju, socijalno povlačenje, izolacija, malo recipročnih prijateljstava), apatija, nisko samopoštovanje i samopouzdanje, smanjen osjećaj vrijednosti i značaja, poteškoće u prepoznavanju, razlikovanju i izražavanju emocija, poteškoće u razlikovanju facijalnih ekspresija, niska sposobnost tačnog atribuiranja emocija, problemi s negativnim afektima (npr. ljutnja, frustracija), nesigurnost, ispoljavanje straha od odbijanja i napuštanja, nagle promijene raspoloženja, ograničenost vještina saradnje, niska sposobnost empatije, teškoće pri nošenju sa odgovornošću i stresom, prisustvo negativne slike o sebi i drugima te povećan rizik za ponovnu viktimizaciju (Barnett i sur., 2010; Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003; Doretto i Scivoletto, 2018; Fishbein i sur., 2009; Waldinger i sur., 2001; Widom i sur., 2008; Zečević, 2018). Nadalje, odrasle osobe sa iskustvom zanemarivanja u djetinjstvu pokazuju izbjegavajući stil privrženosti u romantičnim vezama i nisku kvalitetu intimnih odnosa (Kapeleris i Paivio, 2011; Shahab i sur., 2021). Niska roditeljska kompetentnost je još jedna negativna posljedica zanemarivanja. Roditelji koji su doživjeli zanemarivanje u djetinjstvu imaju poteškoće u ostvarivanju sigurne privrženosti sa djetetom, te imaju poteškoće u regulaciji vlastitog emocionalnog uzbuđenja kada se suoče sa dječijim izražavanjem emocija, zbog čega mogu reagirati s manje empatije i podrške (Julian i sur., 2022; Shipman i sur., 2007). Također, iskustvo zanemarivanja u djetinjstvu može ugroziti razvoj identiteta, potaknuti difuziju identiteta i nedostatak samospoznaje, što posreduje u povezanosti zanemarivanja u djetinjstvu te seksualne zabrinutosti i disfunkcionalnog seksualnog ponašanja u odrasloj dobi (Bigras i sur., 2020).

5. TRETMAN I PREVENCIJA

Zlostavljanje i zanemarivanje utječe na psihološku, socijalnu i fiziološku domenu funkcioniranja, stoga je rana intervencija ključna kako bi pozitivne razvojne putanje bile vjerovatnije (Toth i Manly, 2019). Što se ranije takve intervencije dogode u dječijim životima, veće su koristi za dijete (npr. poboljšan kognitivni razvoj, bihevioralne i socijalne komepetencije i obrazovna postignuća) i za društvo (npr. smanjena delinkvencija i kriminal) (World Health Organization, 2022). Međutim, tretman djece i mladih sa iskustvom zlostavljanja i zanemarivanja može biti kompliciran proces. Njihove potrebe su uglavnom intenzivne, raznolike i brzo se mijenjaju, osobito na početku tretmana (Kliethermes i sur., 2014). Zbog toga se naglašava važnost prevencije zlostavljanja i zanemarivanja djece, što zahtijeva poznavanje i razumijevanje povezanih rizičnih i zaštitnih faktora. Također, zlostavljanje i zanemarivanje djece povezani su s drugim oblicima nasilja kroz zajedničke rizične i zaštitne faktore, te zbog toga sprječavanje jednog oblika nasilja može utjecati na sprječavanje drugih oblika nasilja (Centers for Disease Control and Prevention, 2022).

5.1. Tretmanske intervencije

Glavni cilj tretmana je ublažiti sve značajne simptome koje ima pojedino dijete ili odrasla osoba. Tretman zlostavljanja i zanemarivanja može imati različite oblike, poput individualnog savjetovanja i/ili grupne terapije. Faktori koji povećavaju ili inhibiraju učinkovitost tretmana su spol terapeuta i žrtve, trenutna socijalna podrška žrtvi, razina obrazovanja žrtve i njen odnos s počiniteljem (Barnett i sur., 2010). Učinkoviti modeli tretmana obično imaju slične karakteristike koje uključuju davanje prioriteta sigurnosti i stabilnosti, naglasak na odnosima, intervencije koje balansiraju trenutne potrebe i dugoročne ciljeve, fokusiranje na snagu i otpornost, dosljedan razvoj vještine samoregulacije, ovladavanje traumatskim sjećanjima te prevenciju i pripremu za gubitke i krize (Ford i Cloitre, 2009). Nadalje, postoje tretmanski programi zasnovani na dokazima koji pomažu djeci, adolescentima i njihovim roditeljima da prevladaju poteškoće povezane s traumom, uključujući zlostavljanje i zanemarivanje. Neki od primjera tretmanskih programa zasnovanih na dokazima su tretman usmjeren na interakciju roditelj-dijete, kognitivno-bihevioralna terapija usmjerena na traumu i multisistemska terapija za zlostavljanu i zanemarivanu djecu (Child Welfare Information Gateway, 2014; prema Tuce i sur., 2021; Vanderzee i sur., 2019).

5.1.1. Tretman usmjeren na interakciju roditelj-dijete

Tretman usmjeren na interakciju roditelj-dijete je dizajniran za djecu u dobi od dvije do sedam godina, s ciljem smanjivanja njihovih bihevioralnih problema, poboljšanja školskih vještina i odnosa roditelj-dijete (CARE, C.O.F., 2015; prema Tuce i sur., 2021). Kroz ovu intervenciju roditelji se podučavaju specifičnim vještinama, kao što su empatijsko slušanje i utvrđivanje posljedica za određena ponašanja (Barnett i sur., 2010). Ovaj tretmanski program je jedinstven zbog toga što uključuje i roditelja i dijete, te terapeut koristi individualizirani pristup gdje *in vivo* podučava roditelja kako da promjeni interakcije koje uzrokuju disfunkcionalan odnos roditelj-dijete (Timmer i sur., 2005). Dok dijete i roditelj komuniciraju u jednoj prostoriji, terapeut, koji ih promatra kroz jednosmjerno staklo u drugoj prostoriji, daje upute roditelju putem elektronskog slušnog uređaja (Barnett i sur., 2010). Istraživanja su pokazala da tretman usmjeren na interakciju roditelj-dijete smanjuje probleme ponašanja kod djeteta, roditeljski stres, rizik od zlostavljanja i zanemarivanja, simptome traume kod djeteta, negativne roditeljske strategije i poboljšava komunikaciju između roditelja i djeteta (Timmer i sur., 2005; Thomas i sur., 2012; Warren i sur., 2022).

5.1.2. Kognitivno-bihevioralna terapija usmjerena na traumu

Kognitivno-bihevioralna terapija usmjerena na traumu je tretmanski program zasnovan na dokazima koji pomaže djeci u rješavanju negativnih učinaka traume, uključujući obradu njihovih traumatskih sjećanja, prevladavanje disfunkcionalnih misli i ponašanja, te razvijanje učinkovitih vještina suočavanja i interpersonalnih vještina (Child Welfare Information Gateway, 2018). Namijenjena je djeci u dobi od tri do 18 godina (CARE, C.O.F., 2015; prema Tuce i sur., 2021). Također, uključuje komponentu tretmana za roditelje ili druge skrbnike koji nisu bili zlostavljači. Roditelji mogu naučiti vještine povezane sa upravljanjem stresom, pozitivnim roditeljstvom, upravljanjem ponašanjem i učinkovitom komunikacijom (Child Welfare Information Gateway, 2018). Cilj je unaprijediti ponašanje djece, vještine roditelja/skrbnika i komunikaciju između roditelja/skrbnika i djeteta. Ključne terapijske komponente obuhvataju kognitivnu terapiju, bihevioralnu terapiju i porodičnu terapiju (CARE, C.O.F., 2015; prema Tuce i sur., 2021). Istraživanja pokazuju da ovaj tretman smanjuje simptome posttraumatskog stresa, internalizirane probleme ponašanja, simptome anksioznosti i depresije, te da poboljšava psihosocijalno

funkcioniranje i izvršne funkcije (Konanur i sur., 2015; Lee i Brown, 2022; Slade i Warne, 2016; Thielemann i sur., 2022; Tutus i sur., 2017).

5.1.3. Multisistemska terapija za zlostavljanu i zanemarivanu djecu

Multisistemska terapija (MST) za zlostavljanu i zanemarivanu djecu namijenjena je obiteljima koje dolaze u kontakt sa sistemom socijalne zaštite zbog ozbiljnog fizičkog zlostavljanja i/ili zanemarivanja djece. Ova intervencija je usmjerena na obitelji s djecom u dobi od šest do 17 godina. Cilj je reducirati izdvajanje djece iz njihovih obitelji, spriječiti ponovno zlostavljanje i zanemarivanje, unaprijediti mentalno zdravlje djece i roditelja te povećati nivo socijalne podrške (CARE, C.O.F., 2015; prema Tuce i sur., 2021; Swenson i Schaeffer, 2018). Postoje i dva preventivna programa bazirana na multisistemskoj terapiji za zlostavljanu i zanemarivanu djecu, a to su: *MST– Building Stronger Families*, specijalni program za roditelje koji zlostavljaju i/ili zanemaruju djecu, te imaju poteškoće sa zloupotrebom supstanci i *MST for Intimate Partner Violence* za roditelje koji zlostavljaju i/ili zanemaruju djecu, te doživljavaju nasilje od strane intimnog partnera (Swenson i Schaeffer, 2018). Istraživanja su pokazala da je multisistemska terapija za zlostavljanu i zanemarivanu djecu efikasna u prevenciji i/ili redukciji zlostavljanja i zanemarivanja, smanjivanju bihevioralnih i emocionalnih problema kod djece, smanjivanju roditeljskog stresa i poboljšanju mentalnog zdravlja roditelja (Buderer i sur., 2020; Bauch i sur., 2022; Euser i sur., 2015; van der Put i sur., 2018).

5.2. Preventivne intervencije

Prevenција zlostavljanja i zanemarivanja djece može se odvijati na različitim razinama. Važno je napraviti distinkciju između univerzalne, selektivne i indicirane razine prevencije. Univerzalna prevencija uključuje sve napore koji ciljaju na širu javnost, rješavajući temeljne uzroke i faktore kako bi se zaustavilo zlostavljanje djece prije nego što se ono dogodi (npr. nasilje, odobravanje fizičkog kažnjavanja kao oblika discipline, siromaštvo). Selektivna prevencija usmjerena je na specifične skupine koje su identificirane kao rizične za zlostavljanje i zanemarivanje te pokušava smanjiti utjecaj faktora rizika (npr. neadekvatno roditeljstvo, socijalna izolacija, problemi ličnosti roditelja). Indicirana prevencija uključuje strategije usmjerene na skupine u kojima se već desilo zlostavljanje i zanemarivanje djece (Geeraert i sur., 2004). Kako bi se maksimizirali učinci prevencije i skrbi, preporuka je da se intervencije provode kao dio javnozdravstvenog pristupa u četiri koraka, koji uključuju: 1) definiranje problema, 2) utvrđivanje uzroka i faktora rizika, 3)

osmišljavanje i testiranje intervencija usmjerenih na smanjenje faktora rizika i 4) širenje informacija o učinkovitost intervencija te širu primjenu dokazano učinkovitih intervencija (World Health Organization, 2022).

5.2.1. Prevencija usmjerena na obitelj

Prevencija usmjerena na obitelj obuhvata strukturirane programe i intervencije usmjerene na roditelje ili druge skrbnike djeteta koji su osmišljeni da poboljšaju interakciju roditelj-dijete i ukupnu kvalitetu roditeljstva koje dijete dobiva (World Health Organization, 2022). Jedni od takvih programa su *programi kućnih posjeta*. Ovi programi, usmjereni na prevenciju zlostavljanja i zanemarivanja djece, obično povezuju rizične roditelje s mentorima koji dolaze u njihove domove i pružaju im socijalnu podršku, savjete za odgoj djece i pomažu im u donošenju životnih odluka. Također, mnogi programi kućnih posjeta pokušavaju identificirati visokorizične roditelje u zajednici i intervenirati tokom trudnoće majke, prije rođenja prvog djeteta (Barnett i sur., 2010). Istraživanja su pokazala da su programi kućnih posjeta učinkoviti u preveniranju zlostavljanja i zanemarivanja djece (Chaiyachati i sur., 2018; Lee i sur., 2018; Williams i sur., 2017; Zielinski i sur., 2009). *SafeCare* je jedan od strukturiranih preventivnih programa kućnih posjeta i rane intervencije, osmišljen 1980.-ih godina za roditelje koji su u riziku ili su prijavljeni zbog zlostavljanja i zanemarivanja djece od novorođenačke dobi do pete godine života. Ovaj program se sastoji od tri temeljna modula, a to su zdravlje, sigurnost doma i interakcija roditelj-dijete (Guastaferrero i sur., 2012). Istraživanja su pokazala značajne pozitivne učinke programa na određene ishode roditeljstva, kao što su proaktivno roditeljstvo, podržavanje pozitivnog ponašanja djeteta, smanjenje disfunkcionalnih interakcija roditelj-dijete, smanjenje simptoma anksioznosti/depresije kod roditelja, poboljšano znanje o roditeljstvu, smanjenje roditeljskog stresa i poboljšanje roditeljske percepcije djeteta (Arruabarrena i sur., 2019; Romano i sur., 2020; Self-Brown i sur., 2018; Whitaker i sur., 2020). Pored *SafeCare* programa, postoje i drugi programi kućnih posjeta kao što su *Nurse-Family Partnership*, *Hawaii Healthy Start*, *Healthy Families America*, *Early Head Start* i drugi (Howard i Brooks-Gunn, 2009).

5.2.2. Prevencija usmjerena na školu

Školski preventivni programi podučavaju djecu znanjima i vještinama za koje stručnjaci vjeruju da će im pomoći da se zaštite od raznih opasnosti. Većina ovih programa se usredotočuje na seksualno zlostavljanje i naglašava dva cilja: univerzalnu prevenciju, odnosno sprečavanje

zlostavljanja i otkrivanje, odnosno poticanje djece da prijave prošla i sadašnja zlostavljanja (Barnett i sur., 2010). Ovi programi namijenjeni su učenicima osnovnih i srednjih škola, uzrasta od šest do 18 godina (Walsh i sur., 2015). Istraživanja pokazuju da školski programi prevencije povećavaju dječije vještine i znanja o samozaštiti, znanje o oblicima zlostavljanja i zanemarivanja i mogućim pravicima djelovanja te smanjuju stope zlostavljanja i zanemarivanja (Czerwinski i sur., 2018; Reynolds i Robertson, 2003; Walsh i sur., 2018). Jedan od takvih programa je *The Incredible Years Child Training Program*, osmišljen za prevenciju fizičkog zlostavljanja. Namijenjen je za podučavanje skupina djece vještinama prijateljstva, odgovarajućim strategijama upravljanja sukobima, uspješnom ponašanju u razredu i vještinama empatije. Osim toga, uči djecu kognitivnim strategijama suočavanja s negativnim atribucijama i situacijama koje potiču ljutnju. U sklopu ovog programa osmišljene su i aktivnosti usmjerene na roditelje i nastavnike (Webster-Stratton, 2000). Istraživanja su pokazala da *The Incredible Years Child Training Program* dovodi do smanjenja eksternaliziranih problema ponašanja kod djece, poboljšanja emocionalne samoregulacije i socijalnih kompetencija (Axberg i sur., 2007; Webster-Stratton i sur., 2008). Pored ovog, razvijeni su i drugi školski programi prevencije, kao na primjer, *Stay Safe, Talking about Touching, Safe Child Program* i drugi (Brassard i Fiorvanti, 2015).

5.2.3. Prevencija usmjerena na zajednicu

S obzirom da su socijalna izolacija i nedostatak socijalne podrške prepoznati kao značajni faktori rizika za zlostavljanje i zanemarivanje djece, neki programi prevencije pokušavaju povećati socijalnu podršku u zajednici (Barnett i sur., 2010). Osim smanjenja stresa i poboljšanja dobrobiti, elementi socijalne podrške osiguravaju važne socijalne, emocionalne i materijalne resurse, te na taj način povećavaju društveni angažman, smanjuju izolaciju i promiču ciljeve zaštite djeteta integracijom društvenih normi u roditeljske prakse (Thompson, 2015). *Strong Communities for Children* je preventivni program usmjeren na zajednicu za sprječavanje zlostavljanja i zanemarivanja djece izgradnjom sistema podrške obiteljima sa malom djecom. Ovaj program pruža aktivnosti i usluge osmišljene za izgradnju ili jačanje mreže socijalne podrške obitelji, poticanje uzajamne podrške i roditeljskog vodstva te, prema potrebi, pružanje ili organiziranje profesionalne podrške i izravnih usluga (Kimbrough-Melton i Campbell, 2008). Istraživanja su pokazala da *Strong Communities for Children* program povećava razinu podrške i pomoći unutar zajednice, roditeljsku učinkovitost i sigurnost djeteta u domu, poboljšava roditeljske prakse i uvjerenja, smanjuje stopu ozljeda djece koje upućuju na zlostavljanje i zanemarivanje te

poboljšava kvalitetu života obitelji (McDonell i sur., 2015; McLeigh i sur., 2015). Pored ovog programa, postoje i drugi preventivni programi usmjereni na zajednicu, kao na primjer, *Strengthening Families Initiative*, *Communities NOW*, *Community Partnerships for the Protection of Children* i drugi (van Dijken i sur., 2016).

6. ZAKLJUČCI

1. Zlostavljanje predstavlja direktna i namjerna djela nasilja nad djetetom, tj. shvaća se kao „akt činjenja“ te obuhvaća tri osnovna oblika, to su fizičko (nanošenje teških fizičkih povreda djetetu od osoba koje su odgovorne za njegov razvoj), seksualno (nagovaranje djeteta na sudjelovanje u seksualnoj aktivnosti čime odrasli zadovoljavaju svoje seksualne i ekonomske potrebe) i emocionalno (neprijateljsko ponašanje prema djetetu i neprihvatanje djetetovih potreba). S druge strane, zanemarivanje predstavlja nenamjerno ignorisanje djetetovih potreba, tj. shvaća se kao „akt nečinjenja“ te se može manifestirati kao fizičko, emocionalno, medicinsko i edukativno.
2. Istraživanja su identificirala brojne lične i kontekstualne rizične i zaštitne faktore povezane sa vjerovatnoćom da dijete bude izloženo zlostavljanju i/ili zanemarivanju. Ti faktori uključuju različite biološke i psihološke karakteristike djeteta (npr. težak/lagan temperament) i roditelja (npr. mlađa/starija dob roditelja), karakteristike odnosa unutar obitelji (npr. nesigurna/sigurna privrženost roditelj-dijete) i socijalne mreže (npr. visok/nizak obiteljski stres), te karakteristike zajednice i društva (npr. nizak/visok socioekonomski status). Poznavanje ovih faktora od ključnog je značaja za dizajniranje efikasnih tretmanskih i preventivnih intervencija.
3. Zlostavljanje i zanemarivanje djece ostavlja brojne kratkoročne i dugoročne posljedice. Mnoge od tih posljedica su vidljive na tjelesnom, neurološkom, kognitivnom, bihevioralnom, psihopatološkom i socio-emocionalnom planu. Neke posljedice su specifične za pojedine oblike zlostavljanja i zanemarivanja, međutim većina je općenita i prisutna kod svih oblika. Najčešće posljedice koje su zajedničke svim oblicima zlostavljanja i zanemarivanja su različiti zdravstveni problemi, neurokognitivni deficiti, slab akademski uspjeh, problemi pažnje, koncentracije i pamćenja, eksternalizirani i internalizirani problemi ponašanja, PTSP, anksiozni i depresivni poremećaji, nesigurnost, nepovjerenje, socijalno povlačenje, niska kvaliteta intimnih odnosa i poteškoće u emocionalnoj regulaciji. Ove posljedice se u većini slučajeva protežu i do odrasle dobi.
4. Dosadašnja istraživanja rezultirala su razvojem dokazano efikasnih tretmanskih intervencija koje uključuju tretmanske programe zasnovane na dokazima među kojima se ističu tretman usmjeren na interakciju roditelj-dijete, kognitivno-bihevioralna terapija usmjerena na traumu i multisistemska terapija za zlostavljanu i zanemarivanu djecu. Međutim, kako su posljedice

zlostavljanja i zanemarivanja djece mnogobrojne, često i dugoročne stavlja se fokus na prevenciju. Shodno tome istraživači su ponudili preventivne programe usmjerene na obitelj (npr. SafeCare Program), školu (npr. The Incredible Years Child Training Program) i zajednicu (npr. Strong Communities for Children Program).

7. LITERATURA

- Abajobir, A. A., Kisely, S., Scott, J. G., Williams, G., Clavarino, A., Strathearn, L., & Najman, J. M. (2017). Childhood maltreatment and young adulthood hallucinations, delusional experiences, and psychosis: a longitudinal study. *Schizophrenia bulletin*, *43*(5), 1045-1055.
- Abajobir, A. A., Kisely, S., Williams, G., Strathearn, L., & Najman, J. M. (2018). Risky sexual behaviors and pregnancy outcomes in young adulthood following substantiated childhood maltreatment: findings from a prospective birth cohort study. *The Journal of Sex Research*, *55*(1), 106-119.
- Abajobir, A. A., Najman, J. M., Williams, G., Strathearn, L., Clavarino, A., & Kisely, S. (2017). Substantiated childhood maltreatment and young adulthood cannabis use disorders: A pre-birth cohort study. *Psychiatry research*, *256*, 21-31.
- Ackard, D. M., & Neumark-Sztainer, D. (2002). Multiple sexual victimizations among adolescent boys and girls: Prevalence and associations with eating behaviors and psychological health. *Journal of child sexual abuse*, *12*(1), 17-37.
- Ackerman, P. T., Newton, J. E., McPherson, W. B., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child abuse & neglect*, *22*(8), 759-774.
- Ackner, S., Skeate, A., Patterson, P., & Neal, A. (2013). Emotional abuse and psychosis: a recent review of the literature. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *22*(9), 1032-1049.
- Afifi, T. O., & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *56*(5), 266-272.
- Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Cheung, K., Taillieu, T., Turner, S., & Sareen, J. (2016). Child abuse and physical health in adulthood. *Health Reports*, *27*(3), 10-18.
- Al Odhayani, A., Watson, W. J., & Watson, L. (2013). Behavioural consequences of child abuse. *Canadian family physician*, *59*(8), 831-836.
- Allen, B. (2008). An analysis of the impact of diverse forms of childhood psychological maltreatment on emotional adjustment in early adulthood. *Child Maltreatment*, *13*(3), 307-312.
- Allen, B. (2011). Childhood psychological abuse and adult aggression: The mediating role of self-capacities. *Journal of interpersonal violence*, *26*(10), 2093-2110.
- Allen, R. E., & Oliver, J. M. (1982). The effects of child maltreatment on language development. *Child abuse & neglect*, *6*(3), 299-305.
- Američka psihijatrijska udruga. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

- Ammerman, R. T., Cassisi, J. E., Hersen, M., & Van Hasselt, V. B. (1986). Consequences of physical abuse and neglect in children. *Clinical psychology review*, 6(4), 291-310.
- Arruabarrena Madariaga, M. I., Paúl Ochotorena, J. D., & Cañas Miguel, M. (2019). Implementation of an early preventive intervention programme for child neglect: SafeCare. *Psicothema*, 31(4), 443-449.
- Arslan, G. (2016). Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Child abuse & neglect*, 52, 200-209.
- Assini-Meytin, L. C., Thorne, E. J., Sanikommu, M., Green, K. M., & Letourneau, E. J. (2022). Impact of child sexual abuse on socioeconomic attainment in adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 71(5), 594-600.
- Atzl, V. M., Grande, L. A., Davis, E. P., & Narayan, A. J. (2019). Perinatal promotive and protective factors for women with histories of childhood abuse and neglect. *Child abuse & neglect*, 91, 63-77.
- Austin, A. E., Lesak, A. M., & Shanahan, M. E. (2020). Risk and protective factors for child maltreatment: A review. *Current epidemiology reports*, 7, 334-342.
- Avdibegović, E., & Brkić, M. (2020). Child neglect-causes and consequences. *Psychiatria Danubina*, 32(suppl. 3), 337-342.
- Axberg, U., Hansson, K., & Broberg, A. G. (2007). Evaluation of the Incredible Years Series—An open study of its effects when first introduced in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(2), 143-151.
- Baker, M. R., Frazier, P. A., Greer, C., Paulsen, J. A., Howard, K., Meredith, L. N., ... & Shallcross, S. L. (2016). Sexual victimization history predicts academic performance in college women. *Journal of counseling psychology*, 63(6), 685.
- Barnett, O. W., Miller-Perrin, C. L., & Perrin, R. D. (2010). *Family violence across the lifespan: An introduction*. Sage.
- Bauch, J., Hefti, S., Oeltjen, L., Pérez, T., Swenson, C. C., Fürstenau, U., Rhiner, B., & Schmid, M. (2022). Multisystemic therapy for child abuse and neglect: Parental stress and parental mental health as predictors of change in child neglect. *Child Abuse & Neglect*, 126, 105489.
- Bergen, H. A., Martin, G., Richardson, A. S., Allison, S., & Roeger, L. (2003). Sexual abuse and suicidal behavior: A model constructed from a large community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1301-1309.
- Bigras, N., Bosisio, M., Daspe, M. È., & Godbout, N. (2020). Who am I and what do I need? Identity difficulties as a mechanism of the link between childhood neglect and adult sexual disturbances. *International Journal of Sexual Health*, 32(3), 267-281.
- Bilić, V., Zloković, J. (2004). *Fenomen maltretiranja djece. Prepoznavanje i oblici pomoći obitelji i školi*. Naklada Ljevak: Zagreb.

- Blaisdell, K. N., Imhof, A. M., & Fisher, P. A. (2019). Early adversity, child neglect, and stress neurobiology: From observations of impact to empirical evaluations of mechanisms. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 78, 139-146.
- Boyd, M., Kisely, S., Najman, J., & Mills, R. (2019). Child maltreatment and attentional problems: A longitudinal birth cohort study. *Child abuse & neglect*, 98, 104170.
- Braga, T., Goncalves, L. C., Basto-Pereira, M., & Maia, A. (2017). Unraveling the link between maltreatment and juvenile antisocial behavior: A meta-analysis of prospective longitudinal studies. *Aggression and violent behavior*, 33, 37-50.
- Brassard, M. R., & Fiorvanti, C. M. (2015). School-based child abuse prevention programs. *Psychology in the Schools*, 52(1), 40-60.
- Bremner, J. D., Randall, P., Scott, T. M., Capelli, S., Delaney, R., McCarthy, G., & Charney, D. S. (1995). Deficits in short-term memory in adult survivors of childhood abuse. *Psychiatry research*, 59(1-2), 97-107.
- Briscoe-Smith, A. M., & Hinshaw, S. P. (2006). Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls: Behavioral and social correlates. *Child abuse & neglect*, 30(11), 1239-1255.
- Buderer, C., Hefti, S., Fux, E., Pérez, T., Swenson, C. C., Fürstenau, U., Rhiner, B., & Schmid, M. (2020). Effects of Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect on severity of neglect, behavioral and emotional problems, and attachment disorder symptoms in children. *Children and Youth Services Review*, 119, 105626.
- Buljan Flander, G., Ćorić Špoljar, R., & Štimac, D. (2009). Smetnje doživljavanja i ponašanja kod roditelja kao rizični faktori zlostavljanja djece u obitelji. *Suvremena psihologija*, 12(1), 119-132.
- Buljan-Flander, G., Kocijan-Hercigonja, D. (2003). *Zlostavljanje i zanemarivanje djece*. Zagreb: Marko M.
- Burns, E. E., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2010). Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(8), 801-819.
- Caffey, J. (1972). On the theory and practice of shaking infants: its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation. *American journal of diseases of children*, 124(2), 161-169.
- Carr, A. (2015). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach*. Routledge.
- Carvalho, J. C., Donat, J. C., Brunnet, A. E., Silva, T. G., Silva, G. R., & Kristensen, C. H. (2016). Cognitive, neurobiological and psychopathological alterations associated with child maltreatment: A review of systematic reviews. *Child Indicators Research*, 9, 389-406.
- Cashmore, J., & Shackel, R. (2013). *The long-term effects of child sexual abuse*. Australian Institute of Family Studies.

- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Fast Facts: Preventing Child Abuse & Neglect*.
- Chaiyachati, B. H., Gaither, J. R., Hughes, M., Foley-Schain, K., & Leventhal, J. M. (2018). Preventing child maltreatment: Examination of an established statewide home-visiting program. *Child Abuse & Neglect*, 79, 476-484.
- Chen, C., & Qin, J. (2020). Emotional abuse and adolescents' social anxiety: The roles of self-esteem and loneliness. *Journal of family violence*, 35(5), 497-507.
- Chen, J., Dunne, M. P., & Han, P. (2004). Child sexual abuse in China: a study of adolescents in four provinces. *Child abuse & neglect*, 28(11), 1171-1186.
- Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., Elamin, M. B., Seime, R. J., Shinozaki, G., Prokop, L. J., & Zirakzadeh, A. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. In *Mayo clinic proceedings* (Vol. 85, No. 7, pp. 618-629). Elsevier.
- Child Welfare Information Gateway. (2018). *Trauma-focused cognitive behavioral therapy: A primer for child welfare professionals*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau.
- Child Welfare Information Gateway. (2023). *Child maltreatment and brain development: A primer for child welfare professionals*. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Children's Bureau.
- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, violence, & abuse*, 6(2), 103-129.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., Williams, E., & Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological bulletin*, 143(9), 939.
- Ćorić, V., & Buljan Flander, G. (2008). Zanemarivanje djece-rizični čimbenici, posljedice, uloga liječnika i mogućnosti prevencije. *Paediatrica Croatica*, 52(1), 29-33.
- Council of Europe (bez datuma). *The Underwear Rule*.
- Counts, J. M., Buffington, E. S., Chang-Rios, K., Rasmussen, H. N., & Preacher, K. J. (2010). The development and validation of the protective factors survey: A self-report measure of protective factors against child maltreatment. *Child abuse & neglect*, 34(10), 762-772.
- Cuadra, L. E., Jaffe, A. E., Thomas, R., & DiLillo, D. (2014). Child maltreatment and adult criminal behavior: Does criminal thinking explain the association?. *Child abuse & neglect*, 38(8), 1399-1408.
- Currie, J., & Spatz Widom, C. (2010). Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child maltreatment*, 15(2), 111-120.
- Curry, S. R. (2017). Childhood experiences and housing insecurity in adulthood: The salience of childhood emotional abuse. *Children and youth services review*, 82, 301-309.

- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child abuse & neglect, 34*(11), 813-822.
- Czerwinski, F., Finne, E., Alfes, J., & Kolip, P. (2018). Effectiveness of a school-based intervention to prevent child sexual abuse—Evaluation of the German IGEL program. *Child abuse & neglect, 86*, 109-122.
- Dahake, P. T., Kale, Y., Dadpe, M., Kendre, S., Shep, S., & Dhore, S. (2018). Impact of Child Abuse & Neglect on Children: A. *Journal of Dental Research, 1*(1), 36-49.
- De Araújo, R. M. F., & Lara, D. R. (2016). More than words: the association of childhood emotional abuse and suicidal behavior. *European psychiatry, 37*, 14-21.
- de Vries, B., van Busschbach, J. T., van der Stouwe, E. C., Aleman, A., van Dijk, J. J., Lysaker, P. H., Arends, J., Nijman, S. A., & Pijnenborg, G. H. (2019). Prevalence rate and risk factors of victimization in adult patients with a psychotic disorder: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin, 45*(1), 114-126.
- Dias, A., Sales, L., Hessen, D. J., & Kleber, R. J. (2015). Child maltreatment and psychological symptoms in a Portuguese adult community sample: The harmful effects of emotional abuse. *European Child & Adolescent Psychiatry, 24*, 767-778.
- DiLillo, D., Peugh, J., Walsh, K., Panuzio, J., Trask, E., & Evans, S. (2009). Child maltreatment history among newlywed couples: a longitudinal study of marital outcomes and mediating pathways. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(4), 680.
- Dong, M., Dube, S. R., Felitti, V. J., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Adverse childhood experiences and self-reported liver disease: new insights into the causal pathway. *Archives of internal medicine, 163*(16), 1949-1956.
- Doretto, V., & Scivoletto, S. (2018). Effects of early neglect experience on recognition and processing of facial expressions: A systematic review. *Brain Sciences, 8*(1), 10.
- Dualibe, A. L., & Osório, F. L. (2017). Bipolar disorder and early emotional trauma: a critical literature review on indicators of prevalence rates and clinical outcomes. *Harvard review of psychiatry, 25*(5), 198-208.
- Dubowitz, H., & Bennett, S. (2007). Physical abuse and neglect of children. *The Lancet, 369*(9576), 1891-1899.
- Dye, H. L. (2020). Is emotional abuse as harmful as physical and/or sexual abuse?. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 13*(4), 399-407.
- Ebbert, A. M., Infurna, F. J., Luthar, S. S., Lemery-Chalfant, K., & Corbin, W. R. (2019). Examining the link between emotional childhood abuse and social relationships in midlife: The moderating role of the oxytocin receptor gene. *Child abuse & neglect, 98*, 104151.
- Eikenaes, I., Egeland, J., Hummelen, B., & Wilberg, T. (2015). Avoidant personality disorder versus social phobia: the significance of childhood neglect. *PloS one, 10*(3), e0122846.
- Euser, S., Alink, L. R., Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2015). A gloomy picture: A meta-analysis of randomized controlled trials reveals

- disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment. *BMC public health*, 15, 1-14.
- Evans, C. B., & Burton, D. L. (2013). Five types of child maltreatment and subsequent delinquency: Physical neglect as the most significant predictor. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 6, 231-245.
- Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1992). Psychiatric diagnoses of maltreated children: Preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5), 863-867.
- Fantuzzo, J. W., DePaola, L. M., Lambert, L., Martino, T., Anderson, G., & Sutton, S. (1991). Effects of interparental violence on the psychological adjustment and competencies of young children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(2), 258.
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F., & Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child abuse & neglect*, 37(9), 664-674.
- Filipas, H. H., & Ullman, S. E. (2006). Child sexual abuse, coping responses, self-blame, posttraumatic stress disorder, and adult sexual revictimization. *Journal of interpersonal violence*, 21(5), 652-672.
- Finestone, H. M., Stenn, P., Davies, F., Stalker, C., Fry, R., & Koumanis, J. (2000). Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 24(4), 547-556.
- Fishbein, D., Warner, T., Krebs, C., Trevarthen, N., Flannery, B., & Hammond, J. (2009). Differential relationships between personal and community stressors and children's neurocognitive functioning. *Child maltreatment*, 14(4), 299-315.
- Fontana, V. J., Donovan, D., & Wong, R. J. (1963). The maltreatment syndrome in children. *New England Journal of Medicine*, 269(26), 1389-1394.
- Ford, J. D., & Cloitre, M. (2009). Best practices in psychotherapy for children and adolescents. *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*, 59-81.
- Gama, C. M. F., Portugal, L. C. L., Gonçalves, R. M., de Souza Junior, S., Vilete, L. M. P., Mendlowicz, M. V., Figueira, I., Volchan, E., David, I. A., de Oliveira, L., & Pereira, M. G. (2021). The invisible scars of emotional abuse: a common and highly harmful form of childhood maltreatment. *BMC psychiatry*, 21, 1-14.
- Gardner, M. J., Thomas, H. J., & Erskine, H. E. (2019). The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child abuse & neglect*, 96, 104082.
- Geeraert, L., Van den Noortgate, W., Grietens, H., & Onghena, P. (2004). The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: A meta-analysis. *Child maltreatment*, 9(3), 277-291.
- Gender Centar Federacije Bosne i Hercegovine. (2016). *Statistički podaci o nasilju u porodici*.

- Geoffroy, M. C., Pereira, S. P., Li, L., & Power, C. (2016). Child neglect and maltreatment and childhood-to-adulthood cognition and mental health in a prospective birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(1), 33-40.
- Gibb, B. E., Schofield, C. A., & Coles, M. E. (2009). Reported history of childhood abuse and young adults' information-processing biases for facial displays of emotion. *Child maltreatment*, 14(2), 148-156.
- Gould, F., Clarke, J., Heim, C., Harvey, P. D., Majer, M., & Nemeroff, C. B. (2012). The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood. *Journal of psychiatric research*, 46(4), 500-506.
- Graham-Bermann, S. A. (1996). Family worries: Assessment of interpersonal anxiety in children from violent and nonviolent families. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(3), 280-287.
- Graham-Bermann, S. A., & Levendosky, A. A. (1998). Traumatic stress symptoms in children of battered women. *Journal of interpersonal violence*, 13(1), 111-128.
- Grassi-Oliveira, R., & Stein, L. M. (2008). Childhood maltreatment associated with PTSD and emotional distress in low-income adults: The burden of neglect. *Child Abuse & Neglect*, 32(12), 1089-1094.
- Groleau, P., Steiger, H., Bruce, K., Israel, M., Sycz, L., Ouellette, A. S., & Badawi, G. (2012). Childhood emotional abuse and eating symptoms in bulimic disorders: An examination of possible mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 326-332.
- Guastaferrro, K. M., Lutzker, J. R., Graham, M. L., Shanley, J. R., & Whitaker, D. J. (2012). SafeCare®: Historical perspective and dynamic development of an evidence-based scaled-up model for the prevention of child maltreatment. *Psychosocial Intervention*, 21(2), 171-180.
- Hanson, J. L., Hariri, A. R., & Williamson, D. E. (2015). Blunted ventral striatum development in adolescence reflects emotional neglect and predicts depressive symptoms. *Biological psychiatry*, 78(9), 598-605.
- Heim, C., Newport, D. J., Wagner, D., Wilcox, M. M., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2002). The role of early adverse experience and adulthood stress in the prediction of neuroendocrine stress reactivity in women: a multiple regression analysis. *Depression and anxiety*, 15(3), 117-125.
- Hinojosa, R., Nguyen, J., Sellers, K., & Elassar, H. (2019). Barriers to college success among students that experienced adverse childhood events. *Journal of American college health*, 67(6), 531-540.
- Hobbs, C. J., & Bilo, R. A. (2009). Nonaccidental trauma: clinical aspects and epidemiology of child abuse. *Pediatric radiology*, 39, 457-460.
- Hoeboer, C., De Roos, C., van Son, G. E., Spinhoven, P., & Elzinga, B. (2021). The effect of parental emotional abuse on the severity and treatment of PTSD symptoms in children and adolescents. *Child abuse & neglect*, 111, 104775.

- Howard, K. S., & Brooks-Gunn, J. (2009). The role of home-visiting programs in preventing child abuse and neglect. *The future of Children*, 119-146.
- Hund, A. R., & Espelage, D. L. (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress. *Child abuse & neglect*, 30(4), 393-407.
- Irish, L., Kobayashi, I., & Delahanty, D. L. (2010). Long-term physical health consequences of childhood sexual abuse: A meta-analytic review. *Journal of pediatric psychology*, 35(5), 450-461.
- Iwaniec, D. (2004). *Children who fail to thrive: A practice guide*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Iwaniec, D., Larkin, E., & Higgins, S. (2006). Research review: Risk and resilience in cases of emotional abuse. *Child & Family Social Work*, 11(1), 73-82.
- Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S. K., & Zak, L. (1986). Family violence and child adjustment: a comparative analysis of girls' and boys' behavioral symptoms. *The American journal of psychiatry*, 143(1), 74-77.
- Johnson, J. G., Smailes, E. M., Cohen, P., Brown, J., & Bernstein, D. P. (2000). Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: Findings of a community-based longitudinal study. *Journal of personality disorders*, 14(2), 171-187.
- Jonzon, E., & Lindblad, F. (2006). Risk factors and protective factors in relation to subjective health among adult female victims of child sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 30(2), 127-143.
- Julian, M. M., Bernard, N. K., Handelzalts, J. E., Menke, R. A., & Muzik, M. (2022). Attachment insecurity moderates the link between maternal childhood neglect and postpartum bonding to the infant. *Archives of women's mental health*, 25(2), 517-520.
- Jung, H., Herrenkohl, T. I., Lee, J. O., Klika, J. B., & Skinner, M. L. (2015). Effects of physical and emotional child abuse and its chronicity on crime into adulthood. *Violence and victims*, 30(6), 1004-1018.
- Kapeleris, A. R., & Paivio, S. C. (2011). Identity and emotional competence as mediators of the relation between childhood psychological maltreatment and adult love relationships. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20(6), 617-635.
- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1962). The battered-child syndrome. *Jama*, 181(1), 17-24.
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 51(6), 706-716.
- Kimbrough-Melton, R. J., & Campbell, D. (2008). Strong Communities for children: a community-wide approach to prevention of child abuse and neglect. *Family & Community Health*, 31(2), 100-112.

- King, P. A., & Chalk, R. (Eds.). (1998). *Violence in families: Assessing prevention and treatment programs*. National Academies Press.
- Kisely, S., Abajobir, A. A., Mills, R., Strathearn, L., Clavarino, A., & Najman, J. M. (2018). Child maltreatment and mental health problems in adulthood: birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, *213*(6), 698-703.
- Kisely, S., Mills, R., Strathearn, L., & Najman, J. M. (2020). Does child maltreatment predict alcohol use disorders in young adulthood? A cohort study of linked notifications and survey data. *Addiction*, *115*(1), 61-68.
- Klein, H., Elifson, K. W., & Sterk, C. E. (2007). Childhood neglect and adulthood involvement in HIV-related risk behaviors. *Child abuse & neglect*, *31*(1), 39-53.
- Kliethermes, M., Schacht, M., & Drewry, K. (2014). Complex trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, *23*(2), 339-361.
- Kolbo, J. R. (1996). Risk and resilience among children exposed to family violence. *Violence and victims*, *11*(2), 113-128.
- Konanur, S., Muller, R. T., Cinamon, J. S., Thornback, K., & Zorzella, K. P. (2015). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy in a community-based program. *Child abuse & neglect*, *50*, 159-170.
- Kuper, J. L., & Turanovic, J. J. (2020). Adjustment problems in early adulthood among victims of childhood physical abuse: A focus on adolescent risk and protective factors. *Crime & Delinquency*, *66*(3), 337-362.
- Lalayants, M., & Prince, J. D. (2016). Child neglect and onset of substance use disorders among child welfare-involved adolescents. *Child abuse review*, *25*(6), 469-478.
- Lanier, P., Jonson-Reid, M., Stahlschmidt, M. J., Drake, B., & Constantino, J. (2010). Child maltreatment and pediatric health outcomes: A longitudinal study of low-income children. *Journal of pediatric psychology*, *35*(5), 511-522.
- Lee, A. H., & Brown, E. (2022). Examining the effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy on children and adolescents' executive function. *Child Abuse & Neglect*, *126*, 105516.
- Lee, E., Kirkland, K., Miranda-Julian, C., & Greene, R. (2018). Reducing maltreatment recurrence through home visitation: A promising intervention for child welfare involved families. *Child Abuse & Neglect*, *86*, 55-66.
- Lee, M. A. (2015). Emotional abuse in childhood and suicidality: The mediating roles of re-victimization and depressive symptoms in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, *44*, 130-139.
- Lee, V., & Hoaken, P. N. (2007). Cognition, emotion, and neurobiological development: Mediating the relation between maltreatment and aggression. *Child maltreatment*, *12*(3), 281-298.
- Leeb, R. T., Barker, L. E., & Strine, T. W. (2007). The effect of childhood physical and sexual abuse on adolescent weapon carrying. *Journal of Adolescent Health*, *40*(6), 551-558.

- Leeb, R. T., Lewis, T., & Zolotor, A. J. (2011). A review of physical and mental health consequences of child abuse and neglect and implications for practice. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(5), 454-468.
- Letourneau, N. L., Fedick, C. B., & Willms, J. D. (2007). Mothering and domestic violence: A longitudinal analysis. *Journal of Family Violence*, 22, 649-659.
- Li, F., Godinet, M. T., & Arnsberger, P. (2011). Protective factors among families with children at risk of maltreatment: Follow up to early school years. *Children and Youth Services Review*, 33(1), 139-148.
- Li, S., Zhao, F., & Yu, G. (2019). Childhood maltreatment and intimate partner violence victimization: A meta-analysis. *Child abuse & neglect*, 88, 212-224.
- Liel, C., Ulrich, S. M., Lorenz, S., Eickhorst, A., Fluke, J., & Walper, S. (2020). Risk factors for child abuse, neglect and exposure to intimate partner violence in early childhood: Findings in a representative cross-sectional sample in Germany. *Child abuse & neglect*, 106, 104487.
- Lo Iacono, L., Trentini, C., & Carola, V. (2021). Psychobiological consequences of childhood sexual abuse: Current knowledge and clinical implications. *Frontiers in Neuroscience*, 15, 771511.
- Lobbestael, J., Arntz, A., & Bernstein, D. P. (2010). Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *Journal of personality disorders*, 24(3), 285-295.
- Logan, J. E., Leeb, R. T., & Barker, L. E. (2009). Gender-specific mental and behavioral outcomes among physically abused high-risk seventh-grade youths. *Public Health Reports*, 124(2), 234-245.
- Ma, E. Y., & Li, F. W. (2014). Developmental trauma and its correlates: A study of Chinese children with repeated familial physical and sexual abuse in Hong Kong. *Journal of traumatic stress*, 27(4), 454-460.
- Majer, M., Nater, U. M., Lin, J. M. S., Capuron, L., & Reeves, W. C. (2010). Association of childhood trauma with cognitive function in healthy adults: a pilot study. *BMC neurology*, 10, 1-10.
- Martin, G., Bergen, H. A., Richardson, A. S., Roeger, L., & Allison, S. (2004). Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents. *Child abuse & neglect*, 28(5), 491-503.
- Maschi, T., Morgen, K., Bradley, C., & Hatcher, S. S. (2008). Exploring gender differences on internalizing and externalizing behavior among maltreated youth: Implications for social work action. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 25, 531-547.
- Masson, M., Bussieres, E. L., East-Richard, C., R-Mercier, A., & Cellard, C. (2015). Neuropsychological profile of children, adolescents and adults experiencing maltreatment: a meta-analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, 29(5), 573-594.

- McCloskey, L. A., Figueredo, A. J., & Koss, M. P. (1995). The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child development, 66*(5), 1239-1261.
- McDonell, J. R., Ben-Arieh, A., & Melton, G. B. (2015). Strong Communities for Children: Results of a multi-year community-based initiative to protect children from harm. *Child Abuse & Neglect, 41*, 79-96.
- McGuigan, W. M., & Pratt, C. C. (2001). The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. *Child abuse & neglect, 25*(7), 869-883.
- McLaughlin, K. A., Peverill, M., Gold, A. L., Alves, S., & Sheridan, M. A. (2015). Child maltreatment and neural systems underlying emotion regulation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 54*(9), 753-762.
- McLeigh, J. D., McDonell, J. R., & Melton, G. B. (2015). Community differences in the implementation of Strong Communities for Children. *Child Abuse & Neglect, 41*, 97-112.
- Meng, X., Fleury, M. J., Xiang, Y. T., Li, M., & D'arcy, C. (2018). Resilience and protective factors among people with a history of child maltreatment: A systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 53*, 453-475.
- Mersky, J. P., & Reynolds, A. J. (2007). Child maltreatment and violent delinquency: Disentangling main effects and subgroup effects. *Child maltreatment, 12*(3), 246-258.
- Messman-Moore, T. L., & Coates, A. A. (2007). The impact of childhood psychological abuse on adult interpersonal conflict: The role of early maladaptive schemas and patterns of interpersonal behavior. *Journal of Emotional Abuse, 7*(2), 75-92.
- Miller, A. B., Jenness, J. L., Oppenheimer, C. W., Gottlieb, A. L. B., Young, J. F., & Hankin, B. L. (2017). Childhood emotional maltreatment as a robust predictor of suicidal ideation: A 3-year multi-wave, prospective investigation. *Journal of abnormal child psychology, 45*(1), 105-116.
- Mills, R., Alati, R., Strathearn, L., & Najman, J. M. (2014). Alcohol and tobacco use among maltreated and non-maltreated adolescents in a birth cohort. *Addiction, 109*(4), 672-680.
- Mills, R., Kisely, S., Alati, R., Strathearn, L., & Najman, J. M. (2019). Cognitive and educational outcomes of maltreated and non-maltreated youth: A birth cohort study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 53*(3), 248-255.
- Mitchell, J. M., Becker-Blease, K. A., & Soicher, R. N. (2021). Child sexual abuse, academic functioning and educational outcomes in emerging adulthood. *Journal of child sexual abuse, 30*(3), 278-297.
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American journal of public health, 91*(5), 753.
- Mulder, T. M., Kuiper, K. C., van der Put, C. E., Stams, G. J. J., & Assink, M. (2018). Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child abuse & neglect, 77*, 198-210.
- Mullers, E. S., & Dowling, M. (2008). Mental health consequences of child sexual abuse. *British journal of nursing, 17*(22), 1428-1433.

- Murray, L. K., Nguyen, A., & Cohen, J. A. (2014). Child sexual abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(2), 321-337.
- Murray, L. K., Nguyen, A., & Cohen, J. A. (2014). Child sexual abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(2), 321-337.
- Negriff, S., Schneiderman, J. U., & Trickett, P. K. (2015). Child maltreatment and sexual risk behavior: Maltreatment types and gender differences. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 36(9), 708-716.
- Newman, M. G., Clayton, L., Zuellig, A., Cashman, L., Arnow, B., Dea, R., & Taylor, C. B. (2000). The relationship of childhood sexual abuse and depression with somatic symptoms and medical utilization. *Psychological medicine*, 30(5), 1063-1077.
- Nikulina, V., Widom, C. S., & Czaja, S. (2011). The role of childhood neglect and childhood poverty in predicting mental health, academic achievement and crime in adulthood. *American journal of community psychology*, 48, 309-321.
- Nolin, P., & Ethier, L. (2007). Using neuropsychological profiles to classify neglected children with or without physical abuse. *Child abuse & neglect*, 31(6), 631-643.
- Noll, J. G. (2021). Child sexual abuse as a unique risk factor for the development of psychopathology: The compounded convergence of mechanisms. *Annual review of clinical psychology*, 17, 439-464.
- Noll, J. G., Shenk, C. E., Yeh, M. T., Ji, J., Putnam, F. W., & Trickett, P. K. (2010). Receptive language and educational attainment for sexually abused females. *Pediatrics*, 126(3), e615-e622.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11), e1001349.
- Oates, R. K. (2004). Sexual abuse and suicidal behavior. *Child Abuse & Neglect*, 28(5), 487-489.
- Padilla Paredes, P., & Calvete, E. (2014). Cognitive vulnerabilities as mediators between emotional abuse and depressive symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 42, 743-753.
- Pelcovitz, D., Pelcovitz, M., Sunday, S., Labrunad, V., Lehrman, D., Kline, M., ... & Kaplan, S. (2017). Academic achievement in young adults with a history of adolescent physical abuse. *Adolescent Psychiatry*, 7(4), 286-299.
- Pignatelli, A. M., Wampers, M., Lorio, C., Biondi, M., & Vanderlinden, J. (2017). Childhood neglect in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(1), 100-115.
- Pollak, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K., & Reed, A. (2000). Recognizing emotion in faces: developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental psychology*, 36(5), 679.
- Pulverman, C. S., Kilimnik, C. D., & Meston, C. M. (2018). The impact of childhood sexual abuse on women's sexual health: A comprehensive review. *Sexual medicine reviews*, 6(2), 188-200.

- Reissing, E. D., Binik, Y. M., KHALIF, S., Cohen, D., & Amsel, R. (2003). Etiological correlates of vaginismus: Sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(1), 47-59.
- Reynolds, A. J., & Robertson, D. L. (2003). School-based early intervention and later child maltreatment in the Chicago longitudinal study. *Child development*, 74(1), 3-26.
- Richards, T. N., Tillyer, M. S., & Wright, E. M. (2017). Intimate partner violence and the overlap of perpetration and victimization: Considering the influence of physical, sexual, and emotional abuse in childhood. *Child abuse & neglect*, 67, 240-248.
- Rijbroek, B., Strating, M. M., Konijn, H. W., & Huijsman, R. (2019). Child protection cases, one size fits all? Cluster analyses of risk and protective factors. *Child abuse & neglect*, 95, 104068.
- Rogosch, F. A., Oshri, A., & Cicchetti, D. (2010). From child maltreatment to adolescent cannabis abuse and dependence: A developmental cascade model. *Development and psychopathology*, 22(4), 883-897.
- Romano, E., Gallitto, E., Firth, K., & Whitaker, D. (2020). Does the SafeCare parenting program impact caregiver mental health?. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 2653-2665.
- Rosenkranz, S. E., Muller, R. T., & Henderson, J. L. (2012). Psychological maltreatment in relation to substance use problem severity among youth. *Child Abuse & Neglect*, 36(5), 438-448.
- Ross, C. A. (2005). Childhood sexual abuse and psychosomatic symptoms in irritable bowel syndrome. *Journal of child sexual abuse*, 14(1), 27-38.
- Royse, D. (2015). *Emotional abuse of children: Essential information*. Routledge.
- Runyon, M. K., & Kenny, M. C. (2002). Relationship of attributional style, depression, and posttrauma distress among children who suffered physical or sexual abuse. *Child maltreatment*, 7(3), 254-264.
- Salzinger, S., Rosario, M., & Feldman, R. S. (2007). Physical child abuse and adolescent violent delinquency: The mediating and moderating roles of personal relationships. *Child Maltreatment*, 12(3), 208-219.
- Schilling, S., & Christian, C. W. (2014). Child physical abuse and neglect. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(2), 309-319.
- Schwandt, M. L., Heilig, M., Hommer, D. W., George, D. T., & Ramchandani, V. A. (2013). Childhood trauma exposure and alcohol dependence severity in adulthood: mediation by emotional abuse severity and neuroticism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(6), 984-992.
- Self-Brown, S., Osborne, M. C., Boyd Jr, C., Brown, N. D., Rostad, W., Patterson, A., Baker, E., Thomas, A., McAdam, E. M., Jackson, M., Glasheen, T. L., & Lai, B. (2018). The impact of SafeCare® Dads to Kids program on father maltreatment risk and involvement: Outcomes and lessons learned from an efficacy trial. *Child abuse & neglect*, 83, 31-41.

- Semsar, N., Mousavi, Z., Tran, M. L. M., & Kuhlman, K. R. (2021). Dysregulated arousal as a pathway linking childhood neglect and clinical sleep disturbances in adulthood. *Child abuse & neglect, 122*, 105306.
- Senn, T. E., Carey, M. P., & Vanable, P. A. (2008). Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: Evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clinical psychology review, 28*(5), 711-735.
- Shahab, M. K., de Ridder, J. A., Spinhoven, P., Penninx, B. W., Mook-Kanamori, D. O., & Elzinga, B. M. (2021). A tangled start: The link between childhood maltreatment, psychopathology, and relationships in adulthood. *Child abuse & neglect, 121*, 105228.
- Shaikh, E. A., & Shinde, V. R. (2018). Gender differences in internalized and externalized behavioral problems among school going children. *Indian Journal of Health & Wellbeing, 9*(4), 584-589.
- Sheikh, M. A. (2018). Psychological abuse, substance abuse distress, dissatisfaction with friendships, and incident psychiatric problems. *Journal of psychosomatic research, 108*, 78-84.
- Shipman, K. L., Schneider, R., Fitzgerald, M. M., Sims, C., Swisher, L., & Edwards, A. (2007). Maternal emotion socialization in maltreating and non-maltreating families: Implications for children's emotion regulation. *Social Development, 16*(2), 268-285.
- Shrivastava, A. K., Karia, S. B., Sonavane, S. S., & De Sousa, A. A. (2017). Child sexual abuse and the development of psychiatric disorders: a neurobiological trajectory of pathogenesis. *Industrial psychiatry journal, 26*(1), 4-12.
- Sigurdardottir, S., Halldorsdottir, S., & Bender, S. S. (2014). Consequences of childhood sexual abuse for health and well-being: Gender similarities and differences. *Scandinavian journal of public health, 42*(3), 278-286.
- Simon, J., Luetzow, A., & Conte, J. R. (2020). Thirty years of the convention on the rights of the child: Developments in child sexual abuse and exploitation. *Child abuse & neglect, 110*, 104399.
- Simon, J., Luetzow, A., & Conte, J. R. (2020). Thirty years of the convention on the rights of the child: Developments in child sexual abuse and exploitation. *Child abuse & neglect, 110*, 104399.
- Slade, M. K., & Warne, R. T. (2016). A meta-analysis of the effectiveness of trauma-focused cognitive-behavioral therapy and play therapy for child victims of abuse. *Journal of young investigators, 30*(6).
- Spertus, I. L., Yehuda, R., Wong, C. M., Halligan, S., & Seremetis, S. V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child abuse & neglect, 27*(11), 1247-1258.
- Sprague-Jones, J., Counts, J., Rousseau, M., & Firman, C. (2019). The development of the protective factors survey: A self-report measure of protective factors against child maltreatment. *Child abuse & neglect, 89*, 122-134.

- Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child abuse & neglect*, *31*(5), 517-530.
- Stern, A., Agnew-Blais, J., Danese, A., Fisher, H. L., Jaffee, S. R., Matthews, T., Polanczyk, G. V., & Arseneault, L. (2018). Associations between abuse/neglect and ADHD from childhood to young adulthood: A prospective nationally-representative twin study. *Child abuse & neglect*, *81*, 274-285.
- Stickley, A., Waldman, K., Ueda, M., Koyanagi, A., Sumiyoshi, T., Narita, Z., ... & Oh, H. (2020). Childhood neglect and suicidal behavior: findings from the National Comorbidity Survey Replication. *Child Abuse & Neglect*, *103*, 104400.
- Strathearn, L., Giannotti, M., Mills, R., Kisely, S., Najman, J., & Abajobir, A. (2020). Long-term cognitive, psychological, and health outcomes associated with child abuse and neglect. *Pediatrics*, *146*(4).
- Sugaya, L., Hasin, D. S., Olfson, M., Lin, K. H., Grant, B. F., & Blanco, C. (2012). Child physical abuse and adult mental health: a national study. *Journal of traumatic stress*, *25*(4), 384-392.
- Swanston, H. Y., Nunn, K. P., Oates, R. K., Tebbutt, J. S., & O'Toole, B. I. (1999). Hoping and coping in young people who have been sexually abused. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *8*, 134-142.
- Swenson, C. C., & Schaeffer, C. M. (2018). A multisystemic approach to the prevention and treatment of child abuse and neglect. *International journal on child maltreatment: research, policy and practice*, *1*(1), 97-120.
- Thielemann, J. F. B., Kasparik, B., König, J., Unterhitzenberger, J., & Rosner, R. (2022). A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, *134*, 105899.
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2012). Parent–Child Interaction Therapy: An evidence-based treatment for child maltreatment. *Child maltreatment*, *17*(3), 253-266.
- Thompson, R. A. (2015). Social support and child protection: Lessons learned and learning. *Child abuse & neglect*, *41*, 19-29.
- Thompson, R., Lewis, T., Neilson, E. C., English, D. J., Litrownik, A. J., Margolis, B., ... & Dubowitz, H. (2017). Child maltreatment and risky sexual behavior: Indirect effects through trauma symptoms and substance use. *Child maltreatment*, *22*(1), 69-78.
- Timmer, S. G., Urquiza, A. J., Zebell, N. M., & McGrath, J. M. (2005). Parent-child interaction therapy: Application to maltreating parent-child dyads. *Child abuse & neglect*, *29*(7), 825-842.
- Toth, S. L., & Manly, J. T. (2019). Developmental consequences of child abuse and neglect: Implications for intervention. *Child Development Perspectives*, *13*(1), 59-64.
- Trickett, P. K., & McBride-Chang, C. (1995). The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental review*, *15*(3), 311-337.

- Tuce, Đ., Hasanbegović-Anić, E., Bašić, D. (2021). *Psihosocijalni aspekti hraniteljstva*. Sarajevo: Filozofski fakultet Univerziteta.
- Tuscic, S. J., Flander, G. B., & Mateskovic, D. (2012). The consequences of childhood abuse. *Paediatrics Today*, 9(1), 12.
- Tutus, D., Pfeiffer, E., Rosner, R., Sachser, C., & Goldbeck, L. (2017). Sustainability of treatment effects of trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: Findings from 6-and 12-month follow-ups. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86(6), 379-381.
- UNICEF. (2020). *Situaciona analiza o položaju djece u Bosni i Hercegovini*.
- Vajda, A., & Láng, A. (2014). Emotional abuse, neglect in eating disorders and their relationship with emotion regulation. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 131, 386-390.
- Van der Put, C. E., Assink, M., Gubbels, J., & Boekhout van Solinge, N. F. (2018). Identifying effective components of child maltreatment interventions: A meta-analysis. *Clinical child and family psychology review*, 21, 171-202.
- Van Dijken, M. W., Stams, G. J. J., & de Winter, M. (2016). Can community-based interventions prevent child maltreatment?. *Children and youth services review*, 61, 149-158.
- van Harmelen, A. L., de Jong, P. J., Glashouwer, K. A., Spinhoven, P., Penninx, B. W., & Elzinga, B. M. (2010). Child abuse and negative explicit and automatic self-associations: The cognitive scars of emotional maltreatment. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 486-494.
- Vanderzee, K. L., Sigel, B. A., Pemberton, J. R., & John, S. G. (2019). Treatments for early childhood trauma: Decision considerations for clinicians. *Journal of child & adolescent trauma*, 12(4), 515-528.
- Waldinger, R. J., Toth, S. L., & Gerber, A. (2001). Maltreatment and internal representations of relationships: Core relationship themes in the narratives of abused and neglected preschoolers. *Social Development*, 10(1), 41-58.
- Walker, E. A., Gelfand, A., Katon, W. J., Koss, M. P., Von Korff, M., Bernstein, D., & Russo, J. (2002). Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(5), 339-339.
- Walsh, C. A., Jamieson, E., MacMillan, H., & Boyle, M. (2007). Child abuse and chronic pain in a community survey of women. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(12), 1536-1554.
- Walsh, K., Zwi, K., Woolfenden, S., & Shlonsky, A. (2015). School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 11(1), 1-180.
- Walsh, K., Zwi, K., Woolfenden, S., & Shlonsky, A. (2018). School-based education programs for the prevention of child sexual abuse: A Cochrane systematic review and meta-analysis. *Research on social work practice*, 28(1), 33-55.

- Warren, J. M., Halpin, S. A., Hanstock, T. L., Hood, C., & Hunt, S. A. (2022). Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) for families presenting with child maltreatment: A systematic review. *Child abuse & neglect, 134*, 105942.
- Webster-Stratton, C. (2000). *The incredible years training series*. US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Webster-Stratton, C., Jamila Reid, M., & Stoolmiller, M. (2008). Preventing conduct problems and improving school readiness: evaluation of the incredible years teacher and child training programs in high-risk schools. *Journal of child psychology and psychiatry, 49*(5), 471-488.
- Wegman, H. L., & Stetler, C. (2009). A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosomatic medicine, 71*(8), 805-812.
- Wenar, C. (2003). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija: od dojenačke dobi do adolescencije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Whitaker, D. J., Self-Brown, S., Hayat, M. J., Osborne, M. C., Weeks, E. A., Reidy, D. E., & Lyons, M. (2020). Effect of the SafeCare© intervention on parenting outcomes among parents in child welfare systems: A cluster randomized trial. *Preventive medicine, 138*, 106167.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., & Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child abuse & neglect, 32*(8), 785-796.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., Bentley, T., & Johnson, M. S. (2012). A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: New findings from a 30-year follow-up. *American journal of public health, 102*(6), 1135-1144.
- Widom, C. S., Czaja, S., & Dutton, M. A. (2014). Child abuse and neglect and intimate partner violence victimization and perpetration: A prospective investigation. *Child abuse & neglect, 38*(4), 650-663.
- Williams, C. M., Cprek, S., Asaolu, I., English, B., Jewell, T., Smith, K., & Robl, J. (2017). Kentucky health access nurturing development services home visiting program improves maternal and child health. *Maternal and child health journal, 21*, 1166-1174.
- Wilson, D. R. (2010). Health consequences of childhood sexual abuse. *Perspectives in psychiatric care, 46*(1), 56-64.
- Wilson, D. R. (2010). Health consequences of childhood sexual abuse. *Perspectives in psychiatric care, 46*(1), 56-64.
- Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., & Jaffe, P. G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical child and family psychology review, 6*, 171-187.
- World Health Organization. (2022). *Child Maltreatment*.
- World Health Organization. (2022). *WHO guidelines on parenting interventions to prevent maltreatment and enhance parent-child relationships with children aged 0-17 years*. Geneva: World Health Organization.

- Wright, M. O. D. (2007). The long-term impact of emotional abuse in childhood: Identifying mediating and moderating processes. *Journal of Emotional Abuse*, 7(2), 1-8.
- Younas, F., & Gutman, L. M. (2023). Parental risk and protective factors in child maltreatment: A systematic review of the evidence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 3697-3714.
- Young, J. C., & Widom, C. S. (2014). Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child abuse & neglect*, 38(8), 1369-1381.
- Zečević, I. (2018). *Zanemarivanje djece kao oblik nasilja nad djecom - znanje, stavovi i ponašanja u BiH*. World Vision International in BiH.
- Zhang, H., Liu, Z., Zheng, H., Xu, T., Liu, L., Xu, T., Yuan, T. F., & Han, X. (2021). The influence of childhood emotional abuse on adult obesity.
- Zielinski, D. S., Eckenrode, J., & Olds, D. L. (2009). Nurse home visitation and the prevention of child maltreatment: Impact on the timing of official reports. *Development and psychopathology*, 21(2), 441-453.