

## FIZIČKO ZLOSTAVLJANJE DJECE: FAKTORI RIZIKA, POSLJEDICE, TRETMAN I MOGUĆNOSTI PREVENCIJE

Kristina SESAR

Centar za mentalno zdravlje,  
Dom zdravlja, Široki Brijeg,  
Bosnia and Herzegovina

U radu su navedene definicije fizičkog zlostavljanja. Opisani su najčešći oblici ili vrste fizičkog zlostavljanja. Navedeni su faktori rizika za zlostavljanje s obzirom na karakteristike djeteta, karakteristike roditelja i kulturološke odlike okoline. U daljnjem tekstu opisane su neurološke, kognitivne, emocionalne i socijalne posljedice fizičkog zlostavljanja, te su razmatrani oblici tretmana i mogućnosti prevencije fizičkog zlostavljanja djece.

**Ključne riječi:** Fizičko zlostavljanje ▪ Faktori rizika ▪ Posljedice  
▪ Prevencija

Adresa za dopisivanje:  
Kristina Sesar  
Centar za mentalno zdravlje  
Dom zdravlja  
Dr. J. Grubišića 11  
88220 Široki Brijeg  
Bosnia and Herzegovina  
kristina.sesar@tel.net.ba

**Primljeno:** 16. 4. 2008.

**Prihvaćeno:** 28. 6. 2008.

### Uvod

Fizičko ili tjelesno zlostavljanje u najširem smislu obuhvaća nanošenje ozljeda djetetu fizičkim putem. Međutim, definicije fizičkog zlostavljanja vrlo su različite i često u zavisnosti od cilja istraživanja. Najčešće korištena definicija fizičkog zlostavljanja je ona koja uključuje aktivnosti prema osobi mlađoj od 18 godina, a koje rezultiraju rizikom za ozbiljno povređivanje, smrt ili teške fizičke posljedice izazvane od osoba koje su odgovorne za zaštitu djeteta mlađeg od 18 godina. Međutim, sudionici su ne samo osobe koje fizički povređuju dijete, već i osobe koje ozljeđivanje nisu spriječile. Počinitelji zlostavljanja ne moraju biti samo punoljetne osobe već je bitno da postoji nesrazmjer u moći između počinitelja i žrtve (1).

### Incidencija i prevalencija fizičkog zlostavljanja

Incidencija fizičkog zlostavljanja djece ispituje se posljednjih nekoliko desetljeća kako bi se utvrdila raširenost ovog

**Pedijatrija danas 2009;5(1):78-87**

problema. Dobiveni podaci se razlikuju s obzirom na vrstu i specifičnost definicije koja se koristi u istraživanju. Uzmemo li se u obzir restriktivnije definicije zlostavljanja, incidencije fizičkog zlostavljanja kreću se od 3/1000 do 6/1000. Neki sistemski faktori, kao što su veličina uzorka, iskustvo istraživača, veličina populacije koja se istražuje, te korištena metodologija također mogu imati utjecaja (2). U istraživanju provedenom na uzorku od 9 953 ispitanika MacMillan i suradnici (3) su utvrdili da je 31,2% muškaraca i 21,1% žena u djetinjstvu bilo fizički zlostavljano. 52% ispitanika koja su sudjelovala u istraživanju provedenom u Bosni i Hercegovini, na području Zapadnohercegovačke županije, bila su izložena nekom obliku fizičkog zlostavljanja do svoje 14. godine (4). Istraživanja provedena u Hrvatskoj pokazuju da je preko 50% ispitanika dobivalo šamare u djetinjstvu, oko 10% ispitanika je često dobivalo batine, a 7% ispitanika doživjelo je teže tjelesne povrede uslijed naročito intenzivnog tjelesnog zlostavljanja (1). Incidencija i prevalencija fizičkog zlostavljanja značajno je viša u zemljama koje imaju sistem obveznog prijavljivanja zlostavljanja, ali i tamo gdje postoji takva zakonska regulativa značajan broj zlostavljanja nije registriran (5). U posljednje vrijeme broj prijavljenih slučajeva dramatično raste jer se sve više prepoznaje fizičko zlostavljanje, ali i zbog veće javne svijesti o njegovim posljedicama (2).

### Oblici ili vrste fizičkog zlostavljanja

Utvrđivanje fizičkog zlostavljanja bazira se uglavnom na fizičkim dokazima, osobito ako se radi o djeci. Važno je naglasiti da se neke od opisanih povreda mogu zadobiti i slučajnim putem naprimjer u prometnoj nezgodi, pri padu i slično. Sljedeće povrede mogu biti posljedica fizičkog zlostavljanja djeteta:

- Modrice su najčešći znak fizičkog zlostavljanja, a nastaju prilikom udaranja djeteta rukom, kuhačom, šibom, remenom, užetom i slično (Slika 1)



**Slika 1** Modrice nastale kao posljedica udaranja djeteta remenom. Slika preslikana s dopuštenjem eMedicine.com, 2008

**Figure 1** Bruises inflicted with belt. Image reprinted with permission from eMedicine.com, 2008

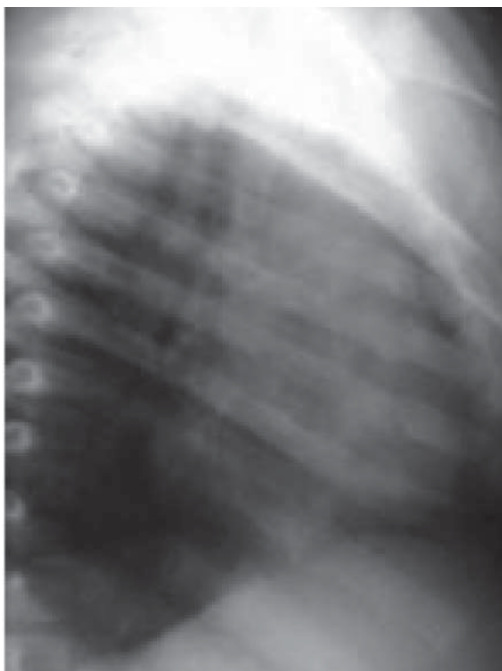
- Opekotine su jedan od čestih oblika fizičkog zlostavljanja. Čine oko 10% ozljeda fizički zlostavljane djece i uzrokuju smrtnost u 30% slučajeva. Mogu ih izazvati različiti izvori kao što su: vruća tekućina (para), vrući objekti, plamen, kemikalije, te električna energija (Slika 2).
- Ugrizi;



**Slika 2** Opekotine uzrokovane upaljačem. Slika preslikana s dopuštenjem eMedicine.com, 2008

**Figure 2** Burn inflicted with lighter. Image reprinted with permission from eMedicine.com, 2008

- Čupanje kose je fizička ozljeda koja nerijetko ima za posljedicu hematome u području skalpa;
- Prijelomi kostiju su često prisutni kod fizičkog zlostavljanja, a najčešće se radi o prijelomu rebara, prijelomu lopatice i prsne kosti, te prijelomima u području lubanje; (Slika 3).



**Slika 3** Multipli prijelomi rebara. Slika preslikana s dopuštenjem od eMedicine.com, 2008

**Figure 3** Multiple rib fractures Image reprinted with permission from eMedicine.com, 2008

Povrede u predjelu trbuha nastaju prilikom udaranja djeteta u predio trbuha, bacanjem djeteta o tvrdi predmet ili gaženjem djeteta nogama, a kao posljedica javljaju se bolovi u predjelu trbuha, oštećenja slezene, jetre, ruptura tankog crijeva, gušterače, te krvarenja u trbušnoj šupljini. Vanjski znakovi povreda, kao što su modrice, u većini slučajeva nisu vidljivi (Slika 4).

Povrede usta, zuba i jezika nastaju kao posljedica udaraca rukom ili nekim drugim čvrstim predmetom;



**Slika 4** Duodenalni hematoma. Slika preslikana s dopuštenjem od eMedicine.com, 2008

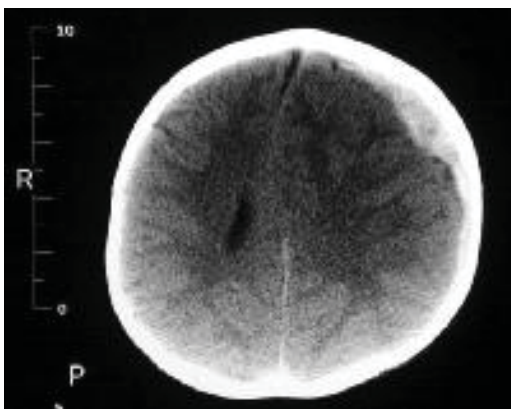
**Figure 4** Duodenal hematoma. Image reprinted with permission from eMedicine.com, 2008

Intoksikacija vodom, namjerno trovanje solju ili toksičnim supstancama je novi oblik zlostavljanja djece koji se javlja kod djece koja su već bila izložena nekim drugim oblicima fizičkog zlostavljanja. Simptomi ove vrste zlostavljanja su koma, hiponatriemija, te hipoksemija nepoznate etiologije. Namjerno trovanje djeteta je posebno teško otkriti i ono često umire prije nego što se otkrije uzrok ili mu se uspije pomoći;

Namjerno gušenje pri kojem dolazi do mehaničke opstrukcije dišnih putova najčešće se javlja u dojenačkoj dobi i smatra se da je oko 10% svih slučajeva SIDS (sudden infant death syndrome – sindrom iznenadne smrti djeteta) posljedica namjernog gušenja djeteta;

Povrede mozga ili »shaken baby sindrom« nastaju kada roditelji u želji da smire dijete koje plače, ili pak kada su ljuti, u nastupu impulzivnog i neodmjerеноg ponašanja, neprekidno tresu dijete tako jako da, kada popusti kontrola mišića, djetetova glava leti naprijed–natrag udarajući u prsa i ramena. Najizloženija su djeca do 6. mjeseca života, ali može se uočiti i kod djece do 18 godina starosti. Kao posljedice mogu nastati: krvarenja mrežnice oka, subduralni ili subarahnoidalni hematoma, intrakranijalno krvarenje (najčešće

na gornjim hemisferama mozga), poremećaji vida, sluha, govora ili motorike. 20 do 30% djece umire unutar par sati ili dana od navedenih posljedica. Samo 15% svih preživjelih žrtava nema nikakvih trajnih oštećenja (Slika 5)



**Slika 5** Akutno subduralno krvarenje s pomakom. Slika preslikana s dopuštenjem od eMedicine.com, 2008

**Figure 5** Acute subdural with shift. Image reprinted with permission from eMedicine.com, 2008

Münchhausen syndrom/Münchhausen syndrom by proxy je oblik zlostavljanja kod kojeg roditelj, gotovo uvijek majka, izmišlja bolest ili poremećaj kod djeteta i prezentira ga liječnicima, neprekidno ga vodi na medicinske pretrage, pa čak i operacijske zahvate zbog znakova i simptoma koje je sama izazvala uz izmišljenu priču o bolesti. Najrizičnija su djeca starosne dobi od 14 mjeseci do 3 godine. Tijekom boravka u bolnici, majka obično nastavlja zlostavljati dijete. Akutni simptomi i znaci bolesti nestaju kada je dijete odvojeno od roditelja koji ga dovodi, a koji poriče da zna išta o etiologiji poremećaja. Nije rijetko da djeca i umiru pod misterioznim okolnostima. Ako u obitelji ima više djece, majka na isti način zlostavlja i ostalu djecu.

»Battered-child syndrome« (sindrom pretučenog djeteta) najčešće se javlja kod djece mlađe od tri godine. Djeca imaju znakove izloženosti multiplim epizodama zlostavljanja, uključujući subduralne hematome, frakture,

modrice različite starosti nastanka, često u kombinaciji sa usporenim fizičkim razvojem i kroničnom pothranjenošću (1, 6-14).

## Faktori rizika za pojavu fizičkog zlostavljanja

### Karakteristike djeteta

Veliki broj istraživanja ukazuje da su djeca mlađa od 6 godina pod najvećim rizikom da budu fizički zlostavljana. U ovoj dobi djeca su ovisna o roditeljima, treba im puno roditeljske pažnje i brige, što često dovodi do stresnih situacija za roditelje, a u kombinaciji s rizičnim faktorima po roditelje povećava se mogućnost za zlostavljanje (6).

Rani zdravstveni i medicinski problemi djeteta mogu predstavljati rizik za zlostavljanje. Medicinske, intelektualne ili razvojne poteškoće kao što su: komplikacije pri porodu, prijevremeni porod, niska porođajna težina, fizički hendikepi ili niski kvocijent intelektualnih sposobnosti (IQ), su neke od karakteristika koje mogu dovesti do zlostavljanja (6).

»Težak« temperament djeteta (impulzivnost, plakanje), devijacije ponašanja, emocionalne poteškoće (agresija, depresija), te ograničena socijalizacija mogu predstavljati potencijalni stres za roditelje i reducirati toleranciju roditelja što može utjecati na interakciju roditelj-dijete odnosno metode odgajanja djeteta, te samim time i povećati vjerojatnost korištenja grubljih odgojnih disciplinskih mjera (5).

### Karakteristike roditelja i/ili obitelji

Često su roditelji koji fizički zlostavljaju svoju djecu i sami bili izloženi fizičkom zlostavljanju u djetinjstvu, pa postoji povezanost između izloženosti agresivnim odgojnim metodama u djetinjstvu i kasnijih stavova u životu o primjeni disciplinskih mjera na vlas-

titu djecu (1, 15-16). Djeca koja su izložena emocionalnom zlostavljanju i zanemarivanju od strane svojih roditelja, pod većim su rizikom da će biti i fizički zlostavljana (4).

Roditelji zlostavljači, najčešće majke, imaju visoka očekivanja od djeteta, ponašanje svojeg djeteta vide značajno negativnije nego od realnog. Djetetovo ponašanje procjenjuju kao stresogeno, te kao uzroke takvog ponašanja navode stabilne i nepromjenjive osobine djeteta (17). Često imaju nekonzistentan način odgoja djece sa kritičnim, hostilnim i agresivnim stilom odgoja. Imaju lošije vještine rješavanja problema u usporedbi s roditeljima koji fizički ne zlostavljaju svoju djecu. Odgojne strategije su manje usmjerene i direktne, te u odgoju koriste neadekvatne i neefektivne tehnike odgoja. Komunikacija između djeteta i roditelja je lošija, ima malo pozitivnog ponašanja i manje stimulacije djeteta, roditelji se rijetko igraju sa svojom djecom i u igri iskazuju manje pozitivnih emocija (6).

Specifične karakteristike ličnosti roditelja također mogu predstavljati rizik za zlostavljanje i agresivno ponašanje od strane roditelja. Roditelji zlostavljači imaju povećanu podražljivost autonomnog živčanog sustava, eksplozivniji su, iritabilniji i agresivniji. Majke koje su kategorizirane kao visokorizične za zlostavljanje djece imaju deficite u prepoznavanju emocija a ti deficiti mogu utjecati na interakciju roditelj-dijete (18).

Depresivni i manično depresivni poremećaj, shizofrenija, antisocijalno ponašanje (19), anksiozni poremećaji ili neki drugi mentalni poremećaji (20), te razni oblici ovisnosti i alkoholizma povećavaju rizik za zlostavljanje (1, 5, 21).

Mlađa starosna dob majke (22), roditelji-tinejdžeri, niži nivo obrazovanja, snižene intelektualne sposobnosti (15, 20, 23), nedovoljna educiranost o razvojnim karakteristikama djece (6), stres, velik broj članova obitelji, velik broj djece u obitelji (21), rođenje novog djeteta (6), samohrano roditeljstvo, konflikti

unutar obitelji, nezadovoljstvo vlastitom djecom, ulogom roditelja (1, 16, 18), brakom, odnosom sa supružnikom, te nedostatak potpore i autonomije u odgajanju djece su faktori rizika koji povećavaju vjerojatnost pojave fizičkog zlostavljanja unutar obitelji (24).

### *Karakteristike okoline ili kulturološke odlike okoline*

Susjedstvo je primarno mjesto na kojem dijete upoznaje društvo i stječe socijalna iskustva i zadovoljava potrebe kao što su prijateljstvo i sigurnost. Ako su obitelji u okolini disfunkcionalne, postoji rizik da se prihvate isti obrasci i modeli ponašanja (6).

Mnogobrojna istraživanja (6, 16, 18, 21, 23, 24) su utvrdila povezanost između socioekonomskih problema (niskih prihoda), nezaposlenosti, čestih kratkotrajnih poslova oca, loših uvjeta života, siromaštva, osjećaja socijalne izoliranosti, nedostatka potpore u socijalnoj mreži, čestog mijenjanja mjesta stanovanja, loših i rijetkih kontakata sa članovima šire obitelji i zlostavljanja u obitelji. Svakodnevna prisutnost nasilja u raznim medijima i odobravanje fizičkog kažnjavanja djece u školi predstavljaju modele na osnovu kojih se uči da fizičko kažnjavanje nije loše, te također predstavljaju faktore rizika za zlostavljanje.

### **Posljedice fizičkog zlostavljanja**

#### *Neurološka i/ili tjelesna oštećenja*

Neurološka i/ili tjelesna oštećenja su najneposrednije posljedice zlostavljanja. 20 do 50% fizički zlostavljane djece ima toliko oštećen neurološki sustav da im je otežano svakodnevno funkcioniranje (25). Kod fizički zlostavljane djece nađene su promjene u veličini hipokampusa (smanjenje); elektrofiziološke abnormalnosti u frontotemporalnom i anteriornom području mozga; epilepsija (26);

cerebralna atrofija i cerebralna ishemija (27); hormonalne promjene (povišena razina kortizola); promjene u spavanju (povećana aktivnost tokom spavanja i prolongirana latencija spavanja), niži prag boli (28) i kardiovaskularne bolesti (29). Djeca izložena fizičkom zlostavljanju imaju usporen rani psihomotorni razvoj, ozbiljne tjelesne povrede i ožiljke po tijelu (2).

### *Kognitivno funkcioniranje*

Kao posljedicu izloženosti fizičkom zlostavljanju djeca mogu imati oštećenja kognitivnih funkcija (2, 26), deficite u receptivnom i ekspresivnom govoru (30), limitiran govorni razvoj (1, 31), oštećenja perceptivno-motornih sposobnosti, motivacije (2), lošiji školski uspjeh (28) i često prekidaju školovanje (1, 31).

### *Emocionalno funkcioniranje*

Fizički zlostavljana djeca u usporedbi s nezlostavljanim češće su tužna, imaju niže samopouzdanje i samopoštovanje, doživljavaju neugodne događaje kao nepredvidive i izvan njihove kontrole što pridonosi općem osjećaju bespomoćnosti, nelagode, tjeskobe, panike, straha i beznadnosti. Često doživljavaju tzv. disforiju – stanje zbuđenosti, praznine, unutarnje usamljenosti i uznemirenosti (25). Žene češće, ali i muškarci, u odrasloj dobi boluju od depresije (29, 32) i distimije (33). Veliki broj istraživanja utvrdio je značajnu povezanost između fizičkog zlostavljanja i rizika za suicidalno ponašanje, posebice kod adolescenata i u mlađoj odrasloj dobi (28, 34).

### *Socijalno funkcioniranje*

Fizički zlostavljana djeca imaju veće probleme u socijalnim komunikacijama, sklonija su agresiji i fizičkom rješavanju sukoba nego nezlostavljana djeca (1, 34). Slabije prepo-

znaju osjećaje drugih, te pokazuju manje suosjećanja i manje zabrinutosti zbog boli ili poteškoća svojih vršnjaka. Imaju slabiji sociometrijski status u usporedbi sa svojim vršnjacima (25). Socijalna kompetencija im je ograničena, imaju problema u stvaranju prijateljstava, manje su kooperativni, manje omiljeni u društvu, često su izolirani, ako i imaju prijatelje s njima su manje intimni, imaju više konflikata i više negativnih emocija nego nezlostavljana djeca sa svojim prijateljima (26, 28).

U periodu adolescencije imaju više eksteraliziranih i internaliziranih problema u ponašanju (28), agresivniji su (4, 32), impulzivniji i iritabilniji (34-35), javlja se delikventno i nasilničko ponašanje (36), sklonost kršenju pravila, konzumiranju alkohola i opojnih droga (37) te raznim oblicima kriminalnog, antisocijalnog (2, 38) i samodestruktivnog ponašanja (39).

Skloni su rizičnom spolnom ponašanju koje ponekad završava neželjenom trudnoćom i/ili tinejdžerima-roditeljima (28, 39-40). Ako ulaze u brak, onda se često razvode u ranoj odrasloj dobi (41).

### *Mentalno zdravlje*

Praćenje fizički zlostavljane djece pokazalo je da se kod neke djece razvijaju ozbiljne psihičke poteškoće. To je posebno izraženo u djece koja su izložena kroničnom zlostavljanju, tj. kod djece koja odrastaju u obiteljima u kojima su prijetnje, brojna ili nedosljedna pravila ponašanja, surovo i hirovito kažnjavanje sastavni dio odgoja (25). Traumatizacija u djetinjstvu prediktor je za razvoj disocijativnog poremećaja (42), graničnog poremećaja ličnosti (34), poremećaja pažnje sa hiperaktivnošću (43-44), opozicionalnog poremećaja, poremećaja s prkošenjem i suprotstavljanjem, anksioznih poremećaja (2, 32-33, 37), antisocijalnog poremećaja ličnosti (45-46), shizofrenije (47), psihoza, poremećaja hranjenja (25, 48), te simptoma

paranoidnog, narcisoidnog, graničnog, antisocijalnog, opsesivno-kompulzivnog, pasivno-agresivnog i depresivnog poremećaja ličnosti (49).

### *Tretman*

Pružanje pomoći svakom zlostavljanom djetetu zahtijeva interdisciplinarni pristup, odnosno suradnju između obrazovnih institucija (škola ili vrtića koji dijete polazi), nadležnog centra za socijalnu skrb, nadležne policijske postaje, liječnika, stručnjaka za mentalno zdravlje, pravosudnog sustava (državno odvjetništvo, sud), te nevladinih udruga (telefoni za pružanje pomoći žrtvama i slično).

Specifične fizičke ozljede djeteta trebaju biti prikladno tretirane, a u nekim slučajevima potrebna je i hospitalizacija. Ako je potrebno, dijete treba biti smješteno kod udomiteljske obitelji ili rođaka kako bi se zaštitilo od budućeg zlostavljanja. Druga djeca u obitelji trebaju biti pregledana kako bi se utvrdilo da li imaju znakove zlostavljanja. Tim za tretman može uključivati pedijatra, socijalnog radnika i psihoterapeuta koji trebaju raditi zajedno i promatrati djetetovo fizičko i mentalno zdravlje, s ciljem da se reduciraju dugotrajne posljedice zlostavljanja. Propust u pružanju pomoći djetetu u suočavanju sa strahom i boli kao posljedicom zlostavljanja od strane odraslih, koji trebaju biti osobe koje pružaju sigurnost djetetu, može voditi značajnim psihološkim problemima. Tretman fizičkog zlostavljanja uključuje: individualnu terapiju djeteta, partnersku i obiteljsku terapiju, savjetovanje, medikamentoznu terapiju, te grupni tretman. Zlostavljanje koje je bilo opasno po život djeteta, ili koje je rezultiralo trajnim oštećenjem, treba biti procesuirano.

### *Prevenција*

Rano prepoznavanje simptoma fizičkog zlostavljanja djece je važno kako bi se zaustavila

patnja djeteta i reducirala vjerojatnost dugotrajnih psiholoških posljedica. Prevenција zlostavljanja moguća je na različitim razinama:

- Primarna uključuje sve napore usmjerene na opću populaciju naglašavajući socijalne uzroke zlostavljanja djece (nasilje, odobravanje fizičkog kažnjavanja kao odgojne mjere, siromaštvo)
- Sekundarna je usmjerena na specifične skupine koje su u riziku za zlostavljanje, pokušavajući smanjiti utjecaj rizičnih faktora (npr. loše obiteljske vještine, socijalna izolacija, osobni problemi roditelja)
- Tercijalna uključuje strategije usmjerene na skupine u kojima zlostavljanje već postoji, radi zaustavljanja zlostavljanja i smanjenja negativnih posljedica za dijete, obitelj i društvo (50).

Posljednjih godina provode se različiti programi za prevenciju fizičkog zlostavljanja. Rezultati istraživanja u kojem se ispitala efikasnost preventivnih programa (51) pokazuju da su najefikasniji preventivni postupci koji se baziraju na programima kućnih posjeta disfunkcionalnim obiteljima tokom perinatalnog perioda, pa sve do djetinjstva kako bi se preveniralo fizičko zlostavljanje. Ciljana skupina za ovaj program prevencije prvenstveno su majke sa jednom ili više sljedećih karakteristika: manje od 19 godina, samohrano roditeljstvo i nizak socioekonomski status. Edukacija roditelja, uvježbavanje roditeljskih vještina, skrining postupci s ciljem da se identificiraju osobe koje su bile izložene zlostavljanju ili zlostavljači, iako se široko primjenjuju, pokazali su se kao dobri ali nešto manje efikasni programi prevencije.

### **Zaključak**

U Bosni i Hercegovini fizičko zlostavljanje djece često je neprepoznato, nesankcioni-

rano, izostaje intervencija kao i preventivni rad s roditeljima. Postoji potreba za većim brojem istraživanja u vezi sa fizičkim zlostavljanjem djece, te edukacijskim programima.

Radi smanjenja broja rizičnih čimbenika i posljedica fizičkog zlostavljanja od velike je važnosti početi sa provođenjem preventivnih mjera na svim razinama.

## Literatura

1. Buljan-Flander G, Kocijan-Hercigonja D. Zlostavljanje i zanemarivanje djece. Zagreb: Marko M.; 2003.
2. Briere J, Berliner L, Bulkley JA, Jenny C, Reid T. The APSAC handbook of child maltreatment. London: Sage Publications, Inc; 1996.
3. MacMillan HL, Fleming JE, Trocme N, Boyle MH, Wong MY, Racine A, Beardslee WR, Offord DR. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario health Supplement. JAMA. 1997; 278(2):131-5.
4. Sesar K, Zivic-Becirevic I, Sesar D. Multi-type maltreatment in Childhood and Psychological adjustment in Adolescence: Questionnaire Study Among Adolescents in Western Herzegovina Canton. Croat Med J. 2008;49:243-56.
5. Rutter M, Taylor E, Hersov L. Child and adolescent psychology and psychiatry – modern approaches. Oxford: Blackwell scientific publications; 1994.
6. Dubowitz H. Child Maltreatment in the United States – Etiology, Impact and Prevention. National Child Abuse and Neglect Data System Washington, DC: US Government Printing Office; 1987.
7. Thoma K. Munchausen Syndrome by Proxy: identification and diagnosis. J Pediatrics Nurs. 2003;18(3):174-80.
8. Smith J. Shaken baby syndrome. Orthop Nurs. 2003;22(3):196-203;quiz 204-5.
9. Pollanen MS, Smith CR, Chiasson DA, Cairns JT, Young J. Fatal child abuse-maltreatment syndrome. A retrospective study in Ontario, Canada, 1990-1995. Forensic Sci Int. 2002;126(2):101-4.
10. Katalinić S. Zapuštanje i zlostavljanje djece i maloljetnih osoba. Doktorska disertacija. Rijeka: Medicinski fakultet sveučilišta u Rijeci; 2002.
11. King WJ, MacKay M, Sirnick A. Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristic and outcome of hospital cases. CMAJ. 2003;168(2):155-9.
12. Arieff AI, Kronlund BA. Fatal Child Abuse by Forced Water Intoxication. Pediatrics. 1999;103(6):1292-5.
13. Meadow R. Non-accidental salt poisoning. Arch Dis Child. 1993;68(4):448-52.
14. Peisino MG, Vielli Ramus M, Di Pietro P, Raspino M, Orel P, Marchi AG. Child abuse by intoxication. Minerva Pediatr. 1993;45(10):401-5.
15. Sidebotham P, Golding J, The ALSPAC Study Team. Child maltreatment in the “Children of the Nineties” A longitudinal study of parental risk factors. Child Abuse Neglect. 2001;25:1177-200.
16. Crouch JL, Milner JS, Thomsen C. Childhood physical abuse, early social support, and risk for maltreatment: current social support as a mediator of risk for child physical abuse. Child Abuse Neglect. 2001;25(1):93-107.
17. Dopke CA, Milner JS. Impact of child noncompliance on stress appraisals, attribution and disciplinary choices in mothers at high and low risk for child physical abuse. Child Abuse Neglect. 2000;24(4):493-504.
18. Balge KA, Milner JS. Emotion recognition ability in mothers at high and low risk for child physical abuse. Child Abuse Neglect. 2000;24(10):1289-98.
19. Walsh C, MacMillan H, Jamieson E. The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: findings from the Ontario Health Supplement. Child Abuse Neglect. 2002;26:11-22.
20. Nayak MB, Milner JS. Neuropsychological functioning: comparison of mothers at high and low – risk for child physical abuse. Child Abuse Neglect. 1998;22(7):687-703.



21. Egami Y, Ford DE, Greenfield SF, Crum RM. Psychiatric profile and sociodemographic characteristics of adult who report physically abusing or neglecting children. *Am J of Psychiat.* 1996;153:921-8.
22. Stier DM, Leventhal JM, Berg AT, Johnson L, Mezger J. Are children born to young mothers at increased risk of maltreatment? *Pediatrics.* 1993;91(3):642-8.
23. Budd KS, Heilman NE, Kane D. Psychosocial correlates of child abuse potential in multiply disadvantaged adolescent mothers. *Child Abuse Neglect.* 2000;24(5):611-25.
24. Webster-Stratton C. Comparison of abusive and nonabusive families with conductive disorder children. *Am J Orthopsychiatry.* 1985;55(1):59-69.
25. Ajduković M. Utjecaj zlostavljanja i zanemarivanja u obitelji na psihosocijalni razvoj djece. *Dijete i društvo – časopis za promicanje prava djeteta.* 2001;3(1-2):59-75.
26. Oliver JE. Successive generations of child maltreatment. *The children.* *Brit J Psychiat.* 1988;153:543-53.
27. Perez-Arjona E, Dujovny M, DelProposto Z, Vinas F, Park H, Lizard S, Park T, Diaz FG. Late outcome following central nervous system injury in child abuse. *Childs Nerv Syst.* 2003;19(2):69-81.
28. Kaplan SJ, Labruna V, Pelcovitz D, Salzinger S, Mandel F, Weiner M. Physical abused adolescents: behavior problems, functional impairment and comparison of informants' reports. *Pediatrics.* 1999;104(1 Pt 1):43-9.
29. Batten SV, Aslan M, Maciejewski PK, Mazure CM. Childhood maltreatment as a risk factor for adult cardiovascular disease and depression. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(2):249-54.
30. McFadyen RG, Kitson WJH. Language comprehension and expression among adolescents who have experienced childhood physical abuse. *J Child Psychol Psych.* 1996;37:551-62.
31. Perez CM, Widom CS. Childhood victimization and long-term intellectual and academic outcomes. *Child Abuse Neglect.* 1994;18(8):617-33.
32. Barth N. Consequences of physical maltreatment, deprivation and sexual abuse in children. *MMW Fortschr Med.* 2006;148(24):32-5.
33. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Salzinger S, Weiner M, Mandel FS, Lesser ML, Labruna VE. Adolescent Physical Abuse: Risk for Adolescent Psychiatric Disorder. *Am J Psychiat.* 1998;155:954-9.
34. Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicid behavior in adult with major depression. *Am J Psychiat.* 2001;159(11):1871-7.
35. Cohen P, Brown J, Smaile E. Child abuse and neglect and the development of mental disorders in general population. *Dev Psychopathol.* 2001;13(4):981-99.
36. Famularo R, Kinscherff R, Fenton T, Bolduc SM. Child maltreatment histories among runaway and delinquent children. *Clin Pediatr (Phila).* 1990;29(12):713-8.
37. Widom CS, Weiler BL, Cottler LB. Childhood victimization and drug abuse: a comparison of prospective and retrospective findings. *J Consult Clin Psychol.* 1999;67(6):867-80.
38. Cohen P, Brown J, Smaile E. Child abuse and neglect and the development of mental disorders in general population. *Dev Psychopathol.* 2001;13(4):981-99.
39. Lansford JE, Miller-Johnson S, Berlin LJ, Dodge KA, Bates JE, Petit GS. Early physical abuse and later violent delinquency: a prospective longitudinal study. *Child Maltreat.* 2007;12(3):233-45.
40. Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Croft JB, Williamson DF, Santelli J, Dietz PM, Marks JS. Abused Boys, Battered Mothers, and Male Involvement in Teen Pregnancy. *Pediatrics.* 2001;107(2):19.
41. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse Neglect.* 1996;20(1):7-21.
42. Macfie J, Cicchetti D, Toth SL. Dissociation in maltreated versus nonmaltreated preschool-aged children. *Child Abuse Neglect.* 2001;25(9):1253-67.
43. Briscoe-Smith AM, Hinshaw SP. Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls: behavioral and social correlates. *Child Abuse Negl.* 2006;30(11):1239-55.

44. Cengel-Kültür E, Cuhadaroğlu-Cetin F, Gökler B. demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. *Turk J Pediatr.* 2007;49(3):256-62.
45. Luntz BK, Windom CS. Antisocial personality disorder in abused and neglected children grow up. *Am J Psychiat.* 1994;151:670-4.
46. Semiz UB, Basoglu C, Ebrinc S, Cetin M. Childhood trauma history and dissociative experiences among Turkish men diagnosed with antisocial personality disorder. *Soc psychiatry Psychiat Epidemiolo.* 2007;42(11):865-73.
47. Uçok A, Bikmaz S. The effect of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;116(5):371-7.
48. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Childhood Adversities Associated With Risk for Eating Disorders or Weight Problems Durin Adolescence or Early Adulthood. *Am J Psychiat.* 2002;159:394-400.
49. Grover KE, Carpenter LL, Price LH, Gagne GG, Mello AF, Tyrka AR. The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *J Personal Disord.* 2007;21(4):442-7.
50. Geeraert L, Van den Noortgate W, Grietens H, Onghena P. The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: A meta analysis. *Child Maltreat.* 2004;9:277-91.
51. MacMillan HL, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2000 update; prevention of child maltreatment. *CMAJ.* 2000;163(11):1451-8.

## Summary

### PHYSICAL ABUSE OF CHILDREN: RISK FACTORS, CONSEQUENCES, TREATMENT AND OPPORTUNITIES FOR PREVENTION

*Kristina SESAR*

Center for Mental Health, Široki Brijeg Health Care Center,  
Široki Brijeg, Bosnia and Herzegovina

The definitions of physical abuse are mentioned in this article. The most common types and forms of physical abuse are also described. Risk factors for abuse depend on the characteristics of the child, characteristics of the parents, as well as the cultural characteristics of the environment and these are mentioned and described. Further on in the text we have described the neurological, cognitive, emotional and social consequences of physical abuse and have taken into consideration different forms of treatment and possibilities of preventing physical abuse.

**Key words:** Physical abuse ▪ Risk factors ▪ Consequences ▪ Prevention

**Received:** April 16, 2008

**Accepted:** June 28, 2008