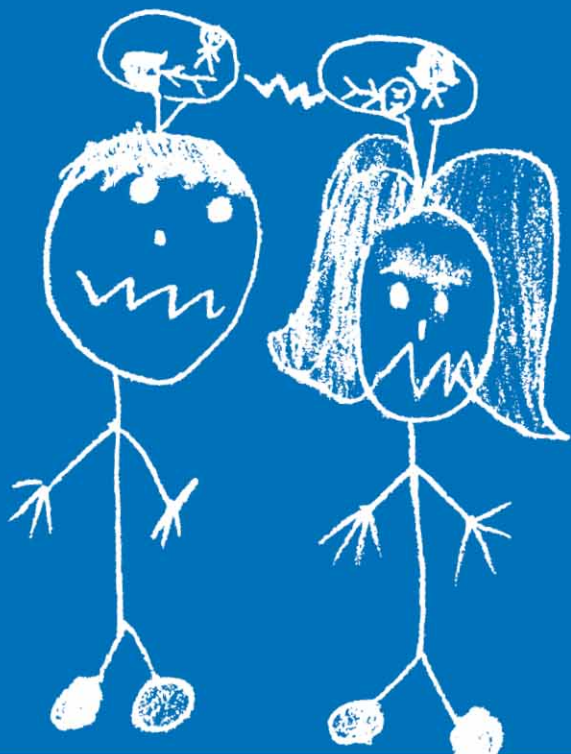


# ПРИРУЧНИК

за примену Посебног  
протокола система  
здравствене заштите  
за заштиту деце  
од злостављања  
и занемаривања



sigurmakuca.net



Република Србија  
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА



DEAPS



ВЛАДА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ



Шведска  
Sverige



UNITED NATIONS  
SERBIA



Empowering People  
Sustainable solutions

# ПРИРУЧНИК

за примену Посебног  
протокола система  
здравствене заштите  
за заштиту деце  
од злостављања  
и занемаривања



# Приручник за примену Посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања

*Треће, гођуњено издање*

## Издавач

Министарство здравља Републике Србије

## За издавача

Доц. др Златибор Лончар, министар

## Уредници

Доц. др Милица Пејовић-Милованчевић, Медицински факултет, Универзитет у Београду

Душанка Калањ, дипл. соц. радник

Теодора Минчић, спец. клиничке психологије, Институт за ментално здравље

## Аутори по азбучном реду

Проф. др Ђорђе Алемпијевић, Институт за судску медицину, Медицински факултет, Универзитет у Београду

Др Оливер Видојевић, Институт за ментално здравље, Београд

Проф. др Анета Лакић, Клиника за неурологију и психијатрију за децу и омладину, Београд

Др Илијана Мажибрада, Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије

„Др Вукан Чупић“, Београд

Прим. др Олга Милојковић, Клиника за ментално здравље, Клинички центар Ниш

Др Марија Митковић Вончина, клинички асистент, Институт за ментално здравље,

Медицински факултет, Универзитет у Београду

Доц. Јелена Радосављевић Кирћански, Факултет за медије и комуникацију,

Универзитет Сингидунум, Институт за ментално здравље, Београд

Маја Радојевић, спец. клиничке психологије

Прим. др Катарина Седлеци, Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије

„Др Вукан Чупић“, Београд

Проф. др Александра Стојадиновић, Клинички центар Војводине

Прим. др Мирјана Шуловић Живковић, Институт за јавно здравље Србије

„Др Милан Јовановић Батут“, Београд

## Рецензенти

Проф. др Вероника Ишпановић Радојковић

Проф др Слободан Савић

Лектура: Владо Ђукановић

Дизајн: Растко Тохол

Штампа: Avala Press д.о.о., Београд

Тираж 500

ISBN 978-86-80152-11-0

Београд, 2019.

Нова верзија приручника настала је у оквиру заједничког пројекта „Интегрисани одговор на насиље над женама и девојчицама у Србији II“, који реализују UNICEF, UN Women, UNFPA и UNDP, у партнерству са Владом Републике Србије, на челу са Координационим телом за родну равноправност. Интегрисани одговор на насиље над женама и девојчицама у Србији усмерен је на развој друштвеног и институционалног окружења које ће допринети нултој толеранцији и искорењивању насиља над женама у Србији. Заједничким деловањем агенција Уједињених нација и тела Владе Републике Србије доприноси се решавању проблема насиља у породици и партнерским односима, унапређује подршка женама, девојчицама и њиховим породицама и ствара окружење које не толерише насиље. Пројекат се спроводи уз подршку Владе Краљевине Шведске. Реализацију ове активности стручно је предводила Посебна радна група за примену Посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања Министарства здравља Републике Србије, а логистички подржало Друштво за дечју и адолесцентну психијатрију и сродне струке Србије (ДЕАПС). Садржај и ставови изнети у овој публикацији представљају ставове аутора и не одражавају нужно ставове агенција Уједињених нација.

# Садржај

Предговор трећем, допуњеном издању.....	11
Извод из рецензије / Проф. др Вероника Ишпановић Радојковић.....	13
Извод из рецензије / Проф. др Слободан Савић.....	15
<b>I. УВОД.....</b>	<b>17</b>
1. КОМЕ ЈЕ ПРИРУЧНИК НАМЕЊЕН.....	17
2. КО ЈЕ САСТАВИО ПРИРУЧНИК.....	18
3. УВОДНЕ НАПОМЕНЕ.....	18
4. ИСТОРИЈАТ.....	21
5. ЕТИОЛОГИЈА ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА.....	22
6. ПОСЛЕДИЦЕ ИЛИ ЗАШТО ЈЕ НЕОПХОДНО УВЕК РЕАГОВАТИ.....	24
7. ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ И ЦИЉЕВИ ПРИРУЧНИКА.....	26
7.1. Општи циљ.....	27
7.2. Специфични циљеви.....	27
7.3. Сврха Посебног протокола.....	28
8. ПРАВНИ ОСНОВ ЗАШТИТЕ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА.....	28
9. ЗНАЧЕЊЕ И КОРИШЋЕЊЕ ПОЈМОВА.....	32
10. СМЕРНИЦЕ ДОБРЕ КЛИНИЧКЕ ПРАКСЕ ЗА РАД НА ЗАШТИТИ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА.....	37
11. ПРЕПРЕКЕ У ПРЕПОЗНАВАЊУ ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА.....	40
<b>II. ФИЗИЧКО ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНЕМАРИВАЊЕ.....</b>	<b>43</b>
1. КО СУ ЗЛОСТАВЉАЧИ А КО ЖРТВЕ?.....	44
2. ОБЛИЦИ ФИЗИЧКОГ ЗЛОСТАВЉАЊА.....	46
2.1 Повреде коже и видљивих слузокожа.....	46
2.2 Повреде главе и централног нервног система.....	51
2.3 Повреде коштаног-зглобног система.....	55
2.4 Повреде трбуха и паренхиматозних органа.....	58
2.5 Минхаузенев синдром путем посредника.....	58

3. АНАМНЕЗА .....	59
4. ТИПИЧНИ ПОДАЦИ .....	60
5. КЛИНИЧКИ ПРЕГЛЕД .....	61
<b>III. ЕМОЦИОНАЛНО ЗЛОСТАВЉАЊЕ .....</b>	<b>63</b>
1. УВОДНА РАЗМАТРАЊА И ДЕФИНИЦИЈЕ .....	63
2. ОБЛИЦИ НЕАДЕКВАТНОГ РОДИТЕЉСКОГ ПОСТУПАЊА .....	66
3. ПРЕПОЗНАВАЊЕ ЕМОЦИОНАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА .....	67
3.1. Показатељи емоционалног (психолошког) злостављања .....	68
3.1.1. Физички показатељи емоционалног злостављања .....	68
3.1.2. Бихевиорални показатељи емоционалног злостављања .....	68
4. ПРИКАЗ СЛУЧАЈА .....	69
5. ПОСЛЕДИЦЕ ЕМОЦИОНАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА .....	70
5.1. Ране последице .....	70
5.2. Касне последице .....	71
6. ПРОЦЕНА РИЗИКА .....	73
6.1. Дијагностичка процена .....	74
7. ПРИНЦИПИ РАДА У СЛУЧАЈЕВИМА ЕМОЦИОНАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА .....	75
7.1. Интервенције .....	75
<b>IV. МАНИПУЛАЦИЈА ДЕЦОМ ТОКОМ РАЗВОДА .....</b>	<b>77</b>
1. УВОДНА РАЗМАТРАЊА .....	77
2. ВИСОКОКОНФЛИКТНИ РАЗВОДИ .....	78
3. КАКО ДЕЦА РЕАГУЈУ .....	79
4. КАРАКТЕРИСТИКЕ ПОРОДИЦЕ .....	80
5. ПРЕПОЗНАВАЊЕ ВИСОКОКОНФЛИКТНИХ РАЗВОДА .....	80
6. ПОСЛЕДИЦЕ .....	84
7. СИНДРОМ ОТУЂЕЊА ОД РОДИТЕЉА .....	85
7.1. Препоруке за здравствене раднике/сараднике .....	87
8. ПРИКАЗ СЛУЧАЈА .....	90
9. ЗАКЉУЧАК .....	91

<b>V.</b>	<b>СЕКСУАЛНО ЗЛОСТАВЉАЊЕ.....</b>	<b>93</b>
1.	ДЕФИНИЦИЈА СЕКСУАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА.....	94
2.	ОБЛИЦИ СЕКСУАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА .....	94
3.	КАРАКТЕРИСТИКЕ СЕКСУАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА ДЕЦЕ .....	95
3.1.	Манипулација дететом.....	95
3.2.	Блискост са дететом .....	96
3.3.	Понављање/хроничитет .....	96
4.	ИНЦЕСТ / СЕКСУАЛНО НАСИЉЕ НАД ДЕТЕТОМ У ПОРОДИЦИ .....	96
5.	РИЗИЧНЕ ГРУПЕ ДЕЦЕ.....	97
6.	ПРЕПОЗНАВАЊЕ СЕКСУАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА .....	97
6.1.	Физички показатељи .....	97
6.2.	Психолошки показатељи.....	100
7.	ЗДРАВСТВЕНЕ ПОСЛЕДИЦЕ СЕКСУАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА....	104
7.1.	Телесне последице .....	104
7.2.	Психолошке последице.....	104
8.	ДИЈАГНОСТИЧКИ ПОСТУПАК .....	104
8.1.	Физикални преглед.....	105
8.2.	Лабораторијска дијагностика .....	108
8.3.	Психодијагностичка процена .....	109
9.	ЛЕЧЕЊЕ СЕКСУАЛНО ЗЛОСТАВЉАНОГ ДЕТЕТА .....	110
<b>VI.</b>	<b>ЗАНЕМАРИВАЊЕ ДЕЦЕ .....</b>	<b>113</b>
1.	УВОДНА РАЗМАТРАЊА .....	113
2.	ДЕФИНИЦИЈА И ГЛАВНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ .....	114
3.	ТИПОВИ ЗАНЕМАРИВАЊА .....	116
3.1.	Физичко занемаривање .....	116
3.2.	Емоционално занемаривање .....	117
3.3.	Медицинско занемаривање .....	117
3.4.	Едукативно занемаривање.....	119
3.5.	Изостанак надзора над дететом или неодговарајући надзор над дететом.....	119
4.	ФАКТОРИ РИЗИКА ОД ЗАНЕМАРИВАЊА КОЈИ СЕ ПОВЕЗУЈУ СА РОДИТЕЉЕМ ИЛИ СТАРАТЕЉЕМ.....	120

5. ФАКТОРИ РИЗИКА ОД ЗАНЕМАРИВАЊА КОЈИ СЕ ПОВЕЗУЈУ СА ДЕТЕТОМ.....	121
6. ПРЕПОЗНАВАЊЕ СИМПТОМА ЗАНЕМАРИВАЊА.....	122
6.1. Физичко занемаривање.....	122
6.2. Емоционално занемаривање.....	122
6.3. Медицинско занемаривање.....	123
6.4. Едукативно занемаривање.....	123
6.5. Препознавање изостанка надзора или неодговарајућег надзора над дететом.....	124
7. ПРИКАЗИ СЛУЧАЈА.....	124
<b>VII. ЕКСПЛОАТАЦИЈА ДЕТЕТА.....</b>	<b>127</b>
1. УВОДНА РАЗМАТРАЊА.....	127
2. ПОЈАВНИ ОБЛИЦИ ЕКСПЛОАТАЦИЈЕ ДЕТЕТА.....	128
3. ПРАВНА РЕГУЛАТИВА.....	129
3.1. Правна регулатива у нашој држави.....	130
4. ПОСЛЕДИЦЕ ЕКСПЛОАТАЦИЈЕ ДЕЦЕ.....	131
5. ЕКСПЛОАТАЦИЈА ДЕЦЕ У НАШОЈ ЗЕМЉИ.....	131
6. ПРИКАЗ СЛУЧАЈА.....	133
<b>VIII. ИНСТИТУЦИОНАЛНО ЗЛОСТАВЉАЊЕ.....</b>	<b>135</b>
1. УВОДНА РАЗМАТРАЊА.....	135
2. ЗЛОСТАВЉАЊЕ У ПРЕДШКОЛСКИМ УСТАНОВАМА.....	136
3. ЗЛОСТАВЉАЊЕ У ШКОЛИ.....	137
4. ИНСТИТУЦИОНАЛНО ЗЛОСТАВЉАЊЕ ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ.....	138
5. ИНСТИТУЦИОНАЛНО ЗЛОСТАВЉАЊЕ ДЕЦЕ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА.....	141
6. ЗЛОСТАВЉАЊА У ПРОЦЕСУ ИСПИТИВАЊА ДЕТЕТА.....	142
7. ПОКАЗАТЕЉИ.....	142
8. ПРИКАЗ СЛУЧАЈА.....	143
<b>IX. ДИГИТАЛНО (ЕЛЕКТРОНСКО) НАСИЉЕ.....</b>	<b>145</b>
1. УВОДНА РАЗМАТРАЊА.....	145
2. ПОЈАВНИ ОБЛИЦИ.....	147
3. ПОКАЗАТЕЉИ.....	148

4. ПОСЛЕДИЦЕ .....	149
5. ПРАВНА РЕГУЛАТИВА .....	150
6. СИТУАЦИЈА У НАШОЈ ЗЕМЉИ .....	151
7. ПРИКАЗ СЛУЧАЈА .....	153
<b>X. ДЕТЕ СВЕДОК ПОРОДИЧНОГ НАСИЉА.....</b>	<b>155</b>
1. РАСПРОСТРАЊЕНОСТ ПОЈАВЕ .....	155
1.1. Ситуација у нашој средини.....	156
2. НАСИЉЕ У ПОРОДИЦИ И ДЕЦА .....	156
3. ОБЛИЦИ ИЗЛОЖЕНОСТИ ДЕЦЕ ПОРОДИЧНОМ НАСИЉУ.....	159
4. ШТА СЕ ДЕШАВА У ПОРОДИЦИ СА НАСИЉЕМ? .....	159
5. ПОСЛЕДИЦЕ .....	161
6. ПОСЛЕДИЦЕ У ЗАВИСНОСТИ ОД РАЗВОЈНИХ СТАДИЈУМА ....	163
6.1. Бебе и мала деца .....	163
6.2. Предшколски и млађи школски узраст.....	163
6.3. Школски узраст.....	164
6.4. Адолесценција .....	164
7. ДУГОРОЧНЕ ПОСЛЕДИЦЕ .....	165
8. ПРЕПОРУКЕ ЗА ЗДРАВСТВЕНЕ РАДНИКЕ.....	165
9. ПРИКАЗ СЛУЧАЈА.....	167
10. ЗАКЉУЧАК .....	168
<b>XI. ВРШЊАЧКО ЗЛОСТАВЉАЊЕ.....</b>	<b>169</b>
1. ОБЛИЦИ ВРШЊАЧКОГ ЗЛОСТАВЉАЊА .....	169
2. КАРАКТЕРИСТИКЕ ВРШЊАЧКОГ ЗЛОСТАВЉАЊА .....	170
3. ЖРТВЕ ВРШЊАЧКОГ ЗЛОСТАВЉАЊА .....	172
4. ЗЛОСТАВЉАЧИ — ДЕЧАЦИ И ДЕВОЈЧИЦЕ КОЈИ ЗЛОСТАВЉАЈУ ДРУГУ ДЕЦУ .....	172
4.1. Карактеристике према узрасту .....	173
5. РЕАКТИВНЕ ЖРТВЕ (ЗЛОСТАВЉАНИ ЗЛОСТАВЉАЧИ).....	174
6. СВЕДОЦИ — ПОСМАТРАЧИ ЗЛОСТАВЉАЊА ВРШЊАКА.....	174
7. ПРЕПОЗНАВАЊЕ ВРШЊАЧКОГ ЗЛОСТАВЉАЊА .....	175
8. ПОСЛЕДИЦЕ ВРШЊАЧКОГ ЗЛОСТАВЉАЊА .....	176
9. ПОКАЗАТЕЉИ РАШИРЕНОСТИ ПОЈАВЕ ВРШЊАЧКОГ ЗЛОСТАВЉАЊА .....	178



10. СИТУАЦИЈА У НАШОЈ ЗЕМЉИ .....	178
11. ПРИКАЗ СЛУЧАЈА .....	179

**XII. ПРОЦЕС ЗАШТИТЕ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА У СИСТЕМУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ..... 181**

1. УВОДНА РАЗМАТРАЊА .....	181
2. ПОСТУПАК У ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ И ПРИВАТНОЈ ПРАКСИ У СЛУЧАЈУ СУМЊЕ НА ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНЕМАРИВАЊЕ. ....	183
2.1. Препознавање и откривање злостављања и занемаривања детета .....	183
2.2. Медицинско збрињавање и документовање када се јави сумња на злостављање или занемаривање .....	186
3. ПРОЦЕНА ИЗЛОЖЕНОСТИ ДЕТЕТА ЗЛОСТАВЉАЊУ И ЗАНЕМАРИВАЊУ И СТАЊА ПОТРЕБА ДЕТЕТА И ПОРОДИЦЕ КРОЗ КОНСУЛТАЦИЈЕ СА ЧЛАНОВИМА СТРУЧНОГ ТИМА .....	189
4. ПЛАН МЕРА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ ИЛИ ПРИВАТНОЈ ПРАКСИ .....	191
5. ЕВИДЕНТИРАЊЕ СУМЊЕ НА ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНЕМАРИВАЊЕ. ....	192
6. КОРАЦИ У ПОСТУПАЊУ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА/САРАДНИКА КАДА ПОСТОЈИ СУМЊА НА ЗЛОСТАВЉАЊЕ И/ИЛИ ЗАНЕМАРИВАЊЕ .....	192

**XIII. СТРУЧНИ ТИМ ЗА ЗАШТИТУ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА ..... 195**

1. ЗАШТО ЈЕ НЕОПХОДНО ФОРМИРАЊЕ СТРУЧНОГ ТИМА?.....	195
2. УЛОГА СТРУЧНОГ ТИМА .....	196
3. ОДЛУКЕ СТРУЧНОГ ТИМА .....	197
3.1. Хитна пријава .....	198
3.2. Редовна пријава центру за социјални рад .....	198
3.3. Сумња није потврђена .....	200
4. СТРУКТУРА СТРУЧНОГ ТИМА .....	202
5. ОРГАНИЗАЦИЈА РАДА СТРУЧНОГ ТИМА .....	202
6. УЛОГА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА/САРАДНИКА У ДАЉОЈ ЗАШТИТИ ДЕТЕТА .....	203

7. ПОСЕБНА РАДНА ГРУПА ЗА ЗАШТИТУ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА.....	203
7.1. Основни задаци Посебне радне групе .....	204
7.2. Структура Посебне радне групе.....	205
<b>XIV. ПОСТУПАК САРАДЊЕ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ СА ДРУГИМ СИСТЕМИМА У СЛУЧАЈУ СУМЊЕ НА ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНЕМАРИВАЊЕ ДЕТЕТА .....</b>	<b>207</b>
1. УВОДНА РАЗМАТРАЊА.....	207
2. ЗАШТО ЈЕ САРАДЊА МЕЂУ СИСТЕМИМА НЕОПХОДНА?.....	208
3. АКТИВНОСТИ СТРУЧНОГ ТИМА У ИНТЕРСЕКТОРСКОЈ САРАДЊИ .....	209
4. ЗАШТО ЈЕ НЕОПХОДНО ИЗВЕСТИТИ ЦЕНТАР ЗА СОЦИЈАЛНИ РАД О СВАКОЈ СУМЊИ НА ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНЕМАРИВАЊЕ? .....	211
5. АКТИВНОСТИ ЗДРАВСТВЕНОГ РАДНИКА/САРАДНИКА КАО ПОЈЕДИНЦА У ИНТЕРСЕКТОРСКОЈ САРАДЊИ .....	213
<b>XV. РЕГИСТРОВАЊЕ СЛУЧАЈЕВА СУМЊЕ НА ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНЕМАРИВАЊЕ ЕЛЕКТРОНСКИМ ПУТЕМ .....</b>	<b>215</b>
1. УВОДНА РАЗМАТРАЊА.....	215
2. ПРЕДНОСТИ ЕЛЕКТРОНСКОГ ИЗВЕШТАВАЊА .....	216
3. ПРЕГЛЕД ДОСАДАШЊИХ РЕЗУЛТАТА .....	217
<b>XVI. ПРЕВЕНЦИЈА ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА ДЕЦЕ И МЛАДИХ .....</b>	<b>219</b>
1. УВОДНА РАЗМАТРАЊА.....	219
2. УНИВЕРЗАЛНА (ПРИМАРНА, ОПШТА) ПРЕВЕНЦИЈА.....	221
3. СЕЛЕКТИВНА (СЕКУНДАРНА) ПРЕВЕНЦИЈА.....	226
4. ИНДИКОВАНА (ТЕРЦИЈАРНА) ПРЕВЕНЦИЈА .....	227
5. ЕДУКАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА/САРАДНИКА .....	230
6. ШТА ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ ТРЕБА ДА РАДЕ? .....	231
<b>XVII. КАКО СА ДЕЦОМ РАЗГОВАРАТИ О ЗЛОСТАВЉАЊУ И ЗАНЕМАРИВАЊУ.....</b>	<b>233</b>
1. УВОДНА РАЗМАТРАЊА.....	233
2. ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ ВОЂЕЊА РАЗГОВОРА СА ЗЛОСТАВЉАНОМ ДЕЦОМ .....	234

<b>3. СТРУКТУРА ИНТЕРВЈУА</b> .....	<b>235</b>
3.1. Почетна фаза .....	235
3.2. Фаза фокусирана на злостављање .....	236
3.3. Завршна фаза интервјуа .....	236
<b>4. УСПОСТАВЉАЊЕ ОДНОСА</b> .....	<b>237</b>
4.1. Страх .....	237
4.2. Речник .....	237
4.3. Стид и непријатност .....	237
4.4. Развојни ниво .....	238
<b>5. ОТКРИВАЊЕ ТАЈНЕ О ЗЛОСТАВЉАЊУ</b> .....	<b>238</b>
<b>6. ПРЕПОРУЧЕНЕ ТЕХНИКЕ ЗА ОЛАКШАВАЊЕ КОМУНИКАЦИЈЕ И ПОТПОМАГАЊЕ ПОВЕРАВАЊА ТАЈНЕ О ЗЛОСТАВЉАЊУ</b> ....	<b>242</b>
6.1. Прављење листе ствари које дете воли и које не воли .....	242
6.2. Решавање проблема .....	242
6.3. Разматрање приватности код сексуално злостављане деце .....	243
<b>7. ПИТАЊА КОЈА СЕ КОРИСТЕ У ИСПИТИВАЊУ ДЕЦЕ КОД СУМЊЕ НА ЗЛОСТАВЉАЊЕ</b> .....	<b>244</b>
<b>8. ЗАВРШАВАЊЕ ИСПИТИВАЊА</b> .....	<b>247</b>
<b>XVIII. КАКО РАЗГОВАРАТИ СА РОДИТЕЉИМА О ЗЛОСТАВЉАЊУ И ЗАНЕМАРИВАЊУ</b> .....	<b>249</b>
<b>1. ПРЕДУСЛОВИ ЗА БАВЉЕЊЕ РОДИТЕЉИМА         ИЗ ПОРОДИЦА У КОЈИМА СЕ ЈАВЉАЈУ ЗЛОСТАВЉАЊЕ         И ЗАНЕМАРИВАЊЕ ДЕЦЕ</b> .....	<b>250</b>
<b>2. ПОРИЦАЊЕ И РАЗОТКРИВАЊЕ</b> .....	<b>252</b>
<b>3. ПРЕПОРУКЕ ЗА РАЗГОВОР СА РОДИТЕЉИМА</b> .....	<b>255</b>
<b>4. ПИТАЊА ЗА РАСВЕТЉАВАЊЕ ЗЛОСТАВЉАЊА</b> .....	<b>258</b>
<b>5. ПИТАЊА УСМЕРЕНА КА ПРОМЕНИ РОДИТЕЉСКЕ ПРАКСЕ</b> .....	<b>260</b>
<b>6. АСПЕКТИ ДИНАМИКЕ ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА         РЕЛЕВАНТНИ ЗА ИНТЕРВЕНЦИЈЕ</b> .....	<b>260</b>
6.1. Тумачење понашања детета .....	261
6.2. Недостатак знања и вештина .....	262
<b>7. ИНТЕРВЕНЦИЈЕ ЗА ПОРОДИЦУ У КОЈОЈ СЕ ЈАВЉАЈУ         ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНЕМАРИВАЊЕ</b> .....	<b>263</b>
Референце .....	265

## Предговор трећем, допуњеном издању

У последње две деценије систем заштите деце од злостављања и занемаривања постао је у нашој средини знатно ефикаснији, на добробит деце: успостављен је правни оквир као основ за имплементацију интервенција и реализован је велики број активности усмерен на подизање свести стручне и опште јавности о последицама лоших поступања према деци и потреби заштите деце од сваке злоупотребе; донете су смернице за поступање професионалаца у случајевима злостављања и занемаривања деце и препоруке за успостављање интердисциплинарне и интересекторске мреже заштите деце; спроведена су истраживања, објављени стручни радови и организовани стручни скупови посвећени различитим облицима злоупотребе деце.

У систему здравствене заштите је, од доношења првог Посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања 2009. године до данас, направљен су велики кораци у побољшању одговора здравственог система на злоупотребу деце — формиран су стручни тимови и организоване едукације о препознавању фактора ризика и показатеља злостављања и занемаривања и о поступању здравствених радника/сарадника у случају сумње да је дете изложено неком виду злоупотребе и успостављен је систем евиденције случајева злостављања и занемаривања деце у здравственом систему.

Међутим, пракса је показала да нека решења нису била најцелисходнија и да треба изменити смернице за поступање и ускладити их са новим законским прописима, као и подробније дефинисати појаве злостављања и занемаривања деце злоупотребом електронских медија, манипулацијом у процесу развода брака, у случајевима породичног насиља (дете као сведок породичног насиља), у групи вршњака и у институцијама где деца бораве. Зато је Посебна радна група иницирала доношење новог Посебног протокола. Уз подршку UNICEF-а организовани су стручни скупови на којима су размењена искуства из праксе здравственог система и праксе других система укључених у заштиту деце и разматране су препоруке за подизање ефикасности одговора здравственог система на појаву злостављања и занемаривања деце.

Треће, допуњено издање Приручника прати измене Посебног протокола, које је Министарство здравља усвојило 2018. године.

Искуства из праксе су показала и да је потребна континуирана подршка у подизању степена сензибилисаности здравствених радника/сарадника и одржавању личне и професионалне одговорности у раду са злостављаном и занемариваном децом и њиховим породицама. Циљ Приручника је подршка у раду свим здравственим радницима/сарадницима и подизање свести да њихов улога није само у санирању повреда, физичких и емоционалних, нанетих злостављањем и занемаривањем већ и превенција сваке врсте злоупотребе деце и младих.

Посебна радна група захваљује свим здравственим радницима/сарадницима, а посебно члановима стручних тимова и стручњацима из других сектора укључених у систем заштите деце, чија су искуства дала драгоцене смернице за рад на изменама Посебног протокола, па и за рад на Приручнику. Посебну захвалност дугујемо канцеларији UNICEF-а у Београду за вишегодишњу подршку унапређењу заштите деце од злостављања и занемаривања у систему здравствене заштите.

*У Београду, јул 2019.*

## Извод из рецензије

**Проф. др Вероника Ишпановић Радојковић**

Треће, допуњено издање Приручника за примену Посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања појављује се седам година након првог издања (2012). Настало је као плод десетогодишњег континуираног рада Посебне радне групе за примену Посебног протокола, коју је именovalo Министарство здравља Републике Србије 2010. године са циљем да се здравственим радницима и сарадницима помогне у спровођењу упутстава за заштиту деце од злостављања и занемаривања садржаних у том Протоколу.

Треће, допуњено издање обogaђено је искуствима стеченим током десетогодишњег периода примене Посебног протокола и у складу је са променама у ревидираном Посебном протоколу, који је усвојен 2018. године на иницијативу Посебне радне групе. Оно садржи детаљна и иновирана упутства за рад стручних тимова који су у међувремену формирани при свим домовима здравља, са посебним нагласком на успостављању делотворне интерсекторске сарадње у заштити деце, као и на вештинама евидентирања случајева злостављања и занемаривања деце у систему који је међувремену успостављен у систему здравствене заштите. Ово издање нуди одговоре и/или могућа решења у вези са новим изазовима који су се јавили пред стручњацима, као што су препознавање и заштита детета све дока породичног насиља, манипулација децом у процесу развода брака, насиље над децом кроз злоупотребу електронских медија, насиље у групи вршњака и насиље у институцијама где деца бораве. Значајну новину у трећем, допуњеном издању Приручника чини и стављање већег нагласка на знања и вештине проактивног карактера, чија је функција превенција злостављања и занемаривања и стварање безбедног и подстицајног окружења у коме се у потпуности поштује право детета на заштиту од свих видова насиља. Здравствени радници и сарадници имају много важнију улогу у том процесу него што они сами препознају и зато је подизање свести и јачање личне и професионалне одговорности које се нуди у овом приручнику од изузетног значаја.

У односу на прво издање из 2012. године, ово издање представља огроман квантитативни и квалитативни скок; слободно се може рећи да се ради о новом делу које превазилази уобичајене стандарде једног приручника. Оно не само да пружа помоћ/подршку здравственим радницима и сарадницима у примени Посебног протокола и јача њихову личну и професионалну одговорност, него им пружа основ за размишљање и буди потребу за даљим истраживањем и сазнавањем природе саме појаве насиља над децом, њених корена и последица и могућих праваца личног и професионалног ангажовања у остваривању подстицајног и безбедног окружења за развој сваког детета. Код стручњака који се у пракси често сусрећу са злостављаном и занемариваном децом и њиховим породицама и интензивно се баве пружањем помоћи, текст Приручника буди и јача креативност и етичност које постоје у сваком људском бићу, али су често затомљене услед силне тешких емоција које се неминовно јављају током интензивног бављења овом појавом.

Сматрам да ће Приручник бити од изузетне користи свим стручњацима који раде са децом и младима, а првенствено стручњацима у систему здравствене заштите и топло препоручујем његово штампање.

## Извод из рецензије

**Проф. др Слободан Савић**

Структура и садржај Приручника у потпуности су у складу са његовим основним задатком да буде водич за примену Посебног протокола. Све дефиниције појмова, класификације и приказани поступци у складу су са савременим теоријским и практичним стручним и научним сазнањима о проблему злостављања и занемаривања деце. Систематичност Приручника је на изузетно високом нивоу, а из ње проистиче и његова свеобухватност. Текст је написан јасним, приступачним и уједначеним стилем, што није увек лако остварити када је у писање укључен већи број аутора различитих струка и профила. У конкретном случају овог приручника, изузетно висок квалитет текста у стручном и сваком другом погледу обезбеђен је тиме што су у његовој изради као аутори ангажовани признати и доказани стручњаци и научни радници, са великим практичним искуством у својим професионалним областима. Текст приручника је изузетно информативан и едукативан, обогаћен приказима конкретних случајева из праксе, табелама, графиконима, схематским приказима и прецизним упутствима за поступање у практичном раду. Број наведених референци (146) и квалитет коришћене стране и домаће литературе гарантују да је Приручник написан у складу са савременим стручним сазнањима и научним достигнућима у области заштите деце од злостављања и занемаривања.

Као специјалиста судске медицине, који се бави и клиничком судском медицином, суочавао сам се у практичном раду са драстичним случајевима злостављања и занемаривања у којима су деца задобијала тешке телесне повреде, са озбиљним трајним последицама уколико су преживела и смртним исходом у најтежим случајевима. У тим ситуацијама тело је било неми сведок свега оног што је дете трпело и преживљавало, а што је могло бити спречено да је насиље на време препознато и спречено. Управо стога су изузетно значајне све активности усмерене на откривање и пријављивање насиља над децом, његово доказивање и документовање, пружање одговарајуће здравствене и друге заштите жртвама насиља и спречавање даљег насиља. У нашој средини велики допринос овим активностима дало је усвајање и



спровођење Посебног протокола Министарства здравља РС за заштиту деце од злостављања и занемаривања, као и писање Приручника за његову практичну примену.

На основу свих претходно наведених чињеница и сумарне анализе структуре, садржаја и квалитета текста Приручника, закључујем да су аутори у потпуности остварили свој циљ да Приручник буде подршка у раду свим здравственим радницима и сарадницима и значајан допринос подизању свести да њихова улога није само санирање повреда и ублажавање телесних и емоционалних последица злостављања и занемаривања већ и превенција сваке врсте злоупотребе деце и младих. Мислим да ће због своје свестраности и свеобухватности овај приручник постати неизбежни практични водич у раду свих лекара и других здравствених радника који се у оквиру своје професионалне делатности баве заштитом деце од злостављања и занемаривања и у ту сврху га најискреније препоручујем.

# I УВОД

**Милица Пејовић Милованчевић,  
Марија Митковић Вончина**

Приручник који је пред вама садржи приказ основних карактеристика и симптома код деце, удружених са злостављањем и занемаривањем, који се могу опсервирати у свакодневном раду здравствених радника/сарадника, као и опис процеса заштите деце од злостављања и занемаривања у систему здравствене заштите. Приручник би требало да мотивише сваког здравственог радника/сарадника да размишља о томе да стања, знакови и симптоми које је уочио код детета могу бити у вези и са неадекватним поступањем, као и да препозна показатеље и покрене процес заштите. Приручник није осмишљен ни као самосталан ни као једини инструмент процене и не подразумева дефинитивне дијагностичке категорије или тестове. Он се, пре свега, бави питањима раног препознавања фактора ризика, знакова и симптома злостављања и занемаривања, описује поступке процене и документовања, кораке поступања, као и протективне факторе, односно факторе превенције у циљу заштите деце од злостављања и занемаривања у оквиру здравственог система. Посебним протоколом система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања јасно се дефинишу улоге и одговорности здравствених радника/сарадника те механизми сарадње установа и институција у различитим секторима.

## 1. КОМЕ ЈЕ ПРИРУЧНИК НАМЕЊЕН

Приручник је намењен:

- ▶ свим здравственим радницима/сарадницима на свим нивоима здравствене заштите и у приватној пракси,
- ▶ професионалним групама које су у свакодневном контакту са децом и младима (установама за збрињавање деце са сметњама у развоју, дневним центрима и колективима и сл.),

- ▶ стручњацима који се сусрећу са децом и/или њиховим старатељима, а у чијим рутинским прегледима сагледавање механизма повреде код детета или стања родитеља може да укаже на висок ризик по дете,
- ▶ запосленима у сектору јавног здравља, Министарству здравља и другим службама одговорним за организацију система заштите деце од злостављања и занемаривања.

Пракса је показала да је Приручник користан и студентима медицине у оквиру изборног предмета Злостављање и занемаривање, који је уведен на Медицинском факултету у Београду 2011. године (годишње око 40 студента добија преко 30 часова наставе посвећене овој теми). Приручник користе и стручњаци других система који су у контакту са децом (социјална заштита, образовање, полиција) како би боље упознали организацију рада здравственог система у циљу што ефикасније сарадње и како би боље сагледали знаке и симптоме злостављања и занемаривања.

## 2. КО ЈЕ САСТАВИО ПРИРУЧНИК

Прво и друго издање Приручника су писали чланови Посебне радне групе за примену Посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања, коју је именovalo Министарство здравља Републике Србије. Сви учесници у писању Приручника одабрани су на основу њихове дугогодишње праксе у раду на питањима злостављања и занемаривања деце и младих. Члановима Посебне радне групе у писању су се придружиле и колеге које су активно учествовале у изради новог издања Посебног протокола, завршеног 2018. године (што је био непосредан повод за писање новог издања Приручника). То су специјалисти судске медицине, педијатри, дечји психијатри, гинеколози, клинички психолози, социјални радници и др.

## 3. УВОДНЕ НАПОМЕНЕ

Злостављање деце представља глобални проблем у области јавног здравља. Сви облици насиља, злостављања, злоупотребе или занемаривања деце којима се угрожавају или нарушавају физички, психички и морални интегритет личности детета представљају повреду једног од основних права детета садржаних у Конвенцији Уједињених нација о правима детета, а то је право на живот, опстанак и развој.

Насиље над дететом представља грубо кршење права детета. Насиље изазива патњу детета, озбиљно угрожава развој, добробит, па и сам живот детета, а последице су често тешке и дуготрајне, могу се протезати и у одрасло доба, чак и у следеће генерације путем механизма тзв. међугенерациског преношења насиља.

Општа дефиниција злостављања и занемаривања коју је усвојила Светска здравствена организација (СЗО) гласи: „Злоупотреба и злостављање детета обухватају све облике физичког и/или емоционалног злостављања, сексуалну злоупотребу, занемаривање или немаран поступак, као и комерцијалну и другу експлоатацију, који доводе до стварног или потенцијалног нарушавања здравља детета, његовог преживљавања, развоја или достојанства, у оквиру односа који укључује одговорност, поверење или моћ.“

На основу доступних података Светске здравствене организације сматра се да је двадесет и петоро од хиљаду деце злостављано или занемаривано и да тај број сваке године расте. За Србију се не могу дати тачни подаци, јер и даље није успостављен свеобухватан систем евидентирања и праћења ове појаве. Не постоји јединствен систем за праћење параметара злостављања, већ сваки сектор за себе посматра и прати појаву насиља над децом, што отежава процес евидентирања и праћења. Након што је успостављен регистар за заштиту деце од злостављања и занемаривања у систему здравствене заштите, што представља једну од најважнијих промена и велики напредак у последњим годинама у овој области, можемо рећи да се број регистроване деце и младих из године у годину повећава. Повећање се пре може повезати са тиме што стручњаци боље препознају злостављање и занемаривање него с порастом преваленције ове појаве. Подаци из иностранства, посебно из средина у којима се релативно прецизно региструју случајеви злостављања, указују на то да побољшање и унапређење система регистровања води ка значајном повећању броја случајева злостављања деце која се прате.

Доношењем бројних стратегија и закона, о чему ће касније бити више речи, у значајној мери је унапређена национална политика у области заштите деце у нашој средини. Међутим, неки проблеми и даље су отворени, нпр. низак ниво свести јавности о присутности насиља, толеранција на различите облике насиља и недовољна едукација јавности како да се суочи с насиљем над децом. Не постоје системске мере за сензибилизацију опште и стручне јавности у погледу превен-

ције. Усвојене стратегије, чини се, остају празно слово на папиру јер су недовољно операционализоване. Иако постоји информациони систем за прикупљање података, и даље се суочавамо с људским фактором, па регистровање злостављања и занемаривања деце зависи искључиво од мотивисаности и посвећености појединца да ради посао за који је одговоран, због чега још увек не можемо објективно да прикажемо размере појаве. Готово две деценије од настанка првог протокола (2004. године) са постојећим посебним протоколима нису упознати сви они којима су ти протоколи намењени, па су неопходне и обука и континуирана супервизија и подршка стручњацима за рад са злостављаном и занемареном децом. Неопходно је унапређивање мултисекторске сарадње, уз неизбежну координацију, јер и даље не постоји обједињена методологија за анализу и процену утицаја политика, стратегија и законских прописа.



## 4. ИСТОРИЈАТ

У римско доба, најстарији мушки члан породице, *pater familias*, имао је комплетну контролу над децом. Једино је он могао одлучити да ли ће дете живети или умрети, бити продато као роб или одбачено. У време Вавилона, неваљала деца су била веома грубо кажњавана — ако син удари оца, одсекли би му шаке, а ако би усвојено дете казало својим усвојитељима да они нису његови родитељи, ризиковало би да остане без језика.

Прве реформе у погледу заштите деце је спровео Константин Велики тако што је утврдио политику нетолеранције према злостављању деце. Само деца с „израженим дефектима“ су могла бити удаљена из породице и од тада брига о деци више није била искључиво право породице. У познатом Хамурабијевом закону, здравље људи, благостање и деца су били изнад закона о својини. Живот појединца који није имао порода био је мање вреднован, а киднаповање деце и трговина децом били су строго кажњиви.

Нажалост, будући закони о заштити деце од лошег поступања одраслих према њима су обично доношени након што би се десио неки окрутни злочин према детету. Суровост према деци кроз историју изненађује и шокира, али више је за жаљење и за бригу то што и у данашње време релативно често добијамо информације о томе да су нека деца изложена суровим поступцима одраслих.

У историји цивилизације дете се, све до половине XX века, посматрало као субјект чијим се животом располаже (до VI века пре нове ере), као субјект чији се рад експлоатише (до XIII века, па и данас у неким деловима света), а тек од XVIII века налазе се историјски трагови који указују на то да је родитељ/старатељ тај који треба да задовољи потребе детета и помогне му да се развије у зрелу, одговорну и вољену особу.

Један од најзначајнијих преокрета у промени социјалних ставова према злостављању деце било је објављивање истраживања Хенрија Кемпа, аустралијског педијатра, 1961. године, који је описао „Синдром пребијеног детета“.

У нашој историји лоше поступање према детету препознаје се у чувеном опису „данка у крви“ за време турске окупације. Први домаћи научни радови о злостављању деце објављени су у Српском архиву 1912. године („О силовању деце“) и 1919. године („Смрт услед злоста-

вљања или из природних узрока?”). Аутор оба рада је био др Едуард Михел. У својим радовима он препознаје велику одговорност лекара при утврђивању силовања, указујући на могуће лекарске грешке, уз констатацију да лекар „сме казати само што је у стању и доказати”.

Са појавом Конвенције о правима детета, коју су до сада ратификовале 192 државе у свету, права детета се дефинишу на принципима основних људских права и од држава се захтева да предузимају све законске, административне и друге мере како би се деца заштитила од свих облика насиља, злостављања, занемаривања или немарног поступања. Србија је ову конвенцију ратификовала 1990. године.

Од осамдесетих година XX века појављују се савремена истраживања о феномену злостављања и занемаривања и у нашој средини, развија се институционална заштита у виду SOS телефона, саветовалишта, центара за помоћ и подршку. Крај претходног и почетак новог миленијума у нашој средини обележава појава стручних и научних саопштења о насиљу над децом. Започиње процес едукације стручњака који су у свакодневном контакту са децом, публикују се протоколи и приручници.

## 5. ЕТИОЛОГИЈА ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА

Злостављање деце је сложен феномен са вишефакторском етиологијом. Кроз историју, различити модели говоре о овим факторима. Еколошки модел ризика за злостављање говори о интеракцији фактора сврстаних у неколико нивоа: микрониво (индивидуални фактори везани за родитеља и за дете), мезониво (породична динамика, на нивоу родитељ–родитељ и родитељ–дете), егзониво (фактори социјалног система и подршке у заједници) и макрониво (културални фактори). Други еколошки модели издвајају значај фактора ризика и протективних фактора, док кумулативни модел ризика говори о томе да већи број фактора ризика значи већу могућност њихове интеракције и вероватноћу неповољних исхода.

Најзначајнији фактори ризика за настанак злостављања деце сврстани су у следеће групе:

- ▶ фактори везани за дете (полне и узрастне специфичности, болест, ментална или физичка онеспособљеност, недонесеност, близанци);
- ▶ фактори везани за родитеље и породицу (полне специфичности, млади, самохрани, незапослени, необразовани родитељи; сиромаш-

штво, величина и структура породице; проблеми менталног здравља, болести зависности; интерперсонална дисфункција, импулсивност, лоше самопоуздање, проблеми у родитељству, сопствено искуство злостављања у детињству, насиље између родитеља, стресне околности, социјална изолација);

- ▶ фактори везани за заједницу (сиромаштво, неадекватни ресурси, подршка и кохезивност у заједници);
- ▶ фактори везани за друштво (систем вредности, политика и превенција везана за децу и породицу, економски ресурси, родна и економска неуједначеност, одговор система социјалне заштите и кривичноправног система на појаву злостављања и занемаривања, шири социјални проблеми и ратно стање).

Када су у питању психолошке карактеристике родитеља које се сматрају ризичним за јављање злостављања деце, аутори истичу да се ради о преосетљивим особама са ниским самопоуздањем и самопоштовањем, незадовољством, анксиозношћу и депресијом, са непријатељским ставом, лошим породичним односима, уз дефицит когнитивних и интерперсоналних вештина, дефицит флексибилности у односу на очекивања од деце те уз већу склоност да децу доживе као „лошу“ и да употребљавају телесно кажњавање и вербалну агресивност у васпитању.

Деценијама уназад истраживања говоре о постојању трансгенерацијског циклуса насиља и злостављања, односно појаве да код оних који су злостављани у детињству постоји већи ризик не само да буду починиоци или жртве насиља током живота, већ и да преносе злостављање деце у следеће генерације. Значајно је истаћи да овај ризик није неизбежан и да значајан број жртава може да прекине наведени трансгенерацијски циклус. Механизми настављања и прекидања овог циклуса још увек се истражују, али важно је указати на заштитне факторе, нпр. адекватно пружање стручне помоћи жртвама и успостављање адекватног односа детета са једним од старатеља односно са одраслом особом од поверења која о детету брине. Недавно истраживање на тему трансгенерацијског злостављања деце на српском узорку показало је да код родитеља који су били злостављани у детињству могу постојати специфични, другачији фактори ризика за повећану склоност ка злостављању деце у односу на родитеље без таквог искуства, због чега би било важно обратити пажњу и на трауматску историју родитеља под ризиком.



## 6. ПОСЛЕДИЦЕ ИЛИ ЗАШТО ЈЕ НЕОПХОДНО УВЕК РЕАГОВАТИ

Последице злостављања и занемаривања код деце могу се одразити на физичко и психичко здравље, као и на социјално функционисање. Оне могу бити непосредне (одмах видљиве по нежељеном догађају) или дуготрајне (видљиве тек касније у животу, односно с дуготрајним ефектима на здравље и функционалност појединца).

Најопасније физичке последице злостављања свакако су смрт детета или трајни физички хендикеп. Поред ових најтежих последица, јављају се и различити соматски проблеми, заразне болести, малолетничка трудноћа и многи други поремећаји.

Проблеми менталног здравља као последица злостављања и занемаривања могу бити разноврсни и различитог степена изражености, од когнитивних проблема (интелектуална инхибиција, развојне дисхармоније, проблеми са концентрацијом), преко психолошких проблема у функционисању (депресивност, страх, стрепња, самодеструктивност, суицидалност), до проблема у функционисању у одраслом добу као одложених последица (гранични поремећај личности, депресија, болести зависности).

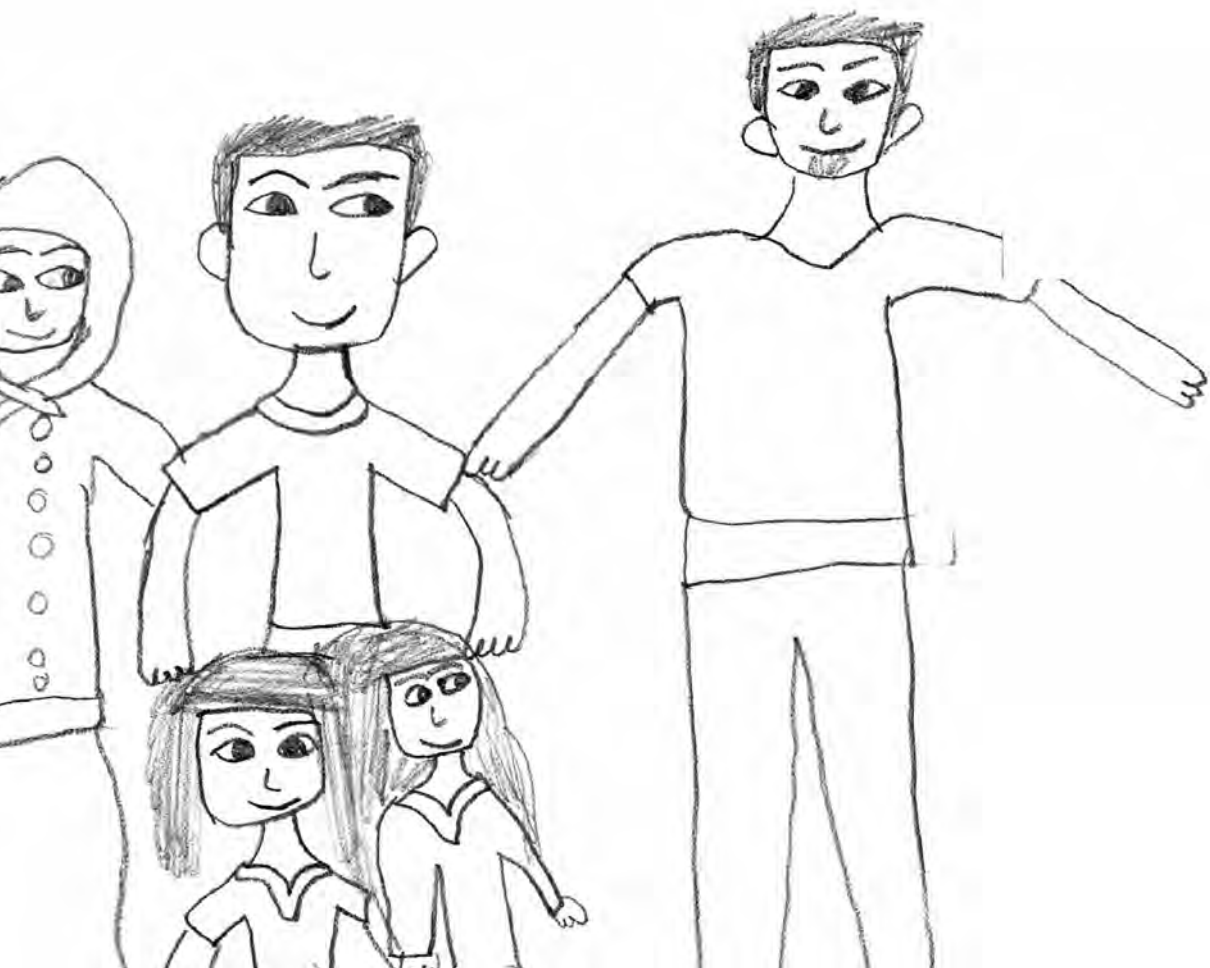
Проблеми социјалног функционисања огледају се у чешћем јављању криминогеног понашања и трансгенерацијском преношењу образаца насилничког понашања.

Сматрамо да посебно треба скренути пажњу на последице злостављања и занемаривања детета у најранијем узрасту. Истраживања показују да брижљива и стимулативна средина у прве три године живота детета представља важан фактор у развоју мозга деце, па деца која су на најранијем узрасту претрпела злостављање могу имати неодговарајући мождани развој и пратеће последице. Најновија истраживања показују да неадекватна стимулација у сензитивним периодима, тзв. стрес–сензитизација, „Low-grade“ инфламација, поремећаји на нивоу хормона окситоцина и интеракције са генима (CRHR, FKBP5, MAO-A, COMT, OXTR) проучаване кроз епигенетику утичу веома рано на развој префронталног кортекса, хипокампуса, амигдала, вермис малог мозга, Corpus callosum, што доводи до емоционалне дисрегулације, лимбичке иритабилности, проблема у процесирању социјалних информација (SIP), проблема у егзекутивним функцијама, проблема у препознавању емоционалне експресије, маладаптивних когнитивних



схема, дисоцијације, оштећења унутрашњих радних модела себе и себе у односу на друге („attachment“) и неадекватне схеме о родитељству („parenting brain“) у будућности. Разни соматски проблеми кроз читав животни век повезују се са злостављањем: гојазност, дијабетес мелитус типа 2, кардиоваскуларне болести, малигне болести. Могући механизми ове везе су „алостатички терет и преоптерећење“, „запаљење ниског степена“ — повећане вредности инфламаторних цитокина, интеракција са генима (CRHR1, FKBP5, MAO-A), епигенетика, скраћене теломере — убрзано старење.

Истраживања спроведена у нашој средини указују да интензитет злостављања и занемаривања преко трауматизма индивидуе може довести до разноликог спектра психопатолошких поремећаја и промена у структури личности. Такође, злостављање је (код женског пола) повезано са израженијим делинквентним понашањем, анксиозношћу, депресијом, социјалним проблемима, слабијим увидом и иницијативом и слабијим породичним функционисањем.



## 7. ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ И ЦИЉЕВИ ПРИРУЧНИКА

Посебни протокол и Приручник о примени Посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања поштују основне принципе из којих проистичу сви чланови Конвенције о правима детета, а који су уграђени и у Општи протокол:

- ▶ право на живот, опстанак и развој;
- ▶ недискриминација;
- ▶ најбољи интерес детета;
- ▶ партиципација детета.

Посебни протокол се односи на сву децу у систему здравствене заштите, без дискриминације, односно без обзира на породични статус, етничко порекло и било које друге карактеристике детета (расу, боју коже, пол, језик, вероисповест, менталне, физичке или друге специфичности детета).

Посебним протоколом обезбеђује се заштита најбољег интереса детета и та заштита има предност над заштитом интереса родитеља или старатеља, установе, институције, РФЗО, организације, приватне праксе и др. Интерес детета је и испред интереса заједнице у ситуацијама када се они разликују, као што то прописује Породични закон. У члану 6. став 1. Породичног закона стоји: „Свако је дужан да се руководи најбољим интересом детета у свим активностима које се тичу детета.“ Ово је темељ за све одлуке које се доносе у најбољем интересу детета, а које могу бити и противне жељама и интересима родитеља и других. У ставу 2. истог члана Породичног закона се каже и следеће: „Држава има обавезу да предузима све потребне мере за заштиту детета од занемаривања, од физичког, сексуалног и емоционалног злостављања те од сваке врсте експлоатације.“ Ово је темељ свих мера које се предузимају у заштити детета од злостављања и занемаривања.

Партиципација детета обезбеђује се тако што дете добија све потребне информације и омогућава му се да изрази своје мишљење о свим питањима која га се тичу, у свим фазама здравствене заштите и на начин који одговара његовом узрасту и способностима разумевања ситуације. Мишљењу детета мора се посветити дужна пажња, а у складу са годинама и зрелашћу детета. Деци са развојним тешкоћама и сметњама неопходна је додатна, прилагођена подршка како би се обезбе-

дила њихова партиципација, а ова деца треба да се укључе и у опште програме спречавања насиља и у програме специфично дизајниране за ометену децу.

### 7.1. Општи циљ

Општи циљ примене Посебног протокола у систему здравствене заштите јесте заштита деце од свих облика злостављања, занемаривања и искоришћавања, тј. свих облика насиља.

### 7.2. Специфични циљеви

Ово су специфични циљеви Посебног протокола:

- ▶ информисање и обука запослених у свим здравственим установама у јавној и приватној својини, другим правним лицима и приватној пракси о поступку у случају сумње да је дете жртва злостављања и занемаривања или да је у ризику од злостављања и занемаривања, као и о обавезности примене тих поступака ради заштите детета;
- ▶ успостављање ефикасне процедуре примене медицинских мера према детету у систему здравствене заштите: препознавање и документовање показатеља злостављања и занемаривања; мере медицинске бриге, дијагностиковање и документовање повреда и стања здравља детета; планирање и спровођење услуга и мера за дете и за породицу у оквиру установе; планирање мера сарадње са другим системима задуженим за заштиту деце (системом социјалне заштите, полицијом, тужилаштвом и др.); регистравање и пријављивање сумње на злостављање и занемаривање; праћење реализације услуга и мера заштите и сарадња са другим здравственим установама и системима укљученим у процес заштите;
- ▶ подршка успостављеном јединственом систему пријављивања и евиденције у систему здравствене заштите случајева сумње на злостављање и занемаривање деце;
- ▶ унапређење добробити деце кроз спречавање злостављања и занемаривања;
- ▶ рехабилитација злостављане и занемариване деце.

### 7.3. Сврха Посебног протокола

Сврха Посебног протокола је да пружаоцима здравствених услуга деци, на свим нивоима здравствене заштите, понуди смернице како да поступају у случајевима сумње на злостављање и занемаривање деце, засноване на основним смерницама Општег протокола за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Посебни протокол дефинише примену специфичних поступака и мера које здравствени радници/ сарадници треба да спроводе у свим установама и приватним праксама у оквиру система здравствене заштите.

## 8. ПРАВНИ ОСНОВ ЗАШТИТЕ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА

Према **Уставу Републике Србије**, деца уживају људска права применено свом узрасту и душевној зрелости; деца су заштићена од психичког, физичког, економског и сваког другог искоришћавања или злоупотребљавања (члан 64, ст. 1. и 3.). Уставом је прописана посебна заштита породице, мајке, самохраног родитеља и детета (члан 66).

Право на заштиту од свих облика насиља представља основно право сваког детета, а утврђено је Конвенцијом о правима детета и низом међународних и регионалних уговора у области заштите људских права које је Република Србија ратификовала. Доношењем Закона о ратификацији Конвенције Уједињених нација о правима детета („Службени лист СФРЈ — Међународни уговори”, број 15/90 и „Службени лист СРЈ — Међународни уговори”, бр. 4/96, 2/97) држава се обавезала да предузме мере за спречавање и заштиту деце од свих облика насиља у породици, институцијама и широј друштвеној средини. Одредбе Конвенције се односе на заштиту детета од:

- ▶ физичког и менталног насиља, злоупотребе и занемаривања (чл. 19);
- ▶ свих облика сексуалног злостављања и искоришћавања (чл. 34);
- ▶ отмице и трговине децом (чл. 35);
- ▶ свих других облика искоришћавања, штетних по било који вид дететове добробити (чл. 36);
- ▶ нехуманих и понижавајућих поступака и кажњавања (чл. 37).

Посебно је значајан члан 19. Конвенције, који захтева заштиту деце од свих облика физичког или менталног насиља. Овај члан утврђује следеће:

1. Државе чланице предузимају све одговарајуће законодавне, административне, социјалне и образовне мере ради заштите детета од свих облика физичког или менталног насиља, повреда или злоупотребе, занемаривања или немарног односа, малтретирања или експлоатације, укључујући и сексуалну злоупотребу, док је на бризи код родитеља, законитих старатеља или неког другог лица коме је поверена брига о детету.
2. Такве заштитне мере треба да обухвате, по потреби, ефикасне поступке за установљивање социјалних програма за обезбеђење подршке неопходне детету и онима којима је поверена брига о детету, као и остале облике спречавања, утврђивања, пријављивања, прослеђивања, истраге, поступања и праћења случајева овде наведеног злостављања детета и, по потреби, обраћања суду.

Конвенција такође одређује обавезу државе да обезбеди мере подршке за физички и психички опоравак детета које је жртва насиља и социјалну реинтеграцију детета (члан 39).

Република Србија је ратификовала и два додатна протокола која су донета уз Конвенцију о правима детета:

- ▶ Факултативни протокол о продаји деце, дечјој проституцији и дечјој порнографији, и
- ▶ Факултативни протокол о учешћу деце у оружаним сукобима 2002. године.

Поред Конвенције Уједињених нација о правима детета, Посебни протокол система здравствене заштите узима у обзир и принципе и стандарде прописане другим међународним документима, као што су:

- ▶ Конвенција против тортуре и других сурових, нељудских и понижавајућих казни и поступака (1984);
- ▶ Конвенција против транснационалног организованог криминала (2000);
- ▶ Протокол за превенцију, сузбијање и кажњавање трговине људским бићима, посебно женама и децом (2000);
- ▶ Конвенција о заштити деце од сексуалног искоришћавања и сексуалног злостављања („Ланзарот конвенција“) Савета Европе (2007/2010);
- ▶ Конвенција Савета Европе о спречавању и борби против насиља над женама и насиља у породици (Истанбулска конвенција);

- ▶ Конвенција о високотехнолошком криминалу („Будимпештанска конвенција“) Савета Европе (2001);
- ▶ Конвенција Међународне организације рада број 138 (1973);
- ▶ Конвенција Међународне организације рада број 182 о најгорим облицима дечјег рада (1999);
- ▶ Европска конвенција о вршењу дечјих права (1996, ступила на снагу 2000. године);
- ▶ ЕУ стратегија за права детета;
- ▶ ЕУ смернице за промоцију и заштиту права детета (2007);
- ▶ ЕУ агенда за права детета (2011).

Спречавање и сузбијање насиља над децом и заштита деце од насиља представљају спадају у приоритете националне политике Републике Србије. Општи оквир политика везаних за децу у периоду од 2004. до 2015. дефинисан је у Националном плану акције за децу. Као део овог плана, Влада Републике Србије усвојила је, на седници одржаној 5. августа 2005. године, Општи протокол за заштиту деце од злостављања и занемаривања са циљем да се обезбеди оквир за успостављање ефикасне, оперативне, интерсекторске мреже за заштиту деце од злостављања, занемаривања, експлоатације и насиља. У складу са одредбама Општег протокола, министарства у чијој су надлежности послови породичноправне и социјалне заштите, правосућа, унутрашњих послова, здравља, образовања и инспекције рада донела су посебне протоколе поступања којима су детаљније разрађени интерни поступци унутар сваког појединачног система и унутар појединачних установа у ситуацијама када постоји сумња да је неко дете доживело злостављање и занемаривање или је под ризиком да их доживи.

Влада Републике Србије је 2008. године донела Националну стратегију за превенцију и заштиту деце од насиља за период 2009–2015, а током 2010. године и Акциони план за њено спровођење. Донето је више стратешких докумената, који међу циљевима и мерама садрже и оне који се односе на унапређење положаја деце:

- ▶ Стратегија превенције и заштите од дискриминације за период од 2014. до 2018. године (2013);
- ▶ Национална стратегија за младе за период од 2015. до 2025. године (2015);
- ▶ Стратегија о спречавању злоупотребе дрога за период од 2014. до 2021. године (2015);

- ▶ Стратегија за социјално укључивање Рома и Ромкиња у Републици Србији за период од 2016. до 2025. године;
- ▶ Национална стратегија за родну равноправност за период од 2016. до 2020. године (2016);
- ▶ Стратегија превенције и сузбијања трговине људима, посебно женама и децом и заштите жртава за период од 2017. до 2022. (2017);
- ▶ Стратегија развоја информационе безбедности у Републици Србији за период од 2017. до 2020. године (2017);
- ▶ Стратегија развоја система извршења кривичних санкција у Републици Србији до 2020. године (2013).

Паралелно са реформама у области политика, донети су односно унапређени закони ради бољег решавања проблема насиља према деци:

- ▶ Закон о потврђивању Конвенције Савета Европе о борби против трговине људима („Сл. гласник РС”, број 19/09);
- ▶ Закон о потврђивању Конвенције Савета Европе о заштити деце од сексуалног искоришћавања и сексуалног злостављања („Сл. гласник РС — Међународни уговори”, број 1/10);
- ▶ Закон о потврђивању Конвенције Савета Европе о спречавању и борби против насиља над женама и насиља у породици („Сл. гласник РС — Међународни уговори”, број 12/13);
- ▶ Закон о спречавању насиља у породици („Сл. гласник РС”, број 94/16);
- ▶ Кривични законик („Сл. гласник РС”, бр. 85/05, 88/05 — исправка, 107/05 — исправка 72/09, 111/09, 121/12, 104/13, 108/14, 94/16);
- ▶ Закон о посебним мерама за спречавање вршења кривичних дела против полне слободе према малолетним лицима („Сл. гласник РС”, број 32/13);
- ▶ Закон о малолетним учиниоцима кривичних дела и кривичноправној заштити малолетних лица („Сл. гласник РС”, број 85/05);
- ▶ Законик о кривичном поступку („Сл. гласник РС” бр. 72/11, 101/11, 121/12, 32/13, 45/13, 55/14);
- ▶ Закон о прекршајима („Сл. гласник РС”, бр. 65/13, 13/16, 98/16 — УС);
- ▶ Породични закон („Сл. гласник РС”, бр. 18/05, 72/11 — др. закон, 6/15);
- ▶ Закон о забрани дискриминације („Сл. гласник РС”, број 22/09);
- ▶ Закон о информационој безбедности („Сл. гласник РС”, број 6/16);



- ▶ Закон о здравственој заштити („Сл. гласник РС”, бр. 107/05, 72/09 — др. закон, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 — др. закон, 93/14, 96/15, 106/15);
- ▶ Закон о здравственом осигурању („Сл. гласник РС”, бр. 107/05, 109/05 — исправка, 57/11, 110/12–УС, 119/12, 99/14, 123/14, 126/14 — УС, 106/15, 10/16 — др. закон);
- ▶ Закон о правима пацијената („Сл. гласник РС”, број 45/13);
- ▶ Закон о здравственој документацији и евиденцијама у области здравства („Сл. гласник РС”, бр. 123/14, 106/15);
- ▶ Правилник о обрасцима и садржају образаца за вођење здравствене документације, евиденција, извештаја, регистара и електронског медицинског досијеа („Сл. гласник РС”, број 109/16);
- ▶ Уредба о безбедности и заштити деце при коришћењу информационо-комуникационих технологија („Сл. гласник РС”, број 61/16).

## 9. ЗНАЧЕЊЕ И КОРИШЋЕЊЕ ПОЈМОВА

Процес заштите детета од насиља захтева мултидисциплинарни и интерсекторски приступ. Од кључне је важности да сви учесници у том процесу имају заједничко поимање и јединствен став у односу на појаву насиља према детету. Сагласност у односу на коришћење и значење појмова који се односе на насиље први је услов за успешност процеса заштите детета.

Израз „насиље” означава „сваки облик физичког или менталног насиља, повређивања или злостављања, запостављања или немарног поступања, малтретирања или експлоатације, укључујући сексуално злостављање”, као што је наведено у члану 19. став 1. Конвенције о правима детета.

У међународним документима и националном законодавству на којима се Општи протокол заснива користе се следеће дефиниције.

**Физичко насиље према детету** означава насиље које доводи до стварног или потенцијалног физичког повређивања услед неке интеракције или одсуства интеракције, које потпада под разуман оквир надзора родитеља или особе која је на положају на коме има одговорност, моћ над дететом или његово поверење (СЗО, 1999). Обухвата широк дијапазон активности као што су ударање, пребијање, шу-

тирање, чупање косе, грижење, гушење, шурење, наношење опеко-тина, тровање, давлeње, везивање коришћењем канапа или ланца, присиљавање детета да за казну остане у положају који узрокује бол или је понижавајући, претњу ножем или пиштољем и др. Може се испољити као изоловани инцидент или понављана активност хро-ничног карактера.

**Телесно кажњавање детета** означава насиље према детету у циљу исправљања или контроле понашања детета, односно било које кажњавање у којем се примењује физичка сила и које има за намеру да нанесе изванредан степен бола или неугодности, ма колико да је благ, а што подразумева ударање деце („батине“, „шамарање“, „ударање по стражњици“) руком или неким средством — бичем, штапом, каишем, ципелом, варјачом итд.; може да обухвата и шутирање, дрмусање или бацање детета, гребање, штипање, угризање, вучење за косу или уда-рање по ушима, приморавање детета да буде у неугодном положају, наношење опекотина, парење детета врелом водом или примора-вање на насилно гутање (на пример, прање уста детета сапуном или приморавање детета да гута љуте зачине).

**Емоционално насиље**, које се наводи у чл. 19 Конвенције о правима детета као „ментално насиље“, често се описује као психолошко мал-третирање, ментално злостављање, вербално злостављање и емо-тивно злостављање или запостављање и може обухватати поступке којима се врши омаловажавање, оцрњивање, окривљавање без раз-лога, којима се прети, застрашује, ограничава кретање детета, врши дискриминација, којима се дете исмејава или којима се упражњавају други облици нефизичког, непријатељског или одбацујућег поступа-ња са дететом.

**Сексуално насиље** је укључивање детета у сексуалну активност ко-ју оно не схвата у потпуности, са којом није сагласно или за коју није развојно дорасло и није у стању да се са њом сагласи, односно ону којом се крше закони или социјалне норме друштва (СЗО, 1999). У Конвенцији Савета Европе о заштити деце од сексуалног искоришћа-вања и сексуалног злостављања изричито се наводи да сексуално злостављање детета укључује и следеће видове намерног понашања, који треба да буду криминализовани: а) бављење сексуалним актив-ностима са дететом које није навршило правни узраст у коме су сек-суалне активности допуштене; б) ступање у сексуалне активности са дететом када је примењена принуда, сила или претња, односно када

је злоупотребљен признати положај поверења, ауторитета или утицаја над дететом, укључујући ту и положај у породици, односно када је злоупотребљена посебно осетљива ситуација у којој се дете налази, његов рањиви положај, првенствено због менталног или физичког хендикепа или зависности. У сексуално насиље спада и искоришћавање детета у проституцији и порнографији, које се описује код експлоатације детета.

**Занемаривање и немарно поступање** представља немар или пропуст родитеља, старатеља или другог пружаоца неге да обезбеди услове за развој детета у било којој или у свим наведеним областима: здравље, васпитање и образовање, емоционални развој, исхрана, смештај и безбедни животни услови, а у оквиру разумно расположивих средстава породице или пружаоца неге, што нарушава или може са великом вероватноћом нарушити здравље детета или његов физички, ментални, духовни, морални или друштвени развој. Оно обухвата и пропуст у обављању правилног надзора и заштите детета од повређивања у мери у којој је то изводљиво (СЗО, 1999). Емоционално занемаривање обухвата и пропуст да се обезбеди развојно прикладна, подржавајућа средина, укључујући и доступност примарне фигуре привржености, тако да би дете могло развити стабилан и пун опсег емоционалних и социјалних способности које одговарају његовом личном потенцијалу, а у складу са контекстом друштва у коме дете живи. Занемаривање може бити физичко, емоционално, медицинско и едукативно занемаривање или комбинација ових облика.

**Експлоатација детета** означава коришћење детета за рад или за друге активности, а у корист других особа. Ове активности нарушавају физичко или ментално здравље детета, образовање детета, његов морални или социјални и емоционални развој (СЗО, 1999).

Следећи поступци спадају у експлоатацију детета.

**1. Трговина децом** односи се на ситуацију у којој се силом или претњом, довођењем у заблуду или одржавањем у заблуди, злоупотребом овлашћења, поверења, односа зависности, тешких прилика другог, задржавањем личних исправа или давањем или примањем новца или друге користи, врбује, превози, пребацује, предаје, продаје, купује, посредује у продаји, сакрива или држи лице млађе од 18 година, а у циљу експлоатације његовог рада, принудног рада, вршења кривичних дела, проституције или друге врсте сексуалне експлоатације, пројачавања, употребе у порнографске сврхе, успостављања ропског или

њему сличног односа, ради одузимања органа или дела тела или ради коришћења у оружаном сукобима.

**2. Искоришћавање детета за проституцију** представља ангажовање детета за бављење проституцијом или навођење детета да учествује у проституцији, приморавање детета на проституцију или остваривање зараде од неког другог вида искоришћавања детета у такве сврхе.

**3. Искоришћавање детета за порнографију** обухвата производњу, нуђење или стављање на располагање, дистрибуирање или пренос, прибављање, посредовање дечје порнографије или свесно прибављање могућности приступа помоћу информационе или комуникационе технологије дечјој порнографији, ангажовање детета за учешће, навођење или приморавање детета да учествује у порнографским представама, или остваривање зараде или неки други вид искоришћавања детета у такве сврхе, као и свесно присуствовање порнографским представама у којима учествују деца представља сексуално насиље према детету.

**4. Злоупотреба дечјег рада** представља рад детета, који је ментално, психички, социјално и морално опасан и штетан за дете и који утиче на образовање детета тако што онемогућава дете да похађа школу, обавезује дете да напусти образовање пре времена или принуђује дете да похађа школу под изузетно тешким условима, укључујући и најгоре облике дечијег рада према Конвенцији Међународне организације рада бр. 128.

**5. Трговина дететом ради усвојења** препозната је као одузимање лица које није навршило шеснаест година ради његовог усвојења противно важећим прописима, усвојење таквог лица или посредовање у таквом усвојењу, као и куповина, продаја, предаја, превоз, обезбеђење смештаја или прикривање.

**6. Злоупотреба детета у медицинске или научне сврхе** кроз укључивање детета у експерименте који могу бити штетни за развој детета и укључивање детета у злоупотребу у трговини органама.

**7. Социјална експлоатација детета** обухвата све форме злоупотребе детета у медијима, у рекламне сврхе, у кампањама политичких партија и сл.

**Насиље у породици** према Закону о спречавању насиља у породици, из перспективе детета, јесте сваки акт физичког, сексуалног, психичког или економског насиља учиниоца који живи или је живео да дете-

том у заједничком домаћинству, без обзира на то да ли је насиље учињено према детету које је биолошко дете насилника или је усвојено, да ли живи у примарној или хранитељској породици, да ли је рођено у браку или ван брака те да ли је под родитељском старањем или му је одређен старатељ.

**Сведочење детета насиљу у породици** (дете сведок насиља у породици) означава специфичан вид менталног насиља, било да дете директно посматра физичко, сексуално или психичко насиље према члану породице, или чује звуке, ударце, крике из непосредне близине, или зна да се насиље дешава или се може десити, односно накнадно види последице насиља према члану породице.



**Насиље међу децом** (назива се и **вршњачко насиље**) јесте намерна, свесна жеља да се узнемири, малтретира, застраши друга особа, односно да се нанесе повреда другој особи — вршњаку. Најчешћи облици вршњачког насиља су: вербално злостављање, отимање и уништавање ствари, присиљавање и уцењивање других да раде оно што им је наређено, батине и физичко повређивање, новчано уцењивање, претње оружјем и сексуално насиље, социјална изолација детета, исмевање, вређање и др.

**Дигитално насиље** је коришћење дигиталне технологије с циљем да се друга особа узнемири, повреди, понизи и да јој се нанесе штета. Спроводи се у виду порука послатих електронском поштом, текстуалних и видео позива, путем друштвених мрежа, путем веб сајтова, ћаскањем преко интернета, укључивањем у форуме и сл. У литератури се срећу и други термини за ову врсту насиља, нпр. малтретирање у дигиталном свету, електронско насиље, насиље на интернету, онлајн насиље, сајбер-булинг и др.

**Родно засновано насиље** међу децом и над децом је сваки чин насиља над особом због рода, пола или сексуалне оријентације, а може да обухвати родне предрасуде и дискриминацију (сексизам), родно укљупљивање и сексуалну објективизацију, сексуално узнемиравање, насиље у (раним) партнерским везама, насиље због сексуалне оријентације и друге форме физичког, сексуалног и психичког насиља заснованог на роду.

**Институционално насиље** представља насиље које учине професионалци у институцијама, а може да обухвати директно насиље према корисницима услуга, као и ставове и понашања који воде безосећајном опхођењу, занемаривању потреба и ускраћивању помоћи, умањивању учињеног насиља или последица, окривљавању жртве, неделотворном, неефикасном и неповезаном поступању или који доприносе поновној виктимизацији корисника услуге, односно жртве насиља.

## 10. СМЕРНИЦЕ ДОБРЕ КЛИНИЧКЕ ПРАКСЕ ЗА РАД НА ЗАШТИТИ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА

Постоје два основна принципа која се тичу дијагностиковања злостављања и занемаривања. Први се односи на **разматрање злостављања и занемаривања** као могућег објашњења узрока здравственог проблема, а други на **процедуру поступања** у случајевима поста-



вљања сумње (извештавање/пријава надлежних органа — центра за социјални рад, тужилаштва и полиције).

Приликом разматрања могуће сумње на злостављање требало би поштовати следећа правила.

## ПРАВИЛО 1

### Слушај и посматрај.

Идентификација злостављања и занемаривања подразумева повезивање свих доступних информација у једну, што потпунију целину. Све информације треба критички посматрати и користити у сагледавању могућих здравствених последица по дете. Информације које стижу до здравственог радника потичу из више извора и обухватају:

- ▶ анамнестичке податке,
- ▶ извештавање о злостављању и занемаривању (од стране детета или друге особе),
- ▶ податке о изгледу детета,
- ▶ податке о понашању детета и физичким знаковима,
- ▶ податке о симптомима,
- ▶ резултате допунских испитивања,
- ▶ податке о интеракцији између родитеља, старатеља и детета.

Уколико је здравствени радник/сарадник забринут због информација које је добио у раду са дететом, он треба да затражи помоћ од стручног тима у својој установи или у локалном центру за социјални рад. Уколико здравственог радника брину питања везана за поверљивост, јер му је дете дало информацију у поверењу, он мора да сагледа могуће последица разоткривања по дете и да са дететом детаљно поразговара о потреби за даљим поступањем и о неопходности заштите.

## ПРАВИЛО 2

### Тражи објашњење.

За сваку повреду, симптом или знак мора се тражити објашњење од детета, родитеља или старатеља о томе како је повреда настала. Уко-

лико здравствени радник/сарадник добије недвосмислене податке од детета, чак и када они нису довољно прецизни, треба да посумња на злостављање. У том моменту важно је рећи детету да ће о тим подацима бити обавештен стручни тим, а да је сврха тога спречавање даљег злостављања. Посебно су деликатне ситуације када се евидентира или посумња на злостављање или занемаривање особа са сметњама у развоју.

### ПРАВИЛО 3

#### Забележи (документуј).

Бележење у здравствени картон има суштински значај за разматрање или постављање сумње на злостављање. Неопходно је

- ▶ тачно убележити шта је опсервирано, односно речима детета или родитеља описати када се и шта десило,
- ▶ документовати оно што је по мишљењу лекара забрињавајуће и што указује на евентуално злостављање.

### ПРАВИЛО 4

#### Размотри, постави сумњу или искључи злостављање.

Разматрају се основне карактеристике које су у протоколу описане уз сваку врсту злостављања, заједно са анализом анамнестичких података, опсервацијом детета, родитеља или старатеља, односно њихових међусобних интеракција. Након тога постоји неколико опција за даље разматрање:

- ▶ дискусија са искуснијим колегом, педијатром, дечјим психијатром, психијатром за адолесценте или са било којим стручњаком у области заштите деце и младих,
- ▶ прикупљање колатералних података од других институција које су можда биле у контакту с породицом,
- ▶ обезбеђивање континуитета контакта са дететом ради даље процене.



Сумња се поставља онда када постоји довољно показатеља да се злостављање десило. Злостављање се искључује онда када је утврђено да је актуелно здравствено стање последица логичног узрока, нпр. случајне повреде.

## ПРАВИЛО 5

### Напиши извештај.

Све спроведене поступке треба детаљно описати у здравственој документацији.

## 11. ПРЕПРЕКЕ У ПРЕПОЗНАВАЊУ ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА

За ефикасно спровођење принципа и корака дефинисаних Посебним протоколом за заштиту деце од злостављања и занемаривања у систему здравствене заштите важно је разумевање препрека које могу ометати здравствене раднике/сараднике у раду са злостављаном и занемареном децом.

У литератури су описане бројне препреке које ометају здравствене раднике/сараднике да препознају и региструју злостављање и занемаривање, а оне се генерално могу поделити на препреке које су последица професионалних и личних искустава везаних за злостављање и занемаривање и препреке које настају због недостатка едукације о овој области. Као основне препреке се наводе:

- ▶ забринутост да се, ако се анализирају психосоцијални фактори или испитује злостављање, заправо не ради свој лекарски посао, тј. третман болести,
- ▶ страховање здравствених радника да ће изгубити или нарушити добре односе са родитељима или пружаоцима неге уколико почну да испитују потенцијално злостављање,
- ▶ нелагодност око исказивања потенцијалног неповерења у родитеље, страх да ће се неко случајно неправедно оптужити или окривити за лоше поступке,
- ▶ дилеме око повреде начела чувања лекарске тајне или начела поверљивости,

- ▶ проблеми у разумевању узрока злостављања, поготово уколико се не види јасна намера родитеља или старатеља да нанесе повреду детету,
- ▶ проблеми око тога како саопштити да постоји сумња да је настало стање последица лошег поступања према детету и да је неопходно допунско испитивање,
- ▶ несигурност у погледу изношења свог професионалног става и забринутост око састављања извештаја и описа стања детета,
- ▶ губитак контроле и немогућност заштите детета, као и сумња у исправност сопствених одлука у вези са заштитом,
- ▶ осећај превеликог терета у раду на заштити деце, осећај безнадежности, оптуживање институција, државе и друштва у целини за њихову неспособност у бризи за дете,
- ▶ питање личне безбедности,
- ▶ страх од жалби и судских процеса,
- ▶ страх од тражења помоћи од колега, слаба тимска кохезија међу здравственим радницима/сарадницима.





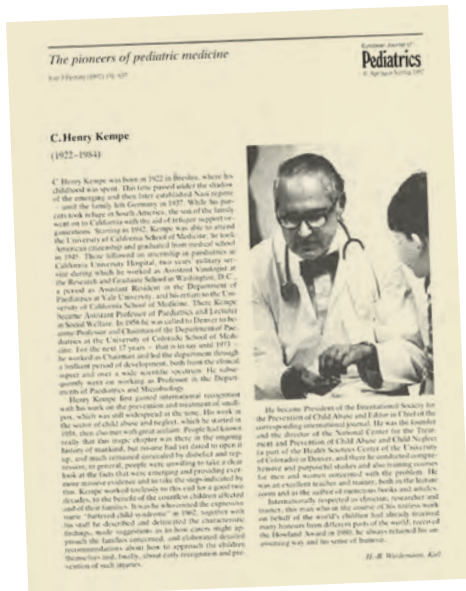
# II ФИЗИЧКО ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНЕМАРИВАЊЕ

Ђорђе Алемпијевић

Упркос напорима који су чињени да се деца заштите од злостављања, оно данас представља проблем светских размера, који погађа свако друштво без разлике.

Насиље над децом веома често, готово по правилу укључује физичко насиље. Физичко насиље не мора нужно узроковати телесне повреде нити повреде које настају као резултат овог насиља морају увек бити видљиве на површини тела. Међутим, треба имати у виду да велика већина жртава које су изложене физичком насиљу пре или касније буде презентована са видљивим телесним повредама. Код физичког злостављања деце, телесне повреде које том приликом настају по правилу немају обележја тешких телесних повреда. Поред тога, само мали број ових повреда има специфичан изглед, односно патогномичан за врсту примењеног насиља, као што су уједине или повреде у виду отиска, нпр. газеће површине обуће (ђона), обличастог предмета код крвних подлива у виду трамвајских шина и сл. То практично значи да често није могуће поуздано разграничити случајно настале, односно задесне повреде од оних који су намерно нанете.

Ако посматрамо однос медицине према проблему злостављања деце, уочићемо да се рад америчког радиолога Џона Кафија (John Caffey), који је објављен 1946. године, у медицинским круговима сматра првим радом који је посвећен проблему злостављања деце. Термин „синдром злостављаног детета“ улази у широку употребу након што су га Хенри Кемпе (Henry Kempe) и сарадници 1962. године употребили у свом раду посвећеном овом проблему. Међутим, и пре наведених публикација у медицинској литератури се полемисало о проблемима



Амброаз Тардије

злостављања деце. У тим смислу вредно је поменути да Амброаз Тардије (Ambroise Tardieu), француски прегалац судско-медицинске мисли и науке, у раду објављеном 1860. године описује скоро све класичне знаке синдрома физичког злостављања деце. Почетком XX века, у домаћој медицинској литератури појављују се прилози Едуарда Михела, такође судског лекара, посвећени проблему злостављања деце; томе је претходио излазак из штампе рада у два дела, који је био посвећен проблему сексуалног насиља над децом.

## 1. КО СУ ЗЛОСТАВЉАЧИ, А КО ЖРТВЕ?

Мора се нагласити да одређени фактори могу бити често присутни у породицама у којима се злостављање дешава, али то не значи да присуство тих фактора увек доводи до злостављања и занемаривања деце. Оно што може бити узрок злостављања деце у једној породици не мора бити узрок у другој породици, а фактори који могу проузроковати злостављање у једној породици можда неће довести до злостављања и занемаривања деце у другој породици.

Децу злостављају особе које се о њима старају, далеко најчешће родитељи детета. Уколико родитељи живе одвојено, злостављач детета



може бити актуелни партнер/партнерка родитеља који се брине о детету. Као злостављачи се јављају и друге особе који се брину о детету: стараоци, хранитељи и др.

У литератури се често налази на податак о томе да су особе које злостављају децу често и саме, током свог детињства, биле жртве насиља. Међутим, погрешно би било извести закључак о томе да ће деца која су злостављана постати злостављачи када одрасту.

**Погрешно је сматрати да код особа које злостављају своју децу или децу која су им поверена на старање постоји већа учесталост менталних поремећаја.**

Ово никако није правило, мада подаци из литературе указују на то да међу њима има особа са емоционалним сметњама и поремећајима понашања. Често се злостављачи описују као личности које имају ниско самопоштовање, испотпросечну интелигенцију, као изоловане и усамљене особе склоне анксиозности, депресији и апатији, као особе ригидног става, ниског прага толеранције на фрустрације, нарцисоидне особе и сл. Насупрот претходно наведеном, резултати бројних истраживања готово недвосмислено указују на повезаност злоупотреба дроге и/или алкохола и злостављања деце. Поред наведених особина личности, и породична ситуација има значаја за то да ли ће нека особа злостављати дете о којем се стара. Тако се, на пример, повећава могућност да ће доћи до злостављања деце уколико су присутни брачни (партнерски) сукоби, конфликтни односи са проширеном породицом, насиље у породици, у ситуацији незапослености, лошег материјалног стања и социјалне изолације. Напоследку, подаци из литературе указују на то да, уз све наведено, живот у сиромаштву и у социјалној изолацији на маргинама друштва те изостанак адекватне социјалне подршке такође погодују развоју праксе злостављања деце.

С друге стране, изгледа да се међу злостављаном децом проналазе нека обележја која су компаративно чешће присутна у овој групи у односу на општу децу популацију. То се пре свега односи на одојчад и малу децу. Затим, уочено је да у извесној мери понашање детета, на пример, аверзни плач и неодговарање на позиве и сл., може повећати вероватноћу малтретирања, посебно ако родитељ има слабу способност емпатије са дететом и тешкоће у контроли својих емоција. Поред

тога, насиљу су чешће изложена и деца која су често болесна или она која су „другачија”, нпр. деца са посебним потребама.

Пажљиво испитивање личности особе која се стара о детету и околности породичног живота, у случајевима када се сумња да је дете жртва злостављања и/или занемаривања, могу бити веома корисни за анализу случаја.

## 2. ОБЛИЦИ ФИЗИЧКОГ ЗЛОСТАВЉАЊА

Физичко злостављање деце може имати различите појавне облике и клиничке презентације. Из дидактичких разлога, физичко злостављање најчешће се разматра у следећим категоријама:

- ▶ повреде коже и видљивих слузокожа,
- ▶ повреде главе и централног нервнег система,
- ▶ повреде коштаног-зглобног система,
- ▶ повреде трбуха и паренхиматозних органа и
- ▶ Минхаузенев синдром путем посредника.

### 2.1. Повреде коже и видљивих слузокожа

Повреде коже су веома честе код задесног повређивања деце, али и код незадесног повређивања, односно код злостављања деце. Међу овим повредама се често срећу крвни подливи (хематоми) коже. Иако је већина лекара спремна да опише и интерпретира крвне подливе, нужно је да се подсетимо следећег:

- ▶ процена старости крвног подлива на основу боје је непоуздана,
- ▶ брзина којом се мења боја крвног подлива с протоком времена зависи од бројних фактора,
- ▶ место на коме се види крвни подлив није нужно и место на које је деловала повредна сила,
- ▶ облик крвног подлива не мора нужно да осликава облик повредног оруђа,
- ▶ величина крвног подлива није нужно у корелацији са интензитетом повредне силе,
- ▶ на карактеристике крвног подлива имају утицаја: постојећа обољења код повређене особе, лекови које та особа користи,

место на којем се повреда налази, стање и својства повређеног ткива, предузете мере лечење и време које је протекло од повређивања до прегледа.

Ово су елементи који могу да помогну у **разликовању задесних од незадесних крвних подлива**.

**Локализација повреде** — Потребно је имати у виду да се деца при свакодневним активностима често задесно повређују. Повреде које том приликом могу настати — крвни подливи и огуљотине коже — најчешће се налазе изнад коштаних испупчења, односно на тзв. истуреним деловима тела који су изложени повређивању при паду (нпр. чело, брада, колена, бедра). Међутим, на неким другим деловима тела, као што су поглавина, руке, труп и седални предео, задесне повреде ретко настају, мада задесно повређивање ових предела није немогуће. Напослетку, **крвни подливи у пределу ушних шкољки, врата, гениталија, међице, дланова и табана практично никада не настају као резултат задесног повређивања** при игри детета.

**Изглед повреде** — Већина крвних подлива нема неки посебан нити карактеристичан изглед. Међутим, у појединим случајевима крвни подливи могу имати специфичан облик који практично **одражава контуре повредног оруђа**. Тако нпр. крвни подлив може бити у виду отисака прстију, односно шаке када је повреда настала дејством отвореног длана (Слика 1). Затим, крвни подливи који настају хватањем и стезањем врховима јагодица прста обично су у виду отисака прстију распоређених у низу, евентуално са једним отиском, који одговара положају палца, изван и насупрот овог низа (Слика 2); поред крвних подлива у облику отиска јагодице прста, на повређеним површинама се могу наћи и



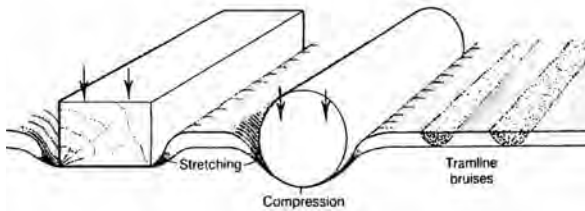
**Слика 1.** Промене видљиве на кожи лица након ударца отвореном шаком („шамар“)



**Слика 2.** Крвни подливи на кожи надлактице у виду отиска јагодица прстију



полумесечасте огуљотине настале као последица дејства ноктију. Међутим, налаз оваквих повреда не указује нужно на то да су настале незадесно, јер оне могу настати у ситуацији када одрасли чврсто ухвати и стегне дете да би спречио активност детета у некој за њега потенцијално опасној ситуацији, нпр. када одрасли снажно ухвати и повуче дете да оно не би пало са висине и сл. Крвни подливи у виду трамвајских шина (енгл. *tramline bruises*) представљају специфичан изглед повреде који је условљен обликом повредног оруђа. Наиме, овакве повреде настају као резултат дејства обличастих предмета (нпр. палица, штап, електрични кабл и сл.) и по правилу се ради о намерно нанесеним повредама, дакле о незадесном повређивању (Слика 3).



**Слика 3.** Приказ механизма настанка крвних подлива у виду трамвајских шина код удара обличастих предметом

Услед штипања могу настати повреде у виду крвних подлива у облику асиметричних лептирових крила (Слика 4). Напослетку, читав спектар различитих повредних оруђа може узроковати веома специфичне облике повреда у виду крвног подлива; ради се, наиме, о крвним подливима у виду отиска (енгл. *patterned injuries*), нпр. шнале/копче каиша (Слика 5), потплате обуће, предмета који су коришћени за везивање детета и сл.



**Слика 4.** Крвни подливи коже надлактице у виду лептирових крила код штипања

**Слика 5.** Крвни подливи коже леђа у виду отиска — облика повредног оруђа (шнале каиша)



**Старост повреде** — Традиционално се сматра да је **присуство крвних подлива различите старости индикативно за злостављање**. Међутим, поново указујемо на то да је процена старости крвних подлива на основу налаза клиничког прегледа веома непоуздана па је стога неопходно **бити обазрив** при извођењу закључака. Како би се што поузданије користио параметар старости повреде у процени да ли је повреда резултат злостављања или не, неопходно је **да лекар што детаљније опише изглед и карактеристике повреде** и њен однос према околној кожи, а не да само наведе нпр. „стари крвни подлив“.

**Број повреда** — Не можемо се слепо држати тога да су бројне повреде истовремено присутне на телу детета недвосмислен знак злостављања. У том смислу неопходно је да минуциозно анализирамо добијена објашњења о наводним околностима настанка повреда, у светлу објективно установљеног клиничког налаза. Такође, треба имати у виду степен психофизичког развоја детета и дистрибуцију повреда.

У вези са злостављањем могу настати **уједине**, односно повреде које су узроковане дејством зуба на површину коже (Слика 6). Када се анализира ова врста повреда, треба **имати у виду локализацију уједина** (нпр. оне које су локализоване у пределу гениталија и/или врата могу имплицирати сексуално насиље). Бројне уједине, с друге стране, могу указивати на поновљено насиље или на насиље у продуженом трајању. Уједине код којих је дошло до прекида континуитета коже указују на то да је повређивање настало дејством силе јачег интензитета. При анализи уједина треба имати у виду могућност самоповређивања или доношења повреде детету од другог детета; такође, треба размотрити могућност животињског уједа. Стога може бити корисно да се при анализи уједина потражи помоћ стоматолога, али и да се повреда фотографише те да се са њене површине брисом узме узорак материјала за форензичко-генетичку анализу.



Слика 6. Изглед уједине на подлактици

У случајевима занемаривања деце и на кожи могу бити видљиве различите промене. Тако се нпр. могу наћи знаци хигијенске запушености и присуство прљавштине, ожиљци од нелечених кожных инфекција, убоди инсеката (бува и сл.) и/или уједи животиња (нпр. пацова), као и инфестација паразитима (ваши, шуга и др.).

Међу повредама које се намерно наносе деци могу се видети **опекотине цигаретама**. У питању су контактне опекотине које настају дејством запаљене цигарете. Те повреде имају најчешће кружни облик и пречник око 10 мм, који одговара пречнику цигарете. У централном делу долази до опечености II или III степена, а на периферији се, у виду прстена (халоа), развија реактивна инфламација. Иза ових опекотина по правилу остају ожиљци. Изглед опекотине може бити и елипсаст када запаљена цигарета дође у додир са површином коже под неким углом (Слика 7). Објашњења да се дете опекло играјући се запаљеном цигаретом или да је „дохватило” запаљену цигарету те да му је она испала по правилу нису уверљива, јер је неопходан продужени контакт запаљене цигарете са површином коже да би настала повреда претходно описаних карактеристика. Опекотине од цигарете посебно буде сумњу на злостављање када их има више, када су дубоке (што имплицира продужени контакт који није карактеристичан за случај да је дете само принело своје телу запаљену цигарету) и када се налазе на неуобичајеним местима, нпр. на потплатима стопала, у пределу гениталија и у седалном пределу.



**Слика 7.** Опекотине коже табана настале жаром упаљене цигарете

У случајевима **Мунхаузеновой синдрома** *иуштем йосредника* (**Sy. Munchausen by Proxy**), на кожи се могу видети бизарне и необјашњиве промене.

При анализи кожных промена, односно повреда на кожи, потребно је имати у виду могуће диференцијалне дијагностичке дилеме, које између осталог укључују алопецију, монголске пеге, хемангиоме, фито-дерматозе, импетиго, хематолошка стања (урођене и стечене коагулопатије) и др.

## 2.2. Повреде главе и централног нервног система

Повреде главе, лица и врата присутне су у више од половине случајева злостављања деце. Ове повреде најчешће настају као последица дејства тупине повредног оруђа: ударци различитим тупим предметима, прибором за јело, рукама; такође, опекотине или опаротине на глави и лицу могу настати дејством физичких агенса. У зависности од врсте повредног оруђа, места на које је деловало, интензитета дејства, али и других околности, настају различите врсте повреда меких ткива главе, односно лица или усне дупље (Слика 8). Илустрације ради поменућемо повреде (лацерације) језика, букалне слузнице, непца (меког и/или тврдог), гингивне алвеоларне мукозе или френулама усне. Такође, могу настати повреде зуба, преломи костију лица или лобање, као и различити видови интракранијалних повреда. Међутим, треба имати у виду да готово све наведене повреде могу настати и задесно, а сумњу у злостављање такође треба да изазову **вишеструке повреде, повреде у различитим стадијумима зарастања, повреде неприкладне за степен психомоторног развоја детета или неподударност (хетеро)anamнестичких података о околностима повређивања са утврђеним повредама.**



Слика 8. Повреде у пределу усана

Још је Тардије (*Tardieu*) у својим радовима објављеним у другој половини XIX века јасно указао на то да **интракранијално крварење** код деце представља резултат намерног повређивања, повезујући га са другим телесним знацима злостављања. Једно време се сматрало да субдурално крварење код деце може настати и при минималном дејству силе, с обзиром на то да нису увек били присутни знаци који би указивали на интензивно дејство силе.

Потребно је имати у виду да повреде главе које код деце настају као резултат злостављања могу бити присутне и без других знакова повређивања. **Краниocereбралне повреде** присутне су **код око 10% злостављане деце**, без обзира на њихов узраст, али је њихова **инцидента највећа код деце млађе од 2 године**. Према тежини, повреде главе код деце која су злостављана заузимају читав спектар, од лаких до тешких. Ипак, значајно је имати у виду да готово у половини случајева деце која су умрла услед последица злостављања, узрок смрти представља неки вид повреде главе. Такође, повреде главе представљају најчешћи узрок за хоспитализацију деце која су била изложена злостављању.

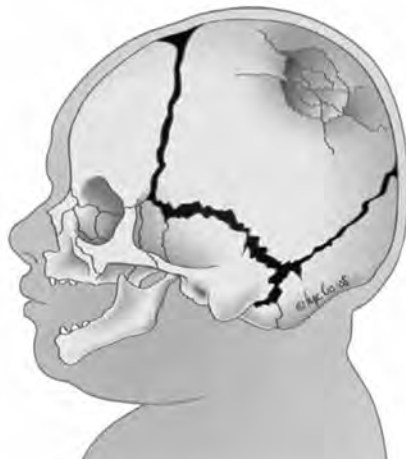
Повреде главе код деце која су злостављана могу бити узроковане различитим механизмима: наглом акцелерацијом и децелерацијом, са ударцем или без ударца у главу, са ротацијом или без ротације главе, затим само ударом у главу, те као последица асфиксије или повреде лица. Уопште узев, идентификовани су поједини фактори који код деце фаворизују настанак повреда главе, као што су: однос тежине главе и тела (мозак представља око 15% телесне масе код деце, а код одраслих 3%); слабост мишића врата који нису у стању да контролишу покрете главе приликом нагле акцелерације и децелерације; биофизичка својства дечјег мозга који је, због незрелости мијелина и високог садржаја воде, мекши и подложнији повређивању; мања чврстина костију лобање због њихове непотпуне минерализације, што их, у појединим ситуацијама, чини мање отпорним на дејство силе.

**Клиничка презентација повреда главе** обухвата читав спектар повреда ткива поглавине, прелома костију и интракранијалних повреда.

**Повреде ткива поглавине** — Могу се испољити у виду различитих механичких или физичких повреда. При повређивању поглавине може доћи до оштећења емисарних вена са последичним крварењем испод апонеурозе. Како је код деце она релативно лабаво спојена,

крв изливана испод апонеурозе може се сливати под дејством силе земљине теже, што код повреда на поглавини доводи до појаве индиректног крвног подлива у пределу ока.

**Преломи костију главе** — Настају најчешће услед директног дејства повредне силе на главу детета. Због непотпуне минерализације, на месту силе може доћи до угибања костију лобање и прелома по типу пингпонг лоптице (Слика 9); на овом месту може настати и повреда (контузија) мозга. Уопште узев, преломи костију главе настају механизмом удара или пада, с тим што највећи број прелома костију главе у дечјем узрасту настаје услед дејства силе децелерације при паду, због удара главе. Сматра се да код деце, с обзиром на њихову телесну масу и грађу, линеарни преломи костију лобање могу настати већ при паду са висине од око 1–1,5 м.



**Слика 9.** Схематски приказ прелома костију крова лобање

**Интракранијалне повреде** — Могу бити примарне и секундарне.



**Примарне** интракранијалне повреде су пенетрантне; повреде настале услед компресије, повреде настале дејством ударне силе (енгл. *impact*) и повреде услед дрмусања (енгл. *shaking*) (Слика 10). Пенетрантне повреде настају дејством пројектила ватреног оружја или пенетрацијом механичког оруђа у лобањску дупљу, нпр. код убодина.

**Слика 10.** Схематски приказ кретања главе код дрмусања (енгл. *shaking*)



Ове повреде нису често заступљене у дечјем узрасту. Карактерише их дејство повредне силе на малу површину, услед чега је интензитет дејства сила велик, што доводи до пенетрације поглавине и костију лобање. Повреде настале услед компресије настају у ситуацијама када је глава притиснута између две површине, што води настанку прелома који се шире дуж шавова лобањских костију, често захватајући основицу лобање. Код овог вида повређивања често су присутне примарне повреде можданог паренхима, што може узроковати различите степене поремећаја свести; такође, могу бити присутне секундарне повреде можданог паренхима. Повреде под дејством ударне силе могу настати било услед пада или удара, а и истовременим укључивањем оба механизма (судар). У случају ових повреда основни проблем је да се начини дистинкција између повреда које су настале услед пада и оних које су настале ударом. Напослетку, повреде услед дрмусања могу настати и без директног дејства силе (удара) на главу, као последица наглих акцелерација/децелерација и ротације садржаја унутар лобањске дупље.

**Секундарне** интракранијалне повреде означавају оштећења можданог паренхима која настају накнадно, најчешће унутар 24 сата, као последица примарне повреде. Развој ових повреда компликује клинички ток примарних повреда. Како се злостављана деца често са закашњењем доводе лекару када су у питању теже повреде главе, то због одложеног почетка примене мера лечења погодује развоју секундарних интракранијалних повреда. Секундарне интракранијалне повреде укључују дифузни едем мозга, хипоксичко-исхемијска оштећења и мождане хернијације.

Код повреда главе у дечјем узрасту основни проблем је да се начини разлика између оних које су настале услед пада (задесно) и повреда главе које су детету намерно нанесене (повреде које представљају резултат злостављања). Повреде настале при паду, осим ако се не ради о повредним силама високог интензитета, нпр. при паду са велике висине, по правилу не доводе то тешких оштећења. Уопште узев, повреде које настају при паду низ степенице су комплексније и теже него повреде које настају при паду на равно са исте висине. Међутим, нема јасне корелације између тежине повреда и броја степеника низ које је дошло до пада. При разматрању повреда главе код деце треба имати у виду да задесни падови, сем у случају падова са веће висине, ретко доводе до смрти детета; такође, код пада са мале висине ретко долази

до настанка тежих облика краниocereбралне повреде па тако пад из кревета или са кауча најчешће доводи до настанка повреда поглавине, а ређе до настанка прелома костију главе.

### 2.3. Повреде коштаног-зглобног система

Повреде коштаног-зглобног система су, након повреда коже и видљивих слузокожа, најчешћи вид повреда код деце изложене физичком насиљу и често представљају први знак да је дете жртва насиља. Према подацима из Сједињених Америчких Држава, готово трећина деце за коју се посумња да су жртве насиља има свеже или зацељене преломе костију. Међутим, треба имати у виду да су преломи костију, без обзира у којим околностима су настали, релативно честа појава у дечјем узрасту; примера ради, подаци указују на то да готово две петице дечака и око трећина девојчица доживи бар једну коштану трауму током детињства, без обзира на то како је настала. Свакако, највећи број прелома костију у дечјем узрасту настаје услед различитих задеса. Стога је **диференцијална дијагноза веома значајна** и њој се мора озбиљно приступити. Препорука је да се:

- ▶ обезбеде детаљни анамнестички подаци,
- ▶ узме у обзир узраст детета,
- ▶ размотри да ли у конкретном случају постоји коштаног обољење или неко друго стање организма које за последицу може имати промене у биомеханичким својствима костију, чиме могу бити створени услови за настанак „спонтаних“ или патолошких фрактура,
- ▶ анализирају врсте односно тип прелома, бројност, дистрибуција и старост,
- ▶ испитају околности под којима је, према доступним подацима, дошло до настанка повреде, укључујући и хетероанамнестичке податке који се прикупе од особа које се старају о детету, а када то узраст дозвољава, треба размотрити и анамнестичке податке; не-слагање података који потичу из различитих извора је индикативно на злостављање.

**По правилу, млађа деца која се мање крећу чешће задобијају преломе костију због злостављања**



Подаци из литературе сугеришу да је код деце узраста до 3 године око 25% прелома у вези са злостављањем те да су ови преломи доминантно присутни код деце млађе од годину дана.

Резултати бројних истраживања сугеришу да код злостављања деце преломи костију могу бити бројни, да се налазе на различитим деловима скелета и да могу бити у различитим фазама зацељења, односно да су различите старости.

Прегледности ради, у Табели 1 су приказане карактеристике коштано-зглобних повреда које су индикативне за злостављање. Степен сумње треба додатно повећати уколико су код детета истовремено присутне видљиве телесне повреде, нпр. хематоми и сл.

Процена старости прелома у клиничкој пракси није једноставна. Код деце изложене физичком насиљу још је теже обавити ову процену, јер су најчешће у питању нелечени преломи који се у фази спонтаног зарастања често компликују рефрактурама и/или новонасталим повредама због злостављања.

**Табела 1. Карактеристике коштано-зглобних повреда које су индикативне за злостављање**

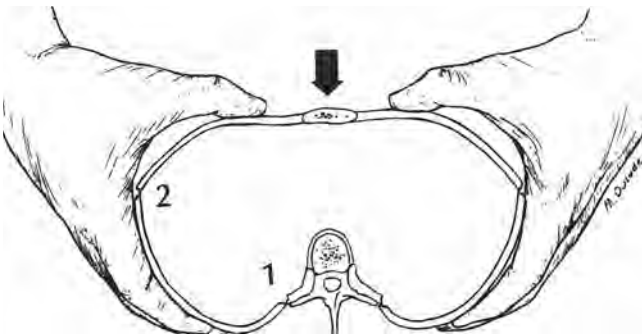
Периостална реакција са формирањем нове кости
Метафизне повреде (Слика 11)
Повреде зоне раста кости
Фрактуре дијафизе (Слика 12)
Дислокације
Мултипли и комплексни преломи костију лобање са преломном пукотином широм од 3 мм
Преломи ребара, скапуле и стернума (Слика 13)
Мултипле фрактуре, посебно у ситуацији када су у различитим фазама зарастања (Слика 14)



**Слика 11.** Схематски и радиолошки изглед метафизне повреде



**Слика 12.** Схематски приказ механизма настанка прелома дијафизе



**Слика 13.** Схематски приказ механизма настанка прелома ребара



**Слика 14.** Радиолошки изглед повреда различите старости на скелету грудног коша

## 2.4. Повреде трбуха и паренхиматозних органа

Повреде грудног коша и трбуха, односно торакалних и абдоминалних органа су присутне у случајевима злостављања деце. Повреде трбушних органа чине други најчешћи узрок смрти код злостављане деце. Иако је могуће да до ових повреда дође при злостављању, повреде појединих органа, нпр. јетре, гуштераче, шупљих трбушних органа, мезентеријума и надбубрежних жлезда, много су чешће присутне у склопу незадесног (намерног) повређивања деце.

Повреде грудних органа у највећем броју случајева настају дејством тупине на грудни кош (ударцем или притиском). Тешке повреде грудних органа настале као последица дејства тупине нису својствене деце узрсту, највероватније стога што је грудни кош код деце еластичан. Ипак, изоловани преломи ребара представљају најчешћи вид повреде грудног коша код злостављаног детета.

Слично томе, повреде трбушних органа настају већином као последица тупе механичке силе. До настанка ових повреда долази услед удараца (нпр. стиснутом шаком — песницом, шутирањем или неким тупим предметом) или услед притиска и гњечења. У оба случаја долази до притиска органа горњег дела трбушног зида о кичмени стуб. На овај начин могу настати расцепи паренхиматозних органа, расцепи шупљих органа са последичним перитонитисом и сепсом или пак крварење у зиду шупљих органа, најчешће у проксималном јејунуму, дуоденуму, а понекад и желуцу и попречном делу дебелог црева.

## 2.5. Минхаузенев синдром путем посредника

Минхаузенев синдром путем посредника (енгл. *Munchausen Syndrome by Proxy* — MSBP) представља облик злостављања деце при којем је дете изложено ризику или трпи штету због тога што **одрасла особа која о њему води бригу измишља или изазива болести**. Термин MSBP се у последње време све више у литератури на енглеском језику замењује термином „произведена или изазвана болест“ (енгл. *Fabricated or Induced Illness*). Ради се о спектру случајева различите тежине која се креће од чисто ијатрогене штете која настаје када старатељи дају лажне информације лекарима, који затим настављају да непотребно спроводе дијагностичка испитивања и/или лече децу, до тешког физичког злостављања детета од особе која се о њему стара, а која дете вишеструко излаже медицинским прегледима

и лечењу након намерно изазване асфиксије, тровања или на неки други начин индукованог поремећаја здравља детета. У случајевима када се фабрикују болести могуће су тешке последице по дете, укључујући и смртни исход. На психичком плану, сва деца која су изложена оваквом понашању особа које се о њима брину вероватно ће претрпети значајне последице, пре свега емоционалну штету која проистиче из непотребног усвајања „улоге болесника“. У нашој пракси имали смо случај мајке која је на свом деветогодишњем сину фабриковала знакове сексуалног насиља, а своје дете је због наводног сексуалног насиља излагала непотребним лекарским прегледима и променама места боравишта и школа које је дете похађало. MSBP се у великој мери погрешно тумачио као психијатријско стање у особи која се стара о детету, а која „пати од MSBP“. Међутим, увођењем новог термина „произведена или изазвана болест“ у фокус се враћа дете које пати због злостављања. Дакле, у закључку, основни концепт је да дете нема обољење којим се могу објаснити симптоми које описује особа која се о детету стара. (Хетеро)anamнестички подаци су неспојиви са клиничком презентацијом детета и резултатима спроведених дијагностичких процедура, а целокупна презентација је збуњујућа за лекара.

### 3. АНАМНЕЗА

Неопходно је да лекар темељно и циљано прикупи битне податке. То се односи на детаљне податке о факторима који могу утицати на то да се у некој породици јаве насилни облици понашања према деци и злостављање деце. Посебан значај се придаје објашњењима која пратиоци деце (нпр. родитељи или старатељи) дају у вези са околностима под којима су настале повреде.

**Потребна је посебна обазривост, јер пратиоци детета често покушавају да прикажу како се дете случајно, односно задесно повредило.**

Уколико је дете у пратњи више одраслих особа, пожељно је да се хетероanamнестички подаци од пратилаца прикупљају одвојено, јер се већ и на тај начин може уочити недоследност у објашњењима. Када

су у питању мала деца, нпр. одојчад, објашњења о начину настанка повреда могу бити у нескладу са нивоом моторичког развоја детета. Да би се доносиле одлуке у вези са прихватљивошћу објашњења, важно је знати када је или где је настала повреда и детаље о природи узрочног догађаја; на пример, ако се као механизам повреде наводи пад, неопходно је знати висину са које је дошло до пада, шта је дете у то време радило, карактеристике површине на коју је дете према наводима пало те којим је делом тела дете ударило при паду. Све прикупљене податке потребно је детаљно забележити, најбоље у виду навода. У каснијој анализи случаја прикупљени подаци се анализирају и упоређују са констатованим повредама и другим медицинским налазима, као и са подацима који су утврђени приликом истраге на лицу места, када су доступни.

При анализи анамнестичких података треба бити обазрив, јер се некада, како би се избегла оцена да је дете било занемарено, код детета које је задобило задесну повреду измишљају околности задеса који нема обележја немара. На пример, у ситуацији када дете има прелом руке који је задобило приликом пада низ степенице, особа која је водила бригу о детету, како би избегла одговорност за непажњу, може дати објашњење да је дете пало са кревета и да се на тај начин повредило. При анализи, међутим, овакав механизам (пад са кревета) биће одбачен с обзиром на врсту утврђеног прелома. У ситуацији када дато објашњење механизма повређивања није прихватљиво, не мора се унапред подразумевати да је повреда код детета незадесна, односно да је резултат злостављања.

#### 4. ТИПИЧНИ ПОДАЦИ

У анализи случајева треба посебно обратити пажњу на чињеницу да се деца са повредама које су настале као резултат злостављања по правилу са закашњењем доводе код лекара. Затим, као што је претходно већ речно, особе које се старају о детету покушавају да подацима које пружају о околностима настанка повреда прикажу како је до повређивања дошло задесно. Знаци претходног повређивања или постојање последица давнашњих повреда, такође, треба да побуде сумњу у злостављање.

## 5. КЛИНИЧКИ ПРЕГЛЕД

Због учесталости којом се код злостављане деце јављају повреде главе неопходно је извршити детаљан клинички преглед по принципу „од главе до пете“.

**Преглед детета се нипошто не сме ограничити само на телесни регион за који се указује да је повређен.**

При прегледу главе неопходно је детаљно прегледати усну дупљу и обавити интраорални и периорални преглед у случајевима сумње на злостављање.

На основу (хетеро)анамнестичких података и налаза обављеног клиничког прегледа, при њиховој анализи треба размотрити могућност да је дошло до повреда коштаног система и/или унутрашњих органа те, у складу с тим, направити план и спровести даљу дијагностику применом имџинга и других дијагностичких техника.

**Од суштинског је значаја да се све фазе клиничког прегледа детаљно документују.**

То подразумева да се сачини прецизни (наративни) лекарски извештај, поткрепљен дијаграмима и фотографијама.

**Увек треба имати на уму диференцијалне дијагностичке могућности и њих треба брижљиво размотрити пре но што закључивање оде у правцу злостављања.**

По правилу, закључак о томе да је дете жртва злостављања не поставља се на основу појединачне повреде, већ на основу карактера и обележја свих констатованих повреда, укључујући њихов број, облик, дистрибуцију и карактеристике. У процесу закључивања обавезно је узети у обзир степен развоја детета, који може или не може учинити прихватљивим објашњења која су у погледу начина настанка повреда

изнеле особе које се о детету старају. Напоследку, у неким случајевима поуздани закључак неће бити могуће извести на основу медицинских чињеница, већ ће бити нужно да се користе и други подаци. У таквим случајевима неопходно је да се у оквиру сарадње са истражним органима размене подаци о изгледу лица места и траговима, оштећењима и траговима на одећи детета и сл., како би се употпунила слика о томе на који начин су настале повреде констатоване код детета.



# III ЕМОЦИОНАЛНО ЗЛОСТАВЉАЊЕ

Анета Лакић

## 1. УВОДНА РАЗМАТРАЊА И ДЕФИНИЦИЈЕ

Емоционално злостављање обухвата понављане поступке који наносе штету детету; то је атак одраслих на дечји развој односа према самоме себи и односа према другима. Оно угрожава дете у тренутку док се дешава, повређује га и изазива емоционалну трпњу, али га повређује и оштеђује и дугорочно, у развојном смислу. Управо потенцијал деструктивности, који се испољава не само у моменту дешавања већ има и развојни аспект, по дете, жртву или сведока насиља, али и по породицу и друштво у целини, даје и препознавању и превенцији емоционалног злостављања и занемаривања изузетан значај.

Дефиниција емоционалног злостављања Светске здравствене организације (WHO, 1999) наводи да оно обухвата „[...] неуспех у омогућавању развојно одговарајуће, подржавајуће окружења које укључује расположивости примарне фигуре за везивање у том смислу да дете може развијати, у њеном обиму, стабилне емоционалне и социјалне компетенције у складу са својим личним потенцијалима, а у контексту груписа у коме одраста. Овде су укључени постојинци који нарушавају или имају висок потенцијал да наруше дечје физичко здравље, физички, ментални, духовни, морални или социјални развој. Ови постојинци би морали бити у вези са контролом родитеља или особа које су у односу одговорности, поверења или моћи [...]”.

Емоционално насиље, које се наводи у чл. 19 Конвенције о правима детета као „ментално насиље”, описује се као „психолошко малтретирање, ментално злостављање, вербално злостављање и емоционално злостављање или зајостављање и оно може обухватити све постојинке којима се врши омаловажавање, оцрњивање, окривљавање без раз-



*лоја, којима се њреџи, засџрашује, оџраничава креџање деџеџа, врџи дискриминација, исмејава или уџражњавају друџи облици нефизичкоџ неџпријаџељсџива, или одбацујуће џосџуџања са деџеџом”.*

Занемаривање деце је у суштини питање адекватног/неадекватног родитељства. Када родитељи не препознају, не прате, не задовољавају дететове потребе (емоционалне, физичке, социјалне, развојне), може се говорити о занемаривању деце. Код емоционалног занемаривања дете не добија позитивну емоционалну подршку и стимулацију. Родитељи могу адекватно бринути о физичким потребама детета, али тако што у кући живе „поред” детета, а не „са” дететом, ретко му се обрађају, не препознају његова осећања и потребе, не бодре га и не подржавају. Када нема емоционалне стимулације, емоционалне размене која омогућава формирање добрих објектних односа и образаца сигурне привржености као протективних фактора за развој детета, родитељи не омогућавају детету да у пуном обиму развије своје биолошке капацитете за емоционални, социјални и когнитивни развој и функционирање у средини у којој одраста.

Иако најзаступљеније, у свим својим квалитативним и квантитативним варијантама, емоционално злостављање се најтеже препознаје, поготово „на први поглед”.

### **Емоционално (психолошко) злостављање је суптилно, скривено.**

Ближње можемо повредити речју, гестом или поступком, који могу да заболе исто као ударац („Језик нема речи, али кости ломи”, „Уби га прејака реч”).

Дете може бити емоционално злостављано у сваком домену функционисања (одрасли — вршњаци, породица — школа) и комуникације (директно, као сведок, у сајбер-простору).

Међународна класификација болести (МКБ10) врло експлицитно, као дијагностичку категорију, издваја: Емотивно запостављање детета Z62.4 (у Проблемима васпитања Z62) и Психолошку злоупотребу T74.3 (у Синдромима лошег поступања T74).

Емоционално злостављање које се одиграва унутар породичног система свакако је најзначајније у погледу последица по развој детета;

када се говори о емоционалном злостављању деце, најчешће се мисли управо на злостављање у оквиру породице. Емоционални развој детета обухвата развој способности детета да воли друге, да ствара блиске односе са њима, да има добру слику о себи и да има добре односе са другима у свакодневном животу.

Код емоционалног злостављања, као и код емоционалног занемаривања, базични поремећај је дисфункционалност — *малфункционалност* породичног система (управо зато јасне границе између емоционалног занемаривања и емоционалног злостављања није лако одредити).

Та дисфункционалност породичног система се очитује као дисфункционалност (малфункционалност) родитељског система. Основне родитељске улоге у оквиру породичног система су нега и контрола (види Схему 1).



## 2. ОБЛИЦИ НЕАДЕКВАТНОГ РОДИТЕЉСКОГ ПОСТУПАЊА

Пошто је основ емоционалног злостављања деце дисфункционалност родитељског система, оно је дефинисано преко 8 типова неадекватног родитељског (неговатељског) понашања:

**Одбацивање** — дете се не примећује, као да не постоји, или се стално одгурује што даље од себе, чини се све да се оно осећа безвредним, неприхваћеним, исмева се и посрамљује када исказује своја осећања и потребу за љубављу и сл.

**Деградација/обезвређивање** — дете се стално критикује, стигматизира, понижава, омаловажава, ускраћује му се достојанство, чини се све да се оно осећа инфериорним, мање вредним.

**Терорисање** — дете се вербално терорише претњама напуштања или избацивања из куће, претњама да ће бити озлеђено или да ће се уништити његове ствари или играчке, да ће се кућни љубимац бити избачен из куће, клеветањем, застрашивањем, престрављивањем; дете присуствује понављаном насиљу у породици, намећу му се нереална очекивања и кажњава се ако их не испуни.



**Изолација** — дете се изољује од нормалних социјалних искустава (не дозвољавају му се контакти у породици, ускраћује му се дружење са вршњацима, оно се дуже време држи у ограниченем простору без социјалних контаката), дете се кажњава ако се упушта у стицање искустава уобичајених за узраст, усађује му се страх од особа изван породице и чини се све да се оно осећа несигурним и усамљеним у свету.

**„Кварење“** — дете се „квари“ навођењем на различите форме анти-социјалног (и социјално неприхватљивог) и деструктивног понашања, што га чини неспособним за нормална социјална искуства (интересе и потребе), дете се похваљује и награђује за насилно понашање према другој деци или насилничко понашање у спортским активностима, дете се подстиче на расизам и етничку нетолеранцију, на крађу, лагање, продају дроге, поучава се проституцији и наговара на њу и др.

**Експлоатација** — дете постоји да се искористи, дете се користи да задовољи потребе својих неговатеља, за рад или друге активности, дете се приморава на просјачење, проституцију, продају наркотика, порнографију, од детета се тражи да обавља кућне послове или послове у домаћинству за које није развојно дорасло.

**Ускраћивање есенцијалне стимулације, емоционалне размене или расположивости** — изостанак емоционалне топлине у односу са дететом, ускраћивање љубави и сензитивне неге, изостанак одзивности родитеља, емоционална недоступност родитеља, детету се не пружа подршка, не охрабрују се у активностима, родитељ ћутањем прати дечје реакције и активности или коментарише само негативно, говорећи општено, дете се игнорише и занемарује.

**Непоуздано и неконзистентно родитељство** — постоје контрадикторни и амбивалентни захтеви од детета, родитељска подршка или нега су непоуздани и нестални, детету се ускраћује осећај породичне стабилности и онемогућава развој базичног поверења, чести су изливи беса према детету, смењују се са периодима топлине.

### 3. ПРЕПОЗНАВАЊЕ ЕМОЦИОНАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА

Два елемента су битна за препознавање и дијагностиковање присуства емоционалног злостављања деце у породици. То су:

**а)** специфични квалитет образаца родитељског понашања према детету (дисфункционални обрасци родитељског понашања),

**б)** временска одредница (репетитивност, односно присуство оваквог родитељског понашања у дужем периоду).

### 3.1. Показатељи емоционалног (психолошког) злостављања

#### 3.1.1. Физички показатељи емоционалног злостављања

- ▶ заостајање у развоју,
- ▶ неоргански застој раста,
- ▶ енуреза/енкопреза,
- ▶ поремећаји навика (лупање главом, уједање),
- ▶ поремећаји спавања и главобоље.

#### 3.1.2. Бихевиорални показатељи емоционалног злостављања

- ▶ неубичајене емоционалне реакције, као што су фобије, хипохондрија, опсесивност,
- ▶ екстремни у понашању (драматично, преинтензивно или бизарно понашање),
- ▶ анксиозност (страх од физичког контакта) или хиперактивност,
- ▶ непримерено „стармало“ или инфантилно понашање,
- ▶ изненадне промене у школском успеху или изгледу детета,
- ▶ депресија, покушаји самоубиства,
- ▶ изјава детета или сведока злостављања детета,
- ▶ напуштање детета.



**Емоционално злостављана деца нису увек деца која су и физички злостављана.**

**Физички злостављана деца су обично и емоционално злостављана.**



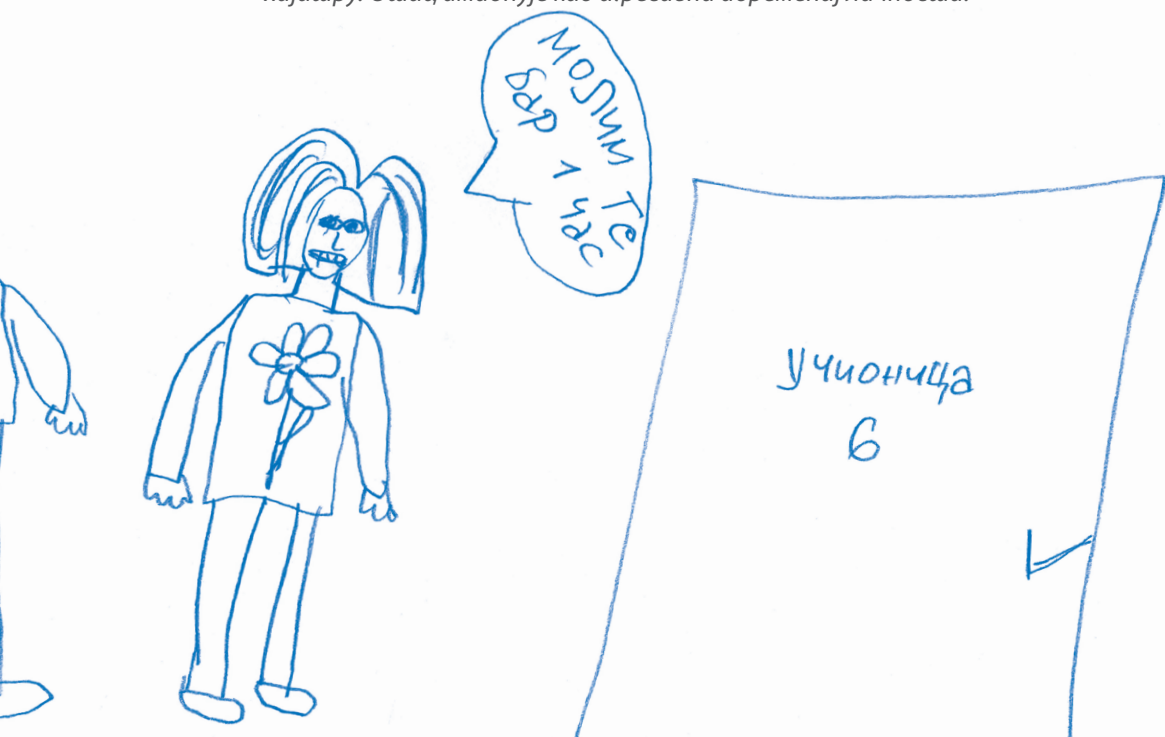
## 4. ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

### **М. М., 7 година, ујисана у први разред основне школе**

Родишљељи је доводе на прелед јер се до сада два пушта после плача заценила и изиубила свесит. Томе је прешходила свађа родишљеља. М. је веома агресивна, посебно према мајци, иако је за њу највише везана. Дан раније је шамарала мајку, јер јој је она „убила намерно“ омиљену играчку — куцу — иако што је села на њу ја је М. морала да је „сахрањује“.

Односи међу родишљељима су високо конфликтни, они су у социјалном међусобном сукобу, али и у сукобу са очевом породицом и са суседима. Поднели су 9 кривичних јужби и 3 јарнице. Отац наводи да мајка води М. на сва суђења и „увлачи је у приче“.

Породица нема пријатеља и живи изоловано. Отац једини ради у породици, а мајка је добила отказ, мада она наводи да је сама дала отказ да би се посветила М. и заштитила је од околине која јој жели зло. Не дозвољава да М. иде у школу и тражи од лекара да јој одложе школовање за једину дана да би је „заштитила да је не нађају“. М. није похађала ни предшколску усјанову, нема дружарица. Мајка је веома сумњичава, вербално хосилна. Наводи да јој социјално улазе у кућу неки незнајни људи док она није ту и сијају по целој кући метил-алкохол. Зайочеш је рад на ујућивању мајке надлежном психијатру. Отац имонује као агресивни поремећај личности.



Несумњиво је да родитељи емоционално злостављају М.:

- ▶ терорисање — деструктивност према играчки детета, понављано присуство вербалним конфликтима између родитеља, увлачење у партнерски конфликт родитеља,
- ▶ изолација од развојно припадајућих искустава,
- ▶ излагање детета развојно неприкладним искуствима,
- ▶ непоуздано и неконзистентно родитељство.

„Кризe свести“ због којих су се обратили лекару очигледно су биле микрија правих проблема.

Емоционално занемаривање/злостављање деце често је присутно у току судског поступка доделе деце на даљу бригу и старање у процесу развода брака, а „пролази“ покрај бројних стручњака готово непримењено. Ово се не односи толико на ситуације развода брака где је у породици већ постојало насиље и у којима су стручњаци ипак сензибилисанији, већ на тзв. „нормалне“ разводе, где у неком тренутку у први план избије „битка за старатељство“. У овим ситуацијама *емоционално злостављање* представља злоупотребу деце за задовољење потреба родитеља (манипулација децом у функцији решавања брачног сукоба), што доводи до продужене емоционалне трпње детета које је неми сведок емоционалног злостављања.

Током процеса развода, емоционално занемаривање детета од стране родитеља је вишеструко. С једне стране, дете се „не види“ и третира се као „ствар“ коју треба поделити, с друге стране, постоји занемаривање дететових потреба (преокупираност сопственим бригаама и забрављање да треба водити бригу о детету — школа, обавезе, осећања детета). Услед тоталног „урањања“ у сукоб, родитељски капацитети за дете и антиципацију живота после развода (логистички проблеми, географске промене, измена социоекономског статуса итд.) у приличној мери су снижени.

## 5. ПОСЛЕДИЦЕ ЕМОЦИОНАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА

### 5.1. Ране последице

Свако негативно искуство у детињству, свака врста злостављања, у зависности од тежине, дужине трајања, узраста детета и околности под



којима се одвијају (породична и социјална подршка, спољни стресори), изазивају емоционалну патњу, трпњу детета. Емоционална трпња је својеврстан „неми сведок“ емоционалног злостављања.

Не постоје строго диференцирани специфични знаци психичке/емоционалне патње за поједине врсте злостављања, али је емоционална трпња увек присутна. Физичко и сексуално злостављање у детињству остављају ране на души, а понекад и трајне ожиљке. Ударац каишем изазива телесни бол, али повређује и душу и доводи до тога да дете пати.

Ово су показатељи (спољне манифестације) емоционалне трпње:

- ▶ „залеђени опрез“,
- ▶ уплашеност од додира,
- ▶ повлачење и избегавање контаката,
- ▶ страхови и страховања,
- ▶ жалбе на телесне сметње,
- ▶ неспособност концентрације,
- ▶ проблеми у контроли понашања са агресивношћу,
- ▶ лоши контакти са вршњацима,
- ▶ делинквентно понашање,
- ▶ промискуитетно понашање,
- ▶ слаб успех у школи.

## 5.2. Касне последице

Емоционално злостављање повређује и оштећује дете у развојном смислу (продукује маладаптивна одступања у интраперсоналним и интерперсоналним карактеристикама, успорава и ремети развој и функционисање и води ка изолацији и агресији).

Суштински поремећаји јављају су у областима

- ▶ везивања,
- ▶ социјалних компетенција,
- ▶ понашања,
- ▶ когнитивних способности и решавања проблема,
- ▶ академских постигнућа.



## Показатељи позних последица емоционалног злостављања

На психолошком плану:

- ▶ осећање кривице,
- ▶ ниско самопоштовање,
- ▶ емоционална нестабилност,
- ▶ снижење емоционалних капацитета,
- ▶ неспособност за развој самосталности,
- ▶ неспособност да се има поверења у људе.

На плану понашања:

- ▶ некомпетентност и/или нижа постигнућа,
- ▶ крађе,
- ▶ депресија,
- ▶ аутистично понашање,
- ▶ злоупотреба супстанци,
- ▶ проституција,
- ▶ осамљивање (које понекад води ка суициду),
- ▶ агресија (која понекад води ка хомициду),
- ▶ тенденција да се други злостављају.



## 6. ПРОЦЕНА РИЗИКА

Фактори ризика за емоционално занемаривање/злостављање наводе се у Схеми 2.

ПОВЕЋАН РИЗИК ОД ЗЛОСТАВЉАЊА		
„СПЕЦИЈАЛНА“ ДЕЦА	ФАКТОРИ РИЗИКА КОД РОДИТЕЉА	ПОРОДИЧНА СИТУАЦИЈА (ФАКТОРИ ОКОЛИНЕ)
<ul style="list-style-type: none"><li>▶ мала телесна тежина на рођењу</li><li>▶ неонатална сепарација</li><li>▶ тежак порођај</li><li>▶ хендикепирана деца</li><li>▶ усвојена деца (природно или из друге везе)</li><li>▶ нежељена деца</li><li>▶ „тешка“ деца</li><li>▶ мала деца (млађа од 3 године)</li><li>▶ ружна деца или слична једном од родитеља</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ лабилна и незрела личност (алкохол, дрога)</li><li>▶ афективно лишавање у току детињства</li><li>▶ изолација</li><li>▶ проблеми у односима</li><li>▶ низак праг толеранције на фрустрације</li><li>▶ замена улога</li><li>▶ млади родитељи</li><li>▶ дом са једним родитељом</li><li>▶ усвајање</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ хронични стрес</li><li>▶ кршење закона (контакт са законом)</li><li>▶ финансијски проблеми</li><li>▶ 3 или више деце у кратком временском периоду</li><li>▶ хронична болест</li><li>▶ навика злостављања</li><li>▶ честе сеобе</li><li>▶ нижа социоекономска класа</li><li>▶ разведени родитељи</li><li>▶ самохране мајке</li></ul>

СИГНАЛИ

ЗАНЕМАРИВАЊЕ  
ЗЛОСТАВЉАЊЕ

+ криза заоштрена  
(обична или озбиљна)

## 6.1. Дијагностичка процена

Управо због његове суптилне природе, емоционално злостављање је тешко дијагностиковати као самосталну врсту злостављања.

Ово су битни елементи у процесу квалификације порекла присутних знакова (физичких, бихевиоралних) код детета као показатеља злостављања:

- ▶ Опрезна интерпретација знакова и симптома.

Шта личи на емоционално злостављање, а није? Препоручује се да се одговори на два питања, најпре на прво наглас — „Шта је узрок ових симптома/знакова?“, а затим на друго у себи — „Ови симптоми/значи нису компатибилни са испричаном причом и дејим развојем?“ За интерпретацију је неопходно знање о нормативном развоју деце.

- ▶ Знак/симптом треба ставити у контекст.

Испитујемо да ли је промена понашања изненадна; узимамо податке о променама у породици (болест, конфликти, насиље).



## 7. ПРИНЦИПИ РАДА У СЛУЧАЈЕВИМА ЕМОЦИОНАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА

У раду на случајевима емоционалног злостављања треба усвојити два принципа:

- ▶ принцип „два пута мери, једном сеци“ — не реаговати импулсивно (услед потребе да се дете заштити),
- ▶ принцип консултација, тј. тимског рада — са колегама из свог система и из других система.

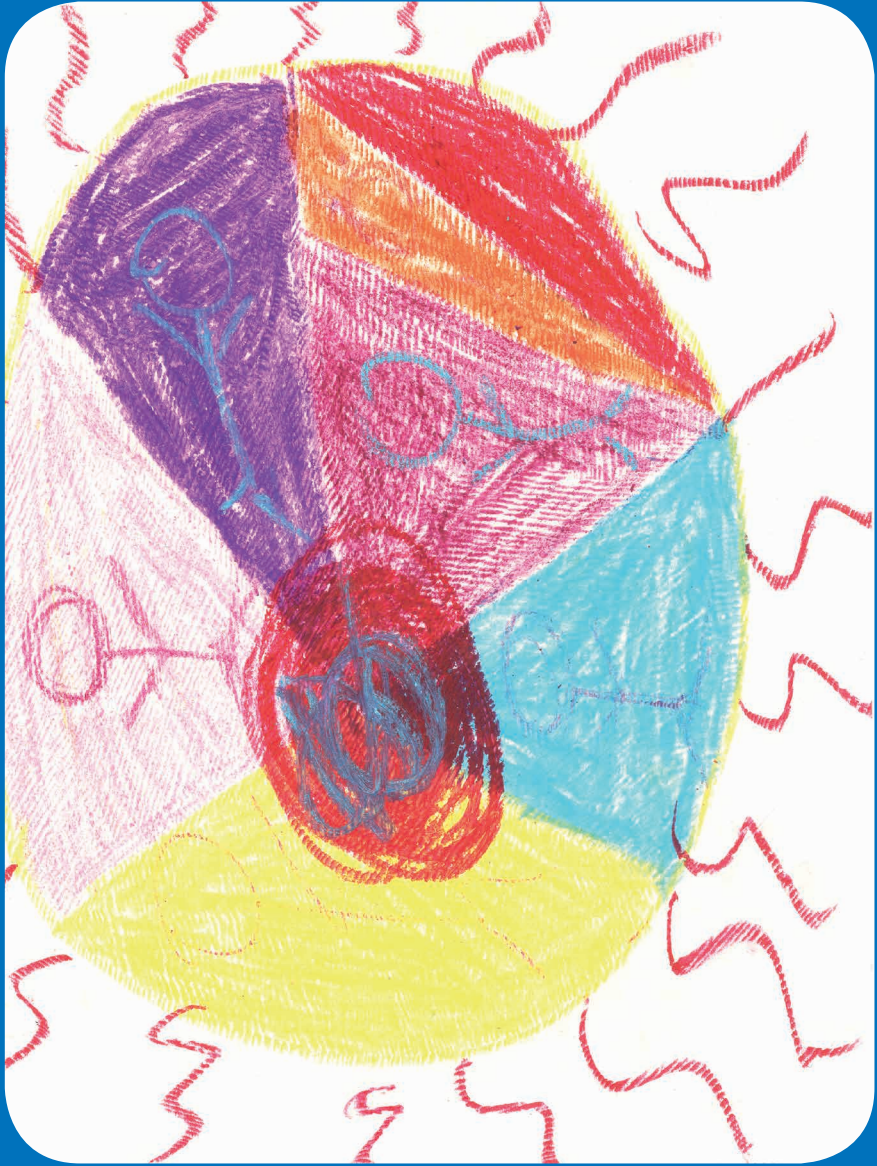
### 7.1. Интервенције

Ургентне:

- ▶ интервенције код (преко, уз помоћ) центра за социјални рад, полиције, породице.

Одложене („на дуге стазе“):

- ▶ праћење фактора ризика у породицама под ризиком (повремени састанци, у одређеним временским интервалима, на којима се испитује шта се дешава у породици, како живе чланови породице и сл.);
- ▶ континуирано праћење здравственог стања деце (колико су често болесна, од чега су болесна, колико се често повређују, у којим ситуацијама), праћење и процена заинтересованости родитеља за здравље деце и уопште за децу, као и њиховог ангажмана око деце);
- ▶ саветовање родитеља, групно или индивидуално (са једном породицом);
- ▶ рад психолога са породицом у кризи (подршка, саветодавни рад у вези с организацијом свакодневног живота и решавањем текућих проблема);
- ▶ индивидуални рад са дететом под ризиком.





# IV МАНИПУЛАЦИЈА ДЕЦОМ ТОКОМ РАЗВОДА

Теодора Минчић

## 1. УВОДНА РАЗМАТРАЊА

Дужност је родитеља да деци обезбеде сигурно окружење испуњено позитивним емоционалним разменама, поготово онда када су сами погођени разводом, јер је развод родитеља високо стресан и за дете. Деца разведених родитеља имају исте емотивне потребе као и деца из комплетних породица, а то су потребе за осећајем сигурности, стабилности, пажње и подршке.

Студије показују да око 40 процената деце у свету доживи растанак својих родитеља. Развод се сматра једним од стреснијих догађаја у животу. Деца могу реаговати узнемиреношћу, анксиозношћу, љутоњом, неверицом. Већина њих се временом адаптира на нову ситуацију, осим у случајевима када се родитељски сукоб настави и после развода брака.

Када се брак разведе, родитељи више нису партнери, али остају родитељи и морају да сарађују због добробити свог детета. Предуслов за родитељску сарадњу јесте да се оставе по страни различитости и неслагања и да се конфликти превазиђу на конструктиван и зрео начин. Нажалост и на штету детета, неки парови једноставно за то нису способни. Они се немилосрдно боре око старатељства, алиментације, избора школе, ваншколских активности, летовања, здравствених потреба детета, а неретко изнова покрећу исцрпљујуће судске спорове.

Родитељи би требало да буду у стању да прораде своје конфликте и различитости на конструктиван и зрео начин. Када нису у стању да то

ураде, они подривају осећање базичне сигурности и унутрашњег спокоја које деца имају као резултат уверености да ће се родитељи добро бринути о њима.

## 2. ВИСОКОКОНФЛИКТНИ РАЗВОДИ

Када су родитељи агресивни једно према другом, развод се претвара у висококонфликтан, а такав развод ствара дуготрајан стрес за све чланове породице. Истраживања показују да је око једне трећине свих развода означено као висококонфликтно (McIntosh, 2003).

Деца чији родитељи не успевају да дају пример адекватне комуникације и да организују безбедну и стабилну кућну атмосферу без злостављања и драме могу да доживе трауму која ће деловати и у одраслом добу.

Ahrons (2004) разврстава односе између родитеља након развода у четири типа: **родитеље другаре**, који се углавном добро слажу, **родитеље сараднике**, који су научили да превазилазе своје различитости ради добробити детета, **родитеље љуте сараднике**, који и даље имају бројне конфликте, и **родитеље ватрене непријатеље**, који се мрзе. Последња два набројана типа су склона висококонфликтним разводима. У неким породицама један родитељ се труди да буде кооперативан због деце, док други подрива сваки покушај сарадње.

Johnston (1994) наводи да конфликт везан за развод има три димензије:

- 1. димензију домена** — односи на неслагање о неким питањима у вези са разводом, као што су подела имовине, алиментација, старатељство, приступ деци,
- 2. димензију тактике** — односи се на то како пар који се разводи покушава да реши неслагања и проблеме, на пример избегавајући једно друго, разговором, вербалном агесијом или физичком агесијом,
- 3. димензију става** — односи се на степен негативних емоција или хостилности која је усмерена ка другом и која се изражава отворено или прикривено.

Различити су разлози због којих родитељи не успевају да се понашају у складу са најбољим интересом детета током процеса развода и након њега. Они најчешће имају тешкоћа да обраде своја осећања везана за стрес који доносе развод и захтеви сарадње у оквиру родитељства.

Ова осећања настају због доживљаја одбачености и напуштености од стране бившег партнера, презира и непоштовања према новом партнеру свог бившег супружника или једноставно због љубоморе када дете видно показује већу наклоност према другом родитељу.

### 3. КАКО ДЕЦА РЕАГУЈУ

Када говоримо о висококонфликтном разводу, готово да га можемо упоредити са ратом у коме су невине колатералне жртве управо деца. Она су принуђена да пронађу начин како да се снађу у ситуацији у којој њима најближе особе презиру једна другу, свађају се, вређају се или чак потпуно одбијају међусобни контакт. Непријатељство између родитеља често се не смањује временом, већ се интензивира, а деца се суочавају са гомилом речи, догађаја и мисли које делују збуњујуће и застрашујуће. Деца воле оба своја родитеља, желела би да их задовоље, али су суочена са искуством да је то немогуће. Принуђена су да се сналазе тако што ће сваком од родитеља говорити оно што он жели да чује, чак и кад осећају и мисле другачије. У таквој ситуацији деца закључе да је конфликте најбоље избегавати, а ако су присиљена да бирају страну, показују знаке трпње. Такође, деца стичу способност да изговарају лажи како би избегла невољу. Гледајући родитеље чију комуникацију обележава агресивност, односно родитеље који уопште не комуницирају, деца по моделу уче комуникационе обрасце због којих касније могу имати проблема у својим односима са другима, јер нису научила да истинске односе са блиским људима обележавају међусобно уважавање, сарадња, дељење, спремност на компромисе.

Нека деца скрећу пажњу на себе постајући пркосна, престају да уче, беже из школе, повлаче се из дотадашњих активности или чак почињу да конзумирају психоактивне супстанце, јер је то њихов начин да искажу своју трпњу и потребу да неко чује како се осећају и колико им је тешко, а она заправо не знају како другачије то да остваре.

Друга деца, насупрот томе, у покушају да задрже контролу над својим животом и љубав родитеља опсесивно се труде да буду савршена у свему. Она изгледају као да су врло зрела, а у суштини су емоционално и социјално незрела. Та деца улажу много напора да науче како да задовоље друге, не научивши како да испуне своје аутентичне потребе. Тако одраслима изгледа као да је све у реду, али дубоко у себи ова деца су повређена и трпе.



Има и деце која улазе у коалицију са једним родитељем који негује слику о другом родитељу као неодговорном или лошем. Дете се боји да ће изгубити љубав овог првог, с којим обично живи, ако покаже икакав знак наклоности према другом родитељу. Стога је код ове деце понекад јако тешко схватити шта заиста осећају и мисле. Добијајући због своје лојалности знаке љубави, одобравања и разне повластице од родитеља, ова деца брзо науче и да манипулишу родитељима како би добила оно што желе.

#### 4. КАРАКТЕРИСТИКЕ ПОРОДИЦЕ

Родитељи се, са своје стране, услед скучених механизма суочавања са ситуацијом, исцрпљености, сопствених психолошких проблема као што су поремећаји личности, злоупотреба супстанци и сл., могу понашати све непримереније. Неки родитељи, на пример, користе дете да би добили емоционалну подршку, или за преношење информација другом родитељу, или као „шпијуна“ који преноси догађаје из живота другог родитеља. Понекад чак отворено унижавају другог родитеља пред дететом, или траже да дете изабере страну, или подмићују дете. Поступајући тако, ови родитељи не воде рачуна или чак уопште не разумеју колико тиме лоше утичу на дете у домену развоја личности, формирања слике о себи и самопоштовања.

Mathis (1998) наводи да оне породице које не успевају да направе договоре и сарадњу у родитељској улози после развода карактерише то што један или оба родитеља нису у стању да се диференцирају од другог па и даље размишљају у категорији „ми“ уместо „ти“ и „ја“ и што не могу да прихвате крај брака него желе да остану у активном контакту.

Madden–Derdich, Leonard and Christopher (1999) сматрају да је главни узрок конфликта након развода немогућност да се направе границе у вези које јасно одређују да је бивши партнер сада само сарадник у родитељству, а не више и супружник.

#### 5. ПРЕПОЗНАВАЊЕ ВИСОКОКОНФЛИКТНИХ РАЗВОДА

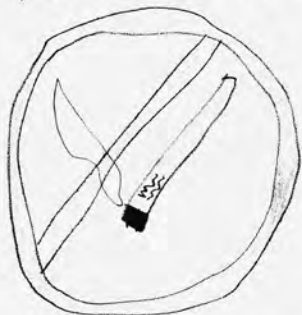
Компликовано је класификовати конфликте на „нормалне“ и патолошке, јер нема одређене преломне тачке где се завршава умерен конфликт, који се може очекивати код сваког развода, па се онда тешко

може одредити и који би се то конфликт означио као висококонфликтан. На пример, већи интензитет конфликта код развода се очекује и релативно је уобичајен од почетка процеса развода до доношења пресуде. С друге стране, конфликти који се настављају након тога су тврдокорни и указују да је породица већ раније била дисфункционална.

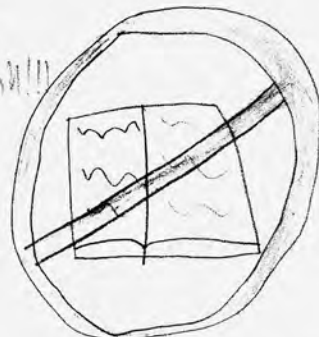
Основни проблем са употребом термина „висококонфликтни“ јесте то што он подразумева прецизно мерење различитих нивоа конфликта, а конфликт приликом развода заправо пре треба посматрати као континуум који обухвата специфичне догађаје и понашања у породици током процеса развода.

Једна од најчешће коришћених типологија конфликта јесте *скала за процену конфликта* (Conflict Assessment Scale; Garrity and Baris, 1994). Она разликује пет нивоа конфликта, од минималног до најтежег.

НЕ ПУШИ МАМА.



САМА  
РАДИ  
ДОМАЋИ!!!



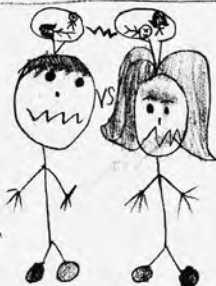
ТАТА



ОДНОС ИЗМЕЂУ  
ТАТЕ



ОДНОС  
ИЗМЕЂУ  
МАМЕ  
И ТАТЕ!!!!



ИНТЕНЗИТЕТ КОНФЛИКТА	КАРАКТЕРИСТИКЕ
<b>МИНИМАЛНИ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ кооперативно родитељство</li> <li>▶ способност да се одвоје потребе детета од својих</li> <li>▶ могућност да се прихвати важност другог родитеља</li> <li>▶ могућност да се потврди компетентност другог родитеља</li> <li>▶ конфликт између одраслих са изражавањем љутње се дешава само повремено</li> <li>▶ негативне емоције се брзо стављају под контролу</li> </ul>
<b>БЛАГИ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ повремено грде другог родитеља пред дететом</li> <li>▶ повремено се вербално свађају пред дететом</li> <li>▶ испитују дете о детаљима из живота другог родитеља</li> <li>▶ повремено покушавају да са дететом направе коалицију против другог родитеља</li> </ul>
<b>УМЕРЕНИ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ вербално злостављање без претњи или историје физичког насиља</li> <li>▶ гласно свађање</li> <li>▶ клеветање другог родитеља</li> <li>▶ претње да ће ограничити приступ другом родитељу</li> <li>▶ претње судским спором</li> <li>▶ понављани покушаји да се створи коалиција са дететом против другог родитеља око појединачних тема</li> </ul>
<b>УМЕРЕНО ТЕЖАК</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ дете није директно физички угрожено, али родитељи угрожавају једно друго</li> <li>▶ претња насиљем</li> <li>▶ лупање вратима, бацање ствари</li> <li>▶ вербалне претње повредом или киднаповањем („никад више нећеш видети дете“)</li> <li>▶ понављани судски спорови</li> <li>▶ покушаји да се направи трајна коалиција са дететом против другог родитеља (синдром отуђења)</li> <li>▶ дете доживљава емоционалну угроженост</li> </ul>
<b>ТЕЖАК</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ угроженост услед физичког или сексуалног злостављања</li> <li>▶ тешка злоупотреба алкохола или дрога</li> <li>▶ озбиљна психијатријска патологија</li> </ul>

Stewart (2001) сматра да је уместо скале са више нивоа конфликта корисније у пракси употребљавати разликовање ниског и високог степена конфликта. Тако, разводе са конфликтом **високог степена** обележавају:

- ▶ укључивање служби за заштиту деце,
- ▶ честе промене адвоката,
- ▶ случај више пута долази на суд,
- ▶ изречене забране приступа,
- ▶ историја тешкоћа менталног здравља, укључујући депресију, бесповлачење и некомуникативност,
- ▶ историја насилног и злостављајућег понашања,
- ▶ склоност да се омаловажава и клевете други родитељ,
- ▶ немогућност да се одвоје сопствене потребе од дететових потреба,
- ▶ ригидно, нефлексибилно разумевање партнерских веза и развоја детета,
- ▶ висок ниво неповерења,
- ▶ већа склоност ка симбиози, измешаности него аутономији,
- ▶ слабе границе,
- ▶ висок ниво конкуренције у браку и током развода,
- ▶ висок степен вербалне и физичке агресије између партнера,
- ▶ тенденција да се деца укључе у расправе,
- ▶ образац отуђивања детета од другог родитеља.

Ово су карактеристике развода са конфликтом **нижег степена**:

- ▶ свакодневне расправе око уобичајених ствари,
- ▶ коришћење подршке породице и пријатеља да би се конфликт ублажио,
- ▶ адвокати се ангажују тек као последње средство,
- ▶ мали број одлазака на суд,
- ▶ непостојање криминалног досијеа,
- ▶ непостојање историје насиља,
- ▶ способност да се раздвоје сопствене потребе од дечијих,
- ▶ способност да се потврди важност другог родитеља,
- ▶ конфликти се ретко завршавају изражавањем беса,

- ▶ негативне емоције се брзо стављају под контролу,
- ▶ способност да се у бесу не изговоре ружне ствари,
- ▶ образац заштите деце од епизода беса,
- ▶ оба родитеља показују толеранцију на разлике,
- ▶ способност да претежно сарађују када су у питању деца.

## 6. ПОСЛЕДИЦЕ

Конфликт родитеља је увек штетан за децу када је чест, када је интензиван и препун хостилности, када укључује појачан тон гласа и вербалне увреде, када дође до физичке агресије, када се родитељи повуку и не говоре, када је присутна претња да ће се породица распасти, а поготово када се као тема свађа појављују деца.

Сукоби у браку, током развода и након развода не утичу само на неки поједини сегмент развоја, већ могу деловати на целокупан психосоцијални развој детета. Најчешће се јављају проблеми у домену привржености, регулације осећања, развоја веровања о себи и другима, успостављања вршњачких односа и функционисања у школи. Конфликти током развода могу довести до поремећаја у развоју привржености и стварању емоционалне несигурности код детета.

Конфликти који се настављају и након развода посебно тешко падају деци. Истраживања су показала какве се реакције могу очекивати код деце различитог узраста. Тако мала деца могу да постану иритабилна, „лепљива“, да одбијају раздвајање од родитеља, док код школске деце расте вероватноћа од појаве конфликта лојалности. Од почетка раног адолесцентског доба расте вероватноћа да ће деца улазити у коалицију са једним од родитеља. Деца из висококонфликтних развода склонија су агресивном и антисоцијалном понашању.

Све у свему, студије показују да је конфликт родитеља највећи извор штете за децу, без обзира на то да ли живе у комплетној породици или су родитељи разведени. Деца разведених родитеља који су имали висок интензитет конфликта имају више проблема у понашању од деце из разведених бракова где су конфликти били блажи.

Johnston and Campbell (1988) наводе **4 стила понашања** која се **код деце** јављају као **резултат изложености сукобима између родитеља:**

- ▶ управљачки стил — деца му прибегавају како би могла да манипулишу другима; она касније тешко постају привржена другима;
- ▶ уравнотежујући стил — подразумева развијене преговарачке вештине; деца заузимају преговарачку позицију између родитеља и мада изгледају добро, код њих се развија анксиозност;
- ▶ стапајући или сједињујући стил — најмање функционалан; то су тужна деца, најчешће узраста између 6 и 8 година током развода родитеља, осетљива су на потребе других; немају контакт са својим осећањима већ рефлектују осећања других особа око себе; са сукобом су се суочавала тако што су заузимала једну од страна у сукобу;
- ▶ дифузни стил — најчешће присутан код деце која су емоционално највише погођена родитељским сукобом, а немају развијене одбрамбене механизме; најмање је организован и таква деца теже функционишу у свакодневним активностима.

Када родитељски сукоб достигне толике размере да се деца нађу у средишту сукоба и постану предмет манипулације родитеља и када један родитељ критикује и оцрњује другог на начин који је штетан за дете, то може довести до престанка односа са другим родитељем.

## 7. СИНДРОМ ОТУЂЕЊА ОД РОДИТЕЉА

Манипулација децом у току развода брака дефинише се као низ понашања и вербалних или невербалних порука родитеља који детету шаљу негативну слику о другом родитељу у циљу искључења тог другог из живота детета и отуђења детета од њега, иако за то не постоји разлог који проистиче из односа детета и родитеља.

Ричард Гарднер је 1985. године увео појам **синдром отуђења од родитеља**, којим се означавају свесна или несвесна понашања једног родитеља на начин који неповољно утиче на везу детета са другим родитељем, све до коначног резултата у виду потпуног отуђења детета од тог родитеља. Касније ће нагласити да се о овом синдрому може говорити **само уколико не постоје неки реални разлози** због којих дете одбија другог родитеља, нпр. присуство злостављања или занемаривања.

Следећи **поступци родитеља** (и других чланова породице) могу нарушавати однос детета са родитељем с којим не живи (Warshak, 2008):

▶ ружни коментари о другом родитељу
▶ обезвређивање и вређање другог родитеља
▶ лажне оптужбе за злостављање од стране другог родитеља
▶ поларизација (један родитељ савршен, други потпуно лош)
▶ ометање или забрана сусрета с члановима породице другог родитеља
▶ преувеличавање и наглашавање пропуста другог родитеља
▶ изостанак позитивних коментара, прича и успомена о другом родитељу
▶ подстицање на искоришћавање другог родитеља
▶ претерано угађање детету како би се придобила његова наклоност
▶ организовање одлазака у биоскоп, позориште и слично, баш у време сусрета с другим родитељем
▶ претерано контролисање и задирање у време које дете проводи с другим родитељем
▶ тужан израз лица и/или вербализовање туге када дете одлази на сусрет и дружење с другим родитељем

Важно је разликовати неколико врста отуђења:

- ▶ право отуђење — резултат намерног труда једног родитеља да дете одбаци другог; може бити свесно или несвесно;
- ▶ оправдано одбацивање — изложеност злостављању, занемаривању, окрутност, болести зависности родитеља;
- ▶ хибридно отуђивање — оба родитеља доприносе дететовом стању стварајући психолошке околности које дете не може да издржи.

Bone and Walsh (1999) наводе четири **основна критеријума** која се могу користити у идентификовању синдрома родитељског отуђења детета:

1. ометање приступа и контакта,
2. неосноване оптужбе за злостављање,
3. нарушеност односа у периоду од сепарације родитеља,
4. интензивне реакције страха код деце.

Важно је разликовати:

#### **КОНФЛИКТ ЛОЈАЛНОСТИ**

Дете покушава да задржи однос са оба родитеља и позитивна осећања према њима иако су они у непријатељском односу.

#### **ОТУЂЕЊЕ ОД РОДИТЕЉА**

Дете се ослобађа неподношљивог стања у које га доводи конфликт лојалности тако што се потпуно окреће једном родитељу и прекида однос са другим.

### **7.1. Препоруке за здравствене раднике/сараднике**

Иако се појам отуђења појављује под другим називима у британској правној литератури још од почетка 19. века, а у стручној литератури од 1940. године, око постојања синдрома отуђености од родитеља и данас се воде полемике међу стручњацима, па га неки и не признају, док га различити стручњаци схватају на различите начине. Међутим, евидентно је да се у ординацијама лекара све чешће појављују деца која показују знаке отуђености од једног родитеља.

Већ током кратког разговора са дететом о члановима породице могу се добити подаци да дете исказује нетрпељивост према једном родитељу, чак и мржњу. Тако се од деце може чути, на пример, „Немам мајку“, иако је има, или чак снажно противљење томе да лекар мајку назове „мајка“, забрањивање да се и помене један родитељ, тврдња да има новог оца, јер је стари лош, тражење да се промени презиме како дете не би носило очево итд.

Током мучног процеса развода дете може доћи до тачке када више не може да балансира између родитеља и прибегава механизму преживљавања који се састоји у томе да се потпуно повлачи из односа са једним од њих.

О синдрому отуђености од родитеља треба размишљати када се код детета појаве неки од следећих показатеља (Gardner):

- ▶ кампања оцрњивања једног родитеља,
- ▶ апсурдни разлози и рационализације за одбацивање родитеља,
- ▶ недостатак амбиваленције према родитељу који отуђује,
- ▶ недостатак осећања кривице или стида,



- ▶ феномен „независног мислиоца“ (дете истиче да је само дошло до закључака, негира утицај другог родитеља на његово мишљење и ставове),
- ▶ заузимање стране отуђујућег родитеља при родитељским сукобима,
- ▶ одбацивање и осталих чланова породице родитеља од кога се дете отуђује,
- ▶ „позајмљени сценарио“ (дете прича догађаје којима није присуствовало, преузима причу других).

### Следећи знакови код детета треба да изазову опрез:

- ▶ црно-бело размишљање — један родитељ савршен, други потпуно лош,
- ▶ „позајмљени“ сценарији оба родитеља — прича догађаје о којима није могло имати сазнања,
- ▶ језик непримерен узрасту,
- ▶ несклад вербалног и невербалног понашања.

Може се регистровати отуђење различитог степена.

Реакције <b>благор</b> отуђења	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ одбијање да иде код другог родитеља, што се врло брзо по доласку код њега ублажава па дете касније одбија да се врати</li> <li>▶ повремени необични „испади“ у понашању</li> <li>▶ дете говори ствари које је чуло од других</li> <li>▶ жеља да буде у контакту с оним другим родитељем</li> <li>▶ отресито и мрзовољно понашање</li> <li>▶ дете критикује родитеља, његов дом, чланове његове породице</li> </ul>
Реакције <b>умереног</b> отуђења	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ дете избегава сусрете (не појављује се, жали се на болове, има друге договоре баш у то време)</li> <li>▶ хостилно понашање, изазивачко понашање</li> <li>▶ повученост, незаинтересованост, кратки одговори (да/не/нећу)</li> <li>▶ детету треба времена да се смири, тешко доживљава преласке од једног до другог родитеља</li> </ul>

Реакције <b>озбиљног</b> отуђења	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ потпуно одбијање контакта са једним родитељем</li><li>▶ дете говори ствари које нису истините</li><li>▶ дете се понаша као да има пуно право одлучивања о контактима са родитељем</li><li>▶ психолошки splitting</li><li>▶ мржња</li><li>▶ фобично понашање</li></ul>
--	---

У литератури се наводе различите последице манипулације децом током и после развода:

- ▶ смањује се осећај сопствене ефикасности,
- ▶ повећава се стопа депресије,
- ▶ повећава се удео несигурне привржености,
- ▶ снижава се дететово самопоштовање.



Ове одлике воде томе да се угрожава способност формирања и задржавања здраве и сигурне везе у каснијем животу (Baker and Ben-Ami, 2011):

- ▶ нарушена способност детета да тестира стварност,
- ▶ оштећено интерперсонално функционисање — социјална повученост, регресивна и незрела понашања,
- ▶ веровање да су хостилна и манипулативна понашања прихватљив образац понашања у односима с другима,
- ▶ осећај губитка родитеља (Waldron and Joanis, 2006).

Отуђењем од родитеља деца постају заплашена, скучена, губе спонтаност и креативност, по моделу се уче дисфункционалним односима са другима. Одбацујући једног родитеља, деца као да одбацују и део себе, губе значајан део фамилије. Касније последице су нарушено самопоштовање, кривица, стид, анксиозност, ригидност мишљења, нетолерантност у партнерским и осталим односима у животу.

**Манипулативна понашања родитеља могу се сматрати емоционалним злостављањем деце, јер коришћене стратегије директно доводе до тога да се деца осећају**

- ▶ безвредно,
  - ▶ као да нешто с њима није у реду,
  - ▶ нежељено
  - ▶ угрожено,
  - ▶ као да вреде само ако испуњавају нечије потребе
- ...што је општеприхваћена дефиниција емоционалног злостављања.**

(Binggelli and Brassard, 2001, према Буљан Фландер, 2016).

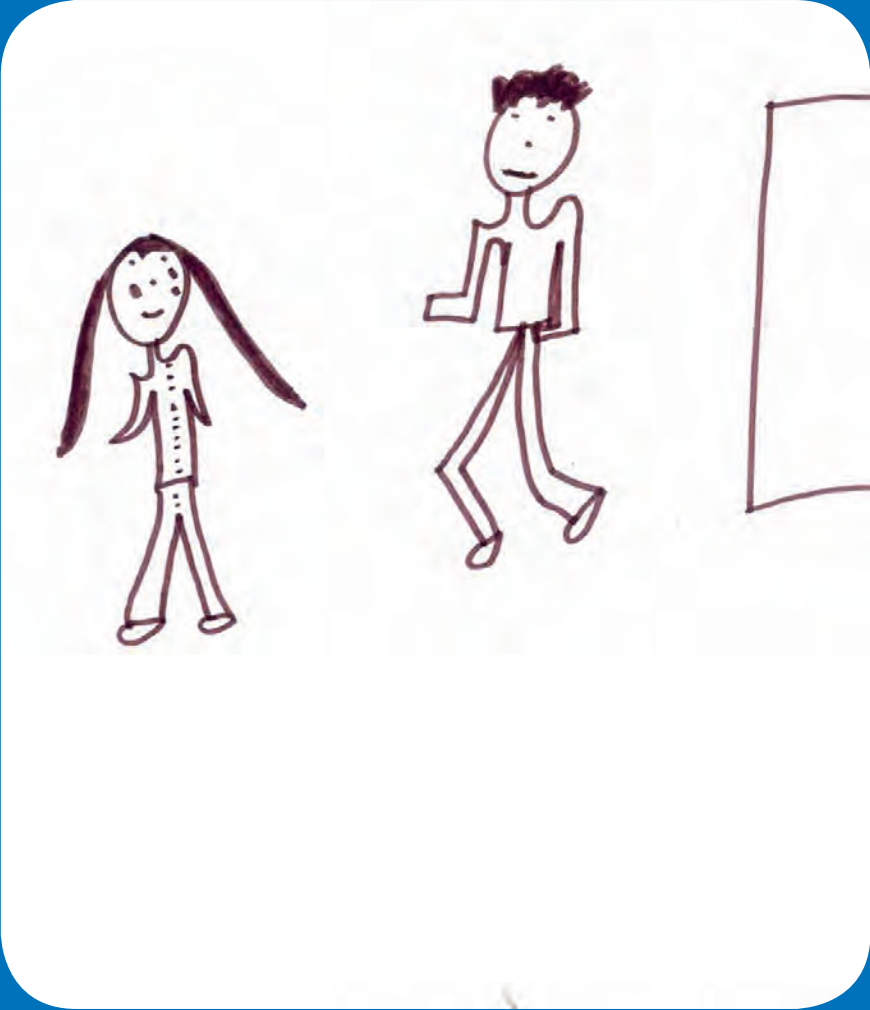
## 8. ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

*Брајн (9 година) и сесџра (7 година), родитељи у процесу развода који траје 3 године. Долазе на прејлед након што је дечак прејлио да ће скочити кроз прозор у шренуику када је према судској мери извршења заједно са сесџром одведен у сџан оца, јер мајка није давала*

*децу на виђања са оцем. Уишани за чланове породице, говоре о садашњем стању и кажу да имају и „бившег стању”. Не желе да га виде и нису се видели већ месецима. Кажу да је лош, да им је одузео кућу, да им је одузео ња и да му њо никад неће одростити (због деобе имовине кућа породица, мајка и деца се преселили у стан који је купила, мајка одлучила да у стану није место за ња ња га је поклонила). „Нови стања” је мајчин нови партнер који би њо годинама пре могао да им буде деда, кућу је веома скупо покрене, води их на путовања... Мајка им говори о разним лошим стварима које је отац радио, упућени су у дешавања на суду.*

## 9. ЗАКЉУЧАК

Деца чији се родитељи разводе увек су под ризиком. Од способности родитеља да им помогну да преброде крупне промене које раздвајање породице доноси зависи да ли ће развод оставити последице. Нажалост, многи родитељи у томе не успевају; штавише, њихово понашање доводи до озбиљних последица код деце, које могу да трају доживотно. Због тога здравствени радници/сарадници треба да обрате посебну пажњу када имају податак да дете преживљава развод родитеља и да, ако уоче знаке укључености детета у конфликт родитеља и манипулације дететом у процесу развода, упуте породицу на помоћ стручњака едукованих за терапију развода. Рана интервенција је пресудна у спречавању дугорочних последица по психосоцијални развој деце.



# V СЕКСУАЛНО ЗЛОСТАВЉАЊЕ

**Катарина Седлецки, Илијана Мажибрада,  
Маја Радојевић**

После векова ћутања, током којих је општи став према женама, деци и сексуалности био репресиван, јачање улоге жена и већа отвореност друштва према питањима сексуалности у другој половини 20. века допринели су отварању теме сексуалног насиља, а посебно сексуалног насиља над децом, које се најчешће именује као сексуално злостављање или сексуална злоупотреба деце. Истовремено, средства јавног информисања су све заинтересованија за ову тему, али је често приказују сензационалистички, неумерено и непримерено оглашавајући случајеве сумње на сексуално злостављање, обзнањујући идентитет детета и починитеља, не заснивајући информације на претходном правосудном процесуирању.

Истраживања показују да неки облик сексуалног насиља сваке године доживи око 1% деце, а до 18. године живота 12–25% девојчица и 8–10% дечака. Код дечака се обично региструје нижа учесталост сексуалног злостављања него код девојчица. За сада није јасно да ли је та разлика реална или су дечаци склонији да дуго или трајно прикривају своју сексуалну трауму како би избегли потенцијалну социјалну стигматизацију, тј. терцијарну виктимизацију.

Сексуални злостављачи су у великом броју случајева детету познате особе, понекад чланови породице, мада могу бити и потпуно непознате особе. Чешће су то одрасле мушке особе, док су у скоро 20% пријављених случајева злостављачи адолесценти.

## 1. ДЕФИНИЦИЈА СЕКСУАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА

Према одређењу Светске здравствене организације, сексуално злостављање детета представља укључивање детета у сваку сексуалну активност коју оно не схвата у потпуности, са којом није сагласно, за коју није развојно дорасло и са којом није у стању да се сагласи, односно укључивање детета у ону сексуалну активност којом се крше закони или социјалне норме. Под тим се подразумева сексуална активност између детета и одрасле особе или између детета и другог детета које је по хронолошком узрасту или развојном стадијуму старије, при чему је особа која сексуално злоставља дете претходно са тим дететом изградила однос поверења или моћи.

Циљ сексуално насилних активности злостављача је задовољење његових потреба, а подразумева и навођење или присиљавање детета на било коју врсту сексуалне активности и искоришћавање детета за проституцију или порнографију, укључујући сексуалну злоупотребу детета путем информационо-комуникационих технологија.

## 2. ОБЛИЦИ СЕКСУАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА

Сексуално злостављање може да буде бесконтактно и контактано.

**Бесконтактно сексуално злостављање** се дешава када злостављач вербалним, невербалним или физичким понашањем повређује достојанство детета у сфери полности, изазива негативне емоције код детета (страх, стид, осећање кривице), збуњује дете, утиче на дететову слику о себи или у социјалном окружењу детета индукује непријатељске реакције и ставове (па дете трпи социјалну стигматизацију).

Бесконтактно сексуално злостављање подразумева да злостављач:

- ▶ приказује детету своје обнажено тело или полне органе,
- ▶ насилно или манипулативно приморава дете да се скине, како би га посматрао,
- ▶ мастурбира пред дететом,
- ▶ принуди дете на самозадовољавање у његовом присуству или на стављање прстију или предмета у анални или вагинални отвор,
- ▶ фотографише голо дете или га присиљава да само себе фотографише без одеће,

- ▶ излаже дете порнографским садржајима,
- ▶ користи дететове обнажене фотографије у порнографске сврхе,
- ▶ путем информационо-комуникацијских технологија приказује обнажене фотографије детета или упућује детету вербалне или фотографске поруке са сексуалном садржином.

Злостављач може да искористи интернет и да би манипулативно подстакао дете за остваривање директног контакта, после чега дете често постаје жртва контактнoг сексуалног злостављања.

**Контактно сексуално злостављање** се дешава:

- ▶ путем непенетративних поступака злостављача, када дете трпи сексуализовано додиривање или миловање по телу и спољашњим гениталијама (при чему је дете обнажено или обучено), када злостављач надражује дете кроз орално-генитални, генито-генитални или генитално-анални контакт, као и када злостављач приморава дете да над њим врши овакве радње,
- ▶ путем пенетративног сексуалног контакта, када злостављач продире прстом, пенисом или неким предметом у вагину или анус детета.

## 3. КАРАКТЕРИСТИКЕ СЕКСУАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА ДЕЦЕ

### 3.1. Манипулација дететом

Уколико је злостављач особа коју дете познаје, он врло ретко примењује физичку силу. Напротив, злостављач обично тежи да придобије поверење детета тиме што је наглашено пажљив и нежан. Такође, често склапа својеврсни савез са дететом, што детету манипулативно објашњава као „чување тајне“, и уверава дете да никоме не треба да открије шта му се догађа. Најчешће стратегије којима прибегавају сексуални злостављачи да би контролисали злостављано дете јесу емоционалне уцене, притисци, лажи и обмане. За придобијање дететове наклоности (и приближавање детету када оно не познаје злостављача) користе се и поткупљивање детета различитим наградама или погодностима (нпр. слаткишима, новцем, превожењем, картама за утакмице и сл.).

У сврху лакше манипулације дететом, злостављач може применити различите психоактивне супстанце, као и претње усмерене директно ка детету или према члановима његове породице.



### 3.2. Блискост са дететом

Сексуални злостављач је најчешће особа блиска детету. То може да буде родитељ, очух/маћеха, особа која чува дете, рођак, комшија, васпитач, учитељ, наставник, тренер или неко други у кога дете има поверење.

### 3.3. Понављање/хроницитет

Уколико је злостављач особа која је позната и блиска детету, сексуално злостављање се ретко завршава само једним догађајем. Тачније, до првог чина директног сексуалног злостављања најчешће долази после дужег припремања детета, током којег се дете манипулативно увлачи у сексуалну везу са злостављачем. Због тога многа, а нарочито мала деца у почетку нису свесна да су жртве сексуалног злостављања, што злостављач користи да би „доказао“ детету да оно у таквој вези ужива и да је жели. Злостављање може да траје данима, месецима и годинама, до тренутка када дете, које је у међувремену постало когнитивно зрелије, препозна да му се дешава нешто што није уобичајено и да његови вршњаци немају такве односе са одраслим особама или старијим вршњацима. Тада се емоционална патња детета интензивира, оно покушава да се избави из таквог односа, али нема развијене механизме да то учини и оптерећено је осећањем кривице и бројним страховима у вези са тим шта би се њему или његовим блиским особама, па чак и самом злостављачу, могло догодити уколико би се обелоданило сексуално злостављање.

## 4. ИНЦЕСТ / СЕКСУАЛНО НАСИЉЕ НАД ДЕТЕТОМ У ПОРОДИЦИ

Инцест представља посебно тежак облик сексуалне злоупотребе детета, и то због конфузије у вези са улогама и односима која настаје код детета. Наиме, код инцеста су истовремено присутна два односа — однос детета и родитеља/рођака и однос жртве и насилника. Због овога дете које трпи инцест може истовремено и волети и мрзети родитеља/рођака који га злоставља, може истовремено осећати блискост и изневереност, волети родитеља/рођака који га злоставља, али мрзети његово сексуално понашање. Ситуација се, за дете, може додатно компликовати ако околина, после разоткривања злостављања, не разуме ову амбиваленцију нити дететове позитивне емоције према злостављачу, па очекује од детета да емоционално одбаци злостављача. И обрнуто,

ако дете после хроничног трпљења инцеста разреши амбиваленцију, емоционално одбаци рођака који га злоставља и повери се некоме о злостављању, чланови породице могу својом реакцијом секундарно да фрустрирају дете, индукујући му осећање кривице (најчешће ненамерно), јер очекују да инцест не обелодани никоме изван породице. Инцест чини приближно трећину од укупног броја случајева сексуалног злостављања деце, а девојчице су чешће жртве него дечади.

## 5. РИЗИЧНЕ ГРУПЕ ДЕЦЕ

Повећан ризик од сексуалног злостављања постоји :

- ▶ код деце која живе са једним родитељем или у новој породици (тј. када родитељ има другог, брачног или ванбрачног партнера/партнерку),
- ▶ у дисхармоничним породицама,
- ▶ у породицама у којима један или оба родитеља болују од менталне болести,
- ▶ у породицама у којима су присутни алкохолизам или наркоманија,
- ▶ код деце смештене у установе за друштвену бригу о деци,
- ▶ код деце која су усвојена или живе у хранитељским породицама,
- ▶ код деце која имају телесни или ментални хендикеп или су изолована (нпр. живе у избегличким камповима).

## 6. ПРЕПОЗНАВАЊЕ СЕКСУАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА

Сексуално злостављање изазива промене у здравственом стању детета, које се манифестују одређеним телесним симптомима и знацима, али и у психолошком функционисању — кроз емоционална, бихевиорална, социјална и когнитивна испољавања.

### 6.1. Физички показатељи

На сексуално злостављање могу да укажу:

- ▶ необјашњена генитална повреда,
- ▶ рекурентни вулвовагинитис,
- ▶ исцедак из вагине код девојчица,

- ▶ исцедак из уретре код дечака,
- ▶ запрљаност ануса фецесом код деце старијег узраста,
- ▶ тегобе у пределу ануса (фисуре, бол, крварење),
- ▶ бол при уринирању,
- ▶ инфекције уринарног система,
- ▶ полно преносиве инфекције (ако је искључена перинатална трансмисија),
- ▶ трудноћа (ако је девојчица млађа од 14 година),
- ▶ присуство сперме (ако је девојчица млађа од 14 година).

**Клиничким прегледом треба обухватити све делове тела детета како би се уочили евентуални трагови старих или свежих повреда, са посебним освртом на генитално и анално подручје.**

Од облика сексуалног злостављања и времена које је протекло до момента прегледа детета зависи да ли ће се инспекцијом гениталног и аналног подручја уочити промене које могу да укажу на сексуално злостављање. Треба имати у виду да **код највећег броја деце која су доживела сексуално злостављање не постоје телесна оштећења.**

**Нормалан физикални налаз не искључује могућност сексуалног злостављања, односно у већини случајева се на основу клиничког прегледа не може ни потврдити ни искључити сумња на сексуално злостављање.**

Наиме, неке форме сексуалног злостављања, попут орогениталног контакта, не доводе до физичког повређивања, док код других, као што су пенетрација у анус или постављање пениса између стидних усана, **повреде могу, али не морају да се догоде.** Обим физичких повреда зависи од интензитета примењене силе. За разлику од тешких озледа које настају при примени јаке силе, код сексуално злостављане деце оштећења су много мањег степена, тако да их је тешко протумачити.

Да би се добила јасна представа о природи евентуалних промена у гениталном и аналном подручју, **дете треба прегледати у различитим положајима**. Наиме, поред прегледа детета у класичном гинеколошком положају, када дете лежи на леђима, а ноге су у флексији и абдукцији, потребно је обавити и **преглед у тзв. колено-лакатном положају**, при коме је дете ослоњено на лактове и колена. То је посебно важно када постоји сумња да је дошло до оштећења химена. Постављањем детета у колено-лакатни положај, химен ће се под утицајем силе гравитације много боље визуелизовати, што ће омогућити да се направи разлика између расцепа и његових физиолошких неравнина. Поред тога, преглед у колено-лакатном положају омогућава боље сагледавање перинеума и аналне регије.

Ово су **промене које побуђују сумњу на сексуално злостављање**:

- ▶ акутне абразије, лацерације или модрице на стидним уснама, перихименалном ткиву, пенису, скротуму и перинеуму;
- ▶ хименални урези/расцепи који захватају више од 50% ширине хименалног обода;
- ▶ ожиљци или свежи расцепи у навикуларној јами који не захватају химен (ненамерна повреда мора бити анамнестички искључена);
- ▶ гениталне брадавице (шиљати кондиломи) код деце старије од 2 године;
- ▶ значајна дилатација ануса или ожиљци на анусу.

Ово су **промене које представљају сигуран доказ злостављања или сексуалног односа**:

- ▶ присуство сперме или семене течности у или на телу детета;
- ▶ доказана инфекција бактеријом *Neisseria gonorrhoeae* (позитиван налаз у култури) или серолошка потврда стеченог сифилиса (када је перинатална трансмисија искључена);
- ▶ продорна повреда вагиналног или аналног отвора нанета намерном применом тупог предмета;
- ▶ трудноћа (ако је девојчица млађа од 14 година).

Следеће промене **нису специфичне за сексуално злостављање**:

- ▶ неравнине слободне ивице химена,
- ▶ хименални урези у горњој половини хименалног прстена,

- ▶ вулвовагинитис,
- ▶ адхезије малих стидних усана,
- ▶ неспецифичне улцерације вулве,
- ▶ дерматозе (lichen sclerosus),
- ▶ пролапс уретре и
- ▶ ненамерна повреда спољашњих гениталија или аналног подручја.

## 6.2. Психолошки показатељи

Сексуално злостављање је увек чин насиља над дететом, што значи да увек представља трауму. Ипак, нису сва деца дубоко трауматизована, а нека од њих чак и не испољавају психолошке симптоме трауме (тзв. асимптоматско дете) или испољавају мали број мање изражених симптома.

Метаанализа 45 студија о сексуалном злостављању је показала да је степен развијености симптома (соматске тегобе, поремећај пажње и понашања — ADHD, поремећаји спавања, самоповређивање, злоупотреба супстанци и дисоцијативни симптоми) зависио од тога да ли је злостављање било пенетративно, колико дуго је трајало, колико се често догађало, да ли је примењивана физичка сила над дететом и колико је дете било блиско са злостављачем.

Степен трауматизованости је већи уколико је дете старије, ако је злостављање било контактано, а поготову пенетративно, и уколико се радило о више епизода злостављања и више злостављача. Симптоми трауме ће бити мање изражени уколико се сексуално злостављање детету догодило у раном узрасту, при чему није било физичке трауме (повреде), као и ако се радило о једној или малом броју епизода злостављања, а породица је детету пружила адекватну психолошку подршку (или бар један родитељ).

**Сексуално злостављање увек подразумева и емоционално злостављање, јер је праћено емоционалном патњом детета.**

До сада није издвојен скуп психопатолошких показатеља који би могао без изузетка дефинисати синдром сексуално злостављаног детета (за разлику од дефинисаног синдрома претученог детета). Сексуално

злостављање је догађај — трауматско искуство детета, па је доживљај овог искуства различит код различите деце.

Уколико не постоје непосредни физички показатељи сексуалне трауме, сексуално злостављање деце није лако препознати. Препознавање је додатно отежано тиме што многа деца, из различитих разлога, а најчешће због страха, стида и осећања кривице, не обелодањују шта им се догађа. Тако се временом развија **синдром акомодације детета на сексуално злостављање**. У почетку се дете осећа заробљено и беспомоћно, јер се плаши да му се неће веровати ако каже шта трпи па због тога одлаже поверавање, трпи злостављање и прилагођава се тој ситуацији. Неретко, до акомодације долази дисоцијацијом, која у овом случају представља адаптивни и заштитни механизам на краће време — дете се тако штити од преплављености негативним осећањима и сећањима у вези са траумом. Ако је траума хронична, дете научи да се дисоцира чим примети наговештај ситуације сексуалног злостављања. Тиме постиже унутрашњи осећај да се то не дешава њему. Међутим, ако се овакав образац устали, последице по даљи психички развој детета су веома озбиљне. С друге стране, ако дете ипак скупи храброст и пријави злостављање, постоји могућност да се сусретне са неадекватном реакцијом породице или професионалаца, што додатно повећава његову патњу, а као исход може имати повлачење исказа и поновно затварање у себе.

Када се дете некоме повери о злостављању и када се његово поверавање озбиљно схвати, па оно буде доведено на преглед, лекар често може да евидентира само изјаву детета о сексуалној трауми, а не налази физичке показатеље злостављања. Лекару је тада врло тешко да донесе одлуку о пријављивању сумње на сексуално злостављање, посебно ако се ради о асимптоматском детету које је развило синдром акомодације на злостављање.

**Изјаву детета увек треба озбиљно схватити јер се она, поготову код мале деце, може сматрати високоспецифичним показатељем.**

Кроз пажљиву клиничку опсервацију понашања детета, али и његових родитеља (или особа из пратње детета) и узимање детаљне психосоцијалне анамнезе и хетероанамнезе, лекар може доћи до података на

основу којих ће имати основа да постави, потврди или одбаци сумњу на сексуално злостављање.

Треба обратити пажњу на следеће показатеље:

#### **а) у понашању и изгледу детета**

- ▶ снуженост, апатичност, регресивно понашање, тајновито понашање (поготову са одређеним особама из пратње детета),
- ▶ дете тешко успоставља контакт очима, показује да се плаши да иде кући или каже да неће да иде,
- ▶ сексуализовано се понаша или има знања о сексуалности и користи сексуалну терминологију која је неадекватна за ситуацију и не очекује се у датом узрасту,
- ▶ одбојност према телесном контакту,
- ▶ стармали изрази и гестикулација,
- ▶ неадекватно одевање (преширока одећа која скрива сексуалне карактеристике код адолесценткиња или девојчица обучена као девојка) и одећа која покрива повреде од самоповређивања.

#### **б) у понашању родитеља/пратилаца**

- ▶ афективна пратња код родитеља/пратилаца је у нескладу са озбиљношћу повреде или психичког стања детета (претерано забринут или равнодушан),
- ▶ изјаве о начину настанка гениталне повреде не подударују се са изјавом детета,
- ▶ мењање објашњења о настанку повреде или пореклу инфекције,
- ▶ минимизовање учесталости и значаја неких упадљивих дететових понашања,
- ▶ сензуализован однос према детету.

#### **в) у анамнези и хетероанамнези**

- ▶ поремећај спавања, ноћни страх, страх од мрака и одласка у кревет,
- ▶ сепарациони страх,
- ▶ неорганска енуреза или енкопреза (с тим што је веома важно проценити да ли се ради о развојно очекиваним појавама или одступањима),

- ▶ изражен страх од одраслих или одређених особа,
- ▶ тајновито понашање у кући (по наводу особе из пратње),
- ▶ изненадни губитак апетита,
- ▶ показатељи менталне анорексије код детета старијег од пет година,
- ▶ честе главобоље или стомачни болови (а без дијагностикованих органских обољења),
- ▶ компулзивна мастурбација у препубертетском узрасту,
- ▶ мало дете које одбија помоћ при купању,
- ▶ преокупираност сексом у разговору или игри,
- ▶ бежање од куће или из школе,
- ▶ бесциљно лутање, осамљивање, вршњачка самоизолација,
- ▶ избегавање часова физкултуре,
- ▶ тешкоће са учењем и пажњом, неадаптирано понашање у школи,
- ▶ избегавање сваког телесног контакта са другим особама,
- ▶ компулзивно прање тела, гениталне регије, руку или уста,
- ▶ екстремно неприхватање сопствене сексуалности код адолесцената (менструације, секундарних сексуалних карактеристика, сексуалних односа) и исказана жеља да се остане дете,
- ▶ рани узраст ступања у сексуалне односе, промискуитетно понашање,
- ▶ злоупотреба психоактивних супстанци,
- ▶ изјава о самоубиству или покушај самоубиства.

Иако је прекомерна мастурбација код мале деце један од показатеља сексуалног злостављања, њу могу узроковати и други проблеми, попут емоционалне напетости због превисоких родитељских очекивања, присуствовања сукобима у породици, развода родитеља, стресних породичних догађаја, али и емоционалног занемаривања, злостављања или менталне ретардације.

Многи од наведених показатеља могу бити последица других траума (нпр. личних губитака), затим сложених услова одрастања, дисфункционалних породичних односа, укључујући насиље у породици, и других личних специфичности детета или адолесцента, па се **јединим високоспецифичним психолошким показатељима сексуалног злостављања сматрају изјава детета о злостављању и трауматска сексуализованост детета.**



## 7. ЗДРАВСТВЕНЕ ПОСЛЕДИЦЕ СЕКСУАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА

Последице сексуалног злостављања деце су сложене и озбиљне по здравље, сазревање и функционисање жртве у различитим аспектима живота. Могу бити физичке и психичке и често су дугорочне.

### 7.1. Телесне последице

- ▶ повреде спољашњих и унутрашњих полних органа,
- ▶ повреда аналне регије,
- ▶ нежељена трудноћа,
- ▶ полно преносиве инфекције,
- ▶ хронични гинеколошки поремећаји (хронични бол у малој карлици, дисменореја и поремећаји менструационог циклуса),
- ▶ гастроинтестинални поремећаји (синдром иритабилног колона, диспепсија неулцерозне природе и хронични абдоминални бол).

### 7.2. Психолошке последице

- ▶ Ране последице: енуреза, енкопреза, поремећаји спавања, проблеми у понашању детета, тешкоће у учењу и слаба концентрација, дисоцијативни симптоми, трауматска сексуализованост детета, осећај стигматизованости, самоизолација, анксиозне реакције (страхови који се не очекују у датом узрасту) и депресивност.
- ▶ Касне последице: ниско самопоуздање, слабљење когнитивних способности, преокупираност телесним изгледом, анксиозни и депресивни поремећаји, суицидална идеација и покушаји суицида, осећај стигматизованости, симптоми посттрауматског стресног поремећаја, промискуитет, злоупотреба супстанци.

## 8. ДИЈАГНОСТИЧКИ ПОСТУПАК

Клиничка процена код сумње на сексуално злостављање захтева **мултидисциплинарни и холистички приступ**. Треба посебно нагласити да подршка здравом развоју злостављаног детета намеће потребу пажљивог и свестраног разматрања његових телесних, емоционалних, социјалних и когнитивно-интелектуалних потреба. Зато је битно да се

у дијагностички поступак укључе лекари потребних специјалности, психолог и социјални радник.

Анамнестички и хетероанамнестички подаци о здравственом стању, претходним обољењима, а посебно о повредама и тегобама неразјашњеног порекла, као и о околностима под којима је извршено сексуално злостављање помоћи ће у процени врсте и обима потребних дијагностичких процедура. **Добијене податке треба документовати**, јер могу да буду предмет судско-медицинског вештачења. Током разговора је важно избегавати изливе емоција, чуђење, запрепашћење, сугестивна питања и питање „Зашто?“. Кад год је могуће, разговор са дететом треба обавити без присуства родитеља како би се ублажили њихов утицај и растројеност детета, али је то врло тешко изводиво када се ради о малом детету.

### 8.1. Физикални преглед

Време и обим физикалног прегледа зависи од природе тегоба детета, могућности локалне средине, потребе за судско-медицинским вештачењем и од кадровских капацитета здравствене установе у коју је дете доведено. Детету треба објаснити како ће се преглед обавити и за то од њега треба добити сагласност. Одлука о времену када ће се обавити физикални преглед првенствено зависи од дужине временског интервала који је протекао од последњег контакта детета са особом за коју се сумња да је починила злостављање. По правилу:

- ▶ ако је од последњег контакта прошло више од 120 сати и дете је без тегоба, преглед је потребан, али није ургентан;
- ▶ ако је од догађаја који је основ за сумњу на сексуално злостављање протекло мање од 120 сати, преглед треба одмах обавити, поготово ако дете има тегобе (болове, крварење, појачан генитални секрет или исцедак из уретре). Тада је оправдано и узимање брисева за судско-медицинско вештачење, узорака косе и пљувачке, одеће и постељине и узорака крви и урина. Ипак, судско-медицинско вештачење из брисева са тела тешко може доказати сексуално злостављање код деце препубертетског узраста ако је од чина злостављања прошло више од 24 сата.

Преглед треба у што мањој мери да додатно физички и емоционално узнемири злостављано дете. Зато треба да му претходи детаљно и узрасту прилагођено разјашњење дијагностичких поступака. Пожељно

је да гинеколошком прегледу присуствује и одрасла особа у коју дете има поверење, а која ни на који начин није повезана са насилним чином. Понекад је потребно укључити психолога у припрему детета за гинеколошки преглед.

Код детета се обавља **детаљан педијатријски преглед**, а уочене промене које могу да укажу на неки облик злостављања (присуство модрица, свежих рана или трагова угриза и ожилјака), занемаривања или самоповређивања такође треба документовати. Посебна пажња се усмерава на подручја тела која су најчешће обухваћена чином сексуалног злостављања — уста, дојке, спољашњи полни органи, перинеално подручје, глутеуси и анус.

### **Инспекција обухвата:**

- ▶ код девојчица — унутрашњу страну бутина, велике и мале стидне усне, клиторис, уретру, периуретрално ткиво, химен, навикуларну јаму, задњу комисуру стидних усана, перинеум и перианално подручје,
- ▶ код дечака — бутине, пенис, скротум, перинеум и перианално подручје.

За бољу визуелизацију препоручују се инструменти који увећавају и осветљавају генитално и анално подручје, попут рефлектора, лупа и колпоскопа. У препубертетском узрасту не треба покушавати дигитални преглед вагине или коришћење спекулума, осим ако је дете у анестезији а постоји сумња на повреду или страном тело у вагини, док је дигитални преглед ректума непотребан. Уочене повреде треба документовати фотографијама, а према индикацијама узети узорке за микробиолошка, серолошка, форензичка и токсиколошка испитивања.

Узорке за форензичко и токсиколошко испитивање треба узети што је могуће пре (Табела 1). Могућност идентификовања злостављача на основу узетог доказног материјала зависи од облика сексуалног злостављања, узраста детета и временског интервала између последњег чина сексуалног злостављања и узимања узорака.

**Табела 1. Карактеристике форензичке дијагностике**

Узорци	Време протекло од последњег контакта са злостављачем	Анализом се могу открити
Са коже шака	▶ 48 сати, а ако се нису прале руке и до 7 дана	Телесна течност, лубрикант и сл.
Са ноктију	▶ 48 сати	Телесна течност, ДНК и остале супстанце са места злостављања
Са усана и из усне дупље	▶ 48 сати после оралне пенетрације	Семена течност, ДНК
Брис вулве	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 48 сати у случају дигито-вагиналне пенетрације</li> <li>▶ 48 сати у случају петинга</li> <li>▶ 7 дана (168 сати) код вагиналног полног односа</li> <li>▶ 7 дана (168 сати) код ејакулације на вулву или перинеум</li> </ul>	Семена течност, ДНК, друге телесне течности (нпр. крв)
Вагинални и цервикални брис	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 48 сати у случају дигито-вагиналне пенетрације</li> <li>▶ 48 сати у случају петинга</li> <li>▶ 7 дана (168 сати) код вагиналног полног односа</li> <li>▶ 72 сата код вагиналног полног односа препубертетске девојчице</li> <li>▶ 7 дана (168 сати) код ејакулације на вулву или перинеум</li> </ul>	Семена течност, ДНК, друге телесне течности (нпр. крв)

Перианални брис	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 48 сати у случају дигито-аналне пенетрације</li> <li>▶ 72 сата у случају аналног односа</li> <li>▶ 7 дана (168 сати) код вагиналног полног односа</li> <li>▶ 7 дана (168 сати) код ејакулације на вулву, перинеум или перианално</li> </ul>	Семена течност, ДНК, друге телесне течности (нпр. крв)
Анални брис	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 48 сати у случају дигито-аналне пенетрације</li> <li>▶ 72 сата у случају аналног односа</li> </ul>	Семена течност, ДНК, друге телесне течности (нпр. крв)
Ректални брис	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 48 сати у случају дигито-аналне пенетрације</li> <li>▶ 72 сата у случају аналног односа</li> </ul>	Семена течност, ДНК, друге телесне течности (нпр. крв)
Брис пениса*	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 72 сата од сексуалног односа</li> </ul>	Семена течност, ДНК, друге телесне течности (нпр. крв)
Крв	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 72 сата</li> </ul>	Алкохол, лекови, психоактивне супстанце
Урин	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 120 сати</li> </ul>	Алкохол, лекови, психоактивне супстанце

\* Односи се на починиоца.

Извор: Faculty of Forensic & Legal Medicine. Recommendations for the collection of forensic specimens from complainants and suspects. [Цитирано: 1. март 2019.].  
Доступно на: [www.fflm.ac.uk](http://www.fflm.ac.uk)

## 8.2. Лабораторијска дијагностика

Потреба за испитивањем присуства полно преносивих инфекција код детета зависи од карактеристика злостављања. Ове инфекције се детектују код приближно 5% сексуално злостављане деце. Ако се процени да је испитивање потребно, а постоје дијагностичке могућности, пожељно је да се обухвате следеће полно преносиве инфекције: гонореја, сифилис, хламидијска генитална инфекција и трихомонијаза. У дијагностици треба применити тестове са највећом специфичношћу

и сензитивношћу. Тестирање на инфекцију вирусом хумане имунодефицијенције (HIV), хепатитис Б и Ц и на сифилис зависи од присутних тегоба, постојања других полно преносивих инфекција, жеља пацијента/родитеља и од мишљења лекара. Ако постоји сумња да је злостављано дете могло да се инфицира HIV-ом, потребно га је одмах тестирати на присуство те инфекције, а затим применити одговарајућу постекспозициону профилаксу. Гениталне брадавице, чији је узрок хумани папилома вирус (ХПВ), не захтевају извођење лабораторијских тестова. Ако постоји промена на полним органима или у аналном подручју која побуђује сумњу на инфекцију херпес симплекс вирусом (ХСВ), то треба испитати вирусолошким тестовима и треба разјаснити о ком типу ХСВ је реч.

Када је сексуално злостављана девојчица у постменархалном узрасту, одговарајућим поступцима треба искључити трудноћу.

### **8.3. Психодијагностичка процена**

Без обзира да ли дете пориче или обелодањује сексуално злостављање, примарна сврха психодијагностичке процедуре је процена психичког стања детета, тј. степена психотрауматизованости, а не утврђивање чињеница о евентуално преживљеној трауми. Уколико се дете у току психолошког интервјуа повери психологу и изнесе неке чињенице о трауми, психолог ће накнадно прибележити ово дететово поверавање, што је могуће верније. Подаци из психолошког интервјуа, или касније из психотерапије, понекад су једини подаци о томе шта је дете доживело и од психолога се може затражити да на суду сведочи о поверавању детета.

Пре отпочињања психолошке процене, потребно је припремити дете, што често подразумева заједничке разговоре са дететом и особама које су дошле са дететом у пратњи јер дете можда неће хтети да се одвоји од њих. Уколико психолог успе да успостави однос поверења са дететом, оно ће вероватно убрзо пристати и на индивидуални разговор.

Циљани интервју, тј. разговор о сексуалној трауми не треба избегавати, пошто већина деце зна или претпоставља због чега су доведена код психолога после прегледа педијатра или гинеколога, али је важно да овај разговор буде увремењен, прилагођен узрасту и индивидуалним карактеристикама детета. Не треба журити са циљаним интервјуом да се дете не би осетило као да је под притиском, јер се онда може

затворити за даљи разговор. Боље је прво разговарати са дететом о томе како се осећа у вези са предстојећим разговорима и прегледима, истраживати друге теме из свакодневног живота детета (о томе како се дружи, каква су му интересовања, шта воли да се игра, како одржава личну хигијену, какве су му навике у исхрани и спавању и сл.), а потом питати дете о односима са родитељима и рођацима, о школским активностима, о постојању неких проблема са којима се сусреће. Препоручују се полуструктурисани интервјуи, а они су често једино и изводљиви када је у питању мало дете.

Осим психолошког интервјуа, психодијагностика подразумева и клиничку опсервацију понашања, примену пројективних техника (терапијске игре, цртежа), као и тестова из батерије психолошких мерних инструмената који су индиковани за задавање и расположиви за дати узраст детета.

Уколико у здравственој установи није доступна услуга психолога, надлежни лекар такође може проценити присуство високоспецифичних психолошких показатеља сексуалног злостављања и других показатеља који се односе на емоционалне и бихевиоралне тешкоће. Да би то могао да уради, лекар их мора добро познавати, једнако као и развојне особености узраста детета. Основни циљ лекарског интервјуа, ипак, није да по сваку цену одлучи има ли основа за сумњу на сексуално злостављање, већ да сакупи довољно информација како би боље разумео дете и његову ситуацију и тако олакшао себи постављање радних хипотеза у вези са препорукама које се односе на наредне кораке у здравственом збрињавању, укључујући потребу за психолошко-психијатријском експертизом.

## 9. ЛЕЧЕЊЕ СЕКСУАЛНО ЗЛОСТАВЉАНОГ ДЕТЕТА

Код све деце која су била сексуално злостављана треба, на основу странеог сагледавања телесних и менталних оштећења, сачинити даљи план лечења и подршке, како детета тако и његових родитеља. Врста и дужина лечења се прилагођавају индивидуалним потребама жртве, са посебно помним надзором деце која показују склоност ка самоповређивању и суициду.

Код девојчица постменархалног узраста треба применити хитну контрацепцију ако је од чина сексуалног злостављања прошло мање од

120 сати, а постоји ризик за настанак трудноће. Ако је ризик за настанак инфекције HIV-ом током сексуалног злостављања висок, потребно је неодложно, а најкасније 72 сата од експозиције овом вирусу започети примену постекспозиционе профилаксе (ПЕП). Лечење је потребно и када се утврди постојање полно преносиве инфекције, уз каснију лабораторијску проверу успешности примењене терапије.

**Психолошка подршка се пружа сваком детету које је преживело било који облик сексуалног злостављања, а деци код које се дијагностикује неки емоционални поремећај неопходна је психотерапија.** Велики број психотерапијских модалитета је погодан за рад на опоравку сексуално трауматизоване деце, с тим што је за психотерапеута пожељно да заврши **специјализовану едукацију.**

У дијагностичком и терапијском приступу, поред знања и умећа, потребни су стрпљење, ангажованост и разумевање природе проблема како би се спречило да жртва остане заробљена у својој адаптацији на сексуално злостављање. Праћење сексуално злостављане деце треба да буде дугорочно. Чак и када не постоје телесни поремећаји, обично је потребан наставак психолошке подршке.





**Кључне поруке:**

- ▶ Сексуално злостављање подразумева укључивање детета у било коју сексуалну активност која је у нескладу са законском регулативом или социјалним нормама, коју дете не разуме и није јој развојно дорасло те због тога не може с њом да се сагласи.
- ▶ У већини случајева деца се не поверавају одмах пошто су проживела сексуално злостављање. Разоткривање се дешава поступно и обично започиње физичким тегобама или променама у понашању.
- ▶ Приступ детету захтева одређене вештине и поступке како би се добили потребни анамнестички подаци, обавио физикални преглед и узели узорци за судско–медицинско вештачење.
- ▶ У разговору са дететом и родитељима потребно је објаснити, на прилагођен и образложен начин, законску обавезу здравствених радника да пријаве сумњу на сексуално злостављање надлежним државним институцијама.
- ▶ Сигурни знаци телесних повреда ретко постоје код сексуално злостављане деце, јер злостављач ретко примењује физичку силу. Стога се тумачење промена на гениталном и перианалном подручју поверава посебно обученим и искусним професионалцима.
- ▶ Оправданост дијагностиковања полно преносивих инфекција се процењује за свако дете понаособ. У дијагностици треба користити високо сензитивне и специфичне тестове. Не препоручује се насумично лечење деце без претходног испитивања.
- ▶ Сексуално злостављану децу треба дугорочно пратити. Чак и када не постоје телесни поремећаји, обично је потребан наставак психолошке подршке.

# VI

## ЗАНЕМАРИВАЊЕ ДЕЦЕ

Александра Стојадиновић

### 1. УВОДНА РАЗМАТРАЊА

Занемаривање деце је најчешћи облик лошег поступања према деци, како су показале многе студије у Енглеској, САД, Аустралији и Канади. Приближно две трећине случајева пријављених службама за заштиту деце у САД укључују занемаривање. У САД је 2006. године забележено 30,6 случајева занемаривања на 1000 деце, док је стопа физичког злостављања износила 6,5 на 1000 деце, сексуалног злостављања 2,4 и емоционалне злоупотребе 4,1 на 1000 деце. Годишња преваленца занемаривања деце у Канади се креће између 20,6% и 29,4%, у зависности од узраста деце. Према подацима из САД, 11,8% младих одраслих особа је изјавило да је некад у животу било физички занемарено, а 41,5% да су били изложени неадекватном надзору од родитеља/старатеља током детињства. Кумулативни ризик за изложеност неком облику занемаривања до узраста од 17 година износио је 25,2%.

Занемаривање може бити једини облик неадекватног поступања родитеља/старатеља према детету или удружен са злостављањем. Око 40–60% деце која су претрпела насиље било је истовремено и занемарено.

Утицај занемаривања деце на њихово здравље и развој једнако је штетан као и утицај других облика злоупотребе деце. Занемаривање може имати значајне и озбиљне дугорочне последице по физичко, ментално здравље и когнитивни развој. Могуће последице обухватају смртни исход, поремећаје у развоју нервног система и хроничне незаразне болести у адултном добу, попут срчаних обољења или дијабетеса. Занемаривање је такође повезано са лошијим постигнућем у школи, нижим степеном образовања, емоционалним и бихевиоралним

проблемима, као и са депресијом и суицидалношћу, чак деценијама касније. Занемаривање представља озбиљан изазов за здравствене раднике. Здравствени радници/сарадници често нису сигурни шта је занемаривање и који је најбољи начин да се на њега реагује. Добро познавање симптома и знакова представља важан предуслов за дијагностиковање занемаривања, али је неопходан и мултидисциплинарни приступ, односно тимска процена и интерсекторска сарадња да би се занемарујуће понашање родитеља/старатеља сагледало у контексту животних услова и донео план мера подршке и заштите детета.

**Иако је занемаривање најчешћи облик лошег поступања према деци, оно привлачи најмање пажње у јавности и стручној литератури у поређењу са осталим облицима злоупотребе деце.**

Неки аутори ово називају „занемаривањем занемаривања“.

## 2. ДЕФИНИЦИЈА И ГЛАВНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ

**Занемаривање** представља пропуст пружаоца неге (родитеља/старатеља, хранитеља) да, у оквиру ресурса којима располаже, обезбеди оптималне услове (здравствене, образовне, животне, нутритивне, емоционалне итд.) за физички, ментални, духовни, морални и друштвени развој детета. Ово обухвата и пропусте у правилном надзирању и усмеравању понашања детета, односно у заштити детета од повређивања.

Према дефиницији Светске здравствене организације, **занемаривање и немарно поступање** представља немар или пропуст родитеља, старатеља или другог пружаоца неге да обезбеди услове за развој детета у било којој или свим областима живота: здравља, васпитања и образовања, емоционалног развоја, исхране, смештаја и безбедних животних услова, а у оквиру разумно расположивих средстава породице или пружаоца неге, што нарушава или може са великом вероватноћом нарушити здравље детета или његов физички, ментални, духовни, морални или друштвени развој. Оно обухвата и пропуст у обављању правилног надзора и заштите детета од повређивања у мери у којој је то изводљиво (СЗО, 1999).

Према дефиницији Центра за контролу и превенцију болести у САД, занемаривање деце је поступак или акт нечињења, односно пропуст да се задовоље основне физичке, емоционалне или образовне потребе или пропуст да се дете заштити од опасности или потенцијалне опасности. Као и код злостављања, штета коју дете претрпи не мора бити намеравана последица (родитељ односно старатељ актом нечињења нема намеру да нанесе штету детету). Међутим, то не умањује последице по дете и не искључује потребу да се предузму активности које отклањају факторе ризика, поправљају ситуацију и штите дете. Под штетом коју дете трпи подразумева се било који акутни или хронични поремећај физичког здравља и развоја, когнитивног или емоционалног здравља и развоја. Поремећај физичког здравља обухвата физичке повреде, обољења и повреде који су се могли избећи, поремећаје ухрањености детета, поремећаје развоја, проблеме у сфери менталног здравља и сл. Напуштање детета у потпуности или трајније остављање детета без старања једног родитеља/старатеља или одговарајуће замене представља тежак облик занемаривања, који се може завршити смрћу детета.

**Занемаривање треба разликовати од сиромаштва, болести родитеља/старатеља, недовољне менталне развијености родитеља или других проблема, када родитељи/старатељи, иако то желе, нису у могућности да задовоље потребе детета.**

Граница између занемаривања и објективне немогућности да се задовоље потребе детета често није довољно јасна. Због тога је у процени занемаривања неопходно сагледати укупне околности (индивидуалне, породичне и друштвене), укључујући и процену подршке коју породици пружају шира породица, службе и заједница.

Важно је имати у виду да екстремно сиромаштво те насиље, експлоатација или злоупотреба једног родитеља од партнера или других лица носе са собом висок ризик за физичко занемаривање детета. У овим ситуацијама интервенције усмерене на подршку и оснаживање породице, односно родитеља/старатеља, поправљање економске ситуације или заштиту од насиља у породици и експлоатације представљају мере заштите детета.

### 3. ТИПОВИ ЗАНЕМАРИВАЊА

Занемаривање обухвата:

- ▶ физичко занемаривање,
- ▶ емоционално занемаривање,
- ▶ медицинско занемаривање,
- ▶ образовно занемаривање,
- ▶ изостанак надзора или неадекватан надзор над дететом,
- ▶ излагање насилном окружењу.

#### 3.1. Физичко занемаривање

Родитељ/старатељ не обезбеђује услове да се задовоље основне телесне потребе детета: храна, одећа, станиште.

Занемаривање у вези са исхраном огледа се у томе да дете не добија редовне оброке, да добија недовољну количину хране или храну неадекватног нутритивног састава, да дете које није довољно способно да безбедно обавља рутинске радње само спрема своје оброке, јер родитељ није код куће, спава или је на други начин недоступан. Услед занемаривања у вези са исхраном дете може да буде потхрањено, може слабије да напредује у расту или може да буде гојазно уколико родитељи дозвољавају да уноси велике количине заслађених напитака, слаткиша, брзе хране.

Физичко занемаривање огледа се и у одржавању неодговарајуће хигијене: дете је прљаво, има прљаву косу и нокте, често вашке или шугу, одећа му је прљава, поцепана, мала или превелика, није прикладна за доба године, односно временске услове; у кући се не одржава одговарајућа хигијена, остаци хране и прљави судови налазе се у кухињи и другим просторијама, могу се видети инсекти и глодари; кућа није загрејана када је хладно, јер родитељ није обезбедио одговарајуће гориво или средство за загревање.

Физичко занемаривање представља и пропуст родитеља/старатеља да упркос могућностима обезбеди сигуран смештај за дете. Занемаривање представљају лоши санитарни услови у кући, поломљене степенице, разбијени прозори, разбијене ограде на тераси или степеницама, опасност од пожара, лекови и хемикалије или други опасни предмети доступни детету, посебно у кући са малим дететом, јер угрожавају здравље и живот детета.

### 3.2. Емоционално занемаривање

Код емоционалног занемаривања родитељи/старатељи могу адекватно да брину о физичким потребама детета, али занемарују његове емоционалне потребе или не одговарају на њих: занемарују плач одојчета или малог детета, не обраћају му се, не одговарају на покушаје детета да ступи у интеракцију са њима, ретко га грле и мазе, не бодре га и не пружају му подршку или га омаловажавају. Један од облика емоционалног занемаривања детета представља и спречавање социјалних контаката са осталом децом и одраслим особама. Овакви родитељи живе поред детета, а не са дететом.

Емоционално занемаривање се најчешће јавља удружено са емоционалним злостављањем.

### 3.3. Медицинско занемаривање

Овај облик занемаривања настаје када се детету ускраћује законом прописана медицинска заштита: родитељ или старатељ не одводи дете на редовне превентивне прегледе, на обавезну вакцинацију, не одводи дете лекару када је акутно болесно или повређено или га одводи када је болест значајно унапредовала, односно када настану компликације због повреде; родитељ одбија хоспитализацију која је неопходна, одбија неопходне дијагностичке или терапијске поступке или изводи дете из болнице противно савету лекара, иако је упознат са могућим последицама по здравље и живот детета. Разлог за овакво понашање родитеља могу бити религијска уверења или ирационални страх од медицинских процедура. У неким случајевима медицинског занемаривања родитељ не даје детету прописане лекове, не придржава се других савета лекара, не одводи дете на контроле, не одводи га код стоматолога те дете има кариозне зубе, обољења периодонта или друга обољења усне дупље и њихове компликације. Медицинско занемаривање представља и пропуст родитеља да детету обезбеди потребна помагала, нпр. наочаре, апарат за слух итд.

С обзиром на актуелност проблема вакцинације деце и поновне појаве епидемије, сматрамо важним и да у овом Приручнику томе посветимо пажњу. Познато је да ће девет од десет особа изложених вирусу малих богиња оболети уколико немају имунитет који се стиче или вакцинацијом или прележаном болешћу. Нажалост, због неодговорног става и лаика и неких стручњака, неке скоро искорењене болести се враћају.

Имунизација спасава више милиона живота сваке године, омогућава заштиту деце од озбиљних болести и има централну улогу у смањењу смртности и очувању здравља деце. Вакцинама се данас штити више деце него икада раније, али је имунизација нажалост постала жртва свог успеха — многи људи верују да су неке болести заувек искорењене и не схватају какве су користи од имунизације. Поновна појава епидемија тих готово искорењених болести представља последицу агресивних антиваксерских лобија, који своје тврдње базирају на лажној студији Ендруа Вејкфилда, доктора коме је због тога одузета лиценца, а који је лошом методологијом и лажним резултатима довео у везу ММР и аутизам. Деца се не вакцинишу јер родитељи нису довољно информисани о потреби имунизације или гаје заблуде о безбедности и делотворности вакцине (поготово везане за непостојећу везу ММР вакцине и аутизма). Недавна данска студија на преко 650.000 деце у потпуности је елиминисала директну везу аутизма и ММР, као и многе студије пре ње. Родитеље брине наводно присуство живе у ММР вакцини, која заправо не постоји, већ постоје једињења која осигуравају стабилност вакцине до момента давања и доказано нису штетна по здравље нити су икада била заступљена у количинама које могу угрозити нечије здравље.

Поремећаји из спектра аутизма се идентификују у периоду када деца почињу да говоре, када развијају самосталну комуникацију са светом око себе, а то се поклапа с календаром вакцинације и давањем ММР вакцине (друга година живота). Многе земље мењају календар вакцинације и уводе давање ММР вакцине у првих 12 месеци живота да би се смањио ризик од инфекције вирусом морбила, али и „вирусом неповерења“ у безбедност вакцине. Родитељ је обавезан да вакцинише дете, а држава је обавезна да му обезбеди квалитетну вакцину. Квалитет вакцине одређује само стандард који је прописан, врло стриктан и исти свуда у Европи.

Вакцина стимулише имунски систем да производи антитела која штите вакцинисану особу од одређене болести. Ако је већина популације у заједници вакцинисана против неке болести, целокупна заједница ће бити заштићена, па и они који нису примили вакцину. Студија „Знања, ставови и праксе у вези са имунизацијом деце у Србији 2017. године“ указује да је забрињавајуће то што је знање родитеља о имунизацији веома ниско. Родитељи се и даље највише информишу од здравствених радника (67%), али велики проценат родитеља користи

информације добијене преко медије, а те информације су често нетачне, анегдотске, извучене из контекста. Забрињава податак да су и неки лекари слабо информисани те да више верују у ризике од вакцине него у ризике од болести.

### **3.4. Едукативно занемаривање**

Едукативно занемаривање подразумева да родитељ/старатељ не омогућава детету да оствари законом прописано право на школовање: родитељ не уписује дете у школу, не обезбеђује му потребна учила, не одводи га редовно у школу, дозвољава му да без оправданог разлога често изостаје из школе или га подстиче да напусти школу; детету које има сметње у развоју или инвалидитет родитељ не обезбеђује услове да похађа школу. Ускраћивањем образовања родитељ ускраћује детету и социјализацију у вршњачкој групи.

### **3.5. Изостанак надзора над дететом или неодговарајући надзор над дететом**

Родитељ/старатељ не врши одговарајући надзор над дететом, који је у складу са дететовим развојним и емоционалним потребама, не обезбеђује да дете буде сигурно у кући и ван ње. Неодговарајући надзор над дететом такође подразумева пропуст родитеља да омогући да се дете ангажује у узрасно прилагођеним и безбедним активностима, као и да примени одговарајућа безбедносна средства како дете не би било изложено непотребним ризицима. Један од примера неодговарајућег надзора над дететом представља ситуација у којој родитељ оставља дете са особом која не може адекватно да се брине о њему и његовој безбедности (старије дете или стара, непокретна или дементна особа). У периоду адолесценције неадекватан надзор подразумева да родитељ не води рачуна где и са ким адолесцент проводи време нити у каквим активностима учествује.

Неадекватан надзор (понекад се назива и „надзорно занемаривање“) обухвата и ситуације у којима родитељ/старатељ свесно пропушта да заштити дете од малтретирања које врши особа која га чува. У таквим околностима понашање родитеља (примарног старатеља) може се сматрати занемаривањем једино ако се лоше поступање према детету препозна и ако је родитељ/примарни старатељ дозволио да се то догоди. Независно од сазнања родитеља/примарног старатеља о лошем



поступању према детету, понашање особе која је замена за примарног старатеља сматра се злостављањем детета.

Важно је нагласити да се различити облици занемаривања често јављају заједно те да су у великом броју случајева повезани и са злостављањем деце.

#### **4. ФАКТОРИ РИЗИКА ОД ЗАНЕМАРИВАЊА КОЈИ СЕ ПОВЕЗУЈУ СА РОДИТЕЉЕМ ИЛИ СТАРАТЕЉЕМ**

Према резултатима новијих метаанализа, на појаву занемаривања утиче истовремено постојање више фактора ризика, пре него било који појединачан фактор. Најзначајнији предиктори занемаривања детета везани за карактеристике родитеља јесу подаци о ранијем антисоцијалном/криминалном понашању родитеља, подаци о поремећајима менталног здравља, односно психијатријским проблемима и низак образовни ниво родитеља.

Постоје докази о трансгенерацијском преношењу занемаривања деце, пошто већи ризик од излагања занемаривању постоји код деце чији су родитељи и сами били изложени занемаривању или злостављању током детињства.

Значајне факторе ризика за појаву занемаривања деце представљају и живот детета са самохраним родитељима, живот у породици са више деце те проблематично понашање родитеља.

Према метаанализи Мулдера и сарадника, није установљен значајан утицај ниске социјалне подршке коју породица има на располагању (уска социјална мрежа), пренаталних проблема и злоупотребе психоактивних супстанци код родитеља на појаву занемаривања деце. Ипак, ове резултате треба прихватити са резервом и треба имати на уму да су у неким истраживањима која су ушла у ову метаанализу поменути фактори посматрани као фактори ризика, док у другима нису. Стога су неопходна додатна истраживања како би се са већом сигурношћу могло рећи који фактори везани за родитеље представљају значајне факторе ризика за занемаривање деце.

Породице са занемаривањем деце функционишу на специфичан начин. Студије наводе неке карактеристике таквих породичних система које указују на то да постоји висок ризик од занемаривања детета:

- ▶ нестабилни и конфликтни породични односи, посебно са партнерским насиљем,
- ▶ нејасне и неодговарајуће границе између деце и родитеља,
- ▶ нејасно дефинисане улоге у породици,
- ▶ емоционална неповезаност између чланова породице и са особама у непосредном окружењу,
- ▶ социјална изолованост,
- ▶ бројне физичке и психосоматске болести,
- ▶ пасивно ишчекивање и депресивност као основни животни став,
- ▶ подвлачење фатализма и беспомоћности као конструкт.

Висок ризик од занемаривање детета постоји у породицама у којима је мајка била млађа од 16 година када је родила дете. Знак упозорења треба да буде и податак у анамнези о заостајању у развоју остале деце у породици (браћа, сестре) због занемаривања или податак да је центар за социјални рад већ изместио из породице једно или више деце због занемаривања или злостављања. Не сме се заборавити да у породицама у којима постоји занемаривање, оно обично погађа сву децу.

Како породице у којима постоји занемаривање најчешће имају вишеструке психосоцијалне проблеме, неопходан је мултидисциплинарни и интерсекторски приступ и у процени и у интервенцијама, уз континуирано пружање подршке.

## **5. ФАКТОРИ РИЗИКА ОД ЗАНЕМАРИВАЊА КОЈИ СЕ ПОВЕЗУЈУ СА ДЕТЕТОМ**

У литератури се наводи да је узраст детета значајан предиктор занемаривања деце и што је дете млађе, то је ризик од занемаривање детета виши. Одојчад и мала деца су узрасно под највишим ризиком због своје беспомоћности и вулнерабилности. Око 95% деце која су умрла због последица занемаривања било је у узрасту испод 4 године. У односу на изложеност занемаривању не постоји разлика између дечака и девојчица. Код деце која имају сметње у развоју, непокретне деце или деце са хроничним обољењима постоји посебно висок ризик од занемаривања.

## 6. ПРЕПОЗНАВАЊЕ СИМПТОМА ЗАНЕМАРИВАЊА

### 6.1. Физичко занемаривање

Деца која су физички занемарена могу да буду потхрањена, ниског раста или да показују знаке дефицита одређених минерала и/или витамина (дете је анемично, има знаке рахитиса). Из анамнезе се могу добити подаци да дете нема редовне оброке (нпр. добија само један или два obroка дневно), да су obroци једнолични и оскудни, да родитељи не спремају храну па дете које није довољно самостално само спрема оброке, да је храна по саставу неадекватна (углавном се састоји од угљених хидрата, док су остале групе намирница недовољно заступљене), да старија деца долазе гладна у школу, да краду храну и имају слабу концентрацију током наставе.

На физичко занемаривање треба посумњати и када дете нема одговарајућу одећу за актуелно доба године (нема капу, рукавице, топлу јакну у току зиме), када је одећа премала, поцепана, прљава, када су кожа и коса детета прљави, нокти дуги и прљави, када дете непријатно мирише, када има инфекције коже.

У кућној посети се може уочити да је стан/кућа запуштен, да се прљави судови и остаци хране налазе на различитим местима у кући, да у кући има инсеката и глодара, да кућа није загрејана у хладним периодима године, да се за ложење користи неадекватно гориво (нпр. камионске гуме).

Веома је важно да се разликују ситуације у којима родитељи имају могућност да обезбеде одговарајуће становање, храну и одећу, али новац троше за себе (нпр. за куповину дроге), од сиромаштва, када родитељи нису у могућности да обезбеде одговарајуће услове за читаву породицу, па и за дете.

### 6.2. Емоционално занемаривање

На емоционално занемаривање треба посумњати када је дете анксиозно, када има ниско самопоштовање, када је веома несигурно, када је незаинтересовано за људе око себе, када је претерано физички активно, када заостаје у развоју, када има неадекватне обрасце везивања, када се дете неуобичајено понаша, нарочито у присуству родитеља, не прилази родитељу и не обраћа му се, јер је навикло да неће до-

бити очекивану реакцију, када одбија да разговара са здравственим радником/сарадником уколико је родитељ који га занемарује присутан. Деца школског узраста која су занемарена често много раније долазе у школу или у школи остају дуго по завршетку наставе, често се не друже са другом децом. Код адолесцента у могуће показатеље емоционалног занемаривања спадају соматоформни поремећаји, делинквентно понашање или покушај суицида. Родитељи ретко долазе у школу, не показују заинтересованост за дете, негирају да у породици постоје било какви проблеми или, на супрот томе, вербално изражавају забринутост, док њихово понашање није у складу са забринутосту коју исказују. Неки родитељи који занемарују децу долазе у школу под утицајем алкохола или дроге.

Важно је истаћи да не постоје специфични показатељи емоционалног занемаривања. Граница између емоционалног занемаривања и емоционалног злостављања није јасна па се емоционално занемаривање веома тешко доказује, а углавном се открива ако је удружено са другим облицима злостављања и занемаривања.

### **6.3. Медицинско занемаривање**

На медицинско занемаривање треба посумњати у ситуацијама када родитељ не доводи дете на редовне превентивне прегледе и не доводи га ради обавезне вакцинације, не доводи га лекару кад се разболи или га доводи тек кад је болест унапредовала, не даје му лекове које је лекар прописао, не доводи га на редовне контроле, не одводи га стоматологу те дете има изразито кариозне зубе или проблеме са деснима. Медицинско занемаривање треба размотрити када је дете изразито гојазно, а добије се податак да му родитељ дозвољава да уноси велике количине сокова, слаткиша, брзе хране или других високо калоричних намирница које имају ниску нутритивну вредност.

### **6.4. Едукативно занемаривање**

Овај облик занемаривања препознаје се по томе што родитељ не уписује дете у предшколску установу или школу, не ангажује се да му набави потребне књиге, свеске и прибор, дозвољава да дете без оправданог разлога често изостаје из школе, подстиче дете или адолесцента да напусти школу.

## 6.5. Препознавање изостанка надзора или неодговарајућег надзора над дететом

Изостанак надзора над малом децом се може препознати по учесталим повредама или тровањима која су настала због тога што је дете остављено без надзора одрасле особе у кући или изван ње или је препуштено на чување старијем детету, односно деци која нису способна да се о њему брину. Изостанак надзора над децом подразумева остављање опасних предмета, нпр. оружја или токсичних материја (лекови, дрога, хемикалије за кућну хигијену, пестициди), тамо где деца могу да их дохвате.

На занемаривање у смислу неадекватног надзора треба посумњати уколико родитељ оставља на чување дете особи која га злоставља и при томе занемарује учестале повреде које се код детета јављају управо док је под надзором таквог неговатеља. У оваквим ситуацијама занемаривање се огледа у томе што родитељ сумња или је свестан да особа која чува дете чини насиље над дететом, али не предузима кораке да дете заштити.

Ако се утврди постојање неких од наведених симптома или знакова занемаривања детета, то не мора обавезно значити да родитељ свесно и намерно занемарује дете, али здравствени радник/сарадник је дужан да посумња на занемаривање и да у складу са тим предузме даље кораке. Ако здравствени радник уочи да родитељ или старатељ грубо занемарују дужност збрињавања и васпитавања, то представља основ да здравствени систем реагује и обавести полицију или тужилаштво, јер би се у радњама тог лица могло радити о кривичном делу запуштања и злостављања малолетног лица из чл. 193 ст. 1 КЗ.

## 7. ПРИКАЗИ СЛУЧАЈА

### Приказ случаја 1

*Девојка узраса 16 година довезена је из локалне болнице у Војводини, у прајњи екипе Хијне медицинске јомоћи, у Инсјијуи за здравствену зашјију деце и омладине Војводине збој искашљавања велике количине крви и изразије малокрвносји. Девојка је одбијала хосјиализацију и прејила да ће искочији кроз јрозор. Родијељи су јражили да јојишу да одбијају хосјиализацију. Како су дежурни лекари смајрали да се ради о медицинском зане-*

маривању и да је девојка живојно угрожена, контактиран је телефоном стручни тим за заштити деце од злостављања и занемаривања, који је савештовао да се одмах обавесте полиција и психолога. Када је обавештена полиција, родитељи су присуствовали на хоспитализацију, девојка је уз консултацију са психијатром добила средство за смирење, а зајим и трансфузију еритроцита. Такође је договорено да мајка буде хоспитализована као пращилац девојке. Када је ошће стање стабилизовано, урађена је бронхоскопија и установљено је да је девојка има тешко оштећење плућа услед умржавања различитих психоактивних супстанци. Уз спровођење одговарајуће терапије, она је била хоспитализована у Институту 8 недеља, а зајим ошћушена на кућно лечење. Ошме је обавештен надлежни центар за социјални рад, који је интервенисао како би девојка редовно долазила на заказане контроле.

## Приказ случаја 2

У болницу је примљена девојчица узраса 13 година из ромске породице збој намерној самошровања лековима. Девојчица је поила неколико таблета за смирење, које користи њена бака, збој рдње коју је добила од оца. Добијен је податак да породица живи повремено у Новом Саду, а повремено у Италији и да тамо има „бизнис“. Нису желели да дају податке о каквом је послу реч. Девојчица није имала здравствену књижицу, није вакцинисана и није ишла у школу. На питање да ли би волела да иде у школу одговорила је да јој школа није потребна, да она никада неће радити јер ће бити „издарица“ и да и сада не мора ништа да ради јер у кући има „служавке“. Консултован је стручни тим за заштити деце од злостављања и занемаривања. Оцу је предочено да се ради о здравственом и едукативном занемаривању и уз помоћ центра за социјални рад девојчица је здравствено осигурана; након ошћуша из болнице спроведена је обавезна вакцинација и она је кренула у школу.



# VII

## ЕКСПЛОАТАЦИЈА ДЕТЕТА

Јелена Радосављевић Кирђански

### 1. УВОДНА РАЗМАТРАЊА

Експлоатација деце, према дефиницији Светске здравствене организације, односи се на коришћење детета за рад или за друге активности у корист других особа, а што нарушава дететово физичко или ментално здравље, образовање, морални или социјално-емоционални развој.

Појава експлоатације деце није везана за новију историју. Одређени облици експлоатације деце као што су дечији рад, склапање малолетничких бракова због економске добити породице и сл. дуго се одржавају, посебно у неким срединама. Одржавање облика експлоатације деце као форме насиља над децом везано је како за мултифакторску узрочност и сложеност појаве, тако и за реаговање окружења. Евидентни су висок ниво толеранције јавности и инертност институција када је реч о неким облицима експлоатације детета (на пример, прошња ромске деце) и њихово правдање културолошким специфичностима или уверењима раширеним у заједници (на пример, став да деца кроз рад треба да дају свој допринос када је породица сиромашна).

**Професионалци не треба да изгубе из вида да ниједан аргумент којим се на неки начин правдају различити облици експлоатације детета не уважава добробит детета и најбољи интерес детета као водећи принцип у процени да ли је нека активност у коју је дете укључено прихватљива или не.**



У савременом друштву велику забринутост изазивају:

- ▶ појава нових облика и нових метода који омогућавају експлоатацију детета,
- ▶ растућа учесталост и раширеност експлоатације деце у свим земљама света,
- ▶ транснационални карактер неких облика експлоатације детета, што подразумева постојање организованих криминалних група и мрежа.

Фактори који доприносе одржавању, порасту и појави нових облика експлоатације деце везани су за:

- ▶ економски развој,
- ▶ развој туризма,
- ▶ развој нових информативних технологија,
- ▶ оружане сукобе,
- ▶ сиромаштво.

## 2. ПОЈАВНИ ОБЛИЦИ ЕКСПЛОАТАЦИЈЕ ДЕТЕТА

Експлоатација детета обухвата следеће видове злоупотребе детета:

- ▶ трговина децом, дечја проституција и дечја порнографија,
- ▶ дечији рад,
- ▶ коришћење деце за вршење кривичних дела,
- ▶ злоупотреба деце за производњу, коришћење и дистрибуцију наркотика и психотропних супстанци,
- ▶ принудна или обавезна регрутација и принудна или обавезна обука деце за учешће у оружаним сукобима,
- ▶ злоупотреба приликом усвајања,
- ▶ закључење принудног брака,
- ▶ злоупотреба у медицинске или научне сврхе кроз укључивање деце у експерименте небезбедне за њихов развој и злоупотреба у трговини органима,
- ▶ социјална експлоатација деце, која обухвата све форме злоупотребе деце од стране медија, у рекламне сврхе, у кампањама политичких партија и сл.

У пракси, одрасла особа може експлоатисати дете на више начина. Све појавне облике експлоатације повезује то:

- ▶ што су праћени насиљем над дететом, најчешће удруженим различитим врстама насиља — физичким, емоционалним, сексуалним,
- ▶ што постоји индиректна или директна економска добит друге особе од искоришћавања детета.

### 3. ПРАВНА РЕГУЛАТИВА

Више међународних докумената дефинише детаљније облике експлоатације детета са фокусом на обавези држава потписница да предузму све мере на заштити деце и искорењивању свих облика експлоатације. Правни оквир битан за заштиту деце од експлоатације, поред Конвенције о правима детета, чине:

- ▶ Хашка конвенција о заштити деце и сарадњи у области међународног усвојења (1993),
- ▶ Конвенција 138 Међународне организације рада о минималним годинама старости за заснивање радног односа (1973),
- ▶ Конвенција 182 Међународне организације рада о најтежим облицима дечјег рада (2000),
- ▶ Факултативни протокол уз Конвенцију о правима детета о продаји деце, дечјој проституцији и дечјој порнографији (2000),
- ▶ Факултативни протокол уз Конвенцију о правима детета о учешћу деце у оружаним сукобима.

Конвенција о правима детета промовише право детета да буде заштићено од економске експлоатације и од обављања било ког посла који би могао да буде опасан по дете или би ометао право детета на образовање или би био штетан по здравље детета или физички, ментални, духовни, морални или друштвени развој детета (чл. 32). Право детета на заштиту од искоришћавања укључено је и у друга права детета, као што су право детета на образовање, право на заштиту од сексуалног искоришћавања, право на заштиту од отмице и трговине, злоупотребе дрога и других облика искоришћавања.

Међународна организација рада је најактивније укључена у заштиту деце од искоришћавања кроз рад; она је спровела и спроводи низ акција за елиминисање дечјег рада, дефинисање услова под којима

малолетне особе могу бити радно ангажоване, побољшање услова за рад запослених и омогућавање образовања и професионалног оспособљавања деце и младих. Конвенцијом 138 узраст од 15 година усвојен је као минимална старосна граница за заснивање радног односа, уз обавезну процену способности и процену да ли и колико послови угрожавају дете. Државе потписнице су се обавезале да у својим законским документима наведу списак послова које деца и малолетне особе не могу радити због ризика по њихову безбедност и здравље. Конвенцијом 182 Међународне организације рада из 2000. године, коју је наша земља ратификовала 2003. године, као најтежи облици дечјег рада забрањују се:

- ▶ сви облици ропства или обичаја сличним ропству, као што су продаја деце и трговина децом, дужничко ропство, регрутовање деце за принудни или обавезни рад или учешће у оружаном сукобу,
- ▶ злоупотреба деце за проституцију, производњу порнографије или за порнографске представе,
- ▶ злоупотреба деце за незаконите делатности, нарочито за производњу и промет психоактивних супстанци.

Факултативни протокол уз Конвенцију о правима детета о продаји деце, дечјој проституцији и дечјој порнографији проширује мере неопходне за заштиту деце од ових видова експлоатације, с обзиром на евидентан пораст случајева изложености деце овој врсти злоупотребе и на уочене показатеље да је трговина људским бићима, укључујући и трговину децом, постала један од најпрофитабилнијих облика међународног организованог криминала, уз трговину оружјем и трговину наркотицима. Трговина децом је најчешће повезана са дечјом проституцијом и порнографијом, али и са експлоатацијом деце кроз рад, учешће у оружаном сукобима и усвојење.

### 3.1. Правна регулатива у нашој држави

У нашој земљи Закон о раду дефинише послове које ни под којим условима не може обављати малолетна особа, као и услове рада за особе старије од 15 година. Као послови за које се не може ангажовати малолетна особа издвојени су:

- ▶ послови који укључују нарочито тежак физички рад, рад под земљом, под водом и на великој висини,

- ▶ послови који укључују изложеност штетном зрачењу, отровним, канцерогеним или материјама које могу довести до наследних оштећења, као и послови који носе ризик по здравље због излагања хладноћи, топлоти, буци или вибрацијама,
- ▶ послови који могу штетно утицати на здравље или носе повећан ризик за здравље малолетне особе с обзиром на психофизичке способности особе, а по процени надлежног здравственог органа.

Други облици експлоатације детета, као што су продаја деце, дечја проституција и порнографија, санкционисани су Кривичним законом и Породичним законом.

#### **4. ПОСЛЕДИЦЕ ЕКСПЛОАТАЦИЈЕ ДЕЦЕ**

Неспорно је да су последице експлоатације деце увек штетне по дечји развој, али степен оштећења које дете претрпи повезан је са врстом и степеном насиља коме је дете било изложено, трајањем злоупотребе и са узрастом детета и његовим индивидуалним карактеристикама. Показатељи експлоатације су нарушавање физичког или менталног здравља детета, његовог образовања, моралног, социјалног и емоционалног развоја. У зависности од врсте експлоатације, то се може манифестовати клиничким знацима сексуалног злостављања, умором, физичким повредама или променама у понашању, изостајањем из школе или заостајањем у постигнућима и др.

Поред акција усмерених на заштиту од експлоатације, важан сегмент чине и акције фокусиране на спречавање правне и социјалне стигматизације деце жртава експлоатације, а посебно жртава трговине децом, дечје проституције и порнографије, као најдрастичнијих облика експлоатације деце.

#### **5. ЕКСПЛОАТАЦИЈА ДЕЦЕ У НАШОЈ ЗЕМЉИ**

Истраживање Центра за права детета и Министарства за рад и социјалну политику спроведено 2005. године о дечјем раду и ставовима о дечјем раду показало је да не постоје поуздани подаци о раширености најтежих облика дечјег рада у нашој средини. Непостојање података везано је за непостојање јединственог система евиденције и праћења случајева експлоатације деце кроз дечји рад. Случајеве злоупотреба

дечјег рада у виду прошње, продаје деце, подвођења, дечје проституције и порнографије региструју се и прате различите институције система (центри за социјални рад, полиција, тужилаштво) или невладиног сектора, али не постоји централна евиденција. Према подацима МУП-а, у периоду од 2000. до 2004. године регистрована су 294 случаја трговине људима, од чега се 11% односи на малолетне особе, 244 случаја сексуалне злоупотребе над малолетницима млађим од 14 година, 3 случаја дечје порнографије и 23 случаја посредовања у проституцији девојчица млађих од 18 година.

Познато је да су деца жртве трговине људима изложена вишеструким облицима насиља и вишеструким ризицима од насиља. Према подацима Центра за заштиту жртава трговине људима, током 2015. године је регистровано 24 деце (18 девојчица и 6 дечака) жртава трговине људима. Од тога је највећи број њих био принуђен на просјачење (10), њих 9 су били жртве сексуалне експлоатације, док су остали били жртве радне експлоатације (2), принуде на брак (1), нелегалног усвојења (1) и принуде на вршење кривичних дела (1). Током 2016. године Центар за заштиту жртава трговине људима идентификовао је 55 жртава, од чега је 21 особа (38%) била малолетна, а у 90% случајева се радило о девојчицама.

Према налазима UNICEF-овог истраживања вишеструких показатеља (MICS) из 2014. године, злоупотреба дечјег рада присутнија је у сиромашним породицама и у руралним срединама. Злоупотреби дечјег рада изложено је на нивоу читаве Србије 4% деце узраста од 5 до 14 година, а у руралним срединама 16%. Подаци указују на то да су дечаки чешће ангажовани у економским пословима, а девојчице у раду у кући. Забрињава податак да је највећи проценат деце смештене у руралне хранитељске породице укључен у редовно обављање не само кућних послова већ и пољопривредних радова, од којих неки представљају тешке и најтеже послове. Деца у хранитељским породицама и ромска деца су, по налазима истраживања, под повећаним ризиком да буду експлоатисана кроз рад.

Подаци Бироа за међународне послове (2016) показују да 15,1% ромске деце старости од 5 до 14 година ради, а 17,4% истовремено похађа школу и ради. Наведено истраживање UNICEF-а је указало и да су принудном браку као облику насиља посебно изложене девојчице из ромских насеља (17% њих се уда пре навршених 15 година, а више од половине пре навршених 18 година). Рани брак онемогућава овим девојчицама да стекну образовање и остваре повољније животне услове.

Као забрињавајуће податке ово истраживање наводи прихваћеност става да је укључивање деце у рад у циљу помоћи породици када је сиромашна сасвим оправдано и смањену сензитивност јавности на социјално мање видљиве облике експлоатације деце кроз дечји рад у домаћинству.

Јасно је да не представља сваки рад детета у оквиру породице експлоатацију и злоупотребу детета. По дефиницији, дечји рад представља експлоатацију онда када је, по активности или околностима у којима се одвија, психички, социјално и морално опасан и штетан по дете, када може да угрози његов развој и када постоји економска корист за другу особу.

**Штетност по дете и економска корист понекад су јасно видљиви, али могу бити скривени, тешко препознатљиви и ухватљиви, па и приказани као активности добре за дете и у његовом интересу.**

Случајеви медијске злоупотребе деце за постизања сензације, у склопу политичких кампања, кампања модних кућа и рекламних агенција или експлоатација талентоване деце у спорту, уметности или другим областима неретко пролазе без реаговања и стручне и шире јавности. Професионалци који се баве децом и младима требало би да буду сензитивни и на мање драстичне облике експлоатације деце, а који су штетни по дете уколико онемогућавају или ограничавају друга права детета (на пример, право на образовање, право на дружење са вршњацима, право на игру и слободно време) и далекосежно могу неповољно утицати на даљи развој и живот детета.

## 6. ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

*Осмогодишњи дечак је током ноћи примљен у болницу због прегорелне ране у пределу ноге. Повреду му је нанео радник обезбеђења на игралишту, који је одмах након тога приведен. Током испитивања је установљено да је дечак, заједно са оцем, учествовао у играчки електричном материјалу са саваришима. Пошто је сивији, лакше се управљао кроз ограду, када га је радник обезбеђења сазнао. Како је била ноћ, а дечак на ујозорење није сазнао, радник је уцао не знајући да је у игрању деце.*



# VIII

## ИНСТИТУЦИОНАЛНО ЗЛОСТАВЉАЊЕ

Душанка Калањ

### 1. УВОДНА РАЗМАТРАЊА

Институционално злостављање се не издваја по појавним облицима лошег поступања према деци, већ по починиоцима и месту злостављања. Деца могу бити изложена свим облицима злостављања и занемаривања у установама у којима бораве (предшколске и школске установе, здравствене установе, домови за дневни боравак и смештај деце, спортске организације, невладине организације итд.) од стране професионалаца чија је обавеза да штите децу, али и других запослених.

**Институционално злостављање се ређе препознаје јер буди мање сумње, с обзиром на то да су починиоци професионалци за које се претпоставља да у односу према деци поштују кодекс струке и законске прописе који штите најбољи интерес детета.**

Осим тога, ради се о установама затвореног типа, које су често ван очију јавности, неке су и физички удаљене од заједнице, што све умањује могућност да се насиље препозна и обелодани. Деца из установа ће, као и одрасли, ређе пријављивати насиље због страха или због тога што немају развијене механизме нити поверење да ће бити заштићена (неравноправан однос/расподела моћи још је израженији јер запослени/злостављач није само одрасла стручна особа, него и представник система). У установама се често дешава и вршњачко насиље. Процес заштите се ређе покреће, сем у екстремним случајевима.



## 2. ЗЛОСТАВЉАЊЕ У ПРЕДШКОЛСКИМ УСТАНОВАМА

Подаци о распрострањености неадекватних поступања према деци у предшколским установама нису доступни, јер не постоје новија истраживања фокусирана на циљну групу деце предшколског узраста о којој брину васпитачи у државним и приватним установама. Зна се да су предшколска деца до 6 година под високим ризиком злостављања и/или занемаривања управо због својих узрастних карактеристика, зависности од одрасле особе и ниског нивоа самозаштите. Деца у том узрасту не препознају злостављање и не умеју да затраже помоћ. Знамо и да су последице изложености злостављању у раном узрасту дугорочне и да доносе највише штете због специфичног утицаја на развој детета. Штета по дете се кумулира ако је оно и у породици изложено неадекватним поступањима родитеља. Ризик се повећава код деце која се из различитих разлога тешко дисциплинују, посебно ако су насилним стратегијама надзора изложена и у породичној средини, као и код деце која имају нека развојна одступања. Повремено се у медијима појаве текстови у којима родитељи говоре чему је било изложено њихово дете у предшколској установи од стране васпитача, али се то дешава ретко и на сензационалистички начин. Зато се поставља питање колико је особље предшколских установа сензибилисано и едуковано да на прави начин реагује у ситуацијама када је једно дете насилно према другом детету. Из праксе је познато да и родитељи и професионалци често минимизирају вршњачко насиље међу децом у свим узрастима. Ни здравствени радници/сарадници нису имуни од веровања да су деца у предшколским установама безбедна.

У нашој средини, у предшколским установама практично не постоје програми превенције насиља чији би циљ био да се од најранијег узраста гради свест деце о ризицима изложености насиљу.

**Не смемо заборавити да злостављање постоји и када га не видимо и да о томе треба да мислимо при сваком контакту са дететом.**

### 3. ЗЛОСТАВЉАЊЕ У ШКОЛИ

Када говоримо о насиљу према деци у различитим контекстима, у Србији је највише истраживано насиље у школи, али је фокус најчешће био на вршњачком насиљу. Према налазима једног од најобимнијих истраживања о насиљу у школи које је спроведено у оквиру UNICEF-ог пројекта „Школа без насиља — ка сигурном и подстицајном окружењу за децу“, четвртина ученика од петог до осмог разреда навела је да је била изложена вређању од стране наставника, 15% је навело да их је наставник ударио, а 5% да су били изложени претњама наставника. Деца у овом узрасту препознају неадекватан однос, али препознају и однос моћи наставника и школе као институције.

**Здравствени радници и сарадници који се баве заштитом менталног здравља у прилици су да од деце чују широк дијапазон показатеља емоционалног злостављања ученика од стране наставног особља, па и психолога, педагога или социјалних радника школе.**

Примери за овакво поступање могу бити омаловажавање, називање погрдним именима, коментарисање изгледа, називање „менталцем“ ако наставник зна да ученик посећује установу за ментално здравље, претње, захтев упућен другој деци да се не друже са учеником, намерно игнорисање ученика или избацивање из просторије када се обрати наставнику и сл. С друге стране, они су у прилици и да чују изјаве да је ученик „испровоцирао“ наставника, да ученик не поштује ауторитет наставника и слична оправдања за поступак професионалца. Родитељи, па и шире окружење, понекад сматрају исправним поступак наставника и криве дете за понашање професионалца или нормализују лоша искуства детета уз аргументацију да сви пролазе кроз слична искуства током школовања.

**Вероватно већина одраслих има слична искуства са неким од наставника током школовања, али се поставља питање зашто таква пракса у школи као институцији и даље опстаје!**

## 4. ИНСТИТУЦИОНАЛНО ЗЛОСТАВЉАЊЕ ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ

Истраживања у свету и код нас показују да посебно високо ризик да постану жртве злостављања и/или занемаривања постоји код деце са сметњама у развоју смештене у институцијама. Једно од првих истраживања појаве злостављања и занемаривања код нас „Од занемаривања и лишавања до злостављања и насиља — дете ометено у развоју“, које су спровели стручњаци Специјалне болнице за дечју церебралну парализу и развојну неурологију у Београду 1998. године, обухватило је децу и особље из једанаест институција за децу са сметњама у развоју. Добијени подаци су показали да је:

- ▶ 62% деце присуствовало насиљу особља према деци, од тога
- ▶ 8% врло често,
- ▶ 3% свакодневно.

Деца су најчешће била изложена следећим облицима насиља:

- ▶ увреде — 51%,
- ▶ псовке — 43%,
- ▶ намерно игнорисање — 42%,
- ▶ шамарање — 41%,
- ▶ гурање, вучење — 24%,
- ▶ гађање предметима — 23%,
- ▶ ударање предметима — 10%,
- ▶ ускраћивање хране и сна — 7%.

Испитивано особље је често умањивало значај и распрострањеност насиља према деци. Резултати анкетирања особља указују на то да:

- ▶ 44% особља није никада видело насилно понашање према деци у институцији,
- ▶ 30% је понекад видело насиље,
- ▶ 23% особља није било сигурно да ли се понашање које су видели сматра насиљем.

У истраживању UNICEF-а и Савеза МНРО Србије, којим су били обухваћени родитељи деце са интелектуалним сметњама, запослени професионалци у установама и деца, а које је објављено 2014. године, добијени су следећи подаци:

- ▶ 47% родитеља деце са сметњама у развоју изјавило је да је њихово дете доживело неки облик насиља у установама (предшколска установа, школа, дневни боравак, места окупљања),
- ▶ код 73% од те деце ситуација насиља се поновила више од три пута.

Један од видова насиља над децом са сметњама у развоју који се често не препознаје јесте **социјална изолација**. У поменутом истраживању, 39% родитеља из Београда је изјавило да њихово дете није укључено ни у какав вид друштвених активности у установи. Изолација и одбацивање се у литератури најчешће наводе као посебни ризици код деце са сметњама у развоју. Уз то се, као посебни ризици, наводе и отежана комуникација, која са собом носи и тешкоће у препознавању потреба деце од стране околине, и тешкоће у откривању насиља.

Комитет за права детета ОУН у Општем коментару бр. 9 објашњава ризике и осетљивост деце са сметњама у развоју следећим разлозима:

- ▶ тешкоће деце са сметњама у развоју да чују, виде, самостално се крећу и облаче, иду у тоалет и купају се повећава њихову потенцијалну изложеност интрузивној личној нези и злостављању,
- ▶ живот одвојено од родитеља, браће и сестара, шире породице и пријатеља повећава могућности злостављања,
- ▶ ако се жале на злостављање, деца/млади са слабије развијеним интелектуалним способностима или тешкоћама у комуникацији чешће су предмет игнорисања, подозрења или погрешног разумевања,
- ▶ родитељи или други који брину о детету/младој особи могу бити изложени знатним притисцима или стресу услед физичких, финансијских и емотивних напора које изискује брига за дете,
- ▶ на децу/младе са сметњама у развоју често се погрешно гледа као да су асексуални или да не разумеју сопствено тело па лакше могу постати мета насилних особа, поготово сексуалних злостављача.

**Предрасуде о деци са сметњама у развоју представљају значајан чинилац који повећава ризик да она постану жртве злостављања и занемаривања, али и ризик да не буду на адекватан начин заштићена, јер и професионалци понекад имају ставове засноване на предрасудама.**

Према Водичу за примену протокола за заштиту деце од злостављања и занемаривања у односу на децу/младе са сметњама у развоју, ово су најчешћи ставови засновани на предрасудама:

- ▶ деца са сметњама у развоју су ређе злостављана него деца без сметњи,
- ▶ деца са сметњама у развоју нису изложена сексуалном злостављању, јер нису мета сексуалних злостављача због своје непривлачности,
- ▶ деца са сметњама у развоју су мање осетљива и мање пате па је њихова изложеност злостављању и занемаривању мање страшна,
- ▶ деца са сметњама у развоју лако побркају своја осећања и доживљаје и тешко разликују злостављање од нужних мера заштите,
- ▶ деца са сметњама у развоју су чешће склона да износе неосноване оптужбе за злостављање,
- ▶ ако је дете са сметњама у развоју злостављано, најбоље је, када се обезбеди заштита од даље злоупотребе, не предузимати друге мере,
- ▶ није могуће превенирати злостављање/злоупотребу деце са сметњама у развоју.

Комитет за права детета наводи у Општем коментару бр. 13 да неадекватно пружање заштите представља вид институционалног занемаривања и да држава има одговорност да обезбеди да постојеће предрасуде не утичу на процес пружања заштите.

У оквиру институција дете ометено у развоју може да буде жртва злостављања или занемаривања од стране особља, али и од стране других штићеника и посетилаца. Изостанак тоалетног тренинга, адекватне исхране, континуиране стимулације, емоционалне размене, па и везивања у случају узнемирености, све то могу бити облици неадекватног поступања према ометеној деци у оквиру институције где бораве. Особље може бити грубо и прибегавати насиљу да би натерало децу да слушају или инсистирати на прописивању виших доза лекова ради постизања брже седације. Такође, особље је често исцрпљено и/или није довољно едуковано за рад са ометеном децом. Посебан проблем представља то што у институцијама **нема довољно особља**, као и то што **особље није довољно обучено**. И смештај заједно са одраслим особама уз недостатак надзора над штићеницима може бити потенцијални извор ризика за ометену децу.

Поред занемаривања основних физичких и емоционалних потреба, деца са сметњама у развоју смештена у институције имају ограничен приступ и образовању. Већина њих није ни уписана у школе, а малобројни који су уписани у школу похађају специјалне школе, што даље доприноси њиховој изолацији.

Важно је нагласити да бројне студије указују да су деца са сметњама у развоју значајно занемарена пре смештаја у институције, а нека и злостављана, па изложеност различитим облицима насиља и занемаривања у оквиру институције појачава ризике по њихов даљи развој.

## **5. ИНСТИТУЦИОНАЛНО ЗЛОСТАВЉАЊЕ ДЕЦЕ БЕЗ РОДИТЕЉСКОГ СТАРАЊА**

Истраживања о насиљу над децом смештеном у институције за бригу о деци без родитељског старања указују да и ове институције представљају места у којима су деца изразито изложена насиљу. Према једном истраживању (Плут, Попадић, 2007), којим су обухваћена деца узраста од 10 до 18 година смештена у установе за децу без родитељског старања, само 2,6% деце је тврдило да није доживело ниједан облик насиља у институцији. Најчешћи облици насиља су емоционално и физичко насиље, а три четвртине деце је изнело да је било изложено вишеструким и понављаним облицима насиља. Најчешћи починиоци су друга деца из институције, али и особље. Забрињава податак из овог истраживања да је особље у институцијама у највећем броју случајева (83%) негирало да насиље представља проблем у установи или да је насиље одраслих према деци уопште присутно. Како разумети овај раскорак у тврдњама? Питање је да ли особље нормализује вршњачко насиље или је могуће да оно на неки начин остаје невидљиво (треба имати на уму раније наведени коментар Комитета за права детета да неадекватно пружање помоћи представља вид институционалног занемаривања).

Подаци о изложености деце без родитељског старања насиљу у оквиру институције посебно забрињавају када се узме у обзир чињеница да је већина те деце била изложена насиљу у породици. Нажалост, уместо корективног искуства и подршке за опоравак, изложеност насиљу у вишеструким контекстима ствара веома тешке услове за живот те деце и омета њихов развој.

И када се институционално злостављање препозна, мере заштите се често свODE на измештање детета у другу средину, а професионалац остаје некажњен. Неретко се дешава да други запослени лош поступак професионалаца према детету прикривају, минимизирају или га правдају понашањем детета. Родитељи понекад не верују жалбама детета или криве дете да је „испровоцирало“ неадекватан поступак одрасле особе, односно нормализују неповољна искуства детета уз аргументацију да сви пролазе кроз слична искуства током одрастања. Дете тада своју реакцију доживљава као знак слабости, што урушава иначе угрожено самопоштовање.

## 6. ЗЛОСТАВЉАЊА У ПРОЦЕСУ ИСПИТИВАЊА ДЕТЕТА

У институционално злостављање спада и непоштовање одредби Закона о малолетницима када се малолетно лице испитује више од 2 пута или даје исказ свакој од институција појединачно (полиција, центар за социјални рад, тужилаштво, суд, здравствени систем, вештачење), или када се не поштују одредбе Закона о малолетницима па се малолетно лице суочава са особом која је осумњичена да је извршила насиље према детету, или када се у документима наводи да је малолетна особа крива због тога што је преживела било који облик насиља. Тиме се дете излаже секундарној виктимизацији и потенцијално поново излаже трауматизацији. Уколико дође до секундарне трауматизације, умањује се поверење детета у систем, што негативно делује на опоравак детета од трауме.

Институционално злостављање се дешава и у судским процесима везаним за поверавање деце након развода родитеља када судски процеси трају годинама и дете не зна где ће и са ким на крају живети. Истраживања судске праксе су показала да мали број деце остварује право на слободно изражавање мишљења у споровима између родитеља око старатељства.

## 7. ПОКАЗАТЕЉИ

Реаговање детета на изложеност злостављању од стране професионалаца у институцијама за децу зависи од карактеристика детета, типа злостављања, али и од тога да ли је дете издвојено или се професионалац на сличан или исти начин опходи и према другој деци,

колику моћ има професионалац у односу на дете и коју позицију заузима у хијерархији установе.

**Значајан фактор представља однос других професионалаца у установи према детету, који може ублажити штетан ефекат по дете, пружајући му корективно искуство.**

Законом о посебним мерама за спречавање вршења кривичних дела против полне слободе према малолетним лицима забрањено је заснивање радног односа, обављања позива или занимања који укључује рад са децом особа које су осуђене за кривична дела против полне слободе извршених према малолетним лицима. Ове особе не смеју да раде са децом у трајању од 20 година након издржане казне затвора. Правноснажна пресуда за ова кривична дела обавезно се доставља и послодавцу осуђеног лица, а о лицима осуђеним за ова кривична дела Управа за извршење кривичних санкција води посебну евиденцију. Сви државни и други органи, као и правна лица или предузетници који раде са децом, дужни су да затраже податак да ли је лице које треба да заснује радни однос код њих, односно које ради са децом, уписано у ову посебну евиденцију.

Као и у другим случајевима злостављања и занемаривања, пракса показује да је за ефикасност система заштите деце од институционалног злостављања и занемаривања неопходан предуслов висок степен сензибилисаности и одговорности професионалаца. У противном није могућа потпуна примена закона, протокола, ратификованих конвенција и осталих документа који гарантују право сваком детету да одраста заштићено од сваког облика злостављања и занемаривања.

## 8. ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

### Дечак, 5 година и 6 месеци

- ▶ Дијагносикована церебрална парализа (Лишлова болест са ашејоидним комјоненцијама). Живи са мајком и млађим браћом. Отац је напустио породицу. Материјалне мојћности породице су скромне.



- ▶ Примљен на хоспитални хабилитациони програм. Мајка се брине о дечаку, редовно га посећује и за викенде га повремено води кући, кад год јој то финансијске могућности омогућавају.
- ▶ На једном викенду мајка је зајздила да је дечак узнемиренији него уобичајено пред повратак у болницу. Дечак се пожалио мајци на однос једне медицинске сестре према њему, Сестра је инсистирала да он сам прелази из колица у носилу „да би се вежбао“. Када би рекао да не може и да му је то сувише тешко, она је захтев образлагала „да је то за његово добро“. По процени лекара дечак нема довољно моторних могућности за самосталан прелазак из колица у кревет. Више пута је при том преласку пао, а једном се при паду и повредио. Мајка није обавештена о повређивању. Молио је мајку да не говори ништа тој медицинској сестри. Бојао се да би интервенција мајке само погоршала ситуацију у којој се осећао изузетно незаштитеним.
- ▶ Мајка се обратила психологу болнице, са којом је имала однос поверења. У разговору са психологом дечак је био заглашен, потиштен, осећао се пониженим и изузетно незаштитеним. Молио је психолога да ништа не предузима.



# IX ДИГИТАЛНО (ЕЛЕКТРОНСКО) НАСИЉЕ

Јелена Радосављевић Кирђански

## 1. УВОДНА РАЗМАТРАЊА

Дигитално насиље обухвата коришћење информационо-комуникационе технологије (у даљем тексту: ИКТ) с циљем да се друга особа узнемири, повреди, понизи и да јој се нанесе штета.

Насиље над децом путем ИКТ назива се још и електронским, дигиталним или виртуелним насиљем. Одвија се у „виртуелном простору“, а за његово вршење користи се електронско средство (рачунар или мобилни телефон са приступом интернету).

Дигитално насиље се може вршити директно или преко посредника (на пример, у име неке треће особе, са њене адресе или профила шаљу се узнемирујуће поруке или се остављају на блогу, чету, форуму, профилу других особа на друштвеним мрежама). За разлику од других форми насиља, овде не мора увек да постоји свесна намера да се насиље почини — онај ко прими поруку може и нехотице, без жеље, постати саучесник насиља у односу на трећа лица, прослеђујући садржај којим се чини насиље над неким.

**Специфичности дигиталног насиља су висок степен анонимности насилне особе или групе и стална доступност жртве.**

Привидна анонимност приликом електронске комуникације делује охрабрујуће на насилнике, док су жртве беспомоћне да му се супротставе, па број и насилника и жртава може бити (непрепознато) велики. Са овим проблемом сусрећу се не само деца и млади него и њихови родитељи, наставници, али и цело друштво, државне и невладине организације и медији.

**Због чињенице да једном постављени подаци остају трајно сачувани у онлајн свету, насиље може бесконачно дуго и учестало да се понавља.**

Стога је Европски суд правде омогућио грађанима ЕУ да користе право на дигитални заборав — уколико процене да им је угрожена приватност, могу да затраже од претраживача брисање личних података са интернета.

Излагање ризицима директно је повезано са временом које се проводи на интернету. Међу децом и младима најзаступљеније ризично понашање јесте прихватање захтева за пријатељство на социјалним мрежама од особа које не познају и које никад нису срели, комуникација са непознатим особама путем чета и одговарање на поруке непознатих особа. Велики проценат младих (нарочито оних нижег узраста) спремно даје личне податке (име и презиме, адресу становања, број телефона, имејл, своју фотографију) непознатим особама, мислећи да то што комуницирају путем интернета значи да их „познају“.

У односу на узраст починиоца и жртве, дигитално насиље може да буде **вршњачко** или га може починити **одрасла особа** над дететом. Обично се дешава међу младима, али и одрасле особе могу бити насилне према деци и младима на интернету. У тим случајевима најчешће је реч о **узнемиравању** (енгл. *cyber-harassment*) или **прогањању** (енгл. *cyber-stalking*) путем интернета, што представља кривично дело и кажњиво је законом, а у последње време све више се говори о сексуалном дигиталном насиљу или сексуалној злоупотреби путем ИКТ. Већина онлајн сервиса прописала је доњу узрасну границу за коришћење. Најчешће је то 13 година (нпр. Facebook, Ask.fm, Instagram, Twitter, Snapchat, Viber, Skype и др.), а за неке (нпр. WhatsApp) узрасна граница је 16 година. Међутим, све већа доступност савремене информационо-комуникационе технологије и специфичности дигиталног насиља

повећавају ризик да дете буде изложено разним облицима насиља, а истовремено и отежавају могућности његове заштите.

## 2. ПОЈАВНИ ОБЛИЦИ

Дигитално насиље карактерише слање или објављивање увредљивих или насилних садржаја (текстова, слика, видео записа итд.) уз коришћење интернета доступног путем рачунара, мобилних телефона или других електронских и/или дигиталних средстава комуникације.

Оруђа којима се врши дигитално насиље јесу социјалне мреже и платформе за дељење видео садржаја (нпр. Facebook, Google, My Space, Twitter, Ask.fm, Omegle, YouTube, Instagram, Flickr, Snapchat и др.), SMS поруке и телефонски позиви, имејлови, инстант поруке (IMs — *instant messages*) и текстуалне поруке (нпр. WhatsApp, Skype, Viber и др.), сликовне поруке и видео материјали, причаонице или „собе за четовање“ (енгл. *chat rooms*), блогови, форуми, онлајн видео-игре.

Млади често злоупотребљавају дигитална оруђа самим тим што их користе на знатно млађем узрасту од прописаног. Истраживање које је спроведено крајем 2012. године (Попадић и Кузмановић, 2013) показало је да чак половина десетогодишњака има профил на некој од социјалних мрежа (најчешће на Фејсбуку) и да злоупотребљава интернет навођењем лажних података о свом узрасту.

Најчешће се срећу следећи облици дигиталног насиља:

- ▶ Сајбер-булинг (*cyber-bullying*) — особа или група људи користи интернет, мобилни телефон, онлајн игрице, друштвене мреже или било који други облик информационах и комуникационих технологија да би претила, узнемиравала или понижавала неког другог. Овај вид насиља је најчешће присутан код младих између 10 и 19 година, али се са све већом доступношћу технологије и деци млађег узраста доња граница све више спушта.
- ▶ Секстинг (*sexting*) — слање узнемиравајућих еротских садржаја (експлицитних текстова, слика, снимака) путем информационах и комуникационих технологија другој особи (најчешће путем SMS-а, MMS-а, електронске поште, друштвених мрежа и причаоница).
- ▶ Груминг (*grooming*) — процес у ком се деца наговарају или подстичу да учествују у интеракцијама сексуалног садржаја путем интер-

нета или телефонских уређаја, при чему су често изложена нежељеним порнографским садржајима.

За све ове форме је заједничко да се узнемирујуће и увредљиве поруке, слике или видео снимци (снимљени са дозволом или без ње) шаљу како би се неко повредио, обезвредио или узнемирио. Понекад насилници користе лажни идентитет или креирају профила на туђе име.

У дигитално насиље спада и:

- ▶ коришћење ИКТ за договарање састанка одрасле особе са дететом,
- ▶ недозвољено саопштавање туђих приватних информација, објављивање лажних оптужби или гласина на рачун друге особе на профилима друштвених мрежа, блоговима итд.,
- ▶ промена или крађа лозинки,
- ▶ слање вируса,
- ▶ исмевање у онлајн причаоницама и на интернет форумима, непримерено коментарисање туђих слика, порука на профилима, блоговима, уцењивање/претње дистрибуцијом материјала на којима је жртва као средство да се успостави контакт, изнуди новац или нешто друго,
- ▶ игнорисање, искључивање (нпр. из група на социјалним мрежама), подстицање мржње (по различитим основама),
- ▶ онлајн прогањање и др.

### 3. ПОКАЗАТЕЉИ

Следећи показатељи могу указивати на то да су деца изложена дигиталном насиљу :

- ▶ емоционална узнемиреност током или након коришћења интернета или других ИКТ, неочекивано мењање навика коришћења информационо-комуникационе технологије, опрезност и додатне мере заштите,
- ▶ избегавање дружења с вршњацима, одсутност, нерасположење и раздражљивост,
- ▶ немотивисаност за учење, проблеми с концентрацијом и пажњом, пад школског успеха, избегавање школе јер се доживљава као несигурно место,

- ▶ коришћење психоактивних супстанци (алкохол, дрога),
- ▶ различити психосоматски симптоми (главобоља, болови у стомаку, нагло мршављење или гојење, ноћне море, самоубилачке мисли).

## 4. ПОСЛЕДИЦЕ

Дигитално насиље се још увек не препознаје и не процесуира у довољној мери с обзиром на огромну распрострањеност појаве. Разлози за то су вишеструки. Постоји уверење да је ова врста насиља, тиме што се дешава у „виртуелном“ свету, мање опасна од класичног насиља које се дешава у реалном свету. Тачно је да дигитално насиље не омогућава да се друга особа физички повреди или угрози, али оно понекад може да буде опасније од насиља у реалном свету јер су актери спремни да кажу и ураде оно што вероватно не би у комуникацији „лицем у лице“, због анонимности, смањеног страха од откривања и кажњавања и због одсуства невербалне комуникације у којој можемо да пратимо осећања жртве.

**Дигитално насиље се може вршити у било које време и са било ког места.**

Истраживања показују да су млади који су склони дигиталном насиљу такође склони класичним облицима насиља и да у основи обе врсте насиља стоји исти мотив — намера да се друга особа повреди, понизи и сл. Не треба занемарити ни могућност да дигитално насиље може да буде само увертира за насиље које ће се десити или наставити да се дешава и у реалном свету. Чињеница је да се понекад насиље „прелива“ из једног контекста у други, из породице у школско окружење, из школског окружења у дигитални свет или обрнуто, што деци која су окружена насиљем у вишеструким контекстима ствара веома тешке услове за живот и омета њихов развој.

Последице трпљења дигиталног насиља су различите. Иако се током дигиталне комуникације друга особа не може физички повредити, истраживања показују да таква комуникација може утицати на психофизичко здравље, емоционално и социјално функционисање. Иако постоје индивидуалне разлике у начину реаговања на дигитално насиље, постоје промене у понашању на основу којих одрасли могу да закључе да дете трпи дигитално насиље.

Резултати истраживања (Raskauskas & Stoltz, 2007) показују да деца изложена дигиталном насиљу осећају тугу, безнађе, депресију, анксиозност, узнемиреност. Изложеност дигиталном насиљу повезана је са депресијом и ниским самопоуздањем, а негативне последице могу се наставити и у одраслом добу (Mason, 2008; Patchin & Hinduja, 2010). Утврђена је повезаност између изложености дигиталном насиљу и суицидалних идеја. Особе које су биле изложене дигиталном насиљу два пута чешће наводе да су покушале самоубиство (Patchin & Hinduja, 2010).

## 5. ПРАВНА РЕГУЛАТИВА

Експлоатација деце путем ИКТ је друштвена појава која је све уочљивија и препознатљивија у савременом друштву. Стога су донети и усвојени многобројни правни акти и прописи у оквиру међународног права и у домаћем законодавству.

Одредбом члана 13. Конвенције о правима детета усвојене (1989) прописано је да дете има право на слободу изражавања, која обухвата и слободу да тражи, прима и даје информације и идеје свих врста, без обзира на границе, било усмено или писмено или преко штампе, уметности или неког другог медија по избору детета.

Конвенција Савета Европе о заштити деце од сексуалне експлоатације и сексуалног злостављања је у члану 20. прописала кривична дела у вези са дечјом порнографијом и свесним обезбеђивањем могућности приступа дечјој порнографији помоћу информационе или комуникационе технологије.

Конвенција Савета Европе о сајбер-криминалу из 2001. године представља први међународни документ у коме се експлицитно доводе у везу дечја порнографија и компјутерски систем. Конвенцији предвиђа да свака чланица треба да усвоји такве законске и остале неопходне мере којима ће се у њеном националном праву као кривично дело оквалификовати следеће радње, ако се учине намерно и бесправно:

- ▶ производња дечије порнографије у циљу њене дистрибуције путем компјутерских система,
- ▶ нуђење или стављање на располагање дечије порнографије путем компјутерских система,



- ▶ дистрибуција или преношење дечије порнографије путем компјутерских система,
- ▶ добављање дечије порнографије путем компјутерских система, за себе или за друга лица,
- ▶ поседовање дечије порнографије у компјутерском систему или на медијима за смештање компјутерских података.

Препорука Комитета министара Савета Европе (2001) о заштити деце од сексуалног искоришћавања препознала је да рекламе и медији, посебно интернет, играју велику улогу у ширењу, али и спречавању појаве сексуалног искоришћавања деце. У њој је дефинисано да је неопходна сарадња интернет провајдера са државним органима у идентификацији сексуалне експлоатације и борби против разних средстава злоупотребе путем интернета која се могу користити у сврху сексуалне експлоатације деце.

Резолуција Парламентарне скупштине Савета Европе 1307 (2002) о сексуалном искоришћавању деце указује на проблем сексуалног злостављања деце који се погоршава појавом интернета, што због чињенице да пружа анонимност и лакоћу употребе, што због чињенице да је начин успостављања контаката неограничен.

## 6. СИТУАЦИЈА У НАШОЈ ЗЕМЉИ

Истраживања изложености деце дигиталном насиљу у нашој средини су малобројна. Прво систематско истраживање спроведено 2012. године (Попадић, Кузмановић) показало је да је 62% ученика основне школе и 84% ученика средње школе било изложено бар једној ризичној ситуацији на интернету током претходних годину дана. Према резултатима истраживања из 2016. године (Кузмановић, Лајовић и сар.), којим је обухваћено 614 родитеља или старатеља из 141 општине у Србији, 64% родитеља/старатеља деце узраста од 8 до 17 година навело је да је њихово дете имало непријатна и узнемирујућа искуства на интернету.

Домаће законодавство такође препознаје потребу за санкционисањем дела у којима је малолетна особа изложена дигиталном насиљу. Чланом 185. Кривичног законика прописано је кривично дело „приказивање, прибављање и поседовање порнографског материјала и искоришћавање деце за порнографију“, као и казне за разне облике извршења овог дела:



„Ко малолетнику прода, прикаже или јавним излагањем или на други начин учини доступним текстове, слике, аудио-визуелне или друге предмете порнографске садржине или му прикаже порнографску представу, казниће се новчаном казном или затвором до шест месеци. Ако је дело извршено према детету, учинилац ће се казнити затвором од шест месеци до три године.

Ко искористи малолетника за производњу слика, аудио-визуелних или других предмета порнографске садржине или за порнографску представу, казниће се затвором од шест месеци до пет година. Ако је дело извршено према детету, учинилац ће се казнити затвором од једне до осам година затвора.

Ко прибавља за себе или другог, поседује, продаје, јавно излаже или електронски или на други начин чини доступним слике, аудио-визуелне или друге предмете порнографске садржине настале искоришћавањем малолетног лица казниће се затвором од три месеца до три године.”

Чланом 185 б. прописано је кривично дело „искоришћавање рачунарске мреже или комуникације другим техничким средствима за извршење кривичних дела против полне слободе према малолетном лицу”, као и казне за ово кривично дело.

Осим казних мера, држава ради и на превенцији дигиталног насиља. Тако је Министарство телекомуникација и информационог друштва 2009. године покренуло иницијативу за побољшање безбедности деце на интернету прављењем веб сајта „Клици безбедно”, на коме су младима и родитељима доступни разни информативни, едукативни и забавни садржаји путем којих могу да науче нешто више о безбедном коришћењу интернета.

Министарство трговине, туризма и телекомуникација оформило је јединствено место за пружање савета о предностима, ризицима и безбедним начинима коришћења интернета, као и за пријем пријава штетних, непримерених и нелегалних садржаја и понашања на интернету којима се угрожава безбедност деце.

**Национални контакт центар за безбедност деце на интернету почео је са радом 2017. године и од тада се телефонским путем на број телефона 198-33, слањем мејла на адресу [bit@mtt.gov.rs](mailto:bit@mtt.gov.rs) или путем електронског обрасца на веб сајту [www.pametnoibezbedno.gov.rs](http://www.pametnoibezbedno.gov.rs) може пријавити угрожавање безбедности деце на интернету.**

По пријему пријаве, одговарајуће обавештење доставља се администратору веб сајта и прослеђује пријава надлежним органима — центру за социјални рад, дому здравља, инспекцији за информациону безбедност, јавном тужилаштву (у случају сумње на кривично дело), као и Служби за високотехнолошки криминал Министарства унутрашњих послова.

## 7. ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

*Група деце из шестог разреда је направила Вибер групу „Убити С“. Девојчица С. је, иначе, одличан ђак, повучена из социјалних интеракција, али веома активна на часу, јако често помињана од стране наставника као узор. С. је, наравно, била изузетно извесна и није знала за њено постојање. На тој групи су размењиване увреде упућене девојчици С., њене кришом снимљене фотографије карикашурално обрађене у PhotoShop-у. Временом су коментари од релативно беничних („штреберка, улицица“) појимали форму веома агресивних („Уби, закољи, да С не постоји“). Ситуација је кулминирала када је група девојчица за време одмора напала девојчицу С., називајући је поједним именима и ударајући је пред свима. С. је дошла кући, али родитељима није испричала шта јој се десило. Сачекала је да сви лећу, написала отрошитојно писмо и испила велику количину шабле.*



# Х ДЕТЕ СВЕДОК ПОРОДИЧНОГ НАСИЉА

Теодора Минчић

Насиље над женама и децом представља један од најчешћих видова кршења људских права широм света, а дешава се у облику физичког или психолошког насиља скривеног од других у оквиру дома и породице. Може се описати као систематски образац злостављајућег понашања у партнерској вези који се користи како би се задобила или одржавала контрола и моћ над другом особом. Обухвата физичко, сексуално, емоционално, дигитално или финансијско насиље.

## 1. РАСПРОСТРАЊЕНОСТ ПОЈАВЕ

Студије преваленце показале су да током једне године просечно 275 милиона деце у свету буду сведоци породичног насиља. Студије у Европи наводе да се 12–15% жена налази у везама у којима се дешава насиље, а многе од њих настављају да буду изложене физичком и сексуалном насиљу и након што из везе изађу. Више од половине жена жртава породичног насиља живи у домаћинству са децом млађом од 12 година. Такође, наводи се да код деце жена које су жртве насиља постоји 6–15 пута већа вероватноћа да ће бити злостављана, а да 50–70% мушкараца који злостављају жене често злостављају и своју децу. Деца често бивају ненамерно повређена током напада на мајке или када покушавају да их бране.

## 1.1. Ситуација у нашој средини

У синтетизованим извештајима о раду центара за социјални рад у Србији само у две извештајне године наведен је број деце која су евидентирана као сведоци насиља у породици, што потврђује постојање знатног преклапања насиља којем су изложене жене са насиљем према деци. За 2011. годину ради се о 61,6% случајева, а већ наредне године региструје се пораст на 79,7%, што је вероватно последица повећане свести стручњака о постојању повезаности између ових појава.

У нашој средини, једно истраживање у коме су анализирани извештаји жена које су доживеле насиље (Игњатовић, 2013) указује на то да је 76,5% деце сведочило, а чак 46% било изложено директном (намерном или ненамерном) насиљу у контексту насиља према њиховим мајкама. И анализа садржаја судске документације о разводима у којима је постојало насиље у партнерском односу родитеља потврђује да су му деца присуствовала у чак 95,2% предмета, уз регистровање различитих злоупотреба деце пре, током и након развода родитеља.

Поменуто истраживање, засновано на изјавама жена које су доживеле насиље, указује да су многа деца током дужег времена (у чак 55% случајева преко 10 година) одрасла у околностима насиља. Нека од њих су се активно укључивала, што је носило висок ризик да и сама (случајно или намерно) буду повређена, док су се друга деца склањала. Ситуације насиља су на различите начине угрожавале децу, укључујући и претње очева да ће убити њихове мајке ако их оне напусте или да ће спречавати одржавања контакта са мајкама које су изашле из насилне везе. Ова су деца често напуштала дом са мајком или су у њему остајала без мајке, гледала су долазак полиције или одвођење мајке ради пружања хитне медицинске помоћи.

**Присуство детета насиљу у породици представља специфичан облик емоционалног злостављања.**

## 2. НАСИЉЕ У ПОРОДИЦИ И ДЕЦА

Насиље у породици се дефинише као акт физичког, сексуалног, психичког или економског насиља до којег долази у оквиру породице или домаћинства, при чему један члан породице угрожава телесни

интегритет, душевно здравље или спокојство другог члана породице. Починиоци насиља могу бити и мушкарци и жене, али је родна димензија у породици његова суштинска карактеристика па се у овом тексту најчешће говори у терминима насиља мушкараца над женама.

Насиље у породици подразумева ситуацију у којој су деца изложена облику насиља које има негативне последице на њихов развој, а такође представља кршење њихових права. Изложеност насиљу у породици има јасно негативан утицај на живот, развој и благостање детета.

**Није жртва само оно дете које је директно изложено злостављању већ и оно које је присутно током насиља између других чланова породице.**

Истраживања сугеришу да сведочење насиљу у кући може бити исто толико трауматично за децу колико и када су сама физички злостављана, а последице могу бити теже и дуготрајније. Нажалост, веома често се деца сведоци породичног насиља не препознају као жртве, нити као потенцијалне жртве у будућности, нити као карица која носи ризик трансгенерацијског настављања ланца насиља.

**Присуство породичном насиљу угрожава развој детета јер подрива његову базичну потребу да се у породичном окружењу осећа безбедно и заштићено.**

У ситуацији породичног насиља дете практично нема особу од које може да очекује заштиту и сигурност. Што је дете млађе, ризик штетног утицаја на развој детета је већи, не само због снажне зависности детета, већ и због специфичности дечјег мишљења и тумачења социјалних односа и догађаја у окружењу.

**Лекари опште праксе и педијатри имају јединствену могућност да помогну да се прекине циклус насиља тако што ће га препознати и покренути интервенције усмерене на то да се обезбеди сигурност женама жртвама насиља и њиховој деци, која су најчешће неми сведоци.**

Нажалост, подаци показују да, иако су бројке које указују на готово епидемијске размере насиља у породици велике (1/3 пацијената је погођена породичним насиљем), свега 10% лекара рутински обавља скрининг породичног насиља, а лекари идентификују свега 1 од 35 случајева.

Родитељи често поричу или минимизују ефекат који насиље има на њихову децу, верујући да деца не разумеју оно што виде, или чак негирају да су деца присуствовала насилним сценама. Међутим, истраживања су показала да деца која су сведоци насиља могу имати исте дугорочне развојне, когнитивне или емоционалне последице као и деца која су директне жртве физичког или емоционалног злостављања. Чак и ако нису директно присуствовала сценама насиља, она су ипак изложена тако што чују свађе и туче, плач мајке или претње и псовке оца, или касније виде трагове насиља у виду повреда мајке, разбијеног стакла, поломљених предмета по кући итд.

Живот у породици са насиљем води и **занемаривању** деце, јер мајке жртве насиља због страха и имобилишућег ефекта насиља могу имати тешкоћа да одговоре на потребе своје деце. Злостављане жене често почну да занемарују или чак злостављају децу и немају капацитета да заштите децу од оца који их злоставља. Многе ипак покушавају и труде се да буду добре мајке упркос сопственим страховима, депресивности, анксиозности и повредама, али ипак могу имати смањене могућности да разликују безбедну од небезбедне средине.

**Деца имају потребу и право да одрастају у средини без насиља и одговорност је друштва да их заштите.**

Деца која живе у породицама са насиљем уче да је насиље одговарајући начин за решавање конфликта и да је оно уобичајено у односима између људи. Када одрасту, код ове деце постоји већа вероватноћа да ће постати жртве злостављања или да ће злостављати своје партнере или децу. Код дечака је ризик већи. Код оних који су гледали како њихови очеви туку мајке постоји 10 пута већа вероватноћа да ће злостављати своје будуће партнерке. Девојчице, са своје стране, када постану мајке осам пута више користе физичко кажњавање деце уколико живе у везама са насиљем него када живе саме или у ненасилним везама.

### 3. ОБЛИЦИ ИЗЛОЖЕНОСТИ ДЕЦЕ ПОРОДИЧНОМ НАСИЉУ

Облици изложености деце породичном насиљу су разноврсни:

1. Пренатална изложеност — када је мајка током трудноће жртва насиља,
2. Изложеност детета насиљу док оно покушава да заштити мајку,
3. Виктимизација — дете постаје и само жртва насиља током напада на мајку,
4. Партиципација — дете сарађује са оцем у деградацији мајке,
5. Сведочење — дете присуствује нападу на мајку,
6. Слушање — дете чује оно што се дешава у односу између родитеља,
7. Посматрање последица насилног акта — дете види повређену мајку или место где се напад десио или види интервенцију полиције или хитне помоћи,
8. Дете трпи последице — живи даље са мајком која има симптоме, долази до раскида везе између родитеља, долази до промене пребивалишта итд.

Изложеност насиљу у породици може бити директна (нпр. мајка држи бебу у наручју) и индиректна.

### 4. ШТА СЕ ДЕШАВА У ПОРОДИЦИ СА НАСИЉЕМ?

Породична динамика у породицама са насиљем је дисфункционална, а формира се као таква често и пре рођења детета, јер насиље над женом почиње најчешће још током трудноће. Глобалне студије преваленце показују да се насиље у породици чешће дешава у породицама са малом децом. Погрешна је претпоставка да су бебе и деца минимално под утицајем догађаја у средини због тога што нису у стању да концептуализују догађаје преко говора и когниције. Истраживања показују да мала деца не само што могу да региструју догађаје и да их запамте током значајног временског периода већ могу да развију и посттрауматски стресни поремећај.

Многе студије су утврдиле везу између насиља над женама и њиховог родитељства. Трауматизовани родитељ може показивати проблем емоционалне доступности, сензитивности на потребе деце и



афективног везивања, што директно утиче на његову способност да одговори на анксиозност своје деце и води тешкоћама код деце у будућем развоју афективне везаности и емоционалне регулације стреса. Такође, отежан је развој аутономије зато што насиље утиче на нормалан развој поверења које је неопходно да би дете истражи-вало свет око себе.

Због ограничених развојних капацитета код деце да регулишу осећања и да когнитивно процесуирају догађаје из околине, она се ослањају на знакове које виде код родитеља како би интерпретирала значење догађаја из околине. Кад се дешава насиље, ниједан од родитеља није у стању да детету у томе помогне, јер у том тренутку родитељи тешко регулишу своја емоционална стања баш онда када је детету потребан неко да ублажи стрес и подржи га. Претње мајци и стрес мајке дете доживљава као да су његови сопствени, а истовремено је препуштено само себи да регулише свој страх и анксиозност. Деца са оваквим раним искуствима постају преосетљива. Путем условљавања код њих се касније јављају стресна реакција и страх и при блажим вербалним конфликтима, или када виде израз лица или чују мало јачи звук који заправо и нису опасни. Код деце која доживљавају свет као опасно место разне ситуације могу касније да покрећу анксиозност, што нарушава њихову способност да уче и да развијају односе са другима. За разлику од развојно уобичајених страхова који су пролазни, страхови који су научени или условљени могу много дуже да трају. Таквој деци се мора обезбедити средина која је сигурна и стабилна да би повратила осећај контроле и предвидљивости.

**Насиље у породици негативно делује на везу мајка–дете, а истовремено је управо та веза најбољи лек који би могао да ублажи последице изложености насиљу.**

## 5. ПОСЛЕДИЦЕ

Бројне су последице до којих одрастање детета у породици са насиљем може довести у сфери његовог социјалног, емоционалног, когнитивног и телесног развоја. Истраживања показују да ризик у једној од ових области може да утиче и на развој у другим областима те да је потреба за одрастањем у средини без насиља пресудна за развој детета. Однос са родитељем или старатељем треба да буде испуњен љубављу, подршком, негом, а присуство насиља у породици може да омете повезаност и оштети однос.

**Последице могу бити краткорочне или дугорочне и могу се испољити у различитим сферама живота детета.**

Проблеми деце која расту у породицама са насиљем лако могу проћи непримећено. Та деца могу изгледати као да су добро, а родитељи се могу трудити да се свађе не дешавају пред децом.

Какве ће последице настати зависи од много фактора, између осталог од врсте насиља, интензитета и трајања, узраста детета, пола, нивоа психолошког и емоционалног развоја, развијености механизма суочавања са стресом, доступности система подршке итд. Не може се тврдити да у свим случајевима сведочења насиљу настају последице код деце, али то свакако повећава вероватноћу за развој проблема, у зависности од резилијентности детета.

У следећој табели набројане су различите могуће последице сведочења насиљу у породици, груписане по доменима психолошког функционисања детета.

<b>Проблеми на плану социјализације</b>	Изолација Несигурност Агресивност Недовољно развијене социјалне вештине
<b>Симптоми депресије</b>	Плакање Туга Ниско самопоштовање
<b>Страхови</b>	Неодређени страх Осећај да ће се десити „нешто лоше“ Страх од смрти Страх да ће изгубити мајку Страх да ће изгубити оца
<b>Поремећаји спавања</b>	Ноћне море Страх да спава само Ноћни страх
<b>Регресивни симптоми</b>	Енуреза/енкопреза Застој у развоју говора Регресија у понашању
<b>Проблеми у школи</b>	Тешкоће приликом учења Тешкоће са пажњом и концентрацијом Пад школског успеха Тешкоће у интеграцији са другом децом
<b>Проблеми на плану понашања и емоција</b>	Промене расположења Бес Анксиозност Осећај рањивости и доживљај света као опасног места Осећање кривице Тешкоће регулације и испољавања емоција Негирање или минимизација Репликација насиља Проблематични односи са вршњацима Развој зависности Избегавајуће или ризично понашање Бежање од куће Доживљај других као хостилних и агресивно понашање као механизам одбране

<b>Симптоми посттрауматског стресног поремећаја</b>	Несаница Понављане ноћне море Фобије Анксиозност Дисоцијативни поремећаји Поновно преживљавање трауме
<b>Парентификација деце</b>	Преузимање родитељске и заштитничке улоге у односу на млађу браћу и сестре Преузимање заштитничке улоге у односу на мајку

## 6. ПОСЛЕДИЦЕ У ЗАВИСНОСТИ ОД РАЗВОЈНИХ СТАДИЈУМА

Утицај сведочења насиљу у кући може бити различит за свако појединачно дете. Не постоји одређен облик поремећаја емоција и понашања који је карактеристичан за ову ситуацију, али се издвајају одређени обрасци који су карактеристични за поједине узрасте деце.

### 6.1. Бебе и мала деца

У узрасту одојчета најважнији развојни задатак је стварање емоционалне повезаности. У породицама са насиљем развој везаности је нарушен, што може утицати на способност да дете гради везе са другом и на отежан развој вештина очекиваних за узраст. Ова деца могу показивати знаке развојног заостајања, нарушене нормалне обрасце спавања и храњења. Такође, појављују се осетљивије здравље, мања телесна тежина, претерана узнемиреност и плакање.

### 6.2. Предшколски и млађи школски узраст

Доминантни развојни задаци у овом узрасту су продубљивање повезаности са родитељима и учење адекватног понашања, укључујући дисциплину. У породицама са насиљем деца могу испољавати висок ниво стреса и проблеме прилагођавања, страхове, ноћне море, иритабилност, немогућност говора или сиромашан говор. Такође могу бити повучена, потчињена, могу имати соматске тешкоће, регредирати на раније фазе, у игри понављати агресивне садржаје. Она живе са пуно страха и анксиозности, осећају се небезбедно у сопственом дому, али су још премала да би потражила помоћ.

### 6.3. Школски узраст

Основни развојни задаци у овом периоду јесу когнитивни развој и учење социјалних улога. Деца могу показивати проблеме у учењу и емоционалне тешкоће, могу имати соматске жалбе, проблеме у понашању, ниско самопоштовање, мање поверења у себе и у будућност. Могу осећати и кривицу што нису нешто учинила да спрече насиље. Она се налазе у процепу између жеље да сакрију тајну праћену стидом због насиља у кући и наде да ће неко открити шта им се дешава и спасити их. Због изолованости породице имају мање могућности за дружење и слободне активности.

У овом узрасту појављују се и полне разлике у реаговању на живот са насиљем, па дечаци имају тенденцију да буду више агресивни, са испадима беса, али и склони интернализацији проблема са честим плакањем, повлачењем, соматским жалбама. Девојчице испољавају више повлачења, пасивизације и зависног понашања, као и соматских жалби.

### 6.4. Адолесценција

Примарни развојни задатак у овом периоду јесте развој аутономије, преко стварања односа са вршњацима и емотивних односа изван породице. У тим односима они често понављају обрасце комуникације које су научили. Тако момци могу постати насилни према девојкама, а девојке пристајати на останак у емотивним везама у којима има насиља.

Адолесценти најчешће показују бес, стид, осећање издаје, страха, усамљености, изолације, бунтовност, деликвенцију, бежање од куће, крађе, промискуитет, бежање из школе, конзумирање супстанци, повишен ризик од депресивности, анксиозности, суицидалности.

Нека деца развијају посттрауматски стресни поремећај, поготово ако је насиље било интензивно и континуирано. Истраживања показују да је одговор деце на трауму интензивнији ако познају починиоца или жртву него кад су у питању непознате особе. Симптоми посттрауматског стресног поремећаја могу бити следећи: тешкоће у спавању, појачан опрез, поремећај везивања, пад концентрације, тешкоће у успостављању односа са другима, безнадежан став према људима, животу, својој будућности, што појачава вероватноћу да ће доћи до ризичних облика понашања. Такође, појављују се наметања мисли и слика везаних за трауматске догађаје, застрашујући снови, репетиција трауме у игри, специфични страхови.

## 7. ДУГОРОЧНЕ ПОСЛЕДИЦЕ

Изложеност насиљу у породици у било ком развојном стадијуму може да доведе до дугорочних психолошких проблема, који трају и у одраслом добу. То су антисоцијално, агресивно или аутодеструктивно понашање, поремећаји расположења, злоупотреба супстанци, проблеми у контроли импулса, поремећаји понашања. Повећан је и ризик за депресивност, соматске тегобе, ниско самопоштовање, тешкоће у спавању и исхрани. Због проблема у учењу током детињства и недовољно развијених интерперсоналних вештина ове особе могу имати великих тешкоћа да задрже посао и остваре адекватне партнерске везе.

Већ поменуто домаће истраживање указало је да мајке региструју низ штетних последица код деце која су сведоци насиља или би могла знати за насиље које чине њихови очеви: промене у исхрани (29%), сметње приликом спавања (28%), ноћно мокрење (20%) и честе главобоље (11%). Најчесталија осећања била су страх (63%) те напетост и нервоза (56%). Промене су уочене и у односу детета са оцем, а односиле су се на страх (66%), избегавање контакта (43%) и беспоговорну послушност (33%), мада је некој деци отац био модел за понашање (16%). Код неке деце јављали су се слабији школски учинак (37%) и слаба концентрација (36%), док се код једног броја деце показивао бољи школски успех (11%). Код неке деце су примећене сиромашније социјалне релације са вршњацима (17%), а нека деца су показивала агресивно понашање (13%). Поједина деца су била жртве насиља својих вршњака (7%), а појављивало се и насиље у раним партнерским везама.

## 8. ПРЕПОРУКЕ ЗА ЗДРАВСТВЕНЕ РАДНИКЕ

Деца која живе у породицама са насиљем најчешће нису у стању да сама потраже помоћ или чак не знају како би говорила о насиљу. Она би код свог лекара требало да добију могућност да о томе разговарају.

Деца показују лојалност према родитељима и страх од тога шта ће се десити ако кажу истину о насиљу у кући, као и потребу да сачувају породицу од распада. Због тога је пресудно да се развије однос поверења са лекаром. У сваком случају неопходно је да лекари знају који су то могући знаци да се у породици детета дешава насиље, тј. шта су такозване „црвене заставице“, које треба да буду сигнал да је неопходно подробније испитати ситуацију.

## ЗНАЦИ УПОЗОРЕЊА

- ▶ Бебе које не напредују или губе на тежини
- ▶ Мало дете са ноћним морама
- ▶ Дете са боловима у стомаку или главобољом
- ▶ Енуреза и енкопреза
- ▶ Дете које бије другу децу
- ▶ Дете које бежи из школе
- ▶ Дете које је у пратњи повређене мајке у хитној служби
- ▶ Адолесцент који предузима ризична понашања
- ▶ Депресивни адолесцент
- ▶ Суицидални адолесцент

Како истраживања показују да лекари препознају само 1 од 35 случајева насиља у породици, препоручује се да се уведе рутински скрининг, који може да повећа број детектованих случајева.

**Уз помоћ питања примерених узрасту здравствени радник и сарадник могу да одиграју значајну улогу у превенцији и заштити деце од насиља у породици.**

Услед недостатка времена, едукације или непознавања механизма заштите деце, здравствени радник/сарадник често има тешкоћа да препозна децу која су под ризиком због насиља у породици. Зато се препоручују следећи **кораци**:

1. Разумевање природе насиља у породици, његове распрострањености и препрека за детектовање,
2. Познавање дефиниције насиља у породици и могућих показатеља,
3. Увођење **рутинског скрининга** при прегледу,
4. Схватање да су безбедност и сигурност детета и жене на првом месту,
5. Прикупљање информација о правним опцијама и поступку пријављивања злостављања деце и породичног насиља,
6. Познавање ресурса у заједници.

Да би се помогло деци, мора се помоћи мајци која је жртва насиља. Са њом треба разговарати о томе ко јој пружа помоћ у одгајању детета, како се слаже са партнером, да ли се осећа безбедно код куће, да ли је некада била у вези у којој ју је неко нападао или јој је претио, да ли је садашњи партнер некад повредио њу или децу, да ли разуме које опције има да нешто промени. Могуће теме разговора могу да буду и свађе, претње, повреде, капацитети за самоодбрану.

**Треба помоћи мајци да разуме да ни њена деца нису безбедна ако она није безбедна.**

## 9. ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

### Приказ случаја 1

*Девојчица, 6 година, живи у хранишћеској породици од своје групе 10-дине. Хранишћељица извештава да је тада једва ходала, говор није био развијен, иако је ни хиџенске навике. Показивала је стравове, ноћу је вришћала. Живећи у породици са још троје деце полајано је најредовала, све функције су се развиле у складу са узрасним нормативима. Везана је за хранишћеље и осталу децу у породици. У кући релативно складној понашања. У школи иошво свакодневно краде ужину од групе деце, чак и храну која је бачена у смеће, без обзира на то што има своју ужину и у кући добро једе. Недавно је бацила са шетерасе, друи страв, куцу коју је обожавала. Пас није преживео.*

*Доступни подаци о најранијем развоју говоре да је дете живело са родитељима који су се често свађали, отац наркоман шукао је мајку која је побегла, преудала се у иностранству и никада се није расишћивала о деци. Дете смешћено у хранишћеску породицу.*

### Приказ случаја 2

*Дечак од 14 месеци према привременој мери борави код оца 4 сатта, 2 пута недељно. Приликом једне посеће оцу засћао је у време када је требало да се врати мајци те је отац шелефоном замолио да га врати када се пробуди. Мајка је прешила полицијом па је отац уснуло дете донео испред зграде да га врати мајци. Када га је она узела у*



*наручје, свађа се насџавила и он ју је ударио у главу. Она је у самоодбрани узела из џорбе сѳреј са сузавцем и исѳрскала га у лице, држећи дејше које иначе болује од асѳме. Након овој дојађаја оба родиѳеља су добила меру забране узнемиравања малолетној дејшеј.*

## 10. ЗАКЉУЧАК

Због сложене природе доживљавања трауматских искустава код деце, здравствени радници/сарадници морају знати како да препознају децу која живе у породицама са насиљем. Реаговање других особа један је од најважнијих фактора од којих зависи како ће дете превазићи трауму. Стога је неопходно развијати климу у друштву која ће омогућити да се разбије зид тишине и тајни о партнерском и породичном насиљу и да се тако помогне деци која су невидљиве жртве насиља у партнерским односима својих родитеља.



# XI

# ВРШЊАЧКО ЗЛОСТАВЉАЊЕ

Оливер Видојевић

**В**ршњачко злостављање представља чест облик злоупотребе међу децом и адолесцентима, а епидемиолошки значај произилази из утврђених штетних последица за дететов психички и физички развој, као и за соматско и ментално здравље особа које су му биле изложене у дужем периоду током свог детињства.

Вршњачко злостављање се према Олвеусу дефинише као изложеност детета намерном, негативном и понављаном деловању од стране једног или више ученика, несразмерне снаге (стварне или перципиране), због чега то дете трпи телесну и емоционалну, психолошку штету, а немоћно је да се одупре.

## 1. ОБЛИЦИ ВРШЊАЧКОГ ЗЛОСТАВЉАЊА

Основна подела вршњачког злостављања је на физичко и вербално злостављање.

**Физичко злостављање** је најочљивији облик и обухвата ударање, шутирање, гурање, гађање, штипање, чупање, саплитање и друге облике напада који могу да изазову мање или више видљиве и озбиљне физичке повреде. Физичко насиље између вршњака привлачи највише пажње вероватно због бојазни околине да сукоб не ескалира и прошири се.

**Вербално злостављање** најчешће прати физичко и подразумева вређање, ширење гласина, стално задиркивање, понижавање, наређивање, захтевање послушности и подређености, исмевање, оговарање, ругање, а често обухвата и негативне коментаре о породици (о родитељима, брату, сестри).

**Вербално злостављање се теже препознаје од физичког и околина на њега мање реагује, мада студије показују да оно представља најраширенији облик вршњачког злостављања и да може довести до тешких последица код жртве.**

У литератури се среће подела наведених облика вршњачког злостављања на четири подврсте насиља:

- ▶ емоционално/социјално/релационо — обухвата намерно искључивање жртве из заједничких активности, изолацију и бојкот жртве од стране групе деце, често под утицајем једног детета међу њима које је организатор или врши подстрекавање осталих да жртву одбацују, игноришу, потпуно прекину њену социјалну комуникацију у групи вршњака (данас то све чешће чине путем социјалних мрежа, интернета, односно у форми дигиталног злостављања);
- ▶ сексуално насиље — у групи вршњака се односи на неумесне и увредљиве коментаре, добацивања, дисквалификације жртве, али и на различите форме и интензитете нежељеног телесног контакта или претње сексуалним нападом;
- ▶ економско насиље — обухвата отимање и уништавање ствари, крађу и изнуђивање новца;
- ▶ културално насиље — подразумева вређање на националној, религиозној и расној основи.

## **2. КАРАКТЕРИСТИКЕ ВРШЊАЧКОГ ЗЛОСТАВЉАЊА**

За здравственог радника битно је да разликује спорадичне епизоде пролазних сукоба међу децом од вршњачког злостављања и насиља. Присуство следећих фактора омогућава да се детерминише вршњачко злостављање:

- ▶ постоји намера да се дете повреди, увреди, да му се нанесе физичка, социјална, емоционална или друга штета;
- ▶ није било провокације од стране саме жртве злостављања;
- ▶ постоји неравноправност у погледу моћи, односно снаге жртве и злостављача, било да је само тако перципирана, било да је више злостављача циљало једну жртву;

- ▶ дешава се барем једном седмично или чешће, понавља се у датом временском периоду и/или прети да се и даље настави;
- ▶ са ескалацијом злостављања код жртве се јављају страх и плашња, што омогућава починиоцу злостављања да настави, јер не стрепи да ће жртва моћи да га пријави или прекине злостављање.

Злостављање међу децом може бити **директно** (нпр. вређање, ударање) и **индиректно**, које је теже уочљиво и коме су склоније девојчице (нпр. намерно искључивање из групних игара, оговарање итд.). Разликује се ситуација код дечака и девојчица. Дечаци су више физички активни и њихове интеракције у спорту и игри су физичке, па је међу њима чешће физичко злостављање. Девојчице су више изложене вербалном, емоционалном и релационом злостављању, посебно од стране других девојчица.

Злостављање се може дешавати у предшколској установи, у школи, на путу до школе, установи за дневни боравак и смештај деце, спортским организацијама и на другим местима где се деца окупљају у некој организованој или спонтано организованој активности, на пример у парку или на игралишту.

Вршњачко злостављање, поред намере да се некоме науди, понављања насилне радње и дисбаланса моћи, карактерише и јасна подела улога на улогу насилника и улогу жртве. По томе се вршњачко насиље јасно разликује од једноставне борбе за премоћ каква се догађа када се двоје деце посвађају око играчке коју обоје желе за себе.

**Поред онога ко насиље врши и онога ко насиље трпи, у динамици вршњачког злостављања обично имамо више актера:**

- ▶ жртве,
- ▶ починиоце,
- ▶ реактивне жртве (злостављани злостављачи),
- ▶ посматраче — сведоке који присуствују насиљу и злостављању друге деце,
- ▶ одрасле — наставници и школа као институција (односно дом ученика или друга институција у којој бораве деца).

### 3. ЖРТВЕ ВРШЊАЧКОГ ЗЛОСТАВЉАЊА

Истраживања показују да су нека деца због својих личних карактеристика и понашања под већим ризиком да буду жртве вршњачког злостављања. Чешће су то деца нижег раста и слабије физичке конституције, са мање физичке снаге, слабији су и грацилније грађе, која нису способна да се сама одбране и заштите од злостављања. Та деца другима делују као „лака мета“ или „жртвено јагње“, субмисивнија су и немају социјалне вештине, стидљива су, повучена, ћутљива, не говоре, имају мање пријатеља, нису „популарна у групи“. Некада су то деца која другима делују наметљиво, агресивно, антипатично, па су иритантна и провоцирају реакцију других против њих. Код овакве деце се лакше понављају епизоде агресије, уклапају се у улогу „црне овце“ у разреду.

Као личне особине деце жртава појављују се анксиозност, опрезност, мање говоре и тиха су, несигурнија, осетљивија, нису вешта у комуникацији и слабије се социјализују, немају способност да решавају проблеме, изолована су од других, имају мало другова или немају другове и другарице и блиске релације у разреду, везују се за одрасле (учитељицу, наставнике или искључиво родитеље и чланове породице).

Млађа деца су угроженија као жртве због слабије самозаштите и социјалних вештина. Лакше их је застрашити и збунити, па не саопштавају шта им се догађа и не траже помоћ, препуштена су злостављачима. Међу млађима злостављање обично траје краће и представља пролазни феномен, који се временом изгуби како се деца у разреду међусобно зближе и упознају.

### 4. ЗЛОСТАВЉАЧИ — ДЕЧАЦИ И ДЕВОЈЧИЦЕ КОЈИ ЗЛОСТАВЉАЈУ ДРУГУ ДЕЦУ

Међу злостављачима се највише истичу агресивнија деца, чешће дечаци, али у последње време расте удео девојчица у тој групи. Нека истраживања стављају акценат на децу са слабијом контролом понашања и импулсивношћу, без свести о последицама својих агресивних поступака према другој деци. Међутим, има показатеља да деца која хоће да остваре већи утицај и моћ у групи, а имају социјалне вештине, такође могу да се испоље на наметљив и насилан начин према другима, и то дечаци физичком силом, а девојчице више вербално и релационим злостављањем: сплеткарење, ширење лажних вести, вређање и

сл. Сви они генерално имају позитиван став према насиљу као начину за решавање проблема и конфликта, а показују негативан став према школском окружењу. Група деце са насилним понашањем обично постаје врло кохезивна, јер се слични међусобно удружују и уверавају да не чине ништа лоше или да се „само бране од оних других“.

#### 4.1. Карактеристике према узрасту

Агресивност у групи запажа се код неке деце још из предшколског узраста. То је значајан предиктор за касније насилно понашање према другој деци у основној школи. Према узрасту се могу издвојити **карактеристични знакови предикције агресивног и насилног понашања**.

У **предшколском узрасту** то су напади беса, који трају дуже и не могу се зауставити, агресивни испади без разлога, импулсивност, непостојање страха, енергичност без задршке, константно опонирање одраслима и непослушност према одраслима, воле да гледају насиље на филму, телевизији, на интернету и у игрицама и у томе јако уживају.

**Деца школског узраста** показују лошију пажњу и концентрацију, ометају школске активности других, имају лош успех у школи, улазе лако у конфликте и туче са другом децом, на критику и забрану реагују екстремним бесом, љутњом, осветом, па имају мало пријатеља, гледају насилне филмове и играју насилне игрице, склапају пријатељства са себи сличном агресивном децом и формирају групу која агресивно наступа према другој деци (агресивно понашање је предуслов да се у ту одабрану групу уђе и буде њен члан), стално су опонентни и супротстављају се одраслима као ауторитету, задиркују другу децу и драже животиње, често су фрустрирани, раздражљиви, делују као да су безосећајни у односу на друге.

У **адолесценцији** не поштују ниједан ауторитет, немају саосећање за друге, проблеме решавају првенствено силом и насиљем, имају лош школски успех и пуно изостају са часова, па лако отпадају из школовања (*drop-out*), чешће и више користе алкохол и ПАС, учествују у тучама, крађама и уништавању јавних добара.

Деца са агресивним и насилним понашањем често потичу из породица у којима су родитељи занемарујући и незаинтересовани у смислу одбацивања васпитне родитељске улоге или, насупрот томе, имају презаштитнички став, сами су хостилни према околини, увек пројектују кривицу за понашање своје деце на друге, криве другу децу, шко-

лу, друштво... Као доминантан или искључиви метод васпитања користе насиље и несразмерно и непримерено кажњавање, било физичко било друге видове, на недоследан и претеран начин. Практично, таква деца често преузимају модел понашања од родитеља/старатеља и примењују га у школи према другој деци и групи вршњака. Обично су те породице слабо сарадљиве и са школом и са другим службама.

У новије време пажња се усмерава на истраживање утицаја приказивања насиља у медијима, на филму, телевизији, у игрицама, којима су деца перманентно изложена од врло раног узраста. Општи закључак је да је неопходна јасна одредница и степен рестрикције у погледу приступа деце таквим садржајима.

## 5. РЕАКТИВНЕ ЖРТВЕ (ЗЛОСТАВЉАНИ ЗЛОСТАВЉАЧИ)

Реактивне жртве су злостављани злостављачи друге деце. Они своје понашање оправдавају преласком на „самоодбрану“, а практично се идентификују са агресором који је имао моћ над њима док су сами трпели злостављање. Преласком у позицију злостављача, они доживљавају да је моћ код њих. То су често деца са хиперактивношћу и са дефицитом пажње. Нека деца су у ту фазу прешла када више нису могла издржати да трпе висок степен и облик злостављања и понижавања којем су сама била изложена. Они су сами подложнији депресивно-сти, анксиозности, иритабилности и другим психолошким последицама злостављања. Истраживања показују да се код ових злостављача у дечјем и адолесцентском узрасту могу јавити дугорочне неповољне последице по соматско и ментално здравље, које се развијају у низ болести када одрасту: депресија, алкохолизам, злоупотреба и зависност од ПАС, поремећаји исхране и суицид.

## 6. СВЕДОЦИ — ПОСМАТРАЧИ ЗЛОСТАВЉАЊА ВРШЊАКА

Сведоци — посматрачи злостављања у вршњачкој групи могу да се сврстају у неколико подгрупа:

- ▶ подстрекачи — активни саучесници који подржавају, а учествују на подстицај вођа групе који иницирају злостављање жртве,
- ▶ пасивни навијачи — присталице злостављача који не учествују активно,

- ▶ гледаоци — само присуствују призору „са трибина“ и евентуално снимају мобилним телефоном па даље дистрибуирају снимак дешавања, ради коментара и сопствене популарности, али без непосредног учешћа у злостављању жртве,
- ▶ протестујући гледаоци — гласно негодују против злостављања, али не предузимају активну заштиту жртве и
- ▶ спасиоци — активно се укључују да заштите жртву и зауставе злостављање.

Сведоци насиља имају веома значајну улогу у заустављању насиља.

**Пракса је показала да најбоља превенција и најмоћнија стратегија у спречавању вршњачког злостављања лежи управо у томе да посматрачи насиља преузму контролу.**

Због тога је важно да интервенције у школи после посматрања и сведочења епизоди насиља и злостављања буду усмерене управо на све оне који су се нашли у посматрачкој улози. У супротном, посматрачи лако могу поново да се придруже или чак да активно иницирају ново злостављање са другим жртвама у истом или новом контексту, тј. ширење злостављачког понашања. Они који узму учешћа у одбрани жртве и прекидању вршњачког насиља су битни актери у превенцији нових епизода насиља — вршњачки едукатори и носиоци промене понашања у групи вршњака — те морају бити укључени у интервенцију.

## **7. ПРЕПОЗНАВАЊЕ ВРШЊАЧКОГ ЗЛОСТАВЉАЊА**

Показатељи вршњачког злостављања су разноврсни и зависе од врсте злостављања и од карактеристика детета. У понашању детета могу се распознати промене расположења, фрустрираност, раздражљивост или апатичност и стални умор. Нека деца имају агресивне иступе према члановима породице, понекад и према кућним љубимцима и/или предметима у кући, као израз немоћи и акумулираног беса и стрепње којима су стално испуњени. Друга деца делују тужно, несрећно, апатично, безвољно, лако се расплачу; у школи немају пријатеља нити ослонца. Неке жртве се повлаче у себе, ћуте и пасивно или активно одбијају да иду у школу, постају евидентно депресивне, чак могу да манифестују и суици-



далну идеацију или да покушају суицид, посебно када се на њих врши притисак из околине у погледу школе. Посебно треба обратити пажњу када се нагло јавља изразита промена у понашању и наступу детета: када оно мења пут којим одлази и долази из школе, када тражи да га неко води иако је претходно одлазило самостално, када тражи промену разреда или школе, када долази кући са поцепаним књигама и свескама, са оштећеним и несталим прибором, са упрљаном и поцепаном одећом и обућом или без делова одеће (патике, капа, рукавице, јакна, ранац и сл.), када долази из школе гладно, јер је новац за ужину наводно „изгубило“, када постане ћутљиво, тмурно, нерасположено, плачљиво, раздражљиво, када се по рукама и ногама се виде модрице, огреботине, посекотине, убоди које не уме да објасни или евидентно измишља начин повреде, када се повлачи из социјалних контакта, када је анксиозно, одсутно, збуњено, када дете постаје депресивно, када често одбија да једе, када се намерно самоповређује, када са већом депресивношћу почиње да размишља о самоубиству, па чак и покуша да се убије.

## 8. ПОСЛЕДИЦЕ ВРШЊАЧКОГ ЗЛОСТАВЉАЊА

**Краткорочне последице** код жртве злостављања се односе на појаву отпора према одласку у школу, на често изостајање и отпор поласку у школу после распуста, пауза и боловања, на слабији школски успех, на појачани страх, стрепњу, на слабије самопоуздање и аутономију у раду, на осећај мање вредности, на повученост и усамљеност, на претерану осетљивост, доживљај напуштености, на психосоматске сметње и соматске еквиваленте анксиозности (бол у стомаку, главобоља, бол у леђима, тешкоће спавања, јутарњи умор и сл.) и депресивност, са евентуалном суицидалном идеацијом и понашањем.

**Дугорочне последице** по жртве су: анксиозност, депресија, ниско самопоштовање, научена беспомоћност, западање у очајање и нарастање анксиозности што доводи до суицидалних мисли, тежњи и покушаја суицида; доживљај себе као другачијег од других, лошијег од осталих, доживљај да су сами криви за оно што им се дешава; доживљај немоћи да себе одбране и нешто предузму; поремећај пажње, памћења и репродукције наученог, уз опште редуковање мотивације, воље и капацитета за учење генерално; доживљај да овај свет није сигурно место, уз љутњу и огорченост на околину, а што у наступима беса и очајања може да доведе до несразмерних и погрешно усмере-

них агресивних иступа према околини (најчешће не директно према злостављачима, већ индиректно или заменски на друге), а који завршавају лоше по саму жртву; неуспех да се остваре своји потенцијали, јер школско окружење заувек остаје у доживљају као опасно, хостилно и туђе, а они су ту несигурни и застрашени, па су тако „унапред изгубљени за даље школовање“.

Генерално, истраживањима је потврђено да код одраслих, који су као деца и млади претрпели вршњачко злостављање, постоји слабије опште стање здравља, склоност поновљеним повредама на раду, у саобраћају и сл., као и тенденција да чешће траже лекарску помоћ.

Истраживања показују да се и код злостављача у дечјем и адолесцентском узрасту могу јавити дугорочне неповољне последице по соматско и ментално здравља те да се развија низ болести код њих када одрасту: депресија, алкохолизам, злоупотреба и зависност од ПАС, поремећаји исхране и суицид.

Последице по ментално здравље су далеко озбиљније, дугорочно су присутне и у каснијем животу, захтевају дуже и сложеније третмане. Као дугорочне последице су евидентирани депресија, поремећаји исхране и већа склоност болестима зависности, алкохолизму и употреби ПАС. Симптоми главобоље, инсомније, нерасположења, апатије или претеране иритабилности, слабије концентрације делују на знатно снижење радне способности код одраслих особа које од њих пате. Када уз то додамо њихова иначе лошија академска постигнућа због измењеног односа жртве према школи услед преживљеног злостављања, добијамо веома снижено животно и професионално остварење у одраслом узрасту код тих особа.

Ако се не третира благовремено и довољно дуго и интензивно, траума злостављања ће још снажније на њих деловати у правцу веће анксиозности, дубље депресивности и знатне тежине злоупотребе ПАС па до озбиљне и продужене суицидалности у одраслом узрасту. Може се закључити да су **неповољни ефекти вршњачког злостављања дугорочни, интензивни и да имају озбиљне консеквенце** на смањење квалитета живота особа које су га преживеле у детињству. Лечење тих последица може бити дуготрајно, мукотрпно, са сумњивим исходима, а намеће и знатне трошкове појединцима, породици и целом друштву.

Битан елеменат је и трансмисија злостављања у наредну генерацију, јер злостављачи друге деце у детињству, па и реактивни, злоставља-

ни злостављачи, могу да унесу елементе злостављачког понашања у своју породицу кроз насиље према својим партнерима, партнеркама и деци те да својим неадекватним родитељским назорима и понашањем подупиру злостављачке тенденције сопствене деце у групи вршњака. Ово су битни аргументи за правовремено препознавање и заустављање вршњачког злостављања, за неопходност раних терапијских интервенција ради спречавања и ублажавања дугорочних последица, за третман и рехабилитацију жртава, али и за евидентно значајан терапијски рад са злостављачима, као и са сведоцима, посматрачима насиља у вршњачкој групи.

## 9. ПОКАЗАТЕЉИ РАШИРЕНОСТИ ПОЈАВЕ ВРШЊАЧКОГ ЗЛОСТАВЉАЊА

Учесталост вршњачког злостављања је различита према савременој литератури. У скандинавским земљама 5–9% деце узраста 7–16 година је редовно изложено вршњачком злостављању, док је 15% ученика основне школе укључено у вршњачко насиље било као жртва или као починилац. У Великој Британији, 75% деце су жртве неке форме злостављања у једној школској години, а на узрасту 12–17 година 4% је злостављано бар једном недељно, а 10% само повремено. Истраживања у Канади показују да је 34% дечака и 27% девојчица злостављано, док је 54% дечака и 32% девојчица злостављало другу децу. У САД је 82,3% деце узраста 9–14 година било злостављано у периоду од 3 месеца барем једном недељно. Генерално, истраживања указују да код дечака има више физичког злостављања, а код девојчица више вербалног и психолошког, односно релацијског. Старија деца и адолесценти више злостављају друге. Деца трпе злостављање обично од ученика из свог разреда или из виших разреда, од старије деце. Насиље је најчешће међу вршњацима у основној школи, од 9. до 15. године. Касније, адолесценти показују мање злостављања у школској средини и јако опада физичко насиље.

## 10. СИТУАЦИЈА У НАШОЈ ЗЕМЉИ

Више истраживања указује на раширеност вршњачког злостављања међу децом у Србији. Истраживање омбудсмана о насиљу у основним школама у Војводини из 2011. године показује да је 24% ученика би-

ло бар једном изложено некој форми злостављања (дакле, просечно сваки четврти ученик). Распон пријављеног броја случајева је био од 0 до 100 у различитим школама, а један број школа није дао податке.

Према истраживању „Стање насиља у школама у Србији 2006–2013” (Попадић, Плут и Павловић, 2014) на великом узорку деце у основној школи, евидентирано је да половина деце није доживела злостављање у школи, а да су остали доживели ретке епизоде вршњачког насиља. Учесталост је била већа код ученика седмог и осмог разреда и више код дечака него код девојчица. Само 4–5% је доживело често и поновљено вршњачко злостављање. Најчешће се радило о физичком злостављању — око 5% ударање, и то више код дечака. Мање су заступљени присиљавање и отимање ствари, као и претње физичким насиљем. Вербално насиље је било присутније код девојчица у форми сплеткарења, до 30%. Сексуално узнемиравање је било чешће код девојчица, а расло је са узрастом девојчица, више у седмом и осмом разреду. У погледу реаговања, већина испитаника је избегавала насилника, а половина је реаговала узвраћањем, посебно старији ученици, дечаки. Девојчице су више тражиле заштиту одраслих.

## 11. ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

*Девојчица узраста 13,5 година је примљена на гечју психијатрију по индикацији педијатра због смањене телесне масе, редуковане исхране, аменореје и повишене моторне активности — типична слика менталне анорексије — респективни тип у адолесцентском узрасту. Родитељи су се врло брзо укључили у сарадњу и рад са терапеутима током двомесечног боравка на одељењу. Првобитно је само проблем исхране и тежине био у фокусу и онављала се ситуација пре хоспитализације — трајање за методом и дијетом који ће „враћати изгубљену тежину пацијенткиње”. Убрзо је рад у групи деце донео у први план основни етиолошки чинилац који је окренуо анорексију код ове младе пацијенткиње. Посматрала је евидентна изражена преосетљивост на коментаре вршњака, несразмерна емоционална реакција између беса, љутиње и депресивне дисфорије. Тако је и први пут добијен податак о дуодуодуалном емоционалном злостављању у новој школи, које је преживела у периоду од 6. разреда када се преселила у нову средину. Група деце коју је предводила „најпопуларнија девојчица у одељењу” је свакодневно*

усмеравала групе девојчице и дечаке да инорису, вређају и провоцирају девојчицу. Посебно је била малтретирана због физичког изгледа, јер је у том узрасту била унапред девојчица па је врло брзо постала тужна и повучена. Тада је и заочела дијету и родитељи су се свесрдно потрудили да јој нађу нутриционисте, да обезбеде дијетални режим исхране, а кренула је и са појачаним бављењем спортом. У 7. разреду је већ озбиљно редуковала тежину, изгубила апетит, постала бледа и исхијена и... била је и даље свакодневно изложена вређању, изруивању и понижавању од исте групе деце у школи. Тако се и јавила код педијатра који се фокусирао на соматске аспекте: снижену тежину испод граничне за узраст и телесну висину и почетак анемије. Девојчица је била још увек без менархе и без циклуса. Тек је боравак на дечјој психијатрији, као хитна интервенција у кризичном стању, у којој открио јако продужено и интензивно злостављање у школској средини од стране групе вршњака коме је девојчица била изложена, немоћна да се отвори ни пред родитељима ни у школи. У даљем току лечења, праћења и опоравка, кључне интервенције су биле са њом и са родитељима и тек са одговарајућим променама школског оквира пацијенткиња је ушла у стабилан опоравак са дугорочном ремисијом.



# XII

## ПРОЦЕС ЗАШТИТЕ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА У СИСТЕМУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Душанка Калањ

### 1. УВОДНА РАЗМАТРАЊА

Процес заштите детета од злостављања и занемаривања у систему здравствене заштите обухвата све мере које се спроводе у здравственим установама на свим нивоима заштите и у приватној пракси, као и мере које се реализују у сарадњи са другим системима. У циљу подизања ефикасности процеса заштите деце важно је поштовање јасно дефинисаних процедура поступања у оквиру система и процедура сарадње са другим системима.

**Сваки здравствени радник и сарадник обавезан је да у раду са децом препозна, збрине и у случају сумње на злостављање и занемаривање детета предузме мере прописане Општим и Посебним протоколом система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања.**

Закон о спречавању насиља у породици предвиђа обавезу сваког појединца да без одлагања извести полицију или јавног тужиоца о насиљу у породици или непосредној опасности од насиља.

**Необавештавање надлежних институција о случајевима злостављања и занемаривања повлачи кривичну и професионалну одговорност.**

Улога здравствених радника/сарадника у процесу заштите деце од злостављања и занемаривања је изузетно значајна. Здравствени радници/сарадници су често међу првима којима се дете и родитељи обраћају за помоћ у ситуацијама када је дете повређено, када испољава емоционалне или понашајне тешкоће или када родитељи имају проблема у надзору и дисциплиновању детета. Због тога су они у јединственој позицији да ефикасно и благовремено уоче ризик или да открију злостављање и занемаривање детета, као и да покрену процес пружања помоћи који ће заштити дете и омогућити му опоравак и несметани даљи развој.

**Посебно треба истаћи улогу здравствених радника и сарадника примарне здравствене заштите, који су детету и родитељу најдоступнији, у које имају највише поверења и од којих деца очекују да ће им увек пружити помоћ, па и када су жртве злостављања и занемаривања.**

Стручњаци примарне здравствене заштите су у прилици да дођу у контакт са свом децом, па и са децом под ризиком и децом из осетљивих група. Пратећи рани развој деце, они су у ситуацији да препознају ризике или злостављање и занемаривање на најранијем узрасту и да благовременим интервенисањем превенирају последице по раст и развој детета.

Ово су активности сваког здравственог радника/сарадника у процесу заштите деце:

**а) у оквиру установе и приватне праксе**

- ▶ препознавање злостављања и занемаривања, брза процена ризика по здравље и живот детета,

- ▶ медицинско збрињавање, дијагностиковање и документовање стања детета и показатеља сумње на злостављање и занемаривање,
- ▶ консултација са стручним тимом установе — приказ случаја стручном тиму, са навођењем разлога за преглед детета, описом здравственог стања детета, навођењем показатеља на основу којих је здравствени радник/сарадник посумњао на злостављање и занемаривање,
- ▶ доношење плана услуга и мера здравствене заштите у установи или на другим нивоима здравствене заштите,
- ▶ пријава сумње и непосредне опасности од злостављања и занемаривања детета институту за јавно здравље и вођење књиге евиденције о сумњи на злостављање и занемаривање,

#### **б) у оквиру сарадње са другим системима**

- ▶ извештавање надлежног центра за социјални рад, а у случајевима насиља у породици или непосредне опасности од насиља у породици и у случајевима када постоје основе за предузимање неодложне интервенције или постоји основана сумња да је дошло до извршења кривичног дела извештавање надлежне полицијске станице или јавног тужиоца,
- ▶ сарадња са другим секторима, организацијама и институцијама у даљем процесу заштите.

## **2. ПОСТУПАК У ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ И ПРИВАТНОЈ ПРАКСИ У СЛУЧАЈУ СУМЊЕ НА ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНЕМАРИВАЊЕ**

### **2.1. Препознавање и откривање злостављања и занемаривања детета**

У процесу заштите деце, препознавање злостављања и занемаривања представља иницијални корак, који је посебно значајан.

**Од препознавања и његове благовремености зависе даљи ток и исход заштите детета па се препознавање може сматрати најважнијим и најосетљивијим делом процеса заштите.**



Већ је напоменуто да је улога примарне здравствене заштите у процесу заштите деце изузетно значајна, а када је у питању препознавање случајева злостављања и занемаривања неспорно је и најважнија.

Злостављање и занемаривање детета открива се на два начина:

а) **На основу добијених (хетеро)анамнестичких података и прегледа детета**, што значи да сваки контакт са дететом треба неизоставно да обухвати уочавање евентуалних знакова повреда или промена у понашању који могу бити последица злостављања и/или занемаривања. Ово је истраживачки посао који подразумева прикупљање и повезивање медицинских чињеница у логичку целину. Пошто већина клиничких знакова и симптома није специфична за злостављање, када се јави сумња треба детаљније и систематски приступити телесном прегледу детета и проценити конзистентност установљених повреда и саопштених (хетеро)анамнестичких података.

Осим видљивих повреда на телу детета, здравствени радник/сарадник треба да уочава промене у понашању детета (необично регресивно или стармало понашање, изненадне промене у дотадашњем функционисању детета, необичне или непримерене информације којима дете располаже и сл.), које могу упућивати на сумњу да је дете изложено злостављању и/или занемаривању.

б) **Поверавањем**, које може бити директно, када се поверава само дете, или индиректно, када се информације добију од друге особе која има сазнање или сумњу да је дете злостављано или занемарено (родитељ, други члан породице, вршњак, наставник итд.).

Здравствени радник/сарадник треба пажљиво, без прекидања, да саслуша дете које се поверава или особу која износи своју сумњу. Током разговора дете треба умирити и ставити му до знања да ће здравствени радник/сарадник учинити све да оно буде заштићено. Разоткривање злостављања и/или занемаривања представља стресан процес за само дете и зато је неопходно да „особа од поверења“, коју је дете изабрало да би јој саопштило своју тајну, пружа детету континуирану подршку, сигурност и охрабрење. Ваља имати у виду да је детету требало доста храбрости да се неком повери, иако је трпело злостављање, да се боји последица поверавања, још већег насиља и губитка и да очекује помоћ. Због тога изабрана особа треба истовремено да пружа детету подршку, да се активно ангажује у покретању процеса заштите и да упозна дете са следећим корацима. Разумевање, сензитивност и

добар контакт здравственог радника/сарадника коме се дете поверило имају значајан утицај на даљи ток процеса заштите и психолошки опоравак детета.

Понекад здравствени радници/сарадници имају дилему да ли се њихова обавеза да покрену процес заштите (тј. да у ситуацији када им се дете поверило о сазнањима добијеним од детета известе стручни тим, надлежни центар, полицију или јавно тужилаштво) коси са етичким стандардима и законским нормама да чувају професионалну тајну. У пракси се јавља и дилема да ли ће се нарушити терапијски однос са дететом и родитељима, јер је право пацијента да очекује да ће његов лекар поштовати поверљивост свих информација личне и медицинске природе. Чињеница да је лекар пријавио сумњу на злостављање и/или занемаривање подразумева одавање професионалне тајне. Међутим, **у ситуацији када постоји сумња на злостављање/занемаривање**, ради добробити детета, а у ширем контексту посматрано и ради добробити породице детета и друштва у целини, **лекар је ослобођен чувања професионалне тајне** у мери у којој је то нужно ради пријављивања сумње на злостављање/занемаривање детета (Кодекс Лекарске коморе Србије, чл. 20). Штавише, лекар је етички обавезан да поведе посебну бригу о деци, што поред осталог подразумева и његову обавезу да упозори надлежне институције уколико опази злоупотребу и мучење детета од његове породице или стараоца (чл. 46 Етичког кодекса).

**Принцип „најбољег интереса детета” има предност над обавезом чувања професионалне тајне.**

Препорука је да здравствени радник/сарадник са породицом подели своју забринутост за дете и информише породицу о даљим корацима у процесу заштите, о консултацији са стручним тимом и одлукама тима, осим када се процени да разговор са родитељима није у најбољем интересу детета, односно да може повећати ризик по дете (нпр. поновно повређивање и сл.) или угрозити даљи поступак заштите (нпр. измештање детета на непознату локацију, прекид контакта са здравственом службом и сл.). Родитеље није нужно обавестити ни у ситуацији када сумња на злостављање и/или занемаривање подлеже обавезном извештавању полиције или јавног тужиоца.

## 2.2. Медицинско збрињавање и документовање када се јави сумња на злостављање или занемаривање

У случају сумње да је дете изложено злостављању и/или занемаривању сваки здравствени радник је у обавези да предузме следеће мере:

**а) Медицинско збрињавање** повреда/стања детета у складу са добром клиничком праксом за дијагностиковано стање детета

Основна улога здравственог радника/сарадника је да детету пружи неопходну здравствену помоћ коју захтева његово здравствено стање. Сумња да је повреда/стање детета последица злостављања и/или занемаривања не мења приоритетни задатак у раду здравственог радника/сарадника, а то је предузимање одређених здравствених интервенција заснованих на стандардима добре клиничке праксе који важе за ту област здравства.

**Важно је нагласити да медицинско збрињавање у случајевима злостављања и занемаривања обухвата и психолошку подршку детету, као неизоставни сегмент пружања свих медицинских интервенција на свим нивоима заштите.**

Овакав приступ произилази:

- ▶ из поверења и на поверењу заснованог очекивања детета да ће добити подршку и помоћ здравственог радника/сарадника и
- ▶ из последица изостанка подршке на опоравак детета и процес заштите.

У пракси се понекад психолошка подршка везује за специјализоване услуге здравствених радника/сарадника секундарног и терцијарног нивоа заштите, најчешће за службе менталног здравља на које се дете упућује. Међутим, сваки здравствени радник/сарадник и на примарном нивоу здравствене заштите треба да буде компетентан да детету пружи подршку. Важно је поново истаћи да посебан значај за опоравак детета и процес заштите има реакција особе којој се дете прво поверило или која је прва са дететом отворила причу о злостављању и/или занемаривању, а у нашем здравственом систему то је најчешће здравствени радник/сарадник примарне здравствене заштите. Специјалистичке службе треба укључити у случајевима када је потребна

сложенија процена трауматизованости или када је потребан третман последица злостављања и занемаривања.

### **б) Документовање повреда/стања детета**

Документовање повреда и стања физичког и психичког здравља детета представља део стандардне здравствене процедуре. Здравствени радници/сарадници примењују дијагностичке процедуре специфичне за своју специјализовану област, а у случају сумње на злостављање и/или занемаривање употпуњују их подацима који повреду или стање детета доводе у везу са злостављањем и/или занемаривањем.

Документовање подразумева **да се прецизно забележе:**

- ▶ идентитет детета и идентитет и сродство пратиоца детета,
- ▶ детаљан опис констатоване повреде и поремећаја здравља,
- ▶ подаци који указују на сумњу на злостављање и/или занемаривање (навођење показатеља, исказа детета или исказа пратиоца),
- ▶ подаци о особи за коју се сумња да је починилац,
- ▶ опис поступака којима је дете било изложено, према исказу детета или особе у пратњи (препушта се да се за описивање користе речи детета или особе у пратњи, по потреби и директним навођењем употребљених реченица и речи које илуструју неадекватно поступање),
- ▶ опсервације здравственог радника/сарадника.

Ако постоји могућност, повреде детета треба фотографисати, уз претходно информисање детета и родитеља/старатеља о разлогу фотографисања и уз добијање њихове писане сагласности.

Уколико дијагностиковано стање детета захтева упућивање на виши ниво здравствене заштите, треба водити рачуна **о ризику од секундарне виктимизације** детета. У случају када постоји ризик од секундарне виктимизације, треба проценити да ли је индиковано да лекар који је прегледао дете узима податке о злостављању/занемаривању, односно испитује дете. Понекад је, у циљу осветљавања злостављања, боље не разговарати са дететом додатно, осим ако дете спонтано не саопшти садржаје у вези са насиљем које је доживело. Ако дете спонтано исприча шта се десило, Посебни протокол утврђује обавезу здравственог радника да то забележи у медицинској документацији. Обавеза проистиче из реалног проблема у пракси, јер се дешава да се дете повери једном лекару, који то не документује, већ дете упу-

ти другом лекару без документације о злостављању. Већ је више пута напоменуто да је за дете разоткривање злостављања стресно и да је одговор здравственог радника на разоткривање изузетно значајан. Дешава се да се дете касније затвори и да није могуће поново добити податке о искуствима насиља. Ово је посебно значајно у случајевима сумње на сексуално злостављање.

**У дијагностиковању и документовању повреда/стања детета неопходно је, поред основне медицинске дијагнозе, користити и категорије из Десете ревизије Међународне класификације болести (МКБ 10) — Т74 (које се односе на синдром злостављања) и Z61 (које се односе на проблеме везане за негативне животне догађаје у детињству).**

У процесу заштите деце од злостављања и занемаривања, документовање повреде/стања детета је значајно:

- ▶ за процену нивоа ризика по дете,
- ▶ за процену потреба детета за интервенцијама других здравствених стручњака,
- ▶ за планирање мера заштите,
- ▶ као документ који се може користити у судском процесу заштите детета.

Важно је скренути пажњу да овакав начин документовања повреде/стања детета **не представља доказ у поступку доказивања злостављања и/или занемаривања пред судом**. У сврху доказивања користи се налаз вештака из процеса вештачења, које се спроводи по посебним процедурама. За процес заштите налаз лекара при прегледу злостављаног или занемареног детета представља важан извор информација значајних за решавање проблема злоупотребе детета.

Документовање сумњи на злостављање и занемаривање деце захтева примену мера везаних за поверљивост и заштиту права пацијената и сваки здравствени радник/сарадник има обавезу да се тога придржава.

У случајевима сумње да је дете сведок породичног насиља, осим процедуре за заштиту детета, неопходно је да здравствени радник/сарадник информише родитеља који не злоставља дете о поступку заштите

од породичног насиља (Посебан протокол Министарства здравља Републике Србије за заштиту и поступање са женама које су изложене насиљу).

**в) Обавештавање полиције или јавног тужиоца о случају сумње на насиље** у породици или о непосредној опасности од насиља у породици и у случају процене да су **безбедност и живот детета високо угрожени**.

### **3. ПРОЦЕНА ИЗЛОЖЕНОСТИ ДЕТЕТА ЗЛОСТАВЉАЊУ И ЗАНЕМАРИВАЊУ И СТАЊА ПОТРЕБА ДЕТЕТА И ПОРОДИЦЕ КРОЗ КОНСУЛТАЦИЈЕ СА ЧЛАНОВИМА СТРУЧНОГ ТИМА**

Процену сумње на злостављање и занемаривање коју је поставио и процену здравствених потреба детета и породице здравствени радник/сарадник обавља кроз консултацију са стручним тимом установе. Приказом случаја стручном тиму здравствени радник/сарадник заједно са стручним тимом разматра основаност сумње, процењује ниво ризика и тип злостављања.

**Важно је нагласити да здравствени радник и сарадник и стручни тим не спроводе свеобухватну процену ризика, већ прву, прелиминарну процену ризика.**

Циљ ове процене је да се донесу одлуке о корацима које треба предузети ради осигурања безбедности детета и спречавања даљег злостављања и/или занемаривања. У фази откривања злостављања и/или занемаривања нема услова за свеобухватну процену ризика, поготово не у здравственој заштити. Свеобухватна процена ризика везана за процес заштите деце је врло сложен посао и представља структурисан процес прикупљања података о детету, породици и породичним приликама, условима у којима дете живи, чињеница о особи за коју се сумња да је извршила насиље, чињеница о окружењу детета и других околности. Она се спроводи у следећој фази заштите, у центру за социјални рад или другим службама специјализованим за заштиту деце. Здравствени радници/сарадници процењују **здравствене последи-**

**це** које треба санирати, а што се тиче процене нивоа ризика важно је усмерити пажњу на присуство чинилаца високог ризика који захтевају хитно предузимање непосредне заштите детета.

Процењена изложеност детета злостављању и/или занемаривању уноси се у облику закључака са тимске консултације у пратећу медицинску документацију.

Треба нагласити да је збрињавање повреда/стања детета увек приоритет и да консултација са стручним тимом те обавештавање полиције или јавног тужиоца не смеју да успоре или одложе предузимање мера за медицинско збрињавање повреда/стања детета, поготово у ситуацијама када су индиковане хитне интервенције.

**Ако се процени да су безбедност и живот детета високо угрожени, консултација са стручним тимом не сме да успори предузимање хитних мера заштите — неодложног хитног извештавања полиције или јавног тужиоца, а у случају вршњачког насиља и надлежног центра за социјални рад. Консултације са стручним тимом у оваквим ситуацијама се обављају накнадно.**

У мањим здравственим установама треба се консултовати са стручним тимом на нивоу установе, социјалним радником установе или у локалној заједници, а прве консултације се могу обавити и са едукованим колегом у оквиру установе.

Улога здравственог радника/сарадника у процесу заштите деце не завршава се консултацијом са стручним тимом. Према Посебном протоколу, сваки здравствени радник/сарадник је обавезан да активно учествује у свим корацима заштите детета од злостављања и занемаривања. Исто је тако важно нагласити да у активностима заштите деце од злостављања и/или занемаривања, као и од насиља у породици и непосредној животној околини, процена ризика, актуелног и потенцијалног, треба да буде саставни део свакодневне праксе здравствених радника/сарадника.



## 4. ПЛАН МЕРА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ ИЛИ ПРИВАТНОЈ ПРАКЦИ

На основу тимске процене сумње на злостављање и/или занемаривање, процене стања и здравствених потреба детета и породице, здравствени радник/сарадник и стручни тим заједнички доносе план интервенција за дете и породицу. План мера обухвата:

- ▶ интервенције за дете и породицу које се могу обезбедити у оквиру установе,
- ▶ мере за чију је реализацију неопходно да се дете или породица упуте у друге установе система здравствене заштите,
- ▶ мере заштите за чију је реализацију неопходно успоставити сарадњу са другим системима (центром за социјални рад, полицијом, правосудним системом); план мера се евидентира у пратећој медицинској документацији и у документацији стручног тима.

Када се ради о насиљу у породици, Закон о спречавању насиља у породици утврђује да се сваки пријављени случај насиља разматра на састанцима групе за координацију и сарадњу, којима председава јавни тужилац. На тим састанцима се прави план мера и услуга (Индивидуални план заштите и подршке, чл. 31. Закона о спречавању насиља у породици). Представници здравственог система учествују на тим састанцима по потреби (чл. 25. ст. 4 Закона о спречавању насиља у породици).





## 5. ЕВИДЕНТИРАЊЕ СУМЊЕ НА ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНЕМАРИВАЊЕ

Завођење сумње на злостављање и занемаривање у књигу евиденције и пријављивање случајева институту за јавно здравље представља задатак стручног тима. Међутим, здравствени радник/сарадник који је посумњао на злостављање и/или занемаривање обавезан је да евидентира консултацију са стручним тимом и закључке те консултације унесе у пратећу медицинску документацију детета.

**Здравствени радник и сарадник треба активно да прати дете за које је поставио сумњу на злостављање и занемаривање, процењује његово здравствено стање, пружа му континуирану подршку и поново процењује ризик по злостављање и/или занемаривање у редовним временским интервалима.**

## 6. КОРАЦИ У ПОСТУПАЊУ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА/САРАДНИКА КАДА ПОСТОЈИ СУМЊА НА ЗЛОСТАВЉАЊЕ И/ИЛИ ЗАНЕМАРИВАЊЕ

### 1. Дијагностика, медицинско збрињавање и документовање стања детета

- ▶ медицинско збрињавање је приоритет у поступању
- ▶ обухвата и психолошку подршку детету
- ▶ прецизно бележење података од значаја за злостављање и/или занемаривање
- ▶ коришћење категорија Т74 — синдром злостављања и категорија Z61 — проблеми са негативним животним догађајима у детињству из МКБ 10 при дијагностиковању

### 2. Обавештавање центра за социјални рад, полиције или јавног тужиоца у случају породичног насиља и када постоје основе за предузимање неодложне интервенције

- ▶ накнадна консултација са стручним тимом

### 3. Консултација са стручним тимом установе

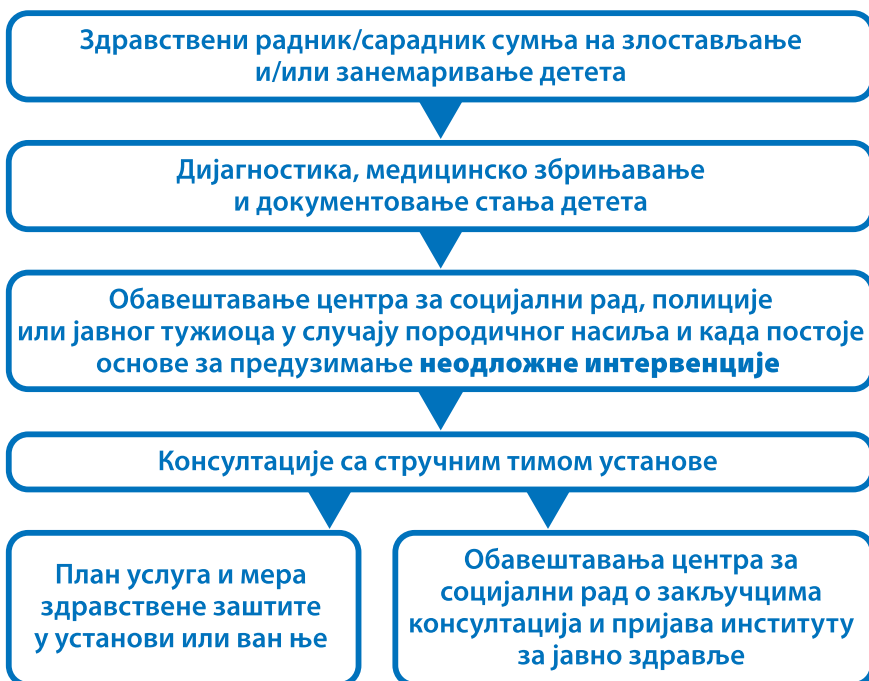
- ▶ уношење закључака консултације у пратећу медицинску документацију

### 4. План мера здравствене заштите у установи или ван установе заједно са стручним тимом

- ▶ евидентирање плана мера и праћење реализације планираних мера за дете и породицу

### 5. Обавештавање надлежног центра за социјални рад о закључцима консултација и пријава Институту за јавно здравље

## Алгоритам поступака са злостављаним или занемареним дететом





# XIII

## СТРУЧНИ ТИМ ЗА ЗАШТИТУ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА

Душанка Калањ

Посебни протокол система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања обавезује здравствене установе које се баве здравственом заштитом деце на свим нивоима здравствене заштите да формирају стручне тимове за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Здравствени радници/сарадници запослени у приватној пракси су такође у обавези да учествују у заштити деце од злостављања и занемаривања и да формирају стручни тим када је то могуће. Улога и задаци стручног тима у приватној пракси су исти као и тима у здравственој установи. Уколико се ради о приватној пракси која нема услова за формирање стручног тима, Протокол обавезује оснивача приватне праксе да о сумњи на злостављање и занемаривање извести надлежне институције.

### 1. ЗАШТО ЈЕ НЕОПХОДНО ФОРМИРАЊЕ СТРУЧНОГ ТИМА?

- ▶ Препознавање знакова и показатеља злостављања и занемаривања је понекад изузетно сложено, јер не постоје увек специфични знаци и симптоми на основу којих се са потпуном сигурношћу може утврдити присуство злостављања и занемаривања. Утемељенија процена се може добити тек на основу сагледавање тих показатеља у склопу свих постојећих чињеница и целокупне ситуације детета и његове породице.

- ▶ Процена нивоа ризика на основу које се планирају интервенције је изузетно осетљива, јер не постоје потпуно објективни параметри као водичи у процени. Искуства су показала да се и стручњаци понекад не слажу у потпуности у процени нивоа ризика.
- ▶ Осетљивост стручњака према деци утиче на то да се у процену уплићу и емоционални фактори.
- ▶ Рад са злостављаном и занемареном децом појачава осећај одговорности код сваког здравственог радника/сарадника, који лако може упасти у замку сопственог доживљаја да само од њега зависи добробит детета, па подела одговорности са другим колегама пружа неопходну подршку.
- ▶ Сусрет са понекад тешким садржајима и трпњом деце жртава злостављања и занемаривања може довести до посредне трауматизације стручњака, а стручни тим представља важан извор подршке за превенцију и превазилажење секундарне трауматизације и „синдрома сагоревања”.
- ▶ Рад са породицама у којима се дешава злостављање и занемаривање је понекад изузетно мукотрпан па је подршка колега у одржавању ентузијазма и истрајности у бављењу заштитом деце изузетно значајна.
- ▶ Процес заштите деце понекад је спор из различитих разлога, због чега се стручњаци могу осећати лоше, јер нису успели да заштите дете, а у неким ситуацијама може се јавити осећање беспомоћности, па су подела осећања са колегама и заједничко сагледавање да ли се и шта још може урадити за дете изузетно важни.

## 2. УЛОГА СТРУЧНОГ ТИМА

Основна улога стручног тима је стручна помоћ здравственом раднику/сараднику који је посумњао на злостављање и занемаривање:

- ▶ у процени нивоа ризика за дете,
- ▶ у процени типа злостављања,
- ▶ у планирању интервенција за дете у оквиру здравствене установе или на другим нивоима здравствене заштите,
- ▶ у планирању мера сарадње са другим секторима.

Стручни тим заједно са здравственим радником/сарадником који је поставио сумњу сагледава све елементе значајне за процену ризика по безбедност детета и на основу тога доноси одлуку о даљим корацима заштите.

Стручни тим:

- ▶ документује закључке консултације о сумњи на злостављање и занемаривање,
- ▶ води евиденцију о закључцима са консултације и планираним интервенцијама за дете тако што попуњава одговарајући образац пријаве и уписује податке у књигу евиденције,
- ▶ извештава надлежни центар за социјални рад о закључцима процене,
- ▶ извештава полицију и јавно тужилаштво у случајевима сумње на породично насиље, као и у случају процене да су безбедност и живот детета високо угрожени,
- ▶ пријављује све евидентиране случајеве сумње на злостављање и занемаривање надлежном заводу за јавно здравље на прописаним обрасцима најкасније до 10. у месецу за претходни месец (и електронским путем уколико установа има онлајн приступ регистру),
- ▶ примерак пријаве који су потписали чланови тима и здравствени радник/сарадник који је поставио сумњу обавезно чува у медицинској документацији,
- ▶ прати спровођење плана интервенција у оквиру здравствене установе,
- ▶ по потреби сарађује са другим секторима ради координације активности у конкретним случајевима (чл. 13. ст. 2 Закона о спречавању насиља у породици).

### 3. ОДЛУКЕ СТРУЧНОГ ТИМА

Одлуке стручног тима могу бити следеће:

- ▶ неодложна пријава полицији, јавном тужилаштву и центру за социјални рад,
- ▶ редовна пријава надлежном центру за социјални рад,
- ▶ сумња није потврђена.

### 3.1. Хитна пријава

У случају процене да постоји основ за предузимање неодложне интервенције (постојање непосредне опасности од угрожавања здравља и живота детета дефинисане Општим протоколом) и у случају сумње на насиље у породици неопходно је **одмах телефонски обавестити полицију или јавног тужиоца и надлежни центар за социјални рад**. Треба нагласити да је у наведеним случајевима хитно извештавање обавеза сваког здравственог радника/сарадника, а не само стручног тима. Консултација са стручним тимом не сме да одложи поступак покретања заштите.

**Осигурање безбедности детета је приоритет и неопходна је брза размена информација између здравствене установе, центра за социјални рад, полиције и других служби.**

### 3.2. Редовна пријава центру за социјални рад

Редовна пријава центру за социјални рад се поноси писмено или усмено, укључујући разговор телефоном (усмену пријаву треба да прати писмена пријава).

Писмена пријава треба да садржи следеће информације:

- ▶ основне податке о детету — име и презиме детета, датум рођења, адреса тренутног пребивалишта детета,
- ▶ основне податке о родитељима или старатељима детета — име и презиме, адреса тренутног пребивалишта, телефон за контакт.

Овде је важно имати у виду да родитељи обично при отварању картона детета у здравственој установи дају адресу из здравствене књижице на којој су пријављени, а која се понекад не поклапа са стварним боравиштем, што центру за социјални рад отежава успостављање контакта, па је препорука да се упише и актуелна адреса на којој дете живи.

- ▶ кратак опис догађаја или околности због којих постоји забринутост за дете, укључујући показатеље злостављања и занемаривања,
- ▶ процену о којој врсти злостављања или занемаривања се ради на основу препознатих показатеља,

- ▶ податке о починиоцу — да ли је то отац, мајка, оба родитеља, други члан породице или нека друга особа из окружења детета,
- ▶ податке од кога су добијена сазнања о злостављању или занемаривању, када и на који начин се дошло до сазнања о догађајима или околностима који изазивају забринутост за дете, да ли је то саопштило само дете или нека друга особа или је здравствени радник/сарадник поставио сумњу током прегледа и разговора са дететом на основу показатеља,
- ▶ ранија сазнања о показатељима злостављања и занемаривања детета или другог детета у породици,
- ▶ карактеристике детета значајне за процену нивоа ризика са којима стручни тим располаже (нпр. заостајање у развоју, поремећај у понашању, хронична болест детета или друге здравствене тегобе и оштећења која умањују ниво самозаштите детета),
- ▶ податке о породици детета — са ким дете живи, да ли у породици има још деце која су под ризиком, да ли родитељи живе заједно или су разведени, да ли у породици неки члан болује од тешке или озбиљније хроничне болести, да ли је породица скоро имала неки губитак, да ли се ради о избегличкој породици и сл., уколико стручни тим располаже таквим подацима,
- ▶ карактеристике родитеља или старатеља значајне за процену нивоа ризика, нпр. подаци о озбиљнијим здравственим проблемима родитеља, смањеним интелектуалним капацитетима, сумња или подаци о породичном насиљу, алкохолизму, психијатријској болести, асоцијалном понашању или друга сазнања значајна за процену ризика,
- ▶ запажања здравственог радника/сарадника из опсервације односа родитеља према детету током прегледа, разговора са родитељем или у чекаоници, запажања из ранијих контаката са родитељем,
- ▶ закључак тимске консултације о врсти злостављања и процени ризика за дете, као и препоруке које интервенције треба пружити детету и породици, уколико стручни тим има такве препоруке,
- ▶ информације о интервенцијама које здравствена установа планира да пружи детету или породици.

Писмену пријаву потписују чланови тима и здравствени радник/сарадник који је поставио сумњу.

Стручни тим неће увек располагати свим наведеним информацијама. Важно је да пријава сумње центру за социјални рад садржи **податке**



**значајне за процену ризика, који су доступни стручном тиму.**

Стручни тим не треба да трага за додатним информацијама да би употпунио пријаву, поготово када се сумња на висок ризик, јер би то продужило време излагања детета опасности. Центар за социјални рад као координатор процеса заштите деце од злостављања и занемаривања има дужност и обавезу да размотри прихватљивост и основаност сумње, успостави контакт са дететом и породицом и прикупи додатне податке који недостају, а који су потребни за свеобухватну процену ризика и израду плана мера за заштиту детета.

Када показатељи и сазнања о злостављању и занемаривању нису довољни да се постави сумња, али постоје елементи који указују на могућност да дете трпи штету, стручни тим ће се консултовати са другим службама за које се претпоставља да имају сазнања о детету (образовно-васпитне установе, центар за социјални рад, SOS службе и сл.) како би се прикупили додатни подаци о детету и породици потребни за процену ризика.

**3.3. Сумња није потврђена**

Стручни тим може проценити да сазнања и показатељи у понашању детета не указују на злостављање и занемаривање. У тим околностима стручни тим треба да **направи план превентивних мера** за дете који обухвата контролни преглед детета, преглед друге деце у породици, посету патронажне службе породици и консултације са другим службама које могу имати податке о детету (предшколска установа, школа). Здравствени радник има обавезу да активно прати дете и поново се консултује се са стручним тимом ако дође до нових сазнања или препозна показатеље који могу указивати на злостављање и занемаривање.

**Важно! Здравствени радник и сарадник не процењује сам ризик за дете и не доноси сам одлуку о пријави сумње на злостављање и занемаривање.**

Поред наведеног, задатак стручног тима је и **израда општег акта установе за примену Посебног протокола** за заштиту деце од злостављања и занемаривања у установи. Акт треба да садржи:

- ▶ јасан опис поступка у установи са дететом које је под ризиком или је идентификовано као жртва злостављања и занемаривања,
- ▶ интерну процедуру рада тима — састав стручног тима, место и време редовних консултација,
- ▶ интерне и екстерне процедуре у случају неодложних интервенција (хитне консултације, консултације викендом, телефонски контакти са надлежним центром за социјални рад и полицијом),
- ▶ начин вођења евиденције о раду стручног тима.

Стручни тим треба да има податке са именима особа и бројевима телефона центра за социјални рад, полиције, школе и других служби у локалној заједници укључених у бригу о деци и заштиту деце.

Стручни тим има и следеће задатке:

- ▶ едукација запослених о показатељима и последицама злостављања и занемаривања деце,
- ▶ едукација запослених о обавезности примене Посебног протокола и о интерној процедури примене,
- ▶ праћење примене поступака за заштиту деце од злостављања и занемаривања унутар установе,
- ▶ информисање пацијената о Посебном протоколу и стручном тиму у установи,
- ▶ учешће у раду мултисекторског тима за заштиту деце од злостављања и занемаривања у локалној заједници,
- ▶ сарадња са другим институцијама за бригу о деци у локалној заједници у циљу превенције злостављања и занемаривања и унапређења заштите деце,
- ▶ подношење годишњег извештаја о раду директору установе, односно оснивачу приватне праксе.

Важно је још једном истаћи значај подршке стручног тима здравственим радницима/сарадницима, не само у стручном аспекту бављења злостављањем и занемаривањем деце већ и у превенцији посредне трауматизације и истрајавању у раду са децом и породицама.

## 4. СТРУКТУРА СТРУЧНОГ ТИМА

Структура стручног тима зависи од специфичности установе. Оптимални тим у примарној здравственој заштити састоји се од педијатра, педијатријске медицинске сестре (медицинског техничара), патронажне медицинске сестре, психолога и социјалног радника, који је координатор рада тима. У околностима када није могуће образовати оптимални тим, Протокол налаже формирање минималних тимова које чине педијатар и медицинска сестра (медицински техничар).

У здравственим установама секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите примењује се исти принцип формирања стручног тима, којим може да руководи здравствени сарадник, лекар специјалиста педијатар, дечји психијатар, дечји хирург или лекар друге специјалности, у зависности од специфичности установе. У стручни тим треба укључити и лекаре других специјалности (гинекологе, специјалисте ургентне медицине, специјалисте за судску медицину итд.) када зато постоје кадровски услови. Чланове стручног тима именује директор здравствене установе, односно оснивач приватне праксе.

## 5. ОРГАНИЗАЦИЈА РАДА СТРУЧНОГ ТИМА

Посебни протокол за заштиту деце од злостављања и занемаривања обавезује стручни тим да у склопу општег акта установе за примену Посебног протокола јасно дефинише и интерну процедуру рада тима. Како заштита деце од злостављања и занемаривања није основна делатност здравствене установе, а да би стручни тим ефикасније радио, сматрамо да поново треба истаћи следеће:

**Сви чланови колектива треба да знају ко су чланови стручног тима и ког дана, у које време и у којој просторији могу приказати случајеве у којима су поставили сумњу на злостављање и занемаривање.**

Такође је важно да сви чланови колектива **познају процедуру за хитне случајеве** када ће се потребна консултација обавити са тренутно доступним члановима тима, а случај приказати на првом редовном састанку тима. Стручни тим треба да води записник о разматраним

случајевима на састанку тима како би се евидентирале одлуке о интервенцијама за сваки појединачни случај и о задужењима чланова тима. На сваком састанку се прати реализација одлука и задужења за претходно разматране случајеве.

## 6. УЛОГА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА/САРАДНИКА У ДАЉОЈ ЗАШТИТИ ДЕТЕТА

Општи и Посебни протокол предвиђају **обавезу здравственог радника/сарадника** који је поставио сумњу на злостављање и занемаривање **да активно учествује у свим корацима у процесу заштите детета**. Обавеза је заснована на праву детета да расте и да се развија у безбедном и подржавајућем окружењу и на обавези сваког појединца, организације, система и државе да допринесу изградњи таквог окружења. Учешће здравственог радника/сарадника у даљој заштити детета дефинисано је и специфичностима професионалног места у систему здравствене заштите, али сваки здравствени радник/сарадник на свим нивоима здравствене заштите и у приватној пракси обавезан је да:

- ▶ активно прати стање и ситуацију детета и пружа му потребну подршку,
- ▶ активно прати поступање родитеља према детету и пружа подршку родитељима, посебно родитељу који не злоставља дете, у настојању да се злостављање и занемаривање окончају.

Важно је нагласити да је, у даљем процесу заштите, за опоравак детета изузетно значајна подршка детету и незлостављајућем родитељу од стране здравственог радника/сарадника који је први препознао показатеље, односно коме се дете прво поверило.

## 7. ПОСЕБНА РАДНА ГРУПА ЗА ЗАШТИТУ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА

Посебна радна група за заштиту деце од злостављања и занемаривања представља групу стручњака у оквиру Републичке стручне комисије за унапређење здравља жена, деце, школске деце и омладине. Чланове Посебне радне групе именује министар здравља. Мандат чланова траје 5 година и може се поновити.

## 7.1. Основни задаци Посебне радне групе

Основни задаци су:

- ▶ координација и праћење примене Посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања,
- ▶ предлагање мера за унапређење заштите деце,
- ▶ сарадња са надлежним јавним тужиоцем, председавајућим групе за координацију и сарадњу (чл. 25–27. Закона о спречавању насиља у породици),
- ▶ сарадња са системом социјалне заштите, полицијом, образовним системом, невладиним организацијама и другим организацијама укљученим у заштиту деце,
- ▶ успостављање критеријума за избор континуираних медицинских едукација из области заштите деце од злостављања и занемаривања за све нивое едукације (основни ниво, виши ниво, специјализоване едукације) у циљу подизања компетенција чланова стручних тимова при здравственим установама за што ефикаснију практичну примену Посебног протокола,
- ▶ праћење и оцењивање реализације одредби Посебног протокола и пратеће документације у пракси здравственог система,
- ▶ предлагање мера и измена усмерених на унапређење квалитета практичних одредби Посебног протокола и пратеће документације,
- ▶ разматрање годишњег извештаја Института за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“ о пријавама сумњи на злостављање и занемаривање деце које су поднеле здравствене установе,
- ▶ покретање иницијативе и/или подршка иницијативи за допуну и унапређење законске регулативе везане за заштиту деце од свих облика злоупотребе,
- ▶ учешће у изради релевантне документација (образаца, формулара), интерних и екстерних процедура установа,
- ▶ именовање и предлагање еминентних стручњака из региона за чланове регионалних тимова за заштиту деце од злостављања и занемаривања за регионе Београда, Крагујевца, Новог Сада и Ниша,
- ▶ подношење годишњег извештаја о свом раду министру здравља,
- ▶ промоција и ширење добре праксе у заштити деце од злостављања и занемаривања у систему здравствене заштите и приватној

пракси у сарадњи са Институтом за јавно здравље Србије и министарством здравља.

## 7.2. Структура Посебне радне групе

Чланови Посебне радне групе су признати стручњаци из различитих области здравствене заштите свих нивоа (примарни, секундарни, терцијарни) и из свих региона Републике Србије. Према Посебном протоколу, за члана Посебне радне групе именује се по један представник из следећих области:

- ▶ специјалиста педијатрије,
- ▶ специјалиста судске медицине,
- ▶ специјалиста дечје психијатрије,
- ▶ специјалиста клиничке психологије,
- ▶ специјалиста дечје хирургије,
- ▶ специјалиста гинекологије и акушерства, едукован за дечју и адолесцентну гинекологију,
- ▶ дипломирани социјални радник,
- ▶ медицинска сестра/медицински техничар педијатријског смера или патронажна сестра,
- ▶ представник Института за јавно здравље Србије,
- ▶ представник министарства здравља,
- ▶ представник невладиних организација које се баве заштитом деце од злостављања и занемаривања,
- ▶ представници министарстава надлежних за социјалну заштиту, образовање, унутрашње послове и правосуђе.

У раду Посебне радне групе учествују и координатори регионалних тимова за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Структура регионалних тимова прати модел структуре Посебне радне групе.

Координатор Посебне радне групе има обавезу да сарађује са републичким стручним комисијама и мултиресорским телима Владе Републике Србије у циљу унапређења заштите деце од злостављања и занемаривања.



## XIV

# ПОСТУПАК САРАДЊЕ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ СА ДРУГИМ СИСТЕМИМА У СЛУЧАЈУ СУМЊЕ НА ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНЕМАРИВАЊЕ ДЕТЕТА

Олга Милојковић

### 1. УВОДНА РАЗМАТРАЊА

У процесу заштите деце од злостављања и занемаривања учествују установе и појединци из различитих система (здравство, образовање, социјална заштита, полиција, правосуђе и др.), сваки од њих у оквиру својих надлежности. Основни циљеви су ефикасна заштита и унапређење добробити деце. Основни предуслови су добра сарадња укључених институција и јасно дефинисане улоге, у складу са одредбама Општег протокола које се односе на ову област. Улогу координатора у овом процесу има центар за социјални рад, у складу са његовом друштвеном функцијом органа старатељства и основне службе за заштиту малолетних лица.



И Општи протокол и Посебни протокол система здравствене заштите сагледавају заштиту деце од злостављања и занемаривања као **процес** који захтева **интегрисан интерсекторски приступ у свим фазама заштите** и сарадњу између система у циљу подизања квалитета и ефикасности интервенција и обезбеђивања међусобне подршке.

## 2. ЗАШТО ЈЕ САРАДЊА МЕЂУ СИСТЕМИМА НЕОПХОДНА?

- ▶ Мултифакторска узрочност појаве злостављања и занемаривања деце захтева интердисциплинарни и интерсекторски приступ.
- ▶ Решавање проблема злостављања и занемаривања деце захтева широк спектар интервенција.
- ▶ Ефикасност интервенција повезана је са квалитетом сарадње између појединаца и система.

### Предуслови за успешну сарадњу између система:

- ▶ заједничко поимање и јединствен став (исти референтни оквир) у односу на појаву злостављања и занемаривања деце,
- ▶ јасно дефинисани кораци у поступању и јасно дефинисане улоге појединих учесника у процесу заштите,
- ▶ познавање улога и задатака других актера у заједници,
- ▶ проток информација, односно размена информација и консултације унутар система и између система, праћена писменим документима и повратним информацијама,
- ▶ узајамна подршка појединаца и система,
- ▶ поверење између појединаца и система.

Сарадња система здравствене заштите са другим системима укљученим у заштиту деце обухвата активности стручног тима и активности здравственог радника/сарадника као појединца.

### 3. АКТИВНОСТИ СТРУЧНОГ ТИМА У ИНТЕРСЕКТОРСКОЈ САРАДЊИ

Након тимске консултације, стручни тим о закључцима консултације извештава надлежни центар за социјални рад, полицију или јавног тужиоца, у зависности од процењене хитности. Извештавање може бити у облику:

- ▶ редовне пријаве (види поглавље о стручном тиму) и
- ▶ хитне пријаве.

Хитност се процењује на основу неколико фактора и усаглашена је са Општим протоколом за поступање у случају злостављања и занемаривања детета. Процењују се:

- ▶ тежина и комплексност потребе, укључујући присутне стресоре и способност за превладавање тешкоћа детета и породице,
- ▶ степен изложености опасностима, што обухвата разматрање узраста, степена евентуалне ометености у развоју и приступ злостављача детету,
- ▶ степен вероватноће да ће кризна ситуација довести до повреда или оштећења у кратком временском периоду,
- ▶ време трајања кризе.

Основ за предузимање **неодложне интервенције** јесте постојање непосредне опасности од угрожавања здравља и живота детета и подразумева предузимање хитних мера да би се осигурала безбедност детета. Интервенције **спроводи центар за социјални рад у сарадњи са другим службама и органима у локалној заједници**. Неодложна интервенција може бити неопходна после прве пријаве злостављања или занемаривања или у било којој фази процеса заштите детета, односно рада са дететом и породицом. Дужност свих дечијих, здравствених и образовних установа, установа социјалне заштите, правосудних и других државних органа, удружења и грађана као појединаца јесте да без одлагања извести надлежни центар за социјални рад ако процене да су живот и здравље детета непосредно озбиљно угрожени и да је неопходно хитном акцијом осигурати безбедност детета.

Према Посебном протоколу система здравствене заштите, који је усаглашен са Општим протоколом, непосредна претња од настанка повреде или оштећења постоји у следећим случајевима:

- ▶ присутне су тешке повреде услед физичког злостављања или су родитељ или друга особа својим чињењем могли довести до тешких повреда детета,
- ▶ дете је присуствовало насиљу у породици у ситуацијама када је дошло до смртног исхода члана породице или повреда које захтевају болничко лечење,
- ▶ здравствено стање детета захтева хитан медицински третман, који родитељ, односно друга особа која се стара о детету не жели или није у стању да обезбеди или родитеље није могуће пронаћи,
- ▶ постоји ризик да родитељ или старатељ који је у психотичном стању или је агресиван услед тешке менталне болести, поремећаја личности, употребе дроге или алкохола нанесе детету повреде или оштећења,
- ▶ дете млађе од 6 година остављено је без адекватног надзора или у потенцијално опасним околностима (нпр. деца млађа од дванаест година брину о сасвим малој деци, стан/кућа су у таквом стању да представљају директну претњу за настајање тешких повреда, нпр. необезбеђене електричне инсталације, необезбеђени прозори лако доступни детету или велика опасност од пожара),
- ▶ постоји разумна сумња да ће дете претрпети одмазду или учену родитеља, односно да ће родитељ побећи са дететом и свој бес или друга непријатна осећања изазвана пријављивањем и истрагом усмерити према детету,
- ▶ други случајеви у којима постоје оправдани разлози који указују на то да би непредузимањем хитних мера и услуга из надлежности здравственог сектора дошло до угрожавања живота, здравља и развоја детета.

Здравствена установа која има стационар има право да задржи дете у здравственој установи уколико се родитељ не понаша у складу са најбољим интересом детета, уз обавезно хитно обавештавање надлежног центра за социјални рад.

**Центар за социјални рад има право да постављањем привременог старатеља детету ограничи родитељска права у домену медицинског збрињавања детета у случајевима када родитељи из различитих разлога не прихватају спровођење за дете неопходног лечења.**

Сарадња у даљем процесу заштите укључује:

- ▶ размену информација о току процеса заштите,
- ▶ праћење реализације планираних мера у установи и извештавање центра за социјални рад у случају да породица детета не сарађује или ако су откривене нове околности од значаја за процес заштите.

Након извештавања центра за социјални рад, полиције или јавног тужиоца о сумњи на злостављање и занемаривање, сви стручњаци треба:

- ▶ да активно помажу надлежним органима и службама (центру, органу унутрашњих послова, тужилаштву) у даљем процесу заштите детета,
- ▶ да се одазову на позив центра и припреме се да учествују на састанку (конференција случаја) на коме ће се разматрати ситуација детета и доносити одлуке о мерама заштите и услугама које ће се пружити детету и породици,
- ▶ да буду спремни да учествују у спровођењу плана заштите односно пружању услуга које буду договорене,
- ▶ да узму активно учешће у процесу психолошког опоравка детета и прекидању циклуса насиља.

#### **4. ЗАШТО ЈЕ НЕОПХОДНО ИЗВЕСТИТИ ЦЕНТАР ЗА СОЦИЈАЛНИ РАД О СВАКОЈ СУМЊИ НА ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНЕМАРИВАЊЕ?**

Из улоге центра као органа старатељства, коме је држава поверила надзор над родитељством, произилази улога носиоца и координатора процеса заштите деце од злостављања и занемаривања.

Центар за социјални рад је надлежан и компетентан да по добијању обавештења о сумњи да је дете изложено злостављању и/или занемаривању самостално или у сарадњи са другим службама спроведе **свеобухватну процену ризика**, на основу које се доноси одлука о стратегијама заштите детета.

Интервенције центра за социјални рад подразумевају правно утемељене и за родитеље обавезујуће мере. Већина родитеља који злостављају и занемарују своју децу изузетно је осетљива на процењивање својих родитељских компетенција, што може лоше утицати на њихову спремност за сарадњу. Истраживања указују и на присуство неповере-

ња у социјалним односима код родитеља који злостављају и занемарују децу. Са неким родитељима није могуће остварити сарадњу каква је потребна за рад на промени неадекватних образаца родитељства, већ су неопходне правно обавезујуће мере државе, чије је спровођење у надлежности центра за социјални рад. Пријемна процена сумњи на злостављање и занемаривање у центру за социјални рад обухвата проверу претходне регистрације породице по било ком основу, па и по основу ранијих пријава злостављања, занемаривања, породичног насиља итд. Евиденција свих случајева у центру спречава да родитељи избегну мере тако што ће променити здравствену установу.

**Важно је напоменути да циљ интервенција центра није кажњавање родитеља, већ јачање позитивних снага породице кроз пружање стручне саветодавне, материјалне, правне и друге подршке и помоћи детету и родитељима, кад год је то могуће.**

Мере заштите детета у оквиру породице усмерене на промену неадекватних поступања родитеља центар спроводи кроз превентивни и корективни надзор и оне обухватају:

- ▶ упозорење родитељима на недостатке и пружање помоћи у отклањању пропуста и недостатака у родитељству,
- ▶ упућивање родитеља да користе услуге других институција, рецимо саветовалишта за брак и породицу.

Поред законских овлашћења за хитне интервенције збрињавања детета ван породице без сагласности родитеља, центар има овлашћења, на основу Породичног закона, да у случајевима неодложне интервенције покрене поступак привремене старатељске заштите детета, који подразумева ограничење вршења родитељског права и постављање привременог старатеља до коначне одлуке о вршењу, односно лишењу родитељског права, коју доноси суд.

За заштиту деце од злостављања и занемаривања у оквиру здравственог система посебно је важна већ поменута интервенција центра која постављањем привременог старатеља ограничава родитељска права у домену медицинског збрињавања детета у случајевима када родитељи из различитих разлога не прихватају спровођење за дете неопходног лечења.

По потреби, центар за социјални рад организује **конференцију случаја**, којој присуствују стручњаци из образовних, дечијих и других установа, као и особе које добро познају дете и породицу, родитељи (или, у зависности од околности, само ненасилни родитељ), дете и друга деца из породице, уколико је то прикладно, те стручњаци који могу бити укључени у будући рад са дететом. Здравствени радник/сарадник има обавезу да учествује на конференцији случаја. Исходи конференције случаја треба да буду осмишљен план за заштиту детета (утврђено ко, шта и када ће да ради), именовање одговорних стручњака за спровођење и координирање плана заштите детета, идентификовање даљих потреба за проценом, утврђени рокови, датум састанка за ревизију и резервни план уколико се договорене мере заштите не могу спровести.

## 5. АКТИВНОСТИ ЗДРАВСТВЕНОГ РАДНИКА/САРАДНИКА КАО ПОЈЕДИНЦА У ИНТЕРСЕКТОРСКОЈ САРАДЊИ

**У интерсекторској сарадњи**, сваки здравствени радник/сарадник на свим нивоима здравствене заштите и у приватној пракси **обавезан је да:**

- ▶ извештава центар за социјални рад о новим сазнањима до којих је дошао пратећи дете и породицу, а која указују на повећан ризик за дете или која могу допринети расветљавању ситуације злостављања и занемаривања,
- ▶ на захтев јавног тужиоца, суда и центра за социјални рад, доставља извештаје о здравственом статусу детета и све релевантне податке добијене током прегледа и разговора значајне за расветљавање злостављања и занемаривања,
- ▶ учествује у раду групе за координацију и сарадњу интерсекторског тима,
- ▶ учествује на конференцијама случаја ради планирања мера заштите и услуга за дете и породицу,
- ▶ пружа здравствене услуге договорене на групи за координацију и сарадњу и/или на конференцији случаја,
- ▶ учествује у судском поступку заштите детета у својству сведока или вештака на захтев суда,
- ▶ сарађује са тимом за заштиту деце од насиља, злостављања и занемаривања у школи у ситуацијама везаним за образовни процес и

испољене тешкоће детета које се могу директно довести у везу са злостављањем/занемаривањем.

Већ је речено да је поступак у процесу заштите деце од злостављања и занемаривања у систему здравствене заштите исти за све нивое заштите (примарни, секундарни, терцијарни) и за приватну праксу. Разлика постоји само у услугама које одређена здравствена установа може да пружи детету и породици те је неопходна сарадња између установа различитог нивоа здравствене заштите.

Поред сарадње са центром за социјални рад као координатором процеса заштите деце, здравствени радници/сарадници имају обавезу да сарађују и са другим актерима у заједници који су укључени у систем друштвене бриге о деци и процес заштите. Већ је поменута сарадња са полицијом, тужилашвом и судом. Школе, предшколске установе и организације цивилног друштва подједнако су важан сегмент мреже сарадника здравственог система у заштити деце од сваке врсте злоупотребе.

У пракси се показало да протоколи о сарадњи потписани између свих система и организација у локалној заједници знатно унапређују сарадњу тако што стварају ефикасну мрежу за заштиту деце од злостављања и занемаривања.



# XV

## РЕГИСТРОВАЊЕ СЛУЧАЈЕВА СУМЊЕ НА ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНЕМАРИВАЊЕ ЕЛЕКТРОНСКИМ ПУТЕМ

Мирјана Шуловић Живковић

### 1. УВОДНА РАЗМАТРАЊА

Стручни тим здравствене установе пријављује све евидентиране случајеве сумње у јединствену електронску базу пријава до 10. у месецу за претходни месец.

Приступ регистрацији имају све здравствене установе, укључујући и установе приватне праксе.

Апликацији за пријаву сумње на злостављање и занемаривање деце у систему здравствене заштите приступа се на интернет адреси:

<http://zzdece.batut.org.rs>

Образац пријаве налази се на интернет адреси:

<http://www.batut.org.rs/download/uputstva/prijavaOSumnjiNaZlostavljanjeZanemarivanjeDece20171117.pdf>

Приступ је омогућен само овлашћеним корисницима. Ауторизација корисника се дефинише употребом корисничког имена и шифре, за које се везује скуп права и привилегија за рад у систему.



Креирање и измену података о овлашћеним особама обавља само Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.

Да би се подаци о овлашћеној особи из неке установе додали у апликацију за заштиту деце од злостављања и занемаривања у систему здравствене заштите или изменили у њој, овлашћена особе из установе која то захтева мора послати допис у папирној или електронској форми (скенирана папирна форма). Допис треба да буде на меморандуму установе, да садржи датум молбе/захтева, наслов молбе/захтева, текст молбе/захтева, печат установе и потпис директора установе.

У садржају дописа треба навести следеће податке о особи за коју се креира приступ:

- ▶ тип акције (додавање новог корисника, измена постојећег корисника),
- ▶ име,
- ▶ презиме,
- ▶ ЈМБГ,
- ▶ позиција/назив радног места у установи,
- ▶ директна имејл адреса (адреса на коју се могу слати подаци из домена одговорности те особе),
- ▶ мобилни телефон (мобилни телефон на који ће бити послата приступна шифра или нова шифра у случају губитка/промене старе),
- ▶ контакт телефон (телефон за свакодневни контакт).

Рок за отварање налога са дефинисаним правима приступа је 5 радних дана. Рок за измену налога са дефинисаним правима приступа је 3 радна дана.

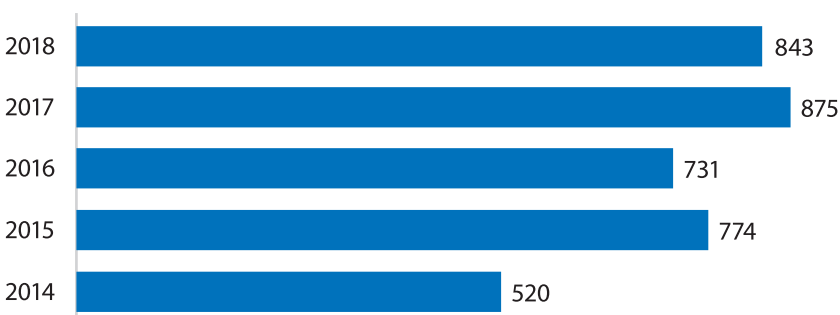
## 2. ПРЕДНОСТИ ЕЛЕКТРОНСКОГ ИЗВЕШТАВАЊА

Електронско извештавање омогућава јединствену методологију прикупљања података о евидентираним случајевима сумње на злоупотребу деце. Пријава се врши једном у здравственој установи, а подаци су по уносу доступни здравственој установи, надлежном институту/заводу за јавно здравље и ИЈЗС. База омогућава претрагу претходне евиденције деце у здравственом систему, као и креирање 19 различитих извештаја за одабрани временски период. База представља основ за анализе рада здравствених служби и за одговор здравственог система на злоупотребу деце.

### 3. ПРЕГЛЕД ДОСАДАШЊИХ РЕЗУЛТАТА

У периоду 1.1.2014 — 31.12.2018. електронским путем су, из 68 здравствених установа, пријављена укупно 3743 случаја сумње на злостављање и занемаривање (3378 деце). Број пријава по годинама приказан је у Графикону 1, а број деце по узрасту и годинама у Табели 1.

**Графикон 1. Број пријава из здравствених установа, Р. Србија, 2014–2018.**



Извор података: База пријаве сумњи на злостављање и занемаривање деце, ИЈЗС

**Табела 1. Број деце по узрастним групама, Р. Србија, 2014–2018.**

Узраст	2014	2015	2016	2017	2018
0–2	94	100	61	58	42
3–5	42	50	48	61	54
6–8	49	91	78	83	97
9–11	86	147	135	206	169
12–14	114	182	171	238	258
15–17	88	122	156	165	163
<b>Укупно</b>	<b>473</b>	<b>692</b>	<b>649</b>	<b>811</b>	<b>783</b>

Извор података: База пријаве сумњи на злостављање и занемаривање деце, ИЈЗС

У посматраном петогодишњем периоду најчешће су евидентиране сумње на злостављање и занемаривање дечака (59,4%) и деце оба пола узраста 12–14 година (28,2%). Укупно је регистровано 2612 сумњи на злостављање, најчешће деце узраста 12–14 година (31,9%). Пријављене су 1074 сумње на занемаривање деце, најчешће узраста 0–2 године (28,4%). Евидентирана су 92 случаја експлоатације деце, од чега је 37 било сексуалне природе (40,2%). Деца су ретко била изложена само једном облику злостављања/занемаривања. Здравствени радници су у периоду 2014–2018. године најчешће пријављивали физичко злостављање (56,7%) и медицинско занемаривање (29,6%).

Здравствени радници су евидентирали да се злостављање/занемаривање најчешће дешавало у породици (44,2%) и школи (26,6%). Дете је у преко половине случајева добило адекватан третман и психолошку подршку у установи (55,5%), а свако седмо дете је хоспитализовано због последица насиља (15%). Једна трећина евидентираних случајева је захтевала неодложну пријаву полицији и центру за социјални рад (34,2%), а уз редовну пријаву надлежном центру за социјални рад упућено је 42,7% деце. Најчешће коришћена обавезна дијагноза приликом пријаве била је T74.1 — физичка злоупотреба.



# XVI

# ПРЕВЕНЦИЈА ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА ДЕЦЕ И МЛАДИХ

Милица Пејовић Милованчевић

## 1. УВОДНА РАЗМАТРАЊА

Превенција злостављања и занемаривања деце подразумева скуп мера и активности које имају за циљ стварање сигурног и подстицајног окружења за децу и младе. С обзиром на мултифакторску условљеност појаве злостављања и занемаривања, успешни превентивни програми подразумевају друштвену акцију на свим нивоима. Међутим, и даље није прецизно дефинисано ко треба да буде носилац превенције злостављања. Разлози за то леже у недовољном број публикованих доказа који би потврдили успешност примењених програма и у недовољно чврстим доказима о вези исхода превентивних програма и реалних фактора узрока злостављања.

У области јавног здравља, злостављање и занемаривање деце представља значајан проблем, и у погледу збрињавања непосредних последица и у погледу дугорочних последица злостављања и занемаривања на психофизички и социјални развој детета, па и на функционисање у одраслом добу.

**Светска здравствена организација је препоручила превенцију злостављања и занемаривања деце као једну од приоритетних активности у јавном здрављу.**

Светски извештај Генералног секретара УН о насиљу над децом (2006) наводи да владе треба да обезбеде „опсежан систем спречавања насиља и заштите деце на начин којим се поштују дете у својој укупности и дететова породица, достојанство и приватност детета те развојне потребе дечака и девојчица“. У извештају се препоручује да се координирани одговор усмерен на превенцију насиља над децом ојача следећим активностима:

- ▶ пружањем пренаталне и постнаталне неге и кућних посета како би се оптимализовао рани развој детета,
- ▶ имплементирањем културолошки прикладних и родно сензитивних програма родитељства, којима се пружа подршка породицама како би обезбеђивале дом без насиља,
- ▶ заштитом деце, нарочито вулнерабилне, у породици и бављењем питањима инвалидитета и рода, као што су насиље између супружника/партнера, које је у великој мери повезано са свим облицима злостављања деце (у 50–60% свих случајева).

Финансијски трошкови друштва у случају злостављања детета подразумевају:

- ▶ здравствену негу жртве,
- ▶ програме за душевно здравље и против злоупотребе супстанци за жртве или починиоце,
- ▶ издатке у систему кривичног правосуђа за кривично гоњење и третман починилаца,
- ▶ законске трошкове за јавно старање над дететом и рехабилитацију растурених породица,
- ▶ трошкове образовног система за пружање специјалистичке подршке у образовању за децу која заостају у развоју или која имају лоше резултате у школи.

Превентивне активности допринеће да се деца и млади осећају заштићено и сигурно у свом окружењу и да одрасли преузму одговорност за стварање подстицајног окружења за развој потенцијала сваког детета, без обзира на индивидуалне разлике.

Кроз превентивне програме омогућава се:

- ▶ благовремено уочавање потенцијалног злостављања и занемаривања и отклањање познатих ризика за развој ових појава,

- ▶ припрема и спровођење адекватних активности у смислу реаговања уколико се региструје злостављање и занемаривање,
- ▶ свеобухватне интервенције с децом, младима и породицама, од помоћи жртвама и незлостављајућим родитељима до рада са злостављачима,
- ▶ заштита права и смањење додатне патње свих актера укључених у процес злостављања и занемаривања.

Јавно здравствени приступ превенцији злостављања и занемаривања деце обухвата универзалну, селективну и индиковану превенцију, за разлику од класичне поделе на примарну, секундарну и терцијарну превенцију. Универзална превенција подразумева интервенције усмерене ка целокупној популацији, док су селективне интервенције усмерене ка појединцима или групама код којих се сматра да постоји значајно већи ризик од појаве злостављања и занемаривања. Индиковане интервенције се спроводе са појединцима, породицом или у специфичном окружењу у ситуацијама када се злостављање већ догодило, са циљем да се злостављање прекине, да се умање последице по физичко и психичко здравље детета колико год је то могуће и да се осигура безбедност детета. Здравствени радници/сарадници у свом раду спроводе све три врсте интервенција.

## 2. УНИВЕРЗАЛНА (ПРИМАРНА, ОПШТА) ПРЕВЕНЦИЈА

Универзална превенција у односу на злостављање и занемаривање деце обухвата све активности усмерене на спречавање појаве злостављања или занемаривања деце и младих. Циљна група којој је намењена јесте **општа популација**. Циљ примарне превенције је подизање јавне свести свих грађана, пружалаца социјалних, здравствених и образовних услуга, као и оних који доносе законе и стратегије везане за овај друштвени проблем. Примарна превенција подразумева рад на превенцији насиља у породици и друштву. Спроводи се кроз повећање доступности и квалитета услуга здравствених служби које раде са децом и родитељима, али и кроз низ глобалних друштвених мера — иницијативе за промене и допуне законских прописа који се односе на насиље над децом, едукацију шире и стручне јавности о штетности насиља и о ненасилној комуникацији (нпр. учење социјалних и асертивних вештина, рад са децом и родитељима на побољшању интеракције), формирање превентивних програма за заштиту деце на

нивоу здравствених установа. Примарна превенција ради на подизању свести путем медијских порука да је злостављање деце одговорност сваког одраслог и проблем читаве заједнице.

Стратегије примарне превенција обухватају промену свести људи о „вредности“ деце, повећање економске стабилности и независности породица, смањење физичког кажњавања или указивање на то да је физичко кажњавање неадекватна дисциплинска мера и да представља насиље над децом, побољшање доступности здравствених служби деци и родитељима, унапређење сарадње између здравствених установа и других релевантних сектора, смањење стопе зависности одраслих од дрога и алкохола, превенцију рађања нежељене деце. Стратегије на породичном нивоу подразумевају помоћ родитељима у задовољењу основних потреба, рану дијагностику проблема зависности од алкохола и дрога, едукацију родитеља о понашању деце, дисциплиновању, безбедности и развоју и др.

Технике универзалне (примарне) превенције су најисплативији начин превенције насиља над децом. Многе интервенције (нпр. здравствене посете патронажних сестара) показале су се као корисне у превенцији и идентификовању злостављања и занемаривања деце, односно породичног насиља. Механизми универзалне превенције су следећи:

- ▶ саветодавни рад за планирање породице,
- ▶ пренатална и постнатална здравствена заштита мајке и детета,
- ▶ школе родитељства за будуће родитеље у којима би се родитељи упознали са потребама бебе и вештинама подстицања развоја од најранијег узраста детета,
- ▶ школе родитељства за родитеље, старатеље и хранитеље предшколске деце у којима би се они упознали са карактеристикама дечјег развоја и потребама деце,
- ▶ саветовање и едукација родитеља и деце о злостављању и занемаривању, штетности физичког кажњавања деце, дисциплиновању деце методама позитивне дисциплине и др.

Примарна превенција телесног кажњавања деце треба да обухвати све нивое друштва. У ту сврху треба користити кампање за подизање свести преко јавних медија. Занимљиво је да за спречавање емоционалног злостављања и занемаривања постоји најмање развијених превентивних програма, иако је то најчешћи облик, али је најтеже „ухватљив“.

Кад је у питању сексуално злостављање, постоје бар две познате стратегије:

- ▶ едукација деце да препознају ситуације у којима би могли бити изложена опасности од злостављања, о томе како да се одупру и одбију понуде и физичке контакте који могу водити злостављању, како да потраже помоћ,
- ▶ удаљавање познатих злостављача, проверавање особа приликом запошљавања, обавештавање локалних заједнице о злостављачу који живи у заједници и др.

**Искуства из света нам показују да рани превентивни програми могу да помогну да се заустави или смањи учесталост злостављања и занемаривања.**

Најуспешнији приступ у превенцији насиља подразумева:

- ▶ подизање свести и знања деце, младих и њихових родитеља/старијаша о злостављању и занемаривања деце и младих,
- ▶ извођење програма који обухватају све потенцијалне актере злостављања и занемаривања, укључујући и стручњаке,
- ▶ укључивање деце и младих (партиципација деце) и као креатора и као извршилаца програма,
- ▶ повезивање програма са свим осталим програмима унутар институција у којима деца бораве и функционисање програма у складу са већ развијеним активностима унутар институција и активности у локалној заједници (школа, предшколске установе, полиција, тужилаштво),
- ▶ пуну подршку локалне заједнице ради обезбеђивања одрживости програма.

Посебан значај има идентификовање протективних фактора, који смањују излагање факторима ризика или ублажавају ефекте фактора ризика. Фактори заштите обухватају:

- ▶ породично окружење које пружа подршку,
- ▶ неговање вештина родитељства,
- ▶ стабилне породичне односе,



- ▶ запосленост родитеља,
- ▶ адекватно становање и приступ здравственој заштити и социјалним службама,
- ▶ заједнице које пружају подршку родитељима и преузимају одговорност за спречавање насиља у породици.

Особине успешних програма у превенцији злостављања и занемаривања су:

- ▶ јачање породичних и друштвених веза и међусобна подршка,
- ▶ третман родитеља и рад с родитељима као кључним актерима у развоју и подизању детета,
- ▶ креирање програма за унапређење вештина родитељства,
- ▶ поштовање интегритета породице,
- ▶ помагање родитељима да обезбеде оптимални развој и себе и своје деце,
- ▶ обезбеђивање услова унутар друштвеног система где деца и њихови родитељи могу квалитетно да проводе заједничко време,
- ▶ побољшање координације и интеграције система неопходних породицама,
- ▶ подизање друштвене свести о значају родитељства као вештине и о значају друштвене бриге о родитељима,
- ▶ омогућавање 24–часовног дежурства у случајевима хитних интервенција на нивоу породица.

Стратегије за превенцију злостављања и занемаривања деце укључују и следеће интервенције:

- ▶ дијагностиковање трудноће код младих и неударних мајки и анализа утицаја трудноће на садашњи и будући живот мајки,
- ▶ испитивање потенцијалних стресора будућих родитеља,
- ▶ подршка младим родитељима на нивоу шире породице и друштва,
- ▶ идентификовање породица у којима се јављају злоупотреба супстанци, насиље у породици и проблеми менталног здравља,
- ▶ омогућавање новим родитељима да имају бољу доступност центара за социјални рад, здравствене кућне посете у дужем временском року и континуирану подршку у оквиру саветовалишта за родитеље,

- ▶ едукација родитеља о развојним задацима деце, узрасно примереној бризи о деци и супервизији понашања, указивање на штетност физичког кажњавања,
- ▶ едукација родитеља о проблемима дојења и исхране, о безбедности деце у кућним условима,
- ▶ омогућавање доступности здравствених служби путем викенд дежурстава односно касних поподневних термина за запослене родитеље,
- ▶ ефикаснија организација здравствене заштите за угрожене друштвене слојеве,
- ▶ боља информисаност опште популације о службама за заштиту деце (медијско оглашавање телефона, адреса и презентација служби за заштиту деце),
- ▶ подржавање универзалне здравствене заштите деце,
- ▶ унапређење квалитета здравствене заштите деце,
- ▶ развој нових служби у смислу центара за заштиту деце од злостављања и занемаривања, с посебним освртом на третман болести зависности и друге проблеме менталног здравља.

У превенцији злостављања и занемаривања деце изузетно значајну улогу имају стручњаци примарне здравствене заштите.

**Препорука је да сваки контакт са децом и породицом здравствени радник/сарадник у примарној здравственој заштити искористи за едукацију родитеља, старатеља и хранитеља о дечјем развоју и стимулацији дечјег развоја, као и за едукацију о подржавајућем и одговорном родитељству.**

Посебна улога у универзалној превенцији злостављања и занемаривања припада постојећим саветовалиштима у оквиру примарне здравствене заштите (саветовалиштима за труднице, школама за родитељство, здравствено–едукативним центрима, саветовалиштима за младе, развојним саветовалиштима).

Важне активности на универзалној превенцији злостављања и занемаривања представљају и:

- ▶ едукације деце о ненасилној комуникацији и конструктивном решавању сукоба и оснаживање за пријављивање насиља,
- ▶ организовање округлих столова и форума о заштити деце од злостављања и занемаривања.

Ове активности примарна здравствена заштита треба да организује у сарадњи са другим секторима у локалној заједници и уз подршку локалне самоуправе како би биле доступне што већем броју деце, родитеља, старатеља и хранитеља.

### 3. СЕЛЕКТИВНА (СЕКУНДАРНА) ПРЕВЕНЦИЈА

Ова група активности односи се на откривање и регистровање деце и породица код којих се јавља повећани ризик од појаве насиља у породици и злостављања и занемаривања деце, а на основу постојања биолошких, психолошких или социјалних фактора ризика или одсуства заштитних фактора.

**Ризичне групе чине деца и млади са развојним сметњама, маргинализовани, социјално депривирани, етничке мањине и, уопште, деца са психофизиолошким сметњама, односно породице са биопсихосоцијалним проблемима.**

Најчешће се ове породице препознају током кућних посета патронажних сестара и редовних контролних и систематских прегледа деце.

**Под посебним ризиком су породице са проблемима насиља и злоупотребе психоактивних супстанци те социјално и егзистенцијално угрожене породице.**

Циљ селективне (секундарне) превенције јесте да се смањи утицај ризичних чинилаца и да се оснаже протективни фактори. Најбољи резултати у раду са идентификованим високоризичним групама постижу се приликом кућних посета, кроз разговор и саветовање. Кућне посете доприносе побољшању добробити родитеља (депресија мајке,

злоупотреба супстанци) и вештина родитељства и понашања родитеља (храњење по потреби, стимулативније и безбедније кућно окружење) те постизање генерално повољнијих исхода за дете (исходи везани за здравље, исхрану и развој). Да би се смањили уочени ризици, здравствена установа мора укључити у превенцију и друге системе у локалној заједници.

У оквиру секундарне превенције спроводе се активности као што су едукације, радионице, предавања, неформалне школе (нпр. за младе родитеље за које се зна да су под утицајем стреса везаног за бригу о детету) и сл. Ове активности односе се на програме за развој родитељских компетенција.

**Примарна и селективна (секундарна) превенција делотворније су када се пружају као универзалне услуге које се нуде свима, заједно са појачаним услугама и интервенцијама које су усмерене на породице за које се утврди да су „у стању потребе” и/или изложене високом ризику од злостављања пре него што дође до насиља над дететом.**

#### **4. ИНДИКОВАНА (ТЕРЦИЈАРНА) ПРЕВЕНЦИЈА**

Индикована превенција обухвата рад са злостављаном и занемареном децом и њиховим породицама **када се злостављање већ деси** како би се спречило поновно злостављање и занемаривање и умањиле последице злостављања и занемаривања. У том случају је неопходна сарадња и размена информација између стручњака и институција укључених у поступак.

**Циљ је сачувати породицу и спречити измештање злостављане и занемарене деце у институције или у алтернативне видове ванпородичне неге.**

Ово су примери терцијарне превенције:

- ▶ рутински преглед и узимање опсежне анамнезе у болницама и клиникама,
- ▶ процена детета да би се утврдило има ли повреде које нису последица незгода и процена има ли неких обољења,
- ▶ интервенције фокусиране на родитеље (и незлостављајућег и злостављајућег) и на другу децу у породици,
- ▶ едукација родитеља о незлостављајућим васпитним методама и стилевима, рано препознавање знакова злостављања, школе родитељства и сл.,
- ▶ рад с децом (едукација о њиховим правима, препознавање потенцијално опасних ситуација, упознавање с начинима заштите од злостављања, препознавање одраслих особа које детету могу пружити помоћ и подршку, учење социјалних вештина, нпр. вештина ненасилне комуникације),
- ▶ сарадња и размена информација између служби.

С обзиром на комплексност, индикована/терцијарна превенција би требало да буде мултидисциплинарна, а у њој би требало да учествују и стручњаци из других система. Изузетно је важно да се постојећи програми укључе у организоване здравствене службе, јер је то једини начин за дугорочно планирање смањења појаве злостављање и занемаривања деце и младих.

Важне циљеве превентивне медицине представљају идентификација група под високим ризиком и примена адекватних стратегија на ове групе у свим развојним стадијумима, што може обухватати следеће:

- ▶ рана нега, пре порођаја,
- ▶ здрави почетак живота,
- ▶ висококвалитетно родитељство,
- ▶ нега деце ментално болесних родитеља или родитеља зависника,
- ▶ промоција менталног здравља у школама,
- ▶ подизање породичне кохезивности (уз блиску сарадњу са стручњацима за ментално здравље и породичним лекарима),
- ▶ превенција на радном месту,
- ▶ едукација о животним вештинама,
- ▶ превенција у старачком добу итд.

Посебно значајан сегмент представљају третман и заштита/подршка деци жртвама насиља, злостављања и занемаривања. Интервенције које се предузимају у случају насиља над децом и женама у ширем смислу подразумевају:

- ▶ откривање, идентификовање и потврђивање,
- ▶ испитивање узрока, нивоа ризика, снага и ресурса жртви насиља,
- ▶ планирање, спровођење и евалуација одређених мера заштите, односно третмана намењених детету, женама, али и породици у целини.

Интервенције обављају едуковани стручњаци (и здравствени радници и здравствени сарадници). Додатна знања се добијају кроз специјалистичке курикулуме у области експертизе (клинички психолози, дечји психијатрији), али и кроз додатне едукације (сви остали здравствени радници/сарадници).

У класичном сагледавању интервенција, оне се дефинишу у односу на систем у коме се спроводе (интервенције у социјалном, здравственом, просветном/образовном систему и сл.), у односу на приступ (интердисциплинарне и интрадисциплинарне), у односу на појединца према којем су усмерене (дете, жена, породица у целини), у односу на улогу у кругу насиља (жртва, сведок, насилник), у односу на врсту насиља и ниво терапијског захтева (интервенције у кризи, саветодавне интервенције, терапија).

**Савремено сагледавање интервенција увек подразумева мултидисциплинарност, мултидимензионалност и целовитост интервенисања.**

**Психосоцијалне интервенције** су све активности које помажу у нормализацији друштвеног, породичног и индивидуалног психосоцијалног функционисања. Оне унапређују осећај сигурности, поверења појединца у делотворност система да заштити дете од насиља, омогућавају повезаност међу члановима заједнице, усмеравање на постојеће ресурсе у оквиру локалне заједнице. Оне могу подразумевати:

- ▶ пружање интервенција у најбољем интересу психосоцијалног развоја детета,

- ▶ благовремено започињање интервенција, што повећава шансе за њихов повољан исход,
- ▶ практичну помоћ пружену на саосећајан начин, емоционалну подршку и почетно смиривање врло узнемираних односно повређених појединаца,
- ▶ пружање додатних информација,
- ▶ обезбеђивање неодложне здравствене подршке у случају повреда и сл.

Деци жртвама насиља се могу понудити следеће психосоцијалне интервенције:

- ▶ емоционална подршка и заштита од даљег насиља,
- ▶ краткорочна или дугорочна терапија,
- ▶ групна терапија,
- ▶ логопедска или окупациона терапија,
- ▶ развој социјалних компетенција.

Посебно је важно напоменути да у судским просецима везаним за насиље над децом и младима треба да буду ангажовани вештаци који имају додатну едукацију или супспецијализацију из судске медицине, односно вишегодишње искуство у раду с децом и младима. Нажалост, у нашој средини и даље постоји пракса да вештачење деце спроводе стручњаци који нису у свакодневном контакту с децом и немају формалну едукацију за рад с децом.

## 5. ЕДУКАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА/САРАДНИКА

Један од основних предуслова за спровођење успешних превентивних активности јесте едукација здравствених радника/сарадника о феномену злостављања и занемаривања. Континуирана едукација је неопходна да би се запосленим здравственим радницима/сарадницима помогло да разумеју важност, неопходност и обавезност заштите деце од злостављања и занемаривања те да би се информисали о процедури процеса заштите и адекватно поступали у раду са децом. Едукација може бити:

- ▶ Основна едукација — препорука је да ову едукацију прођу сви запослени у здравственом сектору, посебно они који су у контакту с децом и младима; основна едукација треба да обухвати едукацију о

врстама лошег поступања према деци и младима, као и о основним корацима у поступању када на њих посумњају.

- ▶ Виша едукација — препорука је да ову врсту едукације прођу сви чланови свих стручних тимова установа; осим садржаја из основне едукације, ова едукација мора да обухвати посебне кораке у поступању стручних тимова здравствених установа уз примену интерсекторског модела сарадње, боље познавања протокола других система заштите (социјална заштита, правосуђе и сл.) и сарадњу са институтом за јавно здравље.
- ▶ Специјализована едукација — подразумева едукацију о специфичном раду са жртвама, њиховим породицама и починиоцима насиља над децом.

У оквиру здравствене службе, здравствени радници/сарадници имају обавезу да у своје годишње планове укључе активности које су везане за заштиту деце од злостављања и занемаривања, као и да указују на штетност злостављања и важност ненасилне комуникације. Ове активности спроводе се свакодневно, у директном клиничком раду са пацијентима, у саветовалиштима за труднице, брачним саветовалиштима, школама за родитељство, одсецима за лечење болести зависности и сл. Сем тога, здравствене службе имају битну улогу и у сензибилизацији шире јавности и стручњака из других области за препознавање злостављања деце.

## 6. ШТА ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ ТРЕБА ДА РАДЕ?

Активности на унапређењу превенције злостављања и занемаривања у систему здравствене заштите обухватају:

- ▶ стално стручно усавршавање свих запослених у здравственом сектору о проблемима злостављања и занемаривања деце и младих,
- ▶ развијање програма помоћи деци, младима и родитељима у циљу раног идентификовања проблема, потенцијалних проблема понашања и других ризика за појаву злостављања и занемаривања (превенција злоупотребе ПАС итд.),
- ▶ сарадњу са локалном заједницом у циљу ангажовања свих стручних и институционалних капацитета за превенцију злостављања и занемаривања деце и младих (саветовања, форуми родитеља итд.),



- ▶ покретање иницијатива у локалној заједници за доследно спровођење закона и обавеза у циљу смањења негативних утицаја и ризика у окружењу.

Јасно је да здравствени радници нису у могућности да самостално решавају сва питања злостављања и занемаривања деце. Многе ствари се морају променити на интернационалном, националном, државном и локалном нивоу да би се спроводила успешна превенција злостављања. Истраживања јасно показују да земље са највишим стандардом и најбоље развијеним системом социјалне заштите имају најниже стопе тешких облика злостављања деце.



# XVII

## КАКО СА ДЕЦОМ РАЗГОВАРАТИ О ЗЛОСТАВЉАЊУ И ЗАНЕМАРИВАЊУ

Теодора Минчић

### 1. УВОДНА РАЗМАТРАЊА

Током прегледа детета, док се лекар труди да професионално утврди и документује опште физичко стање и могуће повреде детета за које постоји сумња да је злостављано или занемарено, никако се не сме занемарити психолошки аспект контакта са дететом. Како су деца са искуством злостављања посебно вулнерабилна и често неповерљива и затворена према другима, неопходна је посебна сензибилност и умешност у остваривању контакта са њима.

Генерално, треба покушати да се од детета добије што више детаља о могућем злостављању. Оптимално би било да се прикупе подаци о томе када је злостављање почело, да ли је престало, колико се пута (приближно) дешавало. Осим тога, пожељно је сазнати где се злостављање дешавало, да ли је још неко био присутан, како је злостављач успео да приволи дете те да ли је и како застрашивао дете да не прича о ономе што се десило.

**Увек треба имати на уму да испитивање овакве врсте за дете представља стресну и потенцијално ретрауматизујућу ситуацију.**

То значи да разговор о злостављању може поново да покрене низ непријатних сећања праћених узнемирујућим осећањима, попут оних које је

дете доживело у време када се траума дешавала. Када је дете које је доживело трауму у стању „узбуне“ (због тога што мисли или говори о трауматском догађају), оно је тада мање способно да се концентрише и да мисли, може бити напето и може обраћати више пажње на невербалне знаке као што су тон гласа, став тела или израз лица. Када трауматизовано дете осећа да нема контролу над ситуацијом, оно може доживети велики страх па ће се, ако му пружимо бар делић контроле над ситуацијом или над активношћу коју обавља са одраслом особом, осећати много сигурније и пријатније и биће у стању да мисли на ефикаснији начин.

Злостављана деца се разликују по узрасту, полу, националности, пореклу, по врсти злостављања коју су доживела, по свом односу са окривљеним, по реакцији на злостављање и по реакцији њима блиских особа. Због тога је неопходно да стручњаци који испитују ову децу овладају низом разноврсних приступа како би могли да буду флексибилни.

Поред фактора везаних за само дете, неминовно су присутни и фактори везани за личност и искуство оних који испитују дете. Пре свега, за већину људи злостављање деце, а посебно сексуално злостављање, налази се на врху листе најтежих могућих догађаја. Ако уме да остане професионалан у раду са злостављаном децом, то значи да стручњак уме да се избори са сопственим осећањима туге, гађења, мучнине, запрепашћења, страха. Такође, он мора контролисати сопствене потребе да буде свемоћни спасилац, савршено добра особа насупрот „потпуно лошим“ злостављајућим родитељима. Понекад то значи и да се треба изборити са болним осећањима која сусрет са злостављањем буди ако смо и сами преживели лоша искуства у детињству.

## **2. ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ ВОЂЕЊА РАЗГОВОРА СА ЗЛОСТАВЉАНОМ ДЕЦОМ**

У литератури се среће низ принципа који могу послужити као корисне смернице за стручњаке који процењују децу због сумње на злостављање.

- ▶ Испитивачи морају узети у обзир индивидуалне разлике међу децом. Они треба да буду осетљиви на то како дете реагује на ситуацију интервјуисања и да прате ритам сваког детета.
- ▶ Циљ је да се од детета добију информације, а не да дете потврди информације које испитивач већ има, односно да подржи оно што испитивач претпоставља да се догодило.

- ▶ Испитивач треба да покуша да од детета добије спонтани исказ, па због тога што више треба користити питања отвореног типа.

Пример: *„Шта се дешавало кад си био сам са очухом?”* (питање отвореног типа), уместо *„Да ли ти је очух шукао када си били сами?”* (питање затвореног типа).

- ▶ Ако испитивач мора да користи више питања затвореног типа, онда ће морати да има мање поверења у добијене информације.
- ▶ После питања затвореног типа треба да следи питање више отвореног типа.

Пример: *„Да ли је твој тата ња особа која ти је радила ружне ствари?”* Ако дете потврди, треба рећи: *„Испричај ми све чега се сећаш да је тата радио.”*

- ▶ Испитивач мора да се чува од селективног тражења објашњења за исказ о злостављању, што значи да треба да размотри и алтернативне хипотезе, тј. разлоге због којих је дете можда дало изјаву о злостављању, јер се у пракси релативно често сусрећемо и са лажним пријављивањем злостављања (најчешће у ситуацијама развода брака и борбе за старатељство).

### 3. СТРУКТУРА ИНТЕРВЈУА

#### 3.1. Почетна фаза

Обухвата процену општег функционисања детета, утврђивање његовог нивоа развоја и успостављање односа с дететом. Неки аутори предлажу да се употребе питања отвореног типа о породици, школи, слободном времену како би се дете мотивисало да одговара кроз причу. Током ове фазе требало би проценити способност детета да прави разлику између истине и лажи, као и колико је подложно сугестији. Такође, добро је упознати дете са правилима интервјуа дајући му оваква или слична упутства:

- ▶ *„Поставићу ти много питања”,*
- ▶ *„Испричај ми само оно што се стварно догодило”,*
- ▶ *„Ако ти поставим питање на које не знаш да одговориш, само реци — не знам”,*
- ▶ *„Ако не разумеш питање, кажи ми и ја ћу покушати да те питам на бољи начин”.*

### 3.2. Фаза фокусирана на злостављање

Обично почиње испитивањем отвореног типа о могућем злостављању. На ову фазу може се прећи на више начина, на пример постављањем следећег питања: „Твоја бака се брине да ти се можда нешто десило. Исјричај ми о њој најбоље што умеш.“

Без обзира на то да ли му је дете поверило да је злостављано помоћу питања отвореног типа, испитивач ће можда морати да постави специфичнија питања. Ако дете није описало злостављање, испитивач ће га директније питати о могућем злостављању. Ако је већ открило да је злостављано, вероватно ће бити неопходно да се поставе додатна питања како би се прикупиле информације о детаљима.

### 3.3. Завршна фаза интервјуа

Ова фаза састоји се од понављања претходне изјаве детета, упознавања детета са тиме шта ће се даље дешавати и помагања детету да поново успостави психолошку равнотежу. Пожељно је и захвалити се детету што је пристало на разговор.

Препоручена структура интервјуа прегледно је приказана у Табели 1.

**Табела 1. Структура интервјуа**

<b>1. Почетна фаза</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Испитивач објашњава своју улогу</li> <li>▶ Испитивач успоставља однос</li> <li>▶ Испитивач објашњава правила</li> <li>▶ Испитивач процењује опште функционисање и ниво развоја детета</li> </ul>
<b>2. Фаза фокусирана на злостављање</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Испитивање отвореног типа</li> <li>▶ Наставак испитивања у вези са откривањем злостављања</li> <li>▶ Специфична питања</li> </ul>
<b>3. Завршна фаза</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Испитивач понавља исказ користећи дететове речи</li> <li>▶ Испитивач објашњава шта ће се следеће десити</li> <li>▶ Испитивач умирује дете ако је потребно</li> </ul>

## 4. УСПОСТАВЉАЊЕ ОДНОСА

Циљ интервјуа је да се створи могућност за разговор и прикупљање информација, уз минималну реактивацију трауме код детета.

Када се први пут сретне дете које је можда било злостављано, изузетно је важно да се успостави одређен степен поверења и комуникације. Деца којом су одрасли константно манипулисали нису спремна да верују осталим одраслим људима. Да би се обавило ефикасно испитивање, испитивач мора да задобије дететово поверење и да успостави однос неопходан за добру комуникацију. При томе треба имати на уму факторе који доносе тешкоће у комуникацији са злостављаним дететом. У овом тексту биће описани они најучесталији које морамо познавати и разумети.

### 4.1. Страх

Деца жртве често се боје да разговарају са одраслима, јер streпе да их они неће слушати и да им неће веровати. Својом величином, годинама или полом здравствени радник/сарадник може подсетити дете на починиоца. Како је највероватније да је злостављач претио детету, оно тежи томе да сачува тајну како злостављач, ако је то њему блиска особа, нпр. не би отишао у затвор и како оно само не би изгубило његову љубав или како се породица не би распала. Када је у питању вршњачко насиље, дете може да се плаши освете вршњака или да ће га група вршњака одбацити.

### 4.2. Речник

Многа деца, нарочито мала, немају довољно развијен речник да би верно пренела шта им се дешавало. Ово је поготово случај код сексуално злостављане деце, па се испитивач може осетити непријатно и збуњено када дете користи типичне дечије називе за полне органе или колоквијалне, вулгарне изразе, непримерене узрасту. Стога је пожељно да свој речник на неки начин прилагоди речнику детета како би комуникација могла несметано да се одвија.

### 4.3. Стид и непријатност

Како су деца обично научена да се о сексуалним стварима не говори јавно, биће им потребно време да схвате да испитивач дозвољава и

подржава да се о томе разговара. Она такође осећају страх од тога да могу бити исмевана у школи или преко друштвених мрежа ако њихову тајну сазнају вршњаци. Испитивач треба да препозна и уважи оваква осећања, посебно ако је детету непријатно да именује и на себи показује сексуалне органе и активности; може бити од помоћи ако се то обави преко цртежа или лутака.

Осим сексуалног, и друге врсте злостављања и занемаривања често буде слична непријатна осећања, поготово код нешто старије деце која увиђају да се њихови родитељи и њихов живот разликују од других. Стид и нелагодност због различитости од других, потреба да се сакрију трагови, нпр. у случају изложености физичком кажњавању, снажно осећање кривице и погрешно веровање да су нечим заслужила оно што им се дешава — све су то чести пратиоци свакодневног функционисања злостављане или занемарене деце.

#### 4.4. Развојни ниво

Деца имају слабије капацитете да дуже задрже пажњу у разговору о једној теми. Поред тога, њихов специфичан начин мишљења и доживљавања ствари чини неопходним да добро познајемо дечији развој, шта деца разумеју, како доживљавају свет око себе и како интерпретирају наша питања. Посебно је важно да разумемо зашто већина деце не говори никоме о злостављању које им се дешава, већ понекад веома дуго ћутке и усамљена трпе своју тужну судбину.

## 5. ОТКРИВАЊЕ ТАЈНЕ О ЗЛОСТАВЉАЊУ

### Зашто деца крију тајну о злостављању?

- ▶ Боје се да им нико неће веровати.
- ▶ Боје се да не упадну у невољу.
- ▶ Верују да су она сама крива или да су нечим изазвала злостављање.
- ▶ Боје се претњи које им је злостављач упутио (распад породице, одлазак оца у затвор, губитак љубави, освета злостављача, освета вршњака и сл.).
- ▶ Иако им злостављање тешко пада, воле злостављача (ако је блиска особа).

- ▶ Не знају како да испричају шта им се дешава.
- ▶ Не знају коме да кажу шта им се дешава.
- ▶ Нису осетила да је дошао прави тренутак и прилика да некоме кажу шта им се дешава.
- ▶ Не желе да испадну тужибабе.
- ▶ Боје се да ће их другови одбацити и исмевати.
- ▶ Не знају да батине нису уобичајена ствар.
- ▶ Не знају да је сексуална активност нешто што је погрешно или лоше, мисле да је то уобичајено.
- ▶ Боје се да ће други сматрати да су хомосексуалци (ако је сексуални злостављач особа истог пола).
- ▶ Непријатно им је да говоре о сексуалним активностима са особама од ауторитета (старија деца).
- ▶ Учили су их да добра деца не говоре о полним органима и сексуалним активностима.

Важно је најпре умањити анксиозност коју дете може да има због тога што се „налази у невољи“. Да би се то учинило, испитивач треба да упути јасну поруку о томе ко је он (уколико га дете први пут среће) и због чега га испитује. Испитивач треба да буде прецизан и да користи речи које дете може да разуме. Он треба да се увери да је дете схватило да није у невољи. Детету треба рећи, што је пажљивије могуће, да испитивач са њим разговара зато што је забринут за њега или зато што је неко други забринут за њега. Он треба да помогне детету да разуме како је разговор са децом нешто што стално чини. На пример: „*Ја ћуно разговарам са децом. Прошле недеље сам баш разговарала са неким из твоје школе.*“ Детету треба помоћи да разуме да су и друга деца имала исте проблеме и исте страхове. Оваква идентификација са другом децом помаже му да се осећа мање усамљено и да доживи испитивача као некога ко може да помогне.

Разговор којим треба да се успостави однос врло је важан за дете. То је тренутак у коме оно треба да донесе одлуку о томе да ли је испитивач одрасла особа која је стварно заинтересована, која хоће да га слуша и у коју се може имати поверења. Због тога треба покушати да се не осети да испитивач жури или да је у временском шкрипцу.



Испитивач треба да се увери да дете разуме да ће он информације које добије од детета у току интервјуа морати да подели са другима, али само са онима који их морају знати како би помогли да се проблем реши.

**Уверавање о поверљивости и разговор о границама ове поверљивости су пресудни да би се остварио однос са дететом.**

Никада не треба лагати дете о томе шта може да очекује. Испитивач треба да му пружи довољно информација како би дете могло да се осећа као сарадник, али количина информација не треба да буде превелика да га информације не би непотребно оптерећивале.

**Зашто деца на крају ипак повере неком да су била злостављана?**

- ▶ **Злостављање је ескалирало.**
- ▶ **Дете је добило сазнања да је злостављање забрањено и схватило да оно што му се догађа није у реду и да треба то да пријави.**
- ▶ **Дете жели да подели тајну са најбољим другом/ другарицом, који онда пријављују злостављање.**
- ▶ **Дете примећује да се злостављање дешава и млађем брату или сестри и жели да их заштити.**
- ▶ **Дете које је постало тинејџер одупире се, у складу са нормалним развојним потребама, тежњи родитеља злостављача да претерано контролише његов живот.**
- ▶ **Дете је упознало неку брижну одраслу особу којој верује и осећа да може да јој се повери.**
- ▶ **Дете има неки здравствени проблем везан за злостављање (бол у екстремитетима, мучнину, отежано мокрење и сл.).**

Испитивач треба да покуша да охрабри дете да каже нешто о себи. Може га питати о његовим интересовањима или другим темама о којима би се дете могло осећати сигурно да говори. Када дете подели нешто са испитивачем, овај треба да му покаже поштовање и интересовање тако што ће са њим поделити нешто од својих интересовања или ће питати дете да му каже још нешто о томе.

**Током ових уводних размена циљ испитивача је да покаже детету да је он одрасла особа којој дете може веровати и која хоће да слуша!**

Испитивач треба да буде стрпљив и да искрено одговара на сва дететова питања. Он мора да обрати пажњу на своје држање. Са мањим дететом испитивач треба да се спусти се до нивоа његових очију тако што ће седети или чучнути. Никада не треба водити интервју преко стола. Ако испитивач седне преблизу, дете се може уплашити. Ако седне предалеко, то може оставити утисак незаинтересованости, удаљености или неприступачности. Дете ће брижљиво слушати глас испитивача и речи које овај бира, али ће пратити и говор његовог тела и израз његовог лица. Исто тако треба да поступа и испитивач; поред тога што пажљиво слуша, он мора да посматра покрете тела детета (нпр. контакт очима, прекрштене руке, прекрштене ноге, стегнута или опуштена рамена).

**Питања која испитивач треба да постави себи:**

- ▶ Да ли заиста знам како да разговарам са децом?
- ▶ Да ли користим речи које одговарају дететовом узрасту и способности разумевања?
- ▶ Да ли заиста слушам дететове одговоре?
- ▶ Да ли му дајем могућност да ми поставља питања, или довољно времена да одговори на моја питања?
- ▶ Да ли ми се може веровати?

## 6. ПРЕПОРУЧЕНЕ ТЕХНИКЕ ЗА ОЛАКШАВАЊЕ КОМУНИКАЦИЈЕ И ПОТПОМАГАЊЕ ПОВЕРАВАЊА ТАЈНЕ О ЗЛОСТАВЉАЊУ

### 6.1. Прављење листе ствари које дете воли и које не воли

Може се почети тако што ће се од детета затражити да напише листу људи са којима живи, а онда треба разјаснити однос детета са сваком од тих особа (нпр. мајка, очух, сестра, мамин момак, деда). Ако је дете мало, листу испишује (или, још боље, црта чланове породице) испитивач. Када је листа написана, он ће замолити дете да му каже шта највише, а шта најмање воли у вези са тиме што живи са сваким од њих. На пример:

- ▶ „Шта највише волиш у вези са тим што живиш са татом?“
- ▶ „Шта најмање волиш у вези са тим што живиш са татом?“

Дете ће можда пружити увод у проблем злостављања истичући нешто што му је непријатно у вези са неком од особа са списка. Ако се то деси, испитивач треба да га прати, тражећи да му дете објасни или опише то осећање. Ако има разлога да се верује да је починилац неко изван породице, нпр. комшија или другови, ова листа треба да буде модификована у складу са тиме.

Чак и ако дете у овом тренутку не каже ништа о злостављању, информације добијене овом активношћу биће корисне током истраживања. Можда ће дете касније да повери испитивачу да једна од ових особа заиста јесте била злостављач, али ће такође желети да га увери да је та особа у ствари у реду и да га воли. Ова листа помаже испитивачу да разуме и подржи позитивна осећања детета према злостављачу. Позитивне ствари које дете наведе на листи могу такође бити корисне за препознавање како је злостављач добио и задржао наклоност детета.

### 6.2. Решавање проблема

Ако се наведеном активношћу не добију никакве информације о злостављању, испитивач може покушати са моделом „решавања проблема“. Он прво треба да подсети дете да је његов посао да помаже деци и породицама који имају проблема. Затим треба да пита дете да ли постоји неки проблем у коме би могао да му помогне. Ако дете не на-

веде ништа, треба да га пита коју врсту проблема већ само уме добро да решава. Може му се навести неки пример, рецимо: „Шта ако ти се исцрљају циљеле?“, „Шта ако паднеш са бицикла и повредиш се?“, „Како да безбедно пређеш прометну улицу?“

Испитивач затим може питати дете да опише неки нешто већи проблем, у чијем решавању му може затражити помоћ пријатеља или члана породице (нпр. „Твој ђас је ђобеио од куће...“). На крају, треба да замоли дете да наведе неки проблем за чије решавање му је потребна помоћ некога изван породице (нпр. „Када сломиш руку...“). Важно је уверити дете да свако има проблема и да сваком понекад треба помоћ других људи. Испитивач сада треба да понови да је његов посао да помаже деци ако имају проблеме и да би желео да помогне у било ком проблему који дете има, а затим да поново пита дете има ли проблема у чијем решавању би испитивач могао да му помогне. На овом месту ће многа деца почети да се отварају.

Пример:

Дете: „Понекад имам проблема са татом.“ На то треба реаговати овако или слично: „Шта у вези са твојом татом?“ Дете: „Он ради неке ствари...“

### **6.3. Разматрање приватности код сексуално злостављане деце**

Како разговор о сексуалном злостављању најчешће представља проблем и деци и стручњацима, разматрање појма приватности често помаже када дете за које се сумња да је сексуално злостављано остане ћутљиво. Испитивач мора бити веома пажљив како не би сугерисао или наговештавао детету да се десило нешто неприкладно или противзаконито, јер би се то касније, ако дође до судског поступка, могло протумачити као усмеравање интервјуа. Приватност може бити крупна реч за многу децу и може имати много различитих интерпретација у зависности од правила у породици детета. Детету треба објаснити да приватност значи да неко има могућност да буде сам када то жели, а затим га треба питати да ли постоје тренуци када оно жели да има приватност. У којим просторијама код куће може да има приватност? Шта жели да ради у приватности? Овај разговор треба наставити питањем о свакој особи која живи у његовој кући. Треба питати дете како свака од тих особа реагује на његову жељу за приватношћу. Ово често отвара врата разговору о сексуалном злостављању.

## 7. ПИТАЊА КОЈА СЕ КОРИСТЕ У ИСПИТИВАЊУ ДЕЦЕ КОД СУМЊЕ НА ЗЛОСТАВЉАЊЕ

Током интервјуа са дететом за које постоји сумња да је злостављано важно је водити рачуна о томе на који начин се постављају питања. Дечији когнитивни стилови и начини емоционалног реаговања су специфични, а начин постављања питања може битно да утиче на одговоре које ће дете дати. Додатну тежину овој теми даје чињеница да здравствени радник/сарадник који је открио злостављање касније може бити позван као сведок у судском поступку, током кога исказ детета може да се посматра као мање валидан уколико су му питања постављана на неадекватан начин. Типови питања се могу посматрати као континуум који креће од највише отвореног типа до најмање отвореног.

Прикладност неког типа питања зависи у великој мери од контекста у коме се оно поставља у оквиру интервјуа, нарочито од тога какав су исказ и типови питања претходили. Сходно томе, практично сва питања са континуума могу наћи своје место у испитивању. Као смернице могу послужити доле наведени примери питања поређани по степену пожељности.

### Најпожељнија питања

Врста питања	Дефиниција	Примери
<b>Опште питање</b>	Питање отвореног типа; не подразумева да је дете доживело злостављање	<i>Како моју да ѿи ѿмоінем? Како се осећаш ганас? Моіу ли у нечему да ѿи ѿмоінем?</i>
<b>Питање које позива на одговор</b>	Питање отвореног типа; претпоставља да је дете доживело злостављање	<i>Чуо сам да ѿи се нешїіо десило. Исїричај ми све чеіа се сећаш у вези ѿоіа. Чуо сам да ѿе нешїіо мучи. Чуо сам да се бака брине за ѿебе.</i>

## Пожељна питања

Врста питања	Дефиниција	Примери
<b>Фокусирано питање</b>	Фокусира дете на одређену тему, место, особу, околности злостављања, делове тела, али се уздржава од давања информација о теми	<i>Причај ми о њеном њиву? (Шта њи се свиђа код њене? Шта њи се не свиђа?)</i>  <i>Причај ми о њенима (Ко их има? Чему служе? Јеси ли некад видела неки? Чији?)</i>
<b>Стратегије праћења:</b>	Стратегије које подстичу наставак приче	
<b>1. Сигнали подстицања приче</b>	Гестови или искази испитивача који треба да подстакну наставак приче	<i>Да.</i> <i>Ух!</i> <i>Још нешто?</i> <i>А зајим?</i>
<b>2. Специфична питања</b>	Даље испитивање са циљем да се добију детаљи	<i>Да ли се сећаш где се то десило?</i> <i>Шта си имао на себи?</i> <i>Да ли је неко скинуо нешто од одеће?</i> <i>Да ли је нешто њојекло из њениса?</i>

## Мање пожељна питања

Врста питања	Дефиниција	Примери
<b>Питања вишеструког избора</b>	Питања која дају детету неколико алтернативних одговора између којих треба да направи избор	<i>Да ли ње је испиукао један њу, два њуа или више њуа?</i>  <i>Да ли се њо дешавало гању, ноћу или и гању и ноћу?</i>

<b>Питања на основу других извора информација</b>	Питања која се ослањају на информације које нису добијене у интервјуу са дететом, већ из неког другог извора	<p><i>Сећаш ли се ичега у вези са камером?</i></p> <p><i>Да ли је тата рекао нешто о томе да ли смеш или не смеш да испричаш то некоме?</i></p>
<b>Директна питања</b>	Директно испитивање да ли је особа учинила одређену радњу	<p><i>Да ли је ујак повредио твоју њу?</i></p> <p><i>Да ли те је тата ударио каишем то јузи?</i></p>
<b>Поновљена питања</b>	Постављење истог питања два или више пута	<p><i>Да ли се нешто десило са твојом њом?</i></p> <p><i>Сећаш ли се да ли се нешто десило са твојом њом?</i></p>

### Најмање пожељна питања

Врста питања	Дефиниција	Примери
<b>Питања која наводе</b>	Изјава за коју се тражи да је дете потврди	<p><i>Зар није тачно да је твој брат ставио свој њенс у твоја уста?</i></p> <p><i>Мама те је ударила, зар не?</i></p>
<b>Обмањујућа питања</b>	Питање претпоставља чињеницу која није тачна, а од детета се имплицитно или експлицитно тражи да је потврди	<p><i>Које је боје била васичина марама? (Када она није имала мараму)</i></p> <p><i>Покажи ми где те је доктор додирнуо. (Када он није додиривао дете)</i></p>
<b>Принуда</b>	Коришћење неприкладних начина да се дете наведе на сарадњу или да се добије информација	<p><i>Ако ми кажеш тата је твој тата урадио, можемо да иђемо на сладолед.</i></p> <p><i>Немој да кажеш мом шефу да сам се играо. (И даје дете слакиче)</i></p>

Препоручује се да се током разговора не користе наредбе; реченице треба формулисати тако да се дете пита о томе да ли се сећа, да ли зна или да ли хоће да исприча нешто о догађају. Иако овакав став може довести испитивача у ризик да не добије потребне информације, њиме се избегава карактеристика захтевности која детету преноси да мора да пружи информацију без обзира на то да ли је зна или не зна. Поред тога, када се поставља питање уместо да се наређује, елиминише се елемент принуде. У сваком случају, постављање питања уместо захтевања такође пружа детету „излаз“ из разговора о тешким темама.

Осим тога, испитивачи треба пажљиво да прате све информације које дете пружа. Лако дешава да се склизне у праћење само оних информација које потврђују оно што испитивач мисли да се десило. Ово може резултирати не само некомплетним или неисправним прикупљањем информација већ може оставити дете са осећањем да га нисмо разумели.

**Што је више питања отвореног типа, више се може имати поверења у дететов одговор!**

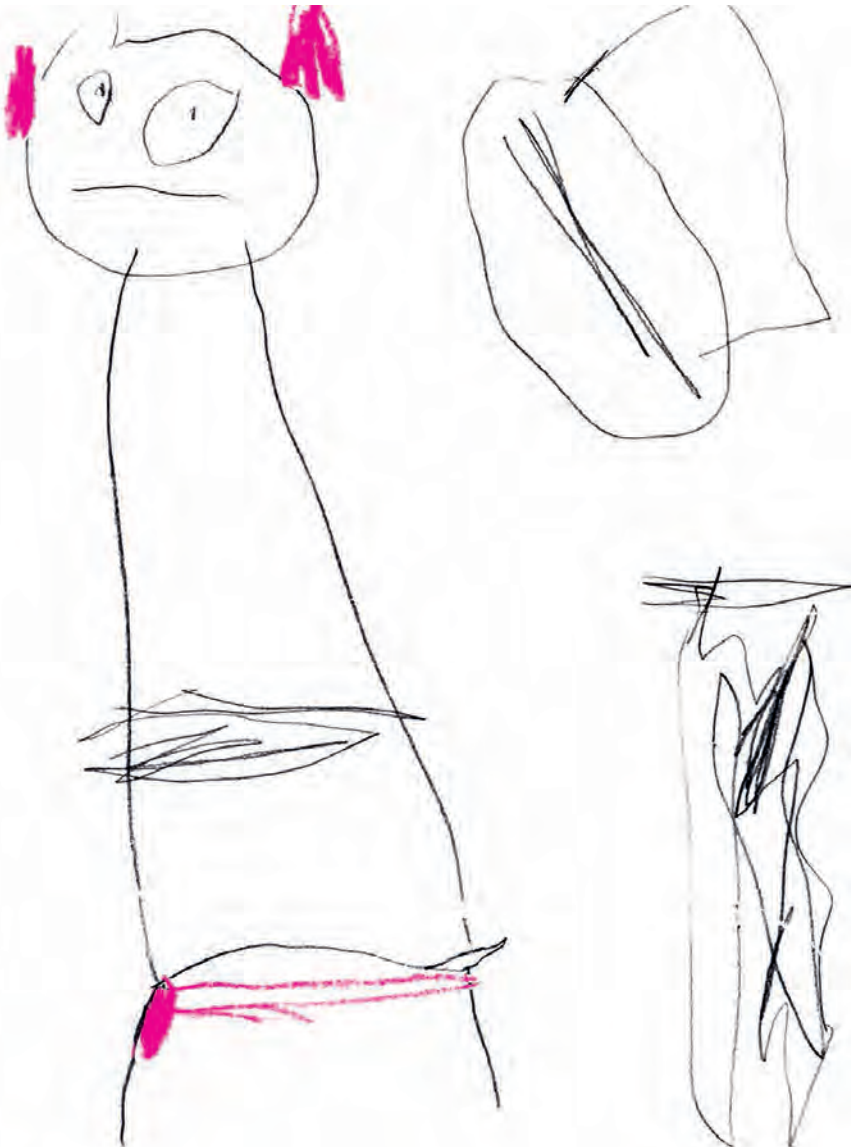
## **8. ЗАВРШАВАЊЕ ИСПИТИВАЊА**

Сусрет са дететом треба завршити на такав начин да се што више ублажи напетост детета и да оно оде са осећајем да је добро одлучило што се упустило у разговор о злостављању које му се десило. Испитивач то постиже овако:

- ▶ захваљује се детету што је разговарало са њим,
- ▶ понавља да дете није криво за оно што му се догађало и да је кривац увек одрасла особа,
- ▶ објашњава детету шта ће се следеће десити, у најскоријој будућности (разговор о томе шта ће бити много касније не треба иницирати осим ако то само дете не учини),
- ▶ пита дете да ли има неких дилема или жели да постави неко питање испитивачу,
- ▶ ставља детету до знања да ће остати у контакту с њим (детету треба објаснити да ће му испитивач бити на располагању за разговор ако буде имало брига које би желело да подели са неким),



- ▶ ако планира да настави испитивање, испитивач треба да каже детету да ће ускоро имати прилике да поразговарају још мало,
- ▶ упућује дете на особу којој ће се обратити ако буде желело да још разговара са испитивачем (испитивач треба да назначи ту особу јасно, и то именом и односом са дететом, на пример, „Твоја учитељица, Маја, зна како да ме нађе“.



# XVIII

## КАКО РАЗГОВАРАТИ СА РОДИТЕЉИМА О ЗЛОСТАВЉАЊУ И ЗАНЕМАРИВАЊУ

Душанка Калањ

П одршка и помоћ родитељима као обавезан део процеса заштите деце од злостављања и занемаривања заснивају се на праву детета на породични живот, као најприроднијем и најпожељнијем оквиру за његов раст и развој, и на обавези државе да обезбеди услове да породична средина буде што безбеднија и подстицајна како би се осигурао што оптималнији психосоцијални развој детета. Више међународних докумената и докумената које је усвојила наша држава уважава помоћ родитељима у родитељству као значајан сегмент бриге о деци.

Процес заштите деце од злостављања и занемаривања подразумева план за унапређење благостања детета, али и процену потреба породице за подршком и помоћи. Овакав приступ омогућује идентификацију околности које су повезане са злоупотребом и области у којима је потребна промена, као и идентификацију постојећих протективних фактора. Првенствена усмереност на истраживање фактора ризика и краткорочно спасавање детета понекад је изузетно важна и једино могућа, али није увек у најбољем интересу детета.

**Пракса је показала да интервенције усмерене на подршку и помоћ породици да промени неадекватне обрасце родитељске праксе и побољша функционисање у целини, када год је то могуће, дугорочно доводе до најбољих исхода по децу и породицу.**

## 1. ПРЕДУСЛОВИ ЗА БАВЉЕЊЕ РОДИТЕЉИМА ИЗ ПОРОДИЦА У КОЈИМА СЕ ЈАВЉАЈУ ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНЕМАРИВАЊЕ ДЕЦЕ

Поред прихватања чињенице да злостављање и занемаривање деце постоји и када га не видимо и поседовања знања за препознавање ризика и показатеља, као неопходних предуслова за бављење злостављањем и занемаривањем, за рад са породицама у којима се јављају злостављање и занемаривање такође је неопходно:

- ▶ разумевање динамике и комплексности интеракције родитељ — дете и фактора који утичу на родитељство,
- ▶ преиспитивање сопствених ставова, уверења и искуства у односу на родитељство и насиље у свакој форми испољавања,
- ▶ разумевање процеса разоткривања злостављања и порицања.

### Зашто је ово важно?

- ▶ Већина родитеља који злостављају или занемарују децу процењује своје поступке према детету као неадекватне и желела би да другачије одгаја децу. Многи од њих нису у стању да то ураде због проблема са којима се суочавају, због своје прошлости или актуелних доживљавања. Ако приступ стручњака исказује разумевање за њихове тешкоће и поштовање, већа је вероватноћа да ће се са родитељима остварити однос који води ка сарадњи и прихватању подршке и помоћи коју стручњаци желе да им пруже.
- ▶ Још увек опстају и одржавају се дуго неговани и друштвено подржавани митови о породици, материнству, очинству и родитељству као извору највеће радости, а не стреса. Ови митови утичу на професионалце при процени родитељских поступања, али и на субјективни доживљај родитељства који имају родитељи.
- ▶ Биолошки заснована афилијативна осећања изражена кроз потребу да се заштити све што је мало и беспомоћно које се са појавом злостављања и занемаривања деце, што може довести до тога да се затварају очи пред појавом злостављања и занемаривања, да се ове појаве минимизују или, пак, до потребе да се дете спасава и родитељи осуђују.

**Смисао бављења заштитом деце од злостављања и занемаривање јесте решавање проблема злостављања и занемаривања, а не окривљавање, осуђивање или патологизација поступака родитеља.**

- ▶ У јавности, па и међу професионалцима који се баве децом, још увек је раширено уверење да се деца злостављају и занемарују у породицама нижег образовног, економског и социјалног статуса, са више проблема у свакодневном функционисању. Студије, међутим, показују да се злостављање и занемаривање деце јавља у свим социјалним срединама, али да је мање социјално видљиво у породицама које припадају вишим социјалним круговима, које имају већу друштвену моћ. Стручњаци који се баве децом и њиховим породицама морају, дакле, имати у виду да постоје породице које не скрећу пажњу околине на себе ничим неприхватљивим (већ напротив, делују као модел социјално пожељне породице), а у којима су деца изложена некој врсти злостављања или занемаривања.
- ▶ Тешкоћа да се прихвати да се неки родитељи могу понашати непријатељски и да могу бити у стању да на различите начине повреде своје дете вероватно доприноси одржавању раширеног веровања да су родитељи који злостављају или занемарују своје дете на неки начин измењени, да је њихова измењеност социјално видљива те да се испољава и у другим улогама и односима, а не само у оквиру породице и односа са дететом. Ни едуковани стручњаци нису имуни на ову врсту уверења, па се и од њих може чути: „Он не личи на злостављача“. Одређене карактеристике родитеља, као што су алкохолизам, психијатријска болест и сл., повећавају могућност настанка злостављајућих и занемарујућих поступака према детету, али студије нису показале да постоји специфичан профил родитеља који злостављају и занемарују своју децу. Као што се злостављање и занемаривање дешава у свим социјалним срединама и свим друштвима, тако и родитеља који злостављају и занемарују своју децу има у свим друштвеним слојевима.
- ▶ Непрепознати лични ставови стручњака могу ометати рад са оваквим породицама, и при процени злостављања и занемаривања и у интервенцијама. Може се десити да стручњаци не виде злостављање и занемаривање, да нормализују неприхватљива понаша-

ња родитеља или пренаглашавају ризике. Преиспитивање става стручњака у односу на родитеља злостављача или занемарујућег родитеља треба да покаже спремност или неспремност стручњака да родитеља прихвати као особу са проблемом. Неспремност да се родитељ прихвати као особа са проблемом носи са собом ризик од осуђивања и квалификовања, што затвара пут интервенцијама усмереним на промену.

**Стручњаци могу лако улетети у замку спасавања детета и однос конкуренције са родитељима; гледано из перспективе детета, то није у његовом најбољем интересу.**

Такав поступак стручњака је практично понављање образаца из породице, у том смислу да су личне потребе одраслог примарније од потреба детета, овај пут личне потребе стручњака да се покаже као бољи родитељ.

- ▶ Рад са породицама у којима постоји забринутост за безбедност и благостање детета није нимало лак, напротив, изузетно је захтеван и тежак и за стручњаке, а у неким околностима може постати готово немогућ. Сусрет са неадекватним поступањима која угрожавају дете код стручњака покреће различите емоционалне реакције. Ово нису клијенти који ће „наградити“ професионалца тако што ће прихватити помоћ и направити позитивне промене које додатно мотивишу помагаче. Неки од стручњака имају лична искуства са злостављањем од стране родитеља или других њима значајних особа, па ће због тога још теже контролисати сопствена психолошка стања у раду са породицама у којима се јављају злостављање и занемаривање или партнерско насиље.

## 2. ПОРИЦАЊЕ И РАЗОТКРИВАЊЕ

Злостављање, попут породичног насиља, може дуже времена остати неприметно и за најближу околину и може се одвијати а да нико ништа не предузима. Препреке за откривање тичу се и детета, и починоца, и тзв. незлостављајућег родитеља, и чланова породице, и социјалног окружења. Незлостављајући родитељ, на пример, може прикривати злостављање због осећања стида и кривице што није у стању

да заштити дете. Важно је нагласити да велику препреку за тражење и прихватање помоћи може представљати ћутање и неверица околине.

**У пракси је уочено да појединци, па и професионалци, нереаговање правдају изјавом да не желе да буду особа због чије ће пријаве дете издвојити из породице. Стручњаци здравственог система не би смели никада да реагују на овакав начин.**

Порицање, минимизирање, преуоквиравање у смислу налажења и истицања добрих поступака злостављача јесте процес који прати злостављање, а може се јавити и као реакција на разоткривање злостављања. Порицање је и индивидуална и породична реакција заштите од болне реалности и помаже да се задржи привидан осећај реда и нормалности у свом животу, привидан осећај контроле над својим животом, коју злостављач угрожава. Родитеља који злоставља дете порицање штити од преузимања одговорности за своје поступке и од суочавања са сопственим мањкавостима. Признавање злостављања отежава функционисање у свакодневном животу. Понекад признавање укључује додатно насиље, бес, неверовање, економску несигурност, распад породице, измештање детета, па и затвор. Због тога порицање каткад делује као сигурније решење.

У сусрету са порицањем стручњак заузима став подржавања, у смислу да својим ставом преноси поруку да разуме и прихвата зашто породица има потребу да каже како се злостављање није догодило, да није тако лоше као што изгледа. У исто време, стручњак подржава веровање да се злостављање догодило и верује детету, помажући породици да истражи позитивне емоционалне и психолошке последице признавања проблема и да истражи негативне последице које могу пратити промену насталу признавањем проблема (страхове, губитке итд.).

Порицање злостављања и занемаривања може се јавити и као реакција породице на разоткривање. За стручњаке је важно да разумеју функцију порицања и да помогну породици у разрешењу порицања.

**Нереаговање представља саучествовање у одржавању злостављања и занемаривања.**

Процес разоткривања започиње постављањем сумње на злостављање и занемаривање и представља кризу за дете жртву злостављања, кризу за породицу у којој се то дешава, али и за стручњака који треба први да разговара са породицом.

У случајевима злостављања и занемаривања стручњак не остаје неутралан, као што не остаје неутралан ни када се ради о суициду или хомициду. Он треба јасно да пренесе поруку сваком члану породице да је злостављање неприхватљиво. Ако искључимо питања везана за поверљивост о којима је већ било речи, разоткривање стручњаку не доноси само појачани осећај одговорности везан за процену нивоа ризика по дете, већ се тај осећај везује и за процену како ће родитељи, и онај који злоставља и онај који не злоставља дете, реаговати на разоткривање и колико њихова реакција може угрожавати дете. Криза стручњака подразумева и емоционалну реакцију на откривање, која може бити појачана повезивањем са личним искуствима или искуствима њему блиских особа из окружења.

**Препоручује се да стручњак потражи подршку за себе кроз консултације са колегама или стручним тимом установе.**

Уколико се не осећа довољно сигурно, из ма ког разлога, за самосталан разговор са родитељима и поред припреме и подршке колега, препоручује се да тај разговор обави заједно са колегом или да се разговор обави уз присуство стручног тима.

Разоткривање ће покренути широк спектар мисли и осећања родитеља. За стручњаке је важно да не пренебрегну чињеницу да је разоткривање злостављања и занемаривања стресно и за родитеље. Стручњаци то често занемарују, јер је фокус интервенција на детету. Потребно је имати у виду да већина мисли и осећања родитеља која прате процес разоткривања нису у интересу добробити детета. Стручњаци треба о томе да разговарају са родитељима тако да родитељи осете став прихватања, а не критиковања и оптуживања. Такође је важно узети у обзир да се мисли и осећања родитеља мењају током суочавања са проблемом те да рано оспоравање може успорити или онемогућити успостављање односа сарадње.

Посебно су специфични процеси разоткривања везани за сексуално злостављање у оквиру породице, јер их прате висок ниво стреса и често интензивно порицање, што захтева помоћ стручњака, за које је сексуално злостављање деце исто тако „тешка тема“.

Наравно, неки родитељи већ имају увид да је то како реагују на одређена понашања детета неприхватљиво и то су најчешће родитељи предшколске деце. Они уочавају недостатак вештина и своју беспомоћност у неким ситуацијама са дететом, препознају проблем са контролом свог емоционалног одговора на понашање детета и спремни су да раде на подизању својих родитељских компетенција и вештина. Стручњаци се ређе сусрећу са оваквим породицама, а много чешће са породицама које треба мотивисати за сарадњу и промену. Породице спремне на сарадњу, у којима пласиране интервенције видљиво доводе до успостављања квалитетнијих релација, на добробит детета, представљају и за стручњаке значајан фактор мотивације за даљи рад. Такве породице потпомажу одржавање ентузијазма и истрајавање у раду на заштити деце, упркос свој захтевности и мукотрпности тог рада.

### **3. ПРЕПОРУКЕ ЗА РАЗГОВОР СА РОДИТЕЉИМА**

Општи протокол промовише интервенције на заштити деце од злостављања и занемаривања које подразумевају партиципацију детета и породице у доношењу одлука те у избору и евалуацији третмана. У складу са тим се препоручује да стручњак који је поставио сумњу на злостављање и занемаривање поразговара са родитељима о разлозима своје забринутости за дете и информиса родитеље о консултацијама са стручним тимом установе и обавези да о одлукама тима обавести центар за социјални рад. Овај разговор је изузетно значајан за успостављање сарадње са родитељима и примену интервенција усмерених на помоћ детету и породици. Пре разговора са породицом, стручњак треба да процени да ли тај разговор може на било који начин угрозити безбедност детета. Ако постоји сумња да ће родитељ извршити притисак на дете да не говори о својој изложености неадекватним поступањима или сумња да би родитељ могао постати још више физички или емоционално насилан према детету, или на други начин штетити детету, овакав разговор не треба водити све док се не обезбеди сигурност детета.



Први корак у раду са породицама у којима се јављају злостављање и занемаривање представља успостављање терапијског контекста у коме се родитељи осећају безбедно. Уважавање родитељског стреса представља неопходан чинилац става прихватања; тиме се ствара однос поверења као предуслов за делотворност интервенција усмерених на јачање родитељске компетенције и изградњу одговорног родитељства.

- ▶ Пожељно је да стручњак почне разговор исказујући своју забринутост за дете и наводећи симптоме због којих је посумњао на злостављање, дакле, да је посумњао на основу симптома, а не на основу онога што је дете испричало. Ово је посебно важно у разговору са злостављачем у случајевима породичног насиља, када нису успостављене стратегије безбедности за мајку и дете.

**Када исказе забринутост за дете, стручњак треба да покаже своју заинтересованост за родитеље и њихове тешкоће и изрази спремност да им помогне у решавању тих тешкоћа.**

- ▶ Уз поруку да је злостављање неприхватљиво и да он има обавезу да се о томе консултује са стручним тимом установе и да обавести центар за социјални рад, стручњак породици преноси и поруку да разуме да је злостављање само један аспект њиховог породичног искуства и да верује да постоје други, позитивни аспекти њиховог родитељства.
- ▶ Позитивне конотације о родитељским намерама, такође, доприносе успостављању доброг терапијског односа са родитељима. Стручњак тако родитељима преноси поруку да верује како они свом детету желе све најбоље, али да њихова реакција није начин да то и остваре. Наглашавање позитивних аспеката њиховог родитељства и позитивних аспеката детета као потврде њихове родитељске компетенције посебно је важно у случајевима када су неадекватна родитељска поступања према детету повезана са негативном проценом себе као родитеља и смањеним доживљајем задовољства у родитељској улози.
- ▶ Важно је да стручњак покаже заинтересованост и за осећања родитеља. Као што је већ напоменуто, широк спектар емоција роди-

теља прати разоткривање злостављања и занемаривања. Стручњак треба да охрабри родитеље и помогне им да истраже и изразе своја осећања, посебно она која не представљају подршку за дете, као што су неверовање, бес према детету, туга, потреба за осветом починитељу и сл.

- ▶ Са родитељима треба разговарати о томе шта обично претходи њиховом реаговању, какво понашање или које речи детета подигну тензију у односу. Стручњак треба да саслуша и прихвати без просуђивања како родитељи виде проблем. Када саслуша како родитељи описују понашање детета које је претходило њиховој реакцији, стручњак треба да пита родитеље како они то разумеју, шта мисле зашто се дете тако понашало, зашто је баш то рекло или урадило, које значење они томе дају. Ако процени да тумачење родитеља није повезано или је мало повезано са дететом, он не треба да га негира. Тумачење родитеља треба прихватити без конфронтација, а затим треба понудити родитељу друга могућа објашњења, примеренија узрасту детета. Родитељи су углавном склони да за понашање детета дају иста објашњења, без обзира на контекст дешавања.
- ▶ Важан сегмент разговора са родитељима тиче се надзора и дисциплиновања деце, на које стратегије се родитељи ослањају, које су се стратегије показале ефикасне, а које не, шта раде када не могу да реше неки проблем са дететом, како излазе на крај са стресом. Ово је важно зато што клиничка искуства показују да већина родитеља нема увид како њихово понашање утиче на дете, а посебно како њихова емоционална стања утичу на дете. На пример, родитељи који стално користе критику као стратегију за усмеравање детета не размишљају како њихово незадовољство утиче на дете. Родитељи се углавном ослањају на речи и не узимају у обзир да је као одговор на понашање детета кључно њихово емоционално стање, а не оно што су рекли. Предшколско дете може бити толико преплављено стрепњом и страхом због беса родитеља да неће бити у стању да чује шта родитељ говори.
- ▶ За стручњаке је посебно осетљив и захтеван разговор са родитељима у случајевима сексуалног злостављања деце, а нарочито када је злостављач члан породице. Већ је напоменуто да је разоткривање сексуалног злостављања праћено високим дистресом родитеља, и оног који злоставља и оног који не злоставља дете. Незлостављајући родитељ, најчешће мајка, често не добија подршку стручњака. И

окужење и стручњаци су склони да мајке жртава инцеста сматрају индиректно одговорним. Неверовање детету и порицање незостављајућег родитеља, понекад снажно изражени, вероватно доприносе оваквом ставу стручњака.

Незостављајућег родитеља окужење, па и стручњаци, и у другим случајевима злостављања често сматрају одговорним за неадекватну заштиту детета. Увек треба имати у виду да од подршке том родитељу дете има корист. Незостављајући родитељ треба да пружи безбедно окужење за дете, не само у смислу прекида злостављања већ и у смислу опоравка од трауматских искустава. На опоравак детета, поред осталог, утиче и понашање незостављајућег родитеља по разоткривању и у даљем процесу заштите.

Наравно, са неким родитељима се веома тешко успоставља однос сарадње и поверења. Посебно су у погледу успостављања односа поверења и сарадње захтевне породице са занемаривањем деце, којима је и за мале промене потребна континуирана подршка и помоћ, али не само кроз психолошку подршку већ и кроз неки вид конкретне помоћи. Породице са занемаривањем су често социјално изоловане и пасивне, неспремне да траже и прихвате било који вид социјалне подршке. Неке родитеље тек позивање на здравље детета може подстаћи да одустану од правдања својих поступака и оптуживања детета да је испровоцирало да буде злостављано, да је то и заслужио. Има родитеља које ни здравствени ризик по дете не може померити из упоришта са којег бране своју позицију и право да злоупотребе своју моћ. У таквим ситуацијама стручњак ће бити директивнији и јасно исказати став да је његова професионална и људска обавеза да заштити дете и обавести надлежне институције како би се предузеле даље мере заштите.

#### 4. ПИТАЊА ЗА РАСВЕТЉАВАЊЕ ЗЛОСТАВЉАЊА

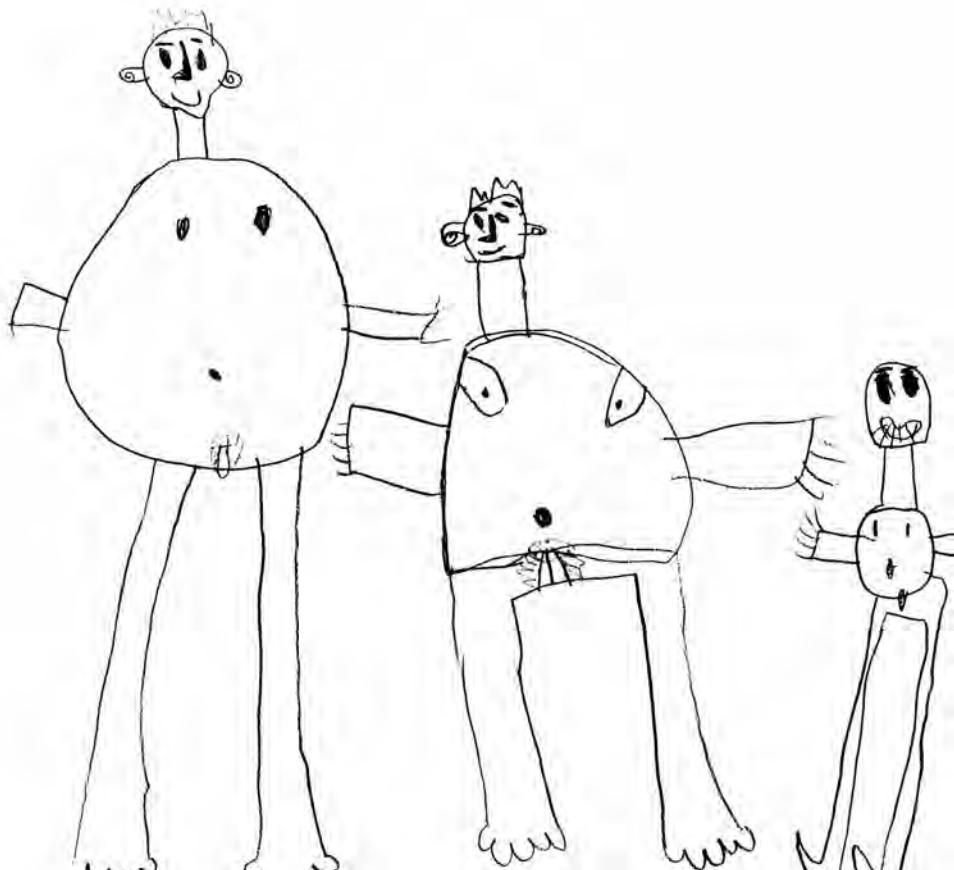
Приступ који исказује заинтересованост стручњака за тешкоће родитеља може се остварити кроз питања:

- ▶ Која вас понашања вашег детета највише брину?
- ▶ Шта помислите када се дете тако понаша?
- ▶ Како се ви осећате када се ваше дете тако понаша?

Неки родитељи ће говорити шта раде, али не како се осећају, па им треба додатна помоћ стручњака да би проговорили о осећањима, на пример кроз навођење осећања која се појављују код већине родитеља у сличној ситуацији.

- ▶ Неки родитељи се тада много наљуте, неки се растуже, неки се осећају беспомоћно. Како се ви осећате у тој ситуацији са дететом?
- ▶ Шта тада обично урадите?
- ▶ Како ваше дете на то реагује?
- ▶ Шта мислите, како се ваше дете тада осећа?
- ▶ Сигурно је да ви желите све најбоље свом детету. У овој ситуацији ви желите да га научите да се тако не понаша. Начин на који то радите дете доживљава другачије и очито да то може бити извор неспоразума између вас и детета. Шта можете да урадите другачије како бисте детету рекли да његово понашање није прихватљиво?

Циљ истраживања мисли и осећања родитеља јесте помоћ родитељима да разумеју како значење које дају понашању детета утиче на њихова осећања, а потом на њихову реакцију, и како њихове поступке доживљава дете.



## 5. ПИТАЊА УСМЕРЕНА КА ПРОМЕНИ РОДИТЕЉСКЕ ПРАКСЕ

Корисно је са родитељима истражити једну конкретну ситуацију у којој је дете испољило понашање на које је родитељ неадекватно реаговао. После описа понашања родитеља треба питати:

- ▶ Како ви разумете зашто се ваше дете тако понашало?
- ▶ Шта би још могло да објасни понашање детета, сигурно постоји још неко објашњење?
- ▶ Деца у том узрасту...

Циљ је оспорити тумачења да је „дете криво“, да „тражи батине“, да „не поштује“ родитеља, да „ради у инат“ и слична лична тумачења којима се правдају родитељске реакције и замењивати их узрасно примереним објашњењима.

Корисно је разговарати са родитељима и о њиховим искуствима из детињства и из неких актуелних ситуација:

- ▶ Како сте се ви као дете понашали у таквој ситуацији?
- ▶ Како су ваши родитељи реаговали?
- ▶ Како сте се ви тада осећали?
- ▶ Како је то утицало на ваше понашање?
- ▶ Шта сада мислите о реаговању својих родитеља?
- ▶ Како то искуство можете да искористите у односу са својим дететом?
- ▶ Како се ви осећате када вас неко критикује, када вас омаловажава, када говори лоше о вама? Како то утиче на ваше понашање?

Циљ је развијање емпатије за дете и едукација родитеља о утицају њихових конкретних поступака и емоционалних стања на дете, што представља основ за промену неадекватних поступања и за усвајање нових приступа у односу са дететом.

## 6. АСПЕКТИ ДИНАМИКЕ ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА РЕЛЕВАНТНИ ЗА ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

Бројни теоријски приступи и истраживања посвећени су интеракцији родитељ — дете и етиологији поремећаја у овој релацији исказаних кроз злостављање и занемаривање детета, при чему су се у фокус, у

зависности од теоријске оријентације, стављали различити фактори који у својој динамичној и сложеној узајамности доприносе појави злостављања и занемаривања. Сматрамо да је важно скренути пажњу на тумачење понашања детета и недостатак знања и вештина као факторе од значаја за злостављање и занемаривање на које се интервенцијама може утицати.

### 6.1. Тумачење понашања детета

Интеракција родитељ — дете је реципрочни процес и он се одвија кроз циклусе у којима оба учесника посматрају и тумаче понашање другог актера и реагују на њега. Када говоримо о родитељу, интеракцију можемо посматрати као процес у коме родитељ понашању детета приписује одређено значење. Приписивање значења понашању детета је нормативни процес и гради однос родитељ — дете, али носи ризик од погрешног тумачења сигнала детета. Родитељ понашању детета може дати разна значења, нпр. „Плаче у *инаџ* мени” (у ситуацији када дете само тражи утеху) или „Намерно хоће да ме излуди”, „Не *џо-шџује* ме као *родитџеља*”, „Незахвално је” итд. Значење које родитељ даје понашању детета покреће и емоционални одговор родитеља, који обликује његову реакцију на понашање детета. Истраживања указују да родитељи који злостављају дете приписују непријатељске намере понашању детета.

**Погрешно тумачење понашања детета у комбинацији са лошом контролом импулса код родитеља може бити окидач за злостављајуће поступке према детету.**

У свакодневном живљењу са дететом родитељи су усмерени на то да реше актуелну ситуацију и не размишљају како ће њихово понашање дугорочно утицати на дете и његов развој. Међутим, они су истовремено врло склони да актуелно понашање детета повезују са понашањем у будућности па бурно реаговање трогодишњака на осујећење родитељ може видети као да ће имати страшних проблема у понашању детета у узрасту од 15 година и да ће изгубити моћ у родитељској улози. Емоционални одговор на такву визију себе и детета у будућности може довести до примене неприхватљивих мера у спровођењу надзора над дететом.

Родитељи могу понашање детета повезати са својим искуством из неког другог односа. Мајке незадовољне партнерским односом могу бурно да реагују када у понашању детета препознају понашање партнера и могу због тога злостављати дете.

## 6.2. Недостатак знања и вештина

Већина родитеља предшколске деце, која су по узрасту у високом ризику да буду изложена злостављању и занемаривању, сматра да се мишљење детета и мишљење одраслог не разликују и да не постоје разлике у доживљавању и изражавању емоција код деце и код одраслих. Непознавање нормативног дечјег реаговања може као исход имати погрешно тумачење понашања детета. Опозиционо понашање детета родитељ може протумачити као непоштовање, а знамо да су родитељи изузетно осетљиви на доживљај да их дете не уважава, поготово родитељи са ниским самопоштовањем. Доживљај неуважавања у комбинацији са ниским самопоштовањем родитеља може покренути злостављајуће понашање према детету. Непознавање дечјег развоја повезано је и са узрасно нереалним очекивањима од детета, која могу бити основ за неадекватан однос родитеља према детету.

Са неким нормативним реакцијама детета родитељи не успевају да изађу на крај јер им недостају и знања и вештине. Када стратегије које родитељ примењује не дају очекиване резултате, родитељ се може осетити беспомоћним. Осећај беспомоћности може резултирати применом неадекватних поступака према детету. Родитеље треба упознати са карактеристикама социјалног и емоционалног развоја и оспособити их да помогну детету у процесу учења контроле понашања и контроле емоција. У дисциплиновању деце родитељи се ослањају на сопствена искуства из примарне породице, користећи репликативни или корективни сценарио, те на породична и културна уверења о стратегијама контроле деце и надзора над децом, не узимајући у обзир посебности свог детета. Ставови и уверења се тешко мењају, али обука родитеља у примени техника позитивне дисциплине које ће довести до смањивања тешкоћа у дисциплиновању детета може престављати пут за промену родитељске праксе. Едукација родитеља о карактеристикама дечјег развоја и очекиваним понашањима за одређени узраст и упознавање са вештинама подстицања пожељног понашања детета представљају важну интервенцију за промену неадекватних поступања према детету.

## 7. ИНТЕРВЕНЦИЈЕ ЗА ПОРОДИЦУ У КОЈОЈ СЕ ЈАВЉАЈУ ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНЕМАРИВАЊЕ

На основу процене слабости и снага породице, у сваком појединачном случају планирају се интервенције фокусиране на области за које је уочено да доприносе појави злостављања и занемаривања.

У породицама у којима је злостављање повезано са недостатком родитељских вештина, рад са родитељима усмериће се на обуку родитеља како да решавају одређене проблеме са децом, на пример, изливе беса или опозиционо понашање.

Са родитељима који емоционално злостављају или занемарују своју децу у фокусу ће бити развијање емпатије за дете и повећање сензитивности за психолошке потребе детета, али и рад на стратегијама за контролу сопственог емоционалног стања.

Породице у којима је злоупотреба детета у функцији разрешења конфликта из партнерског односа усмериће се на брачну или породичну терапију.

Неким родитељима ће бити потребан индивидуални психијатријски третман или лечење од болести зависности.

Неке интервенције потребне породицама у којима се јављају злостављање или занемаривање деце могу се спроводити на нивоу примарне здравствене заштите, нпр. едукација родитеља о карактеристикама дечјег развоја за родитеље код којих је неадекватно реаговање према детету повезано са непознавањем нормативног у дечјем развоју (како деца испољавају емоције, како уче прихватљиве начине испољавања емоција, како уче контролу понашања итд.). Родитељи који физички злостављају своју децу могу се едуковати како да примењују дисциплину засновану на позитивном подстицању пожељних образаца понашања. Здравствене институције на нивоу терцијарне здравствене заштите пружиће породицама специјализоване услуге из своје надлежности. Заједнички циљ свих интервенција јесте да се родитељи оспособе за одговорно родитељство и да се успостави што квалитетнија интеракција родитељ — дете и на понашајном и на емотивном и на психолошком нивоу.





## РЕФЕРЕНЦЕ

1. Adams J.A., Kellogg N.D., Farst K.J., Harper N.S., Palusci V.J., Frasier L.D. et al. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *Pediatr Adolesc Gynecol* 2016; 29(2):81–7.
2. Akbarnia B., Torg J.S., Kirkpatrick J., Sussman S. Manifestations of the battered-child syndrome. *J Bone Joint Surg Am.* 1974 Sep.; 56(6):1159–66.
3. Antonelli J. The neglect of „child abuse and neglect“. *Isr Med Assoc J.* 2006 Mar; 8(3):200–2.
4. Appleyard K., Egeland B., van Dulmen M., Sroufe A. When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology* 2005; 46:235–245.
5. Ahrons, C. *We're still family: What grown children have to say about their parents' divorce.* New York: HarperCollins. 2004.
6. Affifi T., Taillieu T., Cheung K., Katz L., Tonmyr L., Sareen J. Substantiated Reports of Child Maltreatment From the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect 2008: Examining Child and Household Characteristics and Child Functional Impairment. *Can J Psychiatry*, 2015; 60(7):315–23.
7. Bilo R.A.C., Robben S.G.F., van Rijn R.R. General Aspects of Fractures in Child Abuse. *Forensic Aspects of Pediatric Fractures.* Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2010. p. 1–13.
8. Bilić, V., Buljan–Flander G., Hrpka, H. *Nasilje nad djecom i među djecom.* Zagreb: Naklada Slap. 2012.
9. Begle A.M., Dumas J.E., Hanson R.F. Predicting child abuse potential: an empirical investigation of two theoretical frameworks. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2010; 39(2):208–219.
10. D’Onofrio, B., Emery, R. Parental divorce or separation and children’s mental health. 2019. Доступно на: <https://doi.org/10.1002/wps.20590>
11. Belsky J. Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist* 1980; 35(4):320–335.
12. Bowkett B., Kolbe A. Traumatic duodenal perforations in children: child abuse a frequent cause. *Aust N Z J Surg.* 1998 May; 68(5):380–2.
13. Brazelton T.B., Kramer B.G., *Drama ranog vezivanja, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 2002.*
14. Brown, J., Giacomoni A., Charette, C. High–Conflict Divorce: Impact on Children. *The Newsletter of the Minnesota Association for Marriage and Family Therapy.* 2017. 13–15.

15. Buljan Flander, G. Uloga sustava u roditeljskoj manipulaciji djecom u razvodu braka — sudjelujemo li u zlostavljanju djece? *Mentalno zdravlje mladih* Zagreb, 28. listopada 2016.
16. Buljan Flander, G., Selak Bagarić, E., Španić, A. Zlostavljanje i zanemarivanje djece u Prava djece multidisciplinarni pristup. Zagreb: Pravni fakultet, str. 283–326.
17. Buljan Flander G., Kocijan Hercigonja D. Zlostavljanje i zanemarivanje dece, Marko M d.o.o., Zagreb, 2003.
18. Butchart A., Mian M., Fūrniss T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization, 2006.
19. World Health Organization (1991): International Classification of Diseases (ICD10), 10<sup>th</sup> edn World Health Organization, Geneva.
20. World Health Organization. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization; 2017. [Преузето 1. марта 2019.] Доступно на: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf;jsessionid=4B894A8728A0CBEEB80D0E5E83FCA42E?sequence=1>
21. World Health Organization. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29–31 March 1999, WHO, Geneva. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.1)
22. World Health Organization. Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. Geneva, 2006.
23. Vrolijk–Bosschaart T.F., Brilleslijper–Kater S.N., Widdershoven G.A., Teeuw A.R.H., Verlinden E., Voskes Y., et al. Physical symptoms in very young children assessed for sexual abuse: a mixed method analysis from the ASAC study. *Eur J Pediatr* 2017; 176(10):1365–1374.
24. Garbarino J. What have we learned about child maltreatment. *Perspect Child Maltreatment Mid’80s* (DHHS Publ No OHDS 84–30338) Washington, DC US Gov Print Off, 1984.
25. Garrity, C., Baris, M. Caught in the Middle: Protecting the Children of High–Conflict Divorce.) Lanham, MD: Rowman and Littlefield Publishing Group, 1994.
26. Gilmour, G. High–conflict Separation and Divorce: Options for Consideration. Presented to: Family, Children and Youth Section Department of Justice Canada Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Justice and Attorney General of Canada, 2004.
27. Goldstein A.P., Keller H., Erné D. Changing the abusive parent. Research Press Champaign, IL, 1985.

28. Gutierrez I.M., Ben-Ishay O., Mooney D.P. Pediatric thoracic and abdominal trauma. *Minerva Chir.* 2013 Jun; 68(3):263–74.
29. Danese A., Caspi A., Williams B., Ambler A., Sugden K., Mika J. et al. Biological embedding of stress through inflammation processes in childhood. *Mol Psychiatry.* 2011; 16:244–6. doi:10.1038/mp.2010.5.
30. Danese A., Moffitt T.E., Pariante C.M., Ambler A., Poulton R., Caspi A. Elevated inflammation levels in depressed adults with a history of childhood maltreatment. *Arch Gen Psychiatry.* 2008; 65:409–15. doi:10.1001/archpsyc.65.4.409
31. Dixon L., Hamilton–Giachritsis C., Browne K. Attributions and 736 behaviours of parents abused as children: a mediational analysis 737 of the intergenerational continuity of child maltreatment (part II). *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2005; 46:58–68.
32. Dubowitz H. Neglect in children. *Pediatr Ann,* 2013; 42(4):73–7.
33. Durrant E.J., *Позитивна disciplina, Šta je to i kako je sprovoditi, Save the Children Norway SEE, Sarajevo, 2008.*
34. Znanje, stavovi i prakse u vezi sa imunizacijom dece u Srbiji, UNICEF 2017. [https://www.unicef.org/serbia/sites/unicef.org.serbia/files/2018-09/Znanje\\_stavovi\\_prakse\\_u\\_vezi\\_sa\\_imunizacijom\\_dece\\_u\\_Srbiji.pdf](https://www.unicef.org/serbia/sites/unicef.org.serbia/files/2018-09/Znanje_stavovi_prakse_u_vezi_sa_imunizacijom_dece_u_Srbiji.pdf)
35. Žegarac N., Mijanović Lj., Obretković M., Pejaković Lj., Simović I., Stevanović I. *Zaštita deteta od zlostavljanja — Priručnik za centre za socijalni rad i druge službe u lokalnoj zajednici.* Beograd: Centar za prava deteta, 2004.
36. Ignjatović, T. *Posledice koje ima nasilje prema ženama u partnerskom odnosu na decu i odgovor javnih službi na ovaj problem.* Beograd: Autonomni ženski centar i UNICEF Srbija. 2013.
37. Izveštaj o radu centara za socijalni rad u Srbiji u 2011. godini. Beograd: Republički zavod za socijalnu zaštitu (RZSZ). 2012. Доступно на: <http://www.zavodsz.gov.rs/PDF/izvestavanje/Izvestaj%20o%20radu%20CSR%202011%20-.pdf>
38. Išpanović Radojković V., Ignjatović V., Vujović R., Stevanović I., Srna J., Žegarac N. *Priručnik za primenu Opšteg protokola za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja.* Beograd: Centar za prava deteta, 2006.
39. Išpanović V., Ignjatović T., Lajović B., Lakić A., Srna J., Stevanović I., Vlaović–Vasiljević D., Vujović R., Žegarac N. *Smernice za postupanje zdravstvenih radnika u slučajevima sumnje na zlostavljanje i zanemarivanje dece, Zbornik radova. Simpozijum neurologije i psihijatrije razvojnog doba, 78–83, Beograd, 2004.*

40. Išpanović Radojković V. Porodično nasilje, poglavlje u knjizi Babić M., ur. Skrining u medicini, Beograd: Jugoslovenska fondacija protiv raka, 2001.
41. Jovanović A.A., Popović V.R., Savić S., Alempijević D., Janković N. Munchausen syndrome by Proxy. *Srp Arh Celok Lek.* 2005; 133(3–4): 173–9.
42. Kayris S.W., Johnson C.F., Committee on Child Abuse and Neglect. The psychological maltreatment of children—technical report. *Pediatrics*, 2002; 109(4):e68.
43. Kemp A., Maguire S., Davis P. Physical Child Abuse. *Clinical Forensic Medicine*. Totowa, NJ: Humana Press; 2011. p. 169–202.
44. Kempe C.H., Silverman F.N., Steele B.F., Droegemueller W., Silver H.K. The battered—child syndrome. *JAMA*. 1962 Jul 7; 181:17–24.
45. Kim H., Wildeman C., Jonson–Reid M., Drake B. Lifetime prevalence of investigating child maltreatment among US children. *Am J Public Health*, 2017; 107(2):274–80.
46. Kirke–Smith M., Henry L., Messer D. Executive functioning: developmental consequences on adolescents with histories of maltreatment. *Br J Dev Psychol*. 2014; 32:305–19.
47. Krivični zakonik. Sl. Glasnik RS br. 85/2005 — ispr. 107/2005 — ispr. 72/2009, 111/2009, 121/2012, 104/2013, 108/2014 i 94/2016. Достушно на: [https://www.paragraf.rs/propisi/krivicni\\_zakonik.html](https://www.paragraf.rs/propisi/krivicni_zakonik.html), приступљено 20.2.2019.
48. Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A.B., Lozano R. (eds). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
49. Lakić A.: Uticaj razvojno uslovljenih specifičnosti na svedočenje dece u slučajevima zanemarivanja/zlostavljanja (forenzički aspekt), 5. Kongres neurologije i psihijatrije razvojnog doba Srbije i Crne Gore sa međunarodnim učešćem, 279–280, Beograd, 2005.
50. Lakić A.: pedijatrijski skrining za zanemarivanje/zlostavljanje dece u porodici, 5. Kongres neurologije i psihijatrije razvojnog doba Srbije i Crne Gore sa međunarodnim učešćem, 341, Beograd, 2005.
51. Lakić A.: Savremene teorije o zlostavljanju dece, u Od grupe do tima — multidisciplinarni pristup problemu zanemarivanja i zlostavljanja dece, 63–69, Centar za brak i porodicu, IP Žarko Albulj, Beograd, 2002.
52. Lakić A.: Rano otkrivanje i prepoznavanje znakova zlostavljanja dece, u Od grupe do tima — multidisciplinarni pristup problemu zanemarivanja i zlostavljanja dece, 81–88, Centar za brak i porodicu, IP Žarko Albulj, Beograd, 2002.
53. Lakić A.: Modeli društvene zaštite dece od zlostavljanja, u od grupe do tima — multidisciplinarni pristup problemu zanemarivanja i zlostavljanja dece, 75–80, Centar za brak i porodicu, IP Žarko Albulj, Beograd, 2002.

54. Lakić A.: Uloga zdravstvenog sistema u zaštiti dece od zlostavljanja, u *Od grupe do tima — multidisciplinarni pristup problemu zanemarivanja i zlostavljanja dece*, 75–80, Centar za brak i porodicu, IP Žarko Albulj, Beograd, 2002.
55. Lakić A.: Neuobičajene forme zlostavljanja dece — Minhauzen sindrom by proxy, u *Od grupe do tima — multidisciplinarni pristup problemu zanemarivanja i zlostavljanja dece*, 168–171, Centar za brak i porodicu, IP Žarko Albulj, Beograd, 2002.
56. Lakić A.: Sudskopsihijatrijski aspekt zanemarivanja i zlostavljanja dece, u *Od grupe do tima — multidisciplinarni pristup problemu zanemarivanja i zlostavljanja dece*, 287–296, Centar za brak i porodicu, IP Žarko Albulj, Beograd, 2002.
57. Lakić A.: Poremećeni odnosi u porodici i njihov uticaj na partnerske odnose, u *Vaspitanje mladih za humane odnose među ljudima i planiranje porodice — priručnik za nastavnike*, 123–127, Ministarstvo prosvete i Ministarstvo za brigu o porodici Republike Srbije, Beograd, 1999.
58. Leventhal J.M., Thomas S.A., Rosenfield N.S., Markowitz R.I. Fractures in young children. Distinguishing child abuse from unintentional injuries. *Am J Dis Child*. 1993 Jan; 147(1):87–92.
59. Liberman A.F. *Teh Emotional Life of the toddler*. The Free Press. New York, 1995.
60. Livingston, B. How Children Cope with High Conflict Divorce: How are they harmed and what can parents do to help them? June 2013. Доступно на: <https://www.mediate.com/articles/livingstone1.cfm#bio>
61. Lecic Tosevski D., Christodoulou G.N., Herrman H., Hosman C., Jenkins R., Newton J. et al. WPA Consensus Statement on Psychiatric Prevention. *Dynamische Psychiatrie* 2003; 26:307–15.
62. Lecic Tosevski D. Prevention and mental health promotion: a need for international collaboration. *Psychiatriki* 2005; 15:6–9.
63. National Institute for Health and Clinical Excellence. When to suspect child maltreatment. 2009.
64. National Institute for Health and Care Excellence. Child Abuse and Neglect. NICE Guideline. [преузето 1. марта 2019.]. Доступно на: [nice.org.uk/guidance/ng76](http://nice.org.uk/guidance/ng76)
65. Mahrer, N., O Hara, K., Sandler, I., Wolchik S. Does Shared Parenting Help or Hurt Children in High–Conflict Divorced Families? *Journal of Divorce & Remarriage* Volume 59, Issue 4: Part I: Special Issue on Shared Physical Custody: Recent Research, Advances, and Applications. 2018.

66. Milosavljević M. Teorijsko–metodološke osnove istraživanja. In: Milosavljević M., editor. *Nasilje nad decom*. Beograd: Fakultet političkih nauka; 1998. p. 9–46.
67. Milner J.S., Chilamkurti C. Physical child abuse perpetrator characteristics. A review of the literature. *Journal of Interpersonal Violence* 1991; 6(3):345–366.
68. Mihel E. Smrt usled zlostavljanja ili iz prirodnih uzroka? *Srp Arh Celok Lek*. 1919; 39(1):2–12.
69. Mihel E. O silovanju dece. *Srp Arh Celok Lek*. 1912; 40(5):157–70.
70. Mihel E. O silovanju dece. *Srp Arh Celok Lek*. 1912; 40(6):191–7.
71. Mirić J., Dimitrijević A., *Afektivno vezivanje*, Zbornik 7, Centar za primenjenu psihologiju, Beograd, 2006.
72. Mitković Vončina M. Psihosocijalni i psihopatološki činioci sklonosti ka ponavljanju zlostavljanja dece u sledećoj generaciji (doktorska disertacija). Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, 2015.
73. Mitković M. Zlostavljanje u detinjstvu i adolescenciji kao faktor rizika za povećanu sklonost odrasle osobe ka zlostavljanju dece. *Ministarstvo rada i socijalne politike, Uprava za rodnu ravnopravnost, Projekat borba protiv seksualnog i rodno zasnovanog nasilja*: Beograd; 2011.
74. Mitkovic Voncina M., Pejovic Milovancevic M., Mandic Maravic V., Lecic Tosevski D. Timeline of Intergenerational Child Maltreatment: the Mind–Brain–Body Interplay. *Current Psychiatry Reports* 2017; 19(8):50.
75. Mitkovic Voncina M, Lecic Tosevski D, Pejovic Milovancevic M, Popovic Deusic S. Linking child maltreatment history with child abuse potential: relative roles of maltreatment types. *Arch Biol Sci* 2014; 66(4):1681–1687.
76. Mitkovic–Voncina M., Pejovic–Milovancevic M., Mandic–Maravic V., Lecic–Tosevski D. Risk factors for intergenerational child maltreatment: the role of temperament. Program of the 31<sup>st</sup> ECNP Congress, Barcelona, 6–9 October, 2018:P580.
77. Mitkovic–Voncina M., Lestarevic S., Pejovic–Milovancevic M., Radosavljev–Kircanski J., Kalanj M., Lecic–Tosevski D. Child maltreatment predicting more severe psychiatric and biological phenotype among adolescent patients with depressive symptoms. Program of the 31<sup>st</sup> ECNP Congress, Barcelona, 6–9 October, 2018: P573.
78. Mitkovic Voncina M., Lecic Tosevski D., Mandic Maravic V., Pejovic Milovancevic M. Are psychosocial predictors of child abuse potential dependent on parental child abuse history? Abstract book (electronic) of IACAPAP Congress, Prague, 23–27 July, 2018.
79. Mitkovic Voncina M, Lecic Tosevski D, Pejovic Milovancevic M, Mandic Maravic V. Child abuse history and child abuse potential: mediating effects of

- dissociation, psychiatric distress and attachment. 15th National Congress of the Serbian Psychiatric Association and Regional Congress of the Psychiatric Association for Eastern Europe and the Balkans, Belgrade, Serbia. Book of abstracts; *Psihijat Dan* 2016; suppl. 48 (1/5–145):98
80. Moynihan M., Pitcher C., Saewyc E. Interventions that foster healing among sexually exploited children and adolescents: a systematic review. *J Child Sex Abus* 2018; 27(4):403–23.
  81. Mulder T.M., Kuiper K.C.; van der Put C.E., Stams G.J.M., Assink M. Risk factors for child neglect: a meta-analytic review. *Child Abuse Negl*, 2018; 77:198–210.
  82. Murali P., Prabhakar M. Mantle of forensics in child sexual abuse. *J Forensic Dent Sci* 2018; 10(2):71–74.
  83. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. American Academy of Pediatric Dentistry. Ad Hoc Work Group on Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*. 1999 Aug; 104(2 Pt 1):348–50.
  84. Opšti protokol za zaštitu dece od zanemarivanja i zlostavljanja, Vlada Republike Srbije, Beograd 2005.
  85. Osnaživanje dece i mladih sa smetnjama u razvoju da reaguju na zlostavljanje i zanemarivanje dece, Završni izveštaj o sprovedenom projektu i Vodič za primenu protokola za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja u odnosu na decu i mlade sa smetnjama u razvoju, Centar za prava deteta, Beograd, 2016.
  86. Pearson E.G., Fitzgerald C.A., Santore M.T. Pediatric thoracic trauma: Current trends. *Semin Pediatr Surg*. 2017 Feb; 26(1):36–42.
  87. Pingley T. The Impact of Witnessing Domestic Violence on Children: A Systematic Review. Retrieved from Sophia, the St. Catherine University repository website: [https://sophia.stkate.edu/msw\\_papers/776.2017](https://sophia.stkate.edu/msw_papers/776.2017)
  88. Pejović–Milovančević M., Radosavljev–Kirčanski J., Kalanj M., Minčić T., Košutić Ž., Grujić R., Mitković–Vončina M. Zlostavljanje i zanemarivanje kao izvor traumatizma dece i mladih — odgovor zdravstvenog sistema u Srbiji. U: 4. Strokovni seminar z mednarodno udeležbo: *Travma. Kranjska Gora*, 2016:36–43.
  89. Pejovic–Milovancevic M., Mitkovic–Voncina M., Lecic–Tosevski D. Past, present, and future steps in child abuse and neglect issues: the Serbian journey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015; 24:121–124.
  90. Pejovic–Milovancevic M., Mitkovic–Voncina M., Lecic–Tosevski D. Past, present, and future steps in child abuse and neglect issues: the Serbian journey. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2015; 24(1):121–124.



91. Pejovic Milovancevic M., Tenjovic L., Ispanovic V., Mitkovic M., Radosavljev Kircanski J., Mincic T., Popovic Deusic S., Lecic-Tosevski D. Psychopathology and resilience in relation to abuse in childhood among youth first referred to psychiatrists. *Vojnosanitetski Pregled* 2014; 71(6):565–570.
92. Pejović Milovančević M., Išpanović Radojković V., Vidojević O., Kalanj D., Marunić V., Radosavljev J. Model zaštite dece od zlostavljanja i zanemarivanja. *Psihijatrija danas*, 2002; 34(1–2):117–32.
93. Pejović Milovančević M., Minčić T., Tenjović L., Išpanović V. Kalanj D., Radosavljev J. Posledica zlostavljanja i zanemarivanja adolescenata u porodici. *Psihijatrija danas*, 2002; 34(3–4):237–51.
94. Pokrajinski Ombudsman Vojvodine, Sprečavanje i zaštita od zlostavljanja i zanemarivanja u osnovnim školama u AP Vojvodini, Novi Sad, 2011.
95. Porodični zakon Republike Srbije. *Sl. glasnik RS*, br. 18/05, 72/11 — dr. zakon, 6/15.
96. Polazni okvir nacionalne strategije protiv nasilja. Beograd: Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike, 2006.
97. Posebni protokol sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zanemarivanja i zlostavljanja, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Beograd, 2009.
98. Posebni protokol sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zanemarivanja i zlostavljanja, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Beograd, 2018.
99. Popadić D., Plut D. i Pavlović Z. Nasilje u školama Srbije, pregled stanja 2006–2013, Ministarstvo prosvete republike Srbije i UNICEF, Beograd, 2014.
100. Pravilnik o Protokolu postupanja u ustanovi u odgovoru na nasilje, zlostavljanje i zanemarivanje u Službeni glasnik Republike Srbije Beograd, 2010.
101. Pregled realizacije nacionalnog plana akcije (NPA) za decu u period 2004. — jun 2009. godine. Beograd, 2009.
102. Priručnik za primenu Posebnog protokola zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zanemarivanja i zlostavljanja, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Beograd, 2012.
103. Phyllis E., Caffery T., Attachment and Family Systems. Brunner–Routledge, New York, 2003.
104. McSherry D. Understanding and addressing the „neglect of neglect”: why are we making a mole–hill out of a mountain? *Child Abuse Negl*, 2007; 31(6):607–614.
105. Radosavljev Kirčanski J., Pejovic Milovančević M., Minčić T., Kalanj D., Stojanović S., Lakićević S. Uloga zdravstvenog sistema u procesu zaštite dece od zlostavljanja i zanemarivanja. *Psihijatrija danas* 2009; 41, 1–2.

106. Rang M.C., Willis R.B. Fractures and sprains. *Pediatr Clin North Am.* 1977 Nov; 24(4):749–73.
107. Reece R.M. Treatment of child abuse: Common Ground for Mental Health, Medical and Legal Practitioners. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2000.
108. Seagull E.A. Social support and child maltreatment: a review of the evidence. *Child Abuse Negl.* 1987; 11(1):41–52.
109. Save the Children. Children witnesses of gender violence in the domestic context. Analyses of the fulfillment of their specific needs through the protection system. Madrid, 2011.
110. Savić A. i sar., „Od zanemarivanja i lišavanja do zlostavljanja i nasilja — dete ometeno u razvoju“, Specijalna bolnica za dečju cerebralnu paralizu i razvojnu neurologiju, Beograd, 1998.
111. Sintetizovan izveštaj o radu centara za socijalni rad u Srbiji za 2012. godinu Beograd: Republički zavod za socijalnu zaštitu (RZSZ).2013. Доступно на: <http://www.zavodsz.gov.rs/PDF/izvestajoradu2013/IZVESTAJ%20CSR%-202012%20FIN1.pdf>
112. Sloane Polillo L. The effects of domestic violence on child witnesses. *Family and community violence.* 2003. 1522–5720/02
113. Sedlak A.J., Mettenburg J., Basena M., Petta I., McPherson K., Greene A. et al. Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS–4): Report to Congress. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, 2010.
114. Srna J. Od grupe do tima: Multidisciplinarno usavršavanje stručnjaka u sistemu zaštite dece od zlostavljanja i zanemarivanja. Beograd: Centar za brak i porodicu, 2001.
115. Straus M.A. Family patterns and child abuse in a nationally representative American sample. *Child Abuse Negl.* Elsevier; 1979; 3(1):213–25.
116. Stith M.S., Liu T.L., Davies C., Boykin E.L., Alder M.C., Harris J.F. et al. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 2009; 14(1), 13–29.
117. Stefanović Stanojević T., Emocionalni razvoj ličnosti, Filozofski fakultet, Prosveta, Niš, 2005.
118. Stoltenborgh M., Bakermans–Kranenburg M.J., Van Ijzendoorn M.H. (2013). The neglect of child neglect: A meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Soc Psychiatry Psych Epidemiol*, 2013; 48(3):345–355.

119. Sutherland, A. How parental conflict hurts kids. Institute for family studies. Доступно на: <https://ifstudies.org/blog/how-parental-conflict-hurts-kids/>
120. Tardieu A.A. Etude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. Publié dans Ann d'hygiène publique médecine légale. 1860; 13:361–98.
121. Teicher M.H., Samson J.A. Childhood maltreatment and psychopathology: a case for ecophenotypic variants as clinically and 812 neurobiologically distinct subtypes. *Am J Psychiatry*. 2013; 170:813 1114–33. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12070957
122. Fisher–Ovens S.A., Lukefahr J.L., Rao Tate A. American Academy of Pediatrics, Section on Oral Health, Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs, Council on Scientific Affairs, Ad Hoc Work Group on Child Abuse and Neglect. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics*, 2017; 140(2):e20171487.
123. Ford N., Mayer K.H. for the World Health Organization Postexposure Prophylaxis Guideline Development Group. World Health Organization guidelines on postexposure prophylaxis for HIV: recommendations for a public health approach. *Clin Infect Dis* 2015; 60 (Suppl 3): S161–4.
124. Hyden P.W., Gallagher T.A. Child abuse intervention in the emergency room. *Pediatr Clin North Am*. 1992 Oct; 39(5):1053–81.
125. Hviid A., Hansen J.V., Frisch M., Melbye M. Measles, Mumps, Rubella Vaccination and Autism: A Nationwide Cohort Study. *Ann Intern Med*. 2019 Mar 5. doi: 10.7326/M18–2101.
126. Cicchetti D., Lynch M. Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry* 1993; 56:96–118.
127. Centar za prava deteta. Neostvarivanje prava deteta u Srbiji — gledano iz ugla deteta i odraslih. Beograd, Centar za prava deteta, 2008.
128. Clément M.È., Bérubé A., Chamberland C. Prevalence and risk factors of child neglect in general population. *Public Health* 2016; 138:86–92.
129. Centers for Disease Control and Prevention National Center for Injury prevention and Control, Division of Violence Prevention. [Internet]. Child Abuse and Neglect: Definitions. [Page last reviewed: April 10, 2018; Cited 2019 February 21]. Available from: (<https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/definitions.html>)

130. Child maltreatment [Internet]. WHO. [cited 2019 Mar 11]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
131. Chang X., Jiang X., Mkandarwire T., Shen M. Associations between adverse childhood experiences and health outcomes in adults aged 18–59 years. *PLoS One*. 2019; 14(2):e0211850.
132. Jenny C, Crawford–Jakubiak JE; Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatrics. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics* 2013; 132(2):e558–67.
133. Jenney A. The impact of domestic violence on infants and young children. *Infant mental health promotion, the hospital for sick children*. Toronto, 2012.

**CIP — Каталогизација у публикацији Народна библиотека Србије, Београд**  
**364.63-053.2(497.11)(035) / 364.692-053.2-058.68(497.11)(035)** / Приручник за примену Посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања / аутори Ђорђе Алемпијевић ... и др. / 3. допуњено изд. / Београд : Министарство здравља Републике Србије, 2019 / Београд : Avala Press / 275 стр. : илустр. ; 23 см / Подаци о ауторима преузети из колофона / „Нова верзија приручника... настала је у оквиру заједничког пројекта 'Интегрисани одговор на насиље над женама и девојчицама у Србији II'...“ -> колофон / Тираж 500 / Предговор трећем допуњеном издању: стр. 11-12. / Библиографија: стр. 265-275. / **ISBN 978-86-80152-11-0** / 1. Алемпијевић, Ђорђе, 1967- [аутор] а) Деца – Насиље – Спречавање – Србија – Приручници б) Деца – Заштита – Србија – Приручници / **COBISS.SR-ID 280609292**

**ПРИРУЧНИК**  
за примену Посебног  
протокола система  
здравствене заштите  
за заштиту деце  
од злостављања  
и занемаривања

