

EMOCIONÁLNÍ TÝRÁNÍ A ZANEDBÁVÁNÍ V DĚTSTVÍ

EMOTIONAL ABUSE AND NEGLECT IN CHILDHOOD

LENKA CHUDOMELOVÁ^{1, 2}, HANA PROVAZNÍKOVÁ¹

¹Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Ústav zdraví dětí a mládeže, Praha

²Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Klinika dětí a dorostu, Praha

SOUHRN

Emocionální týrání a zanedbávání je jednou z forem syndromu týraného dítěte (CAN). Velmi často, ne-li vždy, doprovází tělesné či sexuální zneužívání, ale může se vyskytovat také jako samostatná jednotka. Ještě poměrně nedávno panoval kolem definice emocionálního týrání a zanedbávání chaos a neřídka byl jeho význam zpochybňován a důsledky pro dítě podceňovány. V posledních letech však tento fenomén přitahuje stále větší pozornost odborníků pracujících s dětmi (zdravotníků, pedagogů, sociálních pracovníků, policistů) a na toto téma byla provedena i řada zajímavých studií, jejichž výsledkem je nyní všeobecně přijímaná definice fenoménu jako takového a také identifikace potenciálních rizikových faktorů a následků emocionálního týrání a zanedbávání.

Cílem této práce je podat aktualizovanou a ucelenou informaci o tomto sociopatologickém jevu, doplněnou o současné reference a relevantní zdroje.

Klíčová slova: emocionální týrání, emocionální zanedbávání, syndrom týraného dítěte, prevence

SUMMARY

Emotional abuse and neglect is a part of the CAN syndrome (Child Abuse and Neglect). Emotional abuse often, if not always, accompanies physical and sexual abuse but may also occur as a distinct entity. Until recently, there has been chaos regarding the definition of emotional maltreatment; its significance has been questioned and consequences have been underestimated. However, lately this phenomenon has been brought to the attention of an increasing number of professionals dealing with children (health professionals, teachers, social workers, police). Based on several existing studies, a generally accepted definition of CAN syndrome was formulated and potential risk factors and consequences of emotional abuse and neglect were identified.

The objective of this report is to provide an updated and complete information about this socio-pathological phenomenon including relevant references and resources.

Key words: emotional abuse, emotional neglect, child abuse and neglect syndrome, prevention

Úvod

Emocionální týrání a zanedbávání je takové chování dospělého jedince, které ohrožuje zdravý psychický vývoj dítěte. Jedná se nejčastěji o dlouhodobě narušený vztah, ve kterém se patologické vzorce interakcí stávají stereotypem. Méně často se stává, že poškozující chování není přítomno permanentně, ale bývá jednou za čas spouštěno určitým faktorem, např. alkoholem. Za emocionální týrání však může být označena i jednorázová událost, např. velmi traumatizující rozvod rodičů.

Následující tabulka 1 je přehledem jednotlivých forem chování, které, pokud se vyskytují v obzvláště kruté podobě anebo opakovaně, jsou považovány za emocionální týrání či zanedbávání (1).

Prevalenci emocionálního týrání a zanedbávání dětí nelze spolehlivě určit, stejně jako ji nejsme schopni přesně vyjádřit ani u ostatních forem syndromu týraného dítěte (CAN). Je to dáno již samotnou povahou syndro-

mu, který je charakterizován hrubým narušením intimní oblasti rodinných vztahů, jež zůstávají pozorovateli zvnějšku skryty a oběť samotná je málokdy ochotna o nich mluvit. Emocionální poškození je bezesporu součástí jak fyzického týrání, tak i sexuálního zneužívání; tyto formy jsou však doprovázeny viditelnými známkami a k jejich odhalení dojde ve většině případů relativně brzy. Psychické následky ve smyslu dlouhodobého narušení psychického zdraví jedince pak nejsou tak závažné, jako je tomu v případě izolovaného emocionálního týrání a zanedbávání, kde se u obětí v dospělosti setkáváme s depresi, narušeným sebevědomím (2), agrezí, delikvencí či vztahovými problémy (3).

V některých zemích již byly vypracovány podrobné epidemiologické studie za účelem zjištění prevalence tohoto patologického jevu. Pro ilustraci, v roce 1997 proběhla ve 43 státech USA studie organizovaná Národním centrem pro týrané a zanedbávané děti, která odhalila emocionální týrání u 6,1 % respondentů (4). V roce

Tab. 1: Formy emocionálního týrání

Forma emocionálního týrání	Příklady chování
Ponižování, zesměšňování	- opakované trestání pouze určitého dítěte - nadávky adresované dítěti - zahanbování dítěte na veřejnosti
Vyhrožování, zstrašování	- vyhrožování násilím dítěti nebo někomu z jeho blízkých - stanovování nerealistických požadavků a vyhrožování trestem za jejich nesplnění
Využívání dítěte k páčání trestné činnosti	- podněcování k asociálnímu chování či jednání - podporování věkově a vývojově nepřiměřeného chování
Neopětování citových projevů	- odpírání projevů lásky, náklonnosti, starostlivosti - ignorování dítěte
Odmítání, zavrhování dítěte	- vyhýbání se dítěti - odstrkování, odmítání připojit se k dětské hře - odmítání zapojit dítě do společných rodinných aktivit - trestání odnětím lásky
Izolování dítěte	- neopodstatněné omezování volného pohybu - omezování sociálních kontaktů
Nekonzistentní výchova	- rodiče nejsou stálí a jednoznační ve svých požadavcích a nárocích na dítě - vyvolávají v něm ambivalentní pocity, odporují si
Emocionální zanedbávání	- zanedbávání péče o duševní zdraví dítěte - o jeho vzdělávání - nerozvíjení jeho přirozených schopností a dovedností
Vystavování dítěte konfliktům mezi rodiči	- dítě je opakovaně svědkem domácího násilí - dítě je nuceno stavět se na stranu jednoho rodiče proti druhému - dítě slouží jako „vrba“ citově neuspokojenému rodiči

1996 ve Velké Británii tvořilo emocionální týrání a zanedbávání 15 % ze všech zaregistrovaných případů týrání dětí (5). Z čerstvějších prací stojí za pozornost studie porovnávající výskyt fyzického a emocionálního týrání u dětí 4. a 7. tříd základních škol mezi čtyřmi postkomunistickými zeměmi (Litva, Lotyšsko, Makedonie a Moldávie) (6). Zkušenost s emocionálním týráním uvedlo v Makedonii 13 %, v Lotyšsku 29 %, v Litvě 32 % a v Moldávii 33 % dotázaných dětí.

V posledních letech nebyla v České republice publikována studie, která by byla zaměřena na výskyt čistě emocionálního týrání a zanedbávání v normální dětské populaci, nicméně z hlediska kulturně-historického kontextu se dá předpokládat, že výskyt bude obdobný jako např. v Litvě. Jistou představu lze získat také ze závěrů práce Bosákové a kol. (7). Data získaná z jejich retrospektivní studie ukazují, že téměř 70 % dotázaných bylo v dětství opakovaně vystaveno některé z forem psychického týrání. Zde je však potřeba připomenout, že toto číslo se nevztahuje pouze na samotné emocionální týrání, nýbrž jsou v něm zahrnuty i případy, kdy byli respondenti vystaveni zároveň fyzickému týrání.

Rizikové faktory

Faktory, které se podílejí na vzniku emocionálního týrání, lze rozdělit na dvě skupiny: faktory na straně dítěte a faktory na straně rodičů/vychovatelů (8). Často se uvádí ještě třetí komplex: okolnosti či situace, které disponují k emočnímu týrání, např. je-li matka samoživitelkou a

má špatné bytové či finanční poměry apod. Potenciálních rizikových faktorů byla identifikována celá řada, avšak u mnohých by bylo odvážné tvrdit, že samy o sobě mají kauzální vztah ke vzniku emocionálního týrání. Většinou se jedná o kumulativní účinek více faktorů. V tabulce 2 jsou uvedeny příklady těch nejdiskutovanějších.

Následky

Jak již bylo zmíněno v předchozím textu, emocionální týrání často probíhá skrytě a nezřídka bývá odhaleno až v době, kdy u oběti dojde k rozvinutí vážné poruchy psychického či fyzického zdraví. Studie zabývající se zejména dlouhodobými následky emocionálního týrání se shodují v tom, že mezi jeho oběťmi je významně vyšší výskyt depresí a rovněž lze u nich častěji pozorovat suicidální sklony (14–16). Z jejich závěrů rovněž vyplývá, že typ emocionálního poškozování nehraje v rozvoji dlouhodobých následků příliš významnou roli; závažnost těchto následků se zdá být funkcí dávky (čím delší zkušenost emocionálního týrání/zanedbávání v dětství, tím závažnější deprese v dospělosti).

Zkušenost s emocionálním týráním či zanedbáváním se překvapivě často vyskytuje v anamnéze pacientů léčících se pro poruchu příjmu potravy. V roce 2001 publikoval Grilo závěry své studie provedené na skupině pacientů s tzv. binge eating disorder (porucha příjmu potravy spočívající v nezřízeném přejídání): 83 % z nich zažívalo některou z forem týrání, přičemž emocionální týrání uvedlo 59 % respondentů a emocio-

Tab. 2: Faktory podílející se na vzniku emocionálního týrání a zanedbávání

Faktory na straně rodičů/vychovatelů	vlastní zkušenost s emocionálním týráním v dětství (9) závislosti (drogy, alkohol) (10) příliš mladí/příliš starí rodiče psychopatologie na straně rodičů (11) sociální izolace, stres (13) nepříznivá ekonomická situace
Faktory na straně dítěte	hyperaktivita, ADHD nepřizpůsobivé dítě dítě vyžadující zvláštní péči (dítě s handicapem, např. dyslektik) nechtěné dítě (12)

nální zanedbávání 69 %. U těchto pacientů byla též zjištěna vyšší míra deprese, větší nespokojenost s vlastním tělem a nižší sebevědomí, než u pacientů, kteří byli vystaveni jiným formám týrání (17).

Emocionální týrání a zanedbávání však stojí v pozadí mnoha dalších problémů jak v oblasti lidské psychiky či somatického zdraví, tak také v oblasti sociálního fungování. Jejich výčet doplněný některými příklady je uveden v následující tabulce 3. Je pravděpodobné, že existuje specifický vztah mezi některými formami emocionálního týrání a následky. Např. opakované vystavování dítěte konfliktům mezi rodiči predisponuje dítě na jedné straně ke vzteku a agresivitě a na druhé k depresi a úzkosti (20).

Diagnostika

Rozpoznat emocionální týrání či zanedbávání je poměrně obtížné. Rodina je jakýsi mikrosvět se svými vlastními pravidly, a přestože mezi jejími členy mohou existovat různé problematické až patologické vztahy, navenek většinou působí konzistentně. To je také důvod, proč emocionální týrání/zanedbávání bývá téměř bez výjimky odhaleno až v pokročilé fázi, kdy se u dítěte projeví některý z následků zmíněných v předchozí části. Proto je nezbytné, aby ti, kteří přicházejí s dítětem do styku mimo rodinu (zdravotníci, učitelé, vychovatelé), byli obeznámeni s fenoménem emocionálního týrání a zanedbávání a dokázali včas rozpoznat varovné příznaky. Nelze zde

Tab. 3: Dopad emocionálního týrání na jednotlivé oblasti lidského zdraví (18)

Zasažená oblast	Charakteristika následků
Sebepojetí, smýšlení o sobě, sebeúcta	– nízké sebevědomí – negativní smýšlení o sobě i o světě – pocity úzkosti, deprese – suicidální myšlenky/pokusy
Emoční zdraví	– emoční nestabilita – hraniční osobnost – emoční nezodpovědnost – nekontrolované impulzivní jednání – vztek – sebepoškozování – poruchy příjmu potravy – závislost na návykových látkách (19)
Sociální dovednosti	– asociální chování – problémy s připoutáním – snížená schopnost empatie – stažení se do sebe – agresivita či násilí ve vztahu k druhým – delikvence, kriminalita
Učení	– poruchy učení – nižší dosažené vzdělání
Fyzické zdraví	– neprospívání – časté somatické stesky – horší zdraví v dospělosti – vyšší mortalita

hovořit o diagnostických kritériích v pravém slova smyslu, spíše se jedná o diagnostická vodítka (tab. 4).

Stejně jako u týrání fyzického, tak i u týrání emocionálního platí, že každý člověk má poněkud jinou hranici, do kdy ještě jistý projev považuje za přiměřené jednání a od kdy za týrání. Vzhledem k tomu, že subjektivní názory jedince jsou formovány jeho předchozí rodinnou zkušeností, a ta může být různě zkreslena (časovým odstupem, potlačením negativních zážitků apod.), vydala Americká pediatrická akademie jednotné postupy (22), kterými by se měli lékaři řídit a i jen pouhé podezření na emocionální týrání prověřit a hlásit příslušným orgánům. Je zde mimo jiné zdůrazněno, že během každého kontaktu s rodičem a dítětem je důležité všimnout si jejich vzájemných interakcí a způsobu komunikace (i neverbální), tudíž při pravidelných návštěvách je pak pro pozorovatele snadnější posoudit změny v chování dítěte. Alarmující je vždy abnormální váhový úbytek nebo naopak nárůst. Zvláště děti předškolního a mladšího školního věku mají sklony k somatizaci a problémy v oblasti psychické nezřídka transformují do podoby různých psychosomatických stesků (bolesti hlavy, břicha), což ústí v časté návštěvy u lékaře nebo hospitalizace. V rámci školní docházky je vždy podezřelý náhlý zhoršení prospěchu, chování či časté absence. Vzhledem k tomu, že se vždy jedná o velice choulostivou, nicméně závažnou věc, je potřeba, aby podezření bylo podloženo řádnou dokumentací. Ta by měla být co nejpresnější a obsahovat pokud možno co nejvíce vlastních výroků dítěte, členů rodiny, případně ostatních svědků. Neměl by chybět popis interakcí mezi dítětem a rodiči, stejně tak jako údaje o změně chování dítěte z ostatních zdrojů (22). Ve sporných případech by mělo být dítě odesláno k doplňujícímu vyšetření do ambulance dětského psychologa, popř. psychiatra (dle závažnosti jeho problémů). Je nutné mít na paměti, že při řešení jakéhokoliv případu poškozování dítěte by měla být všechna šetření, ať medicínská či trestněprávní, zaměřena tak, aby nedocházelo k dalšímu poškozování dítěte, tzv. sekundární viktimizaci (23).

Terapie a prevence

Možnosti terapie se liší v závislosti na délce trvání psychického týrání, na ochotě rodičů spolupracovat a mo-

tivaci zlepšit své chování vůči dítěti. Ideálním řešením pro obě strany je některá z forem rodinné terapie, kterých je celá řada a podle závažnosti problémů je možno zvolit tu nejlépe vyhovující. Jedná-li se o případ týrání, které bylo podchyceno včas, může roli terapeuta zastat erudovaný školní psycholog, a to zejména tehdy, kdy se následky projevují v oblasti učení a chování ve škole. Dětem s obtížemi zdravotními, např. psychosomatickými, je nezbytné zajistit péči klinického psychologa. V každém případě je nutné, aby byla odborná pomoc poskytnuta alespoň dítěti, pokud se navázání spolupráce s rodiči nedaří. V těchto případech je velice důležité, aby dítě cítilo, že má ve svém okolí nějakou osobu, které může plně důvěřovat. V retrospektivní studii vedené Doylem byly zkoumány vnější faktory, které obětem, jež byly vystaveny emocionálnímu týrání ve významné míře, usnadnily se s tímto těžkým obdobím svého života vyrovnávat. Nejvýznamnější oporou byli pro respondenty zejména sourozenci a prarodiče, netýrající partner ve výpovědích nefiguroval (24).

Vzhledem k tomu, že terapeutické možnosti jsou často poměrně omezené (pozdní diagnostika, nespolupráce rodiny), je daleko důležitější zaměřit se na prevenci vzniku emocionálního týrání a zanedbávání. Veškeré preventivní působení by mělo být postaveno na ideji tzv. „pozitivního smýšlení o dětech“, tedy ochotě přijímat děti takové jaké jsou, včetně všech jejich vlastností a osobnostních rysů a nehodnotit je podle toho, nakolik splňují představy a požadavky dospělých (Hart, 1988). Pozitivní rodičovství je potřeba podpořit zejména edukací, a to nejen problémových skupin, ale celé populace. To je úkolem tzv. primární prevence, jež je zacílená na eliminaci známých rizikových faktorů, které by mohly vést k poškozování dítěte. Její náplň tvoří právě osvětová a vzdělávací činnost – vzdělávání rodičů, pedagogů, vychovatelů, lékařů a v neposlední řadě také výchova dětí a mládeže. Ukázalo se, že například znalost rodičů o tom, jak probíhá fyziologický vývoj dítěte, podstatně snižuje riziko budoucího fyzického či verbálního násilí na dětech (25).

Konkrétní preventivní programy by měly ve své náplni odrážet současné poznatky o rizikových faktorech, čili jejich nezbytnou součástí by mimo jiné měla například být edukace rodičů/vychovatelů zaměřená na re-

Tab. 4: Základní skupiny varovných příznaků u dítěte (21)

Poškození růstu a vývoje	podvýživa retardace, stagnace regrese psychomotorického vývoje
Zanedbávání zdravotní péče rodinou	odmítání léčebné péče nezájem o preventivní péči
Psychické poškození	projevy úzkosti pasivita, apatie pasivita s náhlými projevy agresivity otevřená agresivita poruchy v navazování sociálního kontaktu
Neurotické projevy	poruchy spánku poruchy příjmu potravy neurotické návyky

dukci verbálního i fyzického násilí mezi nimi s poukazem na to, jaký dopad má násilí mezi partnery na děti, pokud jsou jeho svědky (26). Dalším klíčovým tématem je prevence nadměrného užívání alkoholu či jiných návykových látek. Existuje řada studií, které potvrzují velmi silnou asociaci mezi užíváním návykových látek a prakticky všemi typy týrání dětí. Dokonce se doporučuje, aby součástí odvykacích programů byl i kurz rodičovských dovedností (27).

Vyhledávání rizikových skupin obyvatelstva a rizikových životních situací z hlediska syndromu týraného dítěte je cílem sekundární prevence. V ní mohou důležitou roli sehrát zejména dětské praktičtí lékaři a učitelé, s nimiž se dítě mimo rodinu stýká nejčastěji. V případě, že pojmu podezření, že v rodině není vše v pořádku, mohou včas zahájit intervenci. Typickými varovnými známkami jsou nevyrovnané vztahy uvnitř rodiny (odchod partnera, rozvod, úmrtí v rodině, nízký věk rodičů, dlouhodobá choroba v rodině, psychická labilita člena rodiny, závislost na alkoholu a návykových látkách, trestní stíhání člena rodiny, příslušnost k sektám), sociální problémy (problémy s bydlením, pracovní stres, nedostatečný příjem, společenská izolace, nezaměstnanost) (21).

O prevenci terciální mluvíme tehdy, když k poškození dítěte již došlo a je třeba zajistit, aby se neopakovalo a pokud možno bylo ve svých důsledcích omezeno na minimum. Zde se uplatní různá „nízkoprahová“ podpůrná centra pro rodiče, založená na principu vstřícnosti a neodsuzování, dále dětská krizová centra a nezastupitelnou úlohu mají také krizové telefonické linky, na které se mohou obracet nejen děti, ale i rodiče.

Závěr

Úkolem lékařů – pediatriů je péče nejen o tělesné, ale i duševní zdraví dětí. V průběhu prvních let života je dětský praktický lékař v podstatě jediným profesionálem, který má s dítětem pravidelný kontakt, a to až do doby, kdy dítě začne navštěvovat školu či školu. Avšak emocionální týrání je svou povahou multidisciplinární problém, a ten by měl být tudíž být součástí pregraduálního i postgraduálního vzdělávání nejen lékařů, ale i učitelů, sociálních pracovníků, policistů a dalších příbuzných profesí (28). Je nezbytné, aby všichni profesionálové pracující s dětmi byli obeznámeni s definicí emocionálního týrání a zanedbávání a byli schopni včas rozpoznat rizikové faktory, ať už na straně dítěte nebo na straně rodiny, které by mohly k emocionálnímu týrání vést. Jedině tak je možné zahájit efektivní preventivní či intervenční program. Stále platí, že včasné rozpoznání emocionálního týrání či zanedbávání s adekvátní intervencí (rodinná terapie, nácvik rodičovských dovedností) může snížit riziko rozvoje dlouhodobých následků.

Neméně důležitou podmínkou pro správné naplňování preventivních postupů je dobrá „zmapovanost terénu“, to znamená dostupnost aktuálních a spolehlivých dat, která nám poskytnou informaci o četnosti případů emocionálního týrání v normální dětské populaci, jeho distribuci a rizikových faktorech. Prostor pro takovou studii v naší republice jistě je.

LITERATURA

1. American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC). Practice guidelines: psychosocial evaluation of suspected psychological maltreatment in children and adolescents. Chicago: APSAC; 1995.
2. Claussen AH, Crittenden PM. Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment. *Child Abuse Negl.* 1991;15(1-2):5-18.
3. Vissing YM, Straus MA, Gelles RJ, Harrop JW. Verbal aggression by parents and psychosocial problems of children. *Child Abuse Negl.* 1991;15(3):223-38.
4. National Center of Child Abuse and Neglect. *Child Maltreatment.* Washington, DC: National Center of Child Abuse and Neglect; 1997.
5. Doyle C. Emotional abuse of children: issues for intervention. *Child Abuse Rev.* 1997;6(5):330-42.
6. Sebre S, Sprugevica I, Novotni A, Bonevski D, Pakalniskiene V, Popescu D, et al. Cross-cultural comparisons of child-reported emotional and physical abuse: rates, risk factors and psychosocial symptoms. *Child Abuse Negl.* 2004 Jan;28(1):113-27.
7. Bosáková K, Bosák V, Kučera Z, Lainová M. Psychické týrání v dětství u dospělé populace ČR: výskyt a některé souvislosti. *Českoslov Pediatr.* 2003;11(1):716-21.
8. Dunovský J, Dytrych Z, Matějček Z. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada; 1995.
9. Dixon L, Browne K, Hamilton-Giachritsis C. Risk factors of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I). *J Child Psychol Psychiatry.* 2005 Jan;46(1):47-57.
10. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Croft JB, Edwards VJ, Giles WH. Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Negl.* 2001 Dec;25(12):1627-40.
11. Ramchandani P, Psychogiou L. Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet.* 2009 Aug 22;374(9690):646-53.
12. Dytrych Z, Matějček Z, Schüller V. Nechtěné děti. Praha: VÚPS; 1977.
13. Jellen LK, McCarroll JE, Thayer LE. Child emotional maltreatment: a 2-year study of US Army cases. *Child Abuse Negl.* 2001 May;25(5):623-39.
14. Bifulco A, Moran PM, Baines R, Bunn A, Stanford K. Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bull Menninger Clin.* 2002;66(3):241-58.
15. Ethier LS, Lemelin JP, Lacharité C. A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse Negl.* 2004 Dec;28(12):1265-78.
16. Wright MO, Crawford E, Del Castillo D. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse Negl.* 2009 Jan;33(1):59-68.
17. Grilo CM, Masheb RM. Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology. *Obes Res.* 2001 May;9(5):320-5.
18. Hart SN, Binggeli NJ, Brassard MR. Evidence for the effects of psychological maltreatment. *J Emot Abuse.* 1997;1(1):27-58.
19. Moran PB, Vuchinich S, Hall NK. Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse Negl.* 2004 May;28(5):565-74.
20. Johnson RM, Kotch JB, Catellier DJ, Winsor JR, Dufort V,

- Hunter W, et al. Adverse behavioral and emotional outcomes from child abuse and witnessed violence. *Child Maltreat*. 2002 Aug;7(3):179-86.
21. Provazník K, a kol. Prevence a ochrana dětí před násilím. In: *Manuál prevence v lékařské praxi*. Souborné vydání. Praha: Fortuna; 2006. s. 431-2.
22. Kairys SW, Johnson CF; Committee on Child Abuse and Neglect. The psychological maltreatment of children--technical report. *Pediatrics*. 2002 Apr;109(4):e68.
23. Provazníková H. Týrané a zneužívané dítě. In: Höschl C, Libiger J, Švestka J. *Psychiatrie*. Praha: Tigris; 2002. p. 789-90.
24. Doyle C. Surviving and coping with emotional abuse in childhood. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2001;6(3):387-402.
25. Cowen PS. Effectiveness of a parent education intervention for at-risk families. *J Soc Pediatr Nurs*. 2001 Apr-Jun;6(2):73-82.
26. Tajima EA. Risk factors for violence against children: comparing homes with and without wife abuse. *J Interpers Violence*. 2002 Feb;17(2):122-49.
27. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Croft JB, Edwards VJ, Giles WH. Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Negl*. 2001 Dec;25(12):1627-40.
28. Johnson CF. Child maltreatment 2002: recognition, reporting and risk. *Pediatr Int*. 2002 Oct;44(5):554-60.

Došlo do redakce: 29. 9. 2010

Přijato k tisku: 5. 1. 2011

*MUDr. Lenka Chudomelová
3. lékařská fakulta UK
Ústav zdraví dětí a mládeže
Ruská 87, 100 00 Praha 10
E-mail: lenkalov@centrum.cz*