

POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ KOD DJECE ŠKOLSKE DOBI

Jelavić, Petra

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Split / Sveučilište u Splitu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:172:085464>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-11**

Repository / Repozitorij:

[Repository of Faculty of humanities and social sciences](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU
FILOZOFSKI FAKULTET
ODSJEK ZA PEDAGOGIJU

ZAVRŠNI RAD
POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ KOD DJECE ŠKOLSKE DOBI

PETRA JELAVIĆ

Split, kolovoz 2023

SVEUČILIŠTE U SPLITU
FILOZOFSKI FAKULTET
ODSJEK ZA PEDAGOGIJU

Posttraumatski stresni poremećaj kod djece školske dobi

ZAVRŠNI RAD

Studentica:

Petra Jelavić

Mentor:

Prof. dr. sc. Goran Kardum

Split, kolovoz 2023.

Sadržaj

Uvod	1
Posttraumatski stresni poremećaj.....	2
Rizični faktori	3
Okolinski rizični faktori.....	4
Demografski rizični faktori	6
Prijašnji psihijatrijski poremećaji i dimenzije ličnosti.....	7
Disocijacija	9
Kognitivni rizični faktori	10
Biološki rizični faktori.....	12
Obiteljski i genetski rizični faktori	13
Simptomi	15
Dijagnosticiranje	19
Komborbiditet	21
Liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja	26
Zaključak	29
Sažetak.....	30
Literatura	32

Uvod

Posttraumatski stresni poremećaj kao dijagnoza se prvotno nije koristio u tretmanu duševnih smetnji djece, no u posljednjih nekoliko desetljeća provedena su brojna istraživanja koja proučavaju posebitosti ovog teškog poremećaja kod djece: njegove uzroke, rizične faktore, obilježja, simptome, te vrste tretmana koji se koriste. Prije svega važno je razumjeti da se ovaj poremećaj formira kao posljedica doživljenog traumatičnog događaja i odgovora uma pojedinca na taj događaj. Ne postoje dvije osobe koje jednako reaguju na podražaje iz okoline i isto tako ne postoji dvoje djece koji će imati jednaku tjelesnu i psihičku reakciju na situaciju u kojoj su bili izloženi stvarnoj ili prijetućoj smrti, ozbiljnom ozljeđivanju ili seksualnom nasilju. Međutim, postoje neke zakonitosti u ponašanju djece i adolescenata s posttraumatskim stresnim poremećajem koje je zdravstveni i odgojno-obrazovni stručnjaci te socijalni djelatnici moraju znati prepoznati kako bi mogli istoj djeci pružiti najbolju moguću podršku i pomoć. Za djecu koja boluju od ovog poremećaja je važno da se s vremenom i uz tretman uspješno vrate svakodnevnici i da nastave napredovati u svim životnim područjima: obitelji, školi, društvenoj zajednici. Potpuni oporavak je moguć, ali je prije svega najbitnije minimizirati i regulirati simptome terapijom, ponajviše kroz prepoznavanje okidača, razvijanje vještina suočavanja i zdravih obrambenih mehanizama. Kako bismo pomogli djeci pogođenoj posttraumatskim stresnim poremećajem koja su nam povjerena na skrb trebamo biti upoznati s njegovom etiologijom, manifestacijom i učinkovitim tretmanima. Ovaj završni rad daje pregled informacija o uzrocima posttraumatskog poremećaja, dijagnostici, simptomima, rizičnim čimbenicima, komorbidnim poremećajima te tretmanima koji se koriste u liječenju PTSP-a.

Posttraumatski stresni poremećaj

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) psihijatrijski je poremećaj koji se može razviti nakon izloženosti ili svjedočenja životno ugrožavajućim iskustvima (Kozarić-Kovačić et al. 2007). Stručnjaci ga svrstavaju među anksiozne poremećaje, ali Kozarić-Kovačić i suradnici (2007) ističu kako njega razlikuje to što njegov nastanak ovisi o izloženosti traumatskom događaju koji mogu biti raznovrsni te obuhvaćaju teške nezgode, prirodne katastrofe, kriminalne napade, ratne traume i nasilje nad civilima, psihičko nasilje, seksualno uznemiravanje i seksualno zlostavljanje, obiteljsko nasilje, ozbiljno zanemarivanje u djetinjstvu te traumu povezanu s obavljanjem posla (p. 103). Shodno tome kod odraslih pojedinaca posttraumatski stresni poremećaj se javlja najčešće kod veterana nakon sudjelovanja u oružanim sukobima dok se kod djece najčešće javlja kao odgovor na smrt voljene osobe, (osobito kad se radi o roditelju) ili na fizičko i/ili seksualno nasilje. Novija istraživanja sugeriraju da zapravo postoje dva moguća odgovora na traumu ovisno o prirodi traumatskog događaja pa, prema Lipovsky (1991), razlikujemo akutni posttraumatski stresni poremećaj koji slijedi nakon jedne traumatične epizode te za kojeg su karakteristični anksiozni simptomi i kronični PTSP kojeg vežemo uz dulju trauma i kojeg obilježavaju simptomi kao što su osjećaj odvojenosti od okoline, nedostatak emocija i depresija (p. 43). Kozarić-Kovačić (2007) ovoj podjeli pridodaje treću vrstu tzv. „odloženog PTSP-a“ (p. 103). U svim svojim oblicima posttraumatski stresni poremećaj može predstavljati mentalni „hendikep“ za pogođenu osobu zbog ustrajnosti simptoma kao što su opetovano prisjećanje traume, izbjegavanje podražaja vezanih uz traumu, potiskivanje sjećanja, nagle i intenzivne promjene u raspoloženju, pobuđenosti i reaktivnosti.

Rizični faktori

Nisu svi pojedinci izloženi jednakom riziku za razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja premda su bili izloženi istim ili sličnim traumatskim događajima. Određene osobe posjeduju tzv. rizične faktore koji ih čine izglednijim kandidatima za razvoj ovog i srodnih duševnih oboljenja. Među znanstvenicima zamijećen je rastući interes za proučavanje rizičnih faktora te se velika pozornost posvećuje okolinskim, demografskim, kognitivnim, biološkim i genetskim tj. obiteljskim čimbenicima te čimbenicima koji se odnose na osobnost i prijašnja psihijatrijska oboljenja (Halligan & Yehuda, 2000). Većina istraživanja je posvećena detektiranju mogućih rizičnih faktora i njihovoj grupaciji pa ne postoji konsenzus u ovom znanstvenom polju o točnom broju rizičnih čimbenika ni o njihovoj kategorizaciji. Primjerice, Kozarić-Kovačić (2007) i suradnici dijele rizične čimbenike na pretraumatske, peritraumatske i posttraumatske (p. 103). Među pretraumatske čimbenike ubrajaju ranije psihijatrijske poremećaje, spol, ličnost, niži socioekonomski status, niži stupanj obrazovanja, pripadnost etničkoj manjini, raniju traumu, obiteljsku anamnezu psihijatrijskih bolesti (Kozarić-Kovačić et al., 2007). Za peritraumatske čimbenike Kozarić-Kovačić i suradnici navode da oni obuhvaćaju težinu traume, doživljenu prijetnju za život, peritraumatske emocije, peritraumatsku disocijaciju dok posttraumatski čimbenici uključuju nedostatak socijalne podrške i kasnije životne stresore (Kozarić-Kovačić et al., 2007). Ova klasifikacija dijeli čimbenike prema trenutku njihovog djelovanja, no korisno je razmotriti čimbenike prema njihovu porijeklu. Tako Halligan i Yehuda razlikuju okolinske, demografske, kognitivne, biološke, obiteljske ili genetske čimbenike te čimbenike koji se odnose na ranija psihijatrijska oboljenja i dimenzije ličnosti (2000). U svrhu boljeg razumijevanja etiologije posttraumatskog stresnog poremećaja, u sklopu ovo rada, koristit će se prethodno navedena podjela.

Okolinski rizični faktori

Debata „priroda vs. okolina” je dio mnogih znanstvenih područja osobito kada govorimo o odgoju. Slična rasprava se odvija u psihijatrijskim i psihološkim krugovima koji nastoje odgonetnuti u kojoj mjeri su duševne smetnje produkt naših urođenih karakteristika, a u kojoj naše okoline. Unatoč brojnim istraživanjima te zbog složene etiologije PTSP-a, za čiji razvitak je potreban izvanjski čimbenik u obliku traumatičnog događaja, teško je odrediti do koje mjere određeni rizični faktor doprinosi razvoju poremećaja (Pervanidou, 2008). Jedno je sa sigurnošću utvrđeno, a to je da povijest prijašnjeg izlaganja traumi i/ili kroničnom stresu iznimno snažan rizični faktor za razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja (Davidson et al., 1991) osobito ako su se dogodili u mlađoj dobi (Bremner et al., 1993). U Bremnerovoj (1993) studiji potvrđena je ova pretpostavka nakon promatranja Vijetnamskih veterana s PTSP-om za koje se pokazalo da imaju višu stopu fizičkog zlostavljanja u djetinjstvu od veterana bez PTSP-a (p. 235). Dapače, povezanost zlostavljanja u djetinjstvu i PTSP-a se održala i kada su uračunate razlike u izloženosti borbi između dviju grupa veterana (Bremner et al. 1993). Osim trenutka u kojem se odvila ranija trauma, bitnim se pokazala i vrsta traume pa se tako napad pokazao kao osobito snažan rizični faktor u slučaju ponovne traumatizacije (Breslau et al. 1999a). U svakodnevnom razgovoru PTSP se gotovo isključivo asocira sa ratnim veteranima. Usprkos uvriježenom mišljenju javnosti, PTSP se svakodnevno dijagnosticira različitim članovima društva. Breslau i suradnici (1999a) su svoje istraživanje temeljili na iskazima „običnih“ ljudi te su došli do sljedećih zaključaka: najveći rizik je bio vezan uz napade, a najmanji uz vijest o traumatičnom događaju koji se dogodio bližnjoj osobi, zatim je uočen veći rizik za razvitak posttraumatskog stresnog poremećaja u odrasloj dobi nakon traume kod osoba koje su doživjele jedan ili više nasilnih traumatskih događaja u djetinjstvu te je u takvim slučajevima broj prethodnih traumatskih događaja bio iznimno značajan (p. 905). Do sličnog zaključka su došli Cogle i suradnici (2009) proučavajući tjelesno i seksualno nasilje kod

adolescenata. Naime, rezultati njihovog istraživanja su pokazali da su ispitanici, koji su već bili žrtve takvog nasilja u prošlosti, značajno skloniji od drugih razvoju PTSP-a nakon ponovne trauma (pp. 1012-1017). U pogledu samih traumatičnih događaja, neki autori ih svrstavaju u kategorije trauma kao primjerice liječnica Lenore C. Terr (1991) koja razlikuje dvije vrste traume: tip I koji se sastoji od jednog potresnog događaja koji je iznenađan i neočekivan poput svjedočenja ubojstvu te tip II koji podrazumijeva opetovano izlaganje traumatskim događajima koji mogu biti predvidljivi i čak očekivani, a to su najčešće seksualno zlostavljanje, tjelesno zlostavljanje i ritualističko nasilje (pp. 10-20). Ova distinkcija se pokazala korisnom u predviđanju intenziteta simptoma PTSP-a kod djece, navodi Shannon (1994) te dodaje kako. dosadašnja istraživanja ukazuju da veliki broj djece izložene tipu II traume razvija PTSP, ali i da postoje indikacije da djeca izložena ekstremnijim oblicima tipa I traume mogu također razviti cijeli niz simptoma PTSP-a koji se daju usporediti s istima kod odraslih pacijenata (pp. 80-81). Unatoč tome, Shannon (1994) ističe da je manje predvidljivo hoće li djeca izložena traumatskim događajima tipa I kao što su prirodne katastrofe (potresi, požari, poplave) razviti cijeli spektar simptoma koji bi rezultirao dijagnozom PTSP-a (p. 81). U svim slučajevima, teže ili lakše traume, od iznimne dobrobiti za duševno zdravlje pojedinca pokazala se podrška okoline posebice obitelji. Ako bismo promatrali čovjekove potrebe kroz primjerice Maslowljev piramidu onda bismo lako došli do zaključka da kada se zbije traumatski događaj kojim je narušena potreba za sigurnošću potrebno je prije svega osobi povratiti osjećaj sigurnosti i onda stvoriti uvjete za zadovoljavanje potrebe za pripadanjem i ljubavlju upravo kroz socijalnu podršku koja djeluje kao zaštitni čimbenik za PTSP. Obrat također vrijedi pa negativni socijalni uvjeti predstavljaju rizični faktor te povijest disfunkcionalnih obiteljskih odnosa povećava pojavnost simptoma PTSP-a (King et al., 1996.) dok je prisutnost dobre socijalne podrške povezana s nižom razinom simptoma (Solomon et al., 1988).

Demografski rizični faktori

Usprkos obilju literature na temu posttraumatskog stresnog poremećaja još uvijek postoje nedovoljno istražene dimenzije ovog kompleksnog poremećaja, naročito one koje se odnose na sociodemografske faktore i kako oni individualno i u interakciji jedan s drugim utječu na razvoj PTSP-a. Među rijetkima koji su se upustili u istraživanje ovog aspekta PTSP-a su Breslau i suradnici koji su identificirali nekoliko demografskih rizičnih faktora. Prema prikupljenim podacima utvrđeno je da se rod ističe kao iznimno bitan rizični čimbenik jer je prema konzistentnim rezultatima niza istraživanja prevalencija PTSP-a kod žena skoro dva puta veća nego kod muškaraca (Breslau et al., 1998). Još uvijek nije sa sigurnošću utvrđeno zašto je to tako premda je pripadnost ženskom rodu rizični faktor i za druge duševne poremećaje (Halligan & Yehuda, 2000) kao što su anksioznost i depresija (Tolin & Foa, 2006). Breslau sugerira da se razlog tome krije u činjenici da nasilje nad ženama predstavlja ozbiljniju opasnost za njih jer je većina napadača muškog spola i shodno tome fizički jača (Breslau et al. 1999b). Drugi demografski rizični čimbenici koje vrijedi istaknuti su niži stupanj obrazovanja, manja primanja, razvod braka, udovištvo i pripadnost etničkim manjinama (Breslau et al., 1998). Proučavanje navedenih i drugih demografskih rizičnih faktora je od iznimne važnosti za prevenciju i proučavanje duševnih oboljenja poput PTSP-a jer se trauma nikada ne odvija u vakuumu. Dapače, neki od ovih rizičnih čimbenika mogu poslužiti kao prediktori same trauma. Njihova važnost upućuje na mogućnost daljnjih istraživanja o preventivnim strategijama za prevenciju PTSP-a koji bi se oslanjali na ekološke modele (Fel & Lenart-Kloš, 2022).

Prijašnji psihijatrijski poremećaji i dimenzije ličnosti

Više istraživača je ustanovilo poveznicu između povijesti psiholoških problema i problema u ponašanju i razvoja PTSP-a. Do istog zaključka je došao i McFarlane (1989) koji je također otkrio da su neuroticizam i povijest psiholoških poremećaja bolji pretkazivači posttraumatskog morbiditeta nego stupanj izloženosti katastrofi ili opseg pretrpljene štete (pp. 221-228). Među psihološkim problemima koji predstavljaju rizik za razvoj PTSP-a kao najbolji pretkazivač naknadnog PTSP-a su se pokazali anksiozni poremećaji jer su asocirani s povećanim rizikom naknadnog izlaganja traumi (Kessler et al., 2017). Kessler (2017) također navodi kako je moguće da se ovaj obrazac javlja zbog stresnih učinaka anksioznih poremećaja (pp. 1892–1899). Osim samog anksioznog poremećaja, rizičnim se pokazala i čak anksiozna osjetljivost koju možemo opisati kao strah od simptoma i senzacija koji prate anksioznost. Jedna od studija koja razmatra anksioznu osjetljivost kao rizični faktor za PTSP je ona koju su proveli Boffa i suradnici (2016) u kojoj pokazali kako je upravo pretraumatska povišena anksiozna osjetljivost predviđala simptome PTSP-a u grupi američkih studenata koji su na različite načine bili izloženi pucnjavi na sveučilištu (pp. 367-376). Do sličnih zaključaka su stigli Breslau i Kessler (1999a) u anketnom istraživanju traume i PTSP-a u Detroitu čiji rezultati govore o tome kako prijašnji poremećaji raspoloženja, anksiozni poremećaji i ovisnost predstavljaju rizične faktore za razvoj PTSP-a te da je postojanje povijesti psihijatrijskih oboljenja općenito snažniji pretkazivač PTSP-a nego povijest ijednog specifičnog poremećaja (pp. 902-907). Nadalje, što se tiče utjecaja osobnosti pojedinca na njegove šanse da razvije PTSP, određene osobine su se pokazale kao značajne za predviđanje PTSP-a dok su se druge pokazale kao manje važne ili u pojedinim istraživanjima uopće nije utvrđena poveznica između njih i posttraumatskog stresnog poremećaja. U posljednjih nekoliko godina bilježimo rast interesa za ovu temu. Napredovanja u poljima koja proučavaju osobnost su stavila naglasak na međusobno djelovanje osobnosti i psihopatologije, osobito PTSP-a (Jakšić et al., 2012).

Proučavanje odnosa ovih dvaju elemenata nije novina jer su se stoljećima razna oboljenja, osobito duševna, objašnjavala prisutnošću ili izostankom neke ključne osobine primjerice melankoličnosti. Ovaj obnovljeni interes za dimenzije ličnosti ima dvostruku važnost, tvrdi Jakšić (2012): jer nam pomaže odgonetnuti ulogu osobnosti u etiologiji psihopatologije i istovremeno omogućava pacijentima da koriste svoju osobnost, svoje snage kako bi poboljšali svoje duševno zdravlje i postali otporniji (p. 257). Posjedovanje nekih osobina čini neke ljude otpornijima, a neke podložnijima razvoju određenih bolesti i poremećaja. Za one koji su na samom kraju spektra, dakle iznimno ranjivi pojedinci, njima je potrebna manja količina stresa za nastupanje duševnih poremećaja, dok otporniji pojedinci trebaju iskusiti puno veću količinu stresa ili potresniju traumu prije nego što razviju PTSP ili neko drugo duševno oboljenje (Jakovljević et al., 2012). Ranjiviji pojedinci bi bili oni s „izbjegavajućim“, „antisocijalnim“ ili „neurotičnim“ osobnostima (Breslau et al., 1998; Schnurr et al., 1993). Među ovim i drugim osobinama, neuroticizam se pokazao kao jedan od ili pak najznačajniji rizični faktor. Naime radi se o osobini koja podrazumijeva trajnu sklonost k reagiranju na događaje negativnim afektom što uključuje i anksioznost i depresivnost (Clark et al., 1994). Druge osobine na čiju povezanost s PTSP-om ukazuju brojna istraživanja su osobine ličnosti poput primjerice negativne emocionalnosti, traženja noviteta, sklonosti agresivnost, ljutnji i anksioznosti (Čuržik, 2019).

Disocijacija

Među svim dosad spomenutim rizičnim faktorima, disocijacija je faktor kojem je posvećena značajna pozornost u mnogim istraživanjima. Ona je mehanizam kojim se um služi kada je preplavljen stresom, primjerice tijekom traumatskog događaja. Važnost disocijacije kao rizičnog faktora leži u tome što ona predstavlja odlučujući element u prilagodbi osobe na traumatično iskustvo koje izaziva snažne emocije i čije prizivanje u sjećanje iziskuje veliki napor (Kozina & Vlastelica, 2014). Prisutnost disocijacije nam govori o nepotpunom procesuiranju tijekom traume, zbog čega se vjeruje da vodi problematičnim uspomnama na traumatski događaj (Ehlers et al., 2003) U sklopu PTSP-a možemo govoriti o primarnoj i sekundarnoj disocijaciji. Primarna uključuje ponovnu mentalnu i tjelesnu proradu događaja putem opetovanih sjećanja, noćnih mora, tzv. „flashback epizoda“, kroz izbjegavanje podražaja povezanih s događajem, emocionalnu otupjelost, uz osjećaj emocionalnog odvajanja i izolacije (Spiegel et al., 1991). S druge strane, sekundarna disocijacija je jedan akutni posttraumatski disocijativni odgovor koji uključuje depersonalizaciju, dekorporalizaciju i izmijenjenu predodžbu tijela (Kozina & Vlastelica, 2014). Prema određenim kriterijima mogli bismo disocijaciju smjestiti među kognitivne rizične čimbenike ili pak među dimenzije ličnosti jer je još uvijek sporno jeli se ona karakterna crta koju pronalazimo kod nekih osoba ili se radi o kognitivnom odgovoru na traumu u danom trenutku. Neki smatraju da se disocijativne reakcije mogu naučiti u djetinjstvu kada ih dijete koristi kao neprikladnu strategiju za nošenje s traumom ili kroničnim stresom (Spiegel et al., 1991). Bez obzira na njeno porijeklo i pripadnost spomenutim kategorijama, jedno je nedvojbeno, a to je da je peritraumatska disocijacija iznimno važan rizični faktor za posttraumatski stresni poremećaj (Koopman et al., 1994) te da osobe kojima je dijagnosticiran PTSP pokazuju povišene rezultate pri mjerenju disocijativnih simptoma (Bremner et al., 1992). Dapače, u prospektivnom istraživanju ozlijeđenih osoba koje su preživjele traumu, peritraumatska disocijacija se pokazala kao najbolji pretkazivač

simptoma PTSP-a šest mjeseci poslije traume što objašnjava 30% odstupanja u simptomima (Shalev et al., 1998a).

Kognitivni rizični faktori

Kognitivni rizični faktori za razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja se prije svega odnose na načine na koje osobe koje razviju PTSP procesuiraju traumu. Njihova problematična procjena traume i/ili njezinih posljedica tako povećava rizik razvijanja posttraumatskog stresnog poremećaja (Li et al., 2010). Promatranjem obrazaca razmišljanja kod osoba s PTSP-om razvili su se tzv. kognitivni modeli koje upućuju na mehanizme koji potiču, pogoduju i pomažu održati simptome posttraumatskog stresnog poremećaja. Vodeći stručnjaci smatraju da se kognitivni modeli PTSP-a u odraslih mogu primijeniti i na djecu (Dow et al., 2023). Takvi model su osmislili Ehlers i Clark. U svom modelu, Ehlers i Clark (2003) ističu tri glavna faktora koja određuju razvoj i održavanje PTSP-a, a oni su: deficiti u sjećanju na traumu, procjena, ponašanja i kognitivne strategije koji pomažu održati poremećaj (p. 2). Kognitivni modeli poput Ehlersovog i Clarkovog tako postavljaju hipotezu da se PTSP javlja kao rezultat visoke razine straha, disocijativnih reakcija i neprilagođene kognitivne obrade tijekom traumatičnog događaja (Dow et al., 2023). Prema tome, kakva će uspomena na trauma biti ovisi o tome kako je trauma prvotno kodirana. Dakle, zbunjenost, neorganizirano opažanje slika, zvukova i mirisa asociраних s traumatskim događajem umjesto jasnog, organiziranog procesuiranja bitnih aspekata traume će rezultirati u uspomenama koje obiluju osjetilnim podražajima te koje su nedovoljno razrađene i kojih se osoba teško može voljno prisjetiti (Dow et al., 2023). Takve fragmentirane ili potisnute uspomene se onda mogu spontano javiti kao reakcija na okidač iz okoline što nerijetko rezultira uzrujanošću pojedinca, napadajem panike i laički rečeno „živčanim slomom“ jer se on osjeća kao da se vratio/la u trenutak kada se trauma dogodila. Brojna istraživanja su potvrdila ovu tvrdnju da postoji poveznica između PTSP-a i

specifičnih oštećenja u eksplicitnoj memoriji pa su tako rupe u eksplicitnoj memoriji uočene kod ratnih veterana s PTSP-om koji su pripadali borbenom sektoru, a ne i kod onih koji su bili u neborbenom sektoru (Yehuda et al., 1995) te u žrtava silovanja s PTSP-om, ali ne kod onih koji nisu razvili/e PTSP (Jenkins et al., 1998). Dunmore i suradnici (2001) su otkrili da osim stila kognitivne obrade tj. procesuiranja tijekom nasilnog čina (primjerice poražavajući stav, zbunjenost, osjećaj odvojenosti i disocijacije) procjena posljedica napada (procjena simptoma, zamijećene negativne reakcije okoline, trajne promjene), negativna vjerovanja o sebi i svijetu, neprikladne metode kontroliranja života (izbjegavanje, traženje sigurnosti) mogu uspješno predvidjeti PTSD 9 mjeseci nakon trauma (p. 1063). Isto vrijedi i za djecu i mlade pa se pokazalo da, nedugo nakon samog traumatskog događaja, kognitivna rekonstrukcija događaja i reorganizacija narušenog sjećanja od strane djece i adolescenata utječe na razvoj PTSP-a (Ehlers & Clark, 2000). Kada se poremećaj ustanovi, tada strategije poput izbjegavanja i ruminativnog razmišljanja pomažu + simptomima PTSP-a da se održe (Dow et al., 2023). Osim kognitivnih strategija, niža inteligencija se također pokazala kao rizičan faktor za razvoj PTSP-a (Halligan & Yehuda, 2000). Macklin i suradnici (1998) su procijenili kvocijent inteligencije vojnika prije borbe i zaključili su da je niža inteligencije prije borbe povezana s povećanim rizikom razvoja PTSP-a po izlaganju borbi (pp. 323–326). Ova povezanost se održala i kad su uzete u obzir razlike u razini izloženosti borbi što je bilo važno učiniti jer pojedinci s nižim premorbidnim kvocijentom inteligencije često sudjeluju u težim sukobima nego ostali (Macklin et al., 1998).

Biološki rizični faktori

Istraživanje bioloških aspekata posttraumatskog stresnog poremećaja dovelo je do identifikacije nepravilnosti koje su prisutne kod žrtava traume s PTSP-om. S obzirom da te nepravilnosti nisu uočene kod osoba koje su doživjele sličnu trauma, a nisu razvile PTSP, vjerojatno je da su povezane s patofiziologijom PTSP-a, a ne sa samom traumom. Naime, osobe koje su preživjele traumu i razvile PTSP razlikuju se od drugih žrtava bez PTSP-a na neuroendokrinološkoj, neurokemijskoj, psihofiziološkoj i neuroanatomskoj razini (Yehuda & McFarlane, 1997) Bilo koja od ovih nepravilnosti bi teoretski mogla činiti osobe ranjivima na efekte traume (Halligan & Yehuda, 2000). Sami puls razlikuje žrtve trauma, pa su tako one žrtve, koje su razvile PTSP, po primitku na hitni prijem imale brži puls od onih koji nisu razvile poremećaj što podupire i činjenica da je u toj grupi katekolamin pojačano ili dulje lučen kao odgovor na trauma (Shalev et al. 1998b). Opažena je također i razlika u lučenju noradrenalina tijekom i poslije traume kod djece i odraslih koji su razvili PTSP (Pitman, 1989; Pervanidou, 2008). Ovaj kemijski odgovor tijela na traumu pomaže tome da se traumatske uspomene dugo zadrže u sjećanju, da ne izblijede te da se lako prizovu podsjetnicima što, Pitman (1989) tvrdi, pogoduje razvoju naknadnih ometajućih simptoma (pp. 221-223). Pedijatrijska istraživanja PTSP-a su također dokumentirala visoke razine kortizola, hormona stresa, kod djece s PTSP-om (Pervanidou, 2008). Ta vrijednost je bila veća kod djece s PTSP-om nego kod djece u kontrolnoj grupi, a adrenalin je bio veći nego kod prekomjerno anksiozne djece, dok su vrijednosti dopamine i noradrenalina bile više nego kod kontrolne grupe i kod djece s anksioznim poremećajem. (De Bellis et al., 1999). Stručnjake brinu učinci ovih biokemijskih promjena na zdravlje, fizički i psihički razvoj djece. Ta zabrinutost je opravdana jer su endokrini sustavi, koji su odgovoran za rast i pubertet, uključujući prije svega spolne žlijezde, hormon rasta i štitnjaču, pod utjecajem hipotalamusno-hipofizno-nadbubrežne osovine koja je odgovorna za odvijanje ranije spomenutih procesa (Charmandari et al., 2005). Kronične

promjene u ovim sustavima tijekom ključnih faza mogu imati nepovratne učinke na rast i razvoj djeteta. Sama trauma u djetinjstvu, sa ili bez PTSP-a može utjecati na razvoj središnjeg živčanog sustava kroz visoke razine stresa koje pojačavaju lučenje kortikoliberina i glukokortikoida koji onda djeluju na specifične, ranjive dijelove mozga (Teicher et al., 2002). Štoviše, neurološke abnormalnosti koordinacije, govora i drugih funkcija središnjeg živčanog sustava su prepoznate kao posljedice nasilja nad djecom (Gurvits et al., 2000).

Obiteljski i genetski rizični faktori

Općepoznato je da djeca kroz nasljeđivanje, odgoj i suživot razvijaju sličnosti sa svojim roditeljima. U kontekstu duševnih oboljenja, pitanje koje se nameće jest: mogu li djeca naslijediti ili usvojiti rizične faktore od svojih roditelja? Odgovor na to pitanje je pozitivan, no nedorečen jer su duševni poremećaji rezultat i genetskih i okolinskih rizičnih faktora, a opet u potonjima roditelji imaju jako važnu ulogu iako nisu jedini. Premda djeca dijele 50% gena sa svakim od roditelja, ne možemo pouzdano predvidjeti hoće li naslijediti rizične čimbenike za razvoj PTSP-a te hoće li ga razviti u budućnosti. Ne postoji nijedan pojedinačni gen koji kad se aktivira uzrokuje duševni poremećaj stoga je komplicirano utvrditi rizik prijenosa duševnog poremećaja s roditelja na dijete. Međutim, izglednost nije isto što i mogućnost. Povijest psihopatoloških dijagnoza kod roditelja doista stvara kod njihove djece predispoziciju za depresiju i druge duševne poremećaje i bolesti. Nasuprot tome, djeca roditelja koji nemaju poremećaje raspoloženja ne dijele taj povišen rizik za razvoj duševnih oboljenja (Behere et al., 2017). Dokazi o postojanju genetske predispozicije za razvoj PTSP-a su izvedeni iz transgeneracijskih istraživanja i epidemioloških studija blizanaca. U korist hipotezi o transmisiji PTSP-a u obitelji idu podaci koje su True i suradnici (1993) prikupili dok su ispitivali učestalost PTSP-a u jednojajčanih nasuprot dvojajčanim blizancima (pp. 257–264).

Došli su do zaključka da čak 30% simptoma PTSP-a ima genetsku osnovu (True et al., 1993). Davidson i suradnici (1985) su ustanovili da je izglednije da će žrtve traume s PTSP-om imati roditelje i srodnike u prvom stupnju koji imaju anksiozni poremećaj, poremećaje raspoloženja ili probleme s ovisnošću nego žrtve traume koji nisu razvile PTSP (pp. 90-93). Yehuda i suradnici (1998) su demonstrirali kako postoji veća vjerojatnost da će osobe koje su preživjele Holokaust imati djecu s PTSP-om nego osobe koje su preživjele Holokaust, a nisu razvile PTSP (pp. 841-843). S obzirom da sva prethodno navedena istraživanja podrazumijevaju djelovanje i genetskih i okolinskih faktora, nije poznato do koje mjere su rezultati indikator istinski genetskog fenomena. Opet, važno je napomenuti kako se genetska podložnost PTSP-u može razviti i u interakciji s okolinskim čimbenicima. (Pervanidou, 2008). U svakom slučaju, čak i ako rizični faktori nisu nasljedivi, istraživanja obitelji mogu demonstrirati međugeneracijski učinak stresa i traume kao najpotentnijih rizičnih faktora koji izazivaju trajne neurobiološke promjene (Halligan & Yehuda, 2000). Obitelji mogu pogodovati razvoju PTSP-a kod djece i na druge načine koje bismo mogli ubrojiti među okolinske rizične faktore kao jednu od potkategorija. Primjerice, u slučaju djece koja su preživjela traumu, faktor koji se mora uzeti u obzir u istraživanjima dječje traume jest kako obiteljski čimbenici i reakcije roditelja na traumu utječu na djetetov oporavak (Wise & Delahanty, 2017). Reakcija roditelja na traumu koje je njihovo dijete doživjelo se pokazala kao dosljedan utjecaj na prilagodbu djeteta. Povišena razina uznemirenosti roditelja nakon takvog traumatskog događaja ih može učiniti manje dostupnima djetetu u prvim danima posttraumatskog poremećaja (Schwartz et al., 1994). No, simptomi PTSP-a kod roditelja, koji su se razvili zbog trauma koje je doživjelo dijete, su se pokazali kao snažniji rizični faktor za razvoj PTSP-a kod djeteta nego opća uznemirenost roditelja (Nungent et al., 2006; Pelcovitz et al., 1998).

Simptomi

PTSP se može podijeliti na akutni, kronični i odloženi pa kod se akutnog simptomi javljaju unutar 3 mjeseca od traumatskog događaja, dok se kod kroničnog PTSP-a javljaju nakon 3 ili više mjeseci i konačno kod odloženog oblika PTSP-a simptomi se javljaju 6 mjeseci nakon traumatskog događaja (Kozarić-Kovačić et al., 2007). Posttraumatski stresni poremećaj je kompleksan poremećaj i shodno tome simptomatologija je ovisna o različitim rizičnim faktorima, zaštitnim čimbenicima koje osoba posjeduje, traumatskim iskustvima koje je doživjela i posttraumatskim čimbenicima kojima je bila izložena. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje kod simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja razlikuje simptome nametanja povezane s traumom, simptome izbjegavanja podražaja povezanih s traumatičnim događajem(ima), negativne promjene kognicije koje su povezane s traumatski događajem(ima) i promjene u pobuđenosti i reaktivnosti koje također moraju biti povezane s traumatskim događajem tj. događajima (Američka psihijatrijska udruga, 2014). MKB-10 navodi simptome ponovnog proživljavanje traume koji bi odgovarali kategoriji simptoma nametanja navedenih u DSM-V. Osobe koje pate od PTSP-a ponovno proživljavaju traumu u obliku kratkotrajnih sjećanja koja se nameću (tzv. „flashback“), snova, noćnih mora koji se javljaju unatoč postojanom osjećaju obamrlosti i emocionalne otupljenosti, odvojenosti od drugih, ignoriranju okoline, odsutnosti zadovoljstva i izbjegavanju podsjetnika na traumu (Svjetska zdravstvena organizacija, 1994). Ponovno proživljavanje traume izaziva kod pogođene osobe trajnu ili intenzivnu patnju pa čak i vidljivu fiziološku reakciju (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Simptomi izbjegavanja pak uključuju izbjegavanje misli i osjećaja povezanih s traumatskim događajem i izbjegavanje podsjetnika na traumatski događaj dok se negativne promjene kognicije odnose na nemogućnost prisjećanja aspekata trauma, smanjeni interes za bitne aktivnosti ili nazadovanje, osjećaj odvojenosti od drugih, ograničeni raspon osjećaja i osjećaje pojedinca da nema dugu budućnost pred

sobom (Lipovsky, 1991). Promjene pobuđenosti i reaktivnosti karakteriziraju problemi sa spavanjem, razdražljivost, dekoncentracija, fiziološke reakcije na podražaje povezane s traumom, napetost, uplašenost i pretjeran oprez (Lipovsky, 1991). Što se tiče manifestacije simptoma PTSP-a kod djece, važno je istaknuti da sva djeca ne iskazuju simptome PTSP-a na isti način. Postoje prije svega razlike s obzirom na dob, spol te na stupanj emocionalnog razvoja i zrelosti. Stručnjaci se slažu da su ključni simptomi potrebni za postavljanje dijagnoze PTSP-a kod djece starije od sedam godina slični simptomima prema kojima se dijagnosticiraju odrasli. No, manje je preklapanja sa simptomima mlađe djece (osobito one mlađe od pet godina). Takva djeca pokazuju simptome poput regresije na nezrela ponašanja (poteškoće sa spavanjem, pretjerana anksioznost i potrebitost), agresivnosti (razdražljivost, izljevi ljutnje, destruktivno ponašanje), ali kod njih se manje odvijaju rekreiranje traumatskih događaja kroz crteže i predstave pa i noćne more nisu tako česte (Li et al., 2020). Tako jako mala djeca obično iskažu samo nekoliko simptoma PTSP-a. Razlog tome može biti činjenica da dijete mora verbalizirati svoje osjećaje i iskustva kako bismo mogli utvrditi prisutnost većine simptoma koje navodi DSM-V ili MKB-10 što nije uvijek mogućnost kod mlađe djece. Dapače, moguće je da se djeci uopće i ne pruži prilika da razgovaraju o traumatskom događaju zbog nedovoljne razvijenosti njihovih kognitivnih sposobnosti. Čak i kada im se pruži prilika, djeci može biti teško prenijeti svoje misli i osjećaje zbog ograničenog vokabulara i vještina izražavanja. U takvim slučajevima od velike pomoći pri utvrđivanju prisutnosti simptoma su roditelji i odgojno-obrazovni djelatnici koji imaju jedinstvenu priliku da svakodnevno promatraju ponašanje spomenute djece. No oni mogu također odnemoći. Tako poteškoće pri izvođenju istraživanja nad djecom koja su doživjela traumu najčešće potječu od roditelja koji zauzimaju iznimno zaštitnički stav prema djeci i ne vjeruju da ona mogu iskusiti duševne smetnje nakon traume (Meiser-Stedman, 2002) što može dovesti do podcjenjivanja ozbiljnosti simptoma (Egger & Angold, 2004). Učitelji također mogu podbaciti u ovom pogledu kada ne obraćaju

pozornost na promjene u ponašanju učenika, kada ne obavještavaju roditelje o problemima koje dijete pokazuje, i kada odbijaju surađivati sa roditeljima i stručnim osobama u svrhu pribavljanja potrebne pomoći takvoj djeci. Yule i Williams (1990) tvrde da među istraživačima posttraumatskog stresnog poremećaja kod djece postoji konsenzus da učitelji i nastavnici izvještavaju o manjem broju psihopatoloških promjenama kod djece nego roditelji te da i jedni i drugi izvještavaju manje od same djece (p. 273). S obzirom da roditelji i nastavnici nisu uspješni koliko bi trebali biti u opažanju simptoma, potrebno je gotovo uvijek izravno pitati djecu o simptomima (Kar, 2009). Ponekad sami razgovor nije dostatan za utvrđivanje prisutnosti simptoma PTSP-a kod djece, stoga je važno, dok promatramo ponašanje djece predškolske dobi, imati na umu da oni mogu iskazati simptome i kroz generalizirani strah od stranaca ili od razdvajanja od obitelji, kroz izbjegavanje situacija koje mogu, ali ne moraju biti povezane s traumom, kroz poremećaje spavanja i preokupaciju s riječima ili simbolima koji, opet, mogu, ali ne moraju biti povezani s traumom (Hamblen & Barnett, 2008). Djeca u ovoj dobi pokazuju simptome i kroz igru gdje rekreiraju traumu. Također se zna dogoditi da djeca kao rezultat traume zaborave izvoditi neku razvojnu vještinu kao što je primjerice samostalni odlazak na zahod (Hamblen & Barnett, 2018). S druge strane, djeca osnovnoškolske dobi i adolescenti iskazuju simptome slične onima koje demonstriraju odrasli s posttraumatskim stresnim poremećajem s time da i dalje postoje specifičnosti u simptomatologiji djece osnovnoškolske dobi. Na primjer, djeca osnovnoškolske dobi rijetko imaju vizualne „flashback“ epizode tj. ne događa im se često da se protiv svoje volje vrate natrag u sjećanja i ponovno proživljavaju traumatičnu uspomenu (Hamblen & Barnett, 2008). „Flashback“ epizode se događaju se kada se traumatski događaj ponovno doživljava i to kao iluzija, halucinacija (Kozarić-Kovačić et al., 2007). Kod ovakvih epizoda, navodi Kozarić-Kovačić (2007), sadržaj je isključivo vezan za traumu, prolazan je i spontano se javlja, ali može biti potaknut i nekim vanjskim podražajem (p. 103). Važno je istaknuti razliku između intruzivnih

ili bolje rečeno nametljivih sjećanja i „flashback“ epizoda, napominje Kozarić-Kovačić (2007): kod prvih osoba je svjesna da se prisjeća traumatičnog događaja, dok kod „flashback“ epizoda osoba ima osjećaj da ponovno proživljava taj događaj, zbog čega gubi doticaj sa stvarnošću, osjeća intenzivnu uznemirenost koja se manifestira kao strah, ljutnja, anksioznost te osjećaj neumitne sudbine (p. 103). „Flashback“ epizode se prema DSM-V ubrajaju među disocijativne reakcije (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Osim što rijetko pate od ovakvih epizoda, kod osnovnoškolske djece s PTSP-om rijetka je i amnezija, međutim, za njih je karakteristično da ne znaju kronološki poredati događaje kad se prisjećaju te znaju razviti uvjerenja da su postojali loši znakovi koji su upozoravali na traumatični događaj (Hamblen & Barnett, 2018). Djeca osnovnoškolske dobi koja su razvila PTSP ipak dijele sličnosti s mlađim bolesnicima pa oni također manifestiraju simptome kroz tzv. posttraumatsku igru koja podrazumijeva kompulzivno ponavljanje dijelova traume. Dječja igra nam može reći dosta toga o stanju djetetova uma stoga je iznimno važno poznavati razlike između uobičajene igre i posttraumatske igre. Uobičajena igra je spontana i kada je promatramo možemo uočiti postojanje priče koja se proteže kroz igru. Često možemo primijetiti početak, sredinu i svršetak, koji je najčešće sretan (D'Elia et al. 2022). Kroz takvu igru djeca razvijaju svoje kognitivne sposobnosti, svoje socijalne vještine i zadovoljavaju svoje emocionalne potrebe. Posttraumatska igra je pak oblik opetovane, ritualističke igre s najčešće zloslutnim završetkom i djeca koja sudjeluju u takvoj igri to čine kako bi regulirali osjećaje anksioznosti ili razumjeli što im se dogodilo tako što će ponoviti dio traume, a s druge strane, djeca koja sudjeluju u uobičajenim igrama, to čine iz zabave (D'Elia et al., 2022). Primjer posttraumatske igre imamo kod djece koja su bila svjedoci pucnjavi i koja nakon tog traumatskog događaja učestalo igraju igrice s pucnjavom. Posttraumatski stresni poremećaj kod adolescenata je najbližiji PTSP-u kakvog bilježimo kod odraslih osoba, međutim, razlikuje se u nekoliko pogleda i ima svoje specifičnosti pa tako adolescenti s PTSP-om ponekad pokušavaju rekreirati traumu tako što

inkorporiraju dijelove traume u svakodnevni život i uz to su impulzivniji i agresivniji i od mlađe djece i čak odraslih bolesnika (Hamblen & Barnett, 2018).

Dijagnosticiranje

Dijagnoze postavljene djeci koje imaju uporište u stresu imaju posljedice za djetetov društveni život, kognitivne sposobnosti, obrazovanje i nose povećani rizik za razvitak drugih duševnih poremećaja tijekom djetetova života, zbog čega je iznimno važno uočiti prisutnost posttraumatskog stresnog poremećaja na vrijeme kako bi se mogle poduzeti primjerene mjere za smanjenje simptoma (Wise & Delahanty, 2017). Dijagnoza posttraumatskog stresnog poremećaja nije moguća prije nego li se ustanovi zadovoljenje određenih kriterija. Prema petom izdanju dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje, potrebno je utvrditi jeli dijete starije od 6 godina bilo izloženo stvarnoj ili prijetjećoj smrti, ozbiljnom ozljeđivanju ili seksualnom nasilju na jedan ili više od sljedećih načina: izravnim doživljavanjem traumatskog događaja, osobnim svjedočenjem takvom događaju koji se dogodio drugome, saznanjem da se događaj dogodio članu obitelji ili bliskom prijatelju (u slučaju smrti ili prijetnje smrti članu obitelji ili prijatelju događaji moraju biti izazvani nasilnim činom ili nesretnim slučajem), ili kroz višekratno ili ekstremno izlaganje izrazito neugodnim detaljima traumatskog(ih) događaja s tim da se to ne odnosi na izloženost putem elektroničkih medija, televizije, filmova ili slika, osim ako se ne radi o izloženosti na poslu (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Vrste ovih traumatskih događaja tj. stresora koji mogu izazvati nastanak posttraumatskoj stresnog poremećaja su različite. Stope PTSP-a ovise vrsti traumatskog događaja tako da je ona dosta visoka među djecom koja su bila izložena ratu i iznosi između 27% i 50% (Lonigan et al., 2003), ali i kod djece žrtava seksualnog zlostavljanja pa su McLeer i suradnici (1988) utvrdili da ona iznosi 44%, ali ovisno o tome tko je počinitelj

(stranac, poznata odrasla osoba, očevi) kreće se između 10% i 52% (pp. 650-654). Djeca koja su bila izložena nasilnim zločinima također pokazuju visoku stopu PTSP-a (Lonigan et al., 2003). Jedno istraživanje nad djecom žrtvama pucnjave u školi je pokazalo da je čak 60% te djece razvilo PTSP (Pynoos et al., 1987). Stopa od čak 100% je uočena kod djece koja su svjedočila ubojstvu ili seksualnom zlostavljanju majke (Malmquist, 1986; Pynoos & Nader, 1988). Proučavanjem uzorka djece koja su bila zlostavljana, što podrazumijeva zanemarivanje, verbalno, fizičko i seksualno nasilje, dobivena je stopa od 39% (Famularo et al., 1992). Najmanja stopa PTSP-a kod djece jest u slučajevima prirodnih katastrofa (Lonigan et al., 2003). Karakteristike ovih traumatskih događaja (počinitelj, trajanje, intenzitet) su važne ako PTSP sagledavamo iz istraživačke perspektive, no za potrebe dijagnoze potrebno je samo ustanoviti da se događaj zbio te da ga je dijete osobno iskusilo ili mu je posvjedočilo. Nakon što je ustanovljeno da se događaj zbio i da je dijete imalo negativnu reakciju potrebno je identificirati prisutnost simptoma iz skupine B, C, D i E u DSM-V te potvrditi da su ti simptomi trajali najmanje mjesec dana i da smetnje koje prate ovaj poremećaj uzrokuju klinički značajnu patnju ili oštećenje u socijalnom, radnom ili drugim važnim područjima funkcioniranja te da se ne mogu pripisati fiziološkim učincima neke psihoaktivne tvari ili nekog drugog zdravstvenog stanja (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Pri postavljanju dijagnoze stručnjaci moraju ustanoviti postoje li ovi simptomi zajedno s ustrajnim i ponavljajućim disocijativnim simptomima poput depersonalizacije i derealizacije koji su odgovor na stresor. Depersonalizacija podrazumijeva iskustva odvojenosti kao da osoba promatra sebe i što mu se zbiva izvana, primjerice ima osjećaj kao da je u snu ili da vrijeme sporo prolazi, a derealizacija znači da osoba svoju okolinu percipira kao nerealnu, udaljenu ili iskrivljenu kao u snu (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Ako navedeni kriteriji nisu u cijelosti zadovoljeni u roku od najmanje šest mjeseci onda govorimo o PTSP-u s odgođenim iskazivanjem (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Nakon što je potvrđeno da dijete zadovoljava kriterije za PTSP,

pozornost treba usmjeriti na pitanja kao što su tijek bolesti, intenzitet, komplikacije i komorbiditet.

Komorbiditet

Posttraumatski stresni poremećaj nije jedina dijagnoza koja može uslijediti nakon traumatičnog životnog iskustva. Dapače, on se rijetko javlja kao izolirana dijagnoza te ga obično prati niz drugih dijagnoza psihičkih poremećaja i tjelesnih bolesti. To vrijedi za odrasle pacijente, ali i za djecu pa u većini slučajeva djeca sa simptomima posttraumatskog stresnog poremećaja iskazuju podosta simptoma koji su dio simptomatologije više različitih duševnih poremećaja. Primjerice, tuga, nepažnja, manjak sna, napetost, prkos i agresija (Famularo et al., 1994; Fletcher, 2003; McLeer et al., 1998; McNally, 1996). Štoviše, uočena je povezanost između kroničnog PTSP-a i bespomoćnosti, manjka samoučinkovitosti, osjećaja krivnje, loših strategija suočavanja sa stresom, pobuđenosti, izbjegavanja, poremećaja u sjećanju i procesuiranju informacija (Foy et al., 1987; Jones 1990; March 1999; Pynoos & Nader, 1988; Pynoos & Nader 1989; Wolfe et al., 1994). Komorbiditetna oboljenja i sekundarni simptomi mogu postati izvor daljnjih problema za pogođene osobe kada se negativne posljedice ovih poremećaja odražavaju na njihove odnose s članovima obitelji i prijateljima, uzrokuju poteškoće na akademskoj razini te potencijalno uzrokuju neurokemijske promjene i promjene u strukturi ličnosti (Lonigan et al., 2003) Nadalje, loš performans u školi ili obiteljski sukobi mogu doprinijeti razvoju depresije i vice versa (Lonigan et al., 2003). Prethodi li PTSP komorbidnim oboljenjima ili su oni rizični faktor za razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja je pitanje koje se pokazalo prijepornim i na koje još uvijek ne postoji definitivni odgovor. Empirijski podaci i rezultati kliničkih studija sugeriraju da su pojedinci sa PTSP-om i oni koji iskazuju simptome PTSP-a, a nije im nije dijagnosticiran, izloženi značajnom riziku

za razvoj raznih drugih problema počevši od drugih psihopatologija, interpersonalnih i akademskih poteškoća (Lonigan et al., 2003). Trickey i suradnici (2012) se priklanjaju drugoj teoriji i tvrde da su komorbidna oboljenja, uz akutne simptome posttraumatskog stresa i strategije suočavanja sa stresom, samo neki od faktora svojstvenih djetetu koje se razmatra kao moguće rizične faktore za PTSP (p. 124). Prisutnost komorbidnih psihičkih problema, kao i intenzitet traume, su se pokazali kao značajni rizični faktori za razvoj PTSP-a. Prema prikupljenim podacima, Trickey i suradnici (2012) zaključuju da su se kod komorbidnih poremećaja anksioznost i depresija pokazali kao značajni rizični faktori, a među njima se depresija ističe kao najbolji pretkazivač simptoma PTSP-a (p. 135). Također, prisutnost komorbidnih oboljenja je bila veći rizični faktor kod namjerne traume nego kod slučajne traume (Trickey et al., 2012). Komorbiditet kod dječjeg PTSP-a ukazuje na sveobuhvatno i difuzno djelovanje traume na djecu (McCloskey & Walker, 2000). Liječenje PTSP-a predstavlja izazov i kada ne uzmemo u obzir popratne poremećaje. Iz tog razloga je od iznimne važnosti za prikladno i pravovremeno liječenje djeteta da se PTSP i komorbidni psihijatrijski poremećaji što ranije prepoznaju (Verlindren et al., 2015). Za dijete je također važno da im je dostupna stručna pomoć profesionalaca koji posjeduju iskustvo i znanje o PTSP-u i komorbidnim poremećajima te kako oni međusobno djeluju. Poznavanje i razumijevanje komorbidnih poremećaja je relevantno iz dijagnostičke i terapijske perspektive jer komorbiditet može zakomplicirati proces dijagnosticiranja i utjecati na tijek bolesti, prognozu i liječenje djeteta (Burgić-Radmanović & Bugić, 2010). Razumijevanje učinka ovih komorbidnih poremećaja na dječju psihu i njihovih interakcija je otežano manjkom istraživanja na ovu temu. Komorbidni poremećaji kod starije djece i adolescenata nisu tako dobro dokumentirani kao kod mlađe djece (Cohen & Scheeringa, 2009). Cohen i Scheeringa (2009) upozoravaju kako problem za pacijente ove dobi predstavlja mogućnost da se mnogo očitiji simptomi komorbidnih poremećaja adresiraju, a da se istovremeno ne posveti dovoljno pažnje

internaliziranim ili situacijski potaknutim simptomima PTSP-a (p. 94). Određene skupine istraživača u ovom području tvrde da previše djece, koja su kronično i opetovano traumatizirana, zlostavljana i/ili zanemarena, nije pravilno dijagnosticirano jer ona sama, ali i drugi ne smatraju da njihovi simptomi mogu biti simptomi PTSP-a. Povrh toga, kada ih se dijagnosticira s posttraumatskim stresnim poremećajem i neizbježnim komorbidnim poremećajima, zna se dogoditi da stručnjaci pogrešno liječe komorbidne poremećaje zbog čega primjenjuju strategije koje nisu korisne za tretman PTSP-a (van der Kolk, 2005). Neki pak smatraju da komorbiditet zamagljuje kliničku sliku te da se simptomi ponekad pogrešno pripisuju PTSP-u, a zapravo su dio drugog poremećaja. Ti sekundarni poremećaji su prisutni u 80% do 90% slučajeva PTSP-a među odraslom i mlađom populacijom. Kod odraslih, uobičajeni komorbidni poremećaji su depresija, anksioznost i zloupotreba psihoaktivnih tvari (Cohen & Scheeringa, 2009). U ovom pogledu postoji određeni stupanj sličnosti između PTSP-a kod odraslih i kod djece pa su tako komorbidna anksioznost, depresija i ovisnost o alkohol i drogama česti kod pedijatrijskih slučajeva PTSP-a (Famularo et al., 1996; Giaconia et al., 2000; Lipschitz et al., 1999). S druge strane, kod djece predškolske dobi s PTSP-om najčešći komorbidni poremećaji su poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem i separacijski anksiozni poremećaj (Scheeringa & Zeanah, 2008; Scheeringa et al., 2003). Što se tiče djece školske dobi i adolescenata, Richard Famularo (1996) je istraživao komorbiditet kod njih i otkrio da ona istovremeno demonstriraju simptome ADHD-a, anksioznih poremećaja (panični poremećaj, fobije, prekomjerna tjeskoba) i tendenciju ka poremećajima raspoloženja (veliki depresivni poremećaj, perzistentni depresivni poremećaj) (p. 959). U provedenoj studiji nije bilo slučajeva djece s bipolarnim poremećajem te nije utvrđena korelacija između posttraumatskog stresnog poremećaja i poremećaja u ponašanju (poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem, poremećaj ophođenja) (Famularo et al., 1996). Niz drugih studija izvještava o značajno višim stopama drugih anksioznih poremećaja (generalizirani anksiozni poremećaj, separacijski anksiozni

poremećaj), poremećaja hranjenja i jedenja, poremećaja uzimanja psihoaktivnih tvari i poremećaja ovisnosti kod djece s PTSP-om u usporedbi s djecom kojoj on nije dijagnosticira (Lonigan et al., 2003). Također su identificirana i komorbidna psihotična i disocijativna stanja kod djece s PTSP-om (Famularo et al., 1996; Saxe et al., 1993; Linning & Kearney, 2004). Na uzorku njemačkih adolescenata i mladih odraslih osoba, Perkonigg i suradnici (2000) su otkrili da su agorafobija (sa i bez paničnog poremećaja), poremećaji uzimanja psihoaktivnih tvari i depresija uobičajeni sekundarni poremećaji koji nastupaju nakon simptoma PTSP-a (pp. 46-59). U skupini mladih osoba s PTSP-om ističe se podskupina zlostavljane mladeži kod koje su uobičajeni simptomi anksioznosti i anksiozni poremećaji, osobito separacijska anksioznost, fobije, panični poremećaj i opsesivno-kompulzivni poremećaj (McLeer et al., 1998; Wolfe et al., 1994). Među pripadnicima ove populacije zamijećeni su i poremećaji raspoloženja, počevši od običnog obeshrabrenja pa sve do velikog depresivnog poremećaja i suicidalne ideacije (Dykman et al., 1997; Famularo et al., 1992; Merry & Andrews, 1994; Wolfe & McEachran, 1997). Depresija je općenito najčešći komorbidni poremećaj jer se javlja u jednoj trećini populacije adolescenata sa PTSP-om dok se generalizirani anksiozni poremećaj javlja u 27% ispitanika, a preklapanje svih triju dijagnoza se događa u 14% slučajeva (Kar & Bastia, 2006). Veliki depresivni poremećaj se javlja u otprilike pola pojedinaca kojima je dijagnosticiran PTSP (Flory & Yehuda, 2015). Osobe koje pate od posttraumatskog stresnog poremećaja i velikog depresivnog poremećaja izvještavaju o višim razinama stresa i narušenijem funkcioniranju kod kuće, na poslu i u društvenom životu (Blanchard et al., 1998; Campbell et al., 2007; Yehuda et al., 2015). Također pokazuju veću narušenost u neurokognitivnom funkcioniranju (Nijdam et al., 2013) i kod njih postoji veći rizik od počinjenja samoubojstva (Campbell et al., 2007; Ramsawh et al., 2014) nego kod osoba koje boluju samo od PTSP-a. Štoviše, prognoza za pojedince s oba poremećaja je gora nego za osobe koje imaju samo jedan od njih (Green et al., 2006). Osim što su podložniji razvoju

depresije i anksioznih poremećaja, djeca s PTSP-om su sklonija rizičnom ponašanju poput uzimanja psihoaktivnih tvari. Kada soba istovremeno boluje od PTSP-a i zlorabljuje psihoaktivne lijekove je kompliciranije nego da se radi samo o jednom poremećaju jer ova kombinacija sa sobom nosi kronične zdravstvene probleme, loše funkcioniranje u društvu, više stope pokušaja samoubojstava, više problema sa zakonom, povećani rizik od nasilja, lošije pridržavanje plana i metoda liječenja i lošiji napredak tijekom liječenja (Back et al., 2000; Driessen et al., 2008; Norman et al., 2007; Quimette et al., 1999; Quimette et al., 2006; Tarrier & Gregg, 2004; Tate et al., 2007; Young et al., 2005). Dokazi koje su određeni istraživači prikupili upućuju na to da trauma i PTSP prethode zlorabi psihoaktivnih tvari (Clark et al., 1997; Kessler et al., 1995) što podržava teoriju o samoliječenju prema kojoj oboljele osobe konzumiraju alkohol i druge psihoaktivne tvari kako bi umanjili simptome traume tj. PTSP-a (Brown & Wolfe, 1994; Keane & Wolfe, 1990; Saladin et al., 1995). Drugi su pak, na temelju rezultata vlastitih i tuđih istraživanja, došli do posve suprotnog zaključka da zloraba psihoaktivnih tvari prethodi razvoju PTSP-a (Cottler et al., 1992; Mellman et al., 1992) i da je ona ta koja povećava rizik izlaganja traumatskom događaju jer takve osobe obično sudjeluju u riskantnim ponašanjima i zato što psihoaktivne tvari povećavaju vjerojatnost razvoja PTSP-a jer utječu na sposobnost pojedinca da se efikasno nosi s traumom (Brown & Wolfe, 1994; Deykin & Buka, 1997; Meisler, 1996; Saladin et al., 1995).

Liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja

Prvi korak u liječenju PTSP-a je razgovor sa stručnom osobom. Posebno važnu ulogu u procesu prevencije i liječenja PTSP-a imaju liječnici obiteljske medicine jer oni najčešće prvi dođu u kontakt traumatiziranim osobama. Obiteljski liječnik ili pedijatar treba procijeniti treba li bolesnik daljnju specijalističku obradu ili im je dovoljno pružiti psihološku i socijalnu podršku i edukaciju, koje su posebno važne u prva dva tjedna nakon traume (Kozarić-Kovačić et al. 104). S obzirom da PTSP uzrokuje traumatski događaj, a razgovor o njemu može uznemiriti dijete, važno je obratiti se stručnjacima koji su iznimno vješti u komuniciranju s djecom, ali i s čitavom obitelji ako je to potrebno. Dječji psihijatri i psiholozi provode liječenje, s tim da bi dijete trebalo primiti podršku u oporavku iz različitih izvora: od obitelji, od odgojno-obrazovnih djelatnika pa i, ako je to potrebno, od socijalnih radnika. Što se tiče same terapije, aktualne terapijske smjernice za PTSP uključuju psihofarmakološke, psihoterapijske i psihosocijalne smjernice, no treba imati na umu kako u liječenju PTSP-a treba preferirati psihoterapiju nad psihofarmakološkim liječenjem kada god je to moguće, a osobito kada su simptomi blagi i kada se ne radi o složenom PTSP-u (Kozarić-Kovačić et al., 2007). U slučajevima srednje teškog i teškog PTSP-a Kozarić-Kovačić i suradnici (2007) napominju da obično treba kombinirati psihoterapiju, psihosocijalne metode i farmakoterapiju (p. 105). Trenutačno ne postoji suglasnost o najboljem psihoterapijskom pristupu pri liječenju PTSP-a. Kod nas u Hrvatskoj se najčešće koriste psihodinamska i integrativna psihoterapija, a manje kognitivno bihevioralna. Kognitivno-bihevioralna terapija prednjači u drugim državama poput SAD-a. Uz nju su popularne i psihodinamska, interpersonalna terapija, terapija temeljena na izlaganju, narativna terapija, podržavajuće savjetovanje i desenzitizacija i reprocisiranje pokretima očiju (Gillies et al., 2013). Započet ćemo s integrativnom psihoterapijom čiji temelj jest postavka da posttraumatski stres predstavlja poremećaj unutarnjih i vanjskih granica ega koji se onda očituje kroz kognitivne, bihevioralne i tjelesne simptome uz prisutnost nesvjesne

anksioznosti (Kozarić-Kovačić & Pivac, 2007). Model temeljen na integrativnoj psihoterapiji za liječenje psihološke traume se sastoji od pet komponenti koje se mogu naizmjenice koristiti ovisno o potrebama pacijenta: 1. pričanje/prepričavanje priče, 2. normaliziranje simptoma, 3. suočavanje sa sramom i krivnjom preživjeloga (obnavljanje samopoštovanja), 4. poticanje ovladavanja osjećajima i 5. olakšavanje stvaranja smisla u životu (Kozarić-Kovačić & Pivac, 2007). Kognitivno-bihevioralna terapija pak adresira iskrivljene negativne obrasce razmišljanja kako bi se ljudima pomoglo da prilagode svoje razmišljanje i ponašanje (Gillies et al., 2013). U kontekstu PTSP-a, kognitivno-bihevioralna terapija podrazumijeva edukaciju o uobičajenim reakcijama na traumu, vježbe opuštanja te identifikaciju i modifikaciju iskrivljenog razmišljanja (Kar, 2011). Neki od ovih aspekata kognitivno-bihevioralne terapije uključuju vježbe gdje se pacijent prisjeća traumatičnog događaja i istovremeno opisiva što se događa drugoj osobi, zatim vježbe gdje pacijent i stručnjak rekreiraju stresne situacije i pacijent vježba kako drukčije odgovoriti na njih, također imamo postepeno izlaganje izbjeganim situacijama i podsjetnicima na traumu, kognitivno restrukturiranje i izmjenu traumatičnih slika koje osoba s PTSP-om izbjegava (Kar, 2011). Kroz ove i druge metode, kognitivno-bihevioralna terapija utječe na dva glavna problema svojstvena traumatičnim situacijama: manjak kontrole i nepredvidivost (Kozarić-Kovačić & Pivac, 2007). Tijekom i nakon terapije pogođene osobe počinju doživljavati poboljšanje simptoma i pozitivne promjene u ponašanju jer sada razmišljaju i ponašaju se racionalnije i u skladu s svojom situacijom i poteškoćama. Nadalje, interpersonalna terapija se koristi kako bi se pomoglo pojedincima s PTSP-om da obnove društvene odnose i poboljšaju interpersonalno komuniciranje (Robertson et al., 2004). S druge strane, cilj terapije temeljene na izlaganju jest da se pacijentima sa simptomima PTSP-a pomogne kroz izlaganje specifičnim i proizvoljnim znakovima ili sjećanjima vezanim uz traumu (Neuner et al., 2004). Narativno savjetovanje, tj. narativna terapija se koristi kako bi se pacijentima pomoglo da rekonstruiraju događaje jer su im sjećanja fragmentirana i izobličena

što im onemogućava razrješenje simptoma (Neuner et al., 2004). Zatim, imamo psihodinamsku terapiju tijekom koje pojedinac surađuje s psihologom kako bi bolje razumio vlastite odgovore na traumu i kako ona utječe na njegove osjećaje, ponašanje i odnose s drugima. (Cohen et al., 2010; Foa & Meadows, 1997.). Desenzitizacija i reprocisiranje pokretima očiju (EMDR) je oblik terapije tijekom kojeg se pojedinac fokusira na uznemiravajuće slike, sjećanja, emocije ili misli dok psiholog potiče brze voljne pokrete očiju (Bryant & Friedman, 2001). Naposljetku, tijekom podržavajućeg savjetovanja, stručna osoba sluša osobu i pomaže im da kroz razgovor razrade svoje probleme (Gillies et al., 2013). U praksi se najčešće događa da stručnjaci kombiniraju više pristupa ili preferiraju neke među ostalima jer bolje odgovaraju potrebama pacijenta.

Zaključak

Djeca su najranjiviji članovi našeg društva zbog čega je imperativno da ih zaštitimo od traumatskih događaja tj. da im pomognemo da se oporave nakon potresnih situacija. Da bismo uspjeli u tom naumu, potrebno je poznavati posebitosti funkcioniranja dječjeg uma jer je on odlučujući faktor u procesu razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja. Višestoljetno podcjenjivanje dječje inteligencije i emocionalnog kapaciteta je rezultiralo zanemarenošću dječje psihopatologije u znanstvenim krugovima što se odrazilo i na tretman čitavog društva prema djeci, osobito na školski sustav. Posttraumatski stresni poremećaj kod djece je još uvijek nedovoljno istražena tema. Postojeća literatura podupire stajališta da djeca mogu iskusiti čitav spektar simptoma kao i odrasle osobe s PTSP-om, da su skloni razvijanju istih komorbidnih poremećaja te da su podložni utjecaju sličnih rizičnih čimbenika, ali i da postoje posebitosti kod njihove dijagnoze koje zahtijevaju dodatnu pozornost i proučavanje. Na nama je kao članovima društva, ali i pripadnicima različitih stručnih skupina da pomognemo djeci s posttraumatskim stresnim poremećajem kroz osvještavanje o ovoj temi i iskazivanje brige i pružanje pomoći pogođenim pojedincima.

Sažetak

Posttraumatski stresni poremećaj se kod djece razvija nakon izlaganja stvarnoj ili prijetećoj smrti, ozbiljnom ozljeđivanju ili seksualnom nasilju na način da osoba izravno svjedoči traumatskom događaju, osobno svjedoči traumatskom događaju koji se dogodio drugoj osobi, kroz saznanje da se traumatski događaj dogodio članu obitelji ili bliskoj osobi ili kroz intenzivno ili višestruko izlaganje detaljima traumatskog događaja. PTSP se može podijeliti na akutni, kronični i odloženi. Kod PTSP-a razlikujemo simptome nametanja, simptome izbjegavanja podražaja, negativne promjene kognicije i promjene u pobuđenosti i reaktivnosti. Posjedovanje određenih rizičnih faktora može izazvati i pomoći održati simptome kod oboljelih pa razlikujemo sljedeće rizične faktore: okolinske, demografske, kognitivne, biološke, obiteljske i genetske rizične faktori zatim disocijaciju i prijašnje psihijatrijske poremećaje i dimenzije ličnosti. PTSP se kod djece javlja zajedno s komorbidnim poremećajima poput anksioznosti, depresije i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima. Liječenje može biti psihofarmakološko, psihoterapijsko i psihosocijalno.

Ključne riječi: *posttraumatski stresni poremećaj, rizični faktori, komorbiditet, djeca, terapija*

Abstract

Posttraumatic stress disorder can develop in children if they've directly experienced the traumatic event, witnessed in person, the event as it occurred to others, if they learned that the traumatic event occurred to a close family member or close friend or they were repeatedly extremely exposed to aversive details of the traumatic event. We distinguish between three types of PTSD: acute, chronic and PTSD with a delayed onset. PTSD symptoms are generally grouped into four types: intrusive symptoms, avoidance, negative changes in cognitions and mood and marked alterations in arousal and reactivity. Having one or more risk factors for PTSD can bring about and help maintain symptoms of the disorder. We can categorize risk factors into: environmental, demographic, cognitive, biological, familial and genetic risk factors as well as dissociation and prior psychiatric conditions and aspects of personality. PTSD can co-occur with comorbid disorders like anxiety, depression and addiction. It is treated with therapy and/or medication.

Key words: *posttraumatic stress disorder, risk factors, comorbidity, children, therapy*

Literatura

1. Kozarić-Kovačić, D., Kovačić, Z. & Rukavina, L. (2007). Posttraumatski stresni poremećaji. *MEDIX*, 13(71), 102-106.
2. Lipovsky, J. A. (1991). Posttraumatic stress disorder in children. *Family and Community Health*, 14(3), 42–51. <http://www.jstor.org/stable/44953202>
3. Halligan, S. L. & Yehuda R. (2000). Risk factors for PTSD. *PsycEXTRA Dataset*, 11(3), 1-8.
4. Pervanidou, P. (2008). Biology of Post-Traumatic Stress Disorder in Childhood and Adolescence. *Journal of Neuroendocrinology*, 20(5), 632–638. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2826.2008.01701.x>
5. Davidson, J. R. T., Hughes, D., Blazer, D. G., & George, L. K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21(3), 713–721. <https://doi.org/10.1017/s0033291700022352>
6. Bremner, J. D., Southwick, S. M., Johnson, D. R., Yehuda, R., & Charney, D. S. (1993). Childhood physical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *The American journal of psychiatry*, 150(2), 235–239. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.2.235>
7. Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., & Davis, G. C. (1999a). Previous Exposure to Trauma and PTSD Effects of Subsequent Trauma: Results From the Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 902–907. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.6.902>
8. Cogle, J. R., Resnick, H., & Kilpatrick, D. G. (2009). Does prior exposure to interpersonal violence increase risk of PTSD following subsequent exposure? *Behaviour Research and Therapy*, 47(12), 1012–1017. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.014>
9. Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10–20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>
10. Shannon, M. P., Lonigan, C. J., Finch, A. J., & Taylor, C. M. (1994). Children Exposed to Disaster: I. Epidemiology of Post-Traumatic Symptoms and Symptom Profiles. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(1), 80–93. <https://doi.org/10.1097/00004583-199401000-00012>
11. King, D. W., King, L. A., Foy, D. W., & Gudanowski, D. M. (1996). Prewar factors in combat-related posttraumatic stress disorder: structural equation modeling with a national sample of female and male Vietnam veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 520–531. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.3.520>
12. Solomon, Z., Mikulincer, M., & Ehud Avitzur. (1988). Coping, locus of control, social support, and combat-related posttraumatic stress disorder: A prospective study. 55(2), 279–285. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.55.2.279>
13. Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 626. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.7.626>
14. Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959–992. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.959>
15. Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., Peterson, E. L., & Lucia, V. C. (1999b). Vulnerability to assaultive violence: Further specification of the sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 29(4), 813–821. <https://doi.org/10.1017/S0033291799008612>
16. McFarlane, A. C. (1989). The Aetiology of Post-traumatic Morbidity: Predisposing, Precipitating and Perpetuating Factors. *British Journal of Psychiatry*, 154(2), 221–228. <https://doi.org/10.1192/bjp.154.2.221>

17. Fel, S., Jurek, K., & Lenart-Kłóś, K. (2022). Relationship between Socio-Demographic Factors and Posttraumatic Stress Disorder: A Cross Sectional Study among Civilian Participants' Hostilities in Ukraine. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2720. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052720>
18. Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Bromet, E. J., Gureje, O., Karam, E. G., Koenen, K. C., Lee, S., Liu, H., Pennell, B-E., Petukhova, M. V., Sampson, N. A., Shahly, V., Stein, D. J., Atwoli, L., Borges, G., Bunting, B., de Girolamo, G., Gluzman, S. F., & Haro, J. M. (2017). The associations of earlier trauma exposures and history of mental disorders with PTSD after subsequent traumas. *Molecular Psychiatry*, 23(9), 1892–1899. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.194>
19. Boffa, J. W., Norr, A. M., Raines, A. M., Albanese, B. J., Short, N. A., & Schmidt, N. B. (2016). Anxiety Sensitivity Prospectively Predicts Posttraumatic Stress Symptoms Following a Campus Shooting. *Behavior Therapy*, 47(3), 367–376. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.02.006>
20. Jakšić, N., Brajković, L., Ivezić, E., Topić R. & Jakovljević, M. (2012). The Role of Personality Traits in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Psychiatria Danubina*. 24(3), 256-266.
21. Jakovljević, M., Brajković, L., Jakšić, N., Lončar, M., Aukst-Margetić, B. & Lasić, D. (2012). Posttraumatic Stress Disorders (PTSD) from Different Perspectives: a Transdisciplinary Integrative Approach. *Psychiatria Danubina*. 24(3), 246-255.
22. Schnurr, P. P., Friedman, M. J., & Rosenberg, S. D. (1993). Premilitary MMPI scores as predictors of combat-related PTSD symptoms. *The American journal of psychiatry*, 150(3), 479–483. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.3.479>
23. Čuržik, D. (2019). Faktori rizika i kroničnog tijeka posttraumatskog stresnog poremećaja: pregled suvremenih spoznaja. *Socijalna psihijatrija*, 47 (1), 51-85. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/218762>
24. Clark L. A., Watson D. & Mineka S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 103-116.
25. Kozina, S. i Vlastelica, M. (2014). Disocijacija i detachment kao odraz traumatskog događaja na aspekte sebstva. *Socijalna psihijatrija*, 42 (1), 33-42. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/127726>
26. Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: results of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 41(1), 1–10. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00126-7](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00126-7)
27. Spiegel, D. (1991). Dissociation and trauma. In A. Tasman & S. M. Goldfinger (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry*, 10, 261–275, American Psychiatric Association.
28. Koopman, C., Classen, C., & Spiegel, D. (1994). Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., firestorm. *The American journal of psychiatry*, 151(6), 888–894. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.6.888>
29. Bremner, J. D., Southwick, S., Brett, E., Fontana, A., Rosenheck, R., & Charney, D. S. (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *The American journal of psychiatry*, 149(3), 328–332. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.3.328>
30. Shalev, A. Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (1998a). Prospective Study of Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma. *American Journal of Psychiatry*, 155(5), 630–637. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.5.630>
31. Dow, B., Kenardy, J., Brocque, L., & Long, D. (2023). Cognitive Predictors of Posttraumatic Stress in Children 6 Months after Paediatric Intensive Care Unit Admission. *Trauma Care*, 3(2), 82–92. <https://doi.org/10.3390/traumacare3020009>
32. Li, Y., Zhou, Y., Chen, X., Fan, F., Musa, G., & Hoven, C. (2020). Post-Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents: Some Recent Research Findings. *Psychosomatic Medicine*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.92284>
33. Yehuda, R., Keefe, R. S., Harvey, P. D., Levengood, R. A., Gerber, D. K., Geni, J., & Siever, L. J. (1995). Learning and memory in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *The American journal of psychiatry*, 152(1), 137–139. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.1.137>

34. Jenkins, M. A., Langlais, P. J., Delis, D., & Cohen, R. (1998). Learning and memory in rape victims with posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 155(2), 278–279. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.2.278>
35. Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour research and therapy*, 39(9), 1063–1084. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(00\)00088-7](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(00)00088-7)
36. Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0)
37. Macklin, M. L., Metzger, L. J., Litz, B. T., McNally, R. J., Lasko, N. B., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (1998). Lower precombat intelligence is a risk factor for posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(2), 323–326. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.66.2.323>
38. Yehuda, R., & McFarlane, A. C. (1997). *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*. New York Academy of Sciences.
39. Shalev, A. Y., Sahar, T., Freedman, S., Peri, T., Glick, N., Brandes, D., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (1998b). A prospective study of heart rate response following trauma and the subsequent development of posttraumatic stress disorder. *Archives of general psychiatry*, 55(6), 553–559. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.6.553>
40. Pitman, R. K. (1989). Post-traumatic stress disorder, hormones, and memory. *Biological Psychiatry*, 26(3), 221–223. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(89\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0006-3223(89)90033-4)
41. De Bellis, M. D., Baum, A. S., Birmaher, B., Keshavan, M. S., Eccard, C. H., Boring, A. M., Jenkins, F. J., & Ryan, N. D. (1999). Developmental traumatology part I: biological stress systems**See accompanying Editorial, in this issue. *Biological Psychiatry*, 45(10), 1259–1270. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(99\)00044-x](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(99)00044-x)
42. Charmandari, E., Tsigos, C., & Chrousos, G. (2005). ENDOCRINOLOGY OF THE STRESS RESPONSE. *Annual Review of Physiology*, 67(1), 259–284. <https://doi.org/10.1146/annurev.physiol.67.040403.120816>
43. Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., & Navalta, C. P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics of North America*, 25(2), 397–426. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(01\)00003-x](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(01)00003-x)
44. Gurvits, T. V., Gilbertson, M. W., Lasko, N. B., Tarhan, A. S., Simeon, D., Macklin, M. L., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (2000). Neurologic soft signs in chronic posttraumatic stress disorder. *Archives of general psychiatry*, 57(2), 181–186. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.2.181>
45. Behere, A. P., Basnet, P., & Campbell, P. (2017). Effects of Family Structure on Mental Health of children: A Preliminary Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39(4), 457–463. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.211767>
46. True, W. R., Rice, J., Eisen, S. A., Heath, A. C., Goldberg, J., Lyons, M. J., & Nowak, J. (1993). A Twin Study of Genetic and Environmental Contributions to Liability for Posttraumatic Stress Symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 50(4), 257–264. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820160019002>
47. Davidson, J., Swartz, M., Storck, M., Krishnan, R. R., & Hammett, E. (1985). A diagnostic and family study of posttraumatic stress disorder. *The American journal of psychiatry*, 142(1), 90–93. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.1.90>
48. Yehuda, R., Schmeidler, J., Giller, E. L., Siever, L. J., & Binder-Brynes, K. (1998). Relationship between posttraumatic stress disorder characteristics of Holocaust survivors and their adult offspring. *The American Journal of Psychiatry*, 155(6), 841–843. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.6.841>
49. Wise, A. E., & Delahanty, D. L. (2017). Parental Factors Associated with Child Post-traumatic Stress Following Injury: A Consideration of Intervention Targets. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01412>

50. Schwartz, S., Dohrenwend, B. P., & Levav, I. (1994). Nongenetic familial transmission of psychiatric disorders? Evidence from children of Holocaust survivors. *Journal of health and social behavior*, 35(4), 385–402.
51. Pelcovitz, D., Libov, B. G., Mandel, F., Kaplan, S., Weinblatt, M., & Septimus, A. (1998). Posttraumatic stress disorder and family functioning in adolescent cancer. *Journal of traumatic stress*, 11(2), 205–221. <https://doi.org/10.1023/A:1024442802113>
52. Nugent, N. R., Christopher, N. C., & Delahanty, D. L. (2006). Emergency medical service and in-hospital vital signs as predictors of subsequent PTSD symptom severity in pediatric injury patients. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 47(9), 919–926. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01648.x>
53. Američka Psihijatrijska Udruga. (2014). *DSM-5 Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje* (Jukić V & Arbanas G., Ur.). Naklada Slap.
54. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO). (1994). *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema MKB-10 - deseta revizija*. Medicinska naklada.
55. Meiser-Stedman, R. (2002). Towards a Cognitive–Behavioral Model of PTSD in Children and Adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(4), 217–232. <https://doi.org/10.1023/a:1020982122107>
56. Egger, H. L., & Angold, A. (2004). The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): A Structured Parent Interview for Diagnosing Psychiatric Disorders in Preschool Children. In R. DelCarmen-Wiggins & A. Carter (Eds.), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (pp. 223–243). Oxford University Press.
57. Yule, W., & Williams, R. M. (1990). Post-traumatic stress reactions in children. *Journal of Traumatic Stress*, 3(2), 279–295. <https://doi.org/10.1002/jts.2490030209>
58. Kar, N. (2009). Psychological impact of disasters on children: review of assessment and interventions. *World Journal of Pediatrics*, 5(1), 5–11. <https://doi.org/10.1007/s12519-009-0001-x>
59. Hamblen, J. & Barnett E. (2018, kolovoz 23). „PTSD in Children and Adolescents“. Va.Gov: Veterans Affairs. URL: www.ptsd.va.gov/professional/treat/specific/ptsd_child_teens.asp.
60. D’Elia, D., Carpinelli, L., & Savarese, G. (2022). Post-Traumatic Play in Child Victims of Adverse Childhood Experiences: A Pilot Study with the MCAST—Manchester Child Attachment Story Task and the Coding of PTCP Markers. *Children*, 9(12), 1991. <https://doi.org/10.3390/children9121991>
61. Lonigan, C., Phillips, B. M., & Richey, J. A. (2003). Posttraumatic stress disorder in children: diagnosis, assessment, and associated features. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 171–194. [https://doi.org/10.1016/s1056-4993\(02\)00105-0](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(02)00105-0)
62. McLeer, S. V., Deblinger, E., Atkins, M. S., Foa, E. B., & Ralphe, D. L. (1988). Post-Traumatic Stress Disorder in Sexually Abused Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(5), 650–654. <https://doi.org/10.1097/00004583-198809000-00024>
63. Pynoos, R. S. (1987). Life Threat and Posttraumatic Stress in School-age Children. *Archives of General Psychiatry*, 44(12), 1057-1063. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800240031005>
64. Malmquist, C. P. (1986). Children Who Witness Parental Murder: Posttraumatic Aspects. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(3), 320–325. [https://doi.org/10.1016/s0002-7138\(09\)60253-3](https://doi.org/10.1016/s0002-7138(09)60253-3)
65. Pynoos, R. S., & Nader, K. (1988). Children Who Witness the Sexual Assaults of Their Mothers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(5), 567–572. <https://doi.org/10.1097/00004583-198809000-00009>
66. Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1992). Psychiatric Diagnoses of Maltreated Children: Preliminary Findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5), 863–867. <https://doi.org/10.1097/00004583-199209000-00013>
67. Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., Ayoub, C., & Barnum, R. (1994). Maternal and child posttraumatic stress disorder in cases of child maltreatment. *Child abuse & neglect*, 18(1), 27–36. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(94\)90093-0](https://doi.org/10.1016/0145-2134(94)90093-0)

68. Fletcher, K. E. (2003). Childhood post-traumatic stress disorder. In J. E. Marsh & R. A. Barkley (Ur.). *Childhood psychopathology*, The Guilford Press. 242-276
69. McLeer, S. V., Dixon, J. F., Henry, D., Ruggiero, K., Escovitz, K., Niedda, T., & Scholle, R. (1998). Psychopathology in Non—Clinically Referred Sexually Abused Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1326–1333. <https://doi.org/10.1097/00004583-199812000-00017>
70. McNally, R. J. (1996). Assessment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of School Psychology*, 34(2), 147–161. [https://doi.org/10.1016/0022-4405\(96\)00004-0](https://doi.org/10.1016/0022-4405(96)00004-0)
71. Foy, D. W., Carroll, E. M., & Donahoe, C. P., Jr (1987). Etiological factors in the development of PTSD in clinical samples of Vietnam combat veterans. *Journal of clinical psychology*, 43(1), 17–27. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198701\)43:1<17::aid-jclp2270430104>3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198701)43:1<17::aid-jclp2270430104>3.0.co;2-g)
72. Jones, J. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 10(3), 299–328. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90064-h](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90064-h)
73. March, J. S. (1999). Assessment of pediatric posttraumatic stress disorder. In P. A. Saigh & J. D. Bremner (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text* (pp. 199–218). Allyn & Bacon.
74. Pynoos, R. S., & Nader, K. (1989). Children’s Memory and Proximity to Violence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(2), 236–241. <https://doi.org/10.1097/00004583-198903000-00015>
75. Wolfe, D. A., Sas, L., & Wekerle, C. (1994). Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18(1), 37–50. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(94\)90094-9](https://doi.org/10.1016/0145-2134(94)90094-9)
76. Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32(2), 122–138. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.12.001>
77. McCloskey, L. A., & WALKER, M. (2000). Posttraumatic Stress in Children Exposed to Family Violence and Single-Event Trauma. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(1), 108–115. <https://doi.org/10.1097/00004583-200001000-00023>
78. Verlinden, E., Opmeer, B. C., Van Meijel, E. P. M., Beer, R., De Roos, C., Bicanic, I. A. E., Lamers-Winkelmann, F., Olf, M., Boer, F., & Lindauer, R. J. L. (2015). Enhanced screening for posttraumatic stress disorder and comorbid diagnoses in children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 26661. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.26661>
79. Burgić-Radmanović, M., & Burgić, S. (2010). Comorbidity in children and adolescent psychiatry. *Psychiatria Danubina*, 22(2), 298–300.
80. Cohen, J., & Scheeringa, M. (2009). Post-traumatic stress disorder diagnosis in children: challenges and promises. *Child and Adolescent Psychiatry*, 11(1), 91–99. <https://doi.org/10.31887/dcns.2009.11.1/jacohen>
81. van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408.
82. Lipschitz, D. S., Winegar, R. K., Hartnick, E., Foote, B., & Southwick, S. M. (1999). Posttraumatic Stress Disorder in Hospitalized Adolescents: Psychiatric Comorbidity and Clinical Correlates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(4), 385–392. <https://doi.org/10.1097/00004583-199904000-00010>
83. Famularo, R., Fenton, T., Augustyn, M., & Zuckerman, B. (1996). Persistence of pediatric post traumatic stress disorder after 2 years. *Child Abuse & Neglect*, 20(12), 1245–1248. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(96\)00119-6](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(96)00119-6)
84. Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Hauf, A. C., Paradis, A. D., Wasserman, M. S., & Langhammer, D. M. (2000). Comorbidity of substance use and post-traumatic stress disorders in a community sample of adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(2), 253–262. <https://doi.org/10.1037/h0087634>
85. Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2008). Reconsideration of Harm’s Way: Onsets and Comorbidity Patterns of Disorders in Preschool Children and Their Caregivers Following Hurricane Katrina. *Journal*

- of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37(3), 508–518.
<https://doi.org/10.1080/15374410802148178>
86. Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(5), 561–570. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046822.95464.14>
 87. Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., & Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 20(10), 953–961. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(96\)00084-1](https://doi.org/10.1016/0145-2134(96)00084-1)
 88. Saxe, G. N., van der Kolk, B. A., Berkowitz, R., Chinman, G., Hall, K., Lieberg, G., & Schwartz, J. (1993). Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *The American journal of psychiatry*, 150(7), 1037–1042. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.7.1037>
 89. Linning, L. M., & Kearney, C. A. (2004). Post-Traumatic Stress Disorder in Maltreated Youth. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(10), 1087–1101. <https://doi.org/10.1177/0886260504269097>
 90. Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 46–59. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x>
 91. Dykman, R. A., McPherson, B., Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., Mooney, D. M., Wherry, J., & Chaffin, M. (1997). Internalizing and externalizing characteristics of sexually and/or physically abused children. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 32(1), 62–83.
<https://doi.org/10.1007/bf02688614>
 92. Merry, S. N., & Andrews, L. K. (1994). Psychiatric Status of Sexually Abused Children 12 Months after Disclosure of Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(7), 939–944. <https://doi.org/10.1097/00004583-199409000-00002>
 93. Wolfe, D. A., & McEachran, A. (1997). Child physical abuse and neglect. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.), *Assessment of childhood disorders* (pp. 523–568). The Guilford Press.
 94. Kar, N., & Bastia, B. (2006). Post-traumatic stress disorder, depression and generalised anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2(1), 17. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-2-17>
 95. Flory, J., & Yehuda, R. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Treatment of Affective Dysfunction in Challenging Contexts*, 17(2), 141–150. <https://doi.org/10.31887/dcns.2015.17.2/jflory>
 96. Blanchard, E. B., Buckley, T. C., Hickling, E. J., & Taylor, A. E. (1998). Posttraumatic Stress Disorder and Comorbid Major Depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(1), 21–37.
[https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(97\)00047-9](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(97)00047-9)
 97. Campbell, D. G., Felker, B. L., Liu, C.-F., Yano, E. M., Kirchner, J. E., Chan, D., Rubenstein, L. V., & Chaney, E. F. (2007). Prevalence of Depression–PTSD Comorbidity: Implications for Clinical Practice Guidelines and Primary Care-based Interventions. *Journal of General Internal Medicine*, 22(6), 711–718. <https://doi.org/10.1007/s11606-006-0101-4>
 98. Yehuda, R., Flory, J. D., Bierer, L. M., Henn-Haase, C., Lehrner, A., Desarnaud, F., Makotkine, I., Daskalakis, N. P., Marmar, C. R., & Meaney, M. J. (2015). Lower Methylation of Glucocorticoid Receptor Gene Promoter 1F in Peripheral Blood of Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 77(4), 356–364. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.02.006>
 99. Nijdam, M. J., Gersons, B. P. R., & Olf, M. (2013). The role of major depression in neurocognitive functioning in patients with posttraumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 19979. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.19979>
 100. Ramsawh, H. J., Fullerton, C. S., Mash, H. B. H., Ng, T. H. H., Kessler, R. C., Stein, M. B., & Ursano, R. J. (2014). Risk for suicidal behaviors associated with PTSD, depression, and their comorbidity in the U.S. Army. *Journal of Affective Disorders*, 161, 116–122. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.03.016>

101. Green, B. L., Krupnick, J. L., Chung, J., Siddique, J., Krause, E. D., Revicki, D., Frank, L., & Miranda, J. (2006). Impact of PTSD comorbidity on one-year outcomes in a depression trial. *Journal of Clinical Psychology, 62*(7), 815–835. <https://doi.org/10.1002/jclp.20279>
102. Back, Bonnie S. Dansky, Scott F. Co, S. (2000). Cocaine Dependence with and without Post-traumatic Stress Disorder: A Comparison of Substance Use, Trauma History and Psychiatric Comorbidity. *American Journal on Addictions, 9*(1), 51–62. <https://doi.org/10.1080/10550490050172227>
103. Driessen, M., Schulte, S., Luedecke, C., Schaefer, I., Sutmann, F., Ohlmeier, M., Kemper, U., Koesters, G., Chodzinski, C., Schneider, U., Broese, T., Dette, C., & Havemann-Reinicke, U. (2008). Trauma and PTSD in Patients With Alcohol, Drug, or Dual Dependence: A Multi-Center Study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 32*(3), 481–488. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00591.x>
104. Norman, S. B., Tate, S. R., Anderson, K. G., & Brown, S. A. (2007). Do trauma history and PTSD symptoms influence addiction relapse context? *Drug and Alcohol Dependence, 90*(1), 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.03.002>
105. Ouimette, P. C., Finney, J. W., & Moos, R. H. (1999). Two-year posttreatment functioning and coping of substance abuse patients with posttraumatic stress disorder. *Psychology of Addictive Behaviors, 13*(2), 105–114. <https://doi.org/10.1037/0893-164x.13.2.105>
106. Ouimette, P., Goodwin, E., & Brown, P. J. (2006). Health and well being of substance use disorder patients with and without posttraumatic stress disorder. *Addictive Behaviors, 31*(8), 1415–1423. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.11.010>
107. Tarrier, N., & Gregg, L. (2004). Suicide risk in civilian PTSD patients--predictors of suicidal ideation, planning and attempts. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 39*(8), 655–661. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0799-4>
108. Saladin, M. E., Brady, K. T., Dansky, B. S., & Kilpatrick, D. G. (1995). Understanding comorbidity between ptsd and substance use disorders: Two preliminary investigations. *Addictive Behaviors, 20*(5), 643–655. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(95\)00024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(95)00024-7)
109. Tate, S. R., Norman, S. B., McQuaid, J. R., & Brown, S. A. (2007). Health problems of substance-dependent veterans with and those without trauma history. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(1), 25–32. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.11.006>
110. Young, H. E., Rosen, C. S., & Finney, J. W. (2005). A survey of PTSD screening and referral practices in VA addiction treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*(4), 313–319. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2005.02.006>
111. Clark, D. B., Lesnick, L., & Hegedus, A. M. (1997). Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(12), 1744–1751. <https://doi.org/10.1097/00004583-199712000-00023>
112. Brown, P. J., & Wolfe, J. (1994). Substance abuse and post-traumatic stress disorder comorbidity. *Drug and Alcohol Dependence, 35*(1), 51–59. [https://doi.org/10.1016/0376-8716\(94\)90110-4](https://doi.org/10.1016/0376-8716(94)90110-4)
113. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry, 52*(12), 1048–1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
114. Keane, T. M., & Wolfe, J. (1990). Comorbidity In Post-Traumatic Stress Disorder An Analysis of Community and Clinical Studies I. *Journal of Applied Social Psychology, 20*(21), 1776–1788. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1990.tb01511.x>
115. Cottler, L. B., Compton, W. M., 3rd, Mager, D., Spitznagel, E. L., & Janca, A. (1992). Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. *The American journal of psychiatry, 149*(5), 664–670. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.5.664>
116. Deykin, E. Y., & Buka, S. L. (1997). Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among chemically dependent adolescents. *The American journal of psychiatry, 154*(6), 752–757. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.6.752>

117. Mellman, T. A., Randolph, C. A., Brawman-Mintzer, O., Flores, L. P., & Milanese, F. J. (1992). Phenomenology and course of psychiatric disorders associated with combat-related posttraumatic stress disorder. *The American journal of psychiatry*, *149*(11), 1568–1574. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.11.1568>
118. Meisler, A. W., Trauma, P., & Abuse, S. (1996). Trauma, PTSD, and Substance Abuse. *PTSD Res Quarterly*, *7*(4), 1–5.
119. Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L., & D'Abrew, N. (2013). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review). *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, *8*(3), 1004–1116. <https://doi.org/10.1002/ebch.1916>
120. Kozarić-Kovačić, D. & Pivac, N. (2007). Novel approaches to the diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorder. In Begeç, S. (Ed.) *The Integration and Management of Traumatized People After Terrorist Attacks* (pp. 13-40). IOS Press
121. Kar, N. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *7*(7), 167. <https://doi.org/10.2147/ndt.s10389>
122. Robertson, M., Humphreys, L., & Ray, R. (2004). Psychological Treatments for Posttraumatic Stress Disorder: Recommendations for the Clinician Based on a Review of the Literature. *Journal of Psychiatric Practice*, *10*(2), 106–118. <https://doi.org/10.1097/00131746-200403000-00005>
123. Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. (2004). A Comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counseling, and Psychoeducation for Treating Posttraumatic Stress Disorder in an African Refugee Settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(4), 579–587. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.72.4.579>
124. Cohen, J. A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, S. R., Chrisman, A., Farchione, T. R., Hamilton, J., Keable, H., Kinlan, J., Schoettle, U., Siegel, M., Stock, S., Medicus, J., & AACAP Work Group On Quality Issues (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *49*(4), 414–430.
125. Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: a critical review. *Annual review of psychology*, *48*, 449–480. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1.449>
126. Bryant R.A. & Friedman M. (2001). Medication and non-medication treatments of post-traumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, *14*(2), 119–123.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
FILOZOFSKI FAKULTET

IZJAVA O KORIŠTENJU AUTORSKOG DJELA

kojom ja PETRA JELAVIĆ, kao autor/ica završnog rada dajem suglasnost Filozofskom fakultetu u Splitu, kao nositelju prava iskorištavanja, da moj završni rad pod nazivom

Posttraumatski stresni poremećaj kod djece
školske dobi

koristi na način da ga, u svrhu stavljanja na raspolaganje javnosti, kao cjeloviti tekst ili u skraćenom obliku trajno objavi u javnoj dostupni repozitorij Filozofskog fakulteta u Splitu, Sveučilišne knjižnice Sveučilišta u Splitu te Nacionalne i sveučilišne knjižnice, a sve u skladu sa Zakonom o autorskom pravu i drugim srodnim pravima i dobrom akademskom praksom.

Korištenje završnog rada na navedeni način ustupam bez naknade.

Split, 04.09.2023.

Potpis

Petra Jelavić

SVEUČILIŠTE U SPLITU
FILOZOFSKI FAKULTET

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

kojom ja PETRA JELAVIĆ, kao pristupnik/pristupnica za stjecanje zvanja sveučilišnog/e prvostupnika/engleskog jezika i književnosti i pedagogije, izjavljujem da je ovaj završni rad rezultat isključivo mogega vlastitoga rada, da se temelji na mojim istraživanjima i oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio završnog rada nije napisan na nedopušten način, odnosno da nije prepisan iz necitiranoga rada, pa tako ne krši ničija autorska prava. Također izjavljujem da nijedan dio ovoga završnog rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Split, 04.03.2023

Potpis

Petra Jelavić

Izjava o pohrani završnog/diplomskog/specijalističkog/doktorskog rada (podcrtajte odgovarajuće) u Digitalni repozitorij Filozofskog fakulteta u Splitu

Student/ica: Petra Jelavić
Naslov rada: Posttraumatski stresni poremećaj kod djece školske dobi
Znanstveno područje: humanističko
Znanstveno polje: pedagogija
Vrsta rada: Završni rad

Mentor/ica rada:
Prof. dr. sc. Goran Kardum

(ime i prezime, akad. stupanj i zvanje)

Komentor/ica rada:

(ime i prezime, akad. stupanj i zvanje)

Članovi povjerenstva (ime i prezime, akad. stupanj i zvanje):

izv. prof. dr. sc. Morana Koludrović
doc. dr. sc. Toni Maglica
prof. dr. sc. Goran Kardum

Ovom izjavom potvrđujem da sam autor/autorica predanog završnog/diplomskog/specijalističkog/doktorskog rada (zaokružite odgovarajuće) i da sadržaj njegove elektroničke inačice u potpunosti odgovara sadržaju obranjenog i nakon obrane uređenog rada. Slažem se da taj rad, koji će biti trajno pohranjen u Digitalnom repozitoriju Filozofskoga fakulteta Sveučilišta u Splitu i javno dostupnom repozitoriju Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu (u skladu s odredbama Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, NN br. 123/03, 198/03, 105/04, 174/04, 02/07, 46/07, 45/09, 63/11, 94/13, 139/13, 101/14, 60/15, 131/17), bude:

a) rad u otvorenom pristupu

b) široj javnosti, ali nakon proteka 6 / 12 / 24 mjeseci (zaokružite odgovarajući broj mjeseci).

(zaokružite odgovarajuće)

Split, 04.09.2023.

Potpis studenta/studentice: Petra Jelavić