

# Doživljena traumatizacija u djetinjstvu i internalizirani problemi djece i mladih

---

Cindrić, Matea Ana

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:471467>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-18**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
PRAVNI FAKULTET  
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA**

**Matea Ana Cindrić**

**DOŽIVLJENA TRAUMATIZACIJA U DJETINJSTVU I  
INTERNALIZIRANI PROBLEMI DJECE I MLADIH**

**ZAVRŠNI RAD**

**Zagreb, 2023.**

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
PRAVNI FAKULTET  
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA**

**Matea Ana Cindrić**

**DOŽIVLJENA TRAUMATIZACIJA U DJETINJSTVU I  
INTERNALIZIRANI PROBLEMI DJECE I MLADIH**

**ZAVRŠNI RAD**

Mentorica: izv.prof.dr.sc. Linda Rajhvajn Bulat

**Zagreb, 2023.**

## Sadržaj

<b>1. Uvod .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Traumatski događaji.....</b>	<b>2</b>
<b>3. Traumatizacija u djetinjstvu i mladosti .....</b>	<b>3</b>
<b>3.1. Zlostavljanje i zanemarivanje djece.....</b>	<b>5</b>
<b>4. Utjecaj traumatskih iskustava na mozak.....</b>	<b>7</b>
<b>5. Traumatizacija u djetinjstvu i internalizirani problemi .....</b>	<b>9</b>
<b>5.1. Traumatizacija u djetinjstvu i poremećaji hranjenja i jedenja .....</b>	<b>10</b>
<b>5.2. Traumatizacija u djetinjstvu i enureza i enkopreza .....</b>	<b>12</b>
<b>5.3. Traumatizacija u djetinjstvu i depresivnost .....</b>	<b>14</b>
<b>5.4. Traumatizacija u djetinjstvu i suicidalnost .....</b>	<b>16</b>
<b>5.5. Traumatizacija u djetinjstvu i anksiozni poremećaji.....</b>	<b>18</b>
5.5.1. Generalizirani anksiozni poremećaj i separacijska anksioznost.....	18
5.5.2. Socijalni anksiozni poremećaj i panični poremećaj .....	20
5.5.3. Opsesivno kompulzivni poremećaj i specifične fobije .....	21
<b>6. Tretman traumatskih iskustava .....</b>	<b>23</b>
<b>6.1. Kognitivno-bihevioralna terapija usmjerena na traumu .....</b>	<b>25</b>
<b>6.2. Desenzibilizacija i reprocesiranje pokretima očiju .....</b>	<b>27</b>
<b>6.3. Terapija igrom.....</b>	<b>28</b>
<b>6.4. Farmakološka terapija .....</b>	<b>29</b>
<b>7. Zaključak .....</b>	<b>30</b>
<b>8. Popis literature .....</b>	<b>31</b>

## Doživljena traumatizacija u djetinjstvu i internalizirani problemi djece i mladih

*Sažetak: Ovaj rad posvećen je temi internaliziranih problema djece i mladih i doživljene traumatizacije u djetinjstvu. U radu su dane temeljne teorijske spoznaje o internaliziranim problemima kao što su anksiozni poremećaji, depresija, suicidalnost i poremećaji hranjenja i jedenja te o traumatizaciji u djetinjstvu. Temeljno obilježje internaliziranih problema jest to da se odnose na ponašanja koja pojedinac usmjerava prema sebi samome i koja su odviše kontrolirajuća. Nadalje, traumatski događaji su događaji koji predstavljaju stvarnu ili potencijalnu veliku prijetnju životu, smrt te različite oblike nasilja i ozljeda. Uz teorijske spoznaje, rad pruža pregled istraživanja kojima se ispituje veza između doživljene traumatizacije u djetinjstvu i prethodno navedenih internaliziranih problema. Prikazanim istraživanjima dokazano je postojanje pozitivne povezanosti između doživljenih traumatskih iskustava u djetinjstvu i pojave internaliziranih problema kod djece i mladih. Kraj rada posvećen je mogućnostima tretmanskog rada s osobama koje su doživjele traumatske događaje. Kao neki od mogućih oblika tretmanskog rada u radu se proučavaju kognitivno-bihevioralna na traumu usmjerena terapija, desenzibilizacija i reprocisiranje pokretima očiju, terapija igrom te farmakološka terapija.*

**Ključne riječi:** internalizirani problemi, djeca i mladi, trauma, traumatizacija u djetinjstvu.

## The experience of childhood trauma and internalized problems of children and youth

*Abstract: This paper is dedicated to the topic of internalized problems in children and youth and childhood trauma. The paper provides basic theoretical knowledge about childhood trauma and internalized problems including anxiety disorders, depression, suicidality and eating disorders. The fundamental characteristic of internalized problems is that they relate to self-directed behaviors that are overly-controlling. In addition, traumatic events are events that present an actual or potential major threat to life, death, and various forms of violence or injury. In addition to the theoretical knowledge, the paper also provides an overview of research that examines the connection between the experience of childhood traumatization and the internalized problems in children and youth. The presented research has shown that there is a positive connection between the experience of childhood traumatization and the internalized problems in children and youth. The end of the paper is dedicated to the possible ways of overcoming the traumatic experiences including cognitive-behavioral trauma focused therapy, eye-movement desensitization and reprocessing, play therapy and pharmacological therapy.*

**Key words:** internalized problems, children and youth, trauma, childhood traumatization.

## Izjava o izvornosti

Ja, Matea Ana Cindrić, pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristila drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Matea Ana Cindrić

Datum: 23.06.2023.

## 1. Uvod

Temeljna podjela problema djece i mladih je ona na internalizirane i eksternalizirane (Achenbach, 1993., prema Novak i Bašić, 2008.). Eksternalizirani problemi obilježeni su slabljenjem kontrole, orijentirani su prema van, prema drugim ljudima i često okarakterizirani agresivnošću i kršenjem pravila (Bask, 2015., prema Ajduković i sur., 2017.). S druge strane, internalizirani problemi su teže uočljivi i odnose se na ponašanja koja su usmjerena prema sebi i koja su kontrolirajuća (Novak i Bašić, 2008.). Costello i sur. (2003., prema Macuka, 2016.) navode kako se internalizirani problemi češće javljaju kod djevojčica, a eksternalizirani kod dječaka. U skladu s time, Novak i Bašić (2008.) kao rizične faktore za razvoj internaliziranih problema navode ženski spol te rigidnost temperamenta. Nadalje, Oland i Shaw (2005., prema Novak i Bašić, 2008.) objašnjavaju kako se rigidnost temperamenta ogleda u otpornosti prema promjenama. Kao neke od internaliziranih problema Bask (2015., prema Ajduković i sur., 2017.) navodi depresivnost i anksioznost te psihosomatske tegobe.

Kada je riječ o traumatskim događajima, oni se odnose na događaje koji uključuju smrt, nasilje ili prijetnju životu (Profaca i Arambašić, 2009.). Glavni osjećaji koji se kod pojedinca javljaju nakon doživljenog traumatskog događaja su strah i bespomoćnost (Američka psihijatrijska udruga, 2000., prema Dye, 2018.). Doživljena traumatizacija u djetinjstvu utječe na daljnji razvoj djeteta, na razvoj odnosa privrženosti te na njegovu percepciju samoga sebe, drugih ljudi i vanjskog svijeta (Dye, 2018.). Navedeno potvrđuje i Herman (1997., prema Profaca, 2016.) navodeći kako se nakon doživljenog traumatskog iskustva mijenja pojedinčeva percepcija kontrole koju ima nad vlastitim životom i događajima u istom.

S uvodnim saznanjima o navedenim konceptima, daljnji pregled dosadašnjih spoznaja produbiti će teorijsko znanje o istima i propitati vezu između doživljenih traumatskih iskustava u djetinjstvu i razvoja internaliziranih problema kod djece i mladih.

## 2. Traumatski događaji

Traumatski događaji odnose se na izravnu ili neizravnu izloženost stvarnoj ili prijetećoj smrti, ozbiljnom ozlijeđivanju ili seksualnom nasilju (Američka psihijatrijska udruga, 2014., prema Profaca, 2016.). Neki od primjera traumatskih događaja su: 1. ratna zbivanja, 2. gubitci, 3. nesreće, 4. zlostavljanje, 5. nasilje i 6. zanemarivanje (Američka psihijatrijska udruga, 2000., prema Dye, 2018.). Nadalje, Hodges i sur. (2013., prema Profaca, 2016.) napominju postojanje dugotrajne traumatizacije, koja se javlja kao posljedica dužeg trajanja traumatskog događaja kojem je pojedinac izložen te kumulativne traumatizacije koja se javlja kao posljedica izloženosti većem broju traumatskih događaja.

Reakcije na traumatski događaj najčešće se javljaju odmah iza samog događaja, ali se mogu javiti i nekoliko dana ili tjedana nakon samog događaja (Arambašić, 2000., prema Crnković i Miljević-Riđički, 2020.). Ono što je važno istaknuti, a što spominje Arambašić (2000., prema Profaca, 2016.) je to da su reakcije na traumatske događaje uobičajene reakcije na neuobičajene događaje. Dodatno, Arambašić (2000., prema Crnković i Miljević-Riđički, 2020.) objašnjava kako će traumatski događaji izazvati patnju kod gotovo svakog pojedinca, stoga način na koji će pojedinac reagirati na traumatski događaj nije u potpunosti ovisan o njegovim sposobnostima suočavanja sa sličnim događajima niti prethodnim iskustvima.

Ono što je važno imati na umu prilikom promišljanja o doživljenoj traumatizaciji je to da je pojedinac nakon doživljenog traumatskog događaja okupiran sjećanjima na događaj i vrlo često uvjerljivim slikama istog, što, kako navodi Profaca (2016.) govori o tome koliki utjecaj takvi događaji imaju na samu osobu i njeno daljnje funkcioniranje. U suočavanju sa doživljenim traumatskim događajima, važan je i koncept otpornosti pojedinca. Crnković i Miljević-Riđički (2020.) navode kako je temelj otpornosti pojedinčevo uspješno prepoznavanje i korištenje osobnih i okolinskih resursa pri suočavanju sa traumatskim događajima.



Pri uspješnijem suočavanju s traumatskim događajima važni su i zaštitni faktori na koje se pojedinac može osloniti, a koje je moguće podijeliti na: 1. osobne, 2. faktore vezane uz pojedinčevo neposredno okruženje te 3. faktore vezane uz širu socijalnu mrežu, odnosno zajednicu. Tako se, kako navodi Windle (2011., prema Crnković i Miljević-Ridički, 2020.) u osobne zaštitne faktore ubrajaju psihološke i biološke karakteristike pojedinca, dok se faktori vezani uz neposredno okruženje odnose na obiteljske odnose, a faktori vezani uz zajednicu na institucionalnu podršku na koju pojedinac može računati.

### **3. Traumatizacija u djetinjstvu i mladosti**

Costello i sur. (2002., prema Profaca i Arambašić, 2009.) navode kako je od 9. do 16. godine 25% djece i mladih doživjelo bar jedan traumatski događaj. Nadalje, ukoliko je riječ konkretno o adolescentima, rezultati istraživanja Landolt i sur. (2013., prema Landolt i Kenardy, 2015.), a u kojem je sudjelovalo 7 000 adolescenata iz Švedske, navode kako je 56,6% djevojaka te 55,7% mladića doživjelo barem jedan traumatski događaj tijekom života. U većem riziku od doživljavanja traumatizacije u djetinjstvu su: 1. djeca koja borave u udomiteljskim obiteljima, te 2. djeca koja su svjedočila ratnim događanjima, prirodnim katastrofama ili obiteljskom nasilju (Harris i sur., 2006., prema Profaca, 2016.). No, Profaca (2016.) navodi kako se zbog idealističkog pogleda na djetinjstvo i negiranja negativnih događaja u njemu, ne govori dovoljno o traumatizaciji doživljenoj u djetinjstvu. Ne promicanje komunikacije o traumatizaciji u djetinjstvu je loše s obzirom na brojne posljedice koje ona sa sobom nosi, kako u daljnjem tijeku djetinjstva, tako i u odrasloj dobi pojedinca. Upravo Cummings i sur. (2012., prema Dye, 2018.) napominju psihopatologiju u djetinjstvu ali i odrasloj dobi, te anksioznost i depresiju kao neke od posljedica doživljene traumatizacije u djetinjstvu. Najjar i sur. (2008., prema Dye, 2018.) navode kako je pri razmatranju doživljene traumatizacije u djetinjstvu u obzir važno uzeti i odrednice razvojne faze u kojoj se djeca nalaze u trenutku doživljavanja traumatskog događaja, s obzirom da ni sama ponekad nisu u mogućnosti shvatiti što se dogodilo, niti isto opisati drugima ili reći kako se zbog toga osjećaju. Konačno, doživljena

traumatizacija u djetinjstvu utječe na djetetovu percepciju svijeta, ali i samoga sebe (Dye, 2018.). Pored navedenog, Dye (2018.) naglašava kako je kod djece koja su doživjela traumatska iskustva često uočljiva regresija na ranije faze ponašanja.

Nadalje, Putnam (1997., prema Profaca, 2016.) navodi kako je traumatska iskustva u djetinjstvu moguće podijeliti na ona koja uključuju zlostavljanje i zanemarivanje u obitelji i ona koja navedeno ne uključuju. Iako je, kako navodi Profaca (2016.) zlostavljanje i zanemarivanje djeteta u obitelji najčešći oblik traumatizacije u djetinjstvu, ne treba zanemariti ni druge moguće traumatske događaje koji su mogli utjecati na dijete i njegov razvoj. Tako primjerice Profaca i Arambašić (2009.) u traumatske događaje koji ne uključuju zlostavljanje i zanemarivanje ubrajaju: 1. ratne sukobe, 2. ranjavanja i 3. nesreće. Dakako, na traumatizaciju djeteta mogu utjecati primjerice i: 1. samoubojstvo, 2. ubojstvo, 3. vršnjačko nasilje ili 4. nasilje u zajednici, a kojima dijete može svjedočiti (Pynoos i Nader, 1990., prema Profaca i Arambašić, 2009.).

U literaturi se često spominje i pojam nepovoljnih dječjih iskustava koja Boullier i Blair (2018.) objašnjavaju kao potencijalno traumatske događaje koji mogu imati negativan učinak na zdravlje i dobrobit djeteta. Pored traumatskih događaja, u nepovoljna dječja iskustva ubrajaju se i visoko stresni životni događaji. Izloženost kroničnom stresu u djetinjstvu može voditi do teškoća u interpersonalnim odnosima i pri zaposlenju i zadržavanju posla u odrasloj dobi (Centar za kontrolu i prevenciju bolesti, 2022.). U spomenuta nepovoljna dječja iskustva Barnes i sur. (2020., prema Kosić i sur., 2022.) ubrajaju: 1. izdržavanje kazne zatvora roditelja, 2. razvod braka roditelja te 3. probleme ovisnosti roditelja i 4. probleme mentalnog zdravlja članova obitelji. O učestalosti nepovoljnih dječjih iskustava govori podatak Centra za kontrolu i prevenciju bolesti (2022.) prema kojem je 61% ispitanika iz više od 25 zemalja doživjelo barem jedno nepovoljno dječje iskustvo do 18. godine. Nadalje, studija o nepovoljnim dječjim iskustvima koju su proveli Felitti i sur. (1998.), među odraslima koji su ispunili medicinsku evaluaciju u Klinici u San Diegu, ispitala je učestalost sedam nepovoljnih dječjih iskustava, podjeljivši ih na zlostavljanje i na obrasce disfunkcionalnog ponašanja

u kućanstvu. U spomenutom istraživanju analizirane su tri vrste zlostavljanja (psihičko, fizičko i seksualno), dok su se pod obrasce disfunkcionalnog ponašanja u kućanstvu ubrajali: 1. zlouporaba sredstava ovisnosti članova kućanstva, 2. mentalna oboljenja članova kućanstva, 3. nasilni postupci prema majci te 4. kriminalno ponašanje članova kućanstva (Felitti i sur. 1998.). Rezultati istraživanja ukazuju kako je s 3,4% najmanja prevalencija bila ona kriminalnog ponašanja članova kućanstva, dok je najveća prevalencija od 25,6% bila ona zlouporabe sredstava ovisnosti članova kućanstva (Felitti i sur., 1998.). Nadalje, 52% sudionika doživjelo je više od jednog nepovoljnog dječjeg iskustva, dok je 6,2% sudionika doživjelo više od četiri nepovoljna dječja iskustva (Felitti i sur., 1998.). Kada se u istraživanju postavilo pitanje o odnosu između doživljenih nepovoljnih dječjih iskustava i rizika po zdravlje sudionika, rezultati su ukazali kako su se i prevalencija i rizik za pušenje, pretilost, depresivno raspoloženje i pokušaje suicida povećali kako se povećavao broj doživljenih nepovoljnih dječjih iskustava (Felitti i sur., 1998.). Konačno, rezultati istraživanja ukazuju na pozitivnu povezanost između broja doživljenih nepovoljnih dječjih iskustava i oboljenja od karcinoma, kroničnog bronhitisa, ranijeg bolovanja od hepatitisa i žutice te niže samoprocjene vlastitog zdravstvenog stanja (Felitti i sur., 1998.).

S obzirom da je zlostavljanje i zanemarivanje djece najčešći oblik doživljenog traumatskog iskustva u djetinjstvu, u podpoglavlju koje slijedi ono će biti detaljnije razrađeno.

### *3.1. Zlostavljanje i zanemarivanje djece*

Garbarino i sur. (1980., prema Bonevski i Naumovska, 2018.) navode kako je zlostavljanje djece moguće podijeliti na emocionalno, fizičko i seksualno. Emocionalno zlostavljanje djece odnosi se na štetan, nekonstruktivan oblik interakcije s djetetom koji ne uključuje fizički kontakt, dok se fizičko zlostavljanje djeteta odnosi na udaranje djeteta, nanošenje opekline djetetu, gušenje, potapanje djeteta i druge slične radnje koje nanose bol djetetu i imaju utjecaja na njegovo fizičko zdravlje i izgled (Bonevski i Naumovska,

2018.). Konačno, pod seksualnim zlostavljanjem djeteta Bonevski i Naumovska (2018.) podrazumijevaju primjerice izlaganje djeteta pornografskom sadržaju, odnosno iniciranje seksualnog odnosa i kontakta s djetetom.

Kod zlostavljanja djece moguće je prepoznati tri faze o kojima govori Briere (1992., prema Profaca i Arambašić, 2009.). Prva faza okarakterizirana je uznemirujućim osjećajima i mislima s kojima se dijete suočava zbog zlostavljanja, a koje je nerijetko popraćeno i odstupanjem u razvoju djeteta (Briere, 1992., prema Profaca i Arambašić, 2009.). Druga faza zlostavljanja djeteta očituje se u postepenom smirivanju prethodno prisutnih uznemirujućih misli i osjećaja i postepenoj prilagodbi na zlostavljanje, dok se treća faza očituje u dugotrajnoj prilagodbi i proradi iskustva (Briere, 1992., prema Profaca i Arambašić, 2009.).

Kada je riječ o zanemarivanju djece, ono u prvi plan stavlja nemogućnost roditelja odnosno skrbnika za podmirenje nekih od temeljnih potreba djeteta, a moguće ga je podijeliti na fizičko i emocionalno (Bonevski i Naumovska, 2018.). Tako se fizičko zanemarivanje djece ogleda u nemogućnosti roditelja ili skrbnika da podmire temeljne potrebe djeteta za hranom, vodom, skloništem i sigurnošću, dok se emocionalno zanemarivanje djece manifestira kroz nemogućnost roditelja ili skrbnika da podmire temeljne emocionalne potrebe djeteta, odnosno potrebu za razvojem odnosa privrženosti, pažnjom i podrškom (Bonevski i Naumovska, 2018.).

O učestalosti traumatizacije u djetinjstvu u obliku zlostavljanja i zanemarivanja u Hrvatskoj govore podaci dobiveni u sklopu provedbe istraživačkog projekta BECAN – Balkanske epidemiološke studije zlostavljanja i zanemarivanja, u kojem je sudjelovalo 3 644 djece u dobi od 11, 13 i 16 godina, odnosno učenici petog i sedmog razreda osnovne te drugog razreda srednje škole (Ajduković i sur., 2012.). Iz rezultata je vidljivo kako je najveći broj djece tijekom života doživio psihičku agresiju u obitelji, točnije, 59% učenika petog razreda, 77,1% učenika sedmog razreda te 82,5% učenika drugog razreda srednje škole (Ajduković i sur. 2012.). Nakon psihičke agresije najveća je bila prevalencija

tjelesnog kažnjavanja iznoseći 56,1% za učenike petog razreda, 68,4% za učenike sedmog razreda te 72,3% za učenike drugog razreda srednje škole (Ajduković i sur., 2012.). Prevalencije tjelesnog zlostavljanja bile su nešto manje, dok se psihičko zlostavljanje pokazalo kao najrjeđe doživljen oblik nasilnog ponašanja u obitelji (Ajduković i sur. 2012.). Isto tako, o prevalenciji zlostavljanja i zanemarivanja djece u Hrvatskoj govore i rezultati istraživanja kojeg je provela Poliklinika za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba u suradnji s Hrabrim telefonom 2006. godine, a u kojem je sudjelovao 4 191 punoljetan učenik srednjih škola u Hrvatskoj (Poliklinika za zaštitu djece i mladih grada Zagreba, 2010.). Rezultati istraživanja ukazuju kako je, gledajući stroži kriterij, 15,9% učenika bilo izloženo tjelesnom zlostavljanju, 16,5% emocionalnom zlostavljanju, dok je spolnom zlostavljanju bilo izloženo 13,7% učenika, a ukoliko se pod spolno zlostavljanje podrazumijeva i izlaganje djece seksualnom sadržaju, tada je 18,1% učenika u djetinjstvu doživjelo spolno zlostavljanje (Poliklinika za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba, 2010.).

#### **4. Utjecaj traumatskih iskustava na mozak**

Nakon doživljenog traumatskog događaja, centralni živčani sustav, posebice mozak doživljava mnoge promjene. Landolt i Kenardy (2015.) navode kako je riječ o strukturalnim i funkcionalnim promjenama. U skladu s tim, Tomoda i sur. (2009., prema Edwards, 2018.) navode kako je dokazano da rana traumatska iskustva utječu na snagu sinaptičkih veza u mozgu, što utječe na razvoj mozga.

Jedna od, u literaturi često spominjanih, moždanih struktura na koju utječu traumatska iskustva je siva tvar. Sheffield (2013., prema Edwards, 2018.) prema rezultatima svog istraživanja govori o postojanju negativne povezanosti između učestalosti seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu i volumena sive tvari, zaključujući kako, što je seksualno zlostavljanje u djetinjstvu češće i teže, volumen sive tvari je manji. Također, rezultati istraživanja kojeg su proveli Dannlowski i sur. (2012., prema Edwards, 2018.) ukazuju

kako je kod pojedinaca koji su imali veći rezultat na upitnicima kojima se ispitivala izloženost traumatskim iskustvima, uočen i manji volumen sive tvari u hipokampusu. Nadalje, Perry (2006., prema Dye, 2018.) također navodi amigdalu kao dio mozga kod kojeg uslijed traumatskog iskustva dolazi do promjene, naglašavajući njenu važnost u regulaciji emocija, privrženosti, raspoloženja i osjećaja zadovoljstva. Amigdala je, kako navode Lyons-Ruth i sur. (2016., prema Zovko Grbeša i Sesar, 2021.) vrlo osjetljiva na stresne događaje tijekom ranog djetinjstva jer se u prve dvije godine života ubrzano razvija. Teicher i sur. (2016., prema Zovko Grbeša i Sesar, 2021.) navode kako kod djece koja su bila zlostavljana u djetinjstvu te uslijed toga nisu razvila sigurnu privrženost sa skrbnikom, dolazi do hiperaktivacije amigdale pri izloženosti licima koja izražavaju ljutnju. Dannlowski i sur. (2012., prema Edwards, 2018.) svojim su istraživanjem potvrdili pozitivnu povezanost između hiperaktivacije amigdale i izlaganja izrazima lica koji predstavljaju prijetnju kod djece koja su doživjela traumatska iskustva.

Što se hipokampusa tiče, Dedovic i sur. (2009., prema Zovko Grbeša i Sesar, 2021.) navode važnost hipokampusa pri regulaciji hipotalamo-pitunarno-adrenalne (HPA) osi kroz moduliranje proizvodnje kortizola, odnosno hormona stresa. Promjene kod hipotalamo-pitunarno-adrenalne osi uzrokovane traumatskim događajem kod pojedinca dovode do teškoća pri regulaciji kognitivnih i ponašajnih reakcija na naknadne stresne događaje (Dye, 2018.). Isto tako, De Kloet i sur., (2005., prema Dye, 2018.) pojašnjavaju kako promjene u radu hipotalamo-pitunarno-adrenalne osi dovode do hormonalnih abnormalnosti i veće prevalencije depresije. Nadalje, Glaser (2000.) pojašnjava kako izlučivanje velikih količina kortizola dovodi do atrofiranja dendrita u hipokampusu, dok kronična izloženost stresu i kronično izlučivanje veće količine kortizola dovodi također do odumiranja živčanih stanica u hipokampusu, a koji ima važnu ulogu u pamćenju. Herzog i sur. (2020., prema Zovko Grbeša i Sesar, 2021.) navode kako je kod odraslih koji su imali iskustvo zlostavljanja u djetinjstvu, utvrđen manji volumen hipokampusa u usporedbi s odraslima koji u djetinjstvu nisu imali iskustvo zlostavljanja, a Vythilingam i sur. (2002., prema Edwards, 2018.) svojim su istraživanjem dokazali smanjen volumen hipokampusa kod odraslih s iskustvom seksualnog i tjelesnog zlostavljanja te kod osoba

s posttraumatskim stresnim poremećajem. S druge strane, Tuppler i De Bellis (2006., prema Edwards, 2018.) spominju povećanje volumena hipokampusa kod djece kod koje se uslijed zanemarivanja razvio posttraumatski stresni poremećaj. Zaključno, Tupler i De Bellis (2006., prema Edwards, 2018.) navode kako se u periodu djetinjstva, nakon doživljene traume hipokampus još uvijek razvija, te nakon sazrijevanja, u odrasloj dobi dolazi do njegova smanjenja.

Konačno, Rauch i sur. (1996., prema Glaser, 2000.) uvidjeli su smanjenu aktivnost Brokinog područja, zaduženog za verbalizaciju, kod pacijenata kojima je dijagnosticiran posttraumatski stresni poremećaj, što ide u prilog tome da pacijenti sjećanja na traumatski događaj češće proživljavaju kroz fiziološke simptome nego kroz razgovor o samom događaju. Zaključno, Dye (2018.) navodi kako uslijed traumatskog iskustva dolazi do promjena u radu područja mozga odgovornih za reguliranje intenzivnih emocija. U skladu s tim De Kloet i sur. (2005., prema Dye, 2018.) navode kako ponovno izlaganje stresnim podražajima ili podražajima vezanim uz traumatski događaj kod pojedinaca može dovesti do intenzivnih emocionalnih reakcija i onemogućiti kontroliranje emocionalnih ili ponašajnih reakcija na takve podražaje.

## **5. Traumatizacija u djetinjstvu i internalizirani problemi**

U ovom će dijelu rada, po podpoglavljima, pozornost biti posvećena temeljnim odrednicama internaliziranih problema kao što su poremećaji hranjenja i jedenja, enureza i enkopreza, depresivnost, suicidalnost te anksiozni poremećaji uključujući generalizirani anksiozni poremećaj, separacijsku anksioznost, socijalni anksiozni poremećaj i panični poremećaj te opsesivno-kompulzivni poremećaj i specifične fobije. Kako bi se dobio uvid u odnos između doživljenih traumatskih iskustava u djetinjstvu i pojave internaliziranih problema kod djece i mladih, kroz potpoglavlja će za svaki od navedenih internaliziranih problema biti prikazano i nekoliko istraživanja koja su se bavila ispitivanjem povezanosti između doživljenih traumatskih iskustava u djetinjstvu te pojave navedenih internaliziranih problema kod djece i mladih.

### *5.1. Traumatizacija u djetinjstvu i poremećaji hranjenja i jedenja*

Temeljno obilježje poremećaja hranjenja i jedenja je izmijenjen obrazac unosa hrane u organizam (Brustenghi i sur. 2019.). Pod poremećaje hranjenja i jedenja, prema klasifikaciji u petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje, ubrajaju se: 1. anorexia nervosa, 2. bulimia nervosa, 3. poremećaj prejedanja, 4. izbjegavajući restriktivan poremećaj unosa hrane, 5. poremećaj ruminacije, 6. pica, 7. ostali specifični poremećaji hranjenja i jedenja te 8. poremećaj hranjenja i jedenja nespecificiran (Američka psihijatrijska udruga, 2013.). Kada je riječ o anoreksiji, Krleža (2020.) pojašnjava postojanje restriktivnog i prejedackog tipa anoreksije. U slučaju restriktivnog tipa anoreksije, kod osobe se u posljednja tri mjeseca nisu javile epizode prejedanja ili namjernog izbacivanja hrane, a gubitak tjelesne težine postiže se kroz vježbanje ili djetu (Američka psihijatrijska udruga, 2013.). Kod prejedackog tipa anoreksije, kod osobe su se u posljednja tri mjeseca javile epizode prejedanja ili namjernog izbacivanja hrane iz organizma (Američka psihijatrijska udruga, 2013.). Armour i sur. (2016.) navode kako tjelesna težina kod osoba koje boluju od anorexie nervose biva niskom, dok kod osoba koje boluju od bulimie nervose, tjelesna težina u većini slučajeva biva prosječnom. Nadalje, Begić (2016., prema Krleža, 2020.) navodi kako se anorexia nervosa ponajviše pojavljuje kod djevojaka i to posebice u periodu adolescencije.

Krleža (2020.) pojašnjava kako na razvoj anorexie nervose utječu biološki, psihološki i socio-kulturni faktori. Genetska predispozicija za razvoj poremećaja hranjenja i jedenja je biološki faktor koji pridonosi njihovom razvoju, a psihološki faktori podrazumijevaju unutarnji sukob između straha od odrastanja i želje za neovisnošću s kojim se pojedinac nosi (Davison i Neal, 1999., prema Krleža, 2020.). Konačno, pod socio-kulturne faktore Begić (2016., prema Krleža, 2020.) ubraja želju pojedinca za postizanjem idealne tjelesne težine i fizičkog izgleda kakav je promoviran i cijenjen u društvu. Govoreći o socio-kulturnim čimbenicima koji utječu na razvoj poremećaja hranjenja i jedenja Vidović (2009.) napominje važnost medija i interenta te uspostavljanje pro-ana stranica koje promoviraju različite načine mršavljenja.



Kada je riječ o doživljenom traumatskom događaju i njegovoj povezanosti s poremećajima hranjenja i jedenja, nekoliko je objašnjenja. Tako Brustenghi i sur. (2019.) navode kako ponašanja kao što su prejedanje, izgladnjivanje te namjerno izbacivanje hrane iz organizma, a koja su karakteristična za poremećaje hranjenja i jedenja, u slučaju doživljenog traumatskog događaja za funkciju imaju izbjegavanje, odnosno potiskivanje misli i osjećaja vezanih uz sam traumatski događaj. Nadalje, Bruch (1981., prema Groth i sur. 2019.) navodi kako su poremećaji hranjenja i jedenja kod ljudi često popraćeni osjećajem gubitka kontrole nad vlastitim tijelom. Dakle, s obzirom da po doživljenom traumatskom događaju, ljudi također često osjećaju gubitak kontrole, ponašanja koja karakteriziraju poremećaje hranjenja i jedenja mogu biti pokušaj ponovnog uspostavljanja kontrole (Groth i sur., 2019.).

Nekoliko je istraživanja provedeno na temu veze između doživljenog traumatskog događaja i poremećaja hranjenja i jedenja. Tako je u istraživanju Brustenghi i sur. (2019.) koje je provedeno među 56 pacijenata, zaključeno kako je povijest traumatskog iskustva bila češća kod pacijenata kojima je dijagnosticiran poremećaj hranjenja i jedenja u odnosu na one kojima takav poremećaj nije dijagnosticiran. Nadalje, prema rezultatima istraživanja Armour i sur. (2016.) uočeno je kako su sudionici koji su doživjeli seksualno zlostavljanje u djetinjstvu, imali i dva puta veću vjerojatnost za razvijanje poremećaja hranjenja i jedenja, dok je kod sudionika koji su doživjeli tjelesno zlostavljanje, vjerojatnost za razvijanje poremećaja hranjenja i jedenja bila četiri puta veća. Carretero-Garcia i sur. (2012., prema Groth i sur., 2019.) navode kako su pojedinci kojima je dijagnosticiran poremećaj hranjenja i jedenja najčešće doživjeli seksualno zlostavljanje. Nadalje, Rhode i sur. (2008., prema Salwen i sur., 2014.) također navode kako seksualno i tjelesno zlostavljanje u djetinjstvu udvostručuju pojedinčev rizik za razvoj pretilosti. Eventualna povezanost između doživljenog zlostavljanja u djetinjstvu i pretilosti u skladu je i s rezultatima istraživanja Salwen i sur. (2014.), prema kojima je 61% populacije koji zadovoljava kriterij za pretilost, iskazalo iskustvo zlostavljanja u djetinjstvu.

## *5.2. Traumatizacija u djetinjstvu i enureza i enkopreza*

Enurezu je moguće definirati kao nemogućnost kontrole mokrenja (Ostojić, 2022.) Košljundić (2016.) enurezu definira kao nekontrolirano mokrenje u krevet koje se javlja za vrijeme sna kod djece starije od pet godina. Prestanak mokrenja u krevet kod djece se uglavnom pojavljuje oko pete ili šeste godine, s time da se enureza češće javlja kod dječaka (Crawford, 1989., prema Warzak, 1993.). U literaturi se kao dvije temeljne vrste enureze spominju primarna i sekundarna enureza. Primarnu enurezu Košljundić (2016.) definira kao stanje u kojem dijete nije bilo suho noću u kontinuiranom periodu od 6 mjeseci. Obilježje sekundarne enureze je to da djeca nisu mokrila u krevet u periodu od 6 mjeseci, ali se potom dogodio relaps (Tekgul, 2009., prema Kamal i Mahrous, 2018.). Eidlitz-Markus i sur. (2000.) navode kako se sekundarna enureza uglavnom manifestira u dobi od 5 do 7 godina. Harari (2013., prema El-Azzab, 2023.) navodi kako u dobi od 7 godina, 10-20% djece u svijetu pati od enureze, dok u dobi od 15 godina, prevalencija enureze u svijetu iznosi 2%, a u odrasloj dobi prevalencija enureze u svijetu kreće se između 0,5% i 2%.

Iako Košljundić (2016.) navodi kako je u današnje vrijeme aktualniji pristup koji pojašnjava kako enureza nije posljedica već uzrok nepovoljnih psiholoških faktora, nekoliko je istraživanja provedeno na temu povezanosti između doživljenog traumatskog iskustva u djetinjstvu i pojave enureze kod djece. Tako je primjerice u istraživanju Eidlitz-Markus i sur. (2000.) sudjelovalo petero djece u dobi od 5 i 8 godina, koja su preživjela automobilske nesreće. Nadalje, četvero djece doživjelo je traumu glave tijekom nesreće, dok jedno dijete nije pretrpjelo nikakve ozlijede tijekom nesreće ali je svjedočilo ozlijedama koje je zadobio otac, no kod sve se djece nakon nesreće javila enureza (Eidlitz-Markus i sur. 2000.). U istraživanju kojeg su proveli El-Azzab i sur. (2023.) sudjelovalo je 260 djece kojoj je dijagnosticirana noćna enureza, a 59,8% djece koja su sudjelovala u istraživanju imalo je povijest traumatskih iskustava, posebice emocionalnog zlostavljanja i zanemarivanja te fizičkog zlostavljanja. Također, El-Azzab i sur. (2023.) u svoje su istraživanje kao konstrukt uključili i otpornost djeteta. Konačno, rezultati istraživanja

ukazali su na postojanje negativne korelacije između doživljenog traumatskog iskustva u djetinjstvu i otpornosti, kao i na to da doživljena traumatska iskustva u djetinjstvu mogu povećati rizik za pojavu enureze kod djece (El-Azzab i sur., 2023.). Kamal i Mahrous (2018.) kao neke od rizičnih faktora za razvoj enureze kod djece navode, u najčešćem broju slučajeva: 1. povijest javljanja enureze kod roditelja, 2. zatvor, 3. čvrsti san djeteta te 4. stresne situacije u obitelji kao što su rođenje djeteta, smrt člana obitelji ili razvod braka roditelja.

Konačno, važno je imati na umu kako djeca kod kojih je prisutna enureza, kao što navodi Košuljandić (2016.) često imaju manjak samopoštovanja. Kamal i Mahrous (2018.) navode kako se mnoga djeca srame toga stanja te se zato ne druže toliko s vršnjacima i ne sudjeluju u nekim vršnjačkim aktivnostima, kao što su noćenje kod prijatelja. Mokrenje djece u krevet i samim je roditeljima stresno te neki roditelji čak kažnjavaju djecu radi mokrenja u krevet (Feldman, 2013., prema Kamal i Mahrous, 2018.). S tim u skladu, Howc i Walker (1992., prema Warzak 1993.) navode kako djeca kod kojih je prisutna enureza mogu biti u povećanom riziku od emocionalnog i tjelesnog zlostavljanja u obitelji.

Enkopreza se definira kao nemogućnost kontrole stolice (Ostojić, 2022.). Enkopreza se češće javlja kod dječaka Mikkelsen (1991., prema Morrow i sur. 1997.). Također, kako navodi Ostojić (2023.) javlja se u oko 1% djece školske dobi.

Istraživanje koje su proveli Dayan i sur. (2022.) ispitalo je pojavu enkopreze kod djece koja su proživjela zlostavljanje ili zanemarivanje u djetinjstvu. U istraživanju je sudjelovalo 428 djece, od kojih je 60% bilo žrtva zlostavljanja (fizičkog, emocionalnog, seksualnog) ili zanemarivanja, a enkopreza se javila kod 15 djece (Dayan i sur., 2022.). Nadalje, Morrow i sur. (1997.) povelu su istraživanje među 23 dječaka, od kojih je devetero njih bila dijagnosticirana enkopreza, a četrnaestorici nije. Rezultati istraživanja ukazali su na to da je 78% dječaka kojima je bila dijagnosticirana enkopreza, bilo i žrtva seksualnog nasilja i to poglavito od starijih muškaraca, očeva ili poočima (Morrow i sur. 1997.). Nadalje, od 14 dječaka kojima nije bila dijagnosticirana enkopreza, kod 50% njih

seksualno se zlostavljanje moglo pretpostaviti, a 5 njih bilo je žrtvom seksualnog zlostavljanja (Morrow i sur. 1997.).

Morrow i sur. (1997.) kao neke od faktora koje valja uzeti u obzir pri promišljanju hoće li se kod djece žrtava zlostavljanja javiti enkopreza navodi: 1. manju dob žrtve tijekom zlostavljanja, 2. stupanj fizičkog razvoja žrtve i počinitelja, 3. duljinu trajanja zlostavljanja te 4. sam način na koji je zlostavljanje počinjeno. No, primjerice u istraživanju Hunter i sur. (1985.) od 50 djece kod koje nije sa sigurnošću utvrđena povijest seksualnog zlostavljanja, kod jednog je djeteta bila prisutna enkopreza.

### *5.3. Traumatisacija u djetinjstvu i depresivnost*

Ibrahim i sur. (2013., prema Chang i sur., 2021.) navode kako je prevalencija depresije među studentima 2013. godine bila čak 30%. No, Moreno-Agostiono i sur. (2020., prema Chang i sur. 2021.) navode kako se prevalencija depresije u posljednjih desetak godina izrazito povećala. Kada je riječ o depresiji kod djece i mladih, valja razlikovati depresivni simptom, sindrom i poremećaj. Harrington (1993., prema Rudan i Tomac, 2009.) navodi kako su depresivni simptomi normalne ljudske reakcije na određene događaje te kako ih doživljavaju gotovo svi ljudi u nekom periodu života. Nadalje, kako navode Peterson i sur. (1993., prema Rudan i Tomac, 2009.) depresivni sindrom okarakteriziran je istovremenim ispoljavanjem većeg broja simptoma te najčešće uključuje i emocionalno stanje i određeno ponašanje. O depresivnom je poremećaju riječ kada simptomi onemogućavaju svakodnevno funkcioniranje pojedinca (Ledić i sur., 2019.). Neki od simptoma depresije koje navodi Harrington (1995.) su: 1. sniženo raspoloženje, 2. nedostatak energije, 3. osjećaj beznada te 4. poremećaji spavanja i koncentracije.

Kos (2016., prema Ledić i sur., 2019.) kao jedan od glavnih problema kada je riječ o depresiji ističe neprepoznavanje depresije i posljedično njeno neadekvatno liječenje. Rudan i Tomac (2009.) pojašnjavaju kako je pojava depresivnog raspoloženja i simptoma depresije karakteristična za period adolescencije s obzirom na težnju adolescenata za

samostalnošću, čime se zapravo suočavaju s mnogim izazovima i gubitcima (primjerice gubitak sigurnosti koju pružaju roditelji ili gubitak fantazija o djetinjstvu).

Jeffery (2005., prema Rudan i Tomac, 2009.) navodi kako: 1. negativan kognitivni stil te 2. stresni događaji kao što su zlostavljanje i zanemarivanje, razvod braka roditelja ili zlouporaba sredstava ovisnosti u obitelji mogu povećati rizik od pojave depresije kod pojedinca. U skladu s tim, Crnković i Miljević-Ričićki (2020.) navode kako pojedinci koji su doživjeli neki oblik traumatizacije imaju četiri puta veću vjerojatnost za razvoj depresivnih simptoma, odnosno Negele i sur. (2005., prema Crnković i Miljević-Ričićki, 2020.) ističu kako je čak 75% pacijenata kojima je dijagnosticirana depresija doživjelo traumatski događaj u djetinjstvu. Mnoga su istraživanja provedena upravo na temu traumatizacije i depresivnosti. Tako primjerice rezultati istraživanja koje su proveli MacMillan i sur. (2001., prema Shapero i sur., 2013.) pokazuju kako su sudionici u dobi od 16. do 24. godine, koji su imali veći rezultat na skali kojom se propitivalo iskustvo emocionalnog zlostavljanja, iskazivali i više depresivnih simptoma. S navedenim se slažu i rezultati istraživanja Silverman i sur. (1996., prema Berber Celik i Odaci, 2019.) prema kojima pojedinci koji su u djetinjstvu doživjeli zlostavljanje, iskazuju više depresivnih simptoma. Isto tako, istraživanjem Suliman i sur. (2009.) provedenim među adolescentima u dobi od 14. do 18. godine, dokazana je pozitivna povezanost između doživljavanja stresnih događaja u prethodnih 12 mjeseci, te iskustava zlostavljanja i zanemarivanja u djetinjstvu i depresije. Nadalje, više depresivnih simptoma iskazali su adolescenti koji su doživjeli veći broj traumatskih događaja, dok je veća razina depresivnosti uočena posebice kod adolescenata koji su doživjeli gubitak člana obitelji ili druge bliske osobe (Suliman i sur., 2001.). Kada je riječ o studentima, istraživanjem provedenim među 400 studenata u Turskoj, utvrđeno je postojanje statistički značajne pozitivne povezanosti između doživljenog iskustva zlostavljanja u djetinjstvu i depresije kod studenata (Berber Celik i Odaci, 2019.).

Konačno, otpornost pojedinca jedan je od faktora o kojem će ovisiti pojava depresivnosti nakon suočavanja s traumatskim događajem. Tako rezultati istraživanja kojeg su provele

Crnković i Miljević-Riđički (2020.) među 103 djece koja su uključena u tretman u Poliklinici za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba, ukazuju da djeca koja su otpornija, iskazuju manje depresivnih simptoma.

#### *5.4. Traumatizacija u djetinjstvu i suicidalnost*

U periodu od 2000. do 2021. godine stopa suicida djece i mladih u dobi od 10. do 24. godine povećala se za 52,2% (Centar za kontrolu i prevenciju bolesti, 2023.). Također, prema podacima Centra za kontrolu i prevenciju bolesti (2023.) vidljivo je kako se 15% svih suicida odnosi na suicide koje su počinili djeca i mladi u dobi od 10. do 24. godine. Prvi je korak ka suicidu, kako navode Klonsky i May (2015.) razvijanje ideje o suicidu, a za koju je potreban osjećaj patnje u pojedinčevu životu, uoči kojeg on gubi želju za životom. Spomenutu patnju Ratcliffe i sur. (2008., prema Klonsky i May, 2016.) povezuju s osjećajem fizičke boli, dok O'Connor (2011., prema Klonsky i May, 2016.) o patnji govori u smislu osjećaja poraženosti i zatočenosti. Klonsky i May (2016.) navode kako je pored osjećaja patnje, za razvijanje ideje o suicidu važan i osjećaj beznađa. Drugi važan korak za razvoj ideje o suicidu je, kako navode Klonsky i May (2016.) smanjen osjećaj povezanosti pojedinca s članovima vlastite socijalne mreže, s vlastitim poslom i životnim ulogama. Treći korak važan za realizaciju suicida je pomak od promišljanja o suicidu, prema pokušaju suicida (Klonsky i May, 2016.). Za pokušaj suicida, ključan je kapacitet pojedinca za počinjenje suicida, a na koji utječu: 1. dispozicijski, 2. stečeni i 3. praktični faktori (Klonsky i May, 2016.). Kao jednog od dispozicijskih faktora Young i sur. (2012., prema Klonsky i May, 2016.) navode osjetljivost na bol. Isto tako, Czajkowski i sur. (2011., prema Klonsky i May, 2016.) kao dispozicijski faktor navode strah od krvi. Odnosno, pojedinac koji ima veću toleranciju na bol, lakše će pokušati počiniti suicid (Klonsky i May, 2016.). Nadalje, pod stečene faktore moguće je ubrojiti prethodna iskustva pojedinca koja su uključivala strah, bol ili pak smrt. U skladu s tim faktorima, Klonsky i May (2016.) pojašnjavaju kako će osoba koja je imala više iskustava koja su uključivala primjerice bol, moguće lakše pokušati počiniti suicid. Konačno, praktičnim faktorima koji utječu na kapacitet pojedinca za pokušaj počinjenja suicida smatraju se: 1.

znanje pojedinca o suicidalnim temama te 2. lakši pristup pojedinca suicidalnim sredstvima (Klonsky i May, 2016.).

Nadalje, mnogo je rizičnih faktora za razvoj suicidalnog ponašanja kod pojedinca. Kao neke od faktora Roy (1982., prema Roy, 2011.) napominje: 1. obiteljske, 2. genetske te 3. faktore vezane uz osobnost pojedinca. Nadalje, Roy (2011.) rezultatima vlastitog istraživanja ukazuje kako je moguće kao rizične faktore za razvoj suicidalnog ponašanja shvatiti i ženski spol te postojanje povijesti suicidalnog ponašanja u obitelji. Isto tako, Folnegović Šmalc i sur. (1991., prema Novak i Bašić, 2008.) kao jedan od rizičnih faktora za suicidalnost kod djece navode i teškoće i probleme u obrazovnom procesu i školskom okruženju.

Kada je riječ o odnosu između doživljene traumatizacije u djetinjstvu i suicidalnog ponašanja pojedinca, doživljena traumatizacija u djetinjstvu isto je tako jedan od rizičnih faktora za počinjenje suicida. Karam i sur. (2014., prema Dye, 2018.) navode kako se suicidalno ponašanje može javiti kod pojedinca nakon izloženosti složenoj traumi. Isto tako, Brodsky i Stanley (2008.) kao rizične faktore za suicidalno ponašanje u djetinjstvu i adolescenciji navode: 1. roditeljsko zanemarivanje, te 2. iskustva fizičkog i seksualnog nasilja u djetinjstvu. Nadalje, McCauley i sur. (1997., prema Heim i Nemeroff 2001.) navode kako su rezultati istraživanja provedenog među odraslim ženama ukazali na to da su žene koje su u djetinjstvu bile žrtve fizičkog ili seksualnog nasilja češće bile suicidalne. Kada je riječ o seksualnom zlostavljanju, Feiring i Taska (2005., prema Brodsky i Stanley, 2008.) navode kako ono može biti povezano sa suicidalnošću upravo zato što je popraćeno osjećajem srama. Također, Barker-Collo (2001., prema Brodsky i Stanley, 2008.) navodi kako je osjećaj krivnje sa kojim se često suočavaju žrtve seksualnog zlostavljanja, povezan sa njihovim suicidalnim ponašanjem. Nadalje, Santa Mina i Gallop (1998., prema Brezo i sur., 2008.) navode kako su seksualno, te u nešto manjoj mjeri fizičko zlostavljanje u djetinjstvu povezani sa suicidalnošću. Konačno, Roy (2011.) napominje rezultate vlastitog istraživanja u sklopu kojeg su sudionici koji su pokušali počiniti suicid, imali i veće rezultate u upitniku kojim se ispitivao doživljaj traumatskih događaja u djetinjstvu.

### *5.5. Traumatizacija u djetinjstvu i anksiozni poremećaji*

Često se u svakodnevnom životu izjednačavaju pojmovi straha i anksioznosti iako nije riječ o istoznačnicama. Begić (2016., prema Poljak i Begić, 2016.) pojašnjava kako je temeljna razlika između straha i anksioznosti ta što je kod straha objekt kojeg se pojedinac plaši poznat, dok ukoliko je riječ o anksioznosti objekt plašenja nije poznat. Anksiozni simptomi mogu biti sagledani i kao faktori koji djeluju motivacijski, pripremaju pojedinca na akciju i čuvaju ga od opasnosti (Novak i Bašić, 2008.). No, kao i kod drugih u radu spomenutih simptoma, Borišević-Maršanić (2013., prema Poljak i Begić, 2016.) objašnjavaju kako do razvoja anksioznog poremećaja dolazi ukoliko su simptomi anksioznosti toliko izraženi da otežavaju svakodnevno funkcioniranje pojedinca. Anksiozni poremećaji spadaju pod najčešće dijagnosticirane poremećaje mentalnog zdravlja (Bonevski i Naumovska, 2018.).

U anksiozne poremećaje ubrajaju se: 1. generalizirani anksiozni poremećaj, 2. panični poremećaj, 3. separacijska anksioznost, 4. socijalni anksiozni poremećaj to jest socijalna fobija i 5. druge specifične fobije (Američka psihijatrijska udruga, 2023.). Poljak i Begić (2016.) također napominju kako i selektivni mutizam i opsesivno-kompulzivni poremećaj spadaju pod anksiozne poremećaje.

#### *5.5.1. Generalizirani anksiozni poremećaj i separacijska anksioznost*

Poljak i Begić (2016.) navode kako je generalizirani anksiozni poremećaj obilježen anksioznošću u različitim, ne točno određenim situacijama. U istraživanju kojeg su proveli Safren i sur. (2002.) 31% sudionika kojima je bio dijagnosticiran generalizirani anksiozni poremećaj, imalo je iskustvo seksualnog ili tjelesnog zlostavljanja u djetinjstvu. Kada je riječ o doživljenim traumatskim događajima i razvoju generaliziranog anksioznog poremećaja kod pojedinca, Torgersen (1986., prema Roemer i sur., 1997.) navodi kako su pojedinci kojima je dijagnosticiran generalizirani anksiozni poremećaj, češće nego pojedinci kojima je dijagnosticiran panični poremećaj, iskazivali smrt roditelja prije 16. godine. Također, Blazer i sur. (1987., prema Roemer i sur., 1997.) navode kako je



generalizirani anksiozni poremećaj češći među pojedincima koji su doživjeli bar jedan jako stresan životni događaj. Nadalje, u istraživanju koje su proveli Roemer i sur. (1997.) sudjelovalo je 137 studenata koji su zadovoljavali kriterije za dijagnosticiranje generaliziranog anksioznog poremećaja te 120 studenata koji nisu zadovoljavali kriterije za anksiozne poremećaje. Rezultati istraživanja ukazali su na to kako su studenti koji su zadovoljavali kriterije za dijagnosticiranje generaliziranog anksioznog poremećaja doživjeli više događaja koji su na njih mogli djelovati traumatizirajuće u odnosu na studente koji nisu zadovoljavali kriterije za dijagnosticiranje anksioznih poremećaja (Roemer i sur., 1997.).

Separacijska anksioznost, kako navode Poljak i Begić (2016.) je ona koja se javlja uslijed odvajanja djeteta od osobe za koju je vezano, to jest s kojom je razvilo odnos privrženosti. Hoven i sur. (2004.) govore kako se javljanje separacijske anksioznosti nakon osobnog proživljavanja ili svjedočenja traumatskom događaju može objasniti time što traumatski događaj predstavlja prijetnju pri kojoj pojedinac ima potrebu za pomoći i zaštitom druge osobe.

Nekoliko se radova bavilo temom povezanosti doživljenog traumatskog događaja i pojave separacijske anksioznosti. Istraživanjem kojeg su proveli Olmez i sur. (2022.), a u kojem je sudjelovalo 369 studenata, utvrđeno je postojanje separacijske anksioznosti iz djetinjstva kod njih 55, odnosno 15%, te je utvrđeno postojanje pozitivne povezanosti između doživljenog traumatskog iskustva, posebice seksualnog zlostavljanja i separacijske anksioznosti studenata u djetinjstvu. Nadalje, Dollinger (1985.) u svome radu govori o pojavi separacijske anksioznosti kod dva dječaka koja su svjedočila udaru munje i pogibelji jednog dječaka uoči istog. Separacijska anksioznost se kod jednog od dječaka manifestirala, kako navodi Dollinger (1985.) kroz to što je stalno htio biti u blizini roditelja, dok drugi dječak nije htio spavati sam. Nadalje, Hoven i sur. (2004.) proveli su istraživanje među djecom i adolescentima u dobi od 9. do 21. godine, 6 mjeseci nakon napada na Svjetski trgovački centar, a rezultati su ukazali da su mlađa djeca i djevojke bili u većem riziku za razvoj separacijske anksioznosti, te da su u većem riziku za razvoj

separacijske anksioznosti bila djeca koja su nakon napada izlagana medijskom sadržaju vezanom uz napad. Konačno, Hoven i sur. (2004.) prema rezultatima svog istraživanja zaključuju kako blizina škole ili mjesta gdje je dijete boravilo za vrijeme napada i samog mjesta napada nije predstavljala rizik za razvoj separacijske anksioznosti, kao što rizični faktor za razvoj separacijske anksioznosti nije predstavljalo ni to jesu li roditelji djece bili pogođeni napadom. No, poznavanje neke druge osobe koja je pogođena napadom ili činjenica da je napadom pogođen neki drugi član obitelji, dovelo je kod djece do većeg broja simptoma separacijske anksioznosti (Hoven i sur., 2004.). Hoven i sur. (2004.) ove rezultate pojašnjavaju manjim brojem djece čiji su roditelji bili pogođeni napadom, u odnosu na broj djece čiji su drugi članovi obitelji ili poznanici bili pogođeni napadom.

#### *5.5.2. Socijalni anksiozni poremećaj i panični poremećaj*

Hope i Heimberg (1993., prema Marteinsdottir i sur., 2003.) pojašnjavaju kako je socijalni anksiozni poremećaj ili socijalna fobija, okarakterizirana strahom pojedinca da će se osramotiti prilikom javnog izlaganja ili u nekoj sličnoj interaktivnoj situaciji. Odnosno Poljak i Begić (2016.) pojašnjavaju kako osoba strahuje da će u takvim javnim situacijama biti kritizirana, promatrana i procjenjivana. S druge strane, panični poremećaj kako navode Poljak i Begić (2016.) okarakteriziran je kratkotrajnim napadima panike i strahom od njihova ponavljanja, uz često izražene tjelesne simptome.

Eventualna povezanost doživljene traumatizacije u djetinjstvu i razvoja socijalnog anksioznog ili paničnog poremećaja kod pojedinaca u nekolicini je radova ispitana kroz istraživanja provedena među odraslima sa dijagnosticiranim poremećajima. Tako primjerice, u istraživanju kojeg su proveli Lochner i sur. (2010.) sudjelovao je 131 sudionik (njih 83 iz Švedske i 48 iz Južne Afrike) kojem je dijagnosticiran socijalni anksiozni poremećaj ili panični poremećaj. Istraživanje upućuje na to da su veće stope emocionalnog zlostavljanja u djetinjstvu iskazali pacijenti kojima je dijagnosticiran socijalni anksiozni poremećaj u odnosu na one kojima je dijagnosticiran panični poremećaj (Lochner i sur., 2010.).

Nadalje, u istraživanju kojeg su proveli Bandelow i sur. (2004.) sudjelovalo je 82 sudionika kojima je dijagnosticiran socijalni anksiozni poremećaj, prosječne dobi 39,9 godina. Iz rezultata istraživanja uočljivo je kako su sudionici kojima je dijagnosticiran socijalni anksiozni poremećaj, u odnosu na sudionike iz kontrolne skupine, iskazali veću stopu hospitalizacija majki i odsutstva oca tijekom djetinjstva, veću stopu odrastanja uz druge članove obitelji te veću stopu genitalnog seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu, veću stopu nasilja u obitelji i češće i jače roditeljsko kažnjavanje u odnosu na sudionike iz kontrolne skupine (Bandelow i sur., 2004.). Isto tako, Bandelow i sur. (2002.) proveli su istraživanje u kojem je sudjelovalo 115 sudionika kojima je dijagnosticiran panični poremećaj. Prema rezultatima je vidljivo kako su sudionici kojima je dijagnosticiran panični poremećaj iskazali u većem broju smrt oca u djetinjstvu, kao i odsutstvo oca tijekom djetinjstva, također, sudionici kojima je dijagnosticiran panični poremećaj češće su iskazivali kako su ih odgajali bake i djedovi ili drugi članovi obitelji, zatim sudionici sa dijagnosticiranim paničnim poremećajem iskazali su i da su češće obolijevali i to na dulji period tijekom djetinjstva, iskazali su i učestalije nasilje u obitelji, teže roditeljsko kažnjavanje kao i veću stopu nezaposlenosti oca i veću stopu seksualnog zlostavljanja i narušavanja privatnosti (Bandelow i sur., 2002.).

### *5.5.3. Opsesivno kompulzivni poremećaj i specifične fobije*

Kada je riječ o opsesivno-kompulzivnom poremećaju, kao što i samo ime poremećaja govori, glavne odrednice opsesivno-kompulzivnog poremećaja su opsesije i kompulzije. Carpenter i Chung (2011.) pojašnjavaju kako su opsesije spontane, neugodne, nametljive, teško kontrolabilne misli, dok su kompulzije ponavljajuće radnje koje pojedinac izvršava kako bi smanjio osjećaje stresa, straha i anksioznosti uzrokovane opsesivnim mislima. Opsesije se često čine nelogičnima, a misli postaju opsesivne kada pojedinac za njih preuzme osobnu odgovornost i smatra se odgovornim za to hoće li se nešto dogoditi ili neće (Dykshoorn, 2014.). Nadalje, iste su ponajviše vezane uz: 1. strah od zaraze, 2. osjećaj odgovornosti za nanošenje štete sebi ili drugima te 3. potrebu za čistoćom i urednošću (Craighead i sur., 2013., prema Dykshoorn, 2014.).

Kada se propituje veza između doživljenih traumatskih iskustava i razvoja opsesivno-kompulzivnog poremećaja kod pojedinca, Barzaly i sur. (2019.) navodi kako se kod 50% do 70% ljudi razviju simptomi opsesivno-kompulzivnog poremećaja nakon doživljenog traumatskog događaja. Lochner i sur. (2012., prema Kroska, 2019.) također navode kako su pojedinci kojima je dijagnosticiran opsesivno-kompulzivni poremećaj, u usporedbi s onima kojima isti nije dijagnosticiran, doživjeli više traumatskih iskustava u djetinjstvu. Nadalje, rezultati istraživanja Barzaly i sur. (2019.) provedenog među djecom i mladima, ukazali su na to kako su simptomi opsesivno-kompulzivnog poremećaja prisutni među mladima koji su doživjeli traumatska iskustva i to posebice kod djevojčica koje još nisu ušle u pubertet te među žrtvama seksualnih napada. Konačno, Mathews i sur. (2008.) svojim su istraživanjem došli do zaključka kako je emocionalno i tjelesno zlostavljanje te tjelesno zanemarivanje koje su studenti i studentice doživjeli tijekom djetinjstva, imalo blagu, ali statistički značajnu povezanost sa pojavom simptoma opsesivno-kompulzivnog poremećaja.

Poljak i Begić (2016.) definiraju specifične fobije kao strah od određenog objekta ili situacije. Kada je riječ o razvoju fobije nakon traumatskog događaja, Rado (1948., prema Wolbert Burgess i Lytle Holmstrom, 1974.) objašnjava kako je moguće da pojedinac na traumatski događaj reagira fobičnim strahom. U istraživanju kojeg su provele Wolbert Burgess i Lytle Holmstrom (1974.) sudjelovale su žene u dobi od 17 do 73 godine koje su bile žrtve silovanja. Rezultati istraživanja ukazuju na pojavu nekoliko fobija kod žrtava nakon traumatskog događaja. Žene koje su bile silovane unutar svog doma, razvile su fobiju od zatvorenih prostora, žene koje su bile silovane u javnosti, plašile su se otvorenih prostora, a žene koje su bile napadnute s leđa razvile su fobiju od toga da netko hoda iza njih (Wolbert Burgess i Lytle Holmstrom, 1974.). Također, gotovo sve žene razvile su fobiju od samoće, dok se kod većeg broja žena javila i fobija od velikih gužvi te od intimnosti s partnerom (Wolbert Burgess i Lytle Holmstrom, 1974.). Nadalje, rezultati istraživanja kojeg su proveli Pribor i Dinwiddie (1992.) ukazali su na češće pojavljivanje agorafobije i drugih specifičnih fobija kod žena koje su bile žrtve incesta u djetinjstvu, kao i češće specifične fobije kod žrtava protiv kojih je bila korištena fizička sila. Konačno,

u istraživanju kojeg su proveli Keppel-Benson i sur. (2002.) sudjelovalo je 50 djece u dobi od 7 do 16 godina koja su preživjela prometnu nesreću, ali su u istoj bila ozlijeđena bilo kao suvozači, biciklisti ili pješaci. Rezultati istraživanja ukazali su kako je 5 njih, odnosno 10% zadovoljavalo kriterije za dijagnosticiranje specifične fobije, od primjerice prelaženja ceste ili voženja na stražnjem sjedištu automobila (Keppel-Benson i sur., 2002.). Dvoje od spomenutih sudionika za vrijeme nesreće bili su u automobilu, dvoje se vozilo na biciklu, a jedan je sudionik pješačio (Keppel-Benson i sur. 2002.).

Iz do sada navedenog, moguće je zaključiti kako traumatska iskustva dovode do mnogih promjena u ponašanju i mišljenju pojedinaca koji su ih doživjeli te kako ista svakako jesu rizičan faktor za razvoj internaliziranih problema kod djece i mladih. Iz rezultata analiziranih istraživanja vidljivo je kako je iskustvo traumatizacije u djetinjstvu pozitivno povezano sa pojavom internaliziranih problema kod djece i mladih. Nadalje, iduće poglavlje rada posvećeno je tretmanu traumatskih iskustava, odnosno mogućim načinima rada s djecom i mladima koji su doživjeli traumatska iskustva u djetinjstvu. Po podpoglavljima, ovaj dio rada pružit će uvid u nekolicinu općih smjernica za rad s djecom i mladima koji su doživjeli traumatska iskustva, te će detaljnije biti pojašnjeni neki od oblika tretmana kao što su kognitivno-bihevioralna na traumu usmjerena terapija, desenzibilizacija i reprocessiranje pokretima očiju, terapija igrom i farmakološka terapija.

## **6. Tretman traumatskih iskustava**

Intenzitet traumatskog iskustva, postojanje prethodnog traumatskog iskustva, eventualno postojanje ozlijede uzrokovano traumatskim događajem te zdravstveno stanje pojedinca prije traumatskog iskustva neki su od faktora o kojima je važno voditi računa pri tretmanu traume (Dass-Brailsford, 2007.). Dass-Brailsford (2007.) također napominje kako se ne smiju zanemariti ni razina podrške koju pojedincu pružaju članovi socijalne mreže, izloženost podražajima koji podsjećaju na doživljen traumatski događaj te, ukoliko je riječ o traumatskom događaju kao što je zlostavljanje ili silovanje, povezanost žrtve s počiniteljem.

Kada je riječ o traumatizaciji djece ili mladih osoba, Pynoos i Nader (1990., prema Profaca i Arambašić, 2009.) navode kako u obzir treba uzeti, uz već spomenuto, primjerice i povijest traumatizacije, reakciju članova obitelji na traumatski događaj, te bliskost djeteta sa žrtvom traumatskog događaja ukoliko je dijete istome svjedočilo. Pri radu s djecom koja su proživjela traumatski događaj, važno je u obzir uzeti i razvojni stadij u kojem se dijete nalazilo u trenu kada se traumatski događaj odvio, kakvo je okruženje u kojem dijete boravi, kakav je socio-ekonomski status njegove obitelji te postoje li problemi fizičkog ili psihičkog zdravlja koji su se javili uslijed traumatskog događaja, a koje je potrebno tretirati (Američka akademija dječje i adolescentne psihijatrije, 2010., prema Landolt i Kenardy, 2015.). Terr (2013., prema Landolt i Kenardy, 2015.) navodi kako je u radu s djecom mlađe dobi pri proradi traumatskih iskustava važno posvetiti pozornost odnosu koji dijete ima s primarnim skrbnikom, te kako je važno razumijevanje emocija i misli djeteta, jednako kao i promjena ponašanja.

Nadalje, Buljan Flander (2016., prema Profaca, 2016.) navodi kako je važno provjeriti je li i u kolikoj mjeri samo djete spremno za razgovor te može li shvatiti smisao vođenja razgovora. Profaca (2016.) naglašava važnost postavljanja nesugestibilnih pitanja, objektivnosti stručnjaka te njegovih znanja o adekvatnom načinu stupanja u kontakt s djetetom. Cook i Newman, (2014., prema Profaca, 2016.) konačno navode važnost korištenja stručnih znanja u procesu rada, suradnje sa stručnjacima iz različitih područja te poštivanja etičkih načela. Landolt i Kenardy (2015.) govoreći o djeci koja su doživjela traumatski događaj napominju važnost postojanja adekvatnih stručnih službi i organiziranja adekvatnih intervencija u odgojno-obrazovnim ustanovama, a kako bi djeca mogla dobiti potrebnu podršku i biti uključena u društveni život i život zajednice. Važnost postojanja stručnih službi u sklopu odgojno-obrazovnih ustanova vidljiva je i u njihovoj ulozi pri prepoznavanju djece čije funkcioniranje nije uobičajeno te kojima bi moguće bila potrebna daljnja stručna pomoć (Landolt i Kenardy, 2015.).

Konačno, bilo da je riječ o djetetu ili odrasloj osobi koja je doživjela traumatski događaj, Cloitre (2015., prema Dye, 2018.) navodi kako je pri tretmanu traume važno u suradnji s korisnicima dogovoriti i jasno objasniti plan rada, te razgovarati otvoreno i ići u korak s korisnicima.

### *6.1. Kognitivno-bihevioralna terapija usmjerena na traumu*

Deblinger i sur. (2016.) navode kako je kognitivno-bihevioralna terapija usmjerena na traumu osmišljena s ciljem pomaganja mlađoj djeci, adolescentima i članovima njihovih obitelji kako bi se lakše suočili s posljedicama traumatskih iskustava. Ramirez de Arellano i sur. (2014.) navode kako je planirano trajanje kognitivno-bihevioralne terapije usmjerene na traumu od 12 do 16 susreta, ovisno o potrebama i mogućnostima djece i njihovih skrbnika.

Cohen i sur. (2016.) navode kako je proces kognitivno-bihevioralne terapije usmjerene na traumu moguće podijeliti na tri faze: 1. usvajanje vještina stabilizacije, 2. stvaranje kratke priče o traumatskom iskustvu i procesiranje, te 3. integracija.

Kao jednog od elemenata kognitivno-bihevioralne terapije Ramirez de Arellano i sur. (2014.) napominju psihoedukaciju. Psihoedukacija podrazumijeva usvajanje osnovnih znanja o traumatskim događajima i reakcijama na iste. Idući element kognitivno-bihevioralne terapije usmjerene na traumu je kako navode Ramirez de Arellano i sur. (2014.) usvajanje vještina suočavanja, a koje mogu uključivati tehnike relaksacije ili primjerice uvježbavanje prepoznavanja emocija. Cohen i sur. (2016.) navode kako je primarna svrha tehnika relaksacije umirivanje fizioloških reakcija na traumatski događaj, odnosno podražaje koji na njega podsjećaju. Deblinger i sur. (2016.) govoreći o tehnikama relaksacije u sklopu grupne kognitivno-bihevioralne na traumu usmjerene terapije navode da je, kao i kod individualne terapije, jedna od primarnih tehnika relaksacije koja se usvaja, tehnika pravilnog disanja.

Kao idući korak u procesu kognitivno-bihevioralne terapije usmjerene na traumu, Cohen i sur. (2016.) napominju kognitivno procesiranje misli i osjećaja vezanih uz traumatski događaj. Naime, Cohen i sur. (2000.) napominju kako se u nastojanju boljeg razumijevanja traumatskog događaja kod djece često razvijaju kognitivne distorzije. Kognitivne distorzije često uključuju: 1. samookrivljavanje za traumatski događaj, 2. žalovanje za time što su oni preživjeli, a netko drugi preminuo, te 3. percipiranje svijeta kao nesigurnog i opasnog (Janoff-Bulman, 1992., prema Cohen i sur., 2000). Svrha kognitivnog procesiranja je u uviđanju na koji su način misli i osjećaji povezani sa ponašanjem, te u zamijeni spomenutih kognitivnih distorzija učinkovitijim i pozitivnijim mislima (Cohen i sur., 2000).

Idući važan korak u procesu kognitivno-bihevioralne terapije usmjerene na traumu je stvaranje kratke priče o traumatskom događaju, kako bi se lakše razumio utjecaj traumatskog događaja na dijete i kako ga je ono doživjelo (Cohen i sur., 2016.). Deblinger i sur. (2016.) navode kako se u radu s djecom, kratka priča o traumatskom događaju može stvoriti korištenjem kreativnih tehnika kao što su crtanje ili pisanje pjesama. Nakon stvaranja kratke priče o traumatskom događaju, slijedi izlaganje podražajima koji podsjećaju na traumatski događaj. Cohen i sur. (2000.) pojašnjavaju kako uz pomoć izlaganja podražajima vezanim uz traumatski događaj, navedeni podražaji kod pojedinaca s vremenom ne dovode do tolike emocionalne pobuđenosti. Izlaganje može biti zamišljeno, kroz koje dijete zamišlja određene elemente traumatskog događaja te pojašnjava kako se zbog istih osjećaja (Cohen i sur., 2000.). Isto tako, izlaganje može biti i više opipljivo, poput izlaganja pojedinca određenim mjestima ili ljudima povezanim s traumatskim događajem (Ramirez de Arellano i sur., 2014.). Kroz izlaganja se, kako navode Cohen i sur. (2016.) može prepoznati i spriječiti pojava generaliziranog straha i u ostalim situacijama tijekom života, kao i nastojanje izbjegavanja podsjetnika na traumatski događaj.

Nakon toga, u procesu kognitivno-bihevioralne terapije usmjerne na traumu organiziraju se zajednički susreti na kojima sudjeluju i djeca i roditelji, odnosno skrbnici. Cohen i sur.



(2016.) u tom kontekstu napominju važnost rada s roditeljima odnosno skrbnicima koji će biti uključeni u tretman u smislu njihova pripremanja za pružanje adekvatne podrške djetetu prilikom razgovora o traumatskom događaju. Cohen i sur. (2016.) rad s roditeljima i skrbnicima, odnosno pomoć roditeljima ili skrbnicima pri usvajanju vještina i boljem razumijevanju djetetovih reakcija na traumatski događaj, svrstavaju u jedne od početnih koraka kognitivno-bihevioralne terapije usmjerene na traumu, zajedno uz već spomenutu psihoedukaciju o samim traumatskim događajima i njihovim posljedicama. Konačno, pri završetku kognitivno-bihevioralne terapije usmjerene na traumu, naglasak je na poboljšanju uvjeta za daljnji razvoj djeteta, njegov osjećaj sigurnosti i razgovor o temama kao što su traumatski ili drugi visoko stresni životni događaji (Cohen i sur., 2016.).

### *6.2. Desenzibilizacija i reprocesiranje pokretima očiju*

Desenzibilizacija i reprocesiranje pokretima očiju, još je jedna metoda rada s pojedincima koji su doživjeli traumatska iskustva. Spomenutu metodu razvila je Francine Shapiro početkom 1990-ih godina (Solomon i Heide, 2005.). Shapiro (1989., prema Dye, 2018.) napominje kako se desenzibilizacija i reprocesiranje pokretima očiju temelji na desenzibilizaciji na traumatsko iskustvo kroz bilateralnu stimulaciju i zamišljeno izlaganje traumatskom događaju. Prilikom desenzibilizacije i reprocesiranja pokretima očiju pojedinac zamišlja sliku koja za njega predstavlja najgori element proživljenog traumatskog iskustva te promišlja o negativnim uvjerenjima o samome sebi koja proizlaze iz tog elementa (Solomon i Heide, 2005.). Tada se, kako navode Solomon i Heide (2005.) pojedinca zamoli da prati vanjske podražaje, primjerice pokrete terapeutovih prstiju pred očima u trajanju od 20 do 50 sekundi, a nakon čega se s pojedincem komentira je li se i na koji način promijenilo njegovo viđenje samog traumatskog događaja, ali i vlastite uloge u istome. Dakle, kako ističe Shapiro (1989., prema Dye, 2018.) prilikom desenzibilizacije i reprocesiranja pokretima očiju kroz pokrete očiju, osjet ili zvukove aktiviraju se obje hemisfere mozga. Tinker i Wilson (1999., prema Landolt i Kenardy, 2015.) navode kako, kada se desenzibilizacija i reprocesiranje pokretima očiju provodi s djecom, ona se provodi bez prisutnosti roditelja, ali oni bivaju upoznati sa cijelim procesom.

### *6.3. Terapija igrom*

Cattanach (2008.) navodi kako je igra za djecu izrazito bitna jer upravo kroz igru djeca stvaraju svoju viziju svijeta koji ih okružuje i vlastite uloge u istome. Slade i Warne (2016.) navode kako je terapija igrom u većini slučajeva duljeg trajanja, odvijajući se u oko 30 susreta. Nadalje, Scott i sur. (2003., prema Slade i Warne, 2016.) navode kako se terapija igrom najčešće koristi pri radu s djecom u dobi od 3 do 12 godina.

Slade i Warne (2016.) kao tri glavne faze terapije igrom navode: 1. fazu izgradnje odnosa između djeteta i stručnjaka, 2. fazu prorade traumatskog iskustva te 3. završnu fazu. Nash i Schaefer (2011., prema Slade i Warne, 2016.) navode kako se prva faza pri kojoj je naglasak na izgradnji odnosa između stručnjaka i djeteta ogleda u upoznavanju s djetetom i njegovim iskustvima te na upoznavanju djeteta s okolinom u kojoj će se terapija provoditi, kao i s temeljnim odrednicama terapije ukoliko je to prikladno s obzirom na dob djeteta. Tijekom druge faze, faze prorade traumatskog iskustva, analiziraju se teme pojedinih igara i na taj se način dobiva uvid u djetetove misli i emocije (Nash i Schaefer, 2011., prema Slade i Warne, 2016.). Konačno, u završnoj fazi naglasak je na osiguravanju daljnjeg napretka i oporavka djeteta u obiteljskom okruženju kroz stvaranje adekvatnih uvjeta za rad s djetetom u obitelji i upoznavanje roditelja s do sada postignutim promjenama (Nash i Schaefer, 2011., prema Slade i Warne, 2016.).

Važnost terapije igrom naglašava i Terr (1979., prema Ogawa, 2004.) navodeći kako djeca koja su doživjela traumatske događaje, mogu iste prorađivati kroz razgovor ili igru. Ogawa (2004.) pojašnjava kako se kroz igru, djeca mogu osloboditi osjećaja krivnje s kojim se mogu suočavati nakon traumatskog događaja te u igri mogu zamisliti poduzimanje određenih koraka kojima bi prevenirali pojavljivanje traumatskog događaja. Upravo kroz maštu koja im omogućuje drugačije odigravanje traumatskog događaja i vlastite uloge u istome, djeca mogu povratiti osjećaj kontrole kroz terapiju igrom (Ogawa, 2004.). Nadalje, s obzirom da dijete usljed doživljenog traumatskog događaja gubi osjećaj sigurnosti i kontrole, jedna od glavnih težnji stručnjaka pri provođenju terapije igrom treba

biti upravo ta da pruži djetetu osjećaj sigurnosti (Ogawa, 2004.). Kako bi se dijete osjećalo sigurno, važno je da: 1. sam stručnjak ima povjerenja u samoga sebe, 2. vjeruje u sposobnosti djeteta, te da 3. djetetu pruži konstantnu podršku i da s njim izgradi odnos povjerenja (Ogawa, 2004.). Ronen (2002., prema Ogawa, 2004.) navodi kako u velikom broju slučajeva djeca oklijevaju pri izražavanju vlastitih misli i osjećaja vezanih uz traumatski događaj kako ne bi time roditeljima otežali nošenje sa samim događajem, dok se u odsutstvu roditelja djeci lakše izraziti. Tako i stručnjak koji provodi s djecom terapiju igrom, za djecu predstavlja treću, objektivnu osobu pred kojom mogu otvoreno iskazati emocije jer ona nije direktno uključena u događaj (Ogawa, 2004.). Isto tako, tijekom igre, djeca se služe raznim simbolima koji im omogućuju da se izraze, a bez direktnog verbaliziranja.

Ogawa (2004.) napominje razliku između strukturirane terapije igrom te terapije igrom koja nije strukturirana i pruža veću slobodu djetetu. Tako primjerice, u vođenoj terapiji igrom stručnjak može ponuditi djetetu igračke koje ga mogu asociirati na traumatski događaj te time poticati prorađivanje traumatskog iskustva ili može pokušati rekreirati traumatski događaj i zamoliti dijete da kaže kako se uoči toga osjeća (Ogawa, 2004.). Prilikom ne-strukturirane terapije igrom naglasak je na tome da dijete samo odlučuje koje će igračke i simbole koristiti te da mu se dopusti da se samostalno izražava i nauči nositi sa vlastitim emocijama. Cattanach (2008.) navodi kako tijekom ne-strukturirane to jest ne-vođene terapije igrom, dijete biva prihvaćeno i ne pokušava se ubrzavati proces promjene i oporavka. Pritom je izuzetno važno da se dijete osjeća sigurno i da razvije kvalitetan odnos sa stručnjakom.

#### *6.4. Farmakološka terapija*

Landolt i Kenardy (2015.) kao jedan od načina tretmana traumatskih iskustava navode farmakološku terapiju, čija je glavna svrha djelovanje na simptome kao što su iritabilnost, teškoće koncentracije ili teškoće spavanja. Prije uporabe farmakološke terapije važno je pojedince koji su proživjeli traumatski događaj, odnosno djecu i njihove roditelje upoznati sa svrhom uporabe lijekova i njihovim mogućim nuspojavama te pribaviti informirani

pristanak. Iako se farmakološka terapija u radu s osobama koje su doživjela traumatska iskustva najčešće koristiti na početku, a po stabilizaciji simptoma i uz psihoterapiju, Landolt i Kenardy (2015.) navode kako se ista može koristiti i u situacijama kada dijete zbog intenziteta simptoma nije u mogućnosti sudjelovati na psihoterapiji ili mu pak ista nije dostupna.

## **7. Zaključak**

Traumatski događaji su visoko stresni životni događaji koji uključuju prijetnju životu, ozbiljno ozlijeđivanje ili različite oblike nasilja. Nakon doživljenog traumatskog događaja, svaki pojedinac, pa tako i djeca i mladi vrlo često imaju osjećaj gubitka kontrole i povjerenja u svijet i ljude koji ih okružuju. S obzirom da se internalizirani problemi odnose na probleme koji su obilježeni nastojanjem održavanja kontrole te su usmjereni prema samome pojedincu, traumatski događaji svakako mogu biti smatrani rizičnim faktorom za razvoj internaliziranih problema kod djece i mladih. Upravo nastojanje održavanja kontrole uslijed doživljenih traumatskih događaja, jedan je od faktora razvoja nekih obrazaca ponašanja karakterističnih za internalizirane probleme.

Pregledom istraživanja kojima se ispitala povezanost između doživljenog traumatskog iskustva u djetinjstvu i razvoja internaliziranih problema kod djece i mladih, uočljivo je kako je doživljena traumatizacija u djetinjstvu pozitivno povezana s pojavom internaliziranih problema kod djece i mladih. Pri analiziranju i provođenju takvih istraživanja, važno je u obzir uzeti kvalitetu uzorka te dokazanost samog traumatskog iskustva. Nadalje, ova tema je izuzetno važna iz razloga što problemi nastali u djetinjstvu utječu na daljnje funkcioniranje djece i mladih i nastavljaju se u odrasloj dobi.

Konačno, kada je riječ o tretmanskome radu s osobama koje su doživjele traumatska iskustva, važno je imati na umu razvojni stadij u kojem se dijete koje je uključeno u tretman nalazi. Nadalje, važno je pristupati objektivno i poštivati spremnost pojedinca na promjenu. Važna komponenta terapije je razumijevanje utjecaja doživljenog traumatskog

događaja na ponašanje i mišljenje pojedinca. Jedan od ciljeva svakako je i utjecanje na disfunkcionalne misli o osobnoj krivici ili odgovornosti za traumatski događaj, kao i ublažavanje emocionalnih i fizioloških reakcija na podražaj vezan uz traumatski događaj. U radu s djecom i mladima učinkovita je i terapija igrom, kojom se djecu kroz igru i različite kreativne tehnike potiče na prorađu traumatskih iskustava.

## 8. Popis literature

1. Ajduković, M., Rajhvajn Bulat, L. i Sušac, N. (2017). The internalising and externalising problems of adolescents in Croatia: Socio-demographic and family victimisation factors. *International Journal of Social Welfare*, 27(1), 88-100.
2. Ajduković, M., Rimac, I., Rajter, M. i Sušac, N. (2012). Epidemiološko istraživanje prevalencije i incidencije nasilja nad djecom u obitelji u Hrvatskoj. *Ljetopis socijalnog rada*, 19(3), 367-412.
3. Američka psihijatrijska udruga (2013). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje* (5. izdanje). Američka psihijatrijska udruga: Arlington, VA.
4. Američka psihijatrijska udruga (2023). *What are anxiety disorders*. Posjećeno 03.06.2023. na mrežnoj stranici Američke psihijatrijske udruge: <https://www.psychiatry.org/Patients-Families/Anxiety-Disorders/What-are-Anxiety-Disorders>
5. Armour, C., Mullerova, J., Fletcher, S., Lagodn, S., Burns, C.R., Robinson, M. i Robinson J. (2016). Assessing Childhood Maltreatment and Mental Health Correlates of disordered eating profiles in a nationally representative sample of english females. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(3), 383-393.
6. Bandelow, B., Spath, C., Alvarez Tichauer, G., Broocks, A., Hajak, G. i Ruther, E. (2002). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 269-278.
7. Bandelow, A., Torrente Charimo, A., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G. i Ruther, E. (2004). Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental

- disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254(6), 397-405.
8. Barzaly, R., Patrick, A., Calkins, M.E., Moore, T.M., Gur, R.C. i Gur, R.E. (2019). Association between early-life trauma and obsessive compulsive symptoms in community youth. *Depression and Anxiety*, 36(7), 586-595.
  9. Berber Celik, C. i Odaci, H. (2019). Does child abuse have an impact on self-esteem, depression, anxiety and stress conditions of individuals?. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(2), 171-178.
  10. Bonevski, D. i Naumovska, A. (2018). Trauma and anxiety disorders throughout lifespan: fear and anxiety from normality to disorder. *Psychiatria Danubina*, 30(6), 384-389.
  11. Boullier, M. i Blair, M. (2018). Adverse Childhood Experiences. *Pediatrics and Child Health*, 28(3), 132-137.
  12. Brezo, J., Paris, J., Vitaro, F., Hebert, M., Tremblay, R.E. i Turecki, G. (2008). Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *The British Journal of Psychiatry*, 193(2), 1-6.
  13. Brodsky, B.S. i Stanley, B. (2008). Adverse childhood experiences and suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 223-235.
  14. Brustenghi, F., Fiore Mezzeteri, F. A., Di Sarno, C., Giulietti, C., Moretti, P., Tortorella, A. (2019). Eating Disorders: the Role of Childhood Trauma and the Emotion Dysregulation. *Psychiatria Danubina*, 31(3), 509-511.
  15. Carpenter, L. i Chung, M. C. (2011). Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: the roles of alexithymia and attachment. *Psychology and Psychotherapy*, 84(4), 367-380.
  16. Cattanach, A. (2008). *Play Therapy with Abused Children*. London: Jessica Kingsley Publishers.
  17. Centar za kontrolu i prevenciju bolesti (2022.) *Adverse Childhood Experiences – Fast facts: Preventing Adverse Childhood Experiences*. Posjećeno 20.06.2023. na mrežnoj stranici Centra za kontrolu i prevenciju bolesti: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/fastfact.html>

18. Centar za kontrolu i prevenciju bolesti (2023). *Facts About Suicide: Disparities in Suicide*. Posjećeno 20.06.2023. na mrežnoj stranici Centra za kontrolu i prevenciju bolesti <https://www.cdc.gov/suicide/facts/disparities-in-suicide.html>
19. Chang, J.J., Ji, Y., Li, Y., Yuan, M. i Su, P. (2021). Childhood trauma and depression in college students: Mediating and moderating effects of psychological resilience. *Asian Journal of Psychiatry*, 65, <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102824>
20. Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Berliner, L. i Deblinger, E. (2000). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents: An Empirical Update. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(11), 1202-1223.
21. Cohen, J.A., Deblinger, E. i Mannarino, A.P. (2016). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and families. *Psychotherapy Research*, doi: <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1208375>
22. Crnković, M. i Miljević-Riđički, R. (2020). Exploring relations between resilience, trauma and depression in children. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 56(2), 45-60.
23. Dass-Brailsford, P. (2007). *A Practical Approach to Trauma: Empowering Interventions*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
24. Dayan, J., Creveuil, C. i Bapt-Cazalets, N. (2022). Enuresis and encopresis: Association with child abuse and neglect. *Encephale*, 48(1), 30-33.
25. Deblinger, E., Pollio, E. i Dorsey, S. (2016). Applying Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy in Group Format. *Child Maltreatment*, 21(1), 59-73.
26. Dollinger, S.J. (1985). Lightning-strike disaster among children. *British Journal of Medical Psychology*, 58(4), 375-383.
27. Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behaviour in the Social Environment*, 28(3), 381-392.
28. Dykshoorn, K.L. (2014). Trauma-related obsessive-compulsive disorder: a review. *Health Psychology and Behavioral Medicine: An Open Access Journal*, 2(1), 517-528.
29. Edwards, D. (2018). Childhood Sexual Abuse and Brain Development: A Discussion of Associated Structural Changes and Negative Psychological Outcomes. *Child Abuse Review*, 27(3), 198-208.

30. Eidlitz-Markus, T., Shuper, A. i Amir, J. (2000). Secondary enuresis: Post-traumatic stress disorder in children after car accidents. *The Israel Medical Association Journal*, 2(2), 135-137.
31. El-Azzab, S.E.I., Gaber Behilak, E.S. i Ahmed, A.T. (2023). Early childhood Psycho-trauma and Psychological Immunity among Children with Nocturnal Enuresis. *Egyptian Journal of Helath Care*, 14(1), 1-13.
32. Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. i Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
33. Glaser, D. (2000). Child Abuse and Neglect and the Brain – A Review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 41(1), 97-116.
34. Groth, T., Hilsenroth, M., Boccio, D. i Gold, J. (2019). Relationship between Trauma History and Eating Disorders in Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 13(4), 443-453.
35. Harrington, R. (1995). Depressive disorder in adolescence. *Archives of Disease in Childhood*, 72(3), 193-195.
36. Heim, C. i Nemeroff, C. B. (2011). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*. 49(12), 1023-1039.
37. Hoven, W.C., Duarte, C.S. i Wu, P. (2004). Exposition to Trauma and Separation Anxiety in Children after the WTC attack. *Applied Developmental Science*, 8(4), 172-183.
38. Hunter, R.S., Kilstorm, N. i Loda, F. (1985). Sexually abused children: Identifying masked presentations in a medical setting. *Child abuse & Neglect*, 9(1), 17-25.
39. Kamal, N.N. i Mahrous, D.M. (2018). The Epidemiology and Factors Associated with Nocturnal Enuresis among Primary School Children in Minia City, Egypt. *The Egyptian Journal of Community Medicine*, 37(1), 1-9.



40. Keppel-Benson, J.M., Ollendick, T.H. i Benson, M.J. (2002). Post-traumatic stress in children following motor vehicle accidents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(2), 203-212.
41. Klonsky, E.D. i May, A.M. (2015). The Three-Step theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the 'Ideation-to-Action' Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129.
42. Kosić, R., Vrančić, L. i Čačić, L. (2022). Posljedice ranog traumatskog iskustva. *Medicina*, 58(1), 27-35.
43. Košuljandić, Đ. (2016). Poremećaji mokrenja u djece. *Medicina Fluminensis*, 52(4), 508-514.
44. Krleža, A. (2020). Anoreksija nervoza: etiologija, česti komorbidni poremećaji i terapija. *Psyche: Časopis studenata psihologije*, 3(1), 7-14.
45. Kroska, E.B., Miller, M., Roche, A.I., Kroska, S.K. i O'Hara M.W. (2018). Effects of Traumatic Experiences on Obsessive-Compulsive and Internalising Symptoms: The role of Avoidance and Mindfulness. *Journal of Affective Disorders*, 225, 326-336. doi:10.1016/j.jad.2017.08.039
46. Landolt, M.A. i Kenardy, J.A. (2015). Evidence Based Treatments for Children and Adolescents. *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders*, 363-380.
47. Ledić, L., Šušac, A., Ledić, S., Babić, R. i Babić, D. (2019). Depresija u djece i adolescenata. *Zdravstveni glasnik*, 5(2), 1-11.
48. Lochner, C., Seedat, S., Allgulander, C., Kidd, M., Stein, D. i Gerdner, A. (2010). Childhood trauma in adults with social anxiety disorder and panic disorder: a cross-national study. *African Journal of Psychiatry*, 13(5), 376-381.
49. Macuka, I. (2016). Emocionalni i ponašajni problemi mlađih adolescenata – zastupljenost i rodne razlike. *Ljetopis socijalnog rada*, 23(1), 65-86.
50. Marteinsdottir, I., Tillfors, M., Furmark, T., Anderberg, U.M. i Ekselius, L. (2003). Personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory (TCI) in subjects with social phobia. *Nord Journal of Psychiatry*, 57(1), 29-35.

51. Mathews, C.A., Kaur, N. i Stein, M. B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety*, 25(9), 742-751.
52. Morrow, J., Jeager, C.A. i Otnow Lewis, D. (1997). Encopresis and sexual abuse in a sample of boys in residential treatment. *Child Abuse & Neglect*, 21(1), 11-18.
53. Novak, M. i Bašić, J. (2008). Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije. *Ljetopis socijalnog rada*, 15(3), 473-498.
54. Ogawa, Y. (2004). Childhood Trauma and Play Therapy Intervention for Traumatized Children. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory and Research*, 32(1), 19-29.
55. Olmez, S.B., Sarigedik, E. i Ataoglu, A. (2022). The relationship between separation anxiety disorders, childhood traumas and anxiety sensitivity in a sample of medical students. *Journal of Affective Disorders Reports*, 9, <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2022.100367>
56. Ostojić, D. (2022). *Dječja i adolescentna psihijatrija* (Power Point prezentacija). Posjećeno 03.06.2023. na mrežnoj stranici Merlin.
57. Poliklinika za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba (2010). *Prevalencija zlostavljanja i zanemarivanja djece u Hrvatskoj*. Posjećeno 19.06.2023. na mrežnoj stranici Poliklinike za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba: <https://www.poliklinika-djeca.hr/istrazivanja/prevalencija-zlostavljanja-i-zanemarivanja-djece-u-hrvatskoj/>
58. Poljak, M. i Begić, D. (2016). Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata. *Socijalna psihijatrija*, 44(4), 310-329.
59. Pribor, E.F. i Dinwiddie, S.H. (1992). Psychiatric correlates of incest in childhood. *The American Journal of Psychiatry*, 149(1), 1-5.
60. Profaca, B. i Arambašić, L. (2009). Traumatski događaji i trauma kod djece i mladih. *Klinička psihologija*, 2(1-2), 53-73.
61. Profaca, B. (2016). Traumatizacija djece i mladih. *Ljetopis socijalnog rada*, 23(3), 345-361.
62. Ramirez de Arellano, M.A., Lyman, R.D., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R.H., Daniels, A.S., Gose, S.S., Huang, L. i Delphin-Rittmon M.E. (2014).

- Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, 65(5), 591-602.
63. Roemer, L., Molina, S., Litz, B.T. i Borkovec, T.D. (1997). Preliminary investigation of the role of previous exposure to potentially traumatizing events in generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 4(3), 134-138.
64. Roy, A. (2011.) Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. *Journal of Affective Disorders*, 130 (1-2), 205-208.
65. Rudan, V. i Tomac, A. (2009). Depresija u djece i adolescenata. *Medicus*, 18(2), 173-179.
66. Safren, S.A., Gershuny, B.S., Mazol, P., Otto, M.W. i Pollack, M.H. (2002). History of childhood abuse in panic disorder, social phobia and generalized anxiety disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(7), 1-4.
67. Salwen, J.K., Hymowitz, G.F., Vivian, D. i O'Leary, K.D. (2014). Childhood abuse, adult interpersonal abuse and depression in individuals with extreme obesity. *Child Abuse and Neglect*, 38(3), 425-433.
68. Shapero, B.G., Black, S.K., Liu, R.T., Klugman, J., Bender, R.E., Abramson, L.Y. i Alloy, L.B. (2013). Stressful life events and depression: the effect of childhood emotional abuse on stress reactivity. *Journal of Clinical Psychology*, 70(3), 209-223.
69. Slade, M.K. i Warne, R.T. (2016). A Meta-Analysis of the Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy and Play Therapy for Child Victims of Abuse. *Journal of Young Investigators*, 30(6), 36-43.
70. Solomon, E.P. i Heide, K.M. (2005). The Biology of Trauma. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(1), 51-60.
71. Suliman, S., Mkabile, S., Fincham, D.S., Ahmed, R., Stein, D.J. i Seedat, S. (2009). Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression in adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 50(2), 121-127.
72. Vidović, V. (2009). Poremećaji hranjenja i jedenja u ranoj dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji. *Medicus*, 18(2), 185-191.

73. Warzak, W.J. (1993). Psychosocial implications of nocturnal enuresis. *Clinical Pediatrics*, 32(1), 38-40.
74. Wolbert Burgess, A. W. i Lytle Holmstrom, L. (1974). Rape trauma syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 131(9), 981-986.
75. Zovko Grbeša, A. i Sesar, K. (2021). Zlostavljanje i zanemarivanje u djetinjstvu, privrženost i razvoj mozga. *Medica Jadertina*, 51(4), 383-392.