

Univerzitet u Sarajevu  
Filozofski fakultet  
Odsjek za psihologiju

**TRAUMATSKA ISKUSTVA U PERIODU DJETINJSTVA I  
ADOLESCENCIJE**

Završni magistarski rad

Studentica: Dženisa Jamaković

Mentor: Doc. dr. Amela Dautbegović

Sarajevo, 2019.

## Traumatska iskustva u periodu djetinjstva i adolescencije

Dženisa Jamaković

### Sažetak

Djetinjstvo i adolescencija imaju utjecaj na budući ukupni razvoj pojedinca. Uzimajući to u obzir, svaki traumatski događaj u ovom periodu može dovesti do negativnih promjena u razvoju i ostaviti dugoročne posljedice na različite aspekte funkcionisanja u odrasloj dobi. Iz ovoga proizilazi da je nužno poznavanje simptomatologije za pravovremeno djelovanje kako bi se spriječile ili smanjile potencijalne negativne dugoročne posljedice. Cilj ovog rada jeste da se doprinese boljem razumijevanju traume u periodu djetinjstva i adolescencije, njezinih simptoma i posljedica, te da se predstavte trenutno aktuelne intervencije i načini podrške za one mlade koji su doživjeli traumu. Traumatska iskustva koja su kroz istraživanja prepoznata kao najčešća i najtraumatičnija, te su obrađena u ovom radu su: visokokonfliktni razvodi brakova, fizičko, psihičko i seksualno zlostavljanje, medicinska trauma, smrt bliske osobe, vršnjačko nasilje (buling i elektronsko nasilje) i masovne traume. Za svaki od navedenih traumatskih događaja opisani su simptomi i eventualne posljedice na različite aspekte funkcionisanja pojedinca. Doživljena trauma može se manifestirati na mnogobrojne načine koji mogu biti emocionalni, kognitivni, biohevirolni i/ili tjelesni, neki od njih su: veće prisustvo nepovoljnih osjećaja, smanjeno prisustvo smijeha, prisutnost straha i zabrinutosti, osjećaj odbačenosti i nesigurnosti, smetnje pažnje, pad koncentracije, usporenost, selektivna zaboravljivost, somatizacijski problemi, praznine u pamćenju, negativan osnovni životni stav, agresivnost i poremećaji spavanja. Kada govorimo o reakciji na traumu ona ovisi od individualnih karakteristika djeteta i adolescenta, okoline i samog traumatskog događaja. Također, u radu su predstavljene intervencije i oblici podrške za djecu i adolescente za svaki od navedenih traumatskih događaja, te je dat pregled pojedinih tretmana koji su se pokazali učinkovitim u radu sa svim vrstama trauma, a to su: Intervencija traumatskog stresa kod djece i porodice; Liječenje temeljeno na procjeni za traumatiziranu djecu: put procjene traume; Alternative za porodice - Kognitivna terapija ponašanja; Privrženost, samoregulacija i kompetencija; Razvoj djeteta - Program rada policije u zajednici; Kognitivno-bihevirolne intervencije za trauma koje se provode u školi; Povratak – Kognitivne intervencije u osnovnoj školi za dječiju traumu.

**Ključne riječi:** traumatski događaj, trauma u djetinjstvu i adolescenciji, simptomi, posljedice, intervencije

# Sadržaj:

<b>1. Uvod .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Operacionalizacija koncepta traume.....</b>	<b>6</b>
<b>2.1. Najčešći traumatski događaji u periodu djetinjstva i adolescencije .....</b>	<b>8</b>
2.1.1. Visokokonfliktni razvodi brakova kao traumatsko iskustvo .....	8
2.1.2. Fizičko zlostavljanje djece i adolescenata .....	9
2.1.3. Psihičko zlostavljanje i zanemarivanje.....	12
2.1.4. Seksualno zlostavljanje.....	14
2.1.5. Medicinska trauma .....	15
2.1.6. Smrt bliske osobe kao traumatsko iskustvo za djecu i adolescente .....	17
2.1.7. Vršnjačko nasilje i elektronsko nasilje kao traumatsko iskustvo .....	20
2.1.8. Masovne traume .....	22
<b>3. Mogući simptomi i posljedice traumatskih iskustava na pojedine aspekte funkcionisanja djece i adolescenata.....</b>	<b>23</b>
3.1. Simptomi i posljedice razvoda braka.....	23
3.1.1. Otudjenje od roditelja (eng. Parental alienation, PA) .....	26
3.2. Simptomi i posljedice fizičkog zlostavljanja .....	27
3.3. Simptomi i posljedice psihičkog zlostavljanja/zanemarivanja djece i adolescenata .....	31
3.4. Simptomi i posljedice koje mogu pokazivati djeca i adolescenti koji su doživjeli seksualno zlostavljanje...33	
3.5. Simptomi i posljedice kod djece i adolescenata koji su doživjeli medicinsku trauma .....	35
3.6. Simptomi i posljedice koje mogu pokazivati djeca i adolescenti koji su doživjeli gubitak bliske osobe .....	37
3.7. Simptomi i posljedice koje mogu pokazivati djeca i adolescent koji su bili žrtve vršnjačkog nasilja.....	40
3.8. Simptomi i posljedice koje mogu pokazivati djeca i adolescenti koji su doživjeli masovnu traum.....	41
<b>4. Intervencije i oblici pružanja podrške djeci i adolescentima koji su doživjeli traumatsko iskustvo .....</b>	<b>44</b>
4.1. Intervencije i oblici pružanja podrške djeci i adolescentima koji su doživjeli razvod braka roditelja .....	44
4.2. Intervencije i oblici pružanja podrške djeci i adolescentima koji su doživjeli fizičko zlostavljanje .....	48
4.3. Intervencije i oblici pružanja podrške djeci i adolescentima koji su doživjeli psihičko zlostavljanje/zanemarivanje .....	50
4.4. Intervencije i oblici pružanja podrške djeci i adolescentima koji su doživjeli seksualno zlostavljanje .....	52
4.5. Intervencije i oblici podrške djeci i adolescentima s medicinskom traumom.....	53
4.6. Intervencije i pružanje podrške djeci i adolescentima koji su doživjeli traumatski gubitak bliske osobe ....	55
4.7. Intervencije i oblici podrške za djecu i adolescenti koji su bili žrtve vršnjačkog nasilja .....	58
4.8. Intervencije i oblici podrške za djecu i adolescente koji su doživjeli neku od masovnih trauma .....	59
<b>5. Zaključak .....</b>	<b>63</b>
<b>6. Literatura: .....</b>	<b>66</b>

# 1. Uvod

Sušтина psihološke traume je konflikt koji se javlja kod osobe, s jedne strane zbog želje da se strašni događaji potisnu, ne priznaju, a s druge strane zbog potrebe da se o njima priča. Upravo je najčešći odgovor na traumu njeno potiskivanje u nesvjesno. Međutim, koliko god jaka bila želja da se trauma sakrije i potisne ona uvijek nađe put kojim ispliva na površinu. Kada se govori o psihološkim traumama, one su najčešće toliko jake da je osobama koje su ih proživjele teško govoriti o njima. Informaciju o tome da je neko doživio traumatsko iskustvo rijetko saznajemo od same osobe na način da ona govori o tome. Često nam o tim iskustvima govore ponašanja, misli ili emocije koje osoba ispoljava, a koje prepoznajemo kao simptome. Ti simptomi predstavljaju „mač sa dvije oštrice“ jer s jedne strane upućuju na problem, ali ne tako rijetko oni mogu da odvrate pažnju okoline od problema, tj. da je usmjere u pogrešnom smjeru i da samim tim izostane adekvatna reakcija. Različite simptome koji se mogu javiti ponekad je vrlo teško povezati sa traumatskim iskustvom, naročito za osobe koje nisu profesionalci u području mentalnog zdravlja. Ovo se prvenstveno odnosi na smjenjivanje osjećaja ukočenosti i ponovnog proživljavanja traume, što je često prisutan simptom kod osoba koje su traumatizirane. Stručnjaci, s druge strane tu alteraciju svijesti nazivaju „dvostruko mišljenje“ ili „disocijacija“ i oni svjesno tragaju za simptomima koji implicitno upućuju na psihološku traumu (Lewis, 1997).

„Traumatski događaji uključuju smrt, nasilje ili prijetnju životu odnosno tjelesnom integritetu“ (Arambašić i Profaca, 2016, str. 188). Pored toga što ljudi mogu direktno biti izloženi traumi, u traumatske događaje ubrajaju se i svjedočenje tragičnim događajima, a što uključuje: promatranje teškog ranjavanja druge osobe ili nasilna smrt druge osobe uslijed napada, nesreće, rata, katastrofe, te i sam pogled na leševe ili dijelove tijela drugih. Ovdje također uključujemo i spoznaje pojedinca o nasilju, teškoj nesreći, teškoj ozljedi člana porodice, bliskog prijatelja ili teškoj bolesti vlastitog djeteta. Nakon izloženosti traumatskom događaju, ljudi mogu pokazivati različite reakcije, a čija je svrha promjena osjećaja koji su povezani s traumom. Ono što je karakteristično za većinu slučajeva jeste da

tokom vremena osoba postaje tolerantnija na sadržaj sjećanja, a doživljeno iskustvo se integrira u svoj život (Arambašić i Profaca, 2016).

Nadalje, kada govorimo o traumi, sam koncept traume mijenjao se kroz vrijeme, tako da su i simptomi traumatizacije bili različito shvaćeni pa su se prema religijskom stajalištu simptomi traumatizacije shvatali kao volja ili kazna bogova, duhova ili đavola ili je koncept traume shvatan kao posljedica promjena u CNS-u. Jean Martin Charcot i njegovi sljedbenici (prema Duraković-Belko, 2004) su iznijeli pretpostavku da stresni događaji koji su vrlo intenzivni imaju velikog utjecaja na emocionalne procese. Pierre Janet (1880) je prvi psiholog koji se počeo baviti izučavanjem i tretmanom simptoma traumatskog stresa (Duraković-Belko, 2004). DSM-III (1980) uvodi dijagnostički koncept posttraumatskog stresnog poremećaja, te se postavlja pitanje na koji način treba shvatiti i tretirati traumatizirane osobe. Lewis (1997) govori o traumatskim događajima kao događajima koji ometaju uobičajen osjećaj kontrole koji osoba ima nad svojim životom, koji, zatim, utječu na osjećaj povezanosti s drugim ljudima i na kraju traumatski događaji u određenoj mjeri mogu odrediti način na koji čovjek percipira svijet oko sebe. Prema Figley (1993) traumatski događaj izbacuje čovjeka iz ravnoteže tako jako da mu je teško ponovo uspostaviti je. Prema DSM-V traumatski događaji uključuju izravnu i neizravnu izloženost stvarnoj ili prijetecoj smrti, ozbiljnom ozljeđivanju ili seksualnom nasilju (Američka psihijatrijska udruga, 2014) .

Nalaz koji naročito privlači pažnju dolazi iz istraživanja koje su proveli Finkelhor i sar. (2015). On u svom radu naglašava formativni utjecaj traumatskih iskustava, odnosno govori o tome da traumatska iskustva u dječijoj ili adolescentnoj dobi mogu da oblikuju način na koji oni doživljavaju društvo kasnije u svom životu. U svom radu Finkelhor i sar. (2015) navodi da je 60,8% mladih doživjelo barem jedan traumatski događaj, a 67,5 % mladih je posredno izloženo traumatskom događaju, dok je 11% mladih doživjelo šest ili više traumatskih događaja tokom jedne godine (direktno ili indirektno). Ovakvi podaci ukazuju na to koliko je važno istražiti ovu temu. Uzimajući u obzir navedeno, u okviru ovog rada će se nastojati odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Koji su najčešći traumatski događaji kojima mogu biti izložena djeca i adolescenti?

2. Koji su mogući simptomi i posljedice traumatskih iskustava na pojedine aspekte funkcionisanja djece i adolescenata?
3. Koje su intervencije i oblici pružanja podrške djeci i adolescentima koji su doživjeli traumatsko iskustvo?

## 2. Operacionalizacija koncepta traume

Uzimajući u obzir to da djetinjstvo i adolescencija imaju presudan značaj za ukupni budući razvoj čovjeka, opravdan je i poseban interes za ovu temu. Pynoos (1994; prema Duraković-Belko, 2004) je predložio prvi konceptualni okvir za model razvojne psihopatologije i posttraumatskog stresnog poremećaja kod djece i adolescenata. Jedan od prvih pokušaja opisivanja koncepta traume dao je Terr (1991), koji je diferencirao traume *tipa I i II*, te *prijelazni oblik* traume. Prema ovom modelu, traume *tipa I* imaju tendenciju da budu pojedinačni događaji (nepredvidivi, šokantni i intenzivni traumatski događaji) koji rezultiraju simptomima koji su u većoj mjeri usklađeni s posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP), dok su traume *tipa II* obično dugotrajno, opetovano ponavljanje događaja, od kojih je prvi iznenađan, a kasnija ponavljanja dovode do osjećaja predvidivosti, a mogu biti praćeni nizom simptoma, uključujući negiranje, disocijaciju, bijes, samodestruktivno ponašanje i neprekidnu tugu. Na kraju, prijelazni oblik traume odnosi se na događaje koji se javljaju pojedinačno, ali oni kasnije dovode dijete u stanje hronične izloženosti raznim stresorima (Terr, 1991). Traume *tipa II* još se nazivaju i *kompleksnim traumama*, a definišu ih višestruka ponavljanja, hroničano trajanje i štetan efekat na razvoj koji je izazvan traumatičnim događajima, a koji za posljedicu mogu imati pervazivne efekte na mozak i mišljenje. Kompleksni traumatski događaj dodatno je definiran kao traumatski događaj koji se ponavlja i događa se tokom dužeg vremenskog razdoblja, potkopava primarne odnose u pružanju skrbi i događa se u osjetljivim vremenima s obzirom na razvoj mozga. Kompleksni traumatski događaji uvelike variraju i uključuju fizičko zlostavljanje, seksualno zlostavljanje, emocionalno zlostavljanje, zanemarivanje, svjedočenje porodičnom nasilju, izloženost nasilju u zajednici i medicinsku trauma (Kliethermes, Schacht i Drewry, 2014).

Djeca koja su doživjela ili doživljavaju traumatsko iskustvo često ne pričaju o incidentima iz više razloga, uključujući: strah od nevolja, osjećaj stigmatizacije, sramote ili krivnje za događaje, strah od počinitelja nasilja ili strah da će počinitelj biti u nevolji. Neka djeca (i neki prijestupnici) možda ne shvataju da je ono što im se dogodilo bilo pogrešno, ili ne mogu označiti incidente kao zlostavljanje ili viktimizaciju. Na primjer, dijete može misliti da je primanje teškog fizičkog premlaćivanja od roditelja zbog lošeg ponašanja prikladno, iako su bili preplašeni tokom iskustva (Saunders i Adams, 2014).

Stoga bi kliničari trebali biti posebno osjetljivi kada je u pitanju populacija mladih kod kojih postoji visok rizik za doživljaj traume. Konkretnije, različiti oblici traume više ili manje prevladavaju među određenim populacijama. Neki slučajevi su očiti, kao što je vjerojatnije da će djeca koja žive u područjima s visokim kriminalom biti izložena nasilju u zajednici. Međutim, čini se da su dvije karakteristike povezane s mnogim vrstama trauma, a to su *dob i spol*. Prvo, kako djeca postaju starija, kumulativni teret traume se povećava. Budući da su živjeli duže, veća je vjerojatnost da su starija djeca iskusila više tipova traume, a izloženost većem broju tipova traume povezana je s ozbiljnijim problemima. Drugo, djevojčice nose znatan dodatni rizik prvenstveno zbog visokih stopa seksualnog zlostavljanja, od 3 do 4 puta veće od dječaka. Iz epidemioloških podataka može se tvrditi da tinejdžerke predstavljaju grupu s najvećim rizikom za traumu (Saunders i Adams, 2014).

U nastavku su prikazana iskustva koja mogu biti traumatska za djecu i adolescente:

- Visokokonfliktni razvodi brakova
- Fizičko zlostavljanje
- Psihičko zlostavljanje/zanemarivanje
- Seksualno zlostavljanje
- Medicinska trauma
- Gubitak bliskih osoba
- Vršnjačko nasilje
- Masovne traume (prirodne i tehnološke katastrofe ili terorizam, izbjeglička i ratna iskustva)
- Zanemarivanje
- Nasilje u porodici ili zajednici
- Stresori vezani uz vojnu porodicu (npr. raspoređivanje, gubitak ili ozljeda roditelja).

## 2.1. Najčešći traumatski događaji u periodu djetinjstva i adolescencije

Određena iskustva za djecu i adolescente mogu biti traumatska i dovesti do poteškoća na psihološkom, socijalnom, tjelesnom i kognitivnom planu. Važno je napomenuti da iako ova iskustva mogu biti traumatska za djecu i adolescente, to ne znači nužno da će svako dijete koje im je izloženo pokazivati znakove slabije prilagodbe nakon što ih doživi. Neka djeca i adolescenti mogu nastaviti uspješno funkcionirati bez ili sa podrškom porodice ili sa podrškom drugih bliskih osoba. Stoga, svakom djetetu treba prići individualno, a ne pretpostavljati unaprijed da je neko ponašanje nužno posljedica traume. Dalje u tekstu dat je pregled traumatskih događaja koji se najčešće javljaju u periodu djetinjstva i adolescencije, kao i mogući simptomi i posljedice do kojih može doći zbog izloženosti traumatskom iskustvu, te moguće intervencije i podrška djeci i adolescentima.

### 2.1.1. Visokokonfliktni razvodi brakova kao traumatsko iskustvo

Povećanu stopu razvoda braka mnogi demografi shvataju u kontekstu Druge demografske tranzicije (eng. Second demographic transition/SDT). Pojam SDT se povezuje s Maslovljevom hijerarhijom psiholoških potreba, tj. vjeruje se da ekonomski razvoj rezultira pomakom od brige za materijalnim potrebama (hrana, sigurnost, sklonište), te se prebacuje na potrebe višeg reda, nematerijalne potrebe, slobodu i samoaktualizaciju. Vrijednosti koje su se ranije zagovarale kroz socijalizaciju, većinom u zapadnim društvima, naglašavale su vrijednosti kakve su poslušnost, urednost, štedljivost, tradicionalne rodne uloge i religiju, međutim u posljednjih nekoliko desetljeća taj se trend mijenja i sve više se naglasak stavlja na neovisnost, autonomiju, samoupravljanje, kreativnost i preispitivanje. Tako da se zapravo čini da roditelji svoju djecu sve više podučavaju vrijednostima koje su temelj SDT-a (Alwin, 1989).



Johnston i Roseby (1997; prema Roje, 2019) definiraju visokokonfliktne razvode kao dugotrajne i ogorčene sporove, te za oko 10% bivših parova ovi sporovi mogu trajati i tokom godina odrastanja njihove djece. Ono što je karakteristično za ove razvode jeste da partneri nisu u stanju ostaviti partnerske probleme po strani i raditi na tome da budu dobri roditelji, nego u ovom slučaju dijete i njegove potrebe bivaju zanemareni. Ali treba imati na umu da to što je neko bio loš supružnik ne implicira nužno da je i loš roditelj (Roje, 2019).

Kada govorimo o inicijatorima razvoda, u SAD-u se dosljedno pokazuje da žene češće pokreću razvod, u odnosu na muževe (Amato i Previti, 2003), iako evolucijska psihologija tvrdi da će žena radije ostati u sigurnom porodičnom okruženju zbog djece (Buss, 1995). U istraživanjima se pokazalo da će žene tražiti razvod najčešće u sljedećim situacijama: 1) kada imaju malu djecu i 2) ako su im muževi fizički nasilni ili su zlostavljači (Amato i Previti, 2003). Iz ovoga se može pretpostaviti da odlazak majki iz potencijalno štetnih brakova je odraz njihove motivacije da zaštite djecu (Amato i Previti, 2003).

### *2.1.2. Fizičko zlostavljanje djece i adolescenata*

Definicija fizičkog zlostavljanja koja se najčešće koristi je ona koja „uključuje aktivnosti prema osobi mlađoj od 18 godina, a koje rezultiraju rizikom za ozbiljno povrjeđivanje, smrt ili teške fizičke posljedice izazvane od osoba koje su odgovorne za zaštitu djeteta mlađeg od 18 godina“ (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003, str. 37). Definicija koju je dala Svjetska zdravstvena organizacija za fizičko zlostavljanje je da je to: „učestalo ili jednokratno grubo, namjerno nanošenje boli, tjelesnih ozljeda te neodgovorno postupanje roditelja i drugih osoba koje uključuje potencijalni rizik od tjelesnog ozljeđivanja, a čije posljedice mogu, ali ne moraju biti vidljive.“ (WHO, 2006; prema Lujčić, 2017).

Međutim, sudionicima nazivamo i osobe koje su znale za zlostavljanje djeteta, ali nisu spriječile ili prijavile, te „zlostavljači ne moraju biti punoljetne osobe, važno je samo

da postoji razlika u odnosu moći između počinitelja i žrtve“ (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003, str. 37).

Kada se govori o razlozima zbog kojih roditelji tuku djecu pokazalo se da je to često rezultat kulture u kojoj su oni odrasli kao i stavova koje su razvili o tome kako treba odgajati djecu, te jedan od razloga je i taj da roditelji koji fizički zlostavljaju svoju djecu su i sami bili žrtve fizičkog zlostavljanja u djetinjstvu.

Riziko faktori za zlostavljanje djece su:

- IQ roditelja
- Depresija, manično-depresivni poremećaj, shizofrenija, anksiozni poremećaji
- Stres
- Socijalni faktori
- Poremećaji ličnosti (na prvom mjestu agresija, eksplozivnost i iritabilnost) i psihijatrijski poremećaji kod zlostavljača (uzimanje alkohola i droga)
- Mlađa starosna dob majke
- Roditelji tinejdžeri
- Samohrano roditeljstvo (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003; Gilbert i sar, 2009).

Gilbert i sar. (2009) navode da je u 37% slučajeva zlostavljanje djece bilo povezano sa porodičnim konfliktima, zloupotrebom droge i alkohola.

Istraživanja (Kelley, Grace i Elliott, 1990; Dopke i Milner, 2000) pokazuju da roditelji koji zlostavljaju svoju djecu imaju visoka očekivanja od djeteta, u odnosu na roditelje nezlostavljače. Također, roditelji koji zlostavljaju svoju djecu su manje tolerantni na djetetove potrebe i ponašanje što se onda odražava i na njihov odnos (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003, str. 48).

Kada se roditelje pita zašto tuku djecu, najčešće, mnogi od njih odgovore da na taj način žele da ih nauče šta je dobro, a šta loše, također oni to smatraju odgojnom metodom, te vjeruju da tako pokazuju svoju ljubav jer žele da svoje dijete pripreme za život. Zapravo, činjenica je da roditelji tuku djecu onda kada su i sami ljuti, te da na taj način oni pokušavaju da se oslobode vlastite ljutnje. Međutim, roditelji na taj način šalju djeci poruku da je to prihvatljiv način ponašanja, tj. izražavanja ljutnje (Buljan-Flander i Kocijan-

Hercigonja, 2003). Rezultati istraživanja koje je proveo UNICEF (2016) su pokazali da se na fizičko nasilje u kući često ne gleda kao da čin nasilja nego kao na sredstvo edukovanja, tačnije, ovaj nalaz ukazuje na to da je povećana tolerancija na fizičko nasilje.

Podaci iz SAD-a govore:

- „90% roditelja tuče djecu između 3-4 godine
- 22% roditelja tuče djecu ispod 1 godine
- 75% roditelja tuče djecu između 9-10 godina
- 20% roditelja tuče adolescente“ (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003. str. 48).

Što se tiče nalaza na području Bosne i Hercegovine, u epidemiološkom istraživanju Đape, Brkić-Šmigoc, Vajzović, Mameledžija i Osmić (2013) rezultati su pokazali da je ukupna prevalencija fizičkog nasilja 67,68%, dok se rezultati incidencije za 2010. godinu ne razlikuju značajno od prevalencije.

Najučestaliji oblici fizičkog zlostavljanja djece prema istraživanju Đape i sar. (2013) su:

- Šamar/šamaranje (41,36%);
- Udaranje rukom po stražnjici (35,90%);
- Čupanje za kosu (33,67).

Najtragičnija manifestacija tereta zlostavljanja djece je hiljade smrtnih slučajeva djece svake godine zbog namjernog ubijanja (ubistva) ili zanemarivanja (ubistvo iz nehata). Svjetska zdravstvena organizacija procjenjuje da se u svijetu svake godine pojavljuje 155 000 smrtnih slučajeva djece mlađe od 15 godina, što je posljedica zlostavljanja ili zanemarivanja, a što je 0,6% svih smrtnih slučajeva i 12,7% smrtnih slučajeva zbog bilo kakve ozljede (Pinheiro, 2006; prema Gilbert i sar, 2009). Samo trećina ovih smrti se kvalificira kao ubistvo. Biološki roditelji su odgovorni za četiri petine slučajeva, a očuh/maćeha su krivi za većinu preostalih slučajeva (15% od ukupnog broja) (Gilbert i sar, 2009).

### *2.1.3. Psihičko zlostavljanje i zanemarivanje*

Neki autori umjesto naziva emocionalno zlostavljanje radije upotrebljavaju naziv psihološko ili psihičko zlostavljanje jer smatraju da je ono sveobuhvatnije, tj. da ovaj naziv obuhvata i kognitivnu i emocionalnu dimenziju zlostavljanja (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003).

Psihičko zlostavljanje odnosi se na destruktivno ponašanje odraslih prema djetetu, što uključuje prisutnost neprijateljskog ponašanja i odsutnost pozitivnih pristupa (Kocijan-Hercigonja, D, 1999; prema Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003). Ona su orijentirana na psihološku štetu koja je usmjerena na samopoimanje pojedinca. Savremeni istraživači su prihvatili da psihičko zlostavljanje može biti jedan od najrazornijih oblika zlostavljanja. Zapravo, neki istraživači sada vjeruju da psihičko zlostavljanje može predstavljati ključnu komponentu svih oblika zlostavljanja i zanemarivanja djece (Wright, 2007). Goldsmith i Freyd (2005) navode da pojedinci koji su iskusili psihičko zlostavljanje imaju znatne poteškoće u prepoznavanju vlastitih emocija.

Ova vrsta zlostavljanja i/ili zanemarivanja često se smatra manje ozbiljnom od drugih oblika zlostavljanja i zanemarivanja jer nema neposrednih fizičkih posljedica. Ali s vremenom psihičko zlostavljanje može imati ozbiljne dugoročne posljedice na djetetovo socijalno, emocionalno i fizičko zdravlje i razvoj (Gavin, 2011). Nefizički oblici odbijanja ili neprijateljskog postupanja od strane roditelja, staratelja ili drugih članova porodice mogu imati veliku vjerojatnost oštećenja tjelesnog ili mentalnog zdravlja djeteta, te njegovog fizičkog, mentalnog, duhovnog, moralnog ili društvenog razvoja. Psihičko zlostavljanje, između ostalog, uključuje ponašanja kao što su ograničavanje kretanja, omalovažavanje, okrivljavanje, prijetnje, zastrašivanja, diskriminacija, ponižavanje ili ismijavanje (Cui i Liu, 2018).

U Tabeli 1 je prikaz najčešćih oblika emocionalnog zlostavljanja (tabela je formirana na osnovu informacija koje su preuzete iz Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003, str. 9-22).

Tabela 1

## Prikaz najčešćih oblika emocionalnog zlostavljanja

Najčešći oblici emocionalnog zlostavljanja su (Buljan-Flander, Kocijan-Hercigonja, 2003, str. 9-22)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Odbacivanje djetetovih potreba;</li> <li>• Teroriziranje ili tretiranje djeteta kontinuiranim verbalnim napadima koji stvaraju klimu straha, napetosti i nesigurnosti;</li> <li>• Ignoriranje i degradiranje djeteta što uključuje i izostanak pozitivnih stimulacija;</li> <li>• Manipuliranje djetetom u cilju zadovoljenja nekih svojih potreba koje nisu sukladne s djetetovim;</li> <li>• Izolacija;</li> <li>• Konstatni sarkazam, ponižavanje (blamiranje);</li> <li>• Podržavanje djetetovog neadekvatnog ponašanja, podmićivanje;</li> <li>• Verbalni napadi;</li> <li>• Pritisak na dijete da brže odraste što proizilazi iz roditeljskih potreba, a koje dijete ne može zadovoljiti radi faze svog psihobiološkog razvoja.</li> </ul>	
<p><b>Odbacivanje uključuje:</b> Odbijanje djetetovih potreba za psihološkom medicinskom ili edukativnom pomoći; Omalovažavanje ili podsmjeh; Kritiziranje i povrjeđivanje; Sprječavanje djetetovog razvoja autonomije; Odbacivanje i ismijavanje djetetovih ideja; Nazivanje djeteta pogrdnim imenima; Kontinuirano tretiranje adolescenta kao malog djeteta.</p>	<p><b>Teroriziranje uključuje:</b> Konstantne prijetnje djetetu npr. oružjem, nožem; Neprekidno naglašavanje djetetove krivnje; Haotično, nekonzistentno ponašanje roditelja; Ismijavanje dječijeg straha i kažnjavanje na način da ako se dijete npr. boji mraka da ga se zatvara u mračnu prostoriju; Tjeranje djeteta na igre i aktivnosti kojih se boji; Konstantna prijetnja suicidom; Stalno prisustvovanje porodičnom nasilju.</p>
<p><b>Ignoriranje uključuje:</b> Nedostatak stimulacije na pravi način; Neodgovaranje na djetetove potrebe; Roditelj nikada ne gleda u dijete, nego negdje pored djeteta, ne zove ga po imenu nego koristi zamjenice ili neodređene riječi; Roditelj ne dodiruje dijete; Ignorira djetetovo prisustvo; Ne pokazuje emocije (ne žele da razmaze dijete).</p>	<p><b>Izoliranje uključuje:</b> Onemogućavanje djetetu da participira u normalnim porodičnim aktivnostima; Onemogućavanje kontakta s vršnjacima; Fizičko odvajanje djeteta i /ili onemogućavanje kontakta sa ostalim članovima porodice; Nedozvoljavanje da dijete participira u socijalnim školskim aktivnostim.</p>
<p><b>Verbalni napadi uključuju:</b> Blamiranje, podsmjehivanje i sramoćenje uključuje: Kontinuirano negativno verbalno napadanje djeteta; Kritiziranje pred drugima; Odrasli se obraćaju djetetu samo kada učini nešto loše, nikada kada učini nešto dobro; Odrasli nikada ne pohvaljuju dijete; Nazivanje djeteta pogrdnim imenima posebno u prisustu drugih.</p>	<p><b>Pritisak na dijete da brže odraste:</b> Neprekidno naglašavanje roditeljskih očekivanja od djeteta; Neprekidno kritiziranje od strane roditelja; Konstantno nezadovoljstvo roditelja djetetom; Izostanak verbalne podrške; Neprekidno upoređivanje djeteta s drugom djecom koja su „bolja i uspješnija“; Kupovanje neadekvatnih igraćaka; Uključivanje u privatne ili javne škole koje su neprimjerene djetetovim sposobnostima.</p>

#### 2.1.4. Seksualno zlostavljanje

Putnam (2003) je zabilježio u svom pregledu seksualnog zlostavljanja djece iz 2003. godine da je seksualno zlostavljanje u djetinjstvu složeno životno iskustvo, a ne dijagnoza ili poremećaj. Adolescenti navode najviše stope viktimizacije seksualnog zlostavljanja od bilo koje druge dobne skupine (Cotter i Beaupré, 2014). Prema istraživanju koje je ispitivalo promjene u incidentima seksualnog zlostavljanja djece (CSA)<sup>1</sup> u razdoblju od 1986. do 2012. godine, prosječna dob u kojoj je počinjeno zlostavljanje za žrtve polako se povećava tokom vremena (Connolly, Coburn i Chong, 2017). Finkelhor, Shattuck, Turner i Hamby (2014) otkrili su da su žene posebno izložene povećanom riziku da budu seksualno zlostavljane u kasnoj adolescenciji, sa stopama prevalencije koje se povećavaju sa 16,8% za petnaestogodišnjake na 26,6% za sedamnaestogodišnjake.

Postoje neke glavne razlike kada govorimo seksualnom nasilju nad djecom (mlađi od 12 godina) i adolescenatima (12-17). Prema izvještaju Zavoda za statistiku Kanade, djeca su najvjerojatnije bila žrtve člana porodice, a adolescenti su najvjerojatnije bili žrtve poznanika ili stranca (Cotter i Beaupre, 2014). Dostupni su neki retrospektivni podaci koji pomažu u prepoznavanju osobina koje ljude više ugrožavaju za seksualno zlostavljanje. Prvi i najbolje dokumentirani faktor rizika je *spol*, pri čemu su djevojčice žrtve nesrazmjerno češće od dječaka, kako u porodici tako i izvan nje.

Nadalje, čini se da su djeca izložena najvećem riziku da budu žrtve seksualnog zlostavljanja kada su u dobi od osam do dvanaest godina (Finkelhor, Ormrod, Turner i Hamby, 2005). Roditeljska pitanja, kao što su sukobi roditelja i djeteta, život izvan porodice, roditeljska mentalna bolest ili problemi zloupotreba droga i bračni sukobi povezani su s većim rizikom od CSA (Finkelhor i sar., 1984; prema Keeshin i Corwin, 2011). Kako djeca prelaze u adolescenciju, skloni su rjeđe otkrivati zlostavljanje roditeljima i vlastima. Neki podaci, također, sugeriraju da će adolescentske žrtve vjerojatnije otkriti zlostavljanje prijatelju (Tang, 2002). Doživljavanje drugih oblika zlostavljanja, bilo fizičkih ili emocionalnih, također povećava rizik za seksualno

---

<sup>1</sup> CSA – skr. od eng. child sexual abuse

zlostavljanje (Edwards, Holden i Felitti, 2003). Majčina historija CSA također je faktor rizika za seksualno zlostavljanje kćeri, što je navelo neke na nagađanje da postoji međugeneracijski prijenos rizika kroz psihološke ili okolinske faktore (Sullivan i Knutson, 2000). Nadalje, kada majka ima historiju seksualnog zlostavljanja i korištenje droga, istodobna pojavnost ova dva faktora rizika značajno povećava rizik da će njezino dijete biti žrtva seksualnog zlostavljanja (McCloskey i Bailey, 2000).

U istraživanjima se došlo i do zanimljivog podatka, a to je da osobe koje su počinitelji seksualnog nasilja nad maloljetnicima dobivaju kraće kazne ukoliko se radi o nasilju nad adolescentima, tj. djecom od 12-17 godina, odnosno kazne za počinitelje su veće ukoliko je riječ o djeci koja imaju 12 godina ili manje. Ovo ukazuje na to da, iako bi se počinitelji za ovo kazneno djelo trebali tretirati na isti način, ipak ljudi imaju tendenciju da adolescente smatraju sposobnijim za razumijevanje seksualnih odnosa, posljedično im pripisuju veću odgovornost i krivicu. Međutim, adolescenti trebaju podršku kao i djeca. Na kraju postavlja se pitanje, kako će onda adolescenti posmatrati sebe u tom procesu kada vide da nemaju podršku od strane odraslih?! (Chong i Connolly, 2015; Giroux, Chong, Coburn i Connolly, 2018).

#### *2.1.5. Medicinska trauma*

Iskustvo bolesti i hospitalizacije izaziva veliku psihološku uznemirenost i jedan je od najtežih događaja koje ljudi mogu doživjeti u svom životu (Hughes, 2001). Pedijatrijski medicinski traumatski stres odnosi se na skup psiholoških i fizioloških reakcija djece i njihovih porodica na bol, ozljedu, ozbiljnu bolest, medicinske postupke i invazivna ili zastrašujuća iskustva liječenja. Medicinska trauma može se pojaviti kao odgovor na jedno ili više medicinskih iskustava (NCTSN, 2016).

Djeca su zbog kognitivnih i emocionalnih ograničenja i ovisnosti o drugima posebno osjetljivi na stresore koji su uključeni u prilagođavanje njihovom stanju bolesti i hospitalizaciji (Sartain, Clarke i Heyman, 2000). Svi oni koji se bave dobrobiti djece nastoje minimalizirati društvene i emocionalne posljedice hospitalizacije u djetinjstvu.

Kada se razbole, potrebna im je podrška porodice više nego ikad, jer njihove ograničene vještine suočavanja i emocionalni resursi nisu “osmišljeni” za suočavanje s ogromnim fizičkim i emocionalnim stresom tokom hospitalizacije (Boyd i Hunsberger, 1998). Mlađa djeca su posebno pogođena i veća je vjerojatnost da svoju nelagodu zbog bolesti i hospitalizaciju povezuju s razumljivim pojmovima kao što su odsustvo od kuće i razdvajanje od roditelja. Bolest i hospitalizacija su traumatični, izazivaju anksioznost i mogu dovesti do prolaznih ili dugoročnih poremećaja u ponašanju i mentalnom zdravlju ili psihološkom funkcioniranju djece. Procjene učestalosti emocionalnih problema koje proizlaze iz bolničkog iskustva variraju od 10% do 30% za teške psihološke tegobe do čak 90% za laganu emocionalnu uznemirenost kod hospitalizirane djece (Hägglöf, 1999).

Djeca, zbog svoje ograničene zrelosti i životnog iskustva, ne mogu adekvatno zaključiti prave uzroke njihove hospitalizacije i umjesto toga mogu tumačiti svoju hospitalizaciju kao kaznu za nešto što su učinili pogrešno. Tvrdi se da hospitalizacija može biti životna kriza za djecu, što može dodatno istaknuti i pogoršati njihovo iskustvo straha, usamljenosti i frustracije. Može se reći da za neku djecu kriza koja, ako nije pravilno savladana, može rezultirati blokiranjem ili izobličenjem u procesu razvoja, a može biti i izuzetno štetna za njihov osjećaj identiteta i samopoštovanja (Yeh, 2001). Jedan od najtežih događaja za djecu je hirurški zahvat čak i ako je riječ o manjoj i rutinskoj proceduri (Hägglöf, 1999). Istraživanja su pokazala da kod djece i adolescenata povišena razina predoperativne anksioznosti povećava mogućnost negativnih psiholoških posljedica tokom cijelog oporavka, kao što su stalna tjeskoba, anksioznost zbog separacije, problemi sa spavanjem, noćne more, razdražljivost i agresivnost (Rattray, Johnston i Wildsmith, 2005). Biti samo u krevetu za djecu, bez obzira koliko dugo, može biti shvaćeno kao kazna. Česta je pojava da hronično bolesna djeca pate od dodatne tjeskobe i dugotrajnih problema s prilagodbom, jer često zaostaju za svojim uobičajenim rutinama i aktivnostima koje im pomažu u daljnjem razvoju životnih i emocionalnih kompetencija. Na primjer, oni često izražavaju tugu i anksioznost zbog toga što su propustili školu i imaju ograničene šanse za druženje sa svojim prijateljima i vršnjacima (Angström-Brännström, Norberg i Jansson, 2008).



Prilika za shvatanje i učenje o svijetu kod djece koja su hospitalizirana je ograničena. Kada se igraju, a neka djeca se rijetko uključuju u igranje igara, te su igre više individualne, te se djeca često osamljuju. S druge strane igranje igrica je važan mehanizam suočavanja djece sa stresnim okolnostima, te igra može ublažiti tjeskobu (Gariépy i Howe, 2003).

Odgovori djece na medicinsku traumu uglavnom su više povezani s njihovim subjektivnim iskustvom koje je vezano za medicinski kontekst i događaje tokom hospitalizacije, a ne s njegovom objektivnom ozbiljnošću. Nedavni empirijski podaci ukazuju da su negativni efekti hospitalizacije na djecu bili jači kada roditelji nisu prisutni, ili kada su roditelji bili izrazito zabrinuti i nisu bili u stanju mirno odgovoriti na hospitalizaciju djeteta (Shields, 2001). Reakcije se razlikuju po intenzitetu i mogu biti prilagodljive ili mogu narušiti funkcioniranje. Većina pedijatrijskih pacijenata i njihovih porodica su otporni i dobro funkcionišu (NCTSN, 2016).

#### *2.1.6. Smrt bliske osobe kao traumatsko iskustvo za djecu i adolescente*

Često možemo čuti odrasle ljude kako se pitaju da li trebaju djetetu reći za smrt njegovog bližnjeg ili je bolje prešutjeti i ne reći odmah istinu. Početkom 2019. godine, tačnije 10.01.2019. u bazenu hotela Terme, utopio se sedmogodišnji dječak. On je došao na Dječji nogometni turnir u Sarajevu, a na samom turniru učestvovalo je više od 200 ekipa različitog uzrasta. Pored ove velike tragedije organizatori i ostali prisutni pitali su se da li trebaju prekinuti Turnir ili ga nastaviti, da li ostaloj djeci saopštiti vijest o smrti njihovog druga i kako bi to utjecalo na njih. Prema informacijama iz medija odlučeno je da se Turnir nastavi (N1, 2019).

Ovakvi događaji nikoga ne ostavljaju ravnodušnim i sasvim je razumljiva zabrinutost zbog posljedica koje oni mogu ostaviti na djecu i mlade. Upravo ove situacije ukazuju na potrebu za stručnjacima koji su educirani u području psiholoških kriznih intervencija, a koji bi trebali biti prisutni u svim područjima rada. Ova potreba naročito dolazi do izražaja u organizacijama koje rade s djecom. Psihološke krizne intervencije

podrazumijevaju akcije pružanja podrške ljudima da ponovo steknu osjećaj kontrole, te da se smanji osjećaj bespomoćnosti (Arambašić, 2000). U knjizi Arambašić (2000) se također navodi da ustanove ili organizacije koje rade s djecom trebaju imati osposobljen tim za krizne intervencije, a koji će upoznati osoblje sa posljedicama kriznih situacija, te pripremiti plan za provedbu kriznih intervencija.

Govoreći o djeci i adolescentima koji dožive gubitak, postoje mladi koji žaluju, ali koji istovremeno ne moraju imati simptome psihološkog stresa ili depresivnosti. Također, postoje i oni kojima je, nakon doživljenog traumatskog iskustva, dovoljna podrška njihovih najbližih, tj. podrška okoline (Harrison i Harrington, 2001). Većina djece prevladava gubitak roditelja tokom djetinjstva bez da se suoči s povećanim problemima mentalnog zdravlja, smanjenim funkcionalnim ograničenjima ili većom potrebom za stručnom podrškom tokom odrasle dobi (Stikkelbroek, Prinzie, de Graaf, ten Have i Cuijpers, 2012).

Smrt ima četiri odvojena pojma koja djeca moraju razumjeti; *univerzalnost*, *nepovratnost*, *nefunkcionalnost* i *uzročnost*. Univerzalnost se postiže kada dijete shvati da će sva živa bića umrijeti. Djeca u dobi od dvije do šest godina vide smrt kao reverzibilnu i privremenu, tj. nemaju sposobnost da shvate ireverzibilnost, trajnost smrti. Neka djeca vjeruju da je smrt jednaka dubokom snu, ustaljeno viđenje smrti u ovom uzrastu je i da je smrt "čarobna", te da se mrtva osoba može probuditi ili ponovno "spojiti". Djeca mogu dovoditi u pitanje nefunkcionalni koncept smrti i mogu se zapitati kako se njihova voljena osoba osjeća sad kad je zakopana ili kako će pokojnik dobiti hranu ili kada će doći da se igra s njima. Uzročnost smrti traži od djeteta da shvati koji procesi uzrokuju ili vode do smrti. Većina djece mlađe od 5 godina vjeruje da su njihovi članovi uže porodice imuni na smrt. Ovaj koncept je nerazumljiv u ovoj dobi, stoga ne treba siliti djecu da ga shvate prije nego li su kognitivno spremni za to (Machajewski i Kronk, 2013). Već između pete i šeste godine većina djece može shvatiti konačnost smrti, a do devete godine skoro sva djeca je razumiju, s tim da postoje ostaci čarobnog razmišljanja (da je sišao neko s neba i uzeo baku). Obzirom da je za ovu fazu, tačnije do 5 godine, karakterističan egocentizam, djeca mogu vjerovati da su ona kriva za smrt voljene osobe i potrebno ih je uvjeriti da nisu uzrokovali smrt. Djeca od devet do dvanaest godina žele da saznaju šta se fiziološki događa

s tijelom, tj. žele činjenice, ali još uvijek mogu vjerovati da su svojim mislima uzrokovali smrt voljene osobe. Adolescenti su sposobni za apstraktno razmišljanje i mogu da shvate pojam smrti, ali još uvijek nemaju dovoljno resursa za adekvatno suočavanje, te im je potrebna podrška (Machajewski i Kronk, 2013).

U istraživanju koje su proveli Harrison i Harrington (2001) učestvovalo je 1746 učenika. Oni su proučavali učestalost pojedinih vrsta gubitaka i njihov utjecaj na djecu i mlade dobi od 11- 16 godina u Velikoj Britaniji. U posljednjih pet godina gubitak se najčešće odnosio na smrt bake/djeda (31%), ujne/ujaka ili strine/stričeva (13,5 %), bliskih rođaka (11,7%), bliskih prijatelja (7,7%), braće i sestara (1%) i roditelja (1,9%). Ovo istraživanje je pokazalo da je broj mladih koji nisu doživjeli smrt značajne druge osobe u manjini. Otkriveno je da je gubitak roditelja ili bliskog prijatelja bio povezan s simptomima depresije, ali da su depresivni simptomi povezani i sa drugim smrtnim slučajevima kao što su smrt bake i djeda.

Istraživanja životnog toka pokazala su da su traumatski događaji, kao što je smrt roditelja, posebno teški i ometajući kada se pojave rano u životu osobe (Kuh i Ben-Shlomo, 2002). Djeca su naročito osjetljiva na smrt roditelja u periodu kakvo je predškolsko doba. Tako npr. neurobiološke studije sugeriraju da je rano djetinjstvo osjetljivo razdoblje u kojem hronični stres može utjecati na razvoj mozga na takav način da poveća rizik od depresije u odrasloj dobi (Kaufman i Charney, 2001). Roditeljska smrt može dovesti do emocionalnih problema i problema u ponašanju, anksioznosti zbog separacije i psihijatrijskih poremećaja (Bowlby, 1970; prema Rostila, 2015). Nakon što djeca izgube brata ili sestru reakcije su slične reakcijama koje djeca pokazuju nakon smrti roditelja, ali imaju manji intenzitet, trajanje i imaju dugoročne posljedice. Djetinjstvo koje je preživjelo traumatsku ili neočekivanu smrt brata ili sestre također bi trebalo smatrati visokim rizikom za komplicirano tugovanje i možda za posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) (Torbic, 2011). Djeca od 5-9 godina mogu pokazivati fizičke znakove tuge, kao što su glavobolja, bol u trbuhu, enureza, poremećaj spavanja ili poremećaj prehrane. Pored toga, djeca koja su izgubila brata ili sestru razlikuju se od svojih vršnjaka zbog povećanog osjećaj usamljenosti; uistinu se osjećaju kao da će uvijek biti sami na svijetu. Preživjeli od braće i

sestara ovog doba mogu izgledati tužni, nesretni i, ponekad, depresivni, mogu pokazivati i strah za vlastiti život. Dok muškarci teže agresivnom ponašanju, djevojčice pokazuju internalizirana ponašanja (sramežljive su) (Nolbris i Hellstrom, 2005).

### 2.1.7. Vršnjačko nasilje i elektronsko nasilje kao traumatsko iskustvo (eng. *bullying i cyberbullying*)

Buling<sup>2</sup> je ponašanje koje ima za namjeru da povrijedi drugu osobu, tako što će joj se upućivati ružne riječi, zvati je pogrdnim imenima, udarati je, ogovarati je, prijetiti joj ili je sabotirati. Također, može uključivati i šamaranje, tišinu kada se osoba pojavi, čudne zvukove koje drugi ispuštaju ili neverbalne pokrete (pokazivanje rukama ili prstima na osobu, imitiranje njenog hodanja), ponižavanje, slanje tekstualnih poruka, izoliranje, ignorisanje, manipuliranje, prevare, seksualno nasilje. (Hinduja i Patchin, 2009). Može se odvijati bilo gdje, kod kuće, u školi, na internetu.

Školsko nasilničko ponašanje definira se kao agresivan, namjerni skup radnji koje učenik ili skupina učenika ponavljaju protiv drugog učenika koji se ne može braniti zbog neravnoteže moći. Posljednjih godina priroda vršnjačke agresije adolescenata evoluirala je zbog širenja informacijske i komunikacijske tehnologije i naziva se internetsko zlostavljanje (eng. *cyberbullying*). Hinduja i Patchin (2009) definirali su internetsko zlostavljanje kao namjerno i ponavljano nanošenje štete korištenjem računala, mobitela i drugih elektroničkih uređaja, također uključuje i neravnotežu moći. Što se tiče internetskog zlostavljanja, moguće je praviti dvije osnovne podjele, tj. na *direktno* i *nedirektno*. O direktnom internetskom zlostavljanju govorimo kada internetski nasilnik usmjerava elektroničke komunikacije izravno na žrtvu (npr. piše joj poruke, zove je), dok se neizravno internetsko zlostavljanje događa kada nasilnik ne usmjerava elektroničku komunikaciju koja predstavlja nasilje direktno prema žrtvi, nego ih zlostavljač objavljuje na MySpaceu, Facebooku, posebno izrađenom web-mjestu ili blogu, ili nekom drugom javnom području.

---

<sup>2</sup> Bullying (buling) je engleska riječ koja se koristi kao sinonim za označavanje vršnjačkog nasilja ili nasilničkog ponašanja djece prema drugoj djeci. Termin bullying se vrlo često koristi i u našoj literaturi. U francuskom jeziku koristi se izraz harcèlement (uznemiravanje), na danskom jeziku se koristi termin mobning (mobbing), na grčkom Ekfovismos (zastašivanje).

(Langos, 2012). Internetsko zlostavljanje uključuje sljedeća ponašanja: slanje prijetećih ili uvredljivih tekstualnih poruka, stvaranje i dijeljenje neugodnih slika ili videozapisa, trolling - slanje prijetećih ili uznemirujućih poruka na društvenim mrežama, chat sobama ili online igrama, isključivanje djece iz online igara, aktivnosti ili grupa prijateljstva, sramoćenje nekoga na internetu, stvaranje lažnih računa, otmica ili krađa internetskih identiteta kako bi se osramotila mlada osoba ili izazvala nevolje koristeći njihovo ime, slanje eksplicitnih poruka, također poznatih kao sexting, pritisak na djecu da šalju seksualne slike ili sudjeluju u seksualnim razgovorima (Hinduja i Patchin, 2009).

Sažeto, vršnjačko nasilje je:

- “Namjerno, svjesno negativno postupanje;
- S namjerom da se dugi zastraši i/ili povrijedi;
- Nasilnik uvijek ima veću moć od žrtve;
- Ponašanje za koje nema opravdanja” (Sofović i Hačam, 2015).

Juvonen i Graham (2014) navode da je otprilike 20-25% mladih izravno uključeno u nasilje kao počinitelji, žrtve ili kao počinitelj i žrtva u isto vrijeme. U nedavnoj meta-analizi o učestalosti zlostavljanja i internetskog zlostavljanja u različitim kontekstima (Modecki, Minchin, Harbaugh, Guerra i Runions, 2014), s ukupnim uzorkom od 335.519 mladih (12-18 godina), autori su procijenili prosječnu prevalenciju od 35% za tradicionalno nasilje i 15% za sudjelovanje u internetskom zlostavljanju.

Kada govorimo o rezultatima na našem području, Udruženje za prevenciju ovisnosti NARKO-NE i KJU “Porodično savjetovalište” (2016) su proveli istraživanje na uzorku od ukupno 1168 ispitanika (49,7% ženski spol i 50,3% muški spol) u dobi između 13 i 17 godina iz tri kantona: Sarajevski, Srednjobosanski i Zeničko-dobojski. Rezultati su pokazali da njih 99,8% koristi internet, a 72,6 % ima pristup internetu preko svog mobitela, što znači da je teže nadzirati njihovu aktivnost na ovom mediju. Jedan od važnih podataka dobivenih ovim istraživanjem jeste da 62,1% roditelja svojoj djeci ne ograničava vrijeme provedeno na internetu, a čak 30,9% njih ne pokazuju interes za aktivnosti učenika na internetu. Nadalje, 45,6% učenika je izjavilo da je doživjelo neki oblik nasilja na internetu, a najčešće

je riječ o objavljivanju lažnih informacija i kreiranje lažnih profila, te krađa šifre. Svi ovi podaci upućuju na potrebu boljeg razumijevanja teme i detaljnijeg istraživanja.

#### *2.1.8. Masovne traume*

Iskustva masovne traume koja utječu na djecu i adolescente uključuju prirodne katastrofe, ljudske katastrofe (uključujući namjerne, tj. terorizam i nenamjerne katastrofe, hemijske i nuklearne nesreće i ratove). Milioni djece svake godine izloženi su masovnim traumama i izravno i kroz neizravne efekte na porodice, zajednice i društva. Djeca i njihove porodice suočavaju se sa značajnim porastom rata i terorizma kao uobičajene pojave u njihovim životima. Traume su i izravne i neizravne, a mladi su i žrtve i počinitelji nasilja (djeca vojnici). Broj prirodnih katastrofa u cijelom svijetu povećao se više od 4 puta u posljednjih 20 godina. U reprezentativnom uzorku od 2030 djece u dobi od 2-17 godina, 13,9% prijavilo je da je u toku svog života bilo izloženo katastrofi, a 4,1% izjavilo je da je doživjelo katastrofu u posljednjih godinu dana (Chrisman i Dougherty, 2014). Također, izloženost terorizmu sada je svakodnevna prijetnja i sve češća pojava.

### 3. Mogući simptomi i posljedice traumatskih iskustava na pojedine aspekte funkcionisanja djece i adolescenata

#### 3.1. Simptomi i posljedice razvoda braka

Razvod braka je stresan događaj koji utiče na sve članove porodice. U prilog tome ide činjenica da je razvod braka na drugom mjestu na ljestvici stresnih životnih događaja (Holmes i Rahe, 1967). Njegove posljedice mogu biti vrlo vidljive u različitim aspektima života djeteta čiji roditelji se razvode, te mogu utjecati na djetetov psihoemocionalni i tjelesni razvoj.

Istraživanja pokazuju da postoji povezanost između stresnih događaja kojima su ljudi izloženi i simptoma koji se ispoljavaju na tjelesnoj i psihičkoj razini (Kessler, 1997). Stresne situacije zapravo smanjuju otpornost organizma i čine ga osjetljivijim na bolesti (Kessler, Price i Wortman, 1985). Djeca nemaju veliko iskustvo, tako da događaje koji odraslima ne moraju biti stresni, oni mogu proživljavati vrlo intenzivno. U procesu razvoda i nakon njega djeca mogu pokazivati mnogobrojne reakcije prema roditelju od kojeg su odvojena. S jedne strane neka djeca će pokazivati ljutnju, bijes, tugu, razočarenje, dok s druge strane kao odgovor na separaciju može izostati reakcija (Arambašić, 2000; prema Čavarović-Gabor, 2007).

Emocionalne reakcije djece koje se javljaju kada saznaju da se njihovi roditelji razvode prepoznali su Wallerstein i Kelly (1980) i oni navode sljedeće:

- *Strah od napuštanja* - 75% djece se boji za svoju budućnost nakon razvoda.
- *Zabrinutost za roditelje* - kako će roditelji nastaviti živjeti, zabrinuti su za materijalnu sigurnost, preseljenje, promjenu škole.
- *Osjećaj tuge, snuždenosti* - više od trećine djece do 14 godina pokazuje osjećaje depresije, nesanicu, tjelesne tegobe, dok 50% njih mašta o pomirenju roditelja.
- *Osjećaj osamljenosti* - razvod je period kada roditelji su okupirani sobom i problemima, te su djeca uglavnom u tom periodu prepuštena sama sebi.
- *Osjećaj odbačenosti* - najčešće je vezan za onog roditelja koji odlazi i oni mogu misliti da ih on ne voli, odbacuje, ne želi i da nisu vrijedni njegove ljubavi.

- *Sukob lojalnosti* - odnosi se na implicitno ili eksplicitno prisiljavanje djeteta da odabere jednog roditelja, što upućuje na to da drugog roditelja treba odbaciti u većini slučajeva.
- *Bijes i agresija* - više od 30% djece pokazuju agresiju kao glavnu reakciju na razvod, dok 25% djece usmjerava agresiju na roditelja koji je pokrenuo razvod (Wallerstein i Kelly, 1980; prema Čavarović-Gabor, 2007).

Čini se da su djeca s razvedenim roditeljima u nepovoljnom položaju dijelom zbog toga što roditelji u svoje brakove unose svoje rizične osobine (problematične osobine ličnosti, loše socijalne vještine), a dijelom zbog toga što je razvod sam štetan za mnogo djece. Međutim, prosječan procijenjeni učinak razvoda na djecu je umjeren, a ne jak. To je zbog toga što djeca reagiraju na razvod roditelja na različite načine, neka djeca mogu pokazivati jasne znakove neprilagođenosti, a druga ne moraju (Amato, 2014).

Negativni efekti razvoda braka na djecu su očiti, on može da utiče kratkoročno na dijete, ali također, može ostaviti i dugoročne posljedice, koje će se manifestovati i u odrasloj dobi. Razvod braka za djecu može imati i pozitivne ishode kao npr. u slučaju kada je u porodici sukob između supružnika prisutan često, te razvodom djeca više nisu izložena svakodnevnim svađama (Lacković-Grgin, 2000; prema Buljan-Flander, Štimac i Špoljar-Ćorić, 2013). Međutim, prema Amato (2001) razvod ima pozitivne posljedice za manji broj djece, dok su češće negativne posljedice. Način na koji će djeca shvatiti razvod ovisi o njihovoj dobi, ali i o trudu koji roditelji ulaže da im objasne šta se događa njihovoj porodici. U nastavku će biti prikazana istraživanja koju dokumentiraju koje su to moguće, ali ne i nužne, kratkoročne i dugoročne posljedice kod djece i adolescenata.

Jedan od najkonzistentnijih rezultata kada se govori o *kratkoročnim posljedicama razvoda braka* jeste nisko samopoštovanje djece i adolescenata (Lacković-Grgin, 2000; prema Buljan-Flander, Štimac, Špoljar-Ćorić, 2013). Pored toga prisutne su i poteškoće u međuljudskim komunikacijama, u školi, unutar porodice i među vršnjacima (Carr, 1999; prema Čavarović-Gabor, 2007). Nadalje, dolazi do promjene u percepciji sebe i svoje porodice (Winstock, Sherer i Enosh, 2004; prema Čavarović-Gabor, 2007). Kada se govori o spolu, više istraživanja je pokazalo da dječaci češće reagiraju ljutnjom i agresijom, dok djevojčice, s druge strane, pokazuju znakove emocionalne uznemirenosti i internalizacijom



problema, kao što je npr. samookrivljanje (Winstock, Sherer i Enosh, 2004; prema Čavarović-Gabor, 2007).

Veliki broj istraživanja ispitivao je razlike između djece čiji su roditelji razvedeni i djece čiji roditelji nisu razvedeni. Na primjer, Rodgers i Pryor (1998; prema Amato, 2014) uspoređivali su studije iz Engleske, Kanade, Australije i Novog Zelanda. Istraživanja su pokazala da djeca s razvedenim roditeljima, u usporedbi s djecom čiji su roditelji u braku, pokazuju više problema u ponašanju, imaju više emocionalnih problema, niže rezultate na akademskim testovima, kao i niže školske ocjene, te imaju više problema u duštvenim odnosima. Razvoj je također povezan i sa slabijim emocionalnim odnosima s roditeljima, naročito s očevima (Amato, 2014).

Mnogobrojne evropske i američke studije istraživale su uticaj visokokonfliktnih razvoda brakova na djecu, te su skoro sve dosljedno pokazale da djeca s rastavljenim roditeljima imaju u prosjeku slabije rezultate od djece čiji su roditelji u braku, misleći pri tome na obrazovna postignuća, psihološke probleme, upotrebu cigareta, narkotika, češća kriminalna i druga rizična ponašanja (Amato, 2014).

Neka istraživanja upućuju na *dugoročne posljedice razvoda* roditelja koje sežu i do odrasle dobi. Osobe koje su doživjele razvod roditelja, u odnosu na pojedince čiji roditelji su u braku, dobivaju manje obrazovanja, imaju manje prihode, veću vjerovatnoću da imaju vanbračnu djecu, veći rizik da postanu depresivni i imaju slabije fizičko zdravlje (Dronkers i Härkönen, 2008; Wagner i Weiß, 2006). Uočeno je i da su pojedinci koji su doživjeli rastavu braka i sami prijavili više problema u vlastitim brakovima i veća je vjerovatnoća da će njihovi brakovi također biti prekinuti (Rodgers i Pryor, 1998; prema Amato, 2014). Također, primjećen je trend kod djece s razvedenim roditeljima da vide kako njihovi brakovi također završavaju razvodom (međugeneracijski prenos razvoda), a prikazan je u zemljama kao što su Belgija, Češka, Finska, Njemačka, Grčka, Litva, Nizozemska, Švedska, Švicarskoj i Ujedinjenoj Kraljevini (Dronkers i Härkönen, 2008; Wagner i Weiß, 2006).

### 3.1.1. Otuđenje od roditelja (eng. Parental alienation, PA)

Otuđenje od roditelja (PA) je izraz koji se koristi u situacijama kada dijete ili adolescent ne želi da bude u kontaktu s jednim roditeljem, dok prema drugom roditelju pokazuje jaku sklonost tokom visokokonfliktnih razvoda. Izbjegavanje roditelja samo po sebi, bez dodatnih faktora naziva se odbijanje posjeta ili otpor (eng. visitation resistance or refusal, VRR). Za PA se smatra da je prisutan onda kada dijete ne može dati racionalno objašnjenje za odbijanje kontakta s roditeljem kao što je npr. fizičko zlostavljanje i kada se smatra da je preferirani roditelj nagovorio dijete da izbjegava kontakt s drugim roditeljem govoreći i izražavajući negativna uvjerenja o njemu. Ako su potkrepljene tvrdnje o zlostavljanju, onda se odbijanje roditelja ne smatra PA. U uvjetima PA, preferirani roditelj koji je uvjerio dijete da izbjegava drugog roditelja naziva se "otuđivač" (eng. alienator) ili "patogeni roditelj" (eng. pathogenic parent), nepreporučeni roditelj se naziva "ciljani roditelj" (eng. targeted parent), a proces uvjeravanja djeteta da izbjegava drugog roditelja naziva se "otuđenje" ili "ispiranje mozga". VRR je šira kategorija od PA i poželjnije je nju koristiti u slučaju kada ne postoji dovoljno informacija. Skupinu kognitivnih i emocionalnih simptoma za koje kažu da ih pokazuju djeca koja se odupiru ili odbijaju kontakt s nepreporučenim roditeljima stručnjaci nazivaju *sindrom otuđenja od roditelja* (eng. parental alienation syndrome, PAS). Opći pojam za intervencije koje su osmišljene za liječenje i rješavanje VRR je "Terapija ponovnog ujedinjavanja" (eng. reunification therapy) (Warshak, 2010). Većina terapija ponovnog ujedinjenja obuhvata sedmične posjete djeteta, djeteta i roditelja, djeteta i oba roditelja, s tim da ne uključuje promjenu skrbništva, ali može uključivati prisilni kontakt s nepreporučenim roditeljem. Ovo se radi zbog vjerovatnoće da djeca mogu doživjeti iskrivljenje putanje emocionalnog razvoja koji može kulminirati narcističkim tendencijama u odrasloj dobi (Summers i Summers, 2006) i zbog problema koji su povezani s nedostatkom kritičkom mišljenja (Warshak, 2010). Richard Gardner je uveo pojmove PA i PAS na temelju kliničkih opažanja (Gardner, 1999) i prema njemu simptomi PAS-a koji ukazuju na njegovu prisutnost su:

- *Kampanja uvreda i klevetanja* (djeca često govore kako mrze drugog roditelja, kako se nikada s njim nisu lijepo slagala);

- *Slabe, apsurdne ili neozbiljne racionalizacije negodovanja* (kada trebaju objasniti zašto ne žele da provode vrijeme i s drugim roditeljem, djeca imaju slaba i apsurdna obrazloženja kao npr. ne želi ići kod oca jer otac nema dobar mobitel kao majka);
- *Smanjenje ambivalentnosti prema patogenom roditelju* (djeca roditelja koji je otuđivač smatraju savršenim i bez mana);
- *Fenomen "nezavisnog mislioca"* (javlja se kada djeca tvrde da oni sami donose odluku da se loše ponašaju prema ciljanom roditelju, da ga izbegavaju i sl., te negiraju da bilo ko vrši uticaj na njih);
- *Refleksivna podrška patogenom roditelju u roditeljskom sukobu* (dijete odbija saslušati drugog roditelja pri roditeljskim sukobima, uvijek staje na stranu patogenog roditelja);
- *Nepostojanje krivnje zbog okrutnosti i / ili iskorištavanja otuđenog roditelja;*
- *Prisutnost posuđenih scenarija* (djeca koriste izraze koje ne razumiju, govore fraze koje su identične onima koje koristi patogeni roditelj);
- *Širenje animoziteta prema prijateljima i/ili proširenoj porodici otuđenog roditelja* (Gardner, 1999; Hajnić, 2014).

### 3.2. Simptomi i posljedice fizičkog zlostavljanja

#### *Tjelesni indikatori*

Kada se govori o znakovima fizičkog zlostavljanja oni su najčešće vidljivi na koži. Potrebno je praviti razliku između povreda koje su nastale slučajno i onih koje su namjerno nanesene. One se razlikuju prema položaju ozljede, prisutnosti više ozljeda različite starosti, izostanak promjena na koži kada se dijete izdvoji iz sredine u kojoj živi, boji i obliku (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003). Kada se radi procjena tjelesnog zlostavljanja djeteta treba uzeti u obzir dob i razvojne sposobnosti djeteta, ozljedu koja je zadobivena, adekvatnost ponuđenog objašnjenja i kliničke nalaze (Glick, Lorand i Bilka, 2016). Dijete ili adolescent može izravno iznijeti informacije o zlostavljanju ili neizravno aludirati na zlostavljanje, na primjer „Znam nekoga koga je otac udario preko lica“ (Glick, Lorand i Bilka, 2016).

- *Modrice* - one se mogu pojaviti na licu, leđima, nogama, genitalijama i rukama. Modrice mogu oblikovati instrument koji se koristi za nanošenje ozljede, na

primjer: ruka ili otisci prstiju. Klasteri modrica i modrice raznih boja mogu ukazivati na ponovljeno zlostavljanje, iako je teško odrediti modricu prema boji. Ozljeđe na bebama i maloj djeci trebaju biti zabrinjavajuće.

- *Frakture/prijelomi* - svaka fraktura djeteta mlađeg od dvije godine treba biti zabrinjavajuća. Frakture se često ne mogu otkriti bez snimanja, iako dijete može imati otečeni zglobov.
- *Opekline* – su vrlo čest način zlostavljanja. One čine oko 10% povreda zlostavljane djece, posljedično uzrokuju smrtnost čak do 30%. Uključuju željezo, roštilj, opekotine od cigareta. Ostale vrste opekline uključuju opekotine s kipućom vodom, uljem ili plamenom
- *Abdominalne ozljede* - Poderana jetra ili slezena ili puknuće crijeva mogu biti prisutni bez ikakvih vanjskih znakova, tj. bez modrica na trbušnom zidu. Znakovi su bol, povraćanje, nemir i temperatura.
- *Ozljeđe glave ili mozga* - možda nema vanjskih znakova da su te ozljede prisutne. Obično uključuju subduralni hematoma i druge ozljede mozga koje mogu dovesti do trajnog oštećenja mozga; oštećenje uzrokovano trešenjem; odsutnost kose, što može biti posljedica čupanja za kosu.
- *Ogrebotine na glavi, licu i ustima*
- *Ljudski tragovi ugriza.*
- *Historija ponovljenih ozljeda.*
- *Bilo kakva ozljeda vrlo male bebe* (Buljan- Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003; Glick, Lorand i Bilka, 2016; Armitag, 1994; prema SECASA, 2019)

Treba imati na umu to da će djeca skrivati svoje povrede jer ih se stide, te da će nalaziti mnogobrojna opravdanja za njih.

Postoji potreba za zabrinutošću i sumnjom da je u pitanju fizičko zlostavljanje ukoliko:

- Mjesto, priroda ili opseg ozljede ne odgovaraju objašnjenju.
- Djetetova dob ili razvojni stadij nisu u skladu s vrstom ozljede. Ozbilnost ili vrsta same ozljede je zabrinjavajuća (Glick, Lorand i Bilka, 2016).

### *Bihevioralni indikatori*

Ponekad ponašanje djeteta može biti znak da nešto nije u redu. Bihevioralni pokazatelji moraju se tumačiti s obzirom na razinu funkcioniranja i razvojne faze pojedinog djeteta. U nastavku je prikaz bihevioralnih indikatora (Armitag, 1994; prema SECASA, 2019):

- Dijete je neobično oprezno s tjelesnim kontaktom s odraslima;
- Čini se da je dijete pretjerano uplašeno od roditelja ili druge odrasle osobe;
- Dijete ne pokazuje emocije kada je povrijeđeno;
- Dijete nudi nevjerojatna objašnjenja ozljeda;
- Dijete je uobičajeno odsutno iz škole bez objašnjenja. Roditelj/staratelj možda zadržava dijete kod kuće dok fizički dokazi o zlostavljanju ne nestanu;
- Dijete nosi neodgovarajuću odjeću s dugim rukavima u vrućim danima (da sakrije modrice ili druge ozljede);
- Dijete može biti pretjerano popustljivo, sramežljivo, povučeno, pasivno i nekomunikativno;
- Dijete može biti hiperaktivno, agresivno, razorno i destruktivno prema sebi i drugima;
- Dijete pokazuje regresivno ponašanje, kao što je mokrenje u krevet.

Ostali pokazatelji ponašanja, koji mogu biti češći kod adolescenata nego kod mlađe djece, uključuju:

- bježanje;
- kriminalno ponašanje;
- zloupotreba droga.

Adolescent može izgledati kao da potpuno odbacuje druge ili nema povjerenja u svijet (Armitag, 1994; prema SECASA, 2019).

Posljedice zlostavljanja su dugotrajne, utječu na cijeli život i ostavljaju tragove na funkcioniranje, uspjeh, neuspjeh, na razvoj individualnosti.

Kada se govori o *kratkoročnim efektima* oni uključuju neposrednu bol, patnju i medicinske probleme (u nekim slučajevima smrt uzrokovanu tjelesnim ozljedama), ljutnju, neprijateljstvo, strah, tjeskobu, osjećaj poniženosti, sniženo samopoštovanje i nemogućnost izražavanja osjećaja, samodestruktivno ponašanje, hiperaktivnost (Armitag, 1994; prema SECASA, 2019). Djeca koja su fizički zlostavljana pokazuju probleme u ponašanju, skloniji su agresiji i fizičkom rješavanju sukoba u odnosu na djecu koja nisu zlostavljana. Također, oni pokazuju veće probleme u komunikaciji i nesigurnost koju rješavaju agresijom, često potisnutom agresijom (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003, str. 49).

U Tabeli 2 su prikazani dugoročni efekti fizičkog zlostavljanja na različite aspekte funkcionisanja djece i adolescenata (tabela je formirana na osnovu pregleda istraživanja Boden, Horwood i Fergusson, 2007; Afifi, Enns, Cox i Asmundson, 2008; McHolm, MacMillan i Jamieson, 2003; Widom, 1989; Lewis, Leeb i Kotch, 2007; Armitag, 1994; prema SECASA, 2019).

Važno je prepoznati da je ključ u tome kako se živi nakon zlostavljanja. Djeca će imati značajno bolju prognozu u pogledu zdravog razvoja ukoliko se izdvoje iz porodice u kojoj su bila žrtva zlostavljanja (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003, str. 49).

Tabela 2

*Povezanost fizičkog zlostavljanja sa različitim ishodima*

	<b><i>Dugoročni ishodi fizičkog zlostavljanja</i></b>
<i>Obrazovna postignuća</i>	Smanjene razine obrazovnih postignuća kod odraslih osoba koje su bile fizički ili seksualno zlostavljane, npr. 6-10% zlostavljane djece postiglo je fakultetsku diplomu u usporedbi sa 28% onih koji nisu zlostavljani (Boden, Horwood i Fergusson, 2007).
<i>Mentalno zdravlje</i>	Djeca koja su prošla kroz fizičko zlostavljanje ili još uvijek prolaze češće pokazuju interalizirana ponašanja kao što su (anksioznost, depresija) i eksternalizirana (agresija i acting-out), poremećaje u interpersonalnim odnosima, udvostručenje rizika od pokušaja samoubistva (rizik se povećava sa ponovljenim zlostavljanjem i svjedočenjem nasilju), zapažene su značajne povezanosti s PTSP-om i dijagnozama paničnog poremećaja (Afifi, Enns, Cox i Asmundson, 2008; McHolm, MacMillan i Jamieson, 2003).
<i>Slika o sebi</i>	Osobe koje su zlostavljane, sebe u kasnijem životu vide u negativnom svjetlu, bez samopouzdanja, imaju poteškoće vezane za komunikaciju i povjerenje. Ovakvi neprilagođeni obrasci nisu samo posljedica zlostavljanja, nego i samog života s roditeljima koji nemaju uspostavljene kvalitetne socijalne odnose s okolinom (Boden, Horwood i Fergusson, 2007).
<i>Rizična ponašanja</i>	Fizičko zlostavljanje ili zanemarivanje u dobi djetinjstva povećava vjerovatnost uhićenja kao maloljetnika (31% uhvaćeno vs. 19% kontrolne grupe), a u odrasloj dobi (48% vs. 36%) (Widom, 1989). Za djecu koja su bila fizički ili seksualno zlostavljana povećana je vjerojatnost da nose oružje u adolescenciji nego za zanemarenu djecu, zbog uočene potrebe za vlastitom zaštitom (Lewis, Leeb i Kotch, 2007), ovisnost o drogi ili alkoholu (Armitag, 1994; prema SECASA, 2019)

*3.3. Simptomi i posljedice psihičkog zlostavljanja/zanemarivanja djece i adolescenata*

Bebe i predškolska djeca koja su psihički zlostavljana ili zanemarena:

- Mogu biti previše ljubazni prema strancima ili ljudima koje dugo ne poznaju;
- Nemaju povjerenja ili postaju oprezni ili uznemireni/anksiozni;
- Čini se da nemaju bliske odnose s roditeljem, npr. kada se dovode ili odvođe iz vrtića itd;
- Mogu biti agresivni prema drugoj djeci i životinjama.

Starija djeca i adolescenti:

- Mogu koristiti izraze, raditi neke stvari ili znati o stvarima za koje ne biste očekivali da će znati ako se uzme u obzir njihova dob;
- Bore se sa sobom kako bi kontrolirali jake emocije ili ekstremne ispade;
- Čine se izoliranim od svojih roditelja;
- Nemaju socijalne vještine ili imaju malo prijatelja, ako ih uopšte imaju (NCTSN, 2016).

Posljedice psihičkog/emocionalnog zlostavljanja djeteta mogu biti poražavajuće i dugotrajne, a uključuju: povećani rizik za doživotnu depresivnost, otuđenost, anksioznost, nisko samopoštovanje, neprikladne ili problematične odnose ili nedostatak empatije. Istraživanja također pokazuje da emocionalno zlostavljanje može biti snažniji prediktor psiholoških, emocionalnih i poremećaja u ponašanju i trauma nego fizičko zlostavljanje (Glessner, 2002). Djeca koja su emocionalno zlostavljana mogu češće pokazuju rizična ponašanja kao što su krađa, maltretiranje i bježanje od kuće ili škole. Emocionalno zlostavljanje može povećati rizik od razvijanja problema mentalnog zdravlja, poremećaja prehrane ili može dovesti do samoozljeđivanja (Cui i Liu, 2018). Tinejdžeri koji su emocionalno zlostavljani tokom dužeg vremenskog razdoblja imaju veću vjerovatnost samoozljeđivanja i doživljavanja depresije nego djeca koja nisu emocionalno zlostavljana (Shaffer, Yates i Egeland, 2009). Emocionalno zlostavljanje može ograničiti djetetov emocionalni razvoj, uključujući njihovu sposobnost da osjećaju i izražavaju cijeli niz emocija na odgovarajući način, te da kontroliraju svoje emocije. Uz to, djeca koja odrastaju u domovima u kojima se neprestano kritiziraju i omalovažavaju mogu iskusiti probleme samopouzdanja i ljutnje.

Nadalje, ukoliko ne dobiju ljubav i brigu koja im je potrebna od svojih roditelja, teško će moći razviti i održavati zdrave odnose s drugim ljudima kasnije u životu. Odrasli koji su emocionalno zlostavljani kao djeca imaju znatno niže zadovoljstvo životom i višu razinu depresije i zdravstvenih problema u usporedbi s onima koji su doživjeli drugačiji oblik zlostavljanja djece (Gavin, 2011). Djeca mogu pokušati natjerati ljude da ih ne vole, što se naziva samoizolirajućim ponašanjem. Neka istraživanja također su pokazala vezu



između emocionalnog zlostavljanja i poremećaja nedostatka pažnje. Također, moguće je da će žene koje su bile meta rane kritike i neprijateljstva od strane svojih roditelja vjerojatnije pokazati slična verbalna ponašanja u svojim romantičnim vezama (Milletich i Kelley, 2010).

### *3.4. Simptomi i posljedice koje mogu pokazivati djeca i adolescenti koji su doživjeli seksualno zlostavljanje*

Postoje neki dokazi koji upućuju na to da bi neprikladno seksualno znanje i emocionalne reakcije mogli biti specifičniji markeri za CSA među malom djecom (Brilleslijper-Kate i sar., 2004; prema Keeshin i Corwin, 2011). Kada djeca uče o seksu i seksualnosti u kontekstu snažnog emocionalnog iskustva kao što je CSA, seksualnost postaje dio njihove baze znanja. Neki od simptoma mogu biti:

Fizički pokazatelji:

- Istrgnuta, umrljana ili krvava donja odjeća;
- Modrice, posjekotine, crvenilo, oteklina ili krvarenje u genitalnom, vaginalnom ili analnom području;
- Krv u urinu ili stolici;
- Spolno prenosive bolesti;
- Neobičan ili pretjeran svrab ili bol u genitalnom ili analnom području.

Bihevioralni pokazatelji:

- Neprikladna spolna igra s igračkama, samim sobom, drugima
  - Bizarno, sofisticirano ili neobično seksualno znanje
  - Komentari poput "Imam tajnu" ili "Ne sviđa mi se ujak"
  - Strah od određenih mjesta, npr. spavaće sobe ili kupaonice
- Za djecu
- Poremećaji u prehrani
  - Promiskuitet ili prostitucija
  - Koristi mlađu djecu u seksualnim radnjama
  - Pokušava učiniti sebe neatraktivnim što je više moguće
- Za stariju djecu i adolescente

(Anthea Simcock, 2010; prema Child Matters, 2019)

Zajednički pokazatelji za djecu i adolescente:

- Povećanje noćnih mora i/ili drugih poteškoća sa spavanjem;
- Povučeno ponašanje i/ili ljuti ispadi;
- Anksioznost i depresija;
- Ne žele biti ostavljeni sami s određenom osobom/osobama;
- Dijete bi moglo govoriti o svom tijelu kao o “povrijeđenom” ili “prljavom” (Putnam, 2003).

Identificirano je mnoštvo negativnih posljedica za CSA, kao što je depresija (Amado, Arce i Herraiz, 2015), posttraumatski stresni poremećaj (Carey, Walker, Rossouw, Seedat i Stein, 2008), pokušaj ili izvršeno samoubistvo (Lindert, Ehrenstein, Grashow, Gal, Braehler i Weisskopf, 2014). Velika studija na američkim odraslim osobama (N = 34.000) identificirala je CSA kao snažan prediktor pokušaja samoubistva (Pérez-Fuentes, Olfson, Villegas, Morcillo, Wang i Blanco, 2013).

Emocionalne i bihevioralne posljedice uključuju depresiju, tjeskobu, samoubilačke ideje i pokušaje, nisko samopoštovanje, poteškoće sa spavanjem, agresivnost, međuljudske teškoće, upotrebu supstanci i seksualno ponašanje (Hornor, 2010), udaja za alkoholičara, te trenutne bračne i porodične probleme i za muškarce i za žene (Dube, Anda i Whitfield, 2005). Zatim, dokumentovani su brojni psihijatrijski poremećaji, uključujući posttraumatski stresni poremećaj (PTSD), panični poremećaj, veliki depresivni poremećaj, poremećaj disocijativnog identiteta, ovisnost o alkoholu i drogi i granični poremećaj ličnosti (Kendler, Bulik, Silberg, Hettema, Myers i Prescott, 2000; Putnam, 2003). Posljedice uključuju i fizičke zdravstvene poteškoće, kao što su bol u trbuhu, gastrointestinalne simptome, bol u zdjelici, kardiopulmonalni problemi i pretilost povezani su s seksualnim zlostavljanjem djece, čak i godinama nakon zlostavljanja. Velika je zabrinutost i rizik da će osoba koja je seksualno zlostavljana od strane svog roditelja u djetinjstvu postati počinitelj zlostavljanja kao roditelj. Žene koje su preživjele imaju tendenciju da imaju negativnije mišljenje o sebi kao roditeljima i češće koriste fizičke metode kažnjavanja. Međutim, čini se da historija seksualnog zlostavljanja ne dovodi do lošeg ili nasilnog roditeljstva. Umjesto toga, potencijalni dugoročni ishodi CSA, kao što su depresija i smanjen lokus kontrole,

objašnjavaju mnoge poteškoće roditelja, što znači da u nedostatku takvih posljedica, žrtve CSA ne funkcioniraju drugačije od drugih roditelja (Mapp, 2006).

U Tabeli 3 su prikazane posljedice seksualnog zlostavljanja u odnosu na dob u kojem se događa.

Tabela 3

*Posljedice seksualnog zlostavljanja u odnosu na dob u kojem se događa*

<b>Godine</b>	<b>Posljedice seksualnog zlostavljanja</b>
<b>Od 2-6 godina</b>	Veća stopa neprikladnog seksualnog ponašanja, pokazuju niže intelektualne sposobnosti i često imaju simptome PTSP-u u usporedbi s djecom koja nisu zlostavljana, imaju tendenciju izražavanja više simptoma depresije i anksioznosti, te pokazuju više simptoma socijalnog povlačenja u usporedbi s djecom koja nisu zlostavljana (Mian, Marton i LeBaron, 1996), također, prisutne su noćne more, regresija ponašanja, problemi s učenjem, povećano nepovjerenje i strah (Putnam, 2003).
<b>Srednje djetinjstvo (7-12)</b>	Više simptoma depresije, anksioznosti i PTSP-a, povećane stope suicidalnih misli, povećana seksualna anksioznost i neprikladno seksualno ponašanje, te seksualna agresivnost. Djetetove strategije suočavanja i podrška porodice/vršnjaka čini se da igraju značajnu ulogu u psihološkim manifestacijama njihove zloupotrebe (Noll, Horowitz i Bonanno, 2003; Negrao, Bonanno, Noll i sar, 2005).
<b>Adolescencija / mladi odrasli (13-18)</b>	Više simptoma depresije, anksioznosti i PTSP-a, niže globalno samopoštovanje u usporedbi s mladom djecom, te rizik od pojave afektivnog poremećaja snažno je povezan s ozbiljnošću njihovog zlostavljanja. Suicidalne ideje i izvršeno samoubistvo povećavaju se među žrtvama CSA, a muškarci imaju više samoubilačkih sklonosti nego žene. Također je zabilježeno da je samoozljeđivanje četiri puta češće prisutno kod adolescentkinja u usporedbi s kontrolnim grupama, zatim adolescenti imaju češće seksualne odnose i prijavljuju raniju dob početka spolnog odnosa nego njihovi vršnjaci koji nisu bili seksualno zlostavljani, postoji i viša učestalost spolno prenosivih bolesti, uključujući HIV i teen trudnoću (Noll, Horowitz i Bonanno, 2003; Negrao i sar, 2005).

### 3.5. Simptomi i posljedice kod djece i adolescenata koji su doživjeli medicinsku trauma

Kada je prisutna traumatska stresna reakcija ona može:

- Umanjiti svakodnevno funkcioniranje
- Utjecati na pridržavanje liječenja
- Ometati optimalni oporavak

Simptomi traumatskih stresnih reakcija kod djece i adolescenata su:

- Ponovno doživljavanje (dijete stalno razmišlja o traumi);
- Izbjegavanje podsjetnika na traumu (misliti, govoriti);
- Hiperpobuđenost (stalni osjećaj da će se nešto loše desiti, burno reagiranje i na minimalne podražaje);
- Druge reakcije: novi strahovi povezani s medicinskim događajem, nove somatske tegobe (stomačni problemi, glavobolje) ne objašnjavaju se medicinskim stanjem, osjećaj omamljenosti ili "prostranosti";
- Lako se naljute, prisutan osjećaj tjeskobe, nervoznosti ili zbunjenosti;
- Razdražljivi su ili nekooperativni;
- Prisutan osjećaj praznine ili otupjelosti (NCTSN, 2016).

Istraživanja sugeriraju niz faktora rizika za *dugotrajne traumatske stresne reakcije*, uključujući: postojeće ranjivosti, prethodna ponašanja ili emocionalne zabrinutosti, traumatični aspekti medicinskog događaja i rane reakcije djeteta ili porodice na njega.

Bolesno ili ozlijeđeno dijete može biti izloženo većem riziku od trajnih traumatskih stresnih reakcija ako je:

- imalo ozbiljne rane traumatske stresne reakcije,
- iskusilo teže razine boli,
- (bilo) izloženo zastrašujućim prizorima i zvukovima u bolnici,
- odvojeno od roditelja ili skrbnika,
- imalo prethodna traumatska iskustva,
- imalo prethodne probleme u ponašanju ili emocijama,
- bez pozitivne vršnjačke podrške (NCTSN, 2016).

U Tabeli 4 su prikazane česte reakcije djece i adolescenata nakon što izađu iz bolnice, tj. nakon što se vrate kući.

Tabela 4

*Reakcije nakon dolaska iz bolnice (Prema NCTSN, 2016)*

<b>Česte (privremene) reakcije nakon dolaska iz bolnice (prema NCTSN, 2016):</b>	
<b>Kod djece</b>	<b>Kod starije djece i adolescenata</b>
Držanje za roditelje ili druge odrasle osoba Mokrenje u krevet ili sisanje palca Boje se mraka	Promjene u spavanju i prehrani Lako se preplaše ili postanu nervozni Pritužbe na glavobolje, stomačne probleme ili druge manje bolesti
<b>Znakovi da će dijete možda trebati dodatnu pomoć:</b>	
Stalno misli na opasnost Ima nove strahove Ne želi ići u školu ili je puno lošije u školi Ne želi biti s prijateljima ili se vratiti na uobičajene aktivnosti Često su u konfliktu s roditeljima ili prijateljima	

### *3.6. Simptomi i posljedice koje mogu pokazivati djeca i adolescenti koji su doživjeli gubitak bliske osobe*

Treba imati na umu da smrt za dijete ima drugačije značenje od značenja koje pridajemo smrti u odrasloj dobi, prije svega jer je dijete ovisno o svojoj neposrednoj okolini; potrebna mu je briga odraslih, a gubitak znači nesigurnost i osjećaj bespomoćnosti. Djeca imaju potencijal da se suoče sa gubicima koje su doživjeli, ali im je potrebno pružiti podršku i razumjeti njihove reakcije. U Tabeli 5 su prikazane reakcije na gubitak koje su zajedničke svima, a u Tabeli 6 reakcije specifične za djecu obzirom na različitu dob, tj. različite razvojne faze (informacije preuzete sa Profaca, 2005, prema <https://www.poliklinika-djeca.hr/publikacije/kako-pomoci-tugujucem-djetetu/>, 2010).

Tabela 5

Rekacije na gubitak koje su zajedničke svima (informacije preuzete sa Profaca, 2005, prema <https://www.poliklinika-djeca.hr/publikacije/kako-pomoci-tugujucem-djetetu/>, 2010):

<i>Emocionalne</i>	<i>Bihevioralne</i>	<i>Misaone</i>	<i>Tjelesne</i>
<p>Tuga, Ljutnja. Osjećaj krivice i samooptuživanje, Tjeskoba i strah, Osjećaj usamljenosti, Osjećaj praznine, Bespomoćnost, Čežnja za umrlim, Osjećaj “slobode”.</p>	<p>Teškoće sa spavanjem, Promjene u apetitu, Povlačenje od ljudi, Snovi o umrloj osobi, “Pretjerana” aktivnost, Plakanje, Odlazak na mjesta koja podsjećaju na umrlog, Izrazita briga o stvarima koje su pripadale umrlome, Traženje pravde, krivca.</p>	<p>Šok i nevjerica, Zbunjenost, Gubitak kontrole, Razmišljanje o umrlome, Doživljaj da je umrli kraj nas, Teškoće sa pamćenjem, koncentracijom i prisjećanjem, Slike i misli o umrlome, Zabrinutost, Priviđanje umrloga, Traženje smisla.</p>	<p>“Praznina u želucu”, “Stezanje” u prsima, grlu bol, pritisak u grudima, Osjetljivost na zvukove, Teškoće s disanjem, (plitko, ubrzano, nedostatak zraka) Mišićna slabost, Suha usta, Glavobolja, Vrtoglavica, Pospanost i umor.</p>

Tabela 6

Reakcije specifične za djecu obzirom na različitu dob, tj. različite razvojne faze (informacije preuzete sa Profaca, 2005, prema <https://www.poliklinika-djeca.hr/publikacije/kako-pomoci-tugujucem-djetetu/>, 2010)

<b>Djeca od 1 – 3 godine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ nemaju pojam o vremenu, pa tako ni o budućnosti</li> <li>✚ nemaju jezik i rječnik za imenovanje osjećaja</li> <li>✚ nemaju emocionalne i kognitivne sposobnosti da shvate gubitak</li> <li>✚ smrt i odsutnost za njih imaju isto značenje</li> </ul>
<b>Djeca od 3 – 7 godina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ ne razumiju gubitak, ali su ga intuitivno svjesna</li> <li>✚ postavljaju pitanja (npr. ko je kriv)</li> <li>✚ personificiraju i mistificiraju smrt</li> <li>✚ nemaju rječnik kojim bi izrazili sve što misle i osjećaju</li> <li>✚ izražavaju emocije</li> <li>✚ mogu imati teškoća u koncentraciji i dosjećanju</li> <li>✚ doživljavaju smrt kao kaznu</li> <li>✚ mogu imati poteškoće sa spavanjem</li> <li>✚ često reagiraju tjelesnim simptomima</li> <li>✚ pokazuju jaku vezanost za (preostalog) roditelja ili drugu blisku odraslu osobu</li> </ul>
<b>Djeca od 7. god. do adolescencije</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ razumiju neizbježnost, konačnost i nepovratnost smrti</li> <li>✚ pokazuju emocije i povlače se od ostalih</li> <li>✚ imaju jaku potrebu da zadrže kontakt sa umrlim</li> <li>✚ mogu imati poteškoće u koncentraciji i dosjećanju</li> <li>✚ javlja se osjećaj gubitka kontrole u životu</li> <li>✚ gubitak samopoštovanja</li> <li>✚ pokazuju jaku vezanost za (preostalog) roditelja ili drugu blisku odraslu osobu</li> <li>✚ pokazuju jaku zabrinutost za sigurnost svojih bližnjih, separacijska tjeskoba</li> <li>✚ mogu biti zaokupljeni ispravnošću vlastitih postupaka</li> <li>✚ mogu se javiti poremećaji spavanja i mogu imati tjelesne simptome</li> </ul>
<b>Adolescenti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ potpuno razumiju konačnost i prirodu smrti</li> <li>✚ izražavaju emocije, ali često kada su sami</li> <li>✚ zadržavaju kontakt s umrlim</li> <li>✚ mogu imati poteškoća u koncentraciji i dosjećanju</li> <li>✚ osjećaju gubitak kontrole u životu</li> <li>✚ gube samopoštovanje</li> <li>✚ osjećaju besmisao i potrebu za osvetom</li> <li>✚ teško se odlučuju između pripadanja porodici i odlaska od nje</li> <li>✚ često preuzimaju ulogu odrasle osobe</li> <li>✚ imaju osjećaj krivnje – pogotovo ako su postojali sukobi sa umrlom osobom</li> </ul>

Istraživanja su otkrila mnoge negativne ishode povezane sa žalošću u djetinjstvu, npr. povećana vjerovatnost zlopotrebe opojnih sredstava, veća osjetljivost na depresiju, veći rizik od kriminalnog ponašanja, neuspjeha u školi i niže stope zaposlenosti (Ellis, Dowrick i Lloyd-Williams, 2013). Stroebe, Stroebe i Abakoumkin (2005) su otkrili da su ožalošćene osobe, osobito one s ekstremnom emocionalnom usamljenošću i teškim depresivnim simptomima, u opasnosti od suicidalnih ideja. Nalazi pokazuju da je roditeljska smrt u djetinjstvu u dobi od 18 godina i mlađoj dobi značajno povezana s povišenom razinom depresivnih simptoma u odrasloj dobi (Min-Ah, 2016). U istraživanju iz 2016. godine pokazalo se da je gubitak roditelja zbog smrti od prirodnih uzroka u djetinjstvu povezan s malim povećanim rizikom od dugoročnih posljedica za psihičko zdravlje. Međutim, djeca koja izgube roditelje zbog smrti od vanjskih uzroka, odnosno samoubistva, nesreće ili ubistva, te djeca koja izgube roditelja u mladim godinama, posebno su izložena riziku i trebala bi im dati prioritet u preventivnim intervencijama nakon gubitka roditelja (Berg, Rostila i Hjern, 2016).

### *3.7. Simptomi i posljedice koje mogu pokazivati djeca i adolescent koji su bili žrtve vršnjačkog nasilja*

Nema konkretnih znakova po kojima se može zasigurno znati da je dijete zlostavljano, ali sljedeći simptomi mogu biti indikativni, te stoga treba obratiti pažnju na:

- izgubljene ili oštećene stvari,
- tjelesne ozljede, kao što su neobjašnjive modrice,
- strah od odlaska u školu, dijete je misteriozno "bolesno" svako jutro ili preskače školu,
- fizički simptomi (bolovi u stomaku, glavobolje),
- ne uči dobro u školi,
- traženje ili krađa novca (da bi se davao onome tko ih zlostavlja),
- to ako je dijete nervozno, izgubilo povjerenje ili postalo uznemireno i povučeno,
- probleme s prehranom ili spavanjem,
- zlostavljanje drugih (Schuster i Bogart, 2013).



Bullying i elektronsko zlostavljanje nose negativne zdravstvene posljedice i za nasilnike i za žrtve, a mogu imati negativan utjecaj i na promatrače (Wolke i Lereya, 2015). Zlostavljanje i internetsko zlostavljanje povećavaju rizik od depresije. Žrtve navode da su tužne, ljute, frustrirane, da se osjećaju bezvrijedno, osjećaju strah ili se boje ići u školu. Nadalje, istraživanja su dokumentovala i vezu između internetskog zlostavljanja i niskog samopoštovanja, porodičnih problema, akademskih poteškoća, nasilja u školi i raznih delinkventnih ponašanja (Hinduja i Patchin, 2014). Studije koje se oslanjaju isključivo na samoizvještaje ukazuju na to da počinitelji vršnjačkog nasilja, žrtve i osobe koje su i žrtve i počinitelji vršnjačkog nasilja u isto vrijeme dijele poteškoće s psihosocijalnom prilagodbom, kao što su depresija i psihosomatski problemi, ali među njima postoje i razlike kao što je npr. nasilnici imaju veću vjerojatnost iskazivanja devijantnog ponašanja u odnosu na žrtve, negativne stavove prema školi i korištenje droga. Žrtve s druge strane pokazuju osjećaj nesigurnosti i usamljenosti, propuštaju više časove u školi i pokazuju znakove lošeg školskog uspjeha (Nakamoto i Schwartz, 2009), navodeći i lošije zdravlje (Fekkes, Pijpers, Fredriks, Vogels i Verloove-Vanhorick, 2006), te veće razine anksioznosti i depresije nego njihovi nezlostavljani vršnjaci (Juvonen i Graham, 2014.). Žrtve su pod većim rizikom od razvijanja simptoma PTSP-a i suicidalnih ideja (Bainbridge, Ross i Woodhouse, 2017).

### *3.8. Simptomi i posljedice koje mogu pokazivati djeca i adolescenti koji su doživjeli masovnu traumu*

Tipične reakcije koje djeca mogu pokazivati nakon terorističkog čina ili druge katastrofe:

- Boje se i brinu se za svoju sigurnost ili sigurnost drugih, uključujući i kućne ljubimce;
- Strah od odvajanja od članova porodice;
- Drže se za roditelje, braću i sestre ili učitelje;
- Brinu da će doći još jedan napad;
- Povećanje razine aktivnosti;
- Smanjenje koncentracije i pažnje;
- Povlačenje od drugih;
- Ljuti ispadi ili tantrumi;

- Agresija usmjerena prema roditeljima, braći i sestrama ili na prijatelje;
- Povećanje tjelesnih tegoba, kao što su glavobolje i bolovi u trbuhu;
- Promjena u školskom uspjehu;
- Promjene u obrascima spavanja;
- Promjene u apetitu;
- Nedostatak interesa za uobičajene aktivnosti, čak i igranje s prijateljima;
- Regresivno ponašanje, kao što su razgovor o bebama, mokrenje u krevet ili tantrumi;
- Dugotrajno fokusiranje na napad, kao što je ponavljanje razgovora ili izvođenje događaja u igri.

Također, primjećena je povećana vjerojatnoća za rizična ponašanja za tinejdžere, kao što su konzumiranje alkohola, zloupotreba tvari, nanošenje štete sebi ili uključivanje u opasne aktivnosti (National Child Traumatic Stress Network. Earthquakes: Children's reactions, preuzeto sa <http://www.nctsn.org/trauma-types/natural-disasters/earthquakes#q3>, 2013; Chrisman i Dougherty, 2014).

Kada se govori o posljedicama masovnih trauma istraživanje (Chrisman i Dougherty, 2014), pokazuje da je dvije godine nakon uragana Katrina, 14,9% djece i adolescenata imalo je ozbiljne emocionalne poremećaje, od kojih se za 9,3% procijenilo da imaju ozbiljne emocionalne poremećaje koji se mogu izravno pripisati uraganu. Navodi se da je 13% djece izložene uraganu Katrina imalo simptome posttraumatskog stresa od 3-7 mjeseci neposredno nakon katastrofe. Ovaj nalaz pokazuje da masovne trauma za posljedicu imaju i kratkoročne, ali i dugoročne posljedice.

Mogući psihološki odgovori na masovna traumatska iskustva prema dobnim skupinama:

#### Predškolska djeca

- Poremećaji spavanja i apetita
- Strah od mraka
- Separacijska anksioznost
- Noćne more
- Regresivno ponašanje
- Hiperosjetljivost

- Ponavljanje nekih obrazaca ponašanja/repetitivno ponašanje
- Držanje/ovisno ponašanje

#### Djeca školske dobi

- Ponovni doživljaj simptoma
- Neorganizirano ili zbunjeno ponašanje
- Somatske pritužbe
- Simptomi uzbuđenja
- Disruptivni simptomi
- Simptomi anksioznosti
- Smanjena akademska uspješnost

#### Adolescenti

- Anksioznost
- Depresija
- Krivnja, ljutnja, strah, razočaranje
- Strah od uskraćene budućnosti
- Bijeg u ugodne aktivnosti
- Zloupotreba tvari (Shaw, Espinel i Shultz, 2007; prema Chrisman i Dougherty, 2014).

## 4. Intervencije i oblici pružanja podrške djeci i adolescentima koji su doživjeli traumatsko iskustvo

### *4.1. Intervencije i oblici pružanja podrške djeci i adolescentima koji su doživjeli razvod braka roditelja*

Iako djeca različitog uzrasta imaju različito poimanje razvoda, roditelji trebaju s njima otvoreno razgovarati i objasniti im šta se događa trenutno i kako će to utjecati na njihov život. Također, važno je da oba roditelja budu za dijete ili djecu dostupna i da im pružaju podršku. Djeca trebaju znati da to što će se razvesti njihovi roditelji ne znači da će oni prestati da budu roditelji, bez obzira na sve, djeca će imati svoju mamu i tatu.

Neki od zaštitinih faktora i resursa umanjuju vezu između razvoda i problematičnih ishoda za dijete. Prvo, djeca se lakše prilagođavaju ako se njihov životni standard ne smanjuje naglo u godinama poslije razvoda. Također, prilagodba djece ovisi i o tome koliko su se njihovi roditelji prilagodili novonastaloj situaciji. Ukoliko roditelji imaju dugotrajne osjećaje gubitka ili ljutnje, oni svoja negativna osjećanja mogu prelići i na djecu, te na taj način negativno utjecati na njihovu dobrobit. Nadalje, djeca bolje funkcionišu ukoliko su njihovi roditelji sposobni održavati pozitivne roditeljske odnose u godinama nakon razvoda, uprkos životu u odvojenim kućama. Naročito je važno da roditelji ne uključuju svoju djecu u sporove oko načina života djece, posjeta i uzdržavanja djeteta. Općenito djeci je potrebna stabilnost, stoga oni imaju tendenciju biti bolje prilagođeni ukoliko mogu ostati u istoj kući, okolini i/ili školi nakon razvoda (Amato, 2014).

Što se tiče programa za podršku parovima koji se razvode, neka od istraživanja bavila su se ovim pitanjem, te su ispitivala intervencije za pomoć roditeljima i djeci da se bolje prilagode razvodu braka. Prema Amato (2014) polovina svih američkih sudskih sistema upućuje roditelje na obrazovne programe koji su namjenjeni informiranju roditelja o koracima koje mogu poduzeti kako bi se smanjili štetni efekti razvoda na djecu. U nekim državama svim roditeljima koji prolaze kroz razvod obavezno je prisustvo na ovakvim edukacijama, dok je u nekima stvar izbora. Ovi programi mogu trajati od 90 min do pola dana, a provode ih stručnjaci. Oni su važni jer roditelji tokom razvoda ili nakon njega često

su okupirani svojim brigama, te dijete ostaje samo sa svojim strahovima, stoga roditelje treba upoznati s tim činjenicama.

Studije su pokazale da većina roditelja smatra da su ovi programi korisni, čak i kada su obavezni, tj. kada nisu na dobrovoljnoj osnovi (Geasler i Blaisure, 1998). Istraživanje Criddle, Allgood i Piercy (2003) pokazalo je da su muškarci i žene koji su prošli kroz neke od programa za razvod braka prijavili manje sukoba sa svojim bivšim supružnicima i da je manje vjerojatno da će se vratiti na sud kako bi riješili nesuglasice. Druga studija u kojoj su polaznice nekih od programa za razvod braka bile samo žene našla je da su one izvijestile o pozitivnijem porodičnom funkcioniranju, manje simptoma psihičkog poremećaja i boljoj prilagodbi razvodu (Zimmerman, Brown i Portes, 2004). Međutim, kada se govori konkretno o istraživanjima ovih programa, nije utvrđeno da li su oni i u korist djece.

Pristup koji je srodan ovome uključuje programe za djecu koji se često provode u školama. Sudovi često upućuju djecu na ove programe, mada je prisustvo dobrovoljno. Cilj ovih programa je da se pruži socijalna podrška djeci, da ih se potakne na razgovore o osjećajima, da smanje osjećaj izolacije, da razviju vještine suočavanja i da im se općenito pomogne u prilagodbi na nove okolnosti. Ove sesije mogu da budu u trajanju od nekoliko sati pa do 10 sedmica ili duže (Geelhoed, Blaisure i Geasler, 2001). Istraživači su proveli nekoliko procjena tih programa, a većina ih je pronašla pozitivne učinke na djecu, uključujući smanjenje negativnih osjećaja o razvodu, smanjenje problema vezanih uz školu i povećani osjećaj kompetencije (Pedro-Carroll, 2005).

Drugi pristup je posredovanje ili medijacija. To je metoda rješavanja sukoba koja pomaže roditeljima da riješe neslaganja oko pitanja kao što su skrbništvo nad djecom, uređenje pristupa, podjela imovine i uzdržavanje djece. Roditelji se susreću s obučanim medijatorima na nekoliko sati dugih sesija, obično u trajanju od šest do devet sati. Posrednici mogu imati obuku iz psihoterapije, savjetovanja, prava ili rješavanja sukoba. Ponekad se i posrednici susreću s djecom. Medijacija je individualno prilagođena potrebama i problemima određenih parova. Ključna pretpostavka na kojoj se temelji medijacija jest da je, ako su oba roditelja zadovoljna konačnim sporazumom, veća vjerojatnost da će sarađivati nakon razvoda, što je vrlo važno za dječiju dobrobit. U

pregledu literature o medijaciji, Kelly (2004) je izvijestila da parovi postižu dogovor između pola i tri četvrtine vremena. Evaluacijske studije pokazuju da medijacija smanjuje vjerojatnost da će parovi voditi parnicu, smanjiti troškove razvoda i povećati zadovoljstvo roditelja konačnim ishodom (Douglas, 2006; prema Amato, 2014). Emery, Sbarra i Grover (2005) su proveli najstrožije proučavanje medijacije nasumičnim dodjeljivanjem parova grupama za posredovanje i praćenje roditelja koji se razvode, a pratili su ih više od desetljeća. Ti su istraživači otkrili da je medijacija rezultirala povećanim rezultatima za zadovoljstvo poslije razvoda, većim kontaktima između očeva i djece, te boljom komunikacijom i smanjenim brojem sukoba između razvedenih roditelja.

Jedan od tretmana koji se koristi u situacijama visokokonfliktnih razvoda, a kada postoji izbjegavanje roditelja (PA) su *Porodični mostovi* (eng. Family bridges). Prema Warshaku (2010), Ovaj tretman je prvobitno razvio psiholog Randy Rand kao odgovor na zahtjev Nacionalnog centra za nestalu i iskorištavanu djecu. Želio je na taj način pomoći djeci koja su osjetila strah i mržnju prema roditelju, te kako bi im pomogli u procesu oporavka i pružili olakšanje tokom stresnog perioda. Također, program je namjenjen i roditeljima kako bi naučili da sigurno i osjetljivo upravljaju dječjim osjećajima i ponašanjem. Warshak (2010) tvrdi da program Porodični mostovi nije psihoterapija ili savjetovanje, već se koristi kao obrazovni model. Pojam “psihoedukacija” koristi se za opisivanje programa, iako se ta riječ najčešće koristi za opisivanje programa koji porodice uče činjenice o fizičkim ili mentalnim i zdravstvenim problemima člana porodice. Umjesto da raspravlja o psihološkim sukobima ili sličnim pitanjima, program koristi intenzivnu nastavu o kognitivnim i društvenim istraživanjima, kao što je materijal o Milgramovoj studiji utjecaja koji uzrokuju uznemirujuće ponašanje. Djeca se uče novom riječniku za raspravu o porodičnim sukobima i odlukama, a instrukcije slijede nastavne metode utemeljene na dokazima. Radionice se mogu održavati daleko od kuće. Na početku radionice se oduzmu mobiteli. Radionica može trajati četiri do pet dana i počinje s minimalnim brojem diskusije između djeteta i nepoželjnog roditelja uz gledanje videa o percepcijskim i kognitivnim predrasudama, dok preferirani roditelj ne učestvuje u ovoj radionici i nije mu dopušteno kontaktirati dijete. Djeci se kaže da mogu napustiti program

ako to žele, ali postoje ozbiljne praktične prepreke za djecu koja žive na većoj udaljenosti. Ciljevi radionice za dijete su jačanje vještina kritičkog mišljenja, zaštita djeteta od nerazumnog odbacivanja roditelja u budućnosti, te pomaganje djetetu da uzme u obzir različite perspektive i bude realan u odnosu na roditelja i sebe. Cilj za roditelja je jačanje „vještina njegovanja svoje djece postavljanjem i primjenom odgovarajućih ograničenja i izbjegavanjem psihološki intruzivnih interakcija“ (Warshak, 2010, str. 58).

*Porodični kamp za prevladavanje prepreka* (eng. Overcoming Barriers Family Camp, OBFC) opisan je kao 5-dnevni, 4-noćni tretman za slučajeve VRR-a koji koristi psihoedukaciju i kliničku intervenciju. Svi članovi porodice - oba roditelja, novi partneri i djeca - prisustvuju, obično po nalogu suda. Preferirani i nepreferirani roditelji su odvojeni za psihoedukativne događaje, ali se sastaju u zajedničkoj roditeljskoj grupi koja pomaže u stvaranju i dogovoru o roditeljskim planovima. Ponovno povezivanje između nepreferiranog roditelja i djeteta olakšano je time što roditelj gleda dijete u nekoj aktivnosti, dijeli aktivnost ili sudjeluje na porodičnom sastanku. Zajednička roditeljska skupina od posebnog je interesa zbog svoje usmjerenosti na preferirane i nepoželjne roditelje (Sullivan, Ward, i Deutsch, 2010; prema Mercer, 2019).

*Program ponovnog ujedinjenja porodice* (eng. Family Reflections Reunification Program FRRP) je tretman za "teško otuđenu" djecu. Djeca koja pohađaju FRRP su u početku u programu s braćom i sestrama, ali bez roditelja. Sudjeluju u psihoobrazovnom programu kako bi se pripremili za susret s nepoželjnim roditeljem; rad na poboljšanju kritičkog razmišljanja spominje se kao cilj programa, a to može biti razdoblje kada se takav rad događa. Nepreferirani roditelj dolazi i radi s psihologom u pripremi za kontakt s djetetom; nakon toga, roditelj i dijete sudjeluju u različitim psiho-obrazovnim i vanjskim iskustvenim programima odvojeno, a zatim zajedno nakon što se uspješno ponovno spoje. Prije izlaska iz programa, dijete i roditelj dijele iste velike prostorije za stanovanje i uživaju u posebnoj proslavi koju odabere dijete (Reay, 2015; prema Mercer, 2019)

Kada se govori o visokokonfliktnim razvodima, djeca mogu pokazivati simptome trauma koji su posljedica njihovih života prije razvoda, događaja koji su se dogodili tokom procesa separacije, nasilja u porodici, uključenosti policije, potrebe da se sakriju i zaštite od

zastrašujućih događaja i općenito prekida života. Obnovljeni kontakt s roditeljem kojeg dijete povezuju s traumom može pogoršati simptome traume kao što su depresija, razdražljivost, separacijsku anksioznost i probleme sa spavanjem. PA tretmani (PAT) koji zabranjuju kontakt s preferiranim roditeljem i prisiljavaju na kontakt s neželjenim roditeljem vjerovatno će pojačati simptome traume, koja treba da bude procjenjena i liječenja od strane kliničara obučenih za rad s problemom trauma (Cohen, Mannarino i Deblinger, 2017; prema Mercer, 2019). Ako je nepreporučeni roditelj bio i nastavlja biti zlostavljač, vjerojatnost povećanih simptoma traume je visoka. PAT ima potencijal za nanošenje štete djeci, stoga treba ih dobro razmotriti prije nego li se odluči za njihovu primjenu. Ovdje je, također, neophodna i procjena stručnjaka o tome da li je dijete spremno na ovakav postupak kako bi se spriječila dodatna traumatizacija djeteta.

#### *4.2. Intervencije i oblici pružanja podrške djeci i adolescentima koji su doživjeli fizičko zlostavljanje*

Kako bi djeca koja su izložena fizičkom nasilju bila na vrijeme propoznata, a samim time i smanjeni potencijalni negativni efekti tih traumatskih iskustava zajednica treba prihvatiti da se djeci mogu događati takva iskustva i da ona postoje. Učinkovita intervencija mora biti usmjerena na djecu, uključivati multidisciplinarni timski rad i voditi se sljedećim načelima:

- Fizičko zlostavljanje djece je neprihvatljivo;
- Sva djeca imaju pravo biti sigurna i zaštićena od fizičkog zlostavljanja u svako doba, uključujući i vlastite domove;
- Fizičko zlostavljanje djece obično je kazneno djelo.

Dijete ili adolescenta treba uvijek shvatiti ozbiljno ako navode fizičko zlostavljanje. Intervencija bi trebala biti usmjerena na zaštitu djeteta i promicanje njihovog oporavka. Cilj bi također trebao biti, gdje je to prikladno, jačanje sposobnosti roditelja da zaštite dijete od daljnjih zlostavljanja (Armitag, 1994; prema SECASA, 2019).



Ako vam dijete otkrije fizičko zlostavljanje važno je slušati na način koji pokazuje vašu brigu. Početna reakcija na takvo otkrivanje izuzetno je važna za dijete. Većina ljudi osjeća niz emocija, uključujući ljutnju, šok, odvratnost, nevjericu, strah, tugu i zaštitu. Važno je da ostanete mirni i da ne izražavate te osjećaje prema djetetu, jer to može spriječiti dijete u daljnjem otkrivanju. Ako dijete osjeti užasnut odgovor, to može pojačati i ovjekoviti djetetove osjećaje krivnje i srama.

Osoba bi trebala:

- kontrolirati izrazi panike ili šoka;
- reći djetetu da vjeruje njemu/njoj, reakcija nevjerice na otkriće može dodatno štetiti djetetu;
- priznati da je teško govoriti o takvim stvarima;
- jasno staviti do znanja da ono što se dogodilo nije krivnja djeteta i da dijete nije loše;
- uvjeriti dijete da je ispravno postupilo kada vam je reklo (mnogi zlostavljači otvoreno ili prikriveno prijete ili manipuliraju djetetom kako bi spriječili otkrivanje);
- reći djetetu da znate da ponekad odrasli čine pogrešne stvari i da ono što se dogodilo njima se dogodilo i nekoj drugoj djeci;
- reći djetetu da ćete dati sve od sebe da ga podržite;
- izbjegavati pritiskati na detalje izvan onih koje vam dijete slobodno želi reći jer je vaša uloga slušati dijete i ne provoditi istragu;
- reći djetetu što ćete sljedeće učiniti; nemojte davati obećanja koja nećete moći zadržati niti obećati povjerljivost djetetu. Nećete pomoći djetetu ako dajete obećanja koja ne možete ispuniti, kao npr. ako obećate da nikome nećete reći. Ako ste ovlašteni profesionalac, po zakonu morate obavijestiti fizičko zlostavljanje djece (Armitag, 1994; prema SECASA, 2019).

Prema Annerbäck (2011) tzv. Model s četiri faktora bio bi koristan u organizaciji rada u različitim uključenim institucijama, a on uključuje detektovanje sljedećeg:

1. Postoji li u porodici odrasla osoba s tendencijom korištenja nasilja u konfliktnim situacijama?
2. U kojoj mjeri je porodica izložena stresu i koje se intervencije mogu učiniti kako bi se smanjio stres?
3. Je li socijalna mreža djeteta i porodice oslabljena i/ili nedovoljna?
4. U kojim bi se aspektima mogle pojaviti prepreke, a koje mogu otežati zaštitu djeteta?

Djeca najčešće ne prijavljuju nasilje, a glavni razlog je nesigurnost i nepovjerenje u odrasle, jer vjeruju da ih neće razumjeti i zaštititi, ali i jer djeca vole svoje roditelje, obzirom da oni nemaju druge roditelje, stoga se često stavljaju u poziciju zaštitnika i ne žele da njihovi roditelji budu kažnjeni. Pored toga, kod djece je prisutan i strah od obilježenosti jer njihovi roditelji nisu kao roditelji druge djece. Da bi osobe koje rade s djecom, uključujući ljekare, psihologe/inje, socijalne radnike/ice, učitelje/ice i nastavnike/ice, prepoznale zlostavljanje i prijavile ga, oni moraju prije svega znati prepoznati simptome zlostavljanja i pravne propise kako bi znali na koji način trebaju reagovati.

#### *4.3. Intervencije i oblici pružanja podrške djeci i adolescentima koji su doživjeli psihičko zlostavljanje/zanemarivanje*

Da bi se pomoglo emocionalno zlostavljanom ili emocionalno zanemarenom djetetu to podrazumijeva da se mora doći do djeteta, tj. ostvariti kontakt s djetetom. Vrlo često ovo nije tako jednostavno jer okolina koja ne prepoznaje djetetove potrebe i destruktivno se ponaša prema djetetu malo je vjerovatno da će za dijete potražiti stručnu pomoć. U ovom slučaju važnu ulogu ima saradnja između institucija misleći pri tome na odgajatelje u predškolskim ustanovama, učitelje i nastavnike u školama, socijalne radnike i psihologe. Iz ovoga proizilazi neophodna educiranost i informiranost pomenutnog kadra kako bi znao prepoznati simptome koje pokazuju zlostavljana djeca (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003).

Sa emocionalno zlostavljanom djecom treba vježbati kako da prepoznaju svoje i tuđe emocije. To se može postići na više načina uključujući „imenovanje emocija kod drugog na osnovu onoga što dijete vidi na licu i u ponašanju neke osobe ili na za to posebno formiranim lutkama“, zatim, „imenovanje emocija kod sebe na osnovu onoga što osjeća“, „crtanje emocija koje prepoznaje kod sebe i bliskih osoba“ i „crtanje svojih najčešćih emocija“ (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003, str. 27).

Kada se govori o tome da li je za dijete bolje da bude uz majku ili oca, najvažnije mjerilo na osnovu kojeg se donosi odluka trebalo bi biti koji od roditelja će djetetu omogućiti lijepu i pozitivnu atmosferu kao i uvjete za život, te ko je od njih pozitivniji i sretniji, jer će takav roditelj prenijeti to i na dijete, odnosno poticati će kontakte s drugima, omogućit će mu radost, a ne mržnju (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003).

Liječenje treba:

- usredotočiti se na sigurnost i dobrobit djeteta;
- identificirati faktore koji su doprinijeli emocionalnom zlostavljanju;
- baviti se odnosima i okolinom koja okružuje dijete;
- smanjiti utjecaj koji imaju na dijete;
- povećati otpornost djeteta na posljedice budućeg zlostavljanja (NCTSN, 2016)

Pokazalo se da terapija igrom ima pozitivan efekat na djecu koja su bila izložena emocionalnom zlostavljanju (NCTSN, 2016).

*Kako prekinuti krug zlostavljanja?*

Da bi se prekinuo ovaj krug zlostavljanja potrebno je poznavati zaštitne faktore od kojih se posebno izdvajaju:

- „Socijalna podrška okoline
- Jedan kvalitetan, njegujući, nezlostavljajući roditelj
- Mogućnost izražavanja emocija, naročito kada govore o svojim iskustvima (ljutnju, tugu)
- Smanjenje stresa u životu
- Prisutnost prijatelja
- Donošenje svjesne odluke o neponavljanju obrasca koji su oni doživjeli

- Pozitivno školsko iskustvo
- Jaka religijska uvjerenja i podrška vjerske zajednice
- Povezanost s roditeljima
- Dogovori u porodici
- Komunikacija u porodici
- Vještina rješavanja psihosocijalnih problema
- Inteligencija
- Pozitivne psihosocijalne grupe vršnjaka
- Samodisciplina“ (Buljan-Flander i Kocijan-Hercigonja, 2003, str. 27).

#### *4.4. Intervencije i oblici pružanja podrške djeci i adolescentima koji su doživjeli seksualno zlostavljanje*

Iako se čini da su neka djeca otporna i da se mogu vratiti od iskustva seksualnog zlostavljanja bez profesionalne intervencije, drugi mogu pretrpjeti poteškoće koje, ako se ne liječe, stvaraju nesretnu i negativnu životnu putanju koja može utjecati na cjelokupni razvoj i funkcioniranje djeteta (Pollio, Glickman, Behl i Deblinger, 2013). Faktori zaštite, kao što su podrška i stabilna porodica, osjećaj sigurnosti i pristup resursima, također mogu igrati ulogu u manifestacijama psiholoških ishoda seksualnog zlostavljanja.

Materinski odnosi imaju tendenciju utjecati na manifestacije seksualnog zlostavljanja. U jednoj studiji postojala je izravna korelacija između kvalitete odnosa majka-kćerka i razvoja internalizirajućih i eksternalizirajućih simptoma u skupini seksualno zlostavljanih djevojčica. Nadalje, prilagodljivost porodice i očinski odgovor na zlostavljanje povezani su s ozbiljnošću problema u ponašanju nakon otkrića CSA. Roditelji ne utječu samo na manifestacije CSA, već su važni i za učinkovitost liječenja (Keeshin i Corwin, 2011). Vrlo je uobičajeno da roditelji postanu emocionalni kada dijete otkriva seksualno zlostavljanje. Emocija varira ovisno o prirodi roditelja i odnosa roditelj-dijete, kao i vlastitim iskustvima i problemima roditelja. Budući da je ishod za dijete u slučajevima CSA povezan s reakcijom i podrškom njegovih ili njezinih roditelja, od vitalnog je značaja da zdravstveni radnik uzme vrijeme za razgovor s roditeljem/ima (Keeshin i Corwin, 2011).

U radu s djecom treba imati na umu sljedeći podatak, a to je da mnoga djeca nisu obilježila svoja iskustva kao seksualno zlostavljanje. Ovo ukazuje na to da je potrebno dodatno obrazovati djecu i adolescente o njihovoj sigurnosti, naravno na način primjeren dobnoj skupini, kako bi se potaknulo otkrivanje odraslima dovoljno rano. Educiranje je potrebno i za vršnjake o tome zašto je prosljeđivanje informacija pouzdanoj odrasloj osobi bitno ako netko govori o iskustvu CSA-a, budući da su prijatelji bili najčešći primatelji objave (Lahtinen, Laitila, Korkman i Ellonen, 2018).

Većina se slaže da se fizički pregled, posebno anogenitalni pregled, treba provesti u okruženju prilagođenom djeci. Pregled nikada ne smije biti prisiljen ili uključivati ograničenja. Studije su pokazale da odgovarajuća profesionalna priprema dovodi do smanjenja patnje tokom anogenitalnog pregleda. U nastavku su navedeni neki od tretmana koji su se pokazali efikasnim u slučaju CSA:

- Play terapija
- Specifična terapija zlostavljanja
- Terapija usmjerena na simptome
- Integracijsko-eklektička terapija usmjerena na traumu (IET)-William Friedrich Supportivnu terapiju.
- Kognitivno-bihevioralna terapija (Hetzel-Riggin, Brausch i Montgomery, 2007; Saunders, Berliner i Hanson, 2003).

Pored ovoga trebaju se raditi i psihoedukacije, tj. naučiti djecu tehnikama relaksacije kako bi se znali nositi s mučnim mislima, izražavanje emocija, kognitivno suočavanje sa netačnim mislima i uvjerenjima, pričanje o traumi, kognitivna obrada, što podrazumijeva mijenjanje perspektive iz koje se posmatraju traumatska iskustva, zatim i roditelje podučiti nekim od ovih vještina kako bi znali na koji način reagovati (Saunders, Berliner i Hanson 2003).

#### *4.5. Intervencije i oblici podrške djeci i adolescentima s medicinskom traumom*

Odgovornost odraslih je da ispoštuju dječije potrebe, a to su upravo da se uvažavaju njihove emocije, boli, brige i bolesti, a ne da ih se posmatra samo kao tijela i organe.

Posebno pedijatrijske bolnice moraju ići dalje od uskog fokusa medicinskog aspekta liječenja dječjih bolesti i poboljšati implikacije bolničkih postupaka na djecu pružanjem odgovarajuće komunikacije, podrške i empatije, medicinskog i psihološkog osoblja, te osmisliti različite intervencije za djecu koja pokazuju znakove patnje.

Upravo, vodeći se ovim ciljem, NCTSN (2016) u svom priručniku za zdravstvene radnike predlaže da nakon što se upoznaju s tjelesnim zdravljem djeteta, stručnjaci obrate pažnju na stavke iz DEF modela (prikaz u Tabeli 7):

Tabela 7

*Prikaz DEF modela*

<b><i>D=Smanjiti uznemirenost (eng.Reduce distress)</i></b>	<b><i>E= promoviranje emocionalne podrške (eng. Promote emotional support)</i></b>	<b><i>F= Sjetiti se porodice (eng. Remember the family)</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivno procjenjivati i liječiti bol koristeći protokol bolnice.</li> <li>- Pružiti djetetu informacije o tome što se događa i odluke o odlukama o liječenju kada je to moguće.</li> <li>- Slušajte pažljivo da li dijete razumije i razjasnite bilo kakve zablude.</li> <li>- Pitajte o strahovima i brizi.</li> <li>- Osigurajte sigurnost i realnu nadu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potaknite roditelje da budu sa svojim djetetom koliko god je to moguće i da razgovaraju sa svojim djetetom o brizi i strahovima.</li> <li>- Osnažite roditelje da utješe i pomognu svom djetetu.</li> <li>- Poticati uključivanje djeteta u aktivnosti prilagođene dobi kada je to moguće.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procijeniti porodične probleme i druge životne stresore; identificirati porodične snage i resurse.</li> <li>- Potaknite roditelje da koriste vlastite izvore za suočavanje ili podršku dostupnu u bolnici ili u zajednici</li> </ul>

Pozitivan primjer je bolnica Sick Kids, u Torontu u Kanadi, koja je stvorila pozorište za hospitaliziranu djecu, gdje su adresirani njihovi strahovi, te u slučaju fizičkih posljedica bolesti ili operacije, njihove zabrinutosti da su različiti, djeca se uče da biti drugačiji nije slabost ili negativna oznaka, već individualna razlika koju treba poštovati (Rokach i Matalon, 2007). Osim toga, dječije bolnice uvele su programe upoznavanja djece s bolnicama, njihove rutine, očekivanim operacijama koje bi djeca možda trebala proći, te uključivanje roditelja u proces (Williams i Irurita, 2005; <http://www.sickkids.ca>). Prošle godine (2018), su radnici u Bolnici u Modesto-u u Kaliforniji otkrili način da se iskustvo odlaska na operaciju djeci učini zabavnijim tako da su omogućili djeci da u operacijsku salu

idu u slatkim malim automobilima. Oni su donijeli mini crni Mercedes u dječji odjel i ispostavilo se da je to za djecu bila prava stvar. Ove su godine dodali ružičastu Volkswagen Beetle, koju je poklonio jedan od njihovih zaposlenika. Cilj je smanjiti tjeskobu i stres, a iskustvo učiniti manje zastrašujućim za sve uključene. Pedijatrijski pacijenti mogu čak i slušati muziku na svom putu, jer oba automobila imaju radne stereo uređaje i unaprijed učitane MP3 playere (<https://www.inspiremore.com/doctors-medical-center-vw-beetle/>).

Program terapije art umjetnostima se pokazao kao učinkovit i podržavajući za zdravlje i dobrobit djece, mladih i porodica kroz terapijske odnose koristeći muziku, umjetnost i igru. Ove terapije se koriste za:

- Istraživanje njihovih osjećaja;
- Procesiranje emocionalnih sukoba;
- Izgrađivanje samosvijesti i povećavanje samopoštovanja;
- Smanjivanje stresa i tjeskobe;
- Korištenje metafore i simbolike za izražavanje;
- Izražavanje i početak rada na problemima koji se tiču hospitalizacije, dijagnoze i simptoma (O'Leary, 2019 - <http://www.sickkids.ca>).

#### *4.6. Intervencije i pružanje podrške djeci i adolescentima koji su doživjeli traumatski gubitak bliske osobe*

Tugovanje treba shvatiti kao normalan proces. Ono kao finalni cilj ima da se osoba postepeno navikne na život bez umrle osobe, ali da ostane u kontaktu sa sjećanjem i uspomnama na umrlu osobu. Za pružanje podrške djetetu potrebno je znati njegove potrebe u procesu tugovanja, ako dijete zadovolji te potrebe ono će moći da otvoreno priča o umrloj osobi, da je se sjeća, priča o prošlosti koju je dijelilo s tom osobom, pokazuje tugu i postavlja pitanja. U Tabeli 8. nalazi se prikaz potreba djece i adolescenata nakon što dožive gubitak (Profaca, 2005, prema <https://www.poliklinika-djeca.hr/publikacije/kako-pomoci-tugujucem-djetetu/>, 2010)

Od djece treba očekivati da više razmišljaju o sebi kad tuguju, barem u početku. Jednom kada osjete da su njihove potrebe zadovoljene, moći će više razmišljati o

potrebama drugih. Djeca će lakše da se nose sa svojim osjećajima ako ih mogu prepoznati, stoga u razgovoru s djecom potrebno je imenovati osjećaje i dati im podršku (“Vidim da si tužan.”, “Ako te je strah, ja ću biti uz tebe”). Također, djeci će biti lakše kada im odrasla osoba kaže kako se i sama osjeća. A u situacijama u kojima je roditelj prepravljnjen osjećajima, te misli da ne može adekvatno brinuti za dijete u tom periodu, dijete treba pitati s kim bi ono željelo biti još, osim s roditeljem, u svakom slučaju za dijete je lakše ako je u blizini roditelja pa čak i ako je to sam jedan obrok dnevno, poljubac za laku noć. Roditelj treba pokazivati da ima pozitivna očekivanja od budućnosti, čak i ukoliko sam ne vjeruje u to (Schonfeld i Quackenbush, 2009).

Tabela 8

*Potrebe djece i adolescenata nakon što su doživjeli gubitak (Profaca, 2005, prema <https://www.poliklinika-djeca.hr/publikacije/kako-pomoci-tugujucem-djetetu/>, 2010)*

<b><i>Djeca trebaju</i></b>	<b><i>Adolescenti imaju i dodatne potrebe</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- sigurnost/zbrinutost nakon gubitka bliske osobe,</li> <li>- jasne informacije o smrti,</li> <li>- doživljaj da je gubitak stvaran,</li> <li>- stvoriti unutrašnju prilagodbu na činjenicu “neće ga više biti”,</li> <li>- strpljenje odraslih za izražavanje osjećaja,</li> <li>- osjećati se uključenim i sjećati se umrle osobe,</li> <li>- nastavak uobičajenih aktivnosti primjerenim njegovoj dobi,</li> <li>- ljude – bliske osobe – koji će odgovarati na pitanja,</li> <li>- saznanje da nije krivo za nečiju smrt, da je nije uzrokovalo,</li> <li>- saznanje da su odrasli sve učinili, te da ni oni ni umrli nisu mogli spriječiti smrt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- trebaju osjećaj slobode da izađu iz tugujuće porodice i da se u nju vraćaju,</li> <li>- imaju potrebu za ritualima koji ponekad nisu tipični za okolinu u kojoj žive,</li> <li>- imaju potrebu učiniti nešto za druge koji tuguju,</li> <li>- osjetljivi su na to kako drugi reagiraju na njihovo iskazivanje osjećaja i biraju osobe pred kojima će pokazati osjećaje,</li> <li>- imaju potrebu traženja značenja u gubitku,</li> <li>- postavljaju pitanja o smislu života i odnosu prema smrti,</li> <li>- nakon gubitka, mladi imaju potrebu za razvojem novog identiteta vezanog za onog kojeg su izgubili, to nije lako jer su u fazi kad im je razvoj identiteta najsnažniji.</li> </ul>

Onda kada dijete shvati da smrt znači da se umrla osoba više neće vratiti započinje proces tugovanja. Istraživanja pokazuju da i dijete starije predškolske dobi može sudjelovati na sprovodu svoga roditelja ili druge značajne osobe. Jewett (1994; prema Holland, 2004) je iznio mišljenje da djeci treba dati mogućnost izbora da prisustvuju



sprovodu ili ne, te da bi oni trebali biti uključeni u porodične događaje nakon smrti. Duffy (1995; prema Holland, 2004) je također smatrao da djeca mogu imati koristi od odlaska na sprovod svojih roditelja, jer im pomaže u njihovom vlastitom procesu tugovanja. Pored toga, ukoliko se djeci ne dozvoli da idu na sprovod oni mogu da fantaziraju i zamišljaju zastrašujuće scenarije o tome šta se događa na pogrebu, te šta rade s njegovim roditeljem pa on ne smije da bude tu, mogu se pitati da li je njegov roditelj učinio nešto strašno (Schonfeld i Quackenbush, 2009). Naravno, ukoliko dijete ne želi, ne treba ga siliti na to, nego treba ga pitati s kim želi biti kod kuće. U istraživanju koje je proveo Holland (2004) niko od djece koja su prisustvovala sprovodu njihovih roditelja nije prijavio nikakva negativna iskustva.

Vrlo važno je i to da djetetu treba reći da je osoba umrla onda kada se to desi. Ponekad odrasli čekaju da ih prođu snažni osjećaji bola, tuge i ljutnje i nakon nekog vremena kažu djetetu. U tom slučaju dijete tuguje samo, kada su svi drugi već završili proces tugovanja ili kada su se njihovi osjećaji stišali, te nema podršku drugih kao kada bi svi zajedno tugovali. Tada dijete može steći dojam da to što tuguje nije uredu. Također, kako bi održao osjećaj sigurnosti i stabilnosti treba mu omogućiti nastavak svih aktivnosti koje je do tada imalo. Dijete treba ići u školu, ali prije toga treba razgovarati s učiteljem/učiteljicom ili nastavnikom/nastavnicom i upoznati ih sa situacijom (Holland, 2004).

U situacijama kada okolina ne može pružiti podršku djetetu koje tuguje tada je potrebno potražiti stručnu pomoć (psihologa, psihijatra ili doktora).

Situacije u kojima se savjetuje da se potraži profesionalna pomoć su:

- “kada dijete ima neprimjeren model tugovanja (prenaglašeno tugovanje ili potpuni izostanak),
- ako je dijete osim gubitka bilo izloženo i traumatskom događaju,
- ako okolina požuruje dijete na povratak svakodnevnom, normalnom životu,
- zbog djetetovih karakteristika ličnosti ili osobitosti porodice (npr. suzdržanost u izražavanju osjećaja),
- ako nema sigurnih dokaza o smrti bliske osobe, ali postoji velika vjerojatnost da se to dogodilo,

- ako dijete dugo vremena ne može prihvatiti gubitak,
- ako dijete nakon dužeg razdoblja ima simptome koji ukazuju na promjene u doživljavanju i ponašanju (npr. izrazito se izolira, ima mračne misli, postaje agresivno ili autoagresivno)” (preuzeto od Profaca, 2005; prema <https://www.poliklinika-djeca.hr/publikacije/kako-pomoci-tugujucem-djetetu/>, 2010).

#### 4.7. Intervencije i oblici podrške za djecu i adolescenti koji su bili žrtve vršnjačkog nasilja

Što se tiče programa koji se provode u školama Ttofi i Farrington (2011) istražili su učinkovite sastojke programa prevencije zlostavljanja. Njihov zaključak, zasnovan na evaluaciji među programima, bio je da se *intenzitet* (kao što je broj sati) i *trajanje* (broj dana / mjeseci) programa odnosi na njihovu učinkovitost. To sugerira da programi moraju biti dugotrajni i intenzivni kako bi imali željene učinke. Autori su identificirali dva dodatna elementa koji se odnose na djelotvornost programa, a to su treninzi roditelja / roditeljski sastanci i disciplinske metode (koje se odnose na sankcije). Mobilizacija promatrača ključ je uspjeha nekih od visoko učinkovitih programa, kao što je KiVa, školski program za borbu protiv zlostavljanja, razvijen u Finskoj. Oni se oslanjaju na jačanje svijesti promatrača, empatiju i samoučinkovitost kako bi podržali viktimizirane vršnjake, umjesto da jačaju ponašanje nasilnika (Kärnä, Voeten, Little, Poskiparta, Kaljonen, Salmivalli, 2011). Također, u istraživanju Ttofi i Farrington (2011) se nije pokazao efekat formalnog angažovanja vršnjaka (vršnjačkih pomagača) za rješavanje vršnjačkog nasilja, a on se odnosi na angažovanje vršnjaka u školi koji bi poticali druge da reaguju kada vide vršnjačko nasilje. Te bi se ovaj pristup i njegovi potencijalni efekti trebali provjeriti i kroz druga istraživanja. Još jedna od preporuka iz istraživanja Ttofi i Farrington (2011) jeste da se stavi naglasak na jačanje nadzora na igralištu jer se on pokazao kao važan element za učinkovitost programa, što ima smisla ako se uzme u obzir da su odmori povoljno vrijeme za vršnjačko nasilje.

Što se tiče područja Bosne i Hercegovine, za djecu i adolescente koji su izloženi vršnjačkom nasilju ili bilo kakvom drugom obliku uznemiravanja preko interneta 2010. godine je je uspostavljen Centar za sigurno korištenje interneta. U okviru ovog Centra

uspostavljen je hotline sigurnodijete.ba gdje se može prijaviti sadržaj na internetu koji se smatra neželjenim, također postoji i besplatna telefonska linija (*Helpline*) za djecu, mlade i roditelje ukoliko žele da prijave uznemiravanje (MFS-EMMAUS, 2019). Također, Centar za razvoj omladinskog aktivizma CROA je ove godine u mjesecu maju predstavio mobilnu aplikaciju (igricu) “Vršnjačko nasilje – Nema šanse”, a cilj ove aplikacije jeste upoznati djecu i mlade sa informacijama o načinima na koje se mogu zaštititi na internetu, kao i da ih nauči kako prepoznati vršnjačko nasilje, te šta uraditi kada se ono prepozna (CROA, 2019).

#### *4.8. Intervencije i oblici podrške za djecu i adolescente koji su doživjeli neku od masovnih trauma*

Ovisno o razvojnom stepenu djeteta u trenutku kada je izloženo terorizmu ili nekoj drugoj masovnoj katastrofi oblikovat će se i njegove reakcije i reakcije porodice - mlađa djeca zaštićena su od pune psihološke izloženosti terorizmu kognitivnom nezrelošću; većina adolescenata, s druge strane, sposobna je shvatiti puni užas takvih događaja. Djeca procjenjuju prijetnje na temelju odgovora roditelja ili druge značajne osobe. Istraživanja koja su istraživala rizik i otpornost populacija djece koja su doživjela masovnu traumu pronašla su niz faktora koji povezane s boljim neurobiološkim i psihosocijalnim ishodima, neki od njih su navedeni u daljem tekstu:

Individualni zaštitni faktori:

- Sposobnost prepoznavanja mogućnosti u nevolji
- Sposobnost razrade problema i emocionalnih vještina suočavanja
- Dobre socijalne vještine s vršnjacima i odraslima
- Osobna svijest o snagama i ograničenjima
- Osjećaj empatije prema drugima
- Unutarnji lokus kontrole - uvjerenje da nečiji napori mogu napraviti razliku
- Smisao za humor
- Pozitivno samopoimanje
- Samopouzdanje
- Kognitivna fleksibilnost
- Pozitivne emocije (optimizam, smisao za humor, interesi, radost)

- Sposobnost pozitivne interakcije s drugima
- Aktivno suočavanje
- Psihička vježba

Porodični zaštitni faktori:

- Pozitivan porodični ambijent
- Dobri odnosi roditelj-dijete
- Sklad roditelja

Zaštitni faktori zajednice?

- Jake mreže socijalne podrške
- Podrška proširene porodice
- Dobri odnosi s vršnjacima
- Pozitivna školska iskustva
- Vrijedna društvena uloga, kao što je posao ili volontiranje
- Članstvo u vjerskoj zajednici
- Izvannastavne aktivnosti (preuzeto iz Shaw, Espinel, Shultz, 2007; prema Chrisman i Dougherty, 2014).

#### *4.9. Pregled pojedinih učinkovitih tretmana za djecu i adolescente koji su doživjeli traumatsko iskustvo*

Neki od tretmana koji se uspješno koriste kod djece i adolescenata koji su doživjeli traumatska iskustva su:

1. *Intervencija traumatskog stresa kod djece i porodice:* (eng. Child and Family Traumatic Stress Intervention /CFTSI) je kratka (5–8 sesija) utemeljena na dokazima, koja se koristi za ranu intervenciju za djecu od 7-18 godina, a koja smanjuje reakcije na traumatski stres i početak PTSP-a. CFTSI se provodi unutar 30-45 dana nakon traumatskog događaja ili otkrivanja fizičkog ili seksualnog zlostavljanja. CFTSI se uspješno koristi s djecom s velikim traumama. Cilj je CFTSI smanjiti posttraumatske stresne reakcije i početak PTSP-a povećanjem komunikacije i podrške porodici.

2. *Liječenje temeljeno na procjeni za traumatiziranu djecu: put procjene traume* (eng. Assessment-Based Treatment for Traumatized Children: Trauma Assessment Pathway /TAP) je model liječenja koji uključuje kliničku analizu. TAP uključuje višestruki proces ocjenjivanja kako bi se omogućilo kliničarima da steknu dubinsko razumijevanje djeteta, njegovu razvojnu razinu, traumatsko iskustvo, te porodicu, zajednicu i kulturni sistem u kojem dijete živi. Odnosi se na liječenje svih oblika traume u djetinjstvu. Ciljana populacija su djeca i adolescenti od 0-18 godina i može se koristiti u radu sa djevojčicama i s dječacima.
3. *Alternative za porodice - Kognitivna terapija ponašanja* (eng. Alternatives for Families - A Cognitive Behavioral Therapy/AF-CBT) je tretman traume, utemeljen na dokazima, a namijenjen je poboljšanju odnosa između djece i skrbnika u porodicama s učestalim sukobima, u kojima se primjenjuje fizička sila za discipliniranje, fizičko zlostavljanje djece ili postoje problemi u ponašanju djece. Koristi se prvenstveno u ambulantnim i kućnim postavkama. Ciljana populacija su djeca školskog uzrasta.
4. *Privrženost, samoregulacija i kompetencija: sveobuhvatni okvir* (eng. Attachment, Self-Regulation, and Competence: A Comprehensive Framework/ ARC) je okvir za intervenciju s mladima i porodicama koje su doživjele višestruki i / ili dugotrajni traumatski stres. ARC identificira tri ključne domene koje su često pod utjecajem traumatizirane mladeži i koje su relevantne za buduću otpornost. Koncipiran tako da se fleksibilno primjenjuje u sistemima koji služe djeci i porodicama. ARC pruža teorijski okvir, temeljna načela intervencije i strukturu usmjeravanja za pružatelje usluga. ARC je namijenjen mladima od ranog djetinjstva do adolescencije i njihovim skrbnicima.
5. *Razvoj djeteta - Program rada policije u zajednici* (eng. Child Development-Community Policing Program/CDCP) je model sekundarne prevencije koji osigurava krizne intervencije i naknadne kliničke i kolaborativne intervencije u zajednici i klinici za izloženu djecu. To je model saradnje između tijela za provedbu zakona i stručnjaka za mentalno zdravlje djece kako bi se roditeljima pomoglo da podrže svoju djecu nakon kriminala i nasilja. Sastoji se od dvije intervencije. Jedan

od njih je Inicijativa za kućno nasilje u porodici, a druga je Inicijativa za traumatski stres djece i porodica. Cilj je povećati svijest policijskih službenika o potrebama djece koja su bila izložena nasilju.

6. *Kognitivno-bihevioralne intervencije za trauma koje se provode u školi* (eng. Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools - CBITS) je intervencija za djecu u grupama koja se temelji na vještinama i koja je usmjerena na ublažavanje simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja, depresije i opće anksioznosti kod djece izložene višestrukim oblicima traume. CBITS je korišten sa učenicima od 5. razreda do srednje škole koji su svjedočili ili doživjeli traumatične životne događaje kao što su nasilje u zajednici i školi, nesreće i ozljede, fizičko zlostavljanje i porodično nasilje te prirodne i umjetne katastrofe.
7. *Povratak – Kognitivne intervencije u osnovnoj školi za dječiju traumu* (eng. Bounce Back: Kognitive An Elementary School Intervention for Childhood Trauma/ BB) je kognitivno-bihevioralna, grupna intervencija temeljena na vještinama kojima poučava djecu u osnovnoj školi koja su izložena stresnim i traumatskim događajima kako bi im se pomoglo u oporavku od traumatskih iskustava. Najčešće se koristi za djecu koja su doživjela ili doživljavaju nasilje u zajednici, porodici ili školi, ili su bila uključena u prirodne katastrofe ili traumatsko odvajanje od voljene osobe zbog smrti, zatvaranja, deportacije ili smještaja djece. Uključuje 10 grupnih sesija na kojima djeca uče i prakticiraju prepoznavanje osjećaja, opuštanje, misli hrabrosti, rješavanje problema i rješavanje sukoba te grade pozitivne aktivnosti i socijalnu podršku. Uglavnom je za djecu koja su do 5 do 11 godina i može se koristiti u školama (NCTSN, 2019).

## 5. Zaključak

Veliki broj istraživanja bavi se ovom temom, te se nastoje otkriti načini na koje traumatska iskustva djeluju na djecu i adolescente, koji su simptomi i posljedice, a sa ciljem odabira adekvatnih intervencija, tj. onih od kojih će djeca i adolescenti imati najviše koristi. Također, postoji potreba za edukacijom roditelja, nastavnog osoblja i drugih važnih osoba u životu djece i adolescenata kako bi na najbolji način mogli reagovati onda kada stručnjaci nisu prisutni. Pravovremena i adekvatna uključenost ovih značajnih osoba pokazala se u istraživanjima kao zaista neprocjenjiva i od izuzetne važnosti.

U pregledu najčešćih traumatskih događaja posebno se izdvajaju visokokonfliktni razvodi brakova za koje se pokazalo da odražavaju posljedicu novog trenda, a koji naglašava neovisnost i autonomiju. Nadalje, fizičko zlostavljanje vrlo često se smatra dobrim načinom za odgoj “dobrog” djeteta i vrlo često je rezultat kulture u kojoj su odrasli roditelji. Psihičko zlostavljanje se, za razliku od fizičkog zlostavljanja, često podcjenjuje, tj. ne shvata se dovoljno ozbiljno jer nema fizičke posljedice, međutim, sve više autora se slaže da emocionalno zlostavljanje može biti u podlozi svih drugih vrsta zlostavljanja. Što se tiče seksualnog zlostavljanja, istraživanja su pokazala da su adolescenti najviše izloženi riziku od seksualnog zlostavljanja, s tim da je za djevojčice taj rizik veći. Adolescenti su najčešće seksualno zlostavljani od strane poznanika ili stranca, dok je za djecu veća vjerovatnoća da budu zlostavljani od strane člana porodice. Sada se sve više govori i o traumi koju djeca mogu doživjeti u medicinskom kontekstu, pri ostanku u bolnici ili vezanu za određenu medicinsku intervenciju. Medicinska trauma može se javiti kod djece iz razloga što oni još uvijek nisu dovoljno kognitivno zreli da bi mogli razumjeti pravi uzrok hospitalizacije. Smrt bliske osobe u djetinjstvu i adolescenciji može biti posebno teško iskustvo i može negativno utjecati na dalji razvoj osobe. Djeca različitog uzrasta imaju različito poimanje smrti i tokom razgovora s njima treba to uzeti u obzir. Jedan od mogućih uzroka dječijih i adolescentnih trauma je zasigurno vršnjačko nasilje, tačnije buling i elektronsko nasilje. Naročito elektronsko nasilje je trenutno aktuelno, te iako se čini da nije realno jer se odigrava u virtuelnom svijetu, ono itekako ima ozbilje i štetne posljedice na

žrtve. Trenutno se radi mnogo istraživanja na temu masovnih trauma, naročito zbog velikog broja djece i adolescenata koji su trenutno migranti i/ili izloženi ratnim dešavanjima u svojim domovima zbog sve češćih ratova i terorizma.

U drugom dijelu rada prikazani su simptomi i posljedice navedenih traumatskih iskustava. Razvod braka se nalazi na drugom mjestu na ljestvici stresnih životnih događaja. Većina djece u period razvoda braka ili nakon razvoda pokazuje emocionalne reakcije koje su prepoznate kao strah od napuštanja, zabrinutost za roditelje, osjećaj usamljenosti i odbačenosti. Jedna od posljedica visoko-konfliktnih razvoda brakova je “otuđenje od roditelja”. Kada se govori o simptomima fizičkog zlostavljanja oni su najčešće vidljivi na koži, međutim ne treba zaboraviti da će djeca pokušati sakriti povrede, jer ih se stide. Također, na osnovu ponašanja djeteta može se pretpostaviti da nešto nije uredu, kao npr. da dijete nosi neodgovarajuću odjeću s dugim rukavima u vrućim danima. Posljedice psihičkog zlostavljanja uključuju povećani rizik za doživotnu depresivnost, otuđenost, anksioznost, nisko samopoštovanje, neprikladne odnose. Istraživanja sugeriraju da bi neprikladno seksualno znanje mogao biti jedan od specifičnih markera za prepoznavanje seksualno zlostavljanje djece, te je identificirano mnoštvo negativnih posljedica kao što su depresija, PTSP, pokušaji ili izvršeno samoubistvo. U medicinskom kontekstu traumatske reakcije mogu da negativno djeluju na pridržavanje uputa za liječenje, usporavati optimalni oporavak, te ometati svakodnevno funkcionisanje. Djeca i adolescenti nakon gubitka voljene osobe mogu pokazivati reakcije kao što su: osjećaj krivice i samooptuživanje, tjeskoba i strah, teškoće sa spavanjem, izrazita briga o stvarima koje su pripadale umrlome, doživljaj da je umrli kraj njih, priviđanje umrloga, teškoće s disanjem, pospanost i umor. U slučaju vršnjačkog i elektronskog nasilja, djeca i adolescenti mogu manifestirati sljedeće simptome: izgubljene ili oštećene stvari, strah od odlaska u školu, traženje ili krađa novca. Vršnjačko i elektronsko nasilje ima negativne posljedice i za nasilnike, i za žrtvu, te ne tako rijetko i za posmatrača. Nakon izloženosti nekoj masovnoj trauma djeca mogu pokazivati reakcije kao što su: briga da će doći još jedan napad, povlačenje od drugih, agresija usmjerena prema roditeljima, braći i sestrama ili na prijatelje, povećanje tjelesnih tegoba, kao što su glavobolje i bolovi u trbuhu, promjene u obrascima spavanja.



U pogledu intervencija i oblika podrške za djecu i adolescente koji su doživjeli traumatsko iskustvo vrlo su važni različiti izvori podrške jer, ukoliko je podrška djetetu prisutna u različitim kontekstima u kojima dijete provodi vrijeme, vjerovatniji je brži oporavak i integracija trauma u život. U slučaju visoko-konfliktnih razvoda brakova prepoznata je učinkovitost medijacijskog pristupa, a efikasnost tretmana „Porodični mostovi“ i njegovih varijacija još uvijek se istražuje. U slučaju fizičkog zlostavljanja dijete se ne treba osuđivati, treba mu vjerovati i pružiti podršku jer samo u sigurnoj atmosferi s osobom u koju ima povjerenja dijete će iskreno razgovarati. Kada se govori o psihičkom zlostavljanju, obzirom da ga nije lako identifikovati, nameće se potreba za edukacijom odgajatelja i nastavnika u školama kako bi mogli prepoznati simptome koje pokazuju zlostavljanja djeca. Neke od terapija koje su se pokazale učinkovitima u radu sa seksualno zlostavljanom djecom su: Terapija igrom, Specifična terapija zlostavljanja, Terapija usmjerena na simptome, Integracijsko-eklektička terapija usmjerena na traumu (IET) i KBT. Preporuke u radu s djecom s medicinskom traumom jesu upotreba DEF modela, tj. da se radi na uklanjanju uznemirenosti djeteta, promovisanju emocionalne podrške, te pružanje podrške porodici. Djeca i adolescenti koji su doživjeli gubitak, između ostalog, trebaju: osjećaj sigurnosti/zbrinutosti nakon gubitka bliske osobe, strpljenje odraslih za izražavanje osjećaja, nastavak uobičajenih aktivnosti primjerenim njegovoj dobi, osjećaj slobode da izađu iz tugujuće porodice i da se u nju vraćaju. U istraživanjima koja su ispitivala učinkovite programe za smanjivanje vršnjačkog nasilja pokazalo se da intenzitet (kao što je broj sati) i trajanje (broj dana/mjeseci) doprinosi njihovoj učinkovitosti. Individualni zaštitni faktori, porodica i pozitivan utjecaj zajednice pokazali su se kao faktori koji su povezani sa boljim psihosocijalnim ishodima kod djece koja su doživjela neku masovnu trauma. Cilj svih ovih intervencija jeste da omoguće djeci i adolescentima da se nose sa traumatskim iskustvom na adekvatan način, te da prijelaz iz teškog i traumom obojenog perioda u period ponovne uspostave raznoteže u životu i stvaranje povjerenja u sebe i ljude bude što lakši i što više prilagođen djetetu i njegovim potrebama.

## 6. Literatura:

- Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., Asmundson, G. J. G., Stein, M. B. i Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *Am J Public Health*, 98: 946–52. 113
- Alwin, D. F. (1989). Changes in qualities valued in children in the United States, 1964 to 1984. *Social Science Research*, 18(3), 195–236.  
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.882.6735&rep=rep1&type=pdf>
- Amado, B. G., Arce, R. i Herraiz, A. (2015). Psychological injury in victims of childhood sexual abuse: A meta-analytic review. *Psychosocial Intervention*, 24(1), 49–62.
- Amato, P. R. (2001). Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 15(3), 355–370. doi:10.1037/0893-3200.15.3.355.
- Amato, P. R. (2014). The consequences of divorce for adults and children: An update. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, 23(1), 5-24.
- Amato, P. R. i Previti, D. (2003). People's reasons for divorcing: Gender, social class, the life course, and adjustment. *Journal of Family Issues*, 24(5), 602–626. doi:10.1177/0192513X03024005002
- Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje DSM – V*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Angström-Brännström, C., Norberg, A. i Jansson, L. (2008). Narratives of children with chronic illness about being comforted. *J Pediatr Nurs* 23: 310-316.
- Annerbäck, E. M. (2011). *Child Physical Abuse Characteristics, Prevalence, Health and Risk-taking*. Linköping University Medical Dissertations No. 1234. Preuzeto sa: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:408354/FULLTEXT01.pdf> dana 13.03.2019. u 16:00h.
- Arambašić, L. (2000). *Psihološke krizne intervencije: psihološka prva pomoć nakon kriznih događaja*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- Bainbridge, J. Ross, C. i Woodhouse, A. (2017). Inquiry into bullying and harassment in schools: children and young people's voices and experiences of bullying and harassment in schools (Edinburgh): Children in Scotland. Preuzeto sa: [http://www.parliament.scot/S5\\_Equal\\_Opps/General%20Documents/Children\\_in\\_Scotland\\_-\\_commissioned\\_by\\_EHRiC.pdf](http://www.parliament.scot/S5_Equal_Opps/General%20Documents/Children_in_Scotland_-_commissioned_by_EHRiC.pdf) dana 11.03.2019.

- Berg, L., Rostila, M., i Hjern, A. (2016). Parental death during childhood and depression in young adults - a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(9), 1092–1098. doi:10.1111/jcpp.12560
- Boden, J. M., Horwood, L. J. i Fergusson, D. M. (2007). Exposure to childhood sexual and physical abuse and subsequent educational achievement outcomes. *Child Abuse Negl*; 31: 1101–14.
- Boyd, J. R. i Hunsberger, M. (1998). Chronically ill children coping with repeated hospitalizations: their perceptions and suggested interventions. *J Pediatr Nurs* 13: 330-342.
- Buljan-Flander, G. i Kocijan-Hercigonja, D. (2003). *Zlostavljanje i zanemarivanje djece*. Zagreb: Marko M.
- Buljan-Flander, G., Štimac, D. i Špoljar-Ćorić, R. (2013). Podrška obitelji i prijatelja kao čimbenik prilagodbe djeteta na razvod roditelja. *Klinička psihologija* 6, 1-2, 63-77 [file:///C:/Users/Windows/Downloads/Flander\\_4.pdf](file:///C:/Users/Windows/Downloads/Flander_4.pdf)
- Buss, D. M. (1995). Psychological sex-differences: Origins through sexual selection. *American Psychologist*, 50(3), 164–168. doi:10.1037/0003-066X.50.3.164
- Carey, P. D., Walker, J. L., Rossouw, W., Seedat, S., i Stein, D. J. (2008). Risk indicators and psychopathology in traumatised children and adolescents with a history of sexual abuse. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(2), 93–98
- Čavarović-Gabor, B. (2007). Razvod braka roditelja i simptomi trauma kod djece. *Ljetopis socijalnog rada*, 15 (1), 69-91 str. [file:///C:/Users/User/Downloads/04\\_Cavarovic.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/04_Cavarovic.pdf)
- Centar za razvoj omladinskog aktivizma CROA preuzeto sa <https://www.facebook.com/croabih/> dana 20.04.2019. u 15:30h
- Child Matters: Education To Prevent Child Abuse, preuzeto dana 09.05. 2019. u 16:00h. <http://www.childmatters.org.nz/>
- Chong, K. i Connolly, D. A. (2015). Testifying through the ages: An examination of current psychological issues on the use of testimonial supports by child, adolescent, and adult witnesses in Canada. *Canadian Psychology*, 56(1), 108–117. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037742>.
- Chrisman, A. K. i Dougherty, J. G. (2014). Mass Trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 257–279. doi:10.1016/j.chc.2013.12.004
- Connolly, D. A., Coburn, P. I., i Chong, K. (2017). Twenty-six years prosecuting historic child sexual abuse cases: Has anything changed? *Psychology, Public Policy, and Law*, 23(2), 166–177. <http://dx.doi.org/10.1037/law0000121>
- Cotter, A. i Beaupré, P. (2014). Police-reported sexual offences against children and youth in Canada. *Canadian Centre for Justice Statistics* 1–29. Preuzeto sa <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2014001/article/14008-eng.pdf>

- Criddle, M. N., Allgood, S. M., i Piercy, K. W. (2003). The relationship between mandatory divorce education and level of post-divorce parental conflict. *Journal of Divorce & Remarriage*, 39(3-4), 99–111. doi:10.1300/J087v39n03\_05
- Cui, N., i Liu, J. (2018). Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect and Childhood Behavior Problems: A Meta-Analysis of Studies in Mainland China. *Trauma, Violence, & Abuse*, 152483801875775. doi:10.1177/1524838018757750
- Dapo, N., Brkić-Šmigoc, J., Vajzović, E., Mameledžija, S. i Osmić, A. (2013). prevalencija i incidencija nasilja nad djecom u obitelji u Bosni i Hercegovini: rezultati epidemiološkog istraživanja. *Sarajevo Social Science Review (Sarajevski žurnal za društvena pitanja)*, broj: 1 / 2013, str: 7–38, file:///C:/Users/User/Downloads/Prevalencija\_i\_incidencija\_nasilja\_nad\_d.pdf
- Dopke, C. A. i Milner, J. S. (2000). Impact of child noncompliance on stress appraisals, attribution and disciplinary choices in mothers at high and low risk for child physical abuse. *Child Abuse Neglect*, 24(4):493-504.
- Draper, B., Pfaff, J. J., Pirkis, J., I sar. (2008). Long-term effects of childhood abuse on the quality of life and health of older people: results from the depression and early prevention of suicide in general practice project. *J Am Geriatr Soc*, 56: 262–71.
- Dronkers, J., i Härkönen, J. (2008). The intergenerational transmission of divorce in cross-national perspective: Results from the fertility and family surveys. *Population Studies*, 62(3), 273–288. doi:10.1080/00324720802320475.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M., i sar. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 430–438.
- Duraković-Belko, E. (2004). Odrednice psihosocijalne prilagodbe mladih ljudi nakon rata (longitudinalna studija). Nepublicirana doktorska disertacija. Sarajevo: Filozofski fakultet Univerziteta u Sarajevu.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *Am J Psychiatry*, 160:1453-1460.
- Ellis, J., Dowrick, C. i Lloyd-Williams, M. (2013). The long-term impact of early parental death: lessons from a narrative study. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(2), 57–67. doi:10.1177/0141076812472623
- Emery, R. E., Sbarra, D. A. i Grover, T. (2005). Divorce mediation: Research and reflections. *Family Court Review*, 43(1), 22–37. doi:10.1111/j.1744-1617.2005.00005.x.
- Fekkes, M. (2006). Do Bullied Children Get Ill, or Do Ill Children Get Bullied? A Prospective Cohort Study on the Relationship Between Bullying and Health-Related Symptoms. *Pediatrics*, 117(5), 1568–1574. doi:10.1542/peds.2005-0187.

- Figley, C. R. (1993). Coping with stressors on the home front. *Journal of Social Issues*, 49, 4, 51–71.
- Finkelhor D, Ormrod R, Turner H. i Hamby, L. S. (2005). The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child Maltreat*, 10: 5-25.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., i Hamby, S. L. (2014). The Lifetime Prevalence of Child Sexual Abuse and Sexual Assault Assessed in Late Adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 55(3), 329–333.doi:10.1016/j.jadohealth.2013.12.026 .
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A. i Hamby. L. S. (2015). Prevalence of Childhood Exposure to Violence, Crime, and Abuse-Results From the National Survey of Children’s Exposure to Violence. *JAMA Pediatr.* 2015; 169 (8): 746-754. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.0676
- Gardner, R. A. (1999). Differentiating between the parental alienation syndrome and bona fide abuse/neglect. *The American Journal of Family Therapy*, 27, 97–107. <https://www.fact.on.ca/Info/pas/gardnr99.htm>
- Gariépy, N. i Howe, N. (2003). The therapeutic power of play: examining the play of young children with leukaemia. *Child Care Health Dev* 29: 523-537
- Gavin, H. (2011). Sticks and Stones May Break My Bones: The Effects of Emotional Abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20(5), 503–529.doi:10.1080/10926771.2011.592179
- Geasler, M. J., i Blaisure, K. R. (1998). A review of divorce education program materials. *Family Relations*, 47(2), 167–175. doi:10.2307/585621
- Geelhoed, R. J., Blaisure, K. R., i Geasler, M. J. (2001). Status of courtconnected programs for children whose parents are separating or divorcing. *Family Court Review*, 39(4), 393–404. doi:10.1111/j.174-1617. 2001.tb00621.x
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. i Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373: 68–81.<https://www.kau.se/files/201709/Child%20malteratment%20Lancet%203%20jan%202009.pdf>.
- Giroux, M. E., Chong, K., Coburn, P. I. i Connolly, D. A. (2018). Differences in child sexual abuse cases involving child versus adolescent complainants. *Child Abuse & Neglect*, 79, 224–233.doi:10.1016/j.chiabu.2018.02.011
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26, 697-714
- Glick, J. C., Lorand, M. A., Bilka, K. R. (2016). Physical Abuse of Children. *Pediatrics in Review*, 37(4), 146–158.doi:10.1542/pir.2015-0012
- Goldsmith, R. E., & Freyd, J. J. (2005). Awareness for Emotional Abuse. *Journal of Emotional Abuse*, 5(1), 95–123. doi:10.1300/j135v05n01\_04

- Hägglöf, B. (1999). Psychological reaction by children of various ages to hospital care and invasive procedures. *Acta Paediatr Suppl* 88: 72-78.
- Hajnić, Lj. (2014). Sindrom otuđenja od roditelja. *Ljetopis socijalnog rada*, 21 (1), 169-178 str.
- Harrison, L. i Harrington, R. (2001). Adolescents' bereavement experiences. Prevalence, association with depressive symptoms, and use of services. *Journal of Adolescence*, 24, 159–169 doi:10.1006/jado.2001.0379
- Hetzl-Riggin, M., Brausch, A. i Montgomery B. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse Negl*, 31:125- 141.
- Hinduja, S., i Patchin, J. W. (2014). Cyberbullying: Identification, prevention, and response. *Cyberbullying Research Center*. Preuzeto sa <https://cyberbullying.org/Cyberbullying-Identification-Prevention-Response.pdf> 03.05.2019.godine.
- Hinduja, S., Patchin, J. W. (2009). Cyberbullying Fact Sheet: What you need to know about online aggression. *Cyberbullying Research Center*. [http://cyberbullying.org/cyberbullying\\_fact\\_sheet.pdf](http://cyberbullying.org/cyberbullying_fact_sheet.pdf)
- Holland, J. (2004). Should Children Attend Their Parent's Funerals? *Pastoral Care in Education*, 22(1), 10–14. doi:10.1111/j.0264-3944.2004.00281.x
- Holmes, H. T. i Rahe, H. R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*. Volume 11, Issue 2, Pages 213-218.
- Honor, G. (2010). Child sexual abuse: Consequences and implications. *Journal of Pediatric Health Care*, 24, 358–364  
[https://childreninscotland.org.uk/wp-content/uploads/2017/09/Report\\_Bullying\\_June\\_2017.pdf](https://childreninscotland.org.uk/wp-content/uploads/2017/09/Report_Bullying_June_2017.pdf)
- Hughes, B. M. (2001) Psychology, hospitalization and some thoughts on medical training. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 4: 7–26.
- Juvonen, J. i Graham, S. (2014). Bullying in Schools: The Power of Bullies and the Plight of Victims. *Annual Review of Psychology*, 65(1), 159–185. doi:10.1146/annurev-psych-010213-115030
- Kärnä, A., Voeten, M., Little, T. D., Poskiparta, E., Kaljonen, A., i Salmivalli, C. (2011). A Large-Scale Evaluation of the KiVa Antibullying Program: Grades 4-6. *Child Development*, 82(1), 311–330. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01557.x
- Kaufman, J. i Charney, D., (2001). Effects of early stress on brain structure and function: Implications for understanding the relationship between child maltreatment and depression. *Dev. Psychopathol.* 13, 451-471.

- Keeshin, B. R., Corwin, D. L. (2011). Psychological Impact and Treatment of Sexual Abuse of Children. *Child Abuse and Neglect*, 461–475. doi:10.1016/b978-1-4160-6393-3.00049-x
- Kelley, M. L., Grace, N., i Elliott, S. N. (1990). Acceptability of positive and punitive discipline methods: Comparisons among abusive, potentially abusive, and nonabusive parents. *Child Abuse & Neglect*, 14(2), 219–226. doi:10.1016/0145-2134(90)90032-o
- Kelly, J. B. (2004). Family mediation research: Is there empirical support for the field? *Conflict Resolution Quarterly*, 22(1-2), 3–35. doi:10. 1002/crq.90
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J., i Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of general psychiatry*, 57(10), 953-959. doi:10.1001/archpsyc.57.10.953
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual review of psychology*, 48(1), 191-214. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9046559>
- Kessler, R. C., Price, R. H. i Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36 (2), 531-572.
- Kliethermes, M., Schacht, M., i Drewry, K. (2014). Complex Trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 339–361. doi:10.1016/j.chc.2013.12.009
- Kuh, D. i Ben-Shlomo, Y. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *Int. J. Epidemiol.* 31, 285-293.
- Lacković-Grgin, K. (2000). *Stres u djece i adolescenata*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Lahtinen, H. M., Laitila, A., Korkman, J. i Ellonen, N. (2018). Children’s disclosures of sexual abuse in a population-based sample. *Child Abuse & Neglect*, 76, 84–94. doi:10.1016/j.chiabu2017.10.011
- Langos, C. (2012). Cyberbullying: The challenge to define. *Cyberpsychology, Behaviour, and Social Networking*, 15(6), 285–289. doi:10.1089/cyber.2011.0588
- Lesthaeghe, R. J., Neidert, L. (2006). The Second Demographic Transition in the United States: Exception or Textbook Example? *Population and Development Review*, 32(4), 669–698. doi:10.1111/j.1728-4457.2006.00146.x
- Lewis, H. J. (1997). *Trauma i opravak*. Sarajevo: Svjetlost.
- Lewis, T., Leeb, R., Kotch, J., i saradnici. (2007). Maltreatment history and weapon carrying among early adolescents. *Child Maltreat*, 12: 259–68.

- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., i Weisskopf, M. G. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety. *Int J Public Health.*, 59(2):359-72.
- Lujić, M. (2017). *Nasilje nad djecom školske dobi* (Diplomski rad). Zagreb: Odsjek za učiteljske studije Učiteljskog fakulteta, Zagrebu.
- Machajewski, V. i Kronk, R. (2013). Childhood Grief Related to the Death of a Sibling. *The Journal for Nurse Practitioners*, 9(7), 443–448.doi:10.1016/j.nurpra2013.03.020
- Mapp, S. (2006). The effects of sexual abuse as a child on the risk of mothers physically abusing their children: a path analysis using systems theory. *Child Abuse Negl*, 30:1293-1310.
- McCloskey L, i Bailey J. (2000). The intergenerational transmission of risk for child sexual abuse. *J Interpers Violence*, 15:1019-1035
- McHolm, A. E., MacMillan, H. L. i Jamieson, E. (2003). The relationship between childhood physical abuse and suicidality among depressed women: results from a community sample. *Am J Psychiatry*, 160: 933–38
- Mercer, J. (2019). Are intensive parental alienation treatments effective and safe for children and adolescents? *Journal of Child Custody*, 1–47. doi:10.1080/15379418.2018.1557578
- MFS-EMMAUS (2019). Centar za sigurni internet preuzeto sa <https://www.sigurnodijete.ba/centar-za-sigurni-internet/> dana 16. 04. 2019. godine u 15:00h.
- Mian, M., Marton, P. i LeBaron, D. (1996). The effects of sexual abuse on 3- to 5-year-old girls. *Child Abuse Negl*, 20:731-745
- Milletich, R. J. i Kelley, M. (2010). Experiencing Emotional Abuse during Childhood and Witnessing Interparental Verbal Aggression as Related to Emotional Aggression in Undergraduate Dating Relationships. OUR Journal: *ODU Undergraduate Research Journal*, Vol. 1, Article 2. <http://digitalcommons.odu.edu/ourj/vol1/iss1/2>
- Min-Ah, L. (2016). Parental Death in Childhood and Depressive Symptoms in Adulthood. *Korea Institute for Health and Social Affairs*, vol.36, no.3, pp.5 – 33 DOI: 10.15709/hswr.2016.36.3.5
- Modecki, K. L., Minchin, J., Harbaugh, A. G., Guerra, N. G. i Runions, K. C. (2014). Bullying Prevalence Across Contexts: A Meta-analysis Measuring Cyber and Traditional Bullying. *Journal of Adolescent Health*, 55(5), 602–611.doi:10.1016/j.jadohealth.2014.06.007
- Nakamoto, N. i Schwartz, D. (2009). Is peer victimization associated with academic achievement? A meta-analytic review. *Social Development*, 19, 221–242
- National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) (2004). Pediatric Medical Traumatic Stress: A Comprehensive Guide. <https://www.nctsn.org/> preuzeto dana 26.03.2019.



- Negrao C, Bonanno G, Noll J, i sar. (2005). Shame, humiliation, and childhood sexual abuse: distinct contributions and emotional coherence. *Child Maltreat*, 10:350-363.
- Nolbris, M. i Hellström, A. (2005). Siblings' needs and issues when a brother or sister dies of cancer. *J Pediatr Oncol Nurs*. 22(4):227-233.
- Noll, J., Horowitz, L., Bonanno, G., i sar. (2003) Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: results from a prospective study. *J Interpers Violence*, 18:1452-1471.
- O'Leary, K. Creative Arts Therapy. <http://www.sickkids.ca> preuzeto dana 28.04.2019. u 10:30 min
- Paul, F. i Rattray, J. (2008). Short- and long-term impact of critical illness on relatives: literature review. *J Adv Nurs* 62: 276-292.
- Pedro-Carroll, J. L. (2005). Fostering resilience in the aftermath of divorce: The role of evidence-based programs for children. *Family Court Review*, 43(1), 52–64. doi:10.1111/j.1744-1617.2005.00007.x
- Pérez-Fuentes, G., Olfson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S. i Blanco, C. (2013). Prevalence and correlates of child sexual abuse: A national study. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 16–27.
- Pollio, E., Glickman, A., Behl, L., i Deblinger, E. (2013). Treating Children and Adolescents in the Aftermath of Sexual Abuse. *Handbook of Child and Adolescent Sexuality*, 371–400. doi:10.1016/b978-0-12-387759-8.00015-5
- Profaca, B., Arambašić, L. i Bunjevac, T. (2016). Nezlostavljajući traumatski događaji u djetinjstvu i psihosocijalno funkcioniranje mladih. *Ljetopis socijalnog rada*. 23 (2), 187-210 str.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 269–278.
- Rattray, J. E., Johnston, M. i Wildsmith, J. A. (2005). Predictors of emotional outcomes of intensive care. *Anaesthesia* 60, 1085-1092.
- Roje, M. (2019). Konfliktni razvod i otuđenje od roditelja: Dijete u središtu (sukoba). <https://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno teme/konfliktni-razvod-i-otudenje-od-roditelja-dijete-u-sredistu-sukoba/> preuzeto dana 24.04.2019. g. u 13:00h.
- Rokach, A. i Matalon, R. (2007). 'Tails' - A fairy tale on furry tails: A 15-year theatre experience for hospitalized children created by health professionals. *Paediatr Child Health* 12: 301-304.
- Rostila, M. (2015). Commentary: Childhood parental loss and adulthood health: Discussing the role of parental cause of death, child's age at death and historical context. *Social Science & Medicine*, 131, 190–192. doi:10.1016/j.socscimed.2015.03.012

- Sanders, C. (2019). Scared Little Girl Heading To Surgery Lights Up When She Sees Her Ride. <https://www.inspiremore.com/doctors-medical-center-vw-beetle/> preuzeto dana 28.04.2019. u 10:00 min
- Sartain, S. A., Clarke, C. L. i Heyman, R. (2000). Hearing the voices of children with chronic illness. *J Adv Nurs*, 32: 913-921.
- Saunders, B. E. i Adams, Z. W. (2014). Epidemiology of Traumatic Experiences in Childhood. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 167-184. doi:10.1016/j.chc.2013.12.003
- Saunders, B. E., Berliner, L. i Hanson, R. F. (2003). Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment (Final Report: January 15, 2003). Charleston, SC: *National Crime Victims Research and Treatment Center*
- Schonfeld, D. J. i Quackenbush, M. (2009). After a Loved One Dies—How Children Grieve. New York Life Foundation. <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Children-and-Disasters/Documents/After-a-Loved-One-Dies-English.pdf> preuzeto dana 15. 04. 2019.
- Schuster, M. A. i Bogart, L. M. (2012). Did the Ugly Duckling Have PTSD? Bullying, Its Effects, and the Role of Pediatricians. *Pediatrics*, 131(1), e288–e291. doi:10.1542/peds.2012-3253
- Shaffer, A., Yates, T. M. i Egeland, B. R. (2009). The relation of emotional maltreatment to early adolescent competence: developmental processes in a prospective study. *Child Abuse and Neglect*, 33(1): 36-44.
- Shields, L. (2001). A review of the literature from developed and developing countries relating to the effects of hospitalization on children and parents. *Int Nurs Rev*, 48: 29-37.
- N1 - regionalna i lokalna 24-časovna platforma, preuzeto dana 10.04.2019. u 14:00min. <http://hr.n1info.com/Vijesti/a361625/Tragedija-u-Sarajevu-U-bazenu-se-utopio-djecak-iz-Splita.html>
- Sofović, J. i Hačam, B. (2015). *Vršnjačko nasilje. Priručnik za odrasle*. Sarajevo: SOS Dječija sela Bosna i Hercegovina
- South Eastern Centre Against Sexual Assault & Family Violence (SECASA) <https://www.secasa.com.au/> preuzeto dana 03. 05. 2019. u 12:20 min.
- Stikkelbroek, Y., Prinzie, P., de Graaf, R., ten Have, M. i Cuijpers, P. (2012). Parental death during childhood and psychopathology in adulthood. *Psychiatry Research*, 198(3), 516–520. doi:10.1016/j.psychres.2011.10.024
- Stroebe, M., Stroebe, W. i Abakoumkin, G. (2005). The Broken Heart: Suicidal Ideation in Bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2178-2180. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2178>

- Sullivan, P. i Knutson, J. (2000). Maltreatment and disabilities: A populationbased epidemiological study. *Child Abuse Negl.* 24:1257-1273
- Summers, D., i Summers, C. (2006). Unadulterated arrogance: Autopsy of the narcissistic parental alienator. *American Journal of Family Therapy*, 34(5), 399–428. doi:10.1080/01926180600817885
- Tang, C. S. (2002). Childhood experience of sexual abuse among Hong Kong Chinese college students. *Child Abuse & Neglect*, 26, 23–37. [http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00306-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00306-4).
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry*. 1991 Jan;148(1):10-20.
- Thompson, R. H. i Vernon, D. T. (1993). Research on children's behaviour after hospitalization: A review and synthesis. *J Dev Behav Pediatr* 1: 28–35.
- Torbic, H. (2011). Children and grief: but what about the children? *Home Healthc Nurse*, 29(2):67-79.
- Treloar, R. (2018). High-conflict divorce involving children: parents' meaning-making and agency. *Journal of Social Welfare and Family Law*, 40(3), 340–361. doi:10.1080/09649069.2018.1493652
- Udruženje za prevenciju ovisnosti NARKO-NE i KJU „Porodično savjetovalište“. (2016) *Istraživanje o kockanju i korištenju interneta, te navikama konzumiranja cigareta, alkohola i marihuane među djecom i mladima u tri kantona Federacije Bosne i Hercegovine „Putokazi u zdravije društvo“* (2016). Sarajevo. Preuzeto sa [http://prevencija.ba/images/publikacije/Rezultati\\_istrazivanja\\_2016\\_NarkoNe.pdf](http://prevencija.ba/images/publikacije/Rezultati_istrazivanja_2016_NarkoNe.pdf) dana 16. 04. 2019. u 18:00h.
- UNICEF. (2016). Kvalitativno istraživanje o društvenim normama u pogledu rodno zasnovanog nasilja i fizičkog kažnjavanja dece na Kosovu - (Rezolucija SB UN 1244). [https://www.unicef.org/kosovoprogramme/FINAL\\_SERBIAN\\_Social\\_Norms\\_on\\_GBV\\_DV.pdf](https://www.unicef.org/kosovoprogramme/FINAL_SERBIAN_Social_Norms_on_GBV_DV.pdf)
- Wagner, M. i Weiß, B. (2006). On the variation of divorce risks in Europe: Findings from a meta-analysis of European longitudinal studies. *European Sociological Review*, 22(5), 483–500. doi:10.1093/esr/jcl014
- Warshak, R. (2010). Family bridges: Using insights from social science to reconnect parents and alienated children. *Family Court Review*, 48(1), 48–80
- Warshak, R. i Otis, M. (2010). Helping alienated children with family bridges: Research, and the pursuit of “humbition”. *Family Court Review*, 48(1), 91–97. doi:10.1111/j.1744-1617.2009.01290.x
- Widom, C. S. (1989). The cycle of violence. *Science*, 244: 160–66 <https://doi.org/10.1126/science.2704995>

- Williams, A. M. i Irurita, V. F. (2005). Enhancing the therapeutic potential of hospital environments by increasing the personal control and emotional comfort of hospitalized patients. *Appl Nurs Res*, 18: 22-28
- Wolke, D., i Lereya, S. T. (2015). Long-term effects of bullying. *Archives of Disease in Childhood*, 100(9), 879–885. doi:10.1136/archdischild-2014-306667
- Wright, M. O. (2007). The Long-Term Impact of Emotional Abuse in Childhood. *Journal of Emotional Abuse*, 7(2), 1–8. doi:10.1300/j135v07n02\_01
- Yeh, C. H. (2001). Adaptation in children with cancer: research with Roy's model. *Nurs Sci Q*, 14: 141-148.
- Zimmerman, D. K., Brown, J. H., i Portes, P. R. (2004). Assessing custodial mother adjustment to divorce: The role of divorce education and family functioning. *Journal of Divorce & Remarriage*, 41(1-2), 1–24. 23 doi:10.1300/J087v41n01\_01