

TRAUMATIZACIJA DJECE I MLADIH

Pregledni članak
Primljeno: studeni, 2016.
Prihvaćeno: siječanj, 2016.
UDK 616.89-053.2
DOI 10.3935/ljsr.v23i3.143

Bruna Profaca¹
Poliklinika za zaštitu djece i
mladih grada Zagreba

SAŽETAK

Traumatski događaji u djetinjstvu imaju formativni utjecaj na razvoj djece i mladih. Izloženost traumatizaciji mijenja djetetovu unutrašnju sliku svijeta te oblikuju shvaćanje sebe i drugih, formira očekivanja od budućnosti koja imaju utjecaj kako na aktualno ponašanje djeteta, tako i na buduće doživljavanje.

U ovom radu prikazan je pregled spoznaja iz dječje traumatske psihologije koje se odnose na povijesni prikaz istraživanja traume u dječjoj dobi, istraživanja učinaka traume na razvoj te specifičnosti procjene djece nakon izloženosti zlostavljanju, kao najčešćeg oblika traumatizacije u dječjoj dobi. Zbog složenosti traume zlostavljanja, kao socijalno-psihološke pojave uzrokovane različitim činiteljima naglašava se važnost multidisciplinarnog pristupa kao modela procjene, dijagnostike i planiranja tretmana nakon traumatskog iskustva kojim se osigurava podrška djetetu i obitelji te cjelovita procjena svih aspekata razvoja te razine rizika/zaštićenosti djeteta i obiteljskog funkcioniranja.

Bolje prepoznavanje izloženosti djece i mladih različitim oblicima traumatizacije, kao i kasnijih posljedica,

Ključne riječi:
trauma u djetinjstvu, zlostavljanje djece, intervencije temeljene na pokazateljima.

¹ Dr. sc. Bruna Profaca, psihologinja, e-mail: bruna.profaca@poliklinika-djeca.hr

omogućava učinkovito definiranje potrebe za intervencijom i djelovanje. Danas se smatra kako je važno znanja o traumi i traumatskim učincima te intervencijama temeljenim na pokazateljima uspješnosti ugraditi u sustav socijalne skrbi gdje stručnjaci svakodnevno rade s djecom i mladima koji su izloženi traumatizaciji kako bi bili osposobljeni odgovoriti na njihove potrebe i smanjiti retraumatizaciju.

UVOD

Znamo li dovoljno o traumatizaciji djece? Iako se prvi nesustavni izvještaji koji sugeriraju kako psihološki činitelji mogu utjecati na tjelesni i kognitivni razvoj djece sreću već krajem 19. stoljeća, uglavnom u sirotištima za djecu, tek nakon 2. svjetskog rata, praćenjem iskustava velikog broja raseljene i ostavljene djece opažaju se njihove reakcije nakon doživljenog nasilja, gubitka bliskih osoba, izloženosti nedaćama, gladi i teškim uvjetima (Putnam 1997.). Tada se pokazalo da su roditeljske reakcije ključne u oblikovanju reakcija djece na traumatske događaje (Solomon, 1942., Freud, 1943., prema Putnam, 1997.). Na razumijevanje dječjeg razvoja općenito i učinaka traumatizacije na razvoj velik je utjecaj imao rad Renea Spitzza (1946., prema Putnam, 1997.) i Johna Bowlbyja (1958., prema Putnam, 1997.; Levy i Orlans, 1998.). Proučavajući separaciju od roditelja i gubitak u dječjoj dobi, Bowlby je konceptualizirao reakcije privrženosti kao biološke funkcije važne za ljudski razvoj. Naglašavao je kako je odnos majka-dijete ključan za zdrav psihički i socijalni razvoj djeteta. Proučavajući djecu i mlade antisocijalnog ponašanja, ustanovio je da im je zajedničko rano iskustvo odvajanja od majke koje rezultira doživljajem traumatskog gubitka te dovodi do depresije i smetnji u ponašanju. Kod roditelja je ustanovio teškoće u stilovima roditeljstva (Levy i Orlans, 1998.). Danas Bowlbyjeva teorija privrženosti predstavlja teoriju normalnog razvoja koja objašnjava i neke vrste atipičnog ponašanja (Levy i Orlans, 1998.).

Općenito govoreći, empirijska istraživanja traumatskog stresa u djetinjstvu imaju nekoliko stadija razvoja (Pynoos, Steinberg i Goenjian, 1996.). Nakon početnog psihološkog i kliničkog pristupa koji je skrenuo pažnju na djecu i mlade koji su doživjeli teška iskustva kasnije se interes usmjerio na analizu djetetovog doživljaja te na konstrukciju valjanih mjera procjene, tj. na unapređivanje znanstvene metodologije u istraživanju traume u populaciji djece, da bi se danas interes usmjerio na nekoliko novih područja. To su u prvom redu etiološki i posredujući čimbenici, npr. rizici za razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja i drugih posljedica, uloga roditeljskih načina reagiranja prema djeci i mladima i dr. Zatim, razvija se interes za posttraumatski stresni poremećaj kod djece i mladih, tj. za ulogu podražaja koji

podsjecaju na traumatski događaj. Kao treće područje javlja se interes za biološke promjene povezane s posttraumatskim reakcijama djece i mladih.

Današnja znanja u ovom području koriste se u kliničkom i tretmanskome/terapijskom radu s ciljem oporavka djece pogođene traumatskim iskustvima, ali i u socijalnoj skrbi i programima psihosocijalne pomoći djeci i mladima, osobito u zemljama zahvaćenim ratom, od kojih su mnogi bili provedeni i u našoj zemlji (Kuterovac, Dyregrov i Stuvland, 1994.). Dosadašnji nalazi imaju važne javno-zdravstvene i socijalno-zaštitne implikacije u pokretanju učinkovitih intervencija u radu s djecom. Iako znamo kako su djeca i mladi izloženi traumatskim događajima, još uvijek se opaža društveni stav koji otežava priznavanje traumatizacije djece, a proizlazi iz raširenog idealističkog pogleda na djetinjstvo. S druge strane, Dyregrov i sur. (2002.), govoreći o traumatizaciji djece u ratu, navode da je nepostojanje interesa za dječju traumu dio procesa u znanstvenim krugovima koji je relativno kasno usmjerio interes na posljedice traumatizacije općenito, a najvidljiviji je upravo u području dječje traumatizacije. Spomenuti autori naglašavaju da je priznavanje dječjih teških iskustava od strane odraslih povezano i s negiranjem vlastitih iskustava koja su doživjeli. Međutim, Dyregrov i sur. (2002.) prepoznaju i širi društveni kontekst koji negira dječju traumatizaciju. S jedne strane, to su oni dijelovi društva koji su dužni u širem razmjeru zaštititi djecu (vlade, udruženja, međunarodne agencije). Takva negacija dječje traume način je zaštite sebe od kolektivne krivnje u situacijama kad su stručnjaci bespomoćni u zaštiti djece od globalnih procesa (npr. ratova, sukoba, katastrofa, migracija) u kojima društva ne mogu zaštititi djecu od traume koju sami proizvode. S druge strane, Dyregrov i sur. (2002.) odgovornima drže i stručnjake u području mentalnog zdravlja koji naglašavaju dječju otpornost i samooporavak nakon traumatskog iskustva povezan s očekivanim kulturalnim razlikama čime međunarodnoj zajednici daju stručni i teorijski okvir za otklanjanje od sebe razloga za prevenciju dječje traumatizacije, osobito u situacijama kad su djeca izložena ratnim sukobima.

TRAUMATSKI DOGAĐAJI I TRAUMA U DJEČJOJ DOBI

Traumatski događaji ometaju uobičajen osjećaj kontrole koji pojedinac ima nad životom, osjećaj povezanosti s drugima i značenja koja pridaje svijetu oko sebe (Herman, 1997.). Prema petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika duševnih poremećaja DSM – V (Američka psihijatrijska udruga, 2014.), traumatski događaji uključuju izravnu i neizravnu izloženost stvarnoj ili prijetećoj smrti, ozbiljnom ozljeđivanju ili seksualnom nasilju. Ovakvi događaji mogu biti jednokratni, ali i ponavljajući. U drugom slučaju, najčešće govorimo o složenoj ili kompleksnoj traumi koja je povezana s prolongiranim, ponavljajućim traumatskim iskustvima, npr.

tjelesno i seksualno nasilje, emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje najčešće od strane žrtvi poznate osobe (Sanderson, 2013.).

Neposredno nakon traumatskog događaja javljaju se reakcije koje služe mijenjanju osjećaja povezanih s traumom i u većini slučajeva tijekom vremena raste tolerancija na doživljeno traumatsko iskustvo koje se prihvaća kao dio života (van der Kolk i McFarlane, 1996.). Međutim, to ne znači da je traumatsko iskustvo bilo nezapaženo. Pojedinaac je nakon traumatskog događaja zaokupljen doživljenim, izložen nametajućim mislima i slikama proživljenog. Ovaj proces služi modificiranju osjećaja povezanih s traumom i stvara toleranciju za kontekst u kojem se sjećanja javljaju (van der Kolk, 1996.). Traumatsko iskustvo može utjecati na sva područja života: osjećaje, mišljenje, pamćenje, ponašanje, tjelesno zdravlje, socijalne odnose. Reakcije na traumatske događaje smatraju se razumljivim ili normalnim reakcijama na nenormalne okolnosti (Arambašić, 2000.) koje se mogu javiti odmah nakon traumatskog događaja, ali i tjednima kasnije. Arambašić (2000.) traumatske stresne reakcije definira kao neposredne reakcije na traumatski događaj, tj. sklop osjećaja, misli i postupaka za vrijeme trajanja zastrašujućeg događaja ili neposredno nakon njega, a koje su usmjerene na ublažavanje učinaka traumatskog iskustva. Nadalje, spomenuta autorica navodi kako određeni sklop karakteristika pojedinca, ali i vanjskih okolnosti može izazvati dugoročne i teže posljedice na planu tjelesnog i mentalnog zdravlja koje najčešće ne nestaju same od sebe te tada govorimo o postraumatskim stresnim reakcijama, tj. sklopu osjećaja, misli i ponašanja vezanih uz sjećanja na traumatsko iskustvo (Arambašić, 2000.).

U dostupnim istraživanjima nalazi se različita prevalencija traumatskih događaja u djetinjstvu/mladosti. Prema jednom američkom longitudinalnom istraživanju na uzorku od 1 420 djece, adolescenata i njihovih skrbnika (Costello i sur., 2002.) pokazalo se kako je 25% sudionika (djece i mladih) doživjelo barem jedan traumatski događaj do 16. godine. Prema podacima Njujorškog državnog psihijatrijskog instituta, 64% djece u New Yorku doživjelo je traumatski događaj u dobi od 9. do 16. godine (Harris, Putnam i Fairbank, 2006.). Harris, Putnam i Fairbank (2006.) naglašavaju kako su neki dijelovi populacije djece i mladih rizičniji za traumatizaciju: ona djeca koja su izložena zlostavljanju i zanemarivanju, djeca izdvojena u udomiteljske obitelji, ona koja su svjedočila obiteljskom nasilju, djeca žrtve prirodnih katastrofa, djeca pod zaštitom pravosudnog sustava, izbjegla djeca zbog ratnih zbivanja te ona uključena u psihijatrijske institucije.

Postojeće klasifikacije traumatskih događaja kojima su izložena djeca i mladi razlikuju traumatske događaje koji ne uključuju zlostavljanje i zanemarivanje u obitelji od onih koji uključuju (Putnam, 1997.). Traumatski događaji koji ne uključuju zlostavljanje i zanemarivanje u obitelji su različiti (Putnam, 1997.): nasilje u zajednici, katastrofe, ratni i građanski sukobi, nasilje u obitelji te nesreće i ranjavanja.

Pynoos i Nader (1990.) kao događaje kojima djeca svjedoče navode samoubojstvo, ubojstvo, silovanje, nasilje u zajednici, vršnjačko nasilje, iznenadne napade. Navedeni događaji samo su neki kojima djeca mogu biti izložena, a ne uključuju zlostavljanje i zanemarivanje u obitelji i uglavnom odgovaraju klasifikaciji traumatskih događaja prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku duševnih poremećaja DSM – V (Američka psihijatrijska udruga, 2014.). Uz sve navedeno, ima i drugih traumatskih događaja koji pogađaju djecu i mlade, a jedan od njih je i dijagnosticiranje po život opasne bolesti bilo samom djetetu ili roditelju/skrbniku te traumatski gubici u dječjoj dobi. Svaki od ovih događaja može imati različite izvore traumatizacije za dijete te u skladu s tim kratkoročne i dugoročne posljedice.

Zlostavljanje i zanemarivanje u dječjoj dobi najčešći je oblik traumatizacije u djetinjstvu. Prilikom određivanja zlostavljanja i zanemarivanja djeteta, važno je voditi računa o dvjema procjenama: s jedne strane o postupanju roditelja/skrbnika, a s druge o posljedicama za dijete. Cicchetti i Toth (2000.) smatraju da je ranije do teškoća u operacionalizaciji definicija zlostavljanja djece dolazilo uslijed nedostatka društvenog konsenzusa u nekim zajednicama oko neprihvatljivih oblika roditeljskog ponašanja, zatim neslaganja oko toga je li kriterij zlostavljanja roditeljsko ponašanje ili posljedice koje ono ima za dijete te oko svrhe korištenja definicije. U svom pregledu definicija, Hobbs, Hank i Wynne (1999.) ističu one koje se usmjeravaju na prevenciju i to zahvaćanjem rizičnih i/ili zaštitnih čimbenika te smatraju kako zlostavljanje djece uključuje sve ono što pojedinci, institucije ili procesi čine ili propuštaju učiniti, što posredno ili neposredno šteti djetetu ili je rizično za njegov zdrav i sigurni razvoj.

Smatrajući ovakvu definiciju preširokom, navode onu koju i u našim uvjetima i danas najčešće koristimo u kliničkoj praksi: zlostavljanje djeteta je interakcija ili nedostatak interakcije između članova obitelji koji rezultira neslučajnom štetom koja se odražava na tjelesni i razvojni status pojedinca (Hobbs, Hank i Wynne, 1999.). Briere (2002.) navodi da traumatska iskustva povezana sa zlostavljanjem i zanemarivanjem uključuju različite oblike zlostavljanja koji su po svojoj prirodi ili direktno usmjereni na dijete ili nastaju zbog nepostojanja ili propuštanja primjerenog postupanja i brige prema djetetu ili za dijete. Briere (1992.) navodi sljedeće oblike zlostavljanja i zanemarivanja: seksualno, tjelesno i psihičko zlostavljanje, emocionalno zanemarivanje, roditeljska zloupotreba sredstava ovisnosti. Ovi se oblici zlostavljanja i zanemarivanja u životu djeteta često preklapaju, tj. pojavljuju se zajedno, a realnost dječjeg iskustva znatno je složenija od postojećih klasifikacija oblika zlostavljanja.

Danas se smatra kako je trauma zlostavljanja kompleksno traumatsko iskustvo, osobito ako se odvija u kontekstu skrbničkih odnosa i odnosa privrženosti (Sanderson, 2013.). Posljedice traume zlostavljanja ne mogu jasno biti obuhvaće-

ne klasifikacijama unutar DSM – V (Američka psihijatrijska udruga, 2014.) te odgovaraju posljedicama složene ili kompleksne traume koja objašnjava djetetovo izlaganje višestrukim traumatskim događajima i učinke ovakvog izlaganja u vidu kratkoročnih i dugoročnih posljedica. Složeno traumatsko iskustvo odnosi se na djetetovo doživljavanje višekratnih traumatskih događaja unutar kruga skrbnika, tj. u onoj socijalnoj okolini za koju se pretpostavlja da bi trebala biti izvor sigurnosti i stabilnosti u djetetovom životu (van der Kolk, 2005.). Najčešće se ovakvo iskustvo odnosi na različite oblike zlostavljanja djeteta koje započinje u ranom djetinjstvu, a posljedice su vidljive u nekoliko područja.

TRAUMA I RAZVOJNE POSLJEDICE

Danas je jasan formativni utjecaj traumatskih iskustava u djetinjstvu i njihov ključni ishod u djelovanju na očekivanja o svijetu i o sigurnosti života s drugima te na osjećaj osobnog integriteta (Pynoos, Steinberg i Goenjian, 1996.). Još je Bowlby (1973.) naglašavao da traumatski događaji mijenjaju djetetovu unutrašnju sliku svijeta, oblikuju shvaćanje sebe i drugih te vode očekivanjima od budućnosti koja imaju dubok utjecaj na sadašnje i buduće doživljavanje i ponašanje. Proteklih dvadesetak godina unaprijedilo se empirijsko i teorijsko razumijevanje učinaka traumatskih događaja na dječji razvoj. Međutim, iz postojećih istraživanja manje je jasno koliko različiti simptomi traumatizacije interferiraju s djetetovim svakodnevnim funkcioniranjem, a koliko se mogu smatrati uobičajenim reakcijama na neuobičajene događaje. Djelovanje dječje traume može biti sveobuhvatno, djelujući na školsko postignuće, ometajuće za djetetov kognitivni razvoj, uzrokujući niz psihičkih poteškoća.

Traumatizirana djeca, kao i odrasli, reagiraju na traumatsko iskustvo znakovima ponovnog proživljavanja, emocionalnog izbjegavanja i pobuđenosti (Pynoos i Nader, 1993.). Fenomeni ponovnog proživljavanja ukazuju na to da elementi traumatskog iskustva ostaju aktivno prisutni u mentalnom životu djeteta. Ponovno proživljavanje kritičnih događaja i/ili iskustava ogleđa se u traumatskoj igri i obrascima ponašanja, nametajućim mislima, slikama, zvukovima ili mirisima, traumatskim snovima i psihološkim reagiranjem na podsjetnike. Izbjegavanje pokazuje kako dijete nastavlja ograničavati ili regulirati svoje osjećaje u pokušaju kontroliranja dojmova koji se stalno vraćaju. Djeca tada počinju izbjegavati određene misli, lokacije, konkretne pojave, ljude i ponašanja koji ih podsjećaju na traumatski događaj. Povećana pobuđenost uključuje poremećaje spavanja, razdražljivost, ljutnju, teškoće s koncentracijom i drugo. (Pynoos i Nader, 1993.). Pynoos, Steinberg i Goenjian (1996.) navode više područja razvoja djeteta koja su pogođena traumatskim izlaganjem: pažnja/spoznaja/učenje, slika o sebi, percepcija vlastite

učinkovitosti, aktivacija autonomnog živčanog sustava, specifične brige, kontrola impulsa, moralni razvoj, svjesnost/doživljaj kontinuiteta, reprezentacija sebe i drugih, biološko sazrijevanje, interpersonalni i unutarobiteljski odnosi i razvoj kompetencija. U svakom od ovih područja može se razviti psihopatologija povezana s traumatskim iskustvom. Dakle, traumatsko iskustvo može omesti ili potaknuti kritična razvojna područja. Pynoos, Steinberg i Goenjian (1996.) navode da, što je dijete zrelije, to ima veći kapacitet prepoznavanja posljedica traumatskog iskustva u svom životu. Razvojni stupanj na kojem dijete doživljava traumatsko iskustvo ima glavni učinak na sposobnost kasnije adaptacije. Trauma u ranoj dobi nepovoljno djeluje na sazrijevanje sustava regulacije osnovnih bioloških procesa. Prema McFarlane i van der Kolk (1996.), ometanje ovih procesa samoregulacije povezano je s teškoćama u regulaciji osjećaja, destruktivnim ponašanjem prema sebi i drugima, teškoćama u učenju, somatizacijom, negativnom slikom o sebi i drugima koja se opetovano potvrđuje. Caffo, Foressi i Lievers (2005.) u prikazu istraživanja koja se bave učincima traume na djecu i mlade pokazali su njihovu heterogenost. Individualno iskustvo i oporavak variraju u funkciji različitih faktora, što uključuje spol, dob, obiteljsku i socijalnu podršku. Iako se većina studija usmjerava na posttraumatski stresni poremećaj, dobiveni podaci govore i o anksioznosti i depresivnosti, kao i o poteškoćama u psihosocijalnom funkcioniranju.

Hodges i sur. (2013.) u pregledu istraživanja traumatizacije u djetinjstvu navode povezanost traume zlostavljanja i nasilja u obitelji i izvan nje s nizom kasnijih psiholoških simptoma (anksioznost, depresivnost, posttraumatski stres, disocijacija, zaokupljenost seksualnošću, ponašajni problemi). Kod nas je provedeno istraživanje na uzorku od 4 177 mladića i djevojaka, a radi utvrđivanja povezanosti izlaganja traumatskim događajima u djetinjstvu s nekim aspektima psihosocijalnog funkcioniranja mladih. I kod mladića i kod djevojaka dobiveni su doprinosi zlostavljajućih traumatskih događaja različitim aspektima psihosocijalnog funkcioniranja. Više oblika zlostavljanja (seksualno i tjelesno) najviše pridonose nižem samopoštovanju mladića, dok kod djevojaka najviše pridonose usamljenosti u obitelji (Profaca, 2008.).

Kod djece izložene složenom traumatskom iskustvu, tj. dugotrajnom nasilnom i zlostavljajućem ponašanju nalaze se skupine znakova/simptoma koji ukazuju na poteškoće tijekom odrastanja: poteškoće u regulaciji emocija u odnosu na sebe i druge, kronično samodestruktivno ponašanje, promjene u pažnji, koncentraciji i svjesnosti koje vode k disocijativnim smetnjama, promjene u samopoimanju povezane s osjećajem krivnje, srama i dr., promjene u odnosima s drugim osobama i nedostatak povjerenja, somatske smetnje, promjene u sustavu vrijednosti i svjetonazoru praćene bespomoćnošću (Sanderson, 2013.).

Cook i sur. (2003.) navode kako složena trauma može rezultirati poteškoćama u samoregulaciji i odnosima s drugima i očituje se na sedam područja: biološki razvoj, privrženost, regulacija osjećaja, disocijacija, kontrola ponašanja, kognicija i samopoimanje. Takve poteškoće i simptomi složene traume razvit će se kod djece i mladih koji su izloženi zastrašujućim situacijama koje je teško predvidjeti i kontrolirati. U većini takvih situacija roditelji mogu pomoći svojoj djeci u uspostavljanju osjećaja sigurnosti i kontrole i tada djetetove reakcije ovise o njegovim reakcijama. Međutim, ako je traumatski događaj intenzivan ili je izvor traumatizacije sam roditelj, djeca imaju poteškoća u regulaciji svoje pobuđenosti, u suočavanju s vlastitim doživljajem anksioznosti, ljutnje i osjećaja bespomoćnosti. Dakle, ukoliko je dijete izloženo neočekivanom i traumatskom događaju i ukoliko skrbnik ne može preuzeti funkciju moduliranja djetetovog iskustva, što se događa uslijed izloženosti narušenoj obiteljskoj dinamici ili nasilju, dijete ne može na prikladan način organizirati i razumjeti to iskustvo. Za razliku od odraslih, djeca nemaju drugih mogućnosti samozaštite, ovisna su o skrbniku/odrasloj osobi. Nadalje, djetetovo ponašanje organizira se u smjeru preživljavanja u danim okolnostima, što kod odraslih u djetetovoj okolini, ukoliko nemaju razumijevanja, dovodi do odbijanja i osude (van der Kolk, 2005.).

Osim složene traume (dugotrajne izloženosti nasilnom okruženju), u literaturi se navodi i kumulativna trauma, tj. različiti oblici traumatizacije i različit broj traumatskih događaja tijekom odrastanja koji se povezuju s kompleksnošću kasnijih simptoma (Hodges i sur., 2013.). U istraživanju kojim su se ispitali učinci kumulativnih traumatskih iskustava (više traumatskih događaja) kod djece od 8 do 12 godina pokazala se značajna povezanost s kompleksnošću posttraumatskih simptoma o kojima su izvještavala i djeca i njihovi skrbnici. Kompleksnost simptomatologije definirala se kao broj različitih klinički značajnih simptoma u šest područja povezanih s traumom (anksioznost, depresivnost, ljutnja, posttraumatski stres, disocijacija, ljutnja i zaokupljenost seksualnošću) (Hodges i sur., 2013.).

Dakle, učinci traumatskih iskustava na razvoj djeteta mogući su i nakon jednokratne izloženosti, kao i nakon složenih i kumulativnih traumatskih izlaganja.

Specifičnosti procjene djece nakon traume zlostavljanja

Zlostavljanje, kao najčešći oblik traumatizacije u dječjoj dobi, složena je socijalno-psihološka pojava koja je uzrokovana različitim činiteljima: individualno psihološkim obilježjima počinitelja, odnosom roditelja i djeteta, obiteljskim okruženjem, situacijskim činiteljima i društvenim uvjetima. U procjeni rizika za zlostavljanje, kao i kod procjene zaštitnih faktora, važno je obuhvatiti karakteristike obitelji i djeteta i zajednice/društva. Međutim, u individualnoj procjeni zlo-

stavljanog i traumatiziranog djeteta važan je multidisciplinarni pristup kao model procjene, dijagnostike i planiranja tretmana nakon traumatskog iskustva kojim se osigurava podrška djetetu i obitelji te cjelovita procjena razine rizika/zaštićenosti djeteta i obiteljskog funkcioniranja (Buljan Flander i Profaca, 2010.). Naglasak je na procjeni svih aspekata razvoja djeteta, psihosocijalnog funkcioniranja te posttraumatske simptomatologije nakon koje se planira tretman za dijete i njegovu obitelj, uključivanjem i suradnjom različitih dijelova sustava kako bi se dijete oporavilo nakon traume zlostavljanja. Zbog nedostatka stimulacije, deprivacije, zanemarivanja, tjelesne traume, učestale prisutnosti intenzivnog straha te psihološke prijetnje (npr. omalovažavanja, vrijeđanja, kritiziranja i ponižavanja) učinci zlostavljanja mogu se odraziti na neurorazvoj djeteta te na njegovo intelektualno funkcioniranje, što se u svakodnevnim situacijama može procijeniti kao slabiji kognitivni učinak, poteškoće učenja te kao nedostatak motivacije i samopouzdanja. Zato je važna cjelovita procjena intelektualnog i govornog razvoja, specifične intelektualne teškoće, povezanost emocionalnih i intelektualnih faktora. Nadalje, dugo se smatralo kako je posttraumatska simptomatologija najčešća posljedica traume zlostavljanja, ali se novija istraživanja usmjeravaju i na psihosocijalno funkcioniranje općenito (Bolton i sur., 2004.) što kod djeteta predstavlja funkcioniranje u obitelji, s vršnjacima i u školi. Povezanost traumatskih iskustava i psihosocijalnog funkcioniranja posredovano je i psihopatološkim odstupanjima i procesima razvoja privrženosti. Kod tjelesno zlostavljane djece više je problema u ponašanju, u odnosima s prijateljima te školskom funkcioniranju i postignuću (Pećnik, 2003.), a zlostavljana djeca imaju manje mogućnosti iskušati pozitivne interakcije sa skrbnikom.

Posttraumatska simptomatologija ovisi barem o tri čimbenika (Briere i Scott, 2006.): o karakteristikama koje je pojedinac imao prije događaja, ali koje su povezane i s vjerojatnošću pojave posttraumatskih reakcija, zatim o karakteristikama traumatskog događaja/zlostavljanja te o reakcijama okoline i socijalnoj podršci koje mogu djelovati na slabljenje posttraumatskog stresa. Iako se reakcije okoline ne mogu odvojiti od međudjelovanja ranije spomenutih čimbenika (karakteristika pojedinca i događaja), većina istraživanja naglašava važnost socijalne podrške u djelovanju na učinke traumatskog događaja na pojedinca.

Zlostavljanje djeteta uglavnom se događa u privatnosti, vrlo često nema odmah vidljivih tragova. Nadalje, vremensko razdoblje između doživljenog traumatskog iskustva i djetetovog povjeravanja može biti vrlo kratko, a može trajati i više godina. Često je jedina mogućnost procjene je li došlo do zlostavljanja razgovor s djetetom. Stoga je valjani intervju s djetetom najvažniji dio procjene zlostavljanog djeteta. Danas je razvijeno nekoliko protokola utemeljenih na dokazima o intervjuiranju zlostavljanog djeteta među kojima je najpoznatiji NICHD Protokol (eng.

NICHD Investigative Interview Protocol) koji je razvijen u američkom Nacionalnom institutu za dječje zdravlje i ljudski razvoj (eng. *The National Institute of Child Health and Human Development*). Ovaj protokol sadrži stručne preporuke o strategijama intervjuiranja osobito seksualno zlostavljane djece (Lamb i sur., 2007.; Saywitz i Camparo, 2009.; Buljan Flander, 2016.). Spomenuti autori ističu kako nestručnost u provođenju intervjua ostavlja posljedice na dijete, zlostavljanje možda neće biti zastavljeno, a dijete se dodatno traumatizira. Najveći izvor rizika u intervjuu jest sam ispitivač (stručnjak), odnosno njegova subjektivnost, pristranost, dvosmislenost, nepoznavanje i nepriznavanje vlastitih pogrešaka i ignoriranje mogućnosti da ih se prepozna i nastoji otkloniti (Buljan Flander, 2016.). U provođenju intervjua, osim znanja u uspostavljanju kontakta s djetetom, važna je neutralnost, uvažavanje alternativnih hipoteza, psihološka znanja i vještine potrebne za ispitivanje djeteta te sposobnost postavljanja pitanja koja neće biti sugestivna i dovesti do pogrešnih informacija. Stručnjak koji provodi intervju treba procijeniti raspolaže li dijete kapacitetom davanja vjerodostojne izjave te je li njegovo psihičko stanje takvo da se intervju može adekvatno provesti (Buljan Flander, 2016.). Na rezultat intervjua mogu djelovati osobine djeteta – razvojni stupanj i emocionalno stanje djeteta, obiteljska dinamika, utjecaj zlostavljača, opterećenost ranijim ispitivanjima te kulturne norme (Lamb i sur., 2007.; Saywitz i Camparo, 2009.; Buljan Flander, 2016.).

Uz valjani intervju s djetetom i njegovim roditeljima, važno je procijeniti sve aspekte djetetovog razvoja, na način koji je usmjeren na traumatsko iskustvo i koji različite aspekte funkcioniranja djeteta povezuje s traumatskim iskustvom. Cook i Newman (2014.) naglašavaju kompetencije stručnjaka koji vrše procjenu traumatiziranog djeteta. Ključnom smatraju spremnost stručnjaka za razgovor o traumatskom događaju/iskustvu i reakcijama, budući da ni djeca ni odrasli nisu skloni spontano iznositi traumatsko iskustvo, a nerijetko ga i umanjuju. Nadalje, Cook i Newman (2014.) navode i druge važne aspekte psihosocijalne procjene usmjerene na traumu: cjelovitost procjene izloženosti traumi i posljedica na način utemeljen na znanstvenim pokazateljima njihove valjanosti, mogućnost prilagodbe procedura jedinstvenim simptomima pojedinca uz razumijevanje smjera promjene osobe nakon traumatskog iskustva te uključivanje u procjenu i snage pojedinca, tj. znakove otpornosti i mogućnosti rasta i razvoja unatoč nedaćama. Cook i Newman (2014.) smatraju kako je u primjeni pojedinih mjera važno da stručnjak bude svjestan poteškoća u interpretaciji rezultata testova i dijagnostičkih instrumenata koji se pojavljuju kod osoba pogođenih traumom, uz razumijevanje kako kultura i vjerovanja utječu na suočavanje s traumatskim iskustvom. Nadalje, važno je znati koje su praktične posljedice procjene nakon traumatskog iskustva u različitim kontekstima (socijalna skrb, pravosuđe, škola...). I Cook i Newman (2014.), uz izbor primjerenih tehnika procjene, naglašavaju važnost provedbe primjerenog intervjua

uz pitanja koja će biti u skladu s osobinama djeteta ili mlade osobe, ali i kulturalnim i kontekstualnim činiteljima.

Stručni rad u sustavu socijalne skrbi utemeljen na znanju o učincima trauma na djecu

Bolje poznavanje izloženosti djece i mladih različitim oblicima traumatizacije, kao i kasnijih posljedica, omogućava bolje definiranje potrebe za eventualnom intervencijom koje su različite kod pojedinaca koji su doživjeli jedan traumatski događaj ili više njih, kao i kod onih koji su bili izloženi traumatizaciji u obitelji i/ili događajima van obitelji. Neki od traumatskih događaja mogu zahtijevati postupke za sprečavanje razvoja posttraumatske simptomatologije, dok kod nekih, zbog rizika, valja osigurati i postupke intervencije povezane sa psihosocijalnim funkcioniranjem.

Iako je znanstvena i stručna literatura o traumi opsežna, mnogi stručnjaci koji rade s djecom i mladima imaju mala ili nedovoljna znanja o praksi koja je zasnovana na znanju o traumatskim učincima i o intervencijama nakon traume zasnovanim na dokazima. U Hrvatskoj je 2014. provedeno istraživanje u kojem je sudjelovalo 118 socijalnih radnika iz 13 centara za socijalnu skrb s ciljem utvrđivanja njihovog iskustva i znanja u radu s traumatiziranim pojedincima, poteškoća na koje nailaze te potrebama za daljnjom edukacijom (Ajduković i sur., 2014.). Autori navode kako rad stručnjaka u centrima za socijalnu skrb često uključuje rad s traumatiziranim pojedincima, međutim sudionici istraživanja izvještavaju o svojoj nedovoljnoj educiranosti, a 66% njih zainteresirano je za daljnju edukaciju.

Uz ranije navedene specifičnosti procjene traumatiziranog djeteta, Cook i Newman (2014.) navode i druge važne kompetencije koje bi stručnjaci, ali i kreatori obrazovnih politika budućih stručnjaka koji će raditi u zaštiti i oporavku traumatizirane djece trebali razvijati. Važno je prepoznavanje vlastite nadležnosti i stručne odgovornosti u susretu s traumatiziranim odraslima i djecom, korištenje znanstvenih spoznaja o traumi i njenim učincima, znanje i korištenje različitih psihosocijalnih intervencija usmjerenih na traumatsko iskustvo uz suradnju s drugim sustavima i izvorima podrške traumatiziranom djetetu ili mladoj osobi. Naglašavaju poštovanje etičkih principa i razvijanje profesionalnosti temeljene na znanjima o traumi te prepoznavanje učinaka traume na individualnoj i grupnoj razini uz korištenje znanja o prevenciji i oporavku nakon traume uz međusektorsku suradnju (Cook i Newman, 2014.).

Nisu sve intervencije prema djeci nakon traumatskih događaja učinkovite, pa je važno i preispitivanje postojećih tretmanskih pristupa. Jedan od modela jest model učinaka traume na ličnost (Briere, 2002.; Briere i Scott, 2006.) koji integrira nekoliko pristupa unutar razvojne perspektive: traumatsku psihologiju, psihologi-

ju ličnosti, kognitivno bihevioralnu terapiju kao i humanističke principe tretmanskog rada (uvažavanje, pozitivna očekivanja, pretpostavku rasta i razvoja ličnosti). Model učinaka traume na ličnost pretpostavlja aktivno uključivanje traumatizirane osobe u proces oporavka. Ključni koncepti u radu s pojedincem nakon traumatskog iskustva jesu (Briere, 2002.) sigurnost i podrška u tretmanskom radu uz podršku ponovnom uspostavljanju narušenog identiteta i stjecanju sposobnosti regulacije unutarnjih stanja, a podrška terapeuta bitan je aspekt tretmana. Terapijska povratna informacija dio je interakcije između klijenta i terapeuta/savjetovatelja koja dovodi do boljeg klijentovog razumijevanja sebe te do prorade traumatskog iskustva kako bi se ono integriralo u kontinuitet života pojedinca.

Pokazalo se da je među najvažnijim intervencijama općenito podrška što brže nakon izloženosti djeteta traumatskim događajima (Arambašić, 2000.) te razvoj sustava senzibilizacije i stjecanja novih znanja za praktičare koji se bave zaštitom djece i mladih, kako bi im dodatna saznanja o razvojnim posljedicama olakšala intervencije i prema djeci i prema njihovim skrbnicima. U sustavu socijalne skrbi i socijalne politike većina uključene djece i mladih doživjela je neki oblik traumatizacije (zlostavljanje i zanemarivanje, obiteljsko nasilje, vršnjačko nasilje, izdvajanje iz obitelji i dr.). Stoga se danas u literaturi i u svakodnevnoj praksi sve češće spominje važnost uspostavljanja socijalne skrbi utemeljene na znanjima o traumatskim učincima. Conners-Burrow i sur. (2013.) naglašavaju kako je praksa utemeljena na znanjima o traumi (*trauma-informed practice*) u socijalnoj skrbi ključna u prevenciji traume nakon događaja u obitelji i zajednici te u procjeni indikacija za različite oblike tretmanskih intervencija. Navedeni autori smatraju kako se time smanjuje rizik traumatizacije različitih skupina. Općenito govoreći, u provođenju prakse utemeljene na znanjima o traumi stručnjaci razumiju učinke traume na djecu i njihove obitelji, potencijalne rizike za traumatizaciju i načine kako pojedini dijelovi sustava postupaju u takvim situacijama. Stručnjaci u sustavu socijalne skrbi koji ne razumiju navedene okolnosti mogu potencijalno pokazati nerazumijevanje djetetovog iskustva i simptoma koji su indikatori za intervencije i stručnu pomoć (Conners-Burrow i sur., 2013.). Američka SAMHSA (eng. *Substance Abuse and Mental Health Service Administration*) definira organizacije čija se praksa temelji na znanjima o traumi kao one koje razumiju učinke traume na djecu, mlade i obitelji, koje mogu identificirati znakove i simptome traumatizacije te su ekipirane i osposobljene odgovoriti na navedene situacije putem svojih politika, procedura i prakse uz sprečavanje retraumatizacije (Kerns i sur., 2016.).

Niz je studija kojima se evaluira socijalna skrb i praksa utemeljena na znanjima o traumi. U jednoj od njih procijenjeni su učinci edukacije različitih skupina stručnjaka u sustavu socijalne skrbi i rezultati su pokazali pozitivnu povezanost između stjecanja novih znanja o traumi i provedbe prakse koja se temelji na navedenim

znanjima (Conners-Burrow i sur., 2013.). Bartlett i sur. (2016.) daju pregled studija u ovom području i navode više različitih područja prakse i zaštite djece temeljene na znanjima o traumi: vladina politika, procedure, fizičko okruženje, uključivanje, intersektorska suradnja, trijaža, procjena i tretman, edukacija i stručno usavršavanje, praćenje i osiguravanje kvalitete, financiranje i evaluacija. Ovaj pregled ukazuje na kompleksnost ovog područja i evaluaciju učinaka novih spoznaja o traumi na zaštitu djece u najširem smislu. Bartlett i sur. (2016.) evaluirali su jedan od programa implementiranja prakse utemeljene na znanjima o traumi u rad voditelja timova socijalne skrbi djece (promjene u načinu suradnje timova, koordinaciji, intervencije utemeljene na dokazima) što je rezultiralo s manje posttraumatske simptomatologije kod djece nakon 6 mjeseci. Autori sugeriraju kako nalazi podržavaju pristup socijalne skrbi utemeljen na znanjima o traumi te ukazuje na nužnost suradnje i promjena na različitim razinama službi koje se bave djecom i obiteljima. Kerns i sur. (2016.) su u svojoj studiji operacionalizirali tri važne komponente prakse utemeljene na znanjima o traumi kroz osnaživanje i edukaciju stručnjaka u socijalnoj skrbi: razumijevanje i znanja o učincima traume na djecu, sudjelovanje u procjeni i identifikaciji traumatizacije te konačno, znanja o učinkovitim tretmanima i intervencijama s traumatiziranom djecom. U temeljima ovih komponenata prakse je, kako autori navode, suradnja između sustava zaštite djece i stručnjaka mentalnog zdravlja. Pokazali su kako edukacija dovodi do porasta znanja i vještina trijaže i procjene te kako stručnjaci u socijalnoj skrbi procjenjuju svoju bolju osposobljenost u procjeni daljnjih potreba koje se tiču mentalnog zdravlja djece nakon traumatskih iskustava (uključujući i traumatski stres) i ciljano upućivanje djece vezano za potrebe njihovog mentalnog zdravlja.

ZAKLJUČAK

Implikacije istraživanja traumatizacije djece očituju se u nekoliko područja djelovanja: razumijevanje posljedica traumatskog iskustva, cjelovita i rana identifikacija djece i mladih izloženih traumatskim iskustvima, osmišljavanje učinkovitijih intervencija i tretmana te razvoj mreže podrške traumatiziranoj djeci/mladima i njihovim obiteljima. U procjeni i podršci traumatiziranoj djece važan je model multidisciplinarnosti i međusektorske suradnje u kojem dolaze do izražaja specifična znanja i vještine svakog stručnjaka, koordinacija radi dobrobiti djece, mladih i obitelji te neposredno i posredno djelovanje stručnjaka različitih profila. U socijalnoj skrbi, ali i u drugim sustavima koji se susreću s traumatiziranom djecom (npr. u obrazovanju i pravosuđu) ključna je suradnja sa stručnjacima iz području mentalnog zdravlja te osmišljavanje prakse utemeljene na znanjima o učincima traumatskih iskustava na djecu i obitelji čime se smanjuje rizik traumatizacije.

LITERATURA

1. Ajduković, M., Rajhvajn Bulat, L., Ostojić, D. & Vuger, C. (2014). Obrazovne potrebe i iskustva socijalnih radnika iz centara za socijalnu skrb u radu s traumatiziranim korisnicima. U: Karačić, Š. (ur.), **Zbornik sažetaka 6. konferencije socijalnih radnika**. Zagreb: Hrvatska udruga socijalnih radnika.
2. Američka psihijatrijska udruga (2014). **Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje DSM – V**. Jastrebarsko: Naklada Slap.
3. Arambašić, L. (2000). Stresni i traumatski događaji i njihove posljedice. U: Arambašić, L. (ur.), **Psihološke krizne intervencije**. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć, 11-31.
4. Bartlett, J. D., Barto, B. L., Griffin, J. L., Fraser, J. G., Hodgdon, H. & Bodian, R. (2016). Trauma-informed care in the Massachusetts child trauma project. **Child Maltreatment**, 21 (2), 101-112.
5. Bolton, D., Hill, J., O’Ryan, D., Udwin, O., Boyle, S. & Yule, W. (2004). Long-term effects of psychological trauma on psychosocial functioning. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 45 (5), 1007-1014.
6. Bowlby, J. (1973). **Attachment and loss: Separation, anxiety and anger**. New York: Basic Books.
7. Briere, J. N. (1992). **Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects**. Newbury Park: Sage Publications.
8. Briere, J. N. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. In: Myers, J. E. B., Berliner, L., Briere, J., Hendrix, C.T., Reid, T. & Jenny, C. (eds.), **The APSAC handbook on child maltreatment, 2 nd Edition**. Newbury Park, CA: Sage Publication, 175-186.
9. Briere, J. & Scott, C. (2006). **Trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment**. Newbury Park: Sage Publications Inc.
10. Buljan Flander, G. & Profaca, B. (2010). The responsibility and co-ordination of professionals in tackling child sexual abuse. In: Council of Europe Publishing (eds.), **Protecting children from sexual violence - A comprehensive approach**. Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing.153-163.
11. Buljan Flander, G. (2016). Važnost djeci prilagođenog pristupa u forenzičnom intervjuiranju zlostavljane djece. U: Gregorič Kumperščak, H. (ur.), **Travma - Strokovni seminar z mednarodno udeležbo**. Kranjska Gora: Združenje za otroško in mladostniško psihiatrijo, 46-49.
12. Caffo, E., Forresi, B. & Lievers, L. S. (2005). Impact, psychological sequelae and management of trauma affecting children and adolescents. **Current Opinion in Psychiatry**, 18 (4), 422-428.
13. Cicchetti, D. & Toth, S. L. (2000). Developmental processes in maltreated children. **Nebraska Symposium on Motivation**, 46, 85-160.

14. Conners-Burrow, N. A., Kramer, T. L., Sigel, B. A., Helpenstill, K., Sievers, C. & McKelvey, L. (2013). **Trauma-informed care training in a child welfare system: Moving it to the front line.** *Children and Youth Services Review*, 35 (11), 1830-1835.
15. Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E. & van der Kolk, B. (2003). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35 (5), 390-398.
16. Cook, J. M. & Newman, E. (2014). A consensus statement on trauma mental health: The new haven competency conference process and major findings. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*, 6 (4), 300-307.
17. Costello, E. J., Erkanli, A., Fairbank, J. A. & Angold, A. (2002). The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (2), 99-112.
18. Dyregrov, A., Gupta, L., Gjestad, R. & Raundalen, M. (2002). Is the culture always right? *Traumatology*, 8 (3), 3-9.
19. Harris, W. W., Putnam, F. W. & Fairbank, J. A. (2006). Mobilizing trauma resources for children. In: Lieberman, A. F. & DeMartino, R. (eds.), **Intervention for children exposed to violence.** USA: Johnson and Johnson Pediatric Institute, 311-339.
20. Herman, J. (1997). **Trauma and recovery.** New York: Basic Books.
21. Hobbs, C. J., Hanks, H. G. I. & Wynne, J. M. (1999). **Child abuse and neglect: A clinician's handbook.** London: Churchill Livingstone.
22. Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A. & Taylor Kletzka, N. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect*, 37 (11), 891-898.
23. Kerns, S. E. U., Pullman, M. D., Negrete, A., Uomoto, U. A., Berliner, L., Shogren, D., Silverman, E. & Putnam, B. (2016). Development and implementation of a child welfare workforce strategy to build a trauma-informed system of support for foster care. *Child Maltreatment*, 21 (2), 135-146.
24. Kuterovac, G., Dyregrov, A. & Stuvland, R. (1994). Children in war: A silent majority under stress. *British Journal of Medical Psychology*, 67 (4), 363-375.
25. Lamb, M. E., Orbach, Y., Hershkowitz, I., Esplin, P. W. & Horowitz, D. (2007). Structured forensic interview protocols improve the quality and informativeness of investigative interviews with children: A review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol. *Child Abuse & Neglect*, 31 (11-12), 1201-1231.
26. Levy, T. M. & Orlans, M. (1998). **Attachment, trauma and healing: Understanding and treating attachment disorder in children and families.** Washington DC: CWLA Press.

27. McFarlane, A. C. & van der Kolk, B. A. (1996). Conclusions and future directions. In: van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L. (eds.), **Traumatic stress – The effects of overwhelming experience on mind, body and society**. New York: The Guilford Press, 559-575.
28. Pećnik, N. (2003). **Međugeneracijski prijenos zlostavljanja**. Jastrebarsko: Naklada Slap.
29. Profaca, B. (2008). **Izloženost traumatskim događajima i psihosocijalno funkcioniranje mladih**. Doktorska disertacija. Zagreb: Filozofski fakultet.
30. Putnam, F. W. (1997). **Dissociation in children and adolescents - A developmental perspective**. New York: The Guilford Press.
31. Pynoos, R. S. & Nader, K. (1990). Children's exposure to violence and traumatic death. **Psychiatric Annals**, 20 (6), 334-344.
32. Pynoos, R. S. & Nader, K. (1993). Issues in the treatment of posttraumatic stress in children and adolescent. In: Wilson, J. P. & Raphael, B. (eds.), **International handbook of traumatic stress syndromes**. New York: Plenum Press, 535-549.
33. Pynoos, R. S., Steinberg, A. M. & Goenjian, A. (1996). Traumatic stress in childhood and adolescence – Recent developments and current controversies. In: van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L. (eds.), **Traumatic stress – The effects of overwhelming experience on mind, body and society**. New York: The Guilford Press, 331- 358.
34. Sanderson, C. (2013). **Counselling skills for working with trauma**. London: Jessica Kingsley Publishers.
35. Saywitz, K. J. & Camparo, L. B. (2009). Contemporary child forensic interviewing: Evolving consensus and innovation over twenty-five years. In: Bottoms, B. L., Najdowski, C. J., Goodman, G. S. (eds.), **Children as victims, witnesses and offenders: Psychological science**. New York: Guilford Press, 102-127.
36. van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In: van der Kolk, B. A., McFarlane A. C. & Weisaeth, L. (eds.), **Traumatic stress – The effects of overwhelming experience on mind, body and society**. New York: The Guilford Press, 182-213.
37. van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder – Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. **Psychiatric Annals**, 35 (5), 401-408.

Bruna Profaca

Child and Youth Protection Center of Zagreb

TRAUMATIZATION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

ABSTRACT

Traumatic experiences in childhood have a formative impact on the development of children and adolescents. Exposure to traumatic experiences changes a child's inner image of the world, shapes the understanding of self and others and forms expectations for the future that impact both the current behaviour of the child and his future experiences.

This paper presents findings in the field of child trauma psychology, which refer to the historical overview of childhood trauma research, research into the effects of trauma on development and the particularities of assessing children after exposure to abuse as the most common form of traumatization of children. As trauma caused by abuse is a complex socio-psychological phenomenon caused by various factors, it is important to adopt a multidisciplinary approach as a model of assessment, diagnostics and treatment planning after a traumatic experience, which would ensure support for both the child and family, as well as thorough assessment of all aspects of development and of the level of risk/protection of the child and family functioning.

In order to efficiently define the need for intervention and action, exposure of children and adolescents to various forms of trauma needs to be better recognised. It is nowadays considered important to incorporate the knowledge of trauma and its effects and of interventions based on performance indicators into the system of social care where experts who work with children and adolescents exposed to trauma on a daily basis would be qualified to address their needs and reduce retraumatization.

Key words: *childhood trauma, child abuse, evidence based interventions.*

