

# Dugotrajni učinci trauma iz djetinjstva

---

**Nago, Leonarda**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2024**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:142:393438>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-02-22**



**FILOZOFSKI FAKULTET**  
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

*Repository / Repozitorij:*

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku  
Filozofski fakultet u Osijeku  
Sveučilišni prijediplomski jednopredmetni studij Psihologija

Leonarda Nago

## **Dugoročni učinci trauma iz djetinjstva**

Završni rad

Mentor: dr. sc. Damir Marinić

Osijek, 2024.

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku  
Filozofski fakultet u Osijeku  
Odsjek za psihologiju  
Sveučilišni prijediplomski jednopredmetni studij Psihologija

Leonarda Nago

## **Dugoročni učinci trauma iz djetinjstva**

Završni rad

Društvene znanosti, psihologija, klinička psihologija

Mentor: dr. sc. Damir Marinić

Osijek, 2024.

## IZJAVA

Izjavljujem s punom materijalnom i moralnom odgovornošću da sam ovaj rad samostalno napisala te da u njemu nema kopiranih ili prepisanih dijelova teksta tuđih radova, a da nisu označeni kao citati s navođenjem izvora odakle su preneseni.

Svojim vlastoručnim potpisom potvrđujem da sam suglasna da Filozofski fakultet u Osijeku trajno pohrani i javno objavi ovaj moj rad u internetskoj bazi završnih i diplomskih radova knjižnice Filozofskog fakulteta u Osijeku, knjižnice Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku i Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu.

*Leonarda Nago, 1191249736*

Ime i prezime studenta, JMBAG

U Osijeku, 11. rujna 2024.

## SADRŽAJ

1.	UVOD .....	1
2.	TRAUMA.....	2
2.1.	Definiranje pojma traume.....	2
2.2.	Traumatski događaji i njihova povezanost s traumom .....	2
2.3.	Definiranje pojma traume iz djetinjstva .....	2
2.4.	Važnost proučavanja trauma iz djetinjstva .....	3
3.	OBLICI TRAUMA IZ DJETINJSTVA.....	3
3.1.	Zlostavljanje .....	3
3.1.1.	Emocionalno zlostavljanje .....	3
3.1.2.	Tjelesno zlostavljanje .....	4
3.1.3.	Seksualno zlostavljanje .....	4
3.1.4.	Zanemarivanje .....	4
3.1.4.1.	<i>Emocionalno zanemarivanje .....</i>	<i>4</i>
3.1.4.2.	<i>Fizičko zanemarivanje.....</i>	<i>5</i>
3.1.4.3.	<i>Obrazovno zanemarivanje.....</i>	<i>5</i>
3.2.	Disfunkcionalno obiteljsko okruženje.....	5
3.3.	Ostali oblici trauma iz djetinjstva.....	6
4.	TEORIJSKI OKVIRI I MODELI TRAUME .....	7
4.1.	Teorija privrženosti.....	7
4.2.	Neurobiološki model .....	8
4.3.	Transdijagnostički model .....	9
5.	DUGOROČNI UČINCI TRAUMA IZ DJETINJSTVA .....	11
5.1.	Biološki učinci.....	11
5.1.1.	Odnos „doza-odgovor“ i posredni čimbenici .....	11
5.1.2.	Tjelesni poremećaji .....	12
5.2.	Psihološki učinci .....	13
5.2.1.	Psihopatologija .....	13
5.2.2.	Emocionalna regulacija .....	14
5.2.3.	Kognitivno funkcioniranje .....	14
5.3.	Socijalni učinci.....	15
6.	ZAŠTITNI ČIMBENICI, TERAPIJSKI PRISTUPI I PREVENCIJA .....	16
6.1.	Zaštitni čimbenici .....	16
6.1.1.	Otpornost.....	16
6.1.2.	Socijalna podrška .....	16
6.2.	Terapijski pristupi.....	17
6.2.1.	Kognitivno-bihevioralna terapija s fokusom na traum.....	17

6.2.2.	Desenzibilizacija pokretima očiju i ponovna obrada .....	17
6.3.	Prevenција .....	18
6.3.1.	Primarna prevencija.....	18
6.3.2.	Sekundarna prevencija .....	18
6.3.3.	Tercijarna prevencija .....	19
7.	ZAKLJUČAK .....	19
8.	LITERATURA .....	20

## Dugoročni učinci trauma iz djetinjstva

### Sažetak

Cilj ovog rada je analizirati dugoročne učinke trauma iz djetinjstva na biološko, psihološko i socijalno funkcioniranje u kasnijoj dobi. Trauma iz djetinjstva obuhvaća različite oblike nepovoljnih dječjih iskustava poput zlostavljanja, zanemarivanja i disfunkcionalnog obiteljskog okruženja poput zlouporabe substanci ili prisutnosti mentalnih poremećaja kod skrbnika. Dugoročne posljedice ovih trauma manifestiraju se u kasnijoj dobi kroz narušeno mentalno i fizičko zdravlje, emocionalnu disregulaciju, oslabljeno kognitivno funkcioniranje, razvoj različitih oblika psihopatologije poput depresije, anksioznosti i PTSP-a te kroz teškoće u uspostavljanju i održavanju međuljudskih odnosa. U radu se, također, razmatraju teorijski okviri i modeli traume, uključujući teoriju privrženosti, neurobiološki i transdijagnostički model, koji objašnjavaju tu povezanost traumatskih iskustava iz djetinjstva i njihovih dugoročnih učinaka. Uz to, posebna pažnja je posvećena zaštitnim čimbenicima poput otpornosti i socijalne podrške, koji mogu ublažiti dugoročne negativne učinke trauma iz djetinjstva. Nadalje se opisuju terapijski pristupi koji su se pokazali učinkoviti u liječenju i suočavanju s posljedicama trauma iz djetinjstva. Istaknuti pristupi uključuju kognitivno-bihevioralnu terapiju s fokusom na traumu te desenzibilizaciju pokretima očiju i ponovnu obradu (EMDR). Zadnji dio rada ukazuje na važnost prevencije nepovoljnih iskustava u djetinjstvu kroz primarne, sekundarne i tercijarne strategije prevencije. Naglašava se potreba za sveobuhvatnim i interdisciplinarnim pristupom s ciljem izgradnje otpornijeg društva.

**Ključne riječi:** trauma iz djetinjstva, dugoročni učinci, modeli traume, terapijski pristupi, zaštitni čimbenici

## 1. UVOD

Traume iz djetinjstva, a pogotovo njezine dugoročne posljedice, su bile dugo zanemarena tema u istraživanjima i intervencijama. Prekretnicu u razumijevanju ozbiljnosti trauma iz djetinjstva i njihov utjecaj na dugoročno zdravlje i funkcioniranje osobe je bilo istraživanje Felittija i suradnika poznatije kao ACE istraživanje (Adverse Childhood Experiences). Ovo pionirsko istraživanje iz 1998. godine je pokazalo kako nepovoljna dječja iskustva, poput zlostavljanja, zanemarivanja ili disfunkcionalnog obiteljskog okruženja nisu samo događaji prošlosti (Felitti i sur., 1998). Kako Van der Kolk (2014), također jedan od pionira istraživanja posljedica trauma iz djetinjstva, ističe u svojoj knjizi *Tijelo bilježi sve (The Body Keeps the Score)*: „Trauma nije samo događaj koji se dogodio nekada u prošlosti, ona je i trag koji je to iskustvo ostavilo na um, mozak i tijelo“ (str. 21). Ovaj citat savršeno ilustrira ključnu bit ovoga rada, a to je da trauma ne prestaje onda kada je traumatski događaj završio. Ona se zadržava u umu i tijelu pojedinca oblikujući buduće ponašanje, emocionalne reakcije te tjelesno i mentalno zdravlje pojedinca. Upravo zbog toga, cilj ovog rada je ne samo pružiti razumijevanje što se događa s osobama koje su doživjele traume iz djetinjstva, već i kako prepoznati te posljedice, intervenirati te kako preventivno reagirati.

Rad obuhvaća nekoliko poglavlja koja zajedno pružaju cjelovito razumijevanje dugoročnih posljedica trauma iz djetinjstva. U prvom poglavlju se definira pojam traume i traumatskih događaja s posebnim fokusom na traume iz djetinjstva te se ističe važnost proučavanja trauma iz djetinjstva i njezinih posljedica. U drugom poglavlju se opisuju različiti oblici trauma iz djetinjstva te njihova prevalencija. Nadalje, u trećem poglavlju je fokus na teorijskim okvirima i modelima traume među kojima je teorija privrženosti, koja naglašava važnost ranih odnosa, neurobiološki model, koji ističe kako trauma utječe na razvoj mozga i njegovih struktura te transdijagnostički model, kojim se objašnjava povezanost trauma iz djetinjstva i psihopatologije. Četvrto poglavlje se bavi dugoročnim učincima trauma iz djetinjstva, obuhvaćaju biološke, psihološke i socijalne učinke. Zadnje poglavlje je posvećeno zaštitnim čimbenicima, posebice otpornosti i socijalnoj podršci, učinkovitim terapijskim pristupim, uključujući kognitivnu-bihevioralnu terapiju s fokusom na traumatu i desenzibilizacija pokretima očiju i ponovna obrada te prevenciji trauma iz djetinjstva.



## **2. TRAUMA**

### **2.1. Definiranje pojma traume**

Trauma je složen pojam koji se ne može obuhvatiti jednom univerzalnom definicijom, zbog čega postoje različiti načini njezinog opisivanja. Prema Američkom psihološkom društvu (APA) trauma se definira kao svako uznemirujuće iskustvo koje izaziva snažan strah, osjećaj bespomoćnosti, disocijaciju, zbunjenost ili druge neugodne i ometajuće emocije koje su dovoljno intenzivne da uzrokuju dugotrajne negativne učinke na mentalno i fizičko zdravlje, ponašanje i sve druge aspekte funkcioniranja osobe (American Psychological Association, n.d., „Trauma“).

### **2.2. Traumatski događaji i njihova povezanost s traumom**

Uz pojam traume veže se i pojam traumatskog događaja koji se odnosi na izloženost prijetnji smrti, ozbiljnim ozljedama ili seksualnom nasilju. Takva izloženost može se dogoditi izravno, ukoliko je sama osoba žrtva, ili neizravno, ukoliko osoba svjedoči događaju, saznaje o događaju od bliske osobe i slično (American Psychiatric Association, 2013). Osim toga, traumatski događaji mogu biti jednokratni, primjerice gubitak bliske osobe ili sudjelovanje u prometnoj nesreći, ali mogu biti i ponavljajući. Kada su traumatski događaji ponavljajući, najčešće govorimo o složenoj ili kompleksnoj traumi, primjerice tjelesno zlostavljanje ili zanemarivanje (Williams, 2006). Nadalje, traumatski događaji mogu biti posljedica ljudskog djelovanja, poput rata ili silovanja, ili prirodnih pojava, kao što su potresi ili požari (American Psychological Association, n.d., „Trauma“). Naime, pokazalo se kako je preko 70% ljudi doživjelo barem jedan traumatski događaj tijekom života, od koji su najčešći svjedočenje smrti druge osobe, neočekivana smrt bliske osobe, pljačka, bivanje u životno ugroženoj situaciji poput prometne nesreće ili bolesti (Benjet i sur., 2015). Međutim, važno je napomenuti da ne dovodi svaki traumatski događaj nužno do razvoja traume (Arambašić, 2000). Razvoj traume ovisi o interakciji različitih čimbenika, uključujući dob kada se traumatski događaj odvio. Naime, djeca su sklonija razvoju traume u usporedbi s odraslima nakon što prožive traumatski događaj, no tu vezu posreduju i drugi čimbenici osim dobi (Arambašić, 2000; Van der Kolk i sur., 2005; Zlotnick i sur., 2008).

### **2.3. Definiranje pojma traume iz djetinjstva**

Trauma iz djetinjstva se odnosi na niz negativnih iskustava koje dijete doživi do 18 godine, uključujući pri tome zlostavljanje i zanemarivanje, ali i oblike trauma koji ne uključuju zlostavljanje i zanemarivanje. U literaturi se ovaj izraz često koristi kao sinonim za nepovoljna dječja iskustva (NDI) koja rezultiraju traumom. Nepovoljna dječja iskustva (NDI) se mogu definirati kao traumatična iskustva koja izazivaju intenzivan stres te mogu imati dugotrajne

negativne učinke na psihičko i fizičko zdravlje osobe (Kosić i sur., 2022; Van der Kolk i sur., 2005).

#### **2.4. Važnost proučavanja trauma iz djetinjstva**

Važno je proučavati traume iz djetinjstva jer su posljedice proživljenog traumatskog događaja, uključujući i razvoj traume, značajnije i dugotrajnije ukoliko se događaj odvio tijekom djetinjstva nego u kasnijoj, odrasloj dobi, što pokazuje koliko su djeca osjetljivija u odnosu na odrasle (Zlotnick i sur., 2008). Naime, djeca, za razliku od odraslih, nemaju razvijene kapacitete za organizaciju i obradu odgovora na traumatski događaj, što im otežava konstruktivnu obradu tih iskustava (Van der Kolk, 2005). Također, zbog toga što se djeca nalaze u fazi razvoja, mozak i živčani sustav su im osjetljiviji na vanjske utjecaje. Traumatski događaji mogu negativno utjecati na uobičajeni razvoj mozga te time povećati rizik od razvoja psihopatologije u odrasloj dobi (Cross i sur., 2017; Van der Kolk, 2005).

### **3. OBLICI TRAUMA IZ DJETINJSTVA**

U literaturi se spominju različiti oblici trauma iz djetinjstva, pri čemu ne postoji univerzalna klasifikacija koja bi ih sve obuhvatila. Klasifikacije se često razlikuju ovisno o istraživačima i specifičnim ciljevima istraživanja. Stoga, u ovom radu će bit predstavljene i definirane najčešći oblici trauma iz djetinjstva.

#### **3.1. Zlostavljanje**

Najčešći oblik traume iz djetinjstva jest zlostavljanje koje se tradicionalno dijeli na četiri osnovna oblika: tjelesno, emocionalno i spolno zlostavljanje te zanemarivanje (Bernstein i sur., 1994; Bernstein i sur., 2003; Bilić i sur., 2012). S obzirom na oblik zlostavljanja najzastupljenije su žrtve zanemarivanja, a zatim tjelesnog, spolnog pa tek onda emocionalnog zlostavljanja (Bilić i sur., 2012). Što se tiče zlostavljanja, rijetko se događa izolirani oblik koji se javlja u manje od 10% slučajeva među zlostavljanom djecom. Puno je češća pojava višestrukog zlostavljanja, gdje dijete tijekom djetinjstva doživi više različitih oblika zlostavljanja (Edwards i sur., 2003; Ney i sur., 1994).

##### **3.1.1. Emocionalno zlostavljanje**

Emocionalno zlostavljanje se definira kao verbalni napadi na djetetovo samopoštovanje ili dobrobit ili bilo koji drugi oblik ponižavajućeg ponašanja odrasle osobe prema djetetu. Primjeri emocionalnog zlostavljanja su: nazivanje djeteta pogrđnim imenima, otvoreno izražavanje želje roditelja da se dijete nikada nije rodilo, upućivanje bolnih i uvredljivih komentara (primjerice,

„glup“, „ružan“, „beskoristan“ itd.) i slično (Bernstein i sur., 1994; Bernstein i sur., 2003). Važno je napomenuti da emocionalno zlostavljanje često koegzistira s tjelesnim zlostavljanjem. Iako emocionalno zlostavljanje može biti prisutno i bez tjelesnog, tjelesno zlostavljanje gotovo uvijek uključuje i emocionalnu komponentu (Claussen i Crittenden, 1991).

### **3.1.2. Tjelesno zlostavljanje**

Tjelesno zlostavljanje se definira kao tjelesni napad na dijete od strane odrasle osobe ili starije osobe, koji može dovesti do ozljede ili je već prouzročio ozljedu. Primjeri tjelesnog zlostavljanja su: udaranje djeteta toliko jako da mu je potreba liječnička pomoć, nanošenje udaraca koji ostavljaju modrice ili tragove, kažnjavanje djeteta nanošenjem udaraca tvrdim predmetima (primjerice, remen, daska, kabel itd.) i slično (Bernstein i sur., 1994; Bernstein i sur., 2003). Kao što je već spomenuto, tjelesno zlostavljanje često prati i emocionalno zlostavljanje poput verbalnih napada, prijetnji ili omalovažavanja (Claussen i Crittenden, 1991). Tjelesno zlostavljanje u djetinjstvu je prijavilo 20,6% sudionika u istraživanju Edwardsa i suradnika (2003). Osim toga, istraživanjem su se pokazale značajne spolne razlike u prevalenciji tjelesnog zlostavljanja u djetinjstvu, pri čemu su muškarci prijavili višu stopu zlostavljanja u odnosu na žene (Edwards i sur., 2003).

### **3.1.3. Seksualno zlostavljanje**

Seksualno zlostavljanje se definira kao bilo kakav oblik seksualnog kontakta ili ponašanja između djeteta mlađeg od 18 godina i odrasle osobe ili starije osobe. Primjeri seksualnog zlostavljanja su: pokušaj dodirivanja djeteta na seksualni način ili prisiljavanje djeteta da dodiruje odraslu osobu, prisiljavanje djeteta na seksualne radnje ili gledanje seksualnih radnji, prijetnje ozljeđivanjem djeteta ili širenjem laži o njemu ukoliko ne učini nešto seksualno s odraslom osobom i slično (Bernstein i sur., 1994; Bernstein i sur., 2003). Prema rezultatima istraživanja Edwardsa i suradnika (2003), prevalencija seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu iznosi 21,6%, što je ujedno i bio najčešći oblik zlostavljanja u istraživanju. Slični rezultati su viđeni na uzorku žena u istraživanju Brierea i suradnika (2008) gdje je seksualno zlostavljanje isto bilo najčešći oblik traume iz djetinjstva. Također, pokazano je kako žene češće doživljavaju seksualno zlostavljanje u djetinjstvu od muškaraca (Edwards i sur., 2003).

### **3.1.4. Zanemarivanje**

#### ***3.1.4.1. Emocionalno zanemarivanje***

Emocionalno zanemarivanje se definira kao neuspjeh skrbnika da zadovolji osnovne emocionalne i psihološke potrebe djeteta, pri čemu ono predstavlja pasivan oblik zlostavljanja,

gdje skrbnik ne nanosi aktivnu štetu djetetu, već propušta pružiti mu ono što mu je neophodno za zdrav emocionalni i psihološki razvoj. Ukratko, emocionalno zanemarivanje uključuje nedostatak ljubavi, osjećaja pripadnosti, brige i podrške (Bernstein i sur., 1994; Bernstein i sur., 2003). Često je teško uočljivo tijekom djetinjstva te su posljedice vidljive tek u kasnijoj, odrasloj dobi (Bilić i sur., 2012).

#### **3.1.4.2. Fizičko zanemarivanje**

Fizičko zanemarivanje se definira kao neuspjeh skrbnika da zadovolji osnovne fizičke potrebe djeteta, uključujući hranu, odjeću, smještaj, zdravstvenu skrb i sigurnost. Uz to, ako neadekvatni roditeljski nadzor ugrožava sigurnost djeteta, onda se i on smatra relevantnim za definiranje fizičkog zlostavljanja (Bernstein i sur., 1994; Bernstein i sur., 2003). Fizičko zanemarivanje je često vidljivo i prepoznatljivo, primjerice neuhranjenost, loša osobna higijena, neadekvatna odjeća, pospanost djeteta i slično (Bilić i sur., 2012).

#### **3.1.4.3. Obrazovno zanemarivanje**

Obrazovno zanemarivanje odnosi se na nedostatak roditeljske pomoći, potpore i suradnje tijekom školovanja djeteta. Ono se odnosi na neopravdani izostanak djeteta s nastave, odbijanje pomoći djetetu pri učenju, neprisustvovanje roditeljskim sastancima, neomogućavanje odabira najpovoljnijeg oblika školovanja i slično. Ono se može prepoznati po lošem školskom uspjehu, velikom broju neopravdanih sati, stalnom kašnjenju na nastavi i neresponzivnosti roditelja na obavijesti/zahtjeve škole (Bilić i sur., 2012).

### **3.2. Disfunkcionalno obiteljsko okruženje**

Disfunkcionalno obiteljsko okruženje i njegove potkategorije predstavljaju jedne od oblika trauma iz djetinjstva. Oblici disfunkcionalnog obiteljskog okruženja su: zlouporaba substanci od strane skrbnika, svjedočenje obiteljskom nasilju, prisutnost mentalnih poremećaja kod skrbnika, kriminalno ponašanje skrbnika te razvod braka (Felliti i sur., 1998).

Zlouporaba substanci od strane skrbnika se odnosi na to da je dijete odrastalo sa skrbnikom koji je zloupotrebljavao alkohol ili drogu (Felliti i sur., 1998).

Djeca nerijetko svjedoče obiteljskom nasilju koje podrazumijeva fizičko, emocionalno, seksualno ili financijsko zlostavljanje, odnosno nasilno ponašanje koje osoba koristi kako bi kontrolirala ili dominirala drugom osobom s kojom je u intimnom odnosu (Hester i sur., 2006). Najčešće su žene žrtve obiteljskog nasilja, dok su muškarci zlostavljači, no može biti i obratna situacija, iako je puno rjeđa (Bilić i sur., 2012). U istraživanjima se pak najčešće govori o

svjedočenju nasilja oca nad majkom koje može izazvati traumu kod djeteta te je ono zabilježeno kod 14% sudionika. Uz to, žene češće svjedoče nasilju oca nad majkom od muškaraca (Edwards i sur., 2003).

Prisutnost mentalnih poremećaja kod skrbnika se odnosi na to da je dijete odrastalo sa skrbnikom kod kojeg su bili prisutni određeni mentalni poremećaji, uključujući depresivnost, pokušaj samoubojstva i slično (Felitti i sur., 1998).

Kriminalno ponašanje od strane skrbnika se odnosi na to da je dijete odrastalo sa skrbnikom koji je boravio u zatvoru jedan dio djetinjstva (Felitti i sur., 1998).

Posljednje, razvod braka za dijete predstavlja jedan od najstresnijih događaja u životu, osobito ako je popraćen konstantnim konfliktima među roditeljima. Ponekad, roditeljski konflikti rezultiraju manipulacijom djeteta tijekom razvoda, gdje najčešće jedan roditelj ocrnjuje i kritizira drugog i to na način koji šteti djetetu. S obzirom na stanje neizvjesnosti u kojem se dijete nalazi može doći do razvoja traume uslijed procesa razvoda braka (Bilić i sur., 2012).

### **3.3. Ostali oblici trauma iz djetinjstva**

Ostali oblici trauma iz djetinjstva obuhvaćaju posrednu traumu, smrt bliske osobe, životno ugrožavajuće situacije te prirodne katastrofe.

U istraživanju Briera i suradnika (2008) jedan od najčešćih oblika traume je bilo posredna trauma koja se javlja kada je dijete izloženo tuđim traumatskim iskustvima. Primjerice, dijete može svjedočiti smrti roditelja ili može slušati o doživljenom traumatskom iskustvu od prijatelja (Arambašić, 2000; Zlotnick i sur., 2008).

Još jedan od najčešćih traumatskih iskustava koje dijete može doživjeti je smrt bliske osobe koja ostavlja razorne posljedice na dijete. Pod smrt bliske osobe se mogu ubrajati skrbnici, braća ili sestre i sve druge djetetu značajne osobe (Briere i sur., 2008).

Zadnji oblik trauma iz djetinjstva mogu se odnositi na prirodne katastrofe. Trauma nastaje kada dijete doživi ekstremni oblik prirodnih katastrofa kao što su požari, potresi ili poplave te često dolazi do ugrožavanja djetetove sigurnosti na nepredvidljiv način (Spinazzola i sur., 2005)

Životno ugrožavajuće situacije mogu kod djeteta izazvati traumu, bilo da se radi o nesrećama, poput teške prometne nesreće ili o ozbiljnim bolestima koje su ugrožavale djetetu život, poput preboljenog raka u ranom djetinjstvu (Briere i sur., 2008).

## 4. TEORIJSKI OKVIRI I MODELI TRAUME

Postoji velik broj modela trauma koji objašnjavaju povezanost između trauma iz djetinjstva i njihovih posljedica, ali u ovom radu će biti istaknuti samo neki od njih, uključujući teoriju privrženosti, neurobiološki model i transdijagnostički model.

### 4.1. Teorija privrženosti

Većina trauma iz djetinjstva povezana je s roditeljima ili skrbnicima, koji su često odgovorni za njihovo nastajanje (Bilić i sur., 2012). Jedna od teorija kojom se mogu objasniti dugoročni učinci trauma iz djetinjstva je teorija privrženosti. Prema ovoj teoriji, djeca se rađaju s predispozicijom za stvaranje emocionalnih veza sa značajnim osobama u svojoj okolini putem biološki uvjetovanih ponašanja, nazvanih privržena ponašanja, kao što su smijanje, plakanje i okretanje prema skrbniku. Ta privržena ponašanja su evolucijski važna jer omogućuju djetetu preživljavanje kroz stvaranje interakcije i emocionalne veze sa skrbnikom (Bowlby, 1969). Kroz rana iskustva sa skrbnikom, dijete razvija unutarnje radne modele koji predstavljaju mentalne reprezentacije sebe i drugih. Ovi radni modeli su iznimno bitni jer oblikuju djetetova očekivanja, emocije i ponašanja u budućim odnosima kroz cijeli život (Bretherton, 1990; Bowlby, 1973).

Ovisno o načinu na koji skrbnik odgovarao na potrebe djeteta, bilo pozitivno ili negativno, dijete će razviti unutarnje radne model iz kojih će se razviti određeni stil privrženosti. Najznačajnija klasifikacija stilova privrženosti je podjela na sigurni i nesigurni stil privrženosti. Ukoliko su djetetove emocionalne i fizičke potrebe bile zadovoljene razvit će se siguran stil privrženosti koji rezultira pozitivnom slikom o sebi i drugima. Nasuprot tome, nesigurni stilovi privrženosti razvijaju se ukoliko djetetove potrebe nisu adekvatno zadovoljene, a mogu se manifestirati kao anksiozni, izbjegavajući ili dezorganizirano-dezorijentirani stil privrženosti (Bartholomew i Horowitz, 1991).

Doživljavanje trauma u djetinjstvu, posebice zlostavljanja i zanemarivanja od strane skrbnika, može narušiti razvoj sigurne privrženosti kod djeteta. To dovodi često do razvijanja negativnih unutarnjih radnih modela. Primjerice, dijete koje je bilo emocionalno zlostavljano može odrasti s uvjerenjem da nije vrijedno ljubavi i pažnje od drugih. Kao što je spomenuto, ti unutarnji radni modeli, u ovom slučaju negativni, će oblikovati djetetova očekivanja, emocije i ponašanja u budućim odnosima, što znači da će nesigurni stil privrženosti perzistirati u odrasloj dobi i kasnije (Cook i sur., 2005; Purnell, 2010).

Najčešće su unutarnji radni modeli stabilni tijekom života, ali je važno napomenuti da nisu fiksni te se mogu mijenjati kroz nova iskustva (Bowlby, 1973). Ova stabilnost jednim dijelom objašnjava dugotrajne učinke traume iz djetinjstva.

#### **4.2. Neurobiološki model**

Neurobiološki model pruža znanstveni okvir za razumijevanje kako traumatska iskustva iz djetinjstva utječu na razvoj mozga, uzrokujući promjene u njegovim strukturama i funkcijama, uključujući hipokampus, prefrontalni korteks (PFC) i amigdala (Cross i sur., 2017). Te promjene dovode do dugoročnih posljedica na mentalno i fizičko zdravlje, uključujući rizik od razvoja psihopatologije i raznih tjelesnih poremećaja u kasnijim fazama života (Nemeroff, 2004; Van der Kolk, 2003).

U normalnim neurobiološkim uvjetima, hipokampus povezuje perceptivne informacije („tko i što“) s kontekstualnim informacijama („kada i gdje“), dok PFC olakšava prisjećanje i atribuciju tih informacija („zašto“) (Ranganath, 2010). Također, PFC modulira aktivnost amigdala putem inhibicijskih mehanizama i komunicira s hipokampusom kako bi se konsolidirale emocionalne i perceptivne informacije (Banks i sur., 2007). Nasuprot tome, u nepovoljnim neurobiološkim uvjetima, kao što su dugotrajna izloženost traumatskim iskustvima, povezanost između struktura i informacija koje se obrađuju može biti narušena, smanjujući sposobnost svjesnog upravljanja sjećanjima na događaje i moderiranja reakcija straha na ta sjećanja (Stevens i sur., 2013).

Kronični strah, koji se javlja za vrijeme proživljavanja traumatskog iskustva, dovodi do ponavljane aktivacije hipotalamično-hipofizno-adrenalnokortikalne (HHA) osi, neuroendokrinog sustava koji ima ključnu ulogu u regulaciji odgovora na stres. Ponavljanom aktivacijom HHA osi se mijenja i regulacija glukokortikoida, posebice kortizola. Trauma iz djetinjstva je povezana s regulacijom naviše HHA osi, odnosno dolazi do povišene bazalne razine kortizola, kao i do povećanog porasta, ali i sporijeg pada kortizola nakon izloženosti stresu (Nemeroff, 2004). Dugotrajna izloženost visokim razinama kortizola može oštetiti hipokampus, odnosno može doći do njegova smanjenja, a hipokampus je struktura koja je ključna za konsolidaciju sjećanja i učenje. Osobe tada mogu imati problema s razlikovanjem prošlih od sadašnjih prijetnji, zbog čega se osjećaju kao da se trauma ponavlja, iako se nalaze u sigurnom okruženju (Fanselow, 2000; Luine i sur., 1994).

Amigdala, s druge strane, igraju ključnu ulogu u početnoj interpretaciji nadolazećih podražaja iz okoline, pokrećući emocionalne reakcije pretvarajući osjetilne podražaje u emocionalne i

hormonske signale. Zatim se ovi signali šalju u različite dijelove mozga i tijela kako bi se pokrenula određena fizička reakcija. Posljedično, aktiviraju se i parasimpatici, uzrokujući autonomno uzbuđenje, i simpatički živčani sustav, aktivirajući obrambena ponašanja te se pokreće aktivacija HHA osi (Cross i sur., 2017; Van der Kolk, 2003). Stoga su amigdala ključna za proces uvjetovanja straha, odnosno za učenje koji podražaji signaliziraju opasnost. Trauma iz djetinjstva može uzrokovati preosjetljivost amigdala, što bi značilo da će osobe reagirati intenzivnijim strahom i tjeskobom na podražaje koji ih podsjećaju na traumu, iako ti podražaji mogu biti objektivno bezopasni (LeDoux i sur., 1992; McLaughlin i Lambert, 2017). Ova povećana aktivnost sugerira da su traumatizirane osobe su često u stanju povišene pripravnosti (LeDoux i sur., 1992).

Prefrontalni korteks (PFC), koji regulira više kognitivne funkcije poput planiranja, donošenja odluka, kontrole impulsa, suočava se s poteškoćama kod traumatiziranih osoba (Van der Kolk, 2003). Trauma tijekom djetinjstva značajno utječe na strukturu i funkciju PFC-a, često uzrokujući smanjeni volumen (van Harmelen i sur., 2010). Osim toga, dolazi do disregulacije neurotransmitera, poput dopamina i noradrenalina koji su ključni za normalno funkcioniranje PFC-a (Perry i Pollard, 1998). Nadalje, trauma uzrokuje pretjeranu aktivaciju amigdala, te PFC više nije u mogućnosti inhibirati uspješno reakcije amigdala, što rezultira pojačanim emocionalnim reagiranjem i smanjenom sposobnošću za racionalno donošenje odluka (Van der Kolk, 2003).

Važno je istaknuti da su hipokampus, PFC i amigdala povezani sustavi. Iako traumatska iskustva mogu izravno djelovati na jedno od tih područja, deficiti će se odraziti nerijetko na cijeli sustav, što pokazuje koliko posljedice trauma iz djetinjstva mogu biti duboke i kompleksne (Cross i sur., 2017).

### **4.3. Transdijagnostički model**

Transdijagnostički model objašnjava vezu između izloženosti traumatskim događajima u djetinjstvu te razvojem psihopatologije u kasnijoj dobi kroz zajedničke, transdijagnostičke mehanizme koji doprinose tom razvoju više oblika psihopatologije. Postoje tri glavna transdijagnostička mehanizma kojima objašnjavaju kako trauma iz djetinjstva dovodi do povećanog rizika od razvoja psihopatologije (McLaughlin i sur., 2020).

Prvi mehanizam je obrada socijalnih informacija koji se odnosi na način na koji pojedinci percipiraju, interpretiraju i reagiraju na socijalne informacije iz svoje okoline kao što su ton glasa, izrazi lica i ponašanje drugih ljudi (McLaughlin i Lambert, 2017). Djeca koja su doživjela traumu će razviti pristranost prema prijatelji pri obradi socijalnih informacija, što znači da će biti spremnija



brzo prepoznati i reagirati na potencijalne opasnosti. Zbog te pristranosti, često će interpretirati neutralne ili čak i pozitivne podražaje kao prijeteće (Dodge i sur., 1995). Osim toga, takva djeca će biti sklonija neprijateljskoj atribucijskoj pristranosti što bi značilo da će dvosmislene postupke drugih pripisati namjernim i neprijateljskim motivima, iako ne postoje dokazi za to (Dodge i sur., 1995; McLaughlin i Lambert, 2017). Ta pristranost u obradi socijalnih informacija dugoročno povećava rizik od anksioznosti, depresije, poremećaja ponašanja i drugih poremećaja (Reid i sur., 2006).

Drugi mehanizam je emocionalna obrada koja obuhvaća procese poput percepcije, interpretacije, regulacije i odgovaranja na emocije bilo vlastite ili tuđe (McLaughlin i sur., 2020). Djeca koja su pretrpjela traumu često pokazuju pretjeranu reakciju na emocionalne podražaje, posebice prijeteće. Ta preosjetljivost se manifestira kroz intenzivnije fiziološke reakcije, ali i pretjerane emocionalne i bihevioralne odgovore (McLaughlin i Lambert, 2017). Nadalje, iskustvo traume može narušiti kod djeteta sposobnost da prepozna, razumije i opiše vlastite emocije što mu otežava adekvatno reagiranje na vlastite emocionalne doživljaje i komuniciranje s drugima (Weissman i sur., 2019). Osim toga, javljaju se i poteškoće s emocionalnom regulacijom koje uključuju probleme u prepoznavanju i upravljanju vlastitim emocijama pa djeca mogu podlijeći korištenju neadekvatnih mehanizama suočavanja kao što su potiskivanje, izbjegavanje i ruminacija (McLaughlin i Lambert, 2017, Weissman i sur., 2019). Time se povećava rizik od razvitka internalizirajućih i eksternalizirajućih poremećaja (Weissman i sur., 2019).

Treći mehanizam je ubrzano biološko starenje koji osim fizičkih procesa starenja uključuje i molekularne i stanične promjene koje se događaju unutar tijela (McLaughlin i sur., 2020). Djeca koja su proživjela traumu u djetinjstvu najčešće ranije ulaze u pubertet u odnosu na svoje vršnjake jer se organizam želi što prije osposobiti za samostalan život i reprodukciju (Negriff i sur., 2015). Rani ulazak u pubertet je povezan s povećanim rizikom od razvoja depresije, anksioznosti, zlouporabe substanci i delikventnog ponašanja (Mendle i sur., 2014; Negriff i sur., 2015). Osim toga, može doći i do ubrzanog starenja stanica, primjerice do skraćivanja telomera, zaštitnih kapica na krajevima kromosoma, i metilacije DNK, procesa koji utječe na aktivnost gena (Wade i sur., 2019; Wolf i sur., 2018). Ubrzano biološko starenje može biti još povezano s rizikom od razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP), psihotičnih poremećaja te općeg faktora psihopatologije (p-faktor) (Wade i sur., 2019).

Navedeni objašnjeni mehanizmi nisu međusobno isključivi te se često međusobno preklapaju. Primjerice, dijete koji je doživjelo traumu može istovremeno pokazivati neprijateljsku atribucijsku

pristranost, poteškoće s emocionalnom regulacijom te raniji ulazak u pubertet. Kada djeluju zajedno povećavaju ranjivost djeteta na razvoj psihopatologije (McLaughlin i sur., 2020).

Iako socijalna podrška kao zaštitni faktor ima značajnu ulogu u ublažavanju negativnih učinaka proživljene traume iz djetinjstva. Socijalna podrška djetetu pomaže u smanjivanju stresa, ublažavanju pretjerane obrade prijetnji te za poticajne adaptivne emocionalne regulacije. Neki od oblika socijalne podrške su podrška roditelja/skrbnika i vršnjaka te stručna podrška (Evans i sur., 2013; McLaughlin i sur., 2020).

Transdijagnostički model pruža sveobuhvatan okvir za razumijevanje veze između traume doživljenje u djetinjstvu te rizika od razvoja psihopatologije u kasnijoj dobi. Pruža mogućnost identifikacije osnovnih mehanizama i zaštitnih faktora koji omogućuju identificiranje posljedica, ali i usmjeravanje na prevenciju i intervenciju trauma iz djetinjstva (McLaughlin i sur., 2020).

## **5. DUGOROČNI UČINCI TRAUMA IZ DJETINJSTVA**

Iako se u prethodnom poglavlju spominju neki od dugoročnih učinaka trauma iz djetinjstva, u ovom poglavlju će biti opisani dugoročni biološki, psihološki i socijalni učinci.

### **5.1. Biološki učinci**

#### **5.1.1. Odnos „doza-odgovor“ i posredni čimbenici**

Odnos „doza-odgovor“ između učestalosti traumatskih događaja iz djetinjstva te tjelesnih poremećaja je pronađen u mnogim istraživanjima (Dong i sur., 2004; Felitti i sur., 1998; Hemmingsson i sur., 2014; Noteboom i sur., 2021). Taj odnos implicira da djeca koja su bila izložena većem broju ili ozbiljnijim traumatskim događajima imaju veći rizik od razvoja jednog ili više tjelesnih poremećaja u odrasloj dobi (Noteboom i sur., 2021). U većini istraživanja traumatski događaji iz djetinjstva nisu izravno povezani s tjelesnim poremećajima u odrasloj dobi, već je taj odnos posredovan različitim psihološkim i tradicionalnim čimbenicima, pri čemu psihološki čimbenici imaju važniju ulogu u posredovanju tog odnosa. Najznačajniji psihološki čimbenici su neugodna afektivna stanja poput ljutnje, depresivnog raspoloženja i tjeskobe, poremećaji raspoloženja te zlouporaba alkohola ili droge (Dong i sur., 2004; Felitti i sur., 1998; Goodwin i Stein, 2004; Noteboom i sur., 2021). Nadalje, najznačajniji tradicionalni čimbenici su pušenje, fizička neaktivnost, pretilost, hipertenzija i dijabetes (Dong i sur., 2004).

Moguće je da dugotrajna izloženost traumatskim događajima u djetinjstvu izaziva kod djeteta osjećaje poput ljutnje, tjeskobe ili depresije. Posljedično, dolazi do razvoja neadekvatnih,

maladaptivnih strategija suočavanja koji su nastali kao reakcija na traumu. Iako te maladaptivne strategije suočavanja pružaju kratkoročno rješenje i olakšanje, dugoročno povećavaju rizik od razvoja različitih tjelesnih poremećaja. Neke od tih strategija suočavanja uključuju i usvajanje različitih rizičnih ponašanja kao što su pušenje, prejedanje ili fizička neaktivnost. Takva rizična ponašanja tijekom vremena postanu navika te se protežu sve do odrasle dobi pa i kasnije te samim time rezultiraju povećanim rizikom za razvoj nekih tjelesnih poremećaja, ali i prerane smrti (Dong i sur., 2004; Felitti i sur., 1998; Goodwin i Stein, 2004; Perry i Pollard, 1998).

### **5.1.2. Tjelesni poremećaji**

Kao što je prethodno opisano, traumatski događaji iz djetinjstva neizravno su povezani s rizikom od razvoja različitih tjelesnih poremećaja u odrasloj dobi. Istraživanja su pokazala da osoba koja je doživjela četiri ili više traumatskih događaja ima povećan rizik od razvoja niza zdravstvenih poteškoća. Meta-analiza Hughesa i suradnika (2017) otkriva da su osobe koje su doživjele niz traumatskih događaja u djetinjstvu sklonije razvoju pretilosti, dijabetesa, raka, kardiovaskularnih bolesti, bolesti probavnog sustava, respiratornih bolesti te spolno prenosivih bolesti.

Daljnja istraživanja, kao što je istraživanje Notebooma i suradnika (2021), potvrđuju neke od tih povezanosti, naglašavajući da traumatski događaji iz djetinjstva povećaju rizik od razvoja probavnih, mišićno-koštanih i respiratornih bolesti te migrene u odrasloj dobi. Prethodna istraživanja dokumentiraju povezanost traumatskih događaja i rizika od ishemijske bolesti srca, raka, bolesti jetre, kronične upale pluća te preloma kostiju (Felitti i sur., 1998).

Nadalje, Goodwin i Stein (2004) su prepoznali povezanost između zlostavljanja i zanemarivanja te rizika od razvoja artritisa, respiratornih bolesti, hernije, bolesti bubrega, neuroloških poremećaja te autoimunih bolesti. Osim toga, Dong i suradnici (2004) ističu povezanost traumatskih iskustava s rizikom od razvoja kardiovaskularnih bolesti, posebice ishemijske bolesti srca. Nadalje meta-analizom Hemmingsson i suradnika (2014) pokazana je povezanost između trauma iz djetinjstva i rizika od pretilosti u odrasloj dobi.

Također, povećan je rizik od razvoja metaboličkog sindroma, koji uključuje stanja poput abdominalne pretilosti, visokog krvnog tlaka, intolerancije na glukozu te odstupajuću razinu kolesterola (nizak ili visok). Metabolički sindrom predstavlja važan čimbenik rizika za razvoj kardiovaskularnih bolesti i dijabetesa (Ford, 2005).

## 5.2. Psihološki učinci

Nakon razmatranja bioloških učinaka podjednako je važno razmotriti i dugoročne psihološke učinke traume iz djetinjstva koji se odnose na psihopatologiju, disregulaciju emocija, kognitivno funkcioniranje i druge aspekte poput niskog samopoštovanja i samopouzdanja (Mullen i sur., 1996; Profaca i sur., 2016)

### 5.2.1. Psihopatologija

Kao što je već spomenuto, rano izlaganje traumatskim događajima ometa ključne faze normalnog razvoja u djetinjstvu. To povećava rizik od razvoja različitih psihičkih poremećaja te općenito lošije procjene mentalnog zdravlja u odrasloj dobi (Edwards i sur., 2003; Zlotnick i sur., 2008). Posebice pogubno za mentalno zdravlje je emocionalno zlostavljanje koje se događa tijekom djetinjstva u obiteljskom okruženju jer osim što djeluje kao neovisni prediktor lošijeg mentalnog zdravlja, ono također pojačava negativne učinke drugih oblika zlostavljanja (Edwards i sur., 2003).

Istraživanja pokazuju da su posljedice trauma iz djetinjstva, uključujući seksualno i tjelesno zlostavljanje, povezane s razvojem paničnih poremećaja, agorafobije i PTSP-a koji su nerijetko u komorbiditetu. Zanimljivo je istaknuti kako ovi poremećaji dijele zajedničke simptome kao što su autonomna pobuđenost, strah i reakcija „borba ili bijeg“ te je zbog toga otežano dijagnosticiranje i liječenje navedenih poremećaja. Rana izloženost nekontrolabilnim traumatskim događajima rezultira osjećajem bespomoćnosti te percepcijom nedostatka kontrole, što postaje rizični faktor za razvoj spomenutih poremećaja (Bouton i sur., 2001; Zlotnick i sur., 2008).

Povezanost trauma iz djetinjstva i psihopatologije u kasnijoj dobi je dobiveno i istraživanjem Ackermana i suradnika (1998). Najizraženiju psihopatologiju su pokazivale osobe koje su ranije doživjele traume iz djetinjstva te su dugo morale prisilno čuvati činjenicu da su doživjele tu traumu. Najčešće je kod osoba dolazilo do razvoja PTSP-a u kombinaciji s anksioznim poremećajima, uključujući separacijsku anksioznost, generalni anksiozni poremećaj te fobije, i poremećajima raspoloženja, uključujući depresiju i distimiju. Važno je naglasiti da se PTSP rijetko javljao kao izolirani slučaj. Uz to, meta-analizom Wattersa i suradnika (2023) je pokazano da je veća izloženost traumi u djetinjstvu povezana s većom razinom depresivnih simptoma.

Osim toga, osobe koje su doživjele četiri ili više oblika trauma i iz djetinjstva su bile u povećanom riziku od razvoja alkoholizma, zlouporabe droge, depresije i pokušaja samoubojstava u odnosu na osobe koje nisu doživjele ikakve oblike trauma iz djetinjstva (Felitti i sur., 1998). Te

nalaze su potvrdili Hughes i suradnici (2017) u svojoj meta analizi gdje se pokazalo da su osobe koje su doživjele niz traumatskih događaja u djetinjstvu sklonije riziku od razvoja ovisnosti o alkoholu, zlouporabi substanci, poteškoća s mentalnim zdravljem te nasilja prema samome sebi.

Mullen i suradnici (1996) su provodili istraživanje dugoročnih posljedica trauma iz djetinjstva na uzorku žena te je također pokazan negativan učinak na razvoj psihičkih i seksualnih teškoća te povećanu učestalost psihopatologije, uključujući depresiju, anksioznost i poremećaje prehrane. Specifično je da je seksualno zlostavljanje najčešće rezultiralo seksualnim poteškoćama, a da su posljedice emocionalnog zlostavljanja ovisile o spolu zlostavljača. Kada je zlostavljanje vršila žene, posljedice su češće bile psihičke teškoće, dok je zlostavljanje od strane muškaraca imalo značajan utjecaj na seksualnost osobe.

### **5.2.2. Emocionalna regulacija**

Zlostavljanje u djetinjstvu može dovesti do disregulacije emocija, koja se očituje kroz povećanu emocionalnu reaktivnost, intenzivnije emocionalne reakcije na podražaje te poteškoće u smirivanju nakon emocionalnih reakcija. Osobe koje su doživjele zlostavljanje u djetinjstvu češće koriste neprilagođene strategije regulacije emocija poput ekspresivnog potiskivanja i ruminacije. Nalazi istraživanja ističu da emocionalna disregulacija ima ključnu ulogu u povezivanju zlostavljanja u djetinjstvu s kasnijim razvojem psihopatologije (Weissman i sur., 2019).

Uz to, istraživanja su pokazala da su osobe s poviješću zlostavljanja u djetinjstvu manje točni u obradi emocija, posebice u obradi pozitivnih i neutralnih slika. Ovi nalazi upućuju na to da zlostavljanje u djetinjstvu može imati dugoročne negativne učinke na sposobnost adekvatnog prepoznavanja i reagiranja na emocionalne podražaje iz okoline. Primjerice, fizičko zlostavljanje predviđa smanjenju točnost u prepoznavanju neutralnih podražaja, dok seksualno zlostavljanje i zanemarivanje predviđaju manju točnost u prepoznavanju pozitivnih podražaja, što bi impliciralo da različiti oblici zlostavljanja imaju specifične učinke na obradu informacija. Moguće je da su osobe koje su bile fizičke zlostavljanje razvile pristranost prema neugodnim podražajima kako bi se zaštitila od potencijalnih prijetnji, dok osobe koje su bile zanemarene ili seksualno zlostavljanje su imale manje prilika za razvoj pozitivnih emocionalnih veza, što je rezultiralo poteškoćama u prepoznavanje pozitivnih emocionalnih podražaja (Young i Widom, 2014).

### **5.2.3. Kognitivno funkcioniranje**

Osim navedenog, traume iz djetinjstva djeluju pogubno i na kognitivno funkcioniranje osobe kasnije u životu. Istraživanja su pokazala da su negativne posljedice bile pogotovo pogubne

ukoliko je dijete doživjelo fizičko i seksualno zlostavljanje što može trajno narušiti razvoj ključnih kognitivnih sposobnosti. Specifično, osobe koje su doživjele traume često pokazuje probleme s brzinom obrade informacije, pažnjom te s izvršnim funkcijama (Petkus i sur., 2017) Slične rezultate su potvrdili i Op den Kelder i suradnici (2018) u svojoj meta-analizi, u kojoj je veća izloženost traumatskim događajima u djetinjstvu bila povezana sa slabijim izvršnim funkcijama, uključujući radno pamćenje, inhibiciju i kognitivnu fleksibilnost.

### **5.3. Socijalni učinci**

Traume iz djetinjstva mogu imati dugotrajne posljedice na međuljudske odnose u odrasloj dobi. Rano fizičko zlostavljanje utječe na razvoj kognitivnih shema kod djece oblikujući pritom način na koji će se kasnije obrađivati informacije tijekom socijalnih interakcija. Pritom, zlostavljana djeca često postaju osjetljivija na neprijateljske signale u okolini, što može dovesti do agresivnih reakcija čak i situacijama koje objektivno nisu prijeteće (Dodge i sur., 1995). Slične nalazi su dobiveni su i kasnijim istraživanjima gdje se pokazalo da je kronična trauma iz djetinjstva povezana s problemima u međuljudskim odnosima, osobito nasiljem u odnosima (Hughes i sur., 2017; Van der Kolk i sur., 2005).

Istraživanje Huha i suradnika (2014) prepoznali su nekoliko specifičnih problema u međuljudskim odnosima kod odraslih s depresijom i anksioznošću koji su doživjeli traumu u djetinjstvu. Općenito osobe koje su doživjele traumu su nezadovoljne svojim međuljudskim odnosima te izvještavaju poteškoće u održavanju istih. Uz to, može doći do razvitka dominantnog ponašanja u odnosima koji se manifestira kroz potrebu za kontroliranjem drugih što dovodi do sukoba u odnosima. Osobama koje su doživjele traumu takvo ponašanje pruža osjećaj sigurnosti i kontrole nad situacijom koje nisu imali u djetinjstvu. Nadalje, još jedan oblik ponašanja je emocionalno ovisno ponašanje gdje se osoba boji napuštanja i odbacivanja od strane druge osobe te ima potrebu za pažnjom, odobravanjem i podrškom od strane druge osobe. Također, može se javiti i nesigurnost u međuljudskim odnosima, a uz nju i pretjerano prilagođavanje i samopožrtvovnost gdje osoba stavlja potrebe drugih ispred vlastitih potreba čak i onda ako te potrebe štete njoj što može dovesti do nezadovoljstva, ali i iskorištavanja u odnosima.

Posljedice se mogu odraziti i na bračni život. Osobe koje su proživjele traume iz djetinjstva su imale veću stopu rastave braka te su bile nezadovoljnije u braku i odnosom sa partnerom (Mullen i sur., 1996; Whisman, 2006).

Također, pokazana je povezanost trauma iz djetinjstva i kriminalnog ponašanja u odrasloj dobi, istaknuti oblik kriminalnog ponašanja je bila sklonost nasilju i nasilno ponašanje (Cantürk i sur., 2021).

## **6. ZAŠTITNI ČIMBENICI, TERAPIJSKI PRISTUPI I PREVENCIJA**

### **6.1. Zaštitni čimbenici**

Najčešće se kao zaštitni čimbenici od dugotrajnih posljedica trauma iz djetinjstva spominju otpornost i socijalna podrška koji će u nastavku biti opisani.

#### **6.1.1. Otpornost**

Otpornost se smatra jednim od glavnih zaštitnih čimbenika kada se djeca, ali i odrasli suoče s traumom. Definira se kao sposobnost pojedinca da se suoči, prilagodi i prevlada izazove, stresne situacije i traumatske događaje (Wingo i sur., 2010). Važno je naglasiti da otpornost ne znači da je osoba imuna na traumu i traumatska iskustva, odnosno otpornost neće spriječiti osobu da doživi traumu, ali će joj pomoći u suočavanju s istom. To znači da će pojedinac koji doživi određeno traumatsko iskustvo imati sve uobičajene reakcije na to iskustvo, ali će posjedovati sposobnosti pomoću kojih će pronaći način da se adekvatno suoči s njima, oporavi se te nastaviti živjeti ispunjen život. Na taj način se ublažavaju dugoročne posljedice trauma iz djetinjstva. Istraživanja su pokazala da određeni pojedinci koji imaju razvijenu otpornost mogu brže prevladati traumatska iskustva (Agaibi i Wilson, 2005; Wingo i sur., 2010).

Također, Watters i suradnici (2023) su meta-analizom potvrdili su značajnu povezanost između traume u djetinjstvu, depresije u odrasloj dobi i otpornosti. Veća izloženost traumi u djetinjstvu je bila povezana s većom razinom depresivnih simptoma i nižom razinom otpornosti, pri čemu je razina otpornosti predstavljala posredujući faktor (Watters i sur., 2023).

#### **6.1.2. Socijalna podrška**

Osim otpornosti, pokazala se značajnim zaštitnim čimbenikom i socijalna podrška. Percipirana socijalna podrška se odnosi na subjektivni osjećaj ili vjerovanje osobe kako ima dostupnu pomoć, razumijevanje i podršku od strane obitelji i prijatelja. Pokazano je kako socijalna podrška služi kao zaštitni čimbenik od razvijanja traume ili ublaživanja njezinih simptoma, neovisno o obliku traume kojoj je osoba bila izložena. Postoje razlike u spolu, pri čemu je kod žena percipirana socijalna podrška od prijatelja bila značajan prediktor nižih simptoma traume iz djetinjstva, dok je kod muškaraca i percipirana podrška od obitelji i prijatelja predstavljala značajan prediktor niže razine simptoma traume (Evans i sur., 2013).

## **6.2. Terapijski pristupi**

Najučinkovitije terapijske tehnike za ublažavanje i liječenje posljedica trauma iz djetinjstva su se pokazale kognitivno-bihevioralna terapija s fokusom na traumu te desenzibilizacija pokretima očiju i ponovna obrada.

### **6.2.1. Kognitivno-bihevioralna terapija s fokusom na traumu**

Kognitivno-bihevioralna terapija s fokusom na traumu je jedna od najistraženijih i najučinkovitijih tretmana za osobe koje su doživjele traumu. Predstavlja specifičan oblik kognitivno-bihevioralne terapije (KBT) koji se koristi za liječenje osoba koje su preživjele različita traumatska iskustva, od zlostavljanja pa do prirodnih katastrofa. Osim uobičajenih tehnika KBT-a usmjerava se na neke dodatne tehnike koje pomažu u smanjivanju simptoma koji su nastali kao posljedica traume, uključujući simptome depresije, PTSP-a, anksioznosti, problema u ponašanju i osjećaj srama. Terapija je namijenjena svim dobnim skupinama, od djece pa sve do odraslih, pri čemu u radu s djecom su često uključeni i roditelji, ukoliko nisu oni uzročnici trauma. Cilj je pomoći osobi da se nosi s različitim aspektima traume, uključujući emocionalnu disregulaciju, probleme u ponašanju, fizičke simptome, kognitivne poteškoće te socijalne i akademske/poslovne poteškoće. Generalno, naglasak je na postupnom izlaganju osobe traumatskim sjećanjima i mislima što se odvija kroz tri faze. Prva faza je stabilizacija koja je usmjerena na psihoedukaciju, stvaranje osjećaja sigurnosti i stabilnosti te razvijanje adekvatnih strategija suočavanja. U drugoj fazi dolazi do obrade traume gdje se radi na kreiranju narativa o traumi. U posljednjoj fazi je naglasak na integraciji i konsolidaciji u kojoj je naglasak na učvršćivanju naučenih vještina te jačanju otpornosti (Cohen i Mannarino, 2008).

### **6.2.2. Desenzibilizacija pokretima očiju i ponovna obrada**

Neki autori tvrde da KBT pristupi nisu dovoljno somatski usmjereni zato što su traumatska sjećanja i emocionalna bol programirani unutar uma i tijela, što zahtijeva neku terapiju koja je više somatski usmjerena na rješavanje simptoma povećane pobuđenosti, disocijacije i svjesnosti o tijelu (Van der Kolk, 2005). Jedna od takvih terapija je desenzibilizacija pokretima očiju i ponovna obrada (eng. Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR) koja je usmjerena na ublažavanje traumatskog stresa povezanog s traumatskim sjećanjima. Najčešće se rabi kod osoba koje su oboljele od PTSP-a, ali primjenjiva je i na druge poremećaje. EMDR se koristi kako bi se klijentima pomoglo u reorganizaciji njihovih misli ili u ponovnoj obradi informacija. Tijekom EMDR terapije, klijent se usredotočuje na emocionalno uznemirujući sadržaj u kratkim sekvencama dok istovremeno prati vanjski podražaj. Najčešće korišteni vanjski podražaj su



lateralni pokreti očiju pod vodstvom terapeuta, ali se često koriste i drugi podražaji poput tapkanja rukama ili zvučne stimulacije. Prema modelu adaptivne obrade informacija, mozak ima sposobnost obrade i integracije informacija, no kada osoba doživi traumu traumatska sjećanja mogu ostati neobrađena. EMDR terapija omogućava pristup i obradu tih traumatskih sjećanja i drugih negativnih životnih iskustava s ciljem postizanja adaptivnog razrješenja. Dolazi do poboljšane obrade informacija te se stvaraju nove asocijacije između traumatskih sjećanja i adaptivnih sjećanja što dovodi do toga da se emocionalni stres smanjuje, negativna uvjerenja se preoblikuju, a fiziološko uzbuđenje se smanjuje (Rodenburg i sur., 2009; Shapiro, 1989; Shapiro i Maxfield, 2002).

### **6.3. Prevencija**

Prevencija nepovoljnih dječjih iskustava i njihovih posljedica zahtijeva sveobuhvatne strategije koje obuhvaćaju primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju (Felitti i sur., 1998).

#### **6.3.1. Primarna prevencija**

Primarna prevencija usmjerena je na sprječavanje nastanka nepovoljnih dječjih iskustava, što bi značilo stvaranje podražavajućeg i sigurnog obiteljskog okruženja u zajednici kroz različite programe (Felitti i sur., 1998). Ti programi bi trebali omogućiti pristup osnovnim potrebama, uključujući zdravstvenu zaštitu, obrazovanje i stanovanje. Važno je da programi budu aktivni na razini cijele zajednice te da se njima potiče suradnja različitih sektora kao što su škola, lokalne vlasti, vjerske zajednice. Takvim pristupom se rješava srž problema i omogućava se stvaranje sigurnog obiteljskog okruženja (Chamberlin, 1992).

Jedan od programa koji se pokazano uspješnim je provođenje kućnih posjeta u ranom djetinjstvu. Naime, takvi programi pružaju podršku roditeljima, educiraju ih o uobičajenom razvoju djece te pomažu roditeljima izgraditi zdrave odnose unutar obitelji (Hardy i Streett, 1989; Olds i sur., 1997). Provođenje programa se pokazalo posebice učinkovito u socijalno ugroženim obiteljima rezultirajući poboljšanom skrbi za dijete te smanjenim brojem slučajeva zlostavljanja (Hardy i Streett, 1989). Osim toga, dovode i do smanjenja korištenja socijalne pomoći, kriminalnog ponašanja roditelja te idućih neplaniranih trudnoća čime se poboljšava i kvaliteta života ne samo djeteta nego i njegove okoline (Olds i sur., 1997).

#### **6.3.2. Sekundarna prevencija**

Sekundarna prevencija je usmjerena na rano prepoznavanje djece koja su bila izložena nepovoljnim dječjim iskustvima te pružanje pravovremene podrške i pomoći toj djeci (Felitti i sur.,

1998). To se odnosi na edukaciju stručnjaka koji rade s djecom i adolescentima te razvoj programa koji će pomoći toj djeci da neadekvatne strategije suočavanja zamijene adekvatnim kako bi prebrodili traumu (Dubowitz, 1988). Uz sve navedeno, potrebno je poticati interdisciplinarnost u pristupu ovog problema, dakle surađivanje liječnika obiteljske medicine, psihologa, socijalnih radnika i slično (Felitti i sur., 1998).

### **6.3.3. Tercijarna prevencija**

Tercijarna prevencija je usmjerena na odrasle osobe koje se već suočavaju s različitim posljedicama nepovoljnih dječjih iskustava. Cilj ovog oblika prevencije nije potpuno izlječenje već postojećih zdravstvenih problema, već smanjenje njihovog utjecaja na kvalitetu života, sprječavanje daljnjeg pogoršanja stanja te poticanje osobe na usvajanje zdravih životnih stilova unatoč proživljenoj traumi (Felitti i sur., 1998). Jedan od korisnih programa bi bilo poticanje razvoja otpornosti u kojima će osobe koje imaju posljedice trauma iz djetinjstva biti educirane o strategijama suočavanja, adekvatno rješavanje problema i emocionalna regulacija (Hughes, 2017)

## **7. ZAKLJUČAK**

U ovom radu su istaknuti ključni aspekti dugoročnih učinaka trauma iz djetinjstva na cjelokupno funkcioniranje osobe. Različiti teorijski okviri, uključujući teoriju privrženosti, neurobiološki i transdijagnostički model, pružaju znanstvene temelje za dugoročne posljedice trauma iz djetinjstva. Trauma iz djetinjstva može promijeniti razvoj mozga i njegovih struktura, utjecati na emocionalnu regulaciju te kognitivno funkcioniranje te povećati rizik od razvoja psihopatologije poput anksioznosti, depresije i PTSP-a. Osim toga, posljedice se mogu odraziti i na socijalnom planu gdje osoba ima problema s uspostavljanjem i održavanjem međuljudskih odnosa.

Unatoč ozbiljnim dugoročnim posljedicama trauma iz djetinjstva, promjena je moguća. Postoje određeni zaštitni čimbenici, poput otpornosti i socijalne podrške, koji mogu ublažiti posljedice trauma iz djetinjstva. Osim toga, važno je i pravovremeno intervenirati kada se uoče poteškoće vezane uz trauma iz djetinjstva. Posebno učinkovitima su se pokazale kognitivno bihevioralna terapija s fokusom na traumu i EMDR terapija koje smanjuje negativne učinke trauma i doprinose oporavku pojedinca. Uz intervenciju važno se usredotočiti i prevenciju trauma iz djetinjstva, kroz primarne, sekundarne i tercijarne mjere. Iako je istraživanje dugoročnih učinaka trauma iz djetinjstva još uvijek relativno nova tema, ona postaje sve aktualnija. Nastavak istraživanja u ovom području je od presudne važnosti ne samo za pojedince, nego i za cijelo

društvo. Prepoznavanjem dugoročnih posljedica te ulaganjem u prevenciju i intervenciju istih doprinosi stvaranju zdravijeg i otpornijeg društva.

## 8. LITERATURA

- Ackerman, P. T., Newton, J. E., McPherson, W. B., Jones, J. G. i Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22(8), 759-774. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00062-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00062-3)
- Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 195-216. <https://doi.org/10.1177/1524838005277438>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association. (n.d.). Trauma. U *APA dictionary of psychology*. Preuzeto 20. kolovoza, 2024 s <https://dictionary.apa.org/trauma>
- Arambašić, L. (2000). Stresni i traumatski događaji i njihove posljedice, U: L. Arambašić (ur.), *Psihološke krizne intervencije* (str. 11-31). Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- Banks, S. J., Eddy, K. T., Angstadt, M., Nathan, P. J. i Phan, K. L. (2007). Amygdala–frontal connectivity during emotion regulation. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2(4), 303–312. <https://doi.org/10.1093/scan/nsm029>
- Bartholomew, K. i Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.2.226>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., ... i Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327-343. <https://doi.org/10.1017/S00332917150019>
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E. i Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132>
- Bernstein, D.P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond D. i Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)

- Bilić, V., Buljan Flander, G. i Hrpka, H. (2012). *Nasilje nad djecom i među djecom*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Bouton, M. E., Mineka, S. i Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108(1), 4–32. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.108.1.4>
- Bowlby, J. (1969) *Attachment and Loss: Volume 1. Attachment*, New York, Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss. Volume 2: Separation: Anxiety and Anger*. New York, Basic Books.
- Bretherton, I. (1990). Open communication and internal working models: their role in the development of attachment relationships, U: R. A. Thomson (Ur.), *Socioemotional development (Vol. 36)* (str. 57-113). University of Nebraska Press.
- Briere, J., Kaltman, S. i Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 223-226. <https://doi.org/10.1002/jts.20317>
- Cantürk, M., Faraji, H. i Tezcan, A. E. (2021). The relationship between childhood traumas and crime in male prisoners. *Alpha Psychiatry*, 22(1), 56-60. <https://doi.org/10.5455/apd.111825>
- Chamberlin, R. W. (1992). Preventing low birth weight, child abuse, and school failure: the need for comprehensive, community-wide approaches. *Pediatrics in Review*, 13(2), 64-71. <https://doi.org/10.1542/pir.13-2-64>
- Claussen, A. H. i Crittenden, P. M. (1991). Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 15(1-2), 5-18. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(91\)90085-R](https://doi.org/10.1016/0145-2134(91)90085-R)
- Cohen, J. A. i Mannarino, A. P. (2015). Trauma-focused cognitive behavior therapy for traumatized children and families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(3), 557–570. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.02.005>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M. i Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Cross, D., Fani, N., Powers, A. i Bradley, B. (2017). Neurobiological development in the context of childhood trauma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 111–124. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12198>
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E. i Valente, E. (1995). Social information-processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(4), 632–643. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.104.4.632>

- Dong, M., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williams, J. E., Chapman, D. P. i Anda, R. F. (2004). Insights into causal pathways for ischemic heart disease: Adverse childhood experiences study. *Circulation*, *110*(13), 1761-1766. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000143074.54995.7F>
- Dubowitz, H. (1988). Child abuse programs and pediatric residency training. *Pediatrics*, *82*(3), 477-480. <https://doi.org/10.1542/peds.82.3.477>
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J. i Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, *160*(8), 1453-1460. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1453>
- Evans, S. E., Steel, A. L. i DiLillo, D. (2013). Child maltreatment severity and adult trauma symptoms: Does perceived social support play a buffering role? *Child Abuse & Neglect*, *37*(11), 934-943. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.005>
- Fanselow, M. S. (2000). Contextual fear, gestalt memories, and the hippocampus. *Behavioural Brain Research*, *110*(1-2), 73-81. [https://doi.org/10.1016/S0166-4328\(99\)00186-2](https://doi.org/10.1016/S0166-4328(99)00186-2)
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. i Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Ford, E. S. (2005). Risks for all-cause mortality, cardiovascular disease, and diabetes associated with the metabolic syndrome: a summary of the evidence. *Diabetes Care*, *28*(7), 1769-1778. <https://doi.org/10.2337/diacare.28.7.1769>
- Goodwin, R. D. i Stein, M. B. (2004). Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychological Medicine*, *34*(3), 509-520. <https://doi.org/10.1017/S003329170300134X>
- Hardy, J. B. i Streett, R. (1989). Family support and parenting education in the home: an effective extension of clinic-based preventive health care services for poor children. *The Journal of Pediatrics*, *115*(6), 927-931. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(89\)80744-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(89)80744-9)
- Hemmingsson, E., Johansson, K. i Reynisdottir, S. (2014). Effects of childhood abuse on adult obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, *15*(11), 882-893. <https://doi.org/10.1111/obr.12216>
- Hester, M., Pearson, C. i Harwin, N. (2006). *Making an Impact - Children and Domestic Violence: A Reader*. Jessica Kingsley Publishers.

- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L. i Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Huh, H. J., Kim, S. Y., Yu, J. J. i Chae, J. H. (2014). Childhood trauma and adult interpersonal relationship problems in patients with depression and anxiety disorders. *Annals of General Psychiatry*, 13(26), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12991-014-0026-y>
- Kosić, R., Vrančić, L. i Čačić, L. (2022). Posljedice ranog traumatskog iskustva. *Medicina Fluminensis*, 58(1), 27-35. [https://doi.org/10.21860/medflum2022\\_271152](https://doi.org/10.21860/medflum2022_271152)
- LeDoux, J. (1992). Emotional memories in the brain. U L. R. Squire i N. Butters (Ur.), *Neuropsychology of memory* (2nd ed.) (str. 463–469). The Guilford Press.
- Luine, V., Villegas, M., Martinez, C. i McEwen, B. S. (1994). Repeated stress causes reversible impairments of spatial memory performance. *Brain Research*, 639(1), 167-170. [https://doi.org/10.1016/0006-8993\(94\)91778-7](https://doi.org/10.1016/0006-8993(94)91778-7)
- McLaughlin, K. A. i Lambert, H. K. (2017). Child trauma exposure and psychopathology: Mechanisms of risk and resilience. *Current Opinion in Psychology*, 14, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.10.004>
- McLaughlin, K. A., Colich, N. L., Rodman, A. M. i Weissman, D. G. (2020). Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: A transdiagnostic model of risk and resilience. *BMC Medicine*, 18(96), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01561-6>
- Mendle, J., Leve, L. D., Van Ryzin, M. i Natsuaki, M. N. (2014). Linking childhood maltreatment with girls' internalizing symptoms: Early puberty as a tipping point. *Journal of Research on Adolescence*, 24(4), 689-702. <https://doi.org/10.1111/jora.12075>
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E. i Herbison, G. P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect*, 20(1), 7-21. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00112-3](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00112-3)
- Naklada Slap.
- Negriff, S., Saxbe, D. E. i Trickett, P. K. (2015). Childhood maltreatment, pubertal development, HPA axis functioning, and psychosocial outcomes: An integrative biopsychosocial model. *Developmental Psychobiology*, 57(8), 984–993. <https://doi.org/10.1002/dev.21340>
- Nemeroff, C. B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(1), 18-28.
- Ney, P. G., Fung, T. i Wickett, A. R. (1994). The worst combinations of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 18(9), 705-714. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(94\)00037-9](https://doi.org/10.1016/0145-2134(94)00037-9)

- Noteboom, A., Ten Have, M., de Graaf, R., Beekman, A. T., Penninx, B. W. i Lamers, F. (2021). The long-lasting impact of childhood trauma on adult chronic physical disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 136, 87-94. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.031>
- Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., Sidora, K., Morris, P., Pettitt, L. i Luckey, D. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Jama*, 278(8), 637-643. <https://doi.org/10.1001/jama.1997.03550080047038>
- Op den Kelder, R., Van den Akker, A. L., Geurts, H. M., Lindauer, R. J. L. i Overbeek, G. (2018). Executive functions in trauma-exposed youth: a meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1-25. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1450595>
- Perry, B. D. i Pollard, R. (1998). Homeostasis, stress, trauma, and adaptation: A neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 7(1), 33-51. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(18\)30258-X](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(18)30258-X)
- Petkus, A. J., Lenze, E. J., Butters, M. A., Twamley, E. W. i Wetherell, J. L. (2017). Childhood trauma is associated with poorer cognitive performance in older adults. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(1)
- Profaca, B., Arambašić, L. i Bunjevac, T. (2016). Nezlostavljajući traumatski događaji u djetinjstvu i psihosocijalno funkcioniranje . *Ljetopis Socijalnog Rada*, 23(2), 187-210. <https://doi.org/10.3935/ljsr.v23i2.141>
- Purnell, C. (2010). Childhood trauma and adult attachment. *Healthcare Counselling and Psychotherapy Journal*, 10(2), 1-7.
- Ranganath, C. (2010). A unified framework for the functional organization of the medial temporal lobes and the phenomenology of episodic memory. *Hippocampus*, 20(11), 1263-1290. <https://doi.org/10.1002/hipo.20852>
- Reid, S. C., Salmon, K. i Lovibond, P. F. (2006). Cognitive biases in childhood anxiety, depression, and aggression: Are they pervasive or specific? *Cognitive Therapy and Research*, 30, 531-549. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9077-y>
- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A. M. i Stams, G. J. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 599-606. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.008>
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2(2), 199-223. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>

- Shapiro, F., & Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology, 58*(8), 933–946. <https://doi.org/10.1002/jclp.10068>
- Spinazzola, J., Ford, J., Zucker, M., van der Kolk, B., Silva, S., Smith, S. i Blaustein, M. (2005). National survey of complex trauma exposure, outcome and intervention for children and adolescents. *Psychiatric Annals, 35*(5), 433-439.
- Stevens, J. S., Jovanovic, T., Fani, N., Ely, T. D., Glover, E. M., Bradley, B. i Ressler, K. J. (2013). Disrupted amygdala-prefrontal functional connectivity in civilian women with posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Research, 47*(10), 1469-1478. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.05.031>
- Van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 12*(2), 293-317. [https://doi.org/10.1016/s1056-4993\(03\)00003-8](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(03)00003-8)
- Van der Kolk, B. A. (2005). Child abuse and victimization. *Psychiatric Annals, 35*(5), 374-378. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-02>
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. i Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 389-399. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>
- van Harmelen, A. L., van Tol, M. J., van der Wee, N. J., Veltman, D. J., Aleman, A., Spinhoven, P., ... i Elzinga, B. M. (2010). Reduced medial prefrontal cortex volume in adults reporting childhood emotional maltreatment. *Biological Psychiatry, 68*(9), 832-838. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.06.011>
- Wade, M., Fox, N. A., Zeanah, C. H., Nelson, C. A. i Drury, S. S. (2020). Telomere length and psychopathology: specificity and direction of effects within the Bucharest Early Intervention Project. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 59*(1), 140-148. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.02.013>
- Watters, E. R., Aloe, A. M. i Wojciak, A. S. (2023). Examining the associations between childhood trauma, resilience, and depression: A multivariate meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 24*(1), 231-244. <https://doi.org/10.1177/15248380211029397>
- Weissman, D. G., Bitran, D., Miller, A. B., Schaefer, J. D., Sheridan, M. A. i McLaughlin, K. A. (2019). Difficulties with emotion regulation as a transdiagnostic mechanism linking child



- maltreatment with the emergence of psychopathology. *Development and Psychopathology*, 31(3), 899–915. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000348>
- Whisman, M. A. (2006). Childhood trauma and marital outcomes in adulthood. *Personal Relationships*, 13(4), 375-386. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00124.x>
- Williams, W. I. (2006). Complex trauma: Approaches to theory and treatment. *Journal of Loss and Trauma*, 11(4), 321-335. <https://doi.org/10.1080/15325020600663078>
- Wingo, A. P., Wrenn, G., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B. i Ressler, K. J. (2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal of Affective Disorders*, 126(3), 411–414. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.009>
- Wolf, E. J., Maniates, H., Nugent, N., Maihofer, A. X., Armstrong, D., Ratanatharathorn, A., ... i Logue, M. W. (2018). Traumatic stress and accelerated DNA methylation age: a meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 92, 123-134. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.12.007>
- Young, J. C. i Widom, C. S. (2014). Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1369-1381. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.03.008>
- Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Rioseco, P. i Saldivia, S. (2008). Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.08.007>