

Trauma u djetinjstvu i kasniji socio-emocionalni razvoj

Pavlović, Tea

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

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:142:480540>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-20**



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 Osijek

Odsjek za psihologiju

Preddiplomski studij psihologije

Tea Pavlović

Trauma u djetinjstvu i kasniji socio-emocionalni razvoj

Završni rad

Mentor: doc. dr. sc. Ana Babić Čikeš

Osijek, 2020.

Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet Osijek

Odsjek za psihologiju

Preddiplomski studij psihologije

Tea Pavlović

Trauma u djetinjstvu i kasniji socio-emocionalni razvoj

Završni rad

Društvena znanost, psihologija, razvojna psihologija

Mentor: doc. dr. sc. Ana Babić Čikeš

Osijek, 2020.

IZJAVA

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

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

JMBAG: 0122225749

Tea Pavlović



U Osijeku 12.9.2020.

Trauma u djetinjstvu i kasniji socio-emocionalni razvoj

Tea Pavlović

Sažetak

Cilj ovog rada je prikazati posljedice traume u djetinjstvu na kasniji socio-emocionalni razvoj. Trauma je pojava koja se sastoji od traumatskog iskustva i reakcije na traumatsko iskustvo. Traumatsko iskustvo djeluje na različita područja života kao što su; tjelesno zdravlje, socijalni odnosi, pamćenje, emocije i kognicija, a definira se kao izrazito negativno percipiran događaj koji narušava sposobnost pojedinca za uspješno suočavanje sa stresorima. Reakcija na traumatsko iskustvo je skup emocionalnih i tjelesnih odgovora koji se mogu razlikovati ovisno o vrsti traume, ali i samom pojedincu. U ovom radu, fokus je na doživljaju traume u djetinjstvu koja može uključivati zlostavljanje. Zlostavljanje je najčešći oblik traume koji se javlja u djetinjstvu zbog čega mu je posvećen velik broj istraživanja. Vrste zlostavljanja uključuju tjelesno, emocionalno i seksualno zlostavljanje te zanemarivanje. Istraživanja su pokazala da svi oblici zlostavljanja imaju negativne i kratkoročne i dugoročne posljedice na psihološku dobrobit i razvoj djeteta. Oblici traume koji ne uključuju zlostavljanje, a opisani su u ovom radu su medicinska trauma, trauma zbog visokokonfliktnog razvoda braka i trauma zbog smrti bliske osobe. Poznavanje oblika traume, rizičnih i zaštitnih činitelja te samih posljedica traume omogućava adekvatniju provedbu preventivnih programa i tretmana. Preventivni programi vezani za traumatske događaje najčešće se usmjeravaju na samo sprječavanje traume, no kada to nije moguće potrebni su tretmani koji će ovisiti o vrsti traume.

KLJUČNE RIJEČI: trauma u djetinjstvu, traumatski događaj, zlostavljanje, posljedice, preventivni programi

Sadržaj

1.	Uvod	6
2.	Definiranje traume	7
3.	Najčešći oblici proživljene traume u djetinjstvu	7
3.1.	Traumatski događaji koji uključuju zlostavljanje	8
3.1.1.	Oblici zlostavljanja	9
3.1.2.	Rizični činitelji za zlostavljanje	10
3.2.	Medicinska trauma	12
3.3.	Visokokonfliktni razvodi braka	12
3.4.	Smrt bliske osobe	13
4.	Posljedice traumatskih iskustava na socio-emocionalni razvoj djeteta	13
4.1.	Posljedice traumatskih događaja koji uključuju zlostavljanje	14
4.2.	Posljedice medicinske traume u djetinjstvu na socio-emocionalni razvoj djeteta	15
4.3.	Posljedice doživljenog razvoda braka roditelja u djetinjstvu na socio-emocionalni razvoj djeteta	16
4.4.	Posljedice kod djece koja su doživjela smrt bliske osobe na socio-emocionalni razvoj djeteta	17
5.	Tretmani	18
6.	Prevenција	19
7.	Zaključak	20
8.	Literatura	21

1. Uvod

Psihološka trauma je pojava ili podražaj koji je od pojedinca percipiran izrazito negativno te koji narušava njegovu sposobnost da uspješno procesira i integrira doživljeno iskustvo, a utječe i na njegovu reakciju na taj događaj. (Van der Kolk, 2003). Trauma je iskustvo koje prijete psihološkom i/ili fizičkom integritetu osobe (APA, 2013), a takva iskustva uključuju zlostavljanje, nasilje, gubitak, rat, prirodne katastrofe i drugo (Van der Kolk, 2003).

Koncept traume u djetinjstvu prvi put se pojavio u 19. stoljeću u nesustavnim izvještajima koji su sugerirali utjecaj psiholoških činitelja na tjelesni i kognitivni razvoj djece (Putnam, 1997). Spomenuti izvještaji, pratili su iskustva djece u sirotištu nakon 2. svjetskog rata, te su se opažale njihove reakcije na doživljeno nasilje, gubitak bliskih osoba, glad, i teške životne uvjete. Razumijevanju dječjeg razvoja i utjecaja traumatskih događaja na razvoj pridonio je John Bowlby koji je konceptualizirao reakcije privrženosti kao biološke funkcije važne za ljudski razvoj (Bowlby, 1978). On je stavio naglasak na odnos između majke i djeteta i njegovu ključnu ulogu za zdrav psihički i socijalni razvoj djeteta (Bowlby, 1978). Proučavao je djecu i adolescente koji su pokazivali znakove antisocijalnog ponašanja i uočio da im je zajedničko rano iskustvo odvajanja od majke, prema čemu je zaključio da takvo iskustvo rezultira doživljajem traumatskog gubitka i posljedično depresijom i poremećajima ponašanja (Levy i Orlans, 1998).

Pojam traumatizacije u djetinjstvu dugo je bio zanemaran, a suvremeni teoretičari to argumentiraju na različite načine. Profaca (2009) tumači manjak interesa za ovu temu kao posljedicu društvenog stava idealizacije djetinjstva, dok Dyregrov i suradnici (2002) pretpostavljaju da do toga dolazi jer odrasle osobe pokušavaju negirati slična vlastita iskustva iz djetinjstva. Statistički podaci različitih istraživanja pokazuju kako navedenu problematiku ne treba zanemariti. Costello i suradnici (2002) proveli su longitudinalno istraživanje u sklopu kojega su intervjuirali 1420 djece i adolescenata, a rezultati su pokazali da je 25% djece i mladih bilo izloženo barem jednom traumatskom događaju prije 16. godine. Harris i suradnici (2006) pridonijeli su znanjima u ovom području istraživanjem koje je pokazalo da u najrizičniju skupinu

za traumatizaciju pripadaju djeca i mladi koji su zlostavljani ili zanemarivani, djeca koja su svjedočila zlostavljanju, djeca koja su bila žrtve prirodnih katastrofa, djeca koja žive kod udomiteljskih obitelji, djeca koja su izložena ratnim zbivanjima i djeca koja su uključena u pravosudne psihijatrijske ustanove.

Istraživanja koja su se bavila ovom temom dobila su konzistentne rezultate koji pokazuju da traumatizirana djeca imaju niz razvojnih poteškoća u usporedbi s netraumatiziranom djecom (Pynoos i Nader, 1993). Djeca reagiraju na traumatične događaje slično kao i odrasli, javlja se visoka razina pobuđenosti, emocionalno izbjegavanje i fenomen ponovnog proživljavanja. Ponovno proživljavanje traumatskog događaja znak je da komponente traumatskog iskustva ostaju prisutne u svakodnevnom životu djeteta (Pynoos i Nader, 1993).

2. Definiranje traume

Pojam traume može biti definiran na različite načine. Semantičko značenje riječi „trauma“ obilježava iskustvo ili doživljaj (Briere i Scott, 2006). U medicinskom kontekstu pojam traume koristi se za označavanje naglih i teških fizičkih povreda (Center for Substance Abuse Treatment, 2014). Bihevoristi su definirali pojam traume kao jedan ili više događaja koje pojedinac doživljava kao emocionalnu ili fizičku prijetnju koja ostavlja dugoročne posljedice na njegovo kognitivno, fizičko i emocionalno funkcioniranje (Center for Substance Abuse Treatment, 2014). Trauma može imati prirodan uzrok kao što su prirodne katastrofe, ali može ju uzrokovati i čovjek. Trauma koju uzrokuje čovjek može biti rezultat namjernih ili nenamjernih ponašanja pojedinca ili grupe kao što su zlostavljanje, terorizam, rat itd. (Center for Substance Abuse Treatment, 2014). Kada dođe do traumatskog iskustva, tjelesni i psihološki odgovori na taj podražaj predstavljaju reakciju na takvo iskustvo (Arambašić, 2000). Da bi iskustvo bilo traumatsko potrebna je izravna prijetnja ili percepcija prijetnje čovjekovom životu ili sigurnosti (Dye, 2018). Reakcija se može javiti neposredno nakon, ali i nekoliko tjedana ili mjeseci nakon traumatskog iskustva (Arambašić, 2000). Bitno je naglasiti da nisu svi negativni događaji koji uključuju prijetnju životu odnosno integritetu osobe traumatski, no potencijalno mogu biti. Određivanje traumatskog događaja može biti komplicirano jer je reakcija na njega individualna. Kod nekih pojedinaca se može javiti simptomatologija posttraumatskog stresnog poremećaja što je lakše za identificirati i dijagnosticirati u usporedbi s blažim reakcijama na traumatski događaj (Figley, 2012).

3. Najčešći oblici proživljene traume u djetinjstvu

Kako bi dobili uvid u prevalenciju traumatskih događaja u djetinjstvu, Costello i suradnici (2002) proveli su longitudinalno istraživanje u koje je bilo uključeno 20.000 djece razvrstanih u 3 kohorte: 9, 11 i 13 godina. Svake godine provodili su intervjue s djecom, a rezultati su pokazali da 25 % djece izvještava o izloženosti težem traumatskom događaju u zadnjih nekoliko godina. Kao teži traumatski događaj istraživači su operacionalizirali tadašnju skupinu ekstremnih stresora prema DSM-u, a oni su bili sljedeći: smrt bliske osobe, rat, terorizam, nasilje izvan obitelji, nasilje unutar obitelji, svi oblici zlostavljanja i otmica (Costello, 2002). Dobiveni rezultati bili su iznimno važni za stručnjake koji se bave traumom u praksi jer su skrenuli pažnju na čestinu traumatskih događaja.

3.1. Traumatski događaji koji uključuju zlostavljanje

Zlostavljanje je postupanje prema djeci koje rezultira stvarnom ili potencijalnom opasnošću za djetetovo zdravlje, preživljavanje, razvoj ili dostojanstvo u kontekstu odnosa odgovornosti, povjerenja i moći (Bilić i sur., 2012). Zlostavljanje se definira na različite načine, no zajednički faktor svim definicijama je da zlostavljanje uključuje štetu i patnju koja je nanesena djetetu. Zlostavljanje se može podijeliti na četiri osnovne vrste: tjelesno zlostavljanje, emocionalno zlostavljanje, spolno zlostavljanje i zanemarivanje. Ovi oblici se često preklapaju, te je nerijetko riječ o višestrukome zlostavljanju. Na primjer, dijete koje doživljava spolno zlostavljanje istodobno je i emocionalno zlostavljano, zbog spolnog zlostavljanja doživljava poniženje, dolazi do osjećaja manje vrijednosti, posljedično niskog samopoštovanja i loše slike o sebi (Bilić i sur., 2012).

Sve vrste zlostavljanja ostavljaju kratkoročne i dugoročne posljedice za djetetov tjelesni, emocionalni i kognitivni razvoj i socijalno funkcioniranje (Bilić i sur., 2012). Briere (1992) tvrdi da se posljedice zlostavljanja kao traumatskog iskustva kod djeteta pojavljuju u barem tri faze: (1) početna reakcija na viktimizaciju koja uključuje posttraumatske stresne reakcije, odstupanje od očekivanog razvoja, uznemirujuće osjećaje i kognitivna odstupanja, (2) prilagodba na zlostavljanje za koju je tipična pojava mehanizama suočavanja usmjerenih na povećavanje sigurnosti i/ili smanjivanje bolnih osjećaja i reakcija povezanih s viktimizacijom i (3) dugoročna obrada i sekundarna prilagodba pri čemu postaju vidljivi utjecaji početnih reakcija i prilagodbi na psihički razvoj pojedinca te dolazi do razvitka mehanizama suočavanja s emocijama povezanih sa zlostavljanjem.

3.1.1. Oblici zlostavljanja

Zlostavljanje se s obzirom na oblik može podijeliti na tjelesno, emocionalno i seksualno zlostavljanje, te zanemarivanje. Tjelesno zlostavljanje djece najčešće je definirano kao ponašanje roditelja, bliskih osoba, vršnjaka ili bilo kojeg drugog pojedinca ili grupe ljudi koje je okarakterizirano nanošenjem namjerne povrede i iskazivanjem tjelesne agresije prema djetetu (Ajduković i Pećnik, 1994). Tjelesno zlostavljanje može uključivati šamaranje, udaranje rukama, nogama ili drugim predmetima, silovito drmanje, snažno odguravanje, premlaćivanje, grizenje, ubadanje, vezivanje, gnječenje, gušenje, utapanje itd. (Bilić i sur., 2012).

Drugi vrsta zlostavljanja je seksualno zlostavljanje. Ono se može podijeliti na dvije vrste: (1) seksualno zlostavljanje bez kontakta i (2) seksualno zlostavljanje s kontaktom (Bilić i sur., 2012). Seksualno zlostavljanje bez kontakta uključuje radnje kao što su davanje sugestivnih seksualnih komentara djetetu, prisiljavanje djeteta na promatranje seksualnih aktivnosti, izlaganje djeteta pornografskim sadržajima, pokazivanje intimnih dijelova tijela djetetu, masturbacija pred djetetom, nagovaranje djeteta da se skine i/ili masturbira i voajerizam pred djetetom. S druge strane, seksualno zlostavljanje s kontaktom uključuje seksualni odnos, oralni seks, penetraciju prstom, penisom ili objektom, dodirivanje djeteta po intimnim dijelovima tijela, poticanje djeteta da dodiruje intimne dijelove tijela počinitelja, trljanje genitalija o tijelo ili odjeću djeteta (Bilić i sur., 2012). U usporedbi s ostalim oblicima zlostavljanja, seksualno zlostavljanje ima puno manji broj prijavi, no istraživanja su pokazala da je njihov broj u stvarnosti veći. Finkelhor i suradnici (1990) proveli su istraživanje na američkoj populaciji koje je pokazalo da je 16 % muškaraca i 27 % žena u djetinjstvu doživjelo neki oblik seksualnog zlostavljanja. U Hrvatskoj oko 8 % djece su žrtve seksualnog zlostavljanja, dok je taj postotak u Europi 9.6 % (Sethi i sur., 2018).

Treći oblik zlostavljanja je zanemarivanje koje je definirano kao manjak brige i nezadovoljavanje emocionalnih i razvojnih potreba djeteta, a to su potrebe za obrazovanjem, odgovarajućom prehranom, smještajem, odjećom, zdravstvenom brigom, obrazovanjem i intelektualnim i emocionalnim poticajem djeteta (Bilić i sur., 2012). Kako bi se adekvatno odredilo zanemarivanje bitno je odrediti je li djetetova dobrobit i razvoj ugrožen zbog manjka roditeljske brige (Ajduković i Pećnik, 1994). Zanemarivanje djeteta se može podijeliti na tjelesno, emocionalno, edukativno i medicinsko (Bilić i sur., 2012). Tjelesno zanemarivanje određeno je ponašanjem roditelja koje ne poduzima mjere da zaštiti vlastito dijete od opasnosti, zanemaruje djetetove osnovne tjelesne potrebe kao što su hrana, odjeća i smještaj. Ukoliko roditelj propušta pružiti djetetu neophodne medicinske tretmane kao što su lijekovi, operativni zahvati, pregledi ili cijepljenje riječ je o medicinskom zanemarivanju (Hilyard i Wolfe, 2002). Edukativno

zanemarivanje je manjak ili izostanak pružanja podrške vezane za obrazovanje, najčešće u materijalnom kontekstu. Ono se odnosi na nemogućnost obrazovanja zbog neadekvatne podrške roditelja (Bilić i sur., 2013). Emocionalno zanemarivanje podrazumijeva zanemarivanje u kontekstu mentalnog zdravlja, kao što je uskraćivanje tretmana i terapije djetetu koje pokazuje znakove bihevioralnih ili emocionalnih teškoća (Hilyard i Wolfe, 2002).

Suvremena istraživanja posvećuju malo pažnje emocionalnom zlostavljanju, u usporedbi s drugim oblicima, zbog kompleksnosti i poteškoća s operacionalizacijom i definiranjem (Sesar i Sesar, 2009). Dubowitz (1987) definira emocionalno zlostavljanje kao ponašanje koje je štetno za emocionalnu dobrobit pojedinca ili grupe ljudi. S druge strane, O'Hagan (1993) ga definira kao trajno, opetovano, neprikladno emocionalno odgovaranje na djetetovo izražavanje emocija i djetetovo ponašanje. Emocionalno zlostavljanje može uključivati odbacivanje, bezrazložno vikanje, psovanje, ismijavanje, degradiranje, teroriziranje, kritiziranje, izoliranje, ignoriranje, iskorištavanje, manipuliranje i brojna druga ponašanja štetna za djetetovu psihičku dobrobit (Bilić i sur., 2012). Zbog kompleksnosti ovog oblika zlostavljanja teško je utvrditi njegovu točnu prevalenciju. Fabijanić i suradnici (2002) proveli su istraživanje u Hrvatskoj na području Sisačko-moslavačke županije, u kojemu su sudjelovali učenici srednjih škola, čiji su rezultati pokazali da je 37 % sudionika bilo izloženo nekoj vrsti emocionalnog zlostavljanja u djetinjstvu.

3.1.2. Rizični činitelji za zlostavljanje

Iako postoje brojne razlike u oblicima zlostavljanja, istraživanja su pokazala zajedničke rizične činitelje. Istraživanja su pokazala da su mlađa djeca u većem riziku od zlostavljanja i zanemarivanja (Wu i sur., 2004). Ovo se argumentira činjenicom da su djeca u ranoj dobi ranjivija i ovisnija o roditeljima ili skrbnicima (Bilić i sur.,2012). Nadalje, fizički su slabija, nemaju sposobnost prepoznavanja ugrožavajućih situacija te ih zlostavljači češće biraju jer će u usporedbi sa starijom djecom rjeđe progovoriti o zlostavljanju (Bilić i sur.,2012). Statistički podaci pokazuju da od svih žrtava zlostavljanja u djetinjstvu 33 % čine djeca mlađa od tri godine, 23 % djeca u dobi od četiri do sedam godina, 19 % djeca od osam do 11 godina i 25 % djeca starija od 11 godina (Bilić i sur.,2012). Istraživanja koja su ispitivala spolne razlike pokazala su da djevojčice čine 51 % zlostavljane djece. Djevojčice su u dva do tri puta većem riziku od seksualnog zlostavljanja u usporedbi s dječacima, dok dječaci češće izvještavaju o fizičkom zlostavljanju i zanemarivanju (Bilić i sur.,2012). Kada je riječ o drugim karakteristikama zlostavljane djece, istraživanja su pokazala da su djeca s teškim temperamentom u većem riziku od zlostavljanja (Windham i sur., 2004). Težak temperament uključuje nepravilan ritam hranjenja i spavanja, često plakanje i

razdražljivost djeteta zbog čega roditelji mogu imati poteškoće u uspostavljanju bliskog odnosa i doživljavanu pozitivnih interakcija (Bilić i sur., 2012). Nadalje, plakanje djeteta se pokazalo kao okidač za zlostavljanje (Windham i sur., 2004). Najrizičnija skupina su djeca u dobi do šest mjeseci zbog frekvencije plakanja (Bilić i sur., 2012). Kada je riječ o zlostavljanju u srednjem i kasnom djetinjstvu, kao rizični čimbenik javlja se prisutnost internaliziranih oblika ponašanja. Djeca s internaliziranim oblicima ponašanja češće su zlostavljana jer se povlače u sebe i manje traže pažnju roditelja (Bilić i sur., 2012). Ostali rizični činitelji za zlostavljanje su prisutnost tjelesnih oštećenja, mentalne retardacije (Cooke i Standen, 2002) te prethodna viktimizacija (Vranić i sur., 2002)

Mnoga su istraživanja bila usmjerena na specifične rizične činitelje pojedinih oblika zlostavljanja. Kada je u pitanju tjelesno zlostavljanje, statistički podaci upućuju na to da ne postoji jednoznačno obilježje koje bi potencijalno učinilo jednu podskupinu rizičnijom od drugih (Pećnik, 2001). Istraživanja su pokazala da kada se uzme u obzir spol, rezultati ne pokazuju razliku u riziku zlostavljanja dječaka i djevojčica kada je u pitanju lakše tjelesno zlostavljanje, no dječaci su u većem riziku od teškog tjelesnog zlostavljanja (Pećnik, 2001). Nadalje, različiti su rezultati istraživanja kada je u pitanju dob. Prema statističkim podacima hrvatske policije prikupljenim od 1990. do 2000. godine na uzorku od 566 sudionika, 53 % žrtava bilo je mlađe od 14 godina, 31 % žrtava bilo je u dobi između 14 i 16 godina, a 16 % između 16 i 18 godina (Strmotić, 2001). Istraživanja provedena u Engleskoj potvrdila su pretpostavke da tjelesno zlostavljanje opada s dobi djeteta. Drugim riječima najrizičnija dobna skupina su djeca od 0 do 5 godina, dok je prosječna dob prijave tjelesnog zlostavljanja djeteta bila 7 godina (Creighton, 1988).

Činitelji rizika za seksualno zlostavljanje dijele se na individualne karakteristike djeteta i na obiteljske činitelje. Iako su istraživanja dobila konzistentne rezultate po kojima postoje spolne razlike, u smjeru da postoji veći rizik za djevojčice nego za dječake (Tang, 2002; Tyler i Cauce, 2002; Dunne i sur., 2003), potrebno je uzeti u obzir mogućnost da je realni broj seksualno zlostavljanih dječaka u stvarnosti puno veći jer postoji veći broj slučajeva koji nisu prijavljeni (Sesar, 2009). Kada su u pitanju dobne razlike, istraživanja su pokazala da iako se seksualno zlostavljanje može dogoditi u svakoj dobi djeteta, u najrizičniju skupinu pripadaju djeca u srednjem djetinjstvu. Ovu informaciju treba prihvatiti pažljivo zbog činjenice da se seksualno zlostavljanje mlađe djece također rjeđe prijavljuje jer ona često ne govore o zlostavljanju ili ga se ne sjećaju (Finkelhor, 1994). Drugi rizični činitelji su pohađanje javnih škola (Polanczyk i sur., 2003), sramežljivost, socijalna izoliranost i nisko samopoštovanje (Svedin, 2001). Assink i suradnici (2019) proveli su metaanalizu dosadašnjih istraživanja vezanih za rizične faktore seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu. Specifični rizici koji su identificirani uključuju roditeljsko iskazivanje nasilja prema partneru, poteškoće u odgoju i manjak emocionalne privrženosti.

Pri istraživanju rizičnih čimbenika vezanih za emocionalno zlostavljanje u djetinjstvu, potrebno je promatrati karakteristike vezane kako uz roditelja tako i uz dijete. Iwaniec (2006) kao karakteristike vezane za roditelje koje su potencijalno rizični faktori za emocionalno zlostavljanje navodi ovisnost o alkoholu i psihoaktivnim tvarima, ekstremnu religioznost, depresiju, pokušaj suicida ili neki drugi psihološki problem, nisku razinu samopoštovanja, loše socijalne vještine, autoritativni stil odgoja, nedostatak empatije i osobno iskustvo zlostavljanja od vlastitih roditelja ili skrbnika. Osim navedenoga, u rizičnu skupinu za emocionalno zlostavljanje djeteta svrstavaju se roditelji koji „ne vole djecu“ i koji ih nisu ni željeli (Iwaniec, 2006).

3.2. Medicinska trauma

Od svih potencijalnih traumatskih iskustava u djetinjstvu, izuzevši zlostavljanje o kojemu se ranije govorilo, najčešća uključuju ozljede, akutne somatske bolesti i medicinski tretman (Murray i Lopez, 1996). Navedena iskustva, pogotovo ona koja uključuju hospitalizaciju izazivaju visoku razinu psihološke uznemirenosti (Hughes, 2001). Zbog nerazvijenog logičkog zaključivanja i nerazvijenih kognitivnih sposobnosti djeca nerijetko krivo tumače razlog hospitalizacija što može dovesti do veće psihološke uznemirenosti i posljedično do traume (Yeh, 2001). Reakcija djeteta na medicinske tretmane i hospitalizaciju ovisna je o njihovom subjektivnom iskustvu, medicinskom kontekstu i najvažnijem činitelju – podršci obitelji (Shields, 2001). Istraživanja su pokazala da 90 % djece prilikom hospitalizacije doživljava blagu emocionalnu uznemirenost, dok se procjene učestalosti za teže psihološke poteškoće kreću od 10 do 30 %, ovisno o situaciji u kojoj se dijete nalazi (Hägglöf, 1999).

3.3. Visokokonfliktni razvodi braka

Prema podacima Državnog zavoda za statistiku (2018) u Hrvatskoj svaki treći brak završava razvodom te u velikom broju tih kućanstava odrastaju djeca. Godine 2012. 180.500 djece bilo je zahvaćeno razvodom roditelja. Razvod može biti izrazito stresan period za dijete, no bitno je naglasiti da sam čin razvoda nije štetan za dijete, već roditeljski sukob kojemu je dijete u velikom broju slučajeva izloženo prije, tijekom i nakon njega. Rezultati istraživanja pokazuju da niti jedan činitelj nije tako dobar prediktor za prilagodbu djeteta kao što je stupanj roditeljskog konflikta (Cummings i O'Reilly, 1997; Kelly i Emery, 2000; McIntosh, 2003). Suvremeni teoretičari podijeliti su razvod prema stupnju konflikta i kvaliteti komunikacije između roditelja, na tri

kategorije: (1) prijateljski – u kojemu je zadržan prijateljski odnos, (2) kao sklapanje posla – prisutna je komunikacija iako roditelji više nisu bliski i (3) visokokonfliktni pri kojemu se sukob roditelja nastavlja i nakon razvoda te nerijetko i jača (Gottman, 2014). Rizični čimbenici koji karakteriziraju visokokonfliktnu razvodu braka, te posljedično uzrokuju traumu kod djece su nasilje u obitelji, česti sukobi roditelja, teškoće prilagodbe roditelja na razvod, slabiji socio-ekonomski status, ometanje vremena i rutine djetetovog odnosa s jednim ili oba roditelja i gubitak kontakta djeteta s roditeljem (Đapić i Buljan Flander, 2019).

3.4. Smrt bliske osobe

Istraživanje provedeno u SAD-u pokazalo je da 68 % sudionika proživjelo smrt bliske osobe u djetinjstvu (Copeland i sur., 2007). Nakon smrti bliske osobe, djeca su suočena s prilagodbom na nastavak života i razvoj bez te osobe što je iskustvo koje utječe i na psihološku dobrobit odraslog čovjeka. Istraživanja su pokazala da u zemljama zapadnog svijeta 4 % djece doživi smrt roditelja, koji je procijenjen kao jedan od najstresnijih događaja u životu (Harrison i Harrington, 2001). Djeca u prosjeku spoznaju koncept smrti u srednjem djetinjstvu, no tada nemaju dovoljno znanja ni razvijenog apstraktnog mišljenja da bi shvatila biološku podlogu života i smrti. Djeca u ovoj dobi najčešće imaju dojam da se smrt „događa“ samo nekim pojedincima, kao što su stariji i bolesni ljudi (Slaughter i Griffiths, 2007). Kroz odrastanje, razumijevanje smrti se povećava, a teoretičari se slažu da je, kako bi djeca u potpunosti shvatila koncept smrti potrebno razumijevanje četiri komponente smrti, a to su; univerzalnost – činjenica da sva bića moraju umrijeti, uzročnost – shvaćanje koji događaji dovode do smrti, nefunkcionalnost – spoznaja da je smrt karakterizirana prestankom svih tjelesnih funkcija i nepovratnost – činjenica da smrt nije reverzibilna (Machajewski i Kronk, 2013). Iako se reakcije u stadiju žalovanja smanjuju tijekom vremena, ukoliko djetetu nije pružena optimalna psihološka i socijalna podrška može doći do velikog broja negativnih efekata na njegov razvoj (Melhem i sur., 2011).

4. Posljedice traumatskih iskustava na socio-emocionalni razvoj djeteta

Velik broj suvremenih istraživanja usmjerio se na proučavanje utjecaja traume u djetinjstvu na kasniji razvoj. Rezultati su pokazali da pojedinci koji su bili izloženi traumatskom događaju u djetinjstvu izvještavaju o poteškoćama vezanima za kognitivne mehanizme kao što su učenje i pamćenje, te na regulaciju emocija (Pechtel i Pizzagalli, 2011). Trauma u djetinjstvu također je

jedan od najvećih rizičnih faktora za razvoj kasnije psihopatologije (Marusak i sur., 2015). Simptomi koji se mogu javiti nakon bilo kojeg traumatskog događaja su anksioznost, napadaji panike, poremećaji spavanja, poteškoće u učenju i pažnji, anhedonija, iritabilnost i socijalno povlačenje (Lubit i sur., 2003).

4.1. Posljedice traumatskih događaja koji uključuju zlostavljanje

Iako se i kratkoročne i dugoročne posljedice različitih oblika zlostavljanja razlikuju, istraživanja su utvrdila postojanje nekoliko zajedničkih efekata. Kratkoročne posljedice u ranom djetinjstvu manifestiraju se u obliku ljutnje i agresije, u srednjem djetinjstvu u obliku socijalnog povlačenja i agresije, te u adolescenciji u obliku internaliziranih problema, anhedonije i pesimizma vezanog za budućnost (Bilić i sur., 2012). Pojedinci koji su bili žrtve zlostavljanja i/ili zanemarivanja u djetinjstvu imaju veću stopu psihopatologije, uključujući ovisnost o psihoaktivnim tvarima, anksioznost, depresiju i poremećaje ličnosti (Horwitz i sur., 2001). Zlostavljanje u djetinjstvu direktno utječe na djetetov socijalni razvoj i kasnije socijalno funkcioniranje (Colman i Widom, 2004). Istraživanja su pokazala da zlostavljana djeca imaju manji broj prijatelja, češće iskazuju agresiju i sudjeluju u konfliktima u usporedbi s nezlostavljanim djecom. To je moguće objasniti teorijom privrženosti, prema kojoj ljudi stvaraju percepciju sebe, drugih i odnosa s drugima na temelju odnosa sa svojim primarnim skrbnicima (Howe, 2005). George i Main (1979) proveli su istraživanje koje je pokazalo da su emocionalno zlostavljana djeca iskazivala više verbalne i fizičke agresije prema vršnjacima i odraslim osobama u usporedbi s djecom koja nisu imala takva iskustva. Zbog navedenog, žrtve emocionalnog zlostavljanja često su negativnije percipirane od strane vršnjaka i učitelja što dodatno narušava njihove interpersonalne odnose i sliku o sebi (Anthonysamy i Zimmer-Gembeck, 2007). Prekomjerna agresivnost također se javlja kod žrtava tjelesnog zlostavljanja. Tjelesno zlostavljanje djece najčešće se javlja u kontekstu tjelesnog kažnjavanja, za koje su istraživanja pokazala da postiže samo jedan pozitivan efekt, a to je trenutna poslušnost (Gershoff, 2002). Nadalje, kod zlostavljane djece javljaju se teškoće u formiranju vršnjačkih odnosa i češćeg odbacivanja od strane vršnjaka zbog čega dolazi do dugoročne percepcije neprihvaćenosti i osjećaja nesigurnosti (Bilić i sur., 2012). To je posljedica negativne slike o sebi, drugima i njihovim međuljudskim odnosima u čemu se reflektiraju disfunkcionalni obiteljski odnosi kojima su izloženi kod kuće (Cicchetti i Lynch, 1995).

Druga teorija koja objašnjava posljedice zlostavljanja je Beckova kognitivna teorija depresije. Prema njoj misaoni procesi imaju uzročnu ulogu u razvoju depresije (Beck, 1976). Kod

djece i adolescenata dolazi do stjecanja negativne slike o sebi, ponajviše zbog odbacivanja od strane roditelja, vršnjaka ili učitelja. Te negativne slike i sheme o sebi, javljaju se u situacijama koje ih po nečemu podsjećaju na situaciju u kojima su naučene, što direktno dovodi do ponovnog proživljavanja traume (Beck, 1976). Zlostavljanje ima značajan utjecaj na djetetov emocionalan razvoj. Osobe koje su bile žrtve zlostavljanja u djetinjstvu imaju poteškoća u prepoznavanju, razumijevanju i iskazivanju emocija (Young i Widom, 2013). Posljedično, kod zlostavljane djece češće se javljaju eksternalizirani i internalizirani problemi u ponašanju koji mogu biti prisutni tijekom dužeg razdoblja (Shonk i Cicchetti 2001). U osnovi eksternaliziranih ponašanja najčešće se javljaju emocije neprijateljstva, agresije i ljutnje, dok su internalizirani problemi temeljeni na emocijama tjeskobe i tuge, nerijetko s izraženom tendencijom povlačenja (Shonk i Cicchetti 2001). Posljedice zlostavljanja također se očituju u socijalnom funkcioniranju pojedinca.

Poremećaj koji se najčešće povezuje s traumom i zlostavljanjem u djetinjstvu je posttraumatski stresni poremećaj. Najčešći simptomi PTSP-a su ponovno proživljavanje traume, distraktibilnost, iritabilnost, noćne more i izbjegavanje podražaja koji podsjećaju na traumatski događaj (Sesar i Sesar, 2009). Yehuda i suradnici (2001) proveli su istraživanje na žrtvama koje su u djetinjstvu preživjele Holokaust pri čemu su ih usporedili sa kontrolnom skupinom koja nije bila izložena traumi u djetinjstvu. Rezultati istraživanja ukazuju na to da trauma i zlostavljanje u djetinjstvu pridonose razvoju simptomatologije PTSP-a (Yehuda i sur.,2001). U prilog navedenome idu i rezultati kliničkih istraživanja koja su potvrdila da je aktivnost hipotalamičko-nadbubrežno-adrenalne osi (HPA) žrtava seksualnog zlostavljanja slična je kao kod vojnika koji su oboljeli od posttraumatskog stresnog poremećaja što sve upućuje na to kako su žrtve osjetljivije na stres te pokazuju više tjelesnih simptoma uznemirenosti (Bilić i sur., 2012). Posljedice seksualnog zlostavljanja nešto su specifičnije od posljedica drugih oblika zlostavljanja, zbog same njihove prirode. Najčešći kronični problemi koji se javljaju kod žrtava seksualnog zlostavljanja uključuju ponovno proživljavanje traumatskog iskustva za vrijeme seksualnog odnosa, primarnu ili sekundarnu anorgazmičnost, poremećaje želje i uzbuđenja te kompluzivni promiskuitet i prostituciju (Naiman i sur., 2005). Seksualno zlostavljanje u djetinjstvu također je prediktor kasnijeg nasilja u partnerskim vezama te su istraživanja pokazala negativan utjecaj na opću kvalitetu odnosa s partnerom (Wiffen i sur., 2000).

4.2. Posljedice medicinske traume u djetinjstvu na socio-emocionalni razvoj djeteta

Stresna reakcija na medicinsku traumu kod djece potencijalno može ometati optimalni oporavak, utjecati na pridržavanje propisanog liječenja i otežati svakodnevno funkcioniranje

(NCTSN, 2008). Simptomi koji se najčešće javljaju su izbjegavanje podražaja koji podsjećaju na traumu što se najčešće očituje u izbjegavanju razgovora o proživljenom iskustvu, ponovnom proživljavanju, hiperpobuđenosti, iritabilnosti, nekoooperativnosti, osjećaju tjeskobe, anksioznosti, osjećaju zbunjenosti i otupjelosti (NCTSN, 2008). Navedeni simptomi kratkoročni su i javljaju se neposredno nakon izlaska iz bolnice, no mogu postati i dugoročni ukoliko se radi o slučaju proživljene visoke razine boli, izlaganju zastrašujućim situacijama u bolnici, odvajanju od roditelja ili skrbnika, prethodnih traumatskih iskustava te kod djece koja su imala prethodne poteškoće u ponašanju ili emocionalnom funkcioniranju (NCTSN, 2008).

4.3. Posljedice doživljenog razvoda braka roditelja u djetinjstvu na socio-emocionalni razvoj djeteta

Djeca čiji su roditelji razvedeni u većini slučajeva dobivaju manje emocionalne i financijske podrške i manje praktične pomoći od svojih roditelja u usporedbi s djecom nerazvedenih roditelja (Amato i Booth, 2009). Zbog usmjerenosti na vlastite probleme, roditelji su manje dostupni i smanjuju nadzor nad djetetom te mu pružaju manje topline i ljubavi (Buchanan i sur., 1996). Također, zbog međusobnih neslaganja, često dolazi do nekonzistentnosti u odgoju što povećava stres kod djeteta (Hethering i sur., 1979).

Tijekom razvoda roditelja, djeca su suočena s brojnim stresorima, te zbog manjka uspješnih strategija suočavanja i još nerazvijenih kognitivnim mehanizmima kod kojih dolazi do narušavanja psihološke dobrobiti (Foulke-Jamison, 2001). Reakcije na razvod ovise o dobi i spolu. Kod djevojčica se češće javlja anksioznost i povlačenje, dok dječaci imaju tendenciju agresivnog ponašanja i neposlušnosti. Žene koje su u djetinjstvu proživjele visokokonfliktni razvod roditelja ranije se uključuju u spolne aktivnosti u usporedbi sa ženama čiji su roditelji ostali u braku za vrijeme njihovog djetinjstva (Foulke-Jamison, 2001). Dobne razlike očituju se u samoj percepciji razvoda. Djeca u dobi od 6 do 8 godina imaju tendenciju maštanja o tome da će se njihovi roditelji pomiriti, rjeđe krive sami sebe za razvod. te najviše pate jer jedan od roditelja ne živi s njima u istom kućanstvu (Foulke-Jamison, 2001). Djeca u dobi od devet do dvanaest godina imaju bolje razumijevanje o odnosu i rastavi njihovih roditelja te će češće otvoreno iskazati neodobravanje i zauzeti stranu jednog roditelja u razvodu (Foulke-Jamison, 2001).

Posljedice ovog tipa traume moguće je podijeliti na kratkoročne i dugoročne. Kada je riječ o kratkoročnim efektima razvoda braka, najčešći je nisko samopoštovanje djece (Lacković-Grgin, 2000), a osim toga javljaju se poteškoće u interpersonalnim odnosima i komunikaciji, ne samo unutar obitelji već i s vršnjacima (Carr, 1999). Postoji mnogo istraživanja koja su se usmjerila na

razlike djece razvedenih roditelja i djece čiji su roditelji ostali u braku. Rodgers i Pryor (1998) proveli su usporednu analizu istraživanja iz četiri različite države; Australije, Engleske, Kanade i Novog Zelanda. Velik broj istraživanja upućuje na postojanje dugoročnih posljedica u ovom području, koje se mogu očitovati i u odrasloj dobi – pojedinci koji su proživjeli visokokonfliktni razvod roditelja u većem su riziku od depresije i slabijeg tjelesnog zdravlja (Dronkers i Härkönen, 2008; Wagner i Weiß, 2006). U području socijalnog funkcioniranja također se javljaju teškoće. Djeca koja su proživjela visokokonfliktni razvod roditelja iskazuju poteškoće u socijalnom funkcioniranju koje su karakterizirane averzivnim tipovima interakcije što nerijetko dovodi do odbacivanja takvih pojedinaca od strane okoline i vršnjaka (Amato i Booth, 2009). Također, uočen je trend kod pojedinaca koji su doživjeli rastavu vlastitih roditelja prema kojemu takvi pojedinci prijavljuju više problema u vlastitom braku, te je veća šansa da će sami proći kroz razvod (Rodgers i Pryor, 1998).

4.4. Posljedice kod djece koja su doživjela smrt bliske osobe na socio-emocionalni razvoj djeteta

Kada dijete doživi smrt bliske osobe na emocionalnom planu dolazi do osjećaja tuge, krivnje, usamljenosti, osjećaja praznine i bespomoćnosti te samooptuživanja, što je praćeno bihevioralnim reakcijama koje uključuju poremećaje spavanja, distanciranje, hiperaktivnost, plakanje, pokazivanje izražene brige o osobnim stvarima preminule osobe i promjene u apetitu. Najčešće tjelesne reakcije očituju se „prazninom u želudcu“, stezanjem u prsima i grlu, teškoćama s disanjem i pritisku u grudima, glavoboljom, vrtoglavicom, mišićnom slabosti, pretjeranom pospanosti i umorom (Profaca i Puhovski, 2007). Na kognitivnom planu dolazi do šoka, gubitka kontrole, pretjeranog razmišljanja o preminuloj osobi, poteškoća u pamćenju i koncentraciji i doživljaja da je preminula osoba i dalje prisutna (Profaca i Puhovski, 2007). Ukoliko djetetu nije pružena optimalna podrška tijekom procesa žalovanja, postoji rizik za javljanje dugotrajnih poteškoća u svakodnevnom funkcioniranju i razvoja depresivnog poremećaja (Melham i sur., 2007). Prema DSM-V postoji tri oblika žalovanja; normalno žalovanje/tuga, perzistentno/prolongirano žalovanje/tuga i kompleksno žalovanje/tuga (American Psychiatric Association, 2013). Ukoliko je djetetu pružena podrška i svi potrebni resursi za suočavanje sa stresnim događajem dolazi do normalnog adaptivnog žalovanja koje nema značajne negativne posljedice na njegov razvoj, no ukoliko to nije slučaj te ukoliko dijete ne uspije optimalno procesirati traumu može doći do prolongiranog ili kompleksnog žalovanja (Bonanno i sur., 2008). Prolongirano žalovanje uključuje simptome kao što su prisilne misli, separacijska anksioznost,

apatija, nemogućnost prihvatanja gubitka, povlačenje i iskrivljena percepcija realnosti, a moguće ga je dijagnosticirati ukoliko se simptomi javljaju šest mjeseci nakon smrti bliske osobe (Boelen i Prigerson, 2007). Ukoliko se ni tada djetetu ne pruži potrebna podrška i stručna pomoć dolazi do negativnih dugoročnih posljedica traume kao što su veliki depresivni poremećaj, iskrivljavanje slike o sebi i svojoj ulozi i potpuno iskrivljena percepcija realnosti (Prigerson i sur., 2008). Kompleksno žalovanje uključuje ponovno proživljavanje događaja koje može uključivati noćne more, prisilne misli i senzorne halucinacije, a nerijetko se javljaju i apatija, izbjegavanje bilo kakvih podražaja koji ih podsjećaju na preminulu osobu, potpuno socijalno povlačenje i iskrivljena slika o budućnosti (Nader i Salloum, 2011).

Iako je utjecaj traumatskih događaja u djetinjstvu relativno nova tema istraživanja, rezultati su konzistentni. Ona narušava razvojne procese, pojedinačevu sposobnost za suočavanje sa stresom i može dovesti do dugoročnih posljedica na emocionalnom i socijalnom planu (Dye, 2018).

5. Tretmani

Intervencija, tretmani i potrebni oblici podrške razlikovat će se ovisno o vrsti i težini traume koju je dijete proživjelo. Kada je riječ o zlostavljanju u djetinjstvu, najveći izazov s kojim se stručnjaci u praksi suočavaju je manjak povjerenja od strane žrtava (Schofield i Beek, 2005). Pojedinci koji su u djetinjstvu bili žrtve zlostavljanja ili zanemarivanja često su opisivani kao emocionalno nedostupne ili asocijalne osobe zbog poteškoća u formiranju bliskih veza (Howe, 1998). Drugi izazov predstavljaju narušeni mehanizmi privrženosti. Pojedinci koji su bili izloženi zlostavljanju imaju tendenciju percipirati ljude koji im žele pomoći kao prijetnju (Hughes, 2004). To predstavlja izazov za terapeute i druge stručnjake jer moraju pronaći odgovarajući način pristupanja takvim pojedincima uzimajući u obzir njihove izražene emocionalne i bihevioralne reakcije (Weir, 2006). Nadalje, kod pojedinaca koji su u djetinjstvu proživjeli traumu u obliku zlostavljanja najčešća simptomatologija uključuje karakteristike posttraumatskog stresnog poremećaja, pogotovo kada je riječ o oblicima seksualnog zlostavljanja. Istraživanja pokazuju da je kognitivno-bihevioralna terapija jedan od uspješnijih pristupa u liječenju posttraumatskog stresnog poremećaja (Resick i sur., 2003; Runyon i sur., 2010). Ukoliko je liječenje započeto neposredno ili ubrzo nakon traumatskog iskustva, odnosno ako je započeto još u djetinjstvu, učinkovitom se pokazala terapija igrom. Ona se koristi u tretmanima s djecom koja imaju razne oblike emocionalnih ili bihevioralnih problema (Bratton i sur., 2005). Osim navedenih najistaknutijih terapijskih pristupa, koristi se i geštalt terapija kojom se traumatski događaj vraća

u svijest pojedinca i razrješava (Cohen, 2003). Bez obzira na to je li riječ o liječenju i pružanju podrške djetetu ili odrasloj osobi koja je proživjela traumu u djetinjstvu, potrebno je prepoznati zaštitne faktore i najvažnije – osigurati adekvatnu podršku okoline. Ukoliko pojedinac ima pruženu podršku u različitim aspektima svakodnevnog života, veća je vjerojatnost za brži i optimalniji oporavak i lakšu integraciju traume (Barth, 2009).

6. Prevencija

Kod prevencije traumatskih događaja bitno je prepoznati zaštitne i rizične faktore djeteta i obitelji. Koncept preventivnog programa ovisit će o vrsti traume na koju je usmjeren (Daro i Donnelly,2002). Razvijen je velik broj preventivnih programa vezanih za zlostavljanje djece. Većina tih programa usmjerena je na edukaciju roditelja unutar zajednice te mogu biti individualni i grupni. U SAD-u je osmišljen program koji uključuje kućni posjet stručnjaka roditeljima netom nakon rođenja djeteta radi njihove edukacije (Daro i Donnelly,2002). Istraživanja su pokazala da ovaj rani pristup prevenciji povećava šansu za razvoj sigurne privrženosti koja je temelj za kasniji razvoj djeteta. Rezultati istraživanja ukazuju na to da navedeni pristup ima značajan pozitivan utjecaj na roditeljsko ponašanje, što pozitivno utječe na djetetovu dobrobit (Daro, 1993). Zadnjih nekoliko godina povećao se broj osmišljenih i provedenih grupnih preventivskih programa. Prednost ovih programa očituje se u otklanjanju stigme s edukacije o odgoju i ponašanju prema djeci, pri čemu se roditelji osjećaju ugodnije kada su u grupi jer nestaje osjećaj stigme (Barth, 2009). Osim direktnih programa koji uključuju rizične skupine, stručnjaci potiču da se različiti preventivski programi uvrste u već postojeće organizacije i ustanove kako bi se normaliziralo traženje pomoći od strane roditelja (Daro i Donnelly, 2002). Jedan od istaknutih preventivnih programa u Hrvatskoj je „CAP“ program. Cilj ovog programa je naučiti djecu da samostalno prepoznaju potencijalno opasne situacije, pružiti im strategije koje im mogu pomoći da se snađu u takvih situacijama te ohrabriti ih da razotkriju zlostavljanje ukoliko se ono dogodilo ili se još uvijek događa (Hebert i sur.,2002). Ovaj program također uključuje rad s roditeljima i nastavnicima kako bi i oni bili educirani o zlostavljanju i zanemarivanju te strategijama koje mogu koristiti kako bi adekvatno reagirali na takve situacije. CAP program počeo se provoditi u Hrvatskoj 2000. godine, do sada nije provedeno eksperimentalno istraživanje o uspješnosti programa, no istraživanja iz drugih zemalja upućuju na to da je program uspješan (Hebert i sur.,2002).

Traumatske događaje nije uvijek moguće spriječiti, pogotovo kada je riječ o onima koji ne uključuju zlostavljanje, zbog čega su razvijeni preventivni programi koji se usmjeravaju na

pružanje podrške djeci. Mnoge države uvele su programe za podršku roditeljima i djeci tijekom i nakon razvoda. Istraživanja su pokazala da oni potiču pozitivniju obiteljsku komunikaciju, smanjuju rizik od razvoja poremećaja i pospješuju prilagodbu na novu situaciju (Zimmerman i sur., 2004). Drugi preventivni pristup za djecu koja su izložena razvodu braka u mnogim zemljama uvršten je u školski program. Taj je program osmišljen kao pružanje socijalne potpore djeci kroz poticanje na razgovor o emocijama, rad na socijalnim vještinama i sposobnostima suočavanja i prilagodbe (Geelhoed i sur., 2001). Istraživanja su pokazala da ovakav rad s djecom ima pozitivan utjecaj. Djeca izvještavaju o manjem broju negativnih emocija vezanih za razvod roditelja, smanjenu školskih problema i većem osjećaju kompetencije (Pedro-Carroll, 2005). Razvoj medicinske traume može se spriječiti i uvažavanjem djetetovih osjećaja, zabrinutosti i boli, te pružanjem podrške i empatije, ne samo od strane roditelja već i medicinskog osoblja (NCTSN, 2016). Kako bi se smanjio rizik od traumatskih događaja zbog medicinske traume NCTSN (2016) razvio je DEF model. Prema ovom modelu postoje tri stavke na koje je potrebno usmjeriti pažnju pri hospitalizaciji djeteta. Prva stavka je D – smanjivanje uznemirenosti (eng. Reduce distress), prema njoj potrebno je pružiti djetetu informacije o tome što se događa, obratiti pozornost razumije li dijete informacije koje su mu pružene, pitati dijete o njegovim strahovima i brigama te osigurati sigurnost i realnu nadu (NCTSN, 2016). Druga stavka E – promoviranje emocionalne podrške (eng. Promote emotional support) uključuje poticanje roditelja da provode što više vremena sa djetetom i da razgovaraju s djetetom o njegovim brigama te poticanje djeteta na aktivnosti prilagođene njegovoj dobi ukoliko je to moguće (NCTSN, 2016). Treća stavka F – sjetiti se obitelji (eng. Remember the family) odnosi se na procjenu obiteljskih problema i drugih životnih stresora te poticanje roditelja na korištenje vlastitih resursa za pružanje podrške, a ukoliko ih nemaju, podrške dostupne u bolnici ili zajednici (NCTSN, 2016). Ukoliko dijete doživi smrt bliske osobe, njegovo žalovanje treba gledati kao normalan proces. Kako bi bila pružena adekvatna podrška, potrebno je prepoznati djetetove potrebe u procesu tugovanja i zadovoljiti ih. Ovaj proces uključuje otvorenu komunikaciju o preminuloj osobi, otvoreno iskazivanje tuge, postavljanje pitanja i pričanje o sjećanjima na preminulu osobu (Profaca, 2007).

7. Zaključak

Djetinjstvo je period razvoja, promjena i prilagođavanja novim situacijama i očekivano je da će svako dijete biti izloženo neugodnim situacijama, no kada su te situacije izrazito negativne i kada djeca nemaju potrebne resurse za suočavanje, dolazi do narušavanja njihove psihološke dobrobiti (Berk, 2006). Trauma uključuje iskustvo koje je percipirano kao prijeteće za psihološki

ili fizički integritet (APA, 2013), a takva iskustva uključuju zlostavljanje, nasilje, gubitak, rat, prirodne katastrofe i dr. Proživljeni traumatski događaji u djetinjstvu povezani su s psihopatologijom u odrasloj dobi, pri čemu može biti riječ o poremećajima pažnje i hiperaktivnom poremećaju, poteškoćama u socijalnom i emocionalnom funkcioniranju, depresiji, anksioznosti, poremećajima ličnosti i povećanom riziku za obolijevanje od kroničnih bolesti (Cummings i sur., 2012.; Enoch, 2011; Edwards i sur., 2003). Traumatski događaji u djetinjstvu imaju formativni utjecaj na razvoj djece i mladih (Harris i sur., 2006). Izloženost traumatskom događaju mijenja djetetovu unutrašnju sliku svijeta te oblikuje shvaćanje sebe i drugih, formira očekivanja o budućnosti koja imaju utjecaj kako na trenutno ponašanje djeteta, tako i na buduće doživljavanje (Harris i sur., 2006). Kod djece izložene traumatskom iskustvu mogu se javiti poteškoće tijekom odrastanja. Najčešće poteškoće uključuju regulaciju emocija, 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, promjene u sustavu vrijednosti i svjetonazoru praćene bespomoćnošću (Harris, Putnam i Fairbank, 2006). Implikacije spoznaja navedenih u ovom radu iznimno su važne za prevenciju, intervenciju, provedbu tretmana i pružanje adekvatne podrške djeci koja su doživjela traumatsko iskustvo (Profaca i Arambašić, 2009).

8. Literatura

- Ajduković, M., & Pećnik, N. (1994). Zlostavljanje i zanemarivanje djece u obitelji. *Revija za socijalnu politiku*, 1(3), 269-276. <https://doi.org/10.3935/rsp.v1i3.584>
- Amato, P. R., & Booth, A. (2009). *A generation at risk: Growing up in an era of family upheaval*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctvjsf3nc>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anthony, A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Peer status and behaviors of maltreated children and their classmates in the early years of school. *Child Abuse & Neglect*, 31(9), 971-991. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.04.004>
- Arambašić, L. (2000). Stresni i traumatski događaji i njihove posljedice. *Psihološke krizne intervencije*, 11-31.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.
- Berk, L. E. (2006). *Psihologija cjeloživotnog razvoja, treće izdanje*. Naklada Slap.

- Bilić, V., Buljan Flander, G., & Hrpka, H. (2012). *Nasilje nad djecom i među djecom*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Boelen, P. A. i Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(8), 444–452. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0744-0>
- Bonanno, G. A., Goorin, L. i Coifman, K. G. (2008). Sadness and grief. *Handbook of emotions*, 3(1), 797–806.
- Bowlby, J. (1978). Attachment theory and its therapeutic implications. *Adolescent Psychiatry*, 6, 5–33.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T. i Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional psychology: research and practice*, 36(4), 376. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.376>
- Briere, J.N. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage Publications. <https://doi.org/10.2307/585465>
- Briere, J.N. i Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation and treatment (1st ed.)*. Thousand Oaks, Sage Publications. <https://doi.org/10.1080/15299730802492553>
- Buchanan, C., Maccoby, E. i Dornbusch, S. (1996). *Adolescents After Divorce*. Harvard University Press.
- Carr, A. (1999). Separation and divorce. U *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach*, 880-910. <https://doi.org/10.4324/9780203360828>
- Center for Substance Abuse Treatment. (2014). *Trauma-Specific Services*. In *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).
- Colman, R. A. i Widom, C. S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study. *Child Abuse & Neglect*, 28(11), 1133–1151. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.02.005>
- Cooke, P. i Standen, P. J. (2002). Abuse and disabled children: hidden needs...? *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect*, 11(1), 1-18. <https://doi.org/10.1002/car.710>
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A. i Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577–584. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
- Costello, E. J., Erkanli, A., Fairbank, J. A. i Angold, A. (2002). The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *Journal of Traumatic Stress*, 15(2), 99–112. <https://doi.org/10.1023/a:1014851823163>

- Creighton, S.J. (1988). The incidence of child abuse and neglect. In K. Browne, C. Davies and P. Stratton (Eds), *Early Prediction and Prevention of Child Abuse*. New York: Wiley
- Cummings, E. M., & O'Reilly, A. W. (1997). Fathers in family context: Effects of marital quality on child adjustment. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (pp. 49–65). New York: Wiley
- Cummings, M., Berkowitz, S. J. i Scribano, P. V. (2012). Treatment of childhood sexual abuse: an updated review. *Current psychiatry reports*, 14(6), 599-607. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0316-5>
- Daro, D. (1993). "Child maltreatment research: Implications for program design." In Cicchetti, D and Toth, S. (Eds.). *Child Abuse, Child Development, and Social Policy*. Ablex Publishing Corporation, pp. 331-367.
- Daro, D. i Donnelly, A. C. (2002). Child abuse prevention: Accomplishments and challenges. *The APSAC handbook on child maltreatment*, 2, 431-448.
- Dronkers, J. i Härkönen, J. (2008). The intergenerational transmission of divorce in cross-national perspective: Results from the Fertility and Family Surveys. *Population studies*, 62(3), 273-288. <https://doi.org/10.1080/00324720802320475>
- Dubowitz, H. (1987). Child maltreatment in the United States: Etiology, impact, and prevention. *Health Program, Office of Technology Assessment*, US Congress.
- Dunne, M. P., Purdie, D. M., Cook, M. D., Boyle, F. M. i Najman, J. M. (2003). Is child sexual abuse declining? Evidence from a population-based survey of men and women in Australia. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 141–152. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00539-2](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00539-2)
- Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 28(3), 381-392. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1435328>
- Dyregrov, A., Gupta, L., Gjestad, R. i Raundalen, M. (2002). Is the culture always right? *Traumatology*, 8(3), 135–145. <https://doi.org/10.1177/153476560200800302>
- Đapić, M. R. i Flander, G. B. (2019). Prevencija emocionalnog zlostavljanja djece u visokokonfliktnim razvodima roditelja: Analiza stanja u Hrvatskoj. *Kriminologija i Socijalna Integracija*, 27(2), 256. <https://doi.org/10.31299/ksi.27.2.6>
- 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>
- Enoch, M. A. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology*, 214(1), 17-31. <https://doi.org/10.1007/s00213-010-1916-6>

- Fabijanić, S., Flander, G. B. i Karlović, A. (2002). Epidemiological study on the incidence of childhood abuse experiences among high school students of Sisačko-moslavačka county. *Paediatrica Croatica*, 46(4), 115-120.
- Figley, C. (2012). *Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide*. Sage publications. <https://doi.org/10.4135/9781452218595>
- Finkelhor, D. (1994). Current Information on the Scope and Nature of Child Sexual Abuse. *The Future of Children*, 4(2), 31. <https://doi.org/10.2307/1602522>
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A. i Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child abuse & neglect*, 14(1), 19-28.
- Foulkes-Jamison, L. (2001). The effects of divorce on children. *Clinical Psychology*, 11, 46-54.
- Geelhoed, R. J., Blaisure, K. R., i Geasler, M. J. (2001). Status of courtconnected programs for children whose parents are separating or divorcing. *Family Court Review*, 39(4), 393-404. <https://doi.org/10.1111/j.174-1617.2001.tb00621.x>
- George, C. i Main, M. (1979). Social Interactions of Young Abused Children: Approach, Avoidance, and Aggression. *Child Development*, 50(2), 306. <https://doi.org/10.2307/1129405>
- Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. *Psychological bulletin*, 128(4), 539. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.4.539>
- Gottman, J.M. (2014). *What predicts divorce?: The relationship between marital processes and marital outcomes*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315806808>
- Hägglöf, B. (1999). Psychological reaction by children of various ages to hospital care and invasive procedures. *Acta paediatrica*, 88, 72-78.
- Harris, W. W., Putnam, F. W. i Fairbank, J. A. (2006). Mobilizing trauma resources for children. *Shaping the future of childrens' health*, AF Lieberman & R. DeMartino, eds., Johnson & Johnson Pediatric Institute, Calverton, NY, 311-339.
- Hébert, M., Lavoie, F., & Parent, N. (2002). An assessment of outcomes following parents' participation in a child abuse prevention program. *Violence and Victims*, 17(3), 355-372.
- Hetherington, E. M., Cox, M. i Cox, R. (1979). Play and social interaction in children following divorce. *Journal of Social Issues*, 35(4), 26-49.
- Horwitz, A. V., Widom, C. S., McLaughlin, J. i White, H. R. (2001). The Impact of Childhood Abuse and Neglect on Adult Mental Health: A Prospective Study. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), 184. <https://doi.org/10.2307/3090177>

- Howe, D. (1998). *Patterns of adoption: Nature, nurture and psychosocial development*. Blackwell Science.
- Howe, D. (2005). *Child abuse and neglect: Attachment, development and intervention*. Macmillan International Higher Education.
- Hughes, B. M. (2001) Psychology, hospitalization and some thoughts on medical training. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 4(1), 7–26. <https://doi.org/10.1080/13642530110040109>
- Hughes, D. (2004). An attachment-based treatment of maltreated children and young people. *Attachment & Human Development*, 6(3), 263-278. <https://doi.org/10.1080/14616730412331281539>
- Iwaniec, D. (2006). *The emotionally abused and neglected child: Identification, assessment and intervention: A practice handbook*. John Wiley & Sons. doi: 10.1002/1520-6807(199610)33:4
- Kelly, J.B. i Emery, R.E. (2003). Children's adjustment following divorce: Risk and resilience perspectives. *Family relations*, 52(4), 352-362. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2003.00352.x>
- Lacković-Grgin, K. (2000). *Stres u djece i adolescenata: izvori, posrednici i učinci*. Naklada Slap.
- Lubit, R., Rovine, D., Defrancisci, L. i Eth, S. (2003). Impact of trauma on children. *Journal of Psychiatric Practice*, 9(2), 128-138.
- Machajewski, V. i Kronk, R. (2013). Childhood Grief Related to the Death of a Sibling. *The Journal for Nurse Practitioners*, 9(7), 443–448. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra2013.03.020>
- Marusak, H. A., Martin, K. R., Etkin, A. i Thomason, M. E. (2015). Childhood trauma exposure disrupts the automatic regulation of emotional processing. *Neuropsychopharmacology*, 40(5), 1250-1258.
- McIntosh, J. (2003). Enduring conflict in parental separation: Pathways of impact on child development. *Journal of Family Studies*, 9(1), 63-80. <https://doi.org/10.5172/jfs.9.1.63>
- Melhem, N. M., Porta, G., Shamseddeen, W., Payne, M. W. i Brent, D. A. (2011). Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Archives of general psychiatry*, 68(9), 911-919.
- Murray C. i Lopez A. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Harvard University Press; Cambridge, Massachusetts: 1996.
- Nader, K. i Salloum, A. (2011). Complicated grief reactions in children and adolescents. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(3), 233-257.
- O'Hagan, K. (1993). *Emotional and psychological abuse of children*. Open University Press.
- Pechtel P, Pizzagalli D.A. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology* 214(1): 55–70.

- Pećnik, N. (2001). Teorijski pristupi objašnjenju zlostavljanja i zanemarivanja djece. *Dijete i društvo*, 3(1-2), 33-57.
- Pedro-Carroll, J. L. (2005). Fostering resilience in the aftermath of divorce: The role of evidence-based programs for children. *Family Court Review*, 43(1), 52–64. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1617.2005.00007.x>
- Polanczyk, G. V., Zavaschi, M. L., Benetti, S., Zenker, R. i Gammerman, P. W. (2003). Sexual violence and its prevalence among adolescents, Brazil. *Revista de saúde pública*, 37(1), 8-14. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102003000100004>
- Profaca, B. i Arambašić, L. (2009). Traumatski događaji i trauma kod djece i mladih. *Klinička psihologija*, 2(1-2), 53-73.
- Profaca, B. i Puhovski, S. (2007). *Kako pomoći tugujućem djetetu*. Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba.
- Pynoos, R. S. i Nader, K. (1993). Issues in the Treatment of Posttraumatic Stress in Children and Adolescents. *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, (pp.535–549). https://doi.org/10.1007/978-1-4615-2820-3_46
- Resick, P. A., Nishith, P. i Griffin, M. G. (2003). How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. *CNS spectrums*, 8(5), 340. <https://doi.org/10.1017/s1092852900018605>
- Richard P. Barth. (2009). Preventing Child Abuse and Neglect with Parent Training: Evidence and Opportunities. *The Future of Children*, 19(2), 95–118. <https://doi.org/10.1353/foc.0.0031>
- Rodgers, B. i Pryor, J. (1998). *Divorce and separation: The outcomes for children*. Joseph Rowntree Foundation.
- Runyon, M. K., Deblinger, E. i Steer, R. A. (2010). Group cognitive behavioral treatment for parents and children at-risk for physical abuse: An initial study. *Child & Family Behavior Therapy*, 32(3), 196-218. <https://doi.org/10.1080/07317107.2010.500515>
- Schofield, G. i Beek, M. (2005). Providing a secure base: Parenting children in long-term foster family care. *Attachment & human development*, 7(1), 3-26. doi:10.1080/14616730500049019
- Sesar, K. (2009). SPOLNO ZLOSTAVLJANJE DJECE. *Ljetopis Socijalnog Rada/Annual of Social Work*, 16(3).
- Sesar, K. i Sesar, D. (2009). Emocionalno zlostavljanje djece. *Paediatrica Croatica*, 53(2).
- Sethi, D., Yon, Y., Parekh, N., Anderson, T., Huber, J., Rakovac, I., & Meinck, F. (2018). *European status report on preventing child maltreatment*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.

- Shields, L. (2001). A review of the literature from developed and developing countries relating to the effects of hospitalization on children and parents. *International nursing review*, 48(1): 29- 37. <https://doi.org/10.1046/j.1466-7657.2001.00032.x>
- Shonk, S. M. i Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Developmental psychology*, 37(1), 3. doi:10.1037/0012-1649.37.1.3
- Slaughter, V. i Griffiths, M. (2007). Death understanding and fear of death in young children. *Clinical child psychology and psychiatry*, 12(4), 525-535.
- Svedin, C. G. (2001). *Sexual abuse of children: expert report. Definitions and prevalence*. Socialstyrelsen.
- Tang, C. S. (2002). Childhood experience of sexual abuse among Hong Kong Chinese college students. *Child Abuse & Neglect*, 26(1), 23–37. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(01\)00306-4](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(01)00306-4)
- Tyler, K. A. i Cauce, A. M. (2002). Perpetrators of early physical and sexual abuse among homeless and runaway adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 26(12), 1261–1274. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00413-1](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00413-1)
- Van der Kolk, B. A. (2003). *Psychological trauma*. American Psychiatric Pub.
- Vranić, A., Karlović, A. i Gabelica, D. (2002). Incidencija zlostavljanosti u djetinjstvu na uzorku studenata zagrebačkih fakulteta. *Suvremena psihologija*, 5(1).
- Wagner, M. i Weiß, B. (2006). On the variation of divorce risks in Europe: Findings from a meta-analysis of European longitudinal studies. *European sociological review*, 22(5), 483-500. <https://doi.org/10.1093/esr/jcl014>
- Weir, K. K. (2006). Repairing adoptive and foster attachments. *Family Therapy Magazine*, 5(5), 17-20.
- Windham, A. M., Rosenberg, L., Fuddy, L., McFarlane, E., Sia, C., & Duggan, A. K. (2004). Risk of mother-reported child abuse in the first 3 years of life. *Child abuse & neglect*, 28(6), 645-667.
- Wu, S. S., Ma, C. X., Carter, R. L., Ariet, M., Feaver, E. A., Resnick, M. B. i Roth, J. (2004). Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. *Child abuse & neglect*, 28(12), 1253-1264.
- Yeh, C. H. (2001). Adaptation in children with cancer: research with Roy's model. *Nursing Science Quarterly*, 14(2): 141-148. <https://doi.org/10.1177/089431840101400209>
- Yehuda, R., Halligan, S. L. i Grossman, R. (2001). Childhood trauma and risk for PTSD: relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion. *Development and psychopathology*, 13(3), 733-753. <https://doi.org/10.1017/s0954579401003170>
- 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.
- Zimmerman, D. K., Brown, J. H., i Portes, P. R. (2004). Assessing custodial mother adjustment to divorce: The role of divorce education and family functioning. *Journal of Divorce & Remarriage*, 41(1-2), 1–24. https://doi.org/10.1300/J087v41n01_01

