

Monika Czerwińska, Katarzyna Kucharska

PTSD i cPTSD wśród wychowanków pieczy zastępczej – przegląd literatury

PTSD and cPTSD in foster children – a review of the literature

Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Warszawa, Polska

Adres do korespondencji: Monika Czerwińska, Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, ul. Wóycickiego 1/3, bud. 14, 01-938 Warszawa,
e-mail: m.czerwinska@student.uksw.edu.pl

 <https://doi.org/10.15557/PIPK.2024.0012>

ORCID iDs

1. Monika Czerwińska <https://orcid.org/0000-0001-7651-9421>

2. Katarzyna Kucharska <https://orcid.org/0000-0002-6130-0520>

Streszczenie

Wstęp: Osobami szczególnie narażonymi na rozwój zaburzeń psychicznych są wychowankowie pieczy zastępczej. W grupie tej odnotowuje się wysokie rozpowszechnienie doświadczeń traumatycznych. Ekspozycja na wiele traum zwiększa prawdopodobieństwo rozwoju zaburzenia stresowego pourazowego (*post-traumatic stress disorder*, PTSD) i złożonego zaburzenia stresowego pourazowego (*complex post-traumatic stress disorder*, cPTSD). Tłumaczenie na język polski terminu *post-traumatic stress disorder* zależy od przyjętej klasyfikacji diagnostycznej. **Cel:** Celem przeglądu jest przedstawienie wskaźników występowania PTSD i cPTSD w grupie dzieci i młodzieży z pieczy zastępczej oraz dorosłych wychowanków tej instytucji. **Metoda:** Literatura naukowa była wyszukiwana w języku polskim i angielskim z wykorzystaniem baz: MEDLINE, PsycINFO, PubMed i Scopus. Dodatkowo przegląd uzupełniono o wyszukiwania w Google Scholar. Ostatecznie wyselekcjonowano 24 publikacje opublikowane w okresie styczeń 2000 – luty 2024 roku, zidentyfikowane przy użyciu terminów: „PTSD”, „cPTSD” i „piecza zastępcza” (*foster care*). PTSD diagnozowano przy użyciu kryteriów: ICD-11, ICD-10, DSM-5, DSM-IV i DSM-III-R. **Wyniki:** Rozpowszechnienie PTSD wśród dzieci mieściło się w przedziale 5,6–55%, a cPTSD – 8,2–10,7%. Wskaźniki PTSD u dorosłych wychowanków wyniosły od 2% do 35,6%. Dzieci z opieki zastępczej, które doświadczyły ≥ 2 wydarzeń traumatycznych, częściej spełniały kryteria PTSD i cPTSD niż wychowankowie, którzy byli narażeni na jedną traumę. Nasilenie doświadczeń traumatycznych jest czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo rozwoju zaburzeń po traumie.

Słowa kluczowe: PTSD, piecza zastępcza, wydarzenia traumatyczne, cPTSD

Abstract

Background: Individuals particularly vulnerable to the development of mental disorders are alumni of foster care. A high prevalence of traumatic experiences is observed in the latter group. Exposure to multiple traumas increases the likelihood of developing post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex post-traumatic stress disorder (cPTSD). The translation of the term “post-traumatic stress disorder” into Polish depends on the diagnostic classification applied. **Aim:** The aim of the review is to present the rates of PTSD and cPTSD in the population of children and adolescents in foster care and adult alumni of foster care. **Method:** The search for scientific literature in Polish and English was conducted in the databases MEDLINE, PsycINFO, PubMed and Scopus. Additionally, the review took into account results of search carried out using Google Scholar. Finally, 24 research reports published between January 2000 and February 2024 were identified using the terms: “PTSD”, “cPTSD” and “foster care”. **Results:** The prevalence of PTSD in children ranged from 5.6% to 55%, whereas cPTSD was estimated between 8.2% and 10.7%. PTSD rates in adult alumni of foster care ranged from 2% to 35.6%. Children in foster care who had experienced ≥ 2 traumatic events were more likely to meet criteria for PTSD and cPTSD than those who had been exposed to a single trauma. The severity of traumatic experiences is a factor that increases the likelihood of developing PTSD.

Keywords: PTSD, foster care, traumatic events, cPTSD

WSTĘP

Dane statystyczne z 2022 roku wskazują, iż w pieczy zastępczej przebywało w Polsce 72,8 tys. dzieci pozbawionych całkowicie lub częściowo opieki rodziny naturalnej (Główny Urząd Statystyczny, 2023). System pieczy zastępczej ma na celu zapewnienie opieki w przypadku, gdy rodzice nie mogą lub nie chcą jej sprawować. Głównymi przyczynami odbierania dzieci z rodzin biologicznych są nadużywanie alkoholu przez rodziców, przemoc i zaniedbanie. Doświadczenie w dzieciństwie wielu wydarzeń związanych z przemocą wiąże się z większym ryzykiem otrzymania diagnozy zaburzenia stresowego pourazowego (*post-traumatic stress disorder*, PTSD) w wieku dorosłym (Breslau *et al.*, 1999).

Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w grupie dzieci oraz dorosłych wychowanków wyżej wspomnianej instytucji jest większe niż w populacji ogólnej (Bronsard *et al.*, 2016; Pilowsky i Wu, 2006; Seker *et al.*, 2022). Wychowywanie się w pieczy zastępczej może być czynnikiem ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych, w tym PTSD i złożonego zaburzenia stresowego pourazowego (*complex post-traumatic stress disorder*, cPTSD). Tłumaczenie terminu *post-traumatic stress disorder* na język polski zależy od przyjętej klasyfikacji diagnostycznej: „zaburzenie stresowe pourazowe” zarezerwowano dla ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th Revision) (World Health Organization, 1993), „zaburzenie po stresie traumatycznym” zostało przypisane do DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition) (American Psychiatric Association, 1994), natomiast odwołując się do kryteriów PTSD wg DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition) (American Psychiatric Association, 2013), badacze sugerują, aby zachować tłumaczenie „zaburzenie po stresie traumatycznym” zamiast „pourazowe zaburzenie stresowe” (Zawadzki i Popiel, 2014). Badania wskazują na częste współwystępowanie PTSD i cPTSD z innymi zaburzeniami. Do najczęstszych rozpoznań klinicznych ustalanych z PTSD i cPTSD należą: zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych, depresja, inne zaburzenia lękowe, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*attention-deficit/hyperactivity disorder*, ADHD), a u dzieci także zaburzenia opozycyjno-buntownicze (Ginzburg *et al.*, 2010; Harrington *et al.*, 2012; McCauley *et al.*, 2012; Spencer *et al.*, 2016).

W pracy zaprezentowano przegląd literatury na temat występowania PTSD i cPTSD wśród dzieci i dorosłych wychowanków pieczy zastępczej. Celem przeglądu jest przedstawienie wskaźników rozpowszechnienia ww. zaburzeń, co pozwoli zasygnalizować skalę problemu, jakim jest częste rozpoznanie PTSD i cPTSD w tych grupach. Literatura naukowa była wyszukiwana w języku polskim i angielskim z wykorzystaniem baz: MEDLINE, PsycINFO, PubMed i Scopus. Dodatkowo przegląd uzupełniono wyszukiwaniami z Google Scholar. W wyniku przeglądu

skupiono się na 24 publikacjach opublikowanych w okresie styczeń 2000 – luty 2024 roku, zidentyfikowanych przy użyciu terminów: „PTSD” (*post-traumatic stress disorder*), „cPTSD” (*complex post-traumatic stress disorder*) i „piecza zastępcza” (*foster care*). Rozpoznanie PTSD opierało się na kryteriach diagnostycznych: ICD-11, ICD-10, DSM-5, DSM-IV i DSM-III-R.

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE PTSD I cPTSD

Zaburzenie po stresie urazowym (*post-traumatic stress disorder*, PTSD) w klasyfikacji DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition) było uznawane za zaburzenie lękowe (American Psychiatric Association, 1994), natomiast w wersji DSM-5 przeniesiono je do nowej kategorii: „Zaburzenia pourazowe i związane ze stresem” (American Psychiatric Association, 2013). W porównaniu z DSM-IV aktualna wersja nie zawiera kontrowersyjnego kryterium dotyczącego subiektywnego stanu przerażenia w sytuacji doświadczania traumy, poza tym rozszerzono w niej listę stresorów, które mogą być potencjalnie traumatyczne (Zawadzki i Popiel, 2014). Znaczącą różnicą pomiędzy omawianymi klasyfikacjami było także wprowadzenie objawów dotyczących niekorzystnych zmian w zakresie zdolności poznawczych i nastroju, co zwiększyło liczbę grup symptomów z trzech (kryteria B, C i D w DSM-IV) do czterech (kryteria B, C, D i E w DSM-5).

Na podstawie DSM-5 PTSD (kod diagnozy 309.91) może rozwinąć się u osób, które doświadczyły wydarzenia traumatycznego (Kryterium A). W sposób enumeratywny do takich wydarzeń zaliczono: 1) śmierć lub groźbę śmierci, 2) poważne obrażenia lub zagrożenie takimi obrażeniami, 3) przemoc seksualną lub groźbę przemocy seksualnej (American Psychiatric Association, 2013). Musi wystąpić przynajmniej jedna z poniższych okoliczności, aby móc stwierdzić, że wydarzenie miało charakter traumatyczny:

1. bezpośrednie doświadczenie wydarzenia urazowego;
2. bycie bezpośrednim świadkiem wydarzenia urazowego;
3. doświadczenie pośrednie, poprzez uzyskanie wiadomości, że bliski członek rodziny lub przyjaciel był narażony na uraz;
4. wielokrotne lub ekstremalne narażenie na awersyjne szczególnie zdarzeń urazowych (American Psychiatric Association, 2013).

Jak już wcześniej nadmieniono, związanymi z traumą kryteriami rozpoznania PTSD są: natrętne wspomnienia (Kryterium B), utrwalone unikanie bodźców przypominających doświadczenie traumatyczne (Kryterium C), niekorzystne zmiany w zakresie zdolności poznawczych i nastroju (Kryterium D) oraz wyraźne zmiany w zakresie pobudliwości (Kryterium E). Aby móc zdiagnozować PTSD na podstawie DSM-5, objawy powinny utrzymywać się co najmniej miesiąc (Kryterium F) i powodować znaczące kliniczne cierpienie lub zakłócenie funkcjonowania w różnych sferach życia człowieka (Kryterium G). Powyższe kryteria są stosowane u dzieci powyżej 6. roku życia i dorosłych.

W DSM-5 wyodrębniono również kryteria diagnostyczne PTSD dla dzieci młodszych niż 6-letnie. Badacze zauważyli, że dzieci mają swoją własną ekspresję objawów tego zaburzenia, dopiero w miarę dorastania pojawiają się u nich symptomy podobne do tych, które występują u dorosłych (Widera-Wysoczańska, 2011). Małe dzieci, u których rozwinęło się PTSD, mogą na pewien czas utracić wcześniej nabyte umiejętności rozwojowe oraz przejawiać oznaki przeżywania traumy w postaci zabawy potraumatycznej, która polega na odtwarzaniu niektórych aspektów traumy, ma charakter kompulsywny i nie prowadzi do redukcji lęku. Zabawa dziecka z rozpoznaniem PTSD jest mało rozbudowana i zawiera mniej elementów wyobraźniowych niż zwykła zabawa. W związku z powyższym przydatnym uzupełnieniem diagnozy dzieci jest Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych i Rozwojowych w Okresie Niemowlęctwa i Wczesnego Dzieciństwa: DC:0-3R (2005) lub/i DC:0-5 (2016) (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood).

W procesie diagnostycznym należy zastosować diagnozę różnicową, która ma za zadanie wykluczyć wszystkie inne rozpoznania przypominające PTSD. W kontekście pieczy zastępczej warto zwrócić uwagę na reaktywne zaburzenie więzi (*reactive attachment disorder*, RAD) (kryteria wg DSM-5 o numerze 313.89) będące następstwem traumy i zaburzeń więzi. Reaktywne zaburzenie więzi ma swój początek przed 5. rokiem życia i może zostać zdiagnozowane u dziecka, które ukończyło co najmniej 9. miesiąc życia. W obrazie RAD występują wyraźnie dysfunkcyjne i rozwojowo niedostosowane sposoby nawiązywania więzi społecznych. Kluczowym kryterium RAD jest doświadczenie poważnego zaniedbania w zakresie opieki. Patogenne cechy opieki przejawiają się co najmniej dwoma z następujących:

1. utrwalonym zaniedbywaniem podstawowych potrzeb dziecka, takich jak poczucie bezpieczeństwa, spokoju, stymulacji i miłości;
2. powtarzającymi się zmianami opiekunów uniemożliwiającyymi tworzenie się trwałych więzi;
3. wychowywaniem się w nietypowych warunkach, np. w instytucjach z dużą liczbą dzieci przypadających na jednego opiekuna, co ogranicza możliwość rozwoju stabilnego przywiązania (American Psychiatric Association, 2013).

Wskaźnik rozpowszechnienia RAD wśród dzieci z opieki zastępczej oszacowano na 19,5% (Lehmann *et al.*, 2013). W ICD-10 wydarzenie traumatyczne definiuje się jako wydarzenie o wyjątkowo groźnym lub przerażającym charakterze, które mogłoby spowodować cierpienie niemal u każdego (World Health Organization, 1993).

Na PTSD (kryteria o numerze F43.1) składają się trzy grupy objawów: 1) uporczywe przypominanie sobie, przeżywanie na nowo urazu w natrętnych wspomnieniach lub snach; 2) unikanie okoliczności przypominających wydarzenie traumatyczne oraz 3) trudności w odtwarzaniu pewnych ważnych okoliczności zetknięcia ze stresorem i/lub utrzymujący się stan zwiększonej psychologicznej wrażliwości

i stan wzbudzenia (World Health Organization, 1993). Symptomy te muszą pojawić się w ciągu 6 miesięcy od stresującego wydarzenia. PTSD często mylone jest z innymi zaburzeniami, ponieważ wiele podobnych trudności mają np. osoby z zaburzeniami adaptacyjnymi, depresyjnymi, lękowymi i cPTSD (World Health Organization, 2023).

Złożone zaburzenie stresowe pourazowe (kryteria o numerze 6B41) to nowa kategoria diagnostyczna umieszczona w klasyfikacji ICD-11 (World Health Organization, 2023). cPTSD jest zaburzeniem, które ma swój początek po ekspozycji na wydarzenie/wydarzenia o wyjątkowo zagrażającym lub przerażającym charakterze – najczęściej wydarzenia te są długotrwałe i powtarzające się (World Health Organization, 2023). Konkludując, zazwyczaj przyczyną rozwoju cPTSD jest trauma złożona, w tym także trauma relacyjna. Nie można jednak wykluczyć, że u osób z długotrwałą i powtarzającą się traumą rozwinię się PTSD. Wrażliwa osoba, która doświadczyła jednorazowej traumy, może otrzymać rozpoznanie cPTSD, podczas gdy u odpornej lub/i dobrze wspieranej osoby z historią długotrwałej traumy zostanie zdiagnozowane PTSD lub nie zostanie zdiagnozowane żadne z powyższych zaburzeń (Cloitre, 2020).

cPTSD łączy cechy PTSD i zaburzeń osobowości. Osoba badana powinna spełniać wszystkie kryteria PTSD wg ICD-11 oraz trzy grupy objawów, które łącznie nazywane są zaburzeniami organizacji *Self* (*disturbances in self-organisation*, DSO): dysregulacja emocjonalna, negatywny obraz siebie i zaburzenia w relacjach (World Health Organization, 2023). Należy wspomnieć, iż w ICD-11 nie zaszyły istotne zmiany w strukturze objawów PTSD, gdy porówna się tę wersję do poprzedniej.

W DSM-5 ostatecznie nie zdecydowano się na wprowadzenie cPTSD jako formalnie kodowanej jednostki diagnostycznej, pomimo iż wstępnie były takie założenia. Rozpoznanie to nie było również kodowane w ICD-10. Nieuwzględnienie cPTSD w ww. klasyfikacjach wynikało ze stanowiska, iż większość osób, o których można było myśleć w kategorii cPTSD, spełniała kryteria już istniejących zaburzeń (tzn. PTSD i/lub zaburzenia osobowości typu borderline – *borderline personality disorder*, BPD).

ROZPOWSZECHNIENIE PTSD I cPTSD WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY Z PIECZY ZASTĘPCZEJ

Dzieci i młodzież z pieczy zastępczej to grupa, w której odnotowuje się wysokie nasilenie doświadczeń traumatycznych. Z przeprowadzonych analiz wynika, że 18,9% badanych doświadczyło jednego wydarzenia traumatycznego, a 59,1% relacjonowało dwa i więcej takich przeżyć. Najczęściej występującymi wydarzeniami były: zaniedbanie fizyczne oraz emocjonalne (odpowiednio 53,3% i 52,5%), znęcanie psychiczne (49,2%), znęcanie fizyczne (33,6%) i molestowanie seksualne (28,7%) (Haselgruber *et al.*, 2021). Wyniki innego badania pokazały, że 46,8% dzieci z opieki zastępczej przeżyło co najmniej jedną traumę. Dziewczęta były

Autorzy, rok publikacji	Osoby badane	Metoda, narzędzia badawcze, kryteria diagnostyczne PTSD i cPTSD	Główne wyniki
Ahmad <i>et al.</i> , 2005	Dziewczęta i chłopcy z pieczy zastępczej <i>n</i> = 94 W = 7–16 lat Dziewczęta i chłopcy z domów dziecka <i>n</i> = 48 W = 8–14 lat Iran	Badanie kwestionariusze Wywiad diagnostyczny HUTQ-C, PTSS-C Dwuletnia obserwacja Kryteria diagnostyczne PTSD wg DSM-IV	Piecza zastępcza: Pomiar 1 PTSD – 28,7% Pomiar 3 PTSD – 15,7% Dom dziecka: Pomiar 1 PTSD – 33,3% Pomiar 3 PTSD – 19,6%
McMillen <i>et al.</i> , 2005	Dziewczęta i chłopcy z pieczy zastępczej USA <i>N</i> = 373 W = 17 lat	Wywiad diagnostyczny DIS-IV, CTQ Kryteria diagnostyczne PTSD wg DSM-IV	PTSD L – 14% Przed wejściem do pieczy zastępczej: PTSD – 42% W ostatnim roku: PTSD – 8%
Grasso <i>et al.</i> , 2009	Chłopcy i dziewczęta z doświadczeniem pieczy zastępczej: 1. piecza zastępcza: <i>n</i> = 119 2. grupa kontrolna: <i>n</i> = 83 USA W = 6–14 lat	Zbieranie danych od dzieci, opiekunów, rodziców PTSD-CL, CTQ, ustrukturyzowany wywiad diagnostyczny K-SADS-PL Kryteria diagnostyczne PTSD wg DSM-IV	PTSD – 55% Doświadczenie czterech typów maltretowania – 80% dzieci spełniło kryteria diagnostyczne PTSD
Keller <i>et al.</i> , 2010	Dziewczęta i chłopcy związani z systemem opieki nad dziećmi USA <i>N</i> = 732 W = 17–18 lat	Wywiad diagnostyczny CIDI Kryteria diagnostyczne wg DSM-IV	PTSD L – 15,1% Dziewczęta ↔ ↑ PTSD Rodzaj pieczy – brak różnic w diagnozie PTSD
Salazar <i>et al.</i> , 2013	Dziewczęta i chłopcy z pieczy zastępczej USA <i>N</i> = 732 W = 17–18 lat	Wywiad diagnostyczny CIDI Kryteria diagnostyczne wg DSM-IV	Doświadczenie ≥ 2 wydarzeń traumatycznych ↔ ↑ diagnoza PTSD Doświadczenie 1 wydarzenia traumatycznego ↔ ↓ diagnoza PTSD
Seiler <i>et al.</i> , 2016	Dziewczęta: 1. dom dziecka: <i>n</i> = 27 2. grupa kontrolna: <i>n</i> = 27 Chile W = 6–17 lat	Badanie kwestionariuszowe MACE, UCLA PTSD-RI, KIDSCREEN-27, CBCL Kryteria diagnostyczne PTSD wg DSM-IV	Dom dziecka: PTSD – 18,5% Grupa kontrolna: PTSD – 0%
Bederian-Gardner <i>et al.</i> , 2018	Kobiety i mężczyźni z doświadczeniem pieczy zastępczej USA <i>N</i> = 146 W = 17 lat	Badanie kwestionariuszowe LASC Kryteria diagnostyczne wg DSM-IV	Niestabilność miejsca pobytu ↔ ↑ objawy PTSD
Beyerlein <i>et al.</i> , 2018	Dziewczęta i chłopcy z doświadczeniem pieczy zastępczej • spokrewnionej – <i>n</i> = 133 • niespokrewnionej – <i>n</i> = 118 • opiekun prawny – rodzic – <i>n</i> = 856 USA W = 2–18 lat	Badanie kwestionariuszowe UCLA PTSD-RI Diagnoza kliniczna Kryteria diagnostyczne PTSD wg DSM-5	Piecza niespokrewniona ↔ ↑ wydarzenia traumatyczne Kliniczna diagnoza PTSD ↔ ↑ piecza niespokrewniona Objawy ponownego przeżywania traumy ↔ ↑ piecza spokrewniona
Pawliczuk <i>et al.</i> , 2018	Dziewczęta i chłopcy z domów dziecka Polska <i>N</i> = 141 W = 11–18 lat	Badania kwestionariuszowe, wywiad diagnostyczny YSR, K-SADS-PL Kryteria diagnostyczne PTSD wg DSM-III i DSM-IV	PTSD – 5,6%
Bruckmann <i>et al.</i> , 2020	Dziewczęta i chłopcy z doświadczeniem pieczy zastępczej Austria <i>N</i> = 145 W = 10–19 lat	Badania kwestionariuszowe ITQ, CATS, LEC Kryteria diagnostyczne PTSD wg DSM-5, ICD-11	PTSD (DSM-5) – 21,4% PTSD (ICD-11) – 16,7%
Lehmann <i>et al.</i> , 2020	Dziewczęta i chłopcy z doświadczeniem pieczy zastępczej Norwegia <i>N</i> = 303 W = 11–17 lat	Badania kwestionariuszowe CATS Kryteria diagnostyczne PTSD wg DSM-5	Objawy PTSD na poziomie lub powyżej klinicznego punktu odcięcia – 52,9%
Sölva <i>et al.</i> , 2020a	Dziewczęta i chłopcy z doświadczeniem pieczy zastępczej Austria <i>N</i> = 140 W = 10–18 lat	Badania kwestionariuszowe CTQ, FRKJ, ITQ Kryteria diagnostyczne PTSD wg ICD-11	CTE ↔ PTSD – SOC nieistotny mediator CTE ↔ DSO – SOC istotny mediator

92 Tab. 1. Przegląd badań dotyczących PTSD i cPTSD wśród dzieci i młodzieży z pieczy zastępczej

Sölvä <i>et al.</i> , 2020b	Dziewczęta i chłopcy z doświadczeniem pieczy zastępczej Austria N = 147 W = 10–18 lat	Badanie kwestionariuszowe CTQ, ITQ, SOC Kryteria diagnostyczne PTSD/cPTSD wg ICD-11	PTSD – 8,7% cPTSD – 8,2% CM ↔ ↑ PTSD, cPTSD
Haselgruber <i>et al.</i> , 2021	Dziewczęta i chłopcy z pieczy zastępczej Austria N = 122 W = 10–18 lat	Badanie kwestionariuszowe CTQ, ITQ, PHQ-9 Kryteria diagnostyczne PTSD/cPTSD wg ICD-11	PTSD – 13,9% DSO – 19,7% cPTSD – 10,7%
Hiller <i>et al.</i> , 2021	Dziewczęta i chłopcy z doświadczeniem pieczy zastępczej UK N = 120 W = 10–18 lat	Badanie kwestionariuszowe CATS, Child Complex PTSD Checklist, CPTCI, CPCQ, TMQQ Kryteria diagnostyczne PTSD wg DSM-5 i ICD-11	PTSD – 19% Raport opiekunów: PTSD – 25% Nie ma istotnych różnic w nasileniu objawów PTSD w okresie jednego roku Nasilenie SA ↔ ↑ PTSD
McGuire <i>et al.</i> , 2021	Dziewczęta i chłopcy z doświadczeniem pieczy zastępczej USA N = 291 W = 8–18 lat	Badania retrospektywne, bazy danych Medicaid, Department of Social Services Kryteria diagnostyczne PTSD wg DSM-IV, DSM-5	Doświadczenie maltretowania przed wejściem do pieczy zastępczej ↔ ↑ diagnoza PTSD ↑ wiek wejścia do pieczy zastępczej ↔ wcześniejsza diagnoza PTSD
Streicher <i>et al.</i> , 2023	Dziewczęta i chłopcy z doświadczeniem pieczy zastępczej Austria N = 124 W = 10–18 lat	Badanie kwestionariuszowe ITQ, CBCL, CTQ Kryteria diagnostyczne PTSD wg ICD-11	PTSD – 16,2% cPTSD – 9,5%

CATS – Child and Adolescent Trauma Screen; **CBCL** – Child Behavior Checklist; **CIDI** – World Health Organization Composite International Diagnostic Interview; **CM** – cumulative maltreatment, skumulowane złe traktowanie; **CPCQ** – Child Posttrauma Coping Questionnaire; **CPTCI** – Child Post-Traumatic Cognitions Inventory; **cPTSD** – complex post-traumatic stress disorder, złożony zespół stresu pourazowego; **CTE** – cumulative traumatic experiences, trauma skumulowana; **CTQ** – Childhood Trauma Questionnaire; **DIS-IV** – Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV; **DSO** – disturbances in self-organization, zaburzenia organizacji Self; **FRKJ** – Fragebogen für Ressourcen im Kindes- und Jugendalter; Questionnaire for Resources in Children and Adolescents; **HUTQ-C** – Harvard-Uppsala Trauma Questionnaire for Children; **ITQ** – International Trauma Questionnaire; **KIDSCREEN-27** – Health Related Quality of Life Questionnaire for Children and Young People and their Parents; **K-SADS-PL** – Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children; **L** – diagnoza w ciągu całego życia; **LASC** – Los Angeles Symptom Checklist; **LEC** – Life Events Checklist; **MACE** – Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure scale; **N/n** – liczba osób badanych; **PHQ-9** – Patient Health Questionnaire-9; **PTSD** – post-traumatic stress disorder, zespół stresu pourazowego; **PTSD-CL** – Posttraumatic Stress Disorder Checklist; **PTSS-C** – Post-Traumatic Stress Symptoms for Children; **SA** – sexual abuse, wykorzystanie seksualne; **SOC** – sense of coherence, poczucie koherencji; **TMQQ** – Trauma Memory Quality Questionnaire; **UCLA PTSD-RI** – UCLA Child/Adolescent PTSD Reaction Index for DSM-IV; **W** – wiek osób badanych; **YSR** – Youth Self-Report.

Tab. 1. Przegląd badań dotyczących PTSD i cPTSD wśród dzieci i młodzieży z pieczy zastępczej (cd.)

bardziej narażone na tego rodzaju doświadczenia i miały wyższy odsetek traumy skumulowanej niż chłopcy (Streicher *et al.*, 2023). Traumą skumulowaną definiuje się jako współwystępowanie wydarzeń traumatycznych (Xue *et al.*, 2023). Rozpowszechnienie wśród wychowanków ww. doświadczeń może być błędnie szacowane z powodu stosowanych procedur diagnostycznych. Z badań przeprowadzonych przez Grassa i wsp. (2009) można wywnioskować, że gdyby do oceny wykorzystano wyłącznie dane z wywiadów z rodzicami biologicznymi i dziećmi, to 36% dzieci wykorzystanych seksualnie, 39% z historią przemocy fizycznej i 32% będących świadkiem przemocy domowej nie zostałyby zidentyfikowane jako mające takie doświadczenia. Jeżeli dziecko to jedyny zgłaszający traumę, pomijanych jest jeszcze więcej tego typu przeżyć. Należy pamiętać, że istotnym kryterium PTSD lub cPTSD jest ekspozycja na traumę. Błędne oszacowanie wydarzeń traumatycznych w omawianej grupie może przełożyć się na wskaźniki rozpowszechnienia PTSD/cPTSD lub niewłaściwe rozpoznania kliniczne.

Po wejściu do systemu opieki zastępczej starsza młodzież szybciej otrzymuje diagnozę PTSD niż młodsze dzieci. Prawdopodobnie wynika to z zachowania starszej młodzieży, która przejawia więcej objawów eksternalizacyjnych związanych z PTSD. Symptomy te mogą być uciążliwe dla

otoczenia, co powoduje, że opiekunowie zastępczy szybciej wysyłają podopiecznego na diagnozę (McGuire *et al.*, 2021). W badaniach włączonych do niniejszego przeglądu wskaźniki rozpowszechnienia PTSD wahały się między 5,6% a 55% (diagnozy były opracowane na podstawie DSM-5, DSM-IV, DSM-III-R, ICD-11 i ICD-10) (tab. 1). Występowanie cPTSD mieściło się w zakresie 8,2–10,7% (diagnoza wg ICD-11). Dla porównania, wyniki badań przeprowadzonych na ogólnej populacji dzieci i młodzieży wykazały, że odpowiednio 3,7% chłopców i 6,3% dziewcząt spełniło kryteria PTSD (Cohen *et al.*, 2010).

Częstość występowania PTSD wśród chilijskich dziewcząt z domów dziecka oszacowano na 18,5%, natomiast w grupie kontrolnej żadna z dziewcząt nie otrzymała takiego rozpoznania (Seiler *et al.*, 2016). W polskich badaniach przeprowadzonych przez Pawliczuka i wsp. (2018) kryteria PTSD spełniało 5,6% dzieci i młodzieży z domów dziecka (placówek opiekuńczo-wychowawczych). Odsetki uzyskane w tych badaniach są nieco niższe niż dane z analiz amerykańskich, w których u 8% badanych zdiagnozowano PTSD (McMillen *et al.*, 2005).

Przy zastosowaniu kryteriów DSM-5 i ICD-11 odpowiednio 21,4% i 16,7% wychowanków otrzymało rozpoznanie PTSD. Różnice te nie były istotne statystycznie (Bruckmann *et al.*, 2020). Niższe wskaźniki wg ICD-11 tłumaczy

Autorzy, rok publikacji	Osoby badane	Metoda, narzędzia badawcze, kryteria diagnostyczne PTSD	Główne wyniki
Pecora <i>et al.</i> , 2005	Kobiety i mężczyźni z doświadczeniem rodzinnej pieczy zastępczej USA N = 479 W = 20–33 lat	Wywiad diagnostyczny CIDI Kryteria diagnostyczne wg DSM-IV	PTSD – 25,2%
Thompson i Hasin, 2012	Wychowankowie opieki zastępczej w kryzysie bezdomności USA N = 423 W = 18–21 lat	Wywiad z badanymi, którzy zgłaszali zaburzenia psychiczne (samodzielne raportowanie zaburzeń) Brak wskazanych kryteriów diagnostycznych	PTSD – 2%
Jackson Foster <i>et al.</i> , 2015	Kobiety i mężczyźni z doświadczeniem pieczy zastępczej USA N = 1038 W = 20–49 lat	Wywiad diagnostyczny CIDI, MCS Kryteria diagnostyczne PTSD wg DSM-IV i ICD-10	PTSD – 21,6%
White <i>et al.</i> , 2015	Kobiety i mężczyźni z doświadczeniem pieczy zastępczej USA N = 65 W = 23–24 lata	Wywiad diagnostyczny CIDI Kryteria diagnostyczne PTSD wg DSM-IV	PTSD L – 32,3% PTSD – 23,1%
Lueger-Schuster <i>et al.</i> , 2018	Kobiety i mężczyźni z doświadczeniem pieczy zastępczej n = 220 W = 29–87 lat Grupa kontrolna n = 234 W = 40–86 lat Austria	Badanie kwestionariuszowe BSI-18, CTQ, LEC, ITQ, PCL-5, SCID Kryteria diagnostyczne PTSD wg DSM-5	PTSD L – 56,4% PTSD – 35,6% PTSD ↑ pieczy zastępcza ↔ ↓ grupa kontrolna
Katz <i>et al.</i> , 2020	Kobiety i mężczyźni z doświadczeniem pieczy zastępczej USA N = 732 W = 24–25 lat	Wywiad diagnostyczny CIDI Kryteria diagnostyczne PTSD wg DSM-IV	PTSD (17/18 lat) ↔ przemoc w związku (24/25 lat)
Fusco i Newhill, 2021	Kobiety i mężczyźni z doświadczeniem pieczy zastępczej USA N = 185 W = 18–25 lat	Badanie kwestionariuszowe CTQ, BDQ Kryteria diagnostyczne PTSD wg DSM-IV	Narażenie na traumę, przemoc fizyczna, wejście do pieczy w młodszy wiek oraz spędzenie w niej więcej czasu były czynnikami ryzyka używania marihuany

BDQ – Brief Trauma Questionnaire; **BSI-18** – Brief Symptom Inventory-18; **CIDI** – World Health Organization Composite International Diagnostic Interview; **CTQ** – Childhood Trauma Questionnaire; **ITQ** – International Trauma Questionnaire; **L** – diagnoza w ciągu całego życia; **LEC** – Life Events Checklist for DSM-5; **MCS** – Maltreatment Classification System; **N/n** – liczba osób badanych; **PCL-5** – PTSD Checklist for DSM-5; **PTSD** – post-traumatic stress disorder, zespół stresu pourazowego; **SCID** – Structured Clinical Interview for DSM-IV; **W** – wiek osób badanych.

Tab. 2. Przegląd badań dotyczących PTSD wśród dorosłych wychowanków pieczy zastępczej

się restrykcyjną konceptualizacją PTSD w tej klasyfikacji. W amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych PTSD składa się z czterech grup objawów, natomiast w ICD-11 zaburzenie stresowe pourazowe zawiera trzy grupy symptomów i jest operacjonalizowane za pomocą mniejszej liczby elementów.

Ryzyko wystąpienia PTSD wiąże się z rodzajem wydarzenia traumatycznego (Kessler *et al.*, 2017). Wychowankowie, którzy doświadczyli molestowania seksualnego, częściej spełniali kryteria PTSD (Salazar *et al.*, 2013), co potwierdziły również analizy Hiller i wsp. (2021). McGuire i wsp. (2021) podkreślają jednak, że molestowanie seksualne może nie być silniejszym predyktorem rozwoju PTSD w ww. grupie, jeśli jednocześnie włączone do analiz zostaną inne wydarzenia traumatyczne oraz cała ich historia (nasilenie, częstość).

Wśród podopiecznych opieki zastępczej, którzy doświadczyli co najmniej dwóch wydarzeń traumatycznych, częściej

można było rozpoznać PTSD (22,7%) niż w grupie dzieci z doświadczeniem tylko jednej traumy (6,7%) (Salazar *et al.*, 2013). Dane otrzymane z badań Sölvy i wsp. (2020b) potwierdzają dodatni związek pomiędzy traumą skumulowaną a nasileniem zarówno objawów PTSD, jak i cPTSD. W literaturze naukowej ekspozycja na wiele traum wskazywana jest jako czynnik ryzyka rozwoju PTSD, niezależnie od badanej populacji (Tortella-Feliu *et al.*, 2019). Liczba wydarzeń związanych z przemocą lub zaniedbaniem w dzieciństwie to także silny predyktor rozwoju innych zaburzeń psychicznych (McMillen *et al.*, 2005). Dzieci z pieczy zastępczej miały ponad dwa razy wyższy wskaźnik zaburzeń psychicznych (20,1%) niż grupa kontrolna (9,7%), w tym najczęściej występującą diagnozą był ADHD (Keefe *et al.*, 2022). Należy podkreślić, że niektóre objawy PTSD i ADHD mogą być wspólne dla obu rozpoznów, choć mechanizm ich powstawania będzie zupełnie inny (Odachowska i Woźniak-Prus, 2018).

Rezultaty dotychczas przeprowadzonych badań wskazują na pośrednią rolę dysocjacji czy też mentalizacji w związku między doświadczeniem traumatycznym a nasileniem objawów PTSD (Doba *et al.*, 2022; Vang *et al.*, 2018). Z innych analiz wynika, że poczucie koherencji jest ujemnie skorelowane z PTSD (Schäfer *et al.*, 2019). Poczucie koherencji to specyficzny rodzaj zasobu jednostki – dobrze ukształtowane wpływa na ocenę sytuacji i pomaga w wyborze skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem. Wyniki badań prowadzonych wśród dzieci z pieczy zastępczej nie wskazują, aby poczucie koherencji było zmienną pośredniczącą pomiędzy traumą skumulowaną a nasileniem PTSD (Sölva *et al.*, 2020a). Zmienna ta częściowo pośredniczyła w związku między traumą skumulowaną a zaburzeniami organizacji *Self* (DSO) – kategorią objawów cPTSD (Sölva *et al.*, 2020a).

Zarówno przed, jak i po wejściu do systemu opieki nad dziećmi dziewczęta miały większe nasilenie objawów PTSD niż chłopcy (Keller *et al.*, 2010). Dane otrzymane z badania Hiller i wsp. (2021) potwierdzają te różnice. Płeć jest cechą, która różnicuje rozpowszechnienie tego zaburzenia również w ogólnej populacji dzieci (Alisic *et al.*, 2014).

Niestabilność, zdefiniowana jako częsta zmiana miejsca zamieszkania (w tym zmiana opiekuna) i szkoły, wiązała się z większym nasileniem objawów PTSD w grupie 17-letniej młodzieży przebywającej w omawianej instytucji (Bedarian-Gardner *et al.*, 2018). Dzieci ze spokrewnionej pieczy zastępczej częściej zgłaszały symptomy ponownego przeżywania traumy (kryterium C wg DSM-5) w porównaniu ze swoimi rówieśnikami umieszczonymi w opiece niespokrewnionej lub mieszkającymi z rodzicami (Beyerlein *et al.*, 2018).

ROZPOWSZECHNIENIE PTSD I cPTSD WŚRÓD DOROSŁYCH WYCHOWANKÓW PIECZY ZASTĘPCZEJ

W tab. 2 przedstawiono przegląd badań dotyczących występowania PTSD wśród dorosłych wychowanków pieczy zastępczej. Badań o powyższej tematyce jest znacznie mniej niż badań prowadzonych w populacji dzieci (tab. 1 i 2). Nie udało się odnaleźć analiz, które uwzględniałyby wskaźniki rozpowszechnienia cPTSD w tej grupie.

Dorosłe osoby z opieki zastępczej są narażone na większą liczbę doświadczeń traumatycznych w porównaniu z grupami kontrolnymi (Fusco i Newhill, 2021; Lueger-Schuster *et al.*, 2018). W badaniach przeprowadzonych przez White i wsp. (2015) 30,8% badanych zadeklarowało, iż przed wejściem do placówki doświadczyło dwóch wydarzeń traumatycznych, a 21,5% – trzech takich wydarzeń.

Narażenie na traumę, w tym przemoc fizyczną, wejście do pieczy zastępczej w młodszym wieku oraz spędzenie w niej więcej czasu były czynnikami ryzyka używania marihuany wśród wychowanków wyżej wskazanej instytucji (Fusco i Newhill, 2021). Jak wynika z dostępnej literatury, osoby narażone w przeszłości na traumę mogą używać

marihuany w celu łagodzenia objawów PTSD (Bujarski *et al.*, 2012).

Prawie połowa dorosłych wychowanków (45,6%) miała problemy ze zdrowiem psychicznym na poziomie klinicznym (Pecora *et al.*, 2005). PTSD jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych w tej grupie (Jackson Foster *et al.*, 2015). Odsetki aktualnego PTSD wyniosły od 2% do 35,6%, natomiast kryteria PTSD w ciągu życia spełniło 32,3–56,4% badanych (diagnozy wg kryteriów DSM-5, DSM-IV i ICD-10) (Jackson Foster *et al.*, 2015; Lueger-Schuster *et al.*, 2018; Pecora *et al.*, 2005; Thompson i Hasin, 2012; White *et al.*, 2015). W ogólnej populacji dorosłych wskaźnik rozpowszechnienia tego zaburzenia w ciągu życia przyjmuje wartość 3,9% (Koenen *et al.*, 2017). Ponad 20% osób z pieczy zastępczej zgłosiło popełnienie i/lub doświadczenie przemocy w związku (Katz *et al.*, 2020). Analizy Katz i wsp. (2020) wykazały, że rozpoznanie u wychowanków PTSD w wieku 17/18 lat (pierwszy etap badania) zmniejszało prawdopodobieństwo popełnienia przez nich przemocy domowej w późniejszych latach (23/24 lata) w porównaniu z ich rówieśnikami. Autorzy badania sugerują, iż osoby z PTSD zdecydowały się unikać sytuacji, które mogłyby wywołać u nich agresywne zachowanie i/lub agresywne zachowanie partnera (lub, pośrednio, objawy traumy, które uaktywniłyby się w wyniku doświadczenia przemocy). Podkreślają, że obecność objawów PTSD wiąże się z mniejszą zdolnością regulowania emocji, co potencjalnie stanowi czynnik ryzyka dla zachowań przemocowych. Sugerują także, iż powyższe różnice nie wystąpiłyby, gdyby przemoc mierzono w pierwszym etapie badania (Katz *et al.*, 2020).

PODSUMOWANIE

W omawianych grupach odnotowuje się wysoką częstość występowania PTSD i cPTSD. Wskaźniki PTSD wśród dzieci i młodzieży wyniosły 5,6–55%, natomiast cPTSD – 8,2–10,7%. Różnice w odsetkach mogą wynikać z zastosowanych narzędzi oraz przyjętych kryteriów diagnostycznych. Częstość PTSD wśród dorosłych wychowanków oszacowano na 2–35,6%, w ciągu życia kryteria tego zaburzenia spełniło 32,3–56,4% badanych. Należy podkreślić, że w badaniu, w którym rozpowszechnienie PTSD wyniosło 2%, osoby same deklarowały, iż mają zdiagnozowane PTSD, dlatego wielu badanych mogło nie wiedzieć, że cierpi na to zaburzenie.

W obydwu grupach można zaobserwować wyższe rozpowszechnienie PTSD i cPTSD niż w populacjach ogólnych. cPTSD jest nową jednostką nozologiczną, nie dziwi więc, że nie znaleziono badań dotyczących występowania cPTSD wśród pełnoletnich wychowanków opieki zastępczej.

Osoby wychowujące się w omawianej instytucji mają wysokie nasilenie doświadczeń traumatycznych. Haselgruber i wsp. (2021) stwierdzili, iż więcej niż jednego wydarzenia traumatycznego doświadczyło 59,1% dzieci. Natężenie traum jest dodatnio skorelowane z nasileniem objawów PTSD i cPTSD (Breslau *et al.*, 1999; Brown *et al.*, 1999;

Suliman *et al.*, 2009). Z badań, w których wykorzystano analizę równań strukturalnych, wynika, że bezpośredni wpływ wielu traumatycznych wydarzeń na nasilenie objawów PTSD nie jest istotny statystycznie. W odniesieniu do wspomnianych analiz istotny statystycznie okazał się efekt pośredni między wieloma traumatycznymi wydarzeniami a nasileniem objawów PTSD, który wynikał z dysfunkcyjnych ogólnych przekonań poznawczych i przekonań specyficznych dla sytuacji (Kube *et al.*, 2023). Analiza poddana była interpretacji zgodnie z poznawczymi modelami wyjaśniania genezy rozwoju PTSD (Ehlers i Clark, 2000).

Klinicznymi implikacjami przeprowadzonego przeglądu badań są wskazania do prowadzenia wstępnej i okresowej oceny zdrowia psychicznego wychowanków pieczy zastępczej, pogłębionej diagnozy psychiatrycznej o PTSD i cPTSD oraz organizacja wsparcia psychologicznego dla osób wychodzących z systemu opieki zastępczej.

Konflikt interesów

Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Wkład autorów

Koncepcja i projekt badania: MC. Gromadzenie i/lub zestawianie danych: MC. Analiza i interpretacja danych: MC. Napisanie artykułu: MC. Krytyczne zrecenzowanie artykułu: KK. Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu: MC, KK.

Piśmiennictwo

- Ahmad A, Qahar J, Siddiq A *et al.*: A 2-year follow-up of orphans' competence, socioemotional problems and post-traumatic stress symptoms in traditional foster care and orphanages in Iraqi Kurdistan. *Child Care Health Dev* 2005; 31: 203–215.
- Alisic E, Zalta AK, van Wesel F *et al.*: Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2014; 204: 335–340.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association Press, Washington DC 1994.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association Press, Arlington 2013.
- Bederian-Gardner D, Hobbs SD, Ogle CM *et al.*: Instability in the lives of foster and nonfoster youth: mental health impediments and attachment insecurities. *Child Youth Serv Rev* 2018; 84: 159–167.
- Beyerlein BA, Briggs EC, Vivrette RL *et al.*: Examination of child placement, emotional, behavioral and attachment problems among children with caregiver-perpetrated trauma histories. *J Child Adolesc Trauma* 2018; 12: 245–255.
- Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC *et al.*: Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 902–907.
- Bronsard G, Alessandrini M, Fond G *et al.*: The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system: a systematic review and meta-analysis. *Medicine* (Baltimore) 2016; 95: e2622.

- Brown J, Cohen P, Johnson JG *et al.*: Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 1490–1496.
- Bruckmann P, Haselgruber A, Sölva K *et al.*: Comparing rates of ICD-11 and DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder in Austrian children and adolescents in foster care: prevalence, comorbidity and predictors. *Eur J Psychotraumatol* 2020; 11: 1767988.
- Bujarski SJ, Feldner MT, Lewis SF *et al.*: Marijuana use among traumatic event-exposed adolescents: posttraumatic stress symptom frequency predicts coping motivations for use. *Addict Behav* 2012; 37: 53–59.
- Cloitre M: ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations. *Br J Psychiatry* 2020; 216:129–131.
- Cohen JA, Bukstein O, Walter H *et al.*: AACAP Work Group On Quality Issues: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49: 414–430.
- Doba K, Saloppé X, Choukri F *et al.*: Childhood trauma and posttraumatic stress symptoms in adolescents and young adults: the mediating role of mentalizing and emotion regulation strategies. *Child Abuse Negl* 2022; 132: 105815.
- Ehlers A, Clark DM: A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2000; 38: 319–345.
- Fusco RA, Newhill CE: The impact of foster care experiences on marijuana use in young adults. *J Soc Work Pract Addict* 2021; 21: 54–65.
- Ginzburg K, Ein-Dor T, Solomon Z: Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: a 20-year longitudinal study of war veterans. *J Affect Disord* 2010; 123: 249–257.
- Główny Urząd Statystyczny: *Piecza zastępcza w 2022 roku*. Available from: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/dzieci-i-rodzina/dzieci/piecza-zastepcza-w-2022-roku,1,7.html> [cited: 15 March 2023].
- Grasso D, Boonsiri J, Lipschitz D *et al.*: Posttraumatic stress disorder: the missed diagnosis. *Child Welfare* 2009; 88: 157–176.
- Harrington KM, Miller MW, Wolf EJ *et al.*: Attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in a sample of veterans with posttraumatic stress disorder. *Compr Psychiatry* 2012; 53: 679–690.
- Haselgruber A, Knefel M, Sölva K *et al.*: Foster children's complex psychopathology in the context of cumulative childhood trauma: the interplay of ICD-11 complex PTSD, dissociation, depression, and emotion regulation. *J Affect Disord* 2021; 282: 372–380.
- Hiller RM, Meiser-Stedman R, Elliott E *et al.*: A longitudinal study of cognitive predictors of (complex) post-traumatic stress in young people in out-of-home care. *J Child Psychol Psychiatry* 2021; 62: 48–57.
- Jackson Foster LJ, Phillips CM, Yabes J *et al.*: Childhood behavioral disorders and trauma: predictors of comorbid mental disorders among adult foster care alumni. *Traumatology* 2015; 21: 119–127.
- Katz CC, Courtney ME, Sapiro B: Emancipated foster youth and intimate partner violence: an exploration of risk and protective factors. *J Interpers Violence* 2020; 35: 5469–5499.
- Keefe RJ, Cummings ADL, Greeley CS *et al.*: Mental health and developmental disorder diagnoses of foster and nonfoster children enrolled in medicaid. *J Dev Behav Pediatr* 2022; 43: e296–e303.
- Keller TE, Salazar AM, Courtney ME: Prevalence and timing of diagnosable mental health, alcohol, and substance use problems among older adolescents in the child welfare system. *Child Youth Serv Rev* 2010; 32: 626–634.
- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J *et al.*: Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health surveys. *Eur J Psychotraumatol* 2017; 8 (sup5): 1353383.
- Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L *et al.*: Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med* 2017; 47: 2260–2274.
- Kube T, Elssner AC, Herzog P: The relationship between multiple traumatic events and the severity of posttraumatic stress disorder symptoms – evidence for a cognitive link. *Eur J Psychotraumatol* 2023; 14: 2165025.

- Lehmann S, Breivik K, Monette S et al.: Potentially traumatic events in foster youth, and association with DSM-5 trauma- and stressor related symptoms. *Child Abuse Negl* 2020; 101: 104374.
- Lehmann S, Havik OE, Havik T et al.: Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2013; 7: 39.
- Lueger-Schuster B, Knefel M, Glück TM et al.: Child abuse and neglect in institutional settings, cumulative lifetime traumatization, and psychopathological long-term correlates in adult survivors: the Vienna Institutional Abuse Study. *Child Abuse Negl* 2018; 76: 488–501.
- McCauley JL, Killeen T, Gros DF et al.: Posttraumatic stress disorder and co-occurring substance use disorders: advances in assessment and treatment. *Clin Psychol (New York)* 2012; 19: 10.1111/cpsp.12006.
- McGuire A, Huffhines L, Jackson Y: The trajectory of PTSD among youth in foster care: a survival analysis examining maltreatment experiences prior to entry into care. *Child Abuse Negl* 2021; 115: 105026.
- McMillen JC, Zima BT, Scott LD Jr et al.: Prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44: 88–95.
- Odachowska E, Woźniak-Prus M: Trudna diagnoza. Kontrowersje wokół PTSD i ADHD. *Psychol Wychow* 2018; 55: 7–24.
- Pawliczuk W, Kaźmierczak-Mytkowska A, Srebnicki T et al.: Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, domach dziecka – przegląd badań epidemiologicznych. *Psychiatr Psychol Klin* 2018; 52: 345–353.
- Pecora PJ, Kessler RC, Williams J et al.: Improving Family Foster Care: Findings from the Northwest Foster Care Alumni Study. *Casey Family Programs*, Seattle, WA 2005: 33–35.
- Pilowsky DJ, Wu LT: Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care. *J Adolesc Health* 2006; 38: 351–358.
- Salazar AM, Keller TE, Gowen LK et al.: Trauma exposure and PTSD among older adolescents in foster care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013; 48: 545–551.
- Schäfer SK, Becker N, King L et al.: The relationship between sense of coherence and post-traumatic stress: a meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol* 2019; 10: 1562839.
- Seiler A, Kohler S, Ruf-Leuschner M et al.: Adverse childhood experiences, mental health, and quality of life of Chilean girls placed in foster care: an exploratory study. *Psychol Trauma* 2016; 8: 180–187.
- Seker S, Boonmann C, Gerger H et al.: Mental disorders among adults formerly in out-of-home care: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2022; 31: 1963–1982.
- Sölva K, Haselgruber A, Lueger-Schuster B: The relationship between cumulative traumatic experiences and ICD-11 post-traumatic symptoms in children and adolescents in foster care: the mediating effect of sense of coherence. *Child Abuse Negl* 2020a; 101: 104388.
- Sölva K, Haselgruber A, Lueger-Schuster B: Latent classes of childhood maltreatment in children and adolescents in foster care: associations with ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Eur J Psychotraumatol* 2020b; 11: 1832757.
- Spencer AE, Faraone SV, Bogucki OE et al.: Examining the association between posttraumatic stress disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2016; 77: 72–83.
- Streicher A, Haselgruber A, Sölva K et al.: Co-development of traumatic stress symptoms and externalising behaviour problems among foster children and the effect of complex trauma: a latent growth curve model. *BMJ Open* 2023; 13: e067860.
- Suliman S, Mkabile SG, Fincham DS et al.: Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Compr Psychiatry* 2009; 50: 121–127.
- Thompson RG, Hasin D: Psychiatric disorders and treatment among newly homeless young adults with histories of foster care. *Psychiatr Serv* 2012; 63: 906–912.
- Tortella-Feliu M, Fullana MA, Pérez-Vigil A et al.: Risk factors for posttraumatic stress disorder: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Neurosci Biobehav Rev* 2019; 107: 154–165.
- Vang ML, Shevlin M, Karatzias T et al.: Dissociation fully mediates the relationship between childhood sexual and emotional abuse and DSM-5 PTSD in a sample of treatment-seeking adults. *Eur J Trauma Dissociation* 2018; 2: 173–178.
- White CR, O'Brien K, Pecora PJ et al.: Mental health and educational outcomes for youth transitioning from foster care in Michigan. *Fam Soc* 2015; 96: 17–24.
- Widera-Wysoczańska A: Wpływ interpersonalnej traumy na rozwój dziecka – PTSD jako objawy niespecyficzne. In: Widera-Wysoczańska A, Kuczyńska A (eds.): *Interpersonalna trauma. Mechanizmy i konsekwencje*. Difin, Warszawa 2011: 142–170.
- World Health Organization: ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F2070699808> [cited: 15 March 2023].
- World Health Organization: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. World Health Organization, Geneva 1993.
- Xue F, Suh HN, Rice KG et al.: Cumulative trauma and trauma symptoms: a three-way interaction. *Behav Sci (Basel)* 2023; 13: 576.
- Zawadzki B, Popiel A: Na rozstaju dróg: struktura objawów stresu pourazowego (PTSD) po DSM-5, a przed ICD-11. *Nauka* 2014; 4: 69–86.