Małgorzata Dąbkowska

Kompleksowa opieka nad dzieckiem z zespołem stresu pourazowego

Comprehensive care of the child with posttraumatic stress disorder

Katedra i Klinika Psychiatrii CM w Bydgoszczy, UMK Toruń
Correspondence to: Małgorzata Dąbkowska, Klinika Psychiatrii CM w Bydgoszczy,
ul. Kurpińskiego 19, 85-096 Bydgoszcz, tel.: 52 585 42 70, 52 345 80 50, faks: 52 585 37 66, e-mail: gosiadab@interia.pl

Streszczenie

Podstawową cechą zespołu stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder*, PTSD) jest rozwój objawów charakterystycznych dla zespołu po ekspozycji na traumatyczne wydarzenie, które wzbudza strach, bezradność lub przerażenie, a u dzieci powoduje niezorganizowane lub pobudzone zachowanie. Objawy dzieli się na trzy kategorie: ponowne przeżywanie stresora, unikanie przypomnienia wydarzenia i emocjonalne odrętwienie oraz objawy pobudzenia. Zachorowanie na PTSD w dzieciństwie zwiększa ryzyko występowania wielu problemów w późniejszym okresie życia. Wiadomo, że najbardziej skuteczna jest psychoterapia odnosząca się wyraźnie do traumatycznych przeżyć dziecka, skuteczniejsza od niespecyficznych i nieukierunkowanych terapii w zwalczaniu objawów PTSD. Wśród metod psychoterapii najszersze zastosowanie ma zogniskowana na traumie terapia behawioralno-poznawcza. Pierwszym krokiem w postępowaniu psychoterapeutycznym jest pomoc dziecku w uzyskaniu poczucia kontroli i przywróceniu poczucia bezpieczeństwa. U starszych dzieci zyskanie poczucia kontroli obejmuje zdolność do wspominania traumy, odnoszenia się do niej, opowiadania o niej i rozważania jej bez poczucia przytłoczenia i bez dysocjacji. W uzyskiwaniu tych umiejętności mogą być pomocne trening relaksacyjny i leki. U młodszych dzieci opracowanie wydarzenia traumatycznego umożliwia zabawa. Ofiary przemocy domowej wymagają szczególnie długofalowej opieki psychologicznej i psychiatrycznej.

Słowa kluczowe: zaburzenie stresowe pourazowe, dzieci, trauma, leczenie, psychoterapia

Summary

The essential feature of posttraumatic stress disorder (PTSD) is the development of characteristic symptoms following exposure to a traumatic event that arouses – intense fear, helplessness, or horror, or in children – disorganized or agitated behaviour. Symptoms are categorized into three clusters: persistent re-experiencing of the stressor, persistent avoidance of reminders and emotional numbing, and persistent symptoms of increased arousal. Childhood PTSD confers increased risk for a number of problems in later childhood, adolescence and adulthood. Among psychotherapies there is convincing evidence that trauma-focused therapies, that is that specifically address the child's traumatic experiences, are superior to nonspecific or nondirective therapies in resolving PTSD symptoms. Among the trauma-focused psychotherapies, TF-CBT has received the most empirical support for the treatment of childhood PTSD. The first step in the psychotherapy for posttraumatic stress disorder in children is helping the child gain a sense of mastery over the trauma and helping the child to feel safe again. In older children, gaining a sense of mastery includes the ability to recall, relate, narrate, and reconsider the trauma without feeling overwhelmed and without dissociating. Relaxation training and medication may be helpful in enabling the child to do this. In younger children, play provides an opportunity to work through the trauma. The victims of domestic violence especially required long-term psychological and psychiatric treatment.

Key words: posttraumatic stress disorder, children, trauma, treatment, psychotherapy

DOI: 10.15557/PiPK.2014.0019

Wyniki badań pokazują, że do chwili osiągnięcia dorosłości co czwarte dziecko miało traumatyczne doświadczenia. Najczęściej należą do nich: wykorzystywanie seksualne, przemoc domowa, uczestniczenie w wypadkach, przemoc w otoczeniu, poważne prześladowania w szkole, śmierć bliskiej osoby, wydarzenia medyczne. W niektórych regionach dzieci narażone są na skutki wojny, są uchodźcami, mogą być blisko działań terrorystycznych czy doświadczają katastrof naturalnych. Rozróżnia się dwa rodzaje traumatycznych doświadczeń: typ I – po pojedynczym, nieprzewidzianym wydarzeniu traumatycznym, typ II – po długotrwałych lub powtarzających się trudnych zdarzeniach zewnętrznych.

Na ryzyko wystąpienia PTSD u dziecka wpływa wiele czynników. Ocena wydarzenia i znaczenie, jakie dziecko mu nadaje, emocjonalne i poznawcze sposoby radzenia sobie, możliwość tolerowania własnych reakcji oraz zdolność akceptacji zmian zależą od etapu rozwoju dziecka. Dorośli mogą w większości antycypować niebezpieczeństwo, mogą bronić się przed intensywnymi, raniącymi emocjami przez blokowanie ich. U dzieci emocje są słabo zróżnicowane, związane silnie z somatycznymi doznaniami, nie są wyrażane werbalnie, są intensywne i trudne do modulowania. Dzieci popadają w krańcową bezradność w obliczu traumy.

Ryzyko ujawnienia się PTSD u dzieci zależy też od cech osobowości[1]. Zachorowaniu sprzyjają szczególnie lękowe cechy osobowości[2]. Niekorzystnie wpływa niewłaściwa postawa matki, gdy reaguje podobnymi objawami po traumie[3]. Zanotowano dziedziczną skłonność do reagowania objawami PTSD na uraz w przypadku potomków osób, które przeżyły Holocaust[4]. Większym ryzykiem PTSD obarczeni są młodociani przestępcy, a także dzieci, u których występuje przemoc w domu[2]. Szczególnie usposabiającą okolicznością jest bycie świadkiem przemocy domowej, zwłaszcza przemocy ze strony konkubenta, skierowanej do matki dziecka[5]. Wpływ na nasilenie objawów PTSD u dzieci mają indywidualne czynniki neurofizjologiczne, charakterystyczne cechy rodziny, osobowość dziecka, deficyty rozwojowe[6], sposób odbierania bodźców przez dziecko, atrybuty pamięci, ekspresja uczuciowa, sposób zachowania, możliwości werbalnego wyrażenia uczuć oraz związki emocjonalne z otoczeniem[7].

Czynnikami chroniącymi przed ujawnieniem się PTSD po traumatycznym doświadczeniu jest dobre funkcjonowanie rodziny, wyższy wynik IQ[2] i dobre zdrowie psychiczne matki[8].

Zachorowaniu na PTSD szczególnie sprzyja trauma interpersonalna. Wśród dziewcząt najczęściej taką traumą jest gwałt. U prawie 80% zgwałconych dziewcząt ujawnia się PTSD[9]. Dziecko, jako świadek przemocy domowej, w której agresorem jest ojciec i istnieje konflikt lojalności rodzinnej, jest narażone na tzw. złożony zespół stresu pourazowego (*complex PTSD*). Bardziej zagrożona jest młodzież przebywająca w środowiskach przejawiających przemoc w stosunku do siebie nawzajem, na przykład w ośrodkach resocjalizacyjnych[10]. Objawy psychiczne powstałe na skutek traumy doznanej podczas naturalnych katastrof szybciej mijają niż te, które są wynikiem traumy interpersonalnej.

Skutki psychiczne traumy są w dużym stopniu zależne od postawy bliskich i ich wsparcia, od poziomu strat oraz nasilenia przerażenia podczas wydarzenia. Bardziej narażone na PTSD są dzieci, które przeżyły już w przeszłości traumatyczne wydarzenia. PTSD może u nich ujawnić się po wielu powtarzających się słabszych doświadczeniach traumatycznych. Niektóre wydarzenia, jak na przykład gwałt, są tak silnym obciążeniem w trakcie zdarzenia, że zawsze wywołają zaburzenia psychiczne, w tym PTSD. Czynnikiem ryzyka PTSD są także inne zaburzenia psychiczne. Istnieje większe prawdopodobieństwo rozwoju PTSD po wydarzeniu traumatycznym u dziecka z zaburzeniami lękowymi, z depresją czy sięgającego po substancje szkodliwe. U chłopców zwykle pierwotne jest inne zaburzenie i na nie nakłada się PTSD, a u dziewcząt po wydarzeniu traumatycznym najpierw ujawnia się PTSD, a wtórnie pojawiają się inne choroby, np. uzależnienie, jako sposób łagodzenia objawów. Ujawnieniu się PTSD u dzieci sprzyjają niski iloraz inteligencji, młodszy wiek oraz płeć żeńska.

U niektórych dzieci w wyniku przeżytych doświadczeń pojawia się zaburzenie stresowe pourazowe, inne dzieci zareagują innymi zaburzeniami psychicznymi. Według kryteriów diagnostycznych czas trwania objawów w przypadku ostrego zespołu pourazowego nie przekracza 3 miesięcy, a w przypadku przewlekłego PTSD objawy występują powyżej 3 miesięcy od traumy, więc udzielana pomoc nie ma charakteru natychmiastowego. Warunkiem rozpoznania PTSD jest identyfikacja czynnika traumatycznego (kryterium A). W przypadku dzieci pomimo stwierdzanych objawów PTSD identyfikacja traumatycznego wydarzenia jest utrudniona. Oprócz relacji dziecka lekarz niekiedy musi posłużyć się informacjami od świadków, od policji, skorzystać z dowodów medycznych. Ponieważ traumatyczne doświadczenia w przypadku dzieci najczęściej związane są z postępowaniem bliskich osób, często ofiary nie ujawniają zdarzenia. Wywiad zebrany od rodzica nie zawsze jest pomocny, ponieważ niejednokrotnie to rodzic jest sprawcą wydarzenia. U dzieci z powodu personalnej traumy dochodzi do pogłębionego PTSD, zaburzającego różne pola funkcjonowania. Na ujawnienie się objawów PTSD ma wpływ rodzaj postępowania i jakość udzielonej pomocy zaraz po traumatycznym wydarzeniu.

Szczególne trudności w stawianiu diagnozy PTSD występują w przypadku małych dzieci, które nie potrafią zwerbalizować objawów i których rodzice często nie są w stanie zaobserwować zmian w zachowaniu dziecka. Do kryterium B (ponowne przeżywanie) u dzieci należą:

- uporczywe doświadczanie traumy w różny sposób, głównie przez intruzyjne wspomnienia;
- powtarzające się zabawy zawierające różne aspekty traumatycznego wydarzenia;
- traumatyczne sny, dotyczące aktualnej traumy bądź innych krytycznych doświadczeń.

Do kryterium C (unikania) należą:
- zmniejszona reaktywność i zainteresowanie otoczeniem, wyrażające się głównie zmniejszonym zaangażowaniem w ulubione aktywności;
- emocjonalne odcięcie w kontaktach z rodzicami i kolegami;
- odrętwienie emocjonalne;
- obniżona tolerancja na bodźce;
- unikanie intensywnych emocji.

Do kryterium D (nadmiernej pobudliwości) należą:
- zachowania dezorganizowane lub agitowane;
- drażliwość lub złość;
- zdenerwowanie związane z wszystkim dookoła, zwłaszcza jeśli ktoś jest zbyt blisko;
- objawy pobudzenia związane z sytuacją traumatyczną, przejawiające się w stanie pogotowia emocjonalnego w postaci nerwowości, nagłych reakcji przestrachu, zaburzeń snu;
- trudności w koncentracji uwagi w szkole;
- pojawianie się strachu jako reakcji na bodźce przypominające traumę.

Objawy PTSD powodują u dziecka znaczące obniżenie satysfakcji życiowej i osłabienie funkcjonowania. Może pojawiać się regresja do wcześniejszych zachowań dziecięcych, takich jak trzymanie się blisko opiekunów, moczenie nocne, ssanie palca.

Do cech specyficznych dla dziecięcych reakcji na wydarzenie traumatyczne należą wzrost przywiązania do rodziców i rodzeństwa, pojawienie się objawów lęku separacyjnego, utrata osiągniętych już umiejętności rozwojowych (szczególnie u młodszych dzieci), lęk przed powtórzeniem się traumy i przemożne poczucie winy z powodu przeżycia, jeśli ktoś zginął, szczególnie u starszych dzieci. U małych dzieci nawracające wspomnienia mogą się odzwierciedlać w rytualnych zabawach. Objawy pobudzenia mogą przejawiać się jako lekkomyślne zachowania. Inna morfologia objawów PTSD u dzieci utrudnia diagnozę i zmniejsza szansę na adekwatną pomoc specjalistyczną.

Proces diagnostyczny PTSD u dziecka obejmuje ukierunkowany wywiad dotyczący poszczególnych objawów PTSD, zebrany od dziecka i rodziców (niebędących sprawcami). Pytania muszą być dostosowane do wieku dziecka. Pomocne jest poznanie przed badaniem przebiegu wydarzenia traumatycznego, np. na podstawie opisu sądowego. Rozpoznanie PTSD u dzieci jest utrudnione. Do rozpoznania tego zespołu wymagane jest występowanie objawów z trzech kategorii, ale u dzieci objawy mogą dotyczyć jednej kategorii, zmieniają się w czasie, jedne ustępują, a pojawiają się inne. Objawy te są niekiedy niewidoczne dla rodziców i otoczenia i nie są identyfikowane jako chorobowe. Trudno uzyskać od dziecka dane na temat objawów znieczulenia emocjonalnego i unikania. Trudno ocenić fizjologiczne wskaźniki nadmiernego pobudzenia. Towarzyszące z reguły inne zaburzenia (dysocjacyjne, zaburzenia zachowania, samouszkodzenia, uzależnienia) utrudniają rozpoznanie PTSD.

Dziecko po doświadczeniach traumatycznych zawsze powinno być postrzegane jako potrzebujące pomocy. Pomoc specjalistyczną należy ofiarować dzieciom z klinicznymi objawami PTSD oraz tym, u których – mimo że obraz nie spełnia pełnych kryteriów PTSD – obniżenie funkcjonowania dziecka po traumie widoczne jest przynajmniej w jednym polu.

Celem leczenia dziecka z PTSD jest uznanie doświadczeń ofiary, odbudowanie w nim zaufania, wzmacnianie jego własnej autonomii, zbudowanie poczucia siły i kontroli, zrozumienie przez nie zmian, jakie dokonały się pod wpływem traumatycznego doświadczenia. Zalecana jest terapia ambulatoryjna. Leczenie dzieci ze średnim nasileniem objawów PTSD rozpoczyna się od psychoterapii. Łączenie farmakoterapii i psychoterapii zaleca się w ciężkim PTSD, w celu redukcji ostrych objawów, w przypadkach współistnienia innych zaburzeń wymagających leczenia farmakologicznego lub jeśli samo leczenie psychoterapeutyczne było nie w pełni skuteczne, a także w celu zwiększenia prawdopodobieństwa uzyskania dobrego efektu terapii. Włączenie rodziców w proces terapeutyczny i wsparcie z ich strony zwiększa skuteczność leczenia.

W planie terapii należy uwzględniać leczenie innych towarzyszących schorzeń psychicznych, takich jak depresja, zaburzenia lękowe czy uzależnienia.

Dotychczasowe obserwacje wskazują na większą skuteczność w leczeniu PTSD psychoterapii zogniskowanej na traumie w porównaniu z terapiami niespecyficznymi i nieukierunkowanymi na doświadczenie traumatyczne. Większość terapeutów zaleca na pierwszej linii ukierunkowane omawianie traumatycznego wydarzenia i jego znaczenia dla dziecka. Zdecydowana mniejszość zaleca unikanie bezpośredniego odkrywania traumy z obawy przed nasileniem objawów. Najbardziej zalecaną psychoterapią jest zogniskowana na traumie terapia poznawczo-behawioralna (*trauma focused cognitive behavioural therapy*, TF-CBT), po której osiągano zdecydowanie lepsze wyniki, jeśli chodzi o złagodzenie objawów i poprawę funkcjonowania pacjentów, w porównaniu z innymi rodzajami terapii. Jako element TF-CBT traktowano terapię dziecko – rodzice.

Terapia CBT zogniskowana na traumie odnosi się bezpośrednio do traumatycznych doświadczeń dziecka, pozwala włączyć rodziców w proces terapeutyczny, skupia się nie tylko na eliminacji objawów, ale również na poprawie funkcjonowania i właściwym rozwoju dziecka. Zróżnicowane formy terapii CBT pozwalają zniwelować objawy, ale także zwiększyć kompetencje dziecka, poczucie kontroli nad życiem, dostarczyć konkretnych sposobów walki ze stresem i poprawić samoocenę. Psychoterapia TF-CBT uczy rodziców dostrzegania objawów i pomocy dziecku po traumie. Jej skuteczność w porównaniu z innymi metodami wykazano w randomizowanych próbach klinicznych[11–14]. Terapia ta była adaptowana w różnych krajach[15–17]. Skuteczność TF-CBT wykazano u dzieci z PTSD i będących w okresie żałoby[18,19].

Samopoczucie u dzieci poprawiają specyficzne techniki obniżające stres: ćwiczenia relaksacyjne, panowanie nad niechcianymi myślami, nauka pozytywnych wyobrażeń, nauka oddychania.

Terapia umożliwia zwiększenie kontroli nad myślami i uczuciami, pozwala rozpocząć rozmowy na temat traumy, poznać nieprawidłowe oceny dziecka związane z traumatycznym wydarzeniem (np. obwinianie się za wydarzenie) i prześledzić odchylenia w logice myślenia.

Metoda EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*), którą można zaliczyć do terapii CBT, stosowana jest i oceniana częściej w badaniach u dorosłych po traumie, ukazały się tylko pojedyncze doniesienia naukowe odnoszące się do stosowania jej u dzieci[20].

Psychoterapia psychodynamiczna skoncentrowana na traumie u młodszych dzieci dotyczy z reguły relacji matka – dziecko, zwłaszcza gdy matka jest ofiarą przemocy. U starszych dzieci pomaga zrozumieć własne mechanizmy i mobilizuje zasoby rozwojowe.

Terapia rodzic – dziecko jest pomocna zwłaszcza u dzieci do 7. roku życia, szczególnie tych, które doznały przemocy domowej. Terapia taka jest z reguły eklektyczna i korzysta z kilku metod, między innymi zawiera elementy terapii psychodynamicznej i poznawczo-behawioralnej, socjoterapii oraz terapii przywiązania. Włączenie rodziców do terapii uświadamia ważność ich własnych reakcji na traumatyczne wydarzenie, uczy wspierania i odczytywania objawów oraz stosowania technik behawioralnych obniżających stres. Wskazana może być rodzinna psychoterapia lub własna terapia rodziców.

Indywidualna terapia psychoanalityczna okazała się skuteczna u dzieci molestowanych seksualnie[21]. W przypadku katastrof, które dotyczą dzieci, interwencja kryzysowa winna obejmować szerokie otoczenie – kolegów, nauczycieli, sąsiadów.

W farmakoterapii dorosłych z PTSD dobrym efektem, potwierdzonym w badaniach porównawczych, wyróżniały się inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny. Włączenie leczenia farmakologicznego u dzieci wymaga większej rozwagi i ostrożności. Nie można w tym przypadku opierać się na wynikach badań u dorosłych, ze względu na różnice w fizjologii i manifestacji PTSD w tych grupach wiekowych. W niektórych badaniach dorosłych pacjentów z PTSD obserwowano pogorszenie w zakresie objawów zaburzenia po leczeniu farmakologicznym. Dotychczas prowadzono pojedyncze badania randomizowane dotyczące stosowania SSRI u dzieci z PTSD (citalopram, fluoksetyna, sertralina) – nie wskazywały one na istotną skuteczność takiej terapii[22]. W konkluzjach z dotychczasowych prób podkreśla się najlepszą skuteczność skojarzonego leczenia: TF-CBT łącznie z farmakoterapią, z zaleceniem włączenia leków, gdy objawy są ciężkie i nie ustępują pod wpływem samej psychoterapii. Wskazaniem do zastosowania farmakoterapii mogą być towarzyszące zaburzenia afektywne, takie jak depresja czy zaburzenia lękowe. W przypadku PTSD leki z grupy SSRI mogą nasilać lub imitować niektóre objawy tego zespołu, takie jak drażliwość, agitacja, zaburzenia snu. Stosowanie samego leczenia farmakologicznego, bez psychoterapii, jest niewskazane[23]. Podstawowe postępowanie terapeutyczne polega na zastosowaniu CBT lub terapii łączonej: CBT + farmakoterapia[24–26]. U dzieci z PTSD stosowane były również leki z innych grup: propranolol[27], klonidyna[28], guanfacyna[29], karbamazepina[30], agoniści receptorów serotoniny[31].W przypadku leków przeciwdepresyjnych z grupy TLPD i inhibitorów MAO nie ma randomizowanych badań dotyczących ich stosowania u dzieci i młodzieży. U dorosłych badano skuteczność amitryptyliny, imipraminy i dezypraminy – odnotowano słabszy ich efekt terapeutyczny niż leków z grupy SSRI. U dzieci pojedyncze badanie wykazało dobry efekt stosowania imipraminy w ostrym zespole stresu pourazowego (*acute stress disorder*, ASD), ale trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne nie są rekomendowane w terapii PTSD u dzieci. Stosowano próby leczenia lekami z grupy beta-blokerów i alfa$_2$-agonistów. W pojedynczym badaniu obserwowano dobry efekt propranololu w 5-tygodniowej próbie u dzieci molestowanych. Klonidyna była stosowana u dzieci, u których inne leki okazały się nieskuteczne, w przypadkach, gdy dominowały objawy wzbudzenia, jednak jej stosowanie wymaga bardzo starannego monitorowania stanu zdrowia.

U dorosłych podejmowano próby stosowania leków przeciwdrgawkowych, takich jak: karbamazepina, walproinian sodu, lamotrygina i gabapentyna. U dzieci obserwowano w pojedynczym badaniu dobry efekt karbamazepiny. U pacjentów dorosłych z PTSD stosowano także inne grupy leków: agonistów serotoniny, antagonistów receptorów opioidowych, benzodiazepiny, leki blokujące receptory dopaminowe. W przypadku dzieci nie ma doniesień na temat skuteczności tych leków, ocenianych w badaniach randomizowanych, przeprowadzonych na większych grupach pacjentów.

Ograniczenia stosowania farmakoterapii u dzieci z PTSD wynikają z braku badań przeprowadzonych na dużych grupach pacjentów, niepewności co do czasu trwania terapii, ryzyka nawrotów po odstawieniu leku, skupienia rodziny jedynie na farmakoterapii i ograniczenia współdziałania w psychoterapii.

W wyniku traumy u dzieci z PTSD obserwuje się pogorszenie funkcji poznawczych. Dzieci te niejednokrotnie wymagają dostosowania nauki szkolnej do stanu zdrowia. Źródłem traumy może być środowisko szkolne. W takim przypadku ważną częścią terapii jest ingerencja w sytuację szkolną dziecka w celu przywrócenia poczucia bezpieczeństwa. Interwencja może dotyczyć też innych grup, w których dziecko przebywa i doznaje traumatycznych doświadczeń. W przypadku narażenia grupy dzieci na traumatyczne doświadczenie konieczna jest szybka ocena przesiewowa w kierunku objawów PTSD. Opieka nad dzieckiem z objawami zaburzenia stresu pourazowego wymaga współdziałania wielu środowisk, w tym rodzinnego, szkolnego, pedagogicznego i terapeutycznego.

PIŚMIENNICTWO:
BIBLIOGRAPHY:

1. Schnurr P.P., Friedman M.J., Rosenberg S.D.: Premilitary MMPI scores as predictors of combat-related PTSD symptoms. Am. J. Psychiatry 1993; 150: 479–483.
2. Silva R.R., Alpert M., Munoz D.M. i wsp.: Stress and vulnerability to posttraumatic stress disorder in children and adolescents. Am. J. Psychiatry 2000; 157: 1229–1235.
3. Laor N., Wolmer L., Mayes L.C. i wsp.: Israeli preschoolers under Scud missile attacks. Arch. Gen. Psychiatry 1996; 53: 416–423.
4. Yehuda R., Schmeidler J., Wainberg M. i wsp.: Vulnerability to posttraumatic stress disorder in adult offspring of Holocaust survivors. Am. J. Psychiatry 1998; 155: 1163–1171.
5. Jaffe P., Wolfe D., Wilson S., Zak L.: Similarities in behavioral and social maladjustment among child victims and witnesses to family violence. Am. J. Orthopsychiatry 1986; 56: 142–146.
6. Scheeringa M.S., Zeanah C.H.: Symptom expression and trauma variables in children under 48 months of age. Infant Mental Health Journal, Special Issue: Posttraumatic stress disorder (PTSD) in infants and young children 1995; 16: 259–270.
7. Scheeringa M.S., Zeanah C.H., Myers L., Putnam F.W.: New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2003; 42: 561–570.
8. Tiet Q., Bird H.R., Davies M. i wsp.: Adverse life events and resilience. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1998; 37: 1191–1200.
9. Deykin E.Y., Buka S.L.: Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among chemically dependent adolescents. Am. J. Psychiatry 1997; 154: 752–757.
10. Steiner H., Garcia I.G., Matthews Z.: Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1997; 36: 357–365.
11. Deblinger E., Lippmann J., Steer R.: Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: initial treatment outcome findings. Child Maltreat. 1996; 1: 310–321.
12. Cohen J.A., Mannarino A.P.: Interventions for sexually abused children: initial treatment findings. Child Maltreat. 1998; 3: 17–26.
13. Cohen J.A., Deblinger E., Mannarino A.P., Steer R.: A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 2004; 43: 393–402.
14. King N.J., Tonge B.J., Mullen P. i wsp.: Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2000; 39: 1347–1355.
15. De Arellano M.A., Waldrop A.E., Debliner E. i wsp.: Community outreach program for child victims of traumatic events: a community-based project for underserved populations. Behav. Modif. 2005; 29: 130–155.
16. Bigfoot D.: Indian Country Child Trauma Center, University of Oklahoma Health Sciences Center description. National Child Traumatic Stress Network Web site. Adres: www.nctsnet.org/nccts/nav.do [cytowany 18 marca 2008 r.].
17. Hoagwood K., Burns B.J., Kiser L. i wsp.: Evidence-based practice in child and adolescent mental health services. Psychiatr. Serv. 2001; 52: 1179–1189.
18. Cohen J.A., Mannarino A.P., Knudsen K.: Treating childhood traumatic grief: a pilot study. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2004; 43: 1225–1233.
19. Cohen J.A., Mannarino A.P., Staron V.: A pilot study of modified cognitive behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG). J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2006; 45: 1465–1473.
20. Ahmad A., Sundelin-Wahlsten V.: Applying EMDR on children with PTSD. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2008; 17: 127–132.
21. Trowell J., Kolvin I., Weeranamthri T. i wsp.: Psychotherapy for sexually abused girls: psychopathological outcome findings and patterns of change. Br. J. Psychiatry 2002; 160: 234–247.
22. Connolly S.D., Bernstein G.A.; Work Group on Quality Issues: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2007; 46: 267–283.
23. Cohen J.A., Bukstein O., Walter H. i wsp.: 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.
24. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1998; 37 (supl. 10): 4S–26S.
25. March J.S., Amaya-Jackson L., Murray M.C., Schulte A.: Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single-incident stressor. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1998; 37: 585–593.
26. March J., Cohen J., Berliner L.: Treatment of children and adolescents. W: Foa E.B., Keane T.M., Friedman M.J. (red.): Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. Guilford Press, New York 2000: 1–658.
27. Famularo R., Kinscheiff R., Fenton T.: Propranolol treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type: a pilot study. Am. J. Dis. Child. 1988; 142: 1244–1247.
28. Harmon R.J., Riggs P.D.: Clinical perspectives: clonidine for posttraumatic stress disorder in preschool children. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1996; 35: 1247–1249.
29. Horrigan J.P.: Guanfacine for posttraumatic stress disorder nightmares (letter). J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1996; 35: 975–976.
30. Looff D., Grimley P., Kuller F. i wsp.: Carbamazepine for posttraumatic stress disorder. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1995; 34: 703–704.
31. Pfefferbaum B.: Posttraumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1997; 36: 1503–1511.