



Viti i VI-të i Botimit, Nr.2,
Dhjetor 2015

ÇRREGULLIMI I STRESIT POST-TRAUMATIK TEK FËMIJËT E ABUZUAR SEKSUALISHT

Eglantina Dervishi

Departamenti Psikologji-Pedagogji, Fakulteti shkencave Sociale, Universiteti i Tiranës

Adresë kontakti : egladervishi@gmail.com

Përmbledhje

Qëllimi i këtij studimi është të hulumtojë mbi çrregullimin e stresit post-traumatik tek fëmijët dhe adoleshentet e abuzuar seksualisht. Evidentimi i formave të shfaqjes së këtij çrregullimi tek fëmijët dhe mënyrat e trajtimit të tyre do të jenë në qendër të këtij studimi.

Metoda e përdorur për të realizuar këtë studim do të jetë një shqyrtim i literaturës mbi çështjen në fjalë duke iu referuar revizionimit të artikujve që fokusohen tek kjo kategori moshore. Për këtë qëllim janë përzgjedhur vetëm artikuj që kanë në fokus fëmijët e abuzuar seksualisht të cilët janë trajtuar për çrregullim të stresit post-traumatik.

Rezultatet e studimit përcaktojnë se të gjitha format e abuzimit mund të lënë pasojë tek fëmijët, madje stresi post-traumatik është gjuha me të cilën komunikojnë shqetësimin viktimat e tyre në formën më tipike. Abuzimi seksual si një ndër format e shumta të abuzimit është ndër më të rëndat dhe që shkakton pasojë të pakthyeshme tek një kategori fëmijësh.

Në konkluzion mund të themi që stresi post-traumatik tek fëmijët e abuzuar seksualisht mund të shfaqet përmes formave më të agravuara të simptomave psikologjike dhe psikiatrike dhe madje për rikuperimin dhe rehabilitimin e fëmijës në disa raste trajtimi farmakologjik shihet si zgjidhja më e mirë për fëmijën.

Fjalët çelës: Çrregullim i stresit post-traumatik, fëmijë, abuzim seksual, traumë psikologjike, trajtim.

POST TRAUMATIC STRESS DISORDER IN CHILDREN SEXSUAL ABUSE

Abstract

The aim of this study is to research deeply on the post-traumatic stress disorder in sexually abused children. Proving the presence of forms of the disorder in children and the their treatment mode will be in the centre of the study.

The methods used to conduct this study will be a literature review on the focused issue referring to reviews of articles which focus on the defined peer group. For the purpose we have selected only articles focusing on sexually abused children treated for post-traumatic stress disorder.

The results of the study reveal that all forms of abuse could bring consequences on children, even

more; post-traumatic stress is the language with which the victims communicate their sorrow in the most typical mode.

Sexual abuse as one of the major forms of abuse, is among the most severe which cause irreversible consequences over a category of children.

In conclusion we can assume that post-traumatic stress in sexually abused children might appear through the most severe forms of psychiatric and psychological symptoms and for the recovery and rehabilitation of the child in many cases the pharmacological treatment seems as the best choice for the child.

Key words: *post-traumatic stress disorder, children, sexual abuse, psychological trauma, treatment.*

Hyrje

Abuzimi seksual njihet si një ndër format më të rënda të përvojave traumatike (1) Për vetë natyrën e traumës që shkakton ka një ndikim të jashtëzakonshëm në përditshmërinë e individit të prekur nga kjo përvojë. Nëse do t'i referohemi literaturës ka mjaft studime që kanë pasur në fokus të kërkimeve të tyre pikërisht abuzimin seksual dhe pasojat që shkakton. Fokusi i këtij studimi është abuzimi seksual tek fëmijët, duke u përqendruar tek pasojat që lë në jetën e mëvonshme tek viktimat. Disa autorë i referohem abuzimit seksual si një ndër ato eksperiencat traumatike me "T" të madhe, të cilat nxjerrin jashtë funksionimit të gjitha mekanizmat mbrojtës të individit duke krijuar parakushtet për një tablo të rënduar me simptoma të theksuara psikiatrike. Nëse do të duhet të flasim për traumë të shkaktuar nga abuzimi seksual, do të duhet të fokusohemi në dy aspekte të rëndësishme:

- dëmtimi fizik, i cili i referohet pikërisht plagëve dhe dhimbjes fizike që një fëmijë ka përjetuar si rrjedhojë e abuzimit seksual,
- dëmtimi psikologjik ka të bëjë me dëmtimin e aftësisë së personit për ta përballuar emocionalisht eksperiencën e përjetuar dhe pasojat nga ngjarja.

Të dy këto aspekte janë të ndërthurura me njëra-tjetrën dhe shpesh e çojnë fëmijën në shfaqjen e çrregullimit të stresit post-traumatik ((2)

Metodologjia

Për të realizuar këtë studim jemi fokusuar në shfletimin e artikujve dhe studimeve që lidhen me abuzimin seksual. Janë marrë në analizë 40 artikuj mbi stresin post-traumatik, nga ku rreth 17 artikuj kishin në fokus abuzimin seksual, ndër to 7 ishin case study, artikuj mbi abuzimin seksual tek fëmijët. Kategoritë e fëmijëve i përkasin një grupmoshë që varion nga 2-18 vjeç.

Rezultatet mbi diagnostikimin e trajtimin e stresit post-traumatik tek fëmijët dhe adoleshentët e abuzuar seksualisht

Rezulton se jo të gjitha viktimat e abuzimit seksual (3) reagojnë në të njëjtën mënyrë pas një ngjarje traumatike. Fëmijë të ndryshëm do të shfaqin efektet e traumës në intensitet (4) dhe forma të ndryshme.

Mënyra e reagimit pas traumës do të varet nga një sërë faktorësh si:

- mënyra sesi e ka perceptuar fëmija këtë përvojë, pra kuptimi që i jep ngjarjes;
- koha kur ka ndodhur ngjarja dhe vazhdimësia e saj;
- personi që e ka shkaktuar ngjarjen, person i njohur apo i panjohur.

Nëse i referohemi studimeve (5;6) numri i fëmijëve të abuzuar seksualisht është më i madh sesa ai që është i dokumentuar pranë autoriteteve të policisë dhe prokurorisë. Kjo për vetë faktin që një pjesë e tyre nuk denoncohen nga viktimat apo familjarët e tyre. Zakonisht pre e abuzimit seksual bien fëmijë të grupmoshës 4-14 vjeç (7) por pa përjashtuar edhe kategoritë e tjera, pasi ka raste kur pre e abuzimit seksual kanë qenë edhe fëmijë 2 vjeç. Abuzimet seksuale nëse i referohemi burimeve të literaturës (8; 9;10) janë kryer kryesisht nga meshkujt, janë shumë të rralla rastet e femrave të përfshirë në abuzim seksual me fëmijë. Abuzuesit mund të jenë persona të rritur të panjohur ose të njohur për viktimën. Megjithatë në një sërë studimesh ka rezultuar se në rolin e abuzuesit shpesh kanë qenë edhe persona të familjes (11), si babai, vëllai, xhaxhai, gjyshi etj.

Elementi pjesëtar i familjes e bën ngjarjen akoma dhe më traumatike dhe të vështirë për t'u superuar nga një fëmijë që ka qenë viktimë e abuzimit seksual. Nga studimet rezultojnë edhe një fakt tjetër interesant, që i lidh të gjitha viktimat e abuzimit, që është tendenca për të mos folur për ngjarjen (12) dhe për të mos kërkuar ndihmë. Fëmijët e abuzuar seksualisht e kanë shumë të vështirë të tregojnë (13) për atë që po u ndodh dhe të kërkojnë ndihmë. Tendenca për të mos treguar është edhe një peng për shumë prindër të cilët ndihen në faj (14) për faktin që nuk kanë arritur ta mbronin fëmijën e tyre. Dilema se – “pse nuk kërkoj ndihmë tek unë” është torturose për ta. Por duhet të dimë që heshtja është një simptomë e traumës dhe se kjo u ndodh të gjithë fëmijëve të abuzuar seksualisht.

Fëmija i abuzuar seksualisht në aspektin psikologjik përjeton një stërmundim emocional (15) për t'u përballur me neverinë, tmerrin, frikën dhe pafuqishmërinë që i shkakton trauma (16).

Një ngjarje e tillë lëkund ekuilibrat mendor të individit ashtu sikurse edhe vetëvlerësimin, vetimazhin dhe besimin tek vetja dhe tek njerëzit përreth (17).

Në aspektin psikologjik abuzimi seksual mund të shkaktojë ndjenja faji dhe humbje të interesit për jetën (18). Sipas Friedman (2006) shumë nga simptomat e padëshiruara të traumës janë normale dhe nuk zgjasin më shumë se sa disa javë. Simptomat janë emocione si zemërim, frikë, hidhërim, ndjenja faji ose trupi, mpirje, shok, disorientim kognitiv, vështirësi në përqendrim, simptoma somatike, probleme me gjumin ose oreksin, irritim etj (19). Shumica e përjetuesve të një ngjarje traumatike rikuperojnë vetë, simptomat e tyre zhduken me kohën dhe nuk kalojnë në stres post-traumatik. Por nëse flasim për traumë e cila ka të bëjë me abuzim seksual nuk mund të themi se kjo është një traumë që do të kalojë vetë. Abuzimi seksual pranohet një zëri nga studiues dhe ekspertë të fushës, që shkakton traumë e cila lë gjurmë të thellë në psikikën e një fëmije. Trauma e shkakuar nga abuzimi seksual çon pashmangshmërisht në përjetimin e stresit post-traumatik tek fëmijët dhe adoleshentët (8). Këto të fundit do të fillojnë të funksionojnë pas ngjarjes traumatike në një formë të re dhe tepër shqetësuese si në aspektin e sjellor, mendor dhe emocional (12).

Tek fëmijët dhe adoleshentët të cilët janë prekur nga stresi post-traumatik kemi të nevojshëm vlerësimin për të përcaktuar nëse fëmija përmbush kriteret e DSM-IV (20) për t'u diagnostikuar me stres post-traumatik dhe nëse po, për të vlerësuar kohëzgjatjen dhe ashpërsinë e tij. Duke qenë se synimi ynë është të shohim simptomat që shkakton abuzimi seksual dhe shfaqjen pas tij të çrregullimit të stresit post-traumatik do të mbështetemi tek DSM-IV për të parë prezencën e simptomave të mëposhtme:

Siç u përmend dhe më sipër, sipas DSM-IV që fëmija të diagnostifikohet me stres post-traumatik dhe që të kemi traumë, fëmija duhet të:

1) përjetojë të paktën një ngjarje që shkakton ose i rrezikon vdekje, dëmtim shumë serioz fizik ose që cenon integritetin fizik të personit ose të një personi tjetër.

2) diagnostifikimi i një ngjarje si traumatike kërkon që përgjigja e personit ndaj situatës të shfaqet me frikë të një intensiteti të lartë, pafuqishmëri dhe tmerr. Kriteret e DSM për diagnostikimin e stresit post-traumatik përfshijnë edhe ripërsëritjen e vazhdueshme të paktën të një simptomë, prezencën e simptomave mpirëse dhe shmangëse të vazhdueshme, axhitim i vazhdueshëm psiko-motor, e gjithë kjo tablo klinike vazhdoj të jetë e pranishme tek fëmija për të paktën një muaj. Fëmija abuzuar seksualisht përjeton simptoma ripërtëritëse të cilat përfshijnë ripërtëritimin e ngjarjes ose makthe të vazhdueshme (21) natën rreth ngjarjes

traumatike. E gjithë kjo situatë krijon një stres të padëshiruar në mënyrë të vazhdueshme duke e bërë jetën e fëmijës një tmerr të vërtetë. Ripërjetimi mund të shfaqet në formën e flashbacks, gjë e cila të krijon ndjesinë se ngjarja po ndodh përsëri. Në këtë rast, flashbacku është një episod ku fëmija shkëputet nga realiteti dhe jo vetëm një imazh apo kujtim nga ngjarja. Fëmijët gjatë përjetimit të flashbackve të tillë janë të shkëputur nga realiteti. Flashbackët zakonisht zgjasin disa minuta dhe gjatë kësaj kohe fëmija ripërjeton, jo vetëm rikujton ngjarjen traumatike. Flashbacku mund të shoqërohet me halucinacione në formën e të dëgjuarit ose në formën e të parit (22). Simptomat ripërtëritëse mund të jenë eksperiencia ndijimore (sensore) të cilat shfaqen në formën e të shikuarit të pamjeve të padëshirueshme të traumës, kur fëmija mbyll sytë ose të përjetuarit të erërave, shijeve, zhurmave apo emocioneve që janë përjetuar në momentin e traumës (23). Ripërjetimi mund të shfaqet në formën e maktheve që të bëjnë të zgjohesh me kriza paniku. Simptomat shmangëse shfaqen duke shmangur stimujt që janë të lidhura me ngjarjen traumatike. Një ndër simptomat është shmangia e vendndodhjes së traumës, por edhe vendeve të tjera të ngjashme me vendndodhjen e traumës e cila vjen si pasojë e përgjithësimit që viktimat bën. Individët e abuzuar seksualisht mund që edhe të shmangin vazhdimisht njerëz që i kujtojnë abuzuesin. Për më tepër, viktimat mund të shmangin njerëzit në përgjithësi, sepse kanë frikë se mund të zhgënjehen përsëri dhe janë përgjithësisht mosbesues ndaj gjithkujt. Megjithatë, shmangia e njerëzve dhe vendeve të rrezikshme nuk është simptomë vetëm e stresit post-traumatik.

Simptomat mpirëse shfaqen në formën e mospërfshirjes emocionale dhe mungesës së shfaqjes së emocioneve në përgjithësi. Viktimat nuk përjetojnë dot dashuri, lumturi, nuk kanë më humor dhe humbin interesin në aktivitete që ata kanë pëlqyer para traumës. Në raste ekstreme, simptomat mpirëse e bëjnë individin të ndjehet i vdekur përbrenda. Mpirja mund të altermohet me periudha zemërimi, trishtimi apo ankthi. Mpirja mund të çojë edhe në përdorimin e substancave narkotike dhe kjo ndodh ose për të arritur gjendjen e mpirjes në mënyrë që të mos përjetosh çfarë të ka ndodhur ose për të luftuar mpirjen.

Simptomat axhituese shfaqen në forma të ndryshme. Fëmijët e traumatizuar mund të jenë supervigjilentë dhe duke kontrolluar vazhdimisht për rreze të mundshme. Ato mund të acarohen lehtë dhe të keq interpretojnë situata normale. Axhitimi mund të shkaktojë pagjumësi, por pagjumësia mund të jetë edhe si pasojë e simptomave ripërsëritëse ose shmangëse. Pagjumësia mund të jetë përgjigje e zgjimit të vazhdueshëm nga makthet dhe fëmija shmang gjumin për të shmangur makthet (24).

Nëse do t'i referohemi trajtimit mund të themi se traumat ka nevojë për një ndërhyrje e cila sheh në skenë një sërë aktorësh të rëndësishëm. Terapia kongitiv biheiviorale shihet si një formë e suksesshme e trajtimit të traumave. Zakonisht numri i seancave varion nga 6 deri në 12 seanca terapeutike. Tek fëmijët dhe adoleshentët me një simptomatologji më të agravuar mund të jenë të nevojshme një numër më i madh seancash. Ekspozimi shihet si një element i rëndësishëm i trajtimit të traumës, duke u shndërruar në një teknikë e cila është e domosdoshme. Por nëse do t'i referohemi trajtimit të traumave një sërë elementësh të rëndësishëm duhet të jenë pjesë e një trajtimi të suksesshëm. Do ta nisim me rëndësinë e zgjedhjes së terapistit i cili është kompetent në fushën e traumave dhe ka një përvojë dhe kualifikim në punën me fëmijët e abuzuar seksualisht. Një tjetër komponent i rëndësishëm është edhe mbështetja familjare dhe përfshirja e tyre në trajtim.

Për të bërë trajtimin e plotë të traumës në rastet e abuzimit seksual është e rëndësishme përdorimi i psikoedukimit (25). Psikoedukimi tek fëmijët e adoleshentët e abuzuar seksualisht ndihmon për trajtimin e një sërë aspektesh të rëndësishme të traumës që kanë të bëjnë me modifikimin e mendimeve në lidhje me perceptimin tij për trupin e tij, seksualitetin, marrëdhëniet intime, abuzimin seksual. Në disa raste efektet e traumës janë të rënda dhe kërkojnë një ndërhyrje terapeutike të shoqëruar edhe me trajtim farmakologjik, edhe pse tek fëmijët ndërhyrja farmakologjike duhet vlerësuar me kujdes për efektet anësore (17) që mund të kenë dhe për ndërhyrjen në zhvillimin normal të fëmijës dhe adoleshentit. Nëse i referohemi trajtimit farmakologjik rezultojnë të suksesshme trajtimet përmes antidepressantëve (26) (SSRI, alpha-adrenergic agonists). Tek fëmijët dhe adoleshentët të cilët mund të vuajnë nga CSPT me simptomatologji më

të rëndë rezultojnë të suksesshme terapitë farmakologjike me fluxetinë, sertralinë, venlafaksinë, citalopram, fluvoxaminë (12). Trajtimi me SSRI ka rezultuar më i suksesshëm edhe për faktin që efektet anësore janë më pak të dëmshme megjithatë edhe këto trajtime kanë efekte anësore negative që mund të shfaqen në formën e problemeve gastrointestinale apo të problemeve me tensionin, hipoterminë etj. Trajtimi me medikamente edhe pse shihet si një formë e nevojshme e trajtimit të traumave në ato raste me simptomatologji të agravuar duhet të administrohet duke u bashkëshoqëruar me terapinë kognitiv biheiviorale (19) në mënyrë që të japë rezultate të qëndrueshme tek fëmijët dhe adoleshentët.

Përfundime

Abuzimi seksual mbetet si një ndër format më të rënda të traumave. Këto trauma lënë gjurmë thellë në subkoshiençën e individit qoftë ky i rritur apo fëmijë. Si rezultat i një traume të tillë, fëmijët dhe adoleshentët mund të zhvillojnë çrregullimin e stresit post-traumatik, që zakonisht tek ata manifestohet më tepër në formën e çrregullime të ankthit, të sjelljes, dhe të varësisë nga substancat, por nuk përjashtohen edhe format e tjera të psikopatologjive. Në mënyrë që këto lloj traumash të superohen janë të nevojshme ndërhyrjet e menjëhershme terapeutike. Këto ndërhyrje mund të jenë ose terapi psikologjike ose të kombinuara edhe me terapinë farmakologjike. Ndër terapitë psikologjike, terapia kognitiv-biheiviorale ka dhënë rezultate mjaft pozitive në trajtimin e traumave, por kur traumat shoqërohen me simptoma të rënda zakonisht si shoqëruese përfshihet terapia farmakologjike. Kjo e fundit shihet me kujdes në mënyrë që të mos shkaktojë tek fëmija efekte anësore të dëmshme të cilat mund të ndikojnë negativisht në zhvillimit e tij bio-psiko-social. Kjo terapi duhet të jepet për një kohë të shkurtër me qëllim që fokusi kryesor të mbetet rikuperimi i fëmijës dhe adoleshentit, rehabilitimi dhe fuqizimi personal përmes ndërhyrjes tek mendimet dhe sjelljet dhe modifikimin e tyre shëndetshëm, gjë e cila realizohet përmes terapisë kognitiv-biheivirale.

Referenca

1. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Arlington: AmericanPsychiatric Publishing Inc; 1994.
2. Anda, R. (2002, November). The wide ranging health effects of adverse childhood experiences. Paper presented at the 18th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Baltimore, MD.
3. Andrews, B., Brewin, C.R., Philpott, R., Stewart, L. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1319-26. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06091491>.
4. Beers, S. R., & DeBellis, M. D. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatry*, 159, 483–486.
5. Utzon-Frank, Nicolai Breinegaard, Nina Bertelsen et al (2014). Occurrence of Delayed-Onset Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Vol. 40, No. 3.
6. Bremner, J.D., Randall, P. Vermetten, E., Staib, L., Bronen, R.A., Mazure, C., et al. (1997). Magnetic resonance imaging based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical abuse and sexual abuse: A preliminary report. *Biological Psychiatry*, 41, 23-32.
7. Breslau, N., Reboussin, B.A., Anthony, J.C., Storr, C.L. The structure of posttraumatic stress disorder: latent class analysis in 2 community samples. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:1343-51. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.12.1343>.
8. Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., Peterson, E. L. & Lucia, V. C. (1999). Vulnerability to assaultive violence: further specification of the sex difference in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1044 -1048.
9. Chu, J. (1997). Dissociative symptomatology

- in adult patients with histories of childhood physical and social abuse. In J. Bremner & C.R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 179-203). Washington, DC: American Psychiatric Press.
10. Cloitre, M., Koenen, K.C., Cohen, L.R., Han, H. Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:1067-74.
 11. Cohen, L.R., Hien, D.A., Batchelder, S. The impact of cumulative maternal trauma and diagnosis on parenting behavior. *Child Maltreat* 2008;13:27-38.
 12. Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
 13. Cohen, J., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 393-402.
 14. Davidson, J.R.T. (2000). Pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder: treatment options, longterm followup, and predictors of outcome. *Journal of Clinical Psychiatry* 61(Suppl. 5), 52-56.
 15. Deblinger, E., Behl, L., & Glickman, A. (2005). Treating children who have experienced sexual abuse. In P. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy*, third edition. New York: Guilford Publications.
 16. Eytan, A., Guthmiller, A., DurieuxPaillard, S., Loutan, L., Gex Fabry, M. Mental and physical health of Kosovar Albanians in their place of origin: a postwar 6 year followup study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46:953-63. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-010-0269-0>.
 17. Fairweather, A., & Garcia, M. (2007). Defining a new age of veteran care." Primer for understanding Iraq and Afghanistan veterans. Retrieved February 7, 2008 from the National Social Work Association Web site: [Us://www.socialworkweb.com/nasw/index.cfm](http://www.socialworkweb.com/nasw/index.cfm)
 18. Federal Drug Administration. (2002). Important drug warning including black box information. Retrieved June 21, 2002, from <http://www.fda.gov/medwatch/SAFETY/2002/safety02.htm#serzon>.
 19. Foa, E.B., Hearst-Ikeda, D., Perry, K.J. Evaluation of a brief cognitive behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:948-55.
 20. Gureje, O. & Obikoya, B. (1990). The GHQ12 as a Screening Tool in Primary Care Setting. In B.Y. Oladimeji (Ed.), *Psychological Assessment Techniques in Health Care*. Ile-Ife: Obafemi Awolowo University Press Limited.
 21. Hageman, I., Andersen, H.S., & Jorgensen, M.B. (2001). Posttraumatic stress disorder: a review of psychobiology and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 411-422.
 22. Mueser, K.T., Rosenberg, S.D., Xie, H., Jankowski, M.K., Bolton, E.E., Lu, W., et al. A randomized controlled trial of cognitive behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:259-71.
 23. Putnam, F. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 269-278.
 24. Saunders, B. E., Berliner, L., & Hanson, R. F. (Eds.). (2003). *Child physical and sexual abuse: Guidelines for treatment* (Revised Report: April 26, 2004). Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center. Available at www.musc.edu/cvc/
 25. Smid, G.E., Mooren, T.T., van der Mast, R.C., Gersons, B.P., Kleber, R.J. Delayed posttraumatic stress disorder: systematic review, metaanalysis, and meta regression analysis of prospective studies. *J Clin Psychiatry.* 2009;70:15782. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.08r04484>.
 26. Zhang, G., North, C.S., Narayanan, P., Kim, Y.S., Thielman, S., Pfefferbaum, B. The course of postdisaster psychiatric disorders in directly exposed civilians after the US Embassy bombing in Nairobi, Kenya: a follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48:195-203. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-012-0535-4>.