

WŁADYSŁAW ŁOSIAK¹

STRES WOJNY I MIGRACJI – KONSEKWENCJE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

Słowa kluczowe: wojna, migracje, dzieci, młodzież, trauma

Doświadczenia wojny i przymusowej migracji są ekstremalnym stresorem dla wszystkich, bez względu na narodowość, płeć czy wiek. Pytanie o to, czy powodują one stres, jest zbędne, ponieważ ze względu na skrajne zagrożenie poczucia bezpieczeństwa wszyscy reagują podobnie, w tym sensie, że wzbudzana jest u nich bardzo silna reakcja stresu. Podobnie radykalna i dotycząca wszystkich jest zmiana środowiska społecznego i kulturowego wywołana migracją oraz koniecznością adaptacji do nowych warunków. Różnice pomiędzy ludźmi pojawiają się na etapie sposobów radzenia sobie ze stresem oraz jego konsekwencji, ze względu na różne predyspozycje indywidualne, zarówno w zakresie podstawowych cech temperamentu, jak i poznawczych sposobów przetwarzania informacji i asymilacji doświadczeń (Heszen 2013). Różnice w tym zakresie pomiędzy osobami dorosłymi to jedno, ale w przypadku, kiedy mamy do czynienia z dziećmi, stają się one wyraźniejsze, ze względu na procesy rozwojowe. Oczywiście inaczej wygląda to u dzieci kilkuletnich, inaczej u tych w wieku szkolnym, a jeszcze inaczej u adolescentów, ale generalnie możemy przyjąć, że osoby w wieku rozwojowym są bardziej podatne na negatywne oddziaływanie stresu (Grzegorzewska, Cierpiatkowska, Borkowska 2023). W niniejszym artykule chciałbym omówić konsekwencje stresu wojny i migracji dla dzieci w wieku szkolnym i adolescentów. Problem wydaje się ważny, jeżeli weźmiemy pod uwagę wojnę na Ukrainie, która sprawiła, że tysiące takich dzieci znalazło

¹ Akademia Ignatianum w Krakowie, ORCID: 0000-0002-4083-833X, wladyslaw.losiak@ignatianum.edu.pl.

się w naszym kraju i wiele z nich będzie wymagało pomocy terapeutycznej albo przynajmniej wsparcia edukacyjnego. Warto dodać, że skala doświadczeń traumatycznych dzieci i młodzieży jest ogromna. Szacunki Organizacji Narodów Zjednoczonych wskazują, że tylko w latach 1990–2000 około 10 mln dzieci doświadczyło traumy wojny w różnych regionach świata (Niaz 2014). Lokalne konflikty zbrojne wybuchają cały czas, chociaż, pomijając konflikt w Bośni i Hercegowinie w latach 90., do czasu wojny na Ukrainie nie miało to miejsca w Europie. Zaburzenie po stresie traumatycznym, jako rezultat doświadczonej traumy, rozwija się u osób dorosłych, w tym u żołnierzy uczestniczących w działaniach wojennych (Figley, Nash 2010), ale również u dzieci, które głównie są świadkami przemocy, jak również jej doświadczają (Grzegorzewska, Cierpiatkowska, Borkowska 2023).

Zanim przejdziemy dalej, chciałbym zaznaczyć, że w przypadku młodszych dzieci, w wieku niemowlęcym czy przedszkolnym, przeżywanie doświadczeń wojny i migracji wygląda trochę inaczej, ze względu na ograniczone możliwości rozumienia znaczenia wydarzeń w otoczeniu (Kielar-Turska 2002). Niemniej jednak w ich przypadku też możemy mówić o stresie, ale jest on wzbudzany poprzez procesy empatyczne w relacjach z rodzicami i opiekunami. Potrafią one dobrze zarejestrować zmiany nastroju swoich rodziców i opiekunów, a zatem możemy powiedzieć, że doświadczają one stresu z powodu silnego stresu osób bliskich.

Konsekwencje stresu wojny i migracji dla dzieci i młodzieży można podzielić na kilka kategorii, po pierwsze, takie, które dotyczą zdrowia psychicznego, po drugie, dotyczące problemów wychowawczych i edukacyjnych i po trzecie, dotyczące relacji społecznych. Dodajmy, że podział ten ma charakter poglądowy, a w praktyce zmiany w jednym obszarze mogą powodować zmiany w innym, co więc kierunek oddziaływania może być różny.

ZDROWIE PSYCHICZNE

Najbardziej typowym i często diagnozowanym zaburzeniem rozwijającym się u dzieci w efekcie traumatycznych doświadczeń wojny jest zaburzenie po stresie traumatycznym (PTSD). Objawy tego zaburzenia pojawiają się w trzech wiązках, obejmujących uporczywe, powracające wspomnienia traumy w formie flashbacków czy koszmarnych marzeń sennych, unikanie okoliczności, sytuacji i miejsc, które mogą kojarzyć się z traumatycznym doświadczeniem, oraz przewlekły stan podwyższonego napięcia i niepokoju,

często manifestujący się irytacją, zachowaniami agresywnymi lub trudnościami w zasypianiu (Morrison 2016, Gałęcki 2022). Charakter tych symptomów sprawia, że ich diagnozowanie u dzieci jest utrudnione, ponieważ mają one często trudności z relacjonowaniem swoich doznań i zazwyczaj nie poszukują pomocy. Zdarza się, że zaburzenie to jest diagnozowane u dzieci, ponieważ pojawiają się u nich inne problemy w funkcjonowaniu, na przykład trudności w nauce czy problemy wychowawcze (Mushtaq, Shah i Mushtaq 2016). Obserwacje wskazują również, że w przypadku dzieci pojawiają się pewne specyficzne symptomy, takie jak powracające, wyraziste wizualne wspomnienia traumy, powtarzające się, rutynowe zachowania, stany lękowe związane treściowo z traumą oraz negatywne zmiany w postawach wobec innych ludzi i świata otaczającego (Nkyi 2015). Jednocześnie u dzieci rzadziej obserwuje się koszmary senne dotyczące traumy czy zachowania unikowe (Nkyi 2015). Z kolei inne doniesienia wskazują na takie symptomy, jak pojawianie się niewerbalnych reprezentacji traumy w zabawie, częsty płacz, budzenie się w nocy, nagłe zmiany nastroju czy wycofanie społeczne (Wani i Phogat 2018, Feldman i in. 2011). Inni badacze wskazywali jeszcze na zmiany w apetycie, trudności w zasypianiu czy problemy w koncentracji (Eyouboglu et al. 2019), a także impulsywność i regresje (np. ssanie palca, moczenie się), a u starszych dzieci negatywne oczekiwania dotyczące przyszłości oraz mylenie kolejności zdarzeń we wspomnieniach (Niaz 2015). Generalnie ujmując, doniesienia te wskazują, że doświadczenie traumy wojny u dzieci powoduje pojawienie się wielu różnych dysfunkcji w zachowaniu, niekoniecznie specyficznych dla zespołu stresu pourazowego.

Dzieci i młodzież, mieszkający w tych rejonach świata, w których pojawiały się konflikty zbrojne i działania wojenne, są narażone na doświadczenie skrajnie traumatycznych doświadczeń, takich jak bycie świadkiem zabijania rodziców czy osób bliskich (Wani 2018, Mushtaq, Shah i Mushtaq 2016, Hasanovic 2011). Odsetek tych, u których w efekcie takich doświadczeń rozwija się zespół stresu pourazowego, jest bardzo wysoki, chociaż zróżnicowany w zależności od regionu. W Palestynie szacunki wskazywały od 23% do nawet 70% (Wani, Phogat 2018, Niaz 2014), w Iraku od 10% do 30% (Dimitry 2012), w Izraelu w Strefie Gazy od 25% do 41% (Niaz 2014, Feldman i in. 2011). Badania obejmujące grupę ponad tysiąca dzieci i młodzieży w wieku 10–18 lat mieszkających w Strefie Gazy (Altavil et al. 2008) wskazywały, że u 41% rozwinęło się zaburzenie, a w tej grupie u 20% w stopniu wysokim, 20% – umiarkowanym i 60% niskim. Doniesienia

z konfliktu w Bośni i Hercegowinie w latach 90. wskazywały na od 52% do 67% dzieci, u których w wyniku traumatycznych doświadczeń wojennych rozwinęło się zaburzenie po stresie traumatycznym (Hasanovic 2011, Hasanovic, Sinanovic i Pavlovic 2005, Alwood, Bell-Dolan i Husain 2002). Trzeba w tym momencie dodać, że rozbieżności w relacjonowanych wskaźnikach występowania mogą wynikać z różnic w kryteriach diagnozowania i stosowanych narzędziach diagnostycznych, a poza tym grupy badane, chociaż zazwyczaj dość liczne, nie zawsze spełniały kryteria reprezentatywności dla danej populacji. Jak można również przypuszczać, nie zawsze było możliwe dotarcie do wszystkich dzieci narażonych na traumę. Dobrą ilustracją tego rodzaju problemów mogą być badania przeprowadzone w dwóch rejonach tureckiej Anatolii, w spokojnej prowincji Yesilli oraz ogarniętej walkami ulicznymi i przemocą prowincji Derik (Eyouboglu i in. 2019). W celu oszacowania występowania zaburzenia po stresie traumatycznym zastosowano narzędzie samo opisowe, za pomocą którego badane dzieci w wieku około 13 lat relacjonowały doświadczanie objawów zaburzenia. Otrzymane wyniki wskazały wprawdzie na nieco wyższy poziom objawów w grupie mieszkającej w prowincji, gdzie trwały walki, ale różnica nie spełniła kryterium istotności statystycznej, co było wynikiem dość zaskakującym. Trzeba jednak wziąć pod uwagę, że sam fakt zamieszkania w prowincji ogarniętej konfliktem nie oznacza, że dziecko doświadczyło poważnej traumy, a z drugiej strony zamieszkiwanie w spokojnej prowincji mogło być związane z doświadczeniem traumy innego rodzaju, na przykład przemocy domowej. Dodajmy do tego słabości narzędzi samo opisowych oraz to, że niektóre z zawartych w nich symptomów mogły nie być specyficzne dla zespołu stresu pourazowego, ale dotyczyć również zaburzeń lękowych. W przypadku zaburzenia związanego ze stresem kluczowe diagnostycznie jest pytanie o doświadczenie traumy, a nie o inne symptomy (Morrison 2016). Kiedy porównano w grupie z prowincji ogarniętej konfliktem dzieci, które w wyniku walk musiały uciekać z domu, i te, które nie musiały tego robić, ujawniły się istotne i zgodne z oczekiwaniami różnice w poziomie objawów, co potwierdza znaczenie faktu doświadczenia traumy. Dodajmy, że poza tym studium, inne, omawiane wcześniej, w tym tekście badania obejmowały dzieci, które w sposób bezsporny narażone były na silną traumę.

Biorąc pod uwagę wskaźniki procentowe, wskazujące na odsetek dzieci, u których w wyniku doświadczonej traumy działań wojennych rozwinęło się zaburzenie po stresie traumatycznym, i nawet biorąc pod uwagę ich

zróznicowanie, nasuwa się konkluzja, że są one wyższe niż u osób dorosłych po traumie. Różne badania wskazują, że zaburzenie po stresie traumatycznym rozwija się u kilku do kilkunastu procent osób dorosłych, które doświadczyły traumy (Dudek i Koniarek 2004), a zróznicowanie jest związane z rodzajem traumy. Takie rozbieżności pomiędzy reakcjami dzieci i osób dorosłych mogą wskazywać na ogólnie mniejszą odporność psychiczną dzieci, ale mogą być także związane z rodzajem traumatycznego doświadczenia – badania osób dorosłych uwzględniały więcej przypadków mniej skrajnych wydarzeń niż działania wojenne i bycie świadkiem śmierci osób bliskich. Niemniej jednak powinniśmy wziąć pod uwagę, że dzieci i młodzież są osobami bardziej podatnymi na zaburzenia w efekcie doznanej traumy (Grzegorzewska, Cierpiałkowska, Borkowska 2023).

Badania, realizowane w różnych regionach świata ogarniętych wojną, wskazują również na charakter doświadczeń traumatycznych dzieci i młodzieży. Dzieci z Bośni i Hercegowiny relacjonowały, że były świadkami śmierci swojego ojca lub jego torturowania i zranienia przez żołnierzy, musiały uciekać i ukrywać się przed wrogami, widziały wielu zabitych na ulicach, często będąc świadkami ich zabijania, były siłą zmuszane do opuszczenia domu, separowane od rodziny, zmuszone do przebywania w obozach dla uchodźców (Hasanovic 2011). Dzieci z ogarniętej konfliktem indyjskiej prowincji Kaszmir relacjonowały podobnie, że były świadkami zabicia bliskiego krewnego, aresztowania lub torturowania, znajdowały się pod ostrzałem i same doświadczyły przemocy fizycznej (Mushtaq, Shah i Mushtaq 2016). Dzieci ze Sri Lanki poza byciem świadkiem śmierci osoby bliskiej relacjonowały bombardowanie, ostrzał artyleryjski i zacięte walki pomiędzy żołnierzami (Wani i Phogat 2018). Wszystkie z tych relacjonowanych doświadczeń, konfrontacja z nagłą śmiercią i zranieniem, poważne zagrożenie własnego życia, bycie ofiarą przemocy fizycznej, spełniają w pełni kryteria traumy, tak jak są one zdefiniowane w systemach klasyfikacji zaburzeń (Morrison 2016).

Biorąc pod uwagę, że zaburzenie po stresie traumatycznym rozwija się u sporego odsetka dzieci, ale jednak nie u wszystkich dzieci doświadczających wojny i przemocy, warto zastanowić się nad czynnikami ryzyka. Wśród nich wymienia się niższy poziom wykształcenia, niższe wyniki w testach inteligencji, niższy status społeczno-ekonomiczny, występowanie chorób psychicznych w rodzinie oraz brak wsparcia społecznego (Mushtaq, Shah i Mushtaq 2016). Inne dane wskazują, że ryzyko jest większe w przypadku nastolatków niż młodszych dzieci (Niaz 2014). Wprawdzie niektóre badania

wskazują na większe prawdopodobieństwo rozwoju zaburzenia u chłopców, to wyniki uzyskane przez Euouboglu i współpracowników (2018) wskazują na dziewczęta. Rozbieżność ta może być związana ze stosowaną metodologią, w badaniach Euouboglu mierzono nasilenie symptomów za pomocą kwestionariusza samo opisowego, inne opierały się na diagnozie klinicznej (Mushtaq, Shah i Mushtaq 2016).

Jeśli chodzi o czynniki ochronne, to wymieniane jest przede wszystkim wsparcie społeczne i dobre relacje w rodzinie (Eyouboglu i in. 2019, Wani i Phogat 2018), czyli czynnik, który nie jest specyficzny dla zaburzenia po stresie traumatycznym, ale obok niego wymienia się również poczucie sprawstwa oraz zaangażowanie w buddyjskie praktyki medytacyjne (Wani i Phogat 2018). Warto zwrócić uwagę, że stosowanie medytacji, jako sposobu kontrolowania emocji, nie jest popularne w naszej kulturze, a wspomniane w badaniu dzieci pochodziły ze Sri Lanki. Na oryginalny czynnik ochronny, poznawczy kapitał społeczny (*cognitive social capital*), czyli przekonanie badanych dzieci, że ich najbliższa społeczność jest godna zaufania i zintegrowana, wskazały inne badania (Hall et al. 2014). Wprawdzie analizy z podłużnych badań nie wskazały na efekt ochronny w przypadku zaburzenia po stresie traumatycznym, ale ujawnił się on w przypadku depresji spowodowanej traumą oraz ogólnego poziomu funkcjonowania.

Traumatyczne doświadczenia związane z wojną mogą spowodować u dzieci i młodzieży również inne zaburzenia. Wśród nich wymienia się najczęściej depresję (Mushtaq, Shah i Mushtaq 2016, Hasanovic 2011) oraz zaburzenia lękowe (Niaz 2015). W przypadku nastolatków wymieniane jest również zaburzenie związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, rozwijające się w efekcie podejmowania samodzielnych prób radzenia sobie z obniżonym nastrojem i niepokojem (Mushtaq, Shah i Mushtaq 2016). Warto w tym miejscu dodać, że w tym ostatnim przypadku, młodzieży z muzułmańskiej prowincji Kaszmir, najczęściej używanymi substancjami były opiaty i marihuana. Można się spodziewać, że używanie alkoholu może pełnić podobną funkcję w innych regionach, na przykład w Europie. Trzeba również dodać, że zarówno depresja, jak i zaburzenia lękowe czy związane z substancjami są często współwystępującymi z zaburzeniem po stresie traumatycznym (Mushtaq, Shah i Mushtaq 2016). Jak można zauważyć, doświadczenie traumy może spowodować u dzieci zarówno zaburzenia o charakterze internalizacyjnym jak i eksternalizacyjnym. Jak zauważa Niaz (2015) niektóre dzieci mogą ujawniać w reakcji na traumę gniew i zachowania agresywne, a inne wycofanie społeczne i depresję.

PROBLEMY EDUKACYJNE I WYCHOWAWCZE

Doświadczenie traumy przez dzieci daje w efekcie pogorszenie funkcji poznawczych, pogorszenie pamięci, trudności w koncentracji i uczeniu się (Niaz 2014, Hasanovic 2011). Zmiany tego rodzaju są wymieniane jako charakterystyczne następstwa stresu, również takiego, który nie ma charakteru traumatycznego (Łosiak 2008). W oczywisty sposób tego rodzaju następstwa powodują w dalszej perspektywie pogorszenie osiągnięć szkolnych. Było to obserwowane u dzieci i młodzieży doświadczających stresu wojny w różnych krajach, w strefie Gazy w Palestynie (Altawil i in. 2008), w indyjskiej prowincji Kaszmir (Mushtağ, Shah i Mushtağ 2016), w Bośni i Hercegowinie (Hasanovic 2011) czy w Sri Lance (Wani i Phogat 2018). Biorąc pod uwagę, że zmiany tego rodzaju obserwowano u dzieci pochodzących z różnych rejonów świata i różnych kultur, można uznać, że pogorszenie osiągnięć szkolnych jest powszechnie obserwowanym następstwem traumatycznego stresu u dzieci.

Badania wskazują również, że doświadczenia wojny i migracji powodują u dzieci i młodzieży występowanie problemów behawioralnych, trudności w funkcjonowaniu społecznym i problemy wychowawcze (Hasanovic 2011, Niaz 2014). Wymieniane są zarówno wycofanie, jak i agresja, negatywizm i bierny opór. Inne prace wskazują na trudności w regulacji emocji i pogorszenie kompetencji komunikacyjnych (Armsworth i Holaday 1993). W efekcie obserwuje się u tych dzieci ogólne pogorszenie funkcjonowania społecznego. Wszystkie tego rodzaju zmiany można uznać za manifestacje jednej z trzech głównych wiązek objawów zaburzenia po stresie traumatycznym, a mianowicie stanu podwyższonego napięcia, niepokoju i drażliwości. Trzeba też wziąć pod uwagę, że mogą być to pierwsze objawy rozwijającego się zaburzenia albo już trwającego, chociaż niezdiagnozowanego.

PODSUMOWANIE

Można powiedzieć, że dzieci czy adolescenti, którzy doświadczyli traumy spowodowanej działaniami wojennymi i przymusową migracją, w zasadzie wszystkie ujawniają negatywne zmiany w funkcjonowaniu, chociaż ich zakres może być różny. W przypadku niektórych dzieci ujawnią się one

w pogorszeniu osiągnięć szkolnych czy trudnościach w relacjach z rówieśnikami, u innych spowodują obniżenie nastroju, stany niepokoju czy napady lęku, u niektórych będziemy obserwować subkliniczne formy zaburzenia po stresie traumatycznym, a u wielu rozwinie się ono w pełnej formie. W efekcie rodzaj i zakres podejmowanej interwencji będą różne, a tylko część z nich, chociaż jak wskazują badania całkiem spora część, będzie wymagała kompleksowej pomocy terapeutycznej. W wielu wypadkach będzie wskazanie dla terapii rodzin, bo, jak wskazują dane, wielu rodziców dzieci cierpiących z powodu zaburzenia po stresie traumatycznym, cierpi również z powodu tego zaburzenia (Feldman i Vengrober 2011).

Traumatyczne doświadczenia dzieci, które były świadkami działań wojennych, walk, bombardowań i przemocy, w różnych rejonach świata, w dalekiej Azji, na Bliskim Wschodzie czy w Europie, w Bośni i Hercegowinie w latach 90., oraz konsekwencje tych doświadczeń były już przedmiotem wielu badań i analiz. Obecnie w Polsce pojawiła się olbrzymia grupa dzieci i młodzieży z Ukrainy, których rodziny musiały uciekać z rejonów objętych wojną. Bardzo wiele z nich zapewne doświadczyło skrajnie traumatycznych przeżyć i można się spodziewać, że w konsekwencji u wielu z nich pojawią się zmiany w zachowaniu, funkcjonowaniu i zdrowiu psychicznym, podobne do tych opisanych u dzieci w Palestynie, Kaszmirze czy Bośni i Hercegowinie. W świetle posiadanej przez autora wiedzy nie było to jeszcze przedmiotem opublikowanych naukowych opracowań, ale nauczyciele, wychowawcy czy opiekunowie społeczni powinni mieć świadomość tego, że pewne zmiany w zachowaniu tych dzieci czy adolescentów mogą być czymś więcej niż problemy edukacyjne czy wychowawcze, mogą być manifestacjami rozwijającego się lub już w pełni rozwiniętego zaburzenia po stresie traumatycznym, wymagającego fachowej pomocy terapeutycznej. Dodajmy, że w przypadku dzieci i młodzieży z Ukrainy mamy do czynienia nie tylko ze stresem spowodowanym traumatycznymi doświadczeniami wojny, ale także stresem spowodowanym przymusową migracją i koniecznością akulturacji. Wprawdzie generalnie różnice kulturowe pomiędzy naszymi krajami nie są duże, ale pozostaje kwestia różnic językowych, a szczególnie w przypadku dzieci podejmujących naukę, zadanie opanowania nowego alfabetu. Każda zmiana w naszym życiu wymaga wysiłku adaptacyjnego, który drenuje nasze zasoby psychiczne, ale takie przystosowanie się do zmian jest o wiele trudniejsze dla osób, które dopiero co doświadczyły skrajnego, traumatycznego stresu.

BIBLIOGRAFIA

- Altavil, M., Nel, P., Asker, A. et al. 2008. *The Effects of Chronic War Trauma among Palestinian Children*. W: M. Parsons (red.), *Children: The Invisible Victims of War: An Interdisciplinary Study*, Petersborough.
- Alwood, M., Bell-Dolan, B., Husain, S. 2002. Children's Trauma and Adjustment Reactions to Violent and Nonviolent War Experiences, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(2), 153–161, <https://doi.org/10.1097/00004583-200204000-00018>.
- Armsworth, M., Holaday, M. 1993. The Effects of Psychological Trauma on Children and Adolescents, *Journal of Counselling and Development*, 72, 49–56, <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1993.tb02276.x>.
- Dimitry, L. 2011. A Systematic Review on the Mental Health of Children Armed Conflict in the Middle East, *Child: Care, Health and Development*, 38(2), 153–161, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01246.x>.
- Dudek, B., Koniarek, J. 2004. *Osobowościowe uwarunkowania rozwoju zaburzenia po stresie traumatycznym*. W: J. Strelau (red.), *Osobowość a ekstremalny stres*, Gdańsk.
- Eyouboglu, M., Eyouboglu, D., Sahin, B. et al. 2019. Posttraumatic Stress Disorder and Psychosocial Difficulties among Children Living in a Conflict Area of the Southeastern Anatolia Region in Turkey, *Indian Journal of Psychiatry*, 61(5), 496–502, https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_165_18.
- Feldman, R., Vengrober, A. 2011. Posttraumatic Stress Disorder in Infants and Young Children Exposed to War – Related Trauma, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(4), 450–457, <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.03.001>.
- Figley, C., Nash, W. 2010. *Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka i terapia*, Warszawa.
- Hall, B., Tol, W., Jordans, M. et al. 2014. Understanding Resilience in Armed Conflict: Social Resources and Mental Health of Children in Burundi, *Social Science and Medicine*, 114, 121–128, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.042>.
- Hasanovic, M. 2011. Psychological Consequences of War-Traumatized Children and Adolescents in Bosnia and Herzegovina, *Acta Medica Academica*, 40(1), 45–66, <https://doi.org/10.5644/ama2006-124.8>.
- Hasanovic, M., Sinanovic, O., Pavlovic, S. 2005. Acculturation and Psychological Problems of Adolescents from Bosnia and Hercegovina during Exile and Repatriation, *Croatian Medical Journal*, 46, 105–115.
- Gatecki, P. 2022. *Badanie stanu psychicznego. Rozpoznanie według ICD-11*, Wrocław.
- Grzegorzewska, I., Cierpiątkowska, L., Borkowska, A. 2023. *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*, Warszawa.
- Heszen, I. 2013. *Psychologia stresu*, Warszawa.
- Kielar-Turska, M. 2002. *Rozwój człowieka w pełnym cyklu życia*. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, Gdańsk.
- Łosiak, W. 2008. *Psychologia stresu*, Warszawa.
- Morrison, J. 2016. *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, Kraków.
- Mushtaq, R., Shah, T., Mushtaq, S. 2016. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Children of Conflict Region of Kashmir (India): A Review, *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(1), 1–3, <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/11766.7152>.
- Niaz, V. 2014. Psychotrauma in Children Exposed to the War Atrocities, *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 11(2), 44–46.
- Niaz, V. 2015. Psychotrauma in Children Exposed to the War Atrocities, *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 12(1), 32–35.

- Nkyi, A. 2015. Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescence, *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 6(10), 1028–1032.
- Wani, M., Phogat, P. 2018. Effects of Mental Wellbeing of Children Facing Armed Conflict: A Systematic Review, *Indian Journal of Health and WellBeing*, 9(1), 147–150.

STRESS OF WAR AND MIGRATION – CONSEQUENCES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS

Abstract: Stress caused by war and forced migration is an extremely traumatic experience for everyone, both adults and children, consequently causing impairment in general functioning and negative changes in mental health. Children and youth are especially vulnerable to negative effects of traumatic stress and data collected by UN indicate, that, in different parts of the world, millions of children experienced traumatic events, witnessing death of a close relative or being exposed to physical violence. Post traumatic stress disorder is the most frequently observed mental disorder in such circumstances as well as depression and anxiety disorders. Moreover some traumatized children exhibit impairment in school performance and difficulties in social functioning. This article presents a review of literature on traumatic war experiences of children and youth from different countries as well as on consequences of trauma – post traumatic stress disorder, other disorders and impairment in functioning.

Keywords: war, migration, children, youth, trauma