

TRAUMA U DETINJSTVU¹

Apstrakt

Trauma je egzistencijalno ugrožavajuća preplavljujuća situacija koja prevazilazi sposobnost ega za organizaciju i regulaciju, izazivajući intenzivan strah, bespomoćnost, gubitak kontrole, strah od uništenja... Psihofizičke mogućnosti i specifičan doživljaj sveta i sebe u svetu određuju da se deca sa traumom suočavaju drugačije od odraslih. U radu je dat kratak prikaz relevantne literature o vrstama traume, na osnovu događaja koji ih izazivaju, specifičnom doživljaju traume kod dece u različitim razvojnim stadijumima, dijagnozi razvojnog traumatskog poremećaja i tretmanu trauma kod dece. Prikazana je psihodinamska imaginativna terapija traume za decu (PITT- KID), zasnovana na teorijskim osnovama teorija objekata i ego psihologije, kao oblik terapije koji se prilagođava nivou razvoja deteta i uvažava resurse koje ono ima, uključujući i životno okruženje deteta.

Ključne reči: Trauma kod dece, psihodinamska imaginativna terapija

Uvod

Trauma je definisana (Tyson & Tyson, 1990) kao egzistencijalno ugrožavajuća preplavljujuća situacija koja prevazilazi sposobnost ega za organizaciju i regulaciju. Događaj koji izaziva traumatsku reakciju izvan je uobičajenog ljudskog iskustva i predstavlja pretnju za vlastiti život (zemljotresi, ratovi, izbeglištva, bolesti, ranjavanja, gubitci bliskih osoba, saobraćajne nesreće i sl.). Traumatski događaj slama uobičajene sisteme reagovanja, koji ljudima daju osećaj kontrole, povezanosti i smisla. Zajedničke reakcije u situaciji izloženosti su: intenzivan strah, bespomoćnost, gubitak kontrole, strah od uništenja... Deca su takođe ponekad izložena traumatskim dešavanjima, međutim, psihofizičke mogućnosti i otuda doživljaj sveta deteta određuju da se deca drugačije suočavaju sa njima. Za ljudsko odojče svet je mama, sa njenog lica svet se dešifruje kao opasan i zastrašujući ili kao naklonjen i podržavajući. U slučaju izloženosti traumatskom dešavanju, beba će instinktivno postati oprezna (*freeze*) i osloniti se na procenu signala sa lica roditelja. Ostatak reakcija biće posledica razumevanja signala koje šalje figura afektivne vezanosti. Podržavajuća i adekvatna majka ima mogućnost da svet učini udobnim mestom za svoju bebu i kada okolnosti nisu najbolje, baš kao što majka preplavljena sopstvenim strahovima i u prilično pristojnim životnim okolnostima može poslati svome detetu sliku o svetu

¹ Nastanak rada je finansiran sredstvima Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije u okviru rada na projektu 179002.

kao neizvesnom, nenaklonjenom, pa i zastrašujućem mestu. U slučaju druge solucije, dete će birati borbu, bežanje ili strah kao način nošenja sa opasnostima.

Traumatski poremećaj

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) se kao zasebna dijagnostička kategorija prvi put pominje tek 1980. godine u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje, treća revizija, (DSM-III), a 1992. godine i u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10) (WHO, 1992). PTSP se javlja nakon izlaganja traumatskim događajima i jedini je psihijatrijski poremećaj za čiji nastanak je potreban spoljašnji činilac, tj. ekstremno traumatsko iskustvo. PTSP se javlja nakon što osoba sama doživi ili svedoči nekim traumatskim iskustvima koja su izvan uobičajenih okvira ljudskog funkcionisanja. Neka od njih su rat, borbena iskustva, teroristički napadi, teške nesreće, prirodne katastrofe, interpersonalno nasilje, silovanje, i drugo. Simptomi mogu biti akutni (traju manje od tri meseca) ili hronični, prema definiciji opisanoj u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000).

PTSP je produžena reakcija na ekstremno traumatsko iskustvo sa specifičnim definišućim simptomima: ponovno i trajno prisećanje na traumatski događaj, praćeno preteranom pobudljivošću, izbegavanjem i/ili simptomima obamrlosti. Poremećaj se može javiti u bilo kom dobu, uključujući i detinjstvo. Dijagnostički kriterijumi MKB-10 za posttraumatski stresni poremećaj prema svetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO, 1992.) podrazumevaju:

- da je osoba bila izložena stresnom događaju (bilo kratko ili dugotrajno) izuzetno opasne ili katastrofalne prirode, za koji je je verovatno da bi izazvao stres kod svih ili većine ljudi;
- da ovaj traumatski događaj osoba ponovno proživljava kroz uznemirujuće misli, košmare ili sećanja i doživljava veoma snažne mentalne ili psihičke reakcije ukoliko je nešto podseti na traumatski događaj;
- da izbegava okolnosti koje nalikuju na traumatski događaj.

Podrazumeva se takođe da kod osobe mora biti prisutna nemogućnost sećanja (bilo delimično ili u celosti) nekih važnih aspekata iz perioda izlaganja traumatskom događaju i/ili uporni simptomi povećane psihološke osetljivosti i uzbuđenja (koji nisu bili prisutni pre izlaganja stresoru), bilo koja dva od sledećih:

- a) teškoće zaspivanja ili spavanja
- b) razdražljivost ili napadi besa
- c) teškoće u koncentraciji
- d) nemir
- e) preterana reakcija na iznenadne stimuluse

Svi simptomi se javljaju i prisutni su u periodu od 6 meseci nakon traumatskog događaja.

Posttraumatski stresni poremećaj može ozbiljno uticati na kvalitet života, radnu aktivnost, porodično funkcionisanje osobe, a može dovesti i do značajnih porodičnih i drugih socijalnih problema (American Psychiatric Association, 2000). U DSM klasifikacijskim sistemima različito se tumači uticaj premorbidne patologije ličnosti i osetljivost na razvoj PTSP-a. Neka istraživanja podupiru hipotezu da su jačina i trajanje izloženosti traumatskim događajima i karakteristike stresora (Henigsberg, 2001, prema Kovačić, 2010) glavni rizični činioci za razvoj PTSP-a, druga pokazuju da rizik za razvoj PTSP-a povećava traumatsko iskustvo u detinjstvu i odrasloj dobi (Breslau et al., 1999). Danas se upravo rano traumatsko iskustvo spominje kao jedan od najvažnijih činioca za kasniji razvoj različitih psihijatrijskih poremećaja, uključujući PTSP i depresivni poremećaj (Heim & Nemeroff, 1999).

Istraživanja koja su ispitivala posledice stresa na razvoj u različitim domenima i ostvarivanje razvojnih postignuća i zadataka pokazuju da traumatska iskustva mogu imati posledice u svim oblastima razvoja, od neurofiziološkog i kognitivnog, do emocionalnog, socijalnog i moralnog, kao i na planu razvoja ličnosti. Lekari i istraživači se slažu da su kod dece koja su doživela zlostavljanja, zanemarivanja, ili česte prekide odnosa sa primarnim starateljima često prisutna zaostajanja, različitog stepena, na kognitivnom fizičkom i socijalno-emocionalnom planu (Aber and Allen, 1987; Alessandri, 1991; Cicchetti and Barnett, 1991; Erichon et al., 1989; Hoffman-Plotkin and Twentyman, 1984; Rutter and Tuma, 1988; Salzinger et al., 1993). Posebno se izdvaja linija istraživanja koja su posvećena efektima stresa na socioemocionalni razvoj, u okviru koje se ispituju specifičnosti afektivnog vezivanja kod osoba koje su preživele određena traumatska iskustva. Teorijska osnova pomenutih istraživanja ima korene u Bolbijevoj (Bowlby) koncepciji prema kojoj problemi u afektivnoj vezanosti vode poreklo iz ranih nepovoljnih iskustava sa bliskim osobama, pre svega sa majkom. Zahvaljujući ovakvim istraživanjima, u dijagnostičku klasifikaciju DSM-IV uključena je kategorija "Reaktivni poremećaj afektivne vezanosti (Reactive Attachment Disorder – RAD, DSM IV) (Mihić i sar., 2007). Reaktivni poremećaj vezivanja je retko, ali ozbiljno stanje u kojem beba ili dete ne uspeva da uspostavi zdrav odnos sa roditeljima ili starateljima. Reaktivni poremećaj vezivanja može se razviti ako nisu zadovoljene osnovne potrebe deteta za udobnošću, negovanjem, ako nema dovoljno ljubavi, brige i stabilosti u odnosu sa drugima. Znakovi i simptomi mogu uključivati:

- povlačenje, strah ili razdražljivost;
- Tužan i bezvoljan izgled deteta;
- Netraženje pažnje ili izostanak reakcije kada se pažnja pruža;
- Izostanak socijalnog osmeha;
- Netraženje podrške ili pomoći;
- Nezainteresovanost za igranje sa drugima.

Razvoj i trauma

Ako zamislimo svet iz ugla nekoga čije je visina jedan metar, biće nam lakše da promišljamo o odnosu telesnog razvoja i delovanja traume. Jedno ili ponavljano traumatsko iskustvo kod dece ima dalekosežno delovanje na sazrevanje mozga i neuroloških funkcija, što potvrđuju i mišljenja pedijatarata, koji nepovoljne uslove života često vide kao uzrok zastoja u telesnom razvoju (Kruger & Reddemann, 2013). Ipak, za doživljaj i integraciju traume važniji je dostignut nivo kognitivnog razvoj deteta, pa ćemo toj temi posvetiti više prostora.

Piježe (Piaget, 1978; prema Kruger & Reddemann, 2013) govori o četiri kognitivna stadijuma razvoja, koji će ovde biti predstavljeni u kontekstu traume.

Senzomotorna faza razvoja (0 do 1,5 godine života)

Odojčad i bebe svet doživljavaju preko čula. Najpre pretežno preko oralno-taktilnih, dok se kasnije sve više uključuju i druga čula. Kao pretnja opstanku u tom uzrastu se mogu doživeti dugotrajnija odvajanja od majke, ozbiljniji nedostaci hrane, toplote, mira, telesnog kontakta, kao i preplavljuvanje različitim podražajima. Detetov svet je ograničen na postojanje koje je prožeto odnosom sa majkom i ono što je u njegovom vidokrugu. Majka² u toj interakciji ima zadatak da obradi detetove nejasne sadržaje i preko svojih verbalnih, telesnih i mimičkih reakcija usadi detetu osećaj sigurnosti, „primarnog poverenja“ (Erikson, 1950), te da mu omogući sposobnost mentalizacije, što je osnov svake socijalne kompetencije. Ako majka reaguje pribrano, umirujuće, u njenom krilu se i najstrašnije situacije mogu prevladati bez velike štete. Situacija uzimanja talaca neće ostaviti nikakav dojam na bebu koja u majčinom naručju svet može osetiti kao sigurno mesto, ako majčino lice odaje umirujuć utisak i nema preplavljujućih slušnih podražaja.

Traumatska iskustva iz ovog perioda uvek uključuju traumatizaciju odnosa sa obektom vezanosti. Bez obzira na tip traumatskog iskustva, primarna osoba je ta koja nije mogla sprečiti to što se dogodilo ili je ostavila dete bez zaštite. Zato traumatski stres u ovoj fazi razvoja ima odlučujući uticaj na razvoj obrazaca afektivne vezanosti.

Pre-operacionalna faza razvoja (2. do 7. godine života)

Decu u ovom uzrastu karakteriše magijsko-animistički stil mišljenja, u okviru koga dete smatra da ono što se misli – jeste. Svetom mogu vladati demoni i duhovi, on se može menjati mislima, stvarima i ljudima se pripisuju različite moći, stvaraju se superheroji... Da bi se nosilo sa sopstvenom bespomoćnošću u svetu odrsalih dete sebi pripisuje različite magične moći. Ovaj umišljeni osećaj svemoći tera dete da oseća odgovornost za sve što se događa. Tako pogođeno nekom porodičnom target-dijom, ono može kriviti sebe za to što se dogodilo („Da nisam pozeleo da brat umre

² To ne mora nužno biti majka. Ulogu primarnog objekta može preuzeti otac ili neka druga figura iz detetove sredine.

nakon što mi nije dao da se igram njegovom igračkom, to se ne bi ni dogodilo“). Kada trauma zadesi dete ovog uzrasta, osim sa patogenim potencijalom koji ona sama nosi, dete se mora još i boriti sa sopstvenom uočenom bespomoćnošću i sa krivicom koju sebi pripisuje, stoga je ono još razornije ugroženo. Mogućnosti zlopotrebe od strane odraslih velike su jer su deca podložna pretnjama koje uključuju zla bića, nečastive sile, vampire i sl... Tako će jedno seksualno zlostavljano dete ćutati o tome jer mu je rečeno da će, ako progovori, zli duh ubiti njegovu mamu. Sa druge strane, upravo ta moć zamišljanja može pomoći detetu da prevaziđe traumu, jer ono sebi može dočarati i pomoć i zamisliti dobru vilu koja mu može pomoći u situacijama velike patnje.

Faza konkretnih opreacija (8. do 13. godina života)

Sve više prostora u detetovom kognitivnom prostoru zauzima razumsko shvataje sveta. Dotadašnja iskustva i ona bolna, mogu se diferencirano shvatiti, u njihovoj konačnosti, mogu se ograničiti pomoću intelekta. Retroaktivno prisećanje može omogućiti davanje novo značenja stvarima, i naknadno regulisanje krivice koja je bila prisutna. Razumsko biće u svom postojanju međutim nije kadro da „otrpi“ navalu sećanja, i u ovoj fazi je obično pristup osećanjima ograničen. Mehanizmi intelektualizacije i sublimacije, koji se po prvi put i intenzivno razrađuju u ovoj fazi ipak ne mogu da odrade sav posao kada je obrada traumatskih događaja u pitanju. Zato bi terapeut trebalo da uzme ulogu zastupnika detetovih osećanja, koje ono teško artkuliše.

Faza formalnih opreacija (13. godina života do odrasle dobi)

Dete postaje osoba koja ima usvojene kognitivno – emocionalne kompetencije za samostalniji život. Za objašnjenje pojava se sve više koriste hipotetičko deduktivni modeli objašnjenja. Odvajanje od porodice porekla moguće je kako zbog sve veće psihičke autonomije adolescenta, tako i zbog šireg psihosocijalnog sistema podrške koji se formira na temelju vršnjačkih prijateljstva. Ovu su važni resursi za prorađivanje psihičkih povreda. Sa druge strane, psihičke posledice traumatskih iskustava mladi doživljavaju sa puno stida, a traženje pomoći mogu doživeti kao narušavanje krhke autonomije. Uloga terapeuta je vrlo kompleksna, treba poštovati težnju mlade osobe za autonomijom, ali istovremeno izgraditi terapijski odnos koji nužno uključuje osećanje zavisnosti.

Autorka Terr (1991) je na osnovu iskustva iz svog kliničkog rada dala veliki teorijski doprinos razumevanju traume kod dece. Traumu je definisala kao duševni rezultat jednog, ili više ozbiljnih udaraca koji dolaze od spolja, ostavljajući osobu privremeno bespomoćnom i slamajući njene do tada uspešne mehanizme odbrane i strategije prevladavanja. “Udarac” je uvek spoljašnji, a kada se jednom desi on dovodi do brojnih unutrašnjih promena koje opstaju kroz dug vremenski period. Terr govori o četiri karakteristike zajedničke za većinu trauma iz detinjstva koje su dugo prisutne, čak i kada u odrasloj dobi osoba ima dijagnozu nekog drugog poremećaja (granični ili višestruki poremećaj ličnosti, pokušaj suicida...). Iako je nekad moguće da u aktuelnom trenutku bude prisutna samo jedna ili dve od ovih četiri karakteristika, prouča-

vanje istorije bolesti pokazuje da su i ostale karakteristike imale znatnog udela u životu osobe. Zajedničke karakteristike za većinu trauma su: 1) vizuelno, ili pomoću drugih čula ponavljajuće sećanje na traumatski događaj, 2) repetitivno ponašanje, 3) strahovi vezani za traumu i 4) promenjeni stavovi o ljudima, životu i budućnosti. Traumatski snovi, noćne more, koji su skoro pa obavezan pratilac trauma kod odraslih, kod dece se ne viđaju tako često, naročito ne kod dece mlađe od 5 godina.

- 1) Tendencija da se ponovo vidi, ili ponekad, mada ne tako često, ponovo oseti traumatsko iskustvo. Često ih izazivaju neki okidači, podsetnici, ali se dešava da se javljaju bez ikakvog povoda, za vreme časa u školi, pre zaspivanja, za vreme igre ili tokom drugih aktivnosti.
- 2) Kroz igru ili bihevioralnu rekonstrukciju događaja ponavljaju se aspekti užasavajućeg događaja. Posttraumatska igra, koju dete doživljava kao zabavu, sumorna je, dugotrajna i naročito zarazna forma repetitije. Deca najčešće nisu svesna da njihovo ponašanje ili telesne reakcije imaju neke veze sa traumom, da su zapravo ponavljanje misli ili odgovora na iznenađni šok koju su tada doživeli. Ova ponavljanja mogu biti toliko uporna i dugotrajna da postaju trajna dispozicija ličnosti.
- 3) Specifične strahove koji su proistekli iz trauma relativno je lako učiti kada poznamo prirodu traume koju je dete doživelo. Specifičnost i bukvalnost ovih strahova su *differentia specifica* od neurotskog fobičnog ili anksioznog straha; neurotično dete će se bojati svih pasa, a dete sa traumom samo rotvajlera, dobermana ili one vrste koja je izazvala napad na njega. Anksiozno dete će se bojati uopšteno odrastanja ili možda braka, a dete sa traumom - oralnog seksa, ili one vrste seksualnog kontakta koju je doživelo tokom zlostavljanja...
- 4) Ograničenije perspektive vremena naročito je upadljivo u poređenju sa tipičnim mladim ljudima koji pokazuju gotovo neograničene ideje o budućnosti. Traumatizovani adolescent kroz izjavu o tome da treba živeti samo za današnji dan, a deca tako što ne govore o vremenu kada će odrasti, izražavaju svoju veru u to da će se dogoditi još strašnih stvari, koje niko ne može da spreči. Vera u sebe i druge ljude je poljuljana, "bazično poverenje" (Erikson, 1950) je narušeno. Za razliku od depresivne dece i adolescenata za koje je budućnost sumorna i bezlična, za traumatizovane budućnost je krajolik ispunjen vrletima, jamama, i čudovištima.

Tipologija trauma u detinjstvu

TRAUME TIP I (Šok traume)

Za autorku Terr (1991) prvi tip traume razvija se nakon jednog iznenadnog, šokantnog, traumatičnog događaja. Ovo su klasične traume kako ih definiše Ana Freud (1969). Razlikuju se od trauma koje uzrokuju kompleksniji i dugotrajniji situacioni uslovi po sledećim svojstvima:

1) Sećanja su puna detalja

Skoro svako dete, starije od 36 meseci, koje je bilo svesno u toku izlaganja ili svedočenja traumatskom događaju u stanju je da detaljno izvesti o svemu što se tada zbivalo. Ti izveštaji mogu biti življi i obuhvatniji od onih koje su u stanju da daju odrasli ljudi koji su prisustvovali istom događaju. Deca ponekad, dok ih izgovaraju, iznova i iznova, što je više moguće čisto i precizno, zvuče kao roboti. Dešava se da detalji o kojima dete govori budu, objektivno gledano, pogrešni, ali to nije posledica lošeg sećanja već loše percepcije ili loše procene onoga što se desilo. Ovakva sećanja, videćemo, nisu prisutna kod dece koja su izložena dugotrajnoj torturi.

2) Traganje za “Značenjem”

Za vrijeme i nakon traumatskog događaja, deca sa traumom Tipa I pokazuju tendenciju da se pitaju “Zašto se to dogodilo?” i “Zašto baš meni?” Ovo je način na koji pokušavaju da dobiju retrospektivnu kontrolu iznad neočekivanosti, slučajnosti i okrutnosti događaja koji su preživeli. Kada uspeju da nađu razlog ili način na koji je katastrofa mogla da se izbegne, ogromne količine energije ulažu se u kognitivnu reparaciju prošlog događaja. Osećaj krivice ponekad je nužan pratilac ovih samoskovanih značenja.

Deca sa Tip II traumom, koja su žrtve dugotrajnog zlostavljanja, retko postavljaju sebi pitanje “Zašto ja”, njih više zanima “Kako sam mogao da izbegnem to?”

3) Pogrešne percepcije

Omaške u opažanju, vizuelne halucinacije i pogrešno opažanje vremenske perspektive često se javljaju kod dece koja su iskusila jedan intenzivan, neočekivani šok (Terr, 1985; Kinzie, 1986). Ove distorzije mogu izgledati kao simptomi kod organiciteta ili psihoze, ali ih je u slučaju traume znatno manje. Vizuelne halucinacije i iluzije se uočavaju kod dece ubrzo nakon traumatskih događaja i, ponekad, dugo nakon iznenadnih, nepredviđenih šokova.

Nasuprot tome, dugotrajne patnje koje se doživljavaju deca sa Traumom tipa II često dolaze od počinioca koji su njima poznati i bliski – to mogu biti staratelj, nastavnik ili član porodice. Zbog poznavanja počinioca, šanse za pogrešne percepcije postaju male. Izuzetak od ovog opšteg pravila za žrtve sa traumom tipa II može da se desi kada žrtva misli da “vidi” nasilnika godinama nakon što je izgubila kontakt sa njim.

Traume tipa II

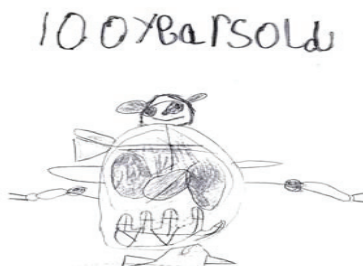
Deca sa poremećajem tipa II pate od dugogodišnje ili ponovljene izloženosti ekstremnim spoljašnjim događajima. Prvo prisustvovanje takvom događaju, naravno, stvara iznenađenje. No, naknadno odvijanje strahote stvara osećaj iščekivanja. Pokušaji da se u takvom okruženju zaštiti psiha i sačuva sebe obuhvataju poricanje, potiskivanje, disocijaciju, samo-hipnozu, identifikaciju sa agresorom i okretanje agresije protiv sebe. Sve ovo može dovesti do duboke promene u karakteru deteta

ili adolescenta. Trauma tipa II, pod lupom stručnjaka za mentalno zdravlje, može se zameniti sa poremećajem u ponašanju, ADHD-om, depresijom ili disocijativnim poremećajem. Kod trauma tipa II rame uz rame sa strahom koji je sveprisutan u traumama iz detinjstva stoje odsustvo osećanja, osećaj besa i tuga koja ne popušta. Karakteristike po kojima se razlikuje od trauma Tipa I su sledeće:

1) Poricanje i Emocionalna otupljenost

Poricanje i emocionalna otupljenost dugo su smatrani klasičnim nalazom kada je dijagnoza posttraumatskog stresnog poremećaja u pitanju. Problemi se javljaju, međutim, jer ovo često izostaje kod dece koja su traumu doživela kroz jedan užasavajući događaj. Masivna poricanja i emocionalna otupljenost su prvenstveno povezana sa dugogodišnjim trpljenjem različitih strahota u toku detinjstva, ono što autorka (Terr, 1991) naziva traumom tipa II. Intezitet ovih odbrana može biti toliko jak da deca izgledaju izuzetno povučeno ili dehumanizovano. Mlađa deca mogu poprimiti izgled Špicovih beba sa sindromom hospitalizma (Spitz, 1945).

Njihov izgled i ponašanje znaci su neuspeha formiranja sigurne afektivne vezanosti i organizacije ličnosti. Takva deca izbegavaju da govore o sebi. Oni hrabro pokušavaju da izgledaju normalno u školi, u komšiluku, na igralištu. Ponekad ispričaju svoju priču jednom ili dvaput i potpuno je negiraju kasnije, plašeći se posledica koje slede (strah da će tatu, zlostavljača, čike da odvedu u zatvor, na primer). No, ni zaboravljanje nije retko. Oni mogu zaboraviti cele segmente detinjstva, od rođenja do 9. godine, na primer. Deluju ravnodušno na bol, kao da im nedostaje empatije, neuspešna su u definisanju osjećanja, i apsolutno izbegavaju bliskost sa drugima. Učestalo poricanje i emocionalna otupljenost i izbegavanje bliskosti zajedno mogu ostaviti utisak prepsihopatije. Ono što pomaže u pravilnom određenju dijagnoze su etiologija i patogeneza, kao i prisustvo ponavljajućih vizualizovanih sećanja na traumatski događaj, specifičnih strahova vezanih za traumatsko iskustvo, repetitivnih obrazaca ponašanja i revidiranih ideja o životu, ljudima, i budućnosti, koje se zadržavaju i godinama nakon poslednjeg zlostavljanja.³



³ Crtež preuzet iz priručnika Neubauer, S. (2013). *Identifying Sexually Abused Children Through Their ART Child Abuse*. Education Foundation of WI, Inc

2) Disocijacija, depersonalizacija, samohipnoza

Depersonalizacija, disocijacija i spontana samohipnoza su važni rezultati ponovljenih, dugogodišnjih strahota koje su deca sa traumom tipa II preživela. Ona su kao žrtve trajnog terora shvatila da će strašnih događaja biti još, da se oni neprestano ponavljaju. Od stalnog očekivanja strahote sebe su zaštiitli depersonalizacijom ili disocijacijom. Telesne anestezije, neosećanje bola, osećaj nevidljivosti, vizuelne i slušne haluciacije, amnezije... Sve su ovo česti nalazi kod dugotrajno zlostavljane dece. Neka od ove dece, ona sugestibilnija, spontano savladavaju tehniku samo-hipnoze. Ovaj mehanizam omogućuje detetu mentalno bekstvo.

3) Bes

Još jedan od čestih nalaza kod zlostavljane dece je prisustvo besa, uključujući i bes okrenut protiv sebe. Lewis i saradnici (Lewis et al, 1985) izveštavaju da je među adolescentnim delinkventima koji su pokušali da izvrše krivično delo ubistva, hronično fizičko zlostavljanje ključni nalaz. Autoagresija je takođe česta kod ove dece i uključuje različite postupke – čupanje, grebanje, sakaćenje pojedinih delova tela, pokušaj suicida... Od besa, koji može postati zastrašujuć dete se brani na dva načina: identifikacijom sa agresorom ili pretvaranjem besa u njegovu suprotnost – ekstremnu pasivnost. U kliničkoj slici ove fluktuacije acting out-a i ekstremne pasivnosti mogu biti toliko dominantne da se daje dijagnoza graničnog poremećaja ličnosti.

Razvojni traumatski poremećaji

Simptomi posttraumatskog stresnog poremećaja kod dece počinju najčešće u okviru prva tri meseca posle traumatskog događaja, mada mogu biti i odloženi mesecima, čak i godinama, u zavisnosti od individualnog slučaja. Simptomi generalno podrazumevaju neki oblik ponovnog preživljavanja, izbegavanje i preteranu senzitivnost i variraju u toku vremena. U proseku polovina pacijenata se kompletno oporavi u roku od tri meseca, mada kod jednog broja pacijenata trajanje simptoma može biti duže od godinu dana nakon traumatičnog događaja.

Kod mlađe dece, uznemirujući snovi o događaju mogu, u okviru nekoliko nedelja, prerasti u generalizovane košmare o čudovištima, spašavanju drugih ili o pretnjama drugima ili samom detetu. Mlađa deca obično nemaju osećaj da proživljavaju prošlost ponovo. Olakšanje češće dolazi u vidu repetitivne igre (npr. dete koje je bilo učesnik ozbiljne saobraćajne nesreće često će to odigravati tako što će sudarati automobilčice igračke). Zato što može biti teško za decu da govore o smanjenom interesovanju za važne aktivnosti ili smanjenju afekta, ove simptome treba pažljivo evaluirati iz izveštaja roditelja, učitelja i drugih značajnih odraslih osoba iz detetovog života. Kod dece osećaj da nema budućnosti i mračan pogled na budućnost može se ispoljiti u tome da to viđenje ne uključuje fazu kada će odrasti. Takođe može postojati „formacija znaka“ – odnosno verovanje da imaju sposobnost da vide buduće nepovoljne događaje. Deca takođe mogu da iskuse različite fizičke simptome

kao što su bolovi u stomaku i glavobolje. Ozbiljnost, trajanje i blizina izloženosti traumatičnom događaju su najvažniji faktori koji utiču na verovatnoću razvoja PTSP-a. Postoje neki dokazi o tome da socijalna podrška, porodična istorija, ranija iskustva, varijabilnosti ličnosti i već postojeći mentalni poremećaji mogu uticati na razvoj PTSP-a. Ipak, ovaj poremećaj se može razviti i kod osoba bez ikakvih predispozicija, posebno ako je stresor koji ga izaziva specijalno ekstreman.

“Developmental trauma disorders” je prvi dijagnostički entitet koji vodi računa o razvojnoj dimenziji posledica psihičke traume (Kruger & Reddemann, 2013).

Predloženi kriterijumi za dijagnozu razvojnog traumatskog poremećaja

- A. Izloženost.** Dete (adolescent) je doživelo ili bilo svedok neželjenog događaja, koji se dogodio u periodu od najmanje jedne godine pre javljanja simptoma, u detinjstvu ili ranoj adolescenciji. Neželjeni događaj uključuje:
- A. 1. Direktno iskustvo ili svedočenje repetitivnim, teškim epizodama međuljudskog nasilja;
 - A. 2. Znatni propusti u pružanju zaštite i nege kao rezultat učestale promene primarnog staratelja; stalno odvajanje od primarnog staratelja; ili izloženost teškom i upornom emocionalom zlostavljanju.
- B. Afektivna i fiziološka neuravnoteženost.** Dete pokazuje oštećenje normativnih razvojnih kompetencija koje se odnose na regulaciju uzbuđenja, u najmanje dva oblika od navedenih:
- B. 1. Nemoćnost da se kontrolišu ili tolerišu osećanja, ili se oporavi od ekstremnih stanja (straha, ljutnje, stida), uključujući i produženo trajanje ekstremnog besa.
 - B. 2. Poremećaji u regulaciji telesnih funkcija (uporni poremećaji spavanja, ishrane, eliminacije; prevelika ili premala osetljivost na dodir i zvuk).
 - B. 3. Smanjena svest (disocijacija) o unutrašnjim senzacijama, emocijama i telesnim stanjima
 - B. 4. Smanjena sposobnost da se emocije ili telesna stanja opišu.
- C. Poremećaji pažnje i ponašanja.** Dete pokazuje oštećenje normativnih razvojnih kompetencija koje se odnose na održavanje pažnje, učenje ili suočavanje sa stresom, uključujući najmanje tri od sledećih:
- C. 1. Preokupiranost pretnjom, ili umanjena sposobnost da vidi prijetnja, uključujući i pogrešno tumačenje znakova sigurnosti i opasnosti.
 - C. 2. Smanjenom sposobnošću za samozaštitu, uključujući i ekstremno preuzimanje rizika ili hiperaktivnost.

- C. 3. Maladaptivni pokušaji samoumirivanja (ljuljanje i drugi ritmični pokreti, kompulzivne masturbacije).
- C. 4. Samopovređivanje (namerno ili automatsko).
- C. 5. Nemoгуćnost da pokrene ili održava cilju-usmereno ponašanje.
- D. Narušen odnos prema sebi i drugima.** Dete pokazuje oštećenje normativnih razvojnih kompetencija koje se odnose na osećaj sopstvenog identiteta i uključivanje u odnose sa drugima, uključujući najmanje tri od sledećih:
- D. 1. Intenzivna preokupacija time kojiko je staratelj ili druga voljena osoba pouzdana ili poteškoće u tolerisanu ponovnog susreta nakon odvajanja.
- D. 2. Uporne negativne misli o sebi, uključujući mržnju prema sebi, bespomoćnost, bezvrednost, neefikasnost ili neispravnost.
- D. 3. Ekstremno i uporno nepoverenje, prkos ili nedostatak recipročnog ponašanja u bliskim odnosima s odraslima ili vršnjacima.
- D. 4. Reaktivna fizička ili verbalna agresija prema vršnjacima, starateljima, ili drugim odraslim osobama.
- D. 5. Neprimereni (previše intenzivni ili promiskuitetni) pokušaji da se ostvari bliskost ili prekomerno oslanjanje na vršnjake ili odrasle.
- D. 6. Smanjena sposobnost da se reguliše empatijsko uzbuđenje (netolerancija na pokazivanja stresa drugih ljudi) ili preterana odgovornost za patnju drugih.
- E. Trajanje.** Kod deteta prisutan najmanje jedan simptom iz najmanje dva od tri klastera PTSP simptoma B, C, D i E najmanje 6 meseci.
- F. Narušena funkcionalnost.** Poremećaj uzrokuje klinički značajno povišenje ili smanjenje vrednosti u na dva od sledećih područja rada:
- F. 1. Škola: uspeh ispod očekivanog, česti izostanci, disciplinski problemi, sukob sa školskim osobljem, poteškoće u učenju ili intelektualna oštećenja koja se ne mogu objasniti neurološki ili uticajem drugih faktora.
- F. 2. Porodica: Konflikti, izbegavanje/pasivnost, bežeanja, neispunjavanje odgovornosti u porodici.
- F. 3. Vršnjaci: Izolacija, devijantne sklonosti, uporni fizički ili emocionalni sukobi, izbegavanje/pasivnost, učešće u nasilju ili krivični delima, uzrastno neprikladno ponašanje ili stil interakcije.
- F. 4. Zakon: Sve teže povrede zakona, zločini protiv drugih ljudi, nepoštovanje ili prezir prema zakonu ili za konvencionalne moralne standard, hapšenja, osude, kršenje uslovne slobode ili drugih sudskih naloga, reciproziteta.
- F. 5. Zdravlje: Somatska bolest ili problemi, uključujući one sa probavnim, neurološkim (uključujući konverzivne simptome), genitalnim, imu-

nološkim, kardiopulmonalnim ili čulnim sistemom, ili jake glavobolje (uključujući migrenu), hronični bol ili umor, koji se ne mogu u potpunosti objasniti fizičkim povredama ili fiziološkim promenama.

F. 6. Rad (Adolescenti): Nezainteresovanost za rad/izbor profesije, nesposobnost da se zadrži posao, uporni sukobi sa saradnicima, slabija produktivnost u odnosu na sposobnosti.

Tretman trauma

Na decu i mlade izložene traumatskim događajima i nesrećama potrebno je usmeriti posebnu pažnju i pružiti podršku. Podrška, skrining i dijagnoza u akutnoj fazi treba da se odvijaju u prisustvu članova porodice. Informacije, pomoć i tretman moraju se zasnivati na znanju o uzrasno važnim ranjivostima i izvorima podrške. Psihoterapijski pristupi preporučeni u tretmanu PTSP-a kod dece i adolescenata (prema Svetska Zdravstvena Organizacija, 2013) su Kognitivno-bihevioralna terapija usmerena na traumu i EMDR ili Terapija reprocessiranja. Kognitivno-bihevioralna terapija usmerena na traumu je psihoterapijski metod koji ima za cilj da se bavi potrebama dece i adolescenata (od 3 do 18 godina) sa posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP) i drugim teškoćama u vezi sa traumatskim životnim događajima. To je kratkotrajna terapija (obično 12-16 sesija) koja uključuje individualne i zajedničke sesije za dete i za roditelje. Ovaj metod objedinjuje i kombinuje različite komponente intervencija usmerenih na traumu i tehnike iz kognitivno bihevioralne terapije. Psihoedukacija koja se pruža starateljima ima za cilja da im pomogne da se identifikuju i nose sa emocijama, mislima i ponašanjem deteta koje se javlja kao posledica traume. Metod se pokazao efikasnim u ublažavanju simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja (Cohen et al., 2007), depresije, anksioznosti, agresivnog ponašanja i promiskuitetnog ponašanja i osećaja stida kod traumatizirane dece (Seidler & Wagner, 2006). Terapija desenzitizacije i reprocessiranja uz pomoć pokreta očiju (EMDR) ili terapija reprocessiranja, je psihoterapijski metod indikovani u tretmanu emotivnih problema uzrokovanih traumatskim iskustvima (Shapiro & Deany, 2010). Cilj EMDR-a je smanjenje dugotrajnih posledica uznemirujućih sećanja na traumatski događaj, razvojem adaptivnih mehanizmana preživljavanja. Terapija koristi pristup u osam faza koji uključuje pacijentovo prizivanje mučnih slika, sećanja, prilikom primanja bilateralne senzorne stimulacije očiju (Feske, 1998). Ovaj metod usmeren na klijenta omogućava mobilizaciju mehanizma samoozdravljenja stimulišući postojeći sistem u mozgu za adaptivnu elaboraciju informacija. Smatra se da se izuzetna efikasnost ovog metoda nalazi u direktnom efektu na moždane neurofiziološke mehanizme. EMDR model daje veliki značaj fiziološkim komponentama emotivnih poremećaja i radi na njima uzimajući u obzir i negativni kognitivni aspekt, emocije i ostale uznemiravajuće faktore i simptome. Protokol za decu stavlja veći naglasak na uspostavljanje sigurnog mesta koje izaziva pozitivna osćanja pre nego što počne terapija.

Skoro svi psihološki tretmani za prevazilaženje traume namenjeni deci obuhvataju sesije psihoedukacija dece i roditelja i posmatranje simptoma (npr., koristeći dnevnik flešbekova, noćnih mora, uznemirenosti), zatim sesije namenjene ponovnom uspostavljanju rutinskih aktivnosti, obuci u veštinama suočavanja s problemima, postizanju sigurnosti i upravljanju sopstvenim emocijama.

Psihodinamska imaginativna terapija traume za decu i mlade

Psihodinamska imaginativna terapija traume (PITT) razvijena je od strane Luise Reddemann kao rezultat kliničkog rada sa pacijentima sa dijagnozom post-traumatskog stresnog poremećaja i graničnog poremećaja ličnosti, čiji je nastranak povezan sa doživljajem traume. Terapija je bazirana na teorijskim osnovama teorija objekata, ego psihologije i konceptima ego stanja, kako ih opisuju Watkins and Watkins (1997; prema Reddemann, 2007). Koristi model rada u tri faze; prva je faza stabilizacije, druga – faza konfrontacije sa traumom i treća – faza integracije. Ovim fazama predhodi uvodna faza započinjanja tretmana.

Polaznu osnovu u radu čine vežbe, koje služe kao podsticaj za ideje, a onda se različite tehnike koriste kreativno, prema situaciji u terapiji. Tehnike koje psihodinamska imaginativna terapija traume za decu (PITT KID) koristi su raznovrsne: igra, vodjene fantazije, crtanje, igranje uloga, teatarske inscenacije, telesno izražavanje... Zavisno od uzrasta, mogućnosti i preferencija deteta. Neke od vežbi, u čije se detaljno opisivanje ovde nećemo upuštati (vidi u Kruger & Reddemann, 2013) su “Odložiti prtljag”, za podsticanje razgovora o opterećenjima koja sa sobom nosi pacijent, “Šta ja mogu” za nalaženje unutrašnjih resursa, “Sreća” za prizivanje trenutaka radosti, “Zaključiti mir sa sobom”, kao polazna tačka za razgovor sa pacijentom o prihvatanju svojih različitih strana, “Ubica čudovište”, za rad sa introjektima počinitelja, itd. Imaginativni rad, koji se koristi u svim fazama tretmana traume, predstavlja važan element u PITT KID, zbog čega ovo i jeste koncepcija koja je jako bliska deci. Sposobnost zamišljanja, kojom raspolažu svi ljudi, kod dece je, po pravilu i veća. Reddemann (2007) naglašava da uloga terapeuta treba biti neutralna što je više moguće, tako da se pacijentu dopusti da pronade svoje načine stvaranja imaginacija. Terapeut treba da prati, pomaže i ohrabruje pacijenta, a ne da mu daje uputstva šta da radi ili vidi. Čak i kada nisu u stanju da stvaraju unutrašnje slike (naročito na početku terapije), deca često svoj unutrašnji svet odigravaju na spoljašnjoj bini; slikaju ili grade svoje izmišljene svetove od peska, kartona ili bilo čega što im dodje pod ruku. Protagonisti u ovako stvorenom svetu su deca sama, njihovi vršnjaci i odrasli – i baš ovo predstavlja resurs od neprocenjive vrednosti u terapijskom radu, naročito sa decom koja nisu toliko nadarena fantazijom. Kroz igru se mogu podeliti unutrašnja stanja, a zamisli iz spoljašnjeg prostora za koje se utvrdi da pomažu onda se mogu poslati nazad u unutrašnji svet. Reddemann (2007) vidi vrednost rada sa imaginacijama u PITT-KID terapiji u mogućnosti fiktivnog isprobavanja stvari pre njihove primene u stvarnom životu, mogućnosti za stvaranje novih oblika postojanja

ili delovanja - na siguran i kreativan način. Smatra da imaginacije mogu uticati na mozak kao što to mogu prava iskustva i navodi da je ovaj koncept potvrđen u neurobiologiji (Hüther, 2004; prema Reddemann, 2007). Traumatizirani pacijenti na ovaj način mogu naučiti da bolje brinu o sebi, da se bolje nose sa ogromnom količinom emocija i da rekonstruišu sopstveni unutrašnji sistem (uče se, na primer, pronalaznju dobrog mesta za unutrašnje dete umesto da ga ostave u grču i boli).

1) Faza stabilizacije

U fazi stabilizacije, imaginacija se koristi za formiranje, održavanje i zaštitu resursa koji mogu pomoći pacijentu da kontroliše svoja osećanja, a ne da neprestano bude preplavljen njima. Pacijent takođe uči da istražuje različite delove sebe, koji onda mogu komunicirati međusobno i sa terapeutom.

Važnu ulogu na početku faze stabilizacije igraju teme sigurnosti i osećaja krivice. Za dete koje je žrtva traume prvi preduslov za sprovođenje procesa tretmana je uspostavljanje sigurnog okruženja. Ako nam dođe dete koje je i dalje ugroženo realnim životnim okolnostima, prvo što moramo učiniti je da pomognemo u stvarnom prevazilaženju te ugroženosti. No i nakon što je počinitelj odstranjen ili dete odvojeno od njega, treba se stalno interesovati za detetovu procenu ukupne situacije i pružiti mu objašnjenje mera sigurnosti koje će ono moći da razume. Važna je i uloga "konflikta lojalnosti" koji deca žrtve porodičnog nasilja mogu osećati. U terapiji se treba nositi sa detetovom željom za kontaktom sa počiniteljem i njegovom čežnjom za dobrim objektom. U većini slučajeva postoje barem latentni tragovi pozitivnih iskustava sa roditeljem-počiniteljem. Te trago-ve je potrebno dotaći i uvažiti, te omogućiti detetu da prežali gubitak.

Uz rad sa detetom u ovoj fazi radi se i psihoedukacija roditelja (staratelja). Vrlo je važno da oni najpre razumeju zašto se dete ponaša tako kako se ponaša i da budu u stanju da pruže pomoć i podršku kada je detetu to potrebno.

Uspešan prolazak kroz fazu stabilizacije je preduslov za konfrontaciju deteta sa traumom. Za neku decu, sa jednokratnom traumom i PTSP-om koji nema razmere kompleksnog, često bude i sasvim dovoljan da intruzivna doživljavanja povezana sa traumom nestanu. Nakon toga nema smisla ulaženje u sledeću fazu, koja troši mnogo snage.

2) Faza konfrontacije sa traumom

U fazi konfrontacije sa traumom, imaginacija se koristi za rekonstrukciju traumatskih događaja na svim nivoima (bihevioralnom, afektivnom, telesnom i kognitivnom), prema BASK modelu. Konfrontacija sa traumom zahteva intenzivnu pripremu deteta i njegovog socijalnog okruženja, koje bi trebalo biti podešeno na tu za dete opterećujuću situaciju. Tokom faze konfrontacije koriste se različite tehnike sa ciljem da pomognu pacijentu da se distancira od traumatskog događaja (radi sprečavanja retraumatizacije), dok ga u isto vrijeme opisuje.

3) Faza integracije

U trećoj fazi imaginacija se koristi za ponovno sagledavanje resursa koje pacijent ima, sada na višem razvojnom nivou ali i za osnaživanje njegovih kreativnih potencijala koji će mu omogućiti snalaženje u daljem životu. Integracija i novi poč-

tak po pravilu dolaze tek nakon prorade traumatskih iskustava, mada elementa treće faze procesa oporavka ima tokom čitavog trajanja tretmana.

Važne teme u okviru faze integracije su rad na prevladavanju konflikata, rad na žalovanju i podsticanje kreativnog razvoja. Mnogi kompleksno traumatizirani pacijenti nemaju usvojene strategije za uspešno prevladavanje konflikata – oni se u situacijama konflikata po navici ili disociraju ili automatski smatraju krivima. Radi se ne samo na usvajanju strategija ili osveštavanju mehanizama odbrane, već u prvom redu na radu na sigurnosti u to da se konflikti mogu savladati. Rad na žalovanju na poseban način osnažuje pacijente i uliva im novu snagu za savladavanje predstojećih životnih teškoća – stvara se prilika za pomirenje sa drugima, prihvatanje sebe i sticanje vere u vlastite vrednosti. Celokupno osnaživanje mladih uključuje i osnaživanje njihovih kreativnih potencijala. Podsticaj za korišćenje oruđa kulture – muzike, slikanja, pisanja, plesa – podržava transformaciju traume. Reddemann (2007) veruje da snaga koju oslobađa umetnost, čak i kada se radi o sasvim skromnim dostignućima, pomaže u isceljenju – i umetnika i onih koji su u stanju da sa njim saosećaju.

U istraživanju Lampa i saradnika (Lampe et al., 2008) ispitana je efikasnost tretmana PITT. U grupi koja je bila izložena tretmanu značajna poboljšanja pojavila su se na svim istraživanim parametrima (depresija, izbegavanje, anksioznost, somatizacija, i samo-umirujuće ponašanje). Pokazalo se da su simptomi kod pacijenata smanjeni proporcionalno sposobnosti smirivanja sebe.

Zaključak

Traumatsku reakciju izazivaju događaji koji su izvan uobičajenog ljudskog iskustva i predstavljaju pretnju za vlastiti život. Ovakvi događaji slamaju uobičajene sisteme reagovanja, koji ljudima daju osećaj kontrole, povezanosti i smisla i izazivaju intenzivan strah, bespomoćnost, gubitak kontrole, strah od uništenja. Traumatskim reakcijama su jednako podložna i deca, međutim ograničenost psihofizičkih mogućnosti određuju da se deca drugačije suočavaju sa njima. Istraživanja pokazuju da traumatska iskustva mogu imati posledice u svim oblastima razvoja, od neurofiziološkog i kognitivnog, do emocionalnog, socijalnog i moralnog, kao i na planu razvoja ličnosti. Lekari i istraživači se slažu da su kod dece koja su doživela zlostavljanja, zanemarivanja, ili česte prekide odnosa sa primarnim starateljima često prisutna kašnjenja, različitog stepena, na kognitivnom fizičkom i socijalno-emocionalnom. U tekstu se skreće posebna pažnja na neophodnost usmeravanja pažnje i pružanja podrške deci i mladima izloženim traumatskim događajima i nesrećama – temi koja je u bumu terapije traume tretirana maćehinski). Predstavljena je psihodinamska imaginativna terapija traume za decu i mlade, kao oblik terapije koji se prilagođava nivou razvoja deteta i uvažava resurse koje ono ima, dok tretman uključuje i životno okruženje deteta. Iskustva terapeuta koji rade sa teško povređenom decom i adolescentima pokazuju da se uloženi trud u mnogome isplati. Iako se bol teško traumatizirane dece na početku čini neizmerno većom nego kod odraslih,

ona, uz odgovarajuću podršku, svojom glađu za životom uspevaju da prevaziđu i najnepovoljnije okolnosti.

Literatura

- Aber, J.L., Allen, J.P. (1987). Effects of maltreatment on young children's social emotional development: an attachment theory perspective. *Developmental Psychology* 23, 406-414.
- Alessandri, S.M. (1991). Play and social behaviors in maltreated preschoolers. *Development and Psychopathology* 3, 191-206.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, Temporary Revised IV ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association Press;
- Breslau, N., Chilcoat, D., Kessler, C., Peterson, L., Lucia, C. (1999). Vulnerability to assaultive violence: further specification of sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 29, 813-21.
- Cicchetti, D., Barnett, D. (1991). Attachment organization in maltreated preschoolers. *Development and Psychopathology*, 3, 97-412.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Perel, J.M., Staron, V. (2007). A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, (7), 811-819.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton.
- Erickson, M.F., Egeland, B., Pianta, R. (1989), The effects of maltreatment on the development of young children. In: Cicchetti, D., Carlson, V., eds. *Child Maltreatment*. New York: Cambridge University Press, 647-684.
- Feske, U. (1998). "Eye movement desensitization and reprocessing treatment for posttraumatic stress disorder". *Clinical Psychology: Science and Practice* 5 (2), 171-181.
- Freud, A. (1969). Comments on trauma in The Writings of Anna Freud. *Research at the Hampstead Child Therapy Clinic and Other Papers*. New York: International Universities Press.
- Heim, C., Nemeroff, C.B. (1999). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry* (46), 1509-1522.
- Hoffman-Plotkin, D., Twentyman, C.T. (1984). A multimodal assessment of behavioral and cognitive deficits in abused and neglected preschoolers. *Child Development* 55, 794-802.
- Kinzie, J.D. (1986). Severe posttraumatic stress syndrome among Cambodian refugees. In: Shore, J., ed. *Disaster Stress Studies*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kovačić, Z. (2010). *Polimorfna regija vezana za gen serotoninskog transportera u bolesnika s posttraumatskim stresnim poremećajem*. Doktorska disertacija: Sveučilište u Zagrebu.

- Kruger, A., Reddemann, L. (2013). *Psihodinamska imaginativna terapija traume za decu i mlade*. Goražde: Udruženje žena.
- Lampe, A., Mitmansgruber, H., Gast, U., Schüssler, G., Reddemann, L. (2008) . Treatment outcome of psychodynamic trauma therapy in an inpatient setting. *Neuropsychiatry*, 22, (3), 189 – 197.
- Lewis, D.O., Moy, E., Jackson, L.D. (1985). Biopsychosocial characteristics of children who later murder: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*; 142, 1161-1167.
- Mihčić, I., Zotović, M., Petrović, J. (2007). Stresna iskustva u odrastanju i afektivna veza-nost adolescenata. *Psihologija*, 40 (4), 527-542.
- Neubauer, S., (2013). *Identifying Sexually Abused Children Through Their ART Child Abuse*. Education Foundation of WI, Inc. 10.07.2015. dostupno na: www.caefwi.org/uploads/caef_brochure.pdf
- Reddemann, L. (2004). *.Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT das Manual*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Rutter, M., Tuma, A. (1988). Diagnosis and classification: some outstanding issues. In: *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology*. Rutter, M., Tuma, A.H., Lann, I.S., eds. New York: Guilford Press, 437-452.
- Salzinger, S., Feldman, R.S., Hammer, M. (1993). The effects of physical abuse on children's social relationships. *Child Development* 64, 169-187.
- Seidler, G.H., Wagner, F.E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36, (11), 1-8.
- Shapiro, F., Laliotis, D. (2010). EMDR and the adaptive information processing model: Integrative treatment and case conceptualization. *Clinical Social Work Journal*, 39, (2), 191–200.
- Spitz, R. (1945). Hospitalism. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 64-72.
- Terr, L. (1985) Remembered images in psychic trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 40, 493-533.
- Terr, L. (1991). Childhood Traumas: An Outline and Overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, (1), 10-20.
- Tyson, P. , Tyson, R. L. (1990). *Psychoanalytical Theories of Development. An integration*. New Haven: Yale University Press.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders, Tenth revision*. WHO. Geneva.
- World Health Organization. (2013). *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*. Geneva: WHO.

Aleksandra Stojilković

TRAUMA IN CHILHOOD

Abstract

Trauma is an overwhelming, life-threatening situation that exceeds ego capacity for organization and regulation, provoking intense fear, helplessness, loss of control, fear of destruction... Mental and physical features and particular experience of the world and self in the world determined that children are facing with trauma differently than adults. This paper gives a brief overview of the relevant literature on the types of trauma, specific experience of trauma in children at different developmental stages, developmental trauma disorder diagnosis and treatment of traumatized children.

Psychodynamic imaginative trauma therapy for children (PITT- KIDD), based on the theoretical bases of the theory of objects and ego psychology is presented, as a form of therapy that adjusts to the developmental level of the child and recognizes resources from environment of the child.

Key words: Trauma in children, psychodynamic imaginative therap, PITT- KIDD