

KONCEPT SMRTI I GUBITKA KOD DECE I MLADIH

RANA TRAUMA IZ UGLA TEORIJE AFEKTIVNE VEZANOSTI

REAKCIJE DETETA NA TRAUMU

HOMICID I SUICID KOD DECE

UTICAJ RELIGIJE I KULTURE

VRSTE TRAUMATSKIH ISKUSTAVA KOD DECE

FAKTORI RIZIKA I OTPORNOSTI

Beograd, maj 2024.

Sanja Bratina
Anica Dudvarski

Teorija afektivne vezanosti

- Teorija o poreklu i prirodi čovekove osećajnosti – nastala je sredinom XX veka. Kreator ove teorije je bio engleski psihoanalitičar **Džon Bolbi** a dalje ju je proučavala i razvila američka psihološkinja **Meri Ejnsvort**.
- Na temelju svojih proučavanja metodom strane situacije čiji je cilj bio proučavanje odnosa vezanosti i ponašanja u uslovima stresa (prilikom odvajanja od majke i prisustva nepoznate osobe) Meri Ejnsvort je izdvojila:
 - **1. SIGURNU VEZANOST**
 - **2. NESIGURNU/IZBEGAVAJUĆU VEZANOST**
 - **3. NESIGURNU/AMBIVALENTNU VEZANOST**

Opservacije su procenjivane na osnovu precizno definisanih skala:

- responzivnosti majki na bebin plač
 - pristupačnosti majke
 - saradnje i prihvatanja deteta
 - kvaliteta nežnosti pri uzimanju bebe
 - veština u postupanju sa bebom.
-
- Dvadesetak godina iza toga M. Mejn i J. Solomon su definisali i
 - **4. DEZORGANIZOVANU/KONFUZNU VEZANOST**

Afektivna vezanost i strah

- Ukoliko postoji *sigurna vezanost*, majka može da umiri detetove strahove (od mraka, jakih zvukova, usamljenosti, naglih pokreta). Majka je snažan izvor smirenja i oporavka i podrška za dalje životne poduhvate.
- Dete koje ima *izbegavajući obrazac vezanosti* nastojaće da što ređe oseti strah, podići će prag osetljivosti na emocije i trudiće se da bude hrabro.
- Dete koje ima *ambivalentni obrazac vezanosti* stalno oseća strah i traži pomoć. Kod njega je snižen prag osetljivosti.

- Dete koje ima *dezorganizovani obrazac vezanosti* oseća strah a zna da nema strategiju izbora. Roditelji ove dece su često zlostavljači ili ih zanemaruju. Oni nemaju kapacitet da se nose sa sopstvenom bespomoćnošću pa reaguju zanemarivanjem ili zastrašivanjem. Uzrok tome najčešće je i njihovo iskustvo traume u ranom detinjstvu koje nije obrađeno i integrisano, pa su u stresnim situacijama i sami preplavljeni strahom, reaguju destruktivno ili zastrašujuće... oni i sami imaju dezorganizovanu afektivnu vezanost i prenose strah na dete. To utiče na dete tako da se ono emocionalno distancira od tog iskustva – blokira ga i potiskuje...

Najčešći znaci i simptomi dezorganizovane vezanosti kod dece

- kod beba:
 - izbegavanje kontakta pogledom,
 - učestalo plakanje, iritiranost,
 - teškoće sa hranjenjem, snom...,
 - agresivni ispadi (bes, ujedanje...),
 - hronično loše zdravlje...

- kod dece predškolskog i ranoškolskog uzrasta:
 - problemi separacije,
 - problemi sa vršnjacima,
 - indikacije ka ADHD poremećaju,
 - intenzivni napadi besa,
 - regresivna ponašanja,
 - intenzivna stidljivost, plašljivost,
 - hipersenzibilnost...

- kod dece u pubertetu i ranoj adolescenciji:
 - nedostatak empatije,
 - prenaglašena ljutnja ili nasilje (prema vršnjacima, životinjama...),
 - vređanje drugih,
 - sklonost laganju,
 - sklonost krađama, prekršajima,
 - loša kontrola impulsa,
 - rane seksualne aktivnosti,
 - problemi u odnosima sa vršnjacima,
 - problemi sa ishranom...

Reakcije deteta na traumu

- procena opasnosti i veza sa reakcijom majke/oca/staratelja
- *skrivena/nevidljiva trauma*
- **efekat traume preko limbičke hipotalamusno-hipofizno-adrenalne ose**
- **stanje produženog stresa**
- Osoba koja je razvila dezorganizovani obrazac vezivanja u konstantnom je stanju stresa, limbički korteks joj je stalno aktivan a rad viših delova mozga i mentalizacija su blokirani. Emocionalna uznemirenost traumatizovanog deteta je posledica sačuvanih bolnih iskustava u limbičkom korteksu i na taj način rane traume utiču na funkcionisanje osobe čitavog života.

- Kada roditelj ne prilagođava strah koji oseća uzrastu deteta, ili kada zanemaruje ili zlostavlja dete – reakciju na stres preuzima limbički korteks i česta posledica toga je **prolongiran ili neobjašnjiv strah kod deteta**. U takvim okolnostima dete se može kreativno adaptirati tako što će **početi kontrolisati roditelje** (to je slučaj kod „snažnije“ dece). Ova kontrola može ići u dva pravca:
 - zabrinutost (da li će se roditelj vratiti kad ode, hoće li se probuditi kad zaspi, hoće li se povrediti...) – tipičniji je za devojčice ili
 - neposlušnost, pravljenje problema... – tipičniji je za dečke.

Razvojne i šok traume kod dece

- **Razvojne traume** su ponavljana, akumulirana, povređujuća, bolna iskustva odbacivanja doživljena tokom razvoja u interakciji sa osobama koje su dominantne figure za dete (najčešće roditelji). Ta iskustva formiraju osećaj neadekvatnosti ili niže vrednosti kod deteta i utiču na kreiranje mehanizama odbrane.
- **Šok traume** su pojedinačni, intenzivni neprijatni događaji koji se dešavaju neočekivano. Reakcije na ove traume zavise od više činilaca, a najbitniji su:
 - vrsta opasnosti/ugroženosti,
 - prethodno iskustvo deteta,
 - uzrast i pol deteta,
 - opšte stanje organizma, posebno emocionalna stabilnost i samopouzdanje,
 - slika o sebi i svetu,
 - kapacitet za prevladavanje teškoća (rezilijentnosti, otpornosti),
 - okolnosti u kojima se trauma dešava,
 - okruženje – posebno njegova raspoloživost za podršku detetu,...

Suicid

- Uzrast od 10 do 14 god, stopa od 0.8 do 1.7
- Mnogi slučajevi nisu razjašnjeni, uzroci smrti ostaju sumnjivi

Homicid

- Deca uzrasta ispod 18 godina čine **11%** osoba uhapšenih zbog ubistva ili ubistva iz nehata u SAD (Ewing, 1990)
- **1,5%** ukupno uhapšenih zbog ubistva su deca ispod 15 godina starosti
- **1%** ukupno uhapsenih je ispod uzrasta od 10 godina
- **20%** uhapšenih počinitelaca ubistava ispod 18 godina starosti je ubilo roditelja ili nekog drugog bliskog člana porodice

Homicid i koncept smrti

- Literatura i studije slučaja se mahom odnose na decu koja su ubila svoje roditelje, najčešće posle dugog perioda trpljenja zlostavljanja
- U postojećoj literaturi se mogu naći istraživanja koja svedoče da mladi počionioci ubistava najčešće nemaju prethodno registrovano stanje mentalne bolesti, IQ im je nešto ispod prosečnog, češće prisutne smetnje u učenju (Ewing, 1990, Zagar, Arbit, Sylives, Butch I Hugess 1990)
- Najkonzistentnija i najsnažnija korelacija po pitanju dečje homicidalnosti se tiče njihovog prisustva i/ili trpljenja porodičnog nasilja

Koncept smrti kod dece i mladih

- Pitanje toga šta deca razumeju u vezi smrti i da li njihovo razumevanje može biti isto kao i kod odraslih je ključno u procesiranju i potencijalnoj rehabilitaciji homicidalne dece

Suicidalnost i koncept smrti

- Većina saznanja o konceptu smrti kod suicidalne dece je ekstrapolirana iz istraživanja na zdravoj deci
- Ograničenja istraživanja na suicidalnoj deci se tiču verbalnih kapaciteta, kognitivnog nivoa i emocionalnog stanja suicidalne dece
- Izgleda da su suicidalna deca preokupiranija mislima o smrti, te da više fluktuiraju u razumevanju finalnosti smrti – pod stresom su češće sklona da vide smrt kao privremenu (Pfeffer, 1986)

Koncept smrti

- **Univerzalnost** – sve što živi umire, neizbežnost smrti
- **Ireverzibilnost** – nepovratnosti čina smrti, nakon smrti, fizičko telo se ne može ponovo oživeti
- **Nefunkcionalnost** – prestanak, sve životne funkcije prestaju u smrti
- **Kauzalnost** – smrt je posledica različitih bioloških razloga

Definisanje konstrukta

- Postoje naučne i religijske definicije
- Komponente funkcionalnosti i reverzibilnosti (kontra nefunkcionalnosti i ireverzibilnosti) su često prisutne u religijskim definicijama
- Smatra se da je naučna definicija “zrelija”, konkretnija i emotivno zaravnjenija

Pitanja procene

- Metode prikupljanja podataka - standardizovani strukturirani intervju, Upitnik razvoja koncepta smrti – **Development of Death Concept Questionnaire**: Smilansky, 1981
- Nestandardizovani intervjujui
- Dečji crteži

Razumevanje smrti kao funkcija kognitivnog razvoja

- **Pjaže**, fokus razvoja dečjeg koncepta smrti je najčesće na uzrastu od **7 do 12** godina, u fazi konkretnih operacija
- Nagy, (1948), 378 dece, Madjarska, uzrast 3 do 7 godina, sastavi, crtež i razgovor na temu smrti – tri faze poricanje, personifikacija i finalnost
- Metodološki problemi

- Lansdown, Benjamin, (1984), koncept smrti je u korelaciji sa verbalnim sposobnostima
- White Elsom i Prawat (1984), univerzalanost zavisi od nivoa kognitivnog razvoja dok ireverzibilnost i nefunkcionalnost ne
- Kane (1979), intervjuiše 122 dece. Potvrda povezanosti sa Praževim fazama razvoja
- Orbach, Gross, Glaubman i Berman, (1985) izveštavaju da uzrast, nivo anksioznosti kognitivni nivo imaju uticaja na pojam smrti
- Speece i Brent (1992) primećuju da da tokom prelaska sa preoperativnog na konkretni stadijum na uzrastu od 5 do 7 godina deca mogu dosegnuti univerzalanost, ireverzibilnost i nefunkcionalnost smrti

Razumevanje smrti kao funkcija uzrasta

- Menig - Peterson i McCabe, 96 dece uzrasta od 3,5 do 9 god, narativi o važnim događajima iz života. Ispod uzrasta od 5 god, retko prisutni, što starija deca, to prisutniji pojam, emotivna reakcija jedino kod devetogodišnjaka
- Alexander i Adelston, (1958), vreme reakcije, galvanski refleks kao reakcija na verbalni nadražaj. Svi reaguju, ali najmladji i najstariji više.
- Swan (1978) istražuje uticaj religije, pola, uzrasta i roditeljskog nivoa obrazovanja na uzorku od 120 dece. Jedino se uzrast pokazao kao značajna varijabla.

- Deca uzrasta od 5 do 7 godina ne vide smrt kao verovatnu i veruju da je moguće izbeći
- Ona koja veruju u univerzalnost smrti, vide je kao reverzibilnu
- Lazar i Torney – Purta (1991), prvo ide razumevanje ireverzibilnosti i univerzalnosti smrti kao preduslova za razumevanje nefunkcionalnosti i uzročnosti

Uticaj religije

- Townley i Thornburg (1980) – nisu našli povezanosti izmedju religije i dosezanja koncepta smrti mereno revidiranim Maturation of the Concept of Death Questionnaire (McIntire et al, 1972)
- Florian i Kravetz (1985), 337 muslimanske, hrišćanske, jevrejske i druske dece. Do deset godina deca u potpunosti razvijaju koncept smrti
- Muslimanska i druska deca su postizala niže skorove od jevrejske i hrišćanske – obrazloženje je da su ove četiri komponente smrti posledica zapadnog poimanja ovog pojma
- McIntire, (1972) rimokatolička, protestanska i jevrejska deca – ne postoji razlika

Uticaj kulture

- Wass, Guenther i Towry 215 dece iz SAD i 188 iz Brazila – nije bilo značajnih razlika
- Wass i Towry – bela i crna deca – nije utvrđena razlika
- Schonfeld i Smilansky (1989) 184 američke i 204 izraelske dece – izraelska deca dobila više skorove na svim uzrastima po pitanju ireverzibilnosti i finalnosti

Izloženost

- Kane (1979) – izloženost utiče na decu ispod 7 godina starosti
- Jay, Green, Johnson, Caldwell i Nitschke (1987) Deca uzrasta od 3 do 6 godina na onkologiji su bila svesnija univerzalnosti, ireverzibilnosti i sopstvene smrtnosti.
- Potencijalno smrtna bolest može uticati na neke, ali ne i na sve koncepte smrti. Ono što usvajaju su univerzalnosti i nefunkcionalnost

- Deca siročad, ratna i civilna, kao deca sa roditeljima su ispitivana u Izraelu. Ratna siročad imaju niže skorove na generalnoj konceptualizaciji smrti. Emocije intreferiraju sa kognitivn im razvojem – pretpostavka Smilanskog

Posttraumatski stresni poremećaj – simptomi –

- Možemo ih svrstati u tri grupe:

1. simptomi neželjenog ponovnog proživljavanja traumatskog doživljaja:

- nametnuta sećanja vezana za traumatski doživljaj,
- traumatski snovi,
- repetitivna igra,
- iznenadni osećaj/pričinjavanje da se traumatski događaj ponavlja,
- distres kao reakcija na podsetnike traumatičnog događaja;

2. simptomi izbegavanja svega što podseća na traumu – psihološka zaravnjenost:

- izbegavanje misli, osećanja i situacija vezanih za traumatski događaj,
- nesposobnost celovitog doživljaja emocija (posebno onih koje su povezane sa bliskošću i nežnošću),
- osećanja usamljenosti, otuđenosti,
- smanjen interes za okruženje i svakodnevne aktivnosti i

3. simptomi povišene budnosti:

- teškoće sa spavanjem,
- razdražljivost,
- izlivi gneva,
- problemi sa koncentracijom,
- hipervigilnost pažnje,
- burne reakcije na iznenadne događaje,
- fiziološke reakcije na podsetnike traumatičnog događaja (najčešće drhtanje, pojačano znojenje, lupanje srca...).

Klasifikacija traumatskih iskustava dece

- I *prirodne i druge katastrofe različitog obima:*
 - zemljotresi
 - poplave
 - vremenske nepogode
 - požari...
- II *nesreće:*
 - saobraćajne nesreće
 - teške telesne povrede usled padova, strujnog udara, povreda vrelom vodom...
- III *gubitci:*
 - smrt bliske osobe, vršnjaka; napuštanje od strane bliske osobe
 - razvod roditelja
 - preseljenje

- *IV nasilje (unutar i izvan porodice):*
 - kidnapovanje
 - napadi na ulici, prepadi i provale
 - nasilje – u porodici, vršnjačkoj grupi, široj zajednici
 - zlostavljanje (od strane roditelja/drugih odraslih ili vršnjačko, seksualno)
 - zanemarivanje od strane roditelja/staratelja
 - masovne traume katastrofičnih razmera – rat, pandemija
 - prisustvovanje nasilju među roditeljima ili vršnjacima
- *V zdravstveni problemi i medicinske procedure opasne po život*

Reakcije deteta na traumu

- **Predškolska deca (0 – 6/7 godina)**
- U ovom periodu **dominantno** je kod dece:
 - osećaj bespomoćnosti i
 - potreba za zaštitom od odraslih
- **Najčešće reakcije** na traumu na ovom uzrastu su:
 - plač
 - uznemirenost
 - poremećaji sna (teškoće sa zaspivanjem, češće buđenje tokom noći, košmarni snovi...)
 - odbijanje hrane
 - regresija na prethodne faze (ponovno vraćanje prelaznom objektu, zahtev da odrasli spava sa njim, noćno mokrenje, sisanje palca...)
 - povlačenje
 - prekid komunikacije govorom
 - prekid igranja
 - pojava novih strahova (koji mogu biti realni, u vezi sa traumom, ali i strahovi od izmišljenih pojava ili bića)

- Potpuni **smisao smrti** na ovom uzrastu dete ne može da shvati. Smrt je reverzibilna (mrtav može da se vrati);
- Smrt može da se doživi kao napuštanje/odbacivanje.
- Strah može da se poveća i za druge važne osobe (posebno roditelje).

Psihološka prva pomoć

- - pružanje podrške kroz prisustvo osobe/-a od poverenja (ne ostaviti ih same...)
- - podsticaj i podrška detetu da priča
- - pomoć u verbalizaciji onoga kako se dete oseća
- - odgovaranje na pitanja deteta
- - omogućiti detetu opuštajuću aktivnost (crtanje, igra...)
- - biti uz dete u aktivnostima koje ono izabere

Osnovnoškolski uzrast (6/7 – 11/12 godina)

- U ovom periodu **dominantno** je kod dece:
 - preokupacija kognitivnom obradom traumatskog događaja i
 - intenzivna afektivna obrada događaja

- **Smrt** se na ovom uzrastu shvata kao konačna, mada su prisutni i ostaci fantazmatskog mišljenja koji utiču na razumevanje kako uzroka, tako i samog procesa umiranja.

Najčešće reakcije na traumatu na ovom uzrastu su:

- Prorađuje se traumatični događaj u fantaziji („Šta bi se desilo a sam.../...da je...“) što detetu daje mogućnost da pobedi osećaj bespomoćnosti ali – može dovesti i do razvoja osećaja krivice
- ukoliko se traumatsko iskustvo ponavlja može doći do povećanja osećanja vulnerabilnosti kod deteta i formiranja iščekivanja da će se opet nešto loše desiti
- koncentracija slabi
- otežano je učenje
- pojačavaju se problemi u ponašanju
- prisutna je napetost, nervoza, anksioznost
- hiperaktivnost ili povlačenje
- agresivnost
- mucanje
- grickanje noktiju
- poremećaji ishrane
- psihosomatski simptomi (vrtoglavice, stomaćni problemi, bolovi različite vrste i lokacije...)
- regresija je ređa (mada nije isključena)

Psihološka prva pomoć

- pružanje podrške kroz prisustvo osobe/-a od poverenja (decu ovog uzrasta pitati koga bi želeli uz sebe tada)
- razgovor sa detetom – davanje prilike da iskaže svoja razmišljanja, da pita
- podrška detetu da ispolji emocije koje oseća i da ih verbalizuje
- normalizacija onoga kako se oseća
- davanje realnih/istinitih informacija
- podrška za aktivnosti koje dete bira i učešće u njima po pozivu deteta

Pubertet i adolescencija (11/12 – 16 godina)

- U ovom periodu **dominantno** je kod dece:
 - udaljavanje od roditelja i osetljivost na razumevanje i odobravanje od strane vršnjaka
 - sve veća kognitivna i emotivna zrelost omogućava deci da shvate značenje traumatskog događaja – što ih može više obeshrabriti nego kada su mlađi
- Naglo **saznanje o sopstvenoj smrtnosti** ruši očekivanja da će živeti „dugo i srećno“ – što može voditi ka potrebi da se želje realizuju bez odlaganja – jer kasnije možda neće biti prilike za to; uzdrmane su osnovne postavke o svetu, životu...;
- Dodatnu težinu u periodu adolescencije može doneti **prinuda da adolescent preuzme preranu ulogu odraslog**. Iznenadni gubitak jednog (ili oba) roditelja ili prisustvovanje činu nasilja – mogu voditi ka ubrzanom završavanju formiranja identiteta odraslog – a bez mogućnosti postupnog vršenja izbora i formiranja tog identiteta nakon pažljivog odmeravanja alternativa i isprobavanja istih.

- **Najčešće reakcije** na traumu na ovom uzrastu su:
 - prevelika samokritičnost koja pokreće:
 - jako osećanje odgovornosti i prateće:
 - osećanje krivice (moguć je i razvoj sindroma „krivice preživelog“)
 - burno afektivno reagovanje ili
 - depresivne reakcije i povlačenje
 - destruktivno ponašanje (svađe, tuče...)
 - autodestruktivno ponašanje (droga, alkohol, brza vožnja, izlaganje rizicima...)
 - pad koncentracije, problemi sa učenjem
 - različite psihosomatske smetnje
 - ekstremno osećanje vulnerabilnosti i fobični strahovi

Psihološka prva pomoć

- razgovor o događaju
- strpljenje za „slamanje“ otpora i impulsa za povlačenje/zatvaranje
- prepoznavanje tendencija ka impulsivnom ponašanju, razgovor o tome – ukazivanje na posledice i podrška konstruktivnom ponašanju
- podrška u iskazivanju i verbalizaciji osećanja
- normalizacija osećanja adolescenta
- davanje realnih/istinitih informacija
- podrška odlaganju donošenja radikalnih odluka

Faktori rizika i otpornosti

- Rezilijentnost je promenljiva kategorija; rezultat je interakcije između faktora ličnosti i situacije, a bitno utiču i resursi za prevladavanje te stresne situacije – koji nam stoje na raspolaganju.
- Najbitniji faktori su:
 1. karakteristike deteta koje utiču na veću otpornost su:
 - prilagodljivost
 - samopoštovanje
 - pozitivna slika o sebi
 - unutrašnji lokus kontrole
 - ekstravertnost
 - socijabilnost
 - bazična snaga ličnosti deteta proistekla iz sigurne afektivne vezanosti

2. karakteristike trauma:

- vrsta traume (bolest, smrt, povreda...)
- intenzitet
- broj doživljenih traumatskih događaja
- vremenski razmak između trauma
- dužina izloženosti traumatskom iskustvu
- ne/-očekivanost događaja
- mogućnost razumevanja – dostupnost informacija
- in/- direktna pozicija žrtve
- subjektivna procena opasnosti od strane samog deteta

3. procena događaja od strane deteta:

- opažanje sopstvene uloge i postupaka u traumatičnom događaju – koji mogu pokrenuti osećanja krivice, bespomoćnosti ili stida
- reakcije roditelja u traumatičnoj situaciji i njihova raspoloživost za potrebe deteta
- reakcije vršnjaka – u slučajevima kada je dete starije

4. podrška porodice:

- porodica je osnovni zaštitni element za dete; u tom smislu bitna je:
- očuvanost celovitosti porodice
- da li je traumom pogođeno samo dete ili i roditelj/- i
- ekonomsko stanje porodice (siromaštvo otežava adekvatno funkcionisanje roditelja – mnogo energije se troši na obezbeđivanje osnovnih sredstava za život...) i

5. socijalna mreža podrške:

- podrška rodbine, komšija, prijatelja
- uključivanje u grupe onih koji su imali slična iskustva.