

Наташа Р. Младеновић¹⁵

Универзитет у Приштини – Косовској Митровици
Учитељски факултет у Призрену – Лепосавићу

ТРАУМЕ У ДЕТИЊСТВУ – РАТНА ТРАУМА

Сажетак: Последњих деценија повећало се интересовање за разумевање реакција деце и младих на трауматске догађаје, стога је последично и довело до доста нових сазнања о њиховом утицају на психосоцијални развој деце. Трауматска искуства мењају дететову слику света и будућности, обликују схватање себе и других и утичу на актуелно понашање деце као и на њихова доживљавања. У овом раду приказан је преглед типова траума у детињству и дистинкција између њихових појавних облика, доминантна подручја која бивају оштећена код деце током и након изложености трауми, да би се рад у свом другом делу фокусирао на ратну трауму код деце. Поред дефинисања ратне трауме, истицања разлике од осталих траума, симптоматологијом и начином на који мења животе деце и њихових породица, у раду се говори и о посредничким факторима, факторима резилјентности и ризика, као и препорукама за свеобухватну процену и третман деце током и након преживелих ратних трауматских искустава.

Кључне речи: траума, детињство, рат, ратна траума.

УВОД

Тренутне и дугорочне последице изложености деце трауматским искуствима су многобројне. Емоционално злостављање и занемаривање, сексуално злостављање, физичко злостављање, као и сведочење насиљу у локалној средини, етничком чишћењу или рату неповољно утичу на развој деце и развој сигурног обрасца афективне везаности у оквиру породице. Изложеност трауми резултира губитком основних капацитета за саморегулацију и међуљудске односе. Деца изложена сложеним траумама често доживљавају проблеме који трају читав живот и који их доводе у ризик за додатно излагање трауми и кумулативна оштећења (нпр. психијатријски и поремећаји зависности, хронична медицинска болест, правни, стручни и породични проблеми). Ови проблеми се могу проширити и одржати од детињства кроз адолесценцију у одрасло доба (Van der Kolk, 2003).

¹⁵ natasa.mladenovic@pr.ac.rs

У литератури наилазимо више дефиниција траума. Најчешће, траума се дефинише као егзистенцијално угрожавајућа, преплављујућа ситуација која превазилази способност ега за организацију и регулацију (Tyson & Tyson, 1990). Трауматски догађаји ремете уобичајен осећај контроле који појединац има над животом, изван је уобичајеног људског искуства и представља претњу по живот. Индивидуе изложене трауматском догађају губе осећај повезаности с другима и значења која придају свету око себе (Herman, 1997). Заједничке реакције у ситуацији изложености су: интензиван страх, страх од уништења, беспомоћност, губитак контроле итд. Трауматски догађаји укључују смрт, насиље или претњу животу, односно телесном интегритету. У четвртном издању Дијагностичког и статистичког приручника за душевне поремећаје (DSM IV, 1996) непосредно доживљени трауматски догађаји укључују и отмицу, рат, војну борбу, заточеништво, природне непогоде, тешке аутомобилске несреће, опасну болест, полне трауматске догађаје, развојно неодговарајућа полна искуства без повреде и насиља. Осим наведеног и сведочења трагичним околностима и збивањима (рањавања, насилна смрт друге особе, рат итд.) спадају у врсте трауматских искустава.

Деца доживљавају трауме на себи својствен начин и њихови капацитети превазилажења и ношења са траумама се разликују од одраслих. И данас постоји мишљење да траума код деце, начин на који је они обрађују и доживљавају, као и њене последице, није до краја истражена. Такво мишљење потиче делом од друштвеног става који отежава признавање трауматизације деце, а произлази из раширеног идеалистичког и романтичног погледа на детињство. Други аутори, (Dyregrov et al., 2002), док говоре о трауматизацији деце у рату, наводе да је непостојање интереса за дечју трауму део процеса у научним круговима који је релативно касно усмерио интерес на последице трауматизације генерално. Тај је процес највидљивији управо у подручју дечје трауматизације. Негирање признавања дечијих траума може произилазити из немогућности одраслих да се носе са својим траумама, а камо ли и са дечјим. Дирегров и сарадници (Dyregrov et al., 2002), говоре и о ширем кругу који негира дечју трауму. Држава, различита удружења, влада, итд., су делови друштва који имају обавезу да заштите децу. Негирајући дечју трауму, они налазе начин како да заштите себе од колективне кривице у ситуацијама беспомоћности да заштите децу (ратови, катастрофе, сукоби великих размера). Наведени аутори кривице налазе и у стручњацима из области

менталног здравља који наглашавају дечју отпорност и самоопоравак након трауматских искустава.

ТИПОВИ ТРАУМА У ДЕТИЊСТВУ

Трауматска искуства имају утицај на све домене функционисања: осећаје, памћење, понашање, мишљење, здравље, социјалне односе итд. Реакције на њих се сматрају разумљивим или нормалним реакцијама на ненормалне околности. У ситуацијама трауме битну улогу игра *когнитивна процена ситуације*, јер од ње зависи и како ћемо доживети интензитет и трајање трауме, као и колико ће дуго трајати опоравак од ње (Арамбашећ, 2000). Реакције на трауматске доживљаје могу бити непосредне, где се појављују још за време трајања застрашујућег догађаја или непосредно након њега и имају за циљ репарацију и ублажавање утицаја трауматског искуства. Одложене реакције изазивају дугорочне тешке последице и на телесном и на менталном нивоу које доводе и до тешкоћа у психосоцијалном функционисању (Арамбашећ, 2000). Болби (Bowlby, 1973) је говорио да трауматска искуства утичу на дететову слику света, на обликовање схватања себе и других и очекивања од будућности.

У литератури наилазимо на неколико различитих типологија траума, од којих бисмо издвојили типологију ауторке Тер (Terr, 1991). Она говори о траумама типа I и траумама типа II. Трауме типа I или шок трауме настају и развијају се након само једног неочекиваног, изненадног трауматског доживљаја. Према мишљењу Ане Фројд, ово су класичне дечје трауме (Freud, 1969). Трауме типа II се односе на комплексније и дуготрајније ситуационе услове који доводе до трауме.

Симптоми шок-траума се разликују од симптома траума типа II по следећим карактеристикама:

1) *Сећања*. Код шок-траума сећања су пуна детаља; скоро свако дете старије од годину и по дана, које претходно није било трауматизовано и које је у тренутку када искуси и доживи трауматско искуство било свесно, моћи ће да призове детаљна сећања о том догађају касније (Terr, 1988). На вербалном плану, говорећи о трауматском догађају, су такође детаљни и понекад могу звучати као работи понављајући изнова све детаље везане за трауматско искуство. Некада су у стању да се сете више детаља од одраслих који су присуствовали истом догађају (Terr, 1991). Ова сећања везана за шок трауме нас нагоне да закључимо како она

остају жива иако свесни ум трауматизованог детета може покушавати да их потисне. Код продужених и понављаних траума у детињству сећања се јављају кроз флешбекове и у сликама, а ређе као целине.

2) *Осмишљавање трауме или трагање за „значењем“.* Деца која пролазе кроз шок трауму или непосредно након ње често себи постављају питања „Зашто?“ или „Зашто ја?“, док деца која су прошла кроз дуготрајне трауме често себе питају „Како сам могао/могла то да избегнем?“. Оваквим когнитивним проценама трауматизована деца покушавају да се на ретроактиван начин позабаве овим јаким, изненадним психолошким ударцима. Врло често дође и до осећаја кривице након извесних самоскованих значења.

3) *Погрешне перцепције.* Код деце која су преживела шок трауме врло често долази до визуелних халуцинација, омашки у опажању и до грешке у процени временске перспективе. Неке од ових симптома се односе и на децу са органским поремећајима, али су ти симптоми у знатно мањој мери. Најбитнија карактеристика која се односи на трауме типа II, а коју немамо код шок-траума је антиципација. С обзиром на то да је изложеност екстремним спољашњим условима продужена и понављајућа, сви ресурси организма за очување психе се стављају у погон. Најчешће одбране у овом случају су: порицање, потискивање, негација, самохипноза, идентификација са агресором, окретање агресије према себи итд. Трауме типа II свој пут могу наћи кроз депресију, поремећај понашања, АДХД или дисоцијативни поремећај. Емоције које иду раме уз раме са траумама типа II су изостанак осећања, бес, туга која не попушта.

Карактеристике које одвајају трауме типа II од шок-траума су следеће:

1) *Емоционална отупљеност и порицање.* Масивна порицања и емоционална отупљеност су првенствено повезана са дугогодишњим трпљењем различитих страха у току детињства. Интезитет ових одбрана може бити толико јак да деца изгледају повучено или дехуманизовано. Млађа деца могу попримити изглед Шпицових беба са синдромом хоспитализма (Spitz, 1945). Изглед и понашање ове деце говори о неуспеху формирања сигурне афективне везаности и организације личности. Ова деца не причају пуно о себи. Труде се да изгледају нормално у свакодневним ситуацијама. Могу испричати своју причу једном или двапут, а касније је оповргнути. Могу заборавити и потиснути читаве сегменте

детињства. Описују их као децу са недостатком емпатије, неуспешне у дефинисању емоција, избегавајуће. Ако се симптоми као што су специфични страхови везани за трауматско искуство, репетитивна сећања, обрасци понашања, измењене идеје о животу, људима и свету задржавају и годинама након последњег злостављања, можемо сигурније донети исправну дијагнозу уз исцрпну етиологију и патогенезу.

2) *Самохипноза, дисоцијација и деперсонализација*. Као што смо рекли, због понављајућих трауматских догађаја деца и њихов психички апарат „налазе начин“ како да најлакше преброде периоде ужаса. Самохипноза омогућава ментални бег. Телесне анестезије, неосећање бола, осећај невидљивости, визуелне и слушне халуциације и амнезијесу чести налази код дуготрајно трауматизоване деце (Spiegel, 1988).

3) *Бес*. Заједно са бесом окренутим ка себи (гребање, чупање, сакаћење појединих делова тела) бес је врло честа појава код деце која пролазе или су пролазила кроз трауме тима II. Од беса, који може постати застрашујуће, дете се брани на два начина: идентификацијом са агресором или претварањем беса у његову супротност – екстремну пасивност.

Домени оштећења деце када је извор трауме у породици или ако не постоји подршка од стране породице

Неколико је доминантних подручја која бивају оштећена код деце током и након изложености трауми. Навешћемо неке од њих:

а) *Афективна везаност*: Рани односи деце и примарних фигура афективне везаности пружају релациони контекст у којем деца развијају најраније психолошке репрезентације себе, другог и себе у односу на друге. Ови радни модели чине основу развојних компетенција детета, укључујући толеранцију на стрес и неизвесност, радозналост, осећај за деловање и комуникацију. Када је однос дете-старатељ извор трауме, однос везаности је озбиљно угрожен; 80% запостављење или злостављане деце развија несигурне обрасце везаности (Friedrich, 2002). Када је однос везаности нарушен (и код људи и код животиња), то често доводи до целоживотног ризика од физичких болести и психосоцијалних дисфункција. Овај ризик се јавља на три начина који рефлектују оштећења у основним биопсихосоцијалним компетенцијама: повећана осетљивост на стрес (нпр. тешко фокусирање пажње и модулирање узбуђења); немогућност регулисања емоција без спољашње помоћи (нпр. осећај и деловање преплављени

интензивним или умртвљеним емоцијама); и измењено тражење помоћи (нпр. претерано тражење помоћи и зависност или социјална изолација и одвајање) (Cook et al., 2017).

б) *Неуробиологија*. Деца предшколског узраста и млађа деца са сложеним историјама трауме су у опасности да не развију мождане капацитете потребне за модулацију емоција као одговор на стрес. Нетрауматизована деца постепено уче да се оријентишу према спољашњем и унутрашњем окружењу, уместо да реагују рефлексно на било који стимулус, кроз постепени прелазак са доминације десне хемисфере (осећања) на примарно ослањање на леву хемисферу (језик, апстрактно резоновање и дугорочно планирање) и интеграцији неуронске комуникације преко две мождане хемисфере (цорпус цаллосум) (Kagan, 2003). Под стресом, злостављани и занемаривани дечји аналитички капацитети теже да се дезинтегришу, остављајући децу когнитивно, емоционално и понашајно дезорганизовану. У таквим ситуацијама деца реагују израженом беспомоћношћу, конфузијом, повлачењем или бесом (Teicher et al., 2002). Важно је напоменути да рани или каснији стресори у животу који су предвидљиви или које је могуће контролисати, или у којима је старатељ који пружа одговарајућу негу и љубав доступан, а могућности за истраживање поново успостављене, доводе до биолошког интегритета.

ц) *Афективна регулација*. Посттрауматска оштећења афективне везаности и неуробиолошког интегритета могу довести до озбиљних поремећаја у сфери афективне регулације. Дефицити у способности трауматизоване деце да разликују и означе афективна стања у себи и другима, показали су се већ са 30 месеци (Beeghly & Cicchetti, 1996). Након идентификације емоционалног стања дете мора бити у стању да сигурно изрази емоције и да модулише или регулише искуство. Трауматизована деца показују оштећење ове вештине. Деца са сложеним историјама трауме указују и на понашања и на емоционалне изразе патологије услед смањене способности саморегулације и самоублажавања (Cook et al., 2017). Неки од испољавања су: дисоцијације, дисфорија и избегавање афективно набијених ситуација, малаадаптивне стратегије превладавања (злоупотреба супстанци нпр.). Ова деца су врло често емоционално лабилна, са екстремно брзим ескалацијама у реакцијама и на најмање стресоре.

д) *Дисоцијације – измене у свести*. Трауматизована деца праве дисоцијативне адаптације у својој свести о себи и искуству (Putnam, 1997): аутоматизација понашања (тј. дефицити у просуђивању,

планирању и организовању циљу усмереног понашања), раздвајање болних сећања и осећања. Дисоцијација доводи дете у ризик за даљу виктимизацију, друге облике траума, као и тешкоће у учењу.

е) *Бихејвиорална регулација*. Траума у детињству повезана је с недовољно контролисаним и прекомерно контролисаним обрасцима понашања. Злостављана деца могу показати строго контролисане обрасце понашања већ у другој години живота, укључујући компулзивну усклађеност са захтевима одраслих, отпорност на промене у рутини, нефлексибилне ритуале у купатилу и ригидну контролу уноса хране (Crittenden & DiLalla, 1988). Показало се да је виктимизација у детињству повезана са развојем агресивног и пркосног понашања. Прекомерно контролисано или недовољно контролисано понашање може бити последица понављања специфичних аспеката трауматских искустава (нпр. агресија, самоповређивање, сексуално понашање итд.) Таква понашања служе одређеном броју функција за трауматизовано дете (постизање контроле, покушаји остваривања блискости итд.).

ф) *Когниција*. Чулна и емоционална депривација повезана са занемаривањем чини се посебно штетном за когнитивни развој, при чему занемарена деца и бебе показују кашњење у експресивном и рецептивном језичком развоју, као и у укупном количнику интелигенције (Culp, Watkins & Lawrence, 1991). Трауматизована деца показују мање флексибилности и креативности у решавању проблема. Деца и адолесценти који су преживели трауму показују дефицит у сфери пажње и апстрактног резонувања. Такође, у контексту школских постигнућа, трауматизована деца постижу ниже оцене и слабије скорове на стандардизованим тестовима од остале деце. Стопа напуштања школе је три пута већа код трауматизоване деце у односу на општу популацију деце (Beers & De Bellis, 2002).

г) *Селф-концепт*. До 18 месеци, трауматизована деца ће вероватније реаговати на самопрепознавање неутралним или негативним афектом за разлику од нетрауматизоване деце (Schneider-Rosen & Chicetti, 1991). Респонзивна и сензитивна нега као и позитивна животна искуства омогућавају деци да развију позитиван модел себе као вредне и значајне. Са друге стране, понављајућа негативна искуства од стране значајних других, као и од околине довешће до осећаја беспомоћности, невољености, одбачености, страха итд.

РАТНА ТРАУМА КОД ДЕЦЕ

Велики је број ратова и немира који су се догађали и догађају се кроз историју и данас широм света. Ови ратови су уништили традиционалне породичне структуре, искоренили целе заједнице и произвели преко 20 милиона избеглица од којих се половина процењује да су деца (UNHCR, 2002; Castles, 2002). Процењено је да је у оружаним сукобима у протеклих 10 година, 10 милиона деце остало без својих домова, а преко једног милиона без родитеља (Southall & Kamran, 1998). Ове ратове карактеришу високи нивои насиља над цивилним становништвом који утичу на друштво на више нивоа, укључујући и појединца, породицу и заједницу (Kaldor, 2013).

Током кретања избеглица, излагање деце трауматским искуствима драматично варира. Деца су посебно рањива група која често пати од разорних дугорочних последица доживљеног насиља или сведочења насиљу. Нека деца носе оружје, други су отети и мучени; неки сведоци убијања родитеља, браће и сестара или пријатеља, други су одвојени од својих родитеља и заједница и цело детињство проводе у избегличким камповима; нека деца су сведоци оружаних сукоба, док други гледају сукоб на телевизији. Иако основне потребе за преживљавањем (као што су здравствена заштита, склониште, храна) имају приоритет над психолошким потребама у време рата и миграција, постоји све већа забринутост да трауматска ратна искуства имају штетан утицај на психосоцијални развој деце, њихове ставове према друштву, њихове односе са другима, и њихов поглед на живот уопште (Macksoud, 1992). Неки родитељи или заједнице су имали могућност да скривају децу од рата. Међутим, већина породица, исцрпљених ресурса, осећа се беспомоћно да заштити своју децу од догађаја изван њихове контроле.

Осамдесетих година двадесетог века дошло је до интензивирања интереса у дефинисању онога шта чини трауматско искуство током детињства (Eth & Rupoos, 1985). Широко прихваћена дефиниција трауме односи се на спољашњи догађај који је интензиван, изненадан и који надвладава способност детета да се носи или савлада трауму у то време (Furman, 1986). Америчка психијатријска асоцијација, у својој дефиницији посттрауматског стресног поремећаја (ПТСП), наводи да трауматски догађај мора бити „изван опсега уобичајеног људског искуства“ и мора бити довољно интензиван да „изазива

симптоме дистреса код већине људи“ (АПА, 1987). Два важна фактора произлазе из горе наведених дефиниција. Прво, трауматски догађај се разликује од стресног догађаја у томе што ће, због свог интензитета и природе, произвести невоље код већине деце која су му изложена, без обзира на рањивост детета или механизме суочавања (Hocking, 1970). Друго, реакција на трауматско искуство се види као универзална међу децом. Иако симптоми могу варирати у зависности од узраста детета и природе трауме (Eth & Pinoos, 1985; Furman, 1986), опште карактеристике посттрауматског стресног поремећаја код деце су исте. Оне се састоје углавном од поремећеног сна и ноћних мора, потешкоћа у концентрацији, репетитивних и безвољних игара која укључују трауматске теме, смањеног занимања за забавне активности, емоционално одвајање од родитеља или пријатеља и појачано стање будности (АПА 1987; Benedek, 1985). Још неке реакције које се јављају често код деце након трауматског доживљаја укључују тугу, љутњу, страхове, обамрлост, нервозу или раздражљивост, губитак апетита, кривицу због преживљавања или због тога што су “добро прошли” за време трауматског догађаја (Banyard, Rozelle & Englund, 2001; Thienkrue et al., 2006). Осим тога, деца која су преживела ратно трауматско искуство врло често показују симптоме анксиозности и депресивности (Thabet, Abed & Vostanis, 2004). Бурт (Burt, 1943), а касније Бедер и Розенфелд (Baider & Rosenfeld, 1974), описују висок ниво анксиозности код деце која су видела да њихови родитељи реагују екстремним страхом на насиље и рат. Може доћи до губитка раније стечених вештина, као што је контрола сфинктера (секундарна енуреза), као и до појаве сепарационе анксиозности која је превазиђена на ранијим ступњевима развоја (Chimienti, Nasr, & Khalifeh, 1989). Адолесценти који су били изложени ратним траумама су у већем ризику од развоја психоза (Tolmac & Hodes, 2004).

Показало се да је присилно одвајање од родитеља током Другог светског рата повезано са проблемима менталног здравља код деце, као што су депресија, агресија и регресија на раније ступње развоја (Vodman, 1944; Coromina, 1943). У другим студијама, расељавање, присилна имиграција и избеглички статус били су повезани са трауматским стресним реакцијама код деце и адолесцената (Ressler, Boothbi & Steinbock, 1988).

Неколико аутора описује симптоме депресије код деце која су била сведоци насилних дела као што су мучење, брутално хапшење или погубљење родитеља или рођака (Allodi, 1980; Cohn, Kristen &

Koch 1980). Са друге стране, неки истраживачи наглашавају важност разматрања утицаја сиромаштва и оскудевања у разним доменима и осталих срединских услова који настају као последица рата, као потенцијално трауматична (Harbison, 1983). Дечија ратна искуства неповерења, сумње у себе и инфериорности погоршавају психосоцијалне кризе које се јављају током нормалног развоја (Eisenbruch, 1988). Деца зависе од одлука одраслих (првенствено својих родитеља) али и од милости или немилости политичких превирања и сукоба (Coll & Magnuson, 1997). Стога се основно поверење деце у способност одраслих да брину о њима и безбедност њиховог света често уздрма, што представља погодно тле за развој негативне слике о другим људима и свету.

За децу, неке од последица су биле директна трауматска искуства као што су гранатирање, виђење мртвих и рањених. Друге последице за децу биле су индиректније кроз трауме које су претрпели њихови родитељи, или су последица губитка нормалног свакодневног живота, што је доказано лошим школовањем или смањеним материјалним условима. Ратне трауме, дакле, укључују не само излагање стрељању, пуцању, гранатирању и другим ратним активностима, већ и тешкоће узроковане губитком родбине, бега, избегличког живота и сиромаштво. Кернс и Дејвс (Cairns & Dawes, 1996) скрећу пажњу на важне индиректне ефекте које политичко насиље може имати на децу и истиче да су ефекти директних трауматских ратних догађаја лакше виђени и проучавани него индиректни ефекти као што је сиромаштво (и остали неповољни средински услови који настају током и након рата).

Оно што се још мења у рату је и квалитет родитељства. Задатак родитеља је да заштите децу од опасности и да направе сигурно окружење за њих. Рат и насиље се мешају и не дозвољавају родитељима да испуне свој задатак, нарочито када су њихови ресурси и ментално здравље погођени (Cairns & Dawes, 1996). Породице су под великим стресом, као што је одсуство очева или погоршано ментално здравље самих родитеља. Иако неки извештаји указују да стрес може ојачати породицу, други извештаји чешће указују на негативне промене, као што су економско и социјално погоршање, ауторитарнији стил родитељства, мање надзора над децом или мање позитивне емоционалне интеракције с децом (Kalantari et al., 1993). У условима рата, однос родитељ – дете је прожет бригом за добробит и сигурност обеју страна.

Неке студије су имале за циљ да идентификују посредничке факторе у вези између ратне трауме и других поремећаја код деце. Стопе ПТСП-а биле су посебно изражене ако су деца расељена из своје заједнице, на пример током сукоба у Хрватској и Босни (Ајдуковић, 1998). Деца која су била расељена са простора Хрватске и која су се вратила након рата показала су више негативних симптома (туга, страх) од деце која су остала у својим домовима и такође искусила рат (Zivcic, 1993). И тип и количина изложености су важни (Kuterovac, Dyregrov & Stuvland, 1994). Остали фактори ризика повезани са симптоматологијом ПТСП-а укључују близину зоне утицаја (Punamaki, Quota & Sarraj, 1997) степен опасности по живот (Nader, Rynoos, Fairbanks, AlAjeel & Al-Asfoor, 1993) и друштвено-економске тешкоће (Khamis, 2012). Нека од претходних истраживања су показала да постоји повезаност између родитељске и дечије психопатологије везане за ратне и политичке конфликте. Деца мајки које показују висок ниво ПТСП-а ће највероватније изражавати исто (Punamaki, Quota & El Sarraj, 2005).

Неке студије указују да постоје културалне разлике код поремећаја повезаних са траумом. Аутори (Punamaki, Quota & Sarraj, 1997) су пронашли високу стопу (25%) симптома конверзије коју исказују палестинска деца која живе у појасу Газе и изложена су трауматским догађајима током рата. Откривено је и да палестинска деца која живе на Западној обали углавном пате од психосоматских проблема и проблема у понашању (Baker, 1990). Проблеми у понашању су били озбиљнији у избегличким камповима него у селима или градовима.

Колико су трајне последице ратних траума по ментално здравље деце и младих показују истраживања (Sack et al., 1999). Проласком година симптоми трају, иако деца и млади учествују и у академском и у социјалном животу (Kinzie, Sack, Angell, & Rath, 1986).

Фактори ризика и резилијентности

Социјална подршка се често сматра важним фактором у објашњавању отпорности (Cairns & Daves, 1996). Као што Кернс и Дејвс (1996) истичу, породица је често синоним за „мајку“ у стварном свету политичког насиља. Стога, важан фактор који говори о подршци од стране породице може бити здравствено стање мајке, посебно њено ментално здравље. Доста се апелује на повећану пажњу на улоге родитеља у рату (Cairns & Daves,

1996) посебно на мајчинство, јер то може бити кључни фактор резилијентности деце и повећању проблема.

Подршка старатеља је круцијални медијатор дететове отпорности, адаптације и реакције на трауму. Подршка породице и адекватно родитељско функционисање ублажавају развој посттрауматског стресног поремећаја код деце и побољшавају дечији капацитет за решавање проблема (Cohen et. al, 2004.). Постоје три главна елемента у одговорима старатеља на трауму њихове деце: веровање и потврђивање искуства њиховог детета, толерисање дечјег афекта и управљање својим емоционалним одговором. Када старатељ негира трауматско искуство детета, дете је принуђено да се понаша као да се траума није ни догодила. Дете такође учи да не може веровати примарном старатељу и не учи да користи језик да би се носио са недаћама. Стрес старатеља није оно што је нужно штетно за дете, већ када стрес превазиђе или скрене пажњу са потреба детета, то је оно што се негативно одражава на дете. Деца могу одговорити на стрес старатеља тако што ће избегавати или сузбијати осећања и понашања, избегавати старатеља у потпуности или бити “парентификовани” и на тај начин покушавати да смање стрес старатеља (Deblinger & Hefin, 1996). Старатељи са сопственом историјом траума могу избегавати проживљавање својих емоција што ће им отежати и да разумеју и исправно одговоре на дететово емоционално стање. Дечји одговор на трауму њима може представљати претњу или провокацију. Потреба за блискошћу и страх од блискости трауматизованог детета такође може испровоцирати старатељеве успомене губитака, одбацивања, ужаса и смањити родитељске способности (Cook et al., 2017).

Разни аутори су испитивали шта би још из домена породичних варијабли могао бити протективни фактор. Деца која су била изложена ратном конфликту, као протективни фактор имала су породичну кохезију, позитивно породично окружење и мајчину позитивну перцепцију о функционалности породице (Zahr, 1996). Као медијатори стреса узрокованог ратом из домена породичних ресурса показали су се финансије и ниво образовања. Социјална класа којој породица припада као и ниво образовања главе породице показали су се као значајни медијатори. Такође, виша социјална класа била је повезана и са већом стопом миграција породица (Zurayk, Farhood, Saadch, Chaya, Meshfedjian & Sidani, 1994). Још неки од протективних фактора који се наводе у овом истраживању су јака повезаност брачних партнера.

Један од фактора је и мишљење и веровања шире заједнице у којој појединци живе, јер изгледа да је снажна посвећеност циљевима заједнице и људи који директно учествују у рату протективни фактор за већину деце и одраслих. Студија јеврејских израелских адолесцената утврдила је да је снажнија идеолошка посвећеност (која укључује глорификацију рата, патриотску умешаност и пркосни однос према непријатељу) била повезана са мањим нивоима анксиозности, несигурности, депресије и осећаја неуспеха (Punamaki, 1996). Неки од индивидуалних фактора који су повезани са отпорношћу су и: интерни локус контроле, ефективни механизми превладавања, степен аутономије, креативност, продуховљеност, самопоуздање итд. Године и пол су били предмет истраживања, али добијени резултати нису били конзистентни (Werner & Smith, 1992).

ПРОЦЕНА И ТРЕТМАН ТРАУМА КОД ДЕЦЕ

Дубинска и опсежна процена је од суштинског значаја за концептуализацију случаја и одређивање циљева третмана. Пре него клиничар спроведе адекватне интервенције, дете треба да буде процењено кроз седам домена о којима је било речи. Свеобухватна процена траума укључује информације из великог броја извора укључујући дететова или адолесцентова откривања, извештаје старатеља и осталих релевантних особа, терапеутска запажања и мере стандардизованих мерних инструмената примењених у случају. Мерни инструменти, културално специфични и језички прилагођени, треба да буду попуњени од стране детета, старатеља, и уколико могуће од стране дететовог учитеља/учитељице. Притом, треба узети у обзир и развојну историју детета, родитељске/породичне менталне поремећаје, историју злоупотребе супстанци, механизме превладавања, снаге детета/адолесцент и породице, срединске стресоре (сиромаштво, насиље у заједници, расна дискриминација итд.) (Cook et al., 2017).

Психосоцијална помоћ трауматизованој деци често подразумева директан рад са децом да би им се помогло да обраде трауматска сећања, на пример, кроз цртеже, игру или причу о томе шта се десило. Други приступ је да се едукују и подрже родитељи, наставници и други који су укључени у живот деце да би могли да их подрже или помогну им да прораде трауматска искуства. У ратним условима са масовним потребама и недостатком особља

који су ту у служби менталног здравља, овај други приступ може бити једина опција (Kagıtcıbası, 1996).

Калантари и сарадници (Kalantri et al., 1993) открили су да је најбољи начин да се помогне трауматизованој деци која су изгубила оца, заправо кроз помоћ мајкама да превазиђу своју тугу и помоћ кроз обезбеђивање породичног окружења за децу. И остали аутори (Hundeide, 1991, 1996) су указивали на улогу мајке у заштити и излечењу деце.

С обзиром на свеприсутност ратова и траума везаних за сукобе, посебно у земљама сиромашним ресурсима, интервенције прилагођене великој групи преживелих су посебно важне. Међутим, студије исхода третмана у овој области још увек су ретке. Многе интервенције су изведене из метода развијених за одрасле, као што је когнитивно бихејвиорална терапија (КБТ). Смернице Британског националног института (НИЦЕ) препоручују психотерапијске третмане као што је КБТ који укључују детаљан разговор о трауматском искуству (тј. методу излагања) (Carswell, Blackburn & Barker, 2011).

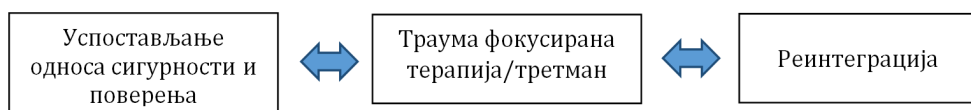
Терапија која се препоручује за људе и децу који су преживели ужасе ратова је наративна терапија излагањем (Narrative Exposure Therapy (NET); Onyut et al., 2005). У терапији излагања, од пацијента се тражи да у више наврата говори о најгорем трауматском догађају док поново доживљава све емоције које су повезане са овим догађајем. У том процесу, већина пацијената се хабиитуира на емоционални одговор који је повезан са трауматским искуством, што доводи до ремисије симптома ПТСП-а. Како је већина жртва организованог насиља доживела многе трауматске догађаје, често је немогуће идентификовати најгори догађај пре лечења. Уместо дефинисања једног догађаја као циља у терапији, пацијент конструише наратив о свом целом животу од рођења до тренутне ситуације док се фокусира на детаљан извештај о трауматским искуствима. Ефикасност ове терапије у раду са децом се показала учинковитом (Onyut et al., 2005; Neuner, & Elbert, 2008). Постоји посебно адаптирана верзија за децу старију од осам година (КИДНЕТ). КИДНЕТ користи више илустративних материјала, на пример конопац који представља живот: цвеће и каменчиће на линији живота који представљају позитивне и негативне животне догађаје итд. Деца се охрабрују да шире своје наративне ка будућности како би развијали своје наде и планове (Onyut et al., 2005).

Друга врста терапије која се препоручује је терапија десензитизације и репроцесирања уз помоћ покрета очију (ЕМДР).

Циљ ове терапије је смањење последица узнемирујућих сећања на трауматски догађај. Терапија се састоји од осам фаза које укључују пацијентово призивање мучних слика, сећања, приликом примања билатералне сензорне стимулације очију (Feske, 1998). Ефикасност ове терапије се налази у директном ефекту на мождане неурофизиолошке механизме. ЕМДР модел даје велики значај физиолошким компонентама емотивних поремећаја и ради на њима узимајући у обзир и негативни когнитивни аспект, емоције и остале узнемиравајуће факторе и симптоме.

Неке од интервенција које се препоручују у раду са трауматизованом децом су: рад на побољшању капацитета за модулацију узбуђења и враћању равнотеже након дисрегулације у доменима афекта, понашања, физиологије, спознаје (укључујући преусмеравање дисоцијативних стања свести), међуљудске повезаности и самопосматрања; рад на развијању способности задржавања и усмеравања пажње у служби конструисања сопствених позитивнијих наратива, размишљања о прошлом и садашњем искуству, предвиђању и планирању и доношењу одлука; трансформација и инкорпорација трауматских сећања у продуктивну и испуњујућу егзистенцију кроз такве терапијске стратегије као што је креирање значења, сећање и жалост због трауматског губитка, управљање симптомима, развој вештина суочавања, потенцирање размишљања и понашања усмереног на садашњост; рад на обнови или креирању ефективних радних модела везивања и примена ових модела на постојеће међуљудске односе, укључујући терапијски савез, са нагласком на развој интерперсоналних вештина као што су асертивност, сарадња, постављање граница, реципроцитет у односима, социјална емпатија и способност за физичку и емоционалну интимност (Cook et al., 2017).

У литератури можемо наћи и друге предлоге третмана деце и младих који су преживели рат. Модел који говори о приступу интервенцији у фазама наглашава три фазе (Gorman, 2001). Кретање између фаза и враћање на претходне фазе је дозвољено.



Слика 1. Фазе у клиничком третману деце и младих који су преживели трауму (Herman, 1997)

1. *Успостављање односа сигурности и поверења.* У првом стадијуму, задатак клиничара (терапеута) је да помогне детету/младој особи да поврати осећај стабилности, сигурности и поверења, као и осећај контроле над сопственим животом. Особа која ради са децом мора бити отворена да слуша и покаже емпатију за стање детета. У овој фази, корисна интервенција би такође била и психоедукација о симптомима које дете осећа. Када се успостави осећај поверења, тек тада се може прећи на другу фазу.

2. *Траума фокусирана терапија.* У зависности од симптома које дете има, користе се адекватне интервенције и технике које могу побољшати стање. Корисно је вратити се на прошле, трауматичне доживљаје и направити кохерентан и детаљан наратив прошлих искустава. Овај процес је тежак и треба бити опрезан и стручан приликом вођења младе особа кроз њега. Такође, треба истражити и емоције кривице и срама које се обично јављају приликом сведочења разним искуствима из ратног периода. У овој фази, особа треба да се суочи са губицима, уколико их је било. У већини случајева биће потребно враћати се на прву фазу позивања на сигурност и поверење. На крају ове фазе, млада особа би требало да буде кадра да призове трауматична искуства у свест, али сада са мање интензивним емоцијама које их прате. Последично, симптоми ће бити редуковани.

3. *Реинтеграција.* Фаза реинтеграције подразумева настављање са животом и креирање новог уколико је особа преживела губитке, расељена из свог места, променила је школу, итд. Многи млади људи ће спонтано, на сопствену иницијативу започети овај процес. У овој фази се треба дотаћи и истражити осећаје који су повезани са будућношћу, циљевима, аспирацијама. Можемо дискутовати о плану за наставак школовања, или будућем запослењу младих особа. Особи треба помоћи да поврати своју рутину, социјалне, религиозне активности које је имала раније (Ehnholt & Yule, 2006).

ЗАКЉУЧАК

Трауматску реакцију изазивају догађаји који превазилазе људска искуства и могу да представљају претњу по живот. Људи тада губе осећај смисла, контроле, бивају уплашени за свој и живот ближњих. Када се људи и деца нађу у ситуацијама опасним по живот, они су често изузетно отпорни и сналажљиви упркос многим невољама са којима се суочавају. Међутим, искуства рата,

насиља, убистава или мучења, као и каснији претрпљени губици, повећавају ризик за психолошку невољу и развој психијатријских поремећаја. Као и одрасли, тако и деца нису имуна на овакве недаће у којима се могу наћи. Дуго је било занемаривано истраживање последица траума на дечији развој, али се осамдесетих година прошлог века фокус нашао на њима, и то са правом. Трауматска искуства остављају последице на свим нивоима дечијег развоја; когнитивном, емоционалном, конативном, бихејвиоралном итд. У раду је дата детаљна класификација типова траума у детињству, заједно са доменима оштећења, да би се касније рад усмерио на ратну траума код деце и специфичностима које се јављају у том контексту. Ратна траума, у зависности од интензитета и изложености деце, и многих других протективних и фактора ризика, може оставити дубоке и иреверзибилне последице по психосоцијални живот детета. Скоро све се мења у условима као што је рат; породични односи, квалитет родитељства, ментално здравље родитеља бива пољуљано, јавља се страх, збуњеност, уплашеност, средински услови и услови живота се погоршавају. У раду се наводе и објашњавају фактори који могу бити фактори ризика у условима рата, али и фактори који могу умањити последице рата и имати протективну функцију. За време трајања ратних сукоба, а нарочито по завршетку, ваља наставити са животом и свакодневним активностима. Често је то за породицу, а нарочито за децу веома тешко. У раду се наводе корисне информације за стручњаке који пружају помоћ породицама и деци након ратних трауматских искустава. На првом месту како одрадити дубинску и опсежну процену, које су индиковане терапије, технике, интервенције које доводе до побољшања стања деце и породица после преживелих ратних трауматских искустава.

ЛИТЕРАТУРА

- Ajdukovic, M. (1998). Displaced adolescents in Croatia: Sources of stress and posttraumatic stress reaction. *Adolescence*, 33(129), 209.
- Allodi, F. (1980). The psychiatric effects in children and families of victims of political persecution and torture. *Danish Medical Bulletin*, 27(5), 229-232.
- American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition, Washington, D.C., American Psychiatric Association.

- Arambašić, L. (2000). Stresni i traumatski događaji i njihove posljedice, U: L. Arambašić (ur.), *Psihološke krizne intervencije*, 11-31. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- Baider, L., & Rosenfeld, E. (1974). Effect of parental fears on children in wartime. *Social Casework*, 55(8), 497-503.
- Baker, A. M. (1991). Psychological response of Palestinian children to environmental stress associated with military occupation. *Journal of Refugee Studies*, 4(3), 237-247.
- Banyard, V. L., Rozelle, D., & Englund, D. W. (2001). Parenting the traumatized child: Attending to the needs of nonoffending caregivers of traumatized children. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(1), 74.
- Beeghly, M., & Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and psychopathology*, 6(1), 5-30.
- Benedek, E. (1985) 'Children and Psychic Trauma: A Brief Review of Contemporary Thinking', p. 1-16 in Eth, S. and Pynoos, R., eds, *Post-Traumatic Stress Disorder in Children*, Washington D.C., American Psychiatric Press
- Bodman, F. (1944). Child psychiatry in war-time Britain. *Journal of Educational Psychology*, 35(5), 293.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Volume 2. *Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books
- Burt, C. (1943). War neuroses in British children. *Nervous Child*.
- Castles, S. (2002). *Environmental change and forced migration: making sense of the debate*. UNHCR.
- Chimienti, G., Nasr, J. A., & Khalifeh, I. (1989). Children's reactions to war-related stress. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 24(6), 282-287.
- Cairns, E., & Dawes, A. (1996). Children: Ethnic and Political Violence-a Commentary. *Child Development*, 67(1), 129-139.
- Carswell, K., Blackburn, P., & Barker, C. (2011). The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(2), 107-119.
- Cohn, J. Kristen, I. M. H. and Koch, L. (1980) "Children and Torture", *Danish Medical Bulletin*, 27: 238-239.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393-402.

- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., & Malla, K. (2017). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric annals, 35*(5), 390-398.
- Coll, C.G., & Magnuson, K. (1997). The psychological experience of immigration: A developmental perspective. In A. Booth, A. C. Crouter, & N. Landale (Eds.), *Immigration and the family: Research and policy on U.S. immigrants* (pp. 91–131). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coromina, J. (1943). Repercussions of the war on children as observed during the Spanish Civil War. *Nervous Child, 2*, 320-323.
- Crittenden, P. M., & DiLalla, D. L. (1988). Compulsive compliance: The development of an inhibitory coping strategy in infancy. *Journal of abnormal child psychology, 16*(5), 585-599.
- Culp, R. E., Watkins, R. V., Lawrence, H., Letts, D., Kelly, D. J., & Rice, M. L. (1991). Maltreated children's language and speech development: Abused, neglected, and abused and neglected. *First Language, 11*(33), 377-389.
- Deblinger, E. and Hefin, A.: *Treating Sexually Abused Children And Their Non-Offending Parents: A Cognitive Behavioural Approach* (Thousand Oaks, CA: Sage), 1996.
- Dyregrov, A., Gjestad, R., & Raundalen, M. (2002). Children exposed to warfare: A longitudinal study. *Journal of traumatic stress, 15*(1), 59-68.
- Ehnholt, K. A., & Yule, W. (2006). Practitioner Review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(12), 1197-1210.
- Eisenbruch, M. (1988). The mental health of refugee children and their cultural development. *International Migration Review, 22*(2), 282-300.
- Eth, S., & Pynoos, R. S. (Eds.). (1985). *Post-traumatic stress disorder in children*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Feske, U. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing treatment for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology: Science & Practice, 5*. 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.
- Furman, E. (1986) 'On Trauma: When is the Death of a Parent Traumatic', *Psychoanalytic Study of the Child, 41*: 191-208.
- Friedrich, W. N. (2002). *Psychological assessment of sexually abused children and their families*. Sage.
- Gorman, W. (2001). Refugee survivors of torture: Trauma and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice, 32*, 443–451.

- Harbison, J. I. (1983) 'Children in a Society in Turmoil', pp. 1-11 in Harbison, J. I., eds. *Children of the Troubles*, Stranmillis College, Belfast, Learning Resources Unit
- Herman, J. 1997 (Rev). *Trauma and Recovery*. New York: HarperCollins.
- Hocking, F. (1970) 'Extreme Environmental Stress and its Significance for Psychopathology', *American Journal of Psychotherapy*, 24: 4-26
- Hundeide, K. (1991). *Helping disadvantaged children: Psychosocial intervention and aid to disadvantaged children in third world countries*. London: Jessica Kingsly.
- Hundeide, K. (1996). *Ledet samspill [Guided interaction]*. Oslo, Norway: Vett og viten.
- Kagan, J., (2002). *Surprise, uncertainty, and mental structures*. Harvard University Press.
- Kagitcibasi, C. (1996). *Family and human development across cultures: A view from the other side*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers, 10 Industrial Avenue, Mahwah, NJ 07430-2262.
- Kalantari, M., Yule, W., & Gardner, F. (1993). Protective factors and behavioral adjustment in preschool children of Iranian martyrs. *Journal of Child and Family Studies*, 2(2), 97-108.
- Kaldor, M. (2013). In defence of new wars. *Stability: International Journal of Security and Development*, 2(1).
- Kinzie, J. D., Sack, W. H., Angell, R. H., Manson, S., & Rath, B. (1986). The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian children: I. The children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(3), 370-376.
- Khamis, V. (2012). Impact of war, religiosity and ideology on PTSD and psychiatric disorders in adolescents from Gaza Strip and South Lebanon. *Social Science & Medicine*, 74(12), 2005-2011.
- Kuterovac, G., Dyregrov, A., & Stuvland, R. (1994). Children in war: A silent majority under stress. *British Journal of Medical Psychology*, 67(4), 363-375.
- Macksoud, M. S. (1992). Assessing war trauma in children: A case study of Lebanese children. *Journal of refugee studies*, 5(1), 1-15.
- Nader, K., Pynoos, R., Fairbanks, L., Al-Ajeel, M. & Al-Asfoor, A. (1993) A preliminary study of PTSD and grief among the children of Kuwait following the Gulf crisis. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 407-416.
- Neuner, F., Catani, C., Ruf, M., Schauer, E., Schauer, M., & Elbert, T. (2008). Narrative exposure therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (KidNET): from neurocognitive theory to field

- intervention. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 17(3), 641-664.
- Onyut, L. P., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M., & Elbert, T. (2005). Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: Two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC psychiatry*, 5(1), 7.
- Punamäki, R. L., Qouta, S., & El Sarraj, E. (1997). Models of traumatic experiences and children's psychological adjustment: The roles of perceived parenting and the children's own resources and activity. *Child Development*, 68(4), 718-728.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.
- Ressler, E. M., Boothby, N., & Steinbock, D. J. (1988). *Unaccompanied children: Care and protection in wars, natural disasters, and refugee movements*. Oxford University Press.
- Sack, W. H., Him, C., & Dickason, D. A. N. (1999). Twelve-year follow-up study of Khmer youths who suffered massive war trauma as children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(9), 1173-1179.
- Schneider-Rosen, K., & Cicchetti, D. (1991). Early self-knowledge and emotional development: Visual self-recognition and affective reactions to mirror self-images in maltreated and non-maltreated toddlers. *Developmental Psychology*, 27(3), 471.
- Spiegel, D. (1988). Dissociation and hypnosis in post-traumatic stress disorders. *Journal of traumatic stress*, 1(1), 17-33.
- Southall, D., & Kamran, A. (1998). Protecting children from armed conflict: The UN Convention needs an enforcing arm.
- Spitz, R. (1945). Hospitalism. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 64-72
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., & Navalta, C. P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics*, 25(2), 397-426.
- Terr, L. (1988). What happens to early memories of trauma? A study of twenty children under age five at the time of documented traumatic events. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(1), 96-104.
- Terr, L. (1991). Childhood Traumas: An Outline and Overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, (1), 10-20
- Thabet, A. A. M., Abed, Y., & Vostanis, P. (2004). Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *Journal of child psychology and psychiatry*, 45(3), 533-542.

- Thienkrua, W., Cardozo, B. L., Chakkraband, M. S., Guadamuz, T. E., Pengjuntr, W., Tantipiwatanaskul, P., & Tappero, J. W. (2006). Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among children in tsunami-affected areas in southern Thailand. *Jama*, 296(5), 549-559.
- Tolmac, J., & Hodes, M. (2004). Ethnic variation among adolescent psychiatric in-patients with psychotic disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 184(5), 428-431.
- Tyson, P., Tyson, R. L. (1990). *Psychoanalytical Theories of Development. An integration*. New Haven: Yale University Press
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press.
- Van der Kolk, B. A. (2003). *Psychological trauma*. American Psychiatric Pub.
- Zahr, L. K. (1996). Effects of war on the behavior of Lebanese preschool children: Influence of home environment and family functioning. *American Journal of orthopsychiatry*, 66(3), 401-408.
- Zivcic, I. (1993). Emotional reactions of children to war stress in Croatia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(4), 709-713.
- Zurayk, H., Farhood, L., Saadch, F., Chaya, M., Meshefedjian, G., & Sidani, T. (1994). The Impact of War on the Physical and Mental Health of the Family: The Lebanese Experience. *Center for Migration Studies special issues*, 11(4), 84-85.

TRAUMAS IN CHILDHOOD: WAR TRAUMA

Summary: *In recent decades, there has been an increasing interest in understanding the reactions of children and youth to traumatic events, and consequently it has led to a lot of new knowledge about their impact on the psychosocial development of children. Traumatic experiences change a child's image of the world and the future, shape understanding of themselves and others, and influence the current behavior of children as well as their experiences. This paper provides an overview of childhood trauma types and the distinction between their occurrence forms, dominant areas that are damaged in children during and after trauma exposure, in order to focus on war trauma in children in the second part. In addition to defining war trauma, highlighting differences from other traumas, symptomatology and how it changes the lives of children and their families, the paper also discusses mediating factors, resilience and risk factors, as well as recommendations for comprehensive assessment and treatment of children during and after war traumatic experiences.*

Key words: *trauma, childhood, war, war trauma*