POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ U RAZVOJNOM DOBU – BAZIČNE POSTAVKE

Aneta Lakić[1]
Miodrag Stanković[2]
Srđan Milovanović[3]

1 Klinika za neurologiju i psihijatriju za decu i omladinu, Beograd
2 Klinika za mentalno zdravlje, Niš
3 Institut za psihijatriju
Klinički centar Srbije, Beograd

Kratak sadržaj: Deca i adolescenti mogu ispoljavati postraumatski stresni poremećaj što priznaju oba vodeća klasifikaciona sistema, MKB-10 i DSM IV. Manifestacije PTSP u dece i adolescenata su različite u odnosu na one kod odraslih. Specifičnosti u kliničkoj slici u detinjstvu i adolescenciji ne zavise samo od karakteristika stresora već, najvećim delom, od karakteristika razvojnog nivoa (kognitivnog, emocionalnog, socijalnog) deteta, vulnerabilnosti, snaga rezilijentnosti, reakcija porodice. Neophodnost dobrog razumevanja ove "međuigre" je neophodan uslov za dobru procenu i terapijsku intervenciju u kliničkoj praksi.

Ključne reči: posttraumatski stresni poremećaj, deca, razvojno doba

Čovek može, na svu sreću,
primiti samo određeni
stepen nesreće.
Više od toga ga uništava
ili pak ostavlja ravnodušnim.

Goethe, Die Wahiverwandschaften 11,4.

"Određen stepen nesreće" izaziva kod čoveka ozbiljne poremećaje. Jasna svest o tome da jaki stresori (nesreće) mogu biti uzrok ozbiljnog poremećaja je jasno uobličena u oba, sada aktuelna, velika svetska psihijatrijska klasifikaciona sistema (MKB-10, DSM-IV) u koncept posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP). Posttraumatski stresni poremećaj je "odloženi i/ili produženi odgovor na stresogeni događaj ili situaciju (kraćeg ili dužeg trajanja) izuzetno jake ugroženosti ili katastrofalne prirode, što je sklono da izazove pervazivnu patnju skoro kod svakog (npr. prirodna ili ljudskim faktorom uslovljena nesreća, tuča, prisustvovanje nasilnoj smrti drugih, izloženost žrtve torturi, terorizmu, silovanju ili drugim vrstama nasilja) "(1).

DSM-IV(2) na drugi način daje istu suštinu. A suština, u ovim deskriptivno baziranim klasifikacijama, je u sledećem: *izloženost ekstremnom traumatskom stresom gotovo kod svakog (a to znači malo zavisno ili praktično nezavisno od premorbidne strukture i eventualno postojećeg poremećaja) dovodi do razvoja karakterističnih simptoma koji su esencijalni znaci PTSP*. To je tzv. *"nezavisno dejstvo"* traume.

Traumatski događaji (stresori koji izazivaju PTSP) su u širokom dijapazonu od: ratnih dejstava, brutalnih nasrtaja na ličnost (fizički napad, seksualno zlostavljanje, razbojništvo, unakaženje), kidnapovanja, iskustva taoca i terorističkih akata, zarobljeništva u ratu ili koncen-

tracionom logoru, prirodne i ljudskim faktorom izazvane katastrofe ili dijagnoze neizlečivog obolenja. Za decu, traumatsko seksualno iskustvo je i razvojno inadekvatno seksualno iskustvo bez pretećeg ili prisutnog nasilja ili povreda (3).

Izloženost traumatskom doživljaju uključuje *direktno lično iskustvo u događaju* koji može imati za posledicu akutnu ili preteću smrt, ili ozbiljnu povredu , ili da ugrožava lični fizički integritet, ali i *iskustvo svedoka (prisustvo)* koje uključuje (ali ne ograničava) posmatranje teških povređivanja ili smrti druge osobe izazvane nasiljem, ratom ili nesrećom, ili neočekivano nailaženje na leševe ili delove tela. Takođe izloženost traumatskom doživljaju može biti i *saznanje o doživljenim događajima drugih* (teški napadi na osobe, ozbiljna povređivanja članova porodice ili bliskih prijatelja, saznanje o iznenadnoj smrti članova porodice ili bliskih prijatelja, saznanje da neko dete ima tešku neizlečivu bolest) ali i da *stresor bude slika ljudske patnje* (torture, ratni sukobi).(4,5). Ovo poslednje otvara pitanje odgovornosti medija u "produkciji" PTSP.

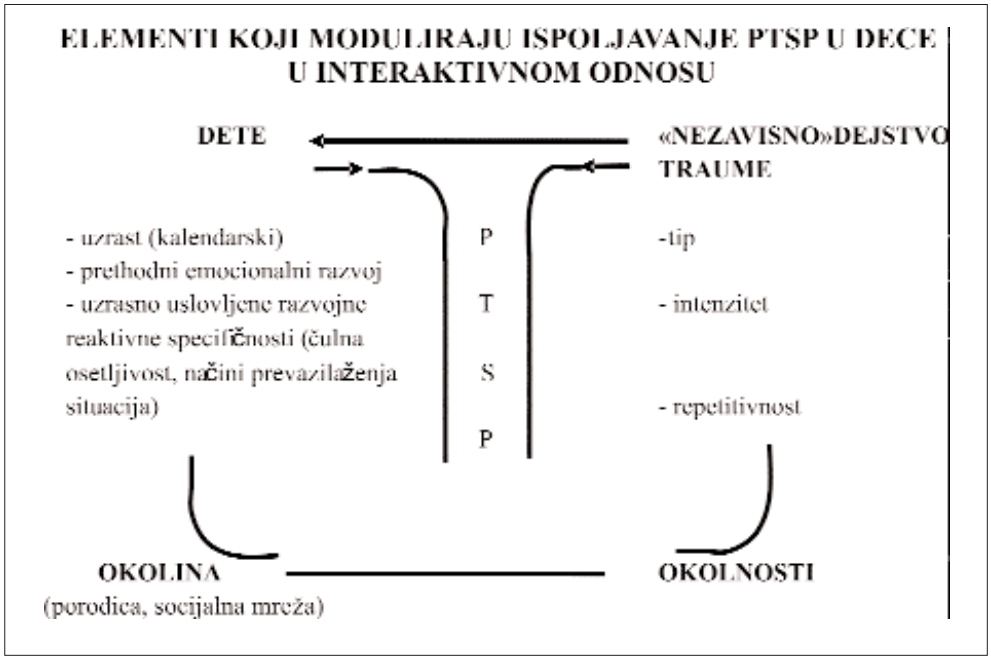
U odnosu na vremensko trajanje traumatskog događaja Terr(4) pravi jasnu distinkciju između traumeTipa I i Tipa II, a što se zapravo odnosi na razliku između akutnog i hroničnog (ili repetitivnog) dejstva stresora i sledstveno tome specifičnosti u ispoljavanju kliničke slike PTSP.

DSM-IV(2) veoma "školski" (klasifikovano i specifikovano) daje dijagnostičke kriterijume (deskripcija) za PTSP; specifikacija na PTSP sa akutnim, hroničnim ili odloženim početkom je data arbitralno, mada uvek stoji pitanje stvarnog početka poremećaja, posebno kod dece (pitanje vremena prepoznavanja simptoma od strane okoline).

Posebno (u dodatku) DSM-IV, kao opaske, date su *diferentiae specifcae* kliničke slike PTSP u dece. Mora se reći da, koliko god postojala saglasnost u postojanju PTSP u dece, saglasnost saznanja o ispoljavanjima PTSP (kliničkoj slici) u dece je prisutna u daleko manjem stepenu.(6) To je i razumljivo obzirom da su specifičnosti u ispoljavanju PTSP u dece uočene na osnovu istraživanja - deskriptivnih studija na reprezentativnom uzorku dece koja su doživela određeni (različit) tip traumatskog iskustva. Generalizacije su u tom smislu teške, ali su uočene izvesne posebne određenosti i to u smislu uzrasno uslovljenih diferentia specifica.

Zato je i osnovno pitanje: *kako se PTSP manifestuje u dece različitog uzrasta (tj. razvojnog nivoa)?.* I dalje, sledе brojna pitanja. Da li težak akutni stres, nasuprot hroničnom koji je vezan za socijalne teškoće, nosi bitan porast rizika psihijatrijskih sekvela?Ako je tako, koja vrsta stresora nosi takav rizik? Koje su najčešće psihijatrijske sekvele? Da li se one razlikuju u odnosu na stres ili razvojni nivo? Da li postoje drugi faktori rizika ili protektivni faktori?

Odgovor na ova pitanja je moguće tražiti u izučavanju elemenata koji moduliraju (a ne modifikuju) ispoljavanja PTSP u dece u interaktivnom odnosu DETE - "NEZAVISNO DEJSTVO" TRAUME (STRESORA)**.** (grafički prikaz)



Prvi korak u ovome je razmatranje karakteristika (emocionalnih, kognitivnih) normalnog razvoja deteta koje utiču na ispoljavanje simptoma PTSP u dece. (7.)

KLJUČNI ELEMENTI NORMALNOG RAZVOJA DETETA) KOJI UTIČU NA ISPOLJAVANJE SIMPTOMA PTSP (7):

A) NA EMOCIONALNOM PLANU
   1) Za uzrast do 3 godine života karakteristični mehanizam odbrane je *tzv. masivno potiskivanje* (dečja amnezija kao razvojni fenomen)
   2) Za uzrast 3-5 godina bitno je da nema potiskivanja ni poricanja realnosti pa time ni disocijativnog reagovanja
   3) Latentni period (6-10 godina) karakteriše da nema poricanja realnosti a time ni disocijativnog reagovanja; česta su tzv. dnevna sanjarenja

B) NA KOGNITIVNOM PLANU se odigrava postepeni razvoj mišljenja od konkretnog preko preoperacionalnog, operacionalnog do apstraktnog, sa formiranjem pojmova (smrti, umiranja), shvatanjem kauzalno posledičnih relacija, razvojem verbalizacije.

U adolescenciji su, praktično, svi psihofiziološki mehanizmi emocionalnog i kognitivnog razvoja odraslih "osvojeni". Ove činjenice imaju reperkusiju na ispoljavanje PTSP u dece na sledeći način (8,9):

A) Deca mlađa od 3 godine najčešće "zaboravljaju" traumatski događaj bilo usled masivnog potiskivanja (dečja amnezija) ili zbog nesposobnosti da dete "zabeleži"događaj usled insuficijentnosti instrumentarijuma u vidu pojmova, govora.

B) Emocionalna umrtvljenost (numbing) kod dece se mnogo ređe javlja nego kod odraslih, i to najčešće u situacijama ponovljenih očekivanih traumatskih iskustava (fizičko zlostavljanje,seksualna zloupotreba).

C) Iznenadne disocijativne reakcije (tipa flashback-ova) kod dece se ređe javljaju upravo zato što deca ne poriču realnost.

D) Intelektualna inhibicija (uspeh u školi) je kod dece kratkotrajnija i manje izražena što se objašnjava odsustvom poricanja, disocijacije i emocionalne umrtvljenosti.

Upravo ove razvojne odrednice čine različitim (u odnosu na odrasle) karakteristike PTSP u razvojnom dobu.

KARAKTERISTIKE PTSP U DECE (9, 10, 11)

1) Ponovno oživljavanje traumatskog doživljaja se ispoljava kroz posttraumatsku igru gde *traumatska igra ima karakteristike prisile* i ne služi rasterećenju tenzije. Kod nešto starije dece to se odigrava kroz *dnevna sanjarenja sa traumatskim sadržajem* (ali bez emocionalne umrtvljenosti). Adolescenti oživljavaju traumatski doživljaj kroz *aktivno traganje* za *opasnim* situacijama.
2) Gubitak novo stečenih razvojnih sposobnosti i regresija na prethodni razvojni nivo uz smanjenje interesovanja deteta za značajne aktivnosti i povlačenje od okoline (što je zapravo *mehanizam izbegavanja* koje je kod dece opštije i generalizovanije.
3) *Vremensko* iskrivljavanje (time skew) je češće i dramatičnije kod dece.
4) *Skraćeno viđenje budućnosti* je izuzetno dramatično ispoljavanje dečijeg traumatskog iskustva. Deca imaju osećaj uskraćene budućnosti i neverovanje u mogućnost ostvarenja životnih ciljeva (život će biti suviše kratak da oni odrastu).
5) Kod dece postoji *"formacija slutnje" - formiranje predskazanja* (očekivanja postojanja sposobnosti da se predvide neočekivani događaji.

KLINIČKA PREZENTACIJA PTSP U RAZVOJNOM DOBU

MALA DECA ispoljavaju razdražljivost ili "sputanost", preosetljivost (na zvuke i svetlost) što su simptomi povišene budnosti i hipervigilnosti. Prisutni su problemi ishrane (slab apetit, povraćanje), poremećaji sna (nesanica ili pak "bekstva" u san), enureza, enkopreza, hiperkinetičnost, napadi besa, mucanje, gubitak interesa za igru, "ćutanje", plačljivost, rekurentni bolovi u trbuhu.

ŠKOLSKA DECA u prvom planu ispoljavaju separacione probleme (vezanost za roditelje i teško odvajanje), problemi u školi (teškoće koncentracije, bežanje iz škole, slab uspeh u školi, neprilagođenost vršnjacima), depresivnost, agresivnost. Takođe mogu biti prisutni poremećaji apetita (bulimija, gubitak apetita), sna (košmarni snovi, noćni strahovi), poremećaji ponašanja (krađe, bekstva). Moguća su i psihotična ispoljavanja.

ADOLESCENTI često imaju stalno prisutnu anksioznost, depresivnost, neurotske manifestacije, neprilagođena ponašanja i poremećaji ponašanja (alkohol, krađe).

Bitno je znati da su simptomi PTSP koje dete/adolescent ispoljava odraz njegovog stalnog nastojanja da prevlada traumatsko iskustvo i da ga kontroliše (tj. da kontroliše osećaj bespomoćnosti i straha koje ponovno preživljavanje traume oživljava).

Intenzivno, ponavljano prisutstvo simptoma PTSP kod dece bitno utiče na dalji psihički razvoj traumatizovanog deteta u negativnom smislu, tj. bitno ga usporava i oštećuje, pa čak može dovesti i do trajnih promena ličnosti.

Ustaljeno mišljenje da traumatski doživljaj kod deteta bazično zavisi od doživljavanja i reagovanja roditelja na traumu (obzirom na emocionalnu vezanost i zavisnost deteta od roditelja), nije u potpunosti potvrđeno istraživanjima. Naime, pokazano je da i trauma, sama po sebi, ima svoje nezavisno dejstvo. Zapravo *nezavisno dejstvo traume* (stepen i tip reakcije koju izaziva u smislu poremećaja) kod dece zavisi i od individualnih svojstava deteta u smislu postojanja (u različitom stepenu) vulnerabilnosti na traumatski doživljaj. Pri tome se to odnosi kako na psihološku tako i na biološku vulnerabilnost.U osnovi te vulnerabilnosti je nezrelost neurofizioloških mehanizama, nedovoljno razvijene sposobnosti kognitivne obrade i neizdiferencirane emocionalne modulacije. To znači da deca na traumu reaguju na intenzivniji ali manje integrisan način, što samo po sebi može stvarati circulus vitiozus ponovnog doživljavanja prenadraženosti i izbegavanja.

Istraživanja između 1980. i 1990. su pokazala da su neka od dece koja su bila istovetnim uslovima izloženosti traumi ne razviju PTSP, što je rezultiralo sazanjima o postojanju i takozvanih protektivnih faktora;od tada se sve više razmatra i istražuje *rezilijentnost* (12,13) kod dece, nasuprot vulnerabilnosti. I dok je PTSP "model oštećenja" (vulnerabilnosti) u kome izloženost negativnim efektima "boji" dečja primarna iskustva ostavljajući (ponekad) trajne posledice, rezilijentnost je sposobnost oporavljanja od patnji doživljenih u ranim godinama života.Rezilijentnost podrazumeva psihološku otpornost; to su one psihološke snage i resursi koji se mobilišu u situacijama traumatskih doživljavanja (ili uopšteno životnih nedaća) i imaju protektivnu i stimulativnu ulogu.I rezilijentnost je, kao i vulnerabilnost, individualna karakteristika; ona se u toku života razvija u skladu sa razvojnim kapacitetima deteta.

Interesantna su istraživanja Schwartza i Kowalskog koji su ispitivali razvoj PTSP kod dece i utvrdili da, PTSP jeste u korelaciji sa objektivnim odlikama traumatskog događaja (intenzitet, učešće deteta - blizina), ali takođe sa subjektivnim opažanjem traume od strane deteta, a prvenstveno sa subjektivnim osećajem ugroženosti koje dete ima. A subjektivni osećaj ugroženosti koje dete ima pak umnogome zavisi i od tzv. *nezavisnog dejstva traume* tj. tipa traume, intenziteta, repetitivnosti. Opisane su specifičnosti u razvoju i ispoljavanju PTSP u dece u odnosu na tip traume.(4) Naime,

uočeno je da različiti tipovi stresora (priroda traumatskog događaja) dovode do različitih tipova odgovora ali i različitih tipova psihopatologije. Na osnovu deskriptivnih studija reprezentaitivnih grupa uočene su specifičnosti u ispoljavanju PTSP izazvanog traumom u ratu, prirodnim katastrofama, slučajevima nekotrolisanog nasilja, fizičkog i seksualnog zlostavljanja, neizlečive bolesti. (14).

Upravo poznavanje ovih bazičnih postavki o karakteristikama PTSP u dece i adolescenata je neophodno za dobru procenu (dijagnostiku) i sledstveno adekvatne terapijske intervencije u kliničkoj praksi.

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN THE PERIOD OF ADOLESENCE – BASIN CONCEPTS

Aneta Lakić[1]
Miodrag Stanković[2]
Srđan Milovanović S[3]

1 Clinic for neurology and psychiatry for children and youth, Belgrade
2 Clinic for mental health, Niš
3 Institute of psychiatry, Clinical Centre of Serbia, Belgrade

Summary: The children and adolescents may suffer from postrumatic stress disorder (PTSD) and both, ICD-10 and DSM IV diagnostic systems acknowledge that. Manifestations of PTSD in children and adolescents are different of they in adults. The specifics in clinical picture in chilhood and youth depend not only of characteristics of stressor but, in most part, of characteristics of childs developmental level (cognitive, emotional, social), prior vulnerabilites, forces of resilience, family reactions... We have a need for good understanding of that relationships; that is necessary condition for good assessment and therapeutical interventions in clinical practice.

Key words: postratumatic stress disorder, children, adolescents

Literatura

1. World Health Organization (1991.): International Classification of Diseases (ICD10), 10th edn World Health Organization Geneva.
2. American Psychiatric Association (1994.): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn., American Psychiatric Association, Washington D.C.
3. The APSAC Handbook on Child Maltreatment, (1996.), eds. Briere J., Berliner L., Bulkley J.A., Jenny C., Reid T., SAGE Publications, Thousand Oaks, London.
4. Terr, L.C.: Childhood traumas: an outline and overview, American Journal of Psychiatry (1991.), 148:10-20.
5. Benedek E.: Children and Psychic Trauma: A Brief Review of Contemporary Thinking, (3-16), in Post Traumatic Stress disorder in Children, (1985.), eds. Spencer Eth., Pynoos R., American Psychiatric Press, Inc., Washington.
6. Yule W.: Postraumatic Stress Disorders, 520-528, in Child and Adolescent Psychiatry, 2003., eds. Rutter M., Taylor E., Blackwel Science, London,
7. Freud A.: Normality and Pathology in Childhood ,(1966.), Hogarth Press, London
8. Pynoos, R.S.: Traumatic stress and developmental psychopathology in children and adolescents, in Post-Traumatic Stress Disorder:A Clinical Review,(1994.), 65-98, Sidran Press, Lutherville.
9. Cicchetti D., Toth Sh.: A Developmental psychopathology Perspective on Child Abuse and neglect, J.Am.Acad.Child Adolescent Psychiatry 1995. 34:5, 541-565,
10. Terr, L.C.: "Forbidden games"; post-traumatic childs play. J Am Acad Child Psychiatry (1981), 20:741-760,
11. Terr, L.C.: Life attitudes, dreams, and psychic trauma in a group of "normal" children, J Am Acad Child Psychiatry (1983), 22:221-230.
12. Rutter M.: Psychosocial resilience and protective mechanisms , in Risk and Protective factors in the development of psychopathology (1990.), eds.Rolf J. Et al., Cambrige Press, New York.
13. Volin S., Volin S. : Rezilijentna ličnost, (1996.), NISPRED, Beograd
14. Post Traumatic Stress disorder in Children, (1985.), eds. Spencer Eth., Pynoos R., American Psychiatric Press Inc., Washington.