

Универзитет у Београду  
Факултет за специјалну  
едукацију и рехабилитацију

# НАЦИОНАЛНИ НАУЧНИ СКУП

Интервенције у  
раном детињству  
и предшколству

Зборник радова

*Београд,  
22. децембар 2023.*

Београд, 2023.

Универзитет у Београду  
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију

**НАЦИОНАЛНИ НАУЧНИ СКУП**

**„ИНТЕРВЕНЦИЈЕ У РАНОМ ДЕТИЊСТВУ И  
ПРЕДШКОЛСТВУ”**

*Београд, 22. децембар 2023.*

**ЗБОРНИК РАДОВА**

Београд, 2023.

НАЦИОНАЛНИ НАУЧНИ СКУП  
„ИНТЕРВЕНЦИЈЕ У РАНОМ ДЕТИЊСТВУ И ПРЕДШКОЛСТВУ”  
Београд, 22. децембар 2023. године  
ЗБОРНИК РАДОВА

Рецензенти:

Проф. др Маја Ивановић  
Проф. др Марија Анђелковић

Издавач:

Универзитет у Београду  
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију (ИЦФ)  
11000 Београд, Високог Стевана 2  
[www.fasper.bg.ac.rs](http://www.fasper.bg.ac.rs)

За издавача:

Проф. др Марина Шестић, декан

Главни и одговорни уредник:

Проф. др Светлана Каљача

Уредници:

Проф. др Александра Ђурић Здравковић  
Проф. др Слободанка Антић  
Доц. др Јасмина Максић

Дизајн насловне стране:

Зоран Јованковић

Компјутерска обрада текста:

Биљана Красић

Штампа омота и нарезивање ЦД:

Универзитет у Београду – Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију (ИЦФ)

Зборник радова ће бити публикован у електронском облику – ЦД

Тираж: 200

ISBN-978-86-6203-175-4

Наставно-научно веће Универзитета у Београду – Факултета за специјалну едукацију и рехабилитацију, на седници одржаној 14.11.2023. године, Одлуком бр. 3/192 од 23.11.2023. године, усвојило је рецензије рукописа Зборника радова „Интервенције у раном детињству и предшколству”.

Зборник радова је настао као резултат Пројекта „Интервенције у раном детињству и предшколству” чију реализацију је сопственим средствима подржао Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију (руководилац Пројекта проф. др Мирјана Ђорђевић), као и резултат пројеката које финансира Министарство науке, технолошког развоја и иновација Републике Србије (број уговора 451-03-47/2023-01/200096).

# РАНА ИНТЕРВЕНЦИЈА ЗА ДЕЦУ СА ИСКУСТВОМ ТРАУМЕ: ПРИКАЗ МОДЕЛА ЗАСНОВАНОГ НА АФЕКТИВНОЈ ВЕЗАНОСТИ, САМОРЕГУЛАЦИЈИ И КОМПЕТЕНЦИЈАМА

Невена СТРИЖАК

Универзитет у Београду – Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију

## Апстракт

*Када однос детета и оних који о њему брину карактерише несигурност, непредвидивост и страх, а према детету се његови најближи одрасли опходе на застрашујуће и преплављујуће начине, то утиче на базични доживљај поверења детета у људе и у свет који га окружује. Дугорочне последице остају на плану дечјег развоја, менталног и физичког здравља, академског постигнућа и квалитета живота и односа у одраслом добу. Због последица које траума оставља на развој и здравље, које могу бити видљиве већ у раном детињству, деца са искуством трауме често су популација која користи услуге раних интервенција. Но, постоје оправдане бриге да комплексност њиховог искуства није довољно уважена уобичајеним репертоаром поступака и да због тога не могу остварити потпуну добит од учења у програмима ране интервенције. Ране интервенције усмерене на трауму наглашавају систем афективног везивања као базу на којој се гради клиничка интервенција и критичну тачку за опоравак. АСК модел интервенције заснован на афективној везаности, саморегулацији и компетенцијама (ARC - The Attachment, Self-Regulation, and Competency Framework) један је од оквира рада који се тренутно развија за потребе подршке деци са искуством трауме. У овом раду биће дат преглед основних сазнања о траумама код деце раног узраста, као и АСК модела као једног од могућих приступа са децом која имају искуство траума.*

**Кључне речи:** рана интервенција, траума, афективна везаност, деца, АСК модел

## УВОД

Штета која на психолошком плану настаје застрашујућим, неконтролисаним животним догађајима још од почетака психоаналитичког мишљења у домену је интересовања психолога и психијатара. Већи део 20. века протекао је у покушајима да се психолошке реакције на негативне животне догађаје, и последице до којих услед њих долази, раздвоје у зависности од

природе самог догађаја. Тако је настајала емпиријска и теоријска грађа везана за трауме рата, силовања, природних катастрофа, занемаривања и злостављања у детињству, која тежи да њихову природу и порекло разуме као одвојене и различите ентитете. Временом је препознато да је људски одговор на преплављујуће догађаје, без обзира на њихову природу, сличан. Пост-трауматски стресни поремећај (ПТСП) због тога је, од трећег

издања класификације менталних болести (ДСМ – III) која се појавила почетком осамдесетих година прошлог века, препознат као јединствена дијагностичка категорија (Theicher, 2000; Van der Kolk, 1987).

Важеће концептуализације ПТСП, попут оних у класификацијама ДСМ–V и МКБ-11, обухватају ограничен спектар испољавања посттрауматске психопатологије, нарочито код деце. Поред тога, доступни подаци из студија који су утицали на формирање критеријума за дијагнозу такође су много чешће добијени на узорцима одраслих (Bartels et al, 2019). Исправну и благовремену дијагностику искуства трауме угрожава и чињеница да је способност детета да на раним узрастима вербализује трауму минимална, или потпуно непостојећа. Признање значаја трауматизације деце отежава и присуство општег друштвеног става према положају деце и значаја позиције моћи одраслих (Profaca i Arambašić, 2009; Stefanović Stanojević i sar, 2018). Комбинација ових чинилаца доводи до тога да се траума код деце препознаје посредно, путем сигнала који долазе из њиховог развоја и понашања. Деца која су била, или су и даље, изложена трауматским искуствима имају комплексну, первазивну симптоматологију, у којој се често комбинују проблеми са здравственим стањем, развојем, импулсивним и ауто-деструктивним понашањем, потешкоће са модулацијом агресије, контролом импулса, пажњом, дисоцијацијом, као и тешкоће у релационом домену, са вршњацима и старатељима. Због овога, деца са искуством трауме често испуњавају дијагностичке критеријуме поремећаја пажње и хиперактивности, поремећаја понашања и поремећаја емоција, анксиозних поремећаја, поремећаја у исхрани, поремећаја спавања, поремећаја

комуникације, потешкоћа у учењу, итд (Cook et al, 2005; Van der Kolk, 1997).

Упркос универзалној здравственој заштити и процедурама рутинског здравственог и развојног скрининга, узимања породичне анамнезе и медицинске историје, често ван домашаја професионалаца остају трауме детињства, занемаривање и злостављање, негативна искуства и изложеност насиљу. Тако се губи целовита перспектива и третману сваког од ових проблема се приступа изоловано и фрагментисано (Van der Kolk, 1997).

## Траума

Људско реаговање на претеће околности описује се теоријом о одбрамбеној каскади (Schalinski et al, 2015; Schauer & Elbert, 2010). Теорија предвиђа шест могућих, сукцесивних фаза: стање опреза (*freeze*), то јест напрезање чула и усмеравање пажње ка ономе што је потенцијална претња; симпатичку активацију и предузимање акција „бори се или бежи“, то јест напор да се опасност избегне (*flight*), што је друга фаза, или савлада (*fight*), што је трећа фаза. У многим ситуацијама, после друге или треће фазе одбрамбена реакција је завршена и наступа прилика за репарацију и одмор. Но, постоје искуства изван уобичајених, до којих долази када борба или бег нису довољни. Особа своје шансе процењује као лоше, или их претња заиста надилази, и наставља се снажан доживљај страха. Акутна реакција тада се претвара у паничну, перитрауматску, коју одликује стање истовремене активације симпатикуса и парасимпатикуса, што уводи појединца у четврту фазу, фазу застрашености (*fright*). Ову фазу одликују очигледне манифестације, попут моторне инхибиције, одузетости и аналгезије, измењене перцепције

реалности и дисоцијације, то јест расцеп а емоционалног и телесног, која има заштитну улогу по психички интегритет јер омогућава бекство на менталном плану. Но, иако је ова фаза важна за тренутно очување и останак у животу у ситуацији апсолутног бола и беспомоћности, њена активација доводи до губитка континуитета и интеграције међу психичким функцијама, и може да покрене дубоке промене у структури и организацији личности. Наредну фазу одбрамбене каскаде одликује потпуно престајање активности симпатикуса – стање пасивности организма, гашење функција, и клонулост (*flag*) која представља увод у последњу фазу одбрамбеног ланца: несвестицу (*faint*). Ово је последња фаза одбрамбене каскаде, која обухвата гашење телесних и менталних функција, дереализацију, деперсонализацију, ограничено свесно процесирање информација, гашење емотивне укључености и онемогућавање каснијег сећања на ове догађаје (Schalinski et al, 2015; Schauer & Elbert, 2010; Stefanović Stanojević i sar, 2018).

По овој теорији, стратегије могућих одговора групишу се у два општа облика реаговања: стратегије за активно суочавање са опасношћу то јест прве три фазе одговора (опрез, бег или борба), и стратегије гашења телесних и менталних функција, као последица перципираних беспомоћности (заstraшеност, клонулост, несвестица), то јест друге три фазе одговора. Проживљавање прве или обе групе стратегија представља различиту врсту физичког и менталног захтева, и за собом оставља и различиту природу последица на психолошком плану. Код особа које су у одговору на претњу достигале читаву одбрамбену каскаду, траума се најчешће пориче и потискује, о њој се ретко говори.

Али, у функционисању ових особа задржала се доминација парасимпатичког одговора – на све ситуације које подсећају на претећу, без много истраживања реалности, аутоматски се покреће психолошка дисоцијација (Schauer & Elbert, 2010; Stanojević Stefanović i sar, 2018).

Када се особе које нису обрадиле и интегрисале трауму остваре у родитељској улози, отвара се прилика за трансгенерацијски пренос трауме. Родитељ са неразрешеном траумом значајно чешће постаје злостављајући или занемарујући пружалац неге (Išpanović-Radojković, 2007). Студије потврђују везу између родитеља склоних дисоцијацији, заstraшујућег родитељског понашања и дезорганизованог обрасца афективне везаности деце (Bolbi, 2011; Stefanović Stanojević, 2018). Преко 80% дезорганизовано везане деце су деца са искуством злостављања и занемаривања (Hesse & Main, 2006).

### *Трауме код деце*

Трауме код деце један су од разлога који доводи до промена у њиховом развоју и понашању (Van der Kolk, 2007). Значајна количина података говори у прилог томе да постоји јасна, квалитативна разлика између трауматског искуства у детињству и у одраслом добу, што наглашава значај развојне перспективе и интервенција које утицај трауме на развој узимају у обзир (Cloitre et al, 2009; Hodgdon et al, 2016).

Трауме у детињству описују се кроз две главне групе: развојне и шок трауме. Под шок траумама подразумевају се неочекивани, нагли, интензивни, појединачни догађаји негативне природе, који преплављују интензивном непријатношћу и покрећу базичније механизме одбране.

Примери шок траума су брутална насиља у рату, изненадни губитак породице, ситуације опасне по живот, природне непогоде, сексуално злостављање. Развојне трауме односе се на повређујућа искуства која дете током развоја проживљава у интеракцији са особама које о њему брину. Иако ова искуства посматрана као појединачна немају разорну снагу, трауматским их чини њихово понављање и нагомилавање. Развојне трауме сачињене су од понашања родитеља и старатеља и њиховог (не)реаговања на сигнале детета (Stefanović Stanojević i sar, 2018).

Поље истраживања менталног здравља деце, трауме и трауматског стреса усвојило је и термин „комплексна траума“. Појам „комплексна траума“ користи се да означи двоструку природу овог искуства: саму изложеност трауми, а затим и адаптацију на њу која долази са озбиљним импликацијама. Под комплексним траумама мисли се на ефекте хроничног лошег поступања према детету, као и на тренутне и дугорочне исходе на плану афективног везивања, регулације емоција, контроле понашања, когниције, селф-концепта (Cook et al, 2005). Низ одбрана које деца стварају да се заштите од оваквих искустава постају механизми који касније спречавају развој, раст и промене (Stefanović Stanojević, 2018).

Појам шок трауме ближи је ономе како се појам трауме и даље колоквијално и лички употребљава, јер означава догађаје и осећања који су ипак релативно ретки, појединачни и изоловани од свакодневног искуства већине људи. Али, то нису једини начини на које деца могу бити трауматизована. Хроничитет и кумулативност развојне трауме утиче на неуробиолошки аспект развоја, мењајући капацитете детета да интегрише информације у домену сензорног, емоционалног и

когнитивног у кохезивну целину. Искуства која чине ову, углавном невидљиву, скривену трауму креирају рани запис у механизму интеракције између жлезда, хормона и делова мозга, и складиште се у лимбичком кортексу, одакле су тешко доступна рефлексiji и проради, али настављају да утичу на даље путеве развоја и адаптације детета (Bremner et al, 1999; Pole, 2007; Stefanović Stanojević, 2018; Teicher, 2000). Неадекватни услови развоја, доживљај да дете не сме да се ослони на одрасле, или да ће они бити непредвидиви и застрашујући у ситуацијама када су му потребни, дугорочно чине да дете у свим и најмање угрожавајућим ситуацијама, или ситуацијама које подразумевају било какву већу промену, регредира на ниво функционисања лимбичког кортекса – уместо когнитивног процесуирања, активирају се неуролошки примитивнији процеси, а напетост се испољава преко тела – хиперактивности, поремећаја пажње, итд. Деца са искуством трауме енергију морају да инвестирају у преживљавање, те она мањка у области развијања узрасно очекиваних компетенција. Могу да заостају за својим вршњацима у низу развојних достигнућа, учењу и напредовању, као и да имају критично низак доживљај самопоздања и самоефикасности у различитим задацима (Cloitre et al, 2009; Cook et al, 2005; Theicher, 2000).

### ***Интервенције у раном детињству***

Интервенције у раном детињству, или ране интервенције, односе се на међусекторски систем пружања подршке деци раног узраста која су под ризиком од лоших развојних и животних исхода, и њиховим породицама (Bruder, 2010; Ђорђевић & Илић, 2019; Guralnick, 2020). И

даље постоје различита виђења о оптималном начину грађења и одржања система раних интервенција. Но, њихов значај је неупитан и данас ове услуге представљају међународни стандард науке и праксе у области подршке породицама мале деце из различитих осетљивих група. Под раним узрастом, оквири до сада развијаних раних интервенција углавном предвиђају период од рођења до треће или пете године живота детета. У том периоду углавном се у понашању деце испољавају први показатељи развојних или здравствених одступања. Чак и када су упадљиви и недвосмислени, на овом узрасту сигнали развојних изазова често не могу бити брзо испраћени јасним дијагнозама и само су увод у различите процене и праћења која чекају дете, и породицу, у годинама које долазе. Системи ране интервенције због тога углавном не дефинишу своје циљне групе кроз конкретне етиологије, ни дијагностичке категорије, већ теже да укључују децу и породице која су скринингом кроз системе здравствене и социјалне заштите или раног образовања уочена да развојем или понашањем одступају од очекиваног, или се налазе у несигурним околностима живота. Услуге савремених раних интервенција померају фокус са самог детета и акценат стављају на подршку целој породици, а кад год је то могуће одвијају се у средини породичног дома, вртића и других места у заједници где дете уобичајено борави, најбоље и најслободније се осећа и најлакше учи и усваја нове вештине (Bruder, 2010; Campbell, 2004; Ђорђевић & Пић, 2019; Guralnick, 2020).

## **Модел интервенције засноване на афективној везаности, саморегулацији и компетенцијама (АСК)**

АСК модел, то јест модел базиран на афективној везаности, саморегулацији и компетенцијама, је флексибилни приступ интервенцији за децу и адолесценте који су искусили комплексну трауму, и њихове старатеље (Arvidson et al, 2001; Hodgdon, 2016; Kinniburgh et al, 2005). Специфично адресира три кључна домена: афективну везаност, саморегулацију и развојне компетенције. Унутар ових домена, модел је организован око десет кључних саставних елемената интервенције:

### **Афективна везаност**

Овај домен интервенције усмерен је на родитеље и/или друге старатеље, и сматра се базом интервенције, јер тек изградња сигурног система везаности са одраслима обезбеђује темељ нужен за све друге развојне компетенције. Састоји се од четири елемента:

1. *Управљање емоцијама* фокусира се на способност родитеља и старатеља да препознају и регулишу сопствена емоционална искуства, кроз психолошку едукацију и подршку, валидацију њихове перспективе и развој вештина праћења сопствених осећања и бригу о себи.
2. *Усклађеност* се тиче капацитета родитеља и деце да исправно тумаче сигнале које једни другима упућују и ефикасно на њих одговарају. Фокус је на позитивном ангажовању између родитеља и детета као бази за награђујуће искуство у овој дијади. Интервенција циља на вештину родитеља да



препозна и узврати на емоционалну потребу која је у позадини дечјег неадекватног понашања. Психолошка едукација у овом сегменту укључује и информације о томе шта су код детета могући окидачи трауматских одговора.

3. *Доследно одговарање* на понашање детета је део интервенције усмерен на капацитете родитеља/старатеља да конзистентно и адекватно одговара на понашање детета. Ова вештина често није довољно развијена због тешкоћа самог родитеља са управљањем емоцијама, и ниске усклађености са дететом.
4. *Рутине и ритуали* фокусирају се на способност развијања предвидивих рутина у старању о детету са циљем подизања доживљаја сигурности детета и помоћи са развојем саморегулације. Клинички рад састоји се развијања рутина које адресирају специфична трауматска искуства и окидаче, на пример различите транзиције у току дана или одлазак на спавање.

### Саморегулација

Домен саморегулације адресира способност детета да идентификује, модулира и изражава своја унутрашња искуства. Нарушена саморегулација је кључна одлика која се опажа међу децом изложеном комплексној трауми. У овом домену, постоје три елемента интервенције:

5. *Идентификација афекта* односи се на подршку детету да развија вокабулар који ће служити описивању емоционалног искуства, као и да разуме повезаност емоција и

догађаја који иза њих следе. Деца уче да препознају своја физиолошка стања и унутрашње и спољашње сигнале релевантне за њихове емоције и понашања.

6. *Модулација* адресира способност детета да толерише и издржи повезаност са својим унутрашњим стањима. У овом сегменту интервенције помаже им се да безбедно истражују и граде разумевање своје побуђености, и развијају конкретне стратегије управљања својим телом и емоцијама.
7. *Изражавање емоција* елемент је интервенције који има за циљ да подигне способности детета да идентификује сигурне ресурсе у окружењу и искомунцира емоционално искуство. Дељење емоционалног искуства кључни је аспект људских односа и неспособност дељења утиче на формирање и одржавање здравих и сигурних повезаности са другима.

### Компетенције

Домен компетенција фокусиран је на способност детета да стекне темељне вештине нужне за даљи развој. Овај домен има два елемента:

8. *Подстицање развоја егzekутивних функција*, са циљем јачања способности детета да се ефикасније упушта у решавање проблема, планирање и предвиђање. Деца су овде подржана да граде разумевање повезаности акција и исхода, као и да промишљају и опробавају се у доношењу, имплементацији и евалуирању својих избора на различитим питањима.

9. *Развој селфа и идентитета* односи се на развој доживљаја себе као јединственог и позитивног, и на подршку интеграцији искустава из прошлости. Деца су овим елементом интервенције подржана да креирају целовите наративе о свом животу, истраже личне атрибуте и развијају оријентације ка будућности.

### Интеграција

10. *Интеграција искуства трауме* је финални елемент интервенције, који има за циљ да повеже горенаведене вештине и подржава дете у изградњи кохерентне, интегрисане слике о себи и потпунијем учешћу у тренутном животу. Овај елемент обухвата развојно прилагођене стратегије за решавање последица изложености трауматским догађајима који настављају да се појављују у менталној реалности детета и да подривају његов развој. У овом елементу интервенције налази се рад на трауматским сећањима и подсетницима, стањима побуђености из одбрамбене каскаде која се покрећу окидачима из садашњег тренутка, и когницијама и самоатрибуцијама које су повезане са траумом.

### ЗАКЉУЧАК

Због своје свеобухватности, флексибилности и снажног теоријског утемељења, овај модел је све чешће предмет испитивања и расте количина емпиријске грађе која говори у прилог његовој ефикасности. Приказани модел адресира способности детета да идентификује,

контекстуализује и толерише своја унутрашња искуства, не испуштајући притом рад са старатељима, као нужним актерима подршке детету у активном развијању и коришћењу ових способности. Елементи који сачињавају овај модел представљају јасан водич, али остављају довољно простора за индивидуализацију процеса интервенције у односу на узраст, реалне потребе и могућности корисника. Такође, за разлику од многих приступа, модел не остаје искључиво усмерен на санирање или уклањање болних симптома, већ истовремено гради снаге и капацитете детета које је могуће генерализовати на нове, будуће изазове.

### ЛИТЕРАТУРА

- Arvidson, J., Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola, J., Strothers, H., Evans, M., Andres, B., Cohen, C., & Blaustein, M. E. (2011). Treatment of complex trauma in young children: developmental and cultural considerations in application of the ARC Intervention Model. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(1), 34-51. <https://doi.org/10.1080/19361521.2011.545046>
- Bartels, L., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T., Jungbluth, N., Plener, P., Risch, E., Rojas, R., Rosner, R., & Sachser, C. (2019). The importance of the DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms of cognitions and mood in traumatized children and adolescents: Two network approaches. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(5), 545-554. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13009>
- Bremner, J. D., Staib, L. H., Kaloupek, D., Southwick, S. M., Soufer, R., & Charney, D. S. (1999). Neural correlates of exposure to traumatic pictures and sound in Vietnam combat veterans with and without posttraumatic stress disorder: A positron emission tomography study. *Biological*

- Psychiatry*, 45(7), 806-816. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(98\)00297-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(98)00297-2)
- Bolbi, D. (2011). *Sigurna baza*. Beograd: ZUNS.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V. D., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E., & Van Der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05>
- Đorđević, M., & Ilić, S. (2019). Efikasnost kućnih poseta u procesu rane intervencije-pregled istraživanja. Zbornik rezimea/VI stručno-naučni skup sa međunarodnim učešćem "Aktuelnosti u edukaciji i rehabilitaciji osoba sa smetnjama u razvoju", Beograd, 25-26. maj 2019. godine.
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology*, 18(02). <https://doi.org/10.1017/S0954579406060172>
- Hodgdon, H. B., Blaustein, M., Kinniburgh, K., Peterson, M. L., & Spinazzola, J. (2016). Application of the ARC Model with adopted children: supporting resiliency and family well being. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 9(1), 43-53. <https://doi.org/10.1007/s40653-015-0050-3>
- Išpanović-Radojković, V. (2007). Mentalno zdravlje i afektivna vezanost u detinjstvu. U: Hanak N., Dimitrijević A.,(ur), *Afektivno vezivanje teorija, istraživanja, psihoterapija* (str. 67-78). Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
- Kinniburgh, K. J., Blaustein, M., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. A. (2005). Attachment, self-regulation, and competency. *Psychiatric Annals*, 35(5), 424-430.
- Pole, N. (2007). The psychophysiology of posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 133(5), 725-746. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.5.725>
- Profaca, B., & Arambašić, L. (2009). Traumatski događaji i trauma kod djece i mladih. *Klinička psihologija*, 2(1-2), 53-73.
- Stefanović Stanojević, T., Mihić, I., & Hanak, N. (2012). *Afektivna vezanost i porodični odnosi: razvoj i značaj*. Centar za primenjenu psihologiju.
- Stefanović Stanojević, Tošić Radev, S., & Bogdanović, A. (2018). *Strah je najgore mesto: Studija o ranoj traumi iz ugla teorije afektivne vezanosti*. CPP.
- Schalinski, I., Schauer, M., & Elbert, T. (2015). The Shutdown Dissociation Scale (Shut-D). *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 25652. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.25652>
- Schauer, M., & Elbert, T. (2010). Dissociation following traumatic stress: etiology and treatment. *Zeitschrift für Psychologie / Journal of Psychology*, 218(2), 109-127. <https://doi.org/10.1027/0044-3409/a000018>
- Teicher, M. H. (2002). Scars that won't heal: The neurobiology of child abuse. *Scientific American*, 286(3), 68-75.
- Van der Kolk, B. A. (Ed.). (1987). *Psychological trauma*. American Psychiatric Press, Inc.
- Van Der Kolk, B. A. (2007). The Developmental Impact of Childhood Trauma. In L. J. Kirmayer, R. Lemelson, & M. Barad (Eds.), *Understanding Trauma* (1st ed., pp. 224-241). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511500008.016>

# EARLY INTERVENTION FOR CHILDREN EXPOSED TO TRAUMA: ARC INTERVENTION MODEL

**Nevena Strižak**

*University of Belgrade – Faculty of Special  
Education and Rehabilitation*

## **Abstract**

*When the relationship between the child and those who care for him is characterized by insecurity, unpredictability and fear, and the closest adults treat the child in frightening and overwhelming ways, it affects the child's basic experience of trust in people and the world around him. Long-term consequences remain in terms of child development, mental and physical health, academic achievement, and quality of life and relationships in adulthood. Due to the developmental and health consequences of trauma, which can be seen in early childhood, children who have experienced trauma are often a population that uses early intervention services. However, there are legitimate concerns that the complexity of their experience is not sufficiently recognized by the usual repertoire of procedures and that, as a result, they cannot fully benefit from participation in early intervention programs. Early trauma-focused interventions emphasize the attachment system as the foundation upon which to build clinical intervention and a critical point for recovery. The ARC intervention model, based on Attachment, Self-regulation and Competence is one of the currently developed frameworks, aiming to provide a comprehensive intervention for supporting children with trauma experiences. This paper will provide an overview of basic knowledge about trauma in early-age children, as well as the ARC model as one of the possible approaches with children who have experienced trauma.*

**Keywords:** *early intervention, trauma, attachment theory, children, ARC model*