



UNIVERZITET U NIŠU  
FILOZOFSKI FAKULTET



**Aleksandra S. Bogdanović**

**TRAUMA I MENTALNO ZDRAVLJE MLADIH:  
MEDIJATORSKA ULOGA AFEKTIVNE  
VEZANOSTI, MENTALIZACIJE I  
DISOCIJACIJE**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Niš, 2022



UNIVERSITY OF NIS  
FACULTY OF PHILOSOPHY



**Aleksandra S. Bogdanovic**

**TRAUMA AND MENTAL HEALTH PROBLEMS  
AMONG YOUTH: THE MEDIATOR EFFECT OF  
ATTACHMENT, MENTALIZATION AND  
DISSOCIATION**

DOCTORAL DISSERTATION

**Nis, 2022**

## Osnovni podaci o disertaciji

Mentor:

dr Tatjana Stefanović Stanojević, redovni profesor, Univerzitet u Nišu, Filozofski fakultet.

Naslov:

Trauma i mentalno zdravlje mladih: medijatorska uloga afektivne vezanosti, mentalizacije i disocijacije

Rezime:

Ovo istraživanje nastalo je u nameri da se empirijski ispita efekat ranih traumatskih iskustava na razvoj problema mentalnog zdravlja i uloge koje afektivna vezanost, mentalizacija i disocijacija ostvaruju u tom odnosu. Uzorak je sačinjen od 121 ispitanika, korisnika sistema zaštite za decu i mlade bez adekvatnog roditeljskog staranja, u privremenom porodičnom smeštaju na teritoriji Srbije, uzrasta između 11 i 18 godina. Primljeni su Upitnik o traumatskim iskustvima u detinjstvu – CTQ (Bernstein i Fink, 1998), klinička verzija Upitnika o odnosima – RQ-CV (Holmes & Lyons-Ruth, 2006), Upitnik za procenu refleksivne funkcije – RFQ (Fonagy et al., 2016), Skala disocijativnih iskustava za adolescente A-DES (Armstrong et al., 1997) i Lista provere dečijeg ponašanja, CBCL-YSR (Achenbach & Rescorla, 2001). Rezultati provere pretpostavljenih modela potvrdili su da disocijacija ostvaruje posredničku ulogu u odnosu između traume i svih ispitivanih formi problema mentalnog zdravlja, internalizovanih ( $b=.1.81$ ,  $SG=.04$ ,  $p<.001$ ) eksternalizovanih ( $b=2.86$ ,  $SG=.49$ ,  $p<.000$ ) i problema u relacijama ( $b=.99$ ,  $SG=.04$ ,  $p<.001$ ). Rezultati dalje pokazuju da interakcija traume i sigurnosti ( $b=-.05$ ,  $SG=.01$ ,  $p<.001$ ), te traume i dubokog nepoverenja ( $b=.05$ ,  $SG=.01$ ,  $p<.001$ ) ostvaruje značajan efekat na internalizovane probleme; interakcija traume i nesigurnosti u mentalna stanja ( $b=.01$ ,  $SG=.00$ ,  $p<.001$ ) značajan efekat na eksternalizovane; dok interakcija traume i sigurnosti u mentalna stanja ostvaruje značajan efekat na eksternalizovane ( $b=-.01$ ,  $SG=.00$ ,  $p<.05$ ) i probleme u relacijama ( $b=-.005$ ,  $SG=.001$ ,  $p<.001$ ), ukazujući da bi ove dimenzije afektivne vezanosti i mentalizacije mogle da imaju ulogu moderacije efekata traume na pojavu emocionalnih i bihevioralnih teškoća, te nam pomaže da razumemo zašto jedan broj mladih koji su u iskusili ranu

traumu ne razvija probleme mentalnog zdravlja.

Dobijeni rezultati tumačeni su u svetlu postojećih teorijskih konceptualizacija, sa fokusom na empirijski otkrivene faktore rezilijencije (sigurnost afektivne vezanosti, optimalno refleksivno funkcionisanje i sigurnost u mentalna stanja) i vulnerabilnosti (duboko nepoverenje i nesigurnost u mentalna stanja). Diskutovane su praktične implikacije, ali i ograničenja sprovedene studije.

Ključne reči: rana traumatska iskustva; hraniteljstvo; afektivna vezanost; mentalizacija; disocijacija; eksternalizacija; internalizacija; problemi u relacijama.

Naučna oblast: Psihologija

Naučna disciplina: Klinička psihologija

UDK: 159.913:616.89

Klasifikaciona oznaka za datu naučnu oblast: S 260

Tip odabrane licence: CC BY-NC

## Data on Doctoral Dissertation

Doctoral Supervisor: dr Tatjana Stefanovic Stanojevic, full professor, University of Nis, Faculty of Philosophy

Title: Trauma and mental health problems among youth: the mediator effect of attachment, mentalization and dissociation

Abstract:

The aim of this research was examining the effect of early trauma experiences on the development of maladaptive mental health outcomes, as well as to test the effects of attachment, mentalization and dissociation in this relationship. The sample was comprised of 121 adolescents from foster care in Republic of Serbia, aged 11 to 18. The respondents filled in a battery of instruments, including Childhood Trauma Questionnaire – CTQ (Bernstein & Fink, 1998), Relationship Questionnaire-Clinical version RQ-CV (Holmes & Lyons-Ruth, 2006), The Reflective Functioning Questionnaire, RFQ (Fonagy et al., 2016), Dissociative experience scale for adolescents, A-DES (Armstrong, Putnam, Carlson, Libero & Smith, 1997) and Child behavior checklist-youthself report (Achenbach & Rescorla, 2001). Our findings suggest that dissociation had statistically significant mediating role in the relationship between trauma and internalizing ( $b=.1.81$ ,  $SE=.04$ ,  $p<.001$ ) externalizing ( $b=2.86$ ,  $SE=.49$ ,  $p<.001$ ) and social problems ( $b=.43$ ,  $SE=.04$ ,  $p<.001$ ). Attachment and mentalization can be considered as moderators of the examined relationships, since results of models testing moderation effects showed that trauma and attachment security ( $b=-.05$ ,  $SE=.01$ ,  $p<.001$ ) and trauma and profound-distrust ( $b=.99$ ,  $SE=.01$ ,  $p<.001$ ) had a significant interaction effect on internalizing symptoms; that trauma and hypomentalization ( $b=.01$ ,  $SE=.00$ ,  $p<.001$ ) had a significant interaction effect on externalizing symptoms; while trauma and hypermentalization had a significant interaction effect on externalizing symptoms ( $b=-.01$ ,  $SE=.00$ ,  $p<.05$ ) and social problems ( $b=-.005$ ,  $SE=.001$ ,  $p<.001$ ).

The obtained results were interpreted within the context of contemporary theoretical conceptualizations focusing on resilience (secure attachment style,

optimal reflective functioning, hypermentalizing) and vulnerability (profound-distrust, hypomentalizing) factors in response to trauma. Practical implications and limitations of this study were discussed.

Key Words: trauma; foster care; attachment; mentalization; dissociation; internalization; externalization; social problems

Scientific Field: Psychology

Scientific Discipline: Clinical psychology

UDC: 159.913:616.89

CERIF Classification: S 260

Creative Commons License: CC BY-NC

## Izjave zahvalnosti

Za nastanak ovog rada bilo je presudno usmeravanje koje mi pružila moja profesorka, Snežana Vidanović, moj životni uzor i učitelj, i zbog toga joj svim srcem zahvaljujem.

Na naknadnom prihvatanju da mentoriše ovu doktorsku disertaciju, na negujućoj posvećenosti i visprenom vođenju ka zoni narednog razvoja zahvaljujem se profesorki Tatjani Stefanović Stanojević.

Zahvalnost dugujem i dragoj Violeti Blagojević, bivšoj direktorki niškog Centra za porodični smeštaj i usvojenje koja je svoju ljubav prema hraniteljstvu zarazno širila na sve koji su je poznavali i inspirisala me, celoživotno, da verujem u taj koncept. Ovu zahvalnost izjavljujem posthumno, u nadi da će njena porodica u njoj moći da nadje zrno utehe.

Snažan podsticaj tokom doktorskih studija dobijala sam kroz aktivnosti na projektu 179002 Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja, zahvaljujući rukovodiocu projekta prof. dr Vladimiru Hedrihu, ali i svim članovima projektnog tima, mojim profesorima i kolegama, koji su uticali na moje formiranje u istraživačkom i naučnom smislu. Hvala!

Razumevanje i podrška od strane Centara za socijalni rad i Centara za porodični smeštaj i usvojenje i samih hranitelja širom Srbije direktno su doprineli nastanku ovog rada. Zahvaljujem se na odličnoj saradnji i radujem budućim zajedničkim poduhvatima.

Najveću zahvalnost, ipak, dugujem deci i mladima koji su učestvovali u samom istraživanju na njihovoj spremnosti da breme svojih bolnih uspomena podele sa mnom. Njima i posvećujem ovaj rad.

## Sadržaj

1.1. Traumatska iskustva u detinjstvu .....	1
1.2. Šta mislimo kada kažemo trauma .....	3
1.3. Priroda događaja koji izazivaju traumu .....	4
aktivnosti koje negativno utiču na dečji emocionalni i intelektualni razvoj, dovode do niskog samopoštovanja, straha, problema u odnosima i osećaja deteta da nije voljeno .....	5
1.4. Kako dolazi do traumatske reakcije.....	9
1.5. Šta se dešava sa decom koja su žrtve složene traume.....	13
1.6. Zakonodavni okvir i hraniteljstvo kao oblik zaštite zlostavljane i zanemarivane dece .....	16
2.1. Složena trauma i poremećaji mentalnog zdravlja .....	19
2.2. Mentalno zdravlje i problemi mentalnog zdravlja dece i mladih.....	21
3.1. Teorija afektivne vezanosti.....	27
3.2. Problemi i poremećaji vezivanja.....	32
4.1. Mentalizacija .....	34
4. 2. Razvoj i inhibicija kapaciteta za mentalizaciju.....	38
5.1. Disocijacija .....	42
5.2. Neurobiološki mehanizmi disocijativnih odbrana .....	45
6. Prethodni nalazi.....	46
6.1. Dezorganizovani obrazac afektivne vezanosti u kontekstu traume i razvoja psihopatoloških simptoma.....	47
6.2. Povezanost dezorganizovanog obrasca afektivne vezanosti sa mentalizacijom i disocijacijom ....	47
6.3. Disocijacija i mentalizacija u kontekstu traume i razvoja psihopatoloških simptoma .....	48
7. METODOLOGIJA .....	54
7.1. Predmet istraživanja.....	54
7.2. Značaj istraživanja .....	55
7.3. Ciljevi istraživanja .....	56
7.4. Varijable istraživanja .....	57
7.5. Instrumenti.....	59
(a)    Upitnik o traumatskim iskustvima u detinjstvu (Childhood Trauma Questionnaire – CTQ; Bernstein i Fink, 1998).....	59
(b)    Upitnik o odnosima – klinička verzija (Relationship Questionnaire – Clinical version RQ-CV; Holmes & Lyons-Ruth, 2006).....	60
(c)    Upitnik za procenu refleksivne funkcije (The Reflective Functioning Questionnaire, RFQ; Fonagy et al., 2016) .....	60
(d)    Skala disocijativnih iskustava za adolescente (Dissociative experience scale for adolescents, A-DES; Armstrong, Putnam, Carlson, Libero & Smith, 1997) .....	62



(e) Lista provere dečijeg ponašanja, CBCL- YSR (Child behavior checklist – youthself report; Achenbach & Rescorla, 2001).....	62
7.6. Hipoteze istraživanja .....	64
7.7. Uzorak.....	65
7.8. Postupak prikupljanja podataka .....	66
7.9. Postupak obrade podataka .....	67
8. REZULTATI.....	68
8.1. Deskriptivni parametri.....	68
8.2. Povezanost glavnih varijabli istraživanja .....	75
8.3. Modeli medijacije .....	77
8.3.a. Preliminarne analize.....	77
8.3. b. Efekat traume na internalizovane simptome preko disocijacije kao medijatora.....	82
8.3. c. Efekat Traume na Eksternalizovane simptome preko oštećene mentalizacije i disocijacije kao serijskih medijatora .....	83
8.3. d. Efekat Traume na Probleme u relacijama preko dezorganizacije, oštećenja mentalizacije i disocijacije kao medijatora.....	86
8.4. Modeli moderacije .....	90
8.4.a. Preliminarne analize.....	90
8.4.b. Afektivnom vezanošću uslovljen i disocijacijom posredovan efekat traume na internalizovane simptome .....	93
8.4.c. Oštećenom mentalizacijom uslovljen i disocijacijom posredovan efekat traume na eksternalizovane simptome .....	98
8.4.d. Hipermentlizacijom uslovljen i dezorganizacijom i disocijacijom posredovan efekat traume na probleme u društvenim relacijama .....	103
9. DISKUSIJA.....	107
9.1. Diskusija prirode dobijenih podataka.....	107
9.2. Interkorelacija varijabli .....	113
9.2. Diskusija rezultata medijacionih analiza.....	123
9.3. Diskusija rezultata moderacionih analiza .....	130
9.4. Praktične implikacije dobijenih nalaza .....	141
9.5. Ograničenja studije.....	148
10. Završna razmatranja i zaključak.....	152
11. Literatura .....	153
Prilozi.....	19180
BIOGRAFIJA AUTORA.....	19185

## 1.1. Traumatska iskustva u detinjstvu

*... Prvi korak je najvažniji, naročito kada se radi o mladim i nežnim osobama. To je vreme kada se one formiraju i kada svaki utisak koji im priredimo ostavlja trajni trag.*

- Platon, (428.-348. p.n.e.)

Za tragovima nastanka ideje o formativnom uticaju ranih godina na razvoj ličnosti i karaktera morali bismo da tragamo daleko u prošlost. Od Platona, (prema Stefanović-Stanojević, 2002), preko Loka, do Frojda i na dalje ova ideja se je razvijala, oblikovala, širila i sužavala, ali se njena suština do danas nije mnogo promenila. Ono što doživimo kao deca određuje nas kao odrasle.

Filozofska misao pretvorila se u istraživački zapis, iako po standardima savremene nauke nedovoljno sistematičan, već krajem 19. veka. Tada je zabeležen prvi izveštaj posmatranja dece koja su doživela traumu izazvanu gubitkom roditelja. Kod njih su uočena kašnjenja u razvoju i intelektualni deficiti (Langmeier & Matejcek, 1973; prema Putnam, 1997), koji su se smatrali posledicama doživljene traume. Psihologija, kao nauka, od tog perioda ušla je u svoj progresivni rast, međutim, izuzevši psihoanalitički kontekst, o traumi i posledicama traume malo se je pisalo, i još se manje istraživalo, sve do okončanja Drugog svetskog rata (Putnam, 1997). Upravo rat je učinio da se ova tema aktualizuje. Dok je civilizacija doživljavala svoj ponor, stvaralo se je plodno tle za nauku. U posleratnim godinama, suočeni sa tragedijom generacija dece koje su odrastala doživljavajući brutalno nasilje, glad i gubitke radili su i sprovodili svoje studije velikani psihološke misli –Ana Frojd, Solomon, Rene Spitz i drugi. Baš tada je uočena važna odrednica dečijeg doživljaja traume; ono, čak i u kontekstu rata, zavisi od roditeljske reakcije na traumatske događaje (Solomon, 1942., Freud, 1943., prema Putnam, 1997). Sa maminog lica svet se dešifruje kao opasan i zastrašujući ili kao naklonjen i podržavajući (Stefanović Stanojević i sar., 2018).

Rene Špic je tokom svog rada posmatrao decu koja su uskraćena za taj dragocen signal sa lica roditelja, siročiće. Jedan je od prvih psihologa koji je eksperimentalno posmatranje, kao metodu naučnog istraživanja, primenio u radu sa decom i to mu je omogućilo da otkrije i javnosti predstavi fenomen *hospitalizma*. Kod prethodno zdrave, ali traumatizirane dece, koja odrastaju u sirotištu, napuštena od strane roditelja, dolazi do čestih bolesti, zaostajanja u indeksu napredovanja (DQ, Hetzer-Wolf baby tests), preterane pasivnosti, pojave psihosomatskih tegoba, marazma, depresije i smrti (Spitz, 1945; prema Van Rosmalen er al., 2012). Veliki odjek ovo otkriće imalo je za struku i nauku, ali i za širu javnost, zbog ekranizacije snimaka koje je Špic pravio u sirotištim. Bio je inspiracija i Džonu Bolbiju

(1958, prema Putnam, 1997), čiji je rad imao veliki uticaj na razumevanje dečjeg razvoja uopšteno i učinaka traumatizacije na razvoj. Proučavajući separaciju od roditelja i gubitak u dečjoj dobi, Bolbi je konceptualizovao reakcije privrženosti kao biološke funkcije važne za razvoj ljudske jedinice. Isticao je odnos majka-dete kao ključan za zdrav psihički i socijalni razvoj deteta, a za rano iskustvo odvajanja od majke smatrao da rezultira doživljajem traumatskog gubitka i dovodi do depresije i smetnji u ponašanju (Profaca, 2016). Nastala kao pokušaj tumačenja poremećenog funkcionisanja pojedinaca koji su bili izloženi traumatskim iskustvima gubitka ili ranog odvajanja, Bolbijeva teorija danas predstavlja jednu od najuticajnijih teorija normalnog razvoja (Levy & Orlans, 1998) i o njoj će biti više reči dalje u tekstu.

Od Bolbija do danas, empirijska istraživanja traumatskih događaja u detinjstvu postala su učestalija. Pinos i saradnici (Pynoos, Steinberg & Goenjian, 1996) odvajaju nekoliko faza koje ilustruju njihov trend. Prvu fazu odlikuje klinički pristup, vođenje razgovora sa decom koja su bila izložena traumatskim doživljajima, u cilju prikupljanja informacija o procesima i mentalnoj aktivnosti dece tokom i nakon traumatskih događaja. Pažnja je bila usmerena i na verodostojnost dečjeg iskaza, sugestibilnost i probleme vezane za dečje pamćenje. U drugoj fazi unapređuje se naučna metodologija. Fokus je bio na izradi valjanih mera procene za decu. Umesto kategorijskih uvode se kontinuirane skale procene, koje omogućavaju merenje intenziteta izloženosti traumi, ali i intenziteta posledičnih reakcija, te praćenje uspešnosti oporavka dece (Pynoos & al., 1996). U trećoj fazi otvaraju se dva široka područja. Interes se usmerava na etiološke i posredujuće činioce, sa jedne i za neurofiziološke promene povezane s traumatskim i posttraumatskim reakcijama dece i mladih, sa druge strane. Savremeni trend, kako primećuju pomenuti autori, kreće se u pravcu integrisanja znanja o proceni, simptomatologiji i tehnikama intervencije kako bi se konstruisali što učinkovitiji programi psihosocijalne pomoći deci i mladima koji su bili izloženi traumama. Mi danas znamo da je trauma u detinjstvu povezana sa doživotnim povećanim rizikom od psihopatologije (Nanni, Uher & Danese, 2012). Postoje različite hipoteze o tome zašto je to tako. Na primer, jedan broj autora smatra da izloženost ranoj interpersonalnoj traumi uzrokuje razvoj maladaptivnih osobina ličnosti koja je još uvek u formiranju, što povećava vulnerabilnost za pojavu psihopatoloških ispoljavanja (Miu, Bîlc, Bunea & Szentágotai-Tătar, 2017; Barlow et al., 2014; Roy, 2002). Tako su rezultati jedne studije pokazali da maladaptivni obrazac ličnosti (visok skor na neuroticizmu i nizak na ekstraverziji, savesnosti i saradljivosti) može biti dobar medijator odnosa između zlostavljanja u detinjstvu i depresivnih i anksioznih simptoma

(Spinhoven, Elzinga, Van Hemert, de Rooij, & Penninx, 2016). Za nas je zanimljivija druga hipoteza, koja proizilazi iz teorije afektivne vezanosti, navodeći da je odnos sa primarnim figurama vezanosti od ključnog značaja za razvoj unutrašnjeg radnog modela sveta i sebe u njemu. Zato je iskustvo zlostavljanja upravo u tom odnosu posebno maladaptivno – negativne evaluacije dolaze direktno od primarnih figura vezanosti, stvarajući negativan model i sebe i sveta i podlogu za razvoj psihopatologije (Shapero et al, 2014).

Izučavanje traume danas, u skladu sa sve dostupnijim naprednim tehnikama analize podataka, kreće se u pravcu aktivnog traženja posrednika odnosa između traumatskog iskustva u detinjstvu i posledica koje ono ima na kasnije psihološko funkcionisanje pojedinca, uz sve češći metaanalitički osvrt na taj odnos (npr. Infurna et al., 2015). Međutim, ni nakon više od jednog veka bavljenja traumom psihološki mehanizmi ovog učinka nisu sasvim jasni. Zato, još uvek istražujemo.

## **1.2. Šta mislimo kada kažemo trauma**

Trauma ili traumatska reakcija obuhvata sklop osećanja, misli i postupaka za vreme trajanja zastrašujućeg događaja ili neposredno nakon njega. Neposredna je reakcija na događaj koji ometa uobičajen osećaj kontrole koji pojedinac ima nad životom, osećaj povezanosti sa drugima i značenja koja pridaje svetu oko sebe (Arambašić, 2000; Profaca, 2016). Prema petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika duševnih poremećaja DSM – V (Američka psihijatrijska udruga, 2014), traumatski događaji uključuju direktnu i indirektnu izloženost stvarnoj ili pretećoj smrti, ozbiljnoj povredi ili seksualnom nasilju. Dakle, traumatska reakcija razumljiva je i normalna reakcija na nenormalne okolnosti (Arambašić, 2000), usmerene na ublažavanje učinaka traumatskog iskustva i može se javiti odmah nakon traumatskog događaja, ali i nedeljama kasnije. Osoba je nakon traumatskog događaja zaokupljena doživljenim, izložena nametajućim mislima i slikama proživljenog. Ovaj proces služi modifikovanju osećaja povezanih s traumom i stvara toleranciju za kontekst u kojem se sećanja javljaju (Van der Kolk, 1996). Traumatsko iskustvo može uticati na sva područja života: osećaje, mišljenje, pamćenje, ponašanje, telesno zdravlje, socijalne odnose, ono može promeniti osobu, no ne mora da ostavi teže posledice na planu telesnog i mentalnog zdravlja. Kombinacija nekih karakteristika ličnosti, spoljašnjih okolnosti i priroda traumatskog događaja, može, međutim učiniti da ipak dođe do dugoročnih, težih posledica i tada govorimo o posttraumatskim, stresnim reakcijama (Arambašić, 2000).

### 1.3. Priroda događaja koji izazivaju traumu

Događaji koji izazivaju traumu izvan su uobičajenog ljudskog iskustva i predstavljaju ozbiljnu pretnju po vlastiti život, bezbednost, zdravlje (Tyson & Tyson, 1990) ili život, bezbednost i zdravlje drugih (naročito nama bliskih) ljudi, dovodeći do dubokog osećanja bespomoćnosti (Herman, 1997). Ti događaji mogu biti jednokratni, ali i ponavljajući.

U prvom slučaju reč je o izolovanim, pojedinačnim, retkim i veoma intenzivnim negativnim događajima, kakvi su teške saobraćajne nesreće, izloženost brutalnom nasilju, silovanje, iznenadni gubitak porodice ili imovine i druge situacije opasne po život, psihički ili telesni integritet. Ovakvi događaji, u detinjstvu ili odraslom dobu, izazivaju takozvanu šok traumu. Šok traume predstavljaju traume u užem smislu reči. Odlikuje ih neočekivanost (što izaziva šok), intenzivno negativno iskustvo koje prevazilazi trenutne kapacitete za prevladavanje i aktiviranje bazičnih mehanizama odbrane kako bi se to iskustvo prevladalo.

U drugom slučaju, za nas relevantnijem, kada su traumatska iskustva dece ponavljajuća i prolongirana, govorimo o razvojnim traumama. One uvek nastaju u interakciji sa osobama iz detetovog bliskog okruženja. To mogu biti učitelji ili nastavnici, vršnjaci, rođaci. Dešava se da nastaju i u interakciji sa roditeljima i tada ih nazivamo složenim ili kompleksnim traumama. Višestruka traumatskih iskustava dešavaju se unutar kruga porodice, u onoj socijalnoj okolini za koju se pretpostavlja da bi trebala biti izvor sigurnosti i stabilnosti (Cook et al., 2003; Van der Kolk, 2005), od strane roditelja, koji bi trebalo da pruže zaštitu. Ta iskustva obuhvataju ranu izloženost fizičkom i emocionalnom zlostavljanju i zanemarivanju, te seksualnom zlostavljanju unutar kruga porodice (Gerdner & Allgulander, 2009). Svetska zdravstvena organizacija zlostavljanje određuje kao svaki oblik zlostavljanja, zanemarivanja i nemarnog postupanja ili iskorišćavanja deteta (eksploatacija), što rezultira stvarnom ili potencijalnom opasnošću za detetovo zdravlje, preživljavanje, razvoj ili dostojanstvo u kontekstu odnosa odgovornosti, poverenja i moći, a zanemarivanje kao propuštanje da se zadovolje potrebe deteta, u meri koja značajno utiče na detetov fizički i psihološki razvoj (WHO, 2010). Ove pojave se, prema MKB-10 definišu kao sindrom lošeg postupanja (T74) u šta spadaju: zapostavljenost ili odbačenost (T74.0), fizička zloupotreba (T74.1), seksualna zloupotreba (T74.2), psihološka zloupotreba (T74.3), drugi sindromi lošeg postupanja (T74.8) i sindrom lošeg postupanja, neoznačen (T74.8). Mi ćemo se u ovom radu držati operacionalizacije koju su dali Bernstein i Fink (1998).

*Tabela 1. Operacionalizacija složene traume, po autorima Bernstein i Fink (1998)*

Fizičko zlostavljanje	sve akcije usmerene protiv deteta, čije su posledice telesne povrede ili bolesti i drugi medicinski značajni simptomi
Fizičko zanemarivanje	odsustvo fizičke nege koja je u skladu sa standardima zajednice
Emocionalno zlostavljanje	aktivnosti koje negativno utiču na dečji emocionalni i intelektualni razvoj, dovode do niskog samopoštovanja, straha, problema u odnosima i osećaja deteta da nije voljeno
Emocionalno zanemarivanje	odsustvo emocionalne nege koja je u skladu sa standardima zajednice
Seksualno zlostavljanje	svaki oblik seksualnog kontakta s detetom, koji može, ali ne mora uključivati dodirivanje i seksualnu eksploataciju

Fizičko zlostavljanje deteta definiše se kao svako namerno, aktivno postupanje koje dovodi do stvarnog ili potencijalnog fizičkog povređivanja deteta. Oblici fizičkog zlostavljanja kategorišu se na osnovu prirode nastalih povreda, pa tako nailazimo na kategorije koje se tiču povreda kože i vidljivih sluzokoža, glave i CNS-a, koštano-zglobnog sistema, trbuha i parenhimatoznih organa, itd. Priručnik svetske zdravstvene organizacije (WHO, 2018) predviđa i kategoriju koju bih u nedostatku boljeg prevoda na naš jezik, a služeći se predlogom koji je profesor Begovac uputio hrvatskoj stručnoj javnosti (Begovac, 2021) nazvala artificijelni poremećaj preko posrednika (eng. Factitious Disorder Imposed on Another; bivši naziv: Minhauzenov sindrom by proxy<sup>1</sup>), u koju se smeštaju ona deca čiji roditelji ili staratelj namerno uvećavaju postojeće simptome njihove bolesti ili ih čak izazivaju.

Emocionalno zlostavljanje, obuhvata ponavljane roditeljske postupke koji vrše atak na dečji razvoj odnosa prema samome sebi i drugima. Ono podrazumeva neuspeh roditelja da omoguće razvojno odgovarajuće, sigurno okruženje koje uključuje raspoloživost primarne figure za vezivanje kako bi dete moglo razviti, u punom obimu, stabilne emocionalne i socijalne kompetencije u skladu sa svojim potencijalima, a u kontekstu društva u kome odrasta. Emocionalno zlostavljanje obuhvata takve postupke roditelja ili osoba koje su u odnosu odgovornosti, poverenja ili moći sa detetom, koji narušavaju ili imaju visok potencijal da naruše fizički, mentalni, duhovni, moralni ili socijalni razvoj deteta, a tiču se neadekvatnog

<sup>1</sup> Opisani su različiti načini manipulacije: preuveličavanje ili izmišljanje simptoma, dodavanje krvi u urin ili stolicu koji se šalju na ispitivanje, davanje različitih lekova, sve do intravenskih pokušaja da se dete inficira.

obavljanja roditeljske uloge u porodičnom sistemu. Disfunkcionalnost roditeljskog sistema unutar porodice, njihov neuspeh u obavljanju osnovnih roditeljskih zadataka - nege i kontrole deteta, osnov je emocionalnog zlostavljanja dece. Ova disfunkcionalnost definiše se preko 8 tipova roditeljskog (negovateljskog) ponašanja: *Odbacivanje, Degradacija, Terorisanje* (klevetanje, zastrašivanje, prestravljanje, obeshrabrivanje), *Izolacija* (od normalnih socijalnih iskustava), „*Kvarenje*“ (navođenjem na različite forme antisocijalnog (i socijalno neprihvatljivog) i destruktivnog ponašanja, što ga čini nesposobnim za normalna socijalna iskustva (interese i potrebe)), *Eksploatacija, Uskraćivanje esencijalne stimulacije, emocionalne razmene ili raspoloživosti i Nepouzdanost i nekonzistentno roditeljstvo.*

Dva elementa su bitna za prepoznavanje (i dijagnostikovanje) prisustva emocionalnog zlostavljanja dece u porodici. To su a) specifični kvalitet obrazaca roditeljskog ponašanja prema detetu, odnosno prisutnost disfunkcionalnih obrazaca roditeljskog ponašanja) i b) vremenska odrednica (repetitivnost, odnosno prisustvo ovakvog roditeljskog ponašanja u dužem periodu (Pejović Milovančević, Minčić i Kalanj, 2012)

Seksualnim zlostavljanjem se smatra uključivanje deteta u svaku seksualnu aktivnost koju ono ne shvata u potpunosti, sa kojom nije saglasno, za koju nije razvojno doraslo i sa kojom nije u stanju da se saglasi, odnosno onu seksualnu aktivnost kojom se krše zakoni ili socijalne norme. Pod tim se podrazumeva aktivnost između deteta i odrasle osobe ili deteta i drugog deteta koje je po hronološkom uzrastu ili razvojnom stadijumu starije, a koji su sa zlostavljanim detetom izgradili odnos poverenja ili moći. Cilj aktivnosti je da se zadovolje potrebe zlostavljača; to podrazumeva i navođenje ili prisiljavanje deteta na bilo koju vrstu nezakonite seksualne aktivnosti i iskorišćavanje deteta u svrhu prostitucije ili pornografije. Seksualno zlostavljanje deteta može da bude beskontaktno (prikazivanje obnaženog tela zlostavljača ili posmatranje obnaženog deteta, prinuda na gledanje pornografije;), nepenetrativno (dodirivanje ili milovanje tela i spoljašnjih genitalija, oralno-genitalna, genitalno- genitalna ili genitalno-analna stimulacija) ili penetrativno – prodiranje (prstom, penisom ili nekim predmetom) u vaginu ili anus deteta.

Zanemarivanje se može definisati kao hroničan neuspeh roditelja ili staratelja da obezbedi detetu osnovne uslove neophodne za njegov normalan rast i razvoj, kao što su hrana, odeća, mesto stanovanja, medicinska i stomatološka nega i zaštita, te podsticanje i nadzor edukativnog, emocionalnog i socijalnog razvoja. Za razliku od zlostavljanja koje uvek uključuje aktivnu, namernu akciju, delovanje usmereno ka detetu, zlostavljanje odlikuje izostanak delovanja onda kada je to potrebno u službi zaštite dečijeg zdravlja i dobrobiti. No

zlostavljanje i zanemarivanje mogu biti, i četo jesu udruženi. Zlostavljanje može biti fizičko i emocionalno, edukativno ili medicinsko.

Fizičko zanemarivanje je najčešći oblik zanemarivanja. Ono se odnosi na situacije kada roditelji ili staratelji ne obezbeđuju detetu osnovne uslove za život (hranu, odeću ili mesto stanovanja), a problem nije posledica nedostatka finansijskih sredstava. Neobezbeđivanje osnovnih potreba može kod deteta dovesti do poremećaja rasta i razvoja i do nastanka brojnih akutnih i hroničnih bolesti. Kod malog deteta fizičko zanemarivanje se može prepoznati u lošem higijensko-dijetetskom režimu. Slabo napredovanje i zaostajanje u razvoju su pokazatelji zanemarivanja koji se relativno lako potvrđuju merenjem deteta. Neadekvatna, prljava odeća i prisustvo promena na koži, ojeda ili skabijesa takođe ukazuju na zanemarivanje. Kod starije dece znaci zanemarivanja su nešto drugačiji. Asocijalno ponašanje, izostanci iz škole, izostanak sa redovnih medicinskih i stomatoloških pregleda ili tretmana, te česte emocionalne krize i krize u ponašanju prema drugima ukazuju na to da je dete možda zanemareno. Posebne vrste pod fizičkog zanemarivanja su edukativno i medicinsko zanemarivanje. Edukativno zanemarivanje deteta podrazumeva da roditelj ili staratelj onemogućava detetu da ostvari zakonom propisano pravo na obavezno školovanje. Roditelj ili staratelj ne odvodi dete redovno u školu ili mu ne obezbeđuje uslove za pohađanje specijalne škole (kod dece sa smetnjama u razvoju). U tom slučaju deci ne samo da nedostaje obrazovanje već se remeti i njihovo emocionalno i socijalno funkcionisanje, jer nisu u kontaktu sa decom istog uzrasta. Medicinsko zanemarivanje nastaje kada se detetu uskraćuje zakonom propisana medicinska zaštita. Roditelj ili staratelj ne odvodi dete na redovne kontrole praćenja rasta i razvoja, na zakonom predviđene vakcinacije, a može se desiti i da odbija da odvede dete lekaru u situacijama kada je ono akutno bolesno.

Većina autora smatra da o fizičkom zanemarivanju ne možemo govoriti u uslovima siromaštva, kada roditelji i pored najbolje želje ne mogu da obezbede detetu uslove za normalno odrastanje. S druge strane, zanemarivanje dece se češće javlja u porodicama u kojima su mesečna primanja manja. Zbog toga je teško razgraničiti ova dva problema.

Emocionalno zanemarivanje obuhvata one situacije kada roditelji ne prepoznaju detetova osećanja i potrebe, te posledično i ne raguju na njih. Tako ova deca ne dobijaju adekvatnu emocionalnu stimulaciju koja omogućava formiranje dobrih objektnih odnosa. Uglavnom je posledica devijantnog ponašanja roditelja ili staratelja, koji su i sami u detinjstvu bili zanemareni. Transgeneracijski se prenosi obrazac neodgovaranja na signale i potrebe deteta što je izaziva traumatsku reakciju, istina slabog intenziteta, za dete ranog uzrasta koje



svet očitava sa maminog (ili tatinog) lica. Izostanak reakcije aktivira strah, sa kojim dete ne može i ne ume da se nosi. Zato on ostaje zarobljen, u formi skrivene traume. I prenosi se, transgeneracijski. Zanemarena deca postaju roditelji koji zanemaruju decu. No, emocionalno zanemarivanje veoma se teško otkriva, ne postoje specifični indikatori, a posebno su granice između emocionalnog zanemarivanja i emocionalnog zlostavljanja difuzne i međusobno se prepliću. Strathearn (2011) je sugerisao da bi zanemarivanje moglo da bude srž svih oblika zlostavljanja djece (seksualnog, emocionalnog, fizičkog), ali i srž kraha afektivne vezanosti samog deteta.

Studije su pokazale da postoji tendencija da se različite forme zlostavljanja dešavaju zajedno (Lanktree et al., 2008). O iskustvu izloženosti udruženim formama zlostavljanja u literaturi se govori kao o kumulativnoj traumi, koja je u još većoj meri povezana sa dugotrajnim rizikom za pojavu psihopatologije od pojedinačnih formi zlostavljanja (Hodges et al. 2013). Sasvim je ljudska i razumljiva sklonost da o iskustvu kompleksne traumatizacije kod dece razmišljamo kao o sporadičnoj i retkoj pojavi. Međutim, studije su pokazale da to nije tako. Na osnovu podataka Svetske zdravstvene organizacije, dvadeset i petoro od 1000 dece je zlostavljano ili zanemarivano i taj broj svake godine raste. Nadalje, procenat odraslih koji su kao deca iskusili zlostavljanje veoma visok, pokazuju studije prevalencije (WHO, 2010). Kreće se od 27% do 60% u opštoj (Bigras, Daspe, Godbout, Briere & Sabourin, 2017) i dostiže čak 94% u kliničkoj populaciji (Bigras, Godbout, Hébert & Sabourin, 2017).

Kada je zlostavljanje i zanemarivanje dece u Srbiji u pitanju, ne mogu se dati tačni podaci jer i dalje nije uspostavljen sveobuhvatan sistem evidentiranja i praćenja ove pojave, već svaki sektor (ministarstava unutrašnjih poslova, prosvete, socijalne zaštite i zdravlja) za sebe posmatra i prati ovu pojavu. Ipak, nailazimo na podatke Balkanske epidemiološke studije o zlostavljanju i zanemarivanju dece (BECAN) koji saopštavaju da je gotovo 70% dece u Srbiji bilo izloženo makar jednom slučaju psihičkog ili fizičkog nasilja tokom odrastanja. Preko četvrtine dece je smatralo da je bar jednom mesečno bilo zlostavljano i zanemareno. Više od 8% dece je iskusilo seksualno zlostavljanje bar jednom i 38% dece je prisustvovalo nasilju između odraslih u domaćinstvu (Hanak et al., 2013).

Prema evidencijama Centara za socijalni rad zanemarivanje je najčešći oblik nasilja nad decom u Srbiji, iako znamo da slučajevi zanemarivanja dece dospevaju do institucija (pre svega Centara za socijalni rad) samo kad dostignu teške razmere (Obretković i Žegarac, 1998). Od 6520 slučajeva nasilja nad decom registrovanih pri Centrima za socijalni rad, 44,3% predstavljaju slučajeve zanemarivanja u porodici (najčešće biološkoj, u 98%

slučajeva). Drugi oblici nasilja su znatno ređe registrovani: fizičko nasilje (27,2%), psihičko zlostavljanje (23%) i seksualno zlostavljanje (1,8%).

#### 1.4. Kako dolazi do traumatske reakcije

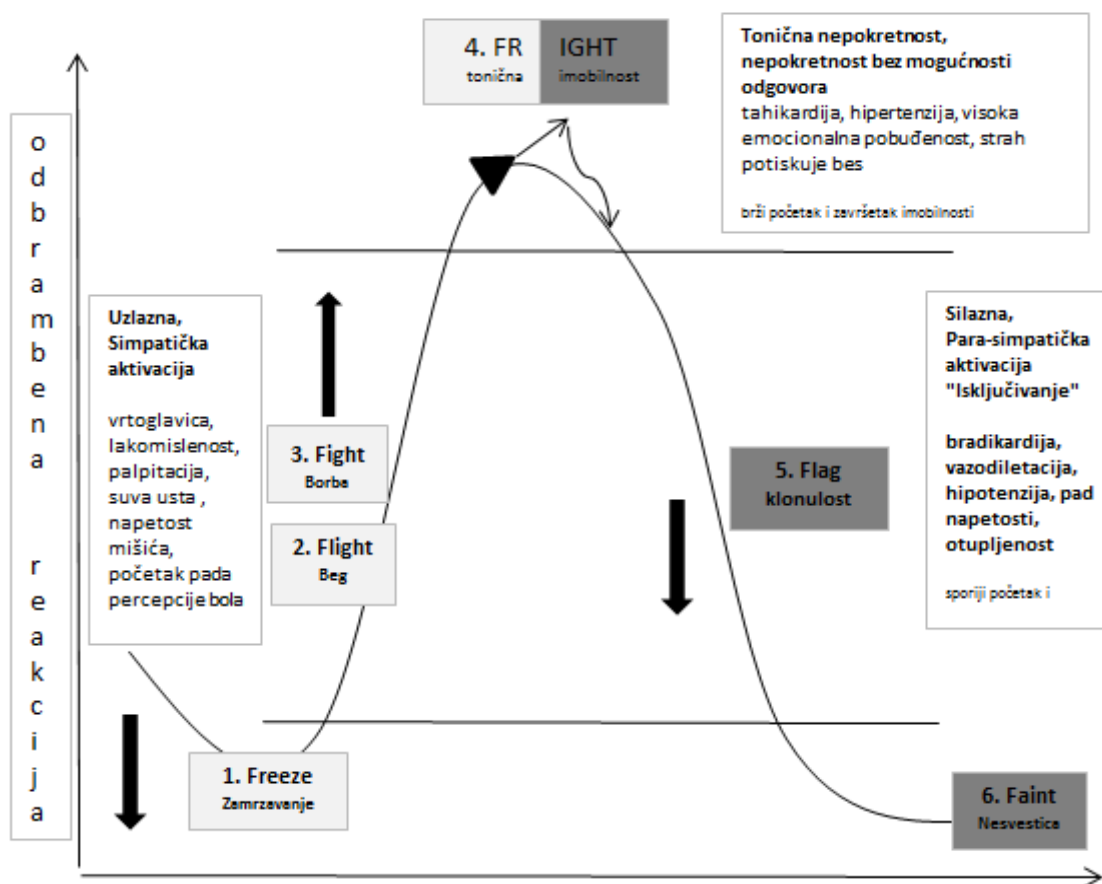
Na opaženi signal opasnosti aktivira se, najpre stanje opreza, zamrznutost (freeze) organizma, u toku koje proveravamo da li nam se učinilo ili je opasnost stvarna: umirimo se, otkucaji srca nam postaju sporiji, usmerimo pažnju na izvor pretnje i napregnemo sva svoja čula<sup>2</sup> (Campbell, Wood & McBride, 1997). Kada procenimo da pretnja jeste stvarna, na raspolaganju su nam, kao i životinjama, dva načina aktivnog suočavanja sa opasnošću: *beg*, ako je pretnja dovoljno daleko ili *borba*, ako nije (flight or fight). Početkom XX veka ove reakcije uočio je Walter Bradford Cannon (1929), posmatrajući ponašanje životinja pred neposredom opasnošću i imenovao ih *akutne reakcije na stres*. U njihovoj osnovi stoji povišen nivo pobuđenosti (arousal). Kao posledica aktivacije simpatičkog dela autonomnog nervnog sistema dešavaju se brojne promene (otkucaji srca se ubrzavaju, pritisak raste, krvni sudovi se sužavaju, osetljivost na bol se smanjuje) koje za cilj imaju pripremu organizma za svrsishodno, agresivno delovanje. Ako uspemo da pobegnemo ili se izborimo, stvari se ovde završavaju. A šta ako ne uspemo? Ili ako se radi o ponavljanoj opasnosti od koje znamo da nema spasa? Šta ako se radi o bebi ili malom detetu koje na raspolaganju ima tek nekoliko strategija za suočavanje sa stresom: osmehivanje i plakanje? Strategije za suočavanje sa opasnostima mnogo su složenije nego što to sugeriše staro Kenonovo učenje. Savremena nauka proces odbrane zamišlja kao lanac koji povezuje niz sekvenci koje se međusobno kaskadno nadovezuju (odbrambena kaskada) (Lang, Davis & Ohman, 2000). Strategija preživljavanja formira se u skladu sa specifičnom situacijom i zavisi od mnogih faktora, od kojih su najvažniji vrsta, blizina i brzina približavanja opasnosti, prethodno iskustvo i procena sopstvenih resursa za suprotstavljanje (uzrast, pol, fizička snaga, stanje organizma) (Bracha, 2004). Dinamika odbrambene kaskade napreduje u gradijentima naizmenične uzlazne i opadajuće aktivacije, a odbrambeni odgovori koji se u tom procesu javljaju mogu se

---

<sup>2</sup>Ovakve provere neće biti ako nam iskustvo govori da je opasnost sveprisutna i u tom slučaju reakcija na uočeni signal će biti trenutna. Setimo se, na primer, da je jedan od simptoma Postraumatskog stresnog poremećaja upravo povišena nadražljivost, koja podrazumeva automatsko pokretanje reakcije, bez upuštanja u istraživanje realnosti pretnje (videti, npr. Adenauer i sar., 2009).

kategorisati u dva opšta oblika: aktivno suočavanje (borba ili beg) i „gašenje“ (imobilnost, klonulost, nesvestica) (Vila et al., 2007; Schauer & Elbert, 2010), odnosno hiperarousal ili disocijacija. Strategija imobilnost-klonulost-nesvestica postaje adaptivna kada je mogućnost za flight/fight odgovor otpala. (Schalinski, Schauer & Elbert, 2015).

Na Grafiku 1 vidimo dinamiku odbrambene kaskade – porast aktivacije nakon početne reakcije zamrznutosti (Freeze), dok osoba sprovodi Beg ili Borba (Fight or Flight) strategiju aktivnog suočavanja sa opasnošću, potom stanje maksimalne aktivnosti simpatikusa, uz nužnu aktivaciju parasimpatikusa na vrhu odbrambene kaskade (Fright), tokom peritraumatske reakcije i na kraju pad aktivacije do malaksalosti (Flag) i nesvestice (Faint).



Grafik 1. Odbrambena kaskada. Prema Schauer & Elbert, 2010.

Ulazak u poslednje tri faze odbrambene kaskade izazivaju situacije ekstremnog straha i bespomoćnosti, u kojima žrtva svoje šanse da pobegne ili se izbori sa pretnjom procenjuje veoma lošim. Zato su slabiji organizmi, deca, na primer, pod većim rizikom od takvog reagovanja (Schauer & Elbert, 2010). U takvoj situaciji, ili onda kada opasnost nije prestala ni nakon aktivnog suočavanja sa njom (uzlazna strana odbrambenog lanca), ekstremni porast

simpatičke aktivacije doveo bi organizam do kolapsa. Da se to ne bi dogodilo dolazi do uključivanja rada parsimpatikusa. Dod dejstvom dvostruke aktivacije autonomnog nervnog sistema, simpatičke i parasimpatičke, pojavljuju se vrtoglavica, mučnina, palpitacija, osećaj mravinjanja po koži, vid postaje zamućen.

Percepcija, motoričke sposobnosti (motorna usporenost ili inhibicija) i govor postaju drastično izmenjeni. Jak strah se javlja kao zamena za prvobitni bes. Akutna reakcija na stres pretvara se u peritraumatsku, paničnu reakciju uslovljenu dvostrukom autonomnom aktivacijom (Low, Lang, Smith & Bradley, 2008). Organizam ulazi u četvrtu fazu, fazu zastrašenosti (fright), "paralisanosti strahom". U literaturi ima mnogo naziva za ovu fazu – faza tonusne nepokretnosti, zamrznutosti, simuliranja smrti, katatonog transa, itd., što je do sada izazvalo mnogo nejasnoća i nesuglasica (Bracha, 2004). Ova reakcija može biti svrsishodna strategija preživljavanja – u životinjskom svetu, zarobljeni plen će potencijalno povećati svoje šanse za preživljavanje ako predator pomisli da je stvarno mrtav. U svetu ljudi, ovo je odbrana od fiziološkog kolapsa i od preplavljenosti emocijama, na psihološkom planu, u situacijama kada organizmu pretila smrtna opasnost. Dešava se neka vrsta rasepa (disocijacije), kao da se „psiha odvoji od tela“, doživljaj da se opasnost događa nekom drugom. Osoba je emotivno uzbuđena i preplavljena strahom, ali ne reaguje ni na najbolnije stimuluse. Osećaj odvojenosti od sopstvenog tela (depersonalizacija) objašnjava se disocijacijom između senzorne obrade somatskih događaja i doživljaja sopstva i identiteta. Ako su svi čulni, fiziološki, emotivni podražaji prekinuti i nema povratnih informacija o spoljašnjim dešavanjima, self biva prinuđen da vlastitu fizičku poziciju tumači kao da je tuđa, da je pripiše spoljašnjem iskustvu, odvojenom od sopstvenog tela. Ovakvo gubljenje kontinuiteta i integracije među psihičkim funkcijama i procesima, uz doživljaj depersonalizacije, može dovesti do dubokih promena i posledica. Fragmentacija memorije ili potpuna amnezija, gubitak koherentnosti narativa i razvoj dioscijativnog poremećaja identiteta neke su od posledica koje se pominju u literaturi (Schauer & Elbert, 2010).

Petu fazu odbrambene kaskade odikuje prestanak aktivnosti simpatičkog dela autonomnog nervnog sistema. Pod dominantnom inervacijom nerva vagusa, kao predstavnika kranijalnog dela autonomnog nervnog sistema, organizam ulazi u stanje pasivnosti i sve funkcije počinju da se gase (Schauer & Elbert, 2010). Otkucaji srca usporavaju, dok se krvni sudovi šire, a pritisak opada, dovodeći do klonulosti (flag) i napokon do vazovagalne sinkope, nesvestice (faint), koja predstavlja šestu fazu odbrambene kaskade. O svrsishodnosti ovih odgovora mnogo je raspava, posebno imajući u vidu da su vazokonstrikcija i tahikardija, u odnosu na vazodilataciju i bradikardiju, adaptivniji odgovor prilikom velikih gubitaka krvi

koji mogu nastati kao posledica delovanja tokom ranijih faza odbrambene kaskade (Bracha, 2004). Međutim, hipoteza o srčanoj odbrani sugerise da je vazovagana sinkopa evolucijski razvijena poslednja odbrana organizma od iznenadne srčane smrti, koja bi usledila kao odgovor na nedovoljnu snabdevenost srca kiseonikom, usled prestanka simpatičke i povećane parasimpatičke inervacije (Alboni et al., 2008; prema Schauer & Elbert, 2010). Zanimljivo je da do vazovagalne sinkope (Bracha, 2004; Schauer & Elbert, 2010) mogu da dovedu intenzivni strah, bol, ali i - gađenje. Mnogi ljudi, sa fobijom od krvi, injekcija i/ili povreda, ali isto tako i potpuno zdravi pojedinci, mogu doživeti nesvesticu prilikom izlaganja krvi (Kroeger et al., 2006), što je uslovljeno istim psihološkim mehanizmima koji dovode do reakcije gađenja (za više informacija videti Page, 2003). Autori navode da seksualno nasilje i nasilna penetracija provociraju intenzivnu reakciju gađenja kao što to čini krv kao stimulus, te da je u tim situacijama nesvestica gotovo automatska reakcija koja za cilj ima odbacivanje kontakta sa stimulusima i materijalima koji izazivaju gađenje (Cisler, Olatunji & Lohr, 2009).

Sa ulaskom u petu i posebno šestu fazu odbrambene kaskade dolazi do promena u doživljaju stvarnosti i sebe – auditivni i vizualni stimulusi se čine dalekim i nerealnim (derealizacija), kinestetički i nociceptivni stimulusi prestaju da se procesiraju, te se gubi kontrola nad telom i telesnim doživljajem (depersonalizacija). Organizam ulazi u proces “gašenja” (shutdown). Svesno procesiranje informacija postaje ograničeno, čineći da se dešavanja doživljavaju kao irelevantna, konsolidacija memorije biva sve slabija, sa čime slabi i mogućnost kasnijeg sećanja na njih, a emotivna uključenost sve više bleđi, do potpunog prestanka. Upravo ovo pravi važnu razliku u doživljaju osoba koje su iskusile traumu, dostigavši fazu odbrane u kojoj su beg ili borba bile opcija i onih koje su dostigli stanja klonulosti i nesvestice braneći se od opasnosti: podsećanje na traumu kod prvih izazvaju snažne odgovore, praćene post-traumatskom anksioznošću, dok za ove druge, prividno, neće imati nikakav značaj. Imajući u vidu da su emocionalno angažovanje pri sećanju na traumu i integrisanje ovog iskustva u lični narativ, važan uslov uspešnog prevladavanja (Jaycox et al., 1998; prema Schauer & Elbert, 2010), jasno je da disocijacija može biti prepreka uspešnom oporavku.

Osoba koja je jednom prešla u drugu, “silaznu” fazu odbrambene kaskade biće sklona da svaki naredni put, ukoliko se traumatsko iskustvo iznova ponavlja, automatski reaguje aktiviranjem procesa dezinvestiranja i gašenja. Sasvim jednostavan mehanizam klasičnog uslovljavanja krije se iza ove tendencije – ostanak u životu u situaciji kada smo bili potpuno bespomoćni percipiran je kao velika i važna nagrada (Schauer & Elbert, 2010). Tako

disocijativna odbrana postaje deo mentalne strukture osobe, način njenog postojanja i reagovanja na svet.

### **1.5. Šta se dešava sa decom koja su žrtve složene traume**

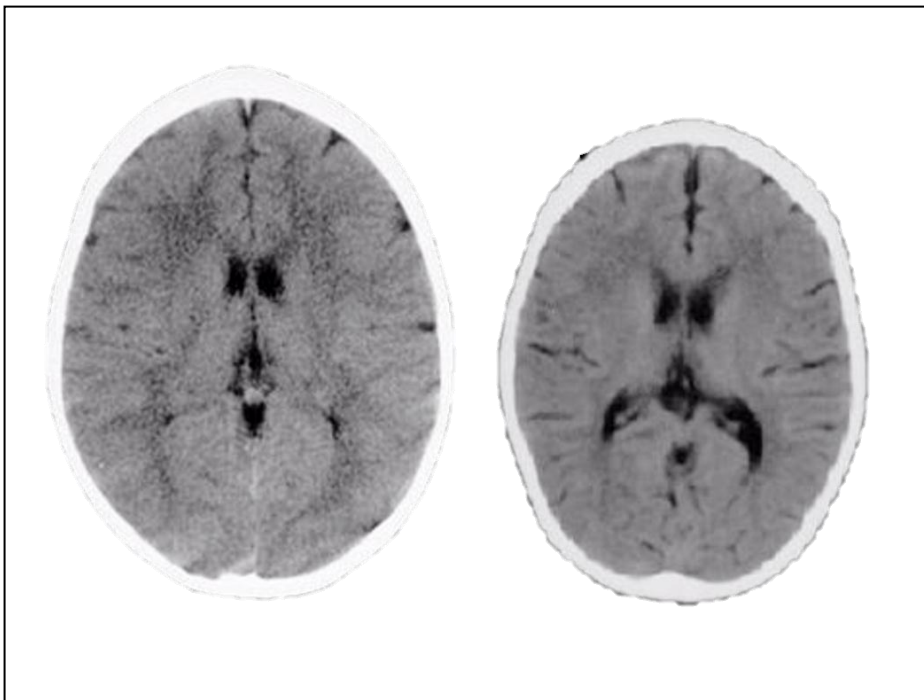
Kada su u pitanju mala deca, sasvim je jasno da ona nisu u stanju da se efikasno bore ili beže. Ipak, čak će i novorođenčad u početnim stadijumima uznemirenosti ispoljiti neku vrstu preteče aktivnog odgovora. Dete će koristiti svoj ograničeni repertoar ponašanja kako bi privuklo pažnju slušalaca, promeniće izraz lica, pokrete tela i, što je najvažnije, vokalizaciju - počće da plače, ili ako je to razvojno moguće, da doziva roditelje. Ova strategija alarmiranja je uspešna adaptivna strategija za dete, ako roditelj dođe da ga nahrani, zagreje, da se bori za dete ili beži sa detetom. Nažalost, situacija nije uvek takva. U odsustvu odgovarajuće reakcije roditelja na detetovo alarmiranje, ono će napustiti ovu strategiju. Neadaptivno ponašanje nestaje (Miczek, Thompson & Tornatzky, 1990). Dete prestaje da alarmira u situaciji uznemirenosti, znajući da na njegove pozive ionako nema ko da odgovori. Ovaj izostanak reakcije i pasivnost u stresnim situacijama zajedničko je svojstvo mnoge zlostavljanje i zanemarivane dece (George & Main, 1979). Ovo zapravo znači da je dete:

a) naučilo da nema kome da beži, da *svet nije pouzdano mesto*, da se na bliske ljude ne može osloniti i da, na posletku, ono samo *nije vredno* pomoći. Drugim rečima, razvilo je negativni model drugih i negativni model sebe, što se manifestuje kroz dezorganizovani obrazac afektivne vezanosti.

b) prestalo da koristi, ionako ograničen broj strategija za aktivno suočavanje sa opasnošću. U slučaju pretnje ono zato nužno mora reagovati koristeći strategije iz silaznog dela kaskade, strategije disocijacije, „gašenja“...Tako, u situaciji dolazeće opasnosti postaje disocijativno – odsutno, utrnulo, počinje da sanjari, fantazira, da koristi fugu, derealizaciju, depersonalizaciju i, na posletku, da upada u stanje nesvestice ili katatonije. Zaista, deca izložena hroničnom nasilju izveštavaju o različitim disocijativnim iskustvima: odlaženju na drugo mesto, pretvaranju u superheroja, lebdenju, iskustvu kao da gledaju film i sl.

Drugim rečima, zlostavljanje i zanemarivanje u ranom dečijem uzrastu dovodi do razvoja dezorganizovanog obrasca vezanosti (Cicchetti & Barnett, 1991) i povećava sklonost ka disocijaciji kao odgovoru na pretnju, što vremenom postaje stabilan način reagovanja. Obe ove promene u ponašanju dovode do funkcionalnih i strukturnih promena u mozgu (De Bellis et al., 1999; De Bellis and Zisk, 2014; Juster et al., 2010). Naime, već sa 30 nedelja, kod

fetusa počinje diferencijacija ćelija mozga, što omogućava da dete oseti okruženje i reaguje na stimulse. Jednom kada se dostigne bazični broj ćelija, moždane strukture se oblikuju formiranjem veza između tih ćelija, a njihov broj, priroda i lokacija određeni su interakcijom bebe i okruženja. Otuda je izgradnja i funkcionisanje mozga u direktnoj vezi sa sredinskim uticajima i *zavisi od aktivnosti (use-dependent)* (Perry, 2001), što znači da ono što se podstiče kod deteta u svakodnevnoj interakciji, dobiće pandan u odgovarajućim neurofiziološkim vezama u mozgu. Istraživanja Perija (Perry, 2001) pružaju dokaze za ovu tvrdnju. Na slici vidimo da je mozak zlostavljanog deteta značajno manji u odnosu na uzrasni prosek. Slika predstavlja CT prikaz (kompjuterizovana tomografija) mozga trogodišnjeg deteta sa urednim razvojem, levo, i prikaz mozga deteta istog uzrasta, koje je od rođenja zanemarivano, desno. Slika je prikazana prema Perry, 2002.



*Slika 1. Izmenjen razvoj mozga nakon zanemarivanja i teške senzorne deprivacije u ranom detinjstvu. Levo je CT prikaz mozga trogodišnjeg deteta urednog razvoja prosečne veličine glave, desno CT prikaz mozga deteta istog uzrasta sa iskustvom zanemarivanja i teške senzorne deprivacije. Mozak ovog deteta manji je od prosečnog i sa izraženom atrofijom komora (ventrikularni sistem) i korteksa.*

Istraživanja pokazuju (prema Diseth, 2005) da bi smanjena veličina mozga kod dece koja su doživela traumu mogla biti povezana sa povišenom sekrecijom kortizola, „hormona stresa“, tokom traumatskog izlaganja i njegovog toksičnog uticaja na:

a) smanjenje ukupnog moždanog volumena i korpus kalosuma: visok nivo hormona stresa suzbija deobu glija ćelija kritičnih za mijelinizaciju, što mijelinizirana područja, kakvo je korpus kalosum, komisuralna struktura u mozgu koja spaja dve hemisfere, čini podložnim uticaju traumatskog stresa (Teicher et al., 2003). Do koje će mere volumen korpus kalosuma biti umanjen zavisi od dužine zlostavljanja i uzrasta kada se trauma odvija, volumen će biti manji što je veća dužina trajanja a niži uzrast deteta koje je doživljava. Smanjen volumen korpus kalosuma kod dece i mladih sa iskustvom traume u korelaciji je sa emocionalnim problemima, posttraumatskom stresnim poremećajem i disocijativnom simptomatologijom, o čemu će biti reči kasnije.

b) smanjenje volumena hipokampusa: izumiranje ćelija, usled delovanja hormona stresa dovodi do umanjenja volumena i funkcionalnosti hipokampusa, zaduženog za obradu dolaznih informacija i njihovo stavljanje u određeni kontekst, zahvaljući procesima učenja i memorisanja. Manje funkcionalni hipokampus igra ulogu u kontinuiranoj fragmentaciji iskustva na izolovane delove, poput telesnih senzacija, mirisa i zvukova kao vida disocijativne odbrane i u pogrešnom tumačenju primljenih informacija, što može povećavati anksioznost. Jedno istraživanje je pokazalo da 71% odraslih pacijenata sa redukovanim volumenom hipokampusa pati od PTSP-a ili disocijativnih poremećaja, kao i da je ozbiljnost simptoma disocijacije u korelaciji sa stepenom redukcije volumena hipokampusa (Stein et al., 1997)

Na posletku, korpus kalosum i hipokampus, uz amigdalu, delovi su mozga koji najduže sazrevaju, stoga i najpodložniji štetnim uticajima. Ponavljano traumatsko iskustvo zato dovodi do promena i u funkcionisanju amigdale, obično zadužene za procenu emocionalnog značenja dolazećih informacija i kontrolu emocionalnih reakcija i socijalnog ponašanja. Preterana stimulacija amigdale, tokom ponavljanih traumatskih iskustava dovodi do prevelike neuronske ekscitabilnosti koja može uticati na ponašanje osobe i intenzivirati njene emocije i ponašanja, učiniti je previše anksioznom, agresivnom, impulsivnom, depresivnom...

Poređenja zlostavljane dece sa decom istog uzrasta i socioekonomskog statusa koja nisu imala iskustvo zlostavljanja ili zanemarivanja, pokazala su da zlostavljana deca imaju niz razvojnih zastoja i deficita, na planu fizičkog rasta (niži rast, manji obim glave), neurokognitivnog i afektivnog funkcionisanja. Evidentirano je da ih karakterišu niža postinuća na testovima inteligencije, skromnije jezičke sposobnosti i veštine čitanja i memorisanja i lošija obrada vizuelno-spacijalnih informacija, zatim deficit u emocionalnom razumevanju i teoriji uma (Pears & Fisher, 2005; prema Šilić, 2018) u smislu narušene sposobnosti da se razumeju sopstvene želje, namere i perspektive, kao i perspektive drugih ljudi.



## 1.6. Zakonodavni okvir i hraniteljstvo kao oblik zaštite zlostavljane i zanemarivane dece

Zakonodavni okvir za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja čine Ustav Republike Srbije, Porodični zakon, Krivični zakonik, Zakon o osnovama sistema obrazovanja i vaspitanja, Zakon o maloletnim učiniocima krivičnih dela i krivičnopravnoj zaštiti maloletnih lica, Zakon o socijalnoj zaštiti i drugi zakoni i podzakonski akti. Pravne norme koje se odnose na zaštitu dece u krivičnom, porodičnom, prekršajnom i radnom zakonodavstvu usklađene su sa međunarodnim standardima i sa domaćim zakonodavstvom. Od prepoznavanja i prijavljivanja sumnje na zlostavljanje i/ili zanemarivanje deteta, interesktorskom saradnjom policije, pravosuđa, centara za socijalni rad, medicinskog i obrazovnog sektora, itd., preduzimaju se koraci sa ciljem planiranja i obezbeđivanja usluga i mera za zaštitu deteta u skladu sa principom najboljeg interesa za samo dete. Najpre se preduzimaju naponi da se specifičnim intervencijama biološkoj porodici pomogne da jačanjem kapaciteta osigura bezbednost i stvori uslove za nesmetano funkcionisanje i razvoj deteta/dece u porodici. Ukoliko ovi naponi ne urode plodom, na osnovu temeljne procene socijalnih radnika da postoji rizik za dete – rizik od neposrednog povređivanja ili usled kumulativnog dejstva zanemarivanja – mogu se primeniti porodično-pravne mere zaštite u vidu izdvajanja deteta iz roditeljske porodice i privremenog poveravanja drugom licu, ili pokretanja sudskog postupka za zaštitu od nasilja ili za lišenje roditelja roditeljskog prava. U tim situacijama, „država je dužna da detetu bez roditeljskog staranja obezbedi zaštitu u porodičnoj sredini uvek kada je to moguće“ (Porodični zakon, čl. 6, st. 6), a pitanja smeštaja, čuvanja, podizanja, vaspitavanja, obrazovanja i pravnog zastupanja dece kojoj je potreban privremeni ili duži smeštaj regulišu Porodični (2005) i Zakon o socijalnoj zaštiti (2011). **Formalni** oblici alternativnog čuvanja i podizanja dece obuhvataju **porodični smeštaj**, koji može biti srodnički ili hraniteljski, zatim **rezidencijalni smeštaj**, smeštaj u grupi, gde plaćeno osoblje brine o deci u prihvatilištima, tranzitnim centrima, domovima, dečijim selima i sl., i **nadgledani nezavisni životni aranžman** u stanu ili hostelu za, pre svega mlade, od 16 godina koji podrazumeva pripremu za napuštanje sistema socijalne zaštite i nudi priliku za razvoj veština i kompetencija za samostalan život (Žegarac, 2014).

Hraniteljski smeštaj je, dakle, jedan od oblika alternativnog čuvanja i podizanja zlostavljane i zanemarivane dece, ali i sve druge dece bez roditeljskog staranja<sup>3</sup>. Predstavlja porodični smeštaj unutar porodice koja je odabrana, obučena, odobrena, licencirana i nadgledana u pogledu čuvanja i podizanja dece sa kojom nije biološki ili drugim odgovarajućim vezama povezana, u koji decu smeštaju ovlašćeni organi (Žegarac, 2014).

Kada su u pitanju razlozi ulaska na porodični, hraniteljski smeštaj – oni mogu biti brojni i raznovrsni, ali se među njima kao dominantan izdvaja zlostavljanje i zanemarivanje deteta i to u preko 90% slučajeva u SAD, u Engleskoj (48%) i u Australiji (42%), naročito u onim zemljama gde se u smeštaj ulazi uglavnom na osnovu sudske odluke (SAD, Australija). Među drugim razlozima navode se bolest ili invaliditet roditelja (43% u Australiji i 24% u Engleskoj), a zatim problemi i teškoće deteta (u 9% slučajeva u Engleskoj, 50% u Švedskoj, 56% u Danskoj). U našoj zemlji, među razlozima za upućivanje deteta u centar za socijalni rad, kao prvi korak u procesu ka alternativnom smeštaju, dominiraju rizik od zanemarivanja – (u 35, 7% slučajeva), napuštanje deteta od strane roditelja (u 23,9% slučajeva), sprečenost roditelja da brine o detetu (17,6%) i postojanje rizika od zlostavljanja deteta (10,1%). Među najčešćim neposrednim razlozima za smeštaj dece navode se zloupotreba ili zlostavljanje i zanemarivanje dece, smetnje u razvoju deteta, problemi u ponašanju deteta, sprečenost roditelja da se brine o detetu usled bolesti, zloupotrebe supstanci, izdržavanja zatvorske kazne, te smrt roditelja (Žegarac 2014).

Empirijska istraživanja potvrđuju visoku zastupljenost zanemarivanja (do 80%) (Milan & Pinderhughes, 2000) i različitih formi zlostavljanja: fizičkog (66%, prema Milan & Pinderhughes, 2000), emocionalnog (86%, prema Bovensen et al., 2016) i seksualnog (25%, prema Minnis, Everett, Pelosi, Dunn & Knapp, 2006). Navodi se i to da najveći broj dece zapravo ima iskustvo izloženosti višestrukim formama nedekvatnog, zlostavljajućeg i zanemarujućeg, staranja od strane roditelja. Kako primećuje Šilić (2018) u tekstu svoje doktorske disertacije, čak i razvoj dece napuštene po rođenju i odmah zbrinute u hraniteljske porodice može biti pogođen neadekvatnim roditeljskim ponašanjem i stilom života, kao što su zloupotreba psihoaktivnih supstanci tokom trudnoće (Dozier & Rutter, 2008), loša prenatalna nega, nekvalitetna ishrana i sl. Ovo, naročito u slučaju prenatalne izloženosti drogama i

---

<sup>3</sup> Prema porodičnom zakonu Republike Srbije (2005, čl. 113, st. 3) *detetom bez roditeljskog staranja smatra se: dete koje nema žive roditelje, dete čiji su roditelji nepoznati ili je nepoznato njihovo boravište, dete čiji su roditelji potpuno lišeni roditeljskog prava odnosno poslovne sposobnosti, dete čiji roditelji još nisu stekli poslovnu sposobnost, dete čiji su roditelji lišeni prava na čuvanje i podizanje odnosno vaspitavanje deteta i dete čiji se roditelji ne staraju o detetu ili se staraju o detetu na neodgovarajući način“.*

alkoholu (Rendall, 2001) može oblikovati vulnerabilnost deteta za maladaptivne ishode mentalnog zdravlja.

Brojne su konsekvence neadekvatnog roditeljstva, koje je objedinjujuće iskustvo za svu decu smeštenu u hraniteljskim porodicama i upliviše njihov odnos sa članovima nove porodice. Neadekvatno roditeljstvo najčešće je udruženo sa nizom psihosocijalnih faktora rizika, kakvi su siromaštvo, porodično i partnersko nasilje, sklonost kriminalu, nizak nivo edukativnih i poslovnih kompetenci roditelja i drugih disfunkcionalnosti koje se tiču kako ličnosti roditelja (intelektualna ometenost, psihičke bolesti, zavisnosti), tako i same porodice (porodični konflikti, bračni problemi). Sa povećanjem broja i ozbiljnosti ovih faktora vulnerabilnosti, povećava se i verovatnoća da će se javiti problemi na emocionalnom planu ili na planu ponašanja kod deteta (Rutter, 2000). Pritom, i samo odvajanje deteta od biološke porodice bolno je i traumatično iskustvo. Čak i kada su zlostavljači, detetov odnos sa roditeljima u najmanju je ruku ambivalentan i osećanja izdatog poverenja i neprijateljstva za roditelje udruženo je sa pozitivnim osećanjima, naklonošću i strahovanjem za njihovu dobrobit. Osim toga, dete se ne odvaja samo od roditelja, ono ostavlja čitav dotadašnji život iza sebe. Odvaja se od članova šire porodice, prijatelja i komšiluka, ponekad i od sibringa. Kao reakcija na napuštanje svega poznatog javlja se akutni doživljaj gubitka praćen strahom, nesigurnošću, neizvesnošću, bespomoćnošću, besom, osećanjem odbačenosti, stida ili krivice zbog raspada porodice (Folman, 1998). Čak i za bebe, u fazama razvoja koje prethode uspostavljanju celovitog i postojanog objekta vezanosti, izdvajanje iz porodice i smeštanje u drugu predstavlja stresno iskustvo. Promene u ritmu, načinu staranja o detetu, kvalitetu i kvantitetu stimulacije vodi disregulaciji i nesigurnosti (Dozier & Rutter, 2008). Akutni bol i distres mogu ometati uspostavljanje odnosa unutar nove, hraniteljske, porodice, što je svakako uočljivije u starijim uzrastima. Dete koje je jednom izgubilo poverenje u svog odgajatelja imaće poteškoće u uspostavljanju drugih interpersonalnih relacija, dok negativna osećanja nastalala u kontekstu gubitka poverenja može projektovati na druge, pre svega na hranitelje, kao zamenske roditeljske figure, remeteći na taj način još više uspostavljanje emotivnih veza sa njima (Kerker & Dore, 2006). Za proces prevladavanja doživljenog gubitka i razrešenja procesa tugovanja ključna je podrška koju dobija od svojih novih odgajatelja (Fahlberg, 1991) i ona se mora sastojti u razumevanju emocionalnih procesa kroz koje dete prolazi i toleranciji na detetove načine reagovanja, a potom i na pružanju podrške i pomoći detetu da razume svoja osećanja i pronađe adekvatnije načine za njihovo izražavanje, kao i na obezbeđivanju kontinuiteta prošlih, sadašnjih i budućih porodičnih iskustava (Šilić, 2018). Posvećenost hranitelja, njegova spremnost da uspostavi emocionalno blizak, stabilan i trajan odnos od

neprocenjive je važnosti za funkcionalnost i dobrobit dece na hraniteljstvu (Šilić, 2018). Ipak, veliki broj studija sprovedenih u poslednje četiri decenije u različitim zemljama, bez obzira na međusobne koncepcijske i metodološke razlike, objedinjene su jedinstvenim zaključkom da su deca na smeštaju u hraniteljskim porodicama posebno vulnerabilna i da ih karakteriše veća zastupljenost problema mentalnog zdravlja, kada se upoređuju sa decom iz opšte populacije, ali isto tako i sa decom iz sličnih (nepovoljnih) socio-ekonomskih uslova koja odrastaju u biološkim porodicama (Pilowsky, 1995; Ford, Vosansis, Meltzer & Goodman, 2007).

## **2.1. Složena trauma i poremećaji mentalnog zdravlja**

*Istraživanja pokazuju da je među kliničkom populacijom čak dve trećine žrtava složene traume (Ford, Chapman, Mack & Pearson, 2006).*

Detetovo ponašanje se uvek može posmatrati u svetlu potrebe za prilagođavanjem okolini ili kontekstu u kojem živi. Organizam razvija funkcije koje mu omogućavaju da se prilagodi sredini, ali i sposobnost da utiče na odgovore iz sredine, pa su tako prilagođavanje određenim uslovima ili, kada je to moguće, pokušaj da se ti uslovi izmene kako bi se prilagodili svojim potrebama, prirodne reakcije svakog deteta. No, ako su uslovi sredine u kojoj dete živi poremećeni ili patološki, detetovo prilagođavanje tim uslovima takođe je patološko. U tom smislu na dečiju psihopatologiju možemo gledati dvojako: kao na upotrebu neadaptivnih mehanizama kojima dete prevladava nastale unutrašnje ili spoljašnje poteškoće i koji, dugoročno gledano, ne donose olakšanje i rešenje, ili pak kao jedine moguće mehanizme koje je imalo na raspolaganju i koji predstavljaju najbolji mogući oblik adaptacije (Vulić-Prtorić, 2018). Oba tumačenja su, u određenom kontekstu, za određenu osobu - tačna. Fischer i saradnici (1997) ponudili su gledište o adaptivnoj ulozi psihopatoloških simptoma kod dece sa traumatskim iskustvima. Ono što smo skloni da opisujemo kao poremećeno, regresivno i nestrukturisano ponašanje, ustvari predstavlja bogato razvijene, složene i visoko sofisticirane veštine prilagođavanja na život sa zlostavljačem. Tako, recimo, brze izmene u ponašanju približavanja i izbegavanja, koje se mogu videti kod zlostavljane dece, ustvari su smisljena i strukturirana ponašanja, ako ih stavimo u kontekst detetog doživljaja da ga ista osoba koja o njemu brine, ujedno i zlostavlja. Kontradiktorno ponašanje je zapravo detetovo adaptivno balansiranje koje mu omogućuje da preživi teške životne okolnosti (Vulić-Prtorić, 2018).

Iskustvo zlostavljanja i/ili zanemarivanja deteta unutar porodice, unutar odnosa sa figurama afektivne vezanosti, naziva se složenom traumom zbog njegove hronične prirode i kumulativnog efekta koji ima na psihološko funkcionisanje (Courtois, 2004). Smatra se naročito teškim i preplavljajućim iskustvom, jer sa sobom nosi osećaj izdaje poverenja, (negativna percepcija sveta i drugih) i dovodi do trajnog osećaja neadekvatnosti, bezvrednosti (negativna percepcija sebe), kao i do dubokih karakteroloških defekata (uslovljenih između ostalog i sklonošću upotrebe mehanizama disocijacije, derealizacije). Posledice složene traumatizacije tokom detinjstva obuhvataju teškoće u regulaciji emocija, narušen obrazac afektivne vezanosti, regresiju u ponašanju, hetero i auto agresivnost, teškoće u razvoju kompetencija, izmenjenu sliku sveta, teškoće vezane za doživljaj tela, snažan osećaj krivice i neefikasnosti (Cook et al., 2003; Van der Kolk, 2005). Nesigurni obrasci afektivne vezanosti sreću se znatno češće među ovom populacijom (van IJzendoorn et al., 1999), kao i disocijativna ispoljavanja (Macfie, Cicchetti, & Toth, 2001). U poređenju sa vršnjacima koji nisu trpeli zlostavljanje, zlostavljana deca lošije prepoznaju i ispoljavaju emocije, pokazuju povećanu reaktivnost pri reagovanju na stres (Cicchetti & Valentino, 2006; Maughan & Cicchetti, 2002; Pollack, Cicchetti, Hornung, & Reed, 2000) i imaju lošije socijalne interakcije (Shields & Cicchetti, 2001). Kontekst u kom odrastaju zlostavljana deca takav je da izaziva snažne negativne emocije, dok istovremeno ne pruža povoljno okruženje za razvoj odgovarajućih, fleksibilnih strategija za suočavanje sa njima. Ova se deca zato oslanjaju na primitivne strategije koje uključuju agresivnost, disocijaciju i izbegavanje u cilju nošenja sa negativnim emocijama (Briere, 2002; Cicchetti i Valentino, 2006). Kratkoročno, ovakve strategije obezbeđuju zaštitu mentalnog aparata, selfa. Promišljanje, mentalizacija i logika vodili bi do zaključaka koji bude anksioznost (“mama je opasna”, “ja sam loš”). Zato se izdvajaju iz svesti. Acting out, disocijacija i/ili izbegavanje čuvaju dete od anksioznosti (Fonagy, Target, & Gergely, 2000; Bogdanović, 2020 prema Terr, 1991). Međutim, prečesto oslanjanje na takve strategije suočavanja sprečava obradu, a time i normalnu integraciju sećanja i iskustava (Bailey, Moran & Pederson, 2007).). Upravo na tom nedostatku integracije počiva fragmentiranost doživljaja sebe i drugih, koja je srž mnogih simptoma povezanih sa složenom traumom. Uobičajeno, integracija i organizacija sopstvenih relevantnih iskustava su osnov našeg doživljaja sebe (Macfie et al., 2001; Ogawa, Sroufe, Veinfield, Carlson, & Egeland, 1997; Putnam, 1997). Dugotrajni neuspeh u integrisanju sopstvenih relevantnih iskustava zato snažno ometa razvoj identiteta - doživljaja relativne celovitosti i postojanosti ličnosti uprkos promenama u njoj i oko nje (Briere, 2002; Ogawa et al., 1997; van der Kolk, 1996). Slično tome, nedostatak integracije doživljenih iskustava stoji u osnovi nedoslednosti i

nekoherentnosti narativa, kada se govori o značajnim drugima i odnosima sa njima (Putnam, 1997). Sve ove teškoće perzistiraju do odrasle dobi. Najčešći razlog obraćanja za pomoć odraslih koji su u detinjstvu iskusili zlostavljanje su problemi koji se tiču regulacije i kontrole impulsa, doživljaja sebe i drugih i problemi u interpersonalnim relacijama (Briere, 2002; Courtois, 2004; Herman, 1992).

## **2.2. Mentalno zdravlje i problemi mentalnog zdravlja dece i mladih**

Deca i mladi dobrog mentalnog zdravlja imaju osećaj identiteta i sopstvene vrednosti, stabilne i čvrste porodične i vršnjačke odnose, sposobnost da uče i budu produktivni, kao i kapacitet da razvojne izazove i resurse u zajednici koriste kako bi se razvili do maksimalnih mogućih granica (World Health Organization, 2018). Definicija mentalnog zdravlja dece i mladih Svetske zdravstvene organizacije naglašava, dakle, pozitivna psihološka stanja, postignute veštine i kompetentnosti, kao i neprekidni razvojni proces. Istraživači, sa druge strane, retko zauzimaju ovakav pozitivistički stav. Istraživački pristup problemima mentalnog zdravlja uglavnom je zasnovan na upotrebi metoda koje treba da otkriju postojanje određenih negativnih stanja – emocionalnih teškoća, problema u ponašanju, odstupanja od onoga što je specifično i normativno za uzrast, a smatra se da bitno utiče na detetovu sposobnost da gradi i održava dobre odnose sa drugima, da napreduje u psihološkom, emocionalnom, intelektualnom, moralnom smislu i uspešno se prilagođava u različitim kontekstima ili relacijama svojstvenim detinjstvu i adolescenciji (Šilić, 2018). Istraživači, drugim rečima, pre svega pokušavaju da otkriju *probleme* mentalnog zdravlja, u skladu sa dominantnim medicinskim modelom (Šilić, 2018 prema Eisen, Donald, Ware & Brook, 1980), ali i potrebama prakse – da se procene potrebe dece za dijagnostikom i odgovarajućim tretmanom, kao i to u kojoj meri su im resursi za pružanje kliničkih i drugih usluga odgovarajući i na raspolaganju u sredini u kojoj žive (Šilić, 2018; Landsverk & Garland, 1999) i predlože alternative. Pritom je istraživanje problema mentalnog zdravlja otežano teškoćama u objektivnom registrovanju učestalosti i intenziteta nepoželjnog ponašanja. Koriste se različiti izvori procene – roditelji, nastavnici, vršnjaci, a njihove se procene često ne odnose na istovetna ponašanja. Upitna je i pouzdanost jednokratnih merenja i posmatranja u kraćem vremenskom periodu, koja jesu najčešća, naspram ponovljenih, longitudinalnih merenja (Radojević, 2016). Osim toga, istraživači primenjuju različite pristupe u cilju opisivanja

problema mentalnog zdravlja dece - na probleme mentalnog zdravlja gleda se kroz *kategorijalni ili dimenzionalni model*.

Kategorijalni pristup operiše u terminima prisustva – odsustva poremećaja mentalnog zdravlja. Procena se uobičajeno pravi na osnovu aktuelnih dijagnostičkih klasifikacionih sistema – DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) izdatog od strane Američke Psihijatrijske Asocijacije (American Psychiatric Association) i ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) izdatog od strane Svetske zdravstvene organizacije, koji se i u našoj zemlji koristi pod nazivom Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10). Dakle, kategorijalni pristup je usmeren na utvrđivanje dijagnoza, odnosno prisustva i/ili zastupljenosti jednog ili više poremećaja mentalnog zdravlja kod dece, a na osnovu definisanih dijagnostičkih kriterijuma. Recimo, u istraživanjima se koristi analiza postojećih baza podataka o deci, najčešće iz medicinske prakse, na osnovu čega se identifikuju individue koje pate od određenog mentalnog poremećaja. Relevantan je za epidemiološka istraživanja i donošenje zaključaka o prevalenci, incidenci i distribuciji mentalnih poremećaja u istraživanoj populaciji (Šilić, 2018 prema Bjelland, 2009).

Dimenzionalni pristup, sa druge strane, probleme mentalnog zdravlja vidi kao skup više osnovnih dimenzija ispoljene psihopatologije (Popović- Deušić i sar., 2011). Procena mentalnog zdravlja u okviru dimenzionalnog pristupa podrazumeva da se na skalama koje mere psihopatološke simptome ili sindrome dobije podatak i o njihovoj izraženosti, što dalje daje mogućnost uvida u stepen odstupanja funkcionalnosti deteta od normativnih vrednosti. Obuhvaćena je fenomenologija nekog psihološkog konstrukta na celom kontinuumu njegove pojavnosti - od normalnih, svakodnevnih, pojedinačnih simptoma do poremećaja koji značajno ometaju svakodnevno funkcionisanje (Vulić-Prtorić, 2018), te se mogu identifikovati, ne samo pojedinci koji već pokazuju klinički relevantno odstupanje od normalnog razvoja, već i ona deca koja su pod većim rizikom od razvoja nekog psihopatološkog stanja ili poremećaja mentalnog zdravlja. Ipak, ova dva pristupa nisu međusobno isključiva (Angold & Costello, 2009). Dimenzionalno merenje simptoma mogu se prevesti u kategorije, korišćenjem cut-off skorova kao demarkacije za postavljanje dijagnoze ili za sud o kliničkoj značajnosti problema mentalnog zdravlja. Tako, kliničari i osnovu upotrebe dimenzionalnih instrumenata mogu donositi odluke o potrebnom tretmanu, dok istraživači mogu da dođu do podataka o prevalenci i incidenci problema mentalnog zdravlja. Upotrebom ASEBA mernih skala, primera radi, na osnovu multivarijatnog pristupa dobija uvid u kontinuitet smetnji (dimenzionalni pristup) - može se reći koliki je stepen izraženosti

neke smetnje i uporediti to sa zdravom populacijom (Achenbach & McConaughy, 1997; Achenbach & Rescorla, 2001). Ovakva dimenzionalna klasifikacija ne daje za rezultat psihijatrijsku dijagnozu, ali su rezultati normirani tako da se mogu razlikovati normalni, subklinički i klinički nivoi izraženosti problema kod dece različitog uzrasta (Achenbach & Rescorla, 2001). Treba reći, međutim, da oba istraživačka pristupa problemima mentalnog zdravlja dece i mladih, i kategorički i dimenzionalni, pristupaju na način koji fragmentira poteškoće, ne vodi dovoljno računa o razumevanju njihove prirode i mehanizmima nastanka (van der Kolk, 2005) i verovatno ne daje dobru sliku psihosocijalnog funkcionisanja deteta ili mlade osobe, posebno ako je izložena perzistentnim i višestrukim formama zlostavljanja i zanemarivanja. Posmatranje problema mentalnog zdravlja dece na deskriptivan, fenomenološki način nije dovoljno. Da bismo razumeli razvojnu psihopatologiju potrebno je uzeti u obzir karakteristike i kontekst okruženja u kojem dete živi. Celokupan razvoj oblikovan je odnosom između deteta i svih njegovih bioloških, psiholoških i genetskih osobina i njegove okoline (pre svega roditelja, ali i sibringa, uže i šire porodice, vršnjaka, škole, zajednice i šireg sociokulturalnog konteksta), kao i specifičnim načinima na koje ti faktori deluju i oblikuju jedan drugoga u funkciji razvoja. Da bi se određeno ponašanje razumelo, treba ga posmatrati kroz razvojnu perspektivu, fokusirajući se na poreklo, puteve nastanka i razrešenja, imajući u vidu čitav niz okolnosti i faktora specifičnih za kontekst u kojem se dete nalazi. Izazovna ponašanja dece obuhvaćene sistemom socijalne zaštite, poput izražene agresivnosti prema zamenskim odgajateljima, sklonosti ka laganju i krađi, borbe za kontrolu, siromašnog kontakta očima i preokupacije nasilnim sadržajima, nećemo moći sasvim da razumemo ako ih ne posmatramo u kontekstu istorije detetovih nepovoljnih iskustava sa roditeljskim figurama (Šilić, 2018; prema Howe, 2003). Dobar oslonac za takvu razvojnu perspektivu, kako pokazuje praksa, pruža teorija afektivne vezanosti (Šilić, 2018). Mi ćemo prilikom oblikovanja modela i interpretacije podataka ovog istraživanja imati to na umu, ali ćemo podatke prikupiti koristeći se jednostavnijim i jasnijim istraživačkim principom. Koristićemo dimenzionalni pristup (Achenbach & Rescorla, 2001) koji predviđa postojanje dve dihotomne dimenzije na kojima se raspoređuju problemi mentalnog zdravlja (internalizacija i eksternalizacija) ali i svrstavanje karakterističnih psihopatoloških ispoljavanja u sindrome, dobijene kalster-faktorskom statističkom analizom. Konkretno, koristićemo jednu od najčeće korišćenih metoda za ispitivanje mentalnog zdravlja dece, ASEBA-in Child behaviour checklist, skrining instrument široke upotrebe koji je preveden na više od 80 jezika i standardizovan u velikom broju kulturnih zajednica (Bordin et al., 2013)



što istraživačima omogućuje poređenje rezultata i bolje razumevanje prirode i opsega problema u populaciji od interesa.

Psihopatologija se, kroz ovaj koncept posmatrana, očitava preko pripadnosti jednoj od osam sindrom skala (anksioznost/depresivnost, povlačenje/depresivnost, somatizacija, problemi u relacijama, problemi pažnje, problemi mišljenja, ponašanje sa kršenjem socijalnih normi i agresivno ponašanje), ali i kroz dve široke kategorije problema i smetnji: *internalizaciji*, koja obuhvata ponašanja vezana za unutrašnje tegobe i probleme i *eksternalizaciji*, koja obuhvata problematična ponašanja usmerena ka socijalnoj sredini (Achenbach & Edelbrock, 1978).

Internalizovani problemi mentalnog zdravlja obuhvataju emocionalne teškoće i ponašanja koja su posledica prejake lične kontrole – anksioznost, depresivnost, socijalno povlačenje i psihosomatske tegobe. Temelje se na emocijama tuge, straha, nelagode, krivice i beznađa. Često bivaju praćeni disforijom, gubitkom uživanja u većini aktivnosti, problemima sa spavanjem, apetitom, koncentracijom, kao i opštim padom energije.

Probleme eksternalizovanog tipa, sa druge strane, često određuje ljutnja, frustracija, neprijateljstvo i nepoštovanje autoriteta i društvenih vrednosti. Posledica su manjka lične kontrole i agresivnosti, destruktivnosti, hiperaktivnosti, prkosa i asocijalnih težnji. Manifestuju se kao antisocijalna i delinkventna ponašanja: bežanje od kuće i skitnja, krađa, laganje, otimanje i uništavanje imovine, rano upuštanje u seksualne aktivnosti, tučnjava.

Dok kod internalizovanih problema dete prvenstveno ima problema samo sa sobom, pa su takvi problemi i teži za detekciju, eksternalizacija podrazumeva disruptivna ponašanja, lako uočiva roditeljima, ali i nastavnicima, vršnjacima, sistemu (Mitković-Vončina, 2015, Achenbach et al., 2008; Macuka, Smojver-Ažić i Burić, 2012). Zato su eksternalizovane smetnje češći razlog dijagnostičkih evaluacija i tretmana. Eksternalizovani problemi generalno su stabilniji od internalizovanih i imaju lošiju prognozu, kao i relativnu otpornost na terapijske intervencije. Sindromske *skale problemi u relacijama, problemi mišljenja i problemi pažnje* podjednako koreliraju i sa internalizacijom i sa eksternalizacijom ( $r \approx 0,40-0,50$ ), tako da ne pripadaju nijednom određenom širem faktoru. Za nas je zanimljiva skala Problemi u relacijama, zasićena ajtemima koji se odnose na usamljenost, zavisnost, ljubomoru, neslaganje sa i zadirkivanje od strane vršnjaka, neomiljenost u društvu, te samopercipiranu nespretnost. Prethodna istraživanja su pokazala različite forme zlostavljanja dobro predviđaju teškoće u društvenim relacijama (Sesar, Zivčić-Bećirević i Sesar, 2008).

Kada su u pitanju deca obuhvaćena sistemom socijalne zaštite, niz istraživanja pokazuje veću zastupljenost eksternalizujućih problema, u odnosu na internalizujuće (Šilić, 2018; prema Dubowitz et al., 1993; Hoffart & Grinnell, 1994; Clausen et al., 1998; Armsden et al., 2000). Što se tiče internalizujućih problema, depresivno raspoloženje i povlačenje su tipičniji problemi, za razliku od somatizacija koje su se pokazale kao najmanje karakteristične kod ove dece. Od pojedinačnih psihopatoloških sindroma pokazalo se da ovu decu najbolje opisuju delikventni i agresivni oblici ponašanja, ali i poteškoće u socijalnim relacijama i problemi sa pažnjom, koji su takođe zastupljeni u značajnijem procentu (Šilić, 2018; prema Clausen et al., 2000; Sawyer et al. 2007). Postavlja se pitanje da li je profil mentalnog zdravlja dece obuhvaćene sistemom socijalne zaštite kojim dominiraju eksternalizujući problemi posledica toga što se agresivno i delikventno ponašanje lakše prepoznaju od strane odgajatelja, kao najčešćih izvora podataka o deci u istraživanjima, dok je internalizujuće probleme potencijalno mnogo teže uočiti sa strane. Zato smo se u ovom radu odlučili za primenu verzije instrumenta CBCL koju popunjavaju sami adolescenti (Youth Self Report<sup>4</sup>). Naime, rezultati brojnih istraživanja potvrđuju da o internalizovanim simptomima i problemima pouzdanije izveštavaju sama deca nego druge osobe (Zeanah et al., 1997). Dečije samoprocene imaju veću prediktivnu moć od procena roditelja, a postoji i razlika u broju (roditelji opisuju manji broj) i vrsti simptoma (roditelji lošije prepoznaju internalizovane smetnje) koje opisuju deca i njihovi roditelji. Slaganje između procena odraslih i samoprocena dece relativno je slabo (korelacije od 0.20 do 0.30), posebno kada se radi o dečacima (Vulić-Prtorić, 2018; Achenbach & McConaughy, 1997).

U ovom istraživanju rezultati će se sagledavati kroz sirove skorove na širim faktorima eksternalizacije i internalizacije i njima pripadajućih sindromskih skala, te kroz pojedinačnu sindrom skalu problemi u društvenim relacijama, koja je zasićena ajtemima koji se odnose na zavisnost, usamljenost, nepopularnost, trapavost, ljubomoru, neslaganje sa vršnjacima, zairkivanje i povređenost u vršnjačkim relacijama i u značajnoj meri karakteriše decu u sistemu socijalne zaštite (Šilić, 2018; prema Clausen et al., 2000; Sawyer et al. 2007). Simptomatologija koja je obuhvaćena preostalim pojedinačnim sindrom skalama (problemi mišljenja i problemi pažnje) nema istu dinamiku nastajanja i ne bi mogla neposredno da se dovodi u vezu sa traumatskim iskustvima i njima uplivisanih oštećenja afektivnih

---

<sup>4</sup> Drugi izvori podataka o detetu mogu biti njegovi staratelji (biološki ili zamenski roditelji, vaspitači u domovima) i drugi odrasli koji dete dobro poznaju i redovno ga viđaju u određenim kontekstima (učitelji, vaspitači).

reprezentacija, mentalizacije i odbrambenih strategija, pa su te skale isključene iz glavnih analiza.

Niz studija ukazuje na povezanost svih oblika zlostavljanja sa eksternalizovanim i internalizovanim teškoćama mentalnog zdravlja. Tako je fizičko zlostavljanje posebno povezano sa eksternalizovanim problemima (Jaffee, Caspi, Moffitt, Dodge, Rutter, Taylor & Tully, 2005), antisocijalnim ponašanjem, kriminalom i porodičnim nasiljem u sledećoj generaciji (Haapasalo & Pokela, 1999; Harrison, Fulkerson & Beebe, 1997; Simpson & Miller, 2002; Wang, Xu, Cao, Qian, Shook & Ai, 2012). Levis i saradnici (Lewis et al, 1985) izveštavaju da je među adolescentnim delikventima koji su pokušali da izvrše krivično delo ubistva, hronično fizičko zlostavljanje ključni nalaz. Fizički zlostavljana deca vrlo su osetljiva na ispoljavanje besa u svom okruženju, dok istovremeno teže reaguju na pozitivne emocionalne reakcije (Pollak et al. 2000). Agresivna su ili se povlače pred vršnjacima i imaju teškoće u uklopaju i održavanju prijateljstava (Parker & Herrera, 1996) - češće maltretiraju druge ili su žrtve (Shields & Cicchetti, 2001). U većem su riziku od smrti i razboljevanja (Cicchetti & Toth, 2005 prema Okun 1994). Zlostavljana deca češće ispoljavaju psihijatrijske probleme – hiperaktivnost sa poremećajem pažnje, prkosno ponašanje, poremećaj ponašanja i delinkvenciju, posttraumatski stresni sindrom, poremećaje ličnosti, zavisnost, suicid, samopovređivanje, problem somatizacije, anksioznost i disocijaciju (Malinosky-Rummell, Hansen, 1993; Luntz, Widom, 1994; Johnson et al., 1999;) (Smith, Thornberry, 1995). Fizičko zanemarivanje je takođe povezano je sa antisocijalnim ponašanjem kod dece, a između ostalog, evidentiran je i nedovoljan nadzor nad detetovim ponašanjem od strane roditelja. Jedna od studija (Richman, Stevenson, Graham, 1982), pronašla je jaku povezanost između zanemarivanja depresivnih majki i kasnijeg antisocijalnog ponašanja deteta. Metaanaliza Normana i saradnika (Norman, Byambaa, De, Butchart, Scott & Vos, 2012) ukazala je na postojanje snažnog efekta emocionalnog zlostavljanja i zanemarivanja na razvoj depresije, te umerenog efekta na suicidalnost, ansioznost, zloupotrebu supstanci i sklonost ka rizičnom seksualnom ponašanju. Seksualno zlostavljanje povezano je sa brojnim teškoćama, kako internalizovanim (depresivnost, anksioznost, nisko samopoštovanje) i eksternalizovanim (Browne & Finkelhor, 1986; Hebert, Tremblay, Parent, Daignault & Piché, 2006), tako i sa rizičnim seksualnim ponašanjem (Friedrich, Davies, Feher & Wright, 2003). Trećina seksualno zlostavljane dece, kako pokazuju istraživanja razvija simptomatologiju internalizovanog (Mathews, Abrahams, & Jewkes, 2013) ili eksternalizovanog tipa (Tremblay, Hébert, & Piché, 1999).

No, uprkos bogatoj empirijskoj evidenciji o povezanosti složene traume i poremećaja mentalnog zdravlja, malo znamo o prirodi ovog odnosa i o tome koji mentalni procesi mu posreduju.

Podimo od toga šta iskustvo složene traume čini posebno povređujućim. U stresnoj situaciji, deca bivaju preplavljena strahom, a traženje utehe je njihova prirodna reakcija. No, u slučaju izloženosti složenoj traumi, spasilac ka kome bi da krenu ujedno je i progonitelj. Bez kapaciteta da se oslone na sebe i bez mogućnosti da se oslone na značajnu figuru, deca ne pronalaze način da razumeju i integrišu zastrašujuća i bolna iskustva. Ona bivaju ostavljena bez rešenja za svoj strah i bez jasne strategije za suočavanje sa budućim stresom, dezorjentisana i bespomoćna. U ovakvim uslovima, deca formiraju negativni unutrašnji model sebe i negativni unutrašnji model drugih. Ukoliko nema ni drugih izvora podrške, od rođaka ili institucija, koji bi ponudili detetu drugačiji obrazac odnosa i nadomestili sigurnost i izvesnost koji nedostaju u odnosu sa roditeljem, ovi radni modeli počinju da se ustaljuju. Razvija se dezorganizovani obrazac afektivne vezanosti. Nadalje, dve često pominjane i posebno važne konsekvence dezorganizacije u odnosu afektivne vezanosti jesu odsustvo mentalizacije i učestala upotreba disocijacije, o čemu će biti reči u nastavku teksta.

### **3.1. Teorija afektivne vezanosti**

Teorija afektivne vezanosti nastala je iz pera čuvenog engleskog psihijatra i psihoanalitičara, Džona Bolbija (John Bowlby, 1907- 1990). Njen autor je najpre učio psihoanalizu i to pod supervizorskim nadzorom Malanije Klajn. Ispostavilo se da je to imalo ogroman uticaj na njegov rad. Teorija afektivne vezanosti je zapravo i nastala na temelju nedostataka Frojdove klasične i klajnijanske psihoanalize. Naime, dok klasična psihonaliza nagone vidi kao primarne pokretače sveukupnog ponašanja, pa i ponašanja uspostavljanja odnosa sa drugima, a druge, ne kao nosioce ličnosti, već kao sredstva za rasterećenje napetosti izazvane delovanjem nagonskih pritisaka, Klajn tvrdi da beba od rođenja ima sa majkom odnos koji je prožet ljubavlju i mržnjom, fantazmima, strepnjama i odbranama; "Nema nagonске težnje, situacije anksioznosti, mentalnog procesa koji ne uključuje objekte,

spoljašnje ili unutrašnje, drugim rečima, objektni odnosi su u centru emocionalnog života" (Klein, 1952b: 53), "Gratifikacija je povezana sa objektom koji daje hranu isto koliko i sa samom hranom" (Vukosavljević-Gvozden, 1999; prema Klein, 1952: 96). Ovakvim tvrdnjama, ona je načinila značajan pomak od *modela nagona* Frojdove psihoanalize ka *modelu odnosa* (Vukosavljević-Gvozden, 1999; prema Greenberg & Mitchell, 1983), što je tle na kome su se razvile „teorije objektnih odnosa“, kao što su Ferbernova, Vinikotova i Balintova (Vukosavljević-Gvozden, 1999; prema Fairbairn, 1952; Winnicott, 1965; Balint, 1968; prema Kernberg, 1976)... I sam Bolbi je prihvatio ovu ideju. No, Melani Klajn je najveći značaj pridavala dečijim unutrašnjim stanjima - fantazijama i unutrašnjim reprezentacijama roditelja koja su mešavina nesvesnih (agresivnih i seksualnih) fantazija, i nije se usredsređivala na spoljašnje faktore koji mogu uticati na dete.

Bolbi, dakle, prihvata ideju psihoanalize koja govori o važnosti ranih tragova i njihovom uticaju na kasnija iskustva i sveukupan razvoj ličnosti, kao i ideju koja korene nalazi u teoriji Melanije Klajn, o važnosti objektnih odnosa. Potom, kritikujući Frojda, zbog fokusa na nagonima, ali i Klajnovu, zbog premalog pridavanja značaja ulozi koju sredinski faktori i realna iskustva sa objektima imaju u razvoju deteta, razvija sopstvenu teoriju.

Teorija afektivne vezanosti je teorija regulacije afekta i razvoja ličnosti u kontekstu bliskih odnosa. Sama afektivna vezanost je urođeni sistem ponašanja koji svoj zadatak ispunjava obezbeđujući uspostavljanje i/ili održavanje blizine i sigurnosti u odnosu između deteta i odrasle osobe koja mu pruža negu, zaštitu, utehu i podršku, (Bowlby, 1969). To je specifičan aspekt odnosa između deteta i staratelja zahvaljujući kojem se dete oseća bezbedno, sigurno i zaštićeno (Bowlby, 1969). Na osnovu realnih iskustava deteta u odnosu sa značajnim drugim, sa negovateljem, onom osobom koja će postati centralna figura afektivne vezanosti, ono razvija razvija takozvane *unutrašnje radne modele*, sebe i drugih. Ovi unutrašnji radni modeli mu omogućavaju da, na osnovu prethodnog iskustva pretpostavi buduću interakciju sa drugima, te da formira sliku o svetu i sebi u njemu i na osnovu toga - strategiju sopstvenog delovanja (Bretherton & Munholland, 2008; Stefanović Stanojević, 2010), koja obuhvata organizaciju osećanja, mišljenja i ponašanja osobe u važnim odnosima sa drugima (Mirić & Dimitrijević, 2005).

Osnovu čitavog razvoja novorođenčeta čini njegova fiziološka nezrelost, koja određuje njegovu apsolutnu zavisnost od okoline: i na ovom mestu se Frojd i Bolbi slažu. Ne postoji SAMO beba, beba postoji jedino u interakciji sa negujućom figurom, unutar dijade koju Vinikot naziva "negujućim parom" (Winnicott, 1952). Ipak, kako Bolbi dodaje: novorođenče dolazi na svet opremljeno kapacitetom za vezivanje za odraslu negujuću figuru i upravo mu to

omogućava da preživi u spoljašnjem svetu. Kreiranje emocionalne spone koja ga povezuje sa roditeljem obezbeđuje zadovoljenje njegovih potreba – od puke sigurnosti opstanka, preko pravilnog negovanja i pružanja emotivne topline i ljubavi, do podsticanja detetove potrebe da aktivno istražuje svet koji ga okružuje. Tokom prve godine života majka hrani i neguje bebu, nudi joj sigurnost, utehu, različite mogućnosti prihvatanja i rasterećenja od napetosti, objašnjenja za spoljašnje sadržaje... Adekvatan odnos vezivanja majka-dete, potomaže uspešnu regulaciju afekta i adaptivno mentalno zdravlje, ali i čini preduslov za sazrevanje viših funkcija i struktura mozga (Bowlby, 1988), o čemu će biti reči kasnije.

Šor (Shore, 2000) naziva teoriju afektivne vezanosti regulatornom teorijom: proces koji se odvija između majke i bebe jeste interkativna regulacija odnosno uspostavljanje biološkog sinhroniciteta između dva organizma. Razmenom, kroz uspostavljanje odnosa privrženosti, majka, koja ima ulogu regulatora, na intuitivnom nivou reguliše nivo nadraženosti bebe i njena emocionalna stanja, a u tome može da bude uspešna samo ukoliko je u stanju da prethodno reguliše sopstvene emocije. To bi u Bionovoj teoriji bila majka sa zreloom funkcijom sanjarenja, alfa funkcijom (Bion, 1962). Majka mora da bude nalik dobroj rezonantnoj kutiji. Usaglašenost odnosno sinhronost u odnosu majke i bebe, bebi omogućava da se rastereti od stresa (Moss, Hess & Swift, 1982). Dugoročno, odlike ove razmene bivaju utkane u unutrašnji radni model koji sadrži strategije za regulaciju afekta i razumevanje stvarnosti i nesvesno deluju kroz ceo život individue. Tako se afektivna vezanost prevodi iz relacionog u lično svojstvo (Stefanović Stanojević, 2006) i postaje trajna dispozicija ličnosti koja deluje kroz čitav njen život.

Dakle, beba, bez fizičkih moći da sebi obezbedi zadovoljenje potreba, ali sa kapacitetom za afektivno vezivanje, razvija socijalne moći – ona se osmehuje, guče, place – i na taj način obezbeđuje privlačenje aktivne pažnje odraslih. Odrasli reaguju na ove signale na različite, sebi svojstvene načine, a upravo kvalitet tog reagovanja određuje kakvo će biti viđenje sebe i sveta, odnosno kakvi će biti unutrašnji radni modeli sebe i drugih koje beba formira. Sve se ovo dešava unutar prve, ili unutar prvih par godina razvoja. Naime, Bolbi (Bowlby, 1988) i Ejnsvortova (Ainsworth, 1978) su smatrali da je kritičan period za formiranje vezanosti traje do kraja treće godine života, međutim istraživači se ne slažu oko pitanja da li je to zaista tako. Dok jedan broj istraživanja pokazuje da je formiranje afektivne vezanosti, makar do određenog stepena, moguće i posle prve godine života (Hanak i Dimitrijević, 2007; prema Goldberg i sar, 1996), istraživanja u oblasti socijalne zaštite pokazuju da deca koja su u izuzetno deprivirajućim uslovima proživela prvu godinu života, a potom smeštena u usvojiteljsku ili hraniteljsku porodicu jesu u povećanom riziku da razviju

maldaptivne oblike ponašanja (Brodzinsky, 1993; Howe, 1998; Mitić i Kondić, 2001). No, poneti iz ranog detinjstva, ovi unutrašnji radni modeli predstavljaju prototip odnosa sa svim značajnim figurama kasnije u životu, uključujući partnerski ili odnos sa sopstvenom decom (prisutan je, dakle, transgeneracijski prenos obrazaca vezanosti).

Na osnovu karakteristika unutrašnjeg radnog modela, toga da li je viđenje sebe i drugih pozitivno ili negativno, možemo govoriti o četiri tipa afektivne vezanosti kod dece: Meri Ejnsvort (Ainsworth, 1978) je izdvojila tri tipa obrazaca: sigurna, nesigurna – izbegavajuća i nesigurna – anksiozno-ambivalentna afektivna vezanost, dok su Mejn i Goldvin (Main & Goldwyn, 1994) dodali i četvrti tip odgovora koji su nazvali nediferenciran, dezorganizovani obrazac afektivne vezanosti.

U idealnom slučaju, majka dosledno responzivna za signale deteta, dostupna je i osetljiva na njegove potrebe, pa dete formira model sebe kao bića vrednog ljubavi i pažnje i model drugih kao osoba na koje se može osloniti, imati u njih poverenje. Formira se, dakle, obrazac sigurne afektivne vezanosti i stvara preduslov za psihološku stabilnost i rezilijentnost pojedinca kasnije tokom života (Thompson, 2000).

Neke majke su dosledne u svom neodgovaranju na bebine signale. Makar bile prisutne i zadovoljavale osnovne fizičke potrebe deteta, one to ne rade u skladu sa porukama koje ono šalje i vodeći se njegovim emocijama. Dete zato formira model sebe kao bića koje drugi ne (umeju) cene dovoljno, ali i model drugih kao osoba koje im nisu naklonjene. Uz odbrambeno pozitivnu sliku o sebi i negativnu sliku o drugima, od daljih razočaranja štite se podizanjem oklopa, odbacivanjem intimnosti, negiranjem zavisnosti i tako nastaje izbegavajući obrazac afektivne vezanosti.

Kod ambivalentno afektivno vezane dece, slika o drugima je pozitivna, a slika o sebi negativna. Majke ove dece na njihove signale reaguju reaguju samo selektivno. Neke poruke za njih imaju poseban značaj. Dete najpre svu svoju energiju ulaže u detektovanje signala na koje ona reaguje, a potom plaća potrebnu cenu - postaje onakvo dete kakvo je majci potrebno: bolešljivo, slabo ili zavisno... Ovakvo dete je fokusirano na majku, sa nedovoljno samopouzdanja, bez interesovanja za istraživanje sveta i energije koju bi uopšte i moglo da usmeri ka istraživanju, s obzirom na ulaganje u tumačenje maminog ponašanja.

Sva ova deca, sigurna, izbegavajuća i ambivalentna imaju funkcionalnu strategiju ponašanja koja im obezbeđuje doživljaj pouzdanosti i bezbednosti u socijalnom funkcionisanju! Sigurno vezanom detetu je najlakše. Ono zna da je vredno ljubavi i pažnje drugih ljudi i da je svet pun dobrih i njemu naklonjenih bića. Ne brine da će biti ostavljeno ili da ga drugi neće prihvatiti i lako ostvaruje emocionalnu bliskost. Izbegavajuće afektivno

vezano dete “zna” da se na druge ne može osloniti, ali je uvereno u sopstvenu samodovoljnost. Brine se da će biti povređeno ako sebi dozvoli potpuno otvaranje i bliskost, ali se štiti neprepuštanjem. Ambivalentno vezano dete koristi maksimalističku strategiju, vrlo se trudi oko značajnih figura, pokazuje preteranu zavisnost i plašeći se da ne izgubi dragocenu figure ne želi da se odvoji od nje...

Sa druge strane, dezorganizovano afektivno vezana deca imaju majke koje ne samo da nisu zadovoljavale potrebe i pružale utehu, već su kod deteta izazivale strah. Ove majke nisu uspele da ponude deci okvir za formiranje ma kakve smislene strategije u odnosima sa drugima. Bizarnost u ponašanju neke od ove dece je ono što je privuklo pažnju i pomoglo da se izdvoji četvrti obrazac afektivne vezanosti. Iako ne treba očekivati da će se sva deca koja pripadaju ovom obrascu ponašati na bizaran način, iracionalnost i besmislenost ponašanja u odnosima svakako ih odlikuju (West, Rose, Spreng & Adam, 2000). Mogu, na primer, naizmenično koristiti strategije karakteristične za izbegavajući i ambivalentan obrazac, biti skloni samopovređivanju, povređivanju slabijih, mučenju životinja, uništavanju predmeta i td. Dezorganizovani obrazac podrazumeva da su oba radna modela negativna – uz ideju da samo nije vredno, niti da su drugi pouzdani, ovakvo dete nema kud da pobjegne od straha i izbezumljenosti...

Autori Holms i Lyons-Rut (Holmes & Lyons-Ruth, 2006) su 2006 godine pridodali opis još jedne afektivne orijentacije, koju su nazvali duboko nepoverenje (*profound-distrust*), sa namerom otkrivanja stavova u odnosima koji bi bili indikatori za ozbiljne, klinički relevantne probleme u odnosu majka-dete. U duboko nepoverljivom stavu, značajni drugi su u potpunosti odbačeni i procenjeni kao potpuno negativni po osobu, uz naglašeno odsustvo očekivanja bilo kakve podrške ili brige od drugih. Kod izbegavajućeg obrasca postoji želja za nezavisnošću, ali uz očekivanje barem neke vrste površnih emocionalnih odnosa. Čak i kod dezorganizovanog obrasca postoji paradoks izbegavanja odnosa, dok još uvek postoji želja za bliskošću. Nasuprot tome, kod duboko nepoverljivog stila u potpunosti se odustaje od drugih. Drugim rečima, ovo je ekstremniji stav i relaciona orijentacija koja može da predvidi klinički značajne teškoće u interakciji između osobe i drugih, između ostalog i roditelja i deteta. Ovo je noviji koncept i istraživanja tek treba da odrede mesto ovom konceptu u klasifikaciji obrazaca vezanosti.



### 3.2. Problemi i poremećaji vezivanja

Ukoliko je odnos dete-roditelj neadekvatan ili ugrožavajući, dete razvija poremećaj privrženosti već u toku prvih par godina života. Klinički, poremećaj afektivne vezanosti je ozbiljan, relativno učvršćen poremećaj, koji se ispoljava na planu emocija i ponašanja, a uslovljen je neadekvatnim odnosom deteta sa primarnom figurom vezanosti (Bowlby, 1969). Klasifikacija Svetske zdravstvene organizacije MKB-10 (2018) prepoznaje ovaj poremećaj i to u dve varijacije: 1) Reaktivni poremećaj vezivanja u detinjstvu (F94.1) koji nastaje kao direktna posledica teškog zanemarivanja, zloupotrebe ili veoma lošeg postupanja od strane roditelja i karakteriše se problematičnim obrascima odnosa i poremećajima emocionalnih reakcija (izražen strah i nemir, loša interakcija sa vršnjacima, agresija i/ili autoagresija, kašnjenje u razvoju u nekim oblastima itd.). 2) Poremećaj dezinhbiranog vezivanja (F94.2), koji se manifestuje kroz difuzno ponašanje vezivanja, neselektivno traženje pažnje, odanosti i loše modulacije odnosa sa vršnjacima i nepoznatima praćeno poremećajem emocija ili ponašanja. Relativno mali broj dece, zapravo, zadovoljava dijagnostičke kriterijume za dijagnostikovanje poremećaja privrženosti. Postoji, istraživanjima potvrđena, neurofiziološka podloga ovih problema vezivanja. Mozak deteta u razvoju oblikuje se i strukturise u zavisnosti od kvaliteta interakcije sa okruženjem, pri čemu je u prvim, formativnim godinama najvažniji sam kontakt majke sa detetom, stimulacija koja se ostvaruje dodiranjem, glasom i vizuelnim podsticajima. Rana iskustva interakcije sa roditeljima skladište se u limbičkom korteksu, koji predstavlja deo stare kore – paleokorteksa. Limbički sistem odgovoran je za odgovor organizma u situacijama stresa, kao i za kontrolu vitalnih funkcija koje obezbeđuju opstanak, poput nivoa hormona. To je rudimentarna, primitivna struktura zadužena za brzo reagovanje u situacijama bitnim za preživljavanje, bez mentalnog procesuiranja informacija. Za mentalno procesuiranje informacija i kontrolu afekta, sa druge strane, zadužena je najrazvijenija struktura mozga – neokorteks u kome su centri za govor i mišljenje. Limbički sistem i neokorteks ne deluju nezavisno jedan od drugog – kroz brojne neurološke veze oni ostvaruju međusobni efekat i u normalnim uslovima rad ovih struktura u potpunosti je usklađen. Neokorteks, koji između ostalog omogućava mentalnu preradu stimulusa, najčešće dominira nad nižim strukturama. No, u situacijama pretnje to nije slučaj – dominaciju tada preuzima limbički sistem... Upravo ovde leži razlika između sigurno i dezorganizovano vezanih: neokorteks je zona najveće moždane aktivnosti osobe sa sigurnim obrascima vezivanja. Suprotno, osoba koja je razvila dezorganizovani obrazac vezivanja u konstantnom je stanju stresa, a limbički sistem je stalno aktivan i blokira rad mislećeg mozga i mentalizaciju. Dakle, kada roditelj zlostavlja ili

zanemaruje dete – limbički sistem dugotrajno ostaje zadužen za reagovanje na spoljašnje stimulse. Neurološke veze između limbičkog sistema i neokorteksa ostaju neformirane ili nedovoljno formirane. Emocionalna uznemirenost kod traumatizovane dece upravo je posledica uskladištenih bolnih iskustava iz prošlosti u limbičkom korteksu (Servan-Schreiber, 2005). Na neurofiziološkom i psihološkom nivou, neadekvatni uslovi ranog razvoja i radni model odnosa da dete ne sme da se osloni na odrasle, dovode do stanja konstantnog stresa zbog čega će ono, ne samo u ugrožavajućim već u situacijama bilo kakve promene, regredirati na nivo funkcionisanja limbičkog korteksa. Drugim rečima, preplavljaju ga panika i afekat koji ne može da se kontroliše kognitivnim procesuiranjem, već aktiviranjem fizioloških procesa, a napetost se ispoljava preko tela, bez mentalne obrade.

Zlostavljanje deteta je faktor koji se izdvaja po svom toksičnom uticaju na biološki i psihološki razvoj, generalno, pa i na razvoj poremećaja afektivne vezanosti. Autori (Lyons-Ruth et al. 1989; Carlson et al. 1989; Cicchetti, Toth, 2005) navode da čak 95% zlostavljane dece ne razvija sigurnu vezanost, već se uglavnom kod takve dece sreće vezanost dezorganizovanog tipa (Barnett et al., 1999).

Dakle, primarni uzroci rane dezorganizacije mogu biti pripisani ponašanju roditeljske figure koje je zlostavljajuće (Cicchetti & Barnett, 1991), ali su zastrašujuća (Main & Solomon, 1990) ili zbunjujuća i oprečna (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008) ponašanja roditelja jednako pogubna. Roditelji dece sa dezorganizovanom vezanošću spadaju u retku, ali značajnu grupu roditelja koji za sopstveno dete predstavljaju opasnost. To mogu biti roditelji koji su lošem tretiranju deteta skloni usled alkoholizma, narkomanije, psihijatrijskih poremećaja i mnogih drugih razloga, ali je vrlo često u osnovi lošeg roditeljstva ustvari nerazrešena trauma samog roditelja, koji nije izgradio strategiju nošenja sa sopstvenom bespomoćnošću (Stefanović Stanojević i sar., 2018). I istraživanja potvrđuju da u oko 70% slučajeva dete razvija isti obrazac privrženosti koji ima majka, dakle postoji tzv. „transgeneracijski prenos“ tipa vezanosti, odnosno, prenos unutrašnjeg radnog modela socijalnih odnosa sa roditelja, pre svega sa majke, na dete (Išpanović, 2012). Dugotrajna preplavljenost osećanjima bola, nepravde i straha usled sopstvenog iskustva proživljene traume u detinjstvu, njihovo aktuelno roditeljsko ponašanje čini neosetljivim, destruktivnim i zastrašujućim. Neuspešno razrešenje ranih trauma povećava verovatnoću patologije u kasnijim životnim fazama (Cicchetti & Toth, 2005). Zato ovakve roditelje odlikuju impulsivnost i niska tolerancija na frustraciju, odsustvo mentalizacije, sklonost ka razvoju disocijativnih odgovora, upotrebi supstanci i razvoju maladaptivnih oblika ponašanja uopšte (Shemmings & Shemmings, 2011). Kroz seriju svakodnevnih, ponavljajućih maladaptivnih

roditeljskih strategija i kod sopstvene dece ovakvi roditelji oblikuju viziju sebe i sveta koja je nalik na njihovu. I začarani krug se nastavlja...

Značajna je povezanost rane nesigurne privrženosti i kasnijih emocionalnih teškoća i smetnji ponašanja, lošije psihosocijalne prilagođenosti (Radojević, 2016) i depresivnosti (Difilippo & Overholser, 2002). Rezultati nedavno sprovedene meta-analize (Dagan et al., 2018) na 55 analiziranih uzoraka kojima je obuhvaćeno 4.386 ispitanika, pokazali su da osobe sa nesigurnim obrascima afektivne vezanosti imaju više nivoe depresivnosti od sigurnih, te da su oni sa disorganizovanim obrascima vezanosti depresivniji od pojedinaca sa organizovanim strategijama. Sam dezorganizovani obrazac vezanosti korelira sa ozbiljnim teškoćama u kontrolisanju stresa, disocijacijom i graničnim poremećajem ličnosti i dobro predviđa eksternalizujuće probleme ponašanja (Radojević, 2016). Rana iskustva teškog zlostavljanja, koja mu prethode, mogu voditi decu put disforije u periodu odojčeta, suprotstavljajućeg i prkosnog poremećaja u predškolskom uzrastu i put ozbiljnijih poremećaja ponašanja i maloletničke delinkvencije tokom adolescencije. Sa druge strane, grupa autora (Kim-Spoon, Chiccheti & Rogosch, 2013), u longitudinalnoj studiji u kojoj se porede zlostavljana deca uzrasta od 7 do 10 godina sa decom normalnog razvoja nalazi da je rano zlostavljanje povezano sa visokom emocionalnom labilnošću deteta, što doprinosi lošijoj emocionalnoj regulaciji i povećanju internalizovanih teškoća. Povećan je rizik kod ove dece od neuspeha u školovanju, neadekvatnih vršnjačkih relacija, viktimizacije, a sa odrastanjem se povećava rizik i od nezaposlenosti (usled nedostatka radne discipline i neprihvatanja autoriteta), korišćenja supstanci i raznih vidova autoagresivnog i antisocijalnog ponašanja (Išpanović, 2012).

Ponovimo još jednom, empirijski nalazi potvrđuju postojanje snažnog efekta nepovoljnih uslova razvoja (poput traume, zlostavljanja, separacije, promene smeštaja i generalnog odsustva stabilnosti u prvim godinama života) na razvoj nesigurnih obrazaca vezivanja, koji, sa druge strane dobro predviđaju kasniju pojavu poremećaja ponašanja i emocija kod dece (na primer, Schofield, Beek, Sargent & Thoburn, 2000).

#### **4.1. Mentalizacija**

Mentalizacija je koncept razvijen u radovima predstavljenim početkom devedesetih godina od strane autora okupljenih oko Fonagija (Fonagy, Steele, Moran, Steele & Higgitt, 1991) i od tada privlači veliku pažnju istraživača. Koreni proučavanja fenomena srodnih

mentalizaciji, međutim, sežu mnogo dublje (Tadić, 2012). Tako, Džeremi Holms (Holmes, 2005) navodi četiri različita teorijska pravca koja su značajno doprinela razvoju teorije mentalizacije. To su najpre teorije objektnih odnosa, a ponajviše Bionova (Bion, 1962) teorija o razvoju misaonog i sveukupnog psihičkog aparata. U nedostatku sopstvenog mentalnog aparata koji bi mogao da svari, tj da proradi i integriše prve mentalne sadržaje (beta elemente), odojče deo ovih sadržaja projektuje u grudi, zatim u celu majku. Ona postaje „kontejner“ mučnih sadržaja koji je dete u nju projektovalo i ukoliko je sposobna da „sanjari” sa svojim detetom, da prepozna šta se u njemu događa, sadržaj koji dolazi iz odojčeta podleže obradi. Promišljen, izmenjen, ublažen i oslobođen neprijatan sadržaj majka vraća detetu u izmenjenoj formi tako da on postaje podnošljiv i prihvatljiv za dete. Dakle, dete projektuje beta sadržaje na majku da ih ona obradi, transformiše i vrati nazad kao obradjene alfa elemente. Projektivna identifikacija, kao prvi način opštenja između majke i deteta postaje osnov mišljenja, jer tako prorađene sadržaje (alfa elemente) dete može koristiti kao osnovno gradivo za stvaranje misli, snova, sećanja, simbola... Dete, na dalje, može razlikovati telesne senzacije, sirove čulne utiske, neimenovane nagone i želje, prekonceptije, sa jedne strane od misli, koncepcija, kao osnova racionalnog mišljenja, sa druge. Može razlikovati fantaziju od stvarnosti (Holmes, 2005). Ukoliko, pak, majka ne prepoznaje, ne prihvata detetove projekcije ili preterano reaguje na njih, ono ne dobija odgovarajuću podršku za razvoj sposobnosti mišljenja, ali ni regulacije afekta i smirivanja u stresnim situacijama, čime se otvara put za razvoj psihopatologije (Bion 1962). Drugi uticaj dolazi iz oblasti kognitivne psihologije. Teorija uma, u okviru tog pravca, nastala je u pokušaju da objasni formalne i razvojne razlike između autističnog i normalnog načina razmišljanja (Baron-Cohen et al., 1995). Pretpostavlja da problemi socijalizacije svojstveni autizmu proizlaze iz nesposobnosti ovih osoba da konceptualizuju druge kao bića sa vlastitim umovima i mentalnim stanjima. Autistični na druge gledaju kao na predmete, bez uvida u to da oni imaju vlastite namere, želje, planove, osećanja...Društveni odnosi su im zato neobjašnjivi i nepredvidivi, što rezultira odbrambenim povlačenjem i samo-preokupiranošću. U toku normalnog razvoja, ideja da svi razmišljaju i postoje istovetno detetu je faza iz koje dete izrasta između treće i pete godine, dok kod autističnih ona perzistira kroz čitav život. Deca do treće godine života, kako pokazuju istraživanja proistekla iz ovog teorijskog *backgrounda* ne mogu shvatiti prevaru u eksperimentu sa lažnim verovanjem<sup>5</sup>, dok sa navršenih pet godina života uviđaju da ljudi

---

<sup>5</sup> Na primer test prepoznavanja „pogrešnog koraka“ (Faux Pas Recognition Test, Baron – Cohen et al., 1999) ili zadatak neočekivanog premeštanja u test priči „Sanja i Ana” (Baron-Cohen et al., 1985).

doživljavaju realnost kroz prizmu vlastitog uma, koji (manje ili više) odgovara stvarnosti, te su u stanju da prepoznaju ponašanja proistekla iz lažnih uverenja... Na dalje, psihoanalitičari francuske škole, kao trećeg teorijskog pravca od značaja za razvoj koncepta mentalizacije, polaze od Frojdove ideje da misao nastaje u procesu transformisanja neobrađene nagonske energije. Netransformisana u misao, psihička energija se prazni kroz akciju ili preusmereva u telesne procese, što se klinički manifestuje kao "acting-out" ponašanje ili somatizacija. Francuski analitičari (npr Luquet, 1981; Marty, 1991) razrađuju ovu ideju, radeći sa pacijentima koji boluju od psihosomatskih poremećaja. Psihosomatičare karakteriše nesposobnost da osećanja transformišu u reči, aleksitimija (kako ovu nesposobnost nazivaju anglo-saksonski autori), ili *pensée opératoire* - operativno, robotsko mišljenje. Na mentalizaciju se, iz ove perspektive, gleda kao na suprotnost takvom robotskom mišljenju: to bi bila sposobnost transformacije nagonskih iskustava u organizovane ideje, osećanja, misli i reči koje se mogu predočiti kao smislene i kasnije modifikovati. Na posletku, kao četvrti teorijski pravac, Holmes navodi teoriju razvojne psihopatologije utemeljenu na Winnicottovim postulatima, u okviru koje se na mentalizaciju gleda kao na kapacitet razlikovanja zamišljenog od stvarnog sveta, uz održavanje ova dva sveta odvojenim, ali sa propustljivim granicama. Ovaj kapacitet se razvija u okviru normalnih interakcija između deteta i staratelja, koje obuhvataju reflektovanje i ogledanje (mirroring), i osnov su razvoja samosvesti. Dete uči ko je ono, gde su granice njegovog unutrašnjeg sveta, gde se ono samo „završava“, a počinje spoljašnjost, počinju drugi – sve kroz sposobnost roditelja da reflektuje njegove gestove kroz razigrani *mirroring* i igru, u kontekstu sigurne vezanosti. Ovo detetu, na posletku, omogućava da uvidi efekte sopstvenog delovanja na svet koji ga okružuje i, paralelno sa ovim – da uvidi da, nalik njemu i drugi imaju svoje unutrašnje svetove, te da to uzme u obzir kada tumači njihove akcije i reakcije (Holmes, 2005; prema Fonagy et al., 1997).

Fonagijev model mentalizacije neposredno uporište ima u istraživanjuma koja su koristila Intervju za procenu vezanosti odraslih (*Adult Attachment Interview*) (Fonagy et al. 1997) – upravo je jedna od skala u okviru ovog instrumenta *Refleksivna funkcija* poslužila kao okvir za operacionalizaciju kapaciteta za mentalizaciju. Međutim, pored toga, ovaj model istovremeno ujedinjuje sve navedene teorijske koncepte, ali i obuhvata i, kao širi, sadrži srodne fenomene empatije, samosvesti (mindfulness) itd. Mentalizaciju definiše kroz 1) prepoznavanje, imenovanje i osmišljavanje sopstvenih psihičkih iskustava i, na osnovu toga 2) razumevanje da je ponašanje drugih, takođe, objašnjivo njihovim mentalnim stanjima (stavovima, namerama, planovima, željama, osećanjima), što mu daje smisao i čini ga

predvidljivim (Fonagy & Target, 1997). Drugim rečima, mentalizacija je sposobnost stvaranja i korišćenja mentalnih reprezentacija sopstvenih i emotivnih stanja drugih ljudi (Fonagy Gergely & Jurist, 2004), što olakšava snalaženje u međuljudskim odnosima. Bez nje bismo bili kompletno izgubljeni u svetu determinisanom složenim i konstantno promenjivim međuljudskim odnosima, koji zahtevaju visok nivo saradnje i razumevanja (Fonagy, Luyten, & Allison, 2014).

Treba razlikovati mentalizaciju od mentalnih procesa usmerenosti pažnje i opšteg, kognitivnog rezonovanja, iako se ona oslanja na njih i dodatno ih unapređuje. Razlike su jasne i na nivou neuroloških struktura i puteva koji učestvuju u aktivaciji ovih procesa (Van Overwalle, 2011). Nadalje, današnji doseg neuronauke takav je da nam omogućuje potvrdu i dokaze da mentalizacija nije jednodimenzionalni konstrukt, već je organizovana u okviru 4 polarizovane dimenzije – 1) automatsko, rigidno, naspram kontrolisanog, 2) usmereno na sebe i usmereno na druge, 3) zasnovano na spoljašnjim (facijalna ekspresija, položaj tela) i unutrašnjim karakteristikama (mentalnom životu) objekta i 4) kognitivno naspram afektivnog mentaliziranja (Fonagy & Luyten, 2009; Luyten, Fonagy, Lowyck, & Vermote, 2012; Luyten & Fonagy, 2015). Mentalizacija nije ništa drugo do, goreg ili boljeg, balansiranja između ovih dimenzija. Primer lošeg balansa bi, recimo bila prekomerna osetljivost na emocionalna stanja drugih na račun reflektivne svesti o sopstvenom stanju uma. Dobro balansiranje između ovih dimenzija osobi omogućuje da bude svesna toga šta misli i oseća i šta bi drugi mogli da misle i osećaju. Ovaj balans je determinisan dvama faktorima: 1) nivoom stresa i uzbuđenost u aktuelnoj situaciji 2) predisponiranošću za aktiviranje određenih strategija afektivnog vezivanja u stresnim situacijama (Luyten & Fonagy, 2015).

Stres je veliki neprijatelj refleksivnosti jer dovodi do gašenja viših kapaciteta i prelazak na mod za preživljavanje (Allen, 2003). Drugim rečima, dešava se prelazak sa sporog, refleksivnog, kontrolisanog na brzo, automatsko promišljanje i donošenje zaključaka o sebi i drugima. Ovo potonje odlikuje se rigidnošću i korišćenjem pojednostavljenih pretpostavki o sebi i drugima baziranih na spoljašnjim karakteristikama. Sa aspekta neurofiziologije, filogenetski stariji delovi mozga, koji se oslanjaju pre svega na senzorne informacije baza su automatskog, dok se kontrolisano mentaliziranje bazira na aktivaciji filogenetski mlađih delova mozga, koji koriste lingvističko, simboličko procesuiranje informacija. Neuronski sklopovi koji se nalaze u osnovi automatskog mentaliziranja uključuju amigdalnu, bazalne ganglije, ventromedijalni prefrontalni korteks, zatim bočni temporalni korteks i prednji cingulatni korteks (Satpute & Lieberman, 2006). Ova područja mozga su pre svega zadužena za brzo otkrivanje pretnji, brzu obradu informacija i hitnu *bori se ili beži*

reakciju. Kontrolisano mentaliziranje uključuje delove prefrontalnog korteksa (bočni i medijalni), odgovorne za racionalno mišljenje, rasuđivanje i socijalno ponašanje, delove parietalnog, temenog, režnja (bočni i medijalni), koji ima važnu ulogu u integraciji senzornih informacija, srednji temporalni režanj zadužen za deklarativnu memoriju i jezičko razumevanje i rostralni deo prednjeg cingularnog korteksa koji učestvuje u percepciji boli i regulaciji afekata (Bush, Luu & Posner 2000; Satpute & Lieberman, 2006; Uddin, Iacoboni, Lange, & Keenan, 2007). Sa pričom o rastu uzbuđenja i stresa blisko je povezana i priča o aktivaciji/deaktivaciji sistema privrženosti. Kako raste uzbuđenje, usled opažene interpersonalne pretnje, nastaje prelaz sa kortikalnih na subkortikalne moždane strukture, sa kontrolisanog na automatsko mentaliziranje, te dolazi do aktivacije naučene afektivne strategije za nošenje sa opasnostima. Pritom – za sigurno vezane situacija je relaksiranija – oni ne očekuju pretnju na svakom koraku, spremniji su da potencijalno preteću situaciju pogledaju i iz drugog ugla, potraže resurse za prevladavanje pa time i odlože prelazak na niži nivo mentalizacije. Nesigurno, a posebno dezorganizovano vezane osobe razvijaju hipersenzitivnost na pretnje, kao posledicu stalnog nošenja sa nepredvidljivošću figure primarne afektivne vezanosti, te su i sklonije lakšem i bržem reagovanju. Konstantno oprezne i na najmanje signale opasnosti reaguju sklonošću da donesu zaključke na osnovu šematskih i uprošćenih predstava o sebi i drugima i potom – hiperaktivacijom sistema privrženosti i mahnitim pokušajima izbegavanja napuštanja (u slučaju preokupirane), deaktivacijom sistema privrženosti i poricanjem potrebe za drugima (u slučaju izbegavajuće vezanosti) ili usamljenim tumananjem po hodnicima besmisla (u slučaju dezorganizovane vezanosti). A svaka od ovih opcija dolazi sa troškovima – interpersonalnim i metaboličkim – (Fonagy & Luyten, 2009; Luyten & Fonagy, 2015) koji polako dolaze na naplatu...

#### **4. 2. Razvoj i inhibicija kapaciteta za mentalizaciju**

Mentalizacija, iako jednim delom urođena sposobnost, otpočinje svoj razvoj u ranom dečijem uzrastu, kroz interakciju sa roditeljima koji su zainteresovani za subjektivno iskustvo svoje dece, tretiraju ih kao bića sa umom i tumače njihovo (ali i sopstveno) ponašanje kao subjektivno motivisano (Fonagy & Target, 1996). Fonagijev model mentalizacije naglašava važnost odnosa dete-roditelj, kao baze iz koje izvire mogućnost reprezentacije sebe i drugih kao bića koja svesno osećaju, misle i deluju. Teško je zamisliti nekoga ko je u stanju da misli o mentalnim stanjima sebe i drugih, a da nije svedočio tome kako roditelji tumače vlastita ponašanja i iskustva kao smisljena i nije bio tretiran od strane roditelja kao misleće biće

(Fonagy & Target, 2006; Fonagy, 2001). Dakle, rano uspostavljeni odnos između roditelja i deteta može biti okosnica razvoja ili inhibicije kapaciteta za mentalizaciju. Osećaj sigurnosti je bitna pretpostavka mentaliziranju. Konkretno, postoji pozitivna povezanost između toga koliko su roditelji u mogućnosti da na detetove afektivne signale odgovore formiranjem integrisanih i jasnih reprezentacija vlastitog subjektivnog iskustva i detetovog kapaciteta za mentalizaciju, odnosno njegovog kapaciteta da i samo formira reprezentaciju sopstvenog subjektivnog doživljaja (Fonagy, 2001). To zauzvrat pozitivno utiče na procese regulacije afekta i lične samokontrole, jer razvoj sposobnosti za promišljanje o unutrašnjim mentalnim stanjima predstavlja veliki skok u sposobnosti pojedinca da razume svoj udeo u socijalnim dešavanjima. Kada je temelj uspostavljen, dalje širenje socijalnog okruženja, nova iskustva a ljudima van porodice, druženja u vrtiću, školi, itd. dodatno podstiču i jačaju razvoj mentalizacije (Fonagy & Luyten, 2016).

Ako je sistem primarne afektivne vezanosti, međutim, osujećen, razvoj mentalizacije je usporen. Osnovom za uspostavljanje sigurne afektivne vezanosti se, kako je već rečeno, smatra sposobnost prepoznavanja potreba deteta na osnovu signala koje ono šalje, uz svrsishodno reagovanje na njih. Razlike među majkama u pogledu sposobnosti prepoznavanja signala i načina reagovanja na njih uočljive su, kako pokazuju neuroimidžing studije i na neuroendokrinom nivou. Naime, detetovo nasmešeno lice obično budi pozitivno afektivno uzbuđenje u majci, aktivira asocijacije sa drugim pozitivnim iskustvima i majka odgovara odgovarajućim ponašanjem poput smešenja, maženja i igranja. Kod majki sa sigurnom afektivnom vezanošću, kako se pokazalo izrazitija je aktivacija regija povezanih sa nagrađivanjem - ventralnog strijatuma i delova osovine hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlezda koji regulišu lučenje oksitocina. No, iste ove strukture aktivne su i kada sigurno afektivno vezana majka vidi uznemireno ili tužno lice svog deteta. Kod nesigurno vezanih majki, međutim, dolazi do deaktivacije regija povezanih sa nagrađivanjem i pojačane aktivnosti insule (Cortex insularis) povezane između ostalog sa doživljajima bola, gađenja, mržnje... Umesto da prorade dečije neprijatno iskustvo i prorađeno ga vrata detetu nazad, kako bi mu omogućile stvaranje simboličke reprezentacije i organizaciju vlastitog iskustva, ove majke bivaju preplavljene svojim tužnim sećanjima iz prošlosti (Luyten & Fonagy, 2015). Kada je reč o dezorganizovanim roditeljima, čije detinjstvo je često obeleženo ličnom traumom koju nisu bili u stanju da obrade, situacija je još složenija. Neobrađena, trauma je blokirana i potisnuta ili disocijacijom odvojena od svesnog dela ličnosti, tako da se o njoj, a ni o osećanjima i posledicama koje je proizvela, ne promišlja i ne govori. Sadašnja situacija, kada su oni sami u ulozi roditelja, emotivno je vrlo provocirajuća i iziskuje trošenje ogromne



količine energije na zadržavanje traumatskog sadržaja van svesnog dela ličnosti. Borba sa sopstvenim demonima ostavlja malo energije za bavljenje detetom i njegovim mentalnim stanjima pa njihovo roditeljstvo postaje neosetljivo: od mentalne isključenosti i zanemarivanja deteta, do impulsivno nametljivog i agresivnog ponašanja prema detetu (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008), ali uz upadljivo odsustvo mentalizacijskih sposobnosti u bilo kojoj varijanti. Odrastajući uz takvog roditelja, deca bivaju ostavljena u začaranom krugu sopstvene anksioznosti bez strategije da se umire i bez sposobnosti da razumeju. Najpre se razvija dezorganizacija (evolutivno starijeg) sistema vezanosti (Protić, 2016), a potom, inhibicija razvoja za mentalizaciju, kao odbrana od zastrašujućeg roditeljskog ponašanja i reakcija na odsustvo njihove sklonosti da razumeju detetovo ponašanje u terminima mentalnih stanja i daju smisao njegovom doživljaju (Fonagy, Steele, Steele, Leigh, Kennedy, Mattoon & Target 1995). Za razvoj kapaciteta za mentalizaciju posebno štetnim se smatra iskustvo zlostavljanja u okviru porodice – ono navodi na izbegavanje razmišljanja o umu važne druge osobe koja očito ima zle namere (Allen, 2013; Fonagy et al., 2004). Roditelji i dodatno u takvom kontekstu mogu obeshrabrivati koherentnost diskursa o mentalnim stanjima i potkopavati razvoj mentalizacije kod dece, delom da bi izbegli suočavanje sa patnjom koju su izazvali (Allen, Fonagy & Bateman, 2008; Fonagy & Luyten, 2009).

Fonagy i saradnici (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002) razvili su model po kome se na inhibiciju mentalizacije posmatra kao na detetov pokušaj adaptacije na neadekvatnost odnosa sa figurom vezanosti. Ukoliko se osoba od koje je dete potpuno zavisno ponaša na način koji je za njega zastrašujuć, razmišljanje o njenim motivima moglo bi biti suviše bolno, pa se inhibicija mentalizacije javlja se kao vid odbrane. Postupci drugih se stoga ne tumače prema njihovim motivima, željama, emocijama i saznanjima, te razumevanje ostaje na konkretnom nivou. Socijalno okruženje se ne posmatra sa stanovišta namera, već sa stanovišta fizičkog delovanja (Dennett, 1987). Dakle, majka ne tuče zato što je zla, zato što vidi dete kao bezvredno, zato što je frustrirana i besna jer joj je dete osujetilo, svojim postojanjem, planove za veliku budućnost, nego zato što je "malo popila".

Deca gube sposobnost da razumeju i kontrolišu svoje negativne emocije, čime je, zapravo narušen, ne samo emotivni, već sveukupni njihov razvoj. Inhibicija kapaciteta za mentalizaciju otežava prilagođavanje na neplanirane situacije, stres i izazove koji su prisutni u svakodnevnom životu (Allen, Bleiberg & Haslam-Hopwood, 2003). Dovodi do teškoća da se procesuiraju, skladište i koriste informacije, da se prilagodi društvenoj stvarnosti i novim okolnostima, itd. Otežava i put ka dostizanju društvenog uspeha, jer čak i onda kada su

bazični intelektualni potencijali visoki i očuvani, okvirno učešće inteligencije u samoreliaciji individue procenjuje se tek na oko 20% (Radojević, 2016; prema Servan-Schreiber, 2005) - prepoznavanje i kontrola emocija, uz sposobnost saradnje sa drugima ostaju ključni faktori uspeha. Na posletku, nedovoljno razvijena sposobnost mentalizacije predisponirajući je faktor za razvoj brojnih psihičkih poremećaja (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Privremena ili trajna inhibicija mentalizacije je karakteristična za gotovo sve forme psihopatologije od autizma i psihoza (Chung, Barch, & Strube, 2013) do depresije (Cusi, Nazarov, Holshausen, Macqueen, & McKinnon, 2012;), poremećaja ishrane (Kuipers & Bekker, 2012) i poremećaja ličnosti, naročito borederline tipa (Fonagy & Luyten, 2016).

Fonagy i saradnici (2016) prepoznali su i imenovali dve vrste oštećenja mentalizacionih sposobnosti: hipomentalizaciju, ili nesigurnost u mentalna stanja i hipermentalizaciju, preteranu sigurnost u mentalna stanja. Prva se odnosi na teškoće i nemogućnost osmišljavanja modela uma sebe i drugih, hipomentalizaciju ili prementalizaciju; druga na suprotnu tendenciju osmišljavanja vrlo složenih modela koji su, međutim, neutemeljeni u realnosti, hipermentalizaciju ili pseudomentalizaciju (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008). Obe tendencije su negativne, prva, jer se osoba kod koje je izražena ne uvažava postojanje mentalnog uopšte, druga, jer osoba ne razume prirodu mentalnog i ne uvažava njenu neprozirnost. Naime, dobra mentalizacija podrazumeva i svest o tome da ne možemo u potpunosti znati šta drugi misli ili oseća, jer njegov unutrašnji svet nije proziran. Mi nikada ne možemo biti sigurni u to da pouzdano i sa sigurnošću znamo šta druga osoba misli ili namerava. Hipermentalizacija ne dozvoljava uvid u to da afekti mogu bojiti socijalnu percepciju, da se mogu praviti pogreške u proceni namera, misli ili osećanja drugih ljudi, niti, u konačnici, dozvoljava postojanje druge perspektive osim sopstvene u koju smo uvereni po svaku cenu. Nije neobično, stoga što nalazi pokazuju povezanost hipermentalizacije i grandioznog narcizma (Ames & Kammrath, 2004; Ritter et al., 2011), ali i negativnu povezanost sa skalama koje mere zauzimanje perspektive druge osobe (Ames & Kammrath, 2004). Osobe sa visokim skorom na skali hipermentalizacije sklone su produkovanju dugačkih, preterano detaljnih pseudomentalističkih objašnjenja koja nemaju uporište (niti su testabilni) u stvarnosti. Oni sa visokim skorom na skali hipomentalizacije, pak, odlikuju se konkretnim, rigirnim mišljenjem, baziranim na fizičkim odlikama, bez uvažavanja mentalnog i mogućnosti poimanja kompleksnih mentalističkih modela ponašanja. Zato bi terapija kod pacijenata sa hipomentalizacijom kao dominantnom tendencijom trebala biti fokusirana na uspostavljanje i produbljivanje distinkcije između mentalnih predstava i stvarnosti, dok bi kod

onih sa hipermentalizacijom kao dominantnom tendencijom trebala biti fokusirana na uspostavljanje veze između njih (Handeland, 2017).

## 5.1. Disocijacija

“Na kliničkom i deskriptivnom nivou, poremećaj višestuke ličnosti je, intrinzično, samo plač zlostavljanog deteta i njegova očajnička želja da je neko drugi, negde drugde i da je ono što je zadesilo njega zapravo zadesilo nekoga drugog”  
(prema Dimitrijević, 2009)

Postoji načelna saglasnost da je disocijacija akt *odvajanja* nekog psihološkog sadržaja od svesti. Manifestuje se poremećajima u memoriji, svesti, identitetu i percepciji, ali i u senzacijama, pokretima i drugim telesnim funkcijama (Diseth, 2005). U izvesnom smislu, proces je suprotan integraciji, koja je važna za uspostavljanje individuacije i samoostvarenja. Ličnost postaje potpuna, jedinstvena, ono što stvarno jeste, kroz ujedinjenje, integraciju razjedinjenih i suprotstavljenih delova ličnosti (Popadić, 2016; Jung, 1984). Disocijacija je, dakle, neuspeh integracije. Ona dovodi do toga da parcijalni, neintegrisani aspekti ličnosti egzistiraju nepovezano (Hark, 1998). U situacijama kada svesno Ja ne može da se integriše sa traumom, dolazi do emotivnog „distanciranja“, koje se odvija u cilju očuvanja selfa od dalje deteriorizacije. Međutim, iako ovaj fenomen psihijatrija poznaje duže od jednog veka, od Pjer Žanea nadalje, postoji dilema oko njegovog preciznog određenja. Cardena (1994) je to rezimirao rekavši da različiti autori, govoreći o disocijaciji, misle na nedostatak integracije psihičkih funkcija, formu psihološkog odvajanja selfa od okruženja ili na mehanizam odbrane. Dakle, disocijativna iskustva mogu se posmatrati kroz a) disocijativnu *kompartmentalizaciju* - strukturalna disocijacija unutar ličnosti, čije su kliničke manifestacije disocijativna amnezija i konverzivni simptomi, somatoformna disocijacija, itd.,

b) disocijativni *detachment* - odvajanje od spoljašnjeg okruženja sa zaravnjenjem afekta koja se manifestuje u vidu derealizacije, depresonalizacije, tj. *out-of-body* iskustva i

c) *disocijaciju kao mehanizam odbrane*.

Takođe, savremeno shvatanje ovaj fenomen vidi i kategoriše dvostruko – koristeći dimenzionalni ili kategorijalni pristup. Dimenzionalno, „disocijativni kontinuum“, podrazumeva da je disocijacija proces koji obuhvata minimalna svakodnevna odstupanja (dnevno sanjarenje, na primer, ili postojanje imaginarnog prijatelja kod dece) sa jedne, do

ozbiljnih psihopatoloških stanja, sa druge strane, ali i čitav niz ponašanja koja se nalaze na skali između ova dva ekstrema. Ovakvo viđenje disocijacije, koga ćemo se držati u ovom radu, dopušta da se na disocijaciju gleda kao na normalan psihološki proces u određenim situacijama i od izuzetnog je značaja i za dijagnostičku praksu, jer dopušta da disocijativno iskustvo ne znači nužno postojanje psihičkog poremećaja. Svi mi disociramo oko 10% vremena u toku dana (Diseth, 2005) i ovo se smatra adaptivnim odbrambenim mehanizmom (Ludwig, 1983; Steiner, Garcia & Matthews, 1997) koji nam pomaže pri nošenju sa svakodnevnim stresom. Upotreba ove strategije označava se patološkom nakon procene težina i trajanje simptoma, konteksta u kome se javljaju, nivoa stresa koji izazivaju, kao i stepena (dis)funkcionalnosti osobe i prisustva drugih simptoma.

U okviru „normalne“ ili „slabe“ disocijacije, dete, zaokupljeno nekim sadržajem ili aktivnošću može da odluta i prestane da reaguje na podražaje iz okoline. Takvo dete u školi, ponekad, ne sluša učitelja i ne prati nastavu, pa se disocijacija i u svom slabom obliku može pomešati sa poremećajem deficita pažnje (Pynoos, Stienberg, Ornitz, Coenian, 2007). Ipak, najčešće, slaba disocijacija ne interferira sa razvojem ili socijalno-akademske napredkom, za razliku od patološke, koja blokira dete tako da deluje da je u transu i bez kontakta sa sredinom. Kada se radi o ponavljanim i dugotrajnim traumatskim iskustvima u detinjstvu, korišćenje mehanizama disocijacije postaje prekomereno i učestalo, disocijacija postaje centralna odbrana ličnosti (Dimitrijević, 2009) pa tada govorimo o „ozbiljnoj“ ili „teškoj“ formi disocijacije (Kocijan Hercigonja, Hercigonja Novković, Koren & Jurač, 2018). Telesne anestezije, neosećanje bola, osećaj nevidljivosti, odvojenosti od sopstvenog tela, vizuelne i slušne halucinacije, amnezije, itd., koje su prvobitno imale funkciju odbrane od fiziološkog kolapsa i od preplavljenosti emocijama u situacijama kada organizmu pretili neposredna i neizbežna opasnost postaju dominantan način reagovanja (Bogdanović, 2020).

Kategorički pristup koristi se u međunarodnim sistemima klasifikacije (mentalnih) bolesti i definiše disocijaciju kao poremećaj integracije, obično integrisanih, funkcija svesti, sećanja, identiteta i (ili) opažanja. Pritom, prema DSM-V (APA, 2013) u disocijativne poremećaje ubraja se disocijativna amnezija, disocijativne fuge, disocijativni poremećaji identiteta, depersonalizacijski poremećaji i neodređeni disocijativni poremećaji, ne i oblici somatoformne disocijacije, kao što su gubitak senzornih funkcija – vida, sluha, osećaja bola, gubitak motorne kontrole, paraliza itd... Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB-10, WHO, 2018), međutim, i ove poremećaje uključuje u okviru kategorije disocijativni (konverzivni) poremećaji. Treba imati na umu i da su simptomi disocijacije često udruženi sa drugim

formama psihoaptologije, pre svega sa akutnom reakcijom na stres, posttraumatskim stresnim poremećajem, somatizacijom i reaktivnim poremećajem afektivne vezanosti (Putnam, 1996, 1997; Silberg, 1996.). Često su i pogrešno interpretirani kao indikatori nekog drugog poremećaja: od hipohondrije, preko generalizovane anksioznosti i bipolarnog afektivnog poremećaja do šizofrenije, (Diseth, 2005).

Konverzivni poremećaji i poremećaji identiteta najčešći su oblici disocijativnih stanja kod dece i mladih (Kocijan Hercigonja i sar., 2018). Klinička slika koja kod dece kod vrlo često obuhvata iznenadne promene u odnosu prema sebi i okolini, agresivnost, snažne oscilacije raspoloženja, od agresivnog do pasivnog vrlo često se dijagnostikuje prema prema dominantnoj simptomatologiji - najčešće kao poremećaji ponašanja u vidu depresije, poremećaj emocija sa početkom u detinjstvu ili poremećaji socijalnog funkcionisanja nastali u detinjstvu i adolescenciji, (šifre F92, F 93 i F 94 prema MKB-10). Ove dijagnoze upućuju na simptome, ali ne i na genezu problema što je od bitnog značenja za terapijski proces (Kocijan Hercigonja i sar., 2018).

Sam mehanizam međusobnog odvajanja ponašanja, misli, sećanja i osećanja (Kluft, 1990; Vaillant, 1994) u funkciji odbrane ličnosti dostupan je u ranim fazama razvoja (Porges, 2001) omogućavajući detetu, čiji kapaciteti za samoregulaciju i kognitivnu obradu afektivnih stanja nisu u potpunosti razvijeni, da izbegne emocionalni stres u provocirajućim situacijama (Schore, 2009). U ranom dečijem uzrastu disocijacija se može smatrati razvojno normalnim i adekvatnim odbrambenim mehanizmom. No, iskustvo zlostavljanja ili zanemarivanja u kontekstu odnosa za značajnim figurama može doprineti prekomernoj, konstantnoj i široko rasprostranjenoj upotrebi disocijativnih odbrana – kakve su automatizacija ponašanja, odvajanje bolnih sadržaja od svesti i *detachment*, (Diseth, 2005 ;Bromberg, 1998; Chefetz, 2015), te ih učiniti dominantnim mehanizmom i tokom daljeg razvoja (Ogawa et al., 1997). Disocijacija, dakle, omogućava mentalno bekstvo u situaciji kada fizički nije moguće pobeći, ali po cenu nastajanja dubokih promena ličnosti deteta ili adolecenta i otvaranja puta za razvoj psihopatologije (Steinberg, 1993; Diseth, 2005).

Decenije kliničkog i empirijskog istraživanja dokazale su snažnu povezanost zlostavljanja i zanemarivanja deteta sa disocijativnim poremećajima (Kluft 1990; Dalenberg et al., 2012). Odbrambenu disocijaciju, koja je ranije viđena kao direktni odgovor na traumu, novije teorijske konceptualizacije vide kao rezultat zajedničkog delovanja traume i dezorganizacije u afektivnom odnosu. Teorijski model Lotijeve (Liotti, 2004) tako dezorganizovani obrazac vezanosti, a ne traumu, vidi kao prvi korak, predisponirajući faktor za razvoj disocijacije. Ovaj model je zapravo model ranjivosti, koji ukazuje na to da rana

dezorganizacija u afektivnom odnosu, dovodeći do slabe organizacije doživljaja sebe i drugih i teškoća u postizanju integrisane strategije odgovora na strah čini osobu podložnom javljanju disocijativnih odbrana u stresnim situacijama. U lošim životnim uslovima koji podrazumevaju stalnu i ponavljaju izloženost teškim stresorima, kod dece sa dezorganizovanim obrascem vezanosti dolazi do javljanja disocijativnih odbrana. Tokom odrastanja uz roditelja ili staratelja koji se ponaša potpuno nepredvidljivo i koji u jednom trenutku predstavlja izvor sigurnosti i utehe, a u drugom pretnju i strah, dete je konstantno rastrzano između patnje koju izazivaju destruktivne reakcije roditelja i potrebe da uspostavi i održi bliskost sa njim. Ne uspevajući da izgradi bilo kakvu strategiju koja bi ga umirila i omogućila da osmisli odnos sa roditeljem, dete razvija dezorganizovani obrazac vezanosti (Jurist et al., 2008). Ponavljanje strahota dovodi do sve lakše aktivacije oprobanih mehanizma disocijacije koji pomaže detetu da psihološki preživi ova iskustva, omogućavajući mu odvajanje od traume, mentalno bekstvo. Na taj način dete izbegava nepodnošljivo saznanje da je roditelj loš, a prebacivanjem krivice na sebe za sva roditeljska odbacivanja, biva mu omogućeno da ostane u odnosu. Zanimljivo je primetiti da, u kontekstu ove teorijske konceptualizacije (Liotti, 2009) dobro i osetljivo roditeljstvo, operacionalizovano preko sigurnog obrasca afektivne vezanosti, predstavlja zaštitni faktor, čak i u strašnim životnim okolnostima. Dete koje je uspelo da se veže na siguran način za figuru iz kruga porodice ili šire sredine, iskustvo zlostavljanja biće u stanju da obradi na funkcionalniji način, koristeći zrelije odbrane, mentalizirajući o doživljenom i ne prelazeći prag disocijativnih odbrana.

## **5.2. Neurobiološki mehanizmi disocijativnih odbrana**

Videli smo da događaji visokog traumatskog intenziteta, ukoliko se percipiraju kao suviše opasni da bi se sa njima moglo suočiti kroz borbu ili beg, dovode do prelaska na strategije odbrane koje uključuju pasivnost, disocijaciju i dezintegraciju, „gašenje“, odbrane koje su na drugoj strani odbrambene kaskade. Koji neurobiološki mehanizmi stoje u osnovi ovakvih odbrana? Smatra se da organizam u situaciji takve neposredne, zastrašujuće opasnosti, tokom četvrte faze odbrambene kaskade - faze zastrašenosti, tonusne nepokretnosti - otpočinje proces lučenja endogenih anestetičkih supstanci, kakvi su endogeni opioidni peptidi, koji za cilj imaju umanjenje bola (Perry, 2001). Tako se objašnjava neosetljivost na bol odnosno analgezija koja se dešava u ovoj fazi odbrane. Ali, ove neurohemijske promene dovode do pokretanja čitavog niza drugih promena, koje, na kraju, dugotrajno aktivirane,

dovode do oštećenja funkcije i strukture neuronskih puteva. Endogeni opioidni peptidi inhibiraju rad talamusa, što rezultira prekidom komunikacije između neokorteksa i srednjeg mozga. Na taj način do neokorteksa ne stižu informacije o percepciji signala sa receptora. U situaciji traume senzorna integracija se dešava na nivou kolikula (konkretno, corpora quadrigemina) srednjeg mozga, dovodeći do primitivnijeg odgovora na stimulse nego što bi korteks dopustio. Talamus ne obavlja funkciju releja ovih informacija do korteksa. Smanjena neuralna transmisija do korteksa dovodi do posledičnog slabljenja horizontalne integracije između hemisfera, posredstvom korpus kalosuma, pa i do prekida međuhemisferske konekcije (Krystal et al., 1995). Istraživanje De Bellis i saradnika (De Bellis et al., 1999) potvrđuju da zlostavljana deca sa postraumatskom reakcijom imaju manju zapreminu korpus kalosuma, koji spaja levu i desnu hemisferu. U odsustvu informacija koje po vertikalnoj liniji dolaze do korteksa izostaje aktivacija viših kortikalnih instanci, i nema informacija koje mogu da se prenesu horizontalno, između hemisfera. Zato ove strukture slabe. To omogućuje da traumatsko iskustvo ostane odvojeno od svesnog opažanja. Opioidno indukovani prekid aferentnih veza među različitim strukturama centralnog nervnog sistema (Perry, 2001) utiče na neuspeh u opažanju, poimanju i integraciji traumatskog iskustva. Suprotno, kod dece i odraslih bez traumatskog iskustva, senzorna integracija obavlja se i na nivou kolikula i na nivou talamusa, uz projektovanje informacija do relevantnih regija neokorteksa. Na nivou neokorteksa dešava se, potom, obrada projektovanih informacija, njihova iskustvena i emotivna integracija, te će biti omogućena svrsishodna, promišljena reakcija (Perry, 2001).

Ako se vratimo na početak, oslobađanje endogenih opioidnih peptida adaptivno je u kratkom roku jer dovodi do momentalnog prigušenja bola, međutim na dugi rok gledano, utiče na promene funkcije i strukture mozga na način koji na kraju prestaje da bude adaptivan. Kada do ovih promena dođe, one prestaju da zavise i od neurohemijskih supstanci, ali i od okruženja, disocijacija postaje dominantan način reagovanja. Zato se može reći da su u osnovi kliničke disocijacije traumatska emocionalna iskustva koja dovode do bola tolikog intenziteta da je nužna upotreba endogenih analgetika u njegovom smanjivanju (Perry, 2001).

## **6. Prethodni nalazi**

Pregledom literature pronašli smo niz istraživanja koja se bave odnosom između iskustva rane traumatizacije i problema mentalnog zdravlja mladih, ispitujući psihološke

mehanizme za koje se pretpostavlja da u ovom odnosu učestvuju dezorganizaciju u stilu afektivne vezanosti, mentalizaciju i disocijaciju. Ova istraživanja su predstavljena u tekstu koji sledi.

### **6.1. Dezorganizovani obrazac afektivne vezanosti u kontekstu traume i razvoja psihopatoloških simptoma**

Odnos između vezanosti i traume istraživan je u velikom broju do sada objavljenih studija. Dosadašnja istraživanja pokazala su da je, u poređenju s kontrolnom grupom iz opšte populacije, nesigurna vezanost značajno češće zastupljena u grupi traumatizovanih (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, & Van Ijzendoorn, 2010), među delinkventima (Hoeve, Stams, Van der Put, Dubas, Van der Laan, & Gerris, 2012) i institucionalizovanim adolescentima (Lionetti, Pastore, & Barone, 2015). Metaanalitičko izučavanje sprovedeno od strane Kira i saradnika (Cyr et al., 2010) pokazuje da se nesigurni obrasci vezanosti češće pronalaze kod dece iz porodica koje su pod većim socijalnim rizikom i još češće kod dece koja su doživela nasilje. Povezanost traumatskih iskustava u detinjstvu i nesigurnih dimenzija vezanosti potvrđuju i nalazi nedavno objavljene doktorske disertacije (Protić, 2016) na uzorku delinkvenata i institucionalizovanih adolescenata bez roditeljskog staranja. Veliki je broj i takvih istraživanja koja ukazuju povezanost dezorganizovanog obrasca sa problemima mentalnog zdravlja. Metaanalitičko izučavanje pojedinačnih studija ukazuje na postojanje malog, do umerenog efekta dezorganizacije na ispoljavanje problema u emotivnoj sferi i oblasti ponašanja (Fearon et al., 2010). Dezorganizovani obrazac posebno je povezan sa delinkvencijom, agresivnošću (Lecompte & Moss, 2014; Obsuth et al., 2014) i post-traumatskim stresnim poremećajem (O'Connor, & Elklit, 2008).

### **6.2. Povezanost dezorganizovanog obrasca afektivne vezanosti sa mentalizacijom i disocijacijom**

Veliki broj autora koji su istraživali odnos vezanosti i mentalizacije saglasno je u tome da sigurno vezani ispitanici imaju značajno veću mentalizaciju, dok su nesigurni obrasci afektivne vezanosti, i posebno dezorganizovani, češće praćeni nižim nivoom reflektivne funkcije (na primer, Bouchard et al., 2008; Fonagy et al, 2002; Fonagy & Target, 1997; Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003; Ward, Ramsay, Turnbull, Steele, Steele & Treasure,



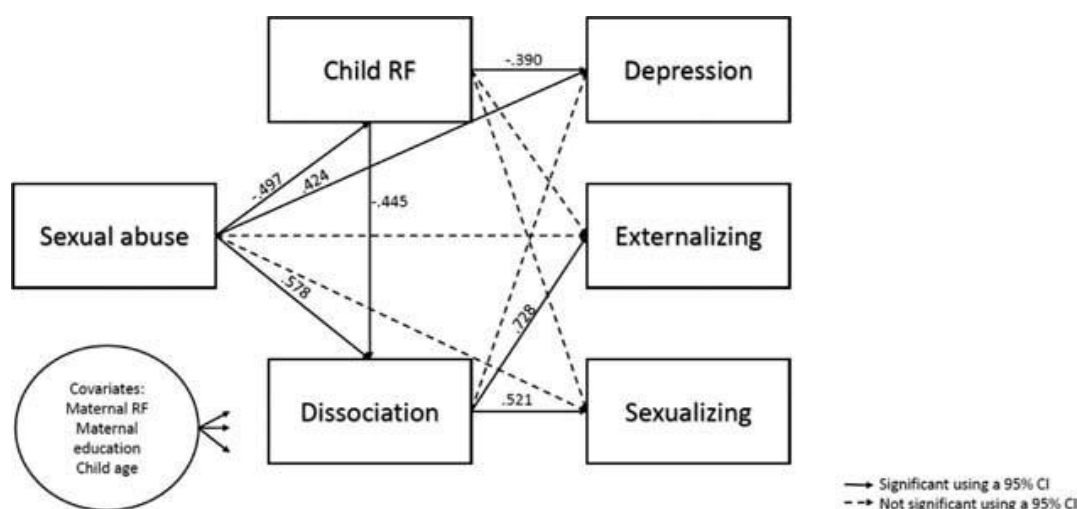
2001). Nadalje, rezultati nekoliko longitudinalnih studija sprovedenih sa ispitanicima iz grupe visoko rizičnih porodica niskog socio-ekonomskog statusa pokazuju da je dezorganizovani obrazac afektivne vezanosti u detinjstvu dobar prediktor pojave disocijativnih simptoma kasnije u životu. Na primer, istraživanja Ogave i saradnika (Ogawa et al. 1997) na uzorku od 168-oro dece koja su praćena od školskog uzrasta do prelaska u mlado odraslo doba, Karlsona (Carlson, 1998) na uzorku od 128 dece koja su praćena od 2 do 17. godine života, te Dutre i Lyons-Rutove (Dutra & Lyons-Ruth, 2005) na uzorku 56-oro dece praćene od rođena do 19 godine. Zanimljivo je i to što neke od sprovedenih studija nude i dodatne informacije: kada se u model predikcije uključe dezorganizovani obrazac afektivne vezanosti i psihološka nedostupnost majke sve ostale ispitivane varijable gube prediktivnu moć, uključujući traumatska iskustva deteta, anksioznost, depresivnost, postraumatske odgovore majke itd (Ogawa et al., 1997; Dutra & Lyons-Ruth, 2005). Ovi nalazi ukazuju na to da dezorganizovani obrazac, u skladu sa teorijskim modelom Ljotija, ima važnu ulogu u razvoju disocijacije, ali idu i korak unapred sugerišući da bi dezorganizacija u afektivnom odnosu mogla biti važnija od same traume.

### **6.3. Disocijacija i mentalizacija u kontekstu traume i razvoja psihopatoloških simptoma**

Mali broj studija koje su se bavile ovom tematikom potvrdilo je pojedinačni medijatorski efekat mentalizacije ili disocijacije u odnosu između traume i psihijatrijskih ispoljavanja. Autori Kisiel i Lyons (Kisiel & Lyons, 2001) su 2001. godine objavili nalaze studije koja je na uzorku dece i adolescenata, štićenika centara za brigu o deci i porodici u Ilinoisu (N=114), ispitivala ulogu disocijacije u odnosu seksualnog zlostavljanja i nepovoljnih ishoda mentalnog zdravlja. Analiza je pokazala da je disocijacija značajan medijator ovog odnosa, te autori u zaključku svog rada naglašavaju vrednost ovog nalaza za kliničku praksu. Medijatorska uloga mentalizacije u odnosu između traume i problema mentalnog zdravlja je, takođe, bila predmet interesovanja istraživača. U studiji Taubnerove i Kurta (Taubner & Curth, 2013) ispitivano da li visoko razvijena mentalizacija može štititi adolescente sa istorijom rane trume od eksternalizujućih problema ponašanja, na uzorku adolescenata iz Nemačke (n=97). Rezultati su pokazali potpuni medijatorski efekat, te podržali početni hipotezu o zaštitnoj ulozi mentalizacije od razvoja kliničkih ispoljavanja.

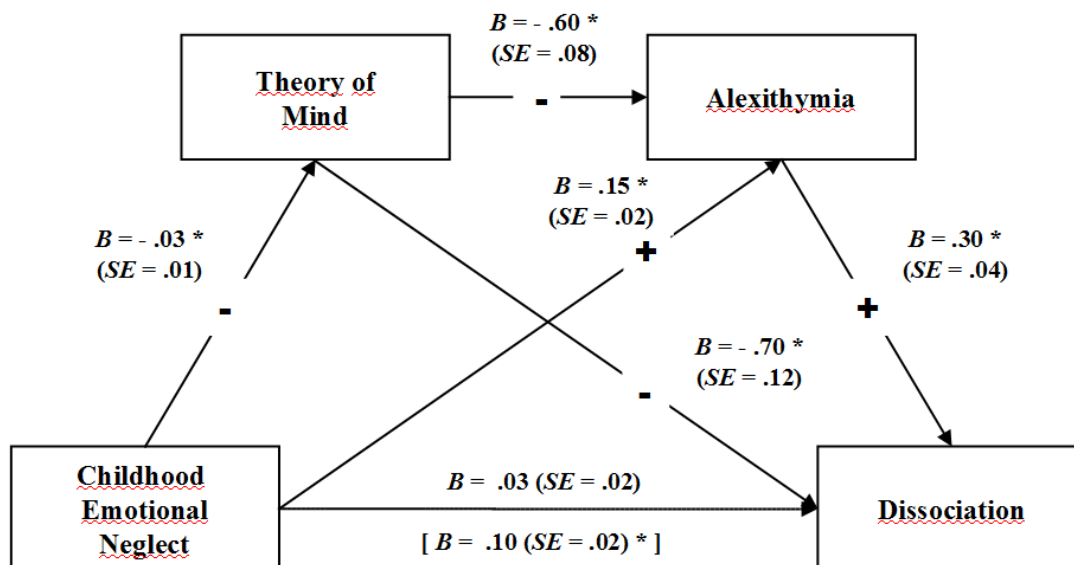
U istraživanju Ensinkove i saradnika, (Ensink, Normandin, Plamondon, Berthelot & Fonagy, 2016) istraživana je posrednički odnos disocijacije i mentalizacije u odnosu seksualnog zlostavljanja i razvoja psihopatoloških simptoma (depresivna, eksternalizujuća i

seksualno problematična ponašanja) kod dece uzrasta od 7 do 12 godina. Nedavno objavljena, ovo je prva studija koja je istovremeno izučavala posrednički efekat ova dva mentalna procesa. Njeni rezultati pokazuju postojanje odvojenih putanja razvoja za tri grupe poremećaja. Tako se je pokazalo da seksualno zlostavljanje ima direktan efekat jedino na razvoj depresije, te da je mentalizacija delimični medijator ovog odnosa, dok mentalizacija i disocijacija, sekvencionalno, tim redosledom, posreduju odnos seksualnog zlostavljanja i pojave eksternalizujućih i rizičnih seksualnih ponašanja (Grafik 2). Autori razmatraju i sam odnos mentalizacije i disocijacije i predlažu, na osnovu rezultata koje su dobili, model po kome trauma dovodi do odbrambenog gašenja kapaciteta za mentalizaciju, koje povećava sklonost ka disocijativnim odgovorima, vodeći do problema mentalnog zdravlja. Ovakvi nalazi sugerišu da disocijacija kreira kontekst u kome počinju da se ispoljavaju abnormalna ponašanja, koja bi u uobičajenim okolnostima bila inhibirana procesom mentalnog self monitoringa (Heyes & Frith, 2014, prema Ensink et al., 2016) i predstavljaju korak unapred u objašnjenju problema iniciranih zlostavljanjem integrišući malaze prethodnih istraživanja i sugerišući potencijalnu putanju razvoja. Naime, dok pređašnji modeli, teorijski model Fonagija (Fonagy et al., 2002) i empirijski Taubnerove i Kurta (Taubner & Curth, 2013), sa jedne strane, sugerišu medijatorsku ulogu mentalizacije, a teorijski model Lotija (Liotti, 2004) i empirijski model Kisela i Lajonsa (Kisiel & Lyons, 2001), sa druge, medijatorsku ulogu disocijacije, oni ne uzimaju u obzir efekat onog drugog faktora. Tako Ensinkova i saradnici, otvaraju ovo polje istraživanja i preporučuju njegovo detaljnije izučavanje.



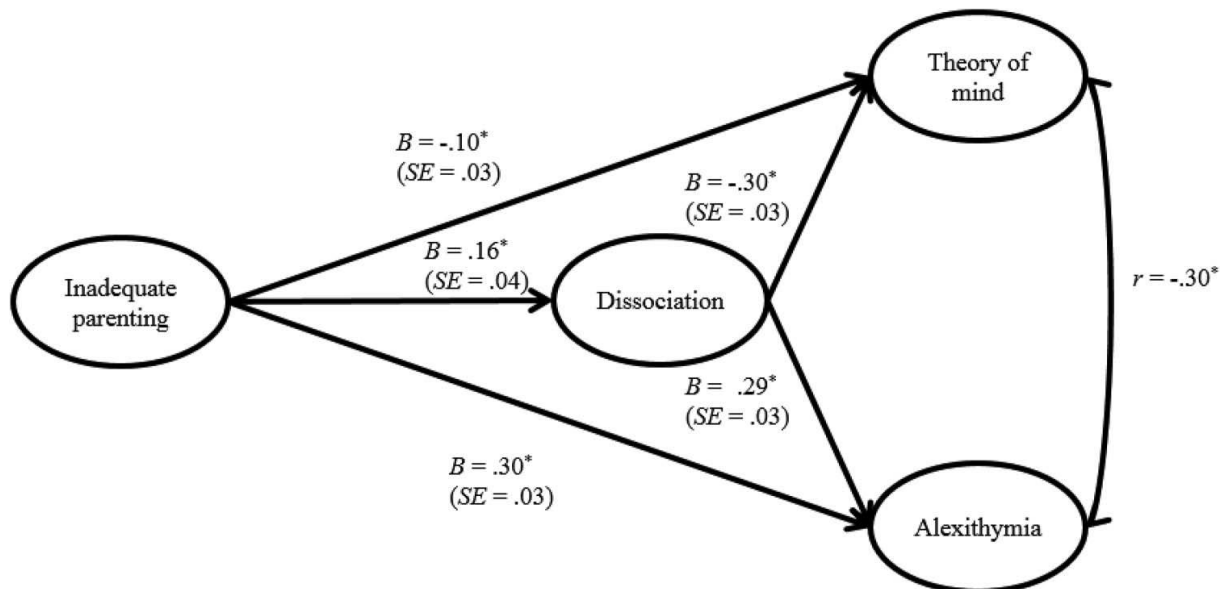
Grafik 2. Direktni efekat seksualnog zlostavljanja, refleksivne funkcije i disocijacija na dečiju psihopatologiju (Ensink et al., 2016). (N = 168).

Paralelno je objavljena i studija (Schimmenti, 2016) koja je za cilj imala testiranje razvojnog modela disocijacije: baziran na kliničkim opservacijama i malom broju do tada objavljenih istraživačkih nalaza, ovaj model pretpostavlja da se odnos između emocionalnog zlostavljanja i zanemarivanja i razvoja disocijacije može objasniti konceptima teorije uma i aleksitimije (srodnih, i možda obuhvaćenih konceptom mentalizacije). Na relativno velikom uzorku odraslih ispitanika (N=792) iz Italije ovakav teorijski model pokazao se saobrazan sa empirijskim nalazima (Grafik 3). Analiza višestruke medijacije pokazala je da teorija uma i aleksitimija u potpunosti objašnjavaju odnos emocionalnog zlostavljanja i disocijacije. Ovakvi rezultati podupiru stav da adekvatno roditeljstvo podstiče razvoj, kako mentalizacije (Fonagy et al., 2002), tako i emocionalne regulacije (Schimmenti & Caretti, 2016), da mentalizacija dodatno unapređuje emocionalnu regulaciju (Ensink et al., 2014) i da mentalizacija i emocionalna regulacija štite osobu od razvoja disocijacije (Allen, 2013). S druge strane, neadekvatno roditeljstvo može biti važan faktor u ekstremnoj aktivaciji disocijativnih procesa, preko nedovoljno razvijenih mentalizirajućih sposobnosti i teškoća afektivne regulacije. Autor ističe posebnu vrednost ovakvih nalaza u kontekstu pomaganja osobama koje su iskusile emocionalno nasilje i ispoljavaju kliničke simptome disocijacije. Oni bi, kako autor smatra mogli imati koristi od intervencija fokusiranih na razvoj kapaciteta za mentalizaciju.



Grafik 3. Efekat teorije uma i aleksitimije u objašnjavanju odnosa emocionalnog zlostavljanja i disocijacije (Schimmenti, 2016). (N=792)

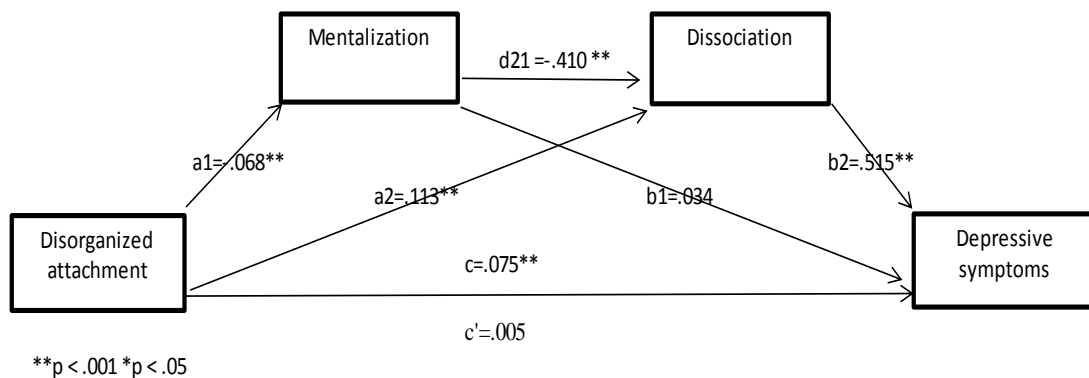
Međutim, početkom 2017 godine, Garofalo i Velotti (Garofalo & Velotti, 2017) objavljuju članak u kom kritikuju Šimetijeve nalaze. Oni sugerišu da ova studija ima metodološke i konceptualne propuste koji ostavljaju mogućnost alternativnog, ili makar dopunskog, objašnjenja dobijenih empirijskih podataka. Koristeći originalnu matricu, oni testiraju model po kom neadekvatno roditeljstvo ostvaruje direktne efekte i na nedostatak mentalizacije i na razvoj disocijacije i indirektan efekat na nedostatak mentalizacije, posredstvom disocijacije. Drugim rečima, saobrazno sa teorijom o razvoju mentalizacije (Fonagy et al., 2002) oni smatraju da rana negativna iskustva u odnosu sa značajnim figurama mogu povećati sklonost ka disocijaciji, što može ometati sposobnost stvaranja i korišćenja mentalnih reprezentacija sopstvenih emotivnih stanja i emotivnih stanja koja stoje u osnovi ponašanja drugih ljudi.



Grafik 4. Efekat lošeg roditeljstva na nedostatak mentalizirajućih sposobnosti, direktno i posredstvom disocijacije (Garofalo & Velotti, 2017). (N=792)

Još uvek neobjavljeno istraživanje autora ovog rada na domaćoj populaciji, na uzorku odraslih subjekata koji saopštavaju o istoriji ekstremno traumirajućih iskustva tokom detinjstva, imalo je za cilj da ispita model odnosa između dezorganizovanog obrasca vezanosti i simptoma depresije, posredovan medijatorima mentalizacijom i disocijacijom (Bogdanović, Tošić Radev, Stefanović Stanojević, u pripremi). Potvrđena je pretpostavka o odnosu serijske medijacije u okviru kojeg dezorganizovani obrazac afektivne vezanosti ostvaruje efekat na pojavu depresivne simptomatologije na taj način što uslovljava smanjenje

mentalizacije, što uslovljava pojavu disocijativnih odbrana, te o koncu rezultira pojavom simptomatologije depresivnog tipa.



Grafik 5. Efekat dezorganizacije na pojavu depresivnosti, preko serijskih medijatora mentalizacije i disocijacije (Bogdanović, Tošić Radev, Stefanović Stanojević, u pripremi).

U pretpostavljenoj putanji razvoja, dezorganizovani obrazac vodi do niske mentalizacije. Ovaj nalaz objašnjiv je činjenicom da formiranje dezorganizovanog obrasca zapravo podrazumeva suočavanje deteta sa nepovoljnim životnim iskustvima, koja budući da je teško prihvatiti i obraditi, mogu voditi ka odbrambenoj inhibiciji kapaciteta za mentalizaciju. Kada je dominantna figura afektivne vezanosti osoba koja nas plaši ili zlostavlja postaraćemo se da ne razumemo kakva su njena osećanja i kakve namere gaji prema nama. Inhibicija mentalizacije se dešava u interesu opstanka. U sledećem koraku, na putu razvoja depresivne simptomatologije u ovom modelu, snižena mentalizacija dovodi do aktiviranja procesa disocijacije, što potvrđuje da se disocijacija dešava nakon neuspeha u razvoju mentalizacije, saobrazno sa rezultatima pomenutih istraživanja Ensinkove, Šimetija njihovih i saradnika (Ensink et al., 2016, Schimmenti, 2016). Zamišljeni i nesvesni narativ u glavi osobe kojoj se ovo dešava mogao bi da bude sledeći: „Kad već ne razumem, biram da i ne znam šta se dešava, biram da ne osećam, da ne povezujem, da se ne sećam... Depresivni pomak je sledeća sekvenca u tom kontekstu. Autori ovog rada prepoznaju važne implikacije ovakvog modela, te daju praktične smernice za prevenciju i terapijski rad sa depresivnim pacijentima koji u svojoj istoriji imaju iskustvo snažne interpersonalne traume.

Dakle, na osnovu pregleda literature uočavamo sledeće:

1) Dobro je dokumentovana povezanost traumatskih iskustava u detinjstvu sa problemima mentalnog zdravlja kasnije u životu. Najčešće pominjani negativni ishodi su

anksioznost, depresivnost (internalizovani problemi), zloupotreba supstanci, antisocijalno ponašanje i delinkvencija (ekternalizovani problemi). No, malo je istraženo koji faktori posreduju u ovom odnosu.

2) U poslednje vreme je objavljeno nekoliko studija koje potvrđuju medijatorski efekat mentalizacije i disocijacije u odnosu traume i problema mentalnog zdravlja. Ispituje se i međusobni odnos mentalizacije i disocijacije, ali su nalazi nekonzistentni.

3) Sa druge strane, iako se razvoj dezorganizovanog obrasca afektivne vezanosti dovodi u vezu i sa iskustvima neadekvatnog odnosa i traume u odnosu sa važnim figurama i sa problemima mentalnog zdravlja, nisu pronađena istraživanja koja ispituju njegov (dezorganizovanog obrasca afektivne vezanosti) posrednički uticaj u tom odnosu.

4) Dodatno, i nerazvijen kapacitet za mentalizaciju i disocijacija mogu se smatrati efektima neprorađene traume usled lošeg odnosa roditelj dete i razvoja dezorganizovanog obrasca afektivne vezanosti, međutim nedovoljno je empirijskih dokaza o ovoj vezi i njihovom međusobnom odnosu.

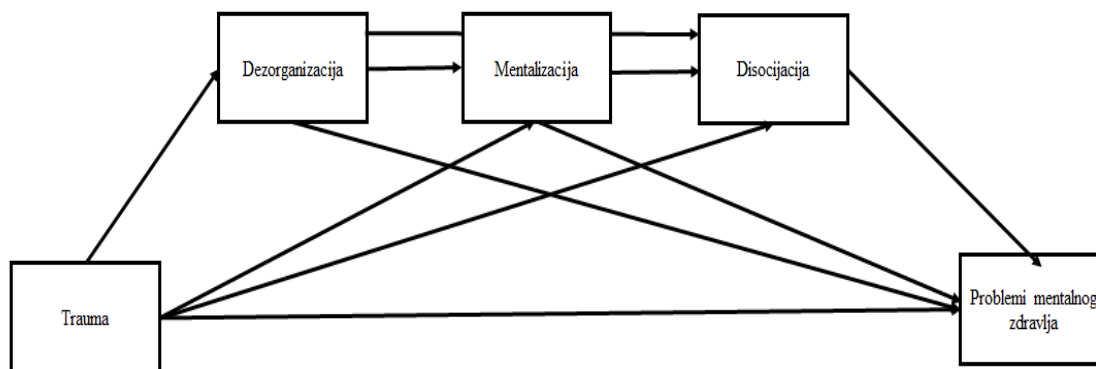
## **7. METODOLOGIJA**

### **7.1. Predmet istraživanja**

Jedan od najvažnijih faktora rizika za mentalno zdravlje je iskustvo rane traumatizacije (Jaffee et al., 2005; Hébert et al., 2013; Norman et al., 2012; Wang et al., 2012). Kao potencijalni medijatori ove veze u novijoj literaturi se navode se dezorganizovani stil afektivne vezanosti (Fearon, et al., 2010, Lecompte & Moss, 2014; Obsuth et al., 2014) oštećenja mentalizacionih kapaciteta ispoljena u formi hipomentalizacije/hipermentalizacije (Groh et al., 2012; Groh et al., 2014; Ensink et al., 2016) i sklonost ka disocijaciji, kao faktori rizika (Kisiel & Lyons, 2001). Ipak, sam odnos između potencijalnih medijatora nedovoljno je istražen. U nameri boljeg razumevanja odnosa između afektivne vezanosti, mentalizacije i disocijacije, kao važnih odrednica kvaliteta odnosa roditelj dete i njihovog posredničkog udela u razvoju problema mentalnog zdravlja mladih sa iskustvom rane traumatizacije, poslužili smo se teorijskim konceptualizacijama Fonagija i saradnika (Fonagy et al., 2002) o razvoju mentalizacije i Lotija (Liotti, 2004) o razvoju disocijacije. Tako je konceptualizovan model po kome iskustva rane traumatizacije u odnosu roditelj-dete ostvaruju efekat na probleme mentalnog zdravlja preko razvoja dezorganizovanog stila u afektivnoj vezanosti, koji stvara nepovoljne uslove za razvoj mentalizacije, što pogoduje javljanju disocijativnih odgovora, predisponirajući osobu za maladaptivna ispoljavanja.

Preciznije, predmet ovog istraživanja empirijska provera modela putanje od rane traumatizacije do internalizujućih, eksternalizujućih i socijalnih problema mentalnog zdravlja, preko dezorganizacije u stilu vezanosti i mentalnih procesa mentalizacije i disocijacije kao serijskih medijatora.

Integrisani model putanje, pretpostavljen na osnovu opsežne analize do sada publikovane literature, predstavljen na Grafiku 6.



*Grafik 6. Model putanje od rane traumatizacije do problema mentalnog zdravlja: Serijski medijatorski efekat dezorganizovanog obrasca vezanosti, mentalizacije i disocijacije*

Model integrisano prikazuje da trauma ostvaruje, kako direktan, tako i indirektno efekte na probleme mentalnog zdravlja, preko dezorganizovanog stila afektivne vezanosti, mentalizacije i disocijacije kao serijskih medijatora.

## 7.2. Značaj istraživanja

U ovom radu pokušaćemo da integrišemo dosadašnja teorijska i empirijska saznanja izgradnjom modela odnosa između rane traumatizacije i problema mentalnog zdravlja, uzimajući u obzir udeo važnih odrednica kvaliteta odnosa roditelj-dete, afektivne vezanosti, mentalizacije i disocijacije. Rezultati provere pretpostavljenog modela mogu doprineti boljem razumevanju ovog odnosa, prepoznavanju preventivnih i riziko faktora, te ponuditi objašnjenje o tome zašto pojedine žrtve zlostavljanja i zanemarivanja u detinjstvu ne postaju adolescenti i odrasli sa problemima mentalnog zdravlja. Teorijska vrednost ovog rada mogla bi se ogledati i doprinosu koji se tiče sagledavanja razvojne putanje mentalizacije i disocijacije, te proveriti modela po kome su oba mentalna procesa efekat ranog odnosa sa važnim figurama.

Rezultati ovog istraživanja mogu doprineti formulisanju praktičnih implikacija namenjenih kako profesionalcima, tako i hraniteljima koji brinu o deci i mladima, žrtvama zlostavljanja ili zanemarivanja u detinjstvu i koristiti pri unapređenju savetodavne i psihoterapijske prakse u radu sa pojedincima i porodicama.



### 7.3. Ciljevi istraživanja

Osnovni cilj ovog istraživanja je empirijska provera modela putanje od rane traumatizacije do internalizujućih, eksternalizujućih i problema u društvenim relacijama, preko dezorganizacije u stilu vezanosti i mentalnih procesa mentalizacije i disocijacije kao serijskih medijatora. Specifični ciljevi su:

1. Utvrditi da li postoji povezanost rane traumatizacije u porodici, dezorganizovanog stila afektivne vezanosti, stepena izraženosti mentalizacije i disocijativnih iskustava, sa jedne strane i internalizovanih (anksioznost/depresivnost, povlačenje/depresivnost, somatske žalbe), eksternalizovanih (kršenje socijalnih normi i agresivno ponašanje) i problema u relacijama, sa druge, kod adolescenata obuhvaćenih sistemom zaštite za decu i mlade bez adekvatnog roditeljskog staranja.

2. Ispitati da li su dezorganizovani stil afektivne vezanosti, mentalizacija i disocijacija značajni prediktori internalizovanih, eksternalizovanih i problema u društvenim relacijama kod mladih sa iskustvom rane traumatizacije u porodici.

3. Ispitati pretpostavljeni model putanje po kome su traumatska iskustva u ranom detinjstvu, preko dezorganizovanog stila afektivne vezanosti i mentalizacije i disocijacije kao serijskih medijatora u relaciji sa internalizovanim (anksioznost/depresivnost, povlačenje/depresivnost, somatske žalbe), eksternalizovanim (kršenje socijalnih normi i agresivno ponašanje) i problema u društvenim relacijama kod mladih sa iskustvom rane traumatizacije u porodici.

4. Na temelju rezultata empirijske provere pretpostavljenog modela, ukoliko je potrebno, revidirati i empirijski proveriti alternativne modele strukture odnosa rane traumatizacije u porodici i internalizovanih, eksternalizovanih i problema u društvenim relacijama.

5. Ispitati razlike u stepenu izraženosti traume, stila afektivne vezanosti, mentalizacije, disocijacije i problema mentalnog zdravlja kod u odnosu na kontrolne varijable istraživanja (pol, školski uspeh, dužina trajanja smeštaja).

## 7.4. Varijable istraživanja

Kako se, s obzirom na prirodu korišćenog tipa nacрта, ne može napraviti uobičajena podela na zavisne i nezavisne varijable, odlučeno je da se varijable predstave s obzirom na korišćenu statističku analizu, pa ćemo tako govoriti o kriterijumskim, medijatorskim i prediktorskim varijablama. Sve varijable koje se odnose na ispitivane psihološke fenomene su kontinuirane.

### **Prediktorske varijable**

Prediktorska varijabla **Traumatska iskustva u detinjstvu** rezultat je samoprocene ispitanika o intenzitetu traume koju su doživeli u odnosima sa bliskim ljudima tokom ranog detinjstva. Može se predstaviti preko ukupnog skora na upitniku i kroz pet subdimenzija koje beleže stepen doživljavanja različitih tipova traume - *Emocionalnog zlostavljanja, Fizičkog zlostavljanja, Seksualnog zlostavljanja, Fizičkog zanemarivanja i Emocionalnog zanemarivanja*. Utvrđene su i granične vrednosti na osnovu kojih je moguće identifikovati četiri grupe ispitanika: one bez doživljenog (do minimalnog) zanemarivanja ili zlostavljanja, one koji su doživeli slabo (do umerenog), umereno (do ozbiljnog) i ozbiljno (do ekstremnog) zanemarivanja ili zlostavljanja.

### **Posredujuće varijable**

Stil afektivne vezanosti ukazuje na izraženost karakterističnih uverenja svakog obrasca afektivne vezanosti. Koristeći dimenzionalni pristup pri tumačenju ispitanikovih odgovora moguće je izdvojiti sigurni, izbegavajući, preokupirani i dezorganizovani stil, dok modifikovana, klinička verzija instrumenta kojim će varijabla biti operacionalizovana u ovom istraživanju dopušta i izdvajanje petog stila afektivne vezanosti, koji se karakteriše duboko nepoverenje u odnosu sa značajnim figurama. Smatraćemo da obe varijable, dezorganizovani stil afektivne vezanosti i duboko nepoverenje, kao još ekstremniji stav, ilustruju **dezorganizaciju u afektivnim relacijama**.

**Oštećenja mentalizacije** operacionalizovana su preko skora refleksivne funkcije. Detektovane su dve subdimenzije koje se odnose na **hipermentalizaciju** (sigurnost u pogledu mentalnih stanja) koja reflektuje sklonost ka preteranoj produkciji mentalističkih reprezentacija koja ne moraju biti utemeljena u realnosti, i **hipomentalizaciju** (nesigurnost u

pogledu mentalnih stanja), koja se odnosi na konkretno tumačenje sopstvenog ili ponašanja drugih ljudi, bez sposobnosti sagledavanja složenosti sopstvenog ili uma druge osobe.

Varijabla **Disocijativna iskustva** odnosi se na samoprocenu ispitanika o doživljenom intenzitetu različitih disocijativnih ispoljavanja (amnezije, depersonalizacije, derealizacije, emotivne isključenosti). Viši skor ukazuje na lošiju integraciju memorije, ponašanja, emocija i identiteta (Armstrong et al.,1997).

### **Kriterijumska varijabla**

Varijabla Problemi mentalnog zdravlja odnosi se na izraženost bihevioralnih i emocionalnih problema kod dece i mladih i može se predstaviti preko totalnog problemskog skora, širih faktora internalizacije i eksternalizacije, te pojedinačnih sindromskih skala: anksioznost/depresivnost, povlačenje/depresivnost, somatizacija, problem u društvenim relacijama, problem pažnje, problem mišljenja, ponašanje sa kršenjem socijalnih normi i agresivno ponašanje. Faktor internalizacije obuhvata anksioznost/depresivnost, povlačenje/depresivnost i somatizaciju, a faktor eksternalizacije kršenje socijalnih normi i agresivno ponašanje. Moguće je tumačiti dobijene skorove poređenjem sa graničnim i kliničkim vrednosti, koje ukazuju na postojanje rizika i na postojanje evidentnih emocionalnih problema ili problema u ponašanju u određenom ispitivanom segmentu ponašanja deteta.

### **Kontrolne varijable**

Tokom selekcije učesnika vodilo se računa se računa da ispitanici budu ujednačeni po određenim varijablama. Svi ispitanici su uzrasta između 11 i 18 godina, aktuelno u sistemu socijalne zaštite dece bez roditeljskog staranja, sa smeštajem u hraniteljskoj porodici (Hraniteljstvo). Iz uzorka su isključeni svi ispitanici koji se nalaze u srodničkom smeštaju (Srodničko hraniteljstvo) i sniženih su intelektualnih sposobnosti (Inteligencija). Registrovane su varijable Uzrast, Pol, Školski uspeh ispitanika i Dužina trajanja smeštaja.

## 7.5. Instrumenti

### (a) Upitnik o traumatskim iskustvima u detinjstvu (Childhood Trauma Questionnaire – CTQ; Bernstein i Fink, 1998)

Upitnik „Traumatska iskustva u detinjstvu“ (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ, Bernstein & Fink, 1998), namenjen je retrospektivnoj proceni vrste i intenziteta traumatičnih iskustava u detinjstvu adolescenata ili odraslih ispitanika. Prvobitna verzija upitnika koja se sastojala iz 70, skraćena je na 28 ajtema, sa petostepenom skalom kojom se izražava stepen slaganja, dok su psihometrijska svojstva testa ostala očuvana (Short version od Childhood Trauma Questionnaire, CTQ-SF, Bernstein et al, 2003). Test je kratak, brzo se popunjava, dovoljno je osetljiv, a ipak neintruzivan (Bernstein et al, 2003, Protić, 2016; prema Allison et al., 2007), što je za potrebe istraživačkog rada sa ranjivim populacijama od velikog značaja. Detektuje izloženost fizičkom zlostavljanju, fizičkom zanemarivanju, psihičkom zlostavljanju, psihičkom zanemarivanju, seksualnom zlostavljanju, kao i stepen minimiziranja, odnosno idealizacije, koja služi za kontrolu lažno negativnih rezultata, te se rezultati i očituju kao skorovi na 6 imenovanih skala izračunatih kao suma odgovora na relevantim ajtemima. Preveden je na više jezika (Gerdner & Allgulander, 2009; Thombs, Bernstein, Lobbestael, & Arntz, 2009; Protić, 2016). Interpretacija rezultata vrši se poređenjem sa normama za opštu populaciju i ilustrativnim kliničkim slučajevima, sa posebnim oprezom za profile sa visokim skorom na kontrolnoj skali idealizacije. Utvrđene su i granične vrednosti na osnovu kojih je moguće identifikovati četiri grupe ispitanika: one bez doživljenog (do minimalnog) zanemarivanja ili zlostavljanja, one koji su doživeli slabo (do umerenog), umereno (do ozbiljnog) i ozbiljno (do ekstremnog) zanemarivanja ili zlostavljanja. Ceo upitnik i sve skale kontinuirano ostvaruju dobru pouzdanost (Bernstein et al, 2003) i validnost (prema Thombs et al., 2009). U našem istraživanju zabeležena je dobra pouzdanost za sve skale, od umerene, za fizičko zanemarivanje, do visoke za preostale skale (Fizičko zanemarivanje .651; Fizičko zlostavljanje .899; Emocionalno Zlostavljanje .839; Emocionalno zanemarivanje .836;; Seksualno zlostavljanje .897; Ukupni skor traumatskih iskustava .724; Idealizacija .816).

**(b) Upitnik o odnosima – klinička verzija (Relationship Questionnaire – Clinical version RQ-CV; Holmes & Lyons-Ruth, 2006)**

Upitnik o odnosima – klinička verzija (Relationship Questionnaire—Clinical Version RQ-CV, Holmes & Lyons-Ruth, 2006) je modifikacija jednog od često korišćenih instrumenata za procenu afektivne vezanosti (Relationships Questionnaire – RQ, Bartholomew & Horowitz, 1991), čiji rezultat na skali pruža podatak o izraženosti karakterističnih uverenja svakog obrasca vezanosti kod pojedinca, kao i o dominantnom obrascu afektivne vezanosti: sigurnom, izbegavajućem, preokupiranom i dezorganizovanom. Autori Holmes i Lyons Rut (Holmes & Lyons-Ruth, 2006) su postojećem instrumentu dodali opis još jedne afektivne orijentacije i nov instrument odredili kao kliničku verziju upitnika o odnosima (Relationship Questionnaire - Clinical version). Shodno tome, modifikovana verzija pored četiri postojeća opisa sadrži još jedan koji je uveden kao vrlo često korišćena fraza u toku AAI intervju sa visoko rizičnim uzorcima roditelja, a od ispitanika se traži da iskaže stepen slaganja sa izloženim opisima. Pored sigurnog, preokupiranog, izbegavajućeg i dezorganizovanog stila, ovim instrumentom detektuje se i peti stil koji su autori nazvali stilom dubokog nepoverenja (profound-distrust). Stil koji karakteriše duboko nepođenje predviđa klinički značajne teškoće u interakciji između osobe i drugih, između ostalog i roditelja i deteta, a deli deli varijansu sa izbegavajućim i dezorganizovanim stilom (tim redosledom,  $r = .45$ . i  $r = .29$ , Holmes & Lyons - Ruth, 2006). Pri kodiranju rezultata moguće je primeniti ključ za računanje pripadnosti jednom od četiri obrasca vezanosti, ali se preporučuje dimenzionalni pristup u kome skor na svakoj stavci ukazuje na izraženost karakterističnog afektivnog stila. S obzirom na to da se radi o jednoajtemskoj meri, interna konzistentnost instrumenta ne može se izračunati, ali studije su pokazale dobru test-retest pouzdanost (od 0.74 do 0.88), Ligiéro & Gelso, 2002). Podaci govore o dobroj konstrukt, diskurimativnoj i konvergentnoj validnosti originalnog instrumenta (Schmitt et al., 2004).

**(c) Upitnik za procenu reflektivne funkcije (The Reflective Functioning Questionnaire, RFQ; Fonagy et al., 2016)**

Upitnik za procenu reflektivne funkcije (RFQ) je razvijen kao jednostavna mera oštećenja ili disbalansa kapaciteta za mentalizaciju adolescenata i odraslih. Mi smo koristili dopunjenu koja se sastoji od 54 ajtema za koje ispitanik procenjuje u kojoj meri se sa njima slaže (1 označava izrazito neslaganje sa tvrdnjom, dok 7 znači da se data izjava u potpunosti

odnosi na osobu i odlično je opisuje). Upitnik je pogodan je za istraživačku upotrebu na većim uzorcima za procenu onih ispitanika za koje je verovatno da će imati probleme reflektivnog funkcionisanja; dakle, na kliničkim ili na uzorcima gde se može očekivati dovoljno varijanse u kapacitetu za mentalizaciju. Svesni složenosti odnosa između sposobnosti za mentalizaciju i mogućnosti samoprocene ove kompetence, autori su uložili trud u osmišljavanje specifičnog načina testovnog ispitivanja i kodiranja sirovih podataka. Polazeći od toga da razvijeni kapacitet za mentalizaciju podrazumeva da osoba, najpre ima uvid o sopstvenim i tuđim mentalnim stanjima, dok je istovremeno svesna toga da mentalna stanja nisu uvek i nisu lako dostupna za detektovanje, konstruisali su test tako da sadrži dva tipa stavki: kod prvog tipa stavki (*polarizovane tvrdnje*) viši skor ukazuje na viši nivo mentalizacije (Npr. "Shvatam da ponekad mogu pogrešno shvatiti reakcije mojih najboljih prijatelja"), dok je kod drugog (*centralne tvrdnje*), odgovor u sredini indikator visokog skora mentalizacije, dok ekstremni odgovori u oba smera ukazuju na kvalitativno različita oštećenja u mentalizaciji (nesigurnost, tj hipomentalizaciju ili sigurnost u mentalna stanja, hipermentalizaciju). Faktorska analiza upitnika ukazala je na postojanje dva faktora, tj. dve subskale instrumenta: Preterana sigurnost u mentalna stanja ili hipermentalizacija odražava sklonost ka preteranoj, neadekvatnoj i neutemeljenoj uverenosti u pogledu mentalnih stanja (*Certainty about Mental States - RFQ\_C*), dok nesigurnost u mentalna stanja, hipomentalizacija, odražava sklonost ka preteranoj nesigurnosti, nepoznavanju prirode mentalnih stanja (*Uncertainty about mental states - RFQ\_U*). Odgovori su kodirani metodom polarizovanja. Primera radi, kod tvrdnji koje su centralno postavljene, najbolji odgovor, koji reflektuje najoptimalnije reflektivno funkcionisanje, je u sredini sedmostepene likertove skale (4), dok su ekstremniji odgovori indikatori većih oštećenja. Da bismo otkrili karakteristična oštećenja odgovore polarizujemo, odnosno rekodiramo na način da se boduju samo oni koji ukazuju na prisustvo jedne vrste oštećenja (3,2,1,0,0,0,0, za hipomentalizaciju odnosno 0,0,0,0,1,2,3, za hipermentalizaciju). Polarizovane tvrdnje postavljene su unapred tako da mere po jedno mentalizaciono oštećenje i one se najpre rekodiraju, kada je potrebno, a zatim polarizuju (0,0,0,0,1,2,3), tako da se niži odgovori, koji ukazuju na bolje reflektivno funkcionisanje praktično zanemaruju (svode na 0), kako bi se istakli oni koji ukazuju na oštećenja funkcije. Nizak stepen izraženosti na tako dobijenim subskalama oslikava manju izraženost mentalizacionih oštećenja, tj ukazuje na optimalno reflektivno funkcionisanje (svi "dobri" odgovori, koji ilustruju dobar kapacitet reflektivnog funkcionisanja, su svedeni na 0), dok visoki odgovori ukazuju na upadljivije prisustvo oštećenja. Cut-off skor 1 odvaja ispitanike na one koji imaju nisku/normalnu i one koji imaju značajnu izraženost oštećenja

(Handeland, 2017). Brojne validacione studije pokazale su da instrument ima zadovoljavajuću unutrašnju konzistentnost, konstrukt validnost i pouzdanost (Fonagy et al., 2016; Handeland, 2017), što je potvrđeno i u ovoj studiji (hipomentalizacija .843, hipermentalizacija .851).

**(d) Skala disocijativnih iskustava za adolescente (Dissociative experience scale for adolescents, A-DES; Armstrong, Putnam, Carlson, Libero & Smith, 1997)**

A-DES (Armstrong et al., 1997) sadrži 30 stavki. Namenjen je ispitanicima, uzrasta od 10. do 21. godine, koji treba da procene u kojoj se meri iskustvo opisano u pitanju odnosi se na njih i zaokruže odgovarajući broj na skali od 1 (nikada) do 10 (uvek). Rezultat se izračunava kao prosečna vrednost: saberu se svi odgovori, a onda podele brojem stavki. Na ovaj način dobija se jedan, ukupni, skor disocijativnih iskustava, iako je skala konstruisana tako da ispituje prisustvo brojnih, po prirodi različitih ispoljavanja (amnezije, depersonalizacije, derealizacije, emotivne isključenosti). Veći skor ukazuje na viši nivo disocijacije, pri čemu se skor 3.7 može smatrati nagoveštajem zabrinjavajući visoke disocijacije (Armstrong et al., 1997). Studija na uzroku adolescenata iz Turske prikazuje da prosečne vrednosti na ovoj skali najveće među mladima sa disocijativnom simptomatologijom (AS=6.2, SD=1.98) i posttraumatskim stresnim poremećajem (AS=3.94, SD=1.54), dok vrednosti za grupu mladih sa anksioznim poremećajem, poremećajem raspoloženja i mladih iz opšte populacije ne prelaze kritičnu granicu od 3.7 (kreću se oko vrednosti 2.4) (Zoruglu et al., 2002). Istraživanja psihometrijskih karakteristika testa ukazuju na odlične pokazatelje Crombah alpha, koji se kreću oko 0.93 (Armstrong et al, 1997; Smith i Carlson, 1997; Farrington, 2001) i test-retest pouzdanosti (0.77) (Smith & Carlson, 1997) i dobru jednofaktorsku strukturu. U našem istraživanju je merena unutrašnja konzistentnost skale i nalazi su saobrazni sa ranijim budući da je Crombah alpha=.94.

**(e) Lista provere dečijeg ponašanja, CBCL- YSR (Child behavior checklist – youthself report; Achenbach & Rescorla, 2001)**

Verzija ovog instrumenta koju ćemo mi koristiti namenjena je samoproceni bihevioralnih i emocionalnih problema za adolescente, uzrasta od 11 do 18 godina. Ona zajedno sa instrumentima baziranim na informacijama koje daju roditelji (PRF – Parent Report Form) i nastavnici (TRF – Teacher Report Form) čini integrisan set skala za procenu adaptivnog funkcionisanja, bihevioralnih i emocionalnih problema dece uzrasta 4-18

godina ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment) (Achenbach, 1991). Uz licencu za korišćene, u ovom istraživanju će biti zadavana najnovija adaptirana verzija srpskog upitnika, koja koristi multikulturalne norme, uz uvažavanje specifičnosti jezika i kulture ovog podneblja. Instrument je preveden na još 80 jezika i koristi se širom sveta (Achenbach & Rescorla, 2001).

Upitnik se sastoji od dva dela, skale kompetencije i problemske skale. U prvom delu se prikupljaju demografski podaci o ispitaniku, njegovim akademskim sklonostima i uspešnosti, hobijima i karakteristikama adaptivnog funkcionisanja. Drugi deo instrumenta sastoji se od 112 ajtema za koje ispitanik treba da proceni da li ga opisuju, te u skladu s tim zaokruži sa **0** (nije tačno), **1** (donekle ili ponekad tačno) ili **2** (potpuno ili često tačno) koji se odnose na emocionalne, socijalne i probleme ponašanja. Ukupan skor na skali dobija se sabiranjem svih rezultata označenih sa 1 i 2, čime se obezbeđuje tzv. *Totalni problemski skor*. Osim ukupnog skora, ova skala obezbeđuje i pojedinačne skorove na tzv. *sindromskim skalama* i širim faktorima *internalizacije* i *eksternalizacije*, koji su izdvojeni postupkom faktorske analize. Sindromskih skala ima ukupno 8 i to su: *anksioznost/depresivnost*, *povlačenje/depresivnost*, *somatske žalbe*, *problemi u društvenim relacijama*, *problemi mišljenja*, *problemi pažnje*, *ponašanje sa kršenjem socijalnih normi* i *agresivno ponašanje*. Prve tri sindromske skale deo su šireg faktora *internalizacije* ili ponašanja vezanog za unutrašnje tegobe i probleme, dok poslednje dve sindromske skale pripadaju tzv. *eksternalizaciji*, ili ponašanju usmerenom ka socijalnoj sredini. Sindromske *skale problemi u relacijama*, *problemi mišljenja* i *problemi pažnje* podjednako koreliraju i sa internalizacijom i sa eksternalizacijom ( $r \approx 0,40-0,50$ ), tako da ne pripadaju nijednom određenom širem faktoru.

Preporuka je da se za istraživačke potrebe koriste sirovi skorovi, te smo mi postupili na ovaj način. No, pri interpretaciji rezultata, pozivaćemo se se na T-skorove koji obezbeđuju i granične i kliničke vrednosti, koje ukazuju na postojanje ili evidentnih emocionalnih problema ili problema u ponašanju u određenom ispitivanom segmentu ponašanja deteta.

U ovom istraživanju koristićemo samo skalu problemskih ajtema, a rezultati će se sagledavati kroz sirove skorove na širim faktorima eksternalizacije i internalizacije i njima pripadajućih sindromskih skala. Dodatno, biće tretirana i sindrom skala Problemi u društvenim relacijama, koja ne pripada niti jednom od širih faktora. Test pokazuje zadovoljavajuće psihometrijske parametre: mere interne konzistentnosti za različite skale, u brojnim istraživanjima, kreću se od 0.72 do 0.97 (Crombach alpha), a test-retest pouzdanosti od 0.82 do 0.90. Cronbach's Alpha pouzdanost na našem uzorku najniža je za skale somatizacija i kršenje pravila (.569; .599), dok je za sve preostale skale koeficijent interne



konzistentnosti veći od 0.7 (Anksioznost/depresivnost .750; Povlačenje/depresivnost .743; Problemi u relacijama .774; Problemi u mišljenju .731; Problemi pažnje .720; Agresivnost .825; Internalizacija .700; Eksternalizacija .782; Ukupni skor .867;)

## 7.6. Hipoteze istraživanja

1. Pretpostavlja se da postoji povezanost rane traumatizacije u porodici, stila afektivne vezanosti, stepena izraženosti mentalizacije i disocijacije, sa jedne strane i internalizovanih (anksioznost/depresivnost, povlačenje/depresivnost, somatske žalbe), eksternalizovanih (kršenje socijalnih normi i agresivno ponašanje) i problema u društvenim relacijama, sa druge, kod adolescenata obuhvaćenih sistemom zaštite za decu i mlade bez adekvatnog roditeljskog staranja.

a. *Pretpostavlja se da postoji pozitivna povezanost stepena izraženosti rane traumatizacije u porodici sa stepenom izraženosti internalizovanih (anksioznost/depresivnost, povlačenje/depresivnost, somatske žalbe), eksternalizovanih (kršenje socijalnih normi i agresivno ponašanje) i problema u društvenim relacijama.*

b. *Pretpostavlja se da postoji negativna povezanost stepena izraženosti sigurnog, a pozitivna povezanost stepena izraženosti nesigurnih stilova vezanosti (preokupiranog, izbegavajućeg, dezorganizovanog i stila koji karakteriše duboko nepoverenje) sa internalizovanim (anksioznost/depresivnost, povlačenje/depresivnost, somatske žalbe), eksternalizovanim (kršenje socijalnih normi i agresivno ponašanje) i problema u društvenim relacijama.*

c. *Pretpostavlja se da se da postoji negativna povezanost stepena izraženosti hipermentalizacije i stepena izraženosti internalizovanih (anksioznost/depresivnost, povlačenje/depresivnost, somatske žalbe), eksternalizovanih (kršenje socijalnih normi i agresivno ponašanje) i problema u društvenim relacijama, a pozitivna povezanost stepena izraženosti hipomentalizacije i stepena izraženosti internalizovanih (anksioznost/depresivnost, povlačenje/depresivnost, somatske žalbe), eksternalizovanih (kršenje socijalnih normi i agresivno ponašanje) i problema u društvenim relacijama.*

d. *Pretpostavlja se da se da postoji pozitivna povezanost stepena izraženosti disocijacije i stepena izraženosti internalizovanih (anksioznost/depresivnost, povlačenje/depresivnost, somatske žalbe), eksternalizovanih (kršenje socijalnih normi i agresivno ponašanje) i problema u društvenim relacijama.*

2. Pretpostavlja se da su stilovi afektivne vezanost, mentalizacija i disocijacija značajni prediktori internalizovanih, eksternalizovanih i problema u društvenim relacijama kod mladih sa iskustvom rane traumatizacije u porodici.

a. *Pretpostavlja se da će se nesigurni stilovi afektivne vezanosti pokazati značajnim u predviđanju internalizovanih, eksternalizovanih i problema u društvenim relacijama.*

b. *Pretpostavlja se da će se dimenzije mentalizacije pokazati značajnim u predviđanju internalizovanih, eksternalizovanih i problema u društvenim relacijama.*

c. *Pretpostavlja se da će se disocijacija pokazati značajnom u predviđanju internalizovanih, eksternalizovanih i problema u društvenim relacijama.*

3. Pretpostavlja se da model putanje po kom trauma, preko dezorganizovanog afektivnog stila, mentalizacije i disocijacije ostvaruje efekat na internalizovane (anksioznost/depresivnost, povlačenje/depresivnost, somatske žalbe), eksternalizovane (kršenje socijalnih normi i agresivno ponašanje) i probleme u društvenim relacijama ostvaruje dobro fitovanje sa empirijskim podacima.

4. Pretpostavlja se da postoje razlike u stepenu izraženosti glavnih varijabli istraživanja u odnosu na kontrolne varijable istraživanja (pol, uzrast, školski uspeh, dužina trajanja smeštaja).

## **7.7. Uzorak**

Uzorak se sastoji od 121 ispitanika, korisnika sistema zaštite za decu i mlade bez adekvatnog roditeljskog staranja, u privremenom porodičnom smeštaju na teritoriji Srbije, uzrasta između 11 i 18 godina ( $AS=14.50$ ,  $SD=2.02$ ). Ispitanici su približno ujednačeni po polu, dečaka je 45%, naspram 55% devojčica. Jedan ispitanik je bio nedovoljan na kraju prethodnog razreda, dok su ostali ostvarili bolji školski uspeh: dobrih je bilo 32%, vrlo dobrih 28%, odličnih 36%. Kada je dužina trajanja privremenog porodičnog smeštaja u pitanju, približno 70% ispitanika u smeštaju je, u trenutku popunjavanja upitnika, bilo kraće od dve godine, dok je preostalih 30% u smeštaju između dve i devet godina ( $AS=3.12$ ,  $SD=2.07$ ). Iz uzorka su isključeni korisnici sniženih intelektualnih sposobnosti.

Preliminarna analiza veličine uzorka (Monte Carlo power analysis for indirect effects, Schoemann et al., 2017) pokazala je da data veličina uzorka (N=121) dovoljna veličina uzorka za održavanje snage testa na nivou od 0.8, što omogućuje izvođenje zaključaka.

Kako je reč o maloletnim ispitanicima, saglasnost za njihovo učešće u istraživanju dobili smo od organa starateljstva (Centar za Socijalni rad) ili drugog ovlašćenog organa (Centar za porodični smeštaj i usvojenje). Ispitanicima je, na način prilagođen njihovom uzrastu, predloženo da je njihovo učešće u istraživanju dobrovoljno i da mogu iz njega istupiti u bilo kom momentu, bez potrebe da objašnjavaju razloge, da istraživaču nisu potrebni podaci o identitetu korisnika i da će rezultati biti obrađivani grupno i korišćeni isključivo u naučne svrhe. Nadalje, ispitanici su ohrabreni da se obrate istraživaču u cilju odgovaranja na bilo koju potrebu proisteklu iz samog istraživanja – kognitivnu (detaljnije objašnjene predmeta istraživanja ili aspekata koji su im ostali nejasni, rezultata) ili emocionalnu (nelagodnost, uznemirenost).

### **7.8. Postupak prikupljanja podataka**

Istraživanje je otpočeto u saradnji sa Centrom za Porodični smeštaj i usvojenje Niš, ali je, usled nemogućnosti da se dođe do predviđenog broja ispitanika prošireno i na druge Centre, u Čupriji, Miloševcu i Beogradu. Podaci su prikupljeni od 2018. do 2021. godine. Iako je naša prvobitna namera bila da ispitujemo novopridošle korisnike sistema socijalne zaštite, na samom početku njihovog privremenog boravka u porodičnom smeštaju, relativno mali broj novopridošlih adolescenata, u odnosu na korisnike mlađih usrasta, onemogućio nas je da u prihvatljivom vremenskom roku sprovedemo taj zadatak, pa je u trećoj godini trajanja prikupljanja podataka, 2020. godine doneta odluka da se ova varijabla od kontrolne preinači u registrovanu. U saradnji sa saradnicima Centara za porodični smeštaj vršila se je trijaža korisnika u odnosu na uzrast, intelektualne sposobnosti, tip hraniteljstva i, u početku, dužinu trajanja boravka. Potom je u dogovoru sa savetnicima koji su zaduženi za praćenje konkretnih selektovanih porodica dogovarano na koji način će biti obavljeno samo ispitivanje. U početku su testovi zadavani u štampanoj formi, od strane savetnika ili istraživača, u toku redovnih aktivnosti savetnika koje se tiču susreta sa šticeenicima i hraniteljskim porodicama. Tokom 2020. i 2021., usled nepovoljne epidemiološke situacije, tokom trajanja zarazne bolesti covid-19, ispitanici su popunjavali online formu baterije testova. Hranitelji su kontaktirani telefonskim putem, predloženo im je značaj i cilj istraživanja, a oni su potom upitnike ili

podatke za pristup upitnicima, dostavljali samim ispitanicima. Ovo istraživanje je sprovedeno uz odobrenje Komisije za etička pitanja Univerziteta u Nišu.

### **7.9. Postupak obrade podataka**

Statistička analiza sprovedena je u programu SPSS 25. Nedostajući podaci obrađeni su korišćenjem EM metoda (expectation maximization). Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk statistici korišćeni su za testiranje normalnosti distribucija, deskriptivni statistički pokazatelji (frekvencije, aritmetička sredina i standardna devijacija) korišćeni su za utvrđivanje stepena izraženosti varijabli u ispitanom uzorku, Pearsonov koeficijent linearne korelacije, za utvrđivanje smera i intenziteta povezanosti između varijabli, t-test za utvrđivanje značajnosti razlika u stepenu izraženosti varijabli između grupa i multipla regresiona analiza za proveru mogućnosti predviđanja kriterijumskih na osnovu prediktorskih varijabli. Za postupak analize višestruke medijacije i moderacije koristili smo dodatak Process macro v33 (modeli 4, 5 i 6) (Preacher & Hayes, 2008). Pri računanju indirektnih efekata primenjena je metoda butstrapovanja (bootstrap); generisanjem 5000 slučajnih uzoraka konstruisani su 95% intervali poverenja. Testirano je da li su indirektni efekti statistički značajno različiti od 0, a vrednosti smatrane statistički značajnim na nivou .01 kada 95% interval poverenja ne bi uključivao vrednost 0.

## 8. REZULTATI

### 8.1. Deskriptivni parametri

Testirana je normalnost distribucije za sve varijable istraživanja i podaci prikazni u tabeli 1. pokazuju da je izvesno odstupanje od normalne raspodele prisutno za sve dimenzije ispitivanih varijabli.

*Tabela 1. Test normalnosti distribucije za sve varijable istraživanja*

Dimenzija	Kolmogorov-Smirnov statistic	df	p	Shapiro-Wilk statistic	df	p
Emocionalno zlostavljanje	,205	129	,000	,830	129	,000
Fizičko zlostavljanje	,323	129	,000	,684	129	,000
Emocionalno zanemarivanje	,130	129	,000	,919	129	,000
Fizičko zanemarivanje	,103	129	,003	,947	129	,000
Seksualno zlostavljanje	,311	129	,000	,548	129	,000
Idealizacija	,134	129	,000	,904	129	,000
Trauma (ukupni skor)	,110	129	,001	,944	129	,000
Anksioznost/depresivnost	,133	129	,000	,937	129	,000
Povlačenje	,190	129	,000	,888	129	,000
Somatske tegobe	,175	129	,000	,866	129	,000
Problemi u relacijama	,156	129	,000	,859	129	,000
Problemi mišljenja	,208	129	,000	,841	129	,000
Problemi pažnje	,128	129	,000	,943	129	,000
Kršenje pravila	,235	129	,000	,649	129	,000
Agresivnost	,158	129	,000	,915	129	,000
Eksternalizacija	,159	129	,000	,849	129	,000
Internalizacija	,155	129	,000	,923	129	,000
Hipomentalizacija	,123	129	,000	,944	129	,000
Hipermentalizacija	,099	129	,005	,956	129	,001
Disocijacija	,166	129	,000	,885	129	,000
Sigurnost	,154	129	,000	,891	129	,000
Preokupiranost	,213	129	,000	,867	129	,000
Izbegavanje	,190	129	,000	,876	129	,000
Dezorganizovanost	,208	129	,000	,833	129	,000
Duboko nepoverenje	,214	129	,000	,794	129	,000

Ipak, kako ćemo u nastavku imati prilike da vidimo, za veliku većinu varijabli, mere izraženosti asimetrije (skjunes) i spljoštenosti (kurtozis) nalaze se u okviru apsolutne vrednosti 2, ukazujući da odsupanje od normalne distribucije, iako prisutno, nije takvog intenziteta koji bi doveo u pitanje upotrebu parametrijske statistike u ovom radu. Ranije simulacije upotrebe parametrijskih metoda (t- testa i linearne regresije, na primer) pokazale su njihovu priličnu robusnost na devijacije normalnosti takvog opsega kakvo postoji na varijablama ovog istraživanja (Lumley et al., 2002). Bez obzira na to, mi smo rezultate dobijene parametrijskom statistikom proverili upotrebom komplementarnih neparametrijskih tehnika (na primer Mann-Whitney U, za testiranje razlika i Spearman rho za testiranje povezanosti varijabli), a kako su veličine razlika u dobijenim koeficijentima bile zanemarljivo male, to nas je uverilo da možemo nastaviti sa korišćenjem parametrijske statistike, te će u nastavku biti predstavljeni rezultati dobijeni na taj način.

U tabeli 2. predstavljene su deskriptivne mere za pojedinačne forme zlostavljanja i zanemarivanja, kao i za ukupni intenzitet doživljenog zlostavljanja i zanemarivanja (suma skorova na podskalama).

*Tabela 2. Deskriptivni parametri intenziteta zlostavljanja i zanemarivanja*

Dimenzija	Raspon	AS	SD	Skjunes (SE=.22)	Kurtozis (SE=.43)
Emocionalno zlostavljanje	5-24	9.97	5.56	0.95	-0.294
Fizičko zlostavljanje	5-25	8.73	5.90	1.54	1.20
Emocionalno zanemarivanje	5-20	11.63	5.33	0.23	-1.24
Fizičko zanemarivanje	5-25	13.11	5.27	-0.40	-1.37
Seksualno zlostavljanje	5-25	7.45	5.01	2.52	5,7
Ukupni skor (Trauma)	25-98	50.71	18.40	0.64	0.18
Idealizacija	3-15	8.31	4.30	0.56	-1.37

Norme za korišćeni instrument dozvoljavaju nam svrstavanje prosečnih skorova u kategorije, po intenzitetu, na skali od nulte preko slabe do umerene, umerene do ozbiljne i ozbiljne do ekstremne izraženosti traumatskog iskustva. Dobijene prosečne vrednosti se nalaze u granicama niske do umerene izraženosti za fizičko zlostavljanje, emocionalno zlostavljanje i emocionalno zanemarivanje, umerene do ozbiljne izraženosti za seksualno zlostavljanje, te ozbiljne do ekstremne izraženosti za fizičko zanemarivanje. Vrednosti ispitanika rasprostranjene su na čitavoj skali od minimalne do maksimalne teorijski moguće vrednosti, za sve skale. Distribucija za sve skale, izuzev fizičkog zanemarivanja, je blago pozitivno asimetrična, kako nam pokazuje mera izraženosti asimetrije (skjunes). Kada je dimenzija fizičko zanemarivanje u pitanju, vrednosti su grupisane u zoni viših rezultata, a

asimetričnost distribucije je blago negativna. Vrednost kurtozisa prelazi 2 jedino za skalu seksualno zlostavljanje i pokazuje nam da su vrednosti uglavnom grupisane na krajevima – veoma visoke ili veoma niske. Skjunes i kurtozis za preostale varijable su u okviru apsolutne vrednosti 1.

Fizičko zanemarivanje koje je iskusiilo 77.69% ispitanika (N=94) je bila najprisutnija forma traume (9.9% u kategoriji slabe, 6.6% umerene, 61% ozbiljne do ekstremne izraženosti), potom emocionalno zanemarivanje (N=74; 61.16% od toga 28.1% slabe, 14.0% umerene i 19.0% ozbiljne izraženosti), emocionalno zlostavljanje (N=54; 44.63%; od toga 14.9% ispitanika u kategoriji slabe, 11.6% u kategoriji umerene i 18.2% u kategoriji ozbiljne izraženosti), seksualno zlostavljanje (N=46; 38.02%, od toga 10.7% slabe, 16.5% umerene i 10.7% ozbiljne izraženosti) i naposljetku fizičko zlostavljanje (N=42), koje je iskusiilo 34.71% ispitanika (5% ispitanika slabe, 9.9% umerene i 19.8% ozbiljne izraženosti).

Kako bismo utvrdili da li postoji povezanost različitih tipova zlostavljanja, primenjena je analiza parcijalne korelacije za svaka dva tipa zlostavljanja, uz istovremenu kontrolu ostala tri tipa. Pozitivno su povezani fizičko i emocionalno zanemarivanje ( $r=.500$ ,  $p<.05$ ), dok je emocionalno zanemarivanje negativno povezano sa fizičkim zlostavljanjem ( $r=-.575$ ,  $p<.05$ ). Seksualno zlostavljanje nije povezano sa drugim formama traume u statistički značajnoj meri.

Parametrijski t-test je primenjen kako bi se utvrdilo postoje li razlike između devojčica i dečaka u intenzitetu doživljene traume za pojedinačne forme zlostavljanja i zanemarivanja, ukupni skor i sklonost ka idealizaciji.

*Tabela 3. Rodne razlike u intenzitetu zlostavljanja i zanemarivanja (t- test)*

Dimenzija	Pol	AS	t-test	p
Emocionalno zlostavljanje	Dečaci	9,8511	-,243	,808
	Devojčice	10,1273		
Fizičko zlostavljanje	Dečaci	9,6444	1,247	0,215
	Devojčice	8,1273		
Emocionalno zanemarivanje	Dečaci	11,1702	-,855	0,394
	Devojčice	12,0714		
Fizičko zanemarivanje	Dečaci	13,2000	,023	0,981
	Devojčice	13,1754		
Seksualno zlostavljanje	Dečaci	7,2000	-,107	0,915
	Devojčice	7,3036		
Trauma	Dečaci	50,5610	,042	0,966
	Devojčice	50,3922		
Idealizacija	Dečaci	8,1915	-,367	,715
	Devojčice	8,4912		

Rezultati pokazuju nema polnih razlika u intenzitetu doživljene traume, ni za pojedinačne forme zlostavljanja i zanemarivanja, ni ukupni skor i sklonost ka idealizaciji, kao kontrolnu skalu.

U tabeli 4. predstavljene su deskriptivne mere izraženosti emocionalnih i bihevioralnih teškoća mladih.

*Tabela 4. Deskriptivne mere za emocionalne i bihevioralne teškoće mladih*

Sindrom skale	Min	Max	AS	SD	Skjunes	Kurtozis
Anksioznost/depresivnost	,00	16,00	5,34	4,04	,88	,09
Povlačenje/depresivnost	,00	14,00	3,87	3,47	1,22	,97
Somatske tegobe	,00	16,00	2,69	2,63	2,48	9,32
Problemi u relacijama	,00	16,00	3,81	3,76	1,25	1,31
Problemi u mišljenju	,00	19,00	3,41	3,93	1,44	2,38
Problemi pažnje	,00	16,00	5,82	4,10	,61	,41
Kršenje pravila	,00	30,00	4,20	5,83	2,23	13,10
Agresivnost	,00	32,00	7,54	5,63	1,13	2,01
Internalizacija	,15	43,00	11,92	8,12	1,50	3,17
Eksternalizacija	,00	50,00	12,14	10,20	1,71	2,68

Sve prosečne vrednosti pojedinačnih skala se nalaze u rangu normalne, a ne kliničke izraženosti. Prosečne vrednosti na skalama višeg reda (internalizaciji i eksternalizaciji), isto su tako ispod praga klinički značajnih vrednosti. Međutim, prikazani raspon skorova ukazuje da neke ispitanike karakterišu veoma izraženi problemi; maksimalni empirijski dostignuti skorovi za sve skale nalaze se u zoni kliničke izraženosti, a za neke od skala su i skoro najveći mogući skorovi (povlačenje/depresivnost, 14 od 16; kršenje pravila, 30 od 34; agresivnost, 32 od 36). Najveći broj rezultata grupiše se u zoni nižih vrednosti - distribucije su blago pozitivno asimetrične. Mere spljoštenosti (kurtozis) ukazuju na gomilanje rezultata na krajevima distribucija za skale kršenje pravila, somatske tegobe, eksternalizacija i internalizacija.



Tabela 5. Rodne razlike u intenzitetu emocionalnih i bihevioralnih teškoća deteta (t-test)

Dimenzija	pol	AS	t-test	p	Dimenzija	pol	AS	t-test	p
Anksioznost/ depresivnost	m	5,52	,672	,503	Problemi pažnje	m	6,21	1,08	,280
	ž	4,96				ž	5,32		
Povlačenje/ depresivnost	m	3,93	,176	,861	Kršenje pravila	m	5,66	2,55	,012
	ž	3,81				ž	2,89		
Somatske tegobe	m	2,36	-,135	,893	Agresivnost	m	8,63	1,94	,055
	ž	2,44				ž	6,42		
Problemi u relacijama	m	4,27	1,27	,206	Internalizacija	m	12,80	-,208	,835
	ž	3,38				ž	13,22		
Problemi u mišljenju	m	3,91	1,06	,290	Eksternalizacija	m	14,73	2,590	,011
	ž	3,05				ž	9,50		

Na pojedinačnoj skali kršenje pravila i sindrom skali višeg reda kojoj ona pripada – eksternalizaciji, dečaci postižu statistički značajno više skorove od devojčica. Nema statistički značajnih razlika između dečaka i devojčica na ostalim skalama.

Tabela 6. Povezanost emocionalnih i bihevioralnih problema dece sa sociodemografskim varijablama istraživanja

Dimenzija	Školski uspeh	Trajanje smeštaja
Anksioznost/depresivnost	-,239**	-,376***
Povlačenje/depresivnost	-,157	-,169
Somatske tegobe	-,242*	-,047
Socijalni problem	-,399***	-,251**
Problemi u mišljenju	-,241**	-,212**
Problemi pažnje	-,390***	-,226**
Kršenje pravila	-,380***	-,236**
Agresivnost	-,168	-,130
Internalizacija	-,307***	-,165
Eksternalizacija	-,273**	-,172

Napomena: simbol \* označava  $p$  vrednost  $<0.05$ , \*\*  $p$  vrednost  $<0.01$ , \*\*\*,  $p$  vrednost  $<.001$ .

Kada je školski uspeh u pitanju, prosečna postignuta ocena na kraju prethodnog razreda negativno korelira sa svim skalama koje mere emocionalne i ponašajne probleme dece, a koeficijent korelacije ne prelazi prag statističke značajnosti jedino za skale povlačenje/depresivnost i agresivnost. Koeficijenti korelacije za preostale skale su niskog intenziteta. Niska negativna povezanost postoji i između dužine trajanja smeštaja i dimenzija anksioznost/depresivnost, socijalni problemi, problemi u mišljenju, kršenje pravila.

U tabeli 7. prikazane su deskriptivne mere za dimenzije stila afektivne vezanosti, oštećenja mentalizacije i disocijacije.

*Tabela 7. Deskriptivne mere za dimenzije stila afektivne vezanosti, mentalizacije i disocijacije*

Dimenzija	Raspon	AS	SD	Skewness	Kurtosis
Siguran	1-7	4,37	2,07	-,36	-1,14
Preokupirani	1-7	3,07	1,93	,37	-1,12
Izbegavajuci	1-7	3,68	2,16	,03	-1,42
Dezorganizovani	1-7	3,16	2,21	,58	-1,11
Duboko nepoverenje	1-7	4,52	2,53	-,28	-1,64
Hipomentalizacija	.07-2.65	1.04	0.52	,86	,99
Hipermentalizacija	.03-2.42	0.98	0.54	,58	-,15
Disocijacija	.43-7.93	2,73	1,80	1,02	,17

Srednje vrednosti na dimenzijama afektivne vezanosti su blizu teorijskih kada su u pitanju preokupiranost, izbegavanje i dezorganizacija, dok su vrednosti nešto više za sigurnost i duboko nepoverenje. Instrument, osim dimenzionalnog, dopušta i kategorijalni pristup, te su, da bismo dobili jasniju sliku, formirane najpre dve dimenzije unutrašnjeg radnog modela afektivne vezanosti (model sebe i model značajnih drugih), a onda kombinacijom skorova na ove dve dimenzije i tip afektivne vezanosti za svakog ispitanika. Frekvencijska analiza pokazuje da ispitanika koji pripadaju sigurnom obrascu afektivne vezanosti ima 33.9%, preokupiranom obrascu 23.3%, izbegavajućem 24.0% i dezorganizovanom 19.0%.

Postignuti rezultati na dimenzijama hipermentalizacija (ekcesivna sigurnost u mentalna stanja) i hipomentalizacija (nesigurnost u mentalna stanja) rasprostranjeni su na gotovo čitavoj skali (teorijski minimum je, sveden na prosečnu vrednost, 0, a maksimum 3 za obe dimenzije, ili u sirovim skorovima 0-78), varijabilnost odgovora je velika, a prosečan postignuti rezultat je za hipermentalizaciju AS=0.98 (SD=0.52), a za hipomentalizaciju AS=1.04 (SD=0.54). Dakle, prosečni rezultati se za obe skale poklapaju sa graničnom, cut-off vrednošću, koja odvaja normalnu od patološke izraženosti oštećenja mentalizacije. Apsolutni indeksi asimetričnosti i spljoštenosti pokazuju da se ne radi o ozbiljnijem odstupanju od normalne distribucije.

Kada je disocijacija u pitanju prosečna postignuta vrednost (AS=2.73, SD=1.80) je u ispod granice patološke izraženosti (cut off skor je iznad 3.7). Asimetričnost je pozitivna,

najveći broj rezultata nalazi se u zoni nižih vrednosti. Ipak, raspon skorova nam pokazuje da u uzorku ima ispitanika koji postižu skorove koji prelaze granicu patološkog.

*Tabela 8. Rodne razlike u intenzitetu izraženosti potencijalnih medijatorskih varijabli*

Dimenzija	Pol	AS	t-test	p
Sigurnost	m	4,62	-,433	,666
	ž	4,82		
Preokupiranost	m	3,03	-,545	,587
	ž	3,26		
Izbegavanje	m	3,68	,473	,638
	ž	3,46		
Dezorganizacija	m	2,38	-3,235	,002
	ž	3,92		
Duboko nepoverenje	m	3,86	-,866	,389
	ž	4,34		
Hipermentalizacija	m	22,40	-2,638	,010
	ž	30,50		
Hipomentalizacija	m	27,59	1,521	,132
	ž	22,90		
Disocijacija	m	3,09	1,918	,058
	ž	2,34		

Kako iz tabele 8. možemo da vidimo, dezorganizacija afektivne vezanosti je statistički značajno izraženija kod devojčica, dok na skalama hipomentalizacija i sklonost ka disocijaciji dečaci postižu statistički značajno više rezultate.

*Tabela 9. Povezanost potencijalnih medijatorskih sa socidemografskim varijablama istraživanja*

Dimenzija	Školski uspeh	Trajanje smeštaja
Sigurnost	,120	,049
Preokupiranost	-,005	-,181
Izbegavanje	-,013	,011
Dezorganizacija	,195	-,076
Duboko nepoverenje	-,072	-,009
Hipermentalizacija	,183	,222*
Hipomentalizacija	-,241*	-,063
Disocijacija	-,280**	-,104

Napomena: simbol \* označava  $p$  vrednost  $<0.05$ , \*\*  $p$  vrednost  $<0.01$ , \*\*\*,  $p$  vrednost  $<0.001$ .

Iz tabele 9. vidimo da je hipermentalizacija pozitivno korelira sa dužinom trajanja boravka u hraniteljskoj porodici, dok hipomentalizacija i disocijacija negativno koreliraju sa školskim uspehom. Radi se o korelacijama niskog intenziteta.

## 8.2. Povezanost glavnih varijabli istraživanja

Interkorelacija varijabli je prvi preduslov medijacije. Proverićemo, zato napre da li su pretpostavljene prediktorske i medijatorske varijable povezane sa pretpostavljenim kriterijumskim varijablama, a potom i da li prediktor korelira sa medijatorima, kao i interkorelacije samih medijatora.

Tabela 10. Povezanost prediktorskih varijabli sa internalizacijom, eksternalizacijom i problemima u relacijama kao kriterijumskim varijablama istraživanja

Problemi mentalnog zdatavlja	Traumatsko Iskustvo	Afektivna vezanost					Hiper-mentalizacija	Hipo-mentalizacija	Disocijacija
		SAV	PAV	IAV	DAV	DN			
Internalizacija	<b>.331***</b>	<b>-.311***</b>	.078	-.063	.080	<b>.267*</b>	-.084	.059	<b>.504***</b>
Eksternalizacija	<b>.227*</b>	<b>-.374***</b>	.092	.000	.050	.169	<b>-.321**</b>	<b>.308**</b>	<b>.564***</b>
Problemi u relacijama	<b>.218*</b>	<b>-.278*</b>	<b>.203*</b>	-.065	<b>.181*</b>	.053	<b>-.333**</b>	<b>.282**</b>	<b>.560***</b>

Napomena: simbol \* označava  $p$  vrednost  $<0.05$ , \*\*  $p$  vrednost  $<0.01$ , \*\*\*,  $p$  vrednost  $<0.001$ .

Pozitivna je korelacija između internalizacije, sa jedne strane i iskustva traume doživljene u detinjstvu ( $r=.331$ ,  $p<.001$ ) i disocijacije ( $r=.504$ ,  $p<.001$ ), sa druge strane, dok je veza između internalizacije i sigurnosti, kao dimenzije afektivne vezanosti, negativna ( $r=-.311$ ,  $p<.001$ ).

Eksternalizacija je u pozitivnoj korelaciji sa traumom ( $r=.227$ ,  $p<.01$ ), hipomentalizacijom ( $r=.308$ ,  $p<.001$ ) i disocijacijom, dok negativno korelira sa sigurnošću ( $r=-.374$ ,  $p=.001$ ) i hipermentalizacijom ( $r=-.321$ ,  $p<.001$ ).

Problemi u društvenim relacijama povezani su pozitivno sa traumom ( $r=.218$ ,  $p<.01$ ), preokupiranošću ( $r=.278$ ,  $p<.01$ ), dezorganizacijom ( $r=.181$ ,  $p<.05$ ) i hipomentalizacijom ( $r=.282$ ,  $p<.01$ ), a negativno sa sigurnošću i hipermentalizacijom.

Tabela 11. Interkorelacije prediktorske i medijatorskih varijabli i njihove korelacije sa kontrolnom skalom

	Trauma	Afektivna vezanost					HIPER	HIPO	Ds
		SAV	PAV	IAV	DAV	DN			
Sigurnost (SAV)	-,114								
Preokupiranost (PAV)	,169								
Izbegavanje (IAV)	,036								
Dezorganizacija (DAV)	,261**								
Duboko nepoverenje (DN)	,284**								
Hipermentalizacija (HIPER)	-,286**	,220*	,421**		-,065	-,027			
Hipomentalizacija (HIPO)	,210*	-,179*	-,129		,280**	,042	-,455**		
Disocijacija (Ds)	,346***	-,324**	,022	,430**	,038	,215*	-,475**	,430**	
Kontrolna skala: Idealizacija	-,459***	,271**	-,201*	,142	-,243**	-,124	,259**	-,279**	-,298**

Napomena: simbol \* označava  $p$  vrednost  $<0.05$ , \*\*  $p$  vrednost  $<0.01$ , \*\*\*,  $p$  vrednost  $<.001$ .

Istustvo traume u detinjstvu, kao prediktorska varijabla istraživanja, ostvaruje statistički značajne pozitivne korelacije sa dezorganizacijom ( $r=.261$ ,  $p<.01$ ) i dubokim nepoverenjem ( $r=.284$ ,  $p<.01$ ), kao dimenzijama afektivne vezanosti, zatim sa hipomentalizacijom ( $r=.210$ ,  $p<.05$ ) i disocijacijom ( $r=.346$ ,  $p<.000$ ), dok je veza sa hipermentalizacijom statistički značajna, ali negativna ( $r=-.286$ ,  $p<.001$ ). Trauma, kao potencijalni prediktor, nije statistički značajno povezana sa sigurnošću, preokupiranošću i izbegavanjem u afektivnim odnosima, te su ove varijable, uključujući i sigurnost, uprkos njenoj negativnoj korelaciji sa svim kriterijumskim varijablama, i statsistički isključene iz dalje analize kao medijatori.

Disocijacija korelira negativno sa hipermentalizacijom ( $r=-.475$ ,  $p<.001$ ) i dubokim nepoverenjem ( $r=.215$ ,  $p<.05$ ), a umereno pozitivno sa hipomentalizacijom ( $r=.430$ ,  $p<.001$ ).

Statistički je značajna, negativna veza ( $r=-.455$ ,  $p<.001$ ) između hipermentalizacije i hipomentalizacije. Hipomentalizacija je negativno ( $r=.179$ ,  $p<.05$ ), a hipermentalizacija pozitivno ( $r=.220$ ,  $p<.05$ ) povezana sa sigurnošću. Uz to, hipermentalizacija ostvaruje pozitivnu korelaciju sa preokupiranošću ( $r=.421$ ,  $p<.001$ ), a hipomentalizacija sa dezorganizacijom afektivnih odnosa ( $r=-.280$ ,  $p<.01$ ). Kontrolna skala inventara za procenu traume, idealizacija ostvaruje negativnu korelaciju sa intenzitetom doživljenih traumatskih iskustava ( $r=-.459$ ,  $p<.01$ ), skalama koje mere preokupiranost ( $r=-.201$ ,  $p<.01$ ), hipomentalizaciju ( $r=-.279$ ,  $p<.001$ ) i disocijaciju ( $r=-.298$ ,  $p<.001$ ), a pozitivnu sa merama izraženosti sigurnosti ( $r=.271$ ,  $p<.01$ ), i hipermentalizacije ( $r=.259$ ,  $p<.01$ ).

### 8. 3. Modeli medijacije

#### 8.3.a. Preliminarne analize

Sprovedeno je niz analiza kako bi se proverili preduslovi za sprovođenje medijacije.

1) U prvom koraku provereno je da li prediktor predviđa medijatorske i kriterijumske varijable. Rezultati su prikazani u tabelama 12. i 13.

*Tabela 12. Rezultati regresione analize sa traumom kao prediktorom i internalizacijom, eksternalizacijom i problemima u relacijama kao kriterijumskim varijablama*

Prediktor	Kriterijum: Eksternalizacija			Kriterijum: Internalizacija			Kriterijum: problemi u relacijama		
	$\beta$	T	p(t)	$\beta$	T	p(t)	$\beta$	T	p(t)
<b>Trauma (ukupni skor)</b>	<b>.33</b>	<b>2.02</b>	<b>.040</b>	<b>.18</b>	<b>2.02</b>	<b>.040</b>	<b>.36</b>	<b>4.84</b>	<b>.000</b>
<b>Regresioni model</b>	R= .331 R <sup>2</sup> = .109 R <sup>2</sup> kor= .102 F (1)= 14.59; p=.000			R= .182 R <sup>2</sup> = .033 R <sup>2</sup> kor= .025 F (1)= 4.08 ; p=.046			R= .363 R <sup>2</sup> = .132 R <sup>2</sup> kor= .124 F (1)=18.04; p=.000		

Kompozitna varijabla Trauma, koju ćemo koristiti u modelu odnosa, kako vidimo iz tabele, objašnjava 10% varijanse vrednosti internalizacije, 3% varijanse vrednosti eksternalizacije i 13% varijanse problema u društvenim relacijama.

*Tabela 13. Rezultati regresione analize sa traumom kao prediktorom i potencijalnim medijatorima kao kriterijumskim varijablama*

Prediktor	Kriterijum: Dezorganizacija			Kriterijum: Duboko nepoverenje			Kriterijum: Hipomentalizacija			Kriterijum: Hipermentalizacija			Kriterijum: Disocijacija		
	$\beta$	t	p(t)	$\beta$	t	p(t)	$\beta$	t	p(t)	$\beta$	t	p(t)	$\beta$	t	p(t)
<b>Trauma (ukupni skor)</b>	<b>.27</b>	<b>3.08</b>	<b>.003</b>	<b>.21</b>	<b>4.28</b>	<b>.016</b>	<b>.28</b>	<b>3.15</b>	<b>.002</b>	<b>-.21</b>	<b>-2.42</b>	<b>.017</b>	<b>.30</b>	<b>3,50</b>	<b>.001</b>
<b>Regresioni model</b>	R= .272 R <sup>2</sup> = .074 R <sup>2</sup> kor= .066 F(1)= 9.53; p=.003			R= .219 R <sup>2</sup> = .048 R <sup>2</sup> kor= .040 F(1)= 6.01; p=.016			R= .278 R <sup>2</sup> = .077 R <sup>2</sup> kor= .070 F(1)= 9.97 p=.002			R= .217 R <sup>2</sup> = .047 R <sup>2</sup> kor= .039 F(1)=5.86; p=.017			R= .305 R <sup>2</sup> = .093 R <sup>2</sup> kor= .086 F(1)=12.24; p=.001		

Tabela 13. prikazuje da u slučaju svih potencijalnih medijatorskih varijabli Trauma ostvaruje statistički značajnu prediktivnu moć.

2) Kako su ovi preduslovi ispunjeni i trauma se pokazala kao značajan prediktor medijatorskih i kriterijumskih varijabli, u drugom koraku regresione analize nastavilo se sa proverom prediktorske moći i potencijalnih medijatora. Proveravan je efekat samo za one varijable koje ostvaruju korelaciju sa traumom, sa jedne strane i kriterijumskim varijablama sa druge.

To su, kada je medijator neorganizovana afektivna vezanosti u pitanju, dimenzije *dezorganizacija*, koja ostvaruje korelaciju sa problemima u relacijama i *duboko nepoverenje*, koja ostvaruje korelaciju sa internalizacijom.

Tabela 14. Rezultati stupnjevite regresione analize sa dimenzijama afektivne vezanosti kao prediktorom i internalizacijom i problemima u relacijama kao kriterijumskim varijablama

Prediktor	Kriterijum: Internalizacija			Kriterijum: Problemi u relacijama		
	$\beta$	T	p(t)	$\beta$	T	p(t)
Dezorganizacija <b>Regresioni model</b>	/	/	/	<b>,26</b>	<b>3,03</b>	<b>,003</b>
	analiza nije sprovedena zbog odsustva korelacije			R= .268 R <sup>2</sup> = .072 R <sup>2</sup> kor= .064 F (5)= 9.195 ; p>.01		
Duboko nepoverenje <b>Regresioni model</b>	<b>,23</b>	<b>2,61</b>	<b>,010</b>	/	/	/
	R= .233 R <sup>2</sup> = .054 R <sup>2</sup> kor= .046 F (1)= 6.820 ; p>.01			analiza nije sprovedena zbog odsustva korelacije		

Duboko nepoverenje je značajan pozitivan prediktor internalizovanih simptoma, a dezorganizacija značajan pozitivan prediktor problema u društvenim relacijama, te će ove dimenzije i u trećem koraku preliminarne analize biti tretirane kao potencijalni medijatori.

Proveren je, nadalje, efekat dimenzija *oštećene mentalizacije* na eksternalizaciju probleme u relacijama.

Tabela 15. Rezultati regresione analize sa dimenzijama mentalizacije kao prediktorom i eksternalizacijom i problemima u relacijama kao kriterijumskim varijablama

Prediktor	Kriterijum: Eksternalizacija			Kriterijum: Problemi u relacijama		
	$\beta$	T	p(t)	$\beta$	T	p(t)
Hipomentalizacija	<b>.26</b>	<b>3.68</b>	<b>.001</b>	<b>.35</b>	<b>4.10</b>	<b>.000</b>
<b>Regresioni model</b>	R= .268 R <sup>2</sup> = .082 R <sup>2</sup> kor= .074 F (2)=10.60; p<.01			R= .352 R <sup>2</sup> = .124 R <sup>2</sup> kor= .117 F (1)= 16.87; p<.001		
Hipermentalizacija	<b>-.27</b>	<b>-3.09</b>	<b>.002</b>	<b>-.38</b>	<b>-4.55</b>	<b>.000</b>
<b>Regresioni model</b>	R= .273 R <sup>2</sup> = .074 R <sup>2</sup> kor= .067 F (1)=9.57; p<.01			R= .385 R <sup>2</sup> = .149 R <sup>2</sup> kor= .141 F (1)=20.76 ; p<.001		

Obe dimenzije mentalizacije su statistički značajni prediktori kriterijumskih varijabli. hipomentalizacija je pozitivan prediktor i eksternalizacije ( $\beta=.26$ ) i i problema u relacijama ( $\beta=.35$ ), a hipermentalizacija negativan prediktor u oba slučaja ( $\beta=-.27$  i  $\beta=-.38$ ).

Disocijacija je, kao treći potencijalni medijator čiji efekat proveravamo, ostvarila korelaciju sa sve tri kriterijumske varijable. Ova dimenzija statistički značajno predviđa i internalizovane, eksternalizovane simptome i probleme u društvenim relacijama, kao što nam pokazuje tabela 16.

Tabela 16. Rezultati regresione analize sa disocijacijom kao prediktorom i kriterijumskim varijablama

Prediktor	Kriterijum: Eksternalizacija			Kriterijum: Internalizacija			Kriterijum: Problemi u relacijama		
	$\beta$	T	p(t)	$\beta$	T	p(t)	$\beta$	T	p(t)
Disocijacija	<b>.54</b>	<b>7.04</b>	<b>.000</b>	<b>.46</b>	<b>5.76</b>	<b>.000</b>	<b>.54</b>	<b>7.06</b>	<b>.000</b>
<b>Regresioni model</b>	R= .543 R <sup>2</sup> = .294 R <sup>2</sup> kor= .288 F (1)= 49.63; p<.001			R= .468 R <sup>2</sup> = .219 R <sup>2</sup> kor= .212 F (1)= 33.2.; p<.001			R= .544 R <sup>2</sup> = .269 R <sup>2</sup> kor= .290 F (1)= 49.93; p<.001		



3) u trećem koraku analize multiplom regresijom proveravamo da li trauma zajedno sa potencijalnim medijatorima predviđa kriterijumsku varijablu. Značajnost predikcije potencijalne medijatorske varijable, uz opadanje prediktivne moći prvog prediktora, dokaz je o medijaciji. Dakle, kada se uzme u obzir i medijator beta koeficijent ( $\beta$ , standardizovani regresioni koeficijent) prvog prediktora (traume) trebalo bi da opadne, a medijator da zadrži svoju prediktivnu moć, kako bismo imali dokaz o medijaciji.

*Tabela 17. Rezultati multiple regresione analize sa Internalizacijom kao kriterijumom*

Prediktori		Kriterijum: Internalizacija		
		$\beta$	T	p(t)
Trauma i	<b>I</b>	.29	3.34	.001
Duboko nepoverenje	<b>II</b>	.16	1.92	.060
<b>Regresioni model</b>				
R=.369; R <sup>2</sup> =.136; R <sup>2</sup> kor=.122; F(1)= 9.30.; p<.000				
Trauma i Disocijacija	<b>I</b>	.10	2.48	.044
	<b>II</b>	<b>.40</b>	<b>4.85</b>	<b>.000</b>
<b>Regresioni model</b>				
R=.507; R <sup>2</sup> =.257; R <sup>2</sup> kor=.245; F(2)=20,45; p<.000				

Rezultati prikazani u tabeli pokazuju da nemamo dokaz da dimenzija Duboko nepoverenje posreduje u odnosu između traume i internalizovanih simptoma. Sa druge strane, Disocijacija u drugom koraku analize zadržava svoju prediktorsku moć ( $\beta$ =.40), mada samo blago umanjujući doprinos traume. U slučaju Internalizacije kao kriterijuma, samo disocijacija se zadržava kao medijator.

*Tabela 18. Rezultati multiple regresione analize sa Eksternalizacijom kao kriterijumom*

Prediktori		Kriterijum: Eksternalizacija		
		$\beta$	T	p(t)
Trauma i	<b>I</b>	.11	1.27	.226
Hipomentalizacija	<b>II</b>	<b>.25</b>	<b>2.76</b>	<b>.006</b>
<b>Regresioni model</b>				
R=.305; R <sup>2</sup> =.093; R <sup>2</sup> kor=.078; F(2)= 6.06; p<.01				
Trauma i	<b>I</b>	.12	1.43	.154
Hipermentalizacija	<b>II</b>	<b>-.24</b>	<b>-2.72</b>	<b>.007</b>
<b>Regresioni model</b>				
R=.301; R <sup>2</sup> =.090; R <sup>2</sup> kor=.075; F(2)= 5.86; p<.01				
Trauma i Disocijacija	<b>I</b>	.01	0.22	.821
	<b>II</b>	<b>.53</b>	<b>6.61</b>	<b>.000</b>
<b>Regresioni model</b>				
R= .543; R <sup>2</sup> = .295; R <sup>2</sup> kor=.283; F(2)= 26.64; p<.000				

U slučaju eksternalizacije kao kriterijuma, sve ispitivane varijable, hipomentalizacija ( $\beta=.25$ ), hipermentalizacija ( $\beta=-.24$ ) i disocijacija ( $\beta=.53$ ), zadržavaju prediktivnu moć i u drugom koraku analize, umanjujući statistički značajno doprinos prvog prediktora.

*Tabela 19. Rezultati multiple regresione analize sa Problemima u relacijama kao kriterijumom*

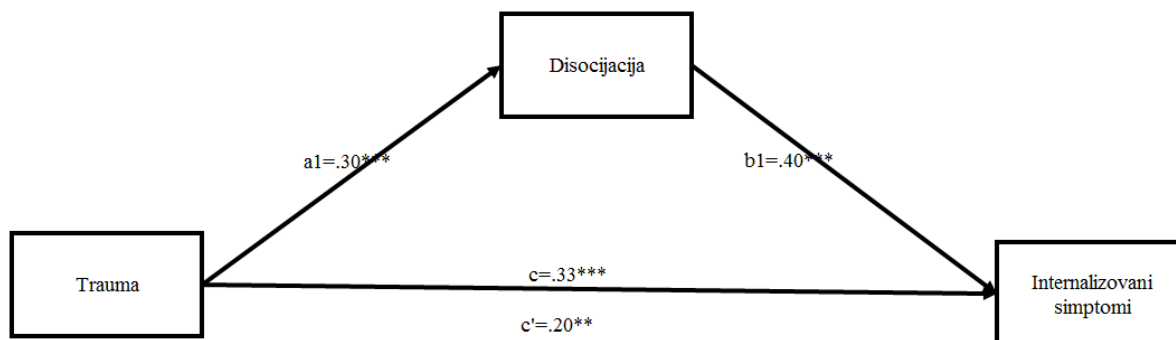
Prediktori		Kriterijum: Problemi u relacijama		
		$\beta$	T	p(t)
Trauma i Dezorganizacija	<b>I</b>	.31	3.57	.001
	<b>II</b>	<b>.18</b>	<b>2.08</b>	<b>.039</b>
<b>Regresioni model</b>				
R=.305; R <sup>2</sup> =.093; R <sup>2</sup> kor=.078; F(2)= 6.06; p<.01				
Trauma i Hipermentalizacija	<b>I</b>	.28	3.34	.001
	<b>II</b>	<b>-.27</b>	<b>-3.18</b>	<b>.002</b>
<b>Regresioni model</b>				
R=.447; R <sup>2</sup> =.200; R <sup>2</sup> kor=.187; F(2)= 14.77; p<.001				
Trauma i Hipomentalizacija	<b>I</b>	.29	3.54	.001
	<b>II</b>	<b>.32</b>	<b>3.83</b>	<b>.000</b>
<b>Regresioni model</b>				
R=.480; R <sup>2</sup> =.230; R <sup>2</sup> kor=.217; F(2)= 17.67; p<.001				
Trauma i disocijacija	<b>I</b>	.21	2.76	.007
	<b>II</b>	<b>.47</b>	<b>6.07</b>	<b>.000</b>
<b>Regresioni model</b>				
R= .582; R <sup>2</sup> = . 338; R <sup>2</sup> kor= .327;F(2)= 30,16; p<.000				

Sve ispitivane potencijalno medijatorske varijable, dezorganizacija ( $\beta=.18$ ), hipomentalizacija ( $\beta=.32$ ), hipermentalizacija ( $\beta=-.27$ ) i disocijacija ( $\beta=.47$ ), zadržavaju prediktivnu moć i u drugom koraku analize, umanjujući statistički značajno doprinos prvog prediktora.

U preliminarnim analizama, koristeći metode multivarijantne statistike, testrali smo preduslove za sprovođenje medijacionih analiza, te smo koristeći se ovim nalazima i teorijski baziranim pretpostavkama, dobili nekoliko mogućih modela odnosa između glavnih varijabli istraživanja koje ćemo proveriti u programu Process micro v3.3.

### 8. 3. b. Efekat traume na internalizovane simptome preko disocijacije kao medijatora

Grafik 3. prikazuje model proste medijacije u kom trauma ostvaruje efekat na internalizovane simptome preko prikazanih putanja (a1b1, c i c'). Strelice pokazuju smer putanje, dok su a1, b1, c i c', (standardizovani) koeficijenti putanje.



Grafik 7. Model proste medijacije: Efekat Traume na Internalizovane simptome preko Disocijacije

Možemo videti da je koeficijent putanje između traume, kao prediktora i disocijacije, kao medijatora, značajan (putanja a1,  $\beta=.30$ ,  $SG=.46$ ,  $p<.001$ ). Direktni efekat traume na kriterijumsku varijablu, koji pokazuje u kojoj meri se zavisna varijabla menja kada se nezavisna varijabla poveća za jednu jedinicu, a medijatori još uvek nisu uključeni u odnos je takođe značajan (c',  $\beta=.20$ ,  $SG=.03$ ,  $p<.01$ ). Totalni efekat traume, kada se u model uključi i medijator raste (c,  $\beta=.33$ ,  $SG=.36$ ,  $p<.001$ ), ukazujući na verovatnu značajnost indirektnog efekta traume preko medijatora: statistički model je bolji kada se u odnos uključi i medijator.

Tabela 20. Totalni, direktni i indirektni efekat Traume (X) na internalizovane simptome (Y) preko disocijacije

Efekat		SG	Intervali Poverenja	
Indirektni X→disocijacija→Y	0.12	0.04	0.04	0.22

I zaista, Tabela 20. pokazuje da indirektni efekat traume preko disocijacije na internalizovane simptome jeste značajan ( $\beta=.12$ ,  $SG=.04$ ,  $IP[.04-.22]$ ), iako je vrednost standardizovanog koeficijenta niska. Model objašnjava 25% varijanse, ( $R=.50$ ,  $R^2=.25$ ).

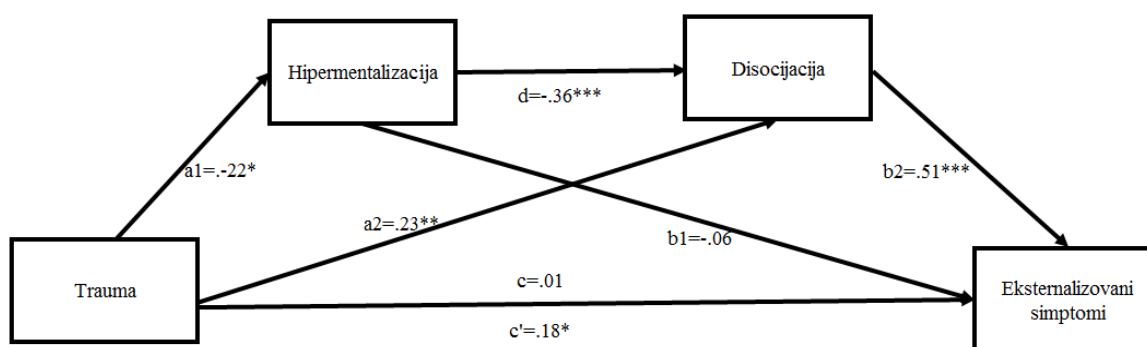
### 8. 3. c. Efekat Traume na Eksternalizovane simptome preko oštećene mentalizacije i disocijacije kao serijskih medijatora

Kada je Eksternalizacija, kao kriterijum u pitanju, testiraćemo model medijacije u kom Trauma ostvaruje indirektni efekat preko mentalizacije i disocijacije. Statističkim putem ćemo najpre proveriti da li postoje preduslovi za testiranje modela serijske medijacije, na taj način što ćemo ispitati da li se korelacija između hipermentalizacije i disocijacije, odnosno hipomentalizacije i disocijacije menja nakon uklanjanja uticaja (preklapanja) traume.

Tabela 21. Parcijalna korelacija između potencijalnih medijatora, kontrolisana za efekat traume

	Disocijacija
Hipermentalizacija	-.366 **
Hipomentalizacija	.328**

Iz tabele vidimo da su postojeće korelacije između medijatora disocijacija, sa jedne i medijatora hipermentalizacije ( $r=-.406$ ,  $p<.001$ ), odnosno hipomentalizacije ( $r=.385$ ,  $p<.001$ ), sa druge strane strane zadržale svoju statistički značajnu vrednost ( $r=-.366$ ,  $p<.001$ ;  $r=.328$ ,  $p<.001$ ) i nakon eliminisanja uticaja traume. Korelacija između ovih varijabli nezavisna je od uticaja traume, što nama omogućava da nastavimo sa pretpostavkom o serijskom odnosu između medijatora unutar modela.



Grafik 8. Model serijske medijacije: efekat Traume na Eksternalizovane simptome preko Hipermentalizacije i Disocijacije kao serijskih medijatora

Grafik 8. prikazuje model serijske višestruke medijacije u kome trauma ostvaruje efekat na eksternalizovane simptome preko prikazanih putanja (a1b1, a2b2, a1d21b1,

a1d21b2, c i c'). Strelice pokazuju smer putanje, dok su a1, a2, b1, b2, d21, c i c', (standardizovani) koeficijenti putanje.

Možemo videti da su standardizovani koeficijenti putanje između traume, kao prediktora i oba medijatora značajni (a1,  $\beta = .22$ , SG=.07,  $p < .05$ ; a2,  $\beta = .23$ , SG=.01,  $p < .01$ ). Direktni efekat traume na kriterijumsku varijablu, koji pokazuje u kojoj meri se zavisna varijabla menja kada se nezavisna varijabla poveća za jednu jedinicu, a medijatori još uvek nisu uključeni u odnos, nije značajan (c',  $\beta = .01$ , SG=.05,  $p > .05$ ). Totalni efekat traume sa medijatorima u modelu, međutim, jeste značajan (c,  $\beta = .10$ , SG=.05,  $p < .01$ ).

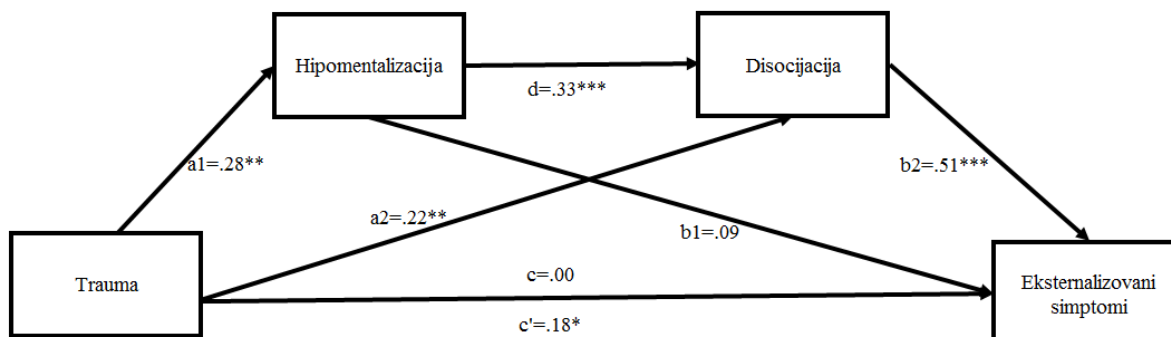
Kada je u pitanju odnos između samih medijatora, hipermentalizacija ostvaruje statistički značajan efekat na Disocijaciju (d21,  $\beta = -.36$ , SG=.01,  $p < .001$ ). Efekat hipermentalizacije na kriterijumsku varijablu eksternalizovani simptomi, međutim, nije značajan (b1,  $\beta = -.06$ , SG=.06,  $p > .05$ ), dok efekat disocijacije, sa vrednošću koeficijenta b2,  $\beta = .51$ , jeste (SG=.49,  $p < .001$ ).

*Tabela 22. Totalni, direktni i indirektni efekat Traume (X) na eksternalizovane simptome (Y) preko hipermentalizacije (M1) i disocijacije (M2) kao serijskih medijatora*

Efekat		SG	T	P	Intervali Poverenja	
Totalni	0.10	0.05	2.02	,00	0.00	0.20
Direktni	0.01	0.05	.14	,89	-0.08	0.10
Totalni indirektni	0.17	0.06			0.06	0.29
Indirektni X→M1→Y	-0.01	0.02			-0.02	0.05
Indirektni X→M2→Y	0.12	0.05			0.03	0.22
Indirektni X→M1→M2→Y	0.04	0.02			0.00	0.10

Podaci iz tabele 22 pokazuju da je totalni indirektni efekat traume na eksternalizovane simptome preko svih medijatora značajan ( $\beta = .17$ , SG=.06, IP[.06-.29]). Kada su pojedinačni indirektni efekti u pitanju, vidimo da je indirektni efekat preko prvog medijatora ( $\beta = .01$ , SG=.02, IP[-.02-.05]) slab i bez statističke značajnosti, dok su indirektni efekat preko drugog medijatora, disocijacije ( $\beta = .12$ , SG=.05, IP[.03-.22]) i indirektni efekat koji obuhvata serijski medijacioni odnos ( $\beta = .04$ , SG=.02, IP[.00-.10]) statistički značajni, iako slabog intenziteta. Ovaj model objašnjava 29% ( $R = .54$ ,  $R^2 = .29$ ) varijanse kriterijumske varijable.

Grafik 9. pokazuje model kao što je i prethodni, osim što je prvi medijator hipermentalizacija zamenjena hipomentalizacijom. Efekti koji uključuju međuodnos traume, disocijacije i kriterijuma su nepromenjeni.



Grafik 9. Model serijske medijacije: efekat Traume na Eksternalizovane simptome preko Hipomentalizacije i Disocijacije kao serijskih medijatora

Tabela 23. Totalni, direktni i indirektni efekat Traume (X) na eksternalizovane simptome (Y) preko hipomentalizacije (M1) i disocijacije (M2) kao serijskih medijatora

Efekat	$\beta$	SG	T	P	Intervali Poverenja	
Totalni	0.10	0.05	2.02	,00	0.00	0.20
Direktni	0.00	0.05	.02	,98	-0.09	0.09
Totalni indirektni	0.18	0.06			0.07	0.30
Indirektni X→M1→Y	0.03	0.03			-0.01	0.09
Indirektni X→M2→Y	0.11	0.05			0.02	0.21
Indirektni X→M1→M2→Y	0.05	0.02			0.00	0.10

Efekat traume na hipomentalizaciju statistički je značajan ( $a_1=.28$ ,  $SG=.07$ ,  $p<.01$ ). Sama hipomentalizacija ostvaruje efekat na disocijaciju ( $d_1=.33$ ,  $SG=.01$ ,  $p<.001$ ), međutim efekat na eksternalizovane simptome nije statistički značajan ( $b_1=.09$ ,  $SG=.06$ ,  $p>.05$ ).

Indirektni efekat traume na eksternalizovane simptome, preko hipomentalizacije kao medijatora, takođe, nije značajan ( $\beta=.03$ ,  $SG=.03$ ,  $IP[-.01-.09]$ ), ali je, iako slab, značajan efekat traume preko medijatora hipomentalizacije i disocijacije u seriji ( $\beta=.05$ ,  $SG=.02$ ,  $IP[.01-.10]$ ). Ovaj model objašnjava 30% ( $R=.54$ ,  $R^2=.30$ ) varijanse kriterijumske varijable.

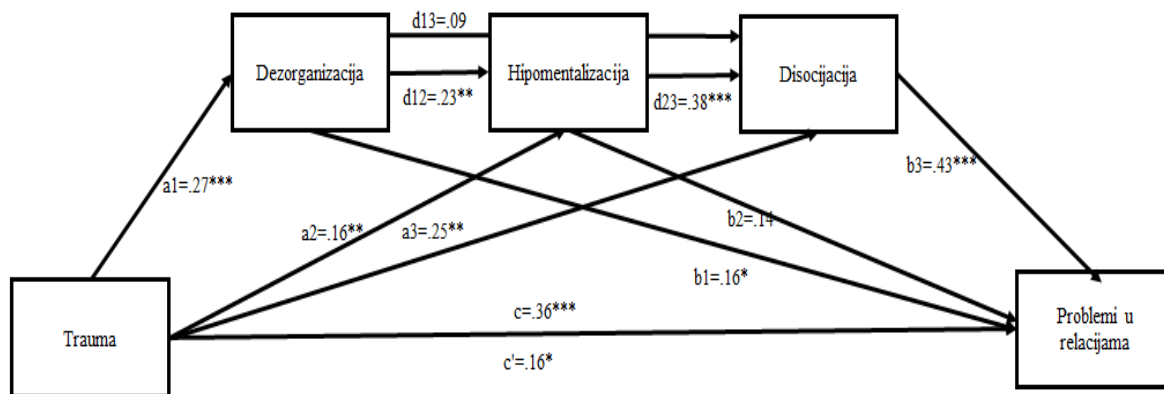
### 8. 3. d. Efekat Traume na Probleme u relacijama preko dezorganizacije, oštećenja mentalizacije i disocijacije kao medijatora

Dezorganizacija, mentalizacija i disocijacija su mogući medijatori odnosa između traume i problema u relacijama, pa ćemo proveriti modele koji obuhvataju odnose između ovih varijabli. Najpre ćemo ispitati parcijalne korelacije za proveru odnosa unutar modela. Kontrolišući uticaj traume, proverićemo korelacije dezorganizacije sa obe dimenzije mentalizacije i disocijacijom, te mentalizacije sa disocijacijom.

*Tabela 24. Parcijalna korelacija potencijalnih medijatora kontrolisana za efekat traume*

	Hipomentalizacija	Hipermentalizacija	Disocijacija
Dezorganizacija	-,225*	,094	-,002
Hipomentalizacija			,366***
Hipermentalizacija			-,328***

Iz tabele vidimo da varijable dezorganizacija afektivne veznosti i hipomentalizacija ( $r=-.225$ ,  $p<.05$ ), te hipomentalizacija i disocijacija ( $r=-.366$ ,  $p<.001$ ) pozitivno koreliraju nezavisno od uticaja traume. Prvi submodel koji ćemo proveriti obuhvatiće stoga odnos serijske medijacije sa tri medijatora u nizu – gde dezorganizacija ostvaruje efekat na hipomentalizaciju, a hipomentalizacija na disocijaciju. Druga dimenzija mentalizacije, hipermentalizacija, nije u korelaciji sa preostala dva medijatora, niti su dezorganizacija i disocijacija međusobno korelirane, kada se kontrolišu za efekat traumatskih iskustava. Submodel koji uključuje hipomentalizaciju, zato, ne zadovoljava uslove za serijsku medijaciju, pa ćemo proveriti paralelni efekat ova tri medijatora u odnosu od traume do problema u relacijama. Model objašnjava 38% varijanse problema u relacijama ( $R=.61$ ,  $R^2=.38$ ).



Grafik 10. Model serijske medijacije: efekat Traume na Probleme u relacijama preko Dezorganizacije, Hipomentalizacije i Disocijacije kao serijskih medijatora

Grafik 10. prikazuje model serijske medijacije u kom trauma ostvaruje efekat na probleme u relacijama preko tri medijatora u sekvenci: dezorganizacija ostvaruje efekat na mentalizaciju, a mentalizacija na disocijaciju.

Iz grafika vidimo da su značajni svi standardizovani koeficijenti putanje koji pokazuju efekat prediktora, traumatskih iskustava na medijatore ( $a_1=.27$ ,  $p<.001$ ,  $a_2=.16$ ,  $p<.05$ ,  $a_3=.25$ ,  $p<.001$ ) i kriterijumom, probleme u relacijama ( $c'=.16$ ,  $p<.05$ ). Kada su u pitanju pojedinačni medijatorski efekti na kriterijum dezorganizacija ( $b_1=.16$ ,  $p<.05$ ) i disocijacija ( $b_3=.43$ ,  $p<.001$ ) ostvaruju statistički značajne efekte, ali ne i hipomentalizacija ( $b_2=.14$ ,  $p>.05$ ).

Dezorganizacija ostvaruje negativan statistički značajan efekat na hipomentalizaciju ( $d_{12}=-.23$ ,  $p<.01$ ), dok njen efekat na disocijaciju nije statistički značajan. Efekat hipomentalizacije na disocijaciju jeste značajan ( $d_{23}=.38$ ,  $p<.001$ ).

Kako vidimo iz tabele, totalni efekat traume, sa medijatorima u modelu, na probleme u relacijama statistički je značajan i veći je nego direktni efekat ( $\beta=.36$ ,  $SG=.02$ ,  $IP[.04-.11]$ ). Totalni indirektni efekat takođe je značajan ( $\beta=.20$ ,  $SG=.05$ ,  $IP[.10-.31]$ ).

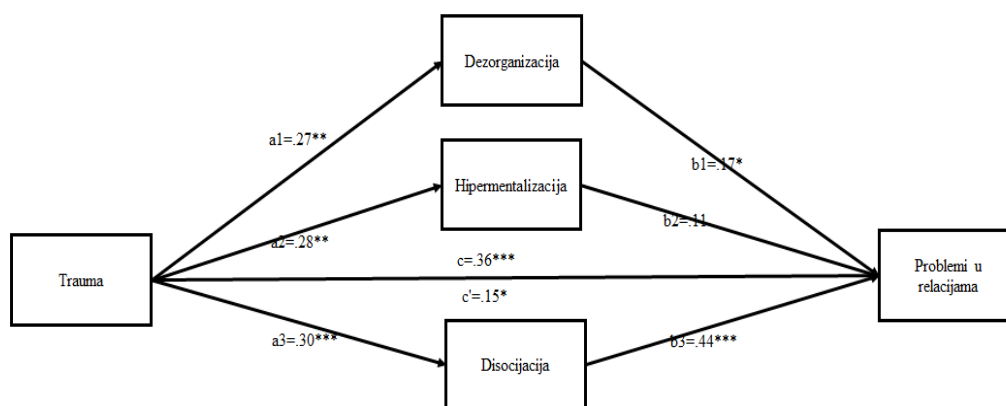


Tabela 25. Totalni, direktni i indirektni efekat Traume (X) na Probleme u relacijama (Y) preko Dezorganizacije (M1), Hipermentalizacije (M2) i Disocijacije (M3) kao serijskih medijatora

Efekat	$\beta$	SG	T	P	Intervali Poverenja	
Totalni	0.36	0.02	4.25	,00	0.04	0.11
Direktni	0.16	0.02	2.04	,04	0.00	0.07
Totalni indirektni	0.20	0.05			0.10	0.31
Indirektni X→M1→Y	0.04	0.03			0.01	0.10
Indirektni X→M2→Y	0.02	0.02			-0.03	0.06
Indirektni X→M3→Y	0.11	0.04			0.00	0.20
Indirektni X→M1→M2→Y	0.01	0.01			0.00	0.02
Indirektni X→M1→M3→Y	-0.01	0.01			-0.03	0.01
Indirektni X→M2→M3→Y	0.02	0.02			-0.01	0.07
X→M1→M2→M3→Y	0.01	0.01			0.00	0.02

Pojedinačni indirektni efekat preko hipomentalizacije nije statistički značajan, dok su pojedinačni indirektni efekti preko dezorganizacije ( $\beta=0.04$ ,  $SG=.03$ ,  $IP[.01-.10]$ ), kao prvog i disocijacije ( $\beta=0.11$ ,  $SG=.04$ ,  $IP[.00-.20]$ ), kao trećeg medijatora značajni, iako veoma niskog koeficijenta jačine efekta. Indirektni efekat koji uključuje serijski medijatorski odnos značajan je kada su u modelu sva tri medijatora ( $\beta=.01$ ,  $SG=.01$ ,  $IP[.00-.02]$ ), a bez statističke značajnosti kada su uključena bilo koja dva medijatora bez trećeg. Ovaj model objašnjava 38% ( $R=.61$ ,  $R^2=.38$ ) varijanse kriterijumske varijable.

Grafik 11 predstavlja prikaz modela medijacije gde je efekat traume na probleme u relacijama posredovan dezorganizacijom, hipermentalizacijom i disocijacijom, kao paralelnim, nepovezanim medijatorima.



Grafik 11. Model paralelne medijacije: efekat Traume na Probleme u relacijama preko Dezorganizacije, Hipermentalizacije i Disocijacije

Tabela 26 nam pokazuje da hipermentalizacija, kao ni hipomentalizacija, nema ulogu medijatora odosa od doživljene traume do problema u relacijama.

*Tabela 26. Totalni, direktni i indirektni efekat Traume (X) na Probleme u relacijama (Y) preko Dezorganizacije (M1), hipermentalizacije (M2) i disocijacije (M3) kao paralelnih medijatora*

Efekat	$\beta$	SG	T	P	Intervali Poverenja	
Totalni	0.36	0.17	4.28	,00	0.04	0.10
Direktni	0.15	0.16	1.86	,05	0.00	0.06
Totalni indirektni	0.21	0.05			0.10	0.33
Indirektni X→M1→Y	0.04	0.02			0.01	0.11
Indirektni X→M2→Y	0.03	0.03			-0.02	0.10
Indirektni X→M3→Y	0.13	0.04			0.05	0.24

Dok dezorganizacija i disocijacija zadržavaju vrednosti koeficijenata putanje i koeficijent indirektnog efekta, kao u prethodnom modelu sa hipomentalizacijom, vidimo da hipermentalizacija ne ostvaruje efekat na probleme u relacijama kao kriterijum. Standardizovani koeficijent putanje od hipermentalizacije do problema u relacijama ( $b_2=.11$ ,  $p>.005$ ) nije statistički značajan, kao što nije statistički značajan ni indirektni efekat od traume, preko hipermentalizacije, kao medijatora, do problema u relacijama ( $\beta=.03$ , IP[-.02-.10]). Ovaj model objašnjava 38% ( $R=.61$ ,  $R^2=.38$ ) varijanse kriterijumske varijable.

## 8.4. Modeli moderacije

### 8.4.a. Preliminarne analize

Sprovedene su i regresione analize za proveru moderatorskog efekta varijabli afektivna vezanost i mentalizacija. Sve dimenzije su najpre transformisane centriranjem rezultata (rezultat ispitanika iskazan je kao odstupanje rezultata od aritmetičke sredine), kako bi se izbegla multikolinearnost, i formiran je kompozitni skor za svaku interakciju (multiplikacijom; na primer, interakcija između traume i dezorganizacije rezultat je množenja skorova ove dve varijable). Analiza je, praktično, sprovedena na taj način što je u regresijsku jednačinu uključen prediktor trauma, kao prva i glavna varijabla, zatim moderator (dimenzije afektivne vezanosti i refleksivne funkcije) i produkt interakcije između prediktora i moderatora kao još jedan prediktor, dok su varijable internalizacija, eksternalizacija ili problemi u relacijama tretirane kao kriterijumske. Sprovedeno je niz analiza sa svakom dimenzijom afektivne vezanosti i mentalizacije kao mogućim moderatorima odnosa između prediktora i kriterijuma. U tabelama koje slede biće prikazani oni modeli regresije gde je otkriven značajan efekat interakcije, govoreći u prilog pretpostavci o moderatorskom efektu, odvojeno za internalizaciju, eksternalizaciju i probleme u relacijama. Rezultati ostalih analiza biće prikazani u prilogu.

*Tabela 27. Rezultati regresijske analize gde je Internalizacija kriterijumska varijabla, a prediktori Trauma, Sigurnost afektivne vezanosti i njihova interakcija*

Prediktor	Kriterijum: Internalizacija		
	$\beta$	T	p(T)
Trauma	.27	.34	.001
Sigurnost afektivne vezanosti	-.20	-2.53	.013
Trauma x Sigurnost	<b>-.31</b>	<b>-3.87</b>	<b>.000</b>
<b>Regresioni model</b>	R= .520 R <sup>2</sup> = .271 R <sup>2</sup> kor= .252 F (3)= 14.47 ; p<.000		

Iz tabele uočavamo da je doprinos interakcije varijabli trauma i sigurnost afektivne vezanosti značajan prediktor varijable internalizacija.

Tabela 28. Rezultati regresijske analize gde je Internalizacija kriterijumska varijabla, a prediktori Trauma, Duboko nepoverenje i njihova interakcija

Prediktor	Kriterijum: Internalizacija		
	$\beta$	T	p(T)
Trauma	.28	.335	.001
Duboko nepoverenje	.16	1.87	.063
Trauma x DN	<b>.19</b>	<b>2.31</b>	<b>.022</b>
<b>Regresioni model</b>	R= .417 R <sup>2</sup> = .174 R <sup>2</sup> kor= .153 F (3)= 8.22 ; p<.001		

Statistički je značajan doprinos interakcije traume i dubokog nepoverenja pri predviđanju simptoma internalizovanog tipa, kao što se može očitati u tabeli 28.

Tabela 29. Rezultati regresijske analize gde je Eksternalizacija kriterijumska varijabla, a prediktori Trauma, Hipomentalizacija i njihova interakcija

Prediktor	Kriterijum: Eksternalizacija		
	$\beta$	T	p(t)
Trauma	.91	1.03	.304
Hipomentalizacija	.19	2.20	.030
Trauma x Hipomentalizacija	<b>.26</b>	<b>2.99</b>	<b>.003</b>
<b>Regresioni model</b>	R= .397 R <sup>2</sup> = .158 R <sup>2</sup> kor= .136 F (3)= 7.308 ; p<.000		

Iz tabele 29 uočavamo da je doprinos interakcije varijabli trauma i hipomentalizacija značajan prediktor varijable eksternalizacija.

Tabela 30. Rezultati regresijske analize gde je Eksternalizacija kriterijumska varijabla, a prediktori Trauma, Hipermentalizacija i njihova interakcija

Prediktor	Kriterijum: Eksternalizacija		
	$\beta$	T	p(t)
Trauma	.14	1.65	.101
Hipermentalizacija	-.22	-2.50	.014
Trauma x Hipermentalizacija	<b>-.14</b>	<b>-1.58</b>	<b>.041</b>
<b>Regresioni model</b>	R= .331 R <sup>2</sup> = .109 R <sup>2</sup> kor= .087 F (3)=4.78 ; p<.01		

Takođe, značajan je i doprinos interakcije varijabli trauma i hipermentalizacija, kako vidimo iz tabele 30.

Tabela 31. Rezultati regresijske analize gde je Problemi u relacijama kriterijumska varijabla, a prediktori Trauma, Hipermentalizacija i njihova interakcija

Prediktor	Kriterijum: problemi u relacijama		
	$\beta$	T	p(t)
Trauma	.33	4.23	.000
Hipermentalizacija	-.28	-3.55	.001
Trauma x Hipermentalizacija	-.29	-3.76	.000
<b>Regresioni model</b>	R= .560		
	R <sup>2</sup> = .314		
	R <sup>2</sup> kor= .296		
	F (3)=17.82 ; p<.001		

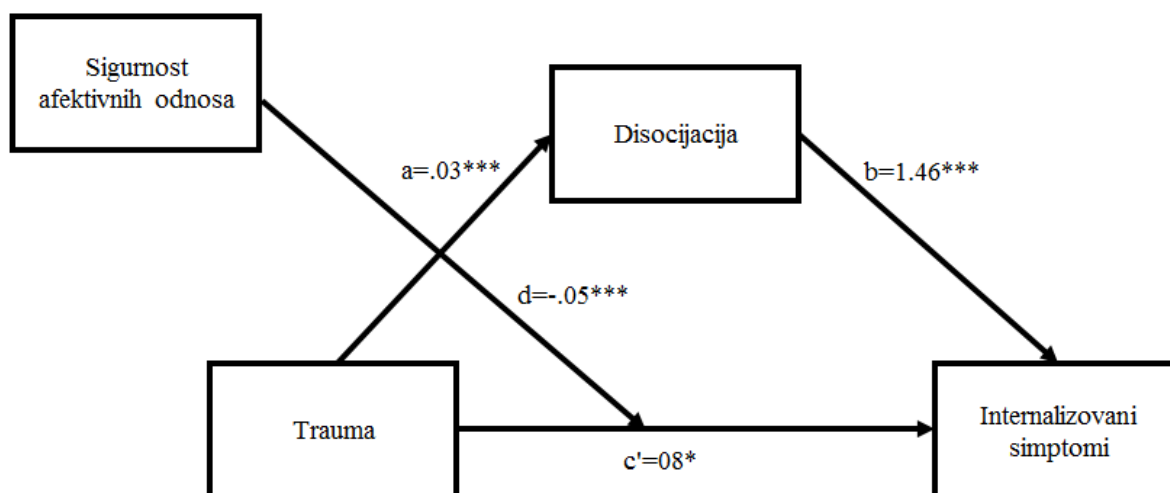
Doprinos interakcije varijabli trauma i hipermentalizacija značajno predviđa probleme u društvenim relacijama, kao što možemo očitati iz Tabele 31. Ovi podaci nam ukazuju na potencijalni moderatorski efekat sigurnosti i dubokog nepoverenja, te hipermentalizacije i hipomentalizacije.

Pokušali smo da otkrijemo i efekat moderacije medijacije. Pređašnja analiza je pokazala da je disocijacija značajan i relevantan medijator odnosa između traume i simptoma internalizacije i mentalizacije. Stoga smo sprovedeli niz analiza gde je proveravano da li se odnos između traume i disocijacije ili disocijacije i simptoma internalizacije, eksternalizacije i problema u relacijama, menja u funkciji nivoa izraženosti neke od dimenzija afektivne vezanosti ili mentalizacije i nismo otkrili značajne efekte interakcije.

Dakle, sigurnost i duboko nepoverenje, kao dimenzije afektivne vezanosti, mogući su moderatori odnosa između traume i internalizovanih simptoma mentalnog zdravlja. Kada je eksternalizacija, kao kriterijum u pitanju, moguć je model u kom oštećena mentalizacija moderira direktni efekat traume na simptome. Jedna od dimenzija oštećenja mentalizacije, hipermentalizacija, mogući je moderator odnosa između traume i problema u relacijama. u nastavku su testirani modeli koji obuhvataju sve ove odnose. Sama analiza moderacije sprovedena je u programu Process micro (Hayes, 2017), kroz model 5 koji uključuje testiranje indirektnog efekta prediktora na kriterijumsku varijablu preko jednog ili više paralelnih medijatora, kao i testiranje direktnog efekta prediktora na kriterijum uslovljenog promenama u vrednosti pretpostavljene moderatorske varijable. Disocijacija je varijabla koja se je u svakom od prethodno proveranih modela medijacije pokazala kao relevantan medijator, te je njena uloga nepromenjena i u modelima koji slede. Takođe, u slučaju modela odnosa koji za kriterijumsku varijablu ima probleme u društvenim relacijama, dezorganizacija je zadržana kao značajan medijator.

### 8.4.b. Afektivnom vezanošću uslovljen i disocijacijom posredovan efekat traume na internalizovane simptome

U slučaju internalizacije kao kriterijuma proverićemo modele u kojima trauma ostvaruje indirektni efekat preko disocijacije, dok sigurna afektivna vezanost, u prvom modelu odnosa i duboko nepoverenje u drugom, moderiraju njen direktni efekat.



Grafik 12. Model medijacije sa moderacijom direktnog efekta; Sigurnošću moderiran i Disocijacijom posredovan efekat Traume na Internalizovane simptome

Vrednosti nestandardizovanih koeficijenata putanja a i b na graficima 12. i 14. pokazuju da, identično u oba modela, trauma ostvaruje efekat na disocijaciju, ( $b=.03$ ,  $SG=.01$ ,  $p<.05$ ), koja pak ostvaruje efekat na internalizovane simptome ( $b=1.46$ ,  $SG=.37$ ,  $p<.001$ , u prvom i  $b=1.97$ ,  $SG=.36$ ,  $p<.001$ , u drugom submodelu). Statistički je značajan indirektni efekat traume, preko disocijacije na internalizovane simptome ( $b=.06$ ,  $SG=0.2$ ,  $[-.02-.09]$ ), kao što je prikazano u tabeli 30, čime je još jednom potvrđen medijatorski doprinos disocijacije u ispitivanom odnosu.

Tabela 32. Indirektni efekat Traume (X) na Internalizovane simptome (Y) preko disocijacije

Efekat		SG	Intervali Poverenja	
Indirektni X→disocijacija→Y	0.06	0.02	0.02	0.11

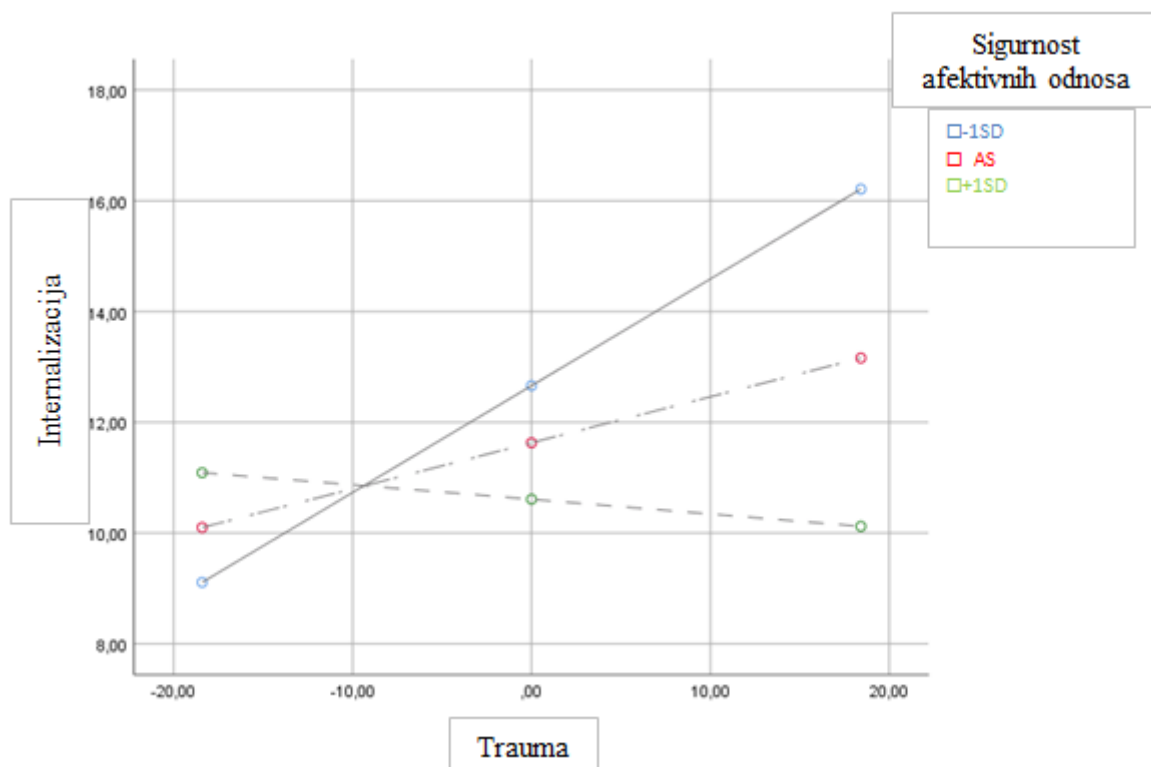
Koeficijent putanje d, prikazan na Grafiku 12. pokazuje nam da je interakcija između varijabli trauma i sigurnost značajna ( $b=-.05$ ,  $SG=.01$ ,  $p<.001$ ).

Vrednost efekta traume menja se sa promenom u vrednosti moderatorske varijable sigurnost. Kako su vrednosti prediktora i moderatora centralizovane, vrednost  $c'=.08$  predstavlja regresioni nagib traume kada je vrednost Sigurnosti jednaka aritmetičkoj sredini. Iz tabele 33, međutim, vidimo da je intenzitet efekta traume statistički značajno veći kada je vrednost sigurnosti za jednu standardnu devijaciju niža od proseka ( $b=.19$ ,  $SG=.04$ ,  $p<.001$ ), dok se smanjuje i gubi statističku značajnost, kada je vrednost sigurnosti za jednu standardnu devijaciju viša od proseka ( $b=-.03$ ,  $SG=.05$ ,  $p>.05$ ). Efekat traume je veći što je vrednost sigurnosti niža.

Tabela 33. Uslovni efekat traume pri vrednostima -1SD, AS i +1SD sigurnosti

Sigurnost	efekat	SG	T	P	Intervali poverenja	
-2.07	.19	0.4	4.29	.000	.10	.28
.00	.08	0.3	2.41	.021	.01	.15
2.07	-.03	0.5	-.57	.570	-.12	.07

Uslovni efekat traume na internalizaciju, pri prosečnim vrednostima moderatorske varijable i vrednostima koje za jednu standardnu devijaciju odstupaju od proseka, vizuelno je predstavljen na Grafiku 13.



Grafik 13. Efekat interakcije Traume i Sigurnosti na Internalizovane simptome

U tabeli 34. su detaljnije prikazani podaci koji ilustruju promenu uslovnog efekta traume na internalizovane simptome sa promenama vrednosti sigurnosti.

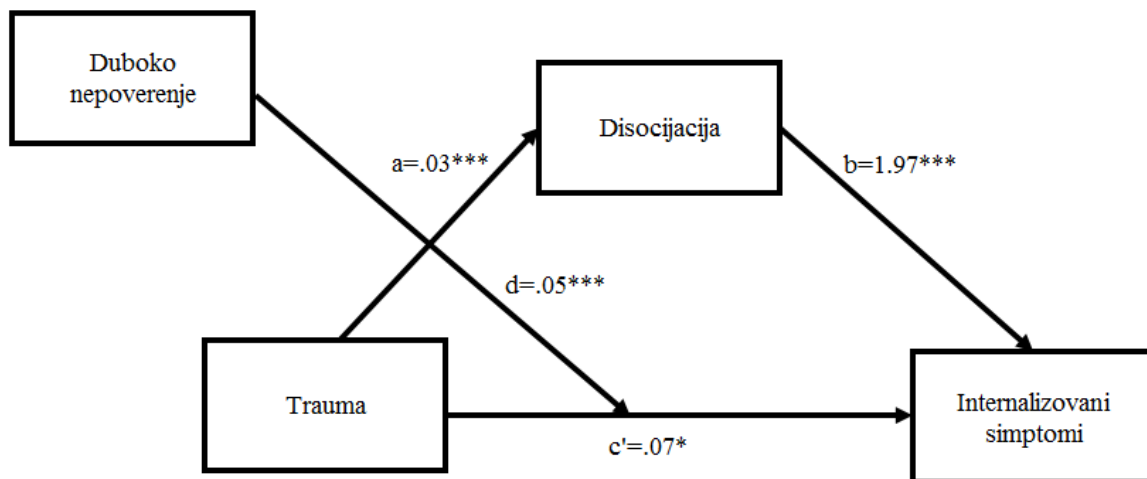
*Tabela 34. Uslovni efekat prediktora pri različitim vrednostima sigurnosti (Jonson-Newman)*

Sigurnost	Efekat	SG	T	p	Intervali Poverenja	
1,00	,27	,06	4,46	,00	,15	,39
1,30	,25	,06	4,45	,00	,14	,37
1,60	,24	,05	4,44	,00	,13	,34
1,90	,22	,05	4,41	,00	,12	,32
2,20	,21	,05	4,35	,00	,11	,30
2,50	,19	,04	4,27	,00	,10	,28
2,80	,17	,04	4,16	,00	,09	,26
3,10	,16	,04	4,00	,00	,08	,24
3,40	,14	,04	3,78	,00	,07	,22
3,70	,13	,04	3,50	,00	,06	,20
4,00	,11	,04	3,15	,00	,04	,18
4,30	,09	,03	2,74	,01	,03	,16
4,60	,08	,03	2,28	,02	,01	,15
4,79	,07	,03	1,98	,05	,00	,14
4,90	,06	,04	1,80	,07	-,01	,13
5,20	,05	,04	1,31	,19	-,02	,12
5,50	,03	,04	,83	,41	-,04	,11
5,80	,02	,04	,39	,70	-,06	,09
6,10	,00	,04	-,01	,99	-,08	,08
6,40	-,02	,04	-,37	,71	-,10	,07
6,70	-,03	,05	-,68	,50	-,13	,06
7,00	-,05	,05	-,96	,34	-,15	,05

Značajan je efekat Traume na Internalizovane simptome kod ispitanika koji postižu niske skorove na dimenziji Sigurnost afektivne vezanosti. Međutim, porast vrednosti na sigurnosti uslovljava slabljenje efekta traume. Ovaj moderatorski model značajno bolje objašnjava internalizovanih simptoma ( $R=.59$ ,  $R^2=.36$ ) u odnosu na model proste medijacije ( $R=.50$ ,  $R^2=.25$ ), prikazan na grafiku 7.

Grafiik 14. ilustruje model medijacije sa moderacijom direktnog efekta. Proveravan je efekat traume na internalizovane simptome, posredovan disocijacijom i moderiran dubokim nepoverenjem.





Grafik 14. Model medijacije sa moderacijom direktnog efekta; Dubokim nepoverenjem moderiran i Disocijacijom posredovan efekat Traume na Internalizovane simptome

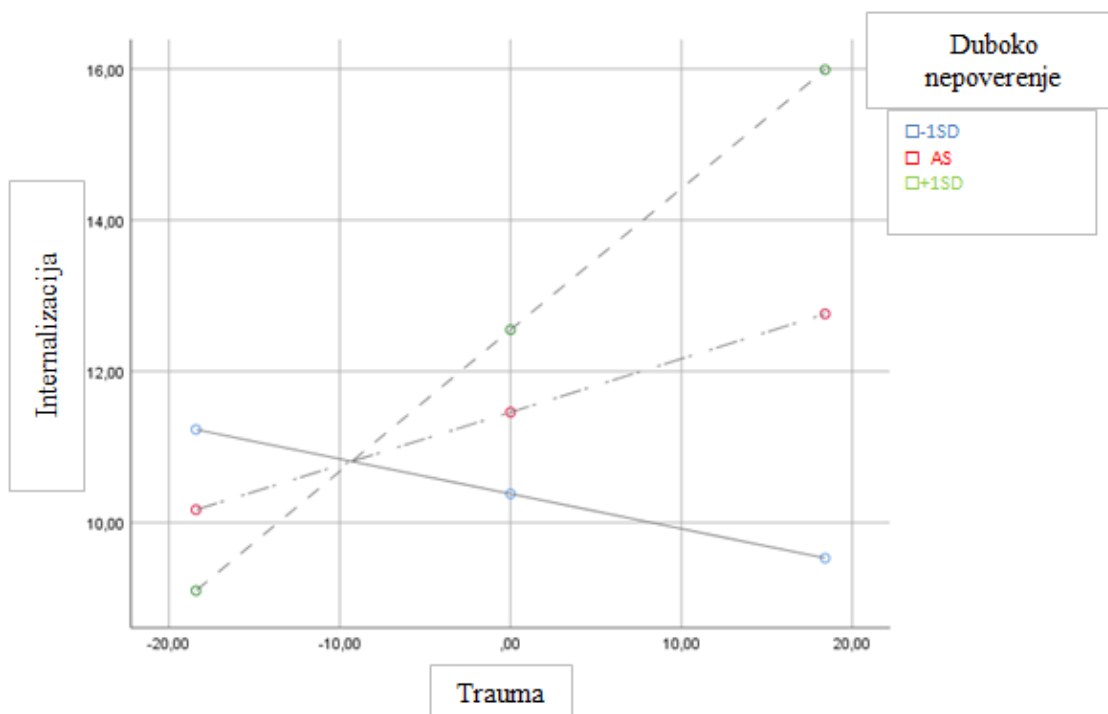
Koeficijent putanje d, prikazan na Grafiku 14. pokazuje nam da je interakcija između varijabli trauma i duboko nepoverenje značajna ( $b=.05$ ,  $SG=.01$ ,  $p<.001$ ). Vrednost efekta traume menja se sa promenom u vrednosti moderatorske varijable duboko nepoverenje.

Koeficijent putanje  $c'$  ( $b=.07$ ,  $SE=.05$ ,  $p<.001$ ) pokazuje nam koliki je doprinos traume objašnjenju internalizovanih simptoma kada je vrednost Dubokog nepoverenja jednaka aritmetičkoj sredini. Međutim, iz tabele 35. vidimo da je ovaj doprinos statistički značajno veći kada je vrednost dubokog nepoverenja za jednu standardnu devijaciju viša od proseka ( $b=.19$ ,  $SG=.05$ ,  $p<.001$ ), dok se smanjuje i gubi statističku značajnost, kada je vrednost dubokog nepoverenja za jednu standardnu devijaciju niža od proseka ( $b=-.05$ ,  $SG=.05$ ,  $p>.05$ ). Što je veća vrednost dubokog nepoverenja, izraženiji je efekat traume na internalizovane simptome.

Tabela 35. Uslovni efekat Traume pri vrednostima  $-1SD$ ,  $AS$  i  $+1SD$  dubokog nepoverenja

Duboko nepoverenje	Efekat	SG	T	p	Intervali poverenja	
-2.53	-.05	0.5	-.91	.371	-.15	.05
.00	.07	0.4	1.97	.050	.00	.14
2.53	.19	0.5	3.92	.000	.09	.28

Vizuelni prikaz promene efekta traume kada su vrednosti dubokog nepoverenja prosečne i za po jednu standardnu devijaciju iznad i ispod proseka dat je na Grafiku 15.



Grafik 15. Efekat interakcije Traume i Dubokog nepoverenja na Internalizovane simptome

U tabeli 36. detaljnije je prikazano kako se uslovni efekat traume na internalizovane simptome menja sa promenom u vrednostima dubokog nepoverenja, Džonson-Njumanov test.

Tabela 36. Uslovni efekat prediktora pri različitim vrednostima dubokog nepoverenja

Duboko nepoverenje	efekat	SG	t	p	Intervali poverenja	
1,00	-,08	,06	-1,42	,16	-,20	,03
1,30	-,07	,06	-1,26	,21	-,18	,04
1,60	-,06	,05	-1,07	,29	-,16	,05
1,90	-,04	,05	-,86	,39	-,14	,06
2,20	-,03	,05	-,62	,53	-,12	,06
2,50	-,02	,05	-,35	,72	-,11	,07
2,80	,00	,04	-,05	,96	-,09	,08
3,10	,01	,04	,29	,77	-,07	,09
3,40	,03	,04	,66	,51	-,05	,10
3,70	,04	,04	1,05	,29	-,03	,11
4,00	,05	,04	1,46	,15	-,02	,13
4,30	,07	,04	1,88	,06	,00	,14
4,37	,07	,04	1,98	,05	,00	,14
4,60	,08	,04	2,27	,02	,01	,15
4,90	,09	,04	2,64	,01	,02	,17
5,20	,11	,04	2,96	,00	,04	,18
5,50	,12	,04	3,24	,00	,05	,20
5,80	,14	,04	3,46	,00	,06	,21
6,10	,15	,04	3,63	,00	,07	,23
6,40	,16	,04	3,77	,00	,08	,25
6,70	,18	,05	3,87	,00	,09	,27
7,00	,19	,05	3,94	,00	,10	,29

Vidimo da kod ispitanika sa niskim skorovima na dubokom nepoverenju nema efekta traume na internalizovane simptome. Međutim, kako vrednost dubokog nepoverenja raste, efekat traume postaje sve izraženiji. Model objašnjava 34% varijanse ( $R=.58$ ,  $R^2=.34$ ) internalizovanih simptoma.

#### 8.4.c. Oštećenom mentalizacijom uslovljen i disocijacijom posredovan efekat traume na eksternalizovane simptome

Vrednosti nestandardizovanih koeficijenata putanja a i b na graficima 16. i 18. pokazuju da je, identično u oba modela sa Eksternalizacijom kao kriterijumskom varijablom, efekat traume na disocijaciju pozitivan i značajan ( $b=.03$ ,  $SG=.01$ ,  $p<.001$ ), kao što je pozitivan i značajan i efekat disocijacije na eksternalizovane simptome ( $b=2.87$ ,  $SG=.46$ ,  $p<.001$ ,  $b=3.00$ ,  $SG=.49$ ,  $p<.001$ ).

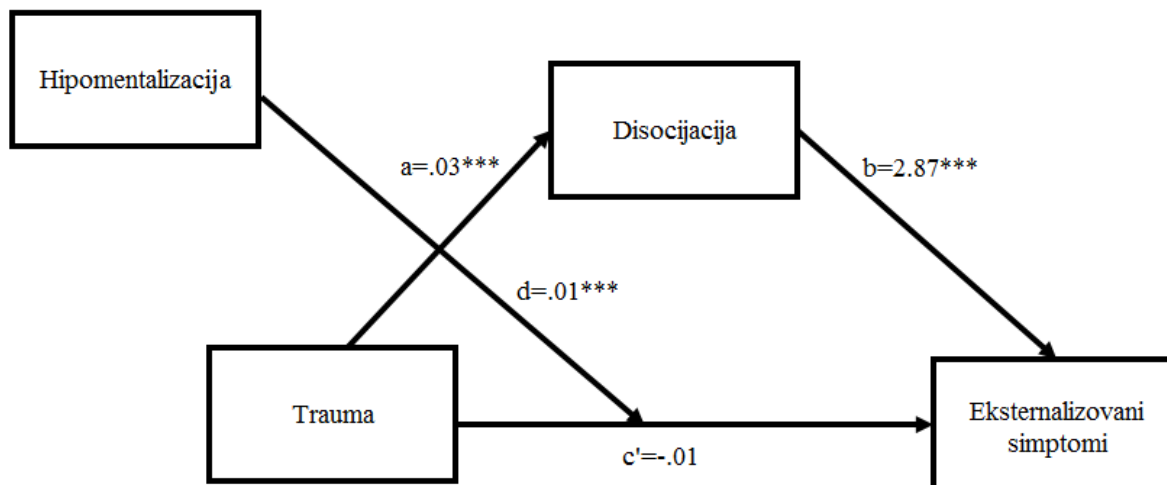
Tabela 37. Indirektni efekat Traume (X) na Eksternalizovane simptome (Y) preko disocijacije

Efekat		SG	Intervali Poverenja	
Indirektni $X \rightarrow \text{disocijacija} \rightarrow Y$	0.09	0.03	0.03	0.15

Iz tabele vidimo da je značajan indirektan efekat traume, preko disocijacije, na eksternalizovane simptome ( $b=.09$ ,  $SG=0.3$ ,  $[.03-.15]$ ) te zaključujemo da je disocijacija statistički relevantan medijator ovog odnosa.

Na Grafiku 16 predstavljen je model u kom se ispituje moderatorski efekat hipomentalizacije, a na grafiku 18 model u kom se ispituje moderatorski efekat hipermentanizacije. Po svemu ostalom ova dva modela su istovetna.

Podaci prikazani na grafiku 16 pokazuju da je nestandardizovani koeficijent interakcije između traume i hipomentalizacije statistički značajan (putanja d,  $b=.01$ ,  $SG=.00$ ,  $p<.001$ ), što nam govori da se efekat traume na eksternalizovane simptome menja sa promenom u vrednosti hipomentalizacije.



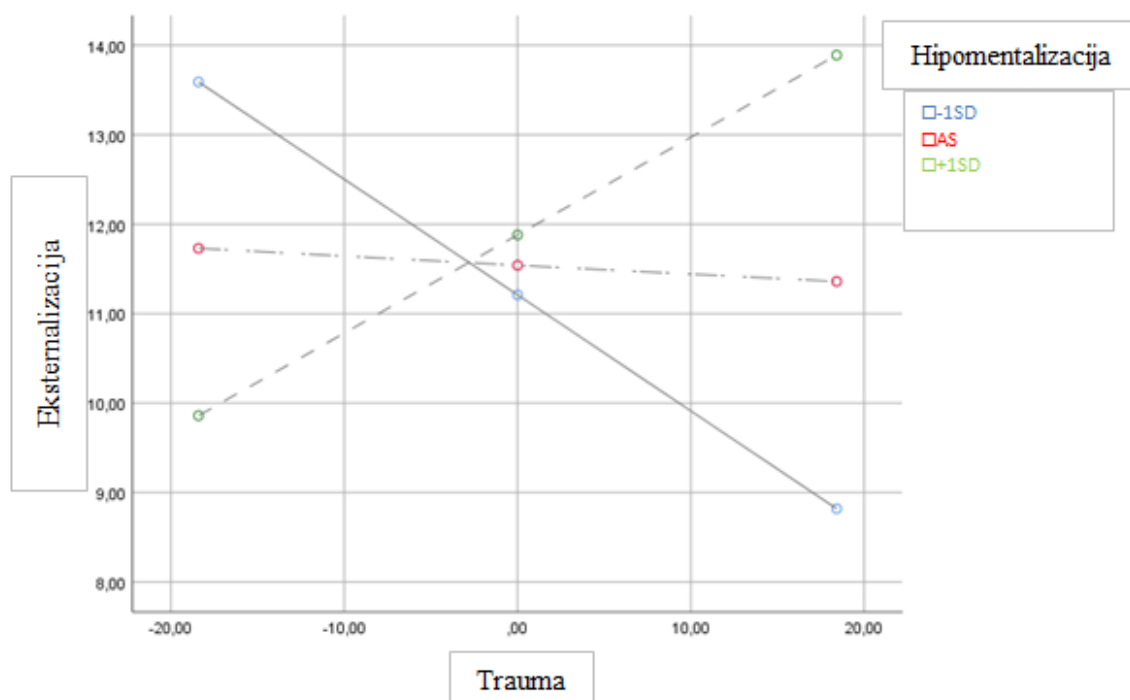
Grafik 16. Model medijacije sa moderacijom direktnog efekta; Hipomentalizacijom moderiran i Disocijacijom posredovan efekat Traume na Eksternalizovane simptome

U tabeli 38 prikazani su vrednosti uslovnog efekat traume kada je vrednost hipomentalizacije jednu standardnu devijaciju niže od proseka, prosečna i za jednu standardnu devijaciju više od proseka, što je i ilustrovano na Grafiku 17.

Tabela 38. Uslovni efekat traume pri vrednostima  $-1SD$ ,  $AS$  i  $+1SD$  Hipomentalizacije

Hipomentalizacija	efekat	SG	T	P	Intervali poverenja	
-14,21	-,13*	,06	-2,25	,03	-,24	-,02
,00	-,01	,04	-,23	,82	-,10	,08
14,21	,11*	,05	2,04	,04	,00	,22

Direktan efekat traume, pri vrednosti aritmetičke sredine hipomentalizacije nije značajan ( $b=-.01$ ,  $SG=.04$ ,  $p>.05$ ). Međutim sa promenom vrednosti za jednu standardnu devijaciju, efekat traume postaje statistički značajan. U slučaju pada vrednosti hipomentalizacije, efekat postaje negativan ( $b=-.13$ ,  $SG=.06$ ,  $p<.05$ ), dok u slučaju rasta hipomentalizacije efekat traume postaje pozitivan ( $b=.11$ ,  $SG=.05$ ,  $p<.05$ ).



Grafik 17. Efekat interakcije Traume i Hipomentalizacije na Eksternalizovane simptome

U tabeli 39. detaljnije je prikazano kako se menja uslovni efekat traume na eksternalizovane simptome sa promenom u vrednostima hipomentalizacije.

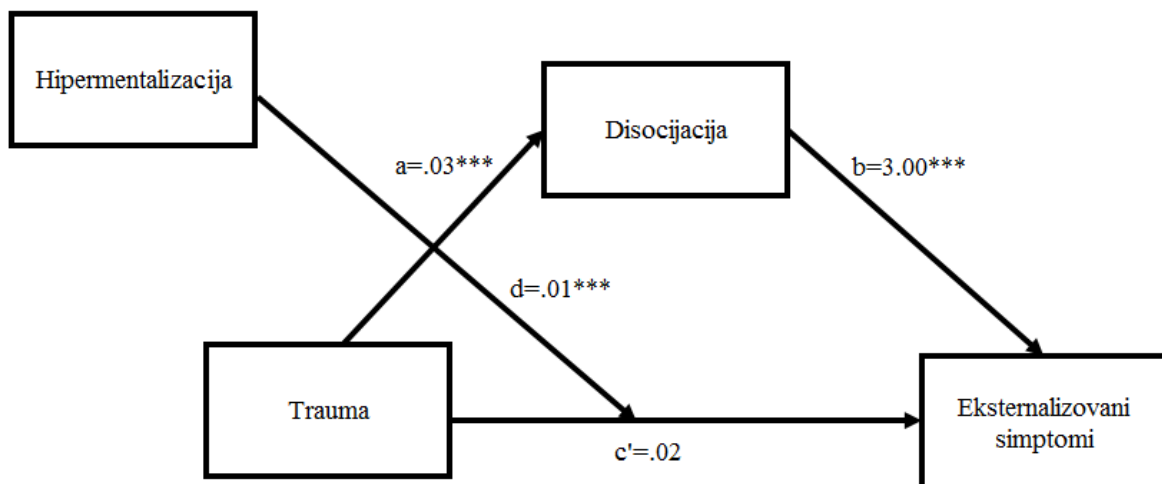
Tabela 39. Uslovni efekat prediktora pri različitim vrednostima hipomentalizacije (Jonson-Newman)

Hipomentalizacija	Efekat	SG	T	p	Intervali poverenja
1,00	-,22	,08	-2,84	,01	-,37 ,07
4,40	-,19	,07	-2,70	,01	-,33 ,05
7,80	-,16	,06	-2,52	,01	-,29 ,03
11,20	-,13	,06	-2,28	,02	-,25 ,02
14,38	-,11	,05	-1,98	,05	-,21 ,00
14,60	-,10	,05	-1,96	,05	-,21 ,00
18,00	-,08	,05	-1,54	,13	-,17 ,02
21,40	-,05	,05	-1,02	,31	-,14 ,04
24,80	-,02	,04	-,41	,68	-,11 ,07
28,20	,01	,04	,24	,81	-,08 ,10
31,60	,04	,05	,86	,39	-,05 ,13
35,00	,07	,05	1,41	,16	-,03 ,16
38,40	,10	,05	1,86	,06	-,01 ,20
39,43	,10	,05	1,98	,05	,00 ,21
41,80	,12	,06	2,21	,03	,01 ,24
45,20	,15	,06	2,48	,01	,03 ,28
48,60	,18	,07	2,68	,01	,05 ,32
52,00	,21	,07	2,83	,01	,06 ,36
55,40	,24	,08	2,94	,00	,08 ,40
58,80	,27	,09	3,03	,00	,09 ,44
62,20	,30	,10	3,10	,00	,11 ,49
65,60	,32	,10	3,16	,00	,12 ,53
69,00	,35	,11	3,20	,00	,13 ,57

Negativan je efekat traume na eksternalizovane simptome pri niskim vrednostima hipomentalizacije. Kako se vrednosti približavaju aritmetičkoj sredini efekat se smanjuje i gubi statističku značajnost, da bi sa daljim porastom vrednosti počeo da raste. Kod ispitanika sa visokim skorovima na hipomentalizaciji efekat traume postaje pozitivan, statistički značajan i sve snažniji kako rastu vrednosti hipomentalizacije.

Model objašnjava 36% varijanse ( $R=.60$ ,  $R^2=.36$ ).

Na grafiku 18. možemo pročitati da efekat interakcije traume i hipermentalizacije, kao moderatora, značajno doprinosi vrednostima eksternalizacije ( $b=-.01$ ,  $SG=.00$ ,  $p<.05$ ).



Grafik 18. Model medijacije sa moderacijom direktnog efekta; Hipermentalizacijom moderiran i Disocijacijom posredovan efekat Traume na Eksternalizovane simptome

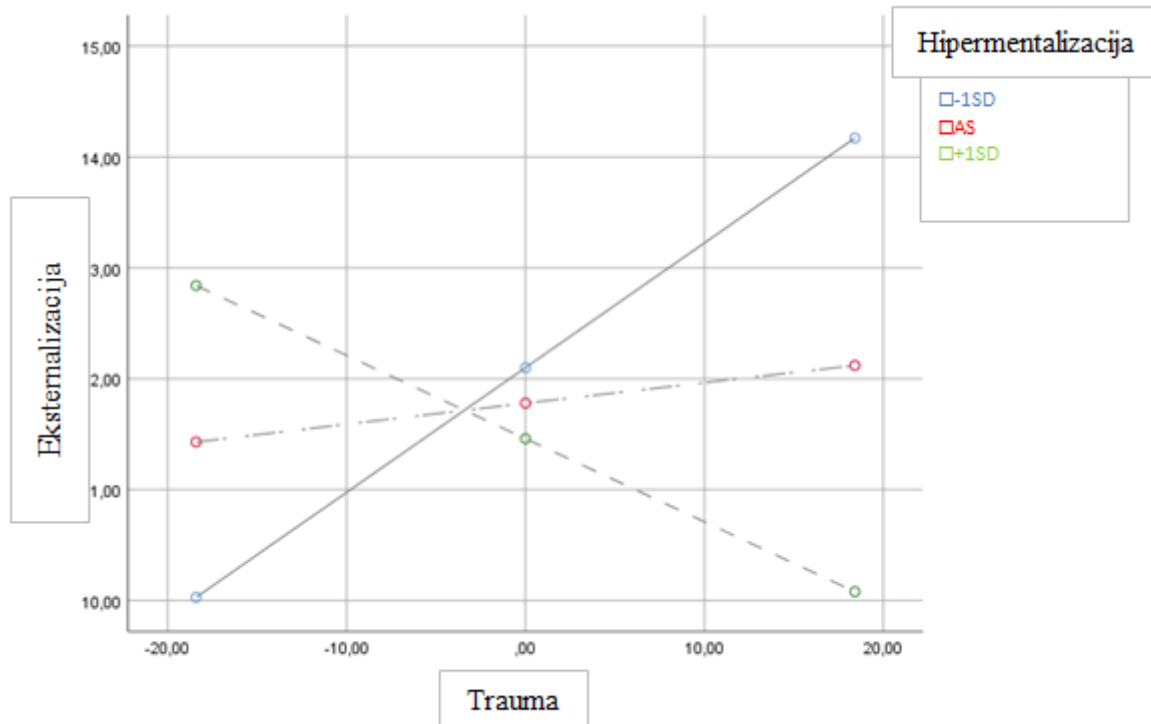
Direktan efekat traume, pri vrednosti aritmetičke sredine hipermentalizacije, kako vidimo iz tabele 40., nije značajan ( $b=.02$ ,  $SG=.04$ ,  $p>0.05$ ).

Tabela 40. Uslovni efekat traume pri vrednostima  $-1SD$ ,  $AS$  i  $+1SD$  Hipermentalizacije

Hipermentalizacija	Efekat	SG	T	p	Intervali poverenja	
-13,62	,11*	,06	1,76	,05	-,01	,24
,00	,02	,04	,42	,68	-,07	,11
13,62	-,07	,06	-1,32	,19	-,19	,04

Direktni efekat traume na eksternalizovane simptome nije značajan ni pri vrednostima koje su za jednu standardnu devijaciju više od proseka ( $b=-.07$ ,  $SG=.06$ ,  $p>.05$ ).

Međutim, kada su vrednosti hipermentalizacije za jednu standardnu devijaciju niže od proseka, direktni efekat traume postaje statistički značajan i pozitivan ( $b=.11$ ,  $SG=.06$ ,  $p<.05$ ). Ovo je vizuelno prikazano na grafiku 19.



Grafik 19. Efekat interakcije Traume i Hipermentalizacije na Eksternalizovane simptome

Iz tabele 41 možemo u više detalja videti kako se efekat traume na eksternalizovane simptome menja pri drugim vrednostima hipermentalizacije.

Taj detaljniji pogled na rezultate daje nam novi uvid. Pri niskim vrednostima hipermentalizacije uslovni efekat traume na eksternalizovane simptome jeste pozitivan, da bi se sa porastom vrednosti efekat izgubio. Međutim, kada su vrednosti hipermentalizacije veoma visoke, efekat postaje negativan.

Tabela 41. *Uslovni efekat prediktora pri različitim vrednostima hipermentalizacije*

Hipermentalizacija	Efekat	SG	T	p	Intervali poverenja	
2,00	,19	,09	2,09	,04	,01	,37
5,05	,17	,08	2,04	,04	,00	,34
7,44	,15	,08	1,98	,05	,00	,31
8,10	,15	,08	1,96	,05	,00	,30
11,15	,13	,07	1,86	,07	-,01	,27
14,20	,11	,06	1,73	,09	-,02	,23
17,25	,09	,06	1,54	,13	-,03	,20
20,30	,07	,05	1,28	,20	-,04	,17
23,35	,04	,05	,94	,35	-,05	,14
26,40	,02	,05	,53	,60	-,07	,11
29,45	,00	,04	,07	,95	-,09	,09
32,50	-,02	,05	-,39	,69	-,11	,07
35,55	-,04	,05	-,80	,42	-,14	,06
38,60	-,06	,05	-1,13	,26	-,16	,04
41,65	-,08	,06	-1,39	,17	-,20	,03
44,70	-,10	,06	-1,58	,12	-,23	,03
47,75	-,12	,07	-1,72	,09	-,26	,02
50,80	-,14	,08	-1,83	,07	-,30	,01
53,85	-,16	,09	-1,91	,06	-,34	,01
56,90	-,19	,09	-1,97	,05	-,37	,00
57,49	-,19	,10	-1,98	,05	-,38	,00
59,95	-,21	,10	-2,02	,05	-,41	,00
63,00	-,23	,11	-2,06	,04	-,45	-,01

Ovaj model objašnjava 32% varijanse ( $R=.57$ ,  $R^2=.32$ ).

#### 8.4.d. Hipermentlizacijom uslovljen i dezorganizacijom i disocijacijom posredovan efekat traume na probleme u društvenim relacijama

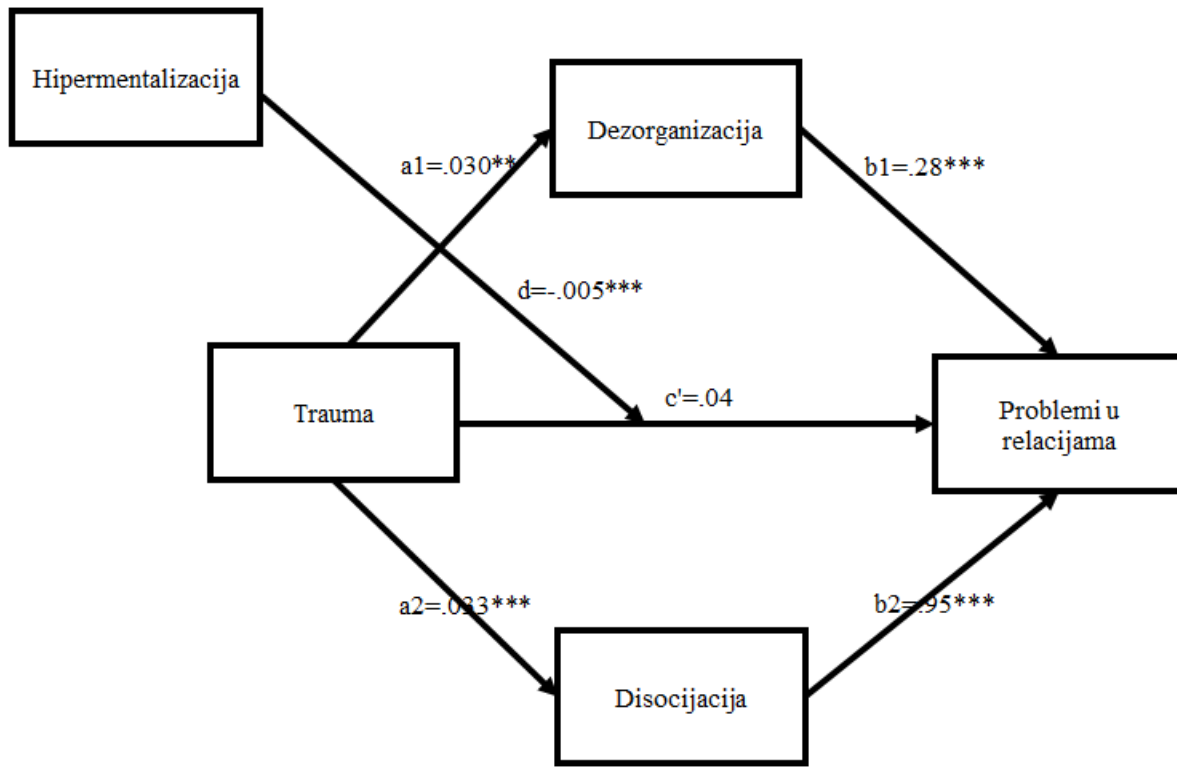
U slučaju Problema u društvenim relacijama kao kriterijuma model u kom Trauma ostvaruje indirektni efekat preko dezorganizacije i disocijacije pokazao se statistički značajan i potencijalno saobrazan sa realnošću. Međutim, dalja analiza je pokazala da bi direktan efekat Traume mogao da bude moderiran hipermentalizacijom. Proverićemo, zato i taj model.

Tabela 42. *Indirektni efekat Traume (X) na Probleme u relacijama (Y) preko dezorganizacije i disocijacije kao medijatora*

Indirektni efekat		SG	Intervali Poverenja	
Totalni	0.04	.01	.02	.06
X→dezorganizacija→Y	0.01	.01	.00	.02
X→disocijacija→Y	0.03	.01	.01	.05



Grafik 20. nam pokazuje da je značajan efekat prediktora na oba medijatora, kao i efekti medijatora na kriterijumski varijablu. Iz tabele 42. vidimo da su značajni totalni indirektni, kao i oba pojedinačna indirektna medijatorska efekta.



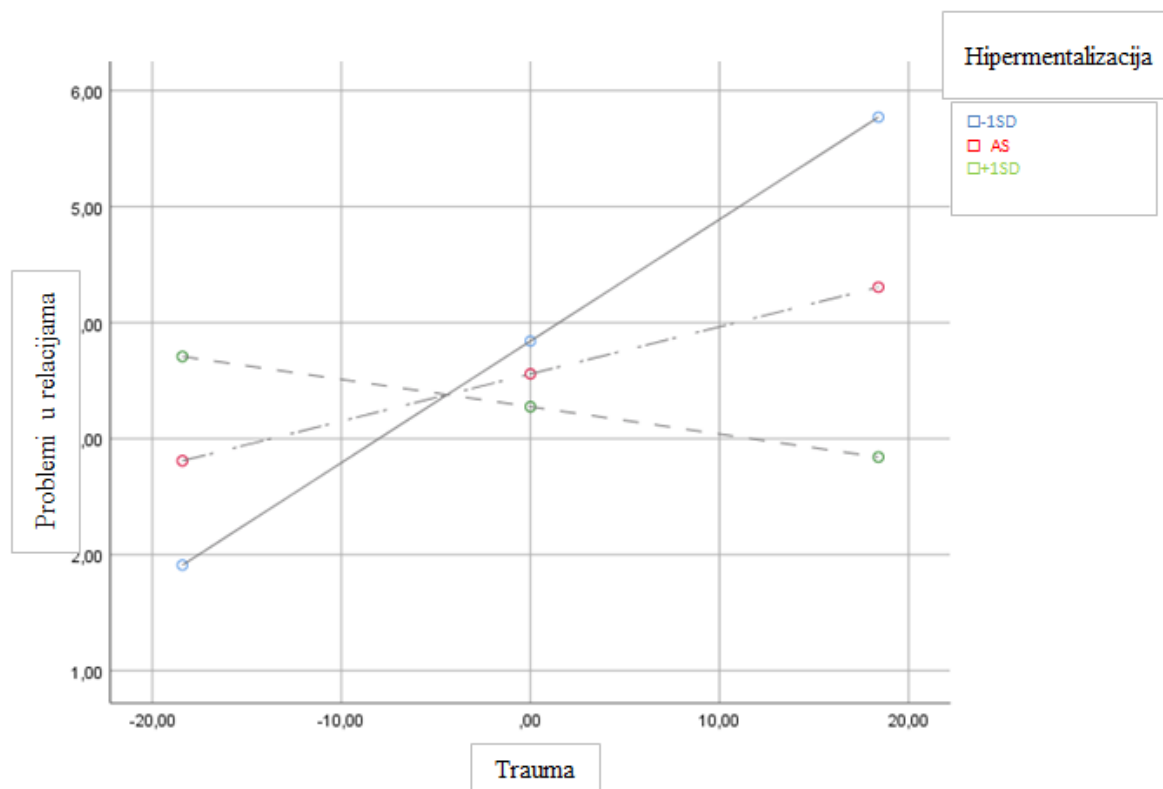
*Grafik 20. Model paralelne medijacije sa moderacijom direktnog efekta; Hipermentalizacijom moderiran i Dezorganizacijom i Disocijacijom posredovan efekat Traume na Eksternalizovane simptome*

Značajan je efekat interakcije traume i hipermentalizacije na probleme u relacijama (putanja d, b=-.005, SG=.001, p<.001). Iz tabele 41. vidimo da je efekat traume na probleme u relacijama statistički značajan i pozitivan pri prosečnim i za jednu standardnu devijaciju nižim vrednostima hipermentalizacije (b=.10, SG=.02, p<.001 i b=.04, SG=.01, p<.01), dok postaje negativan, ali bez statističke značajnosti pri vrednostima koju su za jednu standardnu devijaciju više od proseka.

*Tabela 43. Uslovni efekat traume pri vrednostima -1SD, AS i +1SD Hipermentalizacije*

Hipermentalizacija	Efekat	SG	T	p	Intervali poverenja	
-13,62	,10**	,02	5,03	,000	,06	,15
,00	,04*	,01	2,73	,010	,01	,07
13,62	-,02	,02	-1,25	,212	-,06	,01

Vizuelno je ovo prikazano na grafiku 21.



Grafik 21. Efekat interakcije Traume i Hipermentalizacije na Probleme u relacijama

U tabeli 44. detaljnije je prikazano kako se uslovni efekat traume na probleme u relacijama menja pri različitim vrednostima hipermentalizacije.

Tabela 44. Uslovni efekat prediktora pri različitim vrednostima hipermentalizacije

Hipermentalizacija	Efekat	SG	T	p	Intervali_poverenja
2,00	,16	,03	5,36	,00	,10 ,22
5,05	,14	,03	5,32	,00	,09 ,20
8,10	,13	,02	5,26	,00	,08 ,18
11,15	,12	,02	5,15	,00	,07 ,16
14,20	,10	,02	4,98	,00	,06 ,14
17,25	,09	,02	4,72	,00	,05 ,12
20,30	,07	,02	4,31	,00	,04 ,11
23,35	,06	,02	3,72	,00	,03 ,09
26,40	,04	,02	2,94	,00	,01 ,07
29,45	,03	,01	2,01	,05	,00 ,06
29,52	,03	,01	1,98	,05	,00 ,06
32,50	,02	,02	1,01	,31	-,01 ,05
35,55	,00	,02	,06	,95	-,03 ,03
38,60	-,01	,02	-,76	,45	-,05 ,02
41,65	-,03	,02	-,143	,15	-,07 ,01
44,70	-,04	,02	-,197	,05	-,08 ,00
44,74	-,04	,02	-,198	,05	-,08 ,00
47,75	-,06	,02	-,240	,02	-,10 -,01
50,80	-,07	,03	-,274	,01	-,12 -,02
53,85	-,09	,03	-,301	,00	-,14 -,03
56,90	-,10	,03	-,323	,00	-,16 ,04
59,95	-,11	,03	-,341	,00	-,18 -,05
63,00	-,13	,04	-,355	,00	-,20 -,06

Što je vrednost hipermentalizacije niža uslovni efekat traume na probleme u relacijama je izraženiji. Kako se vrednosti približavaju aritmetičkoj sredini, efekat postaje sve slabiji i naposljetku se gubi, da bi postao negativan pri visokim vrednostima hipermentalizacije. Model objašnjava 47% ( $R=.70$ ,  $R^2=.47$ ) varijanse kriterijumske varijable.

## 9. DISKUSIJA

Rezultati će biti diskutovani kroz nekoliko celina: najpre ćemo se posvetiti proučavanju korišćenih instrumenata i deskriptivnih parametara, kako bismo dobili bolji uvid u prirodu dobijenih podataka. Potom ćemo dobijene nalaze i modele odnosa razmatrati u odnosu na preliminarne pretpostavke, dostupnu teorijsku građu i rezultate ranijih studija. Na posletku ćemo diskutovati praktične implikacije i ograničenja istraživanja koje smo spreveli.

### 9. 1. Diskusija prirode dobijenih podataka

Prediktorska varijabla traumatska iskustva u detinjstvu rezultat je samoprocene ispitanika o intenzitetu traume koju su doživeli u odnosima sa bliskim ljudima tokom ranog detinjstva. Operacionalizovana je korišćenjem „Upitnika za procenu traumatskog iskustva u detinjstvu“ koji je na našem uzorku zabeležio dobre nivoe pouzdanosti, kako se i očekivalo, s obzirom na rezultate ranijih istraživanja u svetu (Gerdner & Allgulander, 2009; Thombs, Bernstein, Lobbestael, & Arntz, 2009), kao i kod nas (Protić, 2016). Unutrašnja konzistentnost skala je umerena, za skalu Fizičko zanemarivanje i visoka za skale Emocionalno zlostavljanje, Fizičko zlostavljanje, Seksualno zlostavljanje, Emocionalno zanemarivanje i ukupni skor. Prosečne vrednosti na našem uzorku povišene su u odnosu na vrednosti dobijene u nekim od istraživanja na opštoj (Wessel et al., 2001) i kliničkoj populaciji (Wessel et al., 2001; Šar, 2004), ali su u rangu onih dobijenih na uzorku traumatizovanih mladića i devojaka u našoj sredini (Protić, 2016). Povišen je skor na skali idealizacije i govori nam o tendenciji jednog broja ispitanika da minimalizuju doživljena neprijatna iskustva. Konkretno, 19% ispitanika na skali idealizacije postiže skorove koji ukazuju da je oprez potreban prilikom interpretacije njihovih rezultata na preostalim skalama ovog, ali i drugih instrumenata, s obzirom da tendencija da se negativna iskustva potiskuju i minimizuju tokom popunjavanja jedne mere samoprocene interferiše i sa popunjavanjem drugih.

Fizičko zanemarivanje se izdvaja kao najprisutnija forma traume kod mladih iz našeg uzorka, i ono jeste sire prepoznato kao najprisutniji oblik maltertmana u okviru razvojne traumatizacije (Woller et al., 2012; Witt et al., 2017, 2018). Iskusilo ga je 77.69% naših ispitanika, a većina njih, čak 61%, u granicama ozbiljne do ekstremne izraženosti. Blago

negativno asimetrična distribucija odgovora na ovoj skali pokazuje nam da su odgovori uglavnom grupisani u zoni viših vrednosti, što potvrđuje i prosečna vrednost koja se nalazi u granicama ozbiljne do ekstremne izraženosti. Fizički zanemarivana deca su ona čiji roditelji nisu obezbeđivali detetu osnovne uslove za život (hranu, odeću, krov nad glavom), nezavisno od porodične finansijske situacije. U praksi nije lako razdvojiti roditeljsko siromaštvo i propuste u pružanju odgovarajuće nege, ali podatak da fizičko i emocionalno zanemarivanje, uz kontrolu ostalih formi maltretmana, umereno koreliraju, možda, ipak, govori da je problem retko samo u nedostatku novca. Roditeljsko neprepoznavanje detetovih osećanja i potreba, te posledično i nereagovanje na njih, operacionalizovano kroz skalu emocionalnog zanemarivanja, iskusilo je 61.16% naših ispitanika. Više od polovine ispitanika, dakle, procenilo je da nije dobijalo adekvatnu emocionalnu stimulaciju, koja je nužan preduslov za formiranje dobrih objektnih odnosa, i to su često ista ona deca koja su bila lišena i brige za osnovne životne potrebe. Nadalje, 44.63% ispitanika je doživelo emocionalno zlostavljanje, odnosno bilo izloženo ponašanjima koja uključuju nekonzistentnost i nepouzdanost roditeljskih figura, odbacivanje, degradaciju, zastrašivanje, pa i moralno i ponašajno „kvarenje“ i eksploataciju. Visok je procenat ispitanika koji izjavljuju o doživljenom seksualnom zlostavljanju u detinjstvu (38.02%, od toga 10.7% slabe, 16.5% umerene i 10.7% ozbiljne izraženosti), pri čemu iznenađuje i podatak o za nijansu većoj učestalosti seksualnog u odnosu na fizičko zlostavljanje (34.71% ispitanika, od toga 5% ispitanika slabe, 9.9% umerene i 19.8% ozbiljne izraženosti). Poređenja radi, korišćenjem istog instrument na opštoj populaciji dobijeni su podaci o prevalenci od 13.9% za emocionalno zanemarivanje, 10.2% za emocionalno zlostavljanje, 12.0% za fizičko zlostavljanje, 48.4% za fizičko zanemarivanje i 6.2% za seksualno zlostavljanje (Iffland *et al.*, 2013). Dok naši podaci pokazuju da nema statistički značajnih rodni razlika u intenzitetu doživljenog traumatskog iskustva, rezultati drugih istraživanja su nekonzistentni (Protić, 2016; Iffland *et al.*, 2013) pokazujući da nema strogih pravila kada je u pitanju loše postupanje prema devojčicama i dečacima. Zlostavljajući roditelj će verovatno biti takav i prema muškom i prema ženskom detetu.

Kriterijumska varijabla, problemi mentalnog zdravlja, odnosi se na izraženost bihevioralnih i emocionalnih problema kod mladih, operacionalizovana je preko skorova na Listi provere dečijeg ponašanja (CBCL-YSR) i predstavljena preko širih faktora internalizacije i eksternalizacije, te pojedinačnih sindromskih skala: anksioznost/depresivnost, povlačenje/depresivnost, somatizacija, problemi u društvenim relacijama, problemi pažnje, problemi mišljenja, ponašanje sa kršenjem socijalnih normi i agresivno ponašanje. U ovom istraživanju na uzorku dece na hraniteljstvu, dobijene su zadovoljavajuće mere pouzdanosti za

celu skalu sa Cronbach's Alpha koeficijentom od .86 za celokupnu skalu, .70 za internalizujuće i .78 za eksternalizujuće i .77 za probleme u društvenim relacijama. Preostale pojedinačne sindrom skale odlikuju se takođe zadovoljavajućom pouzdanošću (od .56 do .89). Ovaj instrument još uvek nije standardizovan za našu populaciju, iako je postupak standardizacije u toku, te nije moguće precizno sagledavanje stupnja kliničke izraženosti skorova s obzirom na specifičnost podneblja i uzrasta. Podrobnije poređenje je vršeno korišćenjem normi dobijenih na mnogobrojnim uzrastno podudarnim normativnim uzorcima u svetu (Achenbach, & Rescorla, 2001), te podataka iz nekoliko studija sa naših prostora, iako su vršene na mlađim uzrastima (Marković, 2011; Šilić, 2018). Došlo se do zaključka da sve dobijene prosečne vrednosti pojedinačnih skala i širih faktora nalaze u zoni subkliničke izraženosti, dakle ispod graničnog skora koji bi ukazivao na postojanje rizika i na postojanje evidentnih emocionalnih problema ili problema u ponašanju u ispitivanim segmentima ponašanja. Međutim, skorovi su rasprostranjeni široko, što ukazuje da u uzorku ima pojednaca koji ne ispoljavaju smetnje mentalnog zdravlja, ili makar ne takve koju odstupaju od razvojno normativnih sa uzrast, ali i onih koje karakterišu veoma izraženi emocionalno-bihejvioralni problemi. Dobijeni rezultati su u skladu sa očekivanjima kada su u pitanju sindrom skale koje pripadaju širem faktoru Eksternalizacije, s obzirom na nedavno izvršeno istraživanje na uzorku dece iz hraniteljstva u našoj sredini (Šilić, 2018). Rezultati su približno slični i kada su u pitanju pojedinačne skale koje podjednako koreliraju sa oba šira faktora: problemi u relacijama, problemi mišljenja i problemi pažnje. Međutim, vrednosti dobijene na našem uzorku evidentno su više kada su u pitanju internalizacija i sindrom skale koje pripadaju tom širem faktoru. Za skalu anksioznost/depresivnost prosečna dobijena vrednost u našem istraživanju je 5.34 naspram 1.85, za skalu povlačenje/depresivnost 3.87, naspram 1.39, za skalu somatske tegobe, 2.69 naspram 0.45 u poredbenom uzorku, iz kojeg je, doduše, isključena iz analize zbog nezadovoljavajuće pouzdanosti, te 11.92 za širi faktor internalizacije u našem uzorku naspram 3.69 u poredbenom.

Jedan deo objašnjenja leži u činjenici da se ispitanici u ova dva uzorka razlikuju kada je u pitanju uzrast: dok je Šilić za ispitanike imala decu od pete do jedanaeste godine, naši ispitanici su adolescent, koji jesu u povećanom riziku od psihopatoloških ispoljavanja, uopšteno, a pogotovu kada su u pitanju simptomi internalizacije (Ullsperger & Nikolas, 2017; Durbeej et al., 2019). Dakle, zabeležena razlika u stepenu izraženosti internalizujućih simptoma posledica je, delom, stvarnog skoka simptomatičnih ispoljavanja koja dolazi sa ulaskom u adolescenciju.

Osim toga, u ovom istraživanju korišćena je mera samoprocene, u odnosu na verziju upitnika gde hranitelj procenjuje izraženost smetnji kod deteta, što može dodatno uticati na skok u rezultatima. Naime, postoji tendencija, potvrđena brojnim istraživanjima, da drugi – roditelji, staratelji ili učitelji – pri proceni dečijeg ponašanja potcenjuju internalizovane smetnje, kao teže za detektovanje od disruptivnih ponašanja koja karakterišu eksternalizaciju (Mitković-Vončina, 2015, Achenbach et al., 2008; Macuka, Smojver-Ažić i Burić, 2012), te da o internalizovanim simptomima i problemima pouzdanije izveštavaju sama deca nego druge osobe (Zeanah et al., 1997). To je i razlog zašto smo se odlučili za primenu verzije instrumenta (Youth Self Report) koju popunjavaju sami adolescenti. I zaista, naši rezultati pokazuju odstupanje od tipičnog profila mentalnog zdravlja dece obuhvaćene sistemom socijalne zaštite kojim dominiraju eksternalizujući problemi. Zastupljenost eksternalizovanih i internalizovanih simptoma približno je jednaka u našem uzorku. Pritom, prevalenca eksternalizovanih simptoma veća je kod dečaka, u skladu sa ranijim nalazima (Ullsperger & Nikolas, 2017; Durbeej et al., 2019), ali je, suprotno očekivanjima, izostala veća prevalenca internalizovanih simptoma kod devojčica.

Kada je školski uspeh u pitanju, prosečna postignuta ocena na kraju prethodnog razreda nisko negativno korelira sa svim skalama koje mere emocionalne i ponašajne probleme dece, a koeficijent korelacije ne prelazi prag statističke značajnosti jedino za skale povlačenje/depresivnost i agresivnost. Dakle, bolji školski uspeh dece koja se nalaze u porodičnom smeštaju ilustruje njihovo bolje mentalno zdravlje. Niska negativna povezanost postoji i između dužine trajanja smeštaja i dimenzija anksioznost/depresivnost, problemi u relacijama, problemi u mišljenju, kršenje pravila, ukazujući na tendenciju smanjivanja ovih problema sa trajanjem hraniteljstva.

Koristeći dimenzionalni pristup pri tumačenju ispitanikovih odgovora na kliničkoj verziji upitnika o odnosima (RQ-CV) izdvojeni su sigurnost, izbegavanje, preokupiranost, dezorganizovanost i duboko nepoverenje kao svesno izraženi stilove afektivne vezanosti. Empirijski dobijene srednje vrednosti na ovim dimenzijama su blizu teorijskih kada su u pitanju preokupiranost, izbegavanje i dezorganizacija, a nešto više za sigurnost i duboko nepoverenje. Poredeći ove skorove sa standardizacionim uzorkom za skalu RQ-CV, koji su činile majke iz porodica sa povećanim rizikom za dečiji razvoj, uviđamo da se vrednosti značajnije razlikuju samo za sigurnost koja je kod naših ispitanika slabije izražena ( $4.37 \pm 2.07$ , naspram  $5.02 \pm 1.94$ ), te za duboko nepoverenje, koje je u našem uzorku izraženije ( $4.52 \pm 2.53$ , naspram  $2.61 \pm 1.94$ ). Duboko nepoverenje i u ovom istraživanju deli varijansu sa stavovima

izbegavanja i dezorganizacije, ali predstavlja ekstremniji relacioni stav od druga dva, povezan sa teškoćama u odnosu roditelj-dete koje su od klinički relevantnog značaja.

Instrument RQ-CV dopušta i kategorijalni pristup, odnosno formiranje 4 obrasca afektivne vezanosti, dok preostali 5 stil, kao nov i nedovoljno istražen konstrukt, još uvek nema svoje mesto u tipologiji. Analiza pokazuje da ispitanika koji pripadaju sigurnom obrascu afektivne vezanosti ima 33.9%, preokupiranom obrascu 23.3%, izbegavajućem 24.0% i dezorganizovanom 19.0%. Ovakva raspodela obrazaca nije tipična za opštu populaciju, gde procenat sigurnih varira oko 60%, a dezorganizovanih oko 9 %, te je ovakva raspodela obrazaca verovatno specifičnost visoko traumatizovanog uzorka koji smo testirali. I zaista, ovaj rezultat ide u prilog nalazima o procentualnoj zastupljenosti dezorganizovanog obrasca među decom na hraniteljstvu. Procenat dece na hraniteljstvu sa dezorganizovanim obrascem se u istraživanjima kreće od 15% ili je čak veći od 20% (Jacobsen et al. 2015) Ponciano, 2010; Cole, 2005). Kada su rodne razlike u pitanju, jedino je dezorganizacija prisutnija kod devojčica, dok je na ostalim dimenzijama zabeleženo odsustvo rodni razlika koje je i ranije je dobijano na uzorku adolescenata u našoj sredini (Milojević, 2012; Protic 2018).

Oštećenja mentalizacije su operacionalizovana preko skora refleksivne funkcije na Upitniku za procenu refleksivne funkcije (RFQ), koji je u našem istraživanju pokazao zadovoljavajuće koeficijente pouzdanosti. Ovaj upitnik je namenjen detekciji ozbiljnih oštećenja mentalizacije u formi hipermentalizacije, ili preterane sigurnosti u pogledu mentalnih stanja, koja predstavlja ispitanikovu sklonost da produkuje mentalističke reprezentacije i onda kada one nisu utemeljene na realnim i dostupnim podacima i hipomentalizacije ili nesigurnosti u pogledu mentalnih stanja, koja se odnosi na konkretno tumačenje sopstvenog ili ponašanja drugih ljudi, bez sposobnosti sagledavanja složenosti sopstvenog ili uma druge osobe. Velika je varijabilnost dobijenih odgovora u našem istraživanju, sa širokim rasponom skorova, a prosečne postignute vrednosti su oko granične vrednosti za detekciju oštećenja mentalizacije (Handeland, 2017). Naime, skorovi iznad jedinice se kategorišu kao visoki, ukazujući na upadljivo prisustvo oštećenja mentalizacije, a skorovi ispod jedinice kategorišu se kao niski, ukazujući na normalnost ove mentalne funkcije (Handeland, 2017). U našem istraživanju postignuta prosečna vrednost je oko jedinice za obe subskele - blago iznad za hipomentalizaciju i blago ispod za hipermentalizaciju. Hipermentalizacija je izraženija kod devojčica, a hipomentalizacija kod dečaka.

Varijabla Disocijativna iskustva operacionalizovana je preko Skale disocijativnih iskustava za adolescente (A-DES), koja je pokazala odlične mere pouzdanosti. Odnosi se na



samoprocenu ispitanika o doživljenom intenzitetu različitih disocijativnih ispoljavanja (amnezije, depersonalizacije, derealizacije, emotivne isključenosti). Viši skor ukazuje na lošiju integraciju memorije, ponašanja, emocija i identiteta (Armstrong et al., 1997), pri čemu se za granični rezultat uzima vrednost 3.7, te se svi skorovi preko toga smatraju potencijalno patološkim i zahtevaju podrobniju evaluaciju. Prosečna vrednost na našem uzorku je ispod ove granice, ali raspon skorova nam pokazuje da u uzorku ima ispitanika koji postižu i skorove koji prelaze granicu patološkog. Dečaci iz našeg uzorka disociraju više od devojčica, iako neki drugi autori izveštavaju o tome da je razilika u korist žena (Calamari & Pini, 2003).

Poredeći dobijene rezultate sa onima koje su drugi autori dobijali na uzorcima adolescenata uobičajenog razvoja, ali i mladih sa anksioznim poremećajima, poremećajima raspoloženja, deficitom pažnje i hiperaktivnošću, vidimo da naši ispitanici postižu više skorove (Muris, Merckelbach & Peeters, 2003; Zoroglu et al., 2002). No, ukoliko za poređenje uzmemo grupu mladih sa posttraumatskim stresnim poremećajem ( $3.94 \pm 1.54$ ) ili disocijativnim poremećajem ( $6.20 \pm 1.98$ ), prosečni skor naših ispitanika ( $2.73 \pm 1.80$ ), je niži (Zoroglu et al., 2002). Asimetričnost odgovora je blago pozitivna, najveći broj rezultata nalazi se u zoni nižih vrednosti. I uobičajno je da distribucija odgovora bude zakrivljena na način koji pokazuje da se većina odgovora grupiše oko niskih vrednosti, tim pre su visoki skorovi na ovoj skali veoma indikativni i ukazuju moguće prisustvo disocijativnih poremećaja ili disocijativne komponente u okviru opšte psihopatologije.

Nema značajnih korelacija potencijalnih medijatora sa dužinom trajanja boravka u hraniteljskoj porodici, a negativna korelacija školskog uspeha i hipomentalizacije i disocijacije ukazuje da veća izraženost ovih maladaptivnih mentalnih procesa ugrožava i akademsko postignuće.

Dosadašnja analiza pokazuje da su dobijene zadovoljavajuće mere pouzdanosti i očekivane mere deskriptivne statistike čime su zadovoljeni osnovni kriterijumi za nastavak analize. Dobijena je i jasnija slika ispitivanog uzorka. To su mladi ljudi sa trenutnim smeštajem u hraniteljskim porodicama koji su iskusili varijetet formi zlostavljanja i zanemarivanja u detinjstvu – od najprisutnijeg fizičkog zanemarivanja do seksualnog i fizičkog zlostavljanja. Da su ova traumatska iskustva bila od razvojnog značaja vidimo na osnovu prisutnih, iako, u proseku, blago izraženih oštećenja kapaciteta za mentalizaciju i odbrana disocijativnog tipa, ali i na osnovu izmenjene raspodele obrazaca afektivne vezanosti, gde je procenat sigurnih mnogo manji, a procenat dezorganizovanih veći od uobičajenog u opštoj populaciji. Mere emocionalnih i bihevioralnih smetnji, ipak, nalaze se u rangju subkliničke izraženosti, ukazujući možda na to da napori uloženi u odbranu selfa od dalje

deteriorizacije, ali i izmenjene okolnosti života, izdvajanje iz traumatizirajuće porodice i uspostavljanje novih afektivnih odnosa sa hraniteljima, daju efikasne rezultate.

## 9. 2. Interkorelacija varijabli

Korelacije između glavih varijabli istraživanja su prisutne i u odgovarajućim smerovima. Najpre, ovo istraživanje daje još jednu potvrdu dobro dokumentovanoj povezanosti traumatskih iskustava u detinjstvu sa problemima mentalnog zdravlja kasnije u životu. Pozitivna je korelacija rane traume sa svim pojedinačnim sindrom skalama emocionalnih i bihevioralnih smetnji, kao i sa širim faktorima eksternalizacije i internalizacije, u skladu sa teorijskim očekivanjima i pređašnjom empirijom (Briggs-Gowan et al., 2010). Nadalje, potvrđeno je i to da ispitanici koji izveštavaju o većoj traumi, izveštavaju i o većoj dezorganizaciji i dubokom nepoverenju kao dimenzijama afektivne vezanosti, u skladu sa očekivanjima (Cyr et al., 2020), ali ne i o nižoj sigurnosti, suprotno očekivanjima (Cyr et al., 2020). Preokupiranost i izbegavanje u afektivnim relacijama ne koreliraju značajno sa traumatskim iskustvima. Naši nalazi o povezanosti govore u prilog dosadašnjih teorijskih konceptualizacija o tome da su i disocijacija (Liotti, 2004, 2017; Briere et al., 2005; Schore, 2009; Sar, 2011, 2017; Farina et al., 2014; Farina and Imperatori, 2017) i inhibicija kapaciteta za mentalizaciju, operacionalizovana kroz hipomentalizaciju, intrasubjektivni procesi veoma blisko povezani sa ranom traumom (Ensink et al., 2016). Donekle suprotno očekivanjima zabeležena je negativna veza između traume i hipermentalizacije (Weinberg, 2006). Možda je to objašnjivo pozitivnom korelacijom koja je dobijena između kontrolne skale inventara za procenu traume, idealizacije, sa jedne i hipermentalizacije, sa druge strane, što bi moglo da ukazuje na sklonost određenog broja ispitanika (19% uzorka) da sistematski ulepšava stvarnost, minimizirajući negativna iskustva i stavove, te predstavljajući sebe u najpovoljnijem svetlu...

Kada je u pitanju odnos između stilova koji ilustruju odsustvo organizacije afektivnih reprezentacija (dezorganizacija i duboko nepoverenje) i emocionalnih i bihevioralnih teškoća, dezorganizacija je ostvarila korelaciju sa sindrom skalom problemi u društvenim relacijama, dok je duboko nepoverenje, kao skala koja ilustruje još teže, klinički značajne teškoće u interakciji sa značajnim figurama, povezano sa internalizacijom. Dosadašnji nalazi su pokazali da je dezorganizovani stil vezanosti umereno povezan i sa internalizovanim (Brumariu & Kerns, 2010; Dagan et al., 2018) i sa problemima u relacijama (Groh, 2014).

No, retko je u istraživanjima korišćena verzija upitnika sa opcijom detekcije dubokog nepoverenja, tako da nalazi u vezi distinktivnog udela te dimenzije, u odnosu na dezorganizaciju, pri tumačenju potonjih teškoća mentalnog zdravlja, izostaju. U pokušaju da potpunije shvate prirodu te, klinički relevantne, skale afektivne vezanosti. Pikard i saradnici (Pickard et al., 2021) su nedavno pokazali da stil dezorganizacije formiraju deca čiji se roditelji ponašaju čudno, šizoidno i dezorjentisano, dok je stil dubokog nepoverenja bliže povezan sa roditeljskim otvorenim pokazivanjem neprijateljstva. Posledično, radni model drugih kod dubokog nepoverenja mogao bi biti ispunjen fantazmima ugrožavajućih, neprijateljskih figura, što bi mladu osobu moglo da predisponira, između ostalog, i za anksiozna, povlačeća, depresivna ponašanja, koja su obuhvaćena internalizacijom. Ovo je smela pretpostavka koja zahteva dalje istraživanje, sa posebnim osvrtom na specifičnosti nastajanja simptoma internalizacije u odnosu na agresivni acting-out, ali i granični, disocijativni ili paranoidni poremećaj ličnosti.

Kada su u pitanju problemi u društvenim relacijama, odnosno teškoće u odnosu sa vršnjacima, jedan broj pređašnjih nalaza pokazuje da rano nastali stilovi izbegavanja, preokupiranosti i dezorganizacije donose sličan rizik za razvoj loših socijalnih kompetencija. Naši podaci su delom saobrazni sa tim nalazima, ukazujući na to da adolescent sa višim skorovima na dezorganizaciji, ali i na preokupiranosti, imaju i više teškoća u odnosu sa vršnjacima. Svakako, pitanje udela konkretnih obrazaca nesigurne i neorganizovane afektivne vezanosti u nastajanju različitih formi psihopatoloških ispoljavanja otvoreno je i muči brojne istraživače, te je u poslednje vreme objavljen i veliki broj metaanalitičkih studija u pokušaju da se ponudi sveobuhvatniji nalaz – ali su i sami nalazi različitih metaanalitičkih studija nekonzistenti (Brumariu & Kerns, 2010; Groh, 2014), upućujući verovatno na činjenicu da veliki broj intervenišućih varijabli upliviše ovaj odnos i menja ga. U literaturi se, kao potencijalni moderatori pominju kognitivni i emocionalni kapaciteti deteta (socijalna atribucija, emocionalna regulacija, mentalizacija, temperament) i roditelja (roditeljska osetljivost), kao i materijalni status (adekvatnost brige, socioekonomski status) (Wang et al., 2016). Možda je objašnjenje izostanka očekivane korelacije između dezorganizacije (ili njenog klinički izraženog modaliteta) i eksternalizovanih teškoća mentalnog zdravlja u našem istraživanju jednim delom objašnjivo delovanjem nekog od pomenutih mehanizama moderacije. Naime, dosadašnja istraživanja pokazala su da efekat dezorganizacije na eksternalizovane teškoće varira od niskog do umerenog, sugerišući da je predviđanje ishoda verovatnije pod nekim uslovima nego pod drugim (Fearon et al., 2010; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008; Madigan et al., 2016). Moguće je u našem istraživanju moderacioni efekat

ostvaruju izmenjeni uslovi života nakon izmeštanja iz primarnih porodica, te adekvatniji disciplinski nadzor i mere, koje u prvom redu sprovode hranitelji, ali i socijalni radnici i savetnici Centara za porodični smeštaj i usvojenje, što je uprkos dezorganizaciji moglo da dovede do, makar spoljašnjim faktorima uslovljene, bolje kontrole agresivnog i hostilnog ponašanja. Doduše, istraživanja beleže da za decu obuhvaćenu sistemom socijalne zaštite jeste karakteristično značajnije prisustvo eksternalizovanih simptoma. No – treba imati na umu dve stvari – prvo: jedan broj istraživanja je starijeg datuma (Hoffart & Grinnell, 1994), te su obuhvaćena deca koja su zbrinuta na način koji podrazumeva institucionalni, a ne, mnogo topliji, porodični smeštaj uz specifičnu brigu za individu, za koje je ipak verovatnije da daju bolje rezultate kada je prevencija eksternalizovanih simptoma kod dezorganizovanih mladih u pitanju, te, kao drugo: reč je o istraživanjima koja su uglavnom koristila procenu staratelja ili nastavnika, naspram metode samoprocene korišćene ovde (Dubowitz et al., 1993; Šilić, 2018). Dok su drugi kao procenjivači skloniji da eksternalizujuća ponašanja precene, moguće je da su adolescentni sami skloniji potcenjivanju što je izmenilo skorove na eksternalizaciji, a onda i koeficijente korelacije koji jesu očekivanog smera, ali ispod granice statističke značajnosti.

Interpretirajući nadalje matricu interkorelacija dolazimo do podataka o povezanosti dimenzija neorganizovane afektivne vezanosti (dezorganizacije i dubokog nepoverenja) i potencijalnih medijatorskih varijabli ovog istraživanja, mentalizacije i disocijacije. Ranija istraživanja pokazuju da je loša organizacija afektivnih reprezentacija tokom detinjstva povezana sa disocijativnim ispoljavanjima kasnije u životu (Ogawa et al. 1997; Ebert, Loosen & Nurcombe, 2008; Liotti, 2009) U našem istraživanju ova veza je potvrđena, mada jedino duboko nepoverenje, klinički relevantna skala odsustva organizacije afektiviteta, ostvaruje očekivanu korelaciju.

Korelacije sa oštećenjima mentalizacije su delimično očekivane. Naime, veliki broj autora koji su istraživali odnos vezanosti i mentalizacije saglasno je da su nesigurni i neorganizovani obra(zac)sci afektivne vezanosti češće praćeni oštećenjima refleksivne funkcije (na primer, Bouchard et al., 2008; Fonagy et al, 2002; Fonagy & Target, 1997; Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003; Ward, Ramsay, Turnbull, Steele, Steele & Treasure, 2001). No, nismo uspeli da pronađemo istraživanja u kojima je ispitivan odnos dezorganizacije (a posebno ne dubokog nepoverenja) i konkretnih mentalizacionih oštećenja – hipomentalizacije i hipermentalizacije. Ovo jesu novi i relativno neistraženi konstrukti. Čini se ipak da preterana, neosnovana, ubeđenost (sigurnost) u mentalna stanja, kao specifična

podvrsta oštećenja mentalizacije, ne mora da bude karakteristična za dezorganizovane ispitanike. Nalaz o negativnoj povezanosti dezorganizacije i hipermentalizacije nas zato nije mnogo iznenadio. U našem istraživanju se je pokazalo da i sama trauma, kao potencijalni zajednički etiološki faktor i dezorganizovane afektivne vezanosti i mentalizacionih oštećenja ostvaruje pozitivnu vezu sa hipomentalizacijom, a negativnu sa hipermentalizacijom. Dakle, suočeno sa neadekvatnošću roditeljskih postupaka, dezorganizovano dete se bori sa bolnim doživljajem nevoljenosti, odbačenosti, neprijateljstva pre svega inhibicijom kapaciteta da postupke drugih tumači prema njihovim motivima, željama, emocijama i saznanjima. Takvo dete ne pravi pseudomentalističke složene konstrukcije, nego zabranjuje sebi ma kakvo poimanje mentalnog. Njegovo razumevanje ostaje zarobljeno na konkretnom nivou (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2004), a drugi se ne posmatraju sa stanovišta namera, već sa stanovišta fizičkog delovanja (Dennett, 1987). Dakle, s obzirom na razvojnu teoriju o odnosu traume, afektivne vezanosti i mentalizacije, očekuje se da dezorganizacija bude pozitivno povezana, pre svega, sa nesigurnošću u mentalna stanja, odnosno hipomentalizacijom i ova korelacija jeste prisutna, mada slabog intenziteta.

Gore pomenut podatak o izostanku, u dosadašnjim nalazima dokumentovane, korelacije dezorganizacije i eksternalizovanih simptoma, te uzimajući u obzir i (doduše racionalizovanu) činjenicu da su i preostali nalazi interpretirani na taj način da obe dimenzije dezorganizacije i dubokog nepoverenja ilustruju lošu organizaciju (dezorganizaciju) afektivnih reprezentacija, odnosno da bi u slučaju interpretacije nalaza samo za dimenziju *dezorganizacija* instrumenta RQ-CV broj očekivanih korelacija bio i manji, naveo nas je da se zapitamo o samoj adekvatnosti ovog instrumenta. Analizirana je kakvoća korelacija koje ostvaruju preostali stilovi afektivne vezanosti, iako oni nisu naš primarni fokus u ovom radu, sa glavnim varijablama istraživanja, kako bi se na taj način dalje proverilo da su očekivani smerovi povezanosti prisutni, što bi otklonilo sumnje o iskrivljenosti podataka.

Uočeno je da sigurnost, kao stil afektivne vezanosti ostvaruje gotovo sve očekivane korelacije. Što je izraženija manje je internalizirajućih, eksternalizirajućih i problema u društvenim relacijama, što nam govore i prethodni nalazi (Groh et al., 2012; Fearon et al., 2010; Groh et al., 2014). U skladu sa razvojnom teorijom, ali i sa ranijim empirijskim dobijenim podacima je i nalaz o nižoj hipomentalizaciji i disocijaciji sa porastom sigurnosti afektivne vezanosti (Fonagy, 2001; Liotti, 2004, Bouchard et al., 2008; Fonagy et al, 2002; Fonagy & Target, 1997; Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003; Dutra & Lyons-Ruth, 2005), dok se pozitivna korelacija hipermentalizacije i sigurnosti može objasniti time da su obe dimenzije povezane sa kontrolnom skalom idealizacije na inventaru za procenu traume. Zaista,

kontrolisana za idealizaciju, ova korelacija nestaje (Tabela 2. u prilogu 1). Korelacije koje ostvaruje dimenzija preokupiranost afektivne vezanosti takođe su očekivane. Ispitanike sa ovim stilom vezanosti u istraživanjima karakteriše hipermentalizacija (Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998). Ova preterana, a neutemeljena, analitičnost očitava se u neočekivanim prilikama i kontekstima. Osoba je fokusirana na sopstvene misli i potrebe, ali i na svoje manjkavosti, nedovoljnosti, što je preplavljuje anksioznošću i negativnim očekivanjima u socijalnim interakcijama. Groh i saradnici izdvojili su za potrebe svoje meta-analize studije u kojima je ispitivana je povezanost preokupiranosti i problemima u društvenim relacijama i došli do zaključka da kombinovani efekat pokazuje značajnu povezanost, iako niskog intenziteta (Groh, 2014). Naši podaci o interkorelacijama se uklapaju u taj okvir. No, rezultati niza objavljenih studija, od poznate Minesotine studije naovamo (Minnesota Longitudinal Study of Parents and Children, Sroufe et al., 2005) pokazuju da postoji distinktivni udeo pojedinačnih nesigurnih obrazaca afektivne vezanosti i internalizirajućih, odnosno ekstenalizirajućih problema mentalnog zdravlja. Naime, dok se preokupirano vezane osobe osećaju nelagodno u socijalno kompleksnim situacijama koje uključuju novine i visok nivo stimulacije, izbegavajuće vezane osobe, suprotno tome, nelagodnost doživljavaju u situacijama koje iziskuju socijalnu intimnost i poverenje. Prvi su stoga predisponirani da razvijaju anksioznu, internalizujuću simptomatologiju, a drugi – probleme u ponašanju (Sroufe, 2003). Naši podaci nisu u skladu sa ovim očekivanjima, budući da nema očekivanih korelacija između preokupiranog afektivnog stila i internalizacije, kao ni između izbegavajućeg afektivnog stila i ekstenalizacije. Treba međutim reći da i nalazi nekih novijih metaanaliza stavljaju na test ranije iznete zaključke, te pokazuju da niz pojedinačnih studija govori o veoma niskim efektima ili efekti čak izostaju, a posebno kada su u pitanju internalizujući simptomi (Groh et al, 2012). Kada je reč o Izbegavajućem stilu, na osnovu podataka našeg istraživanja izostaje i očekivana korelacija ove dimenzije afektivne vezanosti i hipomentalizacije. Zabeležena je, naime, tendencija da izbegavajuće vezane osobe, u emocionalno izazivajućim situacijama, lošije mentaliziraju (Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998), u smislu da njihova percepcija ponašanja postaje konkretna, rigidna, bazirana na biološkim ili religijskim tumačenjima, ali i puna idealizacija i egocentričnosti. Sopstvenim umom se najčešće i ne bave, "i stiće se utisak da on (um) ni ne postoji" (Protić, 2016). No, najučestaliji mehanizmi odbrane kojim izbegavajući skreću sebi pažnju sa nepodnošljivih sadržaja iz odnosa sa bliskim drugima jesu mehanizmi gašenja (Bowlby, 1980). Oni podrazumevaju različite strategije idealizacije, neutralizacije, minimizacije i izolacije afekata, koje sprečavaju osobu da postane svesna negativnih osećanja (George & West, 2011). I sama

disocijacija, moglo bi se reći, pripada istom tom redu odbrana koje podrazumevaju izbegavanje bolnih sećanja, uz pad sposobnosti osobe da integriše traumatizirajuće događaje (Ogawa et al, 1997; Putnam, 1997). Kada uzmemo u obzir da se disocijacija može se manifestovati kroz širok spektar simptoma, gde je niže vrednosti na disocijativnom kontinuumu zauzima emotivna udaljenost i isključenost, ne čudi nas podatak da postoji povezanost između izbegavanja kao afektivnog stila i disocijacije. Ova povezanost potvrđena je i u ranijim istraživačkim nalazima (Calamari & Pini, 2003; Nilsson, Holmqvist & Jonson, 2011).

Dakle, analiza nam pokazuje da jedan deo očekivanih korelacija izostaje, ipak, zaključak ne bi mogao da ide u pravcu odbacivanja ovog instrumenta i podataka dobijenih na osnovu njega: uz to što su brojne druge očekivane korelacije prisutne, čak i one koje nisu statistički značajne u očekivanim su smerovima, ali nedovoljnog intenziteta. To nas upućuje na detaljnije traganje za razlozima izostanka nekih korelacija između samoprocenjenih stilova afektivne vezanosti i drugih konstrukata na našem uzorku. Najpre, verzija upitnika, sa dodatnom opcijom za detekciju klinički relevantne neorganizovanosti afektivnih reprezentacija, koju smo mi koristili nije prošla kroz proces validacije na domaćoj populaciji, što bi eventualno moglo da pokaže i određene kulturološke specifičnosti od uticaja na izostanak očekivanih korelacija. I sam naš uzorak jeste veoma specifičan – reč je o visoko traumatizovanim mladim ljudima, koji su, međutim, izmešteni iz traumatizirajućeg konteksta. Važno je na ovom mestu napomenuti da su nas okolnosti sprečile u prvobitnoj nameri da ispitujemo novopridošle korisnike sistema socijalne zaštite, na samom početku njihovog privremenog boravka u porodičnom smeštaju. Relativno mali broj novopridošlih adolescenata, u odnosu na korisnike mlađih usrasta, onemogućio nas je da u prihvatljivom vremenskom roku sprovedemo nameru da željene konstrukte ispitamo neizmenjene novim životnim okolnostima. Naime, iako je reč o relativno stabilnim konstruktima, oni nisu nepromenljivi. Kada su afektivna vezanost i mentalizacija u pitanju, promena u kvalitetu staranja i uspostavljanje novih relacija koje su sigurne po svom kvalitetu, mogu pružiti mladoj osobi novo iskustvo, ublažiti negativne posledice prethodnih ranih nepovoljnih odnosa (Šilić, prema: Stovall & Dozier, 1998; Barth et. al, 2005; Schofield & Beek, 2005b; Ponciano, 2010; Gurney-Smith, Granger, Randle & Fletcher, 2010; Bovenschen et al., 2016), te dovesti do promena detetovih kapaciteta da se nosi sa izazovima i razvojnim zadacima sa kojima se suočava (Stovall & Dozier, 2000). Snažan uticaj na prirodu novouspostavljenih afektivnih odnosa dece sa hraniteljima, pokazalo se imaju iskustva afektivne vezanosti samih hranitelja i njihov sopstveni kapacitet za mentalizaciju kao bitne komponente senzitivnosti njihovog

hraniteljstva (Dozier, Stovall, Albus & Bates, 2001). Kako je najveći broj ispitivanih mladih u porodičnom smeštaju između jedne i dve godine, moguće je da je ponavljanje tzv. *pozitivnih interakcionih ciklusa* u kojima senzitivni hranitelji prepoznaju, imenuju i zadovoljavaju detetove potrebe (ponekad izražene samo kroz stanje tenzije) čineći ga opuštenim i zadovoljnim (Šilić, 2018) čak i u tom, relativno kratkom periodu, moglo da utiče na razvijanje izvesnog stupnja poverenja u hranitelja. To bi čak i kod nesigurno, pa i kod dezorganizovano vezanih, moglo da dovede do popravljanja refleksije, pa i do pomaka u pravcu bolje organizacije afektivnih reprezentacija.

Osim toga, tokom adolescencije, afektivitet osobe se povlači sa porodice na vršnjačku grupu i druge izvanporodične kontekste (Allen et al., 2005). I to aktivno uključivanje u odnose izvan porodičnog sistema, moglo je pružiti makar jednom delu naših ispitanika priliku za restrukturiranje obrazaca ponašanja razvijenih u porodici porekla. U vršnjačkom, partnerskom ili prijateljskom odnosu, smatraju autori (Gilligan, 2012) jedan broj mladih ljudi koji su bili izloženi negativnim životnim iskustvima mogao bi da pronade novu šansu za formiranje sigurne baze (*secure base*) – kao polazišne tačke za istraživanje sveta i bezbednog utočišta kojem bi mogli da se vrate kada osete da su u opasnosti, a koju u odnosu sa roditeljima nisu uspeli da izgrade. Za mlade koji ugroženi tumaraju u mraku, odnos sa *osobom ka kojoj vredi trčati kada se osetiš ugroženo* (Stefanović Stanojević i sar., 2018), bio bi svakako blagorodan i mogao bi zaista da zaštiti ove mlade ljude i njihove buduće veze i funkcionisanje (Hooper, 2007). Ali, pokušaćemo da se suzdržimo ovog, možda i preteranog optimizma. Deca i mladi sa nesigurnim obrascima teže da i u novim relacijama repliciraju obrasce funkcionisanja u odnosima na koje su naviknuti (Mikulincer & Shaver, 2008), da se vrte u krugu svojih maladaptacija izazivajući kod drugih, u toj kompleksnoj socijalnoj interakciji, upravo onakva ponašanja kakva su u skladu sa negativnim očekivanjima s obzirom na njihove, u detinjstvu formirane, unutrašnje radne modele. Posebno je teško izmeniti okvire funkcionisanja dezorganizovano klasifikovanih, budući da je upravo dezorganizovanost najstabilniji stil vezanosti (Barnett et al, 1991). I distribucija stilova vezanosti na našem uzorku pokazuje da nema odstupanja u smislu manjeg broja nesigurno ili dezorganizovano vezanih nego što bi se očekivalo u populaciji traumatizovanih mladih. Ipak, kroz pozitivna iskustva sa vršnjacima mogu se doživeti povezanost, pripadanje, socijalna podrška (Eccles & Roeser, 2011) što, čak i kod mladih sa nesigurnom/neorganizovanom vezanošću stimuliše psihosocijalni rast, dozvoljava, do tada možda inhibirano, promišljanje o odnosima i ublažava negativne ishode (Dozier & Rutter, 2008). To je, eventualno, moglo da dovede do detektovanih promena u intenzitetu korelacija između nesigurne i neorganizovane vezanosti



sa jedne strane i oštećenja mentalizacije, te loših ishoda mentalnog zdravlja, sa druge. Dalja istraživanja, na većem broju ispitanika svakako bi trebalo da provere ove nalaze.

Oštećenja refleksivnosti, odnosno mentalizacije smatraju se efektom na-mentalna-stanja-neosetljivog i/ili zastrašujućeg roditeljstva. Neosetljivi roditelji nemaju kapacitet da razumeju detetovo ponašanje u terminima mentalnih stanja i daju smisao njegovom doživljaju (Fonagy, Steele, Steele, Leigh, Kennedy, Mattoon & Target 1995) jer i njih same karakteriše nizak nivo samosvesti. Celokupna porodica okrenuta ka konkretnom, crno-belom viđenju sveta i realnosti, hipomentalizaciji, te pražnjenju tenzije kroz acting-out ponašanja, bez razmišljanja i dete u njoj uči da posmatra, tumači i reaguje na dešavanja oko sebe na takav način. U porodicama gde je roditeljsko ponašanje zastrašujuće razvoj dečije mentalizacije je odbrambeno blokiran. Blokiranje promišljanja dešava se u cilju odbrane ega od uvida u namere i motive koje stoje iza roditeljskog zastrašujućeg, neprijateljskog, zlostavljajućeg ponašanja (Allen, 2013; Fonagy et al., 2002). Izbegava se razmišljanje o umu važne druge osobe koja očito ima zle namere. Empirijski nalazi ovog istraživanja potvrđuju ovu tezu. Naime, obe vrste oštećenja mentalizacije ostvaruju korelaciju sa iskustvom trpljenja zanemarivanja i zlostavljanja u primarnoj porodici. Hipomentalizacija – simplifikovano viđenje modela uma, sopstvenog i tuđeg, je u pozitivnoj, a hipermentalizacija – preterano, suviše kompleksno i neutemeljeno pozivanje na mentalna stanja, bez uvida o njihovoj "neprozirnosti", u negativnoj relaciji sa iskustvima zlostavljanja i zanemarivanja. Od zlostavljanja se, dakle, ne branimo izgradnjom suviše komplikovanih modela mentalnog funkcionisanja, nego krajnjim pojednostavljenjem i svođenjem sve kompleksnosti uma na konkretne, fizički vidljive manifestacije. Nadalje, simplifikacija teorije uma (hipomentalizacija) u korelaciji je eksternalizovanim teškoćama mentalnog zdravlja, ali i sa problemima u društvenim relacijama. Što je način na koji posmatramo svet konkretniji, rigidniji, manje usmeren na mentalno poimanje, skloniji smo da na njega reagujemo većim neprijateljstvom, agresivnošću, destruktivnošću i asocijalnošću. I suprotno, oba ova loša ishoda mentalnog zdravlja u negativnoj su korelaciji sa hipermentalizacijom, dakle, čak i kada su neutemeljene i pogrešne naše pretpostavke o drugima kao mislećim bićima čuvaju nas od agresivno eskalirajućeg ponašanja i problema u društvenim odnosima. Kada je u pitanju odnos mentalizacije i internalizacije, kao sindrom skale koja ilustruje na sebe usmerene teškoće mentalnog zdravlja, dosadašnji nalazi su prilično nekonzistentni (Hudson, Orlemann, Tricht, Brass and Mueller, 2020; prema Berecz et al., 2016). Nalazi ovog istraživanja načelno su saobrazni sa onim delom ranijih nalaza koji pokazuju da mentalizacija ne korelira uopšte sa

stepenom izraženosti depresije i anksioznosti, obuhvaćenih širim faktorom internalizacije (Wang et al., 2008; Duval et al., 2018; Hudson, Orlemann, Tricht, Brass and Mueller, 2020), ukazujući na to da teškoće mentalnog zdravlja koje su posledica prejake lične kontrole, ipak, zahtevaju neoslabljenu sposobnost introspekcije i razvijenu svest o sopstvenim mislima. Sa druge strane, treba imati na umu uvid da oštećena refleksivna funkcija svojim negativnim uticajem na sposobnost introspekcije pojedinca, kompromituje i sam njegov kapacitet da izvesti o internalizovanim simptomima, što posledično može uticati na potcenjivanje simptomatologije (Sprung, 2010).

Nalazi o povezanosti mentalizacije i disocijacije iz našeg istraživanja pokazuju da bi odbrambeno blokiranje kapaciteta za mentalizaciju moglo da poveća sklonost ka disocijativnim odgovorima, što je u skladu sa rezultatima prethodnih nalaza (Ensink, 2017; Huang et al., 2020). Hipomentalizacija je u pozitivnoj, a hipermentalizacija u negativnoj korelaciji sa disocijacijom, pokazujući da bi upravo automatsko, rigirno, konkretno promišljanje o intencijama drugih ljudi predisponirajući faktor za razvoj disocijativne simptomatologije. Daljom analizom pokušaćemo da prodremo dublje u prirodu ove povezanosti i vidimo da li niska mentalizacija posrednik odnosa između doživljenog zanemarivanja i/ili zlostavljanja i disocijativnih ispoljavanja, što je hipoteza razvijena na bazi empirijskih nalaza niza istraživanja koje je sprovedla ekipa okupljena oko Fonagija i Ensinkove (Ensink, 2016).

Uobičajan je i očekivan nalaz o povezanosti iskustava traumatskog maltretmana u porodičnom kontekstu, dubokog nepoverenja i sklonosti ka razvoju disocijativne simptomatologije (Collin-Vézina, 2005, Twaite et al., 2004; Ensink, 2017). Na traumu doživljenu u porodičnom kontekstu autori gledaju kao na traumu izdaje (betrayal trauma, Freyd, 2012) – jer bol u slučaju porodičnog nasilja nanose upravo oni akteri od kojih zavisi detetov opstanak i ostanak u životu. Taj kontekst narušava detetovo epistemičko poverenje, njegov generalni kapacitet i otvorenost da prihvati informacije koje (o)daju (i) drugi ljudi, i onda kada su njihove namere benigne (Fonagy & Allison, 2014). Duboko nepoverenje u relacijama doprinosi i zatvorenosti selfa za nove informacije, iskustva, dešavanja i ljude koji bi mogli da obogate detetove manjkave kapacitete za suočavanje sa zlostavljanjem i ostavlja ih u prilici da disocijativni beg bude često jedini izlaz i sredstvo za očuvanje vitalnog odnosa vezanosti sa zlostavljačem koji je istovremeno i izvor nege i utehe (Fonagy & Allison, 2014).

Disocijacija je, takođe, u brojnim dosadašnjim nalazima prepoznata kao process koji povezuje traumatska iskustva i probleme mentalnog zdravlja (Bogranović i saradnici, u štampi; Collin-Vézina & Hébert, 2005; Putnam, 1997), internalizovanog, eksternalizovanog i relacionog tipa (Macfie et al., 2001; Putnam, 1997, Collin-Vézina & Hébert, 2005; Kisiel & Lyons, 2001). Ipak, italijanske autorke (Mucci i Scalabrini, 2021) objašnjavaju da je disocijacija, kao značajan mentalni process neopravdano skrajnuta iz fokusa istraživačke prakse, pa ističući značaj koji ona ima za celokupan sistem um-telo-mozak pokušavaju i da privole stručnu javnost da se aktivnije bavi ovim fenomenom. Ovo istraživanje je doprinis njihovom pozivu, koji ide u korak sa prethodnim nalazima i pokazuje da je veća sklonost da disocijativnim odgovorima povezana sa većim stupnjem izraženosti emocionalnih i bihevioralnih problema mladih ljudi.

Naposletku, potrebno je istaknuti kako internalizovani i eksternalizovani problemi nisu međusobno isključivi (Achenbach i Rescorla, 2001), a očekuje se njihova približno jednaka korelacija sa problemima u društvenim relacijama, kao pojedinačne sindrom skale koja je i ostala odvojena upravo zbog ravnomerne korelacije sa obe šire dimenzije smetnji i teškoća na inventaru provere dečijeg ponašanja (CBCL-YSR). Kao i na mnogim uzorcima do sada i u ovom istraživanju utvrđena je baš takva raspodela povezanosti ovih dimenzija emocionalnih i bihevioralnih teškoća (Angold, Costello i Erkanli, 1999.; Achenbach i Rescorla, 2001.; Avenevoli i sur., 2001.; Brajša-Žganec, 2003.; Macuka, 2007.; Achenbach i sur., 2008.; Macuka, 2011.; Macuka i Smojver-Ažić, 2012.). Pozitivne korelacije, koje ukazuju na paralelno postojanje različitih problema mentalnog zdravlja, nisu neočekivane, jer se i radi o dimenzijama ponašanja, a ne tipovima, te je njihov komorbiditet relativno je česta pojava.

## 9. 2. Diskusija rezultata medijacionih analiza

Ovo istraživanje otpočeto je sa namerom da se empirijski proveri integrativni model putanje koja vodi od rane traumatizacije, posredstvom dezorganizacije u stilu vezanosti i mentalnih procesa mentalizacije i disocijacije, do internalizujućih, eksternalizujućih i relacionih problema mentalnog zdravlja. Na osnovu opsežne analize pređašnjih istraživačkih i teorijskih nalaza, pre svega služeći se teorijskim konceptualizacijama Fonagija i saradnika (Fonagy et al., 2002) o razvoju mentalizacije i Lotija (Liotti, 2004) o razvoju disocijacije postavljeno je tri modela strukture odnosa, tri putanje za tri različita ishoda mentalnog zdravlja. Pretpostavljeni su potencijalni modeli serijske medijacije u kojima iskustva rane traumatizacije u odnosu roditelj-dete ostvaruju efekat na probleme mentalnog zdravlja preko razvoja dezorganizovanog stila u afektivnoj vezanosti, koji stvara nepovoljne uslove za razvoj mentalizacije, što pogoduje javljanju disocijativnih odgovora, koji, u okosnici, rezultuju pojavom internalizovanih, u prvom slučaju, odnosno eksternalizovanih u drugom, te problema u društvenim relacijama u trećem. No, već i dosadašnji pregled rezultata povezanosti upućuje nas na zaključak da neke od varijabli, usled odsustva očekivanih korelacija ne zadovoljavaju uslove da budu uvrštene u modele višestruke medijacije, te da će prvoditni modeli strukture odnosa morati da budu revidirani. Naime, korelacija prediktora i kriterijuma, i potencijalnih medijatora sa prediktorom, sa jedne i kriterijumom, sa druge strane, neophodni su uslovi medijacije. Dok su korelacije traume, kao prediktora i disocijacije kao potencijalnog medijatora, sa eksternalizovanim, eksternalizovanim i problemima u društvenim relacijama, kao kriterijumima stabilno prisutne, potencijalni medijatori – dezorganizacija afektivne vezanosti i oštećenja mentalizacije – u pojedinim relacijama ostvaruju korelacije koje, iako su očekivanog smera, nisu dovoljnog intenziteta da bi bile statistički značajne. Konkretno, kriterijumska varijabla koja se odnosi na prisustvo internalizujuće simptomatologije ne korelira značajno sa oštećenjima mentalizacije, dok ona koja se tiče eksternalizujuće simptomatologije ne korelira značajno sa neorganizovanim dimenzijama atačmenta. Dakle, već u preliminarnom pregledu rezultata iz prvog pretpostavljenog modela isključili smo mentalizaciju, a iz drugog dezorganizaciju. Dodajmo i to da preostale, organizovane dimenzije atačmenta, ne koreliraju značajno sa traumom, kao prediktorom, te su i one eliminisane iz dalje analize. U daljem toku analize sprovedeno je niz regresionih postupaka kako bi smo proverili da li prediktor i preostale potencijalno medijatorske varijable statistički značajno predviđaju kriterijum(e). Analize su pokazale da, za sva tri modela, varijabla koja se

odnosi na rana traumatska iskustva, napravljena tako da obuhvata sveukupna iskustva maltretmana doživljenog u detinjstvu zadovoljava uslove da bude prediktor. Ona objašnjava 10% varijanse vrednosti Internalizacije, 3% varijanse vrednosti Eksternalizacije i 13% varijanse problema u društvenim relacijama. Nadalje, neorganizovane strategije postupanja u afektivnim odnosima pokazalo se, značajno predviđaju u kom će stepenu biti izražene internalizacija i problemi u društvenim relacijama. Sa porastom dubokog nepoverenja dolazi do izraženije internalizovane simptomatologije, dok porast dezorganizacije dovodi do više problema u društvenim relacijama, te je ispunjen uslov da u poslednjem koraku preliminarne analize ove dimenzije atačmenta budu tretirane kao potencijalni medijatori u slučaju prvog i trećeg modela odnosa. Kada je o mentalizaciji reč, obe vrste mentalizacionih oštećenja su statistički značajni prediktori kriterijumskih varijabli eksternalizacija i problemi u relacijama, sa opozitnim predznakom: hipomentalizacija je pozitivan, a hipermentalizacija negativan prediktor. Dakle, zadržavamo ih kao potencijalne medijatore u drugom i trećem modelu strukture odnosa. Jedino je disocijacija kao potencijalna medijatorka varijabla ostvarila značajne vrednosti predikcije sve tri kriterijumske varijable, te je zadržana kao medijator u sva tri modela strukture odnosa.

U poslednjem koraku preliminarne analize tragali smo da konačnim dokazom za postojanje medijacije na taj način što smo metodom multiple regresione analize proveravali da li potencijalni medijatori zadržavaju prediktivnu moć, uz istovremeno opadanje prediktorske moći prvog prediktora (traume), kada su prediktor i potencijalni medijator zajedno u regresionom modelu. Dakle, kada se uzme u obzir i medijator, beta koeficijent (standardizovani regresioni koeficijent) prvog prediktora (traume) trebalo bi da opadne, a medijator da zadrži svoju prediktivnu moć, kako bismo imali dokaz o medijaciji. Sprovedeno je niz analiza za svaki od potencijalnih medijatora i svaku od kriterijumskih varijabli. Kada je u pitanju prvi pretpostavljeni model odnosa, sa internalizacijom kao kriterijumskom varijablom, dimenzija duboko nepoverenje u afektivnim odnosima nije zadržala svoju prediktivnu moć u ovom koraku analize, te je naposljetku i ona isključena iz modela strukture odnosa, dok je disocijacija zadržana kao medijator, iako samo blago umanjuje doprinos traume kao prvog prediktora. U slučaju drugog modela strukture odnosa, sa eksternalizacijom kao kriterijumom, obe vrste oštećenja mentalizacije i disocijacija zadržale su prediktivnu moć, umanjujući statistički značajno doprinos prvog prediktora, te su zadržani kao potencijalni posrednici. U slučaju trećeg modela strukture odnosa, sa problemima u relacijama kao kriterijumom, prediktivnu moć su zadržale sve potencijalno medijatorske varijable, dezorganizacija, hipomentalizacija i hipermentalizacija, te disocijacija, pa preliminarne

analize jedino za ovaj model odnosa dozvoljavaju da u sklopu glavne analize bude postavljen onako kako je to zamišljeno u nacrtu ovog istraživanja.

Analiza medijacionih efekata sprovedena je u programu process micro v3.3. Sama analiza podrazumeva da je odnos koji ostvaruju prediktorska i kriterijumska varijabla moguće objasniti nekom trećom varijablom, medijatorom. Medijator predstavlja mehanizam pomoću kojeg prediktor predviđa kriterijum (Baron & Kenny, 1986), objašnjavajući “kako” i “zašto” se ta relacija ostvaruje (Lindley & Walker, 1993). Prema pretpostavkama analize medijacije, do određenog ishoda ne dolazi isključivo neposrednim delovanjem prediktora na kriterijum, već i na taj način što prediktor dovodi do promene u medijatorskoj varijabli, što nadalje utiče na ishod. Analiza medijacije podrazumeva nekoliko relacija (Hayes, 2009), odnosno nekoliko paralelnih regresionih analiza. Ispituje se, najpre, relacija između prediktora i kriterijuma koja se još naziva i totalni efekat i na graficima se označava kao c putanja. Potom se ispituje relacija, ili relacije, između prediktora i medijatora, koje se označavaju kao slovom a (a1, a2, a3, zavisno od broja medijatora u modelu) i predstavljaju direktni efekat prediktora na medijator(e). Nadalje se testira relacija između medijatora i kriterijuma, koja se obeležava kao putanja b (b1, b2, b3...) i predstavlja direktni efekat medijatora na kriterijum. Na posletku, ispituje se još jednom relacija između prediktora i kriterijuma, ali sada nakon uvođenja medijatora u model, što predstavlja direktni efekat, označen kao c' putanja. Statistički gledano, totalni efekat prediktora na kriterijum predstavlja zbir indirektnog efekta prediktora na kriterijum koji se ostvaruje preko medijatora i direktnog efekta (matematički,  $c = ab + c'$ ).

Kako je već naznačeno, analiza je rađena odvojeno za svaku od kriterijumskih varijabli, tako da je formirano tri modela odnosa, sa tri različita ishoda. Najpre je testiran prvi model strukture odnosa, model proste medijacije, gde disocijacija posreduje efekat rane traumatizacije na internalizujuće probleme mentalnog zdravlja. Ta analiza nam je potvrdila da traumatska iskustva ostvaruju efekat i na porast disocijacije i na povećanje internalizovanih simptoma, ali nam je dala i novi uvid - statistički gledano, model je bolji kada se u odnos između traume i internalizacije uključi i medijator. Ovaj indirektni efekat traume preko disocijacije kao posrednika statistički je značajan, mada niskog intenziteta. Dakle, trauma ostvaruje efekat na kriterijum i direktno, ali i indirektno, preko delovanja na medijator, ukazujući na odnos delimične medijacije (Edwards & Lambert, 2007). Kada je drugi proveravani model strukture odnosa u pitanju, mentalizacija, tačnije obe vrste mentalizacionih oštećenja i disocijacija su testirani kao medijatori odnosa između traumatskih iskustava u primarnoj porodici i eksternalizovane simptomatologije. Međutim, morali smo najpre da odgovorimo na dilemu o tome kakav je odnos između samih medijatora: da li je reč o

paralelnoj medijaciji, gde dva medijatora u modelu deluju nezavisno jedan od drugog, ili o serijskoj medijaciji u okviru koje postoji sekvencionalni odnos, gde prediktor ostvaruje efekat na prvi medijator, prvi medijator na drugi, a potom se efekat lančano prenosi do krajnjeg ishoda. Kada je odnos mentalizacije i disocijacije u pitanju, dosadašnje analize, kako je diskutovano u poglavlju 6.3., nisu pokazale jednoobrazne rezultate. Mi smo se u nacrtu istraživanja odlučili da pratimo pravac istraživanja koji govori u prilog serijskog odnosa, a analiza empirijskih podataka pokazuje da bi ta odluka mogla da bude ispravna. Naime, analiza parcijalne korelacije pokazala je da povezanost između mentalizacionih oštećenja i disocijacije ostaje prisutna i nakon uklanjanja uticaja traume, te da odnos ove dve varijable nije nezavisan. Time su zadovoljeni uslovi za testiranje modela serijske medijacije u kom traumatska iskustva ostvaruju efekat na eksternalizovane simptome preko hipomentalizacije/hipermentalizacije i disocijacije. Model nam je pokazao da je efekat traumatskih iskustava na sve medijatore, značajan. Totalni efekat traume na eksternalizovane simptome nije značajan, ali on to postaje kada se u model uvedu medijatori (značajan direktni efekat), ističući značaj mentalnih procesa mentalizacije i disocijacije za razvoj patologije okrenute ka spolja, ali ne objašnjavajući njihove konkretne uloge. Izostanak značajnosti totalnog efekta traume bez medijatora u modelu moglo bi da se dogodi u slučaju potpune medijacije ili, pak, u slučaju da neka od varijabli zapravo uslovljava, odnosno moderira, intenzitet efekta traume. Odnos između samih medijatora mogao da bude u skladu sa našim pretpostavkama, serijski. Analiza je pokazala da mentalizaciona oštećenja ostvaruju umeren efekat na disocijativnu simptomatologiju, hipomentalizacija pozitivan, a hipermentalizacija negativan, te da disocijacija, potom, ostvaruje umereno snažan direktan efekat na eksternalizovane simptome. Celokupna putanja od traume, preko hipo/hipermentalizacije, koja uslovljava disocijaciju, do eksternalizacije (serijski indirektni efekat) statistički je značajna, mada je intenzitet tog serijskog efekta slab. Međutim, dok je pojedinačni efekat disocijacije na kriterijum prisutan i umerenog intenziteta, pojedinačni efekti obe vrste oštećenja mentalizacije na kriterijum nisu statistički značajni. Jedino je disocijacija relevantan medijator odnosa između traume i eksternalizovanih simptoma, dok mentalizacija dobrinosi na način što objašnjava pojavu disocijativnih odbrana. Saobrazno sa nalazima ranije sprovedenog istraživanja (Ensink, 2016), mentalizacija je i ovde viđena kao posrednik odnosa između doživljenog zanemarivanja i/ili zlostavljanja i disocijativnih ispoljavanja. Naši rezultati, međutim dodatno pokazuju da bi različite vrste mentalizacionih oštećenja mogle da imaju antagonistički efekat.

Što se trećeg modela, koji za kriterijum ima probleme u relacijama, tiče – analiza parcijalnih korelacija pokazala je da povezanost između potencijalnih medijatora (dezorganizacije, *hipomentalizacije* i disocijacije) ne nestaje ni nakon otklanjanja uticaja traume, te model koji obuhvata ove varijable zadovoljava uslove za analizu višestruke serijske medijacije. Međutim, kada je u pitanju odnos između dezorganizacije, *hipermentalizacije* i disocijacije, očekivane korelacije su izostale, pa su nam preliminarnе statističke analize dozvolile da oblikujemo jedino model paralelne medijacije. Odlučili smo se dakle za testiranje dva submodela, odvojeno za pojedinačne forme oštećena mentalizacije, ne želeći da propustimo mogućnost da empirijski otkrijemo dragoceno parče informacije o (potencijalno serijskom) međudnosu samih medijatora. U suprotnom, gradili bismo sveukupni model nezavisne, paralelne medijacije. Analize submodela su pokazale da trauma dobro predviđa dezorganizaciju, obe vrste mentalizacionih oštećenja, disocijaciju, kao i probleme u relacijama. Prvi submodel dozvoljava nam da zadržimo kao osnovanu pretpostavku o tome da bi putanja od traume, preko dezorganizacije, ka hipomentalizaciji, koja otvara put ka razvoju disocijativnih odbrana i rezultuje problemima u vršnjačkim relacijama mogla da ogovara realnosti. Naime, indirektni efekat koji uključuje serijski medijatorski odnos značajan je kada su u modelu sva tri medijatora. Gledajući pojedinačne indirektnе efekte, međutim, vidimo da samo dezorganizacija i disocijacija ostvaruju statistički značajne efekte, i to dezorganizacija prilično slab, dok hipomentalizacija ne ostvaruje značajan efekat na probleme u relacijama. Uloga hipomentalizacije se, čini se, ogleda u pravljenju mosta između prvog i trećeg medijatora, te doprinosu koji daje značajnosti serijskog odnosa na taj način: dezorganizacija ostvaruje statistički značajan efekat na hipomentalizaciju, ali ne i na disocijaciju, hipomentalizacija ih povezuje, jer njen efekat na disocijaciju jeste značajan. Ovo je potencijalna dopuna ranijih nalaza koji ukazuju na prisustvo korelacije između dezorganizacije i disocijacije (Ogawa et al. 1997; Carlson, 1998; Dutra & Lyons-Ruth, 2005): hipomentalizacija bi mogla da bude medijator tog odnosa.

Submodel paralelne medijacije u okviru našeg trećeg modela pretpostavlja da su dezorganizacija, hipermentalizacija i disocijacija međusobno nezavisni medijatori odnosa između traume i problema u relacijama, te su u okviru tog submodela testirani samo njihovi pojedinačni medijacioni efekti na kriterijum. Obe dezorganizacija i disocijacija zadržale su svoje statistički značajne, mada slabe (naročito u slučaju dezorganizacije) vrednosti pojedinačnih medijacionih efekata, dok se pojedinačni medijacioni efekat hipermentalizacije pokazao kao statistički neznačajan.



Dakle, na osnovu rezultata medijacionih analiza mogli bismo zaključiti da mentalizacija nema udela u objašnjenju odnosa od traume do problema mentalnog zdravlja, bilo da su internalizovanog, eksternalizovanog tipa ili ispoljene u relacijama sa vršnjacima. Hipomentalizacija bi mogla da ima ulogu, kako treći model medijacije u našem istraživanju pokazuje u povećanju sklonosti ka disocijativnom otklonu, koji potom stvara kontekst u kom patološka ponašanja mogu da se ispolje. Razvijen i adekvatan kapacitet za mentalizaciju verovatno selfu deteta ili mlade osobe koja se suočava sa traumatskim maltretmanom daje mogućnost da koristi veći broj različitih adaptivnih strategija za prevladavanje tog nepovoljnog iskustva, pa je time udaljava od disocijativnog ishoda i na taj način, posredno, pruža i bolje šanse za očuvanje mentalnog zdravlja. Dezorganizacija afektivne vezanosti je, pokazalo se, relevantan medijator samo u slučaju odnosa između traume i problema u vršnjačkim relacijama. Jedan broj autora, zaista, argumentuje stav da, budući da se unutar ranog odnosa sa roditeljima kod dece razvija doživljaj o sopstvenoj vrednosti i uče ključne veštine interakcije koje će biti potrebne u kasnijim intimnim odnosima, varijacije u kvalitetu ranih odnosa sa roditeljima mogu biti relevantne jedino za kasnije relacije sa drugima, uključujući one s vršnjacima, prijateljima, a u mnogu su manjoj meri relevantne za emocionalne i poremećaje u ponašanju, uključujući eksternalizirajuću i internalizirajuću simptomatologiju (Belsky & Cassidy, 1995; Sroufe, 1988), pa pozivaju na oprez prilikom preterane generalizacije postulata teorije afektivne vezanosti u objašnjavanju najrazličitijih mogućih razvojnih ishoda. Iako bi ovi naši rezultati mogli da potvrde takav rezon, treba reći da niz istraživanja pronalazi dokaze o postojanju (iako ne snažnog) efekta dezorganizacije na ispoljavanje emotivnih i ponašajnih problema (Fearon et al, 2010; Lecompte & Moss, 2014; Obsuth, 2014), te je potrebno i dalje tragati za teorijskim objašnjenjem te relacije, što smo mi i pokušali da učinimo u daljem toku analize.

Naši nalazi pokazuju da disocijativna iskustva deluju posredujuće u odnosu između traume i emocionalnih i bihevioralnih teškoća kod mladih, podržavajući brojne dosadašnje nalaze (Schimmenti, 2017; Granieri et al., 2018; Farina, Lioti, Impertori, 2019). Rana izloženost ponavljajućim iskustvima lošeg tretmana u porodičnoj sredini povećava rizik od rasprostranjene aktivacije odbrana disocijativnog tipa, što verovatno generiše niz ozbiljnih oštećenja u mentalnom funkcionisanju, (alteracije pri doživljaju sebe, formiranju identiteta, self-regulatornih kapaciteta, percepcije okruženja, itd) koja naposljetku rezultuju razvojem multiformne simptomatologije. Mi smo u ovom radu pošli od Ljotijeve (Liotti, 2004)

teorijske konceptualizacije koja disocijativni otklon vidi kao rezultat zajedničkog delovanja traume i dezorganizacije u afektivnom odnosu. Naši rezultati, međutim, ukazuju na distinktivni i specifičan udeo traume, izuzev u slučaju problema u relacijama kao kriterijuma, kada je odnos između traume i disocijacije zaista posredovan dezorganizovanim stilom vezanosti, te pre idu u korak sa starijim teorijama i istraživačkim nalazima Garofala i Velottija (Garofalo & Velotti, 2017) koji odbrambenu disocijaciju smatraju direktnim odgovorom na izloženost iskustvima neadekvatnog i zlostavljajućeg roditeljstva, ali ukazuju i na potrebu daljeg istraživanja ovog odnosa.

Budući da se rana trauma i posledična disocijacija dešavaju u detinjstvu, kada su različite mentalne funkcije u razvoju, multiformnost rezultujuće simptomatologije ne čudi. Disocijativni patološki procesi koje self aktivira u pokušaju odbrane od bolnih udaraca ranih traumatskih iskustava dovode do promena u mehanizmima za samoidentifikaciju i samoregulaciju, kao i do emotivne i ponašajne disregulacije i teškoća u odnosima sa drugima, što utiče na heterogenost kliničkih ishoda (Granieri et al., 2018). Ovo se u kliničkoj praksi samo u izvesnim slučajevima može očitati kao dobro definisana klinička slika razvojnog traumatskog ili posttraumatskog stresnog poremećaja, ali je, zapravo, vrlo česta pojava da osoba bude označena dijagnozom nekog drugog poremećaja, bilo iz reda onih koji se uklapaju u širi faktor intenzifikacije, kao što su različiti anksiozni, depresivni ili somatoformni poremećaji, bilo iz reda onih koji se uklapaju u širi faktor ekstenzifikacije, kao što su poremećaji ponašanja, komplikujući kliničku sliku i pogoršavajući odgovor na terapiju i prognozu (Gleiser et al., 2008; Cloitre et al., 2010, 2011; Granieri et al., 2018). Nalazi ovog istraživanja ističu ulogu disocijacije, kao konstantnog pratioca ranog traumatskog iskustva (Sar, 2017), ukazujući na neophodnost njenog uzimanja u obzir prilikom terapijskog delovanja kod svih onih pacijenata sa istorijom zlostavljanja i zanemarivanja, nezavisno od glavne psihijatrijske dijagnoze.

### 9. 3. Diskusija rezultata moderacionih analiza

Rezultati empirijske provere pretpostavljenih modela ukazali su nam da ih je potrebno revidirati, a onda i empirijski proveriti alternativne modele strukture odnosa, kako bi se bolje sagledao udeo afektivne vezanosti i mentalizacionih oštećenja u relaciji između rane traumatizacije u porodici i internalizovanih, eksternalizovanih i problema u društvenim relacijama. Obe varijable su u ranijim istraživanjima od kojih smo u nacrtu ovog istraživanja krenuli tretirane kao medijatorske varijable, međutim, širim obuhvatom literature pronašli smo istraživanja koja pokazuju da one u ovom odnosu mogu učestvovati i kao moderatori (Whiffen, Judd & Aube, 1999; Taubner et al, 2012). Nalazi pokazuju da i mentalizacija i stil afektiviteta roditelja, odnosno staratelja, imaju moderatorski značaj za nastanak dečije psihopatologije u kontekstu zlostavljanja. Na primer, u modelu u kom se simultano ispituje efekat roditeljske mentalizacije i traumatske prošlosti, jedino roditeljska reflektivna funkcija objašnjava značajan procenat varijanse dečijih internalizovanih i eksternalizovanih teškoća (Ensink et al., 2017). Iako bi se svakako očekivalo da efekat roditeljske mentalizacije na dečije simptome bude značajan, još snažniji efekat bi trebalo da ima rano traumatsko iskustvo (Cicchetti et al., 2010). Niz istraživanja preispituje pretpostavku o štetnom efektu (čak i seksualnog) zlostavljanja (Liotti, 2009; Jardin et al, 2017; Einsink, 2021; Joseph et al., 2014), ukoliko imamo uz sebe figuru koja nam može pomoći da se osetimo sigurno i shvaćeno, te da pronademo način za prevazilaženje negativnih osećanja poput zbunjenosti, straha, besa, krivice i srama, i to nas je podstaklo da naše modele sagledamo u odnosu na novo, kvalitetom drugačije iskustvo porodičnog smeštaja koje naši ispitanici imaju... Koliko god bilo negativno dečije iskustvo, ukoliko dete, makar i naknadno, ima sa kim da ga podeli, razume i obradi, ono će izgubiti svoju razornu snagu... Nažalost, kada je dete žrtva složene traume – ista osoba koja ga zlostavlja je i ona koja bi trebalo da mu pomogne da zlostavljanje preživi. Dok se gomilaju negativna iskustva, gomilaju se i negativne emocije, a razumevanje, podrška i razrešenje izostaju. Kapaciteti za afektivno vezivanje i mentalizaciju prvi stradaju, ali sa njima (ili zbog njih) stradaju i mehanizmi regulacije emocija i obrane selfa, pa, naposljetku, i detetovo mentalno zdravlje. Međutim, onoj deci koja su iz traumatizirajućih porodica izmeštena i odvedena u bezbedno, toplo i podržavajuće okruženje, to novo iskustvo kvalitetnog, prihvatajućeg i posvećenog staranja u okviru hraniteljske porodice može pružiti šansu za preporod. I zaista, rezultati prikazani u okviru doktorske disertacije autorke Šilić (2018) pokazuju da detetov pozitivan, emocionalno blizak i stabilan odnos sa posvećenim i prihvatajućim hraniteljem ima moć da ublaži efekte traumatskog iskustva u biološkoj

porodici, umanjujući nivo stresa, nesigurnosti i nepoverenja u bliskim relacijama, ali i razvijajući pozitivniju sliku o sebi i svojim sposobnostima. Dakle, prihvatajući, posvećeni staratelji sa boljom refleksivnom funkcijom skloniji su da uoče i odreaguju adekvatno na mnoštvo dečijih stanja i emocija (Šilić, 2018), što može biti kritičan faktor za podržavanje detetove emocionalne regulacije preko ponovnog stvaranja bitnih, konstitutivnih reprezentacija o sebi samom i svetu koji ga okružuje (Fonagy and Target, 1997). U novoj podržavajućoj sredini dete dobija šansu za promišljanje (mentaliziranje) i proživljavanje svojih bolnih iskustava i ponovno oblikovanje sebe i svog pogleda na život i svet (revidiranje unutrašnjih radnih modela). Afektivna vezanost i oštećena mentalizacija možda nisu mehanizmi pomoću kojih rana trauma ostvaruje efekat na simptomatologiju, već oni stvaraju uslove u kojima će efekti traume biti ispoljeni u većoj ili manjoj meri. Drugim rečima, moguće je da objašnjenje odsustva očekivanih posredničkih relacija u našem istraživanju i izvesna nekonzistentnost rezultata ranijih istraživanja, potiču iz činjenice da ove varijable nisu posrednici, već moderatori odnosa između traume i simptoma poremećenog mentalnog zdravlja. Kada se istraživanja sprovode na populaciji dece koja nisu izmeštena iz zlostavljajućeg konteksta, te žive uz staratelje koji ometaju, ili makar ne potpomažu razvoj mentalizacije i ne stvaraju kontekst u kom dete može da se oseti sigurno, deluje da ovi psihološki mehanizmi obavljaju funkciju medijatora. Jačina povezanosti između traume i simptoma varira, jer variraju i okolnosti života, te neka deca i uz zlostavljajuću ili zanemarujuću porodicu imaju više ili manje podrške sa strane, ali deluje da su mentalizacija i nesigurna, posebno neorganizovana afektivna vezanost mehanizmi posredovanja ove relacije. Zapravo se možda radi o tome da se većina dece nalazi "sa one, loše, strane" kada su u pitanju i mentalizacija i sigurnost u bliskim relacijama, dakle nema varijabilnosti u nivou izraženosti ovih varijabli, koja bi eventualno mogla da nam pokaže kada, za koga i u kojim uslovima važi predmetna relacija (Lazić, 2020). Odlučili smo, zato, da revidiramo model u pravcu provere pretpostavke da bi jačina povezanosti između ranog traumatskog iskustva i pojave simptomatologije mogla da zavisi od nivoa izraženosti dimenzija afektivne vezanosti i mentalizacije, kao potencijalnih moderatorskih varijabli, kapaciteta koji bi kod ispitanika iz našeg uzorka eventualno mogli da imaju veću varijabilnost jer potencijalno ima i više fundamentalno različitih prilika za njihovo strukturisanje.

Sama analiza moderacije najčešće se i primenjuje onda kada se dobija neočekivano niska povezanost između prediktorske i kriterijumske varijable ili su empirijski podaci o njihovoj povezanosti nekonzistentni (Baron & Kenny, 1986). Ova analiza odgovara na pitanja o tome kada, za koga i u kojim uslovima prediktor (jače ili slabije) predviđa kriterijum (Lazić,

2020; Baron & Kenny, 1986). Moderatorska varijabla može da redukuje, da pojača ili da promeni smer povezanosti između prediktora i kriterijuma (Lindley & Walker, 1993). Cohen i saradnici (Lazić, 2020; prema Cohen, Cohen, West & Aiken, 2003) razlikuju tri vrste interaktivnih efekata: amortizujuće, pojačavajuće i antagonističke interakcije. Amortizujuća interakcija je ona u kojoj moderator smanjuje efekat prediktora, u situaciji kada povezanost između dve varijable postoji samo u određenim uslovima, dok u nekim drugim uslovima ona postoji u znatno manjoj meri ili ne postoji uopšte (Lazić, 2020; prema Međedović, 2013). Pojačavajuća je ona interakcija u kojoj prediktor i moderator doprinose istim predznakom objašnjenju kriterijuma (Lazić, 2020; prema Rose, Holmbeck, Coakley, & Franks, 2004), pri čemu ostvaruju i dodatni, neaditivni efekat, sinergijski efekat. U slučaju antagonističke interakcije (Lazić, 2020; prema Cohen et al., 2003) uticaj prediktora na kriterijum je potpuno suprotan u zavisnosti od nivoa izraženosti moderatorske varijable. Kako bismo proverili da li varijable našeg istraživanja zadovoljavaju preliminarne uslove da budu uključene u modele moderacionih odnosa sprovedeno je niz je analiza. Sve dimenzije su najpre transformisane centriranjem rezultata (rezultat ispitanika iskazan je kao odstupanje rezultata od aritmetičke sredine), kako bi se izbegla multikolinearnost, i formiran je kompozitni skor za svaku interakciju (multiplikacijom; na primer, interakcija između Traume i Dezorganizacije rezultat je množenja skorova ove dve varijable). Regresiona analiza je, praktično, sprovedena na taj način što su u regresijsku jednačinu uključeni prediktor, rana traumatska iskustva, kao prva varijabla, zatim potencijalni moderator (pojedinačne dimenzije afektivne vezanosti ili oštećenja mentalizacije) i produkt interakcije između prediktora i konkretnog moderatora kao još jedan, poslednji prediktor u regresionoj jednačini, dok su varijable Internalizacija, Eksternalizacija ili Problemi u relacijama postavljene kao kriterijumske. Sprovedeno je niz analiza sa svakom pojedinačnom dimenzijom afektivne vezanosti i oštećene mentalizacije kao mogućim moderatorima odnosa između prediktora i kriterijuma. Pokazalo se da je značajan doprinos interakcije varijabli sigurnost i duboko nepoverenje u afektivnim relacijama, sa jedne i rane traume, sa druge strane u predviđanju internalizovanih; zatim interakcije oba oštećenja mentalizacionih sposobnosti sa ranom traumom u predviđanju eksternalizovanih simptoma; te interakcije hipermentalizacije i rane traume u predviđanju simptoma koji reflektuju probleme u društvenim relacijama. Zato je analiza moderacije sprovedena korišćenjem modela 5 u programu Process micro (Hayes, 2017). To je model koji uključuje testiranje indirektnog efekta prediktora na kriterijumsku varijablu preko medijatora, kao i testiranje direktnog efekta prediktora na kriterijum uslovljenog promenama u vrednosti pretpostavljene moderatorske varijable.

U slučaju internalizacije kao kriterijuma proveravali smo, dakle, modele u kojima Trauma ostvaruje indirektni efekat preko medijatora disocijacije, dok sigurna afektivna vezanost i duboko nepoverenje uslovljavaju direktni efekat traume na internalizovane simptome. Kada je u pitanju onaj deo modela u kom se testira uloga disocijacije kao medijatora, rezultati analiza su istovetni sa ranije sprovedenim analizama (koristeći model proste medijacije): disocijativni simptomi posreduju u odnosu između traume i internalizovane simptomatologije. Specifičan doprinos sada analiziranih modela je u proveru moderatorskih efekata dimenzija sigurnosti i dubokog nepoverenja u afektivnim relacijama. U tom pogledu, rezultati pokazuju da vrednost efekta rane traume menja sa promenama u vrednosti moderatorskih varijabli sigurnost i duboko nepoverenje, čineći obe ove dimenzije relevantnim moderatorima. Moderatorski model značajno bolje objašnjava razvoj internalizovanih simptoma (36% objašnjene varijanse) u odnosu na model proste medijacije (25% objašnjene varijanse). Efekat rane traume na internalizovane simptome je veći što je vrednost sigurnosti niža, a vrednost dubokog nepoverenja veća. Pri prosečnim vrednostima sigurnosti trauma ostvaruje statistički značajan efekat na pojavu internalizovane simptomatologije. Intenzitet ovog efekta raste kada je vrednost sigurnosti za jednu standardnu devijaciju niža od proseka, dok se smanjuje i čak gubi statističku značajnost, kada je vrednost sigurnosti za jednu standardnu devijaciju viša od proseka. Dakle, značajan je efekat rane traume na internalizovane simptome kod ispitanika koji postižu niske skorove na dimenziji sigurnost afektivne vezanosti. Međutim, porast vrednosti sigurnosti uslovljava slabljenje efekta traume, i do gubljenja značajnosti efekta. Suprotno, doprinos traume objašnjenju internalizovanih simptoma je značajan pri prosečnim vrednostima dubokog nepoverenja, još veći kada je vrednost dubokog nepoverenja za jednu standardnu devijaciju viša od proseka, ali se smanjuje i gubi statističku značajnost kada je vrednost dubokog nepoverenja za jednu standardnu devijaciju niža od proseka. Što je vrednost dubokog nepoverenja veća, snažniji je efekat traume na internalizovane simptome. Kod ispitanika sa veoma niskim skorovima na dubokom nepoverenju nema efekta rane traume na internalizovane simptome, međutim, kako vrednost dubokog nepoverenja raste, efekat rane traume postaje sve izraženiji. Ovi rezultati mogli bi da budu važni jer doprinose odgovoru na pitanje o tome zašto jedan broj mladih koji su bili izloženi traumatskim iskustvima u detinjstvu ne razvija simptome iz domena internalizacije. Naime, način funkcionisanja i to do koje mere će osoba posle takvih životnih okolnosti biti (ne)adaptirana zavisi od složene interaktivne međuigre protektivnih i faktora vulnerabilnosti (Cicchetti, 2006; Cicchetti & Toth, 2005). Među tim faktorima se nalazi i afektivna vezanost: sigurnost se izdvaja kao protektivni faktor, ona štiti mlade sa nepovoljnim

ranim iskustvima, dok ih duboko nepoverenje, kao faktor rizika, čini vulnerabilnima, pojačavajući efekat traumatskih iskustava na razvoj simptoma anksioznog, depresivnog i somatizirajućeg tipa. Dok mladi sa sigurnim afektivnim stilom mogu da se oslone na makar jednu osobu iz svog okruženja i njenu negujuću blagonaklonost koristeći je kao sigurnu bazu kada zatreba (Weinfield et al., 2008), oni sa duboko nepoverljivim stilom ne mogu da računaju na socijalnu podršku – oni ne očekuju pomoć, brigu, komfort ni od koga (Stefanović Stanojević i sar., 2018), uvereni u nezainteresovanost, ako ne i neprijateljstvo drugih. Dok se prvi sa traumom nose oslanjajući se na doživljaj sebe kao (ipak) vrednog i važnog bića, drugi misle da o njima niko ne brine brine, jer i nisu brige vredni. Ta dva oprečna viđenja sebe i ljudi oko sebe prave važnu razliku kada je u pitanju emocionalno i bihevioralno funkcionisanje mlade osobe sa iskustvima rane traume. Sigurnost je u literaturi i ranije označena kao faktor koji doprinosi boljoj adaptaciji nakon traumatskog iskustva (Einsink, et al., 2021; Armour et al., 2011; Joseph et al., 2014). Autori su navodili da to čini na taj način što čuva osobu od prevelikog intenziteta distresa (Mikulincer & Shaver, 2008) i doprinosi razvoju bolje emocionalne regulacije (Kim, Sharp, & Carbone, 2014; Mikulincer & Shaver, 2008), te ponašanja koja podrazumevaju traženje i prihvatanje podrške i pomoći. Makar jedan bezbedan odnos koji bi detetu omogućio da organizuje svoje afektivne reprezentacije mogao bi da ga učini rezilijentnijim i sačuva od razvoja anksioznosti, depresije ili psihosomatskih teškoća (McLaughlin et al., 2012). Za decu izmeštenu iz porodica porekla, taj odnos bi mogao da bude odnos sa hraniteljem. Ranija istraživanja pokazala su da osetljivost hranitelja može povećati nivo sigurnosti kod adolescenata koji iz primarnih porodica dolaze sa nesigurnim obrascima (Beijersbergen et al., 2012; McLaughlin et al., 2012). Šta više, gotovo polovina adolescenata sa istorijom zlostavljanja i nesigurnom vezanošću za biološke roditelje, sa hraniteljima razvija siguran odnos (Joseph et al., 2014), koji potom verovovatno služi kao utvrđenje, baza, u kojoj dete može razvijati svoje kapacitete, pa i one koji su do tada trpeli, što ga čuva od nepovoljnih ishoda. Suprotno, smatra se da nesigurna vezanost povećava vulnerabilnost za razvoj psihopatoloških odgovora nakon traume, ometajući sposobnost nošenja sa negativnim iskustvima (Fearon et al., 2010): ne samo što osoba doživljava intenzivniji distres, nego su i njene strategije reagovanja na njega manjkavije, uz manje vere u sopstvene kapacitete i/ili dostupnost drugih (Fraleay et al. 2006) i lošiju emocionalnu regulaciju. Negativnost unutrašnjih radnih modela i sebe i drugih dovedena je do ekstrema kod onih mladih ljudi čija je dominantna afektivna orijentacija duboko nepoverenje. Tinejdžer koji smatra da se ni na koga ne može osloniti, jer svi gledaju samo sebe, spoznao je beznade. Traumatska dešavanja kojima je bio izložen preplavila su njegov ego i dovele ga do dubokog

osećanja bespomoćnosti. Slom u odnosu na empatijskog drugog onemogućio je korišćenje drugog u svrhu regulacije afekta, a disocijativni prekid veze između psihe i tela onemogućio prorađivanje emocionalnih iskustva (Protić, 2016; prema Varvin, 2007). Sve dalje borbe postale su uzaludne, svi napori besmisleni. Pred nepodnošljivom težinom života koji ga je snašao izlaz nalazi u razvoju anksiozne i depresivne simptomatologije. Naši nalazi dopunjuju i specifikuju rezultate ranijih istraživanja adolescentne populacije sa traumatskim iskustvom koja su pokazala da kvalitet vezanosti za staratelja objašnjava različitost kliničkih ishoda. Afektivna vezanost uslovljava efekat traume na internalizovane simptome, pojačavajući ga kod onih sa visokim skorovima na dobokom nepoverenju i amortizujući ga kod onih sa visokom sigurnošću.

U slučaju eksternalizacije kao kriterijuma takođe je, razumljivo, i u modelu 5 programa Process micro (Hayes, 2017), potvrđena uloga disocijacije kao medijatora, ali je sa proverom moderatorskog efekta mentalizacije dobijen i sasvim novi uvid. Naime, potvrđeni su efekti interakcije traume i mentalizacionih oštećenja, kako hipomentalizacije, tako i hipermentalizacije, na pojavu simptomatologije eksternalizovanog tipa. Oba moderatorska modela objašnjavaju značajno veći procenat varijanse eksternalizovanih simptoma u odnosu na proveravane medijatorske modele (model sa hipomentalizacijom 36% naspram 30%, model sa hipermentalizacijom 32% naspram 29%), ukazujući da bi predmetna relacija mogla da važi samo za neke ispitanike. Specifično, pokazalo se da uslovni efekat traume pri prosečnoj vrednosti aritmetičke sredine hipomentalizacije nije značajan, ali da sa promenom vrednosti za jednu standardnu devijaciju, iznad ili ispod proseka, on to postaje: dok u slučaju pada vrednosti hipomentalizacije za jednu standardnu devijaciju, uslovni efekat postaje negativan, u slučaju rasta hipomentalizacije uslovni efekat traume postaje pozitivan. Detaljnijim uvidom u tablicu promene efekta traume zavisno od nivoa izraženosti hipomentalizacije vidimo da je uslovni efekat traume pri njenim najnižim vrednostima negativan, da se gubi sa porastom vrednosti hipomentalizacije ka aritmetičkoj sredini, ali da dalji porast uslovljava promenu predznaka tako da pri visokim vrednostima hipomentalizacije efekat traume na simptome eksternalizovanog tipa postaje pozitivan. Hipomentalizacija, dakle, ostvaruje antagonistički efekat. Niska hipomentalizacija, pri onim njene vrednosti koje zapravo ukazuju na optimalno refleksivno funkcionisanje, štiti osobu od razvoja destruktivnih i agresivnih formi ispoljavanja, što je nalaz koji nije nov niti je neočekivan u istraživanjima ove problematike (Fonagy et al., 2016; Taubner & Curth, 2013). Međutim, kako skorovi na hipomentalizaciji rastu, ukazujući na sve veću rigidost u tumačenju



(Fonagy et al., 2016), pojačava se efekat traume na simptome iz domena eksternalizacije. Osoba koja postiže visoke skorove na hipomentalizaciji nema izgrađene mentalizacione okvire u koje bi smestila ljude i događaje, pa je sklonija da i sebe i druge vidi kao objekte. To je lišava odgovornosti i empatije u ophođenju sa drugima (Taubner et al, 2012). Kako je oslabljen njen kapacitet da rana traumatska i druga frustrirajuća iskustva osmisli, organizuje i simbolički obradi, ta mlada osoba je sklona da ih ospoljava i impulsivno odigrava na konkretnom nivou (Bateman i Fonagy, 2015). Svaka aktuelna percepcija ugroženosti automatski aktivira potisnuti rani odnos izdatog poverenja i dovodi do nekontrolisanih reakcija koje predstavljaju odigravanje neobrađenih osećanja na način koji je replika do tada doživljenog modela ponašanja – agresivnog, destruktivnog, povređujućeg (Protić, 2016). Paralelno se dešava ekscesivno disociranje od pretećih sadržaja, pa je refleksija o događaju i sopstvenoj odgovornosti i krivici zamagljena. Dok izražena hipomentalizacija, kao vrsta mentalizacionog oštećenja, pojačava efekat traume na simptome iz domena eksternalizacije, izražena hipermentalizacija deluje amortizujuće. Kada su vrednosti hipermentalizacije za jednu standardnu devijaciju niže od proseka, dakle u zoni vrednosti koje su niske/normalne, ispod cut off skora, direktni efekat traume je statistički značajan i pozitivan, međutim efekat traume nije značajan pri prosečnoj, niti pri vrednostima koje su za jednu standardnu devijaciju više od proseka i pripadaju zoni izražene hipermentalizacije. Dakle, efekat traume na simptome iz domena eksternalizacije postaje sve slabiji kako raste stepen izraženosti hipermentalizacije. Objašnjenje bi moglo da leži u činjenici da osoba sa visokim skorom na hipermentalizaciji ima izvesnu teoriju uma, ona aktivno mentalizira, samo su njene mentalizacije pogrešnog tipa - preterane i bez utemeljenja u realnosti. Ipak, one, i takve, čuvaju osobu od eskalacije nasilnog i destruktivnog ponašanja usmerenog ka spolja, poboljšavajući kontrolu besa (Fonagy et al., 2016; Handeland, 2017). Uverenje da su drugi misleća i emotivna bića, i kada dolazi iz potencijalno grandioznog, omnipotentnog, pseudomentalističkog stava (Ames & Kammrath, 2004, Ritter et al., 2011) i ne temelji se na adekvatnom poznavanju prirode mentalnih stanja, ne dozvoljava impulsivno prepuštanje destruktivnim porivima.

U slučaju Problema u društvenim relacijama kao kriterijuma, proveravali smo model u kom je efekat traume istovremeno posredovan dezorganizacijom i disocijacijom (kao paralelnim medijatorima) i uslovljen promenama u nivou izraženosti hipermentalizacije. Analiza je potvrdila uloge posredovanja i dezorganizaciji i disocijaciji, ali i ulogu moderatora hipermentalizaciji. Rezultati pokazuju da hipermentalizacija odvaja naše ispitanike u dve grupe. U prvoj, gde pripadaju mladi sa niskom i prosečnom izraženošću hipermentalizacije,

efekat traume na probleme u relacijama je statistički značajan i pozitivan. Međutim, za one ispitanike sa veoma visokim skorovima na hipermentalizaciji, efekat traume izostaje. Ovo nam je pokazalo da pređašnji, medijacioni model, važi samo za ispitanike iz prve grupe i time bolje objasnilo udeo varijanse problema u relacijama (47% objašnjene varijanse, naspram 38% u modelu medijacije). Adolescencija je period snažne usmerenosti na sebe, svoje telo i način na koji relevantni drugi odgovaraju na nas, uz generalno izraženiju sklonost za ekscesivno tumačenje mentalnih stanja ali i teže sagledavanje više perspektiva (Fonagy i Luyten, 2009). Nesigurna i nezadovoljna mlada osoba, sa bremenom rano doživljene traume, može biti fokusirana na sopstvenu različitost, manjkavost, nedovoljnost, stigmatiziranost što je preplavljuje anksioznošću i negativnim očekivanjima u socijalnim interakcijama. Razvijen kapacitet za refleksivnost facilitira u adolescenciji pojavu ekscesivnih negativnih interpretacija socijalnih stimulusa čak i onda kada su oni neutralni (Ruthford et al., 2012) i to dovodi mladu osobu u stanje napetosti i reaktivira doživljaj ugroženosti, pa, automatski, i sistem afektivne vezanosti, čija aktivacija, međutim, s obzirom na neorganizovanost reprezentacija, ne pruža očekivano olakšanje. Negativne interpretacije se teško kontrolišu: negativni unutrašnji radni modeli dezorganizovane mlade osobe predstavljaju plodno tle za razbuktavanje ruminacija što vodi ka dezintegraciji misli, emocija i ponašanja i disocijaciji (Sharp et al., 2011). Naposletku, ovo dovodi do problema u relacijama koje se reflektuju kroz sopstveni doživljaj osobe da je nepopularna, nevoljena, usamljena, te izveštava da se ne slaže sa vršnjacima i da u vršnjačkim relacijama trpi zadirivanje.

Ali, veoma visoka hipermentalizacija možda štiti od ovakvog razvoja, dovodeći do inhibicije efekta traume na *pomenutu vrstu* problema u relacijama. Naime, skala kojom se u ovom istraživanju meri prisustvo problema u relacijama zasićena je ajtemima koji ilustruju sopstvenu, od drugih opazivu, manjkavost, trapavost, submisivnost. Dok blago izražena hipermentalizacija čini osobu *sigurnom* u to da *zna* da i drugi o njoj promišljaju na takav način i ne dozvoljava joj da uvidi drugu perspektivu, moguće je da veoma visoka hipermentalizacija sasvim udaljava od tog stava. Dok naši nalazi ukazuju na pozitivnu korelaciju hipermentalizacije sa idealizacijom, prethodni nalazi su pokazali da ona korelira i sa grandioznošću i narcizmom (Ames & Kammrath, 2004). Idealizacija, kontrolna skala inventara za procenu traume, ukazuje na tendenciju ka predstavljanju sebe i svog okruženja u boljem svetlu. Ona korelira pozitivno sa hipermentalizacijom i negativno sa problemima u relacijama (tabele 11 i 2a). To bi moglo da znači da sklonost ka idealizaciji povećava skorove na hipermentalizaciji (da, naravno da mogu da znam šta drugi misle i osećaju!), a snižava na problemima u relacijama (ne, naravno da nisam trapav i manje vredan). Snažno uverenje

osobe o tome da može da čita ljude kao knjigu (Raskin & Terry 1988) više govori o stavu idealizacije, onipotencije i/ili grandioznosti nego o stvarnom razumevanju perspektive druge osobe. Ta konkretna stavka ("Mogu da čitam druge ljude kao knjigu") čini deo inventara za testiranje i hipermentalizacije i narcizma (Fonagy & Allison, 2013). Studije su pokazale i da osobe sa visokim skorovima na narcizmu neutemeljeno veruju da bolje od većine detektuju emocije (Ames & Kammrath, 2004). Nužan uslov za razvoj kapaciteta za razumevanje, kao i za posledičnu regulaciju emocija razvija se u ranom dečijem uzrastu, zahvaljujući adekvatnom, kongruentnom prepoznavanju detetovih unutrašnjih stanja i njihovom ogledanju (mirroring) (Fonagy & Allison, 2013). Baš ovaj kapacitet izostaje i kod narcističkih ličnosti i kod onih sa oštećenjem mentalizacije u smislu ekscesivne sigurnosti u mentalna stanja. Ukoliko se na licu roditelja koji drži (holding) dete prilikom ogledanja očitavaju njegovi sopstveni strahovi, osećanja ili mehanizmi odbrane, umesto detetovih, rezultujuća reprezentacija detetovog unutrašnjeg stanja ne odgovara konstitucionom self doživljaju i to predisponira dete za život kroz lažni self (Winnicott, 1965) i razvoj narcističke strukture ličnosti (Fonagy & Allison, 2013). Narcizam jeste osobina koja vrlo nepovoljno utiče na socijalnu interakciju, ali se ispoljava u stavovima i ponašanjima koja su suprotna onima sadržanim kroz ajteme skale koja meri ovaj konstrukt u našem istraživanju. Dok smo mi procenjivali teškoće u relacijama koji se odnose na sopstvenu procenu nedovoljnosti, zavisnosti, submisivnosti i povređenosti u odnosima, narcističke, ličnosti pre imaju teškoće koje se manifestuju kroz lošu povezanost sa drugima, njihovo tretiranje kao objekata za zadovoljenje sopstvenih želja i hostilnost (Bushman and Baumeister 1998; Campbell 1999; Konrath et al. 2006; Reidy et al. 2008). Dakle, pretpostavljamo da bi visok intenzitet hipermentalizacije eventualno mogao da uslovljava pojavu drugačijih formi problema u odnosima, no naši rezultati svakako ne daju dovoljno podataka da bismo proverili ovu pretpostavku, te su potrebna dodatna istraživanja ove tematike sa metodologijom koja sadrži bolju kontrolu idealizacije i kompleksniji sistem za detekciju različitih formi problema ispoljenih u društvenim relacijama.

Rezimirajući dobijene rezultate, čini se da smo se približili odgonetanju prirode odnosa između traume i problema mentalnog zdravlja. Saznali smo, najpre, da su odvojene putanje za različite ishode mentalnog zdravlja. Drugačiji set okolnosti uslovljava pojavu problema mentalnog zdravlja koji su usmereni ka unutrašnjem ili spoljašnjem svetu ili se ispoljavaju u relacijama.

Nadalje, saznali smo da je ovaj odnos kompleksniji nego što je to model oblikovan u nacrtu ovog istraživanja pretpostavio. Relacije koje smo ispitivali uslovljene su delovanjem mnoštva faktora, a ishodi mentalnog zdravlja su rezultante složene međugre brojnih okolnosti koje oblikuju naše kapacitete, snage i slabosti. Ispostavilo se da modeli moderacije, u odnosu na medijacione, bolje i adekvatnije reflektuju stvarnost. Da smo analizu prekinuli sa modelima medijacije, ostali bismo zatečeni neočekivanim podatkom da oštećenja mentalizacije ne doprinose objašnjenju odnosa između traume i mentalnog zdravlja, a da afektivna vezanost doprinosi samo onda kada su u pitanju problemi u relacijama. Potonja analiza dala nam je obuhvatniju sliku. Saznali smo da afektivna vezanost uslovljava efekat traume na internalizovane, a oštećena mentalizacija u formi nesigurnosti u mentalna stanja na eksternalizovane teškoće i probleme u relacijama. Ovo saznanje pomaže nam možda da razumemo zašto jedan broj mladih koji su u ranom detinjstvu imali iskustva složene traume ne razvija emocionalne i bihevioralne teškoće i ne dobija dijagnozu psihijatrijskih poremećaja. Naime, kako izveštaji pokazuju, približno polovina zapostavljene ili zlostavljane dece ne ispunjava kriterijume za dijagnostikovanje bilo kog psihijatrijskog poremećaja iz grupe koja obuhvata postraumatske reakcije, anksioznu i depresivnu simptomatologiju, antisocijalnost i zloupotrebu supstanci (McGloin and Widom, 2001), ukazujući na potrebu da se detaljnije analiziraju faktori rezilijencije. U poslednje vreme je i uloženo dosta napora da se identifikuju faktori koji promovišu adaptaciju i očuvanje mentalnog zdravlja nakon izloženosti traumatskim iskustvima: regulacija dečijih emocija od strane staratelja i podržavajući odnos roditelj/staratelj-dete izdvojeni su kao važni eksterni faktori rezilijencije (Humphreys, King, Guyon-Harris, Zeanah, 2021), dok se kao unutrašnji faktori rezilijencije navode sopstveni kapacitet za emocionalnu regulaciju (Yule, Houston & Grych, 2019), uključujući razvijenu refleksivnost (Berthelot et al., 2019), kao i sigurnost afektivne vezanosti (Jardin et al, 2017; Einsink, 2021). Naši rezultati se potencijalno uklapaju u postojeći istraživački tok. Sigurnost je identifikovana kao važan faktor za ublažavanje efekata traume na razvoj internalizovane psihopatologije, optimalno razvijen kapacitet za mentalizaciju i preterana sigurnost u mentalna stanja ublažavaju efekte traume na ispoljavanje antisocijalnih reakcija, a preterana sigurnost u mentalna stanja, iako vid mentalizacionog oštećenja ublažava i efekat traume na razvoj problema u društvenim odnosima, makar ispoljenih u obliku koji smo mi detektovali. Dakle, naši su rezultati pokazali da inhibitorno na efekat traume može delovati i karakteristično oštećenje mentalizacione funkcije. Hipermentalizacija, pokazalo se, štiti od eskalacije destruktivnog i agresivnog ponašanja prema drugima, možda pojačavajući kontrolu besa (Fonagy et al., 2016), ali štiti i od karakterističnih problema u društvenim

odnosima - utiska o nevoljenosti, nepopularnosti i zadirivanosti od strane vršnjaka. Mada i dosadašnji nalazi ukazuju da ova skale refleksivne funkcije manje korelira sa merama psihopatologije (depresivnost, neprilagođenost), a više sa konstruktima koji pretpostavljaju pozitivno psihološko funkcionisanje (empatija, *majndfulness*), u odnosu na skalu hipomentalizacije, ove rezultate ne možemo a da ne tretiramo sa velikim oprezom. Naime, sam način funkcionisanja osobe sa izraženom hipermentalizacijom podrazumeva da su praznina, besmislica i disocijacija kao posledice traume zamaskirane elongiranim elaboracijama o mislima i osećanjima. Ove su elaboracije međutim, lišene pravog afekta, no ipak mogu, svojim kvantitetom, stvoriti pogrešnu sliku o osobi kao o nekome ko je dobar u mentalizaciji (Luyten & Fonagy, 2015). I sama ta osoba sasvim je uverena u svoj mentalistički kapacitet, pa tako sigurna u mentalna stanja na testovima samoprocene daje pristrasne odgovore i dobija (pseudo) dobre procene empatije, mentalizacije i *majndfulnessa*, na primer (Fonagy et al., 2016). Naši nalazi ukazuju da bi na tu pristrasnost mogla da se pridoda i sklonost ka idealizaciji. To možda oblikuje njihove odgovore i na drugim merama samoprocene, skrivajući nedostatke i simptome maladaptivnog funkcionisanja iza maske mnoštva idealizovanih i pseudo sadržaja. Visoka izraženost hipermentalizacije nedvosmisleno se može smatrati mentalizacionim oštećenjem koje vodi, na svom vrhuncu, u rigidnost i kolaps mentalizacije (Fonagy et al., 2016) i povezano je sa problemima mentalnog zdravlja koje mi ovde nismo detektovali. Ranija istraživanja pokazuju da bi to mogli biti poremećaji hranjenja, anoreksija (Skårderud, 2007) i bulimija (Pedersen et al., 2012) i granični poremećaj ličnosti (Sharp et al., 2013; Kalpakci et al., 2016), pa je neophodna detaljnija analiza moderatorskog efekta hipermentalizacije, koja bi uzela u obzir sve problematične aspekte naših nalaza. Budućim istraživačima preporučujemo, zato, detaljnije bavljenje ovom temom.

Naši se rezultati, i kada su u pitanju faktori rizika, uklapaju u postojeći istraživački korpus pokazujući da duboko nepoverenje, kao afektivna orijentacija, stvara uslove za javljanje problema obuhvaćenih širim faktorom internalizacije, dok nesigurnost i neznanje o mentalnim stanjima pogoduju javljanju problema obuhvaćenih širim faktorom eksternalizacije. Disocijacija je izdvojena kao važan faktor na putu ka razvoju maladaptivnih odgovora nakon doživljene rane traume. U skladu sa prethodnim nalazima, naše istraživanje pokazuje da je prisustvo disocijativne simptomatologije posreduje u nastanku svih ispitivanih formi psihopatologije kod mladih sa iskustvom rane traume. Veliki broj ranije objavljenih studija i kliničkih opservacija pokazuje da brojni simptomi uzrokovani traumom u detinjstvu imaju zajedničku patogenu osnovu u disocijativnim procesima koji su i sami

posledica traumatskih odnosa sa roditeljima tokom ranih godina života (Farina & Liotti, 2013; Read et al., 2005; Spitzer et al., 2009; Szajnberg et al., 2010).

Ponavljana traumatizujuća iskustva u nejakim godinama i u okruženju za koje jedino zna primorava dete da se adaptira na veoma bolna, ali neizbežna dešavanja, znajući da mu je jedini izvor utehe isti onaj roditelj koji bol i nanosi (Liotti and Farina, 2016). Ova adaptacija postiže se po cenu ozbiljnog ugrožavanja sposobnosti integracije traumatskih iskustava i sećanja u koherentnu reprezentaciju sebe i drugih, što, udruženo sa drugim patogenim mehanizmima povezanim sa traumatskim iskustvom dovodi do oštećenja u regulaciji afekata (De Bellis & Zisk, 2014; Teicher et al., 2016) i dalje fragmentacije mentalnih aktivnosti, strategija ponašanja, ličnih uspomena i sveukupnog doživljaja sebe (Carlson et al., 2009; Liotti, 2009; Schore, 2009; Teicher et al., 2010), stvarajući pogodan kontekst za razvoj kompleksne, multiformne simptomatologije.

Na osnovu poznavanja varijabiliteta na prediktorskim varijablama ovog istraživanja možemo objasniti približno 40% individualnih razlika u pogledu emocionalnih i bihevioralnih smetnji u populaciji mladih, korisnika usluge porodičnog smeštaja sa iskustvom rane traumatizacije, što jeste vredan nalaz. Ipak, to nam jasno pokazuje da uzimanjem u obzir varijacija u pogledu traumatskog iskustva, afektivne vezanosti, mentalizacije i disocijacije nisu obuhvaćeni svi faktori koji doprinose razvoju internalizovane, eksternalizovane i psihopatologije ispoljene kroz probleme u društvenim relacijama kod mladih ljudi u sistemu socijalne zaštite.

#### **9. 4. Praktične implikacije dobijenih nalaza**

Prvi i nezaobilazan nalaz ovog istraživanja tiče se činjenice da su iskustva zlostavljanja i zanemarivanja unutar porodice od ogromnog razvojnog značaja. Poredeći decu i mlade iz našeg uzorka sa normama opšte populacije uočavamo veću učestalost dezorganizovanosti, više skorove na dimenzijama koje islustruju oštećenja mentalizacije i prisustvo disocijativne simptomatologije, ali i na merama emocionalnih i bihevioralnih smetnji, iako se one i dalje, u proseku, nalaze u rangu subkliničke izraženosti. Ovo je u potpunom skladu sa dosadašnjim teorijskim i istraživačkim nalazima o negativnom uticaju traume na mentalno zdravlje i psihološki razvoj i u samom nalazu nema ničeg što je revolucionarno novo. Ipak, smatramo da je neophodno ponovno i stalno isticanje ovog

zaključka uz ukazivanje na to da je prvi, i ujedno najvažniji, korak u tretmanu traumatizovane dece njihovo fizičko izmeštanje iz traumatizujućeg okruženja i smeštanje u okruženje koje je fizički bezbedno i psihološki sigurno.

Rezultati provere pretpostavljenih modela odnosa između rane traumatizacije i problema mentalnog zdravlja kod dece na hraniteljstvu doneli su još nekoliko važnih zaključaka i doprineli boljem teorijskom razumevanju ovog odnosa, kroz identifikovanje faktora posredovanja, rezilijentnosti i vulnerabilnosti. Na osnovu toga je moguće formulisanje praktičnih implikacija namenjenih profesionalcima, ali i hraniteljima koji brinu o deci i mladima, žrtvama zlostavljanja i/ili zanemarivanja u detinjstvu.

Nalazi ovog istraživanja, kao i niza ranijih epidemioloških, kliničkih i neurobioloških studija u poslednjih 30 godina (Farina, Liotti and Imperatori, 2019) sugerišu da je povezanost iskustva kompleksne traumatizacije unutar porodice tokom ranih godina života sa specifičnim psihopatološkim ranjivostima zasnovana na disocijativnim patogenim procesima koje takvo iskustvo pokreće. Jedan od praktičnih predloga koji je koncipiran od autora koji se bave ovom relacijom ticao se je uvođenja nove dijagnostičke kategorije koje bi uvažavala specifičnosti odgovora na dugotrajna, ponavljajuća traumatska iskustva koja nastaju u formativnim godinama i iziskuju aktiviranje disocijativnih mehanizama kako bi se omogućio opstanak u takvim uslovima. Tako su recimo formulisane kategorije *kompleksni postraumatski stresni poremećaj* u okviru poslednje revizije Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD-11; World Health Organization, 2018) ili *disocijativni tip postraumatskog stresnog poremećaja* u okviru petog izdanja američke dijagnostičke klasifikacije (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Međutim, brojni stručnjaci izneli su kritike i nezadovoljstvo na račun postojanja ovih kategorija, jer one, zapravo ne zadovoljavaju potrebe identifikovanja svih pojedinaca koji imaju probleme proizašle iz ovog konteksta – samo mali broj pacijenta uklapa se u kliničku sliku posttraumatskog stresnog poremećaja, i onda kada ona obuhvata i izraženost disocijativne simptomatologije. Trauma i disocijacija kada se dešavaju u detinjstvu uplivišu sve sfere tekućeg razvoja, utičući na taj način na multiformnost patološkog ishoda. Tako će se, kao dugoročna posledica kod nekih pojedinaca razviti klinička slika depresije ili anksioznosti, kod drugih poremećaj ponašanja ili zloupotreba supstanci, kod trećih problemi u odnosima (prema Farina, Liotti & Imperatori, 2019), te će ovi pojedinci i biti kategorisani na osnovu svojih primarnih simptoma. Prisutna disocijacija će međutim otežavati kliničku sliku, komplikujući simptomatologiju, ali i pogoršavajući odgovor na terapiju. Ukoliko se činjenica

da osnovni poremećaj dolazi sa svom kompleksnošću ranijeg doživljavanja zanemari to bi moglo da dovede do neadekvatnog tretmana i lošijeg terapijskog odgovora. Zato je jedna od preporuka autora usvajanje predloga (Farina, Liotti & Imperatori, 2019) o uvođenju procene traumatsko-disocijativne dimenzije (Traumatic-dissociative dimension, TDD) pri dijagnostikovanju bilo kog psihijatrijskog entiteta. Ovo bi doprinelo adekvatnijem prepoznavanju onih pacijenata koji se nose sa posledicama iskustva rane traume i disocijacijom dodatno otežanim simptomima primarne mentalne bolesti, usled čega zahtevaju implementiranje specifičnih strategija tretmana sa mogućim fokusom na popunjavanju praznina u sećanju, evociranju "uklonjenih" životnih događaja i emocija koje su ih pratile, integrisanju fragmenata identiteta i smanjenju distance između manifestnih, naizgled normalnih delova selfa i onih koji su traumom pogođeni i izmenjeni, a svesnom procesuiranju nedostupni. Čini se da bi klinička praksa ovim postupkom evidentiranja prisustva traumatsko-disocijativne dimenzije mogla da dobije snažan benefit, pre svega u vidu mogućnosti pružanja adekvatnijeg pristupa ovoj grupi dosada relativno zapostavljenih pacijenata, na uštrb nezatnog povećanja obima posla pri dijagnostikovanju mentalnih poremećaja. Kada je sistem socijalne zaštite u pitanju, čini nam se da bi od izuzetne koristi bilo ukoliko bi se prilikom realizacija edukativnih programa kako za stručne saradnike, savetnike hraniteljstva, tako i za same hranitelje, obuhvatila i tema prepoznavanja i procesuiranja dečije disocijativne simptomatologije, kao specifičnog odgovora traumatiziranog deteta na neophodnost održavanja afektivne veze za zastrašujućim starateljem uprkos izdaji, teroru, stidu i fizičkom bolu koje doživljava u odnosu sa njim, a koji opstaje kao centralna strategija detetovog reagovanja na sebe i svet i okosnica za razvoj dodatne, multiformne simptomatologije i nakon njegovog izmeštanja iz traumatskog konteksta.

Nadalje, budući da su duboko nepoverenje afektivne orijentacije i hipomentalizacija kao način promišljanja o sebi i drugima faktori rizika za razvoj internalizovane, odnosno eksternalizovane simptomatologije, njihova uvremenjena, apriori procena, prilikom ulaska u sistem socijalne zaštite, recimo, bi takođe mogla doprineti detaljnijoj identifikaciji onih mladih koji su u većem riziku od razvoja ovih formi maladaptivnog funkcionisanja.

Nalazi istraživanja koje smo sprovedeli pokazuju nam, nadalje, da su mladi sa sigurnim stilom afektivne vezanosti pod manjim rizikom da razviju probleme depresivne, anksiozne i somatske prirode, te da u cilju redukcije tih problema kod onih mladih sa iskustvima rane traume i izmeštanja iz porodice primarnog porekla, kod kojih oni postoje, treba promovirati sigurnost afektivne vezanosti. Pomak od dubokog nepoverenja kao afektivne orijentacije ka



sve većem poverenju i sigurnosti mogao bi imati pozitivan učinak na poboljšanje problema usmerenih ka unutrašnjem svetu. Istraživanja su ranije pokazala bi tom pomaku ka sigurnosti, koji naknadno dovodi do redukcije emocionalnih i bihevioralnih teškoća i boljeg akademskog uspeha (Moretti et al., 2019) mogla da vodi veća osetljivost hranitelja na potrebe štice dece i mladih, pokazujući nam potencijalni smer delovanja. Međutim, zadatak pružanja osetljive nege deci i mladima u sistemu hraniteljstva nije sasvim lak poduhvat: pored ličnih snaga i veština hranitelja ovo zahteva i razumevanje efekata traume na socijalno-emocionalni razvoj i mentalno zdravlje dece i mladih, kao i stalno sveobuhvatno građenje sopstvenih kapaciteta. I zato je pružanje podrške hraniteljima u vidu intervencija, programa i usluga namenjenih jačanju njihovih roditeljskih kompetenci neophodno. Tako se u svetu već decenijama primenjuju programi za podsticanje pozitivnog roditeljstva, no, prema zaključcima analize koju je sproveo Centar za prava deteta (2020) u Srbiji je njihova zastupljenost nedovoljna. Analiza je pokazala je da je tokom pet godina, od 2015. do 2020. godine u Srbiji akreditovano i realizovano svega 19 programa obuka sa elementima pozitivnog roditeljstva (Centar za prava deteta, 2020) od kojih je tek nekoliko namenjeno hraniteljima, a ni jedna od njih ne referiše specifično na hranitelje traumom opterećenih adolescenata. Upravo nas je to motivisalo da od nekoliko programa skrojenih u cilju pomaganja hraniteljima adolescenata koji se primenjuju u svetu izdvojimo, predstavimo i za primenu predložimo jedan, koji je nastao kao adaptacija programa Konekt (Connect), mnogostruko potvrđene efikasnosti (Moretti & Obsuth, 2009; Moretti et al., 2015; Stattin et al., 2015; Giannotta, Ortega & Stattin, 2013). Naime, sam program Konekt razvijao se kroz više decenija od prvobitne verzije namenjene poboljšanju senzitivnosti i responzivnosti roditelja male dece, ka sve starijim uzrastima, do adolescentnog. Ipak, primenjujući ga u radu sa hraniteljima, autori su uočili njegovu nedovoljnost. Hranitelji su često odustajali od programa navodeći da on ne odgovara na njihove specifične dileme koje imaju u radu sa adolescentnim šticecima. Rad u fokus grupama pokazao je da je hraniteljima adolescenta potrebno više informacija o uticaju traume na afektivitet, način funkcionisanja u aktuelnoj porodici, problematično ponašanje tinejdžera i njihovo mentalno zdravlje. Smatrali su i da je potrebno prilagoditi igre uloga, radionice i diskusije kako bi se obuhvatila specifična priroda i složenost situacija koje oni doživljavaju: balansiranje ličnog i profesionalnog stava kao hranitelja, sukob zbog tekućih odnosa njihovih adolescentnih šticecnika sa biološkim roditeljima, te osećaj izgaranja, anksioznosti i gubitka, posebno u vezi prestankom smeštaja i odlaskom adolescenata iz porodice po sticanju punoletstva ili okončanju školovanja. Analizirajući njihove jedinstvene potrebe nastala je verzija trauma-informisanog i na afektivnoj vezanosti baziranog programa

koje je prilagođeno upravo hraniteljima adolescenata (Connect: An Attachment-Based and Trauma-Informed Program for Foster Parents of Teens; Moretti, Donnell, Katherine & Kelly, 2019). Reč je o kratkom, fokusiranom programu koji dobro utemeljene teorijske konstrukte transformiše u konkretne intervencije namenjene izgradnji veština senzitivnog roditeljstva i promociji sigurne afektivne vezanosti kod šticećenih adolescenata. Mogu ga voditi stručnjaci različitih profila društveno-humanističkog obrazovanja, po završenoj kratkoj obuci, uz superviziju, što ga čini relativno ekonomičnim za implementaciju. Dizajniran je za primenu tokom 10 nedelja (devedesetominutne sesije), kroz intenzivne treninge koji zahtevaju snažno emocionalno, iskustveno i refleksivno angažovanje samih hranitelja, njih 8 do 14 u grupi. Svaka od deset sesija strukturisana je oko jednog od fundamentalnih principa na kojima se program zasniva (Svako ponašanje ima značenje; Afektivna vezanost je celoživotni kapacitet; Konflikti su deo vezanosti; Autonomija uključuje vezanost; Empatija je srž vezanosti; Balansiranje sopstvenih i potreba drugih; Promene i rast kao deo odnosa; Veličanje vezanosti; dva koraka unapred, jedan unazad:ostajanje na stazi) na putu ka sve boljim veštinama hranitelja da prepoznavaju i regulišu sopstvene emocije. Tokom programa vežbaju se i senzitivnost u slušanju i reagovanju na potrebe mladih, ali i realističnost u postavljanju očekivanja i granica. Hranitelji tako oni bivaju sve spremniji da svojim šticećenicima pruže sigurno utočište i sigurnu bazu, što jača bliskost u njihovim odnosima i obezbeđuje okruženje u kom adolescent može da se kreće ka boljoj sigurnosti afektivnih reprezentacija.

Dok je efikasnost originalne verzije pokazala značajan i dugotrajan efekat na redukciju simptoma depresije, anksioznosti i problema ponašanja adolescenata sa ozbiljnim problemima mentalnog zdravlja (Moretti & Obsuth, 2009; Moretti et al., 2015), dosadašnja istraživanja relativno nove, adaptirane verzije za hranitelje adolescenata daju tek preliminarne dokaze o smanjenju problematičnih ispoljavanja kod adolescenata, ali i o poboljšanju porodičnog zadovoljstva i redukciji stresa samih hranitelja (Moretti et al., 2020). Mišljenja smo da bi ovakav program bio od koristi pri unapređenju prakse u radu sa hraniteljskim porodicama, te snažno preporučujemo stručnjacima centara za socijalni rad i porodični smeštaj i usvojenje korišćenje prilika za unapređenje profesionalnih kompetenci u ovom pravcu.

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da je potrebno unapređenje mentalizacionih veština mladih sa iskustvom zlostavljanja i zanemarivanja u cilju redukcije onih problema mentalnog zdravlja koji su usmereni ka spoljašnjem svetu i tiču se agresivnog i destruktivnog činjenja. Stoga je uvođenje intervencija usmerenih ka izgradnji kapaciteta za mentalizaciju još jedna snažna preporuka ovog istraživanja. Zanimljivo je da je radeći sa maloletnim

prestupnicima u našoj zemlji pod okriljem Van Ijzendornovog socioemocionalnog modela maloletničke delinkvencije Protić (2016) takođe, izvela zaključak o potrebi uvođenja neke vrste tretmana usmerenog ka pospešivanju kapaciteta maloletnih delinkvenata da prepoznaju i imenuju sopstvene i tuđe unutrašnje sadržaje. Tako je psihoterapijski *Tretman zasnovan na mentalizaciji* (The Mentalization based treatment, Allen & Fonagy, 2006) u domaćoj literaturi već izdvojen kao potencijalno koristan modalitet u radu sa traumatizovanim osobama koji pokazuju sklonost ka eksternalizujućim formama psihopatologije (Milojević & Dimitrijević, 2012; Protić, 2016). Preporuka se pre svega zasniva na njegovoj priznatosti i mnogostruko potvrđenoj efikasnosti u svetu za tretman tegoba u okviru različitih poremećaja, uključujući i one disocijativne i post-traumatske prirode (Bateman & Fonagy, 2015; Brent & Fonagy, 2014; Rossouw & Fonagy, 2012; Allen, Fonagy & Bateman, 2010). U radu sa traumatizovanim mladim ljudima, koji su korisnici usluge porodičnog smeštaja mogle bi se primenjivati verzije tretmana zasnovanog na mentalizaciji za decu i adolescente (Asen & Fonagy, 2011; Midgley & Vrouva, 2012). Uz učešće čitave porodice u okviru ovih tretmana radi se na poboljšanju razumevanja psiholoških sadržaja članova porodice, odbacivanju prinude i kažnjavanja kao vaspitnih postupaka, popravljanju samokontrole, samoregulacije, komunikacije... Sam tretman prevashodno je usmeren ka unapređenju kapaciteta za uspostavljanje kvalitetnijih odnosa sa drugima kroz poboljšanje sposobnosti da se misli o unutrašnjim mentalnim stanjima. Zato su osnovni ciljevi tretmana formulisani na sledeći način: procena, a potom uspostavljanje kapaciteta za mentalizaciju u onom razvojnom trenutku u kome je razvojno zaustavljen; stimulacija stalnorastućeg kapaciteta za mentalizaciju uz omogućavanje stabilne sposobnosti mentalizacije u kontekstu odnosa afektivne vezanosti; svodenje neželjenih efekata samog tretmana na najmanju moguću meru; i omogućavanje klijentu da otkrije i sebe i druge kao osobe sa umom vrednim upoznavanja, koji bi uvek (i po okončanju terapije, dakle) trebalo uzimati u obzir (Fonagy & Bateman, 2008). Takav tretman mogao bi da se ponudi i mladim ljudima koji imaju relacione probleme. Posebno bi rad na otvorenosti u traženju alternativa u tumačenju ponašanja drugih, vršnjaka, kroz otvaranje pitanja i fokusiranje na konkretne događaje iz života (Allen & Fonagy, 2006) moglo da donese dobrobit za njih. No, to suočavanje klijenta sa drugačijim objašnjenjem događaja i jeste najveći izazov ovog tretmana (Allen & Fonagy, 2006). U početku terapeut ima zadatak da ponudi samo empatično razumevanje i podršku uz eventualno ukazivanje na to da istraživanje i razumevanje sebe i drugih razvija emocionalno zadovoljstvo i regulaciju afekta (Bateman, Fonagy & Allen, 2009). Kako terapija napreduje, a klijentova uznemirenost popušta terapeut počinje da se služi razjašnjavanjem i elaboracijom osećanja kroz razmatranje

motivisanosti različitih sopstvenih i tuđih ponašanja i proučavanje posledica neuspeha mentalizacije uz povezivanje sa osećanjima koja te posledice prate. Tek sa daljim porastom klijentove otvorenosti u tumačenju, uvodi se i interpretativno mentalizovanje, a potom i mentalizovanje transfera, a klijent se konačno suočava sa mogućnošću alternativnih objašnjenja događaja iz sopstvenog života (Allen & Fonagy, 2006). Što je više alternativnih mentalističkih tumačenja – to bolje! Zato se tretman zasnovan na mentalizaciji primenjuje kombinovano – grupno i individualno i to jednom nedeljno tokom (otprilike) dve godine. Sam terapeut, treba naglasiti, nema ulogu osobe koja govori klijentu šta on tačno misli ili oseća, kako treba da postupa, niti je tu da otkriva svesne i nesvesne razloge njegovih problema – terapeutov je zadatak promocija mentalizacije kroz diskusiju o alternativnim viđenjima različitih okolnosti, a uz stoičko nošenje sa mnoštvom preplavljujućih osećanja koja klijent u datom momentu nije u stanju da mentalizuje, izliva besa i napada na seting (Fonagy & Bateman, 2008). Rezultati našeg istraživanja pokazuju da je hipomentalizacija najlošija pozicija, te da bi za mlade sa iskustvom rane traume svaki pomak ka poimanju mentalnog mogao da vodi ka boljitku, no u savetodavnoj i psihoterapijskoj praksi treba voditi računa o tome da prilikom uspostavljanja i produbljanja distinkcije između mentalnih predstava i stvarnosti veza između njih mora da se održi (Handeland, 2017).

Mi smo ilustrovali mogućnost primene tek dva programa za poboljšanje statusa afektivne vezanosti i refleksivne funkcije, međutim i drugi empirijski i kroz praksu utemeljeni pristupi mogli bi biti korisni za mlade sa istorijom rane traume i iskustvom izmeštanja iz porodica primarnog porekla. Dodajmo i da bi, prilikom njihove realizacije valjalo imati na umu važnost precizne evaluacije i praćenja kratkoročnih i dugoročnih efekata, kako bi podaci o većoj ili manjoj efikasnosti tretmana bili relevantni i dostupni budućim istraživačima i praktičarima.

## 9. 5. Ograničenja studije

U tekstu koji sledi osvrnućemo se na neke slabosti sprovedenog istraživanja, u nameri da ukažemo na izvesna ograničenja kada je u pitanju generalizacija dobijenih podataka, ali i da budućim istraživačima predložimo dileme sa kojima smo se mi suočavali kako bi ih oni efikasnije rešavali.

U najvećem broju relevantnih studija koje su se bavile sličnom tematikom kao mi u ovom istraživanju, čiji su nalazi i ovde navođeni, koristi se korelacioni dizajn, te je i ovo istraživanje konceptualizovano u tom maniru. No, u trenutku kada smo se odlučili za takav dizajn, kao znatno ekonomičniji, znali smo da on nosi sa sobom i određene specifičnosti. Jedan od glavnih problema korelacionih, transverzalnih istraživanja je nemogućnost jasnog određivanja vremenskog sleda ispitivanih varijabli, te posledično nije moguće ni verifikovati kauzalnost u njihovom odnosu. Iako specifične analize koje smo koristili u ovom istraživanju pretenduju da, na osnovu utvrđene korelacije koja opstaje i nakon uklanjanja uticaja drugih varijabli i teorijskog okvira o odnosu ispitivanih varijabli, pored povezanosti mogu modelirati i potencijalni smer njihovog uticaja, prilikom interpretacije treba biti svestan da pre eventualne potvrde modela u praksi dobijene rezultate treba tumačiti u terminima statističke predikcije i doprinosa, a ne u terminima koji impliciraju kauzalnost. Zato, iako dobijeni rezultati deluju ubedljivo, naši podaci se ipak odnose na prikaz korelacija u trenutku ispitivanja i ne govore pouzdano o vremenskom sledu javljanja i smeru uticaja ispitivanih fenomena, koji možemo pretpostaviti jedino na osnovu dostupne teorijske građe. Čini nam se da je u ovom momentu naučni tok u ispitivanoj oblasti takav da se predmetni fenomeni ekspanzivno eksplorišu korišćenjem transfezalnog dizajna u poslednjih par godina, od kada su teorijski konceptualizovani veoma dobri okviri za njihovo proučavanje, što daje mnoštvo korisnih podataka, koji će u bliskoj budućnosti, nadamo se, činiti odličnu polaznu matricu za razvoj opsežne longitudinalne studije o efektima rane traume na razvoj psihopatologije, posebno kod dece i mladih u sistemu porodičnog smeštaja. To je svakako preporuka.

Nadalje, iako preliminarna analiza ukazuje da je veličina našeg uzorka najmanje potrebna, ali dovoljna, za izvođenje zaključaka i iako je on po svojoj veličini uporediv sa uzorcima drugih istraživanja u ovoj specifičnoj oblasti, veličina našeg uzorka verovatno jeste odveć mala za detekciju efekata ovako niske magnitude. Jedan od najvećih izazova ovakvih istraživanja i jeste formiranje uzorka jer je uglavnom dostupan vrlo ograničen broj ispitanika koji zadovoljavaju definisane kriterijume. Prikupljanje uzorka za ovo istraživanje trajalo je bezmalo pune četiri godine i nije bilo bez teškoća. Čak i uz hvale vrednu saradljivost

saradnika Centara za porodični smeštaj i usvojenje širom Republike Srbije, relativno malobrojnim korisnicima porodičnog smeštaja starijim od 11 godina nije bilo nimalo lako pristupiti. Mali broj novopridošlih korisnika tog uzrasta, u odnosu na korisnike mlađih uzrasta, nas je i naveo da odustanemo od prvobitne namere sprovođenja ispitivanja na samom početku privremenog boravka korisnika u porodičnom smeštaju, te je dužina trajanja smeštaja preinačena u registrovanu, umesto kontrolne varijable. I sama ta činjenica verovatno je doprinela povećanju rizika od delovanja različitih konfundirajućih protektivnih i faktora rizika, što je moglo da zamagli ili preinači prvobitni odnos između ispitivanih varijabli. Već je diskutovan potencijalni udeo novouspostavljenih afektivnih odnosa dece sa hraniteljima na potencijalni pomak ka pozitivnijoj afektivnoj orijentaciji i mentalizaciji, ali on bi mogao biti dalekosežniji i kompleksniji nego što možemo pretpostaviti. Longitudinalna studija ili studija vremenskih serija mogle bi da obuhvate procene u različitim fazama boravka dece i mladih u porodičnom smeštaju, pa da pruže odgovore i na pitanja o tome da li hraniteljstvo samo, preko kvaliteta uspostavljenih afektivnih odnosa hranitelja i korisnika, ostvaruje efekat na promene njihovog mentalnog zdravlja. To je tema koje smo se u ovom radu samo usputno dotakli, sluteći snažan potencijalni uticaj na fenomene kojima smo se u ovom radu bavili. Nadalje, iako smo uložili napor da samu proceduru ispitivanja učinimo optimalnom kada je odnos između minimalno potrebnog napora ispitanika za dobijanje relevantnih podataka sa jedne, i umanjenje njihovog otpora i utroška vremena, sa druge strane, odbijanje i odustajanje od ispitivanja jednog broja ispitanika dodatno je otežalo prikupljanje uzorka. Stoga je snažna preporuka replikacija ili dopuna ovog istraživanja na većem uzorku.

Kada su u pitanju instrumenti korišćeni u ovom istraživanju, pored u tekstu već diskutovanih prednosti i nedostataka, treba napomenuti i jedno opšte mesto kada je u pitanju korišćenje mera samoprocene za detekciju nesvesnih mentalnih reprezentacija i procesa. Čak i uz pretpostavku o zadovoljavajućem nivou introspekcije osobe i njene adekvatne objektivnosti, pa i njene, svesne i nesvesne motivisane spremnosti i veštine da nas izvesti o svom doživljaju, upitno je može li se uopšte predmet merenja takvih upitnika smatrati istovetnim sa konstruktom koji dati instrument pretenduje da meri. Priroda skale RFQ, namenjene samoproceni mentalizacije naročito je podložna diskusiji, jer otvara pitanje o tome da li osoba sa slabijim kapacitetom za mentalizaciju uopšte može tačno da proceni svoje sposobnosti i pouzdano izvesti o njima. Ukoliko se koristi retrospektivno prikupljanje podataka, kao u slučaju ovde korišćenog upitnika o traumatskim iskustvima javlja se i rizik da su brojni izvori mogli da dovedu do iskrivljivanja podataka (zaboravljanje, falsifikovana sećanja, pristrasnost), koji sa protokom vremena postaje sve veći. Istraživanja su ukazala i na

sklonost dece koja su u sistemu socijalne zaštite da prilikom ulaska u hraniteljsku porodicu svoje relacije sa biološkim roditeljima opisuju pozitivnim atributima, bez obzira na iskustvo zlostavljanja i zanemarivanja (Šilić, 2018), odnosno da informacije u vezi relacionih iskustava procesuiraju koristeći formu odbrambenog isključivanja, poričući negativne sadržaje, idealizirajući, pa i disocijacijom se odvajajući od doživljenih maltretmana... Kod naših ispitanika zabeleženi su takvi skorovi na kontrolnoj skali upitnika za procenu traumatskih iskustava, idealizaciji, kao i na skali disocijativnih iskustava, koji bi mogli da ukažu na o umanjenu objektivnost samoprocene. Iako su nalazi interpretirani uvažavajući tu činjenicu, zapravo ne možemo znati koliki je obuhvat tog ulepšavanja iskustava i stavova ili ublažavanja ispoljene simptomatologije.

Svi instrumenti korišćeni u ovoj studiji već su zadavani u relevantnim studijama u našoj zemlji ili regionu, što nam je omogućilo poređenje, međutim, nijedan od njih nije standardizovan za naše područje. Iako je bojazan da su neke kulturološke specifičnosti mogle da utiču na rezultate umanjena zadovoljavajućim dobijenim merama pouzdanosti i očekivanim međusobnim korelacijama (sa izuzetkom instrumenta RQ-CV), kao i uporedivost ovdašnjih sa rezultatima istraživanja u svetu, ona je ipak prisutna.

Podaci o afektivnim orijentacijama ispitanika dobijeni korišćenjem instrumenta RQ-CV pokazali su izvesna odstupanja u intenzitetu i značajnosti, mada ne i u smeru povezanosti, od očekivanih korelacija sa drugim varijablama ovog istraživanja. Nije bilo lako odabrati razvojno prikladan instrument za procenu afektivne vezanosti ispitanika adolescentnog uzrasta (Venta, Shmueli-Goetz & Sharp, 2014), ali je naš izbor, sada nam deluje, mogao da bude primereniji ciljnoj populaciji. Od instrumenta koji se u aktuelnom momentu smatraju najboljima za procenu afektivne vezanosti morali smo da odustanemo. Kod ispitanika uzrasta između 11 i 18 godina se za procenu organizacije vezanosti svakako ne može koristiti originalni pristup Bolbija i Ejnsvortove (strana situacija), kao ni "Intervju za procenu afektivne vezanosti dece", (Shmueli-Goetz et al., 2008), ali isto tako, naročito kada su u pitanju najmlađi ispitanici, nije bilo primereno koristiti ni tehnike za procenu afektivne vezanosti odraslih, kao što su "Intervju za procenu afektivne vezanosti odraslih" (AAI, George, Kaplan & Main, 1985) ili "Projektivna tehnika za procenu obrazaca afektivne vezanosti odraslih" (AAP, George & West, 2001), koji ispituju mentalne reprezentacije zaobilazeći nesvesne barijere. To su, čak i kad bi bile uzrastu primerene, tehnike koje su zbog svoje zametnosti i složenog sistema kodiranja, za čije savladavanje je potrebna dugotrajna (i skupa) edukacija, teško dostupne većini istraživača (Hanak i Dimitrijević, 2007). Naš izbor je morao da bude upitnički pristup proceni organizacije vezanosti i zbog toga što smo želeli da

organizujemo samo istraživanje na taj način da što manje opteretiti i decu, ali i hraniteljske porodice koje o njima brinu. Kako smo smatrali relevantnim da pored dezorganizovanog pokušamo da detektujemo i klinički relevantan, duboko nepoverljivi stil, te zbog lakog administriranja i razumevanja čak i za ispitanike mlađeg uzrasta i njegove ekonomičnosti, odlučili smo se za ovaj, a ne za neki drugi upitnik. Međutim, za potrebe finog detektovanja dezorganizovanih u traumatizovanoj populaciji verovatno je bilo adekvatnije odabrati neki od upitnika specifično namenjenih detektovanju dezorganizacije, makar i namenjen odrasloj populaciji (na primer Skalu za procenu dezorganizovanog obrasca vezanosti kod odraslih, Paetzold et al., 2015). Stoga je snažna preporuka budućim istraživačima da nalaze ove studije provere upotrebom kompleksnijeg sistema procene (dezorganizovane) afektivne vezanosti.

Instrument A-DES, korišćen za procenu disocijativne simptomatologije poseduje brojne prednosti od kojih je jedna i prilagođenost uzrastnoj kategoriji. Ovo je posebno važno jer takav instrument makar pokušava da se uhvati u koštac sa činjenicom da mladi ljudi normalno pokazuju sklonost ka fantaziranju, maštanju, koja se lako može pomešati sa patološkom disocijacijom. Međutim, iako je skala konstruisana tako da ispituje prisustvo brojnih, po prirodi različitih disocijativnih ispoljavanja, kao što su amnezija, depersonalizacija, derealizacija i emotivna isključenost, rezultat je sumiran u opšti skor disocijativnih iskustava. S obzirom na to, pri interpretaciji nalaza nije moguće uzimanje u obzir heterogenosti disocijativnih procesa, što ostavlja neodgovorena pitanja o tome da li specifične dimenzije disocijacije različito doprinose objašnjenju odnosa između traume i teškoća mentalnog zdravlja.

Postoje snažni dokazi da bi različite forme traumatskih događaja u detinjstvu mogle da ostvaruju različite efekte na razvoj psihopatologije. Specifično, pokazalo se da su fizičko i seksualno zlostavljanje češće povezani sa poremećajima raspoloženja i anksioznošću, emocionalno zlostavljanje sa poremećajima ličnosti i šizofrenijom (Carr et al., 2013), a emocionalno zanemarivanje sa depresijom (Mandelli et al., 2015). Mala veličina uzorka nam nije dopustila da istražujemo odvojeni doprinos različitih formi traumatskih događaja na razvoj psihopatoloških ispoljavanja, ali smatramo da bi to trebalo da bude to važan zadatak budućim istraživačima.

Na posletku, objektivniji uvid u mentalno zdravlje bio bi postignut paralelnim zadavanjem integrisanog seta skala za procenu bihevioralnih i emocionalnih problema dece (CBCL), kojim se podaci prikupljaju iz više izvora (uključujući staratelje i učitelje ili nastavnike) i uključuju i mere namenjene proceni adaptivnog funkcionisanja mlade osobe.



## 10. Završna razmatranja i zaključak

Istraživanje predstavljeno ovim radom imalo je za cilj da empirijski proveri integrativni model putanje od rane traumatizacije do internalizujućih, eksternalizujućih i problema u društvenim relacijama, preko dezorganizacije u stilu vezanosti i mentalnih procesa mentalizacije i disocijacije kao serijskih medijatora. Empirijska provera pokazala je, međutim, da pretpostavljeni model samo delimično odgovara stvarnosti, te ga je bilo potrebno revidirati. Potonji rezultati pokazali su da jedino disocijativna iskustva deluju posredujuće u odnosu između traume i svih ispitivanih formi emocionalnih i bihevioralnih teškoća kod mladih koji su izmešteni iz porodica primarnog porekla u alternativni, porodični smeštaj. Afektivna vezanost i mentalizacija, pokazalo se je, taj odnos moderiraju. To nam možda pomaže da shvatimo zašto jedan broj mladih ljudi iz veoma nepovoljnih životnih okolnosti izrasta u zdrave i prilagođene odrasle ljude, sposobne da vole i rade, rekao bi Frojd. Oni su imali nekoga uz koga su se osećali sigurno da promisle i obrade svoju bol. Čini nam se da je to najdragoceniji nalaz ovog istraživanja i važno zaveštanje za sve, a posebno za buduće hranitelje.

Ipak, uzimanjem u obzir varijacija u pogledu traumatskog iskustva, afektivne vezanosti, mentalizacije i disocijacije možemo objasniti tek 40% individualnih razlika u pogledu emocionalnih i bihevioralnih smetnji u populaciji adolescentnih korisnika usluge porodičnog smeštaja. Buduća istraživanja bi trebalo usmeriti ka multimetodičnom ispitivanju specifičnog i zajedničkog doprinosa brojnih drugih – neurobioloških, (strukturalne i funkcionalne promene unutar limbičkog sistema, hipokampusa, hipotalamo-pituitarno-adrenalne ose, priroda neuralne pobuđenosti), kognitivnih (kao što su rane maladaptivne šeme, socijalna percepcija, ruminiranje), emocionalnih (emocionalna regulacija), socijalnih (odlike roditeljstva, kontinuitet brige, socijalna podrška, socioekonomski status) mehanizama i ličnih predispozicija (obrazac ličnosti, narcizam, neuroticizam) koje se kroz literaturu pominju kao potencijalno relevantni činioci u odnosu između doživljene traume i kasnijeg razvoja maladaptivnih odgovora.

## 11. Literatura

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85(6), 1275–1301. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.85.6.1275>

Achenbach, T. M., & McConaughy, S. H. (1997). *Developmental clinical psychology and psychiatry, Vol. 13. Empirically based assessment of child and adolescent psychopathology: Practical applications (2nd ed.)*. Sage Publications, Inc.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Achenbach, T.M., Becker, A, Dopfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H.C. et al. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *J Child Psychol Psychiatry*, 49, 251-75.

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Allen, J. G. (2003). Mentalizing. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67 (2: Special Issue), 91-112.

Allen, J. G. (2013). *Mentalization in the development and treatment of Attachment Trauma*. London, UK: Karnac Books.

Allen, J. G., & Fonagy, P. (Eds.). (2006). *The handbook of mentalization-based treatment*. John Wiley & Sons.

Allen, J. G., Bleiberg, E., & Haslam-Hopwood, T. (2003). Understanding mentalizing. Mentalizing as a compass for treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 1-11.

Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington, VA: American Psychiatric.

Allen, J. P., Porter, M. R., McFarland, F. C., Marsh, P., & McElhaney, K. B. (2005). The two faces of adolescents' success with peers: Adolescent popularity, social adaptation, and deviant behavior. *Child development*, 76(3), 747-760.

Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje DSM – V*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Angold, A., & Costello, J. (2009). Nosology and measurement in child and adolescent psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1-2), 9-15.

Arambašić, L. (2000). Stresni i traumatski događaji i njihove posljedice, U: L. Arambašić (ur.), *Psihološke krizne intervencije*, 11-31. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.

Armour, C., Elklit, A., & Shevlin, M. (2011). Attachment typologies and posttraumatic stress disorder (PTSD), depression and anxiety: a latent profile analysis approach. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(1), 6018.

Armstrong, J., Putnam, F. W., Carlson, E., Libero, D., & Smith, S. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experience Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 491–497

Asen E & Fonagy P. Mentalization-Based Family Therapy. In: Bateman A & Fonagy P, editors. Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice, 107-128. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2011.

Bailey, H. N., Moran, G., & Pederson, D. R. (2007). Childhood maltreatment, complex trauma symptoms, and unresolved attachment in an at-risk sample of adolescent mothers. *Attachment & Human Development*, 9(2), 139-161.

Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R., & Carl, J. R. (2014). The origins of neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 481-496. doi:10.1177/1745691614544528

Barnett D, Ganiban J, Cicchetti D. (1999). Maltreatment, negative expressivity, and the development of Type D attachments from 12 to 24 months of age. *Soc. Res. Child Dev. Monogr.*, 97–118.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173.

Baron-Cohen, S., Campbell, R., Karmiloff-Smith, A., Grant, J., & Walker, J. (1995). Are children with autism blind to the mentalistic significance of the eyes?. *British Journal of Developmental Psychology*, 13(4), 379-398.

Begovac, I. (2021). Artificijelni poremećaji-prijedlog novog naziva u Hrvatskoj umjesto dosadašnjeg naziva „Umišljeni poremećaji “. *Socijalna psihijatrija*, 49(1), 77-86.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2015). Borderline personality disorder and mood disorders: Mentalizing as a framework for integrated treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 71(8), 792-804.

Bateman, A., Fonagy, P., & Allen, J. G. (2009). Theory and practice of mentalization-based therapy.

Beijersbergen, M. D., Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2012). Remaining or becoming secure: parental sensitive support predicts attachment continuity from infancy to adolescence in a longitudinal adoption study. *Developmental psychology*, 48(5), 1277.

Belsky, J. & Cassidy, J. (1995). Attachment theory and evidence. In: M. Rutter & D. Hay (Eds.), *Development through life* (pp. 373–402). London: Blackwell.

Berlin, L. J., Cassidy, J., & Belsky, J. (1995). Loneliness in young children and infant-mother attachment: A longitudinal study. *Merrill-Palmer Quarterly (1982-)*, 91-103.

Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report: Manual*. Psychological Corporation.

Berthelot., N, Lemieux R., Garon-Bissonnette, J., Lacharité, C. & Muzik, M. (2019) The protective role of mentalizing: Reflective functioning as a mediator between child maltreatment, psychopathology and parental attitude in expecting parents, *Child Abuse & Neglect*, 95. [https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104065.](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104065))

Bigras, N., Daspe, M. È., Godbout, N., Briere, J., & Sabourin, S. (2017). Cumulative childhood trauma and adult sexual satisfaction: Mediation by affect dysregulation and sexual anxiety in men and women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(4), 377-396.

Bigras, N., Godbout, N., Hébert, M., & Sabourin, S. (2017). Cumulative adverse childhood experiences and sexual satisfaction in sex therapy patients: What role for symptom complexity?. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(3), 444-454.

Bion, W. R. (1962). A theory of thinking. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 306-10.

Bogdanović, A. (2020). Trauma kod dece. U: V. Anđelković. *Putevima mentalnog zdravlja*. Niš: Filozofski fakultet.

Bordin, I. A., Rocha, M. M., Paula, C. S., Teixeira M. C. T. V., Achenbach. T. M., Rescorla. L. A., & Silvaes E. F. M. (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): An overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 29(1), 13-28.

Bouchard, M. A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L. M., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 47.

Bovenschen, I., Lang, K., Zimmermann, J., Förthner, J., Nowacki, K., Roland, I. & Spangler, G. (2016). Foster children's attachment behavior and representation: Influence of children's pre-placement experiences and foster caregiver's sensitivity. *Child Abuse & Neglect, 51*, 323-335.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment*. V. Basic Books.

Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *The American journal of psychiatry*.

Bracha, H. S. (2004). Freeze, flight, fight, fright, faint: Adaptionist perspectives on the acute stress response spectrum. *CNS Spectrums, 9*, 679–685.

Brent, B. K., & Fonagy, P. (2014). A mentalization-based treatment approach to disturbances of social understanding in schizophrenia. In *Social cognition and metacognition in schizophrenia* (pp. 245-259). Academic Press.

Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2008). Internal Working Models in Attachment Relationships: Elaborating a central construct in Attachment Theory. In: I J. Cassidy & P R. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Briere, J. (2002). *Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model*. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (p. 175–203). Sage Publications, Inc.

Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Clark, R., Augustyn, M., McCarthy, K. J., & Ford, J. D. (2010). Exposure to potentially traumatic events in early childhood: differential links to emergent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(10), 1132-1140.

Brodzinsky, D.M. (1993). Long-term outcomes in adoption. *The Future of Children, 3* (1), 154-166.

Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma and dissociation*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological bulletin, 99*(1), 66

Brumariu, L. E., & Kerns, K. K. (2010). Parent–child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology, 22*, 177–203.

Bush, G., Luu, P., & Posner, M. I. (2000). Cognitive and emotional influences in anterior cingulate cortex. *Trends in cognitive sciences, 4*(6), 215-222.

Calamari, E., & Pini, M. (2003). Dissociative Experiences and Anger Proneness in Late Adolescent Females with Different Attachment Styles. *Adolescence*, 38(150), 287–303.

Campbell, B. A., Wood, G., & McBride, T. (1997). Origins of orienting and defense responses: An evolutionary perspective. In P. J. Lang, R. F. Simmons & M. T. Balaban (Eds.), *Attention and orienting: Sensory and motivational processes* (pp. 41–67). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cannon W.B. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Cardeña, E. (1994). The domain of dissociation. In: Lynn SJ, Rhue RW. (Eds.) *Dissociation: theoretical, clinical, and research perspectives*. New York: Guilford press.

Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child development*, 69(4), 1107-1128.

Carlson, E. A., Yates, T. M., and Sroufe, L. A. (2009). “Dissociation and the development of the self” in *Dissociation and dissociative disorders: DSM-V and beyond*. eds. P. Dell and J. A. O’Neil (New York: Routledge), 39–52.

Carr, C. P., Martins, C. M., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., and Jurueña, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *J. Nerv. Ment. Dis.* 201, 1007–1020. doi: 10.1097/NMD.0000000000000049

Chantal, M.S., Schnyder, U. (2019). Resilience and Vulnerability Factors in Response to Stress. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 732 doi:10.3389/fpsy.2019.00732

Chefet, R. A. (2015). *Intensive psychotherapy for persistent dissociative processes: The fear of feeling real*. New York, NY: W.W. Norton.

Chung, Y. S., Barch, D., & Strube, M. (2013). A Meta-Analysis of Mentalizing Impairments in Adults With Schizophrenia and Autism Spectrum Disorder. *Schizophrenia Bulletin* doi: 10.1093/schbul/sbt048

Cicchetti, D. & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds). *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (129-201). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Cicchetti, D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry*, 9(3), 145.

Cicchetti, D., & Barnett, D. (1991). Attachment organization in maltreated preschoolers. *Development and Psychopathology*, 3(4), 397-411.

Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *1*, 409-438.

Cisler, J. M., Olatunji, B. O., & Lohr, J. M. (2009). Disgust sensitivity and emotion regulation potentiate the effect of disgust propensity on spider fear, blood-injection-injury fear, and contamination fear. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *40*(2), 219-229.

Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C. & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J. Trauma. Stress* *24*, 615–627. doi: 10.1002/jts.20697

Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., et al. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *Am. J. Psychiatry* *167*, 915–924. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09081247

Centar za prava deteta. (2020). Mapiranje programa i usluga pozitivnog roditeljstva u Srbiji. Dostupno na: [https://cpd.org.rs/wp-content/uploads/2020/09/Mapiranje-programa-i-usluga-pozitivnog-roditeljstva-u-Srbiji\\_FINAL.pdf](https://cpd.org.rs/wp-content/uploads/2020/09/Mapiranje-programa-i-usluga-pozitivnog-roditeljstva-u-Srbiji_FINAL.pdf) (pristupljeno februara 2022).

Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., van der Kolk, B. (2003). *Complex trauma in children and adolescents*. National Child Traumatic Stress Network.

Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, *41*(4), 86-100.

Cowan, P. A., Cohn, D. A., Cowan, C. P., & Pearson, J. L. (1996). Parents' attachment histories and children's externalizing and internalizing behaviors: Exploring family systems models of linkage. *Journal of consulting and clinical psychology*, *64*(1), 53.

Cusi, A. M., Nazarov, A., Holshausen, K., Macqueen, G. M., & McKinnon, M. C. (2012). Systematic review of the neural basis of social cognition in patients with mood disorders. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, *37*, 154-169. doi: 10.1503/jpn.100179

Cyr, C., Euser E., Bakermans-Kranenburg, M. & Van IJzendoorn M. (2020). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Devenir.*;32(4):237-285. doi:10.3917/dev.204.0237).

Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and psychopathology*, *22*, 01, 87-108.

Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E., Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, *138*, 550–588.

De Bellis, M. D., and Zisk, A. (2014). The biological effects of childhood trauma. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 23, 185–222. vii. doi: 10.1016/j.chc.2014.01.002

De Bellis, M. D., Baum, A. S., Birmaher, B., Keshavan, M. S., Eccard, C. H., Boring, A. M., & Ryan, N. D. (1999). Developmental traumatology part I: Biological stress systems. *Biological Psychiatry*, 45(10), 1259-1270.

Dennett, D. C. (1987). *The intentional stance*. Cambridge, MA.

Difilippo, J. M., & Overholser, J. C. (2002). Depression, adult attachment, and recollections of parental caring during childhood. *The Journal of nervous and mental disease*, 190 (10), 663-669.

Diseth, T. H. (2005). Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma—an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nordic journal of psychiatry*, 59(2), 79-91.

Dozier, M., & Rutter, M. (2008). Challenges to the development of attachment relationships faced by young children in foster and adoptive care. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 698-717), 2nd Edition, New York: The Guilford Press.

Dubowitz, H., Zuravin, S., Starr, R. H., Feigelman, S., & Harrington, D. (1993). Behavior problems of children in kinship care. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 14(6), 386–393.

Durbeej, N., Sörman, K., Norén Selinus, E. *et al.* (2019). Trends in childhood and adolescent internalizing symptoms: results from Swedish population based twin cohorts. *BMC Psychol* 7, 50 <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0326-8>

Dutra, L., & Lyons-Ruth, K. (2005). *Maltreatment, maternal and child psychopathology, and quality of early care as predictors of adolescent dissociation*. Presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development; Atlanta, GA.

Duval, J., Ensink, K., Normandin, L., Sharp, C., & Fonagy, P. (2018). Measuring reflective functioning in adolescents: relations to personality disorders and psychological difficulties. *Adolescent Psychiatry*, 8(1), 5-20.

Ebert, M. H., Loosen, P. T., & Nurcombe, B. (2008). Current diagnosis & treatment in psychiatry. Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.

Edwards, J. R., & Lambert, L. S. (2007). Methods for integrating moderation and mediation: a general analytical framework using moderated path analysis. *Psychological methods*, 12, 1.



Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., & Fonagy, P. (2016). Maternal and child reflective functioning in the context of child sexual abuse: Pathways to depression and externalising difficulties. *European journal of psychotraumatology*, 7, 1, 306-311.

Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., & Fonagy, P. (2017). Parental reflective functioning as a moderator of child internalizing difficulties in the context of child sexual abuse. *Psychiatry Research*, 257, 361-366.

Ensink, K., Fonagy, P., Normandin, L., Rozenberg, A., Marquez, C., Godbout, N., & Borelli, J. L. (2021). Post-traumatic Stress Disorder in Sexually Abused Children: Secure Attachment as a Protective Factor. *Frontiers in Psychology*, 12.

Ensink, K., Normandin, L., Plamondon, A., Berthelot, N., & Fonagy, P. (2016). Intergenerational pathways from reflective functioning to infant attachment through parenting. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 48, 1, 9.

Fahlberg, V.I. (1991). *A child's journey through placement*. London: British Association for Adoption & Fostering.

Farina, B., and Imperatori, C. (2017). What if dissociation were a psychopathological dimension related to trauma? Authors' reply to diagnostic challenges leading to underdiagnosis of dissociative disorders. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 13, 409–410. doi: 10.2147/NDT.S131439

Farina, B., and Liotti, G. (2013). Does a dissociative psychopathological dimension exist? A review on dissociative processes and symptoms in developmental trauma spectrum disorders. *Clin. Neuropsychiatry* 10, 11–18.

Farina, B., Liotti, M., & Imperatori, C. (2019). The role of attachment trauma and disintegrative pathogenic processes in the traumatic-dissociative dimension. *Frontiers in psychology*, 10, 933

Farina, B., Speranza, A. M., Dittoni, S., Gnani, V., Trentini, C., Vergano, C. M., et al. (2014). Memories of attachment hamper EEG cortical connectivity in dissociative patients. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 264, 449–458. doi: 10.1007/s00406-013-0461-9

Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child development*, 81(2), 435-456.

Fischer, K. W., Ayoub, C., Singh, I., Noam, G., Maraganore, A., & Raya, P. (1997). Psychopathology as adaptive development along distinctive pathways. *Development and psychopathology*, 9(4), 749-779.

Folman, R.D. (1998). "I was taken": How children experience removal from their parents preliminary to placement into foster care. *Adoption Quarterly*, 2(2), 7-35.

Fonagy P & Allison E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy (Chic)*, 51, 3, 372–80

Fonagy P., Steele H., Moran G., Steele M. & Higgitt A. (1991). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Ment. Health J.* 13 200–217.

Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. London, UK: Karnac books.

Fonagy, P., & Allison, E. (2013). What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. In *Minding the child* (pp. 25-48). Routledge.

Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder—A mentalizing model. *Journal of personality disorders*, 22(1), 4-21.

Fonagy, P., & Luyten, P. (2016). A multilevel perspective on the development of borderline personality disorder. In D. Cicchetti (Ed.), *Development and Psychopathology* (3rd ed.). New York: Wiley.

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and psychopathology*, 9(4), 679-700.

Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21, 1355–1381.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.

Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.W., Warren, F., Howard, S... & Lowyck, B. (2016) Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PloS one* 11(7), e0158678.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). *Attachment, the reflective self, and borderline states-The predictive specificity of the adult attachment interview and pathological emotional development*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics*, 23(1), 103-122.

Ford, J. D., Chapman, J., Mack, J. M., & Pearson, G. (2006). Pathways from traumatic child victimization to delinquency: Implications for juvenile and permanency court proceedings and decisions. *Juvenile and Family Court Journal*, 57(1), 13-26.

Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., & Goodman R. (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry* 190(3), 319-325.

Fraley, C.R., Niedenthal, P. M., Marks, M., Brumbaugh, C., & Vicary, A. (2006). Adult attachment and the perception of emotional expressions: Probing the hyperactivating strategies underlying anxious attachment. *Journal of personality*, 74(4), 1163-1190.

Friedrich, W. N., Davies, W., Feher, E., & Wright, J. (2003). Sexual behavior problems in preteen children. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989(1), 95-104.

Garofalo, C., & Velotti, P. (2017). “Thinking about arrows”: Modeling the associations between inadequate parenting, mentalizing, and dissociation. Commentary on “The developmental roots of dissociation: A multiple mediation analysis”(Schimmenti, 2017). *Psychoanalytic Psychology*, 34(1), 106-108

George, C., & Main, M. (1979). Social interactions of young abused children: Approach, avoidance, and aggression. *Child development*, 306-318.

Gerdner, A., & Allgulander, C. (2009). Psychometric properties of the swedish version of the childhood trauma Questionnaire—Short form (CTQ-SF). *Nordic journal of psychiatry*, 63(2), 160-170.

Giannotta, F., Ortega, E., & Stattin, H. (2013). An attachment parenting intervention to prevent adolescents’ problem behaviors: A pilot study in Italy. *Child Youth Care Forum*, 42(1), 71–8.

Gilligan, R. (2012). Promoting a sense of ‘secure base’for children in foster care—Exploring the potential contribution of foster fathers. *Journal of social work practice*, 26(4), 473-486.

Gleiser, K., Ford, J. D., & Fosha, D. (2008). Contrasting exposure and experiential therapies for complex posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(3), 340.

Goleman D. (2009). *Emocionalna inteligencija*. Beograd: Geopoetika.

Granieri, A., Guglielmucci, F., Costanzo, A., Caretti, V., & Schimmenti, A. (2018). Trauma-related dissociation is linked with maladaptive personality functioning. *Frontiers in psychiatry*, 9, 206.

Green, J., Berry, K., Danquah, A., Pratt, D., & Links, P. S. (2021). Attachment Security and Suicide Ideation and Behaviour: The Mediating Role of Reflective Functioning. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 18(6), 3090. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063090>

Groh, A. M., Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Steele, R. D., & Roisman, G. I. (2014). The significance of attachment security for children's social competence with peers: A meta-analytic study. *Attachment & human development*, 16(2), 103-136.

Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study. *Child development*, 83(2), 591-610.

Haapasalo, J., & Pokela, E. (1999). Child-rearing and child abuse antecedents of criminality. *Aggression and violent behavior*, 4(1), 107-127.

Hanak, N., Dimitrijević, A. (ured.) (2007). *Afektivno vezivanje: teorija, istraživanja, psihoterapija*, 149-166. Beograd: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, CIDD.

Hanak, N., Tenjović, L., Išpanović Radojković, V., Vlajković, A. & Beara, M. (2013). Epidemiološko istraživanje nasilja nad decom u porodici u Srbiji. *Temida*, 16(2).

Handeland, T. B. (2017). *Certain and Uncertain Reflective Functioning in Mothers with Substance Use Disorder: Investigating the Associations between Reflective Functioning, Trauma and Executive Functions* (Master's thesis). University of Oslo.

Handeland, T. B., Kristiansen, V. R., Lau, B., Håkansson, U., & Øie, M. G. (2019). High degree of uncertain reflective functioning in mothers with substance use disorder. *Addictive behaviors reports*, 10, 100193.

Harrison, P. A., Fulkerson, J. A., & Beebe, T. J. (1997). Multiple substance use among adolescent physical and sexual abuse victims. *Child abuse & neglect*, 21(6), 529-539.

Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V., & Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21(5), 287-299.

Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books. Chapter 1, pp.7-32.

Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A. & Kletzka, N.T. (2013) Cumulative trauma and symptom complexity in children: a path analysis. *Child Abuse & Neglect*, 37:891–898. doi:10.1016/j.chiabu.2013.04.001.

Hoeve, M., Stams, G. J. J. M., Van der Put, C. E., Dubas, J. S., Van der Laan, P. H., & Gerris, J. R. M. (2012). A meta-analysis of J Abnorm Child Psychol attachment to parents and delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 771–785.

Hoffart, I., & Grinnell, R. M. (1994). Behavioral differences of children in institutional and group home care. *Community Alternatives: International Journal of Family Care*.

Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2006). The relationship questionnaire-clinical version (RQ-CV): Introducing a profoundly-distrustful attachment style. *Infant mental health journal*, 27(3), 310-325

Holmes, J. (2005). Notes on Mentalizing-Old Hat, or New Wine?. *British Journal of Psychotherapy*, 22(2), 179-198.

Howe, D. (1998). *Patterns of Adoption*. Oxford: Blackwell Science.

Humphreys, KL., King, LS., Guyon-Harris, KL. & Zeanah, CH. (2021). Caregiver regulation: A modifiable target promoting resilience to early adverse experiences. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. doi:10.1037/tra0001111

Iffland, B., Brähler, E., Neuner, F., Häuser, W., & Glaesmer, H. (2013). Frequency of child maltreatment in a representative sample of the German population. *BMC public health*, 13(1), 1-7.

Infurna, M. R., Reichl, C., Parzer, P., Schimmenti, A., Bifulco, A., & Kaess, M. (2016). Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 190, 47-55.

Išpanović, V. (2012). Privrženost i poremećaji privrženosti u detinjstvu. U: Bojanin, S. i Popović Deušić, S. (Ur.). *Psihijatrija razvojnog doba*. Beograd: Dosije studio.

Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Dodge, K. A., Rutter, M., Taylor, A., & Tully, L. A. (2005). Nature×nurture: Genetic vulnerabilities interact with physical maltreatment to promote conduct problems. *Development and psychopathology*, 17(1), 67-84.

Jardin, C., Venta, A., Newlin, E., Ibarra, S., & Sharp, C. (2017). Secure attachment moderates the relation of sexual trauma with trauma symptoms among adolescents from an inpatient psychiatric facility. *Journal of interpersonal violence*, 32(10), 1565-1585.

Joseph, M. A., O'Connor, T. G., Briskman, J. A., Maughan, B., & Scott, S. (2014). The formation of secure new attachments by children who were maltreated: An observational study of adolescents in foster care. *Development and psychopathology*, 26(1), 67-80

Jurist, E. L., Slade, A., & Bergner, S. (2008), (eds.). *Mind to mind: Infant research, neuroscience, and psychoanalysis*. New York: Other Press.

Juster, R. P., McEwen, B. S., & Lupien, S. J. (2010). Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 2-16.

Kalpakci, A., Vanwoerden, S., Elhai, J. D., & Sharp, C. (2016). The independent contributions of emotion dysregulation and hypermentalization to the “double dissociation” of affective and cognitive empathy in female adolescent inpatients with BPD. *Journal of personality disorders*, 30(2), 242-260.

Kerker, B.D. & Dore, M.M. (2006). Mental health needs and treatment of foster youth: Barriers and Opportunities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (1), 138-147.

Kim, S., Sharp, C., & Carbone, C. (2014). The protective role of attachment security for adolescent borderline personality disorder features via enhanced positive emotion regulation strategies. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(2), 125.

Kim-Spoon, J., Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2013). A longitudinal study of emotion regulation, emotion lability-negativity, and internalizing symptomatology in maltreated and nonmaltreated children. *Child development*, 84(2), 512-527.

Kisiel, C. L., & Lyons, J. S. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1034-1039.

Kluft, R. P. (1984). Multiple personality in childhood. *Psychiatric Clinics of North America* 7(1):121–134.

Kroeger, A. T., Atkinson, W. L., Marcuse, E. K., & Pickering, L. (2006). General recommendations on immunization: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Morbidity and Mortality Weekly Report. *Recommendations and Reports*, 55, 1–48

Kuipers, G. S., & Bekker, M. (2012). Attachment, Mentalization and Eating Disorders: A review of studies using the Adult Attachment Interview. *Current Psychiatry Reviews*, 8, 326-336. doi: 10.2174/157340012803520478

Lang, P. J., Davis, M., & O' hman, A. (2000). Fear and anxiety: Animal models and human cognitive psychophysiology. *Journal of Affective Disorders*, 61, 137–159.

Lanktree, C. B., Gilbert, A. M., Briere, J., Taylor, N., Chen, K., Maida, C. A., & Saltzman, W. R. (2008). Multi-informant assessment of maltreated children: Convergent and discriminant validity of the TSCC and TSCYC. *Child Abuse & Neglect*, 32(6), 621-625.

Lazić, M. (2020). Teorijski i praktični značaj složenih modela zasnovanih na analizama moderacije i medijacije. *Godišnjak Filozofskog fakulteta u Novom Sadu*, 45(2), 57-76.

Lecompte, V., & Moss, E. (2014). Disorganized and controlling patterns of attachment, role reversal, and caregiving helplessness: Links to adolescents' externalizing problems. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84, 581-589.

Levy, T. M. & Orlans, M. (1998). *Attachment, trauma and healing: Understanding and treating attachment disorder in children and families*. WashingtonDC: CWLA Press.

Lewis, D. O., Moy, E., Jackson, L. D., Aaronson, R., Restifo, N., Serra, S., & Simos, A. (1985). Biopsychosocial characteristics of children who later murder: A prospective study. *The American journal of psychiatry*, 142(10), 1161.

Ligiéro, D. P., & Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 39(1), 3.

Lindert, J., Von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., & Weisskopf, M. G. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 59(2), 359-372. doi:10.1007/s00038-013-0519-5

Lindley, P., & Walker, S. N. (1993). Theoretical and methodological differentiation of moderation and mediation. *Nursing research*, 42(5), 276-279.

Lionetti, F., Pastore, M., & Barone, L. (2015). Attachment in institutionalized children: A review and meta-analysis. *Child abuse & neglect*, 42, 135-145.

Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5(4):196-204.

Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 41(4), 472

Liotti, G. (2009). "Attachment and dissociation" in *Dissociation and dissociative disorders: DSM-V and beyond*. eds. P. Dell and J. A. O'Neil (New York: Routledge), 53-65.

Liotti, G. (2017). Conflicts between motivational systems related to attachment trauma: key to understanding the intra-family relationship between abused children and their abusers. *J. Trauma Dissociation* 18, 304-318. doi: 10.1080/15299732.2017.1295392

Liotti, G., and Farina, B. (2016). "Painful incoherence: the self in borderline personality disorder" in *The self in understanding and treating psychological disorders*. eds. M. Kyrios, R. Moulding, M. Nedeljkovic, S. S. Bhar, G. Doron, and M. Mikulincer (Cambridge: Cambridge University Press), 169–178.

Liotti, G., and Liotti, M. (2019). "Reflections on some contributions to contemporary psychotraumatology in the light of Janet's critique of Freud's theories" in *Rediscovering Pierre Janet: His relevance for psychoanalysis, psychotraumatology, and psychotherapy*. eds. G. Craparo, F. Ortu, and O. van der Hart (London: Routledge).

Liotti, G., Cortina, M., and Farina, B. (2008). Attachment theory and multiple integrated treatments of borderline patients. *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry* 36, 295–315. doi: 10.1521/jaap.2008.36.2.295

Low, A., Lang, P. J., Smith, J. C., & Bradley, M. M. (2008). Both predator and prey: Emotional arousal in threat and reward. *Psychological Science*, 19, 865–873.

Lumley, T., Diehr, P., Emerson, S. & Chen, L. (2002). The importance of the normality assumption in large public health data sets. *Annual Review of Public Health*, 23, 151– 169.

Luquet P. (1981). Le changement dans la mentalisation. *Rev Française Psychanal*, 45, 1023–1028.

Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6 (4), 366–379. <https://doi.org/10.1037/per0000117>

Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., & Vermote, R. (2012). *Assessment of mentalization*. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (p. 43–65). American Psychiatric Publishing, Inc..

Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 666–697) (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development and Psychopathology*, 13(2), 233-254.

Macuka, I., Smojver-Ažić, S., & Burić, I. (2012). Posredujuća uloga emocionalne regulacije u odnosu roditeljskoga ponašanja i prilagodbe mlađih adolescenata. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, 21(2 (116)), 383-403



Main, M. & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental psychology*, 24(3), 415.

Main, M. & Goldwyn, R. (1994). *Adult Attachment Interview Classification System*. University of California at Berkeley.

Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, 1, 121-160.

Mandelli, L., Petrelli, C., and Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: a meta-analysis of published literature. *Childhood trauma and adult depression. Eur. Psychiatry* 30, 665–680. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.04.007

Marković, J. (2011). Povezanost sociodemografskih faktora i stepena porodične funkcionalnosti sa emocionalnim problemima i problemima ponašanja dece uzrasta od 4 do 11 godina (nepublikovana doktorska disertacija). Medicinski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu, Novi Sad

Marty P. (1991). *Mentalization et Psychosomatique*. Paris: Laboratoire Delagrangue.

Mathews, S., Abrahams, N., & Jewkes, R. (2013). Exploring mental health adjustment of children post sexual assault in South Africa. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(6), 639-657.

Maughan, A., & Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child development*, 73(5), 1525-1542.

McLaughlin, K. A., Zeanah, C. H., Fox, N. A., & Nelson, C. A. (2012). Attachment security as a mechanism linking foster care placement to improved mental health outcomes in previously institutionalized children. *Journal of child psychology and psychiatry*, 53(1), 46-55.

Miczek, K. A., Thompson, M. L., & Tornatzky, W. (1990). Subordinate animals: Behavioral and physiological adaptations and opioid tolerance. In M. R. Brown, G. F. Koob, & C. Rivier (Eds.), *Stress: Neurobiology and neuroendocrinology* (pp. 323-357). New York: Marcel Dekker

Midgley N & Vrouva I. (2012). *Minding the Child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families*. London: Routledge.

Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and emotion*, 27(2), 77-102.

Milan, S.E. & Pinderhughes, E.E. (2000). Factors influencing maltreated children's early adjustment in foster care. *Development and Psychopathology*, 12, 63-81.

Milojević, S., & Dimitrijević, A. (2012). Model maloletničke delinkvencije i njegove praktične implikacije. *Journal for clinical psychiatry, psychology and related disciplines*, 71.

Minnis, H., Everett, K., Pelosi, A.J., Dunn, J., & Knapp, M. (2006). Children in foster care: Mental health, services use and costs. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(2), 63-70.

Mirić, J. i Dimitrijević A. (2006). Poreklo i priroda vezanosti. U: J. Mirić i A. Dimitrijević (ur.). *Afektivno vezivanje, zbornik 7*, 10-34. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju.

Mitić, M., Kondić, K. (2000). *Deca na ranom uzrastu u hraniteljskim porodicama*. Beograd: Save the Children UK.

Mitković Vončina, M. M. (2015). *Psihosocijalni i psihopatološki činioci sklonosti ka ponavljanju zlostavljanja dece u sledećoj generaciji*. Doktorska disertacija. Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet.

Miu, A. C., Bîlc, M. I., Bunea, I. & Szentágotai-Tătar, A. (2017). Childhood trauma and sensitivity to reward and punishment: Implications for depressive and anxiety symptoms. *Personality and Individual Differences*, 119, 134–140. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.07.015>

Moretti, Donnell, Katherine & Kelly, (2019). Connect: An Attachment-Based and Trauma-Informed Program for Foster Parents of Teens. *Child Welfare*, 97(5), 159–178.

Moretti, M. M. & Obsuth, I. (2009). Effectiveness of an attachment-focused manualized intervention for parents of teens at risk for aggressive behavior: The Connect Program. *Journal of Adolescence*, 32(6), 1347–1357.

Moretti, M. M., Obsuth, I., Craig, S. G., & Bartolo, T. (2015). An attachment-based intervention for parents of adolescents at risk: mechanisms of change. *Attachment & Human Development*, 17(2), 119–135.

Moretti, M., O'Donnell, K., Kelly, V. (2020). What We Know Now About Meeting the Needs of Teens and Young Adults. *Child Welfare, suppl. Special Issue: Twenty Years after the Foster Care Independence Act of 1999*, 97, 5, 159-178.

Moss, A.H., Hess, R., Swift, C. (Eds.) (1982). *Early Intervention Programs for Infants*. NY: Haworth Press, Inc.

Muris, P., Merckelbach, H., & Peeters, E. (2003). The links between the Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES), fantasy proneness, and anxiety symptoms. *The Journal of nervous and mental disease*, *191*(1), 18-24.

Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *169*(2), 141-151. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11020335

Nilsson, D., Holmqvist, R., & Jonson, M. (2011). Self-reported attachment style, trauma exposure and dissociative symptoms among adolescents. *Attachment & Human Development*, *13*(6), 579–595. <https://doi.org/10.1080/14616734.2011.609004>

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, *9*(11), e1001349

Obretković, M.M., Žegarac, N. (1998) Centar za socijalni rad i uloga organa starateljstva u prevenciji i zaštiti dece od nasilja. u: Milosavljević M. [ur.] *Nasilje nad decom*. Beograd: Fakultet političkih nauka.

Obsuth, I., Hennighausen, K., Brumariu, L. E., & Lyons-Ruth, K. (2014). Disorganized behavior in adolescent-parent interaction: Relations to attachment state of mind, partner abuse, and psychopathology. *Child Development*, *85*, 370–387.

O'Connor, M., & Elklit, A. (2008). Attachment styles, traumatic events, and PTSD: A cross-sectional investigation of adult attachment and trauma. *Attachment & human development*, *10*(1), 59-71

Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and psychopathology*, *9*(4), 855–879. <https://doi.org/10.1017/s0954579497001478>

Paetzold, R. L., Rholes, W. S., & Kohn, J. L. (2015). Disorganized Attachment in Adulthood: Theory, Measurement, and Implications for Romantic Relationships. *Review of General Psychology*, *19*(2), 146–156. <https://doi.org/10.1037/gpr0000042>

Page, A. C. (2003). The role of disgust in faintness elicited by blood and injection stimuli. *Journal of Anxiety Disorders*, *17*, 45–58.

Parker, J. G., & Herrera, C. (1996). Interpersonal processes in friendship: A comparison of abused and nonabused children's experiences. *Developmental Psychology*, 32(6), 1025.

Pedersen, S. H., Lunn, S., Katznelson, H., & Poulsen, S. (2012). Reflective functioning in 70 patients suffering from bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(4), 303-310.

Pejović Milovančević, M., Minčić, T., i Kalanj, D. (ur) (2012). *Priručnik za primenu Posebnog protokola sistema zdravstvene zaštite dece od zlostavljanja i zanemarivanja*. Beograd: Institut za mentalno zdravlje.

Perry, B. D. (2002). Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and mind*, 3(1), 79-100.

Perry, B.D. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In D. Schetky & E.P. Benedek (Eds), *Textbook of Child and Adolescent Forensic Psychiatry*, American Psychiatric Press, Inc., Washington, D.C. pp. 221-238.

Pickard JA, Townsend M, Caputi P, Grenyer BFS. (2021). Observing the Influence of Mindfulness and Attachment Styles through Mother and Infant Interaction: A Longitudinal Study. *Infant Mental Health Journal*. 2017;38(3):343-350. doi:10.1002/imhj.21645

Pilowsky, D. (1995). Psychopathology among children placed in family foster care. *Psychiatric Services*, 46(9), 906-910.

Pollak, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K., & Reed, A. (2000). Recognizing emotion in faces: developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental psychology*, 36(5), 679.

Popović-Deušić, S., Pejović-Milovančević, M., Aleksić-Hil, O., & Garibović, E. (2011). Comorbidity in child and adolescent psychiatry: Coincidence or reality. *Psihijatrija danas*, 43(1), 95-110.

Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42, 123–146.

Porodični zakon. (2005). *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 18/05.

Profaca, B. (2016). Traumatizacija djece i mladih. *Ljetopis Socijalnog Rada/Annual of Social Work*, 23(3), 345-361.

Protić, S. (2016). Doprinos vezanosti i mentalizacije razumevanju veze između traume i delinkvencije. Doktorska disertacija. Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet.

Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents - A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.

Pynoos, R. S., Steinberg, A. M. & Goenjian, A. (1996). Traumatic stress in childhood and adolescence – Recent developments and current controversies. In: van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L. (eds.), *Traumatic stress – The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: The Guilford Press, 331- 358..

Radojević, B. T. (2016). *Problemi u ponašanju i razvoj nesigurnih obrazaca vezivanja: uloga konteksta odrastanja dece pod rizikom*. Doktorska disertacija. Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet.

Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., and Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr. Scand.* 112, 330–350. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x

Rendall, C.L. (2001). Alcohol and pregnancy: Highlights from three decades of research. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(5), 554-561.

Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry*, 51(12), 1304-1313.

Roy, A. (2002). Childhood trauma and neuroticism as an adult: Possible implication for the development of the common psychiatric disorders and suicidal behaviour. *Psychological Medicine*, 32(8), 1471-1474. doi:10.1017/S0033291702006566

Şar, V., Akyüz, G., Kundakçı, T., Kızıltan, E., & Doğan, O. (2004). Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2271-2276.

Satpute, A. B., & Lieberman, M. D. (2006). Integrating automatic and controlled processes into neurocognitive models of social cognition. *Brain Research*, 1079, 86-97. doi: 10.1016/j.brainres.2006.01.005

Schalinski, I., Schauer, M., & Elbert, T. (2015). The shutdown dissociation scale (Shut-D). *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 25652.

Schauer, M., & Elbert, T. (2010). Dissociation following traumatic stress. Etiology and Treatment. *Zeitschrift für Psychologie/Journal of Psychology*, 218, (2), 109–127.

Schimmenti, A. (2016). The developmental roots of dissociation: A multiple mediation analysis. *Psychoanalytic Psychology*, 34(1), 96.

Schimmenti, A., & Caretti, V. (2016). Linking the overwhelming with the unbearable: Developmental trauma, dissociation, and the disconnected self. *Psychoanalytic Psychology*, 33(1), 106

Schmitt, D. P., Alcalay, L., Allensworth, M., Allik, J., Ault, L., Austers, I., ... & Zupančič, A. (2004). Patterns and universals of adult romantic attachment across 62 cultural regions: Are models of self and of other pancultural constructs?. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35(4), 367-402.

Schofield, G., Beek, M., Sargent, K., & Thoburn, J. (2000). Growing up in foster care. London: BAAF.

Schore, A. N. (2009). Attachment trauma and the developing right brain: Origins of pathological dissociation. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 141–153). New York, NY: Routledge.

Schore, A.N. (2000). *Foreword to the reissue of attachment and loss, vol. 1: Attachment by John Bowlby*. New York: Basic Books.

Servan-Schreiber, D. (2005). *Ozdraviti*. Hedone: Beograd.

Sesar, K., Zivčić-Bećirević, I., & Sesar, D. (2008). Multi-type maltreatment in childhood and psychological adjustment in adolescence: questionnaire study among adolescents in Western Herzegovina Canton. *Croatian medical journal*, 49(2), 243–256. <https://doi.org/10.3325/cmj.2008.2.243>

Shalev AY, Peri T, Canetti L *et al*. Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study. *Am. J. Psychiatry* 1996; **153**: 219 225.

Shapero, B. G., Black, S. K., Liu, R. T., Klugman, J., Bender, R. E., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2014). Stressful life events and depression symptoms: the effect of childhood emotional abuse on stress reactivity. *Journal of clinical psychology*, 70(3), 209-223. <https://doi.org/10.1002/jclp.22011>

Sharp, C., Ha, C., Carbone, C., Kim, S., Perry, K., Williams, L., & Fonagy, P. (2013). Hypermentalizing in adolescent inpatients: treatment effects and association with borderline traits. *Journal of personality disorders*, 27(1), 3-18.

Shemmings, D., & Shemmings, Y. (2011). *Understanding Disorganized attachment: Theory and practice for working with children and adults*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Shields, A., & Cicchetti, D. (2001). Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of clinical child psychology*, 30(3), 349-363.

Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Fonagy, P., & Datta, A. (2008). The Child Attachment Interview: A psychometric study of reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, 44, 939-956.

- Siegel, D.J. (2017). *Mentalni uvid*. Zagreb: Algoritam.
- Šilić, V. (2018). *Mentalno zdravlje dece na hraniteljstvu: uloga kvaliteta staranja o detetu od strane hranitelja*. Doktorska disertacija. Univerzitet u Novom Sadu.
- Simpson, T. L., & Miller, W. R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems: A review. *Clinical psychology review*, 22(1), 27-77
- Skårderud, F. (2007). Eating one's words, part I: 'concretised metaphors' and reflective function in anorexia nervosa—an interview study. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 15(3), 163-174.
- Smeck, K. & Schluter-Muller, S. (2017). Early detection and intervention for borderline personality disorder in adolescence. *Soc psihijat*; 45, 30-35.
- Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Van Hemert, A. M., De Rooij, M., & Penninx, B. W. (2016). Childhood maltreatment, maladaptive personality types and level and course of psychological distress: A six-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 191, 100-108. doi:10.1016/j.jad.2015.11.036
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2006). Recent developments in the theory of dissociation. *World Psychiatry*, 5(2), 82.
- Spitzer, C., Barnow, S., Wingenfeld, K., Rose, M., Lowe, B., and Grabe, H. J. (2009). Complex post-traumatic stress disorder in patients with somatization disorder. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 43, 80–86. doi: 10.1080/00048670802534366
- Sroufe, L. A. (1988). Attachment in Development. *Clinical implications of attachment*, 18.
- Sroufe, L. A. (2003). Attachment categories as reflections of multiple dimensions: Comment on Fraley and Spieker (2003). *Developmental Psychology*, 39, 413–416.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York, NY: Guilford.
- Stattin, H., Enebrink, P., Özdemir, M., & Giannotta, F. (2015). A National Evaluation of Parenting Programs in Sweden: The Short-Term Effects Using an RCT Effectiveness Design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1069.
- Stefanović Stanojević, Tošić Radev, M., Bogdanović, A.(2018). *Strah je najgore mesto: studija o ranoj traumi iz ugla teorije afektivne vezanosti*. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju.

Stefanović Stanojević, T. (2010). *Afektivna vezanost, razvoj, modaliteti i procena*. Niš: Filozofski fakultet, Sceroprint.

Stefanović-Stanojević, T. (2002). Bliske partnerske veze. *Psihologija*, 35(1-2), 81-95.

Stefanović-Stanojević, T. (2006). Partnerska afektivna vezanost i vaspitni stilovi. *Godišnjak za psihologiju*, 4(4-5), 71-90.

Stein, M., Koverola, C., Hanna, C., Torchia, M. & Mclarty, B. (1997). Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychol Med* 27, 951-959.

Steinberg, M. (1993). *Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Szajnberg, N., Goldenberg, A., and Harari, U. (2010). "Early trauma later outcome: results from longitudinal studies and clinical observations" in *The impact of early relational trauma on health and disease. The hidden epidemic*. eds. R. A. Lanius, E. Vermetten, and C. Pain. 2009/05/12 ed. (Cambridge: Cambridge University Press), 33–42

Tadić, N. (2012). *Osećajno i saznajno u psihoanalitičkoj psihoterapiji, II*. Beograd: Naučna KMD.

Tang, S. S. S., & Freyd, J. J. (2012). Betrayal trauma and gender differences in posttraumatic stress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(5), 469.

Taubner, S., & Curth, C. (2013). Mentalization mediates the relation between early traumatic experiences and aggressive behavior in adolescence. *Psihologija*, 46(2), 177-192.

Taubner, S., White, L. O., Zimmermann, J., Fonagy, P., & Nolte, T. (2012). Mentalization moderates and mediates the link between psychopathy and aggressive behavior in male adolescents. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 60(3), 605-612.

Teicher, M. H., Rabi, K., Sheu, Y. S., Serafine, S. B., Andersen, S. L., Anderson, C. M., et al. (2010). Neurobiology of childhood trauma and adversity. In: R. A. Lanius, E. Vermetten, and C. Pain, eds. *The impact of early relational trauma on health and disease. The hidden epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press.

Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., and Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat. Rev. Neurosci.* 17, 652–666. doi: 10.1038/nrn.2016.111

Teicher, M., Andersen, S., Polcari, A., Anderson, C., Navalta, C., Kim, D. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev*, 27, 33-44.



Thombs, B. D., Bernstein, D. P., Lobbestael, J., & Arntz, A. (2009). A validation study of the Dutch Childhood Trauma Questionnaire-Short Form: factor structure, reliability, and known-groups validity. *Child abuse & neglect*.

Thompson RA. New directions for child development in the twenty-first century: the legacy of early attachment. *New Dir Child Dev* 2000;71(1):145-52.

Thompson, R. A. (2000). The legacy of early attachments. *Child development*, 71(1), 145-152.

Tremblay, C., Hébert, M., & Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child abuse & neglect*, 23(9), 929-945.

Twaite JA, Rodriguez-Srednicki O. Childhood sexual and physical abuse and adult vulnerability to PTSD: the mediating effects of attachment and dissociation. *J Child Sex Abuse*. 2004;13(1):17–38.

Tyson, P., & Tyson, R. L. (1990). *Psychoanalytical Theories of Development. An integration*. New Haven: Yale University Press.

Uddin, L. Q., Iacoboni, M., Lange, C., & Keenan, J. P. (2007). The self and social cognition: The role of cortical midline structures and mirror neurons. *Trends in Cognitive Sciences*, 11, 153-157. doi: 10.1016/j.tics.2007.01.001

Ullsperger, J. M., & Nikolas, M. A. (2017). A meta-analytic review of the association between pubertal timing and psychopathology in adolescence: Are there sex differences in risk?. *Psychological bulletin*, 143(9), 903.

Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of abnormal psychology*, 103(1), 44.

Van der Kolk, B. A. (1996). *The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development*. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (p. 182–213). The Guilford Press.

Van der Kolk, B.A. (2005). Developmental trauma disorder – Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35, 401 – 408.

Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and psychopathology*, 11(2), 225-250.

Van Overwalle, F. (2011). A dissociation between social mentalizing and general reasoning. *Neuroimage*, 54(2), 1589-1599.

Van Rosmalen, L., Van der Horst, F. C., & Van der Veer, R. (2012). Of monkeys and men: Spitz and Harlow on the consequences of maternal deprivation. *Attachment & human development, 14*(4), 425-437.

Venta, A., Shmueli-Goetz, Y., & Sharp, C. (2014). Assessing attachment in adolescence: A psychometric study of the Child Attachment Interview. *Psychological Assessment, 26*(1), 238–255. <https://doi.org/10.1037/a0034712>

Vila, J., Guerraa, P., Munoz, A., Vico, C., Viedma-del Jesus, M. I., Delgado, L. C., Rodriguez, S. (2007). Cardiac defense: From attention to action. *International Journal of Psychophysiology, 66*, 169–182.

Vukosavljević-Gvozden, T. (1999). Objektni odnosi u teoriji Melani Klajn i savremenoj klajnijanskoj misli. *Psihologija, 1*(2), 65-82.

Vulić-Prtorić, A. (2001). Razvojna psihopatologija: normalan razvoj koji je krenuo krivim. *Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru, 40*(17), 161-186.

Wang, F., Willoughby, M., Mills-Koonce, R., & Cox, M. J. (2016). Infant attachment disorganization and moderation pathways to level and change in externalizing behavior during preschool ages. *Attachment & human development, 18*(6), 534-553.

Wang, Y. G., Wang, Y. Q., Chen, S. L., Zhu, C. Y., & Wang, K. (2008). Theory of mind disability in major depression with or without psychotic symptoms: A componential view. *Psychiatry Research, 161*(2), 153–161

Wang, Y., Xu, K., Cao, G., Qian, M., Shook, J., & Ai, A. L. (2012). Child maltreatment in an incarcerated sample in China: Prediction for crime types in adulthood. *Children and Youth Services Review, 34*(8), 1553-1559.

Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology, 74*(4), 497-505.

Weinberg, E. (2006). Mentalization, affect regulation, and development of the self. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 54*(1), 251-269.

Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. (2008). Individual differences in infant-caregiver attachment: Conceptual and empirical aspects of security. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 78–101). The Guilford Press.

Weisæth, L. (1998). Vulnerability and protective factors for posttraumatic stress disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 52*(S1), S39-S44.

Wessel, I., Meeren, M., Peeters, F., Arntz, A., & Merckelbach, H. (2001). Correlates of autobiographical memory specificity: The role of depression, anxiety and childhood trauma. *Behaviour research and therapy*, 39(4), 409-421.

West, M., Rose, S., Spreng, S., & Adam, K. (2000). The Adolescent Unresolved Attachment Questionnaire: The assessment of perceptions of parental abdication of caregiving behavior. *The Journal of Genetic Psychology*, 161(4), 493-503.

Whiffen, V. E., Judd, M. E., & Aube, J. A. (1999). Intimate relationships moderate the association between childhood sexual abuse and depression. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(9), 940-954.

Winnicott, D. (1952). Anxiety associated with insecurity In: *Collected Papers: Through paediatrics to psychoanalysis*. London : Tavistock.

Witt, A., Brown, R. C., Plener, P. L., Braehler, E., and Fegert, J. M. (2017). Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health* 11:47. doi: 10.1186/s13034-017-0185-0

Witt, A., Glaesmer, H., Jud, A., Plener, P. L., Braehler, E., Brown, R. C., et al. (2018). Trends in child maltreatment in Germany: comparison of two representative population-based studies. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health* 12:24. doi: 10.1186/s13034-018-0232-5

Woller, W., Leichsenring, F., Leweke, F., and Kruse, J. (2012). Psychodynamic psychotherapy for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse – principles for a treatment manual. *Bull. Menninger Clin.* 76, 69–93. doi: 10.1521/bumc.2012.76.1.69

World Health Organization. (2009). International statistical classification of diseases and related health problems [electronic resource], 10th rev., edition 2008. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44242>

Yule, K., Houston, J., & Grych, J. (2019). Resilience in Children Exposed to Violence: A Meta-analysis of Protective Factors Across Ecological Contexts. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 22(3), 406–431. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00293-1>

Zakon o socijalnoj zaštiti. (2011). *Službeni glasnik Republike Srbije, br. 24/11*.

Zeanah, C. H., Boris, N. W., & Larrieu, J. A. (1997). Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), 165-178.

Žegarac, N. (2014). *U lavirintu socijalne zaštite: pouke istraživanja o deci na porodičnom i rezidencijalnom smeštaju [In the labyrinth of social protection: The lessons learned from children placed in family and residential care]*. Serbia, Belgrade: Faculty of Political Science, University of Belgrade.

World Health Organization. (2010). Violence prevention: the evidence. Dostupno na: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77936/9789241500845\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77936/9789241500845_eng.pdf) (pristupljeno januara 2022).

World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th revision)*. Dostupno na: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (pristupljeno januara 2022).

## Prilozi

### Prilog 1 – Formular za dobijanje sagasnosti

#### SAGLASNOST ZA UČEŠĆE U ISTRAŽIVANJU

Poštovani,

Ovim putem želimo da uputimo molbu

---

(naziv ustanove)

da doprinese realizaciji istraživanja koje se sprovodi u okviru doktorskih studija psihologije na Filozofskom fakultetu u Nišu.

Molimo Vas da pažljivo pročitate dole navedene informacije i odlučite da li će vaša ustanova prihvatiti učešće u ovom istraživanju i dati saglasnost za učešće maloletnih korisnika usluga porodičnog smeštaja.

Ovo istraživanje se bavi odnosom između iskustva rane traumatizacije i problema mentalnog zdravlja mladih, ispitujući psihološke mehanizme za koje se pretpostavlja da u ovom odnosu učestvuju (dezorganizacija u stilu afektivne vezanosti, mentalizacija i disocijacija). Planirano je da u istraživanju učestvuju ispitanici, starosti od 11 do 18 godina, koji su korisnici usluge porodičnog smeštaja kraće od dve godine. Vaša pomoć bi se sastojala u identifikaciji ovih korisnika, te pomoći pri samoj realizaciji ispitivanja, kroz zadavanje upitnika prilikom redovnih poseta hraniteljskim porodicama. Od ispitanika se očekuje da samostalno popune upitnike tako što će pismenim putem odgovarati na postavljena pitanja.

Voleli bismo još i da napomenemo sledeće:

- učešće u istraživanju je dobrovoljno i za ustanovu i za korisnika i može se iz njega istupiti u bilo kom momentu, bez potrebe da se objašnjavaju razlozi
- učešće u istraživanju ne snosi nikakav rizik po korisnike i ne može imati nikakve negativne posledice;
- istraživaču nisu potrebni podaci o identitetu korisnika
- rezultati će biti obrađivani grupno i biće korišćeni isključivo u naučne svrhe (grupni rezultati istraživanja mogu biti objavljeni u naučnoj publikaciji uz očuvanje anonimnosti)

**Potpisivanjem ove saglasnosti izjavljujete da ste u potpunosti razumeli gore navedene informacije i da, kao organ nadležan za pitanja starateljstva nad korisnicima, pristajete na njihovo učešće u istraživanju.**

---

Potpis odgovornog lica

## Prilog 2 – Tabele

Tabela 1a. Korelacija idealizacije i kriterijumskih varijabli istraživanja

	Idealizacija
Internalizacija	-.22*
Eksternalizacija	-.03
Problemi u relacijama	-.30**

Tabela 2a. Parcijalna korelacija sigurnosti i hipermentalizacije, kontrolisana za efekat idealizacije

	Sigurnost
Hipermentalizacija	-.125

Tabela 3a. Rezultati regresijske analize gde je Internalizacija kriterijumska varijabla, a prediktori Trauma, Izbegavanje i njihova interakcija

Prediktor	Kriterijum: Internalizacija		
	$\beta$	T	p(T)
Trauma	.33	.37	.00
Izbegavanje	-.07	.90	.36
Trauma x Izbegavanje	.06	.76	.44
<b>Regresioni model</b>	R= .34 R <sup>2</sup> = .11 R <sup>2</sup> kor= .09 F (3)= 5.61 ; p<.002		

Tabela 4a. Rezultati regresijske analize gde je Internalizacija kriterijumska varijabla, a prediktori Trauma, Preokupiranost i njihova interakcija

Prediktor	Kriterijum: Internalizacija		
	$\beta$	T	p(T)
Trauma	.30	3.52	.00
Preokupiranost	-.73	.84	.40
Trauma x Preokupiranost	.12	1.06	.06
<b>Regresioni model</b>	R= .38 R <sup>2</sup> = .13 R <sup>2</sup> kor= .12 F (3)= 6.61 ; p<.002		

Tabela 5a. Rezultati regresijske analize gde je Internalizacija kriterijumska varijabla, a prediktori Trauma, dezorganizacija i njihova interakcija

Prediktor	Kriterijum: Internalizacija		
	$\beta$	T	p(T)
Trauma	.31	3.37	.00
Dezorganizacija	-.09	-.90	.94
Trauma x Dezorganizacija	.10	1.04	.22
<b>Regresioni model</b>	R= .38 R <sup>2</sup> = .15 R <sup>2</sup> kor= .12 F (3)= 6.95 ; p<.000		

Tabela 6a. Rezultati regresijske analize gde je Internalizacija kriterijumska varijabla, a prediktori Trauma, hipomentalizacija i njihova interakcija

Prediktor	Kriterijum: Internalizacija		
	$\beta$	T	p(T)
Trauma	.33	.38	.00
Hipomentalizacija	-.07	-.04	.66
Trauma x Hipomentalizacija	.06	-.62	.53
<b>Regresioni model</b>	R= .33 R <sup>2</sup> = .11 R <sup>2</sup> kor= .09 F (3)= 5.05 ; p<.003		

Tabela 7a. Rezultati regresijske analize gde je Internalizacija kriterijumska varijabla, a prediktori Trauma, Hipermentalizacija i njihova interakcija

Prediktor	Kriterijum: Internalizacija		
	$\beta$	T	p(T)
Trauma	.33	3.65	.00
Hipermentalizacija	.04	.52	.60
Trauma x Hipermentalizacija	.08	.94	.34
<b>Regresioni model</b>	R= .34 R <sup>2</sup> = .12 R <sup>2</sup> kor= .09 F (3)= 5.27 ; p<.002		

Tabela 8a. Rezultati regresijske analize gde je Eksternalizacija kriterijumska varijabla, a prediktori Trauma, Sigurnost i njihova interakcija

Prediktor	Kriterijum: Eksternalizacija		
	$\beta$	T	p(T)
Trauma	.13	1.53	.12
Sigurnost	-.33	-3.73	.00
Trauma x Sigurnost	.00	.03	.97
<b>Regresioni model</b>	R= .37 R <sup>2</sup> = .13 R <sup>2</sup> kor= .11 F (3)= 6.30 ; p<.001		

Tabela 9a. Rezultati regresijske analize gde je Eksternalizacija kriterijumska varijabla, a prediktori Trauma, Preokupiranost i njihova interakcija

Prediktor	Kriterijum: Eksternalizacija		
	$\beta$	T	p(T)
Trauma	.18	2.05	.04
Preokupiranost	-.06	-.71	.47
Trauma x Preokupiranost	.05	.59	.55
<b>Regresioni model</b>	R= .20 R <sup>2</sup> = .04 R <sup>2</sup> kor= .01 F (3)= 1.61 ; p<.188		

Tabela 10a. Rezultati regresijske analize gde je Eksternalizacija kriterijumska varijabla, a prediktori Trauma, Izbegavanje i njihova interakcija

Prediktor	Kriterijum: Eksternalizacija		
	$\beta$	T	p(T)
Trauma	.18	1.97	.05
Izbegavanje	.03	.35	.72
Trauma x Izbegavanje	.02	.24	.80
<b>Regresioni model</b>	R= .18 R <sup>2</sup> = .03 R <sup>2</sup> kor= .01 F (3)= 1.40 ; p<.245		



Tabela 11a. Rezultati regresijske analize gde je Eksternalizacija kriterijumska varijabla, a prediktori Trauma, Dezorganizacija i njihova interakcija

Prediktor	Kriterijum: Eksternalizacija		
	$\beta$	T	p(T)
Trauma	.23	2.48	.14
Dezorganizacija	-.20	2.14	.03
Trauma x Dezorganizacija	.10	1.09	.27
<b>Regresioni model</b>	R= .26 R <sup>2</sup> = .07 R <sup>2</sup> kor= .04 F (3)= 3.09 ; p<.033		

Tabela 12a. Rezultati regresijske analize gde je Eksternalizacija kriterijumska varijabla, a prediktori Trauma, Duboko nepoverenje i njihova interakcija

Prediktor	Kriterijum: Eksternalizacija		
	$\beta$	T	p(T)
Trauma	.15	1.70	.09
Duboko nepoverenje	.13	1.49	.13
Trauma x Duboko nepoverenje	-.12	-1.44	.15
<b>Regresioni model</b>	R= .25 R <sup>2</sup> = .06 R <sup>2</sup> kor= .04 F (3)= 2.78 ; p<.044		

Tabela 13a. Rezultati regresijske analize gde su Problemi u relacijama kriterijumska varijabla, a prediktori Trauma, Hipomentalizacija i njihova interakcija

Prediktor	Kriterijum: Problemi u relacijama		
	$\beta$	T	p(T)
Trauma	.27	3.24	.00
Hipomentalizacija	.24	2.79	.00
Trauma x Hipomentalizacija	.13	1.58	.11
<b>Regresioni model</b>	R= .46 R <sup>2</sup> = .21 R <sup>2</sup> kor= .19 F (3)= 10.81 ; p<.000		

## **BIOGRAFIJA AUTORA**

Aleksandra S. Bogdanović rođena je 1988. u Leskovcu. Osnovnu školu i gimnaziju završila je u Lebanu, sa odličnim uspehom. Osnovne akademske studije psihologije na Filozofskom fakultetu Univerziteta u Nišu upisala je školske 2007/2008. godine, a završila 2011. godine diplomiravši sa prosečnom ocenom 9.59. Master akademske studije psihologije na Filozofskom fakultetu Univerziteta u Nišu završila je oktobra 2013, odbranivši, sa ocenom 10, master rad na temu "Empatija, anksioznost i samopoštovanje braće i sestara mentalno nedovoljno razvijenih osoba", pod mentorstvom prof.dr Snežane Vidanović.

Na završnim godinama osnovnih i master studija bila je dobitnik prestižne stipendije Dositeja koju dodeljuje Fond za mlade talente Ministarstva za omladinu i sport Republike Srbije.

Doktorske akademske studije psihologije upisala je školske 2013/2014. godine na Filozofskom fakultetu Univerziteta u Nišu. Položila je sve ispite predviđene programom sa prosečnom ocenom 9,8.

Stručnu praksu obavila je u Gimnaziji u Lebanu, 2013. godine, paralelno radeći kao demonstrator na Filozofskom fakultetu. Od oktobra 2013. zaposlena je na Filozofskom fakultetu Univerziteta u Nišu, najpre u zvanju saradnik u nastavi, a potom u zvanju asistent. Angažovana je na predmetima Teorije razvojne psihopatologije, Psihopatologija detinjstva i mladosti, Psihologija mentalnog zdravlja, Savetodavni rad sa decom i mladima, Afektivna vezanost i trauma i Profesionalni stres i mentalno zdravlje pomačača.

Od 2015. godine član je tima naučno-istraživačkog projekta "Indikatori i modeli usklađivanja porodičnih i poslovnih uloga", koji finansira Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije. Bila je polaznik brojnih edukacija, učesnik velikog broja naučnih skupova u zemlji i regionu i autor i koautor više naučnih publikacija.

## ИЗЈАВА О КОРИШЋЕЊУ

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Никола Тесла“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Нишу унесе моју докторску дисертацију, под насловом:

"ТРАУМА И МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ МЛАДИХ: МЕДИЈАТОРСКА УЛОГА АФЕКТИВНЕ ВЕЗАНОСТИ, МЕНТАЛИЗАЦИЈЕ И ДИСОЦИЈАЦИЈЕ"

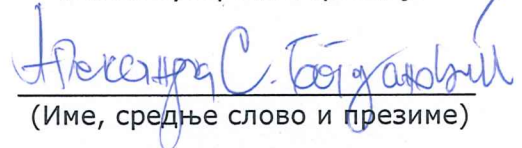
Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском облику, погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију, унету у Дигитални репозиторијум Универзитета у Нишу, могу користити сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons), за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство (**CC BY**)
2. Ауторство – некомерцијално (**CC BY-NC**)
3. Ауторство – некомерцијално – без прераде (**CC BY-NC-ND**)
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима (**CC BY-NC-SA**)
5. Ауторство – без прераде (**CC BY-ND**)
6. Ауторство – делити под истим условима (**CC BY-SA**)<sup>4</sup>

У Нишу, 04.03. 2022.

Потпис аутора дисертације:

  
(Име, средње слово и презиме)

---

<sup>4</sup> Аутор дисертације обавезан је да изабере и означи (заокружи) само једну од шест понуђених лиценци; опис лиценци дат је у наставку текста.

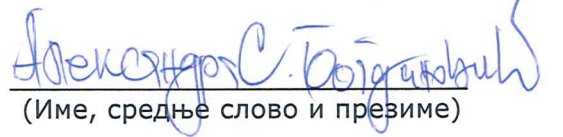
**ИЗЈАВА О ИСТОВЕТНОСТИ ЕЛЕКТРОНСКОГ И ШТАМПАНОГ ОБЛИКА  
ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Наслов дисертације: "ТРАУМА И МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ МЛАДИХ: МЕДИЈАТОРСКА УЛОГА  
АФЕКТИВНЕ ВЕЗАНОСТИ, МЕНТАЛИЗАЦИЈЕ И ДИСОЦИЈАЦИЈЕ"

Изјављујем да је електронски облик моје докторске дисертације, коју сам  
предао/ла за уношење у **Дигитални репозиторијум Универзитета у Нишу**,  
истоветан штампаном облику.

У Нишу, 04.04.2022

Потпис аутора дисертације:

  
(Име, средње слово и презиме)

## ИЗЈАВА О АУТОРСТВУ

Изјављујем да је докторска дисертација, под насловом "ТРАУМА И МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ МЛАДИХ: МЕДИЈАТОРСКА УЛОГА АФЕКТИВНЕ ВЕЗАНОСТИ, МЕНТАЛИЗАЦИЈЕ И ДИСОЦИЈАЦИЈЕ"

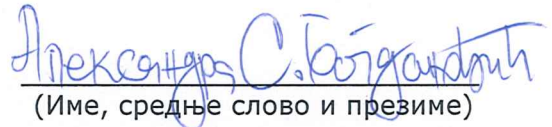
која је одбрањена на Филозофском факултету Универзитета у Нишу:

- резултат сопственог истраживачког рада;
- да ову дисертацију, ни у целини, нити у деловима, нисам пријављивао/ла на другим факултетима, нити универзитетима;
- да нисам повредио/ла ауторска права, нити злоупотребио/ла интелектуалну својину других лица.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци, који су у вези са ауторством и добијањем академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада, и то у каталогу Библиотеке, Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Нишу, као и у публикацијама Универзитета у Нишу.

У Нишу, 04.03.2022

Потпис аутора дисертације:

  
(Име, средње слово и презиме)