Aktivatori i inhibitori progresije psihopatoloških simptoma povezanih sa psihološkim nasiljem

*Ana G. Faustova**

Katedra za kliničku psihologiju, Fakultet za kliničku psihologiju, Državni medicinski univerzitet u Rjazanju „I. P. Pavlov", Rjazanj, Rusija

Apstrakt

Cilj Istraživanje je imalo za cilj da utvrdi psihološke faktore koji podstiču (aktivatori) i zadržavaju (inhibitori) napredovanje supkliničke psihopatološke simptomatologije kod mladih odraslih osoba izloženih psihološkom nasilju u detinjstvu i adolescenciji.

Metod U istraživanju je učestvovalo 416 ispitanika (prosečni uzrast: 18,73 ± 0,81 godina) izloženih psihološkom nasilju od strane roditelja (staratelja) u detinjstvu i adolescenciji. Empirijski podaci su prikupljeni pomoću metoda standardizovanog samoizveštavanja. Sprovedena je korelaciona analiza i neusmerena mrežna analiza.

Rezultati Iskustvo psihološkog nasilja korelira sa izraženošću supkliničke psihopatološke simptomatologije. „Jezgro" supkliničkog stanja osoba koje su pretrpele psihološko nasilje čine opsesivno-kompulzivni simptomi, interpersonalna senzitivnost, simptomi anksioznosti i depresije. Mrežna analiza omogućila je izdvajanje dve funkcionalne grupe: inhibitore (specifičnost autobiografskog pamćenja, fleksibilnost i modelovanje, dostupnost socijalne podrške, otuđenost kao crta ličnosti) i aktivatore (rane maladaptivne sheme, hostilnost, opsesivno-kompulzivni i psihotični simptomi).

Zaključci Dobijeni nalazi ukazuju na transdijagnostički karakter supkliničkog distresa kod mladih odraslih osoba sa iskustvom psihološkog nasilja i predstavljaju osnovu za razvoj sistema ranih kliničko-psiholoških intervencija. Predložene su formulacije ciljeva intervencije, kao i mogući oblici intervenisanja kroz jačanje inhibitora i modifikaciju aktivatora.

Ključne reči: psihološko nasilje; posledice; mentalni poremećaji; supklinički stadijum; progresija; pogoršanje; rano odraslo doba.

Primljeno: 1. jula 2026.
Prihvaćeno: 20. avgusta 2026.
Objavljeno: 30. septembra 2026.

Za citiranje:
Faustova AG. Aktivatori i inhibitori progresije psihopatoloških simptoma povezanih sa psihološkim nasiljem. *Psychotherapy Science Today*. 2026;2(3):3–11. https://doi.org/10.64435/VABP9530

OPEN ACCESS

© Author(s), CC BY-NC 4.0

Uvod

Zlostavljanje dece i adolescenata i dalje predstavlja značajan socijalno-pravni i medicinsko-psihološki problem. Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije (SZO), do 400 miliona maloletnika redovno biva izloženo različitim oblicima zlostavljanja od strane roditelja i staratelja [1]. Psihološko nasilje čini do 35% svih slučajeva zlostavljanja, što ga čini najzastupljenijim oblikom nasilja nad decom i adolescentima [2]. U ovom istraživanju psihološko nasilje definišemo kao dugotrajan obrazac ponašanja odrasle osobe, zasnovan na zanemarivanju psiholoških potreba i subjektiviteta deteta koje nesumnjivo nije u stanju da se suprotstavi odraslom, pri čemu se takvo ponašanje ispoljava kroz aktivne i pasivne, verbalne i neverbalne postupke.

U fokusu savremenih kliničko-psiholoških istraživanja nalazi se analiza dugoročnih posledica nepovoljnih iskustava iz detinjstva. Psihološko nasilje predstavlja transdijagnostički faktor rizika za nastanak i progresiju šizofrenije i šizotipskog poremećaja [3], depresivnih poremećaja [4], anksioznih poremećaja [5] i poremećaja ličnosti [6]. Većina ovih istraživanja zasniva se na nacrtu poprečnog preseka, koji omogućava utvrđivanje prisustva i/ili stepena izraženosti psihopatološke simptomatologije koja pripada određenom spektru, ali ne daje odgovor na pitanje putem kojih mehanizama psihološko nasilje dovodi do pogoršanja psihološkog stanja, niti koji faktori mogu prekinuti tu povezanost.

* E-mail: anne.faustova@gmail.com.

Poznato je da mentalni poremećaji u svom razvoju prolaze kroz više stadijuma — od asimptomatskog stanja do klinički izraženog sindroma i hroničnog oblika [7]. Supkliničku fazu karakterišu psihopatološki simptomi čiji intenzitet ne dostiže dijagnostički prag prema kriterijumima DSM-5 ili MKB-11, ali ipak značajno narušava subjektivno blagostanje pojedinaca i njihovo svakodnevno funkcionisanje. Prevalenca supklinički izraženih psihopatoloških simptoma je visoka i iznosi oko 57% u opštoj populaciji [8]. Ovi simptomi znatno su češći u starosnoj grupi od 18 do 30 godina, u kojoj prevazilaze učestalost klinički manifestnih mentalnih poremećaja [9, 10]. Jednim od najstabilnijih prediktora razvoja upravo supkliničke psihopatološke simptomatologije u ranom odraslom dobu smatra se iskustvo psihološkog nasilja doživljenog u detinjstvu [11, 12].

U ovom području istraživanja relativno su dobro proučeni medijatori koji posreduju vezu između iskustva psihološkog nasilja u detinjstvu i adolescenciji i razvoja mentalnih poremećaja različitog stepena izraženosti, uključujući i supkliničke oblike. Jedan od najistraženijih mehanizama posredovanja traumatskog iskustva jeste formiranje ranih maladaptivnih shema [13]. Drugim stabilnim mehanizmom smatra se emocionalna disregulacija. U značajne kognitivne medijatore ubrajaju se beznadežnost, samokritičnost i narušena mentalizacija [13].

Pored medijatora, značajno interesovanje naučne zajednice usmereno je na proučavanje psiholoških faktora koji mogu pojačati ili ublažiti izraženost postojećih supkliničkih simptoma mentalnih poremećaja kod osoba koje su bile izložene psihološkom nasilju u detinjstvu i adolescenciji. Kao potencijalni inhibitori progresije psihopatologije razmatraju se kognitivna fleksibilnost i samosaosećanje [14, 15]. Međutim, podaci o njihovoj ulozi u kontekstu iskustva psihološkog nasilja i dalje su fragmentarni. Praktični značaj ovakvih istraživanja ogleda se u utvrđivanju meta ranih kliničko-psiholoških intervencija, usmerenih na prevenciju progresije i širenja mentalnih poremećaja.

Za razliku od dosadašnjih istraživanja, koja su bila prvenstveno usmerena na medijatorske mehanizme, ovo empirijsko istraživanje fokusirano je na identifikaciju psiholoških faktora koji stvaraju specifične uslove za progresiju ili redukciju supkliničke psihopatološke simptomatologije povezane sa iskustvom psihološkog nasilja.

Cilj empirijskog istraživanja bilo je utvrđivanje i analiza aktivatora i inhibitora progresije psihopatološke simptomatologije povezane sa psihološkim nasiljem doživljenim u detinjstvu i adolescenciji.

Pod aktivatorima se u ovom istraživanju podrazumevaju psihološki faktori koji doprinose intenziviranju već prisutnih, supklinički izraženih psihopatoloških simptoma kod osoba koje su pretrpele psihološko nasilje. Nasuprot tome, inhibitori predstavljaju psihološke faktore koji imaju potencijal da ublaže stepen izraženosti supkliničke psihopatološke simptomatologije. Kao istraživačka hipoteza uzeta je pretpostavka da postoje psihološki faktori koji mogu kako pojačati, tako i oslabiti supklinički izražene psihopatološke simptome kod mladih odraslih osoba koje su bile izložene psihološkom nasilju u detinjstvu i adolescenciji.

Metod

Sprovođenje empirijskog istraživanja odobrio je Lokalni etički odbor Državnog medicinskog univerziteta u Rjazanju Ministarstva zdravlja Rusije (zapisnik sa sednice br. 7 od 11. januara 2023. godine).

U istraživanju je učestvovalo 416 mladih odraslih osoba (318 žena, 98 muškaraca; učenici srednjih škola i studenti). Prosečni uzrast ispitanika bio je 18,73 ± 0,81 godina.

Kriterijumi za uključivanje bili su: iskustvo psihološkog nasilja, doživljeno i okončano u detinjstvu i adolescenciji; odsustvo psihotraumatskih uticaja bilo koje prirode u sadašnjosti.

Kriterijumi za isključivanje bili su: prisustvo psihotraumatskog iskustva druge prirode u anamnezi, između ostalog — drugih oblika zlostavljanja; dijagnostikovani mentalni poremećaji i somatska oboljenja koja mogu uticati na psihičko i ponašajno funkcionisanje.

U prikupljanju empirijskih podataka korišćeni su sledeći psihodijagnostički instrumenti:

1. Autorski upitnik samoprocene za retrospektivnu evaluaciju iskustva psihološkog nasilja doživljenog u detinjstvu i adolescenciji. Upitnik beleži kontekstualne parametre (broj različitih oblika psihološki nasilnog ponašanja kojima je ispitanik bio izložen; subjektivni intenzitet negativnih emocija izazvanih psihološkim nasiljem), kao i starosne i hronološke pokazatelje (prosečno trajanje u godinama; prosečan uzrast u trenutku početka i prestanka nasilja). Upitnik za samoprocenu sadržao je spisak od 48 oblika psihološki nasilnog ponašanja, dok su intenzitet emocionalne reakcije ispitanici procenjivali na skali od 0 (odsustvo negativnih emocija) do 10 (njihov maksimalni intenzitet).

2. Upitnik o životnim situacijama (*Life Events Questionnaire,* LEQ), koji su adaptirali N. V. Tarabrina i saradnici (2007). Korišćen je radi kontrolisanja kriterijuma psihotraumatskog iskustva druge prirode u anamnezi ispitanika, pored psihološkog nasilja.

3. Inventar za procenu poremećaja ličnosti (*The Personality Inventory for DSM-5 — Brief Form,* PID-5-BF), koji su adaptirali G. V. Kustov i saradnici (2022). Korišćen je u cilju utvrđivanja patoloških crta ličnosti povezanih sa poremećajima ličnosti.

4. Jangov Upitnik shema (*Young Schema Questionnaire,* YSQ S3R), koji su adaptirali P. M. Kasjanik i E. V. Romanova (2013). Korišćen je za procenu izraženosti ranih maladaptivnih shema kod ispitanika.

5. Lista simptoma-90-Revidirana verzija (*Symptom Checklist-90-Revised,* SCL-90-R), koji su adaptirali N. V. Tarabrina i saradnici (2007). Korišćen je za procenu stepena izraženosti psihopatoloških simptoma.

6. Upitnik o stilu samoregulacije ponašanja (SSP), koji je konstruisala V. I. Morosanova (1998). Korišćen je za merenje parametara samoregulacije ponašanja.

7. Test autobiografskog pamćenja (Autobiographical Memory Test, AMT), čiji su autori M. Vilijams i D. Brodbent (1986). Korišćen je za utvrđivanje stepena specifičnosti autobiografskih sećanja.

8. Višedimenzionalna skala percipirane socijalne podrške (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support,* MSPSS), koju su adaptirali N. A. Sirota i V. M. Jaltonski (1994). Korišćena je za proučavanje kako ispitanici doživljavaju nivo postojeće socijalne podrške.

Matematička i statistička obrada podataka vršena je u programu JASP i uključivala je deskriptivnu analizu, korelacionu analizu i neusmerenu mrežnu analizu.

Rezultati

Retrospektivna analiza psihotraumatskog iskustva ispitanika pokazala je da je prosečan uzrast u trenutku početka psihološkog nasilja iznosio 10,87 ± 3,33 godine, dok je prosečan uzrast u trenutku njegovog prestanka iznosio 14,18 ± 2,69 godina. Psihološko nasilje je u proseku trajalo 4,27 ± 2,98 godina. Ispitanici su naveli da se obrazac psihološkog nasilja od strane roditelja ili staratelja u proseku sastojao od 10 različitih oblika psihološki nasilnog ponašanja. Najčešće su pominjani: vikanje i upotreba nepristojnog jezika, preterana kontrola, omalovažavanje i ignorisanje, previsoki zahtevi, kritikovanje, izazivanje osećanja krivice i doživljaj sopstvene bezvrednosti. Prema procenama ispitanika, ovakvo ponašanje značajnih odraslih osoba bilo je praćeno izraženom psihološkom patnjom, koja se manifestovala osećanjem straha i bespomoćnosti (prosečan skor intenziteta iznosi 5,65 ± 2,45).

Zatim je sprovedena deskriptivna analiza rezultata dobijenih u ispitivanom uzorku primenom upitnika o simptomima SCL-90-R (Tabela 1).

Kod mladih odraslih osoba koje su u detinjstvu i adolescenciji doživele psihološko nasilje, prosečne vrednosti izraženosti psihopatoloških simptoma premašuju normativne vrednosti utvrđene prilikom adaptacije instrumenta (somatizacija — 0,55; opsesivno-kompulzivni simptomi — 0,78; fobični simptomi — 0,32; interpersonalna senzitivnost — 0,95; simptomi depresije — 0,72; psihotični simptomi — 0,44) [16]. Istovremeno, one su bliže vrednostima karakterističnim za kliničke grupe sa poremećajima prilagođavanja i posttraumatskim stresnim poremećajem (somatizacija — 1,08; opsesivno-kompulzivni simptomi — 1,15; fobični simptomi — 0,76; interpersonalna senzitivnost — 1,25; simptomi depresije — 1,15; psihotični simptomi — 0,72) [16].

S obzirom na to da kod ispitanika prethodno nisu bili dijagnostikovani mentalni poremećaji, identifikovani psihopatološki simptomi u ovom istraživanju tumače se kao manifestacije supkliničkog spektra. „Jezgro" supkliničkog stanja mladih odraslih osoba koje su doživele psihološko nasilje čine opsesivno-kompulzivni simptomi, interpersonalna senzitivnost, simptomi anksioznosti i depresije (Tabela 1).

Za potrebe ispitivanja povezanosti među parametrima doživljenog psihološkog nasilja i izraženosti psihopatološke simptomatologije u ispitivanom uzorku primenjena je korelaciona analiza (Tabela 2).

Korelaciona analiza ukazuje na prisustvo umerene pozitivne povezanosti između kontekstualnih parametara psihološkog nasilja (broj oblika psihološki nasilnog ponašanja i emocionalni odgovor) i svih skala upitnika o simptomima SCL-90-R, na visokom nivou statističke značajnosti. Shodno tome, može se pretpostaviti da psihotraumatsko dejstvo ima

Naziv varijable	Mx ± Sd	Naziv varijable	Mx ± Sd
Somatizacija	0,91 ± 0,67	Hostilnost	0,86 ± 0,74
Opsesivno-kompulzivni simptomi	1,23 ± 0,73	Fobični simptomi	0,56 ± 0,60
Interpersonalna senzitivnost	1,17 ± 0,83	Paranoidni simptomi	0,98 ± 0,76
Simptomi depresije	1,16 ± 0,76	Psihotični simptomi	0,54 ± 0,53
Simptomi anksioznosti	1,02 ± 0,84	Ukupni indeks težine simptoma	0,97 ± 0,60

Tabela 1. **Pokazatelji izraženosti psihopatološke simptomatologije dobijeni pomoću upitnika SCL-90-R (N = 416)**

	Broj oblika doživljenog psihološkog nasilja	Emocionalni intenzitet	Prosečni uzrast početka nasilja	Prosečni uzrast prekida nasilja	Prosečno trajanje
Somatizacija	0,320 p < 0,001	0,265 p < 0,001	−0,087 p = 0,076	0,083 p = 0,091	0,196 p < 0,001
Opsesivno-kompulzivni simptomi	0,315 p < 0,001	0,294 p < 0,001	−0,094 p = 0,056	0,175 p < 0,001	0,263 p < 0,001
Interpersonalna senzitivnost	0,320 p < 0,001	0,376 p < 0,001	−0,144 p = 0,003	0,169 p < 0,001	0,301 p < 0,001
Simptomi depresije	0,375 p < 0,001	0,397 p < 0,001	−0,136 p = 0,005	0,198 p < 0,001	0,342 p < 0,001
Simptomi anksioznosti	0,397 p < 0,001	0,373 p < 0,001	−0,120 p = 0,015	0,123 p = 0,012	0,264 p < 0,001
Hostilnost	0,320 p < 0,001	0,283 p < 0,001	−0,081 p = 0,098	0,130 p = 0,008	0,193 p < 0,001
Fobični simptomi	0,395 p < 0,001	0,373 p < 0,001	−0,186 p < 0,001	0,147 p = 0,003	0,314 p < 0,001
Paranoidni simptomi	0,295 p < 0,001	0,329 p < 0,001	−0,087 p = 0,076	0,180 p < 0,001	0,251 p < 0,001
Psihotični simptomi	0,367 p < 0,001	0,382 p < 0,001	−0,153 p = 0,002	0,117 p = 0,017	0,266 p < 0,001

Tabela 2. **Rezultati korelacione analize između parametara psihološkog nasilja i pokazatelja psiholoških simptoma (N = 416, Pirsonov koeficijent)**

Varijabla	Očekivani uticaj (Expected Influence)	Funkcionalni smisao
Specifičnost autobiografskog pamćenja (AMT)	−2,260	Inhibitori progresije
Modelovanje (SSP)	−2,176	
Fleksibilnost (SSP)	−1,518	
Percipirana socijalna podrška — Prijatelji (MSPSS)	−1,432	
Otuđenost (PID-5-BF)	−1,297	
Percipirana socijalna podrška — Značajni drugi (MSPSS)	−0,821	
Opsesivno-kompulzivni simptomi (SCL-90-R)	0,916	Aktivatori progresije
Rana maladaptivna shema: Negativizam/Pesimizam (YSQ S3R)	0,983	
Rana maladaptivna shema: Kažnjavanje (YSQ S3R)	0,938	
Hostilnost (SCL-90-R)	0,860	
Psihotični simptomi (SCL-90-R)	0,750	
Rana maladaptivna shema: Traženje priznanja i potvrde (YSQ S3R)	0,733	

Tabela 3. **Rezultati selekcije varijabli prema pokazatelju očekivanog uticaja (N = 416, neusmerena mrežna analiza)**

prirodu odnosa doza–efekat: što je psihološko nasilje bilo raznovrsnije i što je negativni emocionalni odgovor na njega bio intenzivniji, to je veći stepen izraženosti psihopatoloških simptoma u odraslom dobu. Najveća vulnerabilnost uočena je u domenu simptoma depresije, kao i fobičnih i psihotičnih simptoma. Prosečno trajanje psihološkog nasilja takođe značajno korelira sa svim skalama koje procenjuju psihopatološku simptomatologiju. To sugeriše da hronična psihološka traumatizacija u detinjstvu i adolescenciji doprinosi formiranju trajnih obrazaca psihopatologije. Uzrasni parametri psihološkog na-

silja uglavnom nisu povezani sa izraženošću psihopatoloških simptoma u ispitivanom uzorku ili pokazuju slabe negativne korelacije.

Radi utvrđivanja psiholoških faktora koji mogu pojačavati ili ublažavati distres povezan sa supkliničkom psihopatološkom simptomatologijom primenjena je neusmerena mrežna analiza, pomoću koje su izdvojene varijable sa visokim vrednostima očekivanog uticaja (Expected Influence, EI) (Tabela 3). Za razliku od klasične snage centralnosti, koja predstavlja zbir apsolutnih vrednosti težina veza, očekivani uticaj uzima u obzir i predznak povezanosti i na taj način omogućava razlikovanje aktivirajućih (pojačavajućih) i inhibirajućih (potiskujućih) čvorova u ispitivanoj mreži varijabli.

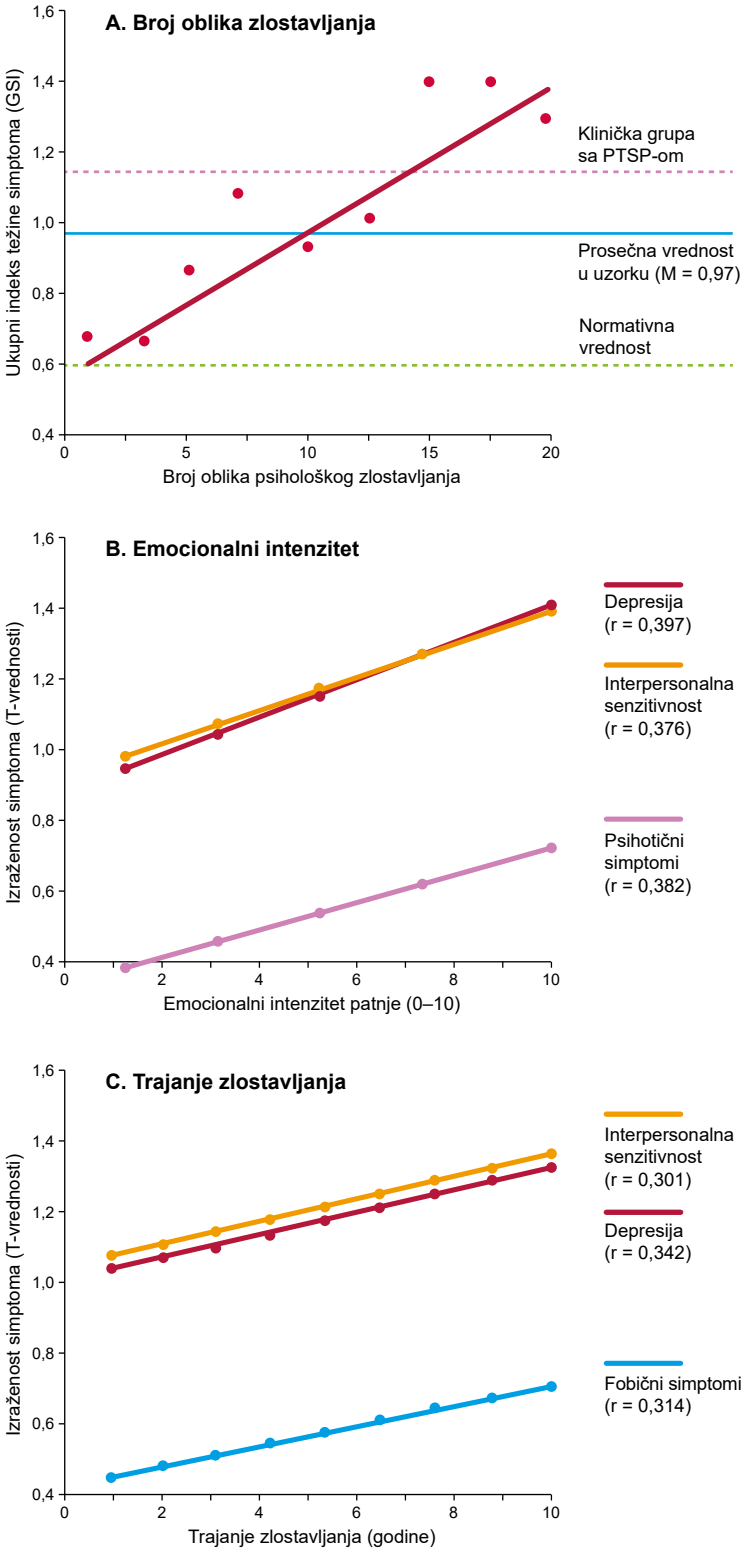
Identifikovane su dve funkcionalne grupe varijabli povezanih sa dinamikom progresije supkliničke psihopatološke simptomatologije kod mladih odraslih osoba sa iskustvom psihološkog nasilja (Slika 2). Kao inhibitori progresije izdvajaju se kognitivni resursi (specifičnost autobiografskog pamćenja, modelovanje i fleksibilnost kao strategije samoregulacije), socijalna podrška prijatelja i značajne druge osobe, kao i otuđenost kao stabilna crta ličnosti. S druge strane, aktivatorima progresije mogu se smatrati rane maladaptivne sheme (negativizam/pesimizam, kažnjavanje i potreba za priznanjem i potvrdom), kao i drugi psihopatološki simptomi (hostilnost, opsesivno-kompulzivni i psihotični simptomi).

Diskusija

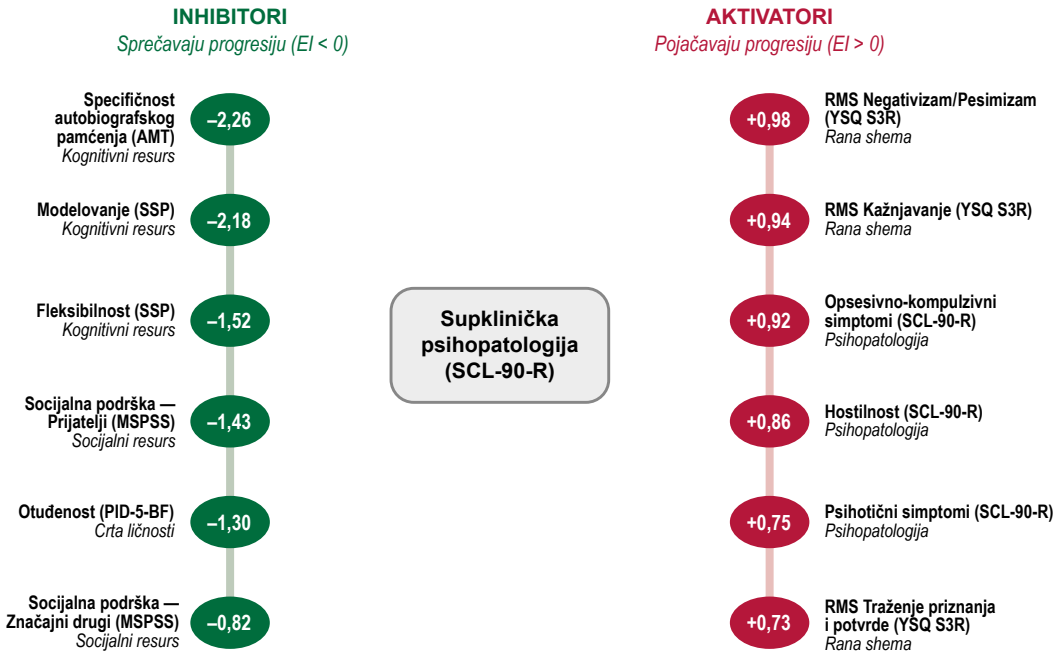
U ovom istraživanju učinjen je pokušaj da se identifikuju i analiziraju psihološki faktori koji mogu potencijalno pojačavati ili ublažavati izraženost supkliničke psihopatološke simptomatologije kod ispitanika sa iskustvom psihološkog nasilja.

Kod mladih odraslih osoba koje su bile izložene psihološkom nasilju u detinjstvu i adolescenciji uočen je izražen supklinički distres, uprkos tome što kod istih ranije nisu bili dijagnostikovani mentalni poremećaji. Posebno je značajan polimorfizam psihopatoloških simptoma identifikovanih u ispitivanom uzorku: „jezgro" supkliničkog stanja obuhvata kako opsesivno-kompulzivnu i anksiozno-depresivnu simptomatologiju, tako i interpersonalnu senzitivnost. To ukazuje na transdijagnostički karakter supkliničke faze mentalnih poremećaja povezanih sa iskustvom psihološkog nasilja i u skladu je sa rezultatima ranijih istraživanja [17, 18].

Utvrđene pozitivne korelacije između kontekstualnih karakteristika psihološkog nasilja kojem su ispitanici bili izloženi u detinjstvu i adolescenciji i izraženosti psihopatoloških simptoma potvrđuju opravdanost modela „doza–efekat" (Slika 1).



Slika 1. **Dozno zavisni karakter psihotraumatskog uticaja psihološkog zlostavljanja**



Slika 2. **Struktura aktivatora i inhibitora progresije supkliničke psihopatologije (N = 416)**

Ranija istraživanja pokazala su da se dozno zavisni efekat uočava kod fizičkog i seksualnog nasilja [19]. Rezultati našeg istraživanja ukazuju na to da, pored objektivn ih parametara psihotraumatskog dejstva, značaj ima i subjektivni intenzitet psihološke patnje. Istovremeno, nisu utvrđene konzistentne korelacije između uzrasnih parametara i psihopatološke simptomatologije. Moguće je da ključnu ulogu ne igra uzrast u trenutku početka ili prestanka psihološkog nasilja, već njegovo trajanje, što je u skladu sa postojećim teorijskim pristupima [20].

Mrežna analiza omogućila je prelazak sa utvrđivanja korelacija na konstruisanje modela dinamske interakcije među varijablama (Slika 2).

Ključni inhibitor predstavlja specifičnost autobiografskog pamćenja, što je u skladu sa nalazima istraživanja Dž.M. Vilijamsa i saradnika, koji sugerišu da smanjena specifičnost autobiografskih sećanja kod osoba koje su u detinjstvu bile izložene zlostavljanju doprinosi razvoju ruminacija i depresivne simptomatologije [21–23]. Stoga očuvana specifičnost autobiografskog pamćenja ima protektivnu funkciju.

Očuvane sposobnosti modelovanja sopstvenog ponašanja i njegovog fleksibilnog prilagođavanja okolnostima omogućavaju efikasniju adaptaciju na različite socijalne situacije i sprečavaju porast distresa povezanog sa prisustvom supkliničkih simptoma. Uporedive rezultate dobili su i L. Jang i saradnici, koji su pokazali da kognitivna fleksibilnost posreduje u negativnom uticaju psihološke traumatizacije u detinjstvu na izraženost anksiozno-depresivne simptomatologije [24].

Dostupnost socijalne podrške predstavlja značajan protektivni faktor u pogledu rizika od nastanka i progresije mentalnih poremećaja, što potvrđuju rezultati brojnih istraživanja [25]. Zanimljivo je da se kao inhibitori izdvajaju percipirana socijalna podrška prijatelja i značajnog drugog, ali ne i porodice, što može odražavati specifičnosti ispitivanog uzorka — mladih odraslih osoba koje su bile izložene psihološkom nasilju od strane roditelja ili staratelja.

Najkontroverznijim nalazom može se smatrati činjenica da je domen otuđenosti (PID-5-BF) svrstan u grupu inhibitora, iako se u naučno-stručnoj literaturi ovaj obrazac ličnosti smatra faktorom rizika. Takav rezultat mogao bi biti posledica same procedure mrežne analize, pri kojoj je varijabla Otuđenost statistički potisnula uticaj drugih čvorova, ili pak artefakt ispitivanog uzorka. Naime, uprkos sklonosti ka izbegavanju bliskosti i prisustvu anhedonije, ispitanici su u dovoljnoj meri prilagođeni zahtevima socijalnog okruženja. Dodatnu proveru zahteva hipoteza da je otuđenost kod osoba koje su pretrpele psihološko nasilje u početku mogla imati funkciju odbrambenog mehanizma, ali se vremenom stabilizovala kao jedna od disfunkcionalnih crta ličnosti koja služi suočavanju sa posledicama psihološke traumatizacije.

Grupu aktivatora progresije supkliničke psihopatološke simptomatologije kod mladih odraslih osoba sa iskustvom psihološkog nasilja čine rane maladaptivne sheme i pokazatelji narušenog psihičkog funkcionisanja.

Aktivacija ranih maladaptivnih shema kao što su Negativizam, Kažnjavanje i Traženje priznanja

i potvrde može pojačati izraženost psihopatoloških simptoma, naročito onih koji čine „jezgro" supkliničkog stanja kod osoba koje su u detinjstvu i adolescenciji bile izložene psihološkom nasilju. Ovaj nalaz u potpunosti je u skladu sa teorijom Dž. Janga, prema kojoj rane disfunkcionalne sheme nastale u kontekstu zlostavljanja predstavljaju svojevrsni „pokretač" pogoršanja mentalnog stanja [26, 27].

Činjenica da su među aktivatorima progresije identifikovani hostilnost, opsesivno-kompulzivni i psihotični simptomi ukazuje na postojanje samoodržavajuće kaskade, u kojoj pojedini simptomi podstiču i pojačavaju jedni druge. Ovaj nalaz u potpunosti je u skladu sa postulatima mrežne teorije psihopatologije [28]. Stoga se može zaključiti da psihopatološki simptomi nastali kao posledica psihološkog nasilja ne samo što se sumiraju, već se i sistemski organizuju kroz međusobne mrežne interakcije.

Dobijeni rezultati imaju praktičnu vrednost i mogu se koristiti kao osnova za razvoj dinamskih intervencija usmerenih na jačanje i stabilizaciju inhibitora (autobiografsko pamćenje, bihejvioralna samoregulacija, percipirana socijalna podrška), kao i na „deaktivaciju" aktivatora (rane maladaptivne sheme i psihopatološki simptomi).

U nastavku predlažemo okvirni algoritam i tehnike pružanja medicinsko-psihološke i psihoterapijske pomoći mladim odraslim osobama koje su u detinjstvu i adolescenciji bile izložene psihološkom nasilju. Za skrining supkliničkog distresa mogu se koristiti sledeći instrumenti: upitnik o simptomima SCL-90-R, upitnik o simptomima SCL-K-9 i Skala depresije, anksioznosti i stresa DASS-21. Budući da su izvori psihološkog nasilja bili roditelji ili staratelji, u ranim fazama pružanja medicinsko-psihološke pomoći preporučuje se izbegavanje porodične psihoterapije. Istovremeno, činjenica da interpersonalna senzitivnost predstavlja deo „jezgra" supkliničkog stanja zahteva oprez pri uključivanju osoba koje su pretrpele psihološko nasilje u grupne oblike

Inhibitori	Formulacija ciljeva intervenisanja	Preporučene kliničko-psihološke intervencije
Specifičnost autobiografskog pamćenja (AMT)	Vraćanje sposobnosti aktivacije konkretnih, detaljnih autobiografskih sećanja	Kognitivni trening (vežbe generisanja specifičnih sećanja na osnovu ključnih reči). Vežbe pisanja (vođenje dnevnika, terapijsko pisanje)
Modelovanje (SSP)	Razvoj sposobnosti za mentalno konstruisanje i testiranje hipoteza o budućnosti	Kognitivno-bihejvioralne tehnike. Meta-kognitivna terapija
Fleksibilnost (SSP)	Vraćanje sposobnosti adaptivne promene strategija ponašanja u zavisnosti od konteksta	Terapija prihvatanjem i posvećenošću. Tehnike dijalektičke bihejvioralne terapije
Percipirana socijalna podrška – Prijatelji (MSPSS)	Vraćanje sposobnosti za prepoznavanje i korišćenje podrške od strane vršnjaka	Treninzi socijalnih veština. Grupna psihoterapija
Percipirana socijalna podrška – Značajni drugi (MSPSS)	Formiranje sigurne vezanosti za nekog od značajnih odraslih (partner, mentor, terapeut)	Psihoterapijske vežbe usmerene na vezanost. Mentorstvo
Otuđenost (PID-5-BF)	Razvoj veština afektivne interpersonalne interakcije u kontekstu zahvalnosti	Tehnike interpersonalne efikasnosti iz dijalektičke bihejvioralne psihoterapije. Grupna psihoterapija
Aktivatori	**Formulacija ciljeva intervenisanja**	**Preporučene kliničko-psihološke intervencije**
RMS Negativizam/Pesimizam (YSQ S3R)	Modifikacija stabilnih uverenja o neminovnosti negativnih ishoda i nemogućnosti promene	Tehnike shema terapije. Kognitivna restrukturizacija
RMS Kažnjavanje (YSQ S3R)	Smanjenje unutrašnje kritike i tendencije ka samokažnjavanju	Tehnike shema terapije. Tehnike terapije fokusirane na saosećanje
RMS Traženje priznanja i potvrde (YSQ S3R)	Modifikacija maladaptivne potrebe za spoljnom potvrdom sopstvene vrednosti	Tehnike shema terapije. Grupna psihoterapija
Opsesivno-kompulzivni simptomi (SCL-90-R)	Redukcija obrazaca kontrole misli i ponašanja	Tehnike kognitivno-bihejvioralne terapije za OKP. Meta-kognitivna terapija
Hostilnost (SCL-90-R)	Modifikacija obrasca hipervigilnosti i agresivne odbrane	Tehnike dijalektičke bihejvioralne terapije. Trening upravljanja besom
Psihotični simptomi (SCL-90-R)	Smanjenje izraženosti perceptivnih anomalija, idejne dezorganizacije	Kognitivna terapija (korekcija kognitivnih distorzija). Razvoj veština testiranja stvarnosti

Tabela 4. **Ciljevi i tehnike ranih kliničko-psiholoških intervencija**

psihokorekcije i psihoterapije u početnim fazama tretmana. Kao izvori psihološke stabilnosti i podrške mogu poslužiti prijatelji, značajni drugi i stručnjaci iz pomagačkih profesija. U Tabeli 4 prikazani su ciljevi kliničko-psiholoških intervencija i preporučeni oblici tretmana.

Zaključak

Sprovedeno istraživanje pokazuje da je psihološko nasilje doživljeno u detinjstvu i adolescenciji povezano sa trajnim supkliničkim distresom kod mladih odraslih osoba, čiji je stepen izraženosti uporediv sa onim u kliničkim uzorcima. Ključni teorijski doprinos ovog istraživanja ogleda se u primeni mrežnog pristupa za identifikaciju aktivatora i inhibitora supkliničke psihopatološke simptomatologije, čime je omogućen prelazak na dinamski model faktora koji određuju razvojnu putanju supkliničkog stanja.

Utvrđeni dozno zavisni efekat (trajanje, polimorfizam i emocionalni intenzitet doživljenog psihološkog nasilja) potvrđuje složenu prirodu psihološke traumatizacije nastale usled psihološkog zlostavljanja i ukazuje na potrebu da se, prilikom procene rizika za razvoj psihopatologije, subjektivna iskustva razmatraju zajedno sa objektivnim parametrima izloženosti.

U strukturi supkliničkog stanja povezanog sa iskustvom psihološkog nasilja dominiraju interpersonalna senzitivnost, opsesivno-kompulzivni i anksiozno-depresivni simptomi. Mrežna analiza omogućila je izdvajanje dve funkcionalne grupe psiholoških varijabli koje imaju potencijal da pojačaju ili ublaže izraženost postojećih supkliničkih psihopatoloških simptoma kod osoba koje su pretrpele psihološko nasilje. Ovaj nalaz u skladu je sa mrežnom teorijom psihičkih poremećaja i ukazuje na to da kliničko-psihološke intervencije ne bi trebalo da budu usmerene na izolovane simptome, već na patološke veze među njima.

Perspektive daljeg razvoja ovog istraživačkog pravca ogledaju se u sprovođenju longitudinalnih istraživanja radi provere stabilnosti identifikovane konfiguracije aktivatora i inhibitora, kao i eksperimentalnih istraživanja u kojima bi se primenom odgovarajućih intervencija ciljano jačali inhibitori i modifikovali aktivatori.

Ovo istraživanje ima nekoliko ograničenja. Prvo, poznati metodološki rizik povezan je sa primenom instrumenata samoprocene i retrospektivnom prirodom podataka koje su ispitanici dali o iskustvu psihološkog nasilja. Drugo, nacrt poprečnog preseka i primena mrežne analize omogućavaju utvrđivanje asocijativne strukture među varijablama, dok su za proveru usmerenosti veza i njihove uzročno-posledične prirode neophodna dodatna istraživanja. Treće, u ispitivanom uzorku preovlađuju žene, što odražava uobičajenu rodnu strukturu u psihološkim istraživanjima, ali istovremeno ograničava mogućnost generalizacije dobijenih nalaza na mušku populaciju.

Ne postoji sukob interesa.
Istraživanje nije imalo finansijsku podršku.

Literatura

1. Global status report on preventing violence against children: executive summary. Geneva: World Health Organization; 2020. Pristupljeno 30. 7. 2026. Dostupno na: https://www.who.int/publications/i/item/9789240006379
2. Hashim M, Alimoradi Z, Pakpour A, et al. Association of childhood emotional maltreatment with adolescents' psychopathology: a systematic review and meta-analysis. Trauma, Violence, & Abuse. 2024;25(4):2986–3004. https://doi.org/10.1177/15248380241233538
3. Storvestre GB, Jensen A, Bjerke E, et al. Childhood trauma in persons with schizophrenia and a history of interpersonal violence. Front. Psychiatry. 2020;11:383. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00383
4. Humphreys KL, LeMoult J, Wear JG, Piersiak HA, Lee A, Gotlib IH. Child maltreatment and depression: a meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse Negl. 2020;102:104361. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104361
5. Xiao Z, Murat Baldwin M, Wong SC, Obsuth I, Meinck F, Murray AL. The impact of childhood psychological maltreatment on mental health outcomes in adulthood: a systematic review and meta-analysis. Trauma, Violence & Abuse. 2023;24(5):3049–3064. https://doi.org/10.1177/15248380221122816
6. Wang W, Cui Y, Hu Q, et al. Childhood maltreatment and personality disorders in adolescents and adults with psychotic or non-psychotic disorders. Front. Psychiatry. 2024;15:1336118. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1336118
7. Clarke SL, Soons N, Videler AC, et al. The progress in the field of clinical staging for mental disorders within the last decade: an updated systematic review. Front. Psychiatry. 2025;15:1473051. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1473051
8. Johnson JCS, Byrne GJ, Pelecanos AM. The prevalence of subthreshold psychiatric symptoms and associations with alcohol and substance use disorders: from a nationally representative survey of 36,309 adults. BMC Psychiatry. 2022;22(1):270. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03834-1
9. Balázs J, Miklósi M, Keresztény A, et al. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. J Child Psychol Psychiatry. 2013;54(6):670–677. https://doi.org/10.1111/jcpp.12016
10. Copeland W, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: a prospective cohort analysis from the Great Smoky Mountains Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011;50(3):252–261. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.12.014
11. Samplin E, Ikuta T, Malhotra AK, Szeszko PR, DeRosse P. Sex differences in resilience to childhood maltreatment: effects of trauma history on hippocampal volume, general cognition and subclinical psychosis in healthy adults. J Psychiatr Res. 2013;47(9):1174–1179. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.05.008
12. Tang W, Deng Z, Sun Z, et al. Childhood trauma and recent stressors in predicting subclinical psychotic symptoms among Chinese university students in southwest China: a machine learning analysis within a gender-specific framework. BMJ Ment Health. 2025;28(1):e301761. https://doi.org/10.1136/bmjment-2025-301761

13. Li ET, Luyten P, Midgley N. Psychological mediators of the association between childhood emotional abuse and depression: a systematic review. Front. Psychiatry. 2020;11:559213. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.559213
14. Tao J, He K, Xu J. The mediating effect of self-compassion on the relationship between childhood maltreatment and depression. J Affect Disord. 2021;291:288–293. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.019
15. Wang N, Chu J, Chen G, Pan X, Wang Z, Wang W. Effect of childhood trauma on emotional distress: a chain-mediated effects of alexithymia and psychological flexibility. Brain Behav. 2025;15(9):e70825. https://doi.org/10.1002/brb3.70825
16. Тарабрина НВ, ur. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Часть 1: Теория и методы. Москва: Когито-Центр; 2007.
17. Urbán R, Kun B, Farkas J, et al. Bifactor structural model of symptom checklists: SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in a non-clinical community sample. Psychiatry Res. 2014;216(1):146–154. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.027
18. Heleniak C, Jenness JL, Stoep AV, McCauley E, McLaughlin KA. Childhood maltreatment exposure and disruptions in emotion regulation: a transdiagnostic pathway to adolescent internalizing and externalizing psychopathology. Cognit Ther Res. 2016;40(3):394–415. https://doi.org/10.1007/s10608-015-9735-z
19. Steine IM, Winje D, Krystal JH, et al. Cumulative childhood maltreatment and its dose-response relation with adult symptomatology: findings in a sample of adult survivors of sexual abuse. Child Abuse Negl. 2017;65:99–111. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.008
20. Ross SL, Sharma-Patel K, Brown EJ, Huntt JS, Chaplin WF. Complex trauma and trauma-focused cognitive-behavioral therapy: how do trauma chronicity and PTSD presentation affect treatment outcome? Child Abuse Negl. 2021;111:104734. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104734
21. Williams JMG, Scott J. Autobiographical memory in depression. Psychol Med. 1988;18(3):689–695. https://doi.org/10.1017/s0033291700008370
22. MacLeod AK, Williams JMG. Overgeneralization: an important but non-homogeneous construct. Br J Clin Psychol. 1990;29(4):443–444. https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1990.tb00911.x
23. Moore SA, Zoellner LA. Overgeneral autobiographical memory and traumatic events: an evaluative review. Psychol Bull. 2007;133(3):419–437. https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.3.419
24. Yang L, Tao Y, Wang N, Zhang Y, Liu Y. Child psychological maltreatment, depression, psychological inflexibility and difficulty in identifying feelings, a moderated mediation model. Sci Rep. 2025;15(1):8478. https://doi.org/10.1038/s41598-025-92873–1
25. Sperry DM, Widom CS. Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: a prospective investigation. Child Abuse Negl. 2013;37(6):415–425. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.02.006
26. Basso LA, Fortes AB, Maia CPE, Steinhorst E, Wainer R. The effects of parental rearing styles and early maladaptive schemas in the development of personality: a systematic review. Trends Psychiatry Psychother. 2019;41(3):301–313. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0118
27. Costa IFD, Tomaz MP, Pessoa GDN, Miranda HS, Galdino MK. Early maladaptive schemas and harm avoidance as mediating factors between early life stress and psychiatric symptoms in adults. Braz J Psychiatry. 2020;42(5):489–495. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0593
28. Borsboom D, Cramer AOJ. Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. Annu Rev Clin Psychol. 2013;9:91–121. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212–185608