



■ recenzirani višjejezični časopis

PSYCHOTHERAPY SCIENCE TODAY



Vol. 2, Br. 2 / 2026

Štampano izdanje ISSN 3104-1876 | Online ISSN 3104-1728



PSYCHOTHERAPY SCIENCE TODAY

Recenzirani časopis, izlazi na engleskom, srpskom i ruskom jeziku. Izlazi dva puta godišnje.

Štampano izdanje ISSN 3104-1876. Online ISSN 3104-1728.

PST je klinički orijentisan časopis posvećen istraživanjima u oblasti psihoterapije i mentalnog zdravlja.

Dostupan je u režimu otvorenog pristupa. Registrovan je u Nacionalnom ISSN centru Srbije.

Stavovi autora ne odražavaju nužno i stavove redakcije.

GLAVNI UREDNIK

Jurij Tor

Direktor Instituta "Isida" (Srbija)

i Akademije za integralnu psihodinamsku psihoterapiju (Rusija)

KOUREDNIK

Dr sci. med. Dragan Obradović

Profesor na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu,

Predsednik Naučnog veća Instituta "Isida" (Srbija)

UREĐIVAČKI I SAVETODAVNI ODBOR

Dr Julija Afanasjeva

Državni univerzitet u Severnoj Osetiji, Rusija

Dr Jasna Bajraktarević

Univerzitet u Sarajevu, Bosna i Hercegovina

Dr Irina Bariljak

Državni univerzitet u Tveru, Rusija

Dr Jelena Đukić

Akademija za humani razvoj, Srbija

Dr Ana Faustova

Državni univerzitet u Rjazanju "I.P. Pavlov", Rusija

Dr Olga Filatova

Državni univerzitet u Vladimiru, Rusija

Dr Svetlana Gurijeva

Državni univerzitet u Sankt Peterburgu, Rusija

Dr sci. med. Dmitrij Kasatkin

Državni medicinski univerzitet u Jaroslavlju, Rusija

Dr Takejasu Kavabata

Univerzitet Šokej Gakuin, Japan

Dr sci. med. Ismail Kočak

Univerzitet lepih umetnosti Mimar Sinan u Istanbulu, Turska

Dr Oksana Kuznjecova

Institut "Isida", Srbija

Dr sci. med. Snežana Milenković

Univerzitet u Novom Sadu, Srbija

Dr Ekaterina Mordas

Moskovski institut za psihoanalizu, Rusija

Dr Jelica Petrović

Univerzitet u Novom Sadu, Srbija

Dr Natalija Rusina

Akademija za integralnu psihodinamsku psihoterapiju, Rusija

Dr sci. med. Rosa Šapić

Akademija za humani razvoj, Srbija

Dr Svetlana Švecova

Državni univerzitet u Jaroslavlju "P. G. Demidov", Rusija

Dr sci. med. Lelica Todorović

Visoka medicinska škola strukovnih studija "Milutin Milanković", Srbija

PREVOD I TEHNIČKA PRIPREMA:

Aleksej Čali, urednik

Milica Radojev, Prevodilac i urednik

Sergej Petrov, Dizajn i prelom

IZDAVAČ

Institut "Isida", Novi Slankamen, Srbija

SUIZDAVAČI

Akademija za integralnu psihodinamsku psihoterapiju, Moskva, Rusija

Državni univerzitet u Sankt Peterburgu, Sankt Peterburg, Rusija

Državni univerzitet u Tveru, Tver, Rusija

Objavljen: mart 2026, Vol. 2, Br. 2

Odštampano u štampariji Eurodream, Nova Pazova. Tiraž 550 primeraka.

DOI broja: <https://doi.org/10.64435/idu5702>

<https://psychotherapyscience.today>

Poštovane kolege, istraživači i stručnjaci,

Materijali u ovom broju fokusiraju se na mehanizme psihološke adaptacije, ulogu ličnih resursa i potencijal prilagođenog pristupa u kliničkoj praksi i rehabilitaciji.

Broj počinje teorijskim člankom koji predlaže originalnu uzročnu tipologiju psiholoških trauma povezanih sa mehanizmima dezintegracije ega i njihovim neurobiološkim korelatima. Ovaj model uspostavlja uzročni okvir za kliničko razmišljanje, omogućavajući prevođenje nozoloških opisa u etiotropnu logiku psihoterapijske intervencije.

Empirijski odeljak obuhvata istraživanja posvećena ulozi agresije kao patogenetskog faktora u depresivnim simptomima, kao i potencijalu vizualnog narativa kao psihoterapijskog alata u radu sa decom. Dobijeni podaci razjašnjavaju doprinos agresivnih impulsa razvoju depresivnih stanja i potvrđuju terapijski potencijal vizualnog narativa za emocionalnu regulaciju dece.

Odeljak o kliničkim tehnikama prikazuje procesualni model izbora oblika terapijskog pridruživanja u radu sa preedipalnim pacijentima. Ovaj rad kombinuje teorijsku dubinu psihoanalitičke tradicije sa praktičnim fokusom i pažnjom na dinamiku terapijske interakcije.

Teorijski i klinički pregledni članak ispituje numinoznost i simboliku kao terapijske faktore koji olakšavaju prelazak sa simptomatskog odgovora na integraciju iskustva. Analiza simboličkog iskustva proširuje granice analitičke prakse i naglašava njegov značaj u procesima duboke psihološke transformacije.

Zaključni empirijski odeljak ovog broja obuhvata istraživanja iz kliničke i medicinske psihologije. Jedna studija analizira starosne razlike u rezilijentnosti i kvalitetu života nakon povreda gornjih ekstremiteta u okviru biopsihosocijalnog pristupa, dok druga identifikuje poremećaje u self konceptu kod mladih odraslih osoba sa traumatskim iskustvom, definišući ključne fokuse psihoterapijskih intervencija.

Uopšteno posmatrano, materijali broja odražavaju raznolikost savremenih psihoterapijskih pristupa, uz zadržavanje fokusa na kliničkoj primenljivosti, teorijskoj koherenciji i metodološkoj odgovornosti. Uredništvo se nada da će predstavljeni radovi biti od značaja za istraživače i praktičare zainteresovane za dublje razumevanje mehanizama psiholoških problema i razvoj ciljanih psihoterapijskih intervencija, kao i da će im ovi materijali poslužiti kao podsticaj za dalja interdisciplinarna istraživanja.

Jurij Tor
Glavni urednik

Prof. dr sci. med. Dragan Obradović
Kourednik

KONCEPTUALNI MODELI

Tipovi psihotrauma prema mehanizmu dezintegracije Ega i njihovi neurobiološki profili: kauzalni model 3

Jurij N. Tor, Dragan Obradović, Dmitrij S. Kasatkin

Agresija kao ključni patogenetski faktor depresije: empirijsko istraživanje 21

Natalija A. Rusina, Polina S. Makovejeva, Svetlana V. Švecova

EMPIRIJSKA KLINIČKA ISTRAŽIVANJA

Vizualni narativ kao alat za psihokorekciju: empirijsko istraživanje uticaja na psihičko stanje dece uzrasta od 5 do 7 godina 28

Svetlana V. Velijeva

KLINIČKE TEHNIKE

Pridruživanje u psihoterapiji preedipalnih pacijenata: model kliničkog izbora oblika intervencije . . 34

Irina A. Zedgenizova, Aleksej S. Čali, Žana V. Sergejeva, Elena K. Sudenkova

TEORIJSKE I KLINIČKE PERSPEKTIVE

Numinoznost kao terapijski faktor: put od simptoma do simbola. 42

Oksana V. Kuznjecova

KLINIČKA I MEDICINSKA PSIHOLOGIJA

Rezilijentnost i kvalitet života nakon povreda gornjih ekstremiteta: uloga uzrasta u kontekstu biopsihosocijalnog modela MKF. 46

Sofija Paulina Salvador Espin, Ana Isabel Kostaes Zavgorodnjaja

Poremećaji self koncepta kod mladih odraslih osoba izloženih psihološkoj traumatizaciji kao fokusi psihoterapijske intervencije. 52

Ana G. Faustova, Margarita O. Safronova

CIP – Katalogizacija u publikaciji
Biblioteke Matice srpske, Novi Sad
615.851

Psychotherapy Science Today: recenzirani višejezični časopis / glavni urednik Jurij Tor. – Vol. 2, br.2 (2026). Novi Slankamen: Institut "Isida", 2026 – (Nova Pazova: Eurodream) – 28 cm.

Polugodišnje. Drugo izdanje na drugom medijumu: Psychotherapy Science Today (Online) = ISSN 3104-1728. Ima izdanje na drugom jeziku: Psychotherapy Science Today (English ed.) = ISSN 3104-1868. Ima izdanje na drugom jeziku: Psychotherapy Science Today (Русский вып.) = ISSN 3104-1884.

ISSN 3104-1876
COBISS.SR-ID 173895689

Tipovi psihotrauma prema mehanizmu dezintegracije Ega i njihovi neurobiološki profili: kauzalni model

Jurij N. Tor^{1,2,*}, Dragan Obradović³, Dmitrij S. Kasatkin⁴

¹ Akademija za integralnu psihodinamsku psihoterapiju, Moskva, Rusija.

² Institut „Isida“, Novi Slankamen, Srbija.

³ Katedra za farmakologiju, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija.

⁴ Katedra za nervne bolesti sa medicinskom genetikom i neurohirurgijom, Fakultet za opštu medicinu, Državni medicinski univerzitet u Jaroslavlju, Jaroslavl, Rusija.

Apstrakt

U članku je predstavljena tipologija psiholoških trauma razvijena u okviru integralne kauzalne psihoterapije** i zasnovana na primarnom mehanizmu dezintegracije Ega. Izolovana su četiri etiopatogenetska tipa: vitalna, invazivna, egotomska i konstitutivna trauma***. Za svaki tip opisani su: (a) definicija i suština traume, (b) mehanizam oštećenja Ega, (c) klinički fenotip i njegovi neurobiološki korelati, (d) kliničke implikacije, (e) ilustrativni klinički slučaj. Predložena tipologija oblikuje kauzalni algoritam izbora terapijske strategije u skladu sa dominantnim mehanizmom traumatizacije. Pokazana je uporedivost i integrativnost predložene tipologije sa MKB-11 i DSM-5, što omogućava pretvaranje nozološke dijagnoze u etiotropni i prilagođeni plan lečenja. Članak predstavlja teorijsko-klinički model koji predlaže pristup konceptualizaciji traume usmeren na uzroke. Izneti materijal je namenjen stručnjacima u oblasti mentalnog zdravlja i ima za cilj da pokrene diskusiju i empirijsku proveru predložene tipologije.

KLjučne reči: psihotrauma, dezintegracija Ega, kauzalna tipologija psihotrauma, vitalna trauma, invazivna trauma, egotomska trauma, konstitutivna trauma, PTSP, integralna kauzalna psihoterapija.

Primljeno: 21. novembra 2025.
Prihvaćeno: 21. januara 2026.
Objavljeno: 1. marta 2026.

Za citiranje: Tor JN, Obradović D, Kasatkin DS. Tipovi psihotrauma prema mehanizmu dezintegracije Ega i njihovi neurobiološki profili: kauzalni model. *Psychotherapy Science Today*. 2(2):3-20. <https://doi.org/10.64435/zrge5096>



© Author(s), CC BY-NC 4.0

Uvod

Problem efikasne terapije psihotrauma i dalje predstavlja jedno od centralnih pitanja savremene kliničke psihologije i psihoterapije. Uprkos velikom broju metoda, njihova efikasnost značajno varira, posebno kod hroničnih, kompleksnih i latentnih oblika traumatizacije: približno dve trećine pacijenata i dalje može imati klinički značajne simptome čak i nakon primene protokola prvog izbora [1, 2]. Ovo naglašava potrebu za modelima orijentisanim na uzrok, koji ne samo da smanjuju simptome, već i dijagnostikuju i deluju na sam mehanizam njihovog nastanka.

Postojeći pristupi uglavnom se oslanjaju na fenomenološke ili sindromske klasifikacije (PTSP, K-PTSP, akutni stresni poremećaj, reakcija žalosti, disocijativni poremećaji) ili na reduktivne dihotomije (PTSP i K-PTSP, pojedinačna i ponavljana trauma itd.) [3]. Međutim, klasifikacije MKB/DSM ostaju

sindromske i ne odražavaju neurobiološke i strukturno-dinamske razlike između oblika traumatizacije [4, 5]. Čak i razlika između „klasičnog“ i „kompleksnog“ PTSP-a, iako klinički korisna, ne objašnjava mehanizam nastanka problema i ne omogućava izbor etiotropne terapijske mete. Slično tome, klasifikacije zasnovane na tipu traumatskog događaja (sekusualna, ratna, trauma iz detinjstva itd.) ignorišu ono što je ključni medijator u etiologiji posttraumatskih poremećaja: individualni modus psihičkog funkcionisanja i specifični mehanizam oštećenja Ega.

Uprkos napretku u proučavanju funkcija amigdale, mreža samoreferencijalnosti (mreže podrazumevanog režima rada — DMN, mreže istaknutosti — SN, centralne izvršne mreže — CEN), disregulacije hipotalamo-hipofizno-nadbubrežne osovine (HPA osa), neuroinflamacije i epigenetike, njihova integracija

* Korespondentni autor, e-mail: yuri.tor@aipp.education.

** Integralna kauzalna psihoterapija (IKP) je psihodinamski orijentisan psihoterapijski pristup koji je razvio J. Tor u okviru srpsko-ruske škole psihoterapije. Terapijski protokoli IKP-a usmereni su na identifikaciju i otklanjanje uzroka psihičkih poremećaja i integrišu metode neuromodelovanja, elemente katatomske imaginativne psihoterapije i psihoanalitičke tehnike.

*** Ovde i dalje u tekstu pojam „trauma“ se koristi u značenju „psihološka trauma“.

u kliničke modele ostaje fragmentarna. Neurobiološka istraživanja opisuju finalne fenotipove, ali ih ne povezuju sa poremećajem struktura Ega [6, 7]. Kao rezultat, postoji jaz između neuronauke, koja opisuje disfunkcije pojedinačnih sistema, i kliničke prakse, koja operiše pojmovima kao što su simptom i sindrom.

Tradicionalni pristupi objašnjavali su traumu kroz životnu ugroženost, stresni odgovor, poremećaje obrade sećanja ili vezivanja. Međutim, nijedna postojeća klasifikacija ne odgovara na ključno pitanje etiotropne trauma terapije: koji je tačno bazični mehanizam celovitosti i samoregulacije Ega bio narušen? Bez razumevanja tog mehanizma, terapeut je primoran da empirijski bira intervencije, a strategija postaje ili univerzalna („jedan protokol za sve”), ili preterano individualizovana, bez sistemskih orijentira.

Kliničko iskustvo pokazuje da psihotrauma nije homogena: ona narušava različite funkcije Ega i formira različite kliničke fenotipove. Stoga, bez tipologije psihotrauma prema mehanizmu oštećenja Ega nemoguće je precizno odrediti terapijske mete, predvideti terapijski odgovor i izgraditi strategiju lečenja orijentisanu na uzrok. Predloženi kauzalni model premošćuje ovaj jaz, opisujući za svaki tip traume specifični mehanizam oštećenja Ega i njegovu jedinstvenu neurobiološku sliku. Integracija neurobioloških podataka omogućava ne samo preciznije razumevanje kliničkog fenotipa, već i opravdanje primene farmakoterapije u slučajevima patogenetske neophodnosti.

U skladu sa tim, cilj ovog rada je da predstavi i obrazloži novu kliničku hipotezu — kauzalnu tipologiju psihotrauma prema mehanizmu dezintegracije Ega. Ne pretendujemo na iscrpno dokazivanje modela, već ga predlažemo kao sistematizujuću šemu i radni alat u kliničkom razmišljanju, koji zahteva dalju operacionalizaciju i strogu empirijsku validaciju. Dalje izlaganje treba posmatrati kao detaljno obrazloženje ove hipoteze, potkrepljeno kliničkim ilustracijama.

Metod

Rad se zasniva na metodu teorijskog modelovanja, potkrepljenom kliničkim opservacijama. Razvoj tipologije prolazio je kroz tri faze:

1. Teorijska sinteza ključnih koncepata iz psihoanalize (strukturna teorija, teorija vezanosti), savremene psihotraumatologije i neurobiologije afektivne regulacije.
2. Induktivna generalizacija zakonitosti uočenih od strane autora u višegodišnjoj kliničkoj praksi sa slučajevima psihotrauma.
3. U cilju demonstracije logike svakog tipa, za potrebe članka namenski su odabrana četiri ključna slučaja koja maksimalno reprezentativno

i jasno ilustruju predloženu tipologiju. Ovi slučajevi su uzeti iz obimnog kliničkog iskustva autora, ali ne predstavljaju sistematski uzorak. Klinički slučajevi su navedeni u ilustrativne svrhe, radi demonstracije unutrašnje konzistentnosti i praktične primenljivosti modela.

U predstavljenim kliničkim slučajevima procena ishoda zasnovana je na kriterijumu trajne kliničke remisije, definisane kao odsustvo glavnih maladaptivnih simptoma koji su bili razlog pacijentovog obraćanja i obnavljanje premorbidnog nivoa funkcionisanja u ključnim životnim sferama (društvenoj, profesionalnoj, privatnoj). S obzirom na retrospektivni karakter analize i naglasak na demonstraciju patogenetske logike, u navedenim slučajevima nisu korišćene standardizovane psihodijagnostičke skale, što predstavlja ograničenje za generalizaciju zaključaka, ali ne umanjuje njihovu vrednost kao ilustracije predloženog modela.

Kauzalni model psiholoških trauma prema mehanizmu dezintegracije Ega

Tipologija psihotrauma prema mehanizmu dezintegracije Ega, razvijena u integralnoj kauzalnoj psihoterapiji, obuhvata četiri tipa psihotrauma: vitalnu, invazivnu, egotomsku i konstitutivnu. Model se oslanja na strukturnu teoriju Ega [8], teoriju ličnosti u integralnoj kauzalnoj psihoterapiji [9], savremene podatke o neurobiologiji traume [10–12], polivagaln timeriju [13], kao i teoriju alostatskog opterećenja i epigenetskih promena [14, 15].

Novina predložene tipologije leži u njenoj sistemskoj integraciji: ona konsekvntno povezuje primarni mehanizam oštećenja Ega, klinički fenotip i specifični neurobiološki profil za svaki tip traume. Za razliku od klasifikacija zasnovanih na spoljašnjem događaju ili sindromu, ovaj model omogućava:

- hipotetičku identifikaciju dominantnog mehanizma oštećenja („tačka pucanja”) u fazi dijagnostičke konceptualizacije;
- izgradnju terapije na osnovu uzroka poremećaja, a ne samo simptoma;
- prognoziranje terapijske dinamike i izbegavanje grešaka nastalih zbog pogrešnog razumevanja tipa traume;
- integraciju metoda različitih psihoterapijskih škola oko obnavljanja konkretne oštećene funkcije Ega;
- predlaganje hipotetički obrazloženih indikacija za farmakoterapiju u skladu sa pretpostavljenom patogeneom konkretnog tipa traume.

Predložena tipologija daje kliničaru mapu koja mu omogućava da iza simptoma sagleda koji deo strukturne organizacije ličnosti je oštećen i na koji način ga treba obnoviti.

Tip 1. Vitalna trauma

Vitalna trauma (od lat. *vita* — „život”) nastaje usled suočavanja sa silom koja se doživljava kao životno ugrožavajuća i nepremostiva, urušava bazični osećaj sigurnosti i predvidivosti sveta. Ovo je tip psihotraume kod kojeg ključni mehanizam leži u katastrofalnom preopterećenju sistema psihičke sigurnosti usled direktne konfrontacije sa realnom ili percipiranom pretnjom fizičkom postojanju ili telesnom integritetu. Emocionalno jezgro ovog tipa traume je intenzivan strah. Mehanizam oštećenja Ega sastoji se u globalnom kolapsu celokupnog sistema psihičke sigurnosti, što dovodi do sveobuhvatne reorganizacije ličnosti oko traumatskog iskustva. Reč je o opštoj disfunkciji bazičnih struktura Ega odgovornih za regulaciju, integraciju i očuvanje ličnosti. Ona narušava hijerarhijsku organizaciju psihe i formira novu, patološku strukturu u kojoj dominantni organizacioni princip postaje stalna pripravnost pred pretnjom [16].

Vitalna trauma obično nastaje u slučajevima ponavljanih životno ugrožavajućih situacija ili u slučaju jednokratnog događaja visokog intenziteta opasnog po život (mučenje, učešće u ratu, teroristički napad, oružani napad itd.). Ona dovodi do kompleksnih i trajnih promena u funkcionisanju centralnog nervnog sistema. Njena neurobiološka slika nije samo skup izolovanih disfunkcija, već samoodržavajući patološki sistem. U ovom sistemu, stalna hiperaktivacija čvorova detekcije pretnje, pogoršana insuficijencijom silazne (*top-down*) kontrole i podržana fundamentalnim patofiziološkim procesima, formira trajno stanje maladaptacije na kojem se temelji sledeća klinička simptomatologija [17]:

- **Afektivna sfera:** bazični strah, generalizovana anksioznost, hiperpobuđenost, autoagresija, potiskivanje osećanja do granice aleksitimije;
- **Kognitivna sfera:** intruzivna sećanja i flešbekovi, ruminacije, hipervigilnost pred potencijalnom opasnošću;
- **Somatski nivo:** pojačana osetljivost na iznenađenja (*startle response*), hronična mišićna napetost, povećan umor, povišen simpatički tonus, mogući poremećaji spavanja (košmari, nesanica);
- **Ponašanje:** izbegavanje okidača i situacija koje podsećaju na traumatu, agresivne ili impulsivne reakcije u trenutku aktivacije.

Neurobiološka slika vitalne traume obuhvata sledeće karakteristike:

1. Hronična hiperaktivacija sistema detekcije i reakcije na pretnju dovodi do stanja stalne hiperbudnosti i spremnosti na stresni odgovor. Prekomerna

aktivacija amigdale dovodi do preuveličanog reagovanja na neutralne ili uslovno bezbedne stimuluse, koji se tumače kao potencijalno opasni. Visoka aktivnost HPA ose, koja se manifestuje stalno povišenim bazalnim nivoom kortizola ili njegovim atipičnim cirkadijalnim ritmom, održava stanje metaboličke i imune spremnosti na stres. Hiperaktivnost prednje insule manifestuje se somatosenzornim simptomima, poput povećane osetljivosti na bol, mučnine i opšte fizičke nelagodnosti u odgovoru na psihološki stres [18].

2. *Disfunkcija regulatornih i modulirajućih sistema* uslovljava insuficijenciju silazne inhibitorne kontrole od strane viših kortikalnih struktura. Smanjena aktivnost prefrontalnog korteksa, posebno u dorzolateralnim i ventromedijalnim oblastima, dovodi do deficita izvršnih funkcija (planiranje, donošenje odluka, radna memorija), poremećaja svesne kognitivne kontrole nad emocionalnim reakcijama i slabljenja sposobnosti za njihovu refleksiju. Hipofunkcija hipokampusa pod uticajem viška glukokortikoida narušava sposobnost diferencijacije prošlih ugrožavajućih situacija od trenutne bezbedne realnosti i doprinosi deficitu deklarativne memorije.

3. *Disregulacija neurohemijskih sistema koji regulišu raspoloženje, motivaciju i opšte psihofiziološko stanje* opisuje se sledećim promenama. Smanjena dopaminergička aktivnost mezolimbičkog puta dovodi do anhedonije, apatije, smanjenja motivacije za ciljno orijentisano ponašanje. Povećana aktivacija *raphe nuclei* i *locus coeruleus* vodi razvoju simptoma depresije, anksioznosti, poremećaja regulacije sna i apetita. Pomeranje vegetativnog balansa u pravcu preovlađivanja simpatičkog tonusa uz istovremeno smanjenje efikasnosti vagalne kontrole izaziva poteškoće sa opuštanjem i poremećaj restorativnih funkcija.

4. *Hronični patofiziološki procesi* održavaju gore navedene funkcionalne promene i uključuju:

- opšte proinformatorno stanje organizma: povišen nivo proinformatornih citokina (npr. IL-1 β , IL-6, TNF- α) negativno utiče na neuroplastičnost, pogoršava disfunkciju HPA ose i doprinosi pojavi „mentalne magle” i astenije;
- oksidativni stres i mitohondrijalna disfunkcija: hronična hiperaktivacija stresnih osovina i inflamacije dovodi do prekomerne generacije reaktivnih vrsta kiseonika (ROS), oštećenja lipida, proteina i DNK neurona, smanjenja energetskog snabdevanja ćelija i ubrzane apoptozne smrti neurona i glije;
- smanjenje neuroplastičnosti: smanjuje se ekspresija neurotrofnog moždanog faktora (BDNF), što dovodi do pogoršanja sposobnosti učenja i adaptacije, kao i otežavanja procesa oporavka i formiranja novih, adaptivnih neuronskih mreža;

- epigenetske modifikacije: trajne promene u ekspresiji gena putem metilacije DNK i modifikacije histona mogu zahvatiti gene koji kodiraju receptore glukokortikoida, neurotrofine i komponente neurotransmiterskih sistema, učvršćujući osetljivost na stres i potencijalno je prenoseći na sledeće generacije.

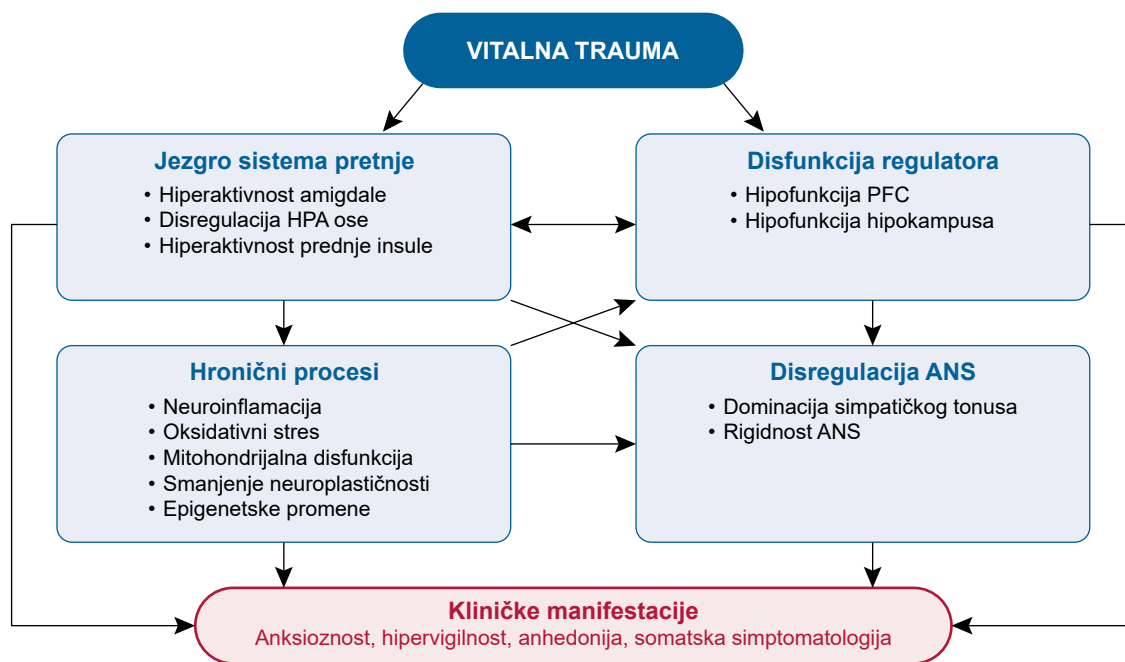
Prikazana šema pokazuje da centralni patološki ciklus čine sistem pretnje i disfunkcija regulatora. Hiperaktivna amigdala i HPA osa potiskuju aktivnost hipokampusa i prefrontalnog korteksa. Sa svoje strane, oslabljeni prefrontalni korteks i hipokampus ne mogu obezbediti silaznu inhibitornu kontrolu nad amigdalom i HPA osom. Ovaj začarani krug predstavlja glavni pokretač patološkog stanja [19, 20]. Hronični procesi deluju kao pojačavajući mehanizam koji se pokreće stalnim stresom. Oni održavaju i pogoršavaju disfunkciju kako sistema pretnje, tako i regulatornih sistema [21]. Dominacija simpatičkog tonusa i rigidnost autonomnog nervnog sistema predstavljani su kao posledica i pojačavač disbalan-

sa između glavnih sistema. Kliničke manifestacije su krajnji rezultat interakcije svih ovih narušenih neurobioloških sistema [22, 23].

Model prikazan na [Slika 1](#) pomaže da se razume zašto je vitalna trauma tako otporno stanje: sistem se zatvara unutar sebe, a navedeni hronični procesi ne dozvoljavaju izlazak iz disfunkcionalnog kruga. Ovo zahteva kompleksnu psihoterapiju na različitim nivoima ličnosti, koja uključuje sledeće mete, usmerene na postepenu reorganizaciju maladaptivnog sistema „traumatskog preživljavanja” i formiranje nove, bezbedne „arhitekture” psihe:

- Obnavljanje bazičnog poverenja kroz terapijski odnos.
- Obrada i integracija traumatskog iskustva — deaktivacija patoloških engrama*.
- Formiranje novog identiteta.
- Razvijanje adaptivnih koping strategija.

U radu sa vitalnom traumom klinički se pokazala efikasnom katatimska imaginativna psihoterapija (simboldrama)**.



Slika 1. Patogenetski model vitalne traume

* Engram je senzomotorno-afektivni trag doživljenog iskustva, zabeležen u nervnom sistemu i psihi, koji se može automatski reprodukovati i uticati na percepciju, emocije i ponašanje.

** Katatimska imaginativna psihoterapija je dubinski orijentisan psihoterapijski pristup koji je razvio nemački psihoterapeut Hanskarl Lojner 50-ih godina 20. veka na osnovu ideja iz psihoanalize i jungijanske psihologije, u kojem se nesvesni materijal manifestuje i obrađuje kroz vođeni rad sa slikama i simbolima u stanju katatimske imaginacije.

Klinički slučaj vitalne traume doživljene u detinjstvu

Anamneza

Pacijentkinja stara 40 godina doživela je u predškolskom uzrastu iskustvo teškog zlostavljanja od strane guvernante, koje je trajalo nekoliko godina: guvernanta ju je zaključavala u mračnoj sobi, bolno štipala, povremeno davila rukama, redovno kažnjavala za izmišljene nestašluke i držala u stanju konstantnog straha i napetosti.

Dijagnostička konceptualizacija

Klinička slika identifikovana je kao vitalna trauma. Ključni dijagnostički markeri bili su:

- Introjektovan sadistički Superego: sistematsko samoograničavanje i samokažnjavanje, aktivno blokiranje pristupa pozitivnim doživljajima, radosti i zadovoljstvu;
- Visok stepen autoagresije i duboke distorzije samopouzdanja i slike o sebi;
- Panična stanja visokog intenziteta uslovljena okidačima u vidu potencijalno prijatnih mogućnosti (odmor, putovanja);
- Pri pokušajima prevazilaženja straha — aktivacija snažnih psihosomatskih reakcija koje služe funkciji sekundarne zaštite od realizacije željenog.

Terapijski proces

Lečenje u pristupu integralne kauzalne psihoterapije uz primenu motiva simboldrame trajalo je dve godine u setingu jednom nedeljno po 50 minuta. Bilo je usmereno na obnavljanje bazičnog sistema psihičke sigurnosti, obradu afekata povezanih sa traumatskim situacijama, formiranje stabilno pozitivnog odnosa prema sebi i adaptivnih koping strategija.

Rezultat i katamneza

Uočena je trajna remisija simptoma povezanih sa traumom. Pacijentkinja je formirala stabilniji i pozitivniji odnos prema sebi, povratila sposobnost za zadovoljstvo i pozitivne emocije. Život joj je postao produktivniji, a emocionalno stanje stabilno dobro.

Zaključak

Ovaj klinički slučaj sugeriše da etiotropna strategija usmerena na identifikovani mehanizam deintegracije Ega može omogućiti ne samo simptomatsko poboljšanje, već i strukturno obnavljanje narušene funkcije, što se klinički manifestuje kao trajna remisija.

Preporučuje se kao osnovni metod za lečenje trauma ovog tipa, u kombinaciji sa tehnikama neuromodelovanja* razvijenim u integralnoj kauzalnoj psihoterapiji. Kliničko iskustvo primene ovog pristupa pokazuje da vitalna trauma, u odsustvu komorbidnih poremećaja, pokazuje trajnu pozitivnu dinamiku, što u okviru našeg modela stvara preduslove za postizanje remisije u srednjoročnoj terapiji.

Kod psihoterapije vitalnih psihotrauma kao sinergijski dodatak može se preporučiti farmakoterapija, posebno primena selektivnih inhibitora ponovnog preuzimanja serotonina (SSRI). Njihova upotreba usmerena je na stabilizaciju neurohemijske regulacije koja doprinosi smanjenju ukupne reaktivnosti amigdale i može posredno uticati na normalizaciju disregulacije hipotalamo-hipofizno-nadbubrežne (HPA) osovine. Ovaj somatotropni efekat doprinosi stvaranju stabilnije neurobiološke baze, time povećavajući efikasnost psihoterapijskog rada.

Lokalna vitalna trauma

Postoji podtip vitalne traume kao što je lokalna (fokalna) trauma, čiji se mehanizam oštećenja Ega ogleda u formiranju trajnog, ali izolovanog patološkog engrama, bez generalizacije disfunkcije na celokupnu strukturu ličnosti i bez kardinalne reorganizacije psihičke strukture. Njena osnovna odlika je formiranje visokospecifičnog fokusa hiperaktivnosti u sistemu pretnje, uz očuvano opšte funkcionisanje Ega.

Kod lokalne vitalne traume formira se jasno ocrtan neuronski sistem koji uključuje senzorne okidače, emocionalnu komponentu i odgovarajuće vegetativne obrasce. Van aktivacije ove specifične mreže, mozak i psiha funkcionišu u granicama normale. Ova trauma predstavlja primer svojevrstne adaptacije psihe na supersnažno dejstvo. Pretnja se obrađuje i „pakuje” u izolovani fokus [24].

Kao primer tipičnih situacija u kojima može nastati lokalna vitalna trauma mogu se navesti:

* Neuromodelovanje je skup ciljano osmišljenih terapijskih tehnika razvijenih u okviru integralne kauzalne psihoterapije, koje omogućavaju korekciju patoloških neuronskih kola povezanih sa traumatskim iskustvima, negativnim afektima, potisnutim emocijama i disfunkcionalnim obrascima ponašanja, doprinoseći obnovi zdravog Ega i autentičnog Sopstva.

saobraćajna nesreća sa fizičkim ozledama ili jakim strahom, nesreća na radu, pljačka na ulici, napad životinje, posmatranje scene nasilja itd.

Kao rezultat lokalne vitalne traume formiraju se senzorno-vegetativni flešbekovi — nevoljno, momentalno i intenzivno reprodukovanje senzornih i vegetativnih komponenti traumatskog iskustva kao odgovor na okidač, ponekad bez punog svesnog sećanja na događaj. Moguće je formiranje selektivnih fobija sa jasno definisanim reakcijama na okidače.

Integralna kauzalna psihoterapija predlaže model rada sa traumom usmeren na dubinski proces transformacije. Polazimo od toga da se traumatsko iskustvo fiksira u obliku disfunkcionalnih engrama — trajnih memorijskih tragova koji sadrže bol i strah. Naša ključna tehnika *Katarza sećanja* usmerena je na pokretanje procesa potpune afektivne i kognitivne obrade ovih engrama. Klinička opservacija i teorijski model sugerišu da takva obrada vodi njihovoj integraciji u ličnu istoriju i eliminaciji njihovog patogenog uticaja na sadašnjost.

Klinički slučaj hidrofobije utemeljene na lokalnoj vitalnoj traumi

Anamneza

Pacijentkinja stara 45 godina sa žalbama na uporan strah od vodenih površina, prisutan tokom celokupnog subjektivnog iskustva. Simptomatologija se manifestovala prilikom godišnjih porodičnih putovanja na more: mogućnost ulaska u vodu ograničavala se dubinom do članaka i bila je praćena izraženim vegetativnim reakcijama (tahikardija, tremor, hiperpventilacija) i subjektivnim doživljajem nekontrolisanog straha. Pacijentkinja nije imala pristup autobiografskom sećanju koje bi objasnilo genezu ovakve fobije.

Dijagnostička konceptualizacija

Ključni dijagnostički markeri lokalne vitalne traume bili su:

- Jasna specifičnost okidača (prizor i osećaj vodene površine);
- Intenzivna vegetativna reakcija na okidač;
- Očuvanost opšteg funkcionisanja i odsustvo generalizovane anksioznosti van konteksta okidača.

Terapijski proces

Tokom terapije, pacijentkinja je povratila kontakt sa disociranom epizodom opasnosti od utapanja u detinjstvu, nakon čega je primenjena tehnika katarzične obrade iskustva usmerena na obradu afektivnih komponenta iskustva. Nakon intervencije usmerene na obradu izolovanog traumatskog sećanja postignuta je potpuna i trajna remisija fobične simptomatologije, što u okviru našeg modela interpretiramo kao deaktivaciju odgovarajućeg patološkog engrama.

Rezultat i katamneza

Po završetku terapije uočena je trajna klinička remisija simptomatologije. Bihevioralni marker uspešnosti terapije bila je samostalna kupovina pretplatne kartice za bazen i upis časova plivanja bez tragova nekadašnjeg straha. Informacija dobijena od posmatrača (trenera), koji je izrazio nevericu u vezi sa 40-godišnjom anamnezom fobije, potvrdila je klinički značajne i stabilne promene.

Zaključak

Predstavljeni slučaj demonstrira visoku efikasnost ciljanih metoda obrade kod izolovanih traumatskih engrama. Lokalizacija oštećenja, odsustvo strukturnih promena ličnosti i očuvanost opštih regulatornih funkcija Ega omogućili su brzu i trajnu kliničku remisiju usled reintegracije senzorno-afektivnih i narativnih komponenta memorije.

Tip 2. Invazivna trauma

Invazivna trauma (od lat. *invadere* — „upasti”, „pro-dreti”) tip je psihotraume kod kojeg mehanizam oštećenja Ega leži u snažnom, nekontrolisanom prodiranju spoljašnje stimulacije koja znatno narušava lične granice, prevazilazi metabolički kapacitet Ega i dovodi do „afektivnog preplavlivanja”.

Suština traume ogleda se u katastrofalnom poremećaju funkcije psiholoških granica — fundamentalne sposobnosti Ega da filtrira, dozira i asimilira

ulazne nadražaje. Dolazi do preopterećenja psihičkog kontejnera sadržajem koji, budući da ne može biti obrađen i integrisan, nastavlja da postoji u psihi kao strano i štetno telo. Ovo dovodi do kolapsa subjektivne autonomije i razvoja kliničkog fenotipa koji karakteriše dominacija ontološkog stida i gađenja prema sopstvenom telu i Selfu, hronična disocijacija, „rupe” u sećanju na traumatske epizode, osećaj propustljivih granica i „zagađenja” ličnosti [25, 26]. Pacijenti sa traumom ovog tipa odlikuju se dubokim poremećajima

u sferi odnosa prema sebi, uključujući autoagresiju i destruktivna uverenja o sebi. Kod njih se uočavaju poteškoće u razlikovanju sopstvenih psihičkih sadržaja (misli, osećanja, nagona) od tuđih, istovremena rigidnost i propustljivost psiholoških granica, strah od bliskosti, tendencija ka ponavljanju traumatskih obrazaca u odnosima. Često su prisutni somatoformni poremećaji u vidu konverzivnih simptoma, psihosomatskih bolesti, hipohondrijskih simptoma [27, 28].

Sekundarna formacija kod ovog tipa traume je potisnuta agresija. U normalnim uslovima, agresija je energija koja služi zaštiti granica, odbrani sopstvenih interesa, separaciji. Kod invazivne traume sama funkcija zaštite granica je poremećena. Nemajući mogućnost zdravog spoljašnjeg izražavanja, agresija se okreće protiv samog Ega i postaje patodinamski centar traume, izazivajući hroničnu autodestrukciju, disocijaciju i somatizaciju.

Primeri situacija koje dovode do invazivne traume: ponavljano seksualno, fizičko ili psihološko nasilje i druge forme snažne, nekontrolisane intruzije u telesne i psihičke granice ličnosti.

U kliničkom fenotipu invazivne traume mogu se izdvojiti sledeći poremećaji:

- *Afektivni*: anksioznost, hronični osećaj stida kao ontološkog svojstva („sa mnom nešto suštinski nije u redu”), gađenje prema sopstvenom telu, emocionalna nestabilnost sa naglim oscilacijama između utrnulosti i afektivnih izliva, netolerancija na uzbuđenje (telesno i emocionalno) koja dovodi do automatskog „isključivanja” (disocijacije).
- *Identitetski*: osećaj da misli, osećanja ili impulsi „nisu moji”, teškoće u razdvajanju sopstvenog Ja od unutrašnje slike osobe koja narušava granice, hronična osetljivost na tuđe mišljenje i kontrolu.
- *Kognitivni*: fragmentacija memorije — „rupe” u sećanju na traumatske epizode, iskrivljena percepcija sopstvenih telesnih senzacija, opsesivne misli o nečistoći, pokvarenosti ili defektnosti, poteškoće u mentalizaciji — konfuzija između sopstvenih i tuđih emocionalnih stanja, pogrešna atribucija tuđih namera.
- *Smetnje u interpersonalnim odnosima*: strah od bliskosti i poklanjanja poverenja zbog očekivanja intruzije, kontrole ili nasilja od strane drugog, nesposobnost adekvatne regulacije stepena emocionalne ili telesne distance, tendencija ka ponavljanju traumatskih odnosa, tendencija ka gubitku autonomije.
- *Bihevioralni*: izbegavanje situacija koje zahtevaju telesnu bliskost ili poverenje; kontrafobično ponašanje; radnje usmerene na smanjenje percipirane „nečistoće”, u teškim slučajevima — samopovređivanje kao pokušaj da se povrate granice sopstvenog tela ili smanji disocijativna napetost.

Neurobiološka slika invazivne traume

Invazivna trauma preopterećuje senzorne, afektivne i kognitivne sisteme prekomernom stimulacijom i dovodi do stanja neurobiološke otvorenosti u kojem mozak gubi sposobnost modulacije ulaznih informacija i zaštite psihičkog jezgra.

1. *Povišena opšta aktivacija talamusa* dovodi do poremećaja funkcije ulazne senzorne kontrole i „senzorne preplavljenosti” — značajno se povećava opterećenje na neuronske mreže za obradu bola, taktilnih i interoceptivnih signala. Pored toga, prekomerna aktivacija amigdale značajno pojačava reakciju na bilo koje signale prodiranja ili pretnje intruzijom, što dovodi do stalnog osećaja preopterećenosti iznutra i spolja, doživljaja pucanja granica.
2. *Značajno smanjenje aktivnosti dorzolateralnog prefrontalnog korteksa* dovodi do prestanka zaštitne inhibicije amigdale, što izaziva gubitak sposobnosti zadržavanja kognitivnog okvira i tolerancije na stimulse. Dezintegracija mreža izvršne kontrole sprečava osmišljavanje, evaluaciju ili kontejniranje onoga što se dešava. Obim i intenzitet ulazne stimulacije značajno prevazilaze propusnu moć regulatornih i integrativnih mehanizama Ega, što se manifestuje osećajem preopterećenosti, gubitka kontrole i proboja ličnih granica.
3. *Disfunkcija prednje cingularne kore* smanjuje sposobnost kognitivnog distanciranja od emocionalno značajnih stimulusa i proizvoljnog prebacivanja pažnje na druge aktivnosti. Značajni poremećaji u mreži istaknutosti (SN) dovode do poremećaja rada insule i iskrivljenja percepcije sopstvenih telesnih granica, a dodatna visoka aktivnost amigdale u ovoj mreži izaziva i održava „emocionalnu oluju” uz subjektivni doživljaj iscrpljenosti regulatornih resursa psihe i njene „kapitulacije”.
4. *Aktivacija periakveduktalne sive mase* do koje dolazi na vrhuncu stimulacije praćena je kompenzatornom aktivacijom endogenih opioidnih i kanabinoidnih sistema, što izaziva izraženu emocionalnu utrnulost, stanje afektivne iznemoglosti i paralisnosti. Smanjuje se efikasnost komunikacije između hipokampusa i prefrontalnog korteksa, što vodi do „rupa” u kontekstu, fragmentacije memorije. Kao rezultat toga, pri prekoračenju asimilativnih kapaciteta Ega dolazi do disocijativnog isključivanja sa konzervacijom traume kao unutrašnjeg upada.
5. *Trajna promena neuronskih kola* odlikuje se sledećim procesima. Hipersenzitivnost amigdale

na signale intruzije i hronična hiperaktivnost insule dovode do patološke interoceptije. Smanjena kontrola sa strane prefrontalnog korteksa uslovljava slabu obnovu granica. Senzorna hiperreaktivnost dovodi do trajne hipersenzitivnosti na bilo koju formu približavanja, formira se „sindrom gubitka granica”.

Patogenetski model (Slika 2) pokazuje kako invazivna trauma pokreće trajnu maladaptaciju mozga kroz formiranje patološke dominacije mreže istaknutosti, koja je hronično hiperaktivirana zajedno sa amigdalnim kompleksom i HPA osom. Paralelno dolazi do potiskivanja regulatornih sistema — smanjuje se aktivnost prefrontalnog korteksa i funkcionalnost hipokampusa, nastaje izražen disbalans između ključnih neuronskih kola regulacije. Klinički se ovo manifestuje kompleksom hipervigilnosti, intruzija, emocionalne utrnulosti i somatizacije, što govori o duboko narušenom procesu samoregulacije i integracije iskustva. Ove promene se konsoliduju na fundamentalnom nivou kroz neuroinflamaciju, oksidativni stres i epigenetske mehanizme, formirajući trajno patološko stanje sa gubitkom psihičkih granica [29].

Diferencijalna dijagnostika u odnosu na vitalnu traumu:

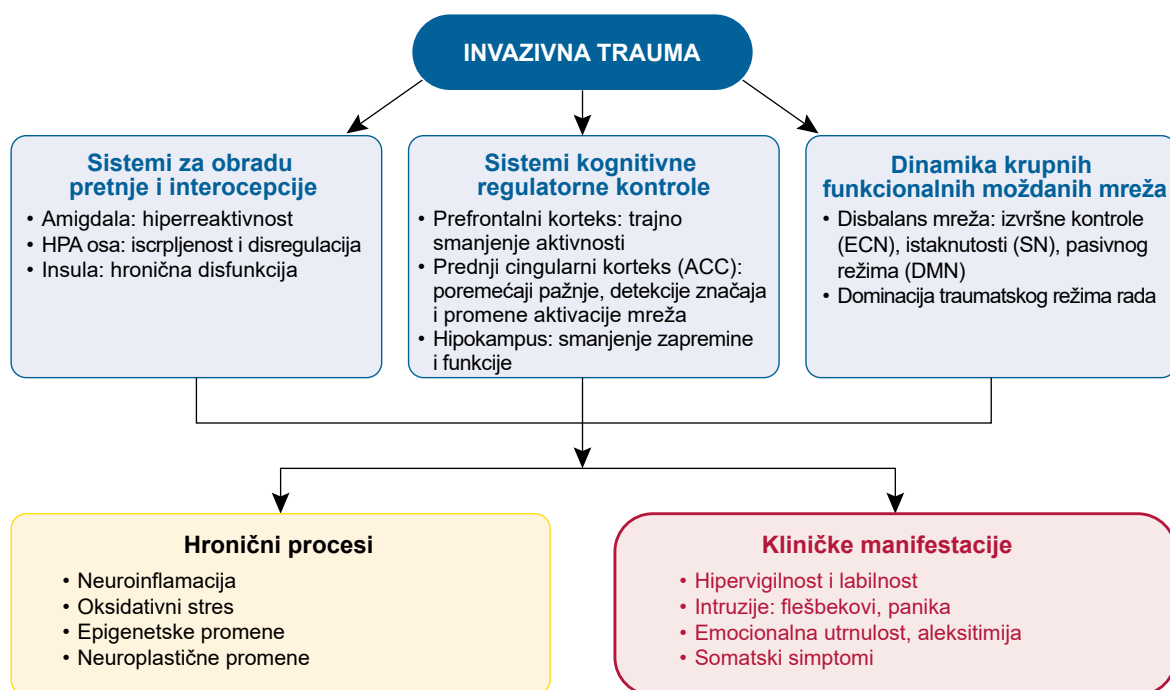
- Dominacija stida, krivice i autoagresije vs. strah za sopstveni život, hipervigilnost.

- Okidači su međuljudski odnosi vs. spoljašnja podsećanja na traumatski događaj.
- Bazično poverenje je globalno narušeno: strah od bliskosti kao ponavljanja intruzije vs. očuvana sposobnost selektivnog poverenja.
- Disocijativni simptomi su hronični ili postaju crte ličnosti vs. epizodne disocijacije samo pod uticajem okidača.

Opisana dinamika invazivne traume objašnjava otpornost simptomatologije i potrebu za dugoročnom terapijom usmerenom na ponovno uspostavljanje granica i obradu akumulirane potisnute agresije. Ključne terapijske mete su:

- Deaktivacija patoloških engrama — centralnih iskustava traumatskog narušavanja granica.
- Detabuisanje zabrana na osvešćivanje i izražavanje agresije i obrada potisnute agresije.
- Formiranje pozitivnog odnosa prema sebi, zasnovanog na bezuslovnoj ljubavi i samoprihvatanju.
- Razvoj novih adaptivnih koping strategija u situacijama narušavanja ličnih granica.

U tretmanu invazivne traume dobro se pokazao metod rada sa potisnutom agresijom osmišljen u integralnoj kauzalnoj psihoterapiji [30]. Prema našem terapijskom modelu, fokusiranje na deaktivaciju engrama narušavanja granica i obradu potisnute agresije stvara uslove za postizanje trajne remisije u okviru srednjoročne psihoterapije.



Slika 2. Patogenetski model invazivne traume

Farmakoterapija kod tretmana invazivne traume ima ograničenu primenu i nije metod prvog izbora. U slučaju akutnih stanja, njeno propisivanje radi olakšanja simptoma zahteva poseban oprez i preporučuje se samo u okviru kompleksnog pristupa, gde služi kao pomoćno sredstvo za stabilizaciju stanja paralelno sa psihoterapijom. Ovo je neophodno radi prevencije dekompenzacije i sekundarne traumatizacije (reviktimizacije), čiji je rizik povezan sa nizom psiholoških mehanizama. Među njima su:

- Nesvesno percipiranje leka kao ponavljanja intruzije, što može reaktivirati traumatsko iskustvo i pojačati anksioznost.
- Patološki stid, kod kojeg olakšanje simptoma može izazvati osećaj krivice („ne zaslužujem olakšanje“) i paradoksalno pojačati patnju.
- Psihološka funkcija utrnulosti. Emocionalno otupljivanje često služi zaštiti od nepodnošljivog afekta. Njegovo naglo farmakološko uklanjanje bez psihoterapijske podrške može dovesti do afektivnog proboja i retraumatizacije.

Klinički slučaj invazivne traume usled emocionalnog incesta

Anamneza

Pacijent, 24 godine, jedino dete u porodici. Odrastao je u uslovima parentifikacije*, vršeći ulogu majke u odnosu sa sopstvenom majkom: kontejnirao je njene afekte, davao savete, bio posrednik u njenim konfliktima s mužem (njegovim ocem), snosio odgovornost za njeno emocionalno stanje. Situaciju je pogoršavalo to što je pacijentova majka bila agresivno nastrojena prema muškom polu, obezvređivala je muškarce i pod izgovorom „pacifističkog vaspitanja“ davala sinu nedvosmislen signal „ne smeš da postaneš muškarac“. Tako je majka zadirala u sinovljevu psihu kao objekat totalne zavisnosti i istovremeno blokirala razvoj njegove rodne i seksualne subjektivnosti.

Dijagnostička konceptualizacija

Da bi preživeo u uslovima patološke simbioze, pacijent je izgradio ličnost sklonu povinovanju i žrtvovanju, potpuno u skladu sa majčinim očekivanjima. Pritom su muški rodni identitet i seksualna inicijativa nesvesno izjednačavani sa destruktivnom agresijom, posle koje neizbežno sledi osuđivanje i kažnjavanje. Na invazivnu traumu ukazivali su sledeći markeri:

- zabrana sopstvene subjektivnosti i telesnosti;
- strah od kritike, posebno od strane žena;
- hronični stid i krivica u situacijama povezanim sa rodnom ulogama;
- potisnute erotske fantazije i izbegavanje penetrativnih oblika seksualnosti;
- patološki obrazac odnosa sa ženama, gde se bliskost izjednačava sa služenjem idealizovanoj majčinskoj figuri;
- mehanizmi odbrane koji štite od rodno obojenog sadržaja i situacija: upotreba rodno neutralne reči „osoba“ umesto „devojka“; feminizirana intonacija i glas viši nego što je njegoa prirodna boja; kontrola mimike i gestikulacije kako bi se izbegao i najmanji nagoveštaj „grube maskuliniteta“ i seksualnog interesovanja.

Terapijski proces

Terapija je trajala godinu i po dana u setingu jednom nedeljno po 50 minuta. Korišćen je pristup integralne kauzalne psihoterapije, uz dodatnu primenu simbodrame. Veliku ulogu u radu sa ovim slučajem odigrale su psihoanalitičke intervencije usmerene na interpretaciju parentifikacije. Glavni pravci rada bili su uklanjanje zabrana na agresiju i separaciju, obrada traumatskih afekata i potisnute agresije, prisvajanje i integracija muškog rodnog identiteta, razvoj adaptivnih koping strategija u komunikaciji i ljubavnim odnosima sa devojka.

Rezultat i katamneza

Simptomatologija je stabilno kupirana. Pacijent je počeo da se upoznaje sa devojka, ušao u harmoničnu ljubavnu i seksualnu vezu, koja je kasnije uspešno prerasla u brak. U odnosima sa majkom pojavile su se granice i zdrava distanca. Maskulinitet i zdrava agresija postali su integrisani delovi ličnosti.

Zaključak

Prikazani slučaj sugeriše da kod invazivnih trauma za obnovu granica i metaboličke funkcije Ega prvostepenu ulogu igra buđenje zdrave agresije kroz uklanjanje zabrana na njeno osvešćivanje i izražavanje, obrada potisnute agresije i razvoj efikasnih koping strategija za zaštitu ličnih granica.

* Parentifikacija je inverzija porodičnih uloga, kada je dete primorano da preuzme funkcije odraslog: da brine o roditelju (emocionalno ili praktično) i preuzme odgovornost za porodično blagostanje.

Tip 3. Egotomska trauma

Egotomska trauma (od lat. *ego* — „ja” i grč. *tomē* — „rasecanje, odsecanje”) tip je psihotraume povezan sa ireverzibilnim gubitkom veoma značajnog elementa psihičke strukture koji je služio kao oslonac Ego kroz vezanost ili identifikaciju. Takav gubitak narušava unutrašnju celovitost ličnosti, dovodeći do trajne ego-disocijativne dezintegracije i izaziva dubok psihički bol čije emocionalno jezgro čini egzistencijalna praznina i čežnja, praćena osećajem „otkinutog dela sebe”.

Sušтина ove traume leži u gubitku unutrašnjeg objekta koji je obavljao stabilizujuću i strukturišuću funkciju za Ego. Ovaj gubitak ostavlja strukturni deficit u unutrašnjem reprezentativnom sistemu, dovodeći do kolapsa unutrašnjeg oslonca, poremećaja narcističke ravnoteže i kontinuiteta postojanja. Budućnost bez objekta se doživljava kao nemoguća. Dolazi do disocijacije afekta — rascepa između intelektualnog razumevanja gubitka i njegovog emocionalnog neprihvatanja — uz pojavu „zamrznute žalosti” i otcepljenja delova Ega povezanih sa izgubljenim objektom.

Primeri mogućih situacija takvog gubitka su: gubitak bliske osobe (smrt, prekid odnosa), gubitak zdravlja i funkcionalnosti (bolest koja uzrokuje invaliditet, starosni pad funkcije), gubitak uloge, statusa, identiteta, simbolički gubici (sistema vrednosti, uobičajenog načina života, idealizovanih predstava).

Klinički fenotip karakterišu sledeći poremećaji:

- *Afektivni*: hronična čežnja i psihički bol, anhedonija i emocionalna utrulost, napadi akutne tuge sa somatskim manifestacijama, osećaj opustošenosti i besmislenosti života.
- *Identitetski*: osećaj gubitka dela sebe, zamagljene granice sopstvenog Ja, poteškoće u identifikaciji van konteksta gubitka, osećaj „zaglavljenosti” u prošlosti.
- *Kognitivni*: opsesivne misli o izgubljenom objektu, idealizacija prošlosti i obezvređivanje sadašnjosti, teškoće sa koncentracijom pažnje i donošenjem odluka, fragmentacija autobiografske memorije.
- *Egzistencijalni*: gubitak životnih orijentira i perspektiva, kriza smisla i vrednosti, osećaj prekida veze sa svetom, depresivna pozicija sa osećajem beznađa.
- *Somatski*: osećaj fizičke praznine/hladnoće u grudima ili stomaku, psihogena bol u predelu srca, poremećaji spavanja, gubitak energetskog tonusa.
- *Smetnje u interpersonalnim odnosima*: nemogućnost emocionalnog ulaganja u nove odnose, idealizacija izgubljenog objekta, tendencija ka ponavljanju situacija gubitka.

- *Bihevioralni*: disfunkcionalno očuvanje navika i rituala povezanih sa izgubljenim objektom, socijalna izolacija i odustajanje od nove aktivnosti, neurotična potraga za realnom ili simboličkom zamenom izgubljenog objekta.

Egotomska trauma formira specifičan neuropsihološki profil povezan sa gubitkom strukturnog oslonca Ega i daljim kolapsom integrativnih sistema mozga [31–34]. Ovaj profil uključuje nekoliko međusobno povezanih nivoa.

1. Primarni poremećaj integrativnih mehanizama mozga

Egotomska trauma nanosi udarac fundamentalnim sistemima koji omogućavaju celovit doživljaj sebe i sveta. Najranjivije su strukture koje obavljaju integrativnu funkciju:

- Hipokampus gubi sposobnost povezivanja konteksta, vremena i afekta u jedinstveno epizodno polje, što dovodi do fragmentacije autobiografske memorije.
- Prednji cingularni korteks (ACC) gubi mogućnost fleksibilne promene fokusa između konfliktnih signala i usklađenog donošenja odluka.
- Insula prestaje da sinhronizuje interocepciju, afekt i osećaj telesnog Ja, što dovodi do osećaja unutrašnje praznine i otuđenja od tela.
- Žuljevito telo pokazuje smanjenje efikasnosti međuhemisferne interakcije, usled čega slabi integracija senzornih i kognitivnih tokova.

Kao rezultat, implicitna memorija (telesni, senzomotorni, emocionalni tragovi) postaje hiperdominantna, a eksplicitna/narativna — fragmentisana ili nedostupna. Osoba ne doživljava priču, već skup nepovezanih senzorno-afektivnih fragmenata, neintegriranih u celovitu autobiografiju [35].

2. Disocijativna dezintegracija makromreža u mozgu

Nesposobnost da se očuva integracija prebacuje mozak u „vanredni režim” funkcionisanja. Nastaju karakteristične promene u radu velikih funkcionalnih mreža:

- Mreža podrazumevanog režima (DMN) postaje ili hiperaktivna (ruminacije, fiksacija na gubitak), ili hipoaktivna (opustošenost, anhedonija, prekidi u kontinuitetu doživljaja sebe).
- Sistemi automatske obrade pretnje počinju da dominiraju, dovodeći do grube dihotomizacije stimulusa: „pretnja / nije pretnja”.
- Supkortikalni sistemi preživljavanja (amigdala, periaqueduktalna siva masa*, *bed nucleus striae terminalis*) aktiviraju se na najmanji signal, formirajući automatske reakcije koje zaobilaze svesnu kontrolu.

* Periaqueductal Gray

- Centralna izvršna mreža (CEN) je oslabljena: dorzolateralni prefrontalni korteks gubi sposobnost silazne regulacije, planiranja i kognitivne fleksibilnosti.

Tako se formira disocijativni režim u kojem mozak gubi sposobnost očuvanja koherencije iskustva [36].

3. Neurohemijsko i patofiziološko kolo koje održava patologiju

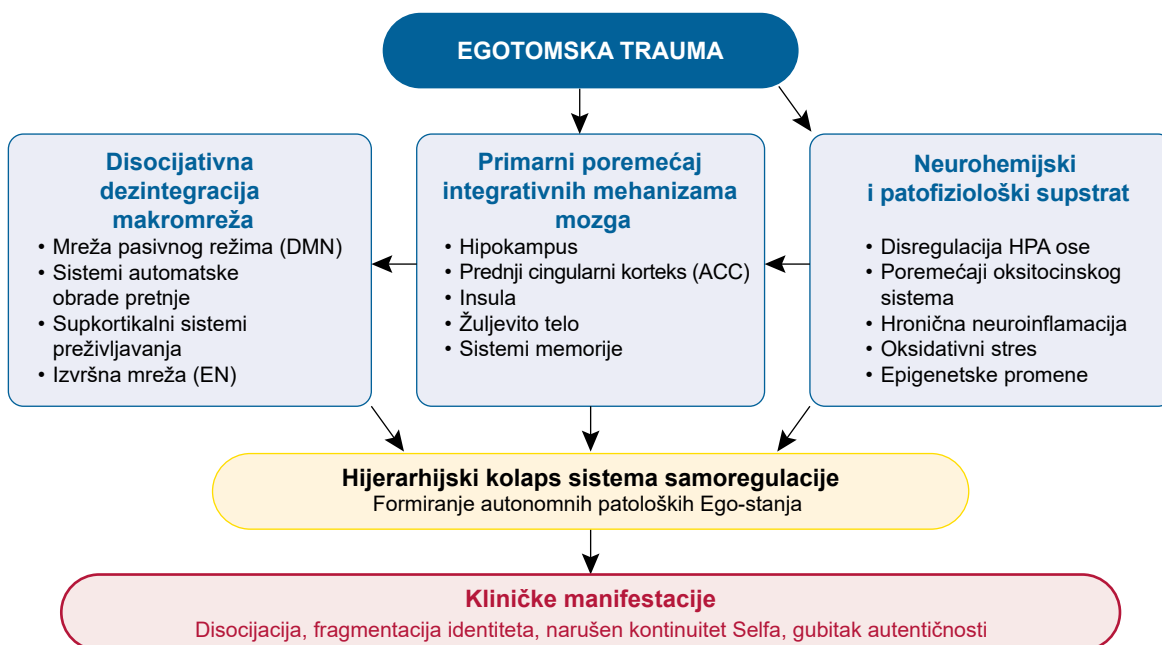
Neurobiološka arhitektura egotomske traume učvršćuje se zahvaljujući trajnom kompleksu promena:

- Neuroendokrine smetnje ispoljavaju se kroz disregulaciju HPA ose uz prelazak u fazu iscrpljenosti (smanjeni bazalni kortizol doprinosi preovladavanju reakcija „zamrzavanja” i disocijacije) i disfunkciju oksitocinskog sistema (gubitak vezanosti, poverenja, sposobnosti da se doživi podrška).
- Hronična neuroinflamacija pojačava oštećenje integrativnih struktura (posebno hipokampusa), smanjuje neuroplastičnost i sprečava obnovu koherencije iskustva.
- Epigenetske promene učvršćuju povišenu osetljivost na stres, menjaju ekspresiju gena povezanih sa GABA*, glutamatom i receptorima glukokortikoida, stvarajući trajnu osetljivost i prenoseći je na sledeće generacije.

4. Formiranje autonomnih patoloških Ego-stanja (hijerarhijski kolaps)

Kod egotomske traume mozak prelazi na fragmentarnu organizaciju: konsolidovane u posebnim obrascima aktivacije amigdale, insule, prednjeg cingularnog korteksa (ACC) i medijalnih oblasti prefrontalnog korteksa (PFC), pojedinačne emocionalne i zaštitne konfiguracije počinju da se aktiviraju rigidno, autonomno i nezavisno od voljne kontrole. U okviru našeg modela, pretpostavili smo da ovde nije reč o disocijativnom cepanju ličnosti, već o čvrsto segregovanim, nedovoljno integriranim Ego-stanjima koja se mogu aktivirati na izmenično, stvarajući fenomenologiju unutrašnje rascepanosti, a uz očuvanje uglavnom celovitog doživljaja sebe.

Na Slici 3 je prikazano kako egotomska trauma izaziva disocijativnu dezintegraciju velikih mreža i hiperaktivaciju supkortikalnih sistema preživljavanja. Ovo razara integrativne mehanizme, a disregulacija HPA ose, oksitocina, neuroinflamacija i epigenetske promene učvršćuju proces. Kao rezultat, nastaje hijerarhijski kolaps samoregulacije sa formiranjem autonomnih patoloških Ego-stanja i kliničkom slikom fragmentisanog identiteta, disocijacije i gubitka kontinuiranog Selfa.



Slika 3. Patogenetski model egotomske traume

* Gama-aminobuterna kiselina.

Diferencijalna dijagnostika egotomske traume

U odnosu na vitalnu traumu:

- čežnja, psihički bol, žudnja za vraćanjem izgubljenog vs. strah od mogućeg ponavljanja pretnje, panika pred mogućim uništenjem;
- opustošenost kao direktna posledica gubitka dela Ega vs. iscrpljenost od stalne hiperbudnosti;
- osetljivost na okidače povezane sa podsećanjem na izgubljeni objekat vs. hipervigilnost prema spoljašnjim okidačima asociranim sa pretnjom;
- reakcija na stres: povlačenje u sebe, kolaps, paralisnost vs. mobilizacija, hiperpobudenost;
- narušena vezanost: nedostupnost vs. opreznost;
- budućnost je besmislena vs. budućnost je opasna;
- izbegavanje sadašnjeg trenutka: življenje u prošlosti vs. skeniranje budućnosti.

U odnosu na invazivnu traumu:

- praznina vs. preplavljenost afektima usled narušavanja granica;
- osećaj unutrašnjeg deficita vs. osećaj „unutrašnjeg zagađenja“;
- čežnja, očaj vs. stid, gađenje prema sebi;
- telo kao beživotna ljuštura vs. telo kao izdajnik i izvor stida;
- okidači: sve što podseća na gubitak vs. sve što simbolizuje narušavanje granica;
- granice Ega očuvane, ali izgubljen oslonac vs. granice propustljive;
- unutrašnji objekat: idealizovan vs. proždiruć/zagađujući;
- nesposobnost za bliskost vs. strah od bliskosti.

Terapija treba da bude usmerena na ponovnu integraciju moždanih struktura i uključuje sledeće ključne mete:

- obrada emocija žalosti;
- legitimizacija i kanalisanje potisnute agresije;
- vraćanje otepljenog dela Ega;
- restauracija identiteta;

- reparacija budućnosti nakon kolapsa;
- psihičko investiranje u nove projekte i planove.

Egotomska trauma u odsustvu komorbidnih poremećaja može demonstrirati pozitivnu dinamiku u relativno kratkim rokovima, pod uslovom da se radi sa ključnim metama kao što je potisnuta agresija.

Kod egotomske traume farmakoterapija, prema našem teorijskom modelu, predstavlja metod sa ograničenom primenom. Njen glavni mehanizam dejstva — neurohemijska modulacija — principijelno se razlikuje od zadatka dubinske psihoterapije, koja je u datom kontekstu usmerena na obnavljanje psihičke celovitosti kroz proživljavanje i integraciju iskustva gubitka. Može se pretpostaviti da takva razlika u pristupima ne samo što ograničava etiotropni potencijal farmakoterapije, već stvara i rizik od patogenetskog konflikta.

Klinička opservacija u okviru našeg modela ukazuje na niz specifičnih rizika. Serotonergički antidepresivi, usmereni na afektivnu sferu, mogu ublažiti simptomatsku tugu, međutim, prema našoj koncepciji, ne deluju na pretpostavljeni primarni deficit integrativnih funkcija (hipokampus, cingularnog korteksa i insule). Anksiolitici (benzodiazepini), sa druge strane, mogu pojačati disocijaciju i subjektivno otuđenje, farmakološki učvršćujući stanje psihičkog distanciranja.

Ključni potencijalni jatrogeni efekat u datom kontekstu je rizik od zamene i prekidanja prirodnog procesa psihičke obrade tuge, što teoretski može doprineti konzervaciji „zamrznutog“ stanja — centralnog fenomena ove traume. Konačno, farmakološko potiskivanje afekta, posebno agresije, koja se u našem modelu smatra ključnim resursom za separaciju, može lišiti psihoterapiju važnog katalizatora promena, otežavajući transformaciju patološke veze sa izgubljenim objektom.

Važno je napomenuti da ova kritika nije apsolutna kontraindikacija. U slučajevima teške komorbidne simptomatologije (npr. depresije sa suicidalnim rizikom) kratkoročna farmakoterapija može se razmotriti kao pomoćno sredstvo za stabilizaciju stanja, kako bi se pacijent osposobio za dalji psihoterapijski rad.

Klinički slučaj: prolongirani poremećaj tugovanja

Anamneza

Pacijentkinja stara 18 godina sa prolongiranim poremećajem tugovanja, nastalim nakon samoubistva bliske prijateljice. Uočena je trajna patološka fiksacija na gubitak u trajanju od preko 6 meseci: opsesivne misli o preminuloj, redovne posete mestu smrti, socijalna samoizolacija uz prekid kontakta sa porodicom. Takođe je uočena akademska maladaptacija sa padom akademskog uspeha usled poremećaja koncentracije pažnje, kao i razdražljivost i emocionalna labilnost. Pacijentkinja se obratila nakon neuspešne psihoterapije na jednoj od evropskih klinika, gde joj je na kraju preporučena farmakoterapija.

Dijagnostička konceptualizacija

Klinička slika identifikovana je kao egotomska trauma koja je dovela do prolongiranog poremećaja tugovanja. Ključni dijagnostički markeri bili su:

- patološka fiksacija na sliku izgubljenog objekta sa kompulzivnim reprodukovanjem okolnosti smrti;
- socijalna autizacija i emocionalno otuđenje od podržavajućeg okruženja;
- kognitivni deficit u vidu poremećaja koncentracije pažnje i akademske maladaptacije;
- afektivna labilnost sa preovlađivanjem razdražljivosti i psihomotornog uzbuđenja.

Navedena simptomatologija odraz je strukturnih smetnji u procesu tugovanja, sa formiranjem patološke simbioze sa izgubljenim objektom, karakteristične za egotomsku traumatu usled smrti značajnog drugog.

Terapijski proces

Psihoterapija u trajanju od 15 seansi bila je fokusirana na transformaciju intrapsihičke dinamike žalosti. Ključni terapijski mehanizam bio je rad sa potisnutom agresijom, koji je sa ovom pacijentkinjom vođen pretežno pomoću tehnike „okretanja agresije ka terapeutu“. Ovo je omogućilo legitimizaciju i kanalisanje potisnutih agresivnih afekata i rezultiralo pozitivnom dinamikom već nakon četvrte seanse, uz relativno brzo uspostavljanje afektivnog balansa i socijalnog funkcionisanja u nastavku terapije.

Rezultat i katamneza

Primećena je trajna klinička remisija simptomatologije, uz vraćanje na premorbidni nivo funkcionisanja. Tokom 4-godišnjeg praćenja recidiva nije bilo. Pacijentkinja se potpuno readaptirala u akademskoj i socijalnoj sferi.

Zaključak

Uspešna terapija postala je moguća zahvaljujući izražavanju agresivnih afekata u terapijskom prostoru, što je omogućilo prekid patološke simbioze sa izgubljenim objektom i obnovu procesa adaptivnog tugovanja. Ovaj klinički slučaj demonstrira važnost i efikasnost obrade agresije kod egotomskih trauma.

Tip 4. Konstitutivna trauma

Konstitutivna trauma (od lat. *constitutio* — „uspostaviti“, „formirati strukturu“) tip je psihotraume kod kojeg se sistemski narušavaju procesi primarnog formiranja bazičnih psihičkih struktura usled hroničnog deficita neophodnih sredinskih uslova za zdrav razvoj u kritičnom periodu ontogeneze do 6. godine. Emocionalno jezgro ove traume čini egzistencijalni strah i dubok doživljaj sopstvene defektnosti.

Do konstitutivne traume ne dovodi pojedinačni događaj, već kvalitet ukupne razvojne sredine, koja nije u stanju da obezbedi uslove dovoljne za konsekvantno sazrevanje ličnosnih struktura u ranom detinjstvu: nepredvidivost i nepouzdanost figura vezanosti, hronična emocionalna deprivacija, haotično okruženje.

Mehanizam narušenog formiranja Ega i njegova klinička manifestacija

Kod konstitutivne traume Ego se ne oštećuje, već se izvorno ne formira u dovoljnoj meri usled sistemskog deficita adekvatnog ogledanja, kontejniranja i podrške u kritičnim razvojnim periodima. To izaziva niz smetnji koje se manifestuju na sledeći način:

- *Odsustvo stabilnog ogledanja* čini nemogućim povlačenje granice između Ja i ne-Ja i formiranje celovite slike o sebi. Kao rezultat nastaje difuzni identitet: osoba ne zna „ko je ona zapravo“, stalno „sastavlja“ sebe iznova iz odraza koji vidi u drugima, pati od nestabilnog samopouzdanja i doživljava krize identiteta pri najmanjim promenama.
- *Nesposobnost majčinske figure da vrši funkciju kontejniranja* ostavlja afekte neimenovanim i nepodnošljivim. Formira se teška afektivna disregulacija: povremena „preplavljenost“ afektima ili, naprotiv, emocionalna utrnulost i aleksitimija, derealizacija i depersonalizacija postaju bazično stanje postojanja, dolazi do poremećaja telesne šeme, hronične mišićne napetosti ili osećaja „rastvorenosti“ u prostoru, a samoregulacija je moguća samo preko spoljašnjih objekata ili primitivnih načina (samopovređivanje, prejedanje/gladovanje itd.).
- *Poremećaj procesa separacije-individuacije* učvršćuje simbiotske obrasce i dovodi do formiranja Lažnog Selfa kao osnovne strategije preživljavanja i često formira dezorganizovanu vezanost, vodeći u intenzivne i nestabilne odnose i ponavljanje traumatskih scenarija.

- *Deficit bazičnog poverenja i primarnog narcističkog oslonca* ruši bazični osećaj sopstvene vrednosti i prava na postojanje i dovodi do hroničnog osećaja praznine, bezvrednosti ili, obrnuto, kompenzatorne grandioznosti.
- *Poremećaj formiranja unutrašnjih objekata* čini reprezentacije sebe i drugog trajno fragmentisanim, dihotomnim i nestabilnim. Pacijent teško podnosi ambivalenciju, slabo mentalizuje, ima fragmentisanu autobiografsku memoriju i disfunkcionalna uverenja.

Sve ovo zajedno stvara sistemsku dezintegraciju ličnosti sa dominacijom Lažnog Selfa, deficitom voljne regulacije, maladaptivnim koping strategijama i načinima samoregulacije.

Neurobiološka slika konstitutivne traume

Konstitutivna trauma remeti konsekvantno sazrevanje mozga, stvarajući manjkav temelj na kome više funkcije ne mogu adekvatno da se formiraju [37–39].

- *Primarni deficit: poremećaj bazične neurosomatske homeostaze.* Rani hronični stres i deficit nege uslovljavaju: 1) hiperaktivaciju insule — poremećaj interoceptije i emocionalne svesnosti; 2) disfunkciju cerebelarnih sistema — narušava se koordinacija emocija, pažnje i vremena reakcije; 3) trajnu aktivaciju hipotalamo-hipofizno-nadbubrežne osovine (režim hroničnog stresa) — povišen nivo kortikoliberina (CRH), disregulacija cirkadijalnog ritma kortizola, *daun (down)* regulacija GR/MR-receptora; 4) vegetativnu rigidnost — niska varijabilnost srčanog ritma, smanjena funkcija ventralnog vagusa (što otežava samoregulaciju kroz socijalnu interakciju) i hiperaktivnost dorzalnog vagusa (reakcije „zamrzavanja” i disocijacije).
- *Sekundarni deficit: narušen sistem vezanosti i motivacije.* Smanjenje gustine dopaminskih D2-receptora u *nucleus accumbens*-u (NAc) vodi anhedoniji, apatiji ili, obrnuto, težnji ka ekstremnim stimulusima. Smanjenje oksitocinskih receptora u amigdali i NAc sprečava formiranje sigurne vezanosti.
- *Tercijarni deficit: nedovoljan razvoj viših integrativnih funkcija.* Kao rezultat prethodnih smetnji dolazi do smanjenja volumena hipokampusa i prefrontalnog korteksa, anomalija *corpus callosum*-a, kao i fragmentacije velikih neuronskih mreža: DMN (mreža podrazumevanog režima) — odsustvo stabilnog doživljaja sebe u vremenu; CEN (centralna izvršna mreža) — deficit planiranja, kontrole impulsa, radne memorije; SN (mreža istaknutosti) — neutralni stimuli percipiraju se kao pretnja.

Na molekularnom nivou gore opisanu patologiju učvršćuju sledeći mehanizmi: 1) hipermetilacija

gena NR3C1, OXTR i GABA sistema izaziva trajno prestrajanje sistema na rad u režimu stresa; 2) hronično nizak nivo neurotrofnog moždanog faktora smanjuje neuroplastičnost i sposobnost mozga za učenje i oporavak; 3) dominacija neuronskih kola „za preživljavanje” nad socijalnim i integrativnim.

Na [Slici 4](#) je prikazano kako konstitutivna trauma narušava konsekvantno sazrevanje mozga. Počev od poremećaja bazične neurotelesne homeostaze, ona čini nemogućim normalno formiranje sistema vezanosti i motivacije, što se katastrofalno odražava na razvoj viših integrativnih funkcija.

Epigenetika i narušavanje neuroplastičnosti deluju kao prožimajući mehanizam koji „cementira” poremećaje u svim prethodnim fazama i čini patološku organizaciju mozga trajnom. Krajnji rezultat ovih procesa nije samo skup simptoma, već sistemski dezintegrisana ličnost, što se manifestuje u vidu teških poremećaja samoregulacije, identiteta i međuljudskog funkcionisanja.

Diferencijalna dijagnostika u odnosu na sve ostale tipove traume

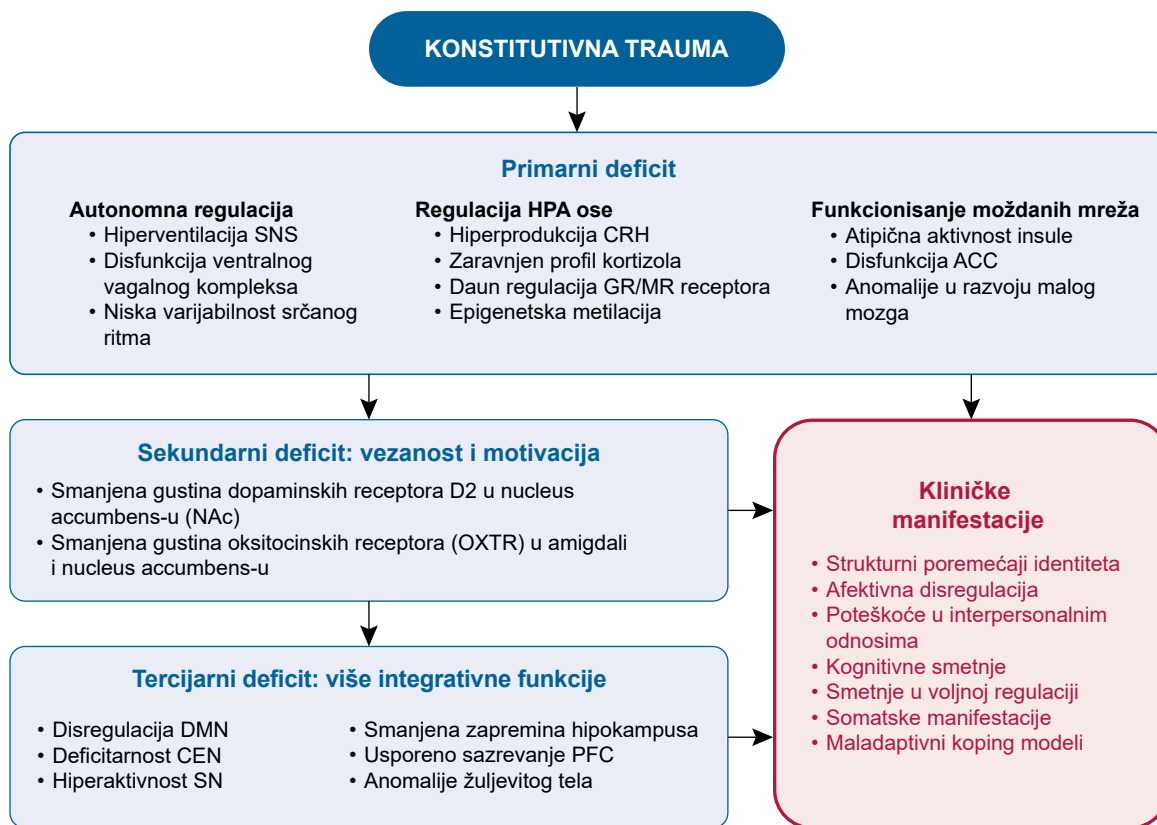
Za razliku od drugih tipova trauma, kod konstitutivne traume sama struktura ličnosti je traumatska. Simptomi nisu posledica oštećenja, već manifestacija izvorno deficitarne organizacije ličnosti. Ovo nije „zdrava osoba koja je preživela traumu”, već „ličnost oblikovana traumom”. Konstitutivnu traumu od drugih vrsta trauma razlikuju sledeći znaci:

- izvorno deficitarna, a ne oštećena struktura Ega;
- odsustvo premorbidnog normalnog funkcionisanja;
- strukturna disocijacija ličnosti kao bazična arhitektura;
- odsustvo kontinuiranog autobiografskog pamćenja od ranog detinjstva.

Stoga konstitutivnu traumu možemo smatrati kompleksnim poremećajem neuroontogeneze, koji zahteva višeslojni terapijski pristup usmeren na konsekvantno popunjavanje strukturnih deficita putem dugotrajne „rekonfiguracije” mozga odozdo na više. Plan psihoterapije uključuje sledeće mete:

- stabilizacija, formiranje stanja bazične sigurnosti;
- formiranje pouzdanih i stabilnih unutrašnjih objekata;
- razvoj mentalizacije i refleksivne funkcije;
- razvoj sposobnosti za samoregulaciju afekta i autonomno održavanje unutrašnje stabilnosti;
- formiranje konstantnosti objekta i emocionalne predvidivosti odnosa;
- formiranje celovite slike o sebi.

Konstitutivna trauma predstavlja glavni faktor rizika za formiranje granične strukture ličnosti i predstavlja najveći izazov u trauma terapiji. Za razliku od ostalih tipova, konstitutivna trauma se ne može



Slika 4. Patogenetski model konstitutivne traume

potpuno izlečiti, jer pojedine strukture nisu sazrele u kritičnim razvojnim periodima, a mozak više ne može da se vrati u taj „prozor plastičnosti“. Međutim, ova trauma u dugoročnoj psihoterapiji može se u značajnoj meri kompenzovati, čineći pacijenta relativno funkcionalnim, stabilnim i emocionalno zrelim. Za rad sa ovom vrstom traume preporučujemo psihoanalitičku psihoterapiju u kombinaciji sa katatimskom imaginativnom psihoterapijom.

Kod rada sa konstitutivnim traumama, gde je patologija utemeljena na nivou reorganizacije bazičnih neurosomatskih mreža, farmakoterapija pokazuje nisku efikasnost, jer ne može da utiče na uzrok — disfunkcionalne obrasce memorije i afektivne regulacije. Njena uloga se ograničava palijativnim smanjenjem simptomatologije, ne dopirući do etiološkog jezgra poremećaja.

Klinički slučaj: konstitutivna trauma

Anamneza

Pacijentkinja stara 35 godina, udata. U trenutku obraćanja: generalizovana anksioznost, apatija, deficit volje, poteškoće sa separacijom od roditeljskih figura i profesionalnom ostvarenosti.

Dijagnostička konceptualizacija

Klinička slika identifikovana je kao konstitutivna trauma. Ključni dijagnostički markeri:

- difuzni identitet;
- razvijen Lažni Self;
- narcistička problematika;
- hronična anksioznost;
- deficit voljne regulacije;
- nestabilno samopouzdanje.

Terapijski proces

Rad u trajanju od 90 seansi jednom nedeljno po 50 minuta obuhvatio je sledeće ciljeve:

- formiranje iskustva prihvatanja bez vrednovanja i osuđivanja u terapijskom odnosu;
- popuštanje maničnih odbrana i uspostavljanje kontakta sa potisnutim negativnim emocijama;
- legitimizacija prava na granice i samoizražavanje;
- ponovno uspostavljanje kontakta sa agresijom kao markerom postojanja Ja i resursom za završetak separacije;
- separacija od roditeljskih figura;
- rad sa narcističkom problematikom;
- razvoj Pravog Selfa;
- formiranje profesionalnog identiteta.

Rezultati

- Pacijentkinja je prestala da prezentuje Lažni „idealni” Self i poriče kod sebe postojanje psiholoških problema.
- Popustile su manične odbrane, što je omogućilo pristup prethodno potisnutim negativnim emocijama.
- Značajno je smanjena anksioznost.
- Samopouzdanje je stabilizovano.

U trenutku pisanja ovog rada psihoterapija se nastavlja, sa fokusom na terapijske ciljeve označene u stavkama 4–8.

Zaključak

Ovaj slučaj pokazuje da kod konstitutivne traume terapija orijentisana na postepeno slabljenje Lažnog Selfa i obnavljanje kontakta sa Pravim Selfom dovodi do trajnog smanjenja anksioznosti, stabilizacije samopouzdanja i pojave voljne regulacije čak i uz dalje prisustvo umerene narcističke problematike. Ključni terapijski faktor bilo je konsekvantno stvaranje novog iskustva prihvatanja bez osuđivanja, kao i interpretacije manifestacija mehanizama odbrane i scenarija Lažnog Selfa. Ovo je pacijentkinji omogućilo da započne proces realne separacije i formiranja autonomnog identiteta. Na taj način, slučaj demonstrira mogućnost zadovoljavajuće kompenzacije konstitutivne traume i naglašava neophodnost dugoročne (od dve godine i više) terapije za postizanje strukturnih promena ličnosti.

Diskusija

Predloženi kauzalni model psihotrauma produbljuje i diferencira postojeće dijagnostičke modele psihotrauma, omogućavajući prelazak sa sindromskih dijagnoza na patogenetski obrazloženu klasifikaciju.

Integracija sa MKB-11

PTSP

Slika posttraumatskog stresnog poremećaja odgovara fenotipu vitalne traume: ponovno proživljavanje, izbegavanje i hiperpobudnost svedoče o narušenom sistemu bezbednosti i fiksaciji na pretnji. Neurobiološki podaci (hiperaktivacija amigdale, disregulacija HPA ose) potvrđuju ovaj mehanizam. Tipologija omogućava diferencijaciju lokalnih i generalizovanih formi PTSP-a, što je važno za prognozu i izbor taktike terapije.

Kompleksni PTSP

K-PTSP obuhvata posledice konstitutivne i invazivne traume, često u njihovoj kombinaciji. Kriterijum „narušene samoorganizacije”, centralan za K-PTSP,

predstavlja kliničku manifestaciju deficita bazičnih struktura Ega, karakterističnog za konstitutivnu traumu. Komponente ovog poremećaja kao što su afektivna disregulacija, negativni self koncept i poteškoće u odnosima direktno proističu iz mehanizama oštećenja kod datog tipa traume. Istovremeno, disocijativna simptomatologija koja često prati K-PTSP oslikava mehanizam invazivne traume — proboj granica i dalju fragmentaciju.

Poremećaji vezivanja

U dečjem uzrastu poremećaji vezivanja predstavljaju direktnu posledicu konstitutivne traume, jer njihovo etiološko jezgro čini deficit ili izobličenje ranih odnosa sa negujućom figurom.

Integracija sa DSM-5

PTSP

DSM-5 tumači PTSP šire nego MKB-11, obuhvatajući situacije tipične za invazivnu traumu (npr. seksualno nasilje). Međutim, bazična klinička struktura PTSP-a ostaje najsrodnija vitalnoj traumi.

Granični poremećaj ličnosti

GPL može se konceptualizovati kao teška posledica konstitutivne traume, često otežana znakovima invazivne traume. Afektivna nestabilnost, poremećaji identiteta, haotični odnosi i disocijacija predstavljaju kliničke manifestacije deficita struktura Ega i narušenih granica, opisanih u našoj tipologiji.

Klinički značaj integracije

Integracija kauzalne tipologije sa MKB-11 i DSM-5 stvara most između standardne dijagnoze i patogenetski obrazložene terapije. Standardna dijagnoza (npr. 6B41 „Kompleksni PTSP”) odgovara na pitanje „šta?”, dok tipološka analiza (npr. „konstitutivna trauma sa elementima invazivne”) odgovara na pitanja „zašto?” i „kako?”. Ovo omogućava prelazak sa simptomocentričnog na etiotropno i prilagođeno lečenje.

Kliničke prednosti integracije

- *Fokus na mehanizme* — od simptoma ka razumevanju mehanizama njihovog nastajanja.
- *Individualizacija terapije* — izbor metoda u skladu sa tipom i težinom traume.
- *Prognostička vrednost* — prognozu određuje tip traume, a ne nozološka kategorija.
- *Razumevanje komorbiditeta* — komorbiditet se posmatra kao tipično udruživanje tipova trauma.
- *Teorijski kontinuitet* — različiti modeli se objedinjuju u jedinstven patogenetski sistem.

Predložena tipologija zadržava prednosti standardizovanih dijagnostičkih sistema, dopunjujući ih dubinskim objašnjenjem mehanizama psihotraume i stvarajući osnovu za istinski prilagođenu psihoterapiju.

Ograničenja

Predloženi model i zaključci imaju niz ograničenja. Prvo, zasnovani su na retrospektivnoj analizi kliničkih slučajeva i teorijskoj sintezi, što ne dozvoljava izvođenje zaključaka o uzročno-posledičnoj vezi u istoj meri kao u randomizovanim kontrolisanim istraživanjima. Drugo, procena efikasnosti u opisanim slučajevima vršena je klinički, ali bez primene *double-blind* metoda. Treće, model zahteva dalju operacionalizaciju i validaciju na većim i raznovrsnijim kliničkim uzorcima.

Uprkos ovim ograničenjima, predložena tipologija predstavlja heuristički sistem za kliničko razmišljanje i zahteva dalju empirijsku proveru. Navedena ograničenja ne umanjuju glavnu prednost modela — njegovu sposobnost da prebaci kliničko razmišljanje iz sindromske u kauzalnu ravan. Predloženi okvir otvara nove perspektive za prilagođenu terapiju traume i služi kao osnova za razvoj ciljanih terapijskih protokola.

Perspektive istraživanja i provera hipoteze

Predložena kauzalna tipologija predstavlja heurističku kliničku hipotezu. Njena validnost i praktična vrednost moraju biti potvrđene u daljim istraživanjima. Predlažemo sledeći plan njene postepene provere:

1. Operacionalizacija i kreiranje dijagnostičkog instrumenta: razvoj strukturisanog kliničkog intervjua ili skrining upitnika za utvrđivanje dominantnog tipa traume prema mehanizmu dezintegracije. Ovo će omogućiti procenu pouzdanosti dijagnoze između različitih ocenivača.
2. Empirijska validacija na reprezentativnim uzorcima: sprovođenje studija preseka za proveru hipoteza o specifičnim neurobiološkim profilima (pomoću EEG, fMRI, hormonskih analiza) i psihometrijskim obrascima (korišćenjem baterija testova afektivne regulacije, disocijacije, poremećaja ličnosti) za svaki tip.
3. Provera prognostičke i terapijske validnosti: sprovođenje randomizovanih kontrolisanih istraživanja u kojima bi se poredila efikasnost terapije usmerene na identifikovani tip traume (prema našem modelu) sa efikasnošću standardizovanih protokola u lečenju PTSP-a i K-PTSP-a.

Zaključak

U ovom radu predstavljena je i obrazložena nova klinička hipoteza — kauzalna tipologija psihotrauma prema mehanizmu dezintegracije Ega. Smatramo da ista može služiti kao efikasan sistem za konceptualizaciju slučajeva, prebacujući mišljenje kliničara iz sindromske u patogenetsku ravan i pružajući logičnu šemu za izbor terapijskih meta. Ako se hipoteza za potvrdi u budućim istraživanjima, to će otvoriti put ka principijelno novom nivou prilagođavanja terapije traume. Plan empirijske provere predložen u odeljku „Diskusija” daje konkretne smernice za realizaciju ovog potencijala.

Korišćena literatura

1. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry*. 2005;162(2):214–227. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>.
2. Steenkamp MM, Litz BT, Hoge CW, Marmar CR. Psychotherapy for military-related PTSD: a review of randomized clinical trials. *JAMA*. 2015;314(5):489–500. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.8370>.
3. Resick PA, et al. A critical evaluation of the complex PTSD literature: implications for DSM-5. *J Trauma Stress*. 2012;25(3):241–251. <https://doi.org/10.1002/jts.21699>.
4. Brewin CR. Complex post-traumatic stress disorder: a new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Adv*. 2019;26(3):145–152. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.48>.

5. Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Strain J, Horowitz M, Spiegel D. Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011;28(9):737–749. <https://doi.org/10.1002/da.20845>.
6. Ressler KJ, et al. Post-traumatic stress disorder: clinical and translational neuroscience from cells to circuits. *Nat Rev Neurosci*. 2022;23:185–201. <https://doi.org/10.1038/s41582-022-00635-8>.
7. Weber DA, Reynolds CR. Clinical perspectives on neurobiological effects of psychological trauma. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2024;20:1–14. <https://doi.org/10.1023/B:NERV.0000028082.13778.14>.
8. Фрейд З. Я и Оно. М.: Просвещение; 1990. С. 425–439.
9. Тор ЮН. Интегральная каузальная психотерапия. Грани психотерапии. 2023;2(4):1–19. <https://aipp.education/wp-content/uploads/2023/07/GP-24-2023.pdf>.
10. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat Rev Neurosci*. 2016;17(10):652–666. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.111>.
11. Lethaby C, Gerrans P. Self unbound: ego dissolution in psychedelics experience. *Neurosci Conscious*. 2017;3(1):nix016. <https://doi.org/10.1093/nc/nix016>.
12. Yehuda R, LeDoux J. Response variation following trauma: a translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron*. 2007;56(1):19–32. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2007.09.006>.
13. Porges SW. Polyvagal theory: a science of safety. *Front Integr Neurosci*. 2022;16:871227. <https://doi.org/10.3389/fnint.2022.871227>.
14. McEwen BS, Akil H. Revisiting the stress concept: implications for affective disorders. *J Neurosci*. 2020;40(1):12–21. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0733-19.2019>.
15. Yehuda R, et al. Holocaust exposure induced intergenerational effects on FKBP5 methylation. *Biol Psychiatry*. 2016;80(5):372–380. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.08.005>.
16. Fragkaki I, et al. Post-traumatic stress disorder under ongoing threat: a review of neurobiological and neuroendocrine findings. *Eur J Psychotraumatol*. 2016;7:30915. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30915>.
17. Theodoratou M, et al. Neuropsychological consequences of massive trauma: implications and clinical interventions. *Medicina (Kaunas)*. 2023;59(12):2128. <https://doi.org/10.3390/medicina59122128>.
18. Shin LM, Liberzon I. The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35(1):169–191. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.83>.
19. Sherin JE, Nemeroff CB. Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13(2):263–278. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.2/jshein>.
20. Daskalakis NP, McGill MA, Lehrner A, Yehuda R. Endocrine aspects of PTSD: hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis and beyond. In: *Handbook of Clinical Neurology*. Vol 182. Elsevier; 2023. p. 129–148.
21. Pitman RK, Rasmusson AM, Koenen KC, Shin LM, Orr SP, Gilbertson MW, et al. Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nat Rev Neurosci*. 2012;13(11):769–787. <https://doi.org/10.1038/nrn3339>.
22. Garfinkel SN, Liberzon I. Neurobiology of PTSD: a review of neuroimaging findings. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(8):112–120. <https://doi.org/10.3928/00485713-20090527-01>.
23. Lanius RA, et al. Emotion modulation in PTSD: clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry*. 2009;167(6):640–650. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081168>.
24. Delahanty D, Glover D, Golier J. Neurobiology of memory and dissociation in trauma survivors. *Ann N Y Acad Sci*. 2004;1032:183–185. <https://doi.org/10.1196/annals.1314.016>.
25. Lebois LAM, et al. A review of the neurobiological basis of trauma-related dissociation. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(12):98.
26. Sleight FG, et al. A novel ego dissolution scale: a construct validation study. *Conscious Cogn*. 2023;108:103474. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2023.103474>.
27. Lanius RA, Vermetten E, Pain C, editors. *The impact of early life trauma on health and disease: the hidden epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511777042>.
28. Basso JC, et al. Dissociation and other trauma symptomatology are linked to imbalance in the competing neurobehavioral decision systems. *Front Psychol*. 2023;14:1317088. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1317088>.
29. Frewen P, Lanius R. *Healing the traumatized self: consciousness, neuroscience, treatment*. New York: W.W. Norton; 2015.
30. Тор ЮН, Русина НА, Маковеева ПС, Швецова СВ. Этиотропная психотерапия депрессии через переработку неинтегрированной агрессии: подход в рамках интегральной каузальной психотерапии. *Psychotherapy Science Today*. 2025;1(1):13–21. <https://doi.org/10.64435/spes8434>.
31. O'Connor MF, et al. Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. *NeuroImage*. 2008;42(2):969–977. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2008.04.256>.
32. O'Connor MF. Grief: a brief history of research on how body, mind, and brain adapt. *Psychosom Med*. 2019;81(8):731–738. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000717>.
33. Shear MK. Complicated grief. *N Engl J Med*. 2015;372(2):153–160. <https://doi.org/10.1056/NEJMcpl315618>.
34. Northoff G, et al. Self-referential processing in our brain: a meta-analysis of imaging studies on the self. *NeuroImage*. 2005;31(1):440–457. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2005.12.002>.
35. Gündel H, O'Connor MF, Littrell L, Fort C, Lane RD. Functional neuroanatomy of grief: an fMRI study. *Am J Psychiatry*. 2003;160(11):1946–1953. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.11.1946>.
36. Chamberlain SR. Traumatic dissociation: neurobiology and treatment. *Am J Psychiatry*. 2007;164(12):1789–1795. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07081290>.
37. Schore AN. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J*. 2003;22(1–2):7–66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N).
38. Danese A, McEwen BS. Adverse childhood experiences, allostatic load, and age-related disease. *Physiol Behav*. 2012;106(1):29–39. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.08.019>.
39. van Harmelen AL, van Tol MJ, Dalgleish T, van der Wee NJ, Veltman DJ, Aleman A, et al. Hypoactive medial prefrontal cortex functioning in adults reporting childhood emotional maltreatment. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2014;9(12):2026–2033. <https://doi.org/10.1093/scan/nsu008>.

Agresija kao ključni patogenetski faktor depresije: empirijsko istraživanje

Natalija A. Rusina^{1*}, Polina S. Makovejeva², Svetlana V. Švecova³

¹ Akademija za integralnu psihodinamsku psihoterapiju, Moskva, Rusija.

² Prva gradska klinička bolnica „E. E. Volosevič“, Arhangel'sk, Rusija.

³ Katedra za medicinsku kibernetiku, Državni medicinski univerzitet u Jaroslavlju, Jaroslavl, Rusija.

Apstrakt

Cilj: Ovo pilot istraživanje usmereno je na empirijsko proučavanje agresije kao centralnog mehanizma u etiologiji depresije i procenu njene veze sa izraženošću depresivne simptomatologije.

Metod: U istraživanju su učestvovala tri grupe: pacijenti sa depresivnim poremećajima (F32.00, F33.00, F33.11 prema MKB-10), lečeni isključivo medikamentnom terapijom (grupa 1, N = 30); pacijenti lečeni isključivo nemedikamentnom psihoterapijom (grupa 2, N = 18); kao i kontrolna grupa uslovno zdravih ispitanika (N = 30). Za procenu su korišćeni: *Bekova skala depresije (BDI)*, *Upitnik agresivnosti L. G. Počebut* i *Skale psihološkog blagostanja K. Rif*. Statistička obrada uključivala je Mann-Whitney U-test, Vilkoksonov test, Spirmanovu korelaciju rangova, regresionu analizu.

Rezultati: Pacijenti sa depresivnim poremećajima pokazali su statistički značajno viši nivo autoagresije i ukupne agresivnosti u poređenju sa kontrolnom grupom, kao i sniženo mentalno blagostanje. Regresiona analiza je potvrdila da je ukupan nivo agresije statistički značajno povezan sa izraženošću depresivne simptomatologije i može se smatrati potencijalnim prediktorom izraženosti depresivne simptomatologije. Nasuprot tome, emocionalna agresija je negativno povezana sa težinom depresije, što govori o suzbijanju afekata pri pogoršanju poremećaja. U grupi lečenoj psihoterapijom primećeno je značajno smanjenje depresivnih simptoma i poboljšanje emocionalnog stanja sa diferencijalnim efektima u zavisnosti od nivoa organizacije ličnosti (neurotični vs. granični).

Zaključci: Agresija se može posmatrati kao jedan od ključnih psiholoških mehanizama formiranja i održavanja depresivnih poremećaja i povezana je sa težinom kognitivno-afektivnih i somatskih simptoma. Ciljan psihoterapijski rad sa suzbijenom agresijom pokazao je perspektivnu kliničku efikasnost u okviru ovog pilot istraživanja, dovodeći do statistički značajnog smanjenja depresivne simptomatologije i jačanja pokazatelja samoregulacije i odnosa prema sebi. Dobijeni podaci naglašavaju potrebu uključivanja dijagnostike i obrade autoagresije u protokole lečenja depresije.

Ključne reči: depresija, autoagresija, integralna kauzalna psihoterapija, suzbijena agresija, psihološko blagostanje, psihoterapija depresije.

Primljeno: 20. decembra 2025.
Prihvaćeno: 22. januara 2026.
Objavljeno: 1. marta 2026.

Za citiranje: Rusina NA, Makovejeva PS, Švecova SV. Agresija kao ključni patogenetski faktor depresije: empirijsko istraživanje. *Psychotherapy Science Today*. 2(2):21-27. <https://doi.org/10.64435/ruob9440>



© Author(s), CC BY-NC 4.0

Uvod

Povezanost depresivne simptomatologije i različitih oblika autoagresije razmatra se u okviru teorijskih modela u psihodinamskoj psihoterapiji i potvrđuju je brojna klinička zapažanja. Još u klasičnim psihoanalitičkim delima depresija se posmatrala kao rezultat introjekcije izgubljenog ili frustrirajućeg objekta i preusmeravanja agresije sa spoljašnjeg objekta na self [1–3]. Prema ovoj logici, depresivno stanje se shvata kao oblik nesvesnog samokažnjavanja, gde se agresivni im-

pulsi, ne nalazeći izlaz u spoljašnjem ponašanju, okreću ka unutra, formirajući autoagresivne tendencije.

Autoagresija kod depresije ima širok spektar oblika — od kognitivnog samounižavanja i hronične samokritičnosti do pasivnih oblika autodestruktivnog ponašanja (namerno ignorisanje sopstvenih potreba, odbijanje brige o sebi, hronično samoobezvređivanje), i predstavlja značajnu i specifičnu komponentu depresije. Nivo pasivne autoagresije statistički

* Korespondentni autor, e-mail: narusina@mail.ru.

značajno je viši kod pacijenata sa depresivnim poremećajima u poređenju sa kontrolnim grupama i delimično posreduje vezu između poremećaja samokontrole i izraženosti depresivne simptomatologije. Ovi podaci nam dozvoljavaju da posmatramo autoagresiju ne kao sekundarnu posledicu depresije, već kao jedan od njenih centralnih psiholoških mehanizama [4–8].

Niz istraživanja ukazuje da su aktivni oblici autoagresije, uključujući nesuicidno samopovređivanje i suicidalne pokušaje, takođe usko povezani sa depresivnom simptomatologijom. Kod pacijenata sa izraženim autoagresivnim i suicidalnim tendencijama utvrđeni su poremećaji serotonergične regulacije, slični onima koji se mogu primetiti kod teških depresivnih stanja. Ovo potvrđuje postojanje zajedničkih neurobioloških mehanizama na kojima počivaju depresija i autoagresija [9–11].

Posebnu pažnju zaslužuje uloga ranih traumatskih iskustava i poremećaja emocionalne regulacije u formiranju autoagresije kod depresije. Istraživanja pokazuju da dečja traumatizacija, hronični stres i deficit sigurne vezanosti povećavaju verovatnoću formiranja autoagresivnih strategija kao načina regulacije afekta, što kasnije doprinosi hronizaciji depresivnih stanja [12]. U tim slučajevima autoagresija obavlja paradoksalnu regulatornu funkciju, smanjujući intenzitet nepodnošljivih emocionalnih stanja prenosom afekta u telesnu ili ponašajnu sferu.

Genetska i bihevioralna istraživanja takođe potvrđuju postojanje zajedničkog mehanizma depresije i autoagresije. Blizanačke studije su pokazale da su interno usmerena agresija i depresivni simptomi delimično uslovljeni zajedničkim genetskim faktorima, međutim, značajan deo varijabilnosti objašnjava se individualnim iskustvom i uticajima sredine [13]. Ovo podvlači važnost psihoterapijskih intervencija usmerenih na obradu autoagresivnih obrazaca.

Na taj način, savremena literatura nas usmerava da autoagresiju posmatramo kao višeslojni fenomen, koji uključuje kognitivne, emocionalne, ponašajne i neurobiološke komponente, usko povezane sa depresivnim stanjima. Autoagresija kod depresije manifestuje se kako u aktivnim oblicima (samopovređivanje, suicidalno ponašanje), tako i u pasivnim (samounižavanje, odbijanje brige o sebi, hronično samokažnjavanje), pri čemu oba oblika doprinose održavanju i pogoršanju depresivne simptomatologije. U slučaju suzbijanja agresije usmerene ka spolja, ona se akumulira i može se usmeriti na sopstvenu ličnost, što obično dovodi do patološkog osećaja krivice, neobjašnjivog straha, neuroza, a u teškim slučajevima i do suicidalnih poriva.

U kontekstu navedenih podataka postavljena je sledeća hipoteza istraživanja: pojačana autoagresivnost je statistički značajno povezana sa izraženošću depresivne simptomatologije i može se smatrati potencijalnim prediktorom kognitivno-afektivnih i somatskih simptoma depresivnih poremećaja, kao i ukupne težine depresivnog stanja.

Uzorak i metode evaluacije

Istraživanje je sprovedeno u periodu od septembra 2023. do decembra 2024. godine i uključivalo je 3 grupe ispitanika: grupa 1 — pacijenti sa dijagnostikovanim depresijom koji primaju medikamentnu terapiju, grupa 2 — pacijenti sa dijagnostikovanim depresijom lečeni nemedikamentnom psihoterapijom, i kontrolna grupa — ispitanici koji nisu u evidenciji u psihijatrijskom dispanzeru i nisu na posmatranju kod psihijatra.

Grupu 1 činilo je 30 pacijenata starosti od 18 do 63 godine, koji primaju medikamentnu terapiju u bolničkim ili ambulantnim uslovima. Ispitivanje pacijenata sprovedeno je na bazi državne budžetske kliničke ustanove Jaroslavske oblasti „Jaroslavskaja regionalna psihijatrijska bolnica”.

Grupu 2 činilo je 18 pacijenata starosti od 24 do 76 godina. Učesnici su regrutovani putem oglasa Akademije za integralnu psihodinamsku psihoterapiju (Moskva, Rusija). Dijagnoze su potvrđene od strane psihijatra korišćenjem strukturisanih kliničkih intervju zasnovanih na kriterijumima MKB-10. Ovim pacijentima je pruženo psihoterapijsko nemedikamentno lečenje depresije, fokusirano na rad sa neobrađenom agresijom, po metodologiji razvijenoj u okviru integralne kauzalne psihoterapije (IKP) na Akademiji za integralnu psihodinamsku psihoterapiju (AIPP).

Kontrolnu grupu je činio uzorak zdravih osoba od 18 do 51 godine, regrutovanih metodom „snežne grudve”.

Svi učesnici su dali informisanu saglasnost, a protokol istraživanja je odobrio Etički komitet Akademije za integralnu psihodinamsku psihoterapiju.

Osnovni fokus istraživanja bio je:

- utvrđivanje i upoređivanje nivoa autoagresije u grupi 1 i kontrolnoj grupi;
- analiza dinamike autoagresije pre i posle lečenja u grupi 2.

Prilikom testiranja korišćene su standardizovane psihološke skale i upitnici: Skale psihološkog blagostanja Kerol Rif [14], Upitnik agresivnosti L. G. Počebut [15], Bekova skala depresije [16], Torov upitnik „Zadovoljstvo dinamikom promena u ključnim oblastima života”. U statističkoj obradi rezultata primenjeni su Mann-Whitney U-test, Vilkinsonov test, Spirmanova korelacija rangova, regresiona analiza.

Rezultati i diskusija

Komparativna analiza podataka grupe 1 i kontrolne grupe otkrila je da su pokazatelji fizičke agresije*, autoagresije, ukupnog skora agresije i depresije (kognitivna, somatska i ukupni skor) viši u grupi 1. Ova grupa se odlikovala sledećim karakteristikama:

- stabilna negativna uverenja o sopstvenoj ličnosti, praćena tendencijom usmeravanja agresije ka unutra — na sopstveno Ja, kao i destruktivnim odnosom prema okruženju;
- izraženi poremećaji afektivnog stanja i iskripljena slika o sebi, značajno različita od pokazatelja u kontrolnoj grupi;
- nizak nivo samoprihvatanja, očekivanje kazne, neodlučnost i subjektivni doživljaj socijalne otuđenosti;

- somatske komponente depresivne simptomatologije, uključujući poremećaje spavanja, pojačan umor, hiperfokusiranje na zdravstveno stanje i izgled.

Posmatrane zajedno, ove manifestacije ukazuju da osobe sa depresivnim poremećajima doživljavaju egzistencijalnu prazninu i osećaj manje vrednosti, praćen sklonošću ka autoagresivnom odnosu i ponašanju.

Poređenje grupe 1 i kontrolne grupe

Pokazatelji mentalnog blagostanja i zadovoljstva u ključnim sferama života bili su statistički značajno viši u kontrolnoj grupi (**Tabela 1**). Pacijente sa depresivnim poremećajima odlikovala je veća socijalna izolacija i frustriranost u međuljudskim odnosima, manji broj odnosa zasnovanih na poverenju,

Pokazatelji	Srednja vrednost kod pacijenata iz grupe 1	Srednja vrednost kod zdravih ispitanika (kontrolna grupa)	p-level
Fizička agresija	2,53	1,40	p<0,01
Autoagresija	6,63	4,77	p<0,01
Ukupni skor agresije	18,87	15,80	p<0,05
Kognitivno-afektivna skala	22,73	9,00	p<0,001
Skala somatskih simptoma	10,97	5,90	p<0,001
Ukupni skor depresije	33,70	14,90	p<0,001
Pozitivni odnosi	53,63	60,13	p<0,05
Upravljanje okolinom	46,17	52,93	p<0,01
Lični rast	53,77	63,60	p<0,001
Životni ciljevi	46,60	60,80	p<0,001
Samoprihvatanje	39,27	55,57	p<0,001
Psihološko blagostanje	290,97	346,33	p<0,001
Raspoloženje	-1,03	-0,30	p<0,05
Fizičko blagostanje	-0,73	-0,23	p<0,01
Sigurnost u sebe	-1,40	-0,10	p<0,001
Odnos sa partnerom	-0,63	-0,10	p<0,01
Odnosi u porodici	-0,57	0,30	p<0,01
Odnosi sa okolinom	-0,47	-0,03	p<0,01
Profesionalna sfera/školoavanje	-0,97	0,00	p<0,001
Primanja	-1,20	0,03	p<0,001
Uživanje u životu	-1,17	-0,13	p<0,001
Očekivanja od budućnosti	-1,03	0,17	p<0,001

Tabela 1. Poređenje pokazatelja skala kod pacijenata sa depresivnim poremećajima i kontrolne grupe prema Mann-Whitney U-testu

* Pokazatelj „Fizička agresija” u upitniku L.G. Počebut marker je neintegrisane agresije i ne meri ponašanje kao takvo, već afektivno-motoričku predispoziciju i nivo aktivacije agresivno-motoričkog sistema.

kao i teškoće u organizaciji svakodnevne aktivnosti i subjektivnim osećajem nesposobnosti da utiču na okolnosti sopstvenog života. U poređenju sa zdravim ispitanicima, oni su u manjoj meri osećali da se ostvaruju i razvijaju. Karakteristična je i dosada, gubitak interesovanja za život, doživljaj da nisu u stanju da izgrade nove odnose ili promene ponašajne obrasce, smanjena usmerenost na ciljeve i deficit životnih ciljeva i namera. Pored toga, pacijenti nisu nalazili smislaone orijentire u svom prošlom iskustvu i nisu imali stabilne predstave o perspektivama i vrednostima koje određuju smisao života; u većoj meri su doživljavali nezadovoljstvo sobom i izraženu anksioznost oko sopstvenih ličnih kvaliteta.

Regresiona analiza: veza agresije i depresije

Od velikog značaja za razumevanje veze agresije i depresije bili su rezultati regresione analize, pomoću koje je procenjen doprinos pokazatelja agresije i mentalnog blagostanja ukupnom nivou depresije, kao i njenim kognitivnim i somatskim komponentama. U **Tabeli 2** predstavljeni su podaci koji odražavaju doprinos agresije depresivnoj simptomatologiji, kao najznačajniji za zadatak psihoterapijske interpretacije. Takođe je izvršena i analiza skala K. Rif.

Rezultati regresione analize otkrivaju kako različiti pokazatelji agresije (prema upitniku Počebut) utiču na izraženost depresije (prema Bekovoj skali). Podaci predstavljeni u **Tabeli 2** pokazuju da nisu sve vrste agresije jednako povezane sa depresijom, a posebno je zanimljiva uloga emocionalne (često suzbijene) agresije. Ključni zaključci ovde mogu biti sledeći:

1. Ukupni skor agresije statistički značajno je povezan sa izraženošću depresivne simptomatologije. Ovo se odnosi kako na kognitivno-afektivne simptome (osećaj krivice, beznađe, nisko samopouzdanje), tako i na somatske simptome (umor, poremećaji spavanja, promene apetita). Ukupni skor agresije je zbirni pokazatelj koji uključuje i spoljašnje i unutrašnje manifestacije. Njegova jaka veza sa depresijom govori u korist hipoteze da neizražena, suzbijena agresija može biti posmatrana kao psihološki faktor rizika povezan sa pogoršanjem depresivnih manifestacija. Organizam troši ogromne resurse na suzdržavanje agresivnih impulsa, što dovodi do iscrpljenosti, krivice i somatizacije — neposrednih simptoma depresije.
2. Pokazatelj „Emocionalna agresija” negativno korelira sa ukupnim skorom depresije, kao i sa težinom depresije. Ovaj pokazatelj u upitniku Počebut odražava emocionalno otuđenje u komunikaciji sa drugim ljudima, praćeno sumnjičavošću, hostilnošću, antipatijom ili neblagonaklonošću prema njima. Dobijeni podaci ukazuju da viši nivo svesnih agresivnih emocija (bes, iritacija) korelira sa slabije izraženom depresijom, i obrnuto — što je teža depresija, to se slabije ispoljava ovaj tip agresije. Ovo nas navodi na pretpostavku da je kod teške depresije aktiviran mehanizam suzbijanja agresije. Sa produbljivanjem depresije raste apatija, anhedonija i emocionalna utrnulost. Agresivni impulsi ne nestaju, ali prestaju da se svesno doživljavaju kao bes. Oni se suzbijaju — potiskuju iz svesti

Agresivnost	Nivo depresije	p-vrednost
<i>Ukupni skor depresije</i>		
Ukupni skor agresije	0,615163	0,000086
Emocionalna agresija	-0,295086	0,033679
p-vrednost regresionog modela	0,000000005	
<i>Kognitivno-afektivna skala</i>		
Ukupni skor agresije	0,410217	0,044901
p-vrednost regresionog modela	0,0000000014	
<i>Somatizacija depresije</i>		
Ukupni skor agresije	0,520390	0,000317
p-vrednost regresionog modela	0,0000000110	

Tabela 2. Veza pokazatelja agresivnosti (test Počebut) i nivoa depresije (Bekova skala)

i traže izlaz kroz druge, destruktivnije oblike: autoagresiju i somatizaciju. Tako, u ovom slučaju, smanjenje svesnih agresivnih osećanja može biti odraz mehanizama suzbijanja afekta, koje često uočavamo kod pogoršanja depresivnih stanja.

3. Suzbijena agresija različito utiče na psihičke i somatske simptome depresije. Ukupan nivo agresije statistički značajno je povezan sa težinom depresivne simptomatologije i može doprinosti kako kognitivno-afektivnim, tako i somatskim komponentama depresije. Pri tome je zanimljiv patogenetski mehanizam ovih veza, koji je verovatno različit. Kada je reč o kognitivno-afektivnim simptomima (osećaj krivice, nisko samopouzdanje, pesimizam), visoka agresivnost, po našoj pretpostavci, deluje preko mehanizma interiorizacije i okretanja agresije ka sopstvenoj ličnosti. Budući da se ne izražava spolja, agresija se transformiše u stabilne negativne kognitivne šeme i afektivne doživljaje karakteristične za depresivni afekt.

Grupa 2: rezultati psihoterapije

Jednako su zanimljivi i rezultati poređenja psiholoških pokazatelja u grupi 2 pre i posle psihoterapije.

* Prema klasifikaciji Otoa Kernberga [18].

pije fokusirane na integraciju suzbijene agresije. Nakon psihoterapije kod 83% učesnika (N=15) zabeležena je klinička remisija, a kod preostalih 17% (N=3) — statistički značajno smanjenje težine simptomatologije. Pri tome, kod pacijenata sa neurotičnom organizacijom ličnosti (N=9), u svim slučajevima u okviru ove podgrupe (100% pacijenata sa neurotičnom organizacijom ličnosti) zabeležena je klinička remisija depresivne simptomatologije. Među pacijentima sa graničnom organizacijom ličnosti, koji čine drugu polovinu uzorka (N=9), 67% učesnika dostiglo je remisiju, a 33% pokazalo smanjenje težine simptoma [17].

Podaci prikazani u [Tabelama 3 i 4](#) pokazuju statistički značajan pozitivan efekat sprovedene psihoterapije u obe podgrupe: kod pacijenata sa neurotičnom i graničnom organizacijom ličnosti*. Konkretno, dobijeni podaci omogućavaju sledeće zaključke.

1. Ukupni pozitivan efekat, primećen u obe podgrupe: terapija je dovela do značajnog smanjenja kako kognitivno-afektivne komponente depresije (osećaj krivice, pesimizam), tako i do poboljšanja ukupnog emocionalnog stanja, što se odrazilo u pozitivnoj dinamici pokazatelja raspoloženja.

Grupa pacijenata na psihoterapijskom lečenju (neurotična organizacija ličnosti)	Srednja vrednost pre psihoterapije	Srednja vrednost posle psihoterapije
Kognitivno-afektivna skala depresije	11,00	6,43
Raspoloženje	0,00	1,29
Sigurnost u sebe	-0,29	1,00

Napomena: $p < 0,05$.

Tabela 3. Poređenje pokazatelja skala kod pacijenata sa neurotičnom organizacijom ličnosti pomoću Vilkoksonovog testa, pre i posle psihoterapije

Grupa pacijenata na psihoterapijskom lečenju (granična organizacija ličnosti)	Srednja vrednost pre psihoterapije	Srednja vrednost posle psihoterapije
Upravljanje okolinom	43,86	50,57
Samoprihvatanje	43,29	50,14
Kognitivno-afektivna skala depresije	15,71	9,43
Ukupni skor depresije	24,86	15,14
Raspoloženje	-0,71	0,86

Napomena: $p < 0,05$.

Tabela 4. Poređenje pokazatelja skala kod pacijenata sa graničnom organizacijom ličnosti pomoću Vilkoksonovog testa, pre i posle psihoterapije

2. Diferencijalni efekat u zavisnosti od strukture ličnosti: analiza otkriva kvalitativne razlike u terapijskom odgovoru, što naglašava važnost uzimanja u obzir nivoa organizacije ličnosti. Kod pacijenata sa neurotičnom organizacijom ličnosti terapija je dovela do značajnih pozitivnih promena u sferi odnosa prema sebi i bazičnog afekta: pokazatelj sigurnosti u sebe povećao se sa negativne vrednosti (-0,29) na pozitivnu (1,00), što svedoči o prevazilaženju osećaja nesigurnosti karakterističnog za depresiju i formiranju stabilnijeg samopouzdanja. Pacijenti sa očuvanom (neurotičnom) strukturom ličnosti očigledno su u većoj meri uspeli da integrišu suzbijena agresivna osećanja. Ovo se direktno odrazilo na poboljšanje njihove samopercepcije i emocionalnog stanja. Kod pacijenata sa graničnom organizacijom ličnosti porastao je pokazatelj „Upravljanja okolinom” (sa 43,86 na 50,57), što ukazuje da su pacijenti počeli da se osećaju kompetentnije i sposobnije da utiču na svoj život; značajno se povećao pokazatelj „Samoprihvatanja” (sa 43,29 na 50,14), što govori o smanjenju intenziteta cepanja i formiranju integrisanije i manje osuđujuće slike o sebi.
3. Predstavljeni podaci empirijski potvrđuju kliničku efikasnost psihoterapije usmerene na obradu neintegrisane agresije u lečenju depresije. Pri tome je kod neurotičnih pacijenata terapija u većoj meri stabilizovala samopouzdanje, a kod graničnih pacijenata je, osim toga, ojačala i bazične Ego-funkcije — sposobnost upravljanja sopstvenim životom i celovitijeg prihvatanja sebe. Na taj način, terapija je dovela do klinički značajnih poboljšanja u obe podgrupe, ali obrasci tih poboljšanja su se donekle razlikovali, u zavisnosti od inicijalnog nivoa funkcionisanja ličnosti pacijenata.

Zaključak

Sprovedeno istraživanje ukazuje na povezanost između pojačane agresivnosti i veće izraženosti simptoma depresije. Kod pacijenata sa depresivnim poremećajima otkriveni su statistički značajno viši nivoi autoagresije, fizičke agresije i ukupne agresivnosti u poređenju sa kontrolnom grupom zdravih ispitanika.

Rezultati regresione analize dodatno su pokazali da je ukupan nivo agresije statistički značajno povezan sa izraženošću depresivne simptomatologije i može se smatrati njenim potencijalnim prediktorom. Istovremeno, pokazatelj emocionalne agresije negativno korelira sa težinom depresije, što odražava mehanizme suzbijanja afekta kod težih oblika poremećaja. Posmatrani zajedno, dobijeni podaci

svedoče o tome da depresiju prati ne samo unutrašnje samooptuživanje, već i složeni procesi obrade i suzbijanja agresivnog afekta, koji se mogu transformisati u autoagresiju i somatizaciju.

Rezultati psihoterapijske intervencije pokazali su da psihoterapija usmerena na integraciju agresije dovodi do remisije kod pacijenata sa neurotičnom organizacijom ličnosti i statistički značajnog smanjenja depresivne simptomatologije i poboljšanja emocionalnog stanja kod pacijenata sa graničnom strukturom ličnosti. Ovi podaci sugerišu da autoagresija može biti posmatrana kao važna, patogenetski značajna karika depresivnih poremećaja. Stoga, ciljani psihoterapijski rad sa agresivnim obrascima otvara put ka psihoterapijskim intervencijama usmerenim na mehanizam, a u funkciji smanjenja depresivne simptomatologije i unapređivanja mentalnog blagostanja. Dalja istraživanja mogu biti usmerena na razradu standardizovanih protokola za evaluaciju autoagresije, kao i evaluaciju efikasnosti psihoterapije fokusirane na autoagresiju, na većim uzorcima pacijenata sa dijagnostikovanom depresijom.

Izjava o sukobu interesa

Autori izjavljuju da nemaju sukob interesa.

Korišćena literatura

1. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. Я и Оно. Печаль и меланхолия. СПб.: Азбука-классика; 2006. С. 233–252.
2. Абрахам К. Фрейдовский психоанализ и смежные направления. СПб.: Б.С.К.; 2000.
3. Кляйн М. Скорбь и её отношение к маниакально-депрессивным состояниям. СПб.: Речь; 2000.
4. Schanz CG, Equit M, Schäfer SK, et al. Self-directed passive-aggressive behaviour as an essential component of depression: findings from two cross-sectional observational studies. *BMC Psychiatry*. 2022;22:200. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03850-1>.
5. Schanz CG, Equit M, Schäfer SK, Käfer M, Mattheus HK, Michael T. Development and psychometric properties of the Test of Passive Aggression. *Front Psychol*. 2021;12:579183. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.579183>.
6. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press; 2002. <https://doi.org/10.4324/9780429471643>.
7. O'Connor RC, Noyce R. Personality and cognitive processes: self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behav Res Ther*. 2008;46(3):392–401. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.01.007>.
8. Dixon-Gordon KL, Weiss NH, Tull MT, DiLillo D, Messman-Moore T, Gratz KL. Characterizing emotional dysfunction in borderline personality, major depression, and their co-occurrence. *Compr Psychiatry*. 2015;62:187–203. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.07.014>.
9. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379(9834):2373–82. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5).
10. Nock MK, Favazza AR. Nonsuicidal self-injury: definition and classification. In: Nock MK, editor. *Understanding nonsuicidal self-injury: origins, assessment, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association; 2009. С. 9–18. <https://doi.org/10.1037/11875-001>.

11. Wolff JC, Ollendick TH. The comorbidity of conduct problems and depression in childhood and adolescence. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2006;9(3-4):201-20. <https://doi.org/10.1007/s10567-006-0011-3>.
12. Teicher MH, Samson JA. Annual Research Review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatry.* 2016;57(3):241-66. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>.
13. Kendler KS, Aggen SH, Czajkowski N, et al. The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65(12):1438-46. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.12.1438>.
14. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 1989;57(6):1069-81.
15. Почебут ЛГ. Методика диагностики агрессивного поведения. В: Практикум по социальной психологии. СПб.: Речь; 2001. С. 112-118.
16. Бек АТ, Стир РА, Браун ГК. Опросник депрессии Бека (BDI-II): руководство. Пер. и адапт. Тарабриной НВ. М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского; 2001.
17. Тор ЮН, Русина НА, Маковеева ПС, Швецова СВ. Этиотропная психотерапия депрессии через переработку неинтегрированной агрессии: подход в рамках интегральной каузальной психотерапии. *Psychotherapy Science Today.* 1(1):13-21. <https://doi.org/10.64435/spes8434>.
18. Кернберг ОФ. Тяжёлые личностные расстройства: стратегии психотерапии. М.: Класс; 2000.

Vizualni narativ kao alat za psihokorekciju: empirijsko istraživanje uticaja na psihičko stanje dece uzrasta od 5 do 7 godina

Svetlana V. Velijeva*

Katedra za predškolsku pedagogiju i psihologiju obrazovanja Čuvaškog državnog pedagoškog univerziteta „I. J. Jakovljev“, Čeboksari, Rusija.

Primljeno: 15. maja 2025.
Prihvaćeno: 5. avgusta 2025.
Objavljeno: 1. marta 2026.

Za citiranje: Velijeva SV.
Vizualni narativ kao alat za
psihokorekciju: empirijsko
istraživanje uticaja na psihič-
ko stanje dece uzrasta od 5
do 7 godina. *Psychotherapy
Science Today*. 2(2):28-33.
[https://doi.org/10.64435/
hush6011](https://doi.org/10.64435/hush6011)



© Author(s), CC BY-NC 4.0

Apstrakt

Cilj: Ispitati uticaj programa vizualne narativne art terapije na psihičko stanje dece starijeg predškolskog uzrasta.

Metod: Istraživanje je obuhvatilo 56 dece uzrasta od 5 do 7 godina; sproveden je formativni eksperiment koji se sastojao od početne faze, faze intervencija i kontrolne faze. Korišćene metode su uključivale teorijsku analizu, psihodijagnostiku i kvalitativnu i statističku obradu podataka. U jednoj podgrupi (n = 24) korišćen je Pirsonov Hi-kvadrat test, dok je u drugoj podgrupi (n = 6) korišćena deskriptivna analiza. Program psihokorekcije je bio zasnovan na kreiranju vizualnog narativa pomoću tehnike ebru**, drama-terapije, kolaža, terapije peskom, mandala i metaforičkih kartica, sa ciljem optimizacije emocionalnih i bihevioralnih odgovora dece.

Rezultati: U kvaziekperimentalnom dizajnu sa ponovljenim merenjima otkrivena je pozitivna dinamika psihičkih stanja kod predškolske dece (Tabele 1–3). Najizraženije promene su primećene u fiziološkoj komponenti, a najmanje u bihevioralnoj.

Zaključci: Program narativne art terapije imao je pozitivan uticaj na mentalno zdravlje dece starijeg predškolskog uzrasta; vizualna naracija se pokazala kao klinički značajan alat u psihoterapiji i dijagnostici.

Ključne reči: narativna art terapija, vizualni narativ, emocionalna samoregulacija, dečji strahovi, psihološka korekcija, stariji predškolci.

Uvod

Problem anksioznosti kod dece predškolskog uzrasta dobio je poseban klinički i društveni značaj poslednjih decenija. Prema podacima savremenih epidemioloških istraživanja, učestalost anksioznih poremećaja kod dece predškolskog uzrasta pokazuje konstantan trend rasta, što je povezano kako sa promenljivim uslovima socijalizacije, tako i sa pojačanim senzornim, informacionim i emocionalnim stresom tokom ranog razvoja [1, 2]. Štaviše, anksioznost u detinjstvu nema samo simptomatsku već i strukturnu prirodu, budući da odražava razvojne karakteristike sistema vezanosti, afektivne regulacije i formiranja self reprezentacija [3, 4].

U savremenoj kliničkoj psihologiji, anksioznost se ne posmatra kao izolovani simptom, već kao više-

dimenzionalno mentalno stanje, koje uključuje kognitivne, afektivne, somatske i narativno-simboličke komponente [5]. Iz ugla polivagalne teorije, hronična anksioznost kod dece povezana je sa dominacijom odbrambenih obrazaca u autonomnom nervnom sistemu, što se manifestuje hiperaktivacijom simpatičkog ciklusa ili dorzalnim vagusnim gašenjem [6, 7]. Ovo zahteva terapijske intervencije usmerene ne samo na kognitivno razumevanje iskustava, već i na telesno-senzornu obradu afekta [6, 8, 9].

Narativni i projektni pristupi dečjoj psihoterapiji zasnivaju se na pretpostavci da deca predškolskog uzrasta prvenstveno razumeju svet kroz slike, likove i metaforičke strukture, a ne kroz apstraktne pojmove [10, 11]. Eksternalizacija iskustava kroz sliku

* E-mail: stlena70@mail.ru.

** Drevna orijentalna tehnika slikanja na vodi.

i priču omogućava detetu da se distancira od simptoma, umanjuje njegov subjektivni preteći značaj i razvije posmatrački stav prema sopstvenim mentalnim stanjima [10, 12]. U ovom kontekstu, anksioznost prestaje da bude difuzna unutrašnja napetost i poprima oblik simboličkog objekta sa kojim je moguće upustiti se u dijalog, modifikovati ga i integrisati.

Metode art terapije, posebno tehnike vajanja i vizualne tehnike, poseduju dodatni regulatorni potencijal zahvaljujući aktiviranju senzomotornih i proprioceptivnih kanala za obradu afekta [13, 14]. Taktilno-kinestetička aktivnost pomaže u smanjenju fiziološkog uzbuđenja, pojačava osećaj kontrole i olakšava integraciju emocionalnog iskustva na prerefleksivnom nivou. Ovo je posebno važno kada se radi sa predškolicima, čija verbalizacija emocija još nije u potpunosti razvijena, a dominantni oblici reprezentacije iskustava ostaju telesni i imaginativni [15].

Novija klinička literatura sve više naglašava efikasnost integrativnih modela koji kombinuju narativne, kognitivno-bihejvioralne, senzorno fokusirane i tehnike art terapije u radu sa dečjom anksioznošću [16]. Takvi pristupi omogućavaju istovremeni uticaj na kognitivne interpretacije, afektivni intenzitet i obrasce telesnog odgovora, što povećava održivost terapijskih efekata [17, 18].

Vizualni narativ u ovom kontekstu deluje kao ključni alat za simbolizaciju anksioznosti, omogućavajući prelazak sa neoblikovanog telesnog afekta na smislenu i upravljivu sliku [19, 20]. Kroz stvaranje, modifikaciju i diskusiju o vizualnim slikama anksioznosti, dete dobija priliku da integriše emocionalno iskustvo u strukturu selfa, što je u skladu kako sa narativnim modelima terapije, tako i sa psihofiziološkim mehanizmima samoregulacije.

U tom smislu, razvoj i empirijsko testiranje programa zasnovanih na vizualnoj narativnoj art terapiji, integrisanoj sa senzornim i kognitivnim tehnikama, od posebnog je interesa u radu sa anksioznošću dece predškolskog uzrasta. Ovo istraživanje ima za cilj da analizira kliničke i psihološke efekte takvog programa u grupnom korektivnom radu.

Metodologija

Hipoteza: Pretpostavili smo da a) psihička stanja dece uzrasta 5–7 godina odlikuje prisustvo negativnih emocionalnih reakcija (anksioznost, strah) i neravnoteža u autonomnoj regulaciji povezana sa nerazvijenim mehanizmima emocionalne samoregulacije; b) upotreba vizualnog narativa kao alata u narativnoj art terapiji može optimizovati ova stanja.

U cilju identifikacije karakteristika psihičkih stanja i uslova za njihovu optimizaciju kod dece starijeg predškolskog uzrasta ($n = 56$; $6 \pm 1,2$ godine), sproveden je formativni art-terapijski eksperiment

u predškolskim obrazovnim ustanovama u Čeboksariju (Čuvaška Republika). Uzorak su činila deca iz starijih grupa dva vrtića. Psihička stanja se u ovom istraživanju posmatraju kao višeslojni sistem, koji uključuje fiziološke, afektivno-ličnosne, kognitivne i bihejvioralne komponente.

Eksperimentalni deo istraživanja sastojao se od tri faze. Početna faza imala je za cilj da utvrdi karakteristike strukturnih komponenata psihičkih stanja dece. U kontrolnoj fazi utvrđena je dinamika psihičkih stanja i efikasnost testiranog programa.

Metode istraživanja obuhvatale su teorijsku analizu postojećih studija o korekciji psihičkih stanja kod dece predškolskog uzrasta u naučnoj literaturi, formativni eksperiment i kvantitativnu, kvalitativnu i statističku obradu podataka (Pirsonov Hi-kvadrat test). U jednoj od podgrupa ($n = 6$) korišćena je deskriptivna analiza dinamike psihičkih stanja.

U dijagnostičke svrhe korišćeni su sledeći instrumenti: *Upitnik o dečjoj prijemčivosti za strah* A. I. Zaharova, projekтивna tehnika *Čovek na kiši* E. S. Romanove i T. I. Sitko, projekтивne tehnike *Mala lokomotiva* S. V. Velijeve sa izračunavanjem Šipošovog integralnog koeficijenta i *Test anksioznosti* R. Templa, V. Amenta i M. Dorkija.

U cilju procene psihičkih stanja analizirane su njihove strukturne komponente: fiziološke, afektivno-ličnosne, kognitivne i bihejvioralne. Takođe su zabeležene socijalne i komunikativne situacije koje izazivaju negativna stanja: interakcije sa vršnjacima i odraslima, svakodnevni život, igra i komunikativne situacije u različitim okruženjima. Dijagnostički postupak je sproveden u prvoj polovini dana, sa svakim detetom pojedinačno, uz prethodnu pismenu saglasnost roditelja.

Korektivni program

Formativna faza je obuhvatala razradu i testiranje sistema art-terapijskih intervencija usmerenih na optimizaciju mentalnog blagostanja dece starijeg predškolskog uzrasta. Program se sastojao od 17 seansi, održavanih dva puta nedeljno po 30–35 minuta u grupama od 14 dece u kancelariji psihologa. Kancelarijski prostor je organizovan kao terapijski ambijent, uz pomoć imerzivnih dizajnerskih elemenata (viseći elementi, svetlosni i projekтивni efekti i tematske dekoracije), stvarajući atmosferu sigurnosti i uključenosti.

Svaka seansa se sastojala iz tri dela:

- *Početak*: smanjenje autonomne napetosti, priprema za rad, neuropsihološke vežbe i senzorna stimulacija.
- *Glavni deo*: individualni i grupni rad pomoću vizualnog narativa i art-terapijskih slika.
- *Završetak*: povratne informacije, razgovor o rezultatima i deljenje emocija pomoću nalepnica.

Primeri pitanja za rad sa anksioznim osećanjima dece:

- Kad bi tvoja anksioznost bila neki lik, šta bi ona rekla?
- Šta osećaš kada se suočiš sa anksioznošću?
- Kako možeš da se pobrineš za sebe da bi se ta anksioznost umirila?

U cilju pojačanja terapijskog efekta korišćene su:

- ciljana audio stimulacija — muzičke kompozicije za opuštanje, aktiviranje pažnje i emocionalnu samoregulaciju;
- strukturisana facilitacija — jasna uputstva, motivaciona podrška, fleksibilno prilagođavanje rada;
- personalizovani zadaci — odabir formata, teme i materijala prema uzrastu, interesovanjima i psihičkom stanju deteta;
- emocionalna interakcija — stimulacija emocionalne razmene, razgovora i ocene kreiranih slika.

Tokom pripremne i završne faze, deca su radila individualne i grupne kreativne zadatke: kreiranje i bojenje mandala i jednostavnih rekvizita za dalji rad sa vizualnim narativom, pripremu zajedničkih projekata. U glavnoj fazi (devet seansi) korišćeni su tehnika ebru, dramaterapija, kolaž, terapija peskom, rad sa fotografijama, metaforičkim karticama, tekstilom i glinom. Uputstva su postepeno postajala složenija, od rada sa modelom koji vodi facilitator do samostalnog i kolektivnog kreiranja vizualnog narativa. Na primer, deca kreiraju vizualnu sliku anksioznosti, a zatim je transformišu u pozitivniju ili bezbedniju sliku. Psiholog ne tumači detetova iskustva, već podržava samostalnu refleksiju i verbalizaciju. U različitim situacijama se formira nova vizualna i verbalna slika o sebi, što podstiče razvoj emocionalne regulacije i obradu iskustva.

Rezultati

U uslovima kvaziekperimentalnog dizajna sa ponovljenim merenjima (pre i posle), utvrđena je statistički značajna pozitivna dinamika psihičkih stanja predškolaca kod svih ispitivanih parametara.

Opšta dinamika psihičkih stanja

Na osnovu podataka dobijenih pomoću tehnike *Mala lokomotiva* i *Čovek na kiši* (n = 56), u kontrolnoj fazi istraživanja identifikovane su sledeće promene

u dinamici psihičkih stanja, u poređenju sa početnom fazom (Tabela 1):

- broj dece sa pozitivnim stanjima povećao se sa 26 (46,4%) na 35 (62,5%), što ukazuje na značajno poboljšanje opšteg emocionalnog stanja i optimizaciju adaptivnih resursa dece nakon primene programa;
- broj dece sa negativnim stanjima niskog intenziteta smanjio se sa 24 (42,8%) na 20 (35,7%), što ukazuje na delimičnu optimizaciju emocionalne sfere;
- broj dece sa negativnim stanjima umerenog intenziteta smanjio se sa 6 (10,8%) na 1 (1,8%), što ukazuje na izražen pozitivan trend smanjenja težine negativnih reakcija. Negativna stanja visokog intenziteta nisu identifikovana ni u jednoj od faza (0%), što govori o odsustvu dubokih emocionalnih smetnji u uzorku.

Psihofiziološki pokazatelji

Koeficijent autonomnog tonusa

U početnoj fazi, koeficijent autonomnog tonusa bio je (Tabela 2):

- visok kod 33 dece (58,9%);
- umeren kod 3 dece (5,4%);
- nizak kod 20 dece (35,7%).

U kontrolnoj fazi distribucija se promenila:

- visok nivo — 21 dete (37,5%);
- umeren nivo — 34 dece (60,7%);
- nizak nivo — 1 dete (1,8%).

Upadljivo smanjenje udela niskog nivoa (sa 35,7% na 1,8%) i porast umerenog nivoa (sa 5,4% na 60,7%) svedoče o normalizaciji autonomnog tonusa kod najvećeg broja dece.

Koeficijent napetosti

Koeficijent napetosti u početnoj fazi (Tabela 2):

- visok — 43 dece (76,8%);
- umeren — 2 dece (3,6%);
- nizak — 11 dece (19,6%).

	Početna faza		Kontrolna faza	
	Apsolutni broj	%	Apsolutni broj	%
Pozitivna (optimizam, radost, aktivnost, vedrina, energija, svežina, smirenost, pažnja, koncentracija)	26	46,4	35	62,5
Negativna niskog intenziteta (anksioznost, umor, usporenost)	24	42,8	20	35,7
Negativna umerenog intenziteta (uzbuđenje, napetost, strah)	6	10,8	1	1,8
Negativna visokog intenziteta	0	0	0	0

Tabela 1. Distribucija predškolaca prema nivoima izraženosti komponenata psihičkih stanja (tehnike „Mala lokomotiva”, „Čovek na kiši”)

U kontrolnoj fazi:

- visok — 18 dece (32,1%);
- umeren — 37 dece (66,1%);
- nizak — 1 dete (1,8%).

Upadljivo smanjenje udela visokog nivoa napetosti (sa 76,8% na 32,1%) i porast umerenog nivoa (sa 3,6% na 66,1%) govori o smanjenju stresa i poboljšanju adaptivnih mehanizama.

Dinamika strahova i anksioznosti

Analiza podataka dobijenih pomoću upitnika A.I. Zaharova, izvršena na celokupnom uzorku (n = 56), pokazala je pozitivnu dinamiku: udeo dece sa visokim nivoom straha smanjio se sa 40,0% na 16,7%, dok se udeo onih sa niskim nivoom povećao sa 16,7% na 43,3%.

Radi detaljnijeg razumevanja efikasnosti programa, promene su analizirane odvojeno u dve podgrupe identifikovane tokom početne faze.

- U podgrupi sa negativnim stanjima niskog intenziteta (n = 24) primećen je značajan pad visoke anksioznosti (prema *Testu anksioznosti* Templa, Amena i Dorkija) — sa 66,7% na 16,7% dece, dok se udeo dece sa umerenom anksioznošću povećao sa 8,3% na 75,0%.
- U podgrupi sa negativnim stanjima umerenog intenziteta (n = 6) takođe je zabeležena značajna pozitivna dinamika svih parametara.

Provera statističke značajnosti ovih promena potvrdila je njihovu visoku značajnost ($p \leq 0,01$) i za nivo strahova i za nivo anksioznosti u obe podgrupe (videti [Tabelu 3](#)). Najdramatičnije promene dogodile su se u indikatorima anksioznosti.

Statistička značajnost promena

Rezultati komparativne analize pokazatelja psihičkih stanja pre i posle korektivnog programa predstavljeni su u [Tabeli 3](#).

1. Integrativni pokazatelj psihičkih stanja.

- Deca sa dominantno negativnim stanjima niskog intenziteta (n = 24) pokazala su veoma značajne promene u strukturi psihičkih stanja ($\chi^2 = 423,88$; $p \leq 0,01$), što ukazuje na značajno poboljšanje integrativnih parametara (opšte emocionalno stanje, adaptacija, kognitivna aktivnost).
- Deca sa negativnim stanjima umerenog nivoa (n = 6) pokazala su pozitivne promene u svim komponentama psihičkih stanja; statistički Hi-kvadrat test nije bio moguć zbog malog uzorka; rezultati su prikazani deskriptivno.

2. Step en aktualizacije psihičkih stanja (pozitivnih/negativnih).

- U podgrupi n = 24 identifikovano je pomeranje balansa u smeru pozitivnih stanja ($\chi^2 = 9,45$; $p \leq 0,01$).

Psihička stanja	Početna faza						Kontrolna faza					
	Nizak		Umeren		Visok		Nizak		Umeren		Visok	
	Aps.*	%	Aps.	%	Aps.	%	Aps.	%	Aps.	%	Aps.	%
Koeficijent autonomnog tonusa	20	35,7	3	5,4	33	58,9	1	1,8	34	60,7	21	37,5
Koeficijent napetosti	11	19,6	2	3,6	43	76,8	1	1,8	37	66,1	18	32,1

*Aps. — apsolutni broj.

Tabela 2. Distribucija predškolaca prema nivou koeficijenta autonomnog tonusa i stepena napetosti

Parametri evaluacije	Predškolci sa dominantno negativnim psihičkim stanjima	
	Niskog intenziteta (n = 24), $p \leq 0,01$	
	Pirsonov Hi-kvadrat test	Dinamika (deskriptivno)
Integrativni pokazatelj psihičkog stanja	423,9	Pozitivna dinamika svih komponenta psihičkog stanja
Step en aktualizacije psihičkih stanja (pozitivnih/negativnih)	9,5	Pomak ka pozitivnom stanju
Koeficijent autonomnog tonusa	81,7	Smanjenje visokog i porast umerenog nivoa
Koeficijent napetosti	89,2	Smanjenje visokog i porast umerenog nivoa
Strah	21,6	Smanjenje izraženosti strahova
Anksioznost	91,8	Smanjenje anksioznosti i poboljšanje emocionalne regulacije

Tabela 3. Komparacija pokazatelja psihičkih stanja pre i posle sprovođenja programa

- U podgrupi $n=6$ dinamika je deskriptivna: zapazeno je smanjenje dominacije negativnih reakcija, kao i aktivacija resursa emocionalne regulacije.

3. Psihofiziološki parametri.

- U podgrupi $n=24$ utvrđeno je statistički značajno poboljšanje koeficijenta autonomnog tonusa ($\chi^2=81,66$; $p\leq 0,01$) i smanjenje koeficijenta napetosti ($\chi^2=89,20$; $p\leq 0,01$).
- U podgrupi $n=6$ promene su deskriptivne: smanjenje visokog nivoa tonusa i napetosti, porast umerenog nivoa.

4. Emocionalno-afektivna sfera.

- Kod dece sa negativnim stanjima niskog intenziteta statistički je značajno smanjena izraženost strahova ($\chi^2=21,6$; $p\leq 0,01$) i anksioznosti ($\chi^2=91,8$; $p\leq 0,01$).
- U podgrupi sa negativnim stanjima umerenog intenziteta dinamika je ocenjena deskriptivno: smanjenje izraženosti strahova i anksioznosti, poboljšanje emocionalne samoregulacije.

Zaključak: efikasnost programa je statistički potvrđena kod dece sa negativnim stanjima niskog intenziteta. Deca sa težim smetnjama (umereni nivoi) pokazuju pozitivnu dinamiku, što potvrđuje deskriptivna analiza.

Diskusija

Analiza dobijenih dijagnostičkih podataka omogućila nam je da identifikujemo tri grupe predškolske dece sa različitim stepenom aktualizacije psihičkog stanja (Tabele 1–3). Nisu otkrivena negativna psihička stanja visokog intenziteta.

Većina dece (46,4%) odlikovala se pozitivnim psihičkim stanjima i umerenim nivoom napetosti i autonomnog tonusa, kao i prirodnim, adekvatnim reakcijama u različitim životnim situacijama. Predškolce u ovoj grupi karakterišu uravnotežena psihička stanja u skladu sa uzrastom, što omogućava optimalnu komunikaciju, koncentraciju, druželjubivost i prilagodljivost u proučavanim socijalnim i komunikativnim situacijama. Izbor boja u radu uključivao je žute, zelene i plave nijanse, sa ujednačenim senčenjem i umerenim pritiskom olovke. Crteži su bili pozicionirani na sredini lista, odlikovali se priličnom jasnoćom, umerenom veličinom i sadržali neophodne detalje. Razgovor nakon evaluacije nije izazivao poteškoće, verbalizacija je bila tečna, a deca su se lako uključivala u dijalog.

Negativna psihička stanja niskog intenziteta otkrivena su kod 42,8% starijih predškolaca. Ova grupa je manifestovala socijalne strahove, strahove od prostora i prirodnih pojava, fizičku nelagodnost, autonomnu napetost i anksioznost. Deca u ovoj grupi doživljavala su i pozitivna i negativna neuravnotežena stanja, koja su povremeno otežavala komuni-

kaciju, adaptaciju i igru u različitim situacijama. Izbor boja uključuje pretežno crvenu, smeđu i plavu. Naglašeno je senčenje i pritisak olovke. Crteži su pozicionirani na sredini ili na vrhu lista. Deca u ovoj grupi su na pitanja nakon evaluacije odgovarala jednosložno, često su bila rasejana i motivisala svoje odgovore pominjući značajne odrasle.

Negativna psihička stanja umerenog intenziteta otkrivena su kod 10,8% dece. Ovo je najosetljivija grupa; njihova mentalna stanja se pretežno odlikuju visokim i niskim nivoima negativnih neuravnoteženih stanja, autonomnom napetošću, strahovima i anksioznošću. Ova deca doživljavaju najveći stres prilikom interakcije sa vršnjacima i drugim odraslima. Deca u ovoj grupi pokazuju neurotične manifestacije: depresivno raspoloženje, povećanu agresiju i umor, povećanu ili smanjenu brzinu i intenzitet emocionalnih i motoričkih reakcija, narušeno samopouzdanje i voljnu regulaciju, autonomne i psihosomatske poremećaje, opsesivne pokrete, poremećaje spavanja i govora.

Tumačenja, promene u kompoziciji i dodatni detalji crteža ukazuju na dominantne reakcije povlačenja i izbegavanja, aktiviranje mehanizama odbrane, zavisnost od roditeljske figure i potrebu za sigurnošću i podrškom drugih. Izbor boja uključuje pretežno crne, sive, crvene, smeđe i ljubičaste nijanse. Senčenje i pritisak olovke su toliko jaki da ostavljaju otiske na drugom listu; često dolazi do brisanja i prepravljavanja linija. Sitni ili, obrnuto, prekrupni crteži koji prelaze ivicu, pozicionirani su na dnu ili vrhu lista. U kasnijem razgovoru, deca u ovoj grupi ili uopšte nisu odgovarala na pitanja, ili su odgovarala jednosložno, imala su poteškoće u identifikovanju i imenovanju iskustava, emocija i osećanja.

Zaključak

Program narativne art terapije pokazao je pozitivne efekte na psihička stanja dece starijeg predškolskog uzrasta u kvaziekperimentalnom dizajnu sa ponovljenim merenjima.

- Kod dece sa negativnim stanjima niskog intenziteta dinamika je statistički značajna (χ^2 ; $p\leq 0,01$).
- Kod dece sa negativnim stanjima umerenog intenziteta primećena je pozitivna dinamika, prikazana kroz deskriptivnu analizu.

Vizualni narativ se pokazao veoma efikasnim kao alat za psihoterapiju i dijagnostiku. Perspektivu daljih istraživanja vidimo u dubljim razradama programskog bloka usmerenog na korekciju bihevioralnih manifestacija, ispitivanja programa za decu sa težim negativnim stanjima i njegovom prilagođavanju inkluzivnim grupama, kao i kreiranju standardizovanog dijagnostičkog protokola zasnovanog na analizi vizualnog narativa kao dopune tradicionalnim psihodijagnostičkim metodama.

Korišćena literatura

1. Muris P, Field AP. Distorted cognition and pathological anxiety in children and adolescents. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2008;11(3):199–210. <https://doi.org/10.1007/s10567-008-0034-8>.
2. Martinez JM, Marangell LB, Hollrah L. Vagus nerve stimulation: current use and potential applications in child and adolescent psychiatry. 2005;14(1):177–191. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2004.07.003>.
3. Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. 1. New York: Basic Books; 1969.
4. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in Adulthood. New York: Guilford Press; 2007.
5. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Rev Gen Psychol*. 1998;2(3):271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>.
6. Porges SW. Polyvagal Theory: a Science of Safety. *Front Integr Neurosci*. 2022;16:871227. <https://doi.org/10.3389/fnint.2022.871227>.
7. Haeyen S. A theoretical exploration of polyvagal theory in creative arts and psychomotor therapies for emotion regulation in stress and trauma. *Front Psychol*. 2024;15:1382007. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1382007>.
8. Schore AN. Affect Regulation and the Repair of the Self. New York: W.W. Norton & Company; 2003.
9. van der Kolk B. The Body Keeps the Score. New York: Viking; 2014.
10. White M. Maps of Narrative Practice. New York: W.W. Norton & Company; 2007.
11. Пиаже Ж. Представления ребёнка о мире. Москва: Издательство «Педагогика»; 2005.
12. Payne M. Narrative Therapy. 2nd ed. London: SAGE Publications; 2006.
13. Kramer E. Art as Therapy with Children. New York: Schocken Books; 1971.
14. Malchiodi CA. The Art Therapy Sourcebook. New York: McGraw-Hill; 2006.
15. Выготский ЛС. Игра и её роль в психическом развитии ребёнка. *Вопросы психологии*. 1966;(6):62–76.
16. Kendall PC. Child and Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures. 4th ed. New York: Guilford Press; 2012.
17. Slayton SC, D'Archer J, Kaplan F. Outcome studies on the efficacy of art therapy: a review of findings. *Art Ther*. 2010;27(3):108–118. <https://doi.org/10.1080/07421656.2010.10129660>.
18. Haeyen S. Effects of art therapy on emotion regulation. *Front Psychol*. 2018;9:194.
19. Angus L, McLeod J, editors. The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory, and Research. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2004.
20. Neimeyer RA, editor. Meaning Reconstruction & the Experience of Loss. Washington, DC: American Psychological Association; 2001.

Prilog

Skraćeni protokol seanse „Putovanje na Planetu anksioznosti”

Ciljna grupa: deca od 5,6 do 6,5 godina

Cilj: razvoj adaptivnih strategija prevladavanja za regulisanje anksioznih stanja kroz narativnu art terapiju, senzornu stimulaciju i kognitivno-bihevioralne tehnike.

Struktura seanse

1. Uvodna faza: motivacija, usmeravanje pažnje, ritual pozdravljanja, aktivacija znanja o emocijama.
2. Osnovna faza:
 - Bilateralna motorička aktivnost za smanjenje napetosti.
 - Čulno uranjanje (muzika, vizualni efekti).
 - Zadatak iz art terapije: vajanje slike anksioznosti i njena transformacija.
3. Završna faza: utvrđivanje postignutog, vizualna refleksija (tehnika ebru), razgovor o novoj slici anksioznosti i njenoj funkciji.

Primer rada sa anksiožnošću (skraćena verzija)

- Voditelj grupe postavlja pitanja koja podstiču izražavanje: „Kad bi tvoja anksioznost bila neki lik, šta bi ona rekla?”
- Deca vajaju sliku anksioznosti od plastelina, pričaju o njenim osobinama i transformišu je u bezbedan ili pozitivan objekat.
- Vodi se razgovor o novim osećanjima, fiziološkim i emocionalnim reakcijama.

Metodološka baza

- Narativna terapija — eksternalizacija i preimenovanje emocija.
- Art terapija — vizualizacija i kontrola emocija kroz stvaralački čin.
- Teorija polivagalne regulacije — smanjenje anksioznosti kroz senzomotorne tehnike.
- Kognitivno-bihevioralni pristupi — preuokviravanje i identifikacija okidača.

Ključni rezultati

- Deca uspešno personifikuju i transformišu anksioznost.
- Ovladavaju veštinama samoregulacije i pozitivne interakcije u grupi.
- Smanjuje se fiziološka i emocionalna napetost.

Pridruživanje u psihoterapiji preedipalnih pacijenata: model kliničkog izbora oblika intervencije

Irina A. Zedgenizova, Aleksej S. Čali*, Žana V. Sergejeva, Elena K. Sudenkova

Akademija za integralnu psihodinamsku psihoterapiju, Moskva, Rusija.

Primljeno: 4. decembra 2025.
Prihvaćeno: 16. januara 2026.
Objavljeno: 1. marta 2026.

Za citiranje: Zedgenizova IA, Čali AS, Sergejeva ŽV, Sudenkova EK. Pridruživanje u psihoterapiji preedipalnih pacijenata: model kliničkog izbora oblika intervencije. *Psychotherapy Science Today*. 2(2):34-41. <https://doi.org/10.64435/vtfl8883>



© Author(s), CC BY-NC 4.0

Apstrakt

Tehnika pridruživanja u širokoj je upotrebi u psihoanalitičkoj praksi u radu sa pacijentima preedipal-nog** nivoa organizacije ličnosti. U kliničkom radu, terapeuti se redovno suočavaju sa potrebom da biraju između različitih oblika pridruživanja, prvenstveno ego sintonog i ego distonog, u zavisnosti od trenutne psihodinamske situacije. U ovom članku predložen je procesualni model kliničkog izbora oblika pridruživanja, koji opisuje navigaciju između ego sintonog i ego distonog pridruživanja na osnovu analize afektivne prezentacije pacijenta, kontratransfernih reakcija terapeuta i faze psihoterapijskog procesa. Oslanjajući se na teorijske osnove savremene psihoanalitičke tradicije Hajmana Spotnica i kliničko iskustvo autora, analiziraju se mehanizmi delovanja tehnike, uključujući ego sintono i ego distono pridruživanje, kao i njihova uloga u smanjenju otpora, olakšavanju formiranja narcističkog transfera i bezbednoj obradi intenzivnih afekata. Posebna pažnja je posvećena razlikama između oblika pridruživanja i logici koja stoji iza njihovog kliničkog izbora u zavisnosti od afektivne prezentacije pacijenta, prirode otpora, kontratransfernih reakcija terapeuta i faze psihoterapijskog procesa. Koristeći kliničke vinjete i primere iz individualne i grupne psihoterapije, autori demonstriraju preduslove delotvorne upotrebe tehnike.

Ključne reči: pridruživanje, ego sintono i ego distono pridruživanje, donošenje kliničkih odluka, savremena psihoanaliza, preedipalni pacijenti.

Uvod

Tehnika pridruživanja je psihodinamska intervencija u kojoj se terapeut prilagođava trenutno dominantnom afektu pacijenta, verbalizujući i kontejnirajući ego sintonu iskustva ili pažljivo interagujući sa ego distonim impulsima, sa ciljem smanjenja odbrambenog otpora i omogućavanja bezbedne obrade afekta. Suština tehnike ogleda se u tome da se analitičar pridružuje otporu pacijenta, njegovoj subjektivnoj percepciji stvarnosti, afektivnom stanju, uverenju ili odbrambenoj poziciji, umesto da ih odmah podvrgne interpretaciji ili konfrontaciji. Ovakvo pridruživanje šalje pacijentu poruku: „Delim, razumem i prihvatam tvoj stav“, što može olakšati uspostavljanje narcističkog transfera i slabljenje primitivnih odbrambenih mehanizama. Ova tehnika je posebno delotvorna u radu sa narcisoidnim i graničnim strukturama ličnosti i jedan je od osnovnih psihoterapijskih alata za us-

postavljanje poverenja sa pacijentom i smanjenje otpora radu.

Istorijat upotrebe tehnike pridruživanja u psihoterapijskoj praksi detaljno su ispitali J. Feldman [1] i H.S. Strin [2]. Ova tehnika je poznata i kao „pridruživanje otporu“ [3] i razmatrana je u kontekstu različitih psihoterapijskih tradicija, uključujući hipnozu M. Eriksona [4] i savremenu psihoanalizu. Spotnic je okarakterisao pridruživanje kao „generalizovani skup kliničkih intervencija usmerenih na rad sa preverbalnim oblicima otpora i funkcionisanja“, koji obično uključuju suzbijene agresivne impulse [5].

Uprkos kliničkom značaju tehnike pridruživanja, postojeća literatura i dalje nedovoljno razjašnjava pitanje diferenciranog izbora između njenih ego sintonih i ego distonih oblika. Upotreba ove tehnike se i dalje u velikoj meri oslanja na intuitivni klinički sud i prenosi se kroz praksu i superviziju.

* Korespondentni autor, e-mail: alexey.chaly@aipp.education.

** Preedipalni nivo organizacije ličnosti je nivo mentalnog funkcionisanja na kojem osobi nedostaju stabilni unutrašnji oslonci za samoregulaciju, upravljanje afektima i održavanje koherentne slike o sebi i drugima. Ovo stanje je povezano sa ranim smetnjama ili prekidom procesa psihološkog razvoja i može se manifestovati kao izražena zavisnost od odnosa, teškoće u razlikovanju sopstvenih i tuđih iskustava i sklonost ka jakim afektivnim reakcijama.

Cilj ovog članka je da objasni logiku kliničkog izbora oblika pridruživanja i predloži procesualni model kliničke navigacije koji omogućava prebacivanje intuitivne primene tehnike u prostor refleksivnog stručnog donošenja odluka. Model se temelji na analizi afektivne prezentacije pacijenta, kontratransfernih reakcija terapeuta i faze psihoterapijskog procesa i predstavljen je kao vizualni dijagram dopunjen kliničkim smernicama za donošenje odluka.

Ovaj članak je teorijske i kliničke prirode i zasniva se na analizi literature iz oblasti savremene psihoanalize, pre svega Spotnicove škole, kao i na sintezi dugogodišnjeg kliničkog iskustva autora u radu sa pacijentima koji funkcionišu na preedipalnom nivou organizacije ličnosti. Članak koristi konceptualni pristup usmeren na objašnjenje kliničke logike terapijskog odlučivanja i predlaže model kliničke navigacije između oblika pridruživanja, ilustrovan tipičnim kliničkim vinjetama. Predstavljeni model nije algoritam ili protokol, već služi kao alat za refleksivno kliničko razmišljanje.

Teorijski preduslovi delotvornosti tehnike pridruživanja

Tehnika pridruživanja usmerena je na rad sa obrascima preverbalnog funkcionisanja iz perioda kada je psiha odojčeta funkcionisala u tesnom emocionalnom jedinstvu sa majčinskom figurom. U savremenoj psihoanalizi, smatra se da takvi pacijenti pripadaju preedipalnom nivou organizacije ličnosti, koji odlikuje fiksacija na rane, preverbalne načine iskustvenog doživljavanja i interakcije.

U tom kontekstu, važno je biti iskren, izbegavati monotoniju i koristiti toplu, podržavajuću intonaciju. Uz pravilnu upotrebu pridruživanja, terapeutova psiha privremeno funkcioniše kao spoljašnji regulatorni sistem afekta, slično majčinoj psihi u simbiotskoj fazi razvoja [6].

Vezanost koja se razvija u ranom detinjstvu utiče na ponašanje deteta u budućnosti. Pažljivi, osetljivi i brižni roditelji usađuju detetu osećaj bazičnog poverenja u svet [7]. Ako je majka ili zamenski majčinski objekat emocionalno nedostupan tokom kritičnog razvojnog perioda odojčeta (do treće godine), nemogućnost kontejniranja sirovih afekata odojčeta dovodi do njihovog intrapsihičkog nagomilavanja, što može postati izvor simptoma. Takvo frustrirano odojče potiskuje svoj bes i usmerava ga ka sebi kako bi izbeglo uništenje majčinskog objekta.

Nemogućnost integracije „dobrih” i „loših” aspekata Selfa i Drugih povezana je sa snažnom ranom

agresijom koja se aktivira kod takvih pacijenata. Prema teoriji M. Klajna, primitivnom odbranom cepanja razdvajaju se „dobri” i „loši” objekti kako bi se zaštitio krhki ego od destruktivne sile sopstvene agresije [8]. Što su manje zadovoljeni instinktivni nagoni odojčeta, to je veća potisnuta agresija prema značajnim objektima i veći je stepen negativnog uticaja na ego u razvoju. Značajan deo psihičke energije, umesto da bude usmeren na sazrevanje ega, troši se na primitivne odbrane od afekta. Korišćenjem specijalizovanih tehnika savremene psihoanalize, moguće je uspostaviti emocionalnu vezu koja podseća na vezanost bebe i majke u simbiotskoj fazi. Takvi transferi ponovo rasplamsavaju emocionalne odnose prvih godina života u terapijskoj situaciji, čime se podstiče obnavljanje kapaciteta za sazrevanje [9].

Preedipalni pacijenti, poput odojčadi sa nezadovoljenim bazičnim potrebama, mogu na početku terapije demonstrirati uobičajene obrasce ponašanja koji im pomažu u psihološkom i fizičkom preživljavanju, kao što su ćutanje ili idealizacija terapeuta. Zajednički imenilac u radu sa pacijentima koji pokazuju primitivno mentalno funkcionisanje čine poteškoće u kontroli jakih kontratransfernih osećanja i impulsa; terapeut može iskusi reakcije poput iritacije, besa, dosade, anksioznosti ili osećaja bespomoćnosti [10].

Narcistički bes pacijenta može se posmatrati kao fenomen funkcionalno sličan gorepomenutom besu odojčeta, a sposobnost terapeuta da upravlja istim olakšava pacijentu napredak u terapiji, formiranje stabilne slike o sebi i poboljšanje mentalnog funkcionisanja. Cilj psihoterapije je da se potisnuti i suzbijeni afekti ljutnje i besa smeste u terapijski prostor, oslobađajući pacijentov ego afektivne napetosti [11]. Da bi se to postiglo, važno je da umemo da se pridružujemo, formiramo stabilne odnose i, kada se postigne dovoljan nivo afektivne stabilnosti, počnemo da radimo na ego distoni način, kako bismo aktivirali potisnute agresivne impulse.

Osobine primene pridruživanja

Pridruživanje je vrlo pogodna tehnika za prve susrete sa pacijentom i može se koristiti u trenucima jakog afekta, na primer, kada se radi sa izraženom agresijom, kako bi se smanjila njena eskalacija i prešlo na istraživanje. Ova tehnika je važna u radu sa graničnim pacijentima, kojima je naročito potrebno da oseate da je terapeut na njihovoj strani. U radu sa histrioničnim i narcisoidnim pacijentima važno je izbegavati upadanje u intenzivan kontratransfer i pacijentovo odigravanje*.

Tehnika pridruživanja može se uporediti sa surfovanjem u kojem psihoterapeut nastoji da „uhvati” dominantni afekt pacijenta i, balansirajući na njemu, prevaziđe otpor.

* U psihoanalitičkoj literaturi, odigravanje (*acting out*) je ponašanje kroz koje pacijent nesvesno izražava unutrašnje konflikte, osećanja ili impulse, umesto da ih verbalizuje u terapiji.

Sa narcisoidnim pacijentom možemo empatično prihvatati njegovu grandioznost, regulišući pritom stepen divljenja; ako je suviše izraženo, neki pacijenti ga mogu doživeti kao manipulaciju. Histrionični pacijenti mogu uvlačiti terapeuta u svoja iskustva. Na primer, kada pacijentkinja živo gestikulira i kaže: „Možete li da zamislite, nije odgovorio na moju poruku! Zar nije kreten? Evo, recite vi, recite, zar nije kreten?!“, možemo da ne umanjujemo dramatiziranje, već da se pridružimo, pokušavajući da imenujemo osećanje: „Naravno da je frustrirajuće kada poruke ostanu bez odgovora!“, čime validiramo pacijentova osećanja, ali ne dozvoljavamo da nas „zaraze“. Ne moramo udovoljavati pacijentikinjinom zahtevu — time bismo mogli pokrenuti novu dramatičnu spiralu i nikada ne doći do faze istraživanja.

Ilustrativna vinjeta

Pacijent S. (26 godina) dolazi na seanse u jakom afektu, obezvređujući terapiju i tražeći „instant rešenja“. Važno je održavati kontakt i izbegavati porast frustracije.

Pacijent: *I šta će mi sve ovo? Stalno dolazim, pričam i ništa se ne menja! Što da dolazim kad sve ionako ide dodavola?*

Terapeut: *Čekanje zaista zamara. Vi ste stvarno izdržljivi, neko drugi bi odavno digao ruke.*

Pacijent: *Da! Baš tako!*

Terapeut: *Govorite o tome tako da zaista osećam tu tačku ključanja. Hajde da probamo zajedno da odlučimo šta činiti.*

U ovom slučaju, terapeut ogleda intenzitet pacijentovog afektivnog naboja, ne smanjujući „temperaturu“ njegovog iskustva niti mu dozvoljavajući da eskalira. Neophodan je brz odgovor i eksplicitna validacija pacijentovih emocionalnih iskustava — klinički stav u kojem terapeut aktivno i dosledno validira subjektivnu stvarnost pacijentovih iskustava, ne dovodeći ih u pitanje i ne nudeći momentalnu obradu, interpretaciju ili frustraciju. Intenzitet pacijentovog afekta je postepeno počeo da opada, a kontakt je ponovo uspostavljen. Pacijent je kasnije rekao: „Prvi put sam osetio kao da ne pokušavaju da me smire ili poprave; to me obično još više ljuti.“

Tehnika pridruživanja se ne ograničava samo empatijom, već podrazumeva sposobnost terapeuta da prepozna i aktivno interaguje sa pacijentovim dominantnim osećanjem. Ovaj alat čini temelj terapijskog odnosa i omogućava smanjenje otpora, povezivanje različitih nivoa iskustva i nežno vođenje pacijenta ka unutrašnjoj transformaciji.

Ego distono i ego sintono pridruživanje

Prema Spotnicovoj teoriji, tehnika pridruživanja može pokrenuti oslobađanje agresivnih impulsa, što je ključno za proradu narcističkih odbrana i dalje formiranje narcističkog transfera. U zavisnosti od pacijenta, terapeut se može pridružiti *ego sintono* (prihvatajući pacijentovu perspektivu i vrednosti, pridružujući se njegovim osećanjima i podržavajući Ego) ili *ego distono*, gde terapeut takođe izražava slaganje, ali na paradoksalan način (na primer, hiperbolišući introjektovanu figuru napadajućeg Superega ili grandioznog Ega). Ovo pojačava odbrane, što može dovesti do proboja potisnutih agresivnih impulsa i razrešenja otpora.

Terapeut na nesvesnom nivou time šalje poruku „ja sam isti kao ti“, što doprinosi formiranju narcističkog transfera, bez kojeg je efikasan rad sa preedipalnim problemima nemoguć. Ova intervencija stvara uslove za iskustvo podržavajućeg kontakta [12].

Primeri ego sintonog pridruživanja

- Pacijent: *Siguran sam da ste imali već stotinu ovakvih kao što sam ja i da sam ja za vas „prost“ orah. Zanima me za koliko seansi ćete uspeti da me „razbijete“?*

Terapeut: *Imate specifičan ukus za terapeute i sjajnu intuiciju. Ja sam stručnjak za teške slučajeve i tvrde orahe. Da probamo da pogodimo broj seansi ili da pustimo da to bude prijatno iznenađenje?*

- P: *Pola stvari koje me pitate ili ne pamtim, ili ne razumem.*

T: *Znate, i meni se ponekad čini da samog sebe ne razumem. Sigurno ćemo raditi vrlo produktivno, kad smo tako slični.*

- P: *Skroz sam obeshrabren i nemam želju ništa da radim.*

T: *I ja sam danas totalno bez snage. Hajde da ne radimo ništa i samo da posedimo ovde do kraja seanse.*

A kada, na primer, pacijent kaže: „Ponašam se kao kreten, sve mi u životu ide naopako, stalno radim sve pogrešno, ja sam totalni idiot“ — terapeut se pridružuje ego distono: „Da, izgleda da je tako. Ali ne brinite, ja sam upravo stručnjak za idiotizam“. Pridruživanje napadajućem Superegu u jednom delu psihe stvara osećaj da je shvaćen (validiraju njegov osećaj u kojem sebi deluje kao „idiot“), a s druge strane izaziva ljutnju i bes („nisam očekivao to da čujem od vas, svog terapeuta, okrutni ste i bezosećajni“). Tako se terapeut u transferu nađe na mestu lošeg objekta, okrutnog i napadajućeg. Ego sintono pridruživanje u ovom kliničkom kontekstu možda ne bi bilo toliko efikasno.

Terapeut bi mogao da pojača pacijentovo uverenje da je „najgora osoba na svetu“ govoreći mu da je

„najgora osoba koja je ikada postojala”. Po pravilu, pacijent priznaje da je zaista toliko loš koliko zamišlja, ali istovremeno mu je neprijatno da čuje takve reči od terapeuta. Na taj način, ubedljiva ego imitacija ove vrste (u ego distonom pridruživanju) ciljano deluje tako da na kraju pomeri metu napada sa Ega na terapeuta [5].

Ego sintono pridruživanje je posebno klinički opravdano u radu sa pacijentima koji funkcionišu na preedipalnom nivou organizacije ličnosti, kao i u situacijama izražene anksioznosti, afektivne dezorganizacije i pretnje prekida terapijskog odnosa, kao što je naglašeno u brojnim studijama posvećenim ranim oblicima psihoanalitičke terapije [13].

Primeri ego distonog pridruživanja

- Pacijent: *Potpuno sam očajan.*
Terapeut: *Da, izgleda da nema nade za vas.*
- P: *Čitava vaša terapija je jedna prevara! Nikakve vaje, samo uzimate pare poštenim ljudima!*
T: *Znao sam da ste pronicljivi, ali baš toliko... Stvarno volim pare.*
- P: *Ni za šta ne valjam, ali bar o meni možete disertaciju da napišete!*
T: *Možda ste i u pravu, bar jedan od nas da ima neke koristi.*

Oba oblika pridruživanja mogu biti efikasna u slučajevima izraženog otpora terapijskom napretku kod preedipalnih pacijenata. Oni pomažu u jačanju saveza i pojačavaju narcističke odbrane, čime, paradoksalno, olakšavaju njihovu postepenu transformaciju tokom vremena.

Terapijska promena postaje moguća kada terapeut, dosledno koristeći oba tipa pridruživanja, funkcioniše kao ogledalo i kontejner za pacijentove nepodnošljive afekte. Pridružujući se pacijentovim ambivalentnim signalima i osećanjima, psihoterapeut ga upoznaje sa sopstvenom ličnošću na bezbednoj udaljenosti dok se Ego ne razvije.

Naravno, rad psihoterapeuta ne može biti ograničen samo na ovu tehniku; on podrazumeva mešavinu intervencija, uključujući pridruživanje, što stvara temelj za formiranje stabilnog odnosa i sigurnosti kako za pacijenta, tako i za terapeuta i terapijski ambijent.

Slika 1 prikazuje procesualni heuristički model donošenja kliničkih odluka prilikom upotrebe tehnike pridruživanja u psihoterapiji. Model ilustruje kako terapeut, procenjujući afektivnu i odbrambenu prezentaciju pacijenta, bira između ego sintonih i ego distonih oblika pridruživanja, u zavisnosti od subjektivnog stava pacijenta prema prezentovanom sadržaju. Naglašena je ciklična priroda kliničke procene, značaj afektivne dinamike i otpora, kao i potreba za konstantnim praćenjem kontratransfera, faze terapije i kapaciteta za kontejniranje. Ovaj okvir

je konceptualne prirode i služi kao podrška u kliničkom razmišljanju, a ne kao algoritam terapijskog procesa.

Treba napomenuti da ego sintono i ego distono pridruživanje nisu tehnike koje se međusobno isključuju ili mehanički smenjuju. Terapeut pravi izbor oblika pridruživanja tokom kliničkog rada, zasnovan na kombinaciji faktora, uključujući prirodu afektivne prezentacije pacijenta, karakteristike otpora, kontratransferne reakcije terapeuta i fazu psihoterapijskog procesa. Na taj način, pridruživanje ne podrazumeva fiksni tehnički pristup, već dinamičnu kliničku navigaciju između različitih oblika intervencije u zavisnosti od trenutne psihodinamske situacije. Model predstavljen na **Slici 1** odražava proces navigacije između ego sintonih i ego distonih oblika pridruživanja tokom faktičkog psihoterapijskog rada.

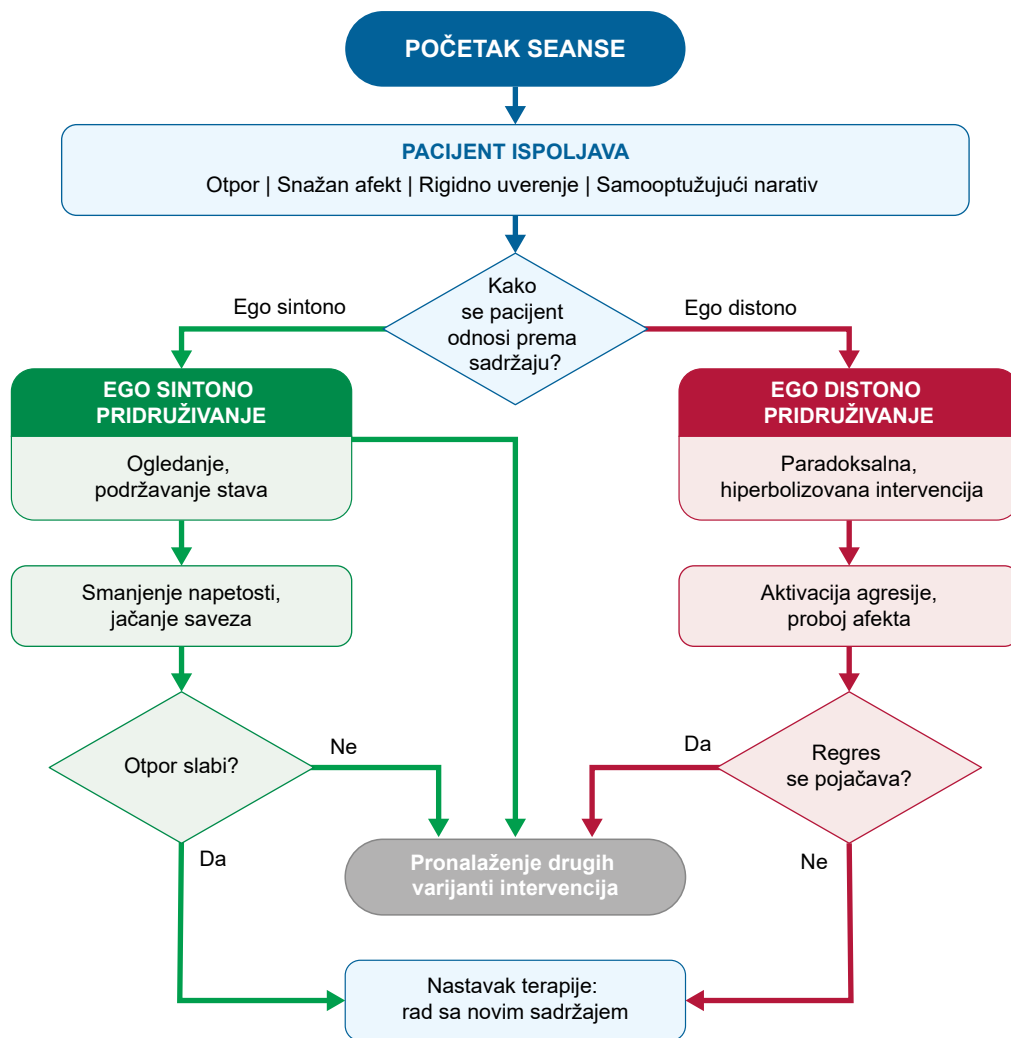
U okviru predloženog modela, razlika između ego sintonog i ego distonog pridruživanja može se razjasniti kroz kliničku funkciju koju obavljaju. U nekim slučajevima, pridruživanje je prvenstveno usmereno na kontejniranje afekta i smanjenje unutrašnje napetosti, sa ciljem očuvanja celovitosti pacijentovog Ega. U drugim slučajevima, pridruživanje se koristi kao sredstvo za izazivanje prethodno blokiranog afekta, prvenstveno agresivnog, radi njegove dalje obrade u transferu. Ovo funkcionalno razlikovanje ne služi kao nova tipologija, već razjašnjava mehanizam delovanja različitih oblika pridruživanja u kliničkom procesu.

Upotreba pridruživanja kod pacijenata koji čute

Rad sa ćutljivim pacijentima predstavlja specifičan, ali klinički indikativan slučaj, u kojem je potreba za diferenciranim pristupom pridruživanju posebno evidentna. Ćutanje može imati različite psihodinamske funkcije i zahteva različite kliničke taktike u zavisnosti od afektivnog stanja pacijenta, prirode otpora i faze terapije.

Ćutanje se, kao fenomen u klasičnoj psihoanalitičkoj praksi, već odavno teorijski konceptualizuje, ali upravljanje istim u prošlosti bilo je ograničeno na interpretativne tehnike koje su retko dovodile do njegovog razrešenja. Ćutanje može imati različitu svrhu. U negativnom kontekstu, ćutanje može označavati bes, strah, očaj, depresiju, prezir i agresiju [14]. Tehnika pridruživanja može biti efikasna kod takvih ćutljivih pacijenata.

U individualnom radu srećemo i ćutljive pacijente čije je ćutanje provokativno ili kontrolišuće i stvara napetost u dijadi. Na primer: „*Ne znam šta da pričam.*” U ovom slučaju, terapeut se može pridružiti ego sintono i blago reći: „*Već ste dosta toga ispričali;*



Slika 1. Procesualno orijentisani model donošenja kliničkih odluka o ego sintonom ili ego distonom pridruživanju

danah možemo i da čutimo." Ili, kada se pacijent izražava agresivnije, na primer: „Nemam želju danas da razgovaram sa vama“, terapeut se može pridružiti ego distono i reći: „Odličan smo tandem, ni ja danas nisam raspoložen da vas slušam.“

Za grupne terapeute tehnika pridruživanja može biti korisna u grupama koje čute: „Izgleda da je ovo jedna vrlo brižna grupa, koja je danas odlučila da čuti kako bih se ja odmorio. Ni ja nemam ništa protiv, i meni se sviđa takav izbor grupe.“

Ovde je važno da pridruživanje bude usmereno na grupu konkretno, a ne na pojedinačnog učesnika. To može doprineti koheziji grupe, na primer, kada učesnici ne komuniciraju dobro jedni sa drugima ili ne grade čvrste međusobne veze.

Pridruživanje u kontekstu drugih psihoanalitičkih tehnika

U praksi se pridruživanje često poistovećuje sa empatičnim ogledanjem, što može dovesti do metodološki pogrešnih izbora intervencija, posebno u radu sa pacijentima koji funkcionišu na ranim nivoima organizacije ličnosti. Poređenje sa tehnikom ogledanja pokazuje razlike u logici terapijske intervencije i specifičnosti pridruživanja kao intervencije usmerene na aktivno uključivanje otpora i afektivne dinamike u terapijski proces. Poređenje ovih pristupa nam omogućava da jasnije definišemo specifičnosti tehnike pridruživanja i izbegnemo njeno svođenje na opšti koncept empatičnog ogledanja. U ovom kontekstu, važno je naglasiti da nije reč o poređenju

psihoanalitičkih teorija generalno, već razlika u kliničkim naglascima i logici koja stoji iza primene specifičnih tehnika u radu sa pacijentima koji funkcionišu na ranim i primitivnim nivoima organizacije ličnosti.

Uprkos površnoj sličnosti određenih kliničkih tehnika, tehnika pridruživanja, prema shvatanjima savremene psihoanalitičke škole Hajmana Spotnica, značajno se razlikuje od drugih psihoanalitičkih intervencija usmerenih na rad sa ranim razvojnim poremećajima. U kliničkoj praksi, tehnika pridruživanja se često upoređuje sa tehnikom ogledanja koju je opisao Hajnc Kohut u okviru self psihologije. Obe intervencije se oslanjaju na empatično prisustvo terapeuta i osetljivost na subjektivno iskustvo pacijenta, ali se zasnivaju na različitim teorijskim pretpostavkama i imaju različite kliničke zadatke.

U Tabeli 1 dat je komparativni opis ključnih kliničkih karakteristika tehnike ogledanja u Kohutovoj self psihologiji [15] i tehnike pridruživanja u savremenoj psihoanalitičkoj tradiciji Hajmana Spotnica. Poređenje se zasniva na brojnim parametrima, uključujući klinički fokus intervencije, stav prema otporu, specifičnosti rada sa afektom, prirodu transfera, ulogu kontratransfera, kao i tipične kliničke rizike i ciljne grupe pacijenata. Ovo poređenje pokazuje da se, uprkos zajedničkoj orijentaciji na rane nivoe mentalnog funkcionisanja, ove tehnike razlikuju po usmerenju terapijske intervencije: ogledanje je prvenstveno usmereno na stabilizaciju i podršku Ega, dok se pridruživanje fokusira na aktivno uključivanje otpora i agresivnog afekta u terapijski proces. Ova tabela služi

kao instrument teorijskog pozicioniranja tehnike pridruživanja i omogućava preciznije definisanje njenog mesta među drugim psihoanalitičkim intervencijama. Dato poređenje naglašava da razlike između tehnika ogledanja i pridruživanja ne leže samo u njihovim teorijskim pretpostavkama, već i u logici izbora kliničke intervencije. Za razliku od ogledanja, gde je intervencija prvenstveno usmerena na stabilizaciju Ega, pridruživanje podrazumeva konstantnu kliničku procenu otpora i afektivne dinamike pacijenta, što zahteva fleksibilno smenjivanje ego sintonih i ego distonih načina rada. Upravo ta potreba za kliničkom navigacijom leži u osnovi modela donošenja odluka predloženog u ovom članku.

Klinička ograničenja i rizici primene tehnike pridruživanja

Bez obzira na kliničku efikasnost tehnike pridruživanja u radu sa pacijentima koji funkcionišu na preedipalnim nivoima ličnosti, njena upotreba zahteva pažljivu kliničku diferencijaciju. Korišćenje pridruživanja bez odgovarajućih indikacija ili u pogrešnoj fazi terapije može narušiti terapijski proces i pogoršati patološke obrasce funkcionisanja.

U nekim kliničkim situacijama, pridruživanje može održavati simbiotsku fiksaciju, posebno kada je diferencijacija self objekta nedovoljna. U takvim slučajevima, stalno empatično pridruživanje može ometati formiranje granica i povećati zavisnost pacijenta od terapeuta, usporavajući proces psihološke separacije.

Aspekt	Ogledanje (Kohut, self psihologija)	Pridruživanje (Spotnic, savremena psihoanaliza)
Klinički fokus	Podrška i stabilizacija Ega	Rad sa otporom i agresijom
Odnos prema otporu	Minimizacija frustracije u ranim fazama	Aktivno uključivanje otpora u proces
Tip intervencije	Empatično ogledanje subjektivnog iskustva	Ego sintono i ego distono pridruživanje
Rad sa afektom	Validacija i postepena diferencijacija afekta	Kontejniranje i aktivacija agresivnog afekta
Transfer	Narcistički – transfer ogledala, idealizujući transfer	Narcistički – pozitivni (između ostalog idealizujući) ili negativni
Uloga kontratransfera	Koristi se ograničeno	Ključni dijagnostički orijentir
Klinički rizici	Održava zavisnost	Intenzivne kontratransferne reakcije
Tipični pacijenti	Narušen Ego, narcističke strukture	Preedipalne, granične, psihotične strukture
Smer terapije	Postepeno sazrevanje Ega	Transformacija autoagresije, razrešavanje otpora, jačanje Ega

Tabela 1. Komparativne osobine tehnika ogledanja i pridruživanja u psihoanalitičkoj praksi

Još jedan rizik vezan je za održavanje narcističke grandioznosti kada se ego sintono pridruživanje koristi bez dalje obrade agresivnih i frustrirajućih afekata. U takvim situacijama, tehnika može doprineti učvršćivanju odbrambenih narcističkih struktura, a ne njihovoj transformaciji.

Štaviše, prekomerna ili neuvremenjena upotreba pridruživanja može blokirati razvoj simbolizacije, posebno ako intervencije zamene analitički rad sa transferom i interpretacije. U tom slučaju pridruživanje gubi svoju pomoćnu funkciju i postaje oblik izbegavanja slože njihov terapijskih intervencija.

Primena ove tehnike u različitim fazama psihoterapijskog procesa zahteva posebnu pažnju. U ranim fazama terapije, prerana upotreba ego sintonog pridruživanja može dovesti do dezorganizacije pacijenta i raspada terapijskog saveza. U kasnijim fazama terapije, zadržavanje na isključivo podržavajućem ego sintonom pridruživanju može ometati prelazak na obradu i integraciju konfliktnih sadržaja. Stoga, klinička efikasnost pridruživanja nije uslovljena samo izborom njegovog oblika već i tačnom procenom terapijskog konteksta i spremnošću pacijenta za odgovarajući nivo intervencije.

Uzimanje u obzir prirode transfera prilikom izbora oblika pridruživanja

Izbor između ego sintonih i ego distonih oblika pridruživanja takođe je određen prirodom transfera koji se razvija i stepenom njegove afektivne stabilnosti. U situacijama gde u transferu dominiraju simbiotska očekivanja, idealizacija terapeuta ili izražena zavisnost od objekta, ego sintono pridruživanje može biti klinički opravdano samo u ranim fazama terapije i pod uslovom da je njegova upotreba ograničena i svesna. U suprotnom, može pojačati simbiotsku fiksaciju i ometati razvoj autonomije pacijenta.

U slučajevima kada je transfer krhak ili dezorganizovan i praćen izraženom anksioznošću, strahom od uništenja objekta ili gubitkom bazičnog osećaja sigurnosti, upotreba ego distonog pridruživanja može biti kontraindikovana. Prerana provokacija agresivnog afekta kod takvih transfernih obrazaca povećava rizik od dezorganizacije pacijenta i narušavanja terapijskog saveza.

Upotreba tehnike pridruživanja zahteva poseban oprez u radu sa pacijentima u stanjima teške dezorganizacije, kao i kada je terapijski savez nedovoljno formiran. U takvim slučajevima, prerana ili nekritička upotreba pridruživanja može povećati zavisnost od terapeuta ili poslužiti kao oblik izbegavanja analitičkog rada, kao što je naglašeno u klasičnim radovima o ranim razvojnim poremećajima i tehnikama psihoanalitičke terapije [14].

Na taj način, kliničku prikladnost određenog oblika pridruživanja određuje ne samo priroda afektivne

prezentacije pacijenta, već i trenutni transferni obrazac, kao i stepen njegove stabilnosti i tolerancije agresivnih impulsa u terapijskom polju.

Zaključak

Klinički podaci i zapažanja ukazuju na izraženu terapijsku vrednost tehnike pridruživanja, naročito u radu sa pacijentima na psihotičnim i graničnim nivoima funkcionisanja. Njena upotreba ublažava autodestruktivne tendencije i doprinosi smanjenju afektivne dezorganizacije i formiranju stabilnog narcističkog transfera. Delotvornost tehnike uslovljena je preciznošću psihopatološke dijagnostike, fleksibilnošću intervencija, autentičnošću terapeuta i osetljivošću na afektivnu dinamiku pacijenta.

U grupnom radu, pridruživanje može smanjiti rizik od odigravanja kod pojedinačnih preedipalnih učesnika, kao i grupe u celini, ali i izazvati ciljano pojačanje afektivnog naboja u „čutljivim“ pasivno-agresivnim grupama. Tehnika pridruživanja omogućava preusmeravanje agresije iz odigravanja u simbolički posredovanu verbalizaciju, što pozitivno utiče na terapijski odnos, jača poverenje u terapeuta i podstiče stabilizaciju mentalnog stanja pacijenta. Model kliničkog izbora oblika pridruživanja predstavljen u ovom članku nema za cilj algoritmizaciju psihoterapijskog procesa, već teži da objasni kliničku logiku navigacije između intervencija u radu sa preedipalnim pacijentima.

Predloženi model kliničke navigacije može se koristiti u obuci psihoterapeuta početnika kao alat za podsticanje razvoja refleksivnog kliničkog razmišljanja. Ovakva eksplicitna razrada kriterijuma za izbor oblika pridruživanja čini procese donošenja terapijskih odluka transparentnijim, budući da u kliničkoj praksi oni često ostaju implicitni i prenose se prvenstveno kroz iskustvo i superviziju. U tom smislu, model može poslužiti kao pomoćno sredstvo u edukativnom kontekstu, iako nije zamena za kliničko iskustvo.

Obećavajući pravac budućih istraživanja vidi se u empirijskom testiranju predloženog modela, kao i njegovoj daljoj razradi i adaptaciji za upotrebu u kliničkoj obuci psihoterapeuta. U širem kontekstu, model može biti od značaja za interdisciplinarna istraživanja usmerena na proučavanje mehanizama regulacije afekta u terapijskim interakcijama.

Korišćena literatura

1. Feldman Y. The early history of modern psychoanalysis. *Mod Psychoanal.* 1978;3:15–28.
2. Strean HS, editor. *New approaches in child guidance.* Metuchen (NJ): Scarecrow Press; 1970.
3. Sherman MH. Siding with the resistance versus interpretation: role implications. *Mod Psychoanal.* 2007;32(2):194–230.

4. Haley J. Uncommon therapy: the psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D. New York (NY): W.W. Norton & Company; 1993.
5. Spotnitz H. Modern psychoanalysis of the schizophrenic patient: theory of the technique. 2nd ed. New York (NY): YBK Publishers; 2004.
6. Wang TS. A qualitative study into modern psychoanalytic joining and mirroring through psychotherapeutic exchanges [dissertation]. Pittsburgh (PA): Duquesne University; 2022. <https://dsc.duq.edu/etd/2215>.
7. Авдеева НН. Особенности материнского отношения и привязанность ребёнка к матери. Психологическая наука и образование. 2006;11(2):82–92.
8. Кернберг ОФ. Тяжёлые личностные расстройства: стратегии психотерапии. М: Независимая фирма «Класс»; 2000.
9. Федоров ЯО, Белов ЕН, Белова ЕБ, Клокова МВ, Шиканова ЕА. Тотем без табу: психоанализ доэдипальных состояний. Санкт-Петербург: ООО «ИПК «КОСТА»; 2017.
10. Verhülsdonk L, Petzold MB. Eine Untersuchung der Gegenübertragung in der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten. [German] Forum Psychoanal. 2024;40(3):357–374. <https://doi.org/10.1007/s00451-024-00552-0>.
11. Bird J, Caligor E. A case report of the treatment of narcissistic personality disorder with transference focused psychotherapy. Authorea. 2023. <https://doi.org/10.22541/au.169228820.03736190/v1>.
12. Shechter A. The join and distinction-union: a resonant and complex oneness. Eur J Psychoanal. 2021;8(2). <https://www.journal-psychoanalysis.eu/articles/the-join-and-distinction-union-a-resonant-and-complex-oneness>.
13. McWilliams N. Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process. 2nd ed. New York (NY)/London (UK): The Guilford Press; 2011.
14. Лигнер Э. Ненависть, которая лечит: психологическая обратимость шизофрении. Ижевск: ERGO; 2014.
15. Кохут Х. Анализ самости. Москва: Когито-Центр; 2003.

Numinoznost kao terapijski faktor: put od simptoma do simbola

Oksana V. Kuznjecova*

Akademija za integralnu psihodinamsku psihoterapiju, Moskva, Rusija.

Primljeno: 30. decembra 2025.
Prihvaćeno: 22. januara 2026.
Objavljeno: 1. marta 2026.

Za citiranje: Kuznjecova OV. Numinoznost kao terapijski faktor: put od simptoma do simbola. *Psychotherapy Science Today*. 2(2):42-45. <https://doi.org/10.64435/ftcs7951>



© Author(s), CC BY-NC 4.0

Apstrakt

U radu se istražuje simbol kao ključni posrednik između simptoma i nesvesnih procesa u analitičkoj psihoterapiji. Simptomi se posmatraju ne samo kao manifestacije psihopatologije, već i kao simbolički izrazi intrapsihičkog konflikta i traumatskih iskustava. Analizirana je višeslojna priroda simbola, njegova veza sa arhetipskim i kulturnim slikama, kao i uloga u preraspodeli psihičke energije akumulirane u simptomima i kompleksima. Razmotreni su proces simbolizacije i metod amplifikacije kao alati za otkrivanje nesvesnih značenja i integraciju ličnosti. Ilustrativna klinička vinjeta sa mitološkom amplifikacijom pokazuje kako iskustvo simbola aktivira procese transformacije i individuacije, koji doprinose mentalnom razvoju i vraćaju ličnosti celovitost.

Ključne reči: simbol, simptom, mitološka amplifikacija, individuacija.

Simbol je sam po sebi most ili veza između nas i misterije postojanja, ali, pored toga, on odražava ovu vezu kroz slike u kojima se javlja.

Donald Kalšed

Iz ugla dubinske psihologije, simptom je simbolički organizovani oblik mentalne adaptacije kroz koji se izražavaju nesvesni konflikti, traumatska iskustva i razvojni deficiti i privremeno stabilizuju unutar strukture ličnosti. On čini kompromis između svesnog i nesvesnog, između instinktivnih potreba pojedinca i psiholoških i egzistencijalnih potreba ličnosti [1, 2].

Po pravilu, simptome proizvode emocionalno nabijene grupe ideja, odnosno kompleksi, čiji izvor leži u dubokim slojevima nesvesnog. Neki kompleksi poprimaju autonomni karakter i izražavaju se kroz telesne funkcionalne poremećaje, koji se klinički manifestuju kao psihosomatski poremećaji ili neuroze.

Krajem 19. veka, Sigmund Frojd i Jozef Brojer su pretpostavili da neurotični simptomi (histerija, određene vrste bola itd.) nose simboličko značenje. Kao i snovi, takvi simptomi su jedan oblik izraza nesvesnih psihičkih procesa i imaju određenu simboličku težinu [3]. Naime, pacijent suočen sa psihološki nepodnošljivom situacijom (s nečim što se ne može „svariti“) može razviti simptom digestivnog trakta, a pacijent opterećen teretom odgovornosti verovatno će iskusiti bolove u leđima itd. Na taj način, simptom može imati simboličko značenje i predstavljati specifičan slučaj manifestacije simbola. U ovom slučaju, analitički rad sa simboličkim

značenjem simptoma omogućava isceljenje unutrašnjeg konflikta, traumatskih iskustava ili drugih mentalnih kontradikcija koje su dovele do simptoma. U mnogim etničkim grupama i kulturama postojale su drevne isceliteljske prakse koje su uključivale analizu simbolike simptoma. Primer takve tradicije su starogrčki asklepioni — hramovi posvećeni Asklepiju. Da bismo bolje razumeli isceljujući mehanizam rada sa simbolima u psihoterapijskoj praksi, razmotrimo prirodu simbola.

Simboli predstavljaju jedinstvene, višeslojne strukture koje povezuju vidljivo i nevidljivo. Ovaj koncept je ključan za izražavanje ideja i stvarnosti koje nisu uvek podložne verbalnom opisu. Etimologija ovog termina otkriva njegovu objedinjujuću prirodu (simbol — „povezano“ i „ono što povezuje“).

Simbol je „najbolji mogući izraz ili prikaz nečega još nepoznatog“ [4]. Brojni pokušaji su učinjeni u umetnosti, filozofiji i psihoterapiji da se razume sam koncept simbola. Simbol je počeo da se smatra nezavisnom estetskom kategorijom krajem 18. veka. Naime, Gete i Moric su isticali da simbol treba razlikovati od slike, znaka i alegorije. Hegel se vratio konceptu simbola kao znaka ili slike koja poseduje značenje. Različita tumačenja prirode simbola predlagali su Šeling, Kasirer, Frojd, Jung, Gadamer, Langer i mnogi drugi autori [5, 6].

* E-mail: kseniko@mail.ru.

Karl Gustav Jung pravi razliku između „prirodnih“ simbola i simbola oblikovanih kulturom. Što se tiče porekla prvih, Jung piše da oni predstavljaju beskrajne varijacije bazičnih arhetipskih slika (njihov razvoj se može pratiti kroz nasleđe drevnih kultura) [3, 7]. Na ove arhetipske slike možemo naići kada proučavamo drevne pećinske crteže, egipatsko hijeroglifsko pismo ili sumersko klinasto pismo. Simboli koje oblikuje kultura („kulturni simboli“) pretrpeli su brojne metamorfoze i postali kolektivne slike, deo univerzalne ljudske kulture. Kontemplirajući o ovim slikama, često se susrećemo sa numinoznim i doživljavamo snažnu emocionalnu rezonancu. Kulturni simboli neretko u sebi zadržavaju arhaični, „božanski“, „sakralni“ princip.

Jung primećuje da je savremeni čovek postao zarobljenik sopstvenog racionalizma, što je oslabilo njegovu sposobnost da percipira božanske simbole i ideje, „predajući ga na milost i nemilost psihičkom podzemlju“; „...moralna i duhovna tradicija se raspala..., što je dovelo do dezorijentacije i razjedinjenosti“ [3]. Kontakt savremenog čoveka sa prirodom je prekinut, što je dovelo do nestanka dubinske emocionalne (psihičke) energije koju je ova veza pružala.

Proces simbolizacije povezan je sa potragom za smislom i može postati vredan alat za duboko razumevanje kako intrapsihičkih, tako i interpersonalnih procesa — svojevrsan ključ za dublje razumevanje stvarnosti. U nastojanju da razumemo simbol,

krećemo se od njegove spoljašnje manifestacije ka unutrašnjem značenju. Svaki simbolički izraz može otvoriti pristup novim nivoima razumevanja, čineći simbole neiscrpnim u svom značenju. Simboli predstavljaju most između materijalnog i duhovnog, individualnog i kolektivnog, omogućavajući nam da shvatimo i protumačimo svoja iskustva i ideje.

U analitičkom radu, ovo kretanje od spoljašnjih aspekata simbola ka potrazi za njegovim naizgled neočiglednim unutrašnjim značenjem postaje posebno dragoceno. Analiza razvija sposobnost otkrivanja ove „nevidljive“ i naizgled neočigledne stvarnosti ispod površine. Priroda simbola je polisemantička i neiscrpna. Bilo koji simbol može se tumačiti u različitim kontekstima, otkrivajući nove aspekte značenja.

Prvenstveni zadatak analitičkog rada jeste razumevanje, odnosno „dešifrovanje“ simboličke poruke sadržane u simptomu. U slučajevima kada se prepozna i prihvati simbolički smisao simptoma, konflikti sadržaj koji on izražava iznosi se na nivo svesti. Ovaj proces povezan je sa preraspodelom psihičke energije, prethodno akumulirane u kompleksima koji se manifestuju kroz simptome.

U tom smislu, simboli mogu igrati ulogu svojevrsnih „energetskih transformatora“, preko kojih se psihička energija, prethodno vezana za simptome, može integrisati u život. Put od simptoma ka simbolu predstavlja važan deo psihoterapijske (analitičke) dinamike [8–10].

Ilustrativna klinička vinjeta zasnovana na stvarnom slučaju terapije pacijenta sa strahom od javnih nastupa

Anamneza i simptomatologija

Pacijent S., 35 godina, menadžer, potražio je terapiju kako bi prevazišao strah od javnog nastupa koji blokira njegovo napredovanje u karijeri. Simptom, koji se manifestovao somatski (tremor, hiperhidroza, mišićni spazam) i kognitivno (samounižavajuće ideje), prvi put se konkretizovao u adolescenciji, u situaciji sistematske javne kritike od strane školskog profesora. Uprkos akademskom uspehu, pacijent je razvio čvrstu asocijaciju između čina samoprezentacije pred publikom i egzistencijalnog rizika od uništenja.

Dinamika simbola i terapijski proces

U seansi katatimske imaginativne terapije (simboldrame)*, od pacijenta je zatraženo da zamisli svoj strah u obliku bilo koje slike koju prizove u mašti. Simptom se personifikovao u spontanoj slici groteskne „Divkinje“**, koja je dominirala prostorom slike i izazivala u pacijentu regresivno stanje detinjeg užasa. Pacijent je u slici sebe zamislio kao malog dečaka od 5–6 godina. „Divkinju“ je konstelirala figura autoritarne bake i bila je povezana sa potisnutom epizodom iz detinjstva, kada je pacijent na ponižavajuć način nateran da javno nastupi. Inicijalna interpretacija je omogućila da se trenutni strah poveže sa ličnom istorijom, dekonstruišući projekcije na autoritetne figure.

Više informacija o katatimskoj imaginativnoj psihoterapiji možete pronaći na linku: <https://rs.aipp.education/simboldrama>

* Katatimska imaginativna psihoterapija (simboldrama) je dubinski orijentisan psihoterapijski pristup koji je razvio nemački psihoterapeut Hanskarl Lojner pedesetih godina 20. veka na osnovu ideja iz psihoanalize i jungijanske psihologije, a u kojem se nesvesni materijal otkriva i obrađuje kroz usmeren rad sa slikama i simbolima u stanju katatimske imaginacije.

** Američki psihoanalitičar Bruno Betelhajm u knjizi „Značenje bajki“ iznosi pretpostavku da upravo tako, kao divove, mala deca vide i doživljavaju svoje roditelje. U mnogim bajkama deca pobeđuju divove, uspevaju da ih nadmudre i osvoje njihove resurse (odnosno da odrastu, postanu veliki, zreli).

Prekretnica u terapiji dogodila se u fazi arhetipske amplifikacije ove slike. Umesto dalje analize lične traume, terapijski fokus je pomeren na istraživanje „Divkinje” kao nosioca univerzalnog mitološkog motiva. Kroz osvrt na interkulturalnu mitologemu Proždiruće Majke (Kali, Baba Jaga), pacijentu je predloženo da razmotri njenu sliku u kontekstu arhetipskog susreta sa numinoznim.

Tokom vođene imaginacije, pacijent je stupio u dijalog sa slikom. Smogao je snage da pogleda „Divkinju”, prevazilazeći svoj strah. Postepeno se slika malog dečaka izmenila, i pacijent je u imaginaciji video sebe u sadašnjem uzrastu. Odjednom, tokom ove interakcije, vizualna reprezentacija „Divkinje” doživela je spontanu transformaciju: njene zastrašujuće crte lica su smekšale, a umesto pretećeg gesta, u njenim rukama se pojavio svežanj ključeva. Bili su od kovanog gvožđa, a na nekim od njih nazirao se drevni natpis.

Pacijent je prijavio snažno, ambivalentno iskustvo: sveprožimajući strah ustupio je mesto dubokom, gotovo sakralnom strahopoštovanju. Opisao ga je kao susret ne sa ličnim progoniteljem, već sa drevnom, bezličnom silom koja „ne teži toliko uništenju, koliko čuva neku drevnu tajnu, i sada može otvoriti put ka njenom otkrivanju”.

Pojava ključeva ukazuje na ambivalentnu prirodu arhetipa Majke: istovremeno destruktivnu i kreativnu, proždiruću i rađajuću. Ovo je pacijent opisao kao najznačajniji momenat najvećeg energetskog naboja u celokupnoj terapiji, što predstavlja klasičnu manifestaciju numinoznog iskustva.

Integracija i transformacija

Dalji analitički rad bio je posvećen integraciji ovog iskustva. Ključevi su protumačeni kao poklon od „Divkinje”, koja pacijentu nije više delovala tako preteće i zastrašujuće. Ovi ključevi su simbolizovali pacijentove nove mogućnosti, ukazujući na to da se energija koja je ranije bila vezana za traumatski simptom i negativni kompleks majke oslobađala za proces individuacije. Pacijent je spontano počeo da koristi sliku ključeva koji otvaraju nova vrata kao metaforu za nove projekte i dozvoljavanje sebi da govori jasno, razgovetno i lepo. Metafora ključeva se u terapiji ponavljala nekoliko puta: ključ koji može nešto da zatvori (da napusti negativne obrasce i programe ponašanja), ključ koji otvara nove mogućnosti i ključ kao resurs (ključ kao izvor vode, mesto gde reka peni).

Katamneza

Po završetku terapije, pacijent ne samo da se uspešno snalazio sa prezentacijama na poslu, već se i dobrovoljno uključio u aktivnosti koje su zahtevale javni nastup. Prijavio je da je javni nastup prestao da bude bojno polje gde je on bio žrtva, i postao „mesto susreta” na kojem se odvija razmena. Terapijski proces je rezultirao ne samo smanjenjem simptoma, već i promenom njegovog životnog stava iz defanzivnog u proaktivni.

Analitički komentar: rad sa simbolom, intervencije i akcenti

Prikazani slučaj pokazuje evoluciju terapijskog rada od nivoa ličnog nesvesnog (traume) do nivoa kolektivnog nesvesnog (arhetipa), gde postaje moguće istinsko simboličko iskustvo. Mogu se identifikovati ključne intervencije koje su pomerile proces u ovu ravan:

- Prelaz sa analize slike na amplifikaciju simbola.
- Kao što je isticao Jung, simbol nije znak koji označava nešto poznato (poput slike traume), već je „najbolji mogući izraz nečega još nepoznatog” (arhetipa). Amplifikacija „proširuje” lični materijal u nešto univerzalno, stvarajući osnovu za numinozno iskustvo.
- Simbol ključeva kao dara ukazuje na aktivaciju procesa individuacije, gde se psihička energija rekanališe iz služenja kompleksu (strahu) u služenje celovitosti ličnosti. Ambivalencija numinoznog iskustva naglašava transcendentnu funkciju simbola kao posrednika između suprotnosti.
- Numinozno iskustvo („užas pomešan sa doživljajem svetog”) predstavlja kamen temeljac transformativnog iskustva. Ono poseduje sopstvenu isceljujuću snagu, budući da neposredno povezuje Ego sa energijom arhetipa.
- Integracija kroz „živu” metaforu: svežanj ključeva koji mogu otvoriti vrata novim mogućnostima. Ovo je u skladu sa Jungovim shvatanjem simbola kao energetskog transformatora. Simbol nema samo neko značenje; on nekako deluje na psihi — preraspodeljuje energiju. Pacijent je počeo da koristi energiju koju je ranije blokirao strah za kreativno samoizražavanje, što je i cilj analitičkog procesa: ne adaptacija kroz suzbijanje, već transformacija kroz integraciju.

Na taj način, efikasnost terapije u ovom slučaju postignuta je ne kroz proradu traume (iako je to bila neophodna osnova), već kroz svesno fokusiranje na simbol. Terapeut je stvorio uslove da se lična slika, kroz amplifikaciju, otvori kao prozor u kolektivno nesvesno, omogućavajući pacijentu da doživi numinozno iskustvo. Upravo je to iskustvo, a ne kognitivno razumevanje, kataliziralo duboku reorijentaciju psihe od obrazaca prošlosti (traume) ka potencijalu budućnosti (individuacija).

Analitički rad nije samo proces tumačenja i interpretacije simboličkog materijala, već i istraživanje značenja povezanih sa osećanjima i emocijama, traumama i iskustvima, individualnom istorijom i kolektivnim pamćenjem. U terapijskom kontekstu, simboli obogaćuju percepciju stvarnosti. Simbolizovati znači tražiti smisao u određenoj situaciji. Ova tragajuća, simbolišuća funkcija psihe manifestuje se ne samo u simptomima i snovima, već i u samom terapijskom procesu. Stoga je ključno da analitičar primeti simboličke poruke. Šta pacijentova priča o onome što je video na putu do seanse govori o njegovom intrapsihičkom konfliktu? Šta simbolizuje njegovo kašnjenje, ili, obrnuto, njegova želja da počne seansu nekoliko minuta ranije? Koji se procesi odvijaju unutar pacijenta kada terapeut najavi predstojeći odmor? Šta se simbolizuje, ponavlja ili doživljava, možda i nakon mnogo godina?

Rad sa simboličkim materijalom je efikasan onda kada simboli ne samo da postanu razumljivi, već se i emocionalno dožive [9]. Mari-Luiz fon Franc je arhetipska iskustva posmatrala kao centralni faktor isceljenja u psihoterapiji. Prateći Junga, ona primećuje da, ako analitičar ne prepozna arhetipski sadržaj u snovima, on, s jedne strane, ne uspeva da opazi dubinu, a s druge strane, propušta ogromnu priliku. Prema Jungu, „arhetipska iskustva nam šalje nesvesno, i ona postaju manifestacije milosti”; „... ne mogu se veštački izazvati” [10].

Živa energija, isceliteljska snaga i arhaična moć simbola oslobađaju se samo kroz njegovo celovito senzorno-emocionalno iskustvo. „Simboli su kategorije ‘sažimanja’: simbol ‘vezuje’ za sebe čitav niz asocijacija, ali zbog potrebe za izvesnošću, to nas iritira, dok se zbog potrebe za misterijom i značenjem isto doživljava kao blago” [9].

Metod amplifikacije* jedan je od ključnih alata jungijanske psihologije koji omogućava dublje razumevanje ličnih simbola, povezujući ih sa arhetipskim figurama i mitološkim zapletima. Korišćenje ovog materijala pomaže da se identifikuju duboki psihološki obrasci i prepoznaju njihova univerzalna značenja. Identifikacija odgovarajućeg mita je prvi korak na ovom putu. Sledeća faza uključuje prepoznavanje i interpretaciju arhetipskog jezgra simboličkog značenja, sržnog kako za simptom, tako i za mit. Ovo jezgro objedinjuje individualna iskustva i arhetipske motive i postaje osnova za razumevanje simptoma i njegovih korena. Završna faza rada

uključuje vraćanje i primenu ovog otkrivenog, osvešćenog značenja u životu pojedinca, što olakšava integraciju različitih aspekata ličnosti i preduslov je za postizanje celovitosti.

Kroz analitički rad sa simboličkim materijalom, otkrivaju se ne samo trenutne teškoće i unutrašnje prepreke koje se javljaju na putu, već i perspektive i mogućnosti za razvoj. Simbol usmerava psihičku budućnost, kako u terapijskom procesu, tako i u stvarnom životu. Kroz simboličko se otkriva proces individuacije. „Simbol ostaje veći izazov našim mislima i osećanjima. Možda to objašnjava stimulativnu prirodu simboličkog rada, zašto nas tako intenzivno zaokuplja” [7].

Na taj način, prelazak sa simptoma na simbol u analitičkom radu otvara put ka istinskom isceljenju, omogućavajući ne samo otklanjanje manifestacija konflikta, već i integraciju njegove energije u celovitu strukturu ličnosti. Simbol, živ i višestran, olakšava obnavljanje veze subjekta sa arhetipskim i dubinskim slojevima psihe, prevazilazeći jaz izazvan preteranim racionalizmom. Kroz emocionalno iskustvo i amplifikaciju simboličkog materijala, pacijent stiče ne samo jasniju predstavu o sopstvenim unutrašnjim procesima, već i usmerenost ka budućnosti, otkrivajući potencijal za individuaciju. U tom smislu, simbol ostaje veći izvor značenja i transformacije, podsećajući da iza svakog simptoma leži impuls kretanja ka celovitosti i integraciji ličnosti.

Korišćena literatura

1. Roesler C. Theoretical foundations of analytical psychology: recent developments and controversies. *J Anal Psychol.* 2019;64(5):669–81. <https://doi.org/10.1111/1468-5922.12540>.
2. Калшед Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа. М.: Когито-Центр; 2015.
3. Юнг КГ. Человек и его символы. М.: АСТ; 2020.
4. Araujo S. The symbol theory in S. Freud, C.G. Jung and C.S. Peirce. *Int J Jungian Stud.* 2017;9(2):92–105.
5. Зеленский ВВ. Толковый словарь по аналитической психологии. М.: Когито-Центр; 2008.
6. Jones R. Dialectics of sign and symbol and the utterance of archetype theory. *J Anal Psychol.* 2023;68(4):1–19. <https://doi.org/10.1111/1468-5922.12942>.
7. Юнг КГ. Архетип и символ. М.: Ренессанс; 1991.
8. Regovec M. *Cogito Alchymicum*. Zurich: Spring Journal Books; 2025.
9. Каст В. Динамика символов: основы юнгианской психотерапии. М.: Центр гуманитарных инициатив; 2020.
10. фон Франц МЛ. Кошка: сказка об освобождении феминности. М.: Класс; 2007.

* Mitološka amplifikacija je konkretiziranje i razjašnjavanje pojedinačnih slika u snovima i produktima likovnog stvaralaštva (crteži, slike, vajanje, „igranje u pesku” itd.) pomoću direktnog asociiranja i znanja iz društvenih nauka (simbologije, mitologije, misticizma, folklora, istorije religije, etnologije itd.) [4].

Rezilijentnost i kvalitet života nakon povreda gornjih ekstremiteta: uloga uzrasta u kontekstu biopsihosocijalnog modela MKF

Sofija Paulina Salvador Espin¹, Ana Isabel Kostales Zavgorodnjaja² *

¹ Centar za fizikalnu terapiju „Sofi”, Kito, Ekvador.

² Univerzitet Hemisferios, Kito, Ekvador.

Primljeno: 16. aprila 2025.
Prihvaćeno: 19. avgusta 2025.
Objavljeno: 1. marta 2026.

Za citiranje: Salvador Espin SP, Kostales Zavgorodnjaja AI. Rezilijentnost i kvalitet života nakon povreda gornjih ekstremiteta: uloga uzrasta u kontekstu biopsihosocijalnog modela MKF. *Psychotherapy Science Today*. 2(2):46-51. <https://doi.org/10.64435/zddr6062>



© Author(s), CC BY-NC 4.0

Apstrakt

Cilj: Utvrditi starosne razlike u rezilijentnosti** i subjektivnom kvalitetu života pacijenata nakon povreda gornjih ekstremiteta u kontekstu ličnih činilaca prema Međunarodnoj klasifikaciji funkcionisanja, nesposobnosti i zdravlja (MKF).

Metod: U studiji preseka učestvovala su 22 pacijenta centra za rehabilitaciju šake. Korišćen je *Upitnik SZO za procenu kvaliteta života* (WHOQOL-BREF), kao i *Vagnild-Jangova skala rezilijentnosti* (RS). U svrhu poređenja tri starosne grupe („<24 god.”, „25–40 god.”, „>40 god.”) korišćen je neparametarski Kruskal-Volisov test. Dodatno je izvršena analiza pojedinačnih ajtema iz skale rezilijentnosti.

Rezultati: Statistički značajne razlike pronađene su između starosnih grupa u domenu „Psihološko zdravlje” ($p=0,05$). Najveće subjektivno blagostanje u ovoj oblasti zabeleženo je kod pacijenata starosti 25–40 godina. Trendovi u starosnim razlikama identifikovani su u domenima „Fizičko zdravlje” (porast s godinama) i „Društveni odnosi” (vrhunac u grupi srednjih godina). Analiza ajtema skale rezilijentnosti pokazala je da se najizraženije razlike u godinama tiču aspekata vezanih za samostalnost***.

Zaključak: Rezultati ukazuju na nelinearnu vezu između starosti i različitih aspekata adaptacije. Mlađi pacijenti (<24 god.) pokazuju niži nivo psihološkog blagostanja i nezavisnosti. Istovremeno, pokazatelji subjektivne procene fizičkog zdravlja su viši kod starijih pacijenata. Rezultati ističu važnost uzimanja u obzir starosti i psiholoških faktora prilikom prilagođavanja programa rehabilitacije u okviru MKF modela.

Ključne reči: rezilijentnost, kvalitet života, specijalizovana terapija šake, rehabilitacija povreda gornjih ekstremiteta, MKF.

Uvod

Međunarodna klasifikacija funkcionisanja, nesposobnosti i zdravlja (MKF), koju je razvila Svetska zdravstvena organizacija (SZO), predstavlja konceptualni okvir za razumevanje zdravlja i invaliditeta u savremenoj zdravstvenoj zaštiti. Ova klasifikacija nudi biopsihosocijalni pristup koji razmatra interakciju bioloških, psiholoških, socijalnih i sredinskih faktora [1] i služi kao univerzalni standard za prikupljanje i analizu podataka, kao i razvoj zdravstvene politike [2]. Međutim, uprkos centralnoj ulozi ličnih

činilaca u MKF modelu, oni ostaju najmanje formalizovana i klinički korišćena komponenta, posebno u ortopedskoj rehabilitaciji.

Povrede gornjih ekstremiteta, posebno šake, često rezultiraju ne samo fizičkim ograničenjima već i značajnim psihološkim opterećenjem, smanjujući kvalitet života pacijenata. Integrativni pregled studija koji su izvršili Medison i sar. otkrio je visoku prevalencu mentalnih poremećaja među osobama sa ovakvim povredama: depresija je zabeležena kod

* Korespondentni autor, e-mail: annacostales@gmail.com.

** U originalnom modelu, Wagnild & Young (1993) definišu rezilijentnost kao pozitivnu ličnu osobinu koja uključuje pet ključnih komponenta: uravnoteženost (equanimity), istrajnost (perseverance), samostalnost (self-reliance), svrhovitost (meaningfulness) i egzistencijalnu autonomiju (existential aloneness).

*** Samostalnost u značenju „samopouzdanje i sposobnost oslanjanja na sebe” (self-reliance).

7–71% pacijenata, anksioznost kod 23–71%, a post-traumatski stresni poremećaj kod 3–95% [3]. Ključni faktori rizika od nepovoljnih psiholoških ishoda uključuju težinu povrede, hronični bol, disfunkciju ekstremiteta, negativnu percepciju povredene ruke, neefikasne mehanizme prevladavanja i ograničenu socijalnu podršku. Ovi psihološki simptomi mogu trajati dugo, iako se u većini slučajeva smanjuju u roku od tri meseca nakon povrede. Sistematski pregled Gican i sar. ističe značajan psihološki uticaj složenih povreda šake na pacijente i snažno preporučuje multidisciplinarni pristup koji kombinuje fizičku rehabilitaciju sa pružanjem psihološke podrške, u cilju postizanja optimalnih funkcionalnih i emocionalnih rezultata [4].

U poslednjim decenijama, psihologija je prošla kroz važnu promenu paradigme: od modela koji stavlja naglasak na rizike, traume i psihopatologiju do preventivnog modela usmerenog na resurse, potencijal i individualne snage. Centralni konstrukt ovog modela je rezilijentnost — sposobnost da se izdrže životne nedaće, da se iste prevaziđu i doživi pozitivna transformacija pod njihovim uticajem. Rezilijentnost se posmatra kao dinamičan proces koji zavisi od interakcije unutrašnjih resursa (crte ličnosti, kognitivne strategije) i spoljašnjih faktora (socijalna podrška, kulturni kontekst). Ona služi zaštitnoj funkciji, ublažavajući efekte stresa i transformišući pretnje u mogućnosti za rast [5]. Empirijski dokazi potvrđuju da su viši nivoi rezilijentnosti povezani sa boljim ishodima mentalnog zdravlja nakon povrede [6], uspešnijim ishodima ortopedске hirurģije šake [7], smanjenim osećajem psihološkog opterećenja usled teških povreda [8] i poboljšanim dugoročnim kvalitetom života kod starijih pacijenata nakon povrede [9]. Ove studije sugerišu da rezilijentnost ne korelira samo sa blagostanjem, već modifikuje uticaj težine povrede na funkcionalne i subjektivne ishode rehabilitacije. To je ključni faktor koji utiče na putanju oporavka.

Kvalitet života, prema definiciji SZO, predstavlja percepciju pojedinca o svojoj životnoj situaciji u kontekstu kulture, sistema vrednosti, ličnih ciljeva, očekivanja i interesovanja [10]. Ovaj višedimenzionalni koncept obuhvata kako objektivne (fizičko funkcionisanje, ekonomski resursi), tako i subjektivne aspekte (emocionalno blagostanje, zadovoljstvo odnosima) [11]. U kontekstu rehabilitacije povreda gornjih ekstremiteta, kvalitet života je integralni pokazatelj, a specijalizovana terapija ruku doprinosi njegovom poboljšanju smanjenjem bola, obnavljanjem funkcionalnosti i olakšavanjem socijalne reintegracije [12, 13]. Međutim, efikasnost takvih intervencija varira u zavisnosti od individualnih psiholoških resursa pacijenta, što naglašava potrebu za prilagođenim pristupom koji uzima u obzir rezilijentnost i starosne karakteristike.

Cilj ove pilot studije bio je da se procene i uporede nivoi rezilijentnosti i kvaliteta života kod pacijenata sa povredama gornjih ekstremiteta koji su prošli specijalizovanu terapiju ruku, uzimajući u obzir starosne razlike, a u okviru biopsihosocijalnog modela MKF.

Metod Dizajn i etika

Sprovedena je kvantitativna komparativna studija preseka u trajanju od oktobra 2023. do aprila 2024. godine. Postupak je bio u skladu sa Helsinškom deklaracijom, etičkim principima Američkog udruženja psihologa [14] i Etičkim kodeksom Ministarstva zdravlja Ekvadora. Svi učesnici su dali informisani pristanak.

Uzorak

Uzorak je obuhvatio 22 pacijenta specijalizovanog centra za terapiju ruku u Kitu (Ekvador). Kriterijumi za uključivanje bili su: povreda gornjih ekstremiteta, završen kurs terapije ruku, starost iznad 18 godina i dobrovoljni pristanak.

Merni instrumenti

1. Vagnild-Jangova skala rezilijentnosti (RS) za procenu ukupnih pokazatelja rezilijentnosti i dva faktora: „Lična kompetencija” i „Prihvatanje sebe i života” [15].
2. Upitnik SZO o kvalitetu života (WHO-QOL-BREF) koji sadrži 26 ajtema za procenu kvaliteta života u četiri domena: fizičko zdravlje, psihološko zdravlje, socijalni odnosi, okruženje.
3. Za stratifikaciju težine povreda korišćena je klinička skala klasifikacije koju su razvili autori, zasnovana na opšteprihvaćenim kriterijumima za procenu funkcije gornjih ekstremiteta. Ova skala uzima u obzir karakteristike kao što su neuropatski ili disocirani bol, značajan gubitak senzorne funkcije ili teška oštećenja, potpuna disfunkcija u funkcionalnim zadacima, kao i potreba za interdisciplinarnim pristupom (medicinska, fizikalna i radna terapija, psihologija). Zasniva se na opšteprihvaćenim kliničkim kriterijumima za procenu gornjih ekstremiteta [16–18] i nudi sledeće nivoe:
 - Nivo 0 — Bez funkcionalnog oštećenja: potpun i simetričan obim pokreta; bez bola ili senzornih poremećaja; normalna snaga i koordinacija; potpuna samostalnost u svakodnevnim funkcionalnim aktivnostima.
 - Nivo 1 — Blago oštećenje: blag ili povremeni bol; blago ograničenje pokreta ili snage; minimalno oštećenje finih ili ponavljajućih

Rezilijentnost je faktor koji modifikuje uticaj težine povrede na funkcionalne i subjektivne ishode.

pokreta; sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti, iako uz kompenzatorne maneve.

- Nivo 2 — Umereno oštećenje: konstantan ili lokalizovan bol koji delimično ometa aktivnost; smanjena snaga i/ili obim pokreta u zglobovima od 25 do 50%; umereni senzorni poremećaji; teškoće u obavljanju svakodnevnih aktivnosti bez pomoći ili adaptacije; potrebna je aktivna terapija za oporavak funkcije.
- Nivo 3 — Teško oštećenje: jak ili ograničavajući bol; ograničenje pokreta ili snage za više od 50%; značajni senzorni poremećaji; nemogućnost obavljanja osnovnih svakodnevnih aktivnosti bez pomoći; prisustvo otoka, atrofije ili jake ukočenosti; moguća upotreba udloga, ortoza ili tehničkih pomagala.
- Nivo 4 — Kritična ili kompleksna povreda: nemogućnost voljnog pokreta u ključnim segmentima ili celom ekstremitetu.

Obrada i analiza podataka

Podaci su kodirani i obrađeni u programu Statgraphics Centurion. Korišćene su deskriptivne statističke metode. Za poređenje pokazatelja rezilijentnosti i kvaliteta života u tri nezavisne starosne grupe („<24 godine“, „25–40 godina“, „>40 godina“), zbog ne-normalne distribucije, korišćen je neparametarski Kruskal-Volison H-test. Izabran je nivo statističke značajnosti $p < 0,05$.

Rezultati

Sociodemografske karakteristike

Uzorak je podeljen u tri starosne grupe: ispod 24 godine ($n=6$), 25–40 godina ($n=7$) i iznad 40 godina ($n=9$). Grupe su bile uporedive prema polu. Većina učesnika je imala srednje stručno ili visoko obrazovanje. Socioekonomski i bračni status varirali su u zavisnosti od uzrasta, što je u skladu sa očekivanim demografskim razlikama.

Starosne razlike u kvalitetu života

Kao što je prikazano u Tabeli 2, jedini pokazatelj za koji su pronađene statistički značajne razlike između starosnih grupa bio je domen „Psihološko zdravlje“ ($H=5,99$; $p=0,05$). Najviši medijalni skor zabeležen je u grupi od 25 do 40 godina (24), dok je u najmlađoj grupi skor bio najmanji (18). U domenima „Fizičko zdravlje“ ($p=0,11$) i „Društveni odnosi“ ($p=0,16$) razlike nisu dostigle statističku značajnost, ali je primećen trend viših skorova u starijim starosnim grupama. Za preostale pokazatelje kvaliteta života nisu pronađene značajne razlike ili trendovi.

Analiza aspekata rezilijentnosti

U okviru istraživanja izvršena je uporedna analiza odgovora na ajteme Vagnild-Jangove skale rezilijentnosti (RS). Analiza je pokazala da su se najizraženije starosne razlike ticale stavki tematski povezanih sa samostalnošću i samopouzdanjem. Neparametarska analiza ovih stavki otkrila je statistički značajnu razliku između grupa ($H=5,82$; $p=0,05$): medijalni skorovi su bili niži u grupi mlađoj od 24 godine (10) u poređenju sa grupama starosti 25–40 i iznad 40 godina (po 12 u obe grupe), što ukazuje na niži nivo samostalnosti kod mlađih pacijenata. Nisu pronađene tako jasne razlike u drugim tematskim aspektima rezilijentnosti, kao što su istrajnost ili svrhovitost.

Ukupni efekat uzrasta

Posmatrani zajedno, dobijeni podaci ukazuju na to da su starosne razlike kod pacijenata nakon povreda šake najizraženije u domenu subjektivnog psihološkog blagostanja (kvaliteta života), kao i u samostalnosti kao psihološkog resursa i komponente rezilijentnosti.

Diskusija i zaključci

Sprovedeno pilotsko istraživanje identifikovalo je niz obrazaca povezanih sa uzrastom u subjektivnom kvalitetu života i psihološkim resursima pacijenata koji su pretrpeli povredu gornjeg ekstremiteta. Ključni nalaz vidi se u otkrivenim statistički značajnim razlikama u domenu „Psihološko zdravlje“ (WHOQOL-BREF), sa najvišim skorovima u grupi starosti 25–40 godina. Ovaj starosni period, često okarakterisan kao vrhunac profesionalne i socijalne aktivnosti, verovatno pruža veći pristup resursima prevladavanja, postavljanju ciljeva i socijalnoj podršci, što ublažava psihološki uticaj povrede [3, 6]. Rezultati su u skladu sa drugim studijama koje sugerišu da je psihološko blagostanje nelinearno zavisno od uzrasta i da je posredovano trenutnim životnim okolnostima i resursima [9].

Od posebnog je značaja diferencirana starosna dinamika drugih aspekata kvaliteta života. Iako ne dostižu statističku značajnost, indikatori domena „Fizičko zdravlje“ i „Društveni odnosi“ pokazuju različite trendove. Subjektivna procena fizičkog zdravlja viša je u starijim grupama, dostižući maksimum kod pacijenata starijih od 40 godina. Ovaj rezultat se može objasniti fenomenom pomeranja internih standarda procene: imajući više životnog iskustva i, moguće, drugih pratećih promena povezanih sa uzrastom, stariji pacijenti mogu manje kritički procenjivati posledice traume u poređenju sa opštim zdravstvenim stanjem [11]. Istovremeno, procene društvenih odnosa bile su najviše u grupi

Dijagnoza	MKB-10	Nivo oštećenja gornjeg ekstremiteta	Vreme od trenutka povrede do početka fizikalne terapije	Hirurška intervencija	Konzervativna terapija	Trajanje sprovedene re-habilitacije, broj seansi	Povreda dominantne ruke	Povreda nedominantne ruke
Povrede više mišića pregibača i njihovih tetiva u predelu ručja i šake	S66.6	4	5 dana	■	□	1	■	□
Sindrom tunela ruke	G56.0	1	3 nedelje	□	■	15	■	□
Prelom donjeg okrajka žbice	S52.5	2	3 dana	■	□	20	■	□
Iščašenje, uganuće i istegnuće zglobova i veza u predelu ručja i šake	S63	2	5 dana	□	■	10	■	□
Nagnječenje prsta (prstiju) šake bez povrede nokta	S60.0	0	1 dan	□	■	5	■	□
Sindrom tunela leve ruke	G56.0	2	7 dana	□	■	10	■	□
Spontano prsnuće tetive opružača	M66.2	3	1 dan	■	□	30	■	□
Rascep veze ručja	S63.3	2	15 dana	□	■	10	■	□
Rascep veze ručja	S63.3	2	4 nedelje	■	□	15	□	■
Prelom donjeg okrajka žbice	S52.5	2	6 nedelja	□	■	5	■	□
Prelom tela žbice	S52.3	0	1 dan	□	■	10	■	□
Druga nestabilnost zgloba	M25.3	0	1 dan	□	■	10	■	□
Sindrom tunela ruke	G56.0	2	5 dana	□	■	10	■	□
Nezarastanje kosti - lažni zglob	M84.1	3	5 dana	■	□	20	■	□
Prelom neke druge kosti doručja	S62.3	3	5 dana	■	□	20	■	□
Odsecanje više prstiju (delimično)	S68.2	4	1 dan	■	□	40	■	□
Posledice preloma ručja i šaka	T92.2	4	1 dan	■	□	40	■	□
Sindrom tunela ruke	G56.0	1	10 dana	■	□	20	■	□
Prelom prve kosti doručja, leva ruka	S62.2	2	3 dana	■	□	20	■	□
Druga nestabilnost zgloba	M25.3	3	7 dana	■	□	20	■	□
Prelom tela lakatne kosti	S52.2	2	7 dana	■	□	20	■	□
Loše zarastanje preloma	M84.0	2	1 dan	■	□	20	■	□
Prelom nekog drugog prsta šake	S62.6	2	1 dan	■	□	20	■	□
Ganglion desnog ručnog zgloba	M67.431	1	15 dana	■	□	10	□	■
Ganglion levog ručnog zgloba	M67.432	1	15 dana	■	□	15	■	□
Povrede više mišića pregibača i njihovih tetiva u predelu ručja i šake	S66.6	2	1 dan	■	□	15	■	□
Ukočenost zgloba, neklasifikovana na drugom mestu, četvrti prst, desna ruka	M25.6	3	6 nedelja	□	■	10	■	□
Prelom nekog drugog prsta šake	S62.6	0	5 dana	□	■	1	■	□

Napomena. Podaci su navedeni u skladu sa kriterijumima MKB-10.

Tabela 1. Podaci pacijenata prema kriterijumima MKB-10

Varijable	Medijane			Statistika Kruskal- Volisovog testa	P-vrednost
	< 24	25–40	> 40		
Ukupni doživljaj kvaliteta života	4	4	5	0,86	0,65
Ukupni doživljaj zdravlja	3	3	4	3,40	0,18
Fizičko zdravlje	24	27	28	4,44	0,11
Psihološko zdravlje	18	24	22	5,99	0,05*
Društveni odnosi	31	41	39,5	3,70	0,16
Okruženje	4	4	4	0,02	0,99

Napomena: * $p < 0.05$. Pokazatelji domena 1–4 dati su u skorovima u skladu sa standardnim ključem za skorovanje WHOQOL-BREF.

Tabela 2. Pokazatelji kvaliteta života (WHOQOL-BREF) u različitim starosnim grupama

srednjeg uzrasta (25–40 godina), što verovatno odražava vrhunac socijalne aktivnosti i angažovanosti u ovom starosnom periodu. Blago smanjenje ovog indikatora u grupi iznad 40 godina može ukazivati na prirodnu tendenciju ka većoj selektivnosti u društvenim kontaktima, povezanoj sa uzrastom.

Dodatna analiza ajtema Vagnild-Jangove skale rezilijentnosti, fokusirana na aspekte samostalnosti, takođe je otkrila razlike povezane sa uzrastom. Niži skorovi u ovoj grupi ajtema kod pacijenata mlađih od 24 godine mogu biti odraz starosno uslovljenih razvojnih karakteristika lične autonomije i samopouzdanja u kriznoj situaciji izazvanoj traumom. Konzistentno visoki skorovi u grupama starijim od 25 godina u skladu su sa modelom psihološkog razvoja koji sugerše veću samostalnost i sposobnost korišćenja unutrašnjih resursa s godinama i iskustvom [5]. Važno je naglasiti da drugi aspekti rezilijentnosti (npr. istrajnost, svrhovitost) nisu pokazali statistički značajne razlike, što može ukazivati na relativnu stabilnost bazičnih adaptivnih kapaciteta u ovom uzorku.

Ograničenje ovog istraživanja ogleda se u malom uzorku i kliničkoj heterogenosti, što onemogućava generalizaciju nalaza na širu populaciju i zahteva oprez u tumačenju, posebno u pogledu rezultata koji nisu dostigli statističku značajnost. Ipak, dobijeni rezultati imaju važne praktične implikacije. Oni ukazuju na potrebu za diferenciranim pristupom rehabilitaciji: za mlađe pacijente (<24 godine), program se može dopuniti elementima usmerenim na jačanje osećaja samostalnosti i psihološke podrške. Za pacijente srednjih godina, rad na održavanju visokog društvenog angažovanja kao resursa za oporavak može biti relevantan. U starijoj starosnoj grupi, razvijene veštine adaptacije i realistična procena mogućnosti mogu se koristiti u prilagođavanju rehabilitacije. Rezultati ovog pilot istraživanja ističu vrednost integracije procene kvaliteta života

i specifičnih psiholoških resursa (rezilijentnosti) u praksu kliničke rehabilitacije. Ovo omogućava ne samo procenu funkcionalnih ishoda lečenja, već i identifikaciju ciljeva psihosocijalne intervencije u okviru holističkog biopsihosocijalnog modela MKF, što doprinosi razvoju prilagođenih i efikasnijih strategija rehabilitacije.

Zaključak

Ovo istraživanje ukazuje na korisnost procene rezilijentnosti i kvaliteta života kod pacijenata sa povredama gornjih ekstremiteta. Dobijeni rezultati ističu razlike u psihološkoj adaptaciji i subjektivnom blagostanju povezane sa uzrastom: mladi pacijenti (<24 godine) odlikuju se nižim nivoima samostalnosti i psihološkog zdravlja, dok pacijenti srednjih i starijih godina pokazuju više skorove na ovim skalama. Ovi podaci govore u korist potrebe za integracijom alata za psihološku evaluaciju, kao što su Skala rezilijentnosti i WHOQOL-BREF, u interdisciplinarnu rehabilitacionu praksu. Ovakav pristup omogućava identifikaciju ključnih psiholoških resursa i razvoj prilagođenih strategija oporavka, unapređujući efikasnost lečenja i kvalitet života pacijenata.

Izjava o sukobu interesa

Autori izjavljuju da nemaju sukob interesa. Istraživanje nije imalo spoljne izvore finansiranja.

Korišćena literatura

1. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: WHO; 2002. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icf/icfbeginnersguide.pdf>.
2. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Reed G, Gerold S, Cieza A. Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). [Spanish]. Rev Esp Salud Publica. 2009;83(6):775–783. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-5727200900060002&lng=es&tlang=es.

3. Maddison K, Perry L, Debono D. Psychological sequelae of hand injuries: an integrative review. *J Hand Surg Eur Vol.* 2023;48(1):33–40. <https://doi.org/10.1177/17531934221117429>.
4. Ghițan AF, Gheorman V, Pîrvu D, Gheorman V, Udriștoiu I, Ciurea ME. A review of psychological outcomes in patients with complex hand trauma: a multidisciplinary approach. *Curr Health Sci J.* 2023;49(2):143–150. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10541061>.
5. Quiñones Rodríguez MA. Creatividad y resiliencia: análisis de 13 casos colombianos [dissertation in Spanish]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2006. <http://hdl.handle.net/10486/2631>.
6. Zarzaur BL, Bell TM, Zanskas SA. Resiliency and quality of life trajectories after injury. *J Trauma Acute Care Surg.* 2017;82(5):939–945. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000001415>.
7. Anderson JC, Milam RJ, Drayer NJ, Zalneraitis BH, Hood DK, Shin EH, Kang DG. Resilience and patient-reported outcomes in patients undergoing orthopedic hand surgery. *HAND.* 2025;20(2):305–311. <https://doi.org/10.1177/15589447231201872>.
8. Werner D, Alawi SA. Hand Bionic Score: a clinical follow-up study of severe hand injuries and development of a recommendation score to supply bionic prosthesis. *Eur J Plast Surg.* 2021;44(1):81–96. <https://doi.org/10.1007/s00238-020-01679-z>.
9. Reitan I, Dahlin LB, Rosberg HE. Patient-reported quality of life and hand disability in elderly patients after a traumatic hand injury – a retrospective study. *Health Qual Life Outcomes.* 2019;17:148. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1215-9>.
10. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life. Geneva: WHO; 1997. <https://iris.who.int/handle/10665/63482>.
11. Urzúa A, Caqueo-Úrizar A. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. [Spanish] *Terapia Psicológica.* 2012;30(1):61–71. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>.
12. Yeo S, Soro NMG, Mobiot-Aka C, Ta Bi DW, Traoré A. Qualité de vie apres un traumatisme grave de la main: a propos de 36 cas. [French] *Ann Chir Plast Esthet.* 2023;68(3):218–221. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2022.10.005>.
13. John R, Verma CV. Changes in the health status and functional outcomes in acute traumatic hand injury patients, during physical therapy treatment. *Indian J Plast Surg.* 2011;44(2):362–367. <https://doi.org/10.4103/0970-0358.85358>.
14. American Psychological Association. Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. Washington (DC): APA; 2018. <https://www.apa.org/ethics/code>.
15. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas.* 1993;1(2):165–178.
16. Hudak PL, Amadio PC, Bombardier C, et al. Development of an upper extremity outcome measure: the DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand). *Am J Ind Med.* 1996;29(6):602–608. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0274\(199606\)29:6<602::AID-AJIM4>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0274(199606)29:6<602::AID-AJIM4>3.0.CO;2-L).
17. Parker SL, Jebson PJJ. Evaluation of hand function. In: Skirven TM, Osterman AL, Fedorczyk JM, Amadio PC, editors. *Rehabilitation of the hand and upper extremity.* 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2011.
18. Michlovitz SL, Bellev JW. Modalities for therapeutic intervention. Philadelphia: F.A. Davis; 2012.

Poremećaji self koncepta kod mladih odraslih osoba izloženih psihološkoj traumatizaciji kao fokusi psihoterapijske intervencije

Ana G. Faustova*, Margarita O. Safronova

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

Primljeno: 3. decembra 2025.
Prihvaćeno: 22. januara 2026.
Objavljeno: 1. marta 2026.

Za citiranje: Faustova AG, Safronova MO. Poremećaji self koncepta kod mladih odraslih osoba izloženih psihološkoj traumatizaciji kao fokusi psihoterapijske intervencije. *Psychotherapy Science Today*. 2(2):52-59. <https://doi.org/10.64435/koxw9115>



© Author(s), CC BY-NC 4.0

Apstrakt

Cilj: Ovo pilot istraživanje imalo je za cilj da identifikuje poremećaje self koncepta kod mladih odraslih osoba izloženih psihološkoj traumi, kako bi se definisali potencijalni fokusi psihoterapijskih intervencija usmerenih na korekciju funkcionisanja ličnosti.

Metod: Uzorak je obuhvatio 51 osobu starosti od 18 do 23 godine, prosečna starost ispitanika je bila $19,255 \pm 1,214$ godina, ukupno 28 devojaka i 23 mladića. Kriterijum diferencijacije bili su rezultati *Upitnika o životnim iskustvima (Life Experiences Questionnaire, LEQ)*: eksperimentalna grupa je obuhvatala 22 osobe koje su bile izložene psihološkoj traumi različitog porekla (prirodne katastrofe, porodično nasilje, saobraćajne nesreće, pljačke); kontrolna grupa je obuhvatala 29 osoba bez iskustva psihološke traume. Korišćeni su sledeći merni instrumenti: *Skala jasnoće self koncepta (Self-concept Clarity Scale, SCCS)*; *Upitnik za procenu varijabilnosti slike o sebi*; klasična verzija upitnika Dembo i Rubinštajn *Samoprocena*; *Višedimenzionalni upitnik o samopouzdanju (VUS)*; *Upitnik o stilu samoregulacije ponašanja (SSP)*. Za matematičku i statističku obradu podataka korišćeni su Mann-Whitney U-test i Spirmanova korelacija rangova.

Rezultati: Nivo jasnoće self koncepta kod mladih odraslih osoba izloženih psihološkoj traumatizaciji značajno je niži u poređenju sa osobama koje nisu doživele psihotraumu, a otkrivena je i nediferencirana varijabilnost slike o sebi. Eksperimentalni uzorak odlikuje umereno formiran self koncept, relativna konzistentnost njegovih komponenti i njihova stabilnost tokom vremena. Ispitanici takođe pokazuju srednji ili nizak ukupni nivo samoregulacije, što može ukazivati na negativan uticaj psihološke traume na mehanizme samoregulacije. Polovinu ispitanika u eksperimentalnom uzorku karakteriše izražen osećaj „za sebe“, što ukazuje na njihovu sposobnost da se odupru negativnim uticajima i održe pozitivan stav prema sebi. Druga polovina doživljava suprotan osećaj — „protiv sebe“. To može biti posledica činjenice da su se susreli sa ozbiljnijim psihološkim traumama, koje u njima bude negativne emocije i sumnje u sopstvenu vrednost.

Zaključci: Formiranje i jačanje pozitivne slike o sebi, postizanje veće jasnoće self koncepta i treniranje veština samoregulacije čine važne komponente u psihoterapijskom radu sa posledicama traumatskih događaja.

Ključne reči: self koncept, mlado odraslo doba, fokusi psihokorekcije, psihološka traumatizacija.

Uvod

U savremenom društvu, ljudi svih uzrasta često se susreću sa značajnim brojem faktora koji mogu izazvati psihološku traumu. Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije (SZO), više od 70% ljudi je bar jednom u životu doživelo traumatski događaj kao što su fizičko ili psihološko nasilje, gubitak vo-

ljenih, prirodne katastrofe, nesreće i teroristički napadi [1, 2]. Izloženost traumatskim događajima ima ozbiljne posledice po mentalno zdravlje, posebno kod mladih odraslih osoba čija se ličnost aktivno razvija [3–5]. Mladost je kritičan period u kojem osoba razvija sistem osnovnih životnih prioriteta i vrednosti,

* Korespondentni autor, e-mail: anne.faustova@gmail.com.

prilagođava i usavršava kognitivne šeme u vezi sa sobom, drugima i svetom u celini, što je čini ranjivom na negativne posledice traumatskih događaja [6, 7].

Prema podacima SZO, do 70% ljudi starosti 18–23 godine bar jednom u životu doživelo je traumatski događaj, uključujući nasilje, gubitak voljenih, prirodne katastrofe ili društvene sukobe [1, 8]. Među mladima uzrasta od 18 do 23 godine, posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) se dijagnostikuje kod 7–8% osoba izloženih traumatizaciji [2, 9, 10]. U ovoj starosnoj grupi, žene imaju dvostruko veću verovatnoću da razviju PTSP nego muškarci, što je prvenstveno posledica veće verovatnoće izloženosti seksualnom nasilju i socijalnoj diskriminaciji [11].

Posledice psihološke traume mogu biti različite: 18% mladih odraslih osoba sa traumatskim iskustvima razvija depresiju [11–14]. Do 15% mladih sa teškim posttraumatskim iskustvima prijavljuje suicidalne namere [8, 12, 15]. Istraživanje karakteristika self koncepta kod mladih odraslih osoba koje su doživele psihološku traumu ima važne teorijske i praktične implikacije. S jedne strane, omogućava dublje razumevanje mehanizama pomoću kojih se self koncept formira i transformiše pod uticajem traumatskih iskustava. S druge strane, rezultati takvih istraživanja mogu se koristiti za razvoj programa kliničkih psiholoških intervencija usmerenih na obnavljanje pozitivne slike o sebi, jačanje samopouzdanja i unapređivanje subjektivnog blagostanja [16–19]. Blagovremene psihoterapijske intervencije kod mladih odraslih osoba izloženih psihološkoj traumatizaciji mogu sprečiti razvoj hroničnih mentalnih poremećaja i podstaći uspešnu socijalnu adaptaciju.

Proučavanje uticaja traumatskih događaja na self koncept može omogućiti razvoj psiholoških i preventivnih mera usmerenih na proaktivno jačanje psihološke rezilijentnosti u mladoj populaciji. Razvijanje emocionalnih i bihejvioralnih veština samoregulacije, podsticanje otpornosti na stres i fokusiranje na socijalnu podršku važne su komponente takvih programa [7, 19, 20]. Stoga je istraživanje osobina self koncepta kod mladih koji su doživeli psihološku traumu od posebnog značaja. Ono pomaže ne samo u razumevanju prirode promena ličnosti do kojih dolazi pod uticajem traumatskih iskustava, već i u razvoju efikasnih metoda psihološke pomoći i podrške. S obzirom na sve veći broj kriza i traumatskih događaja u savremenom svetu, ova oblast istraživanja postaje sve važnija, utičući na unapređenje kvaliteta života i mentalnog zdravlja mladih.

Metod

Sprovedeno je empirijsko istraživanje poremećaja self koncepta kod mladih odraslih osoba izloženih psihološkoj traumi kako bi se odredile optimalne

mete za psihoterapijsku intervenciju usmerenu na korekciju funkcionisanja ličnosti.

Kao objekat istraživanja odabran je self koncept. Predmet istraživanja bile su devijacije u funkcionisanju self koncepta kod mladih odraslih osoba koje su bile izložene psihološkoj traumi.

Cilj istraživanja je identifikovanje poremećaja self koncepta kod mladih odraslih osoba izloženih psihološkoj traumi, kako bi se odredili potencijalni fokusi psihoterapijskih intervencija usmerenih na korekciju funkcionisanja ličnosti.

Hipoteze istraživanja:

1. Self koncept mladih odraslih osoba izloženih psihološkoj traumi nema unutrašnju konzistentnost i stabilnost i karakteriše ga distimična, disforična i maladaptivna varijabilnost slike o sebi.
2. Samoregulacija kod mladih odraslih osoba sa iskustvom psihološke traume je slabo razvijena.
3. Odnos prema sebi kod mladih odraslih osoba izloženih psihološkoj traumi odlikuje se niskim nivoom samopoštovanja i samorazumevanja, nedovoljnom samonaklonošću i samoprihvatanjem, u kombinaciji sa izraženom sklonošću ka samookrivljanju.

U istraživanju su korišćeni sledeći standardizovani psihodijagnostički instrumenti:

- *Upitnik o životnim iskustvima* (Life Experience Questionnaire, LEQ), koji su konstruisali Dž. Norbek i I. Sarason, a adaptirala N.V. Tarabrina.
- *Skala jasnoće self koncepta* (Self-Concept Clarity Scale, SCCS), koju su adaptirali V.V. Vdovenko i S.A. Ščebetenko.
- *Upitnik za procenu varijabilnosti slike o sebi* koji je konstruisao V. Bojko.
- Klasična verzija upitnika Dembo i Rubinštajn *Samoprocena*.
- *Višedimenzionalni upitnik o samopouzdanju* (VUS) koji su konstruisali V.V. Stolin i S.I. Pantilejev.
- *Upitnik o stilu samoregulacije ponašanja* (SSP) koji je konstruisala V.I. Morosanova.

Za matematičku i statističku analizu empirijskih podataka korišćeni su Mann-Whitney U-test i Spirmanova korelacija rangova.

Ukupni uzorak činio je 51 učesnik: 28 devojaka i 23 mladića. Prosečna starost bila je $19,255 \pm 1,214$ godina. Rezultati Upitnika o životnim iskustvima (LEQ) korišćeni su kao kriterijum za diferenciranje:

- *eksperimentalna grupa* se sastojala od 22 osobe koje su doživele psihološku traumu različitog porekla (prirodne katastrofe, porodično nasilje, saobraćajne nezgode i oružane pljačke);

- kontrolna grupa se sastojala od 29 osoba bez istorije psihološke traume.

Eksperimentalni i kontrolni uzorak bili su uporedivi u pogledu sociodemografskih karakteristika.

Kriterijumi isključivanja iz uzorka bili su:

- traumatska povreda mozga;
- hronične cerebrovaskularne bolesti;
- istorija neuroinfekcija;
- tumori mozga različite etiologije;
- dijabetes tip 2;
- bolesti štitne žlezde;
- hronična avitaminoza;
- zloupotreba alkohola i psihoaktivnih supstanci;
- dijagnostikovani mentalni poremećaji.

Program empirijskog istraživanja odobren je na sednici Lokalnog etičkog komiteta Federalne državne budžetske obrazovne ustanove visokog obrazovanja Državnog medicinskog univerziteta u Rjazanju pri Ministarstvu zdravlja Rusije (zapisnik od 28. avgusta 2024. godine). Etički principi organizovanja i sprovođenja psiholoških istraživanja, uključujući

dobrovoljno učešće, neškodljivost, nepristrasnost, potpunu poverljivost i anonimnost, poštovani su u svim fazama istraživanja.

Rezultati

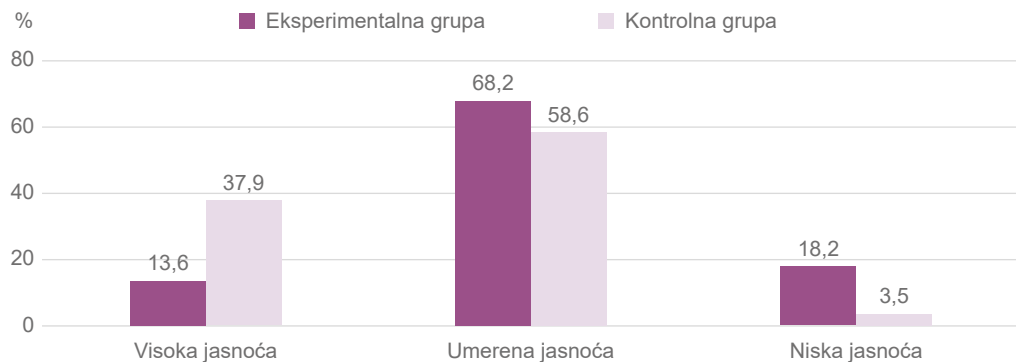
Korišćenjem Skale jasnoće self koncepta dobijeni su sledeći podaci (Slika 1). Mlade odrasle osobe izložene psihološkoj traumi pretežno su se odlikovale umerenim (68,2%, 15 ispitanika) i niskim (18,2%, 4 ispitanika) nivoom jasnoće self koncepta. Visoka jasnoća self koncepta bila je češća među ispitanicima bez traumatskih iskustava (37,9%, 11 ispitanika) nego među onima koji su doživeli psihološku traumu (13,6%, 3 ispitanika). Ove razlike su bile statistički značajne (Tabela 1).

Rezultati primene Upitnika za procenu varijabilnosti slike o sebi pokazuju da ispitanici sa iskustvom psihološke traume poseduju veći stepen nediferencirane varijabilnosti slike o sebi* (63,6%, 14 ispitanika) (Slika 2).

Kod traumiranih mladih odraslih osoba identifikovana je manja jasnoća self koncepta u poređenju sa mladim odraslim ljudima bez iskustva psihotraumatizacije.

	Srednja vrednost (M) u eksperimentalnoj grupi (N = 22)	Srednja vrednost (M) u kontrolnoj grupi (N = 29)	U _{emp}
Jasnoća self koncepta	3,00	3,49	194,0, p<0,01
Samoprocena sreće u sadašnjem trenutku	53,40	70,86	185,0, p<0,01
Samorazumevanje	54,19	75,54	185,5, p<0,01

Tabela 1. Rezultati međugrupnog poređenja prema Mann-Whitney U-testu

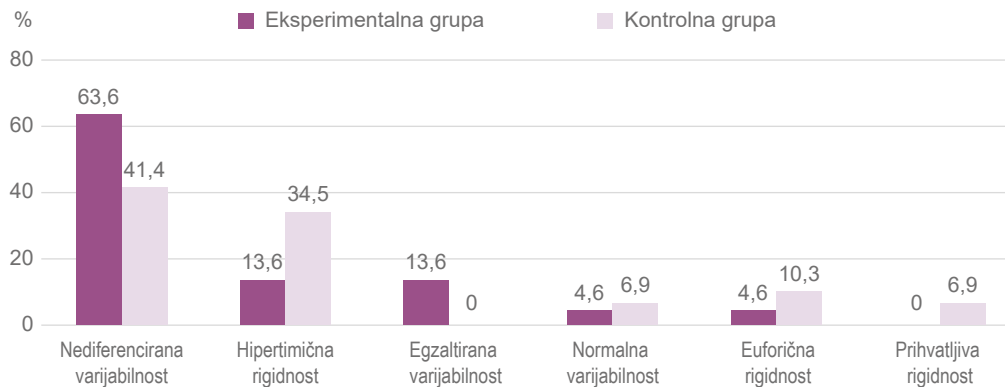


Slika 1. Distribucija ispitanika prema nivou jasnoće self koncepta

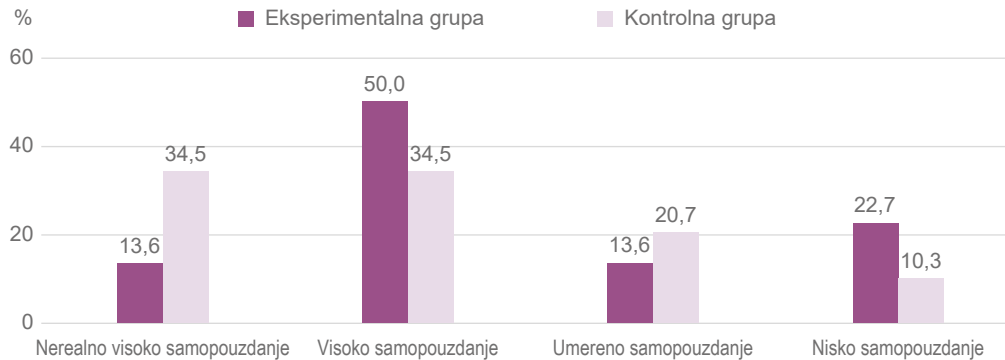
* U okviru Upitnika za procenu varijabilnosti slike o sebi koji je konstruisao V.V. Bojko, „neodređena (nediferencirana) varijabilnost” se tumači kao specifična dijagnostička karakteristika. Ona odražava samodeskripciju koju karakterišu nestabilne, kontradiktorne i fragmentisane karakteristike kojima nedostaje unutrašnja, logička povezanost sa situacionim kontekstom ili ciljanim ličnim razvojem. Za razliku od drugih vrsta varijabilnosti — „adekvatne (progresivne)”, „distimične” ili „disforične” — nediferencirana varijabilnost ukazuje na dezintegriranost self koncepta i teškoće u formiranju koherentne i stabilne slike o sebi.

Analiza podataka dobijenih korišćenjem upitnika Dembo i Rubinštajn *Samoprocena* pokazuje da polovina ispitanika u eksperimentalnoj grupi ima visoko samopouzdanje (50%, 11 osoba), a samo petina ima nisko samopouzdanje (22,7%, 5 osoba) (*Slika 3*).

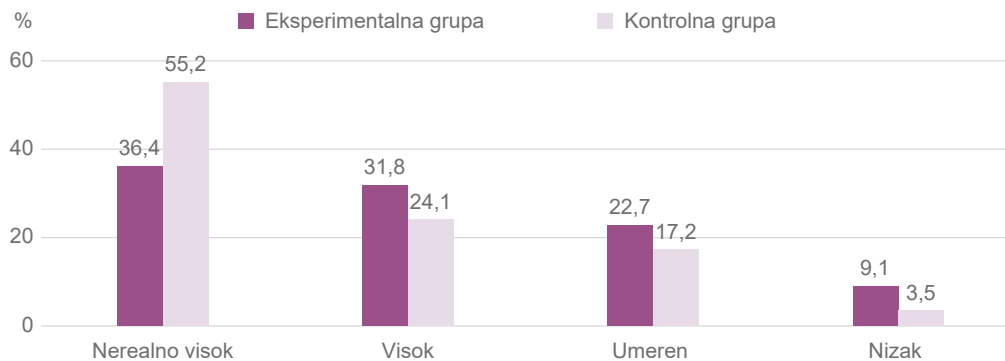
Upitnik Dembo i Rubinštajn *Samoprocena* takođe nam omogućava da utvrdimo nivoe aspiracija u svakoj grupi ispitanika (*Slika 4*). Među mladim odraslim osobama izloženim psihološkoj traumi uočavaju se nerealno visok (36,4%, 8 osoba) i visok (31,8%, 7 osoba) nivo aspiracija.



Slika 2. Distribucija ispitanika po tipovima varijabilnosti slike o sebi



Slika 3. Distribucija ispitanika prema nivou samopouzdanja



Slika 4. Distribucija ispitanika prema nivou aspiracija

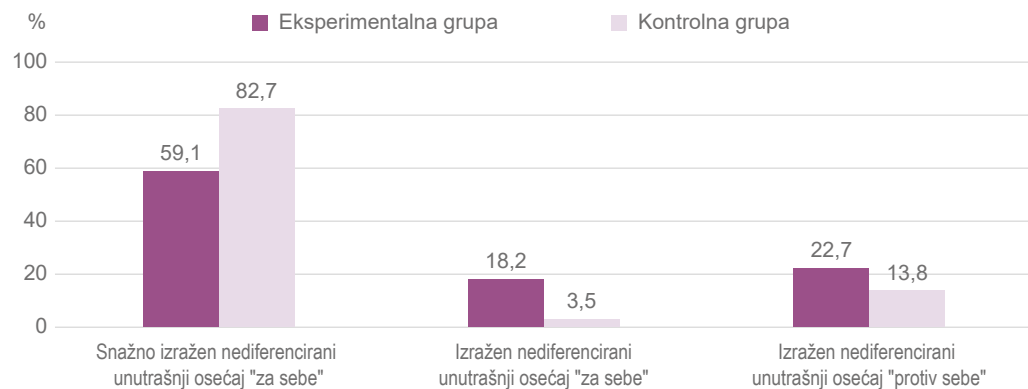
Sledeći podaci su dobijeni korišćenjem *Višedimenzionalnog upitnika o samopouzdanju* (Slika 5). Više od polovine ispitanika u eksperimentalnoj grupi imalo je izražen pozitivan stav prema sebi („za sebe”) — 59,1%, odnosno 13 osoba. Manje od četvrtine ispitanika prijavilo je suprotan, negativan stav prema sebi („protiv sebe”) — 22,7%, odnosno 5 osoba.

Podaci dobijeni pomoću *Upitnika o stilu samoregulacije ponašanja* pokazuju da mladi odrasli ljudi

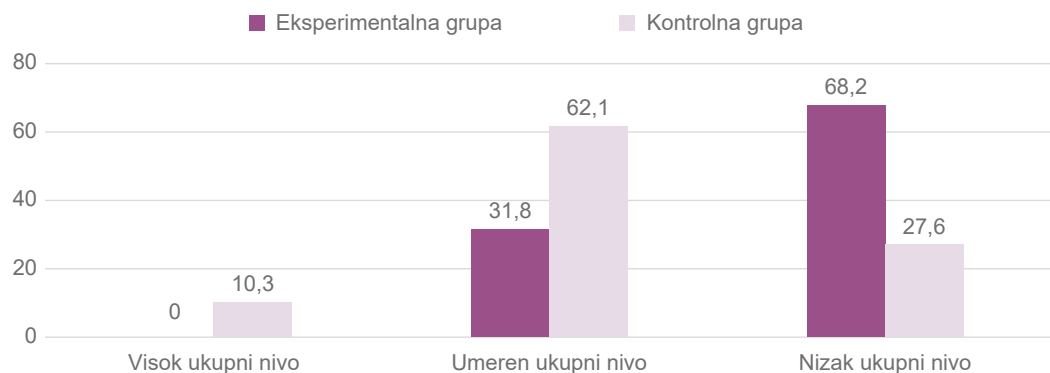
sa traumatskim iskustvom imaju prosečne (31,8%, 7 osoba) i niske ukupne skorove nivoa samoregulacije (68,2%, 15 osoba) (Slika 6).

Statistički značajne razlike utvrđene su između eksperimentalnog uzorka i kontrolne grupe u stepenu jasnoće self koncepta, u nivou samoprocene stanja sreće i samorazumevanja (Tabela 1).

Korelaciona analiza varijabli merenih u eksperimentalnoj grupi pokazala je prisustvo statistički značajnih veza (Tabela 2).



Slika 5. Distribucija ispitanika po izraženosti celokupnog odnosa prema sebi



Slika 6. Distribucija uzorka prema vrednostima ukupnog nivoa samoregulacije

Diskusija

Ovo empirijsko istraživanje je sprovedeno u cilju identifikovanja devijacija self koncepta potencijalno povezanih sa psihološkom traumom i utvrđivanja odgovarajućih fokusa psihoterapijskih intervencija.

Ustanovljeno je da traumatska iskustva imaju višesmerni uticaj na različite aspekte funkcionisanja ličnosti. S jedne strane, psihološka trauma smanjuje stabilnost mentalne regulacije i jasnoću self koncepta, čime komplikuje adaptaciju pogođene osobe.

S druge strane, visoki pokazatelji samopouzdanja, samopoštovanja, samonaklonosti i samousmeravanja ukazuju na dovoljnu svest i sigurnost u sebe, što čini dobar temelj za suočavanje sa posledicama traumatskih događaja. Istovremeno, mlade odrasle osobe izložene psihološkoj traumi pokazuju nedovoljno samorazumevanje, što ograničava njihovo razumevanje i svest o sopstvenim emocionalnim iskustvima. Rezultati korelacione analize mogu se tumačiti na sledeći način.

Skale mernih instrumenata	Vrednost koeficijenta	Nivo značajnosti
Broj doživljenih psihotraumatskih događaja (LEQ) x Pouzdanost (SSP)	-0,457	$p \leq 0,05$
Broj doživljenih psihotraumatskih događaja (LEQ) x Ukupan nivo samoregulacije (SSP)	-0,426	$p \leq 0,05$
Stepen uticaja psihotraumatskih događaja na život ispitanika u poslednjih godinu dana (LEQ) x Pouzdanost (SSP)	-0,494	$p \leq 0,05$
Jasnoća self koncepta (SCCS) x Srednja vrednost samoprocene (Dembo-Rubinštajn)	0,479	$p \leq 0,05$
Jasnoća self koncepta (SCCS) x Procena rezultata (SSP)	-0,603	$p \leq 0,01$
Jasnoća self koncepta (SCCS) x Pouzdanost (SSP)	0,535	$p \leq 0,05$
Srednja vrednost samoprocene (Dembo-Rubinštajn) x Integralni odnos prema sebi (VUS)	0,507	$p \leq 0,05$
Srednja vrednost samoprocene (Dembo-Rubinštajn) x Samopoštovanje (VUS)	0,442	$p \leq 0,05$
Srednja vrednost samoprocene (Dembo-Rubinštajn) x Samonaklonost (VUS)	0,503	$p \leq 0,05$
Srednja vrednost samoprocene (Dembo-Rubinštajn) x Upornost (SSP)	0,427	$p \leq 0,05$
Raskorak između nivoa aspiracija i samopouzdanja (Dembo-Rubinštajn) x Fleksibilnost (SSP)	-0,437	$p \leq 0,05$
Samopoštovanje (VUS) x Programiranje delovanja (SSP)	0,575	$p \leq 0,01$
Samopoštovanje (VUS) x Upornost (SSP)	0,477	$p \leq 0,05$
Samopoštovanje (VUS) x Ukupan nivo samoregulacije (SSP)	0,616	$p \leq 0,01$
Samonaklonost (VUS) x Programiranje delovanja (SSP)	0,458	$p \leq 0,05$
Samonaklonost (VUS) x Ukupan nivo samoregulacije (SSP)	0,446	$p \leq 0,05$
Upravljanje sobom (VUS) x Modelovanje značajnih uslova za postizanje ciljeva (SSP)	0,439	$p \leq 0,05$
Upravljanje sobom (VUS) x Programiranje delovanja (SSP)	0,605	$p \leq 0,01$
Upravljanje sobom (VUS) x Upornost (SSP)	0,480	$p \leq 0,05$
Upravljanje sobom (VUS) x Ukupan nivo samoregulacije (SSP)	0,678	$p \leq 0,01$
Samooptuživanje (VUS) x Programiranje delovanja (SSP)	-0,443	$p \leq 0,05$
Samooptuživanje (VUS) x Ukupan nivo samoregulacije (SSP)	-0,46	$p \leq 0,05$
Interesovanje za sebe (VUS) x Ukupan nivo samoregulacije (SSP)	0,556	$p \leq 0,01$
Samorazumevanje (VUS) x Upornost (SSP)	0,440	$p \leq 0,05$

Tabela 2. Značajne korelacije prema Spirmanovom koeficijentu u eksperimentalnoj grupi (N = 22)

Što je pojedinac više traumatskih događaja doživio i što je njihov uticaj značajniji, to je niža njegova sposobnost da svesno reguliše mentalnu aktivnost, ponašanje i funkcionisanje u teškim životnim situacijama.

Jasnoća self koncepta je pozitivno povezana sa samopouzdanjem. Ljudi sa jasnom i stabilnom self reprezentacijom imaju veće samopouzdanje, što je praćeno verom u sopstvene sposobnosti, kapacitetom za samoregulaciju i adekvatnijom procenom svojih postupaka.

Visoko samopouzdanje, zauzvrat, podstiče pozitivniji stav prema sebi, veru u sebe, istrajnost u postizanju ciljeva i dobronameran stav prema sebi. Osobe sa stabilno visokim samopouzdanjem pokazuju veću istrajnost, unutrašnju doslednost i sposobnost kontrole svog života. Nasuprot tome, nisko samopouzdanje prati tendencija ka samooptuživanju, nepoverenje u sebe i fiksacija na sopstvene nedostatke.

Prijateljski stav prema sebi (samonaklonost), visok nivo samopouzdanja i samorazumevanje doprinose svesnom planiranju delovanja, istrajnosti u postizanju ciljeva i razvoju sistema svesne regulacije ponašanja.

Tendencija ka samooptuživanju je negativno povezana sa svesnim planiranjem delovanja i razvojem sistema regulacije ponašanja. Osobe sa niskim nivoom samooptuživanja efikasnije planiraju svoje delovanje i postižu bolje rezultate.

Dobijeni rezultati sugerišu sledeće fokuse psihoterapijskih intervencija usmerenih na postizanje subjektivnog blagostanja kod mladih odraslih osoba sa traumatskim iskustvima:

- nizak nivo jasnoće self koncepta;
- nediferencirana varijabilnost slike o sebi;
- prenisko samopouzdanje;
- nerealno visok nivo aspiracija;

- negativan odnos prema sebi;
- nizak nivo samoregulacije.

U skladu sa tim, zadaci u pružanju psihološke pomoći mladim odraslim osobama izloženim psihološkoj traumatizaciji mogu se formulisati na sledeći način:

- povećanje jasnoće self koncepta i prevazilaženje intrapsihičkih konflikata;
- razvoj adekvatnog i stabilnog samopouzdanja i osiguravanje harmoničnog razvoja ličnosti;
- optimizacija nivoa aspiracija;
- formiranje konzistentnog, pozitivnog odnosa prema sebi;
- razvoj veština samorazumevanja i samoprihvatanja;
- razvoj veština samoregulacije i otpornosti na stres.

U pružanju psihološke pomoći mladim odraslim osobama koje su doživele traumu treba poštovati sledeće principe:

- *doslednost i sistematičnost* — psihoterapijske intervencije počinju stvaranjem sigurnog ambijenta, nakon čega sledi psihoterapijski rad sa emocijama, a zatim sa kognitivnim stavovima;
- *individualni pristup* — uzimanje u obzir ličnog iskustva i osobina ličnosti, stepena psihološke traume i razmera njenog uticaja na subjektivno blagostanje;
- *aktivno učešće* — klijent treba da bude aktivno uključen u psihoterapijski proces kad god je to moguće, što pomaže u povećanju subjektivnog osećaja kontrole nad promenama koje se dešavaju;
- *orijentacija na resurse* — prilikom izbora i sprovođenja psihoterapijskih intervencija, naglasak se pomera na lične snage klijenta kako bi se uspostavila ravnoteža i učvrstio self koncept.

Zaključci

1. Nivo jasnoće self koncepta kod mladih odraslih osoba izloženih psihološkoj traumi značajno je niži u poređenju sa osobama koje nisu doživele traumatska iskustva. Ovu kategoriju odlikuje umereno formirana slika o sebi, relativna konzistentnost njenih komponenti i stabilnost tokom vremena. Psihološki traumatizovane osobe odlikuju se iskrivljenom self reprezentacijom, uverenjima i samomotivacijom. Ovu grupu ispitanika karakteriše niži stepen unutrašnje konzistentnosti self koncepta i samopouzdanja, što takođe utiče na strukturu self koncepta u celini.
2. Mladi odrasli koji su doživeli psihološku traumu pokazuju nediferenciranu varijabilnost slike o sebi. Narušena je celovitost samopercepcije, prisutne su teškoće u formiranju stabilne slike o sebi, fluktuacije u samopouzdanju

i teškoće u samoidentifikaciji. Logično je pretpostaviti da psihološka trauma značajno utiče na formiranje slike o sebi, što dovodi do njene nestabilnosti i heterogenosti manifestacija.

3. Većina ispitanika u eksperimentalnoj grupi osoba sa traumatskim iskustvom imala je visoko samopouzdanje, dok je samo petina ovog uzorka imala nisko samopouzdanje. Ovakvi rezultati navode na pretpostavku da visoko samopouzdanje deluje kao narcistička odbrana, pomažući ovim osobama da se uspešno nose sa teškoćama i prilagode izazovnim životnim situacijama.
4. Mladi odrasli ljudi sa iskustvom psihološke traumatizacije imaju veću verovatnoću da razviju visok ili nerealno visok nivo aspiracija. Teže ka izuzetno visokim ciljevima i mogu nerealno procenjivati sopstvene sposobnosti.
5. Oko polovine ispitanika u eksperimentalnom uzorku ima izražen pozitivan stav prema sebi („za sebe”), što ukazuje na njihovu sposobnost da se odupru negativnim uticajima i održe pozitivnu sliku o sebi. S druge strane, neki ispitanici doživljavaju suprotan osećaj — „protiv sebe”. To može biti uslovljeno činjenicom da su iskusili ozbiljniju psihološku traumu, koja u njima budi negativne emocije i sumnje u sopstvenu vrednost.
6. Nivo ukupne samoregulacije mladih odraslih osoba sa traumatskim iskustvom kreće se od prosečnog do niskog, što može ukazivati na negativan uticaj psihološke traume na mehanizme samoregulacije i nedovoljan razvoj svesne samoregulacije.
7. Razvoj i osnaživanje pozitivne slike o sebi, povećanje jasnoće self koncepta i treniranje veština samoregulacije važne su komponente psihoterapijskog rada sa posledicama traumatskih događaja.

Uzimajući u obzir pilotski karakter istraživanja i specifičnost dobijenih rezultata, smatramo prigodnim sledeće perspektive za nastavak naučnog rada:

- sprovođenje longitudinalnog istraživanja dinamike self koncepta sa redovnim periodičnim merenjima slike o sebi, samopouzdanja i odnosa prema sebi u periodu od 1 do 3 godine na uzorku adolescenata ili mladih odraslih osoba. To bi omogućilo detaljniju analizu uzročnih veza između traumatskih iskustava i promena u samosvesti, kao i identifikaciju zaštitnih faktora koji determinišu rezilijentnost i jasnoću samopoimanja;
- sprovođenje komparativnog istraživanja uzimajući u obzir parametre uzrasta (uzrast psihološke traume; uzrast u vreme učešća u istraživanju), što bi omogućilo detaljnije ra-

zumevanje uloge narcističkih odbrana u različitim starosnim kontekstima;

- razvoj i testiranje sistema psihoterapijskih intervencija usmerenih na stabilizaciju i povećanje jasnoće self koncepta, kao i razvijanje emocionalnih i bihevioralnih veština samoregulacije.

Korišćena literatura

1. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(sup5):1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>.
2. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med*. 2017;47(13):2260–2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>.
3. Берчун АВ, Падун МА. Особенности структурной организации Я-концепции у лиц с посттравматическим стрессовым расстройством. *Консультативная психология и психотерапия*. 2020;28(3):8–30.
4. Губарева НА. Психотравма и жизненная перспектива личности: теоретический анализ и адаптационные механизмы. *Актуальные проблемы психологических исследований*. 2025;1(2):45–62.
5. Кочетова ЮА, Климакова МВ, Емельянова ЕА. Психологическая травма в разные периоды детства: влияние на Я-концепцию. *Социальная психология и общество*. 2025;16(2):112–128.
6. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev*. 2005;27(1):78–91. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxi003>.
7. Truskauskaitė-Kuneviciene I, Brailovskaia J, Kamite Y, Petrauskaitė G, Margraf J, Kazlauskas E. Does Trauma Shape Identity? Exploring the Links Between Lifetime Trauma Exposure and Identity Status in Emerging Adulthood. *Front Psychol*. 2020;11:570644. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.570644>.
8. Всемирная организация здравоохранения. Насилие и психическое здоровье. Женева: ВОЗ; 2021. <https://www.who.int>.
9. Labouvie-Vief G. Postformal thought and adult development. In: Sternberg RJ, editor. *Adult development*. New York: Praeger; 1990.
10. Pynoos RS, Steinberg AM, Goenjian A. Traumatic Stress in Childhood and Adolescence: Recent Developments and Current Controversies. *Trauma Violence Abuse*. 2005;6(4):345–368.
11. Marcia JE. Development and validation of ego-identity status. *J Pers Soc Psychol*. 1966;3(5):551–558. <https://doi.org/10.1037/h0023281>.
12. Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней (МКБ-11). Женева: ВОЗ; 2018–2021. <https://icd.who.int>.
13. Rytwinski NK, Scur MD, Feeny NC, Youngstrom EA. The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *J Trauma Stress*. 2013;26(3):299–309. <https://doi.org/10.1002/jts.21814>.
14. Yehuda R, Hoge CW, McFarlane AC, et al. Post-traumatic stress disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1:15057. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>.
15. Panagioti M, Gooding PA, Tarrier N. A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression. *Compr Psychiatry*. 2012;53(7):915–930. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2012.02.009>.
16. Cloitre M. The “one size fits all” approach to trauma treatment: Should we be satisfied? *Eur J Psychotraumatol*. 2015;6:27344. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27344>.
17. Katoch N. Trauma Exposure During Adolescence and Its Impact on Self-Concept Among Adults. *Int J Indian Psychol*. 2025;13(2):208. <https://ijip.in/articles/trauma-exposure>.
18. Melamed DM, Botting J, Lofthouse K, Pass L, Meiser-Stedman R. The Relationship Between Negative Self-Concept, Trauma, and Maltreatment in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2024;27(1):220–234. <https://doi.org/10.1007/s10567-024-00472-9>.
19. van der Kolk BA. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York: Viking Press; 2014. p. 147–172.
20. Galatzer-Levy IR, Bryant RA. 636,120 Ways to Have Posttraumatic Stress Disorder. *Perspect Psychol Sci*. 2013;8(6):651–662. <https://doi.org/10.1177/1745691613504115>.

VI Međunarodni kongres
PRIKAZ SLUČAJEVA U PSIHOTERAPIJI
25-26. april 2026. u Beogradu i onlajn

**PSIHOFIZIOLOŠKA INTEGRACIJA:
NOVA PARADIGMA U PSIHOTERAPIJI**



Registracija: rs.aipp.education



AKADEMIJA ZA INTEGRALNU
PSIHODINAMSKU
PSIHOTERAPIJU

SIMBOLDRAMA

(KATATIMSKA IMAGINATIVNA
PSIHOTERAPIJA)



rs.aipp.education/simboldrama

KONTINUIRANO STRUČNO OBRAZOVANJE
od septembra 2026. do juna 2027.



KAUZALNA PSIHOTERAPIJA PSIHOSOMATSKIH POREMEĆAJA



od 7. oktobra 2026.

■ JEDNOGODIŠNJA STRUČNA EDUKACIJA