Rizično seksualno ponašanje kod pacijentkinje sa kompleksnim PTSP-om uzrokovanim seksualnim zlostavljanjem u detinjstvu

*Natalija S. Fomičova**

Centar za primenjena istraživanja „Rusko društvo za psihosomatiku", Moskva, Rusija

Apstrakt

Rizično seksualno ponašanje kod žena sa iskustvom seksualnog zlostavljanja u detinjstvu često predstavlja dugoročnu posledicu pretrpljene traume i neretko je udruženo sa kompleksnim posttraumatskim stresnim poremećajem (KPTSP). Uprkos velikom kliničkom značaju takve povezanosti, detaljni prikazi psihoterapijskog rada sa ovim pacijentkinjama i dalje su retki u stručnoj literaturi. U ovom radu prikazan je klinički slučaj psihoterapijskog tretmana tridesetdvogodišnje pacijentkinje čija je simptomatologija ispunjavala dijagnostičke kriterijume za kompleksni posttraumatski stresni poremećaj prema MKB-11, uz prisustvo rizičnog seksualnog ponašanja razvijenog nakon seksualnog zlostavljanja u detinjstvu. Terapija je sprovedena fazno, primenom stabilizujućih, trauma-fokusiranih i telesno orijentisanih psihoterapijskih tehnika tokom ukupno 96 seansi. Dinamika je procenjivana pomoću upitnika *International Trauma Questionnaire* (ITQ) i skala samoprocene. Ukupan skor na upitniku ITQ smanjen je za 42%, intenzitet osećanja stida i samookrivljavanja opao je sa 8–9 na 2–3 boda, dok je učestalost rizičnih seksualnih kontakata svedena na nulu. Postignuti terapijski efekti održani su i šest meseci nakon završetka terapije. Prikazani slučaj sugeriše da kod pacijenata sa izraženom disocijativnom simptomatologijom trajno kliničko poboljšanje može biti povezano ne samo sa obradom traumatskog iskustva, već i sa sistematskim razvojem veština samoregulacije i uspostavljanja zdravih interpersonalnih granica.

Ključne reči: rizično seksualno ponašanje; seksualno zlostavljanje u detinjstvu; kompleksni posttraumatski stresni poremećaj; trauma-fokusirana psihoterapija; disocijacija; klinički slučaj.

Primljeno: 17. jula 2026.
Prihvaćeno: 14. avgusta 2026.
Objavljeno: 30. septembra 2026.

Za citiranje:
Fomičova NS. Rizično seksualno ponašanje kod pacijentkinje sa kompleksnim PTSP-om uzrokovanim seksualnim zlostavljanjem u detinjstvu. *Psychotherapy Science Today*. 2026;2(3):25–29. https://doi.org/10.64435/BKWE4483

OPEN ACCESS

© Author(s), CC BY-NC 4.0

Uvod

Rizično seksualno ponašanje (RSP) kod žena sa iskustvom seksualnog zlostavljanja u detinjstvu smatra se jednom od mogućih dugoročnih posledica psihološke traume. Kod žena koje su u detinjstvu bile izložene seksualnom zlostavljanju, rizik od razvoja rizičnog seksualnog ponašanja dva do tri puta je veći nego u opštoj populaciji, pri čemu su izraženost i postojanost obrazaca ovakvog ponašanja povezani sa težinom i trajanjem traumatskog uticaja, kao i sa uzrastom u kojem je isti započeo [1, 2]. Savremena istraživanja dovode rizično seksualno ponašanje u vezu sa poremećajima emocionalne regulacije, izraženim samookrivljavanjem, disocijacijom, iskrivljenom slikom o sopstvenom telu i ličnim granicama, kao i sa korišćenjem seksualnog ponašanja kao načina suočavanja sa posledicama psihološke traume [3]. Međutim, postojeća literatura i dalje je pretežno usmerena na epidemiološka istraživanja i proučavanje pojedinačnih mehanizama nastanka RSP-a, dok su detaljni prikazi strukturisanog psihoterapijskog rada, toka donošenja kliničkih odluka i faktora koji doprinose održivim terapijskim promenama znatno ređi.

Kliničke smernice detaljno definišu psihoterapijski tretman posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) i kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja (KPTSP) [4, 5]. Nasuprot tome, psihoterapijski pristupi usmereni na rizično seksualno ponašanje kao posebnu terapijsku metu razvijeni su u znatno manjoj meri. Postojeći terapijski protokoli ne uzimaju uvek u dovoljnoj meri u obzir posledice psihološke traume po seksualno funkcionisanje, posebno mehanizme koji održavaju rizično seksualno ponašanje i teškoće u uspostavljanju intimnih partnerskih odnosa. Posebno je mali broj publikacija koje sistematski opisuju sled kliničkih odluka, kriterijume za prelazak između pojedinih faza terapije i faktore povezane sa postizanjem trajnih terapijskih promena.

* E-mail: natalya.fomicheva.psy@gmail.com.

Cilj ovog rada bio je da, kroz prikaz merljivih pokazatelja terapijske dinamike, predstavi fazni psihoterapijski tretman rizičnog seksualnog ponašanja kod pacijentkinje sa kompleksnim posttraumatskim stresnim poremećajem nakon seksualnog zlostavljanja u detinjstvu, identifikuje terapijske faktore koji mogu biti povezani sa održivim smanjenjem simptomatologije, kao i da opiše ključne terapijske mete i njihov redosled u psihoterapiji ovakvih kliničkih slučajeva.

Klinički slučaj

Podaci su prikazani uz informisani pristanak pacijentkinje. Svi lični podaci su anonimizovani, a imena i drugi identifikacioni detalji izmenjeni su radi zaštite identiteta. Pregled ključnih događaja prikazan je u Tabeli 1.

Pacijentkinja, stara 32 godine, javila se na psihoterapiju sa željom da uspostavi stabilan i trajan partnerski odnos. U trenutku javljanja ispoljavala je obrazac učestalih seksualnih kontakata sa partnerima koje površno poznaje, praćenih izraženim osećajem nezadovoljstva i subjektivnim doživljajem gubitka kontrole nad sopstvenim ponašanjem.

Anamneza

Pacijentkinja je jedino dete u porodici i odrasla je uz oba roditelja. Leta je provodila na selu kod bake i dede, gde je između sedme i trinaeste godine u više navrata bila izložena seksualnom zlostavljanju od strane starijih adolescenata. Zlostavljanje je obuhvatalo genitalne kontakte bez penetracije i oralne seksualne radnje. Nakon trinaeste godine prestala je da odlazi na selo, ali su se seksualni kontakti nastavili sa drugovima i drugaricama u gradu.

Sa osamnaest godina upisala je fakultet. Tokom studija, seksualno ponašanje postalo je znatno rizičnije: broj seksualnih partnera se značajno povećao, a pojavili su se i grupni seksualni odnosi, često pod dejstvom alkohola ili psihoaktivnih supstanci. Opisujući svoje iskustvo, pacijentkinja je uporno isticala da se sve odvijalo „uz obostrani pristanak", pozivajući se na duboko ukorenjeno uverenje: „Odmalena sam bila razvratna." Po završetku studija zaposlila se u struci. Navodi da je zadovoljna razvojem karijere i da ostvaruje kontinuirani napredak na poslu.

Konceptualizacija

Dijagnostičku procenu sprovela je autorka rada. Procena je obuhvatala klinički intervju strukturisan prema dijagnostičkim kriterijumima MKB-11, kao i primenu upitnika *International Trauma Questionnaire* (ITQ) radi kvantitativne procene simptoma PTSP-a i kompleksnog PTSP-a. Na osnovu kriterijuma MKB-11 postavljena je dijagnoza kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja (6B41) [6]. Kliničku sliku činili su: hronični osećaj ugroženosti, izražene teškoće u emocionalnoj regulaciji, negativna slika o sebi („Ja sam kriva", „Ne zaslužujem..."), poremećaji u interpersonalnim odnosima, izbegavanje tema koje predstavljaju okidače, kao i disocijativni fenomeni, uključujući epizode emocionalnog distanciranja tokom seksualnih odnosa, osećaj posmatranja sebe sa strane i fragmentisana sećanja na period traumatizacije.

Pretpostavka da disocijacija ima značajnu ulogu u održavanju rizičnog seksualnog ponašanja u ovom slučaju u skladu je sa nalazima savremenih sistematskih pregleda literature [7]. Disocijacija se u ovim istraživanjima posmatra kao jedan od faktora

Vreme	Događaj
7–13 godina	Seksualno zlostavljanje od strane starijih adolescenata
18 godina	Naglo povećanje broja seksualnih kontakata: formiranje stabilnog obrasca RSP-a
32 godine	Javljanje na psihoterapiju
Seansa br. 3	Akutna epizoda stida nakon spontanog seksualnog odnosa sa nedovoljno poznatim muškarcem
Seansa br. 12	Kraj faze uspostavljanja osećaja sigurnosti i stabilizacije
Seansa br. 20	Ključni uvid: priznavanje činjenice da je doživljeno seksualno zlostavljanje
Seansa br. 22	Disocijativna epizoda u radu sa traumatskim sećanjem
Seansa br. 45	Prvo dosledno odbijanje partnera
Seansa br. 96	Završetak terapije; učestalost RSP-a je svedena na nulu
+6 meseci	Kontrolno praćenje: rezultat je održan

Tabela 1. **Hronologija kliničkog slučaja**

koji smanjuje psihološke barijere za impulsivno i rizično ponašanje, doprinosi emocionalnoj disregulaciji i narušavanju interpersonalnih granica.

Kod pacijentkinje su se disocijativne reakcije ispoljavale prvenstveno kao emocionalna distanciranost tokom seksualnog kontakta („Imam osećaj kao da se to ne događa meni"), fragmentisana sećanja na traumatski period i povremene epizode derealizacije u situacijama koje predstavljaju okidače. Ovakva klinička slika podudara se sa nalazima o specifičnostima traumatskog pamćenja kod osoba koje su doživele seksualno zlostavljanje: sećanja zadržavaju intenzivan senzorni i emocionalni naboj, ostaju fragmentisana i teško se verbalizuju, što otežava njihovu obradu i integraciju u autobiografsko pamćenje [8].

Važan faktor koji je doprinosio trajnosti disocijativnih obrazaca bila je i socijalna reakcija na traumu. Pacijentkinja nikada nije imala iskustvo bezbednog otkrivanja doživljenog nasilja niti je dobila podržavajuću reakciju okoline. Prema nalazima postojećih sistematskih pregleda, upravo odsustvo socijalne podrške povećava rizik od hronifikacije disocijativne simptomatologije kod osoba sa PTSP-om [9].

U ovom slučaju disocijacija je imala dvostruku funkciju. U akutnoj fazi predstavljala je adaptivni mehanizam koji je ublažavao nepodnošljivi afekt, dok je kasnije postala maladaptivni obrazac koji je održavao rizično seksualno ponašanje kao način regulacije unutrašnje napetosti i osećanja stida. Ovakva konceptualizacija odredila je izbor faznog terapijskog pristupa: prioritet je dat stabilizaciji i razvoju veština samoregulacije pre početka obrade traumatskih sećanja, uz integraciju telesno orijentisanih tehnika radi ponovnog uspostavljanja kontakta sa telesnim iskustvom i ličnim granicama.

Tokom diferencijalne dijagnostike isključeni su bipolarni afektivni poremećaj i poremećaji povezani sa upotrebom psihoaktivnih supstanci primenom strukturisanog intervjua *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI). Prisustvo znakova graničnog poremećaja ličnosti procenjivano je zasebno tokom kliničkog intervjua, u skladu sa kriterijumima funkcionisanja ličnosti prema MKB-11 (videti odeljak „Funkcionisanje ličnosti"), pri čemu nije dostignut dijagnostički prag. Upotreba alkohola i kanabinoida bila je situacionog karaktera i nije ispunjavala kriterijume zavisnosti. Impulsivni obrasci seksualnog ponašanja tumačeni su kao posledica psihotraume, a ne kao manifestacija zasebnog poremećaja kompulzivnog seksualnog ponašanja.

Funkcionisanje ličnosti

- *Emocionalna regulacija.* Dominirali su izbegavanje traumatskih sadržaja i disocijativne reakcije, uz izražen osećaj stida i samookrivljavanje, kao i sklonost ka samokažnjavanju.
- *Interpersonalni odnosi.* U odnosima se smenjivalo intenzivno traganje za bliskošću i naglo emocionalno udaljavanje. Pacijentkinja je imala izražene teškoće u uspostavljanju i održavanju ličnih granica, uz tendenciju ponavljanja traumatskih obrazaca u partnerskim odnosima.
- *Profesionalno funkcionisanje.* Stabilno zaposlenje i visoka produktivnost kao način kompenzacije unutrašnjeg osećaja nestabilnosti.
- *Seksualnost van okvira rizičnog seksualnog ponašanja.* Nije bila u stanju da ostvari emocionalnu bliskost u seksualnim odnosima. Seks je doživljavala prvenstveno kao potvrdu sopstvene važnosti ili kao način smanjenja unutrašnje napetosti, a ne kao izvor zadovoljstva i bliskosti.

Mehanizmi održanja RSP-a

Održanju rizičnog seksualnog ponašanja doprinosio je čitav niz međusobno povezanih psiholoških mehanizama:

- Kognitivni mehanizam — internalizovano osećanje krivice i uverenje „Ja sam kriva", koji su doprinosili održanju obrasca rizičnih seksualnih kontakata. Dugotrajna prisutnost samokrivljavanja i stida nakon seksualnog zlostavljanja u detinjstvu prepoznata je kao jedna od ključnih prepreka uspešnoj obradi traumatskog iskustva [10].
- Afektivni mehanizam — korišćenje seksualnih odnosa kao sredstva za regulaciju anksioznosti i osećanja stida.
- Bihejvioralni mehanizam — automatizovane reakcije na okidače, odsustvo veštine odbijanja i teškoće u prepoznavanju sopstvenih potreba i želja.
- Disocijativni mehanizam — emocionalna distanciranost koja je ublažavala subjektivni intenzitet stida.

Identifikovani mehanizmi predstavljali su osnov za definisanje terapijskih ciljeva: obezbeđivanje osećaja sigurnosti i stabilizacija stanja, obrada traumatskog iskustva, smanjenje samookrivljavanja, razvoj veština emocionalne regulacije i uspostavljanja zdravih ličnih granica, kao i razvijanje bezbednijih modela intimnih partnerskih odnosa.

Terapijski proces i dinamika promena

Psihoterapijski tretman trajao je dve godine i odvijao se u formatu jedne pedesetominutne seanse nedeljno. Terapijski proces bio je organizovan fazno, u skladu sa promenama kliničkog stanja pacijentkinje. Efikasnost terapije praćena je primenom upitnika ITQ, kao i skala samoprocene učestalosti rizičnog seksualnog ponašanja, intenziteta stida i osećanja krivice. Procene su vršene na svakih osam nedelja,

dok je kontrolno praćenje sprovedeno šest meseci nakon završetka terapije.

Faza 1. Uspostavljanje sigurnosti i stabilizacija (1–12. seansa)

Primarni zadaci ove faze bili su stabilizacija psihičkog stanja, smanjenje anksioznosti i razvoj veština samoregulacije.

Vrednosti na upitniku ITQ opadale su postepeno, dok je najizraženija promena zabeležena u učestalosti impulsivnih seksualnih kontakata, koja se već do osme seanse smanjila sa 3–4 mesečno na 0–1 kontakt mesečno. Intenzitet stida ostao je visok, ali je pacijentkinja sve češće bila u stanju da na seansama govori o situacijama koje su prethodile epizodama rizičnog seksualnog ponašanja.

Klinička ilustracija br. 1 (3. seansa). Pacijentkinja je na seansu došla u stanju intenzivnog stida nakon spontanog seksualnog odnosa sa muškarcem kojeg je površno poznavala. Terapeut je primenio intervenciju usmerenu na stabilizaciju: normalizovao je njena emocionalna iskustva, pomogao joj da identifikuje okidače (kombinaciju iscrpljenosti i konzumiranja alkohola), razvije sposobnost pravljenja pauze pre impulsivnog reagovanja i sačini plan ponašanja za slične situacije u budućnosti.

Faza 2. Rad sa traumatskim iskustvom (13–30. seansa)

U ovoj fazi rad je bio usmeren na korekciju disfunkcionalnih uverenja, a sa pojavom traumatskih sećanja postepeno su uvedeni elementi EMDR terapije. Do dvadesete seanse pacijentkinja je prvi put uspela da izgovori: „Ono što mi se događalo na selu bilo je seksualno zlostavljanje, a ne moja krivica." Ovaj uvid predstavljao je prekretnicu u terapijskom procesu. Nakon toga došlo je do vidljivog smanjenja samookrivljavanja, dok je sposobnost tolerisanja traumatskih sećanja postepeno rasla.

Klinička ilustracija br. 2 (22. seansa). Prilikom pokušaja obrade prvog sećanja na seksualno zlostavljanje pacijentkinja je razvila izraženu disocijativnu reakciju. Stoga je terapeut odustao od daljeg izlaganja i vratio se radu sa telesnim senzacijama, stabilizujućim tehnikama i tehnikama aktiviranja resursa, uz korišćenje metafora. Takav pristup omogućio je da se izbegne retraumatizacija i očuva motivacija za nastavak psihoterapije.

Faza 3. Rad sa uverenjima (31–50. seansa)

Težište terapije premešteno je na transformaciju osnovnih disfunkcionalnih uverenja, poput: „Ne zaslužujem...", „Moje telo je samo sredstvo". U radu su korišćene EMDR intervencije, tehnike kognitivno-bihejvioralne terapije sa dokazanom efikasnošću u lečenju posledica seksualnog zlostavljanja u detinjstvu [11], kao i narativne psihoterapijske tehnike. Tokom ovog perioda postepeno su jačali samopouzdanje i sposobnost emocionalne samoregulacije. Pacijentkinja je počela jasnije da prepoznaje sopstvene potrebe i želje, kao i da ih otvoreno izražava postavljanjem granica.

Klinička ilustracija br. 3 (45. seansa). Pacijentkinja je opisala situaciju u kojoj je prvi put uspela da odlučno odbije upornog partnera. Iako je to za nju predstavljalo izrazito emocionalno zahtevno iskustvo, nije se vratila ranijem obrascu popuštanja i ulaska u neželjeni seksualni odnos.

Faza 4. Samoregulacija seksualnog ponašanja (51–96. seansa)

Završna faza terapije bila je usmerena na razvoj sposobnosti prepoznavanja impulsa, unapređenje komunikacije sa partnerima i izgradnju pozitivnijeg odnosa prema sopstvenom telu. Do kraja terapije rizično seksualno ponašanje potpuno je prestalo. Pacijentkinja je uspostavila stabilan partnerski odnos u kojem je mogla jasno da postavlja lične granice i otvoreno govori o svojim potrebama.

Po završetku terapije ukupan skor na upitniku ITQ bio je manji za 42%, učestalost epizoda rizičnog seksualnog ponašanja smanjena je sa tri do četiri mesečno na nijednu, dok su intenzitet stida i osećanja krivice opali sa 8–9 na 2–3 boda na skalama samoprocene. Prilikom kontrolnog praćenja, šest meseci nakon završetka terapije, pacijentkinja je prijavila da je i dalje u stabilnoj vezi, ne ispoljava rizično seksualno ponašanje i uspešno primenjuje usvojene veštine samoregulacije.

Izbor terapijskih intervencija u svakoj fazi zasnivao se na trenutnom psihičkom stanju pacijentkinje, stepenu izraženosti disocijacije i spremnosti za obradu traumatskih sećanja. U fazi stabilizacije dominirale su stabilizujuće i telesno orijentisane tehnike; tokom obrade traumatskog iskustva primenjivani su EMDR i kognitivne tehnike usmerene na korekciju disfunkcionalnih uverenja; dok je završna faza bila posvećena razvoju veština postavljanja ličnih granica i izgradnji sigurnih i stabilnih partnerskih odnosa.

Diskusija

Uspeh psihoterapijskog tretmana u prikazanom slučaju verovatno nije bio rezultat isključivo postepene obrade traumatskog iskustva, već pre svega pravovremenog prepoznavanja disocijativnih reakcija i sistematskog razvoja bihejvioralnih veština samoregulacije (pravljenje pauze pre reagovanja, odbijanje, podržavajući razgovori sa terapeutom). Ovakav nalaz odstupa od očekivanja da održive terapijske promene prvenstveno zavise od potpune integracije traumatskih sećanja. Uočena dinamika u skladu je

sa nalazima sistematskih pregleda literature koji disocijaciju opisuju kao posrednički mehanizam između traumatskog iskustva i razvoja maladaptivnih obrazaca ponašanja [7] i sugeriše da kod pacijenata sa izraženom disocijativnom simptomatologijom, kod kojih intenzivno izlaganje može povećati rizik od retraumatizacije [12], bihejvioralna stabilizacija može imati terapijski doprinos uporediv sa obradom traumatskog iskustva, umesto da predstavlja isključivo pripremnu fazu.

Analiza prikazanog slučaja sugeriše da bi rizik od neuspeha terapije bio veći ukoliko bi obrada traumatskog iskustva bila forsirana pre postizanja odgovarajuće emocionalne stabilizacije, ukoliko bi disocijativne reakcije ostale neprepoznate ili ukoliko bi se nedovoljna pažnja posvetila razvoju veština postavljanja i očuvanja ličnih granica u interpersonalnim odnosima.

Analizom prikazanog slučaja može se izdvojiti logičan redosled osnovnih zadataka psihoterapijskog procesa. U početnoj fazi prioritet je predstavljala stabilizacija psihičkog stanja. Sa smanjenjem emocionalne dezorganizacije, terapijski rad je postepeno usmeravan ka redukciji samookrivljavanja, razumevanju i obradi traumatskog iskustva, pažljivo doziranom radu sa traumatskim sećanjima, razvoju sposobnosti uspostavljanja ličnih granica i izgradnji stabilnijih i sigurnijih partnerskih odnosa. Upravo ovakav redosled intervencija, po svemu sudeći, omogućio je izbegavanje retraumatizacije i očuvanje postignutih terapijskih efekata.

Zaključci i ograničenja

Prikazani klinički slučaj ilustruje potencijal fazno organizovanog psihoterapijskog pristupa u tretmanu rizičnog seksualnog ponašanja kod pacijentkinje sa kompleksnim posttraumatskim stresnim poremećajem. Primena standardizovanih mernih instrumenata omogućila je praćenje kliničke dinamike tokom terapije, dok je kontrolno praćenje nakon njenog završetka pružilo uvid u održivost postignutih terapijskih promena.

Prilikom tumačenja prikazanih rezultata potrebno je imati u vidu više ograničenja. Budući da je reč o prikazu pojedinačnog kliničkog slučaja, nije moguće donositi opšte zaključke, niti rezultate neposredno generalizovati na širu populaciju. Takođe, odsustvo standardizovanog merenja u svakoj od faza terapijskog procesa ograničava potpunost prikaza kliničke dinamike. Kontrolno praćenje nakon završetka terapije ograničeno je na period od šest meseci, zbog čega dugoročna stabilnost postignutih promena zahteva dodatna istraživanja. Dobijene nalaze bi trebalo potvrditi u istraživanjima koja bi obuhvatila veći broj pacijenata.

Literatura

1. Nvo-Fernández M, Miño-Reyes V, González-Cabeza G, Gálvez-Cienfuegos S, Ignacia MCC. Childhood sexual abuse as a predictor of Complex Posttraumatic Stress Disorder: A meta-analysis. J Ment Health Clin Psychol. 2024;8(3):1–6. https://doi.org/10.29245/2578-2959/2024/3.1324
2. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. Lancet Psychiatry. 2019;6(10):830–839. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X
3. Chaliawala K, King K, Vidourek R. Childhood sexual abuse: a narrative review. BCPHR. 2026;June 2026(96). https://doi.org/10.54111/001c.163448
4. American Psychological Association. Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. APA; 2025. Pristupljeno: 25. 7. 2026. Dostupno na: https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf
5. ISTSS Guidelines Committee. Posttraumatic stress disorder prevention and treatment guidelines: methodology and recommendations. International Society for Traumatic Stress Studies; 2024. Pristupljeno: 25. 7. 2026. Dostupno na: https://istss.org/wp-content/uploads/2024/08/Posttraumatic-Stress-Disorder-Prevention-and-Treatment-Guidelines-Methodology-and-Recommendations.pdf
6. World Health Organization. ICD-11 Classification of mental and behavioural disorders. WHO; 2022. Pristupljeno: 25. 7. 2026. Dostupno na: https://МКБ.who.int/en
7. Krause-Utz A, Černáková R, Hoogenboom W, Schulze A, Büttner S, Demirelli Z, Mouthaan J, van Schie CC, Garnefski N, Kraaij V. Psychological factors linked to intimate partner violence and childhood maltreatment: on dissociation as a possible bridge symptom. J Interpers Violence. 2023;38(21–22):11400–11428. https://doi.org/10.1177/08862605231181377
8. Salmona M. Sexual violence, dissociation, and inequality: a guide to understanding traumatic memory. London: Routledge; 2024.
9. Stockman D, Haney L, Uzieblo K, Littleton H, Keygnaert I, Lemmens G, Verhofstadt L. An ecological approach to understanding the impact of sexual violence: a systematic meta-review. Front Psychol. 2023;14:1032408. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1032408
10. Lateef R, Collin-Vézina D, Alaggia R, MacIntosh H. A scoping review of shame among child sexual abuse survivors across the lifespan: findings and trends over three decades (1994–2024) and clinical implications. Traumatology. 2025. https://doi.org/10.1037/trm0000613
11. Molero-Zafra M, Fernández-García O, Mitjans-Lafont MT, Pérez-Marín M, Hernández-Jiménez MJ. Psychological intervention in women victims of childhood sexual abuse: a randomized controlled clinical trial comparing EMDR psychotherapy and trauma-focused cognitive behavioral therapy. Front Psychiatry. 2024;15:1360388. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1360388
12. Katalan C, Unterrainer H-F, Gelo OCG. Psychotherapy for complex post-traumatic stress disorder: efficacy and therapeutic factors. Front Psychol. 2026;17:1684921. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2026.1684921