



UNIVERZITET U NIŠU  
FILOZOFSKI FAKULTET



**Maja V. Mišić**

**SELF DIFERENCIJACIJA OSOBA  
SA KOMPLEKSNOM TRAUMOM I  
SAMOPROCENA RODITELJSKOG STILA**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Niš, 2022.



UNIVERSITY OF NIS  
FACULTY OF PHILOSOPHY



**Maja V. Misić**

**SELF DEFFERENTIATION OF COMPLEX  
TRAUMA SURVIVORS AND THEIR PARENTING  
STYLE**

DOCTORAL DISSERTATION

Niš, 2022.

## Podaci o doktorskoj disertaciji

Mentor:	Prof. Dr. Jelisaveta Todorović, redovni profesor Univerzitet u Nišu, Filozofski fakultet
Naslov:	Self diferencijacija osoba sa kompleksnom traumom i samoprocena roditeljskog stila
Rezime:	Cilj ovog rada bio je da se ispita veza između kompleksnog postraumatskog stresnog poremećaja (K-PTSP) i stila roditeljstva kod žena koje su preživele kompleksnu psihološku traumu. Ispitali smo kakvu ulogu ima diferencijacija selfa u relaciji između kompleksnog PTSP-a i roditeljskog stila majke. Osim toga, istražili smo i ulogu procenjene socijalne podrške i rezilijentnosti, za koje brojna istraživanja navode da su protektivni faktori u razvoju kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja. Istražili smo i kakva je povezanost majčinog roditeljskog stila, traume koju su iskusili njeni otac i majka i roditeljskog stila njena oba roditelja. Uzorak istraživanja je bio prigodan i uključivao je 120 žena, uzrasta od 19 do 64 godine ( $AS = 49,5$ , $SD = 0,85$ ). Uzorak su činile dve grupe: jednu grupu činile su majke sa istorijom kompleksne traume i dijagnozom K-PTSP-a, dok su drugu grupu činile majke koje nisu imale dijagnozu K-PTSP-a. Rezultati su pokazali da izloženost kompleksnoj traumi ispitivanih majki značajno doprinosi negativnim dimenzijama roditeljskog stila. K-PTSP je pokazao korelacije sa svih pet dimenzija odbacujućeg roditeljskog stila. Diferencijacija selfa je bila povezana sa K-PTSP i roditeljskim stilom, dok je odbacujući roditeljski stil pre svega majki ispitivanica predviđao odbacujući roditeljski stil njihovih ćerki.
Naučna oblast:	Psihologija
Naučna disciplina:	Psihologija
Ključne reči:	Kompleksni PTSP, diferencijacija selfa, kompleksna (složena) trauma majke, roditeljski stil, rezilijentnost, procenjena socijalna podrška
UDK:	616.89-008.44:316.356.2-055.52

CERIF

S 260 Psihologija

klasifikacija:

Tip licence

CC BY-NC-ND

Kreativne za-

jednice:

## Data on Doctoral Dissertation

Doctoral Supervisor:	Prof. Dr. Jelisaveta Todorović, professor University of Nis, Faculty of Psychology
Title:	Self differentiation of complex trauma survivors and their parenting style
Abstract:	<p>Study objective was to investigate the relationship between complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) and rejecting parenting style in women who survived complex psychological trauma. We examined what role does the differentiation of self play in the development of CPTSD and maternal parenting. In relying on the results of the multiple research, we also examined the role of the perceived social support and resilience in the relation between CPTSD and parenting style. We then explored what was the relationship between parent's trauma, their parenting style and the participant's parenting style. The study sample was appropriate and included 120 women, aged 19-64 (M = 49.5, SD = 0.85). The sample was divided in two groups: one group represented mothers with a complex history of trauma and CPTSD diagnosis, while the other group was a control group, consisting of mothers who did not have CPTSD diagnosis. The results showed that the exposure to complex trauma significantly contributes to the negative dimensions of parenting style. The study found that exposure to complex trauma adversely affects woman's parenting. CPTSD showed correlations with all five dimensions of negative parenting style. Differentiation of self was connected to CPTSD and parenting style, while parenting style of participant's parents, particularly mother's, was predicting her own parenting style.</p>
Scientific Field:	Psychology
Scientific Discipline:	Psychology
Key Words:	CPTSD, differentiation of self, trauma exposure, women, parenting style, resilience, perceived social support
UDC:	616.89-008.44:316.356.2-055.52
CERIF	S 260 Psychology

Classification:

Creative

Common

License Type:

CC BY-NC-ND

Zahvaljujem se svojoj mentorki, profesorki dr. Jelisaveti Todorović na usmeravanju pri izradi doktorske disertacije, na korisnim savetima i predlozima koji su mi pomogli da unapredim rad. Hvala na strpljenju, razumevanju, poštovanju i podršci.

Zahvaljujem se profesorkama Filozofskog fakulteta u Nišu koje su mi pomogle oko disertacije. Hvala puno na korisnim komentarima i predlozima.

Zahvaljujem se klijenticama koje su pomogle da sprovedem ovo istraživanje, na njihovoj upornosti i snazi da se suoče sa traumatskim iskustvima. Zahvaljujem se i svim majkama koje su pomogle da se uporede njihovi rezultati sa grupom koja ima kompleksnu traumu.

Zahvaljujem se svojim roditeljima, svojoj majci koja me je prva upoznala sa Feminizmom i svom pokojnom ocu na usađenoj moralnosti i vrednostima.

Najveću zahvalnost dugujem svojoj deci, Mii, Pavlu i Zoji, mom najvećem uspehu, koji su strpljivo bili uz mene svih ovih školskih godina i na njihovoj uvek bezrezervnoj ljubavi, kao i svom suprugu Miroslavu na njegovoj podršci, ljubavi i razumevanju.

Ovaj doktorat posvećen je svim roditeljima koji žele da stanu na put ponovljenim obrascima nasilja i zlostavljanja u porodici i koji su posvećeni građenju rezilijentnosti i toplog i privrženog odnosa sa svojom decom. Ovaj doktorat posvećen je i svojoj deci, čija neoboriva rezilijentost i strepljenje nas uvek podseća da nikada nije kasno za promenu u roditeljskom ponašanju.

*You may not control all the events that happen to you,  
but you can decide not to be reduced by them.*

*-Maya Angelou*

# SADRŽAJ

<b>1. UVOD .....</b>	<b>12</b>
<b>TEORIJSKI OKVIR ISTRAŽIVANJA.....</b>	<b>14</b>
<b>2. KOMPLEKSNA TRAUMA .....</b>	<b>15</b>
2.1. TEORIJSKI RAZVOJ KOMPLEKSNE TRAUME I POSTTRAUMATSKOG STRESNOG POREMEĆAJA .....	19
2.2. NEGATIVNA (AVERZIVNA) ISKUSTVA IZ DETINJSTVA (ACE) .....	22
2.3. POL I KOMPLEKSNA TRAUMA .....	24
<b>3. KOMPLEKSNI POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ .....</b>	<b>25</b>
<b>4. DIFERENCIJACIJA SELFA .....</b>	<b>28</b>
4.1. TEORIJSKO ODREĐENJE POJMA SELFA .....	29
4.2. DIFERENCIJACIJA SELFA I TRAUMA.....	34
4.3. DIFERENCIJACIJA SELFA I RODITELJSTVO .....	36
<b>5. REZILIJENTNOST .....</b>	<b>38</b>
5.1. REZILIJENTNOST I RODITELJSTVO.....	40
<b>6. PROCENJENA SOCIJALNA PODRŠKA.....</b>	<b>42</b>
6.1. SOCIJALNA PODRŠKA I PREŽIVljena TRAUMA .....	43
6.2. SOCIJALNA PODRŠKA I RODITELJSTVO .....	44
<b>7. MODEL RODITELJSKOG PRIHVATANJA/ OD PROFESORKAMA FILOZOFSKOG FAKULTETA U NIŠU KOJE SU MI POMOGLE OKO DISERTACIJE BACIVANJA .....</b>	<b>46</b>
7.1. MODEL RODITELJSKOG PRIHVATANJA / ODBACIVANJA (IPART TEORIJA).....	47
7.2. EMPIRIJSKO TESTIRANJE IPARTHEORIJE.....	49
7.3. PREGLED TEORIJE RODITELJSKOG PRIHVATANJA I ODBIJANJA.....	52
7.4. RAZLIKE U POLU U ODNOSU NA INTERPERSONALNO PRIHVATANJE I ODBACIVANJE .....	54
7.5. RODITELJSTVO I POREMEĆAJ PONAŠANJA .....	55
7.6. RELEVANTNA ISTRAŽIVANJA O POVEZANOSTI KOMPLEKSNE TRAUME, DIFERENCIJACIJE SELFA I RODITELJSTVA .....	57
7.7. ODNOS IZMEĐU STILA RODITELJSTVA, KOMPLEKSNOG PTSP-A I RODITELJSKIH ZAŠTITNIH FAKTORA.....	60
<b>METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA .....</b>	<b>62</b>
<b>8. PROBLEM I CILJEVI ISTRAŽIVANJA .....</b>	<b>63</b>
8.1. PROBLEM ISTRAŽIVANJA .....	63



8.2. TEORIJSKI I PRAKTIČAN ZNAČAJ ISTRAŽIVANJA.....	64
8.3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA.....	65
<b>9. VARIJABLE ISTRAŽIVANJA.....</b>	<b>67</b>
9.1. NEZAVISNE VARIJABLE.....	67
9.2. ZAVISNA VARIJABLA.....	70
9.3. SOCIODEMOGRAFSKE VARIJABLE.....	71
<b>10. INSTRUMENTI ISTRAŽIVANJA.....</b>	<b>72</b>
10.1. UPITNIK ZA MERENJE KOMPLEKSNE TRAUME.....	72
10.2. UPITNIK ZA MERENJE NEGATIVNIH (AVERZIVNIH) ISKUSTAVA IZ DETINJSTVA (ACE).....	74
10.3. UPITNIK ZA MERENJE DIFERENCIJACIJE SELFA.....	75
10.4. UPITNIK ZA MERENJE REZILIJENTNOSTI.....	76
10.5. UPITNIK ZA MERENJE PROCENJENE SOCIJALNE PODRŠKE.....	77
10.6. UPITNIK RODITELJSKOG PRIHVATANJA/ODBACIVANJA.....	78
10.7. UPITNIK ZA ISPITIVANJE PORODIČNIH I SOCIO-DEMOGRAFSKIH VARIJABLI.....	80
<b>11. HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA.....</b>	<b>82</b>
<b>12. MATERIJAL I METODE RADA.....</b>	<b>85</b>
12.1. MESTO I VREME ISTRAŽIVANJA.....	85
12.2. UZORAK ISPITANIKA.....	85
12.3. NAČIN PRIKUPLJANJA I OBRADJE PODATAKA.....	92
<b>13. REZULTATI ISTRAŽIVANJA.....</b>	<b>93</b>
13.1. REZULTATI DESKRIPTIVNE ANALIZE PODATAKA.....	93
13.2. VRSTA TRAUME.....	98
13.3. RAZLIKE U IZRAŽENOSTI DIMENZIJA RODITELJSKOG STILA U ISPITIVANIM GRUPAMA.....	100
13.4. POVEZANOST IZMEĐU SKALA KOMPLEKSNOG POSTTRAUMATSKOG STRESNOG POREMEĆAJA I SKALA RODITELJSKOG STILA.....	101
13.5. POVEZANOST IZMEĐU SKALA DIFERENCIJACIJE SELFA I RODITELJSKOG STILA.....	102
13.6. POVEZANOST IZMEĐU SKALA DIFERENCIJACIJE SELFA I SKALA KOMPLEKSNOG POSTTRAUMATSKOG STRESNOG POREMEĆAJA.....	105
13.7. KORELACIJE IZMEĐU FAKTORA RIZIKA I PROTEKTIVIH FAKTORA SA RODITELJSKIM STILOM.....	106
13.8. KORELACIJA IZMEĐU DIMENZIJA KOMPLEKSNOG PTSP-A, DIMENZIJA DIFERENCIJACIJE SELFA, DIMENZIJA RODITELJSKOG STILA I BROJA DOŽIVLJENIH TRAUMA, ACE SKORA I STAROSTI KADA SE TRAUMA DESILA.....	107
13.9. KORELACIJE IZMEĐU BROJA DOŽIVLJENIH TRAUMA MAJKE I OCA ISPITANICE, DIMENZIJA NJIHOVOG RODITELJSKOG STILA I DIMENZIJA RODITELJSKOG STILA ISPITANICE.....	109

13.10. FAKTORI RIZIKA KAO PREDIKTORI RODITELJSKOG STILA MAJKE .....	110
13.11. PROTEKTIVNI FAKTORI (DIFERENCIJACIJA SELFA, PROCENJENA SOCIJALNA PODRŠKA I REZILIJENTNOST) KAO PREDIKTORI DIMENZIJA RODITELJSKOG STILA.....	112
13.12. PROCENJENA SOCIJALNA PODRŠKA KAO MEDIJATOR ODNOSA IZMEĐU KOMPLEKSNOG PTSP-A I PRIHVATAJUĆE/ODBACUJUĆE DIMENZIJE RODITELJSKOG STILA .....	113
13.13. RODITELJSKI STIL RODITELJA ISPITANICE KAO PREDIKTOR NJENOG RODITELJSKOG STILA.....	115
13.14. POVEZANOST SOCIDEMOGRAFSKIH VARIJABLI ISTRAŽIVANJA SA KOMPLEKSNIM POSTTRAUMATSKIM STRESNIM POREMEĆAJEM, SELF DIFERENCIJACIJOM, SOCIJALNOM PODRŠKEOM, REZILIJENTNOŠĆU I RODITELJSKIM STILOM.....	116
<b>14. DISKUSIJA.....</b>	<b>128</b>
14.1. RAZLIKE U PERCEPCIJI RODITELJSKOG PRIHVATANJA I ODBACIVANJA IZMEĐU ISPITANICA SA ISTORIJOM KOMPLEKSNE TRAUME I GRUPE BEZ TRAUME .....	128
14.2. POVEZANOST KOMPLEKSNOG POSTTRAUMATSKOG STRESNOG POREMEĆAJA I.....	129
RODITELJSKOG STILA.....	129
14.3. POVEZANOST DIFERENCIJACIJE SELFA I RODITELJSKOG STILA.....	131
14.4. POVEZANOST DIFERENCIJACIJE SELFA I KOMPLEKSNOG POSTTRAUMATSKOG STRESNOG POREMEĆAJA	133
14.5. POVEZANOST IZMEĐU FAKTORA RIZIKA (TRAUME, ACE-A, KOMPLEKSNOG PTSP-A), PROTEKTIVNIH FAKTORA (REZILIJENTNOSTI, PORODIČNIH RESURSA I PERCEPTIVNE SOCIJALNE PODRŠKE) I PRIHVATAJUĆEG/ODBACUJUĆEG RODITELJSKOG STILA.....	134
14.6. POVEZANOST IZMEĐU BROJA DOŽIVLJENIH TRAUMA, ACE SKORA, STAROSTI ISPITANICE KADA SE TRAUMA DESILA I DIMENZIJA KOMPLEKSNOG PTSP-A, SELF-DIFERENCIJACIJE I RODITELJSKOG STILA.....	135
14.7. KORELACIJE IZMEĐU BROJA DOŽIVLJENIH TRAUMA MAJKE I OCA ISPITANICE, DIMENZIJA NJIHOVOG RODITELJSKOG STILA I DIMENZIJA RODITELJSKOG STILA ISPITANICE .....	137
14.8. FAKTORI RIZIKA (ACE I KOMPLEKSNI PTSP) KAO PREDIKTORI RODITELJSKOG STILA .....	138
14.9. PROTEKTIVNI FAKTORI (DIFERENCIJACIJA SELFA, SOCIJALNA PODRŠKA I REZILIJENTNOST) KAO PREDIKTORI PRIHVATAJUĆE/ODBACUJUĆE DIMENZIJE RODITELJSTVA .....	139
14.10. PROCENJENA SOCIJALNA PODRŠKA KAO MEDIJATOR ODNOSA IZMEĐU KOMPLEKSNOG PTSP-A I PRIHVATAJUĆE/ODBACUJUĆE DIMENZIJE RODITELJSKOG STILA .....	141
14.11. TRAUMA I RODITELJSKI STIL RODITELJA ISPITANICE KAO PREDIKTOR NJENOG .....	142
RODITELJSKOG STILA.....	142
14.12. POVEZANOST SOCIDEMOGRAFSKIH VARIJABLI ISTRAŽIVANJA I KOMPLEKSNOG POSTTRAUMATSKOG STRESNOG POREMEĆAJA, DIFERENCIJACIJE SELFA, SOCIJALNE PODRŠKE, REZILIJENTNOSTI I RODITELJSKOG STILA.....	142
14.13. OGRANIČENJA I IMPLIKACIJE ZA ISTRAŽIVANJE .....	146
<b>15. ZAKLJUČAK.....</b>	<b>147</b>

<b>16. LISTA SKRAĆENICA .....</b>	<b>150</b>
<b>LITERATURA .....</b>	<b>152</b>
<b>17. PRILOZI.....</b>	<b>199</b>
PRILOG 1: GRAFIKONI RASPODELE FREKVENCIJA NA KORIŠĆENIM INSTRUMENTIMA .....	199
PRILOG 2. ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES (ACE) .....	209
PRILOG 3. UPITNIK ZA MERENJE KOMPLEKSNE TRAUME (SIDES-SR).....	210
PRILOG 4. UPITNIK ZA MERENJE DIFERENCIJACIJE SELFA (DS) .....	220
PRILOG 5. UPITNIK ZA MERENJE REZILIJENTNOSTI .....	221
PRILOG 6. UPITNIK ZA MERENJE PROCENJENE SOCIJALNE PODRŠKE .....	222
PRILOG 7. UPITNIK ZA MERENJE PORODIČNIH RESURSA .....	223
PRILOG 8. UPITNICI ZA MERENJE RODITELJSKOG PRIHVATANJA/ODBACIVANJA .....	225
<i>Prilog 8.1. ADULT PARQ/CONTROL: Father (Short Form) .....</i>	<i>225</i>
<i>Prilog 8.2. ADULT PARQ/CONTROL: Mother (Short Form).....</i>	<i>228</i>
<i>Prilog 8.3. PARENT PARQ/CONTROL: Child (Short Form).....</i>	<i>230</i>
PRILOG 9. OPŠTI UPITNIK .....	232
<i>Prilog 9.1. Demographics.....</i>	<i>232</i>
<i>Prilog 9.2. Family of Origin .....</i>	<i>236</i>
<i>Prilog 9.3. Traumatic experience .....</i>	<i>237</i>
<b>18. BIOGRAFIJA .....</b>	<b>239</b>

## 1. UVOD

---

Roditeljstvo predstavlja jednu od najvažnijih uloga na svetu. Vaspitati decu da postanu samouverene, nezavisne i odgovorne individue, uprkos različitim nepovoljnim životnim situacijama, osnovni je cilj skoro svakog roditelja. Nažalost, roditeljska izloženost traumi može nepovoljno uticati na njihovo potomstvo. Roditeljstvo u takvim okolnostima može se reflektovati u izraženoj kontroli deteta, zapostavljanju, agresiji, zanemarivanju i odsustvu topline i ljubavi (Dittrich i sar., 2020, Schecher i sar., 2015). Ova ponašanja povezana su sa visokim nivoom dečije anksioznosti i patnje, kao i visokim stepenom ljutnje i buntovnosti (Berk, 2005; Putnick i sar., 2014). Najveći broj dečjih trauma počinje kod kuće, jer su roditelji najčešće odgovorni za njihovo zanemarivanje i zlostavljanje (Spinazzola i sar., 2014; van der Kolk i Courtois, 2005). Literatura takođe ukazuje da deca roditelja koji su preživeli traumu imaju veću verovatnoću da pate od sekundarnih simptoma traumatizacije, čak i uslovima kada nisu izložena zlostavljanju i maltretiranju od strane svojih roditelja (Bartle-Haring i Gregory, 2003; Dinshtein i sar., 2011; Field i sar., 2013; Zerach, 2015).

Trauma u detinjstvu koja dovodi do razvoja kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja je najčešće zlostavljanje i problemi povezani sa fizičkim ili emocionalnim zanemarivanjem od strane roditelja (Herman, 1992a). Neke od teorija predstavljaju traumu kao neuspeh roditelja da osiguraju bezbednost deci, što nadalje može kompromitovati mentalno zdravlje dece, regulaciju emocija, samo-integraciju i sposobnost za održavanje interpersonalnih odnosa (George i Solomon, 2008; Lyons-Ruth i Jacobwitz, 2016). Veliki broj istraživanja dokumentovao je različite štetne efekte psihološke traume koji su bili direktno povezani sa zlostavljanjem i nasiljem žena i dece (npr., Anda i sar., 2006; Bremner i sar., 2003; Dye, 2018; Rakovec-Felser, 2014; Rivara i sar., 2019). Ipak, malo je pažnje bilo posvećeno uticaju kompleksne traume na roditeljska ponašanja prema deci.

U poređenju sa očevima, majke su generalno više angažovane u podsticanju emocionalnog i psihološkog razvoja dece i nažalost imaju dva do tri puta veću verovatnoću da razviju posttraumatski stresni poremećaj nakon negativnih iskustava (Berk, 2005; De Vries i Olf, 2009; Ditlevsen i Elklit, 2012). Podaci iz literature ukazuju da su žene generalno u većem broju izložene traumatskim iskustvima, kao što su seksualno zlostavljanje u detinjstvu, zanemarivanje, seksualni ili fizički napad, intimno nasilje partnera i silovanje, u poređenju sa muškarcima (Beknap i Holsinger, 2006; de Waal i sar., 2019; McCabe i sar., 2002). Zbog toga su normativni zadaci majčinstva

često ugroženi, kada dožive neprijatna iskustva traume (Gilbert i sar.,2015; Lombardo i Motta, 2008; Smith i sar. 2014). Pored registrovanih psiholoških simptoma, kompleksna trauma takođe može stvoriti dodatne probleme, usled poteškoća sa psihološkom regulacijom stresa tokom obavljanja različitih roditeljskih dužnosti (Moser i sar., 2015; Schechter i sar., 2015).

Nalazi u literaturi ukazuju da ako majka pati od složenih simptoma povezanih sa traumom, najverovatnije će to negativno uticati na njeno roditeljstvo. Zbog toga je neophodno sprovesti brojna istraživanja kako bismo razumeli faktore rizika i zaštitne faktore koji su povezani sa roditeljstvom majki koje su doživele traumatska iskustva. Ovo je bila neposredna inspiracija za sprovođenje istraživanja u okviru doktorske disertacije. U ovoj studiji, kompleksna trauma, negativna iskustva iz detinjstva, kao i kompleksni posttraumatski stresni poremećaj, biće predstavljeni kao faktori rizika koji su povezani sa odbacujućim roditeljskim stilom majke. Diferencijacija selfa i percepcija socijalne podrške biće predstavljeni kao zaštitni faktori koji doprinose poželjnim ponašanjima u vaspitanju majki. S obzirom na to da se rezilijentnost u istraživanjima pokazala kao važan faktor u prevenciji traume, odlučili smo da i nju uključimo u istraživanje (npr., Andreson i sar., 2012a; Peres i sar., 2007, Pietrzak i Southwick, 2011).

Kako se roditeljstvo velikim delom uči u primarnoj porodici, ispitani su roditeljski stilovi majke i oca nasih ispitanica, kao i njihov doprinos roditeljstvu ispitanica

## **TEORIJSKI OKVIR ISTRAŽIVANJA**

## 2. KOMPLEKSNA TRAUMA

---

Psihološka trauma predstavlja emotivan i intenzivan događaj koji utiče na trenutnu sposobnost pojedinca da prevaziđe dato iskustvo (Yehuda i sar., 2015). Trauma stvara percepciju stalne fiziološke opasnosti i poremećenu predstavu o sebi. Džudit Herman, jedna od prvih istraživačica psihološke traume, objasnila je da traumatski događaji nadilaze svako razumevanje, ne zato što se retko dešavaju, već zato što nadvladavaju uobičajeno ljudsko prilagođavanje (Herman, 1992b). Trauma preplavljuje ljude takvom anksioznošću i strahom da to može privremeno ili trajno izmeniti njihovu sposobnost funkcionisanja (Malarbi i sar., 2017; van der Kolk, 2014). Ipak, ona ne utiče samo na psihološko funkcionisanje. Felitti i njegove kolege su u studiji od deset hiljada pacijenata zaključili da ljudi koji imaju istoriju zlostavljanja u detinjstvu mogu biti izloženi većem riziku od bolesti srca, raka, hronične bolesti pluća i mnogih drugih zdravstvenih problema (Felitti i sar., 1998).

Kada se ljudi suoče sa traumatskim iskustvima, oni se prvenstveno fokusiraju na opstanak i zaštitu i shodno tome, mogu da dožive kombinaciju različitih emocionalnih reakcija, kao što su povlačenje, zbunjenost, šok i bes (van der Kolk, 2014). Neke žrtve traume mogu da razviju mehanizme koji im pomažu da se nose sa opasnošću (borba ili bežanje), dok drugi mogu razviti mehanizam disocijacije (tzv. osećaj zamrzavanja) (Lanius i sar., 2014; Sherin, 2011). Još uvek nije objašnjeno ko će iz ove dve grupe razviti posttraumatski stresni poremećaj (PTSP).

U literaturu na ovu temu može se naći razlika između akutne traume i hroničnog traumatskog stresa (Courtois, 2015). Akutna ili pojedinačna trauma predstavlja doživljaj povrede ili izloženost opasnoj situaciji, suočavanje sa neposrednim pretnjama o ozbiljnoj povredi ili smrti, ili iskustvo kršenja ličnog fizičkog integriteta, osećaj straha, užasa i bespomoćnosti. Suprotno tome, hronični traumatski stres predstavlja više-manje očekivanu izloženost traumi nakon dužeg perioda i uključuje intenzivne osećaje straha, gubitak poverenja u druge, smanjeni osećaj za ličnu sigurnost i povećano osećanje krivice i stida (Courtois, 2015). Ova vrsta traume dešava se onda kada su ljudi izloženi zanemarivanju, nasilju, zlostavljanju, ratu, zarobljeništvu, izbeglištvu, trgovini ljudima ili hroničnim bolestima i može imati ozbiljne efekte na neuro-psihološki razvoj. Često se ovaj hronični vid traume u literaturi navodi kao *kompleksna trauma* (Courtois i Ford, 2009; Luxenberg i sar., 2001; Mooren i Stöf sel, 2014).

Takođe, trauma nije događaj sam po sebi. Da bi se neki događaj smatrao traumatičnim, on mora uključiti percepciju situacije kao fizički ili emocionalno ugrožavajuće i mora narušiti funkcionisanje pojedinca (American Psychiatric Association, 2013). Tako, na primer, smeštanje u hraniteljsku porodicu postaje trauma ukoliko dete doživi smeštaj u novu sredinu kao opasnost i zastrašivanje. Neka deca dožive veliko olakšanje kada su smeštena u miran, negujući hraniteljski dom, i shodno tome ne bi doživela smeštaj u hraniteljsku porodicu kao traumatičan. Možemo zaključiti da trauma može proizvesti složeni skup simptoma i da se manifestuje na jedinstveni način kod svake osobe koja je njoj bila izložena. Trauma, naročito kompleksna trauma, uglavnom je interpersonalne prirode i često je nedovoljno evidentirana, a samim tim i nedovoljno dijagnostikovana.

Prema proceni SZO, jedna od tri osobe ženskog pola bila je žrtva porodičnog nasilja, nasilja u intimnim odnosima, kao i žrtve seksualnog nasilja (SZO, 2021). Trideset posto ove populacije žena i devojčica bile su na uzrastu od 15 i više godina. Petnaest miliona svetske populacije devojčica na uzrastu od 15-19 godina su bile izložene seksualnom nasilju i silovanju (UNESCO, 2019). Čak je i 2018. godine procenjeno je da je jedna od sedam žena doživela fizičko ili seksualno zlostavljanje od strane svojih partnera ili muževa u poslednjih 12 meseci (SZO, 2018). Ove statistike ukazuju da je realno veliki broj devojčica i žena bio izložen interpersonalnoj traumi.

Lawson i Kvin definišu kompleksnu traumu kao izloženost velikim stresorima koji najčešće počinju u detinjstvu ili adolescenciji, javljaju se više puta tokom vremena i uzrokovani su unutar sistema roditeljske nege ili od strane drugih odraslih od kojih se obično očekuje da budu izvor bezbednosti, zaštite i stabilnosti (Lawson i Quinn, 2013). Ova trauma se može javiti i kasnije u životu, u uslovima ranjivosti povezanih sa invaliditetom ili nedostatkom osećanja kontrole, sigurnosti i moći (Courtois, 2004; 2015). Efekat ovih trauma na osobu je skoro uvek kumulativan.

Posledice traumatskog iskustva na odraslu osobu, ukoliko se ne tretiraju, mogu stvoriti probleme u mentalnom zdravlju i međuljudskim odnosima, prepreke u podizanju dece i formiranju zadovoljavajućih interpersonalnih odnosa. Tako Smit navodi da nedostaci kapaciteta roditelja da adaptivno upravljaju emocionalnom reaktivnošću tokom teških porodičnih transakcija, mogu biti osnova maladaptivnih porodičnih procesa, koji karakterišu nasilje u porodici (npr. nespretno kažnjavanje i kontrola, prenošenje bračnog konflikta na jedno ili više dece i sl.) (Smith, 2002). Preliminarne studije sugerišu da majke sa istorijom zlostavljanja u detinjstvu pokazuju manje empatije kao roditelji, da je njihovo roditeljstvo stresnije i da imaju manje efektivni roditeljski stil (DiLillo i Damashek, 2003; Dittrich i sar., 2020; Levy i sar., 2019). Klod Čemtob je otkrila da su deca majki



sa istorijom kompleksne traume i depresije, imala šest puta veću verovatnoću da razviju emocionalne probleme i postanu agresivna u ponašanju (Chemtob i sar., 2008). Slično tome, Banyard i kolege su otkrili da depresija posreduje u vezi između traume i zadovoljstva roditelja (Banyard i sar., 2003), dok su Narang i Contreras došli do saznanja da je disocijacija, kao jedan od složenijih traumatskih simptoma, značajno posredno povezana sa istorijom fizičkog zlostavljanja roditelja i potencijalnog zlostavljanja dece (Narang i Contreras, 2000).

Veliki broj istraživanja je ukazao na činjenicu da deca traumatizovanih roditelja, direktno ili indirektno, mogu razviti posttraumatske simptome, slične njihovim roditeljima. Ovi se pojmovi mogu naći u literaturi i pod nazivom *sekundarne traumatizacije* kada se radi o prenosu traume na drugu generaciju i *intergeneracijske traumatizacije* kada se radi o prenosu kod treće ili više generacija (Babcock-Fenerci i sar., 2016; Jensen i sar., 2021; Van IJzendoorn i sar., 2003). Ove studije ne podrazumevaju da su majke odgovorne za viktimizaciju svoje dece, nego da se ishodi kod dece obično tumače kao rezultat štetnog okruženja i kaskadnih faktora rizika povezanih sa zlostavljanjem i drugim traumama (npr. rana trudnoća, siromaštvo, depresija, upotreba supstanci, simptomi posttraumatskog stresa). Ovi faktori mogu negativno uticati na roditeljske resurse i sposobnosti i povećati rizik deteta za viktimizaciju (Noll i sar., 2009; Serbin i Karp, 2004). Zaključak je da majke koje su bile zlostavljane u detinjstvu izveštavaju o povećanom roditeljskom stresu (Cross, 2001; Macias, 2005), pokazuju manje topline prema svojoj deci i pokazuju manje ukupne veštine u roditeljstvu od majki bez istorije traume (Barrett, 2009; Cross i sar., 2016). Istraživači su identifikovali specifične psihološke mehanizme koji karakterišu ovaj traumatski prenos (Borelli i sar., 2019; Schechter i sar., 2007). Iz ove grupe istraživanja nađeno je da se disocijacija koja je vezana za emocionalno vezivanje, kao i prethodno intergeneracijsko traumatsko iskustvo, prenose kroz roditeljske napore da održe emotivnu regulaciju pod uticajem posttraumatskog stresnog poremećaja. Tako su brojni autori ukazali na koncept intergeneracijske transmisije porodičnih disfunkcija (Muchielli, 2000; Tailor i sar., 2015). Na primer, nasilje između intimnih partnera predstavlja fenomen za koji još uvijek nedostaju efikasne intervencije i jasno etiološko razumevanje. Ipak, istraživanja su pokazala da se glavni faktor rizika za počinjenje nasilja nalazi u prethodnoj izloženosti ovih odraslih nasilju kada su bili deca, što podržava ideju da **socijalno učenje** predstavlja glavni doprinos intergeneracijskom prenosu nasilja i traume (Bandura, 2008; Dobash i Dobash, 1998; Kurz, 1989).

Postavlja se pitanje koji su konkretni faktori rizika intergeneracijskog prenosa i u kojim uslovima su nove generacije izložene traumi. Prema teoriji koju je predstavila Mofit, razlozi za ponavljanje devijantnog ponašanja, nalaze se u posledicama neuro-psiholoških poremećaja i nepovoljnih porodičnih uslova tokom ranog razvoja dece (Moffitt, 1993). Od porodičnih varijabli posebno se izdvajaju: ponašanje roditelja (Tailor i sar., 2015) i interakcija između roditelja i deteta (Patterson i sar., 1989). Istraživanja su takođe pokazala da se agresivni oblici ponašanja uče u porodici i to na veoma ranom uzrastu (Côté i sar., 2006; Tremblay, 2000).

Deca koja su izložena nasilju imaju veći rizik da postanu nasilna, delikventni, da imaju probleme u školi i ponašanju i da se u životu suočavaju sa mnogo psiholoških problema, uključujući depresiju, anksioznost i simptomatologiju PTSP-a (npr., Osofsky, 1997; Robbins, 2021). Istorija fizičkog zlostavljanja u detinjstvu povezana je sa značajnim rizikom zlostavljanja sopstvene dece (Ehrensaft i Cohen, 2012; Widom i Wilson, 2015). Ipak, trauma usled fizičkog zlostavljanja nije jedina koja ostavlja ozbiljne posledice na pojedinca.

Traume usled seksualnog zlostavljanja na potomstvo može imati dvostruki efekat. Jedna grupa istraživanja ukazuju da sledeća generacija seksualnih nasilnika predstavlja potomstvo roditelja koji su i sami bili seksualno zlostavljani (Burton i sar., 2011; Rossman i Rosenberg, 1998; Seto i Lalumiere, 2010; Stirpe i Stermac, 2003; Yoder i sar., 2018). Suprotno, rezultati druge grupe istraživanja potvrdili su da majke koje su preživele seksualno zlostavljanje u detinjstvu imaju i do 3,6 puta veću verovatnoću da imaju decu koja će i sama biti izložena seksualnom nasilju u poređenju sa majkama koje nisu bile zlostavljane (Testa i sar., 2011; Testoni i sar., 2018; Wearick-Silva i sar., 2014). Ipak, bez obzira na ove oprečne nalaze, činjenica je da se trauma može preneti kroz potomstvo. Dokumentovani su nalazi istraživanja koja tvrde da se rizik od seksualnog zlostavljanja u detinjstvu prenosi čak kroz tri generacije (Leifer i sar., 2004; McCloskey, 2013). Žrtve seksualnog nasilja su često izložene disfunkcionalnim porodičnim odnosima koji imaju se reflektuju kasnije kroz njihovo roditeljstvo. Pod pritiskom traume, majke se mogu okrenuti nefunkcionalnim načinima prevladavanja koji uključuje upotrebu alkohola, droga, pasivnog ili agresivnog ponašanja, i slično. U kombinaciji istorije seksualnog zlostavljanja u detinjstvu i korišćenja droga od strane majki, rizik od seksualnog zlostavljanja ćerki postaje čak 23.7 puta veći (McCloskey i Bailey, 2000). Zuravin i saradnici su pronašli da majke sa istorijom silovanja u ranom detinjstvu imaju veće šanse da fizički, seksualno zlostavljaju i emocionalno zanemaruju svoju decu (Zuravin i sar., 1996). Zbog toga je važno razumeti obrasce ponašanja u okviru porodice ne bi li se pravovremeno zaustavio ovaj prenos traume i time sprečilo da se naredna generacija izloži kompleksnoj traumi.

Ovo je bio jedan od razloga zašto smo se opredelili da istražimo odnos traumatskog iskustva i roditeljskog ponašanja, kako bi bolje razumeli faktore koji posreduju u transmiji traume.

## **2.1. Teorijski razvoj kompleksne traume i posttraumatskog stresnog poremećaja**

Odnos između traume i mentalnih bolesti prvi je istražio neurolog Žan Martin Šarko, francuski lekar koji je radio sa traumatizovanim ženama. Tokom kasnog 19. veka, glavni fokus Šarkove studije bila je histerija, poremećaj koji se u to vreme obično dijagnostikovao kod žena. Histerični simptomi bili su okarakterisani iznenadnom paralizom, amnezijom, gubitkom senzacija i čestim konvulzijama. Žene su činile ogromnu većinu pacijenata sa histerijom, i u to doba se smatralo da su takvi simptomi rezultat poremećaja materice (Bogousslavsky, 2010). Do Šarkoa, lečenje histerije bilo je u histerektomiji. On je prvi uvideo da poreklo histeričnih simptoma nije fiziološke, već psihološke prirode i prvi je primetio da traumatski događaji mogu izazvati hipnotičko stanje kod pacijenata. On je objasnio da su histerični napadi "rezultat disocijacije usled postojanja nepodnošljivih iskustava" (van der Kolk i sar., 1996).

Pjer Žane, učenik Šarkoa, je nastavio da proučava disocijativne fenomene i traumatska sećanja i bio je prvi koji je istražio uticaj traume na razvoj i ponašanje ličnosti. On je prepoznao da pacijenti sa intenzivnim simptomima traume reaguju na percepcije o traumatskim događajima koji su im se desili i otkrio da se putem hipnoze i ponovnog izlaganja traumatskim sećanjima ovi simptomi pacijenata mogu značajno ublažiti (van der Kolk i sar., 1996b). Frojd je kasnije usvojio neke od ideja Šarkoa i Žanea. Frojd i njegov saradnik Brojer, su osamdesetih godina XIX veka, kao i Šarko, zaključili da je histerija uzrokovana psihološkim traumama. Složili su se da nepodnošljive reakcije na traumatska iskustva dovode do izmenjene svesnosti koju je Žane nazvao "disocijacijom". Po Šarkou, disocijacija je bila manifestovana u traumatskim simptomima (Herman, 1992b).

Intervencije za razrešavanje traumatskih događaja razvijale su se postepeno. Tokom prvog svetskog rata, psihijatri su primetili da su se vojnici sa ratišta vraćali sa sindromom "šoka od granate"<sup>1</sup>. Tako se prva pomoć za traumu razvila najpre kao podrška vojnicima iz prvog svetskog rata da prevaziđu simptome nekontrolisanih emocija, vrištanja, gubitka pamćenja i fizičke paralize

---

<sup>1</sup> Shell shock

(Herman, 1992b). Abram Kardiner je nakon prvog svetskog rata počeo da tretira traumatizovane američke ratne veterane. On je primetio da se vojnici ponašaju tako kao da se izvorna traumatska situacija još uvek dešava (Kardiner, 1945; takođe citiran u van der Kolku i sar., 1996, str. 58). Kardiner je bio prvi koji je naglasio važnost podrške pacijentima sa traumom i ukazao na neophodnost da se pacijent prvo emotivno stabilizuje, a tek kasnije omogući da isti procesira traumatski događaj (van der Kolk i sar., 1996b). Teoretičari pre Kardinera videli su simptome vojnika kao rezultat njihovog siromašnog moralnog karaktera. Tek je Kardiner ukazao da je svaki čovek mogao biti pogođen zločinima rata i da su traumatski simptomi normalni odgovor na ovu nepodnošljivu situaciju.

Tokom drugog svetskog rata, psihijatri su ponovo počeli da uvode hipnozu u tretman traume i tada se prvi put razvila ideja grupne terapije. Posle drugog svetskog rata, naučne studije bavile su se ispitivanjem uticaja dugotrajnog stresa i traume kod preživelih iz koncentracionih logora. Psihoanalitičar Henri Kristal je naglasio da ova populacija doživljava emocionalne reakcije u vidu somatskih stanja i da često pacijenti ne mogu tačno opisati šta osećaju (van der Kolk i sar., 1996b, str. 60). Kristal je elaborirao dijagnozu aleksitimije, kao tipičnog sindroma kod hronično traumatizovanih ljudi i detaljnije opisao uticaj traume na sposobnost identifikacije i verbalizacije osećanja.

Savremena teorija traume počela je da se razvija od 1942. godine kada je doktor Lindeman lečio preživele Velikog Bostonskog požara. On je primetio da sve žrtve prezentuju slične simptome, kao što je depresija, tugovanje, preokupacija vezana za gubitak najbližih, izražavanje krivice i agresivnosti, kao i somatske probleme (Lindemann, 1944). Dvadesetak godina kasnije, tokom Vijetnamskog rata, uočeno je da su se veterani vraćali iz rata sa simptomima koji su se često razvijali u hronične probleme koji su uticali na njihovu sposobnost da se suoče sa civilnim životom i da u njemu funkcionišu. Mnogi od veterana su počeli da zloupotrebljavaju narkotike i alkohol, ponašali se nasilno prema svojim partnerima ili su postali beskućnici i nezaposleni. Lifton i Šatan su tada organizovali grupnu terapiju za veterane, tokom koje su oni mogli da dele svoja iskustva sa ostalim članovima grupe od kojih su istovremeno dobijali podršku. Autori su tada otkrili karakteristične simptome "traumatske neuroze" (Lifton, 1973). Ovi simptomi su kasnije uključeni u dijagnostički i statistički priručnik za dijagnozu mentalnih poremećaja (treće izdanje DSM-III) pod dijagnozom posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) (American Psychiatric Association, 1980).

Tek se sedamdesetih godina prošlog veka, sa razvojem feminizma, počelo govoriti o traumi kao posledici nasilja i zlostavljanja (incesta i seksualnog zlostavljanja), najčešće nad ženama i decom u porodici. U to vreme razvio se konflikt između teoretičara koji su zastupali stanovište da su simptomi traume rezultat mentalnog poremećaja i poremećaja ličnosti, i grupe feminista koji su se suprotstavljali podvođenju traume pod kategoriju poremećaja ličnosti (mazohistički i histrionistički poremećaji ličnosti). Oni su smatrali da je takva dijagnoza, onako kako je inicijalno predloženo u trećem izdanju DSM-a, seksistička i kulturno pristrasna, (Brown, 2004; Courtois, 2004; Herman, 1992b).

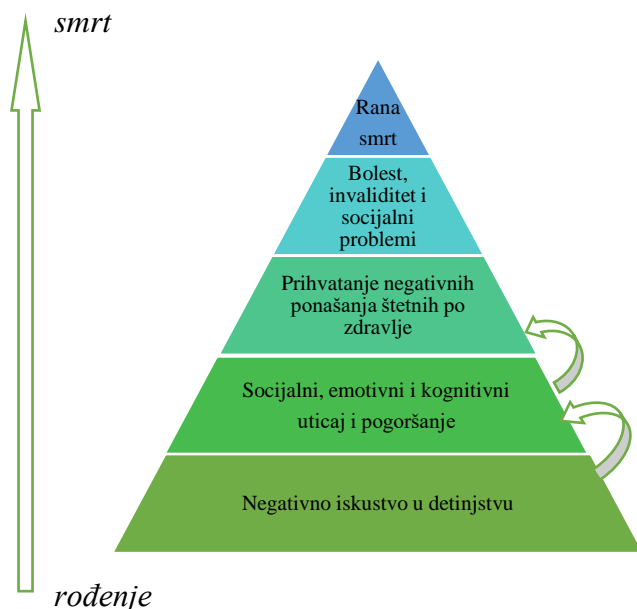
DSM dijagnoza PTSP-a upućuje na neposredne simptome koji nastaju nakon ratnih iskustva, silovanja, nasilja u porodici i zlostavljanja dece. Simptomi su bili kategorizirani u četiri grupe: 1) intruzivno ponovno doživljavanje traume, 2) izbegavanje, 3) emocionalno uzbuđenje i pojačana pažnja i 4) generalni simptomi anksioznosti (Courtois i Ford, 2009). Džudit Herman je prva predložila da se kompleksni PTSP uključi kao nova dijagnoza koja bi se bavila višestrukom traumom i njenim uticajem na sve aspekte života osobe. Ona je napomenula da su često žene sa dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti bile marginalizovane od strane specijalista za mentalno zdravlje koji nisu uspeali da razumeju vezu između ranog iskustva seksualnog zlostavljanja i strukture ličnosti pacijenta (Herman, 1992b). Godinama kasnije, Kurtois je razvila sveobuhvatnu dijagnozu kompleksne traume, koju definiše kao "*nemogućnost samoregulacije, samoorganizacije i značajan gubitak samopoštovanja*" (Courtois i Ford, 2009, str. 17). Savremena teorija traume danas prepoznaje pojam *kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja* koji nastaje kao rezultat adverzivnih iskustava. Neuropsihologija je takođe dala veliki doprinos dodatnom razumevanju simptoma i neurološkog efekta koji kompleksna trauma može imati na pojedinca, dok su istraživanja na polju traume dokazala etiologiju, socijalne i interpersonalne efekte (Carter i sar, 2001; Bronfenbrenner 1994; LeDoux, 1996; Perry, 2000; Stone i sar., 1993). Studije traume i kompleksnog PTSP-a su danas deo modernog doba razvoja nauke.

## 2.2. Negativna (averzivna) iskustva iz detinjstva (ACE)

Negativno iskustvo u detinjstvu (*ACE* — *Adverse Childhood Experience*) odnosi se na jedno ili više traumatskih iskustva koji su se desili pre 18. godine života, a koje osoba najčešće pamti kada odraste.

Primeri ACE-a su: fizičko, emocionalno i seksualno zlostavljanje, alkoholizam u porodici, zloupotreba droga u porodici, depresija ili bilo koje drugo mentalno oboljenje u porodici, samoubistvo u porodici, član porodice u zatvoru, zlostavljanje majke od strane njenog partnera, zlostavljanje oca od strane njegovog partnera, rastavljeni i razvedeni roditelji, psihološko i fizičko zanemarivanje, nasilničko ponašanje, nasilje u zajednici i kolektivno nasilje.

U ACE studiji koja je inicijalno sprovedena u Americi krajem devedesetih godina prošlog veka, preko 17 hiljada odraslih ispitivano je o tome da li su imali loša fizička ili emocionalna iskustva u detinjstvu (Feliti i sar. 1998). Rezultati su u to vreme bili svakako neočekivani, jer je dve trećine ispitanika prijavilo da su imali jednu ili više vrsta trauma iz detinjstva. Ova ACE studija je potom uporedila rezultate ACE-a u odnosu na to da li su ispitanici razvili ozbiljna bio-medicinska stanja kao odrasli. Rezultati su pokazali značajnu povezanost negativnih iskustava iz detinjstva i ozbiljnih psiholoških i fizičkih zdravstvenih problema. Zaključci iz ove studije prikazani su na slici 1.



**Slika 1:** Negativno iskustvo u detinjstvu (ACE piramida preuzeta sa CDC sajta, [www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html](http://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html))

Kao što je prikazano na ACE piramidi, nepovoljna iskustva iz detinjstva mogu dovesti do poremećaja mišljenja, nezdravog ponašanja, bolesti, invaliditeta i rane smrti. Izloženost negativnim iskustvima u detinjstvu pokazala je korelaciju sa bolestima u odraslom dobu, uključujući bolest srca, rak, hroničnu bolest pluća, frakturu skeleta i bolesti jetre, objavili su 1998. godine ACE saradnici studije Feliti i Anda (Feliti i sar. 1998). Istraživanje je takođe pokazalo proporcionalan odnos između averzivnih iskustva iz detinjstva (ACE) i verovatnoće da se razviju autoimune bolesti kasnije u životu. Studija je takođe otkrila da su depresija, suicidalnost, hronična anksioznost, amnezija i halucinacije bile direktno proporcionalne broju ACE trauma. Autori studije su zaključili da suprotno konvencionalnom verovanju vreme ne zaceljuje sve rane, jer kao rezultat ranijih trauma, ljudi mogu razviti organsku bolest kasnije u životu. Autori su takođe ukazali da pedeset procenata američke populacije poseduje neki vid poremećaja emocionalne vezanosti koji se javlja kao rezultat mnogih štetnih iskustava iz detinjstva (Feliti i sar. 1998).

Nakon Felitijeve studije razvila su se brojna istraživanja koja su detaljnije proučavala kako traume iz detinjstva utiču na detetovu budućnost i kako njena prevencija može uticati da se ona ne prenosi kroz više generacija (Anda i sar., 2002; Chapman i sar., 2004; Dube i sar., 2002, 2003; Gilbert i sar., 2015; Hillis i sar., 2001; Leeb i sar., 2011; Shonkoff i Garner, 2012). Averzivna iskustva ne biraju granice niti etničku pripadnost. Tako su rezultati UNICEF-ove studije o negativnim iskustvima u detinjstvu u Srbiji potvrdili da je na svakih 100 odraslih osoba u Srbiji, oko 70 osoba više puta iskusilo barem jedan od oblika ACE-a tokom detinjstva, a oko 20 osoba imalo iskustvo 4 ili više negativnih događaja (UNICEF Srbija, 2019). Deca koja imaju stresno detinjstvo imaju veću verovatnoću da usvoje ponašanja štetna po zdravlje tokom adolescencije, koja sama po sebi mogu da dovedu do mentalnih oboljenja ili fizičkih bolesti u odraslom dobu.

Svako može izračunati svoj ACE skor. Svaki pozitivan odgovor u odnosu na postavljena pitanja o traumatskim iskustvima iz detinjstva daje kao konačan rezultat - ACE skor. Studije su potvrdile da rezultat od četiri ili više boda ukazuje na prisustvo kompleksne traume (Felitti i Anda, 1998, Thompson i sar., 2015). Osoba koja je iskusila četiri ili više trauma verovatno će imati više problema u odraslom dobu u vidu poremećenih interpersonalnih odnosa, korišćenja alkohola i droga i imati posledice po mentalno i fizičko zdravlje, u poređenju sa onima koji su imali manje bodova na ACE listi (Anda i sar., 2002). U zaključku, što je više traumatskih iskustava bilo prisutno u detinjstvu neke osobe, to će se ona osećati više emocionalno izolovanom u odraslom dobu, ispoljiti visoku emocionalnu disregulaciju i imati veće šanse da razvije fizičku bolest (van der Kolk, 2014).

U kliničkoj praksi autora ACE iskustva su često prijavljivana od strane majki koje su preživele kompleksnu traumu. Iz ovog razloga, kao i zbog značaja koji ova negativna iskustva imaju za mentalno i fizičko zdravlje, odlučili smo da ACE skor uključimo u naše istraživanje.

### **2.3. Pol i kompleksna trauma**

Povezanost pola i traume je manje diskutovano u odnosu na ostale faktore rizika i prevencije. Ipak, u nekim od studija koje su se bavile ovim pitanjem, devojčice su prijavile veći broj negativnih iskustava u detinjstvu u poređenju sa dečacima (Chesney-Lind 1989; Simkins i Katz, 2002). Istraživanja dosledno ukazuju na snažnu vezu između psihološke traume i mnogih problema, naročito kod osoba ženskog pola. Postoje i važne polne razlike u odnosu na razumevanje rasprostranjenosti, simptoma traume i njenog tretmana (Beknap i Holsinger, 2006; Dembo i sar., 1992; McCabe i sar., 2002).

U odnosu na to koja specifična vrsta traume je više prisutna kod kog pola, istraživanja su ukazala da devojke i žene izveštavaju o iskustvu seksualnog zlostavljanja u značajno većem procentu i imaju veće šanse da dožive nasilje unutar intimnih odnosa (Putnam, 2003). Žene su takođe u većem riziku da razviju psihološke probleme kao rezultat ranih traumatskih iskustava (Ketring i Feinhauer, 1999). Rezultati istraživanja su ukazali da žene tokom svog života imaju veće šanse da dožive seksualni napad i seksualno ili emocionalno zlostavljanje, dok muškarci češće doživljavaju nesreće, fizičke napade ili su svedoci smrti i ozbiljne povrede (Kessler i sar. 1995; Wamser-Nanney i Cherry, 2018).

Breslau (2002) je pronašao da je rasprostranjenost traumatskih događaja bila nešto veća kod muškaraca nego kod žena. Ipak, rizik za razvoj PTSP nakon traumatskih iskustava, prema rezultatima u njegovom istraživanju, bio je dvostruko veći kod žena nego kod muškaraca. Ova razlika u polu objašnjena je time da žene imaju veći rizik da razviju PTSP nakon događaja koji su uključivali agresivni napad, upotrebu sile i nedostatak kontrole. Verovatnoća pojave PTSP-a bila je 36% kod žena, nasuprot 6% kod muškaraca, kada se radilo o istoj vrsti traume (Breslau, 2002). U meta-analitičkom istraživanju koje je uključilo više od pet hiljade ispitanika, dobijeno je da su žene imale dvostruko veću prevalenciju PTSP-a u odnosu na muškarce (Ditlevsen i Elklit, 2012). Istraživanje je pokazalo da su žene bile podložnije PTSP simptomima nakon katastrofa, zlostavljanja, nasilja, gubitka voljene osobe i bolesti.



Imajući u vidu navedene polne razlike, može se pretpostaviti de će majke koje su preživele kompleksnu traumu verovatno imati veće šanse da razviju simptome posttraumatskog stresnog poremećaja.

### **3. KOMPLEKSNI POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ**

Na osnovu prethodno pomenutih istraživanja može se zaključiti da su traumatska iskustva iz detinjstva izuzetno česta i da imaju veliki uticaj na različite oblasti funkcionisanja. Na primer, deca roditelja koji su alkoholičari, često su izložena nasilju u porodici i retko imaju bezbedno detinjstvo (van der Kolk, 2005). Njihova simptomatologija ima tendenciju da bude sveprisutna i višestruka, i verovatno će uključiti depresiju, razne fizičke bolesti, kao i razne impulsivne i samodestruktivne oblike ponašanja (Bowers i Yehuda, 2016; Dekel i Goldblatt, 2008; Yehuda i Bierer, 2009). Takođe, zatočeništvo bilo koje vrste, koje žrtvu dovodi u produženi kontakt sa nasilnikom, stvara posebnu vrstu odnosa, zasnovanom na prisilnoj vrsti kontrole (Herman, 1992b). Ovo je podjednako tačno kada se žrtvi preti fizičkom snagom (kao u slučaju zatvorenika, taoca, incesta i nasilja u porodici) ili kombinacijom fizičkih, ekonomskih, socijalnih i psiholoških sredstava (kao što je slučaj kod članova sekti, žena, žrtava nasilja i zlostavljane dece). Psihološki uticaj subordinacije prinudne kontrole može imati mnogo zajedničkih osobina, bez obzira da li se odvija u javnoj sferi politike (rat, genocid, izbeglištvo) ili unutar navodno privatne (ali podjednako političke) sfere seksualnih odnosa i nasilja u porodici (van der Kolk, 2014). Brojne studije ukazuju da izloženost ovim hroničnim traumama, kao i negativnim iskustvima iz detinjstva, gde je prisustvo kontrole i moći drastično izraženo prilikom zlostavljanja i zanemarivanja, značajno utiče na razvoj kompleksnih psiholoških simptoma (Herman, 1992b; Cloitre i sar., 2008).

Iako se posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) uglavnom smatra pouzdanom, validnom i klinički korisnom dijagnostičkom kategorijom (Nemeroff i sar., 2006), neki aspekti dijagnoze ipak ostaju kontroverzni (McHugh i Treisman, 2007, McNally, 2004). Najkontroverzniji aspekt dijagnoze odnosi se na to da je previše fokusiran na posledice jedne traume, a da ne obuhvata adekvatno složenije probleme sa kojima se susreću odrasli koji su preživeli interpersonalne traume iz detinj-

stva, naročito ukoliko su se traumatski događaji ponavljali ili bili hronično prisutni u životu pojedinca (Briere i Spinazzola, 2005, Cloitre i sar., 2005, Herman, 1992a, Herman, 1992b, van der Kolk, 2005, van der Kolk i sar., 2005).

Dijagnoza posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) ne obuhvata razvojne efekte složene izloženosti traumama. Ljudi koji su bili izloženi kompleksnoj traumi često ispunjavaju dijagnostičke kriterijume depresije, nedostatka pažnje i hiperaktivnosti (ADHD), opozicionog poremećaja ponašanja (ODD), anksioznog poremećaja, poremećaja ishrane, poremećaja spavanja, poremećaja komunikacije, poremećaja u emocionalnoj vezanosti. Svaka od ovih dijagnoza pokriva ograničen aspekt kompleksnih samo-regulatornih i relacionih problema kod osoba sa kompleksnom traumom.

PTSP predstavlja složeno psiho-biološko stanje do kojeg dolazi kada je pojedinac traumatizovan. Simptomi se obično pojave u prva tri meseca nakon traumatičnog događaja. Neki simptomi PTSP se čak mogu razviti mesecima ili godinama kasnije (American Psychiatric Association, 2013). Postoji pretpostavka da će svako ko je bio izložen traumi razviti PTSP. Ipak, rezultati studija su različiti, ali generalno potvrđuju da će se posttraumatski stresni poremećaj razviti kod oko 20% osoba koje su preživele traumu (Kulka i dr., 1990; Breslau i sar., 1991; Elliott, 1997). Šta još utiče na to ko će razviti PTSP još uvek nije jasno. Neka istraživanja su ukazala na nekliničke faktore koji mogu doprineti razvoju PTSP-a, i koji uključuju nepripremljenost za izlaganje stresu, neuspešan odgovor na traumatičnu situaciju, prethodno iskustvo traume i nedostatak emocionalne regulacije i socijalne podrške (Felitti i sar., 1998; van der Kolk i sar., 1996a). U svom pionirskom radu na PTSP-u kod dece, Lenora Ter je razlikovala trauma tip I, koji je rezultat jednog specifičnog traumatskog događaja, i trauma tip II, koji se obično javlja nakon ponovljenih trauma (Terr, 1990, 1994). Iako su istraživanja kasnije prihvatila ove koncepte, danas se češće koriste pojmovi – PTSP i kompleksni PTSP.

Kompleksni posttraumatski stresni poremećaj odnosi se na vrstu stresnog događaja koji se dešava više puta i kumulativno, obično tokom određenog vremena, i unutar određenih odnosa i konteksta (Courtois, 2004). Zlostavljanje dece (seksualno, emocionalno i fizičko) i zanemarivanje (fizičko i emocionalno) predstavljaju tipične oblike ove hronične traumatizacije. Porodice sa poremećenim odnosima takođe mogu biti traumatizirajuće za potomstvo (Ozturk i sar, 2005). Ljudi koji pate od složenog PTSP-a na svet reaguju na specifičan način i ponašaju se kao da se sve njihove nevolje događaju u istom trenutku: uplašeni su, uznemireni, ljuti, povučeni i umorni i obično ne znaju šta je tome razlog (Courtois i Ford, 2009).

Kao što je objašnjeno u delu o neprijatnim iskustvima iz detinjstva (ACE), ljudi sa istorijom traume iz ovog perioda imaju veoma različitu konstelaciju problema, u odnosu na ljude koji su traumu prvi put doživeli kao odrasli (Feliti i sar., 1998). Generalno, kompleksni posttraumatski stresni poremećaj obuhvata sve dijagnostičke simptome PTSP-a. Pored osnovnih PTSP simptoma (izbegavanja, reaktivnosti i retraumatizacije), kompleksni PTSP dodatno karakteriše sledećih sedam simptoma: 1) problemi u regulisanju emocija, 2) izmena u svesti i pamćenju, 3) problem self-koncepta i identiteta, 4) poremećaj u kognitivnim sposobnostima, 5) hiperaktivnost i problemi sa pažnjom, 6) problemi u odnosima i 7) problemi u nalaženju smisla (Stien i Kendall, 2014; Terr, 1994; van der Kolk, 1996). Međutim, uprkos svim ovim simptomima, ljudi sa kompleksnim PTSP-om i dalje održavaju neke osnovne nivoe funkcionisanja. Istraživanja su potvrdila da bi neki zaštitni faktori mogli igrati ključnu ulogu u održavanju ovih funkcionalnih nivoa, kao što su rezilijentnost, socijalna podrška, socijalno-ekonomski status i slično (Brown i sar., 2018; Menting i sar., 2013; Milligan i Stabile, 2011; Pietrzak i Southwick, 2011).

Kompleksni PTSP je kao nova dijagnostička kategorija formalno uveden u Međunarodnu klasifikaciju bolesti, 11. izdanje (ICD-11; Svetska Zdravstvena Organizacija (WHO), 2018), dok još uvek nije zvanično uveden u dijagnostičku kategoriju DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). Ipak, danas je ovaj sindrom široko prohvaćen i korišćen od strane kliničara širom sveta. Kompleksni PTSP jasno predstavlja grupu simptoma i jedan je od manje stigmatizirajućih načina da se razumeju i dijagnosticiraju problemi klijenta sa kompleksnom traumom. Terapeuti koji rade sa klijentima koji su iskusili kompleksnu psihološku traumu, naročito onima koji su imali razvojna, averzivna traumatska iskustva, treba da razumeju da konstelacija simptoma kompleksnog PTSP-a prevazilazi ograničenu dijagnozu osnovnog PTSP-a (Pelcovitz i sar., 1997). U slučaju kompleksne traume, ova integrativna i jasna formulacija kompleksnog PTSP-a nam pomaže da razumemo često konfuzne simptome koji su prepoznatljivi i u drugim dijagnostičkim kategorijama ukoliko se posmatraju individualno. Zato integrativni pristup u razumevanju simptoma kompleksnog PTSP-a nudi bolju direkciju prilikom pravovremene terapijske intervencije koja pomaže klijentima ne samo da nauče da prevladavaju simptome traume, nego da se od iste i oporave.

Način kako se osobe sa dijagnozom kompleksnog PTSP-a mogu brže oporaviti od ovih simptoma odnosi se na sposobnost pojedinca da razvije specijalne mehanizme prevladavanja traume, kao što je sposobnost diferencijacije selfa ili razvoj drugih protektivnih karakteristika koje mogu pomoći u regulaciji kompleksnog PTSP-ja.

## 4. DIFERENCIJACIJA SELFA

---

Ljudi poseduju *Self* od rođenja. U psihologiji se pojam selfa odnosi na iskustvo osobe kao jedinstvenog i autonomnog bića koje je odvojeno od drugih, koje ima svest o svom fizičkom izgledu, unutrašnjem karakteru i emocionalnom iskustvu (Scwhartz i Sweezy, 2020). Self u svojoj osnovi ima prirodnu sposobnost diferencijacije, emotivne regulacije, uspostavljanja granica, izražene Japozicije i fleksibilnih interpersonalnih odnosa (Kerr i Bowen, 1988; Lampis i sar., 2018; Skowron i sar. 2009).

Teorija o diferencijaciji selfa zasnovana je na zapažanjima o tome kako porodica reaguje na pojedinca, kao i na ceo porodični sistem tokom mnogih generacija (Bowen, 1978). Dve najsnažnije potrebe sa kojima svaka osoba mora da se suoči u porodici su potreba za individualnošću, kao i potreba da pripada grupi (Bowen, 1978). Balans između ove dve sile može se identifikovati u svakom pojedincu tokom života.

Još davnih sedamdesetih godina prošlog veka Murej Boven je smatrao da emocionalno zdravlje zavisi od visokog nivoa diferencijacije selfa. Ova vrsta diferencijacije utiče i na način kako pojedinci razvijaju određeni stepen autonomije koji odgovara uzrastu, kako preuzimaju ličnu odgovornost za zadatke koji odgovaraju razvojnom stadijumu i kako se emocionalno vezuju sa drugima (Bowen, 1978; Choi i Murdock, 2017; Krycak i sar., 2012; Lampis i sar., 2018; Rodríguez-González i sar., 2019, Skowron i sar. 2009). I druge teorije su predstavile diferencijaciju kao jedan od neophodnih uslova za zdrav razvoj i funkcionisanje ličnosti. Tako na primer, kod Geštalt terapije, koncept zdrave ličnosti podrazumeva osobu koja može razlikovati sebe od drugih (Corey, 2005; Selingman, 2006). Kontakt između sebe i drugih odnosi se na mogućnost pojedinca da bude u potpunosti prisutan i dostupan drugima (Lobb i Lichtenberg, 2005). Po ovim autorima, život se opisuje kao konstantan proces kontakta i razdvajanja između osobe i onih sa kojima je osoba u vezi, kao što su članovi porodice i druge značajne osobe, kolege i poslodavci. Kada se ljudi ne mogu emocionalno odvojiti od drugih to može stvoriti duboke interpersonalne konflikte (Gaffney, 2009). Isto tako, tokom emocionalne zapletenosti osoba gubi sebe, tako što se previše uključuje u svoje okruženje ili dozvoljava emotivan uticaj drugih (Pack, 2009).

Diferencijacija selfa je usko povezana sa rezilijentnošću, ili u slučaju psihološke traume, “otpornošću” na njen uticaj, jer ljudi sa višim nivoom samo-diferencijacije reaguju prilagodljivo

na stresore i brže se oporavljaju od simptoma (Kerr i Bowen, 1988). Opsežna istraživanja u pozitivnoj psihologiji tvrde da su mnogi ljudi sposobni da razviju rezilijentnost na traumu i time razviju prevenciju pojave psiholoških simptoma (npr., Luthar i sar., 2014; Ungar, 2013). Upravo iz ovog razloga će u našoj studiji diferencijacija selfa biti predstavljena kao jedan od preventivnih faktora traume (onako kako je to inicijalno opisao Boven).

#### **4.1. Teorijsko određenje pojma selfa**

Kao što je prethodno rečeno, diferencijacija selfa predstavlja proces ličnog oslobađanja od uticaja porodice i emocionalnog haosa (Bowen, 1978). Pojedinci mogu imati različita mišljenja i vrednosti u odnosu na ostale članove porodice, dok istovremeno mogu biti emocionalno povezani sa njima. Na unutrašnjem, individualnom nivou, diferencijacija selfa predstavlja sposobnost pojedinca da reguliše sopstvene emocije i postavi zdrave granice sa svojim okruženjem. Boven je diferencijaciju definisao kroz četiri dimenzije: 1) Ja poziciju, 2) emocionalnu reaktivnost, 3) emocionalno odvajanje i 4) fuziju (Bowen, 1978).

*Ja-pozicija* predstavlja dimenziju diferencijacije selfa koja se odnosi na kapacitet pojedinca da uspostavi zdrave fizičke i emocionalne granice u odnosu na druge (Bowen, 1978). Orijentacija u odnosu na to gde se “Ja” završava i “ostali” počinju, naophodna je kako bi se napravila razlika između sebe i drugih. Istovremeno je potrebno razviti svesnost gde se self nalazi u intimnim ili familijarnim odnosima. Svaki pojedinac poseduje određena verovanja, ciljeve i vrednosti koji se često mogu razlikovati kako od članova svoje porodice, tako i u odnosu na spoljašnje okruženje i druge društvene grupe (Skowron, 2004). Ja-pozicija omogućava posedovanje emocionalne tolerancije uprkos različitim pritiscima i izazovima iz okoline (Kerr i Bowen, 1988). Pojedinac sa izraženom Ja-pozicijom je svestan svojih emotivnih procesa, fokusiran na svoje vlastito funkcionisanje, a ne funkcionisanje drugih, ima veoma malo krivice ili potrebe da se brani. Boven je Ja-poziciju video kao rezilijentnost i odvojen identitet osobe uprkos stresu i uticaju značajnih osoba (Bowen, 1978).

Ja-pozicija predstavlja način kako pojedinac uspostavlja zdrave granice u odnosu na svoje okruženje (Kerr i Bowen, 1988). Psihološke granice predstavljaju ideje, percepcije, verovanja i shvatanja koja omogućavaju pojedincu da definiše ne samo pripadnost određenim društvenim grupama, već i da izgradi koncept o samome sebi i sopstveni identitet (Stiles i sar., 2009). Ovakve

granice predstavljaju osnovu kojom ljudi razlikuju sebe u odnosu na druge. Za svaku osobu se može reći da ima granicu psihološkog identiteta kojom se razlikuje od drugih ljudi. Sam čin postavljanja zdravih granica daje osnovu pojedincu da poseduje fizičku, emocionalnu i psihološku distancu (Pilarska, 2017). Granice istovremeno doprinose razumevanju kako želimo da budemo tretirani od strane drugih. Kako su upravo granice one koje pomažu u definisanju sebe, one istovremeno trebaju biti prilagođene da odgovaraju okruženju pojedinca (Skowron i Dendy, 2004; Stern, 1995). Na primer, kada se osoba oseća sigurno, njene granice mogu biti fleksibilnije što omogućava veću emocionalnu ili fizičku bliskost sa drugom osobom. Međutim, kada se ista oseća ugroženo, tada granice postaju rigidnije, jer tako mogu pomoći osobi da se zaštiti. Ova fluidnost u granicama je još jedna od karakteristika zdrave diferencijacije (Stern, 1995; White i Center, 2002).

Granice i izgrađena Ja-pozicija igraju važnu ulogu u lečenju traume, naročito traume iz detinjstva (Kia-Keating i sar., 2010; Saunders i Edelson, 1999). Nepoštovanje i povreda ličnih emocionalnih i fizičkih granica usko su povezani sa preživljenom traumom (Davis i Petretic-Jackson, 2000). Ja-pozicija pod traumom postaje direktno izložena povredi emocionalnih, fizičkih, duhovnih, seksualnih i ostalih granica od strane izvršilaca nasilja (Davis i Petretic-Jackson, 2000). Ova povreda može biti promišljena ili slučajna, i u oba slučaja počinjena zlonamerno, nepromišljeno i u odsustvu simpatije i saosećanja (Alpert i Steinberg, 2017). Ipak, bez obzira da li je povreda granica izvršena namerno ili slučajno, ista ima značajnog efekta na mentalno zdravlje žrtve traume (Whitfield, 2010). Žrtve mogu pravdavati njihove zlostavljače, roditelje ili partnere, i mogu pokušati da opravdaju zlostavljanje iz različitih razloga, i te reakcije mogu biti dodatno analizirane tokom terapije. Ipak, kako bi se Ja-pozicija pojačala, ove povrede granica i njihovi počinioci moraju biti identifikovani, i pojedinac treba biti ohrabren da preuzme ulogu sopstvenog zaštitnika i da istovremeno poseduje saosećajnost i transparentnost koja će mu omogućiti da preuzme asertivnu poziciju u odnosu na ostale članove porodice ili pojedince iz šireg društvenog sistema (Freeman, 2015; Gómez i sar., 2016; Siegel i Solomon, 2003).

**Emocionalna reaktivnost** se odnosi na nemogućnost pojedinca da reguliše svoje emocije (Bowen, 1978). Početak u regulaciji emocija dešava se tokom prve dve godine detetovog života i ima značajan doprinos fazi autonomije i savladavanja kognitivnih i socijalnih veština (Crockenberg i Leerkes, 2000). Pretpostavlja se da osobe sa izrazito diferenciranim emocionalnim iskustvom bolje regulišu emocije (Kerr i Bowen, 1988). Rezultati mnogih istraživanja su potvrdili da adaptivna emocionalna regulacija promovise pravilan psihološki razvoj deteta, dok su problemi sa regulacijom emocija povezani sa poremećajima raspoloženja i problemima u ponašanju (Annesi i

sar., 2016; Cole i sar., 2004; Navas i sar., 2017; Romero-Martínez i sar., 2019). Regulacija emocija je važna za mentalno zdravlje. Zapravo, više od 50% dijagnostifikovanih psihijatrijskih poremećaja i poremećaja ličnosti se karakteriše upravo emotivnom disregulacijom (Khantzian, 2013). Stoga je razumevanje regulacije emocija od velikog značaja za karakterizaciju i lečenje psihopatoloških stanja (Khantzian, 2013; Wypych i Potenza, 2020).

Emocije i njihova regulacija imaju direktan uticaj na svakodnevne socijalne odnose (Anderson i sar., 2001). Interesantno je da žene, u poređenju sa muškarcima, karakteriše izraženija ruminacija i kognitivna distorzija, koja doprinosi depresiji i anksioznosti, dok kod muškaraca postoji veća tendencija upotrebe alkohola radi lakšeg emocionalnog regulisanja (Nolen-Hoeksema, 2012).

Pretpostavka da bi izlaganje hroničnim interpersonalnim traumama rano u životu trebalo da dovede do poteškoća u regulisanju emocija zasniva se na nalazima iz razvojne psihologije. Istraživanja su pokazala da se adaptivna regulacija emocija uči u interakciji sa primarnim negovateljima (Calkins i Hill, 2007, Cole i sar., 1992). Sopstvena emocionalna regulacija negovatelja služi kao model detetu kako da razreši svoja emocionalna stanja (Cole i sar., 1992). Pored toga, negovatelji usmeravaju dete ka razumevanju i obeležavanju sopstvenih osećanja, i na kraju, njihovoj regulaciji. Rezultati istraživanja su ukazali na to da je ugrožena emocionalna vezanost povezana sa deficitima regulacije emocija (Cloitre i sar., 2008). Isti autori podržavaju ideju da je međuljudski kontekst važan za razvoj regulacije emocija. Iz tog razloga, iskustvo hronične interpersonalne traume u ranim razvojnim fazama može poremetiti razvoj adaptivne regulacije emocija, posebno kada je počinitelj jedan od ključnih negovatelja (Cloitre i sar., 2005, Cloitre i sar., 2008, Ford, 2005, van der Kolk i sar., 1996b). Na osnovu teorijskih pretpostavki u vezi sa efektima traume na razvoj regulacije emocija, jedan broj autora sugerise da su poteškoće u regulaciji emocija jedan od složenih simptoma koji se posebno razvijaju nakon ranih hroničnih interpersonalnih trauma (Cloitre i sar., 2005, van der Kolk i sar., 2005). Sugestija da žrtve razvojne traume obično pokazuju izražene poteškoće u regulisanju emocija ukazuje na potrebu za pristup lečenja koje uključuje strategije za izgradnju ovih regulatornih veština (Cloitre i sar., 2002, Wolfsdorf i Zlotnick, 2001).

Dokazi za teoriju da žrtve rane interpersonalne traume pate od promena u regulaciji osećanja potiču iz tri grupe studija. Prvo, utvrđeno je da su ove žrtve prijavile viši nivo aleksitimije od ne-traumatizovane kontrolne grupe (Cloitre i sar., 2005; Frewen i sar., 2008; McLean i sar., 2006; Zlotnick i sar., 1996). Aleksitimija se definiše kao poteškoća u identifikovanju i obeležavanju sopstvenog emocionalnog stanja (Sifneos, 1973; Bagby, 1994; Preece, 2017) . Drugo, veliki

broj studija istraživao je toleranciju pojedinaca na negativne emocije. U poređenju sa ne-traumatizovanom kontrolnom grupom, pronađeno je da su osobe koje su preživele više trauma u razvoju prijavile više poteškoća u tolerisanju i regulisanju negativnih emocija (Briere i Rickards, 2007), veći nivo straha od emocija (Tull i sar., 2007), veće iskustvo izbegavanja i pružanje napora da se ovi simptomi izbegnu (Batten i sar., 2001, Marx i Sloan, 2002). Treće, studije sprovedene u okviru terenskog ispitivanja DSM-IV pokazale su da je većina osoba sa istorijom razvojne traume ispoljila poteškoće regulisanja svojih emocija (npr. strah, bes) i veći stepen impulsivnosti (Pelcovitz i sar., 1997, van der Kolk i sar., 1996b, van der Kolk i sar., 2005).

*Emocionalno odvajanje i fuzija sa drugima* igraju važnu ulogu u ravnoteži između individualnosti i zajedništva u individualnom i sistemskom razvoju, a koji su motivisani potrebom pojedinca za odobravanjem, prihvatanjem i bliskošću sa jedne strane, i težnjom da budu autonomni s' druge strane (Bowen, 1978; Kerr i Bowen, 1988). Ove kontrastne snage zajedništva i odvojenosti deluju između ljudi u njihovim transakcijama i uključene su i u nuklearni porodični emocionalni sistem.

Boven je pretpostavio da u vreme krize sila zajedništva stvara vidljivu fuziju u kojoj ljudi zaboravljaju svoje individualne razlike (Bowen, 1978). Potrebe za individualnošću osobe mogu biti na odgovarajući način žrtvovane i zamenjene spajanjem sa potrebama grupe ili zajednice. Ovaj vid povezanosti sa drugim članovima porodice u vreme krize doprinosi njenom razrešavanju i predstavlja funkcionalni sistem prevladavanja u datim okolnostima (Price, 2007). Ipak dugoročno, emocionalna zapletenost ili fuzija predstavlja vid emocionalnog povezivanja kod ljudi koji nemaju snažnu prezentaciju selfa (Skowron i Schmitt, 2003). Uglavnom nesvesno, fuzijom se izbegava osećaj anksioznosti prilikom odvojenosti od drugih (Price, 2007). Fuzija ne postoji samo u porodica, već se javlja i u različitim grupama i bliskim vezama. Boven je verovao da fuzija predstavlja ličnu tendenciju pojedinca da se identifikuje sa sebi važnim ljudima kako bi on mogao podržati sopstveni identitet (Bowen, 1978). Fuzija je konstituisana tako da odražava tendenciju zapletenosti sa drugima. Iz tog razloga, osoba sa višom fuzijom nema mogućnosti da se izdvoji iz bolnih ili nasilnih odnosa.

Koncept emocionalnog odvajanja se, sa druge strane, odnosi na pojedince koji svoje nerazrešene emocionalne probleme sa roditeljima, braćom i sestrama i drugim članovima porodice, rešavaju tako što smanjuju ili potpuno prekidaju emocionalni kontakt sa njima (Wei i sar., 2005). Emocionalno odvajanje se može reflektovati kod ljudi koji retko imaju kontakt sa svojom primar-



nom porodicom ili, u blažem slučaju, mogu i nadalje biti u fizičkom kontaktu sa članovima porodice, ali često izbegavaju osetljiva pitanja lične prirode. U odnosu na interni emocionalni prekid, ovaj proces se odnosi na potrebu pojedinca za emotivnom izolacijom tokom stresne situacije (Peleg i Messerschmidt-Grandi, 2019). Nakon stresnog događaja, kada napetost počne da se povećava, ljudi mogu osećati potrebu da pobegnu, napadnu ili ignorišu situaciju (Bowen, 1978; Lampis, 2016). U odnosu na traumu, ovaj proces se odnosi na vid izbegavanja svojih emocija. Kada se povećava diferencijacija selfa, ljudi su više sposobni da prihvate jake emocije i tolerišu više stresa, a istovremeno imaju manje potrebe da se emotivno povuku (Skowron i Schmitt, 2003).

Mnoga istraživanja su potvrdila da su pojedinci na adekvatan način zadovoljniji njihovim vezama ukoliko imaju izraženu Ja-poziciju i imaju tendenciju da doživljavaju manji sukob u odnosima, za razliku od pojedinaca koje karakteriše fuzija sa drugima, emocionalna reaktivnost ili emocionalno odvajanje (Aryamanesh i sar. 2012; Knauth i Skowron 2004; Mohsenian i sar. 2008; Sabatelli i Bartle-Haring 2003; Skowron 2004; Skowron i Dendi 2004). Ove studije su otkrile da fuzija sa drugima dovodi do toga da pojedinci imaju nejasne granice između „ja“ i „mi“ u kontekstu socijalnog odnosa. Emocionalno odvajanje i fuzija mogu imati svrhu prilagodljavanja u kratkoročnom periodu, jer smanjuju neprijatna osećanja prema drugima (Wang i sar., 2016). Ipak, oslanjanje na ove mehanizme može doprineti negativnom raspoloženju, neprilagođenom ponašanju i interpersonalnim problemima, kao što je zavisnost od drugih, ili suprotno, trajni prekid odnosa.

Prajs u svom istraživanju o uticaju kognitivnih šema i odbrambenih mehanizama tvrdi da je fuzija jedan od prediktora PTSP simptomatologije (Price, 2007). Slični rezultati dobijeni su i u drugim istraživanjima (Ahmadian i sar., 2015; Lahav i sar., 2019; Rizkalla i Segal, 2019). Takođe je potvrđeno da emocionalan prekid može biti prediktor intenzivnih simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja (Bannister i sar., 2018; Handelzalts i sar., 2021; Huang i sar., 2017). Ovaj vid emocionalnog izbegavanja može dovesti do konflikta sa značajnim osobama u životu pojedinca (npr., Domingue i Mollen, 2009), što može uticati na pojačanje simptoma PTSP-a, čak i u uslovima kada trauma nije nastala u porodici (Creech i Gabriela, 2017).

Dakle, emocionalna fuzija i prekid su opisani u odnosu na ponašanja koja su nastala kao rezultat konflikta u interpersonalnim odnosima. Obe strategije su vrste prevladavanja konflikta i kao takve pomažu pojedincu da internalizuje i procesira iskustvo i pronade bolje načine komunikacije i asertivnog iskazivanja u datim odnosima. Ipak, dugoročno, ove vrste prevladavanja mogu kreirati posledice ozbiljne emotivne disregulacije i, na internom nivou, uticati na nefunkcionalno procesiranje emocija.

## 4.2. Diferencijacija selfa i trauma

Empirijski nalazi potvrđuju sposobnost uspešno diferenciranih pojedinaca da upravljaju psihološkim stresom. Utvrđeno je da osobe sa diferencijacijom selfa pate od nižeg nivoa nametljivih misli izbegavanja (Bartle-Haring i Gregori, 2003; Skowron i sar., 2009) i psihijatrijskih simptoma (Elieson i Rubin, 2001; Solomon i sar., 2009) kao rezultat PTSP-a.

Istraživanja su pokazala da osobe sa niskom diferencijacijom selfa mogu aktivirati simptome fuzije ili emocionalnog prekida u odgovoru na stres i mogu pokazati anksioznost (Nichols i Schwartz, 2000). Istovremeno, ljudi sa većom diferencijacijom selfa reaguju sa manje stresa u odnosu na psihološku traumu. Oni postižu veće osećanje mira i stabilnosti nakon traume, u poređenju sa onima koji su bili emocionalno reaktivni (Zerach, 2014). Kao što je ranije pomenuto, diferencijacija selfa se često povezuje sa regulacijom emocija. Tako su Skowron i Dendi ukazali da diferencijacija selfa može predvideti veću samokontrolu (Skowron i Dendy, 2004). Prema ovim autorima, veća sposobnost zauzimanja Ja-pozicije u odnosima, uz smanjenu emocionalnu reaktivnost i smanjenu anksioznost u emocionalnom vezivanju su mogli da predvide uspešnu samoregulaciju. Osobe koje poseduju emocionalnu samoregulaciju mogu svesno aktivirati samokontrolu u odnosu na pažnju, osećanja i emocije (mogu smanjiti negativne emocije kao što su strah i ljutnja i optimizovati pozitivne emocije, kao što su zainteresovanost i sreća) (Derryberry i Rothbart, 1988; Rothbart i sar., 2000). Samodiferencijacija utiče i na ponašanja kojima se inhibiraju negativna i uključuju adaptivna rešavanja problema (Rothbart i sar., 2000).

Nalazi u literaturi dokumentuju da osobe koje su bila izložene traumi u razvojnom dobu koriste strategije emocionalne neregulisanosti, kao što je anksioznost, depresija, bes, disocijacija i izbegavanje emocija, i imaju poremećene interpersonalne odnose i probleme sa mentalnim zdravljem (Braet i sar., 2014; Carthy i sar. 2010; Kim i Cicchetti, 2010; Van Beveren i sar., 2016). Kao rezultat ovih emocionalnih reakcija, oni će manifestovati emocije ili kroz ekstremnu reaktivnost ili emotivnu negaciju (Cloitre i sar., 2005). Emotivno stanje između emocionalnog ekstrema reaktivnosti i negacije naziva se „prozorom tolerancije“ (engl., *Window of Tolerance*), čime se ukazuje na kapacitet pojedinca da toleriše i procesira svoje emocije (Fisher i Odgen, 2009, 2013). U odsustvu ovog kapaciteta regulacije pojedinci reaguju intenzivnim emocionalnim odgovorom. Osobe koje su preživele traumu će verovatno imati mali „prozor tolerancije“, tako da će vrlo malo percipiranog stresa kod njih prouzrokovati intenzivnu reakciju (Lampis, 2016). Sa ovakvim emocionalnim deficitom, oni koji su preživeli traumu imaju limitirani potencijal fizičkih i emocionalnih granica

(Frewen i Lanius, 2006). Kao rezultat toga, oni često funkcionišu tako što ne poseduju adekvatne granice sa drugim ljudima (zapletenost sa drugima) ili, suprotno tome, imaju veoma rigidne granice tako što se emocionalno udaljavaju (Fisher, 2017). U oba slučaja, diferencijacija selfa ovih osoba se nalazi na veoma niskom nivou.

Sa druge strane, istraživanja su takođe pokazala da se nivo diferencijacije pokazao značajnim u medijaciji između traume i njenih simptoma. Tako je, na primer, emocionalna regulacija posredovala u odnosu između kumulativne traume iz detinjstva i kasnijih problema u mentalnom zdravlju kod dece (Haselgruber i sar., 2020). Adaptivna emocionalna regulacija, kao vid diferencijacije, pokazala se kao zaštitni faktor protiv psihopatologije i stresa (Aldao i sar., 2010; Silk i sar., 2006). U istraživanju Nikolaja i kolega rezultati su pokazali da je visoka samodiferencijacija posredovala u odnosu između očeva koji su patili od simptoma PTSP-a i razvoja PTSP simptoma kod njihove dece (Nicolai i sar., 2017).

Mnoga istraživanja su se bavila konceptom diferencijacije selfa i njegove povezanosti sa rezilijentnošću, kvalitetnim odnosima i prevencijom mentalnih poremećaja (Bartle-Haring i Gregori, 2003; Skowron i sar., 2009). Sam termin opisuje se i kao način ka postizanju rezilijentnosti (Kerr i Bowen, 1988). U odnosu na traumu, ovaj pojam ukazuje da ljudi sa većom diferencijacijom selfa imaju veću mogućnost prevladavanja traume i manju verovatnoću razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja. Osobe sa višim nivoom diferencijacije selfa reaguju bolje na stresore i brže se oporavljaju od simptoma koje imaju (Bowen, 1978; Kerr i Bowen, 1988; Skowron i Dendy, 2004). Utvrđeno je da će ljudi koji vide poboljšanje u makar jednom domenu selfa pokazati rezilijentnost tokom životnih tranzicija (Showers i Ryff, 1996). Ipak, nedovoljno istraživanja se bavilo direktno problemom odnosa kompleksnog PTSP-a i diferencijacije selfa, kao i uloge koju diferencijacija selfa može imati u prevenciji razvoja psihopatološkog odgovora nakon traume.

### 4.3. Diferencijacija selfa i roditeljstvo

Mnogi istraživači se slažu da se koncept o sebi razvija kroz različita iskustva i socijalne interakcije (Colwell i Lindsey, 2003; Crocker i sar., 2004; Kwak, 2014; Verschueren i sar., 2012). Studije naročito ističu značaj porodičnog okruženja kao osnovnog faktora koji je povezan sa detetovim samopoimanjem (Chung i Won, 2001; Sweeney i Bracken, 2001). Među njima, majka kao primarni negovatelj, predstavlja prvu značajnu osobu sa kojim dete stupa u interakciju.

Osobine ličnosti majke mogu uticati na rast i razvoj deteta. Veliki broj studija potvrdio je da, na primer, depresija majke (Elgar i sar., 2004), osobine ličnosti majke (Choi i Marks, 2008), perfekcionizam (Lee i sar., 2009) i sposobnost emocionalne regulacije (Park i Thayer, 2014) mogu direktno uticati na dečji razvoj. Ovi simptomi i osobine ličnosti majke mogu imati zajednički imenitelj u diferencijaciji selfa majke.

Visok nivo samodiferencijacije može imati dugoročni efekat na bračnu i porodičnu stabilnost, reprodukciju, zdravlje, obrazovna dostignuća i lične uspehe (Skowron i Dendy, 2004). Diferencijacija selfa igra značajnu ulogu i u životima članova višegeneracijske porodice. Visoko self diferencirani ljudi uglavnom imaju stabilne nuklearne porodice, dok manje self diferencirani ljudi uglavnom imaju haotične živote i u velikoj meri zavise od drugih kako bi funkcionisali (Bowen, 1978; Skowron i Dendy, 2004). Tako su studije potvrdile da samodiferencijacija majki, kao i samodiferencijacija njenih roditelja, vode ka pozitivnom roditeljskom ponašanju majke (Kim i sar., 2017). Nalazi takođe naglašavaju značaj pozitivnog roditeljskog ponašanja majki za diferencijaciju selfa dece (Kim, 2009; Kim i sar., 2017). Dodatno, studije koje su ispitivale zlostavljanje dece dosledno su pronalazile vezu između emocionalne samoregulacije roditelja i efikasnog roditeljstva (Kim-Spoon i sar., 2012). Diferencijacija selfa pruža koristan okvir za razumevanje relacionih osnova između zlostavljanja dece, samoregulacije roditelja i njihovog roditeljstva (Skowron i sar., 2010). Istraživanja su takođe otkrila da nedostatak emocionalne regulacije od strane roditelja i korišćenje fizičkog kažnjavanja utiče na detetovu sposobnost da reguliše svoje emocije (Dunbar i sar., 2017; Karkhanis i Winsler, 2016; Lugo-Candelas i sar., 2015), što može dovesti do socijalnih problema (Hajal i Paley, 2020) i agresije (Mulvaney i Mebert, 2007; Schwartz i Proctor, 2000). Tako su rezultati studija pokazali da zlostavljeni roditelji imaju više emocionalne reaktivnosti, manje naklonosti prema svojoj deci, više negativnosti i veću disregulaciju besa (Dunbar i sar., 2017). Oni imaju tendenciju da obeshrabre autonomiju i nezavisnost deteta, više se oslanjaju na emocionalno

distanciranje i povlačenje kako bi regulisali stres, konfuzni su u roditeljskog ulozi i manje uživaju u roditeljstvu (Macfie i sar., 2008; Riva Crugnola i sar., 2019).

Može se zaključiti da diferencijacija selfa predstavlja važan faktor u odnosu na psihološku traumu u smislu njene prevencije. Ukoliko osoba ima bolju diferencijaciju selfa, ona će verovatno imati slabije simptome PTSP-a, nakon traume. Iz ovog razloga smo odlučili da diferencijaciju selfa uključimo u istraživanje, kako bi ispitali njenu ulogu u odnosu između simptoma kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja i prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila.

## 5. REZILIJENTNOST

---

Rezilijentnost predstavlja sposobnost prilagođavanja pojedinca na preteću situaciju (Agabi i Wilson, 2005; Bonnano i Macini, 2012). Teoretičari tvrde da postoje dva kritična uslova potrebna za postizanje rezilijentnosti: izlaganje značajnoj pretnji i opasnosti, kao i postizanje pozitivne adaptacije uprkos stresnoj situaciji (Harms, 2010; Luthar i sar., 2000). To generalno znači da ljudi ne mogu razviti ovu veštinu ukoliko se nisu postigli uslovi za njeno aktiviranje.

U longitudinalnoj studiji, Varner i Smit definisali su dimenzije rezilijentnosti kroz pozitivnu pažnju, pozitivan self-koncept, unutrašnji lokus kontrole, karakteristike negovatelja i manjeg broja braće i sestara u nuklearnoj porodici (Warner i Smith, 1992). Kasnija istraživanja ukazala su da postoji više načina da se postigne rezilijentost, i to kroz samoefikasnost, suočavanjem sa supresivnim emocijama, kroz aktivaciju pozitivnih emocija i postojanje humora (Bonnano, 2004, str. 25-26). Studije su dodatno identifikovale rezilijentnost sa osećajem fizičke i emotivne bezbednosti, tvrdeći da dokle god su ljudi bili bezbedni u svom okruženju oni su mogli da aktiviraju adekvatne strategije prilagođavanja (Norris i sar., 2008; Payne, 2011).

Ziaian i kolege (2012) su proučavali 170 izbeglica iz Bosne, Srbije, Irana, Iraka, Avganistana, Sudana i Liberije i ustanovili znatno niže vredosti na skali rezilijentnosti kod onih imigranata koji su skoro migrirali i sa dijagnozom depresije ili poremećajem ličnosti (Ziaian i sar., 2012). Takođe su brojna istraživanja na temu rezilijentnosti u fokusu imala depresiju i suicid. Nalazi ovih studija ukazali su da ljudi koji pate od ovih mentalnih problema poseduju niži stepen rezilijentnosti (Cleverley i Kidd, 2011; Camardese, 2007; Dodding i sar., 2008). Naknadne studije, koje su upoređivale grupu ljudi sa pokušajem suicida sa kontrolnom grupom, otkrile su niže nivoe rezilijentnosti upravo kod prve grupe ispitanika (Liu i sar., 2014; Nrugham i sar., 2010; Pietrzak i sar., 2010; Sarchiapone i sar., 2009).

Razumevanje uloge rezilijentnosti u populaciji izloženoj traumi može poslužiti prevenciji maladaptivnih posledica traumatskog iskustva sa ciljem jačanja sposobnosti suočavanja, kao i lečenju, sa ciljem smanjivanja potencijalno negativnog uticaja traume (Pietrzak i sar., 2010; Pietrzak i Southwick, 2011). Tako je, na primer, značaj rezilijentnosti potvrđen u studijama u kojima su učestvovali američki vojni veterani posle 11. septembra (Green i sar., 2010; Mansfield i sar., 2011; Pietrzak i Southwick, 2011). Istraživanja među ratnim veteranima ukazala su da je grupa sa većim

postignućem na rezilijentosti pokazala veću adaptaciju na traumatsku situaciju, i da je ta veza bila posredovana većom socijalnom podrškom, aktivnim suočavanjem i psihološkom fleksibilnošću (Elliott i sar., 2015).

Nalazi istraživanja takođe ukazuju da rezilijentost može imati supresivni efekat na nivo traumatizovanosti usled nasilja i zlostavljanja, pa su tako Anderson i saradnici otkrili da su žene koje su preživele nasilje u bliskim odnosima i koje su pokazale niži rezultat na skali rezilijentosti, imale povećan rizik od PTSP-a (Anderson i sar., 2012a, 2012b). Šur i saradnici su proučavali 151 osobu sa iskustvom traume usled zlostavljanja i otkrili da je niža rezilijentnost bila povezana s lošijim fizičkim i mentalnim zdravljem i većim hroničnim bolom (Schure i sar., 2013).

Istraživači traume ukazali su na važnost individualnih razlika u pogledu rezilijentnosti kao ključnoj odrednici intenziteta i trajanja simptoma povezanih sa traumom (Bonnano, 2004; Erikson i Lindstrom, 2006; Peres i sar., 2005). Neke osobine ličnosti mogu predstavljati zaštitne faktore pojedinaca izloženih ekstremnom stresu (Bonnano, 2004). Tako je, na primer, na osnovu zapažanja preživelih iz nacističkih koncentracionih logora koji su uspeli da održe dobro zdravlje i nastave funkcionalan život uprkos svemu što su doživeli, razvijen koncept „osećaja koherentnosti“ koji se zasniva na tri komponente: razumevanju (život i njegovi događaji imaju smisao, sposobnost razumevanja situacije u celini), smislenosti (život ima emocionalni smisao, problemi se ne doživljavaju kao opterećenje) i mogućnosti kontrole (sposobnost pojedinca da koristi raspoložive resurse za upravljanje životnim situacijama) (Eriksson i Lindstrom, 2006).

Dakle, može se zaključiti da rezilijentost objašnjava način prevazilaženja traumatske situacije (Eriksson i Lindstrom, 2006). Odlučujući faktor u razvoju otpornosti na psihološku traumu može biti način na koji pojedinci doživljavaju i obrađuju dato iskustvo. Ljudi koji mogu razviti obrasce snalaženja i koji pozitivno modifikuju sadašnjost će tako moći lakše da prevaziđu traumu (Peres i sar., 2005). Suprotno tome, obrasci koji uključuju samosažaljenje, izbegavanje i samoviktimizaciju mogu pojačati negativne emocije povezane sa traumatičnim pamćenjem i pogoršati psihološku patnju.

Zbog svega prethodno navedenog, važno je napomenuti da je naglasak u psihoterapiji traume upravo u osnaživanju rezilijentnih osobina traumatizovanog pojedinca tako što će mu se omogućiti da aktivira resurse bazirane na ličnoj kontroli, osnaživanju i samoefikasnosti (Peres i sar., 2007).

## 5.1. Rezilijentnost i roditeljstvo

U tekstu je ranije pomenuto da osobe koji su iskusile višestruka negativna iskustva u svom detinjstvu (ACE), mogu razviti probleme u mentalnom i fizičkom zdravlju, mogu se okrenuti upotrebi alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci, mogu imati poremećene interpersonalne odnose i ranije napuštaju školovanje (Shonkoff i sar., 2012). Ovi problemi u kombinaciji sa nepovoljnim ekonomskim uslovima predstavljaju značajnu barijeru za roditelje koji nastoje da obezbede podsticajno i negujuće okruženje za svoju decu, što može dovesti do intergeneracijskog prenosa traume i pojave hroničnog stresa (Bridgett i sar., 2015). Ipak, mnoge porodice su demonstrirale otpornost na ova nepovoljna iskustva (Masten i Monn, 2015). Tako je istraživanje Vuds-Jegera i saradnika, koje se baziralo na kvalitativnoj analizi karakteristika rezilijentnog ponašanja u porodicama gde su roditelji iskusili veliki broj ACE-a, ukazalo na faktore koji doprinose rezilijentnosti kod dece. Autori su pronašli da otvorena komunikacija, izrazi ljubavi i bliski porodični odnosi zaista mogu podstaći rezilijentost potomstva i da oni predstavljaju ključne faktore koji omogućuju prekid intergeneracijskog nasilja (Woods-Jaeger i sar., 2018). Studija Gulaj-Ogelmana otkrila je da su ljubav i brižnost majke značajno predvideli nivo rezilijentnosti kod dece (Gülay-Ogelman, 2015).

Fluri i saradnici tvrde da neće sva deca imati iste reakcije na uslove odrastanja, niski ekonomski status porodice i mnoge druge negativne situacije. Naime, dobar odnos između roditelja i deteta može promovisati rezilijentnost kod dece u odnosu na različite faktore ekološkog rizika, kao što su nepovoljnost sredine odrastanja, siromaštvo i nepovoljna iskustva iz detinjstva (Flouri i sar., 2014).

Postoji sve više dokaza da negujuć roditelji, naročito oni koji pokazuju bezrezervnu toplinu i osetljivost, mogu povoljno oblikovati reakcije na stres kod dece (Gunnar i Quevedo, 2007). Nega od strane roditelja takođe može pomoći da se ublaži uticaj niskog socio-ekonomskog statusa na zdravlje dece (Chen i sar., 2011; Evans i sar., 2007). Pozitivan odnos između roditelja i deteta ne ublažava samo efekte nepovoljnosti sredine u kojoj deca žive, već utiče na emocionalni i kognitivni razvoj dece (Burchinal i sar., 2008; Dearing, 2004; Kim-Cohen i sar., 2004; Malmberg i Flouri, 2011; Masten i Shaffer, 2006). Emocionalno toplo roditeljstvo takođe moderira efekte drugih faktora ekološkog rizika (Bowes i sar., 2010; Brody i sar., 2009; Deater-Deckard i sar., 2006; Evans i sar., 2007) na dijapazon pozitivnih ishoda, od kognitivnih i socijalnih veština deteta do zloupotrebe supstanci. U isto vreme, utvrđeno je da pozitivan odnos roditelja i dece bar delimično posreduje



između nepovoljne sredine u kojoj žive i porodičnog siromaštva s jedne strane i dečjeg emocionalnog i bihevioralnog funkcionisanja s druge (Burchinal i sar., 2008; Doan i sar., 2012; Ingoldsby i sar., 2006; Kiernan i Huerta, 2008).

Autori studije, koja je ispitala preko hiljadu majki koje su patile od depresije tokom prvih godina života svoje dece, su otkrili da je 22% žena imalo pokazatelje umerenih do visokih simptoma depresije, dok je unutar ove grupe 78% njihove dece bilo identifikovano kao rezilijentno (Giallo i sar., 2018). U ovoj studiji obrazovanje majke i njena uključenost u aktivnosti koje podstiču učenje kod dece bili su jedinstveni prediktori dečje rezilijentnosti. Veća starost majke u vreme trudnoće i finansijska sigurnost bili su takođe faktori povezani sa pozitivnim ishodima kod dece.

U australijskoj studiji na 816 adolescenata, emotivna toplina majke, niska prekomerna uključenost i roditeljska kontrola su zajedno pokazali vezu sa rezilijentnim ishodima (definisanim kroz nepostojanje ranijih ili sadašnjih psihijatrijskih dijagnoza, internalizacija ili socijalnih problema) kod adolescenata depresivnih majki (Brennan i sar., 2003). Slično tome, Levandovski i saradnici su identifikovali prediktore pozitivnih ishoda mentalnog zdravlja kod 235 dece (starosti 5-25 godina) depresivnih i nedepresivnih roditelja tokom 20-godišnjeg perioda (Lewandowski i sar., 2014). Rezilijentnost dece depresivnih roditelja i dece ne-depresivnih roditelja u ovoj studiji bili su definisani kroz odsustvo psihijatrijskog poremećaja i dobro emocionalno-bihevioralno funkcionisanje 2, 10 i 20 godina nakon početka studije. Autori su identifikovali da postoje određeni zaštitni faktori kao što su viši IQ i niža prekomerna zaštita majke kod dece depresivnih roditelja, kao i resursi koji se odnose na prilagodljiviji temperament, veće samopoštovanje, naklonost majke i porodičnu koheziju koji dovode do povećane rezilijentnosti.

Na osnovu svega prethodno rečenog, možemo zaključiti da je rezilijentnost jedan od važnih protektivnih faktora traume. Čini se da prisustvo rezilijentnosti kod roditelja može na neki način odrediti dečju rezilijentnost, što je u slučaju traume veoma važno. Iz ovog razloga smo odlučili da rezilijentost uključimo u naše istraživanje.

## 6. PROCENJENA SOCIJALNA PODRŠKA

---

Istraživači problema stresa naglasili su važnost proučavanja uloge sistema socijalne podrške kao mogućeg zaštitnika ili posrednika stresa (npr., Cicchetti, 2013; Karatekin i Ahluwalia, 2020; Kothgassner i sar., 2019; Stanley i sar., 2019; Thoits, 2011). Teorija o socijalnoj podršci tokom vremena postala je relevantna za razvoj različitih kliničkih intervencija koje su uključivale upravo ovaj vid podrške u rehabilitaciji klijenata, kao što je porodična terapija, grupna terapija ili grupe podrške. Socijalna podrška odnosi se na iskustvo vrednovanja, poštovanja, brige i volje od strane osoba koje su prisutne u nečijem životu (Taylor, 2011). Ona može doći iz različitih izvora, poput porodice, prijatelja, nastavnika, zajednice ili bilo koje društvene grupe sa kojom je neko povezan. Socijalna podrška može biti opipljiva pomoć koju pružaju drugi, ali može biti i tako opažena (Leahy-Warren i sar., 2012; Thompson i sar., 2006).

Glavna uloga socijalne podrške je zaštita fizičke, mentalne i emocionalne dobrobiti osoba izloženih stresu. Prethodna istraživanja pokazala su da je nedostatak socijalne podrške jedan od glavnih prediktora psiholoških problema i da može biti direktno povezan sa depresijom, anksioznošću, problemima pažnje, socijalnim problemima, somatskim tegobama i niskim samopoštovanjem (Cicchetti, 2013; Janicki-Deverts i Cohen, 2011; Smith i Christakis, 2008; Thoits, 2011). Na osnovu svega prethodno pomenutog može se zaključiti da je uloga socijalne podrške veoma važna, jer se smatra mehanizmom za zaštitu od životnih stresora i promociju fizičkog i mentalnog zdravlja.

Socijalna podrška je kategorisana u dve glavne oblasti: strukturalna podrška i funkcionalna podrška. Strukturalna podrška odnosi se na postojanje i kvantitet podrške putem formalnih i neformalnih društvenih odnosa (Leahy-Warren i sar., 2012), dok je funkcionalna podrška vrsta procenjene podrške (Taylor, 2011). Procenjena podrška predstavlja subjektivno uverenje da čovek ima brižnu i uvek dostupnu socijalnu mrežu na koju se uvek može da se osloni (Turner i Brown, 2010). Ona se češće povezuje sa mentalnim zdravljem i blagostanjem pojedinca u odnosu na sve druge oblike socijalne podrške. Istraživači su otkrili da upravo procenjena socijalna podrška može sprečiti i ublažiti stres; pojedinci koji veruju da imaju podršku drugih susreću se sa manje nepovoljnih okolnosti i otporniji su na stresne situacije (Cohen i Wills, 1985; Thompson i sar., 2006). Ipak, bez obzira na to kako je socijalna podrška kategorizovana, efikasnost socijalne podrške zavisi od percepcije potreba, efikasnosti pomoći, kao i odnosa između davaoca i primaoca podrške (Leahy-Warren i sar., 2012; Ni i Lin, 2011; Slomian i sar., 2017).

Kako bi socijalna podrška mogla biti efikasna, ona treba da bude prilagođena potrebama pojedinca (Leahy-Warren i sar., 2018; Taylor, 2011). Veća je verovatnoća da će žene pod uticajem stresa pružiti socijalnu podršku, tražiti ili imati koristi od socijalne podrške (Taylor, 2011). Istraživanja su pokazala da socijalna podrška može poboljšati zdravlje i blagostanje svih majki (Migliorini i sar., 2016). Mnoge studije su potvrdile da će žene više tražiti i koristiti svoje mreže socijalne podrške od muškaraca (Matud i sar., 2003; Turner i Brown, 2010).

## **6.1. Socijalna podrška i preživljena trauma**

Empirijski dokazi u teoriji traume ukazali su na važnost socijalne podrške kao moderatora efekata traume (npr., Brown i sar., 2018; Kaspersen i sar., 2003). Pored toga, nađeno je da ukoliko se PTSP i razvije nakon traume, pacijent će se verovatno brže oporaviti pravilnim socijalnim vezivanjem (Ahern i sar., 2004). Empirijski nalazi sugerišu zaključak da je nedostatak socijalne podrške češće povezan sa razvojem PTSP-a kod žena nego kod muškaraca (Andrews i sar., 2003; Weismann i sar., 2005).

U istraživanju Koksa i saradnika otkriveno je da socijalna podrška može delimično posredovati efekat disregulacije emocija u odnosu na PTSP i simptome depresije. Autori su dodali da je u ovom slučaju uloga prijatelja i ostalih bila značajnija od podrške članova porodice (Cox i sar., 2017). Sistematski pregled istraživanja Skota i saradnika u oblasti tugovanja osoba koje su na tragičan i nasilan način izgubile njima značajne osobe, pokazao je da je socijalna podrška smanjila ozbiljnost depresivnih i PTSP simptoma nakon ovog gubitka (Scott i sar., 2020).

Preliminarni rezultati istraživanja Buraga i saradnika sugerišu da su faktori kao što su etnička pripadnost, kompleksna trauma, kao i veliki broj nasilnih partnera važni prediktori traženja socijalne podrške među ženama koje su preživele traumu (Buragge i sar., 2018). Studija koja je istraživala negativni socijalni odgovor, kao i zadovoljstvo podrškom, pokazala je da je nedostatak pozitivne podrške bio značajno povezan sa simptomima PTSP-a i da su efekti zadovoljstva podrškom bili znatno veći kod žena nego kod muškaraca (Andrews i sar., 2003). U studiji Himana i saradnika autori su pokušali da identifikuju specifične vrste procenjene socijalne podrške, koje mogu sprečiti razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja kod žrtava seksualnog zlostavljanja u detinjstvu (Hyman i sar., 2003). Autori su ispitali sto sedamdeset dve odrasle žene koje su prijavile ovu vrstu traume i dokazali da je nedostatak socijalne podrške posredovao u razvoju PTSP-a. Kao

najbolji model podrške pokazao se onaj koji se odnosio na pomoć u razvoju samopoštovanja i koji predstavlja najvažniju promenljivu u sprečavanju razvoja PTSP-a. Dodatno su Benight i Bandura ukazali da se posttraumatski oporavak može direktno predvideti samoefikasnošću pojedinca i indirektno socijalnom podrškom (Benight i Bandura, 2004). Tako je veća samoefikasnost bila povezana sa višim posttraumatskim oporavkom među osobama koje su preživele traumu i koje su patile od intenzivnijih simptoma PTSP-a. Primljena socijalna podrška bila je direktno povezana samo sa jednim od indeksa posttraumatskog oporavka, a koji se odnosio na odnos sa drugima. Ipak, sa druge strane, istraživanje Monson i saradnika je pokazalo se da ljudi sa simptomima PTSP-a nisu nužno prijavljivali nedostatak socijalne podrške (Monson i sar., 2015), te su stoga autori zaključili da socijalna podrška nije jedinstveni parametar koji modelira efekat traume na pojedinca.

## **6.2. Socijalna podrška i roditeljstvo**

Kada se roditelji osećaju podržani u svom socijalnom okruženju, veća je verovatnoća da će manifestovati pozitivna roditeljska ponašanja, poput topline, nege i podrške deteta, čak i kada se isti suočavaju sa velikim problemima i izazovima (Conger i sar., 2013; Lorenz i sar., 1994; McConnell i sar., 2011). Pored toga, roditelji koji imaju viši nivo procenjene socijalne podrške izveštavaju da su efikasniji u roditeljskoj ulozi (MacPhee i sar., 1996; Marshall i sar., 2001). Na primer, studije na samohranim majkama Afro-amerikanaca otkrile su da majke sa višim nivoima socijalne podrške pokazuju viši nivo roditeljske topline i nege (Ceballo i McLoyd, 2002; Murry i sar., 2001; Taylor i sar., 2008). Ova ponašanja zauzvrat promovišu pozitivno prilagođavanje i kompetentnost kod dece (Sashimi i Amato, 1994; Thompson i sar., 2006). Pozitivne veze između socijalne podrške i roditeljstva pokazale su da socijalna podrška može pomoći roditeljima da budu uspešniji u ovoj ulozi (Izzo i sar., 2000; Umana-Taylor i sar., 2013) i zadovoljniji u vaspitavanju svoje dece (MacPhee i sar., 1996; Thompson i sar., 2006).

Prethodna istraživanja su pokazala da je socijalna podrška važna za mentalno zdravlje i blagostanje majki u postnatalnom periodu (Razurel i sar., 2013). Rezultati istraživanja na preko 3000 ispitanika sugerišu da stres povezan sa ekonomskim poteškoćama, roditeljstvom i lošim fizičkim zdravljem povećava rizik od depresije među majkama koje imaju nizak prihod i decu mlađeg uzrasta. Utvrđeno je da su socijalna i partnerska podrška potencijalni zaštitni faktori u smanjenju ovih negativnih efekata stresa, ali samo do određene mere (Manuel i sar., 2012).

Nedostatak podrške roditelja je prediktor simptoma depresije kod adolescentnih devojčica (Stice i sar., 2004), dok su emocionalna, informativna i direktna socijalna podrška roditelja bile u značajnoj korelaciji sa percepcijom devojčica o roditeljskoj kompetentnosti i zadovoljstva (Brown i sar., 2018). Nalazi sugerišu da socijalna podrška majke može doprineti socijalnoj kompetenciji dece zbog pozitivne povezanosti koju majka ima u svom okruženju (Taylor i sar., 2015).

Iako socijalna podrška može ublažiti uticaj pretrpljenog nasilja i PTSP-a na roditeljstvo, izloženost nasilju, kao i PTSP, mogu ugroziti sposobnost majki za stvaranje, percepciju i korišćenje socijalne podrške. Autori studije koja je ispitivala uticaj izloženosti nasilju, simptoma traume i socijalne podrške na roditeljsku kompetenciju zaljučili su da su veća izloženost nasilju i simptomi traume bili povezani sa nižom roditeljskom kompetencijom, dok je veća socijalna podrška bila povezana sa većom roditeljskom kompetencijom (Brown i sar., 2018). Veća socijalna podrška predviđala je povećanje topline roditelja i smanjenje neprijateljstva između roditelja i deteta. Naročito kod majki, socijalna podrška je bila značajno povezana sa toplinom roditelja i deteta onda kada su majke imale nisku percepciju samokontrole (Lippold i sar., 2018).

Iz svega prethodno navedenog, može se zaključiti da socijalna podrška direktno ili indirektno može pomoći roditeljima u regulaciji stresa i promovisanju pozitivnih roditeljskih veština. S obzirom na to da je većina nalaza ulazala na medijatorsku ulogu procenjene socijalne podrške, ovo je bio povod da u našem istraživanju ispitamo ulogu koju procenjena socijalna podrška ima u odnosu između kompleksnog PTSP-a i roditeljskog stila majke.

## **7. MODEL RODITELJSKOG PRIHVATANJA/ ODBACIVANJA**

Roditeljstvo predstavlja proces podrške fizičkom, emocionalnom, društvenom i intelektualnom razvoju deteta, koji počinje od detetovog rođenja i traje sve do odraslog doba (Brooks, 2012). Roditeljstvo se odnosi na kompleksnost odgajanja deteta koje pored biološkog razvoja ima tri osnovna cilja: obezbeđenje zdravlja i bezbednosti dece, pripremanje dece za život i prenošenje kulturnih vrednosti (Phelan, 2003). Zbog toga je visokokvalitetna veza između roditelja i deteta značajna za detetov uspešan razvoj.

Roditeljsko ponašanje reflektovano je kroz roditeljski stil koji predstavlja specifičnu grupu obrazaca koje roditelj koristi u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji sa detetom (Kuppens i Ceulemans, 2019). Roditeljski stilovi se razlikuju u odnosu na dve dimenzije: *roditeljsku toplinu*, koja se odnosi na podršku, brigu i ohrabrivanje koje roditelji pružaju detetu i *roditeljski nadzor ili kontrolu*, koji predstavlja način kojim roditelj upravlja životom deteta i kontroliše njegovo ponašanje pomoću mehanizma kažnjavanja, moći i deprivacije (Baumrind, 1991). Tema mnogih istraživanja u poslednjih nekoliko decenija odnosi se upravo na uticaj kombinacije ovih ponašanja roditelja prema detetu i ispitivanje kako ona utiču na detetov razvoj (Gere i sar., 2012; Rork i Morris, 2009; Thulin i sar., 2014; Vergara-Lopez i sar., 2016). Kao rezultat, mnoga istraživanja su potvrdila da odnos između roditelja i deteta predstavlja osnovu za uspešnu socijalizaciju deteta i razvoj zdrave ličnosti (Barrett i Ollendick, 2003; Lacković–Grgin, 2000; Phelan, 2003).

Baumrind je prva predstavila roditeljstvo kroz dimenziju roditeljske kontrole koja dalje formira tri različita roditeljska stila: autoritativni, autoritarni i popustljiv-permisivan stil (Baumrind, 1966). Roditeljska kontrola se tako može definisati kroz zahteve koje roditelji imaju prema deci kako bi se ona potpuno integrisala u porodicu, shodno njihovom uzrastu i uz roditeljsku superviziju (Baumrind, 1991, str. 62). Svi ovi zahtevi mogu se opisati kroz strukturu i kontrolu. Ponašanja roditelja uključenih u ovu dimenziju kontrole odnose se na roditeljsku uključenost i praksu roditeljske discipline. Makobi i Martin (1983) su ovoj podeli dodali i reagovanje roditelja, kao još jednu dimenziju roditeljstva i kao meru roditeljskog odgovora koja uključuje toplinu, roditeljsku podršku i angažovanje. Proširena tipologija roditeljstva koju su razvili ovi autori, pozicionira roditeljski stil na svakoj od ovih dimenzija. Ova tipologija uključuje tri stila koje je ranije identifikovala Baumrind, kao i dodatni stil: neinvestirano roditeljstvo (Maccoby i Martin, 1983). Ovaj dvodimenzionalni pogled na roditeljstvo kombinuje ponašanje roditelja u odnosu na njihovu

angažovanost sa jedne strane i kontrolu deteta sa druge strane, stvarajući tako specifičan roditeljski stil. Tako je, na primer, autoritativni stil kombinacija emocionalne topline i čvrste kontrole (Berk, 2017). Dete koje je odgajano ovim stilom razvija odgovornost, socijalnu kompetenciju i poverenje (Čudina-Obradović i Obradović, 2006). Autoritarni stil, sa druge strane predstavlja kombinaciju čvrste kontrole i emocionalne hladnoće (Berk, 2017). Deca roditelja sa ovim stilom su anksiozna, imaju nisko samopoštovanje i samopouzdanje (Čudina-Obradović i Obradović, 2006). Permisivni stil je stil u kojem roditelji pružaju detetu veliku emocionalnu toplinu, a istovremeno ne postavljaju nikakvu kontrolu (Berk, 2017). Deca ovih roditelja su često neposlušna, buntovna i impulsivna (Čudina-Obradović i Obradović, 2006). I na kraju, neinvestirani ili zanemarujući roditeljski stil, karakteriše roditelje koji imaju veoma malu emocionalnu toplinu i veoma malu kontrolu (Berk, 2017). Deca koja su izložena ovom roditeljskom stilu mogu pokazati probleme u ponašanju kao što su antisocijalno ponašanje, loša emocionalna samoregulacija i mogu imati probleme u školi (Čudina-Obradović i Obradović, 2006).

## **7.1. Model roditeljskog prihvatanja / odbacivanja (IPART teorija)**

Teorija interpersonalnog prihvatanja i odbacivanja bazirana je na teorijama roditeljstva razvijenim od strane Dijane Baumrind i drugih autora koji su se bavili teorijom emocionalnog vezivanja (Baumrind, 1966; Doinita i Maria, 2015; Jones i sar., 2015; Millings i sar., 2013) i bila je usredsređena uglavnom na percepciju roditeljskog prihvatanja/odbacivanja koja je povezana sa prilagođavanjem tokom detinjstva, adolescencije i punoletstva. U to vreme, ova teorija vodila se pod imenom: „Teorija roditeljskog prihvatanja/odbacivanja (PARTheory)“ (Rohner, 1986a). Tek od 2000. godine, ova teorija počinje da ispituje i bliske odnose u odraslom dobu i druge važne interpersonalne veze tokom čitavog životnog veka. Ova promena naglaska istraživanja dovela je do preimenovanja i prelaska sa PART teorije, sa fokusom na roditelje, na „interpersonalnu teoriju prihvatanja/odbacivanja“ (IPARTheory), sa fokusom na različite međuljudske odnose. Uprkos ovoj promeni imena i naglaska, delovi teorije i dalje dosledno ispituju uzroke, posledice i druge korelate dečje percepcije roditeljskog prihvatanja/odbacivanja, kao i percepciju odraslih o iskustvu roditeljskog prihvatanja/odbacivanja u detinjstvu. IPART teorija predstavlja teoriju razvoja koja ima za cilj da predvidi i objasni posledice i druge korelate interpersonalne (posebno roditeljske)

prihvaćenosti i odbacivanja (Rohner 1986b, 2004, 2016). Ova teorija sugerira da u raznim kulturama i drugim sociodemografskim grupama interpersonalno prihvatanje i odbacivanje dosledno predviđa psihološko i bihevioralno prilagođavanje dece i odraslih (Rohner, 1986b, 2004).

Interpersonalno prihvatanje i odbacivanje zajedno čine dimenziju topline odnosa između dece i njihovih roditelja, između životnih partnera i drugih pojedinaca (Rohner, 1986a). Toplina i prihvatanje se mogu izraziti fizički, verbalno ili simbolično kada takva roditeljska ponašanja prenose ljubav, brigu, naklonost, negu i emocionalnu podršku. Nasuprot tome, odbacivanje se može izraziti fizičkim, verbalnim i psihološki povredljivim ponašanjem i predstavlja suprotan kraj dimenzije topline koji se odnosi na hladnoću koju roditelji pokazuju prema detetu. Generalno, pojedinci nisu ni prihvaćeni ni odbačeni u bilo kom kategoričnom smislu. Umesto toga, oni se nalaze negde duž kontinuuma, doživljavajući različit stepen interpersonalnog prihvatanja i odbacivanja u odnosu sa drugim ljudima (Rohner, 1986b).

Opsežna međukulturna istraživanja otkrila su da se interpersonalno prihvatanje/odbacivanje može doživeti bilo kojom kombinacijom sledećih ponašanja roditelja (Rohner, 1986b): *topla i nežna ponašanja* mogu biti verbalna (npr. pohvala, komunikacija lepih stvari o osobi ili u vezi sa njom) ili fizička (npr. grljenje, ljubljenje, maženje); *neprijateljska i agresivna ponašanja* takođe mogu biti verbalna (npr. vređanje, vika), fizička (npr. udaranje, guranje, čupanje) ili čak simbolična (npr. bezobrazni komentari, uvredljiva gestikulacija); treće, *indiferentna i zanemarljiva ponašanja* uključuju fizičku ili psihološku nedostupnost ili neobraćanje pažnje na potrebe pojedinca; četvrto, *ravnodušno odbijanje* karakteriše percepcija pojedinca da drugoj osobi nije stalo do njih, bez obzira na to da li se druga osoba ponaša agresivno, zanemarljivo ili neljubazno. Dakle, interpersonalno prihvatanje/odbacivanje se tako može posmatrati i proučavati iz bilo koje od dve perspektive: (a) onako kako je pojedinac doživljava ili subjektivno doživljava ili (b) kako izveštava spoljni posmatrač. Upravo se neslaganja u ove dve perspektive javljaju u izveštajima o zlostavljanju i zanemaranju dece kada postoji razlika između „objektivnih“ prijava zlostavljanja ili zanemaranja sa jedne strane i percepcije zlostavljanja ili zanemaranja s' druge strane. Utvrđeno je da je percepcija ove doživljene traume bolji prediktor psihološke neprilagođenosti u odnosu na objektivne pokazatelje iskustva traume (Carlin i sar., 1994; Van Hooff i sar., 2009; Weathers i Keane, 2007). Kao što je Kagan rekao u kontekstu odnosa roditelja i deteta, „odbijanje roditelja nije samo specifičan skup postupaka roditelja, već uključuje i percepciju deteta o ovom ponašanju“ (Kagan, 1978, str. 61).



Kako bi se razumeli efekti odbacivanja, moraju se razjasniti pojedinačne interpretacije prihvatanja i odbacivanja u različitim kulturnim kontekstima. Iako pojedinci u različitim kulturama mogu izraziti prihvatanje, toplinu, naklonost, brigu i zabrinutost nasuprot odbacivanju, hladnoći, nedostatku naklonosti, neprijateljstvu, agresiji, ravnodušnosti i zanemarivanju, način na koji to čine veoma je promenljiv, a takođe je zasićen kulturnom interpretacijom (Bornstein, 2012). Na primer, roditelji u različitim kulturnim kontekstima mogu hvaliti svoju decu, ali način na koji to rade u jednom sociokulturnom okruženju možda neće imati nikakvo značenje ili drugačije značenje nego u drugom okruženju (Bornstein, 1995).

Roditelji se u oko 25% svetskih društvenih sistema ponašaju normativno na načine koji se podudaraju sa definicijom odbacivanja u smislu očigledne hladnoće ili nedostatka naklonosti, neprijateljstva, ravnodušnosti ili zanemarivanja (Rohner, 1975). Međutim, u većini slučajeva roditelji se ponašaju na način za koji veruju da bi trebalo da se ponašaju dobri, odgovorni roditelji, onako kako je to definisano kulturnim normama. Stoga je jedan od ciljeva interperosonalnih studija roditeljskog prihvatanja/odbacivanja bio razumevanje da li deca i odrasli iz različitih kulturnih i sociodemografskih sredina reaguju na isti način na prihvatajuća i odbacujuća roditeljska ponašanja. Tako se, na primer, u vreme kada su roditelji vaspitavali decu uglavnom fizičkim kažnjavanjem postavlja pitanje da li je ovakav generalizovani vid vaspitavanja doprineo razvoju traume kod dece. Ili, recimo u mnogim kulturnim grupama je uobičajeno i prihvaćeno je da se mala deca brinu o mlađoj braći i sestrama, dok se u drugim kulturnim grupama ostavljanje deteta da se brine o mlađem detetu smatra oblikom zanemarivanja (Korbin i Spilsbury, 1999). Isto tako, nevođenje deteta na redovne lekarske preglede ili zadržavanje kod kuće umesto slanja u školu se može smatrati zanemarivanjem u nekim zemljama, dok je u drugim ovo prihvaćeno, jer je pristup medicinskoj nezi i školi ograničen zbog nedostatka resursa (UNICEF, 2016).

## **7.2. Empirijsko testiranje IPARTheorije**

Dve grupe studija su pružile glavne empirijske rezultate u vezi IPART teorije.

Etnografske studije koje koriste metode posmatranja učesnika u određenoj kulturnoj grupi pružile su bogate kvalitativne podatke o načinima na koji roditelji pokazuju prihvatanje ili odbacivanje i načinima na koji deca procenjuju ponašanje svojih roditelja u različitim kontekstima (Rohner i Chaki-Sircar, 1988). Neka etnografska istraživanja su čak uporedila dve ili više različitih

kulturnih grupa, poput šestomesečne etnografske i kvantitativne psihološke studije slučaja 349 mladih od 9 do 16 godina u St. Kittsu, Zapadna Indija (Rohner i sar., 1991), ili šestomesečna etnografska i kvantitativna psihološka studija slučaja 28 mladih od 19 do 18 godina i njihovih roditelja u siromašnoj afroameričkoj i evropskoameričkoj zajednici na jugoistoku Džordžije, u Sjedinjenim Državama (Rohner i sar, 1996). Korišćenjem etnografskih izveštaja prikupljenih iz 101 neindustrijalizovanih zemlja, utvrđeno je da su prihvatanje i odbacivanje roditelja pankulturno povezani sa psihološkim prilagođavanjem dece i odraslih (Rohner, 1975).

Istraživanja koja uključuju intervju, posmatranja ponašanja i upitnike samoprocene, sprovedena su u mnogim zemljama i sa demografski raznolikim stanovništvom. Većina ovih studija koristila je upitnik za prihvatanje i odbacivanje roditelja (Rohner, 2005b), upitnik za prihvatanje i odbacivanje/kontrolu roditelja (Rohner, 2005c) i upitnik za procenu ličnosti (Rohner, 2005c). Rezultati ovih studija pokazali su da je percepcija o prihvaćenosti od strane roditelja u detinjstvu i percepcija o prihvaćenosti u odraslom dobu povezane sa psihološkim, socijalnim, bihevioralnim, emocionalnim i drugim pozitivnim ishodima, uključujući altruizam, prosocijalno ponašanje, pozitivno zadovoljstvo životom, mentalno zdravlje, pozitivne uspehe, osećanja emocionalne sigurnosti i društvene odgovornosti (Rohner i Lansford, 2017). U longitudinalnoj studiji dece i roditelja u devet zemalja, percepcija dece o tome da su bili prihvaćeni od strane svojih roditelja bila je povezana sa manje psiholoških problema i problema u ponašanju (Putnick i sar., 2014). U jednom istraživanju od 4,300 adolescenata u 12 zemalja (iz Afrike, Azije, Australije, Evrope, Bliskog Istoka i Severne i Južne Amerike) tražilo se da ispitanici navedu konkretna ponašanja koje njihovi roditelji ili negovatelji čine da se adolescenti osećaju voljeno. Rezultati su potvrdili da adolescenti doživljavaju naklonost i ohrabrenje i odsustvo roditeljskog neprijateljstva i agresije kao izraz roditeljske ljubavi ili prihvatanja (McNeely i Barber, 2010). Pored toga, metaanaliza 18 instrumentalnih vrednosti (Rokeach, 1973) okarakterisanih kao poželjni ili preferirani način ponašanja roditelja (334 studije - predstavljajući 41 975 učesnika iz 30 zemalja) - zaključila je da je vrednost „ pružanja ljubavi, povezanost i nežnost“ zauzela treće mesto među svim uključenim zemljama iza prvoplasirane vrednosti „roditelj je iskren, ozbiljan i istinit“ i drugoplasirane vrednosti „roditelj je odgovoran, na njega se mogu osloniti“ (Hanke i Vauclair, 2016).

Dvanaest meta-analiza istaklo je centralne postulate IPART teorije na osnovu 551 kvantitativnog izveštaja koji predstavlja kumulativni uzorak od 149 440 ispitanika (Khalekue, 2013; Khalekue i Ali, 2017; Rohner i Khalekue, 2010). Ove meta-analize su potvrdile centralni postulat I-

PART teorije da prihvatanje od strane majke i oca pankulturološki predviđa psihološko prilagođavanje kod dece i da je psihološko prilagođavanje odraslih pankulturalno povezano sa njihovim sećanjima o prihvatanju od strane njihovih roditelja u detinjstvu. Štaviše, psihološko prilagođavanje oba pola je, pored sećanja na roditeljsko prihvatanje/odbacivanje u detinjstvu, pankulturalno povezano sa percepcijom prihvaćenosti od strane bliskih osoba (Khalekue i Rohner, 2011; Khalekue i sar., 2008).

Dakle, može se zaključiti, da bez obzira na kulturne i sociodemografske karakteristike ispitanika, iskustvo prihvatanja ili odbacivanja od strane roditelja je obično povezano sa psihološkim prilagođavanjem ili neprilagođavanjem kako se postulira u IPART teoriji ličnosti (Khalekue i Rohner, 2002).

Meta-analiza je takođe pokazala da, bez obzira na kulturnu ili etničku pripadnost, kao i geografski položaj, približno 26% varijabilnosti u psihološkom prilagođavanju dece i 21% varijabilnosti u prilagođavanju odraslih objašnjava percepcija ili sećanje na majčino i očevo prihvatanje/odbacivanje u detinjstvu (Khalekue i Rohner, 2002). Ovi rezultati podržavaju očekivanje IPART teorije da će intenzitet odnosa percepcije prihvatanja/odbacivanja roditelja i psihološkog prilagođavanja dece verovatno biti jači u detinjstvu dok su deca još uvek pod direktnim uticajem roditelja nego u odrasloj dobi (Rohner, 1986b). Ipak, značajna razlika u prilagođavanju dece i odraslih i dalje treba da se objasni kulturološkim, bihevioralnim, genetskim, neurobiološkim i drugim faktorima (npr. South i Jarnecke, 2015). Dokazi o robusnosti nalaza o prihvatanju i odbacivanju roditelja, zajedno sa dokazima o uopštavajućim psihološkim efektima percipiranog prihvatanja i odbacivanja, dovelo je do formulisanja koncepta relacione dijagnoze nazvane sindrom prihvatanja/odbacivanja (Rohner, 2005b). Ovaj sindrom se sastoji od dve komplementarne grupe faktora.

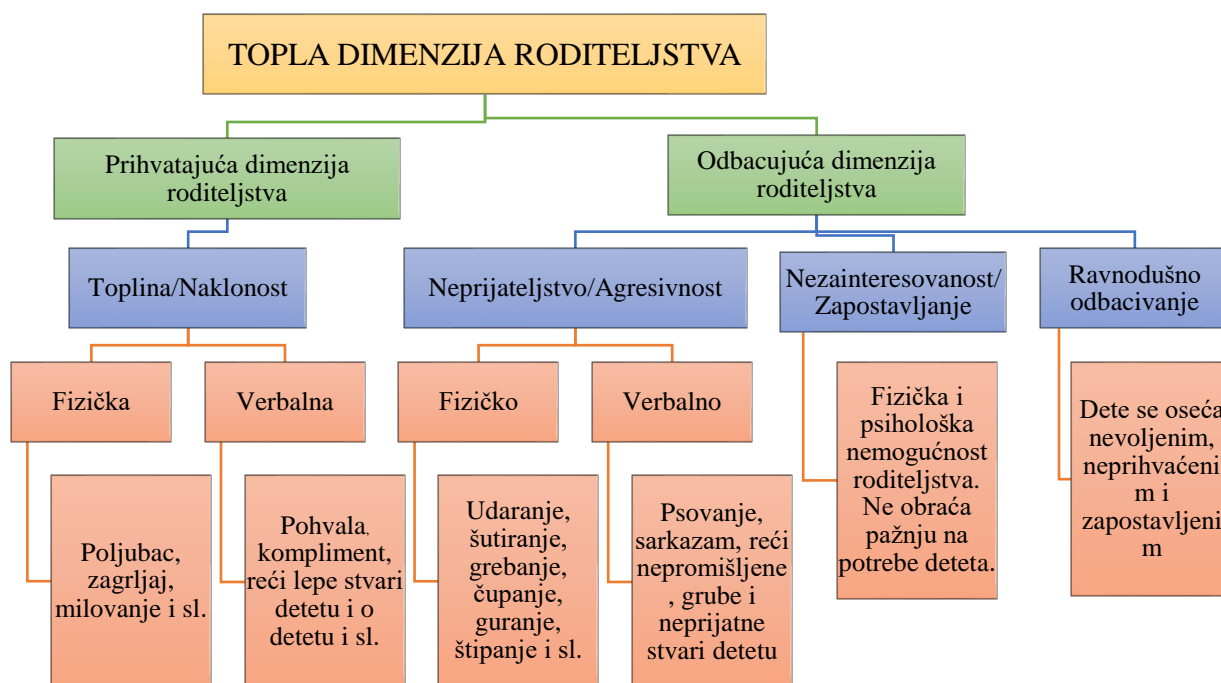
Prvo, skoro 500 studija je pokazalo da deca i odrasli organizuju svoje viđenje interpersonalnog prihvatanja/odbijanja oko četiri iste klase prethodno pomenutih ponašanja, uključujući toplinu - naklonost, neprijateljstvo - agresiju, ravnodušnost - zanemarivanje i ravnodušno odbijanje (npr., Rohner i Khalekue, 2010). Drugo, međukulturni i meta-analitički dokazi potkrepljuju zaključak da deca i odrasli koji svoj odnos sa roditeljima i drugim ljudima doživljavaju kao odbacujući, imaju tendenciju da razviju specifični oblik psihološke neprilagođenosti (Khalekue i Rohner, 2002).

### 7.3. Pregled teorije roditeljskog prihvatanja i odbijanja

Kao što je prethodno rečeno, teorija roditeljskog prihvatanja i odbacivanja (IPART teorija) predstavlja teoriju socijalizacije i životnog razvoja, koja je zasnovana na dokazima, i koja pokušava da predvidi i objasniti glavne uzroke, posledice i druge korelate roditeljskog prihvatanja i odbacivanja (Rohner, 1986a, 2004, Rohner i Rohner, 1980).

IPART teorija pokušava da odgovori na pet grupa pitanja podeljenih u tri kategorije. Ova pitanja su takođe podvedena pod teoriju ličnosti, teoriju suočavanja i teoriju socio-kulturalnih sistema. Prvo, da li je tačno, kao što postuliraju teorije, da deca svuda - u različitim sociokulturnim sistemima, rasnim ili etničkim grupama ili polovima - reaguju u osnovi na isti način kada vide da ih roditelji prihvataju ili odbacuju? Drugo, u kojoj se meri efekti odbacivanja dece odražavaju u odraslom dobu i starosti? IPART teorija istražuje šta stvara rezilijentost kod dece i odraslih da se emocionalno lakše nose sa iskustvima odbacivanja u detinjstvu? Na kraju, postavlja se pitanje, zašto su neki roditelji topli i nežni, a drugi hladni, agresivni i zanemaruju svoju decu? Da li je tačno da se određeni psihološki, porodični i društveni faktori povezani sa specifičnim varijacijama roditeljskog prihvatanja/odbacivanja? IPART teorija se bavi ispitivanjem svih prethodnih pitanja.

Roditeljsko prihvatanje i odbacivanje zajedno formiraju prihvatajuću (toplu) dimenziju roditeljstva (Rohner i sar., 2012). Ova dimenzija je zajednička za sve roditelje i njihovu decu, jer su svi u manjoj ili većoj meri osetili ljubav od strane svojih staratelja. Prema tome, dimenzija topline ima veze sa kvalitetom veze sa roditeljima, kao i fizičkim i verbalnim ponašanjem kojim roditelji izražavaju svoja osećanja (Rohner i Lansford, 2017). Jedan kraj kontinuuma obeležen je roditeljskim prihvatanjem, koji se odnosi na toplinu, naklonost, udobnost, brigu, negu, podršku ili jednostavno modelovanje, kojim ponašanja koja su dobili od svojih roditelja, deca prenose na svoju decu kada i sami postanu roditelji. Drugi kraj kontinuuma je obeležen roditeljskim odbacivanjem, koje se odnosi na njihovo odsustvo ili osetno povlačenje osećanja. Odbacivanje se odlikuje prisustvom različitih fizičkih i psiholoških ponašanja koja generalno štetno utiču na dete. Opsežna međukulturalna istraživanja otkrila su da se odbacivanje roditelja može iskusiti bilo kojom kombinacijom četiri glavne kategorije: (1) hladni i bez emocionalne vezanosti, suprotno od toplog i brižnog, (2) neprijateljski i agresivni, (3) zanemarujući, i (4) koji poseduju nediferencirano odbacivanje. Nediferencirano odbacivanje se odnosi na verovanja pojedinaca da ih njihovi roditelji ne vole i da nisu zainteresovani za svoju decu, iako možda ne postoje jasni pokazatelji ponašanja koji potvrđuju zanemarivanje, nenaklonost ili agresiju. Sva ova ponašanja su grafički prikazana na slici 2.



**Slika 2.** Topla dimenzija roditeljstva (preuzeta od Rohner i saradnici (2012), [www.researchgate.net/figure/The-Warmth-Dimension-of-Parenting\\_fig1\\_252234422](http://www.researchgate.net/figure/The-Warmth-Dimension-of-Parenting_fig1_252234422))

Elementi slike - toplina, neprijateljstvo i nezainteresovanost roditelja odnose se na unutrašnje, psihološko stanje roditelja. Roditelji se mogu percipirati kao topli (ili hladni i bez ljubavi) u odnosu na svoju decu. Isti se mogu percipirati i kao ljuti, ogorčeni, razdražljivi, nestrpljivi ili neprijateljski raspoloženi. Alternativno, percepcija roditelja može biti i takva da se oni prema svojoj deci ponašaju ravnodušno, ili da su nesigurni i neozbiljni u vezi sa decom, ili pak imaju ograničen interes za njihovo opšte dobro. Elementi slike - naklonost, agresivnost i zapostavljanje odnose se na zapažena ponašanja koja nastaju kada roditelji deluju na osnovu ovih emocija. Dakle, kada se roditelji ponašaju prema deci sa osećanjima ljubavi onda su verovatno percipirani kao ljubazni, topli i nakloni.

Kao što je prikazano na slici 2, roditeljska naklonost može se pokazati fizički (npr. zagrljanjem, ljubljenjem, milovanjem i utehom), verbalno (npr. mogu hvaliti, pohvaliti i reći lepe stvari o detetu), ili simbolično na neki drugi način, kao što je slučaj sa upotrebom kulturološki specifičnih

gestova. Ova i mnoga druga brižna i negujuća ponašanja pomažu u definisanju dimenzije roditeljskog prihvatanja. Kada roditelji deluju iz osećanja ljutnje ili neprijateljstva, nastali rezultat je ponašanje koje se uglavnom naziva agresija. Kako se tumači u IPART teoriji, bilo kakva ponašanja roditelja sa namerom da se dete povredi (fizički, verbalno ili emocionalno) smatraju se odbacujućim roditeljskim ponašanjem (Rohner, 2005a). Slika 2 pokazuje da roditelji mogu biti fizički agresivni (npr. mogu udarati, gurati, bacati stvari, gađati decu objektima i sl.) i verbalno agresivni (npr. mogu biti sarkastični, mogu psovati, ismejavati, vikati, imati nepromišljene, ponižavajuće ili omalovažavajuće izjave prema detetu ili o njemu). Pored toga, roditelji takođe mogu koristiti uvredljive, neverbalne simboličke gestove.

Veza između ravnodušnog odbijanja i zanemarivanja nije tako direktna kao veza između neprijateljstva i agresije (Rohner i sar, 2012). Ovo je zbog toga što roditelji iz više razloga mogu zanemariti svoju decu ili percipirati da istu zanemaruju, ali ipak da sebe ne smatraju ravnodušnim. Na primer, roditelji mogu zanemariti svoju decu kao način prevladavanja besa prema njima. Zanemarivanje se ne odnosi samo na zadovoljavanje materijalnih i fizičkih potreba dece; ono se takođe može odnositi na neuspeh roditelja da na odgovarajući način prepozna i zadovolji dečje socijalne i emocionalne potrebe (Rohner, 2005a). Često, na primer, zanemarujući roditelji posvećuju malo pažnje dečjim potrebama za udobnošću, utehom, pomoći, ili pažnjom; oni mogu ostati i fizički i psihološki distancirani ili čak nedostupni i nepristupačni. Sva ta ponašanja, stvarna ili opažena - pojedinačno i kolektivno – mogu podstaći decu da se osećaju nevoljeno ili odbačeno (Rohner i sar, 2012). Čak i u toplim i negujućim porodicama, deca mogu povremeno doživeti bolne emocije i ponašanja. Problem nastaje onda kada ova ravnodušna i zanemarujuća ponašanja roditelja postanu sistem stalnog roditeljskog odgovora.

#### **7.4. Razlike u polu u odnosu na interpersonalno prihvatanje i odbacivanje**

Rezultati istraživanja sugerišu da roditelji različito odgajaju sinove i ćerke (Kerig i sar., 1993). Roditelj će verovatnije biti uključen u aktivnosti sa detetom istog pola (Dubas i Gerris, 2002). Interakcije sa ćerkama viđene su kroz emocionalnu povezanost, dok su interakcije sa sinovima uključivale više kognitivnu i akcionu orijentaciju. Isto tako očevi imaju tendenciju da različito tretiraju decu na osnovu pola, više nego majke (Dubas i Geris, 2002).

Nekoliko studija je istraživalo ulogu pola deteta i prihvatajuće dimenzije roditeljstva posebno majke i oca. Tako su, na primer, prihvatanje od strane majke i oca značajno doprineli boljem

prilagođavanju odraslih sinova u studiji Sultane i Kalekju, dok su sećanja na prihvatanje od strane očeva u detinjstvu dala značajan doprinos prilagođavanju ćerki u odraslom dobu (Sultana i Khalekue, 2016). Prihvatanje od strane oca pokazalo se kao bolji prediktor funkcionalnog prilagođavanja dece od prihvatanja majki (Khalekue i Rohner, 2012), ali razlozi za to još uvek nisu jasni. Zaključci doneti o percepciji dece i mladih odraslih o ponašanju majki, naspram ponašanja očeva, i njihovom posedovanju moći i prestiža u porodici, pomažu u objašnjavanju zašto pozitivno i toplo ponašanje jednog roditelja ponekad ima znatno veći uticaj na psihološko prilagođavanje potomstva u odnosu na ponašanje drugog roditelja koji je takođe pokazivao naklonost i ljubav (Rohner, 1998; Rohner i Veneziano, 2001; Veneziano, 2003). Takođe postoje dokazi o uslovnim efektima roditeljskog ponašanja (Rohner i Carrasco, 2014). U mnogim slučajevima je upravo percepcija potomstva o posedovanju porodične moći jednog roditelja u porodici, ublažila odnos između percepcije roditeljskog prihvatanja i psihološkog prilagođavanja potomstva. Studija sa 785 studenata u Portugaliji takođe ilustruje ovaj fenomen (Machado i sar., 2014). Autori su otkrili da su i sećanja muškaraca i žena o prihvatanju majki i očeva u detinjstvu nezavisno doprinela psihološkom prilagođavanju. Ipak, veza između percepcije očinskog prihvatanja i prilagođavanja i ćerki i sinova je bila jača što je više ocenjeno da je moć očeva bila veća u odnosu na majke.

## **7.5. Roditeljstvo i poremećaj ponašanja**

Mnoge studije su se bavile vezom između roditeljstva i mentalnog zdravlja dece. U široko sprovedenoj studiji, Putnik i saradnici su pokazali da dečja percepcija roditeljskog odbacivanja predviđa porast problema u ponašanju, smanjenje školskog uspeha i probleme u razvoju socijalnog ponašanja (Putnick i sar., 2014). Obrasci odnosa bili su slični između majki i očeva. Druga poznata studija na ovu temu pokazala je da odbacivanje i slična negativna roditeljska ponašanja mogu dovesti do emocionalne osetljivosti dece na pretnju odbijanja (Rudolph i Zimmer-Gembeck, 2014). Smatra se da je ova emocionalna osetljivost povezana sa društvenim i emocionalnim neprilagođavanjem. U ovoj studiji testiran je i model roditeljstva i emocionalne osetljivosti na 659 dece na uzrastu od 9-13 godina. Nalazi su potvrdili da su ispitanici koji su prijavili više negativnih roditeljskih ponašanja imali simptome depresije i socijalne anksioznosti, povećane nivoe osetljivosti na

odbacivanje i povišene reakcije tugovanja kao odgovor na pretnju odbacivanja. Nalazi ovog istraživanja pružaju više razumevanja odnosa između roditeljskog odbacivanja i pre-adolescentnog emocionalnog prilagođavanja.

U studiji Glavaka i saradnika, pedest dve osobe zavisne od heroina na uzrastu od 17 do 21 godine, upoređene su sa kontrolnom grupom (Glavak i sar., 2003). Rezultati su pokazali da su zavisnici od heroina smatrali da su ih njihove majke više odbacivale, bile agresivnije i pokazivale nekonzistentnost u roditeljstvu. Zavisnici su videli svoje očeve više odbacujućim u odnosu na majke, da su bili hladniji u kontaktu i prihvatanju i više zapostavljajući. U poređenju sa kontrolnom grupom, zavisnici su procenjivali odnose sa svojim majkama i opšte zadovoljstvo sa svojim porodicama kao lošije. Istraživači zaključuju da odbacivanje majki može biti jedan od glavnih faktora rizika za razvoj zavisnosti od droga i nastanak problema u socijalnim odnosima. Dokazi koji su objavljeni kasnije sugerišu da se čak 26% varijabilnosti dečijeg psihološkog prilagođavanja može objasniti stepenom percepcije roditeljskog prihvatanja ili odbacivanja (Rohner, 2005a).

Studija na 1359 dečaka i devojčica, uzrasta od 10-14 godina, ispitala je da li je roditeljsko ponašanje, direktno ili indirektno, povezano sa emocionalnim problemima kao što su depresija, stres i nisko samopoštovanje i problemima u ponašanju, kao na primer delinkvencija i agresija među adolescentima (Finkenauer i sar., 2005). Obe vrste problema bile su direktno, negativno povezane sa ponašanjem adaptivnog roditeljstva (visok stepen roditeljskog prihvatanja, stroga kontrola i praćenje i malo upotrebe manipulativne psihološke kontrole). Rezultati istraživanja Klarine i Đerđe upućuju na zaključak o važnosti ovih roditeljskog ponašanja za razumevanje problema ponašanja adolescenata (Klarin i Đerđa, 2014). Od dimenzija roditeljskog stila koje podstiču pozitivna adolescentska ponašanja istaknut je visok nivo topline i nege roditelja.

Zaključeno je i da porodične interakcije mogu biti značajni zaštitni faktor ili faktori rizika za nastanak psihičkih problema tokom detinjstva i adolescencije, i da su značajno povezani sa psihosocijalnim prilagođavanjem (Choo, 2000; Jimenez i sar., 2009; Vulić-Prtorić, 2002). Može se pretpostaviti da će roditelji koji pokazuju prihvatajuća ponašanja u odnosu na svoju decu, kao što su toplina, odsustvo agresije, zainteresovanost i podrška verovatno pokazati povezanost sa dečjim pozitivnim razvojem u smislu funkcionalnog ponašanja i emocionalne regulisanosti.



## **7.6. Relevantna istraživanja o povezanosti kompleksne traume, diferencijacije selfa i roditeljstva**

Dosadašnja istraživanja ukazala su na povezanost kompleksne traume i negativnog roditeljstva (Smith, 2002; DiLillo i Damashek, 2003; Levy i sar., 2019). Tako je na primer, izloženost traumi, u studiji Baniarda i saradnika, bila povezana sa smanjenim zadovoljstvom roditelja, izveštajima o zanemarivanju dece, upotrebom fizičkog kažnjavanja i istorijom uključivanja socijalnih službi (Banyard i sar., 2003). Veza između kompleksne traume i roditeljstva bila je delimično posredovana depresijom majke. Istraživanja su takođe ukazala da roditelji koji su u detinjstvu bili zlostavljani od strane neke bliske osobe, npr. staratelja, češće koriste mehanizme disocijacije ili samopovređivanja, koji mogu inicirati odbacujuća roditeljska ponašanja (Babcock-Fenerci i De-Prince, 2012).

Longitudinalno istraživanje Brauna i saradnika ukazalo je na to da su faktori rizika kao što su mlađi uzrast majke i njena izolovanost predvideli fizičko, seksualno zlostavljanje i zanemarivanje dece (Brown i sar., 1998), dok su rezultati istraživanja Njukomba i Loka pokazali povezanost zlostavljanja deteta i negativnog roditeljstva od strane onih majki i očeva čije primarne porodice karakteriše prenos porodičnih disfunkcija. Tako je za majke, zapostavljanje u porodici porekla, dovelo do negativnog roditeljstva, kao što je zanemativanje, odustvo kontrole deteta i slično, dok je seksualno zlostavljanje u detinjstvu dovelo je do povećane agresivnosti prema detetu (Newcomb i Locke, 2011).

Bartlett i saradnici su ukazali da je istorija emocionalnog i fizičkog zanemarivanja majki u detinjstvu. Zanemarivanje u kombinaciji sa fizičkim ili seksualnim zlostavljanjem, bilo je povezano sa povećanim rizikom zlostavljanja i zanemarivanja njihove dece (Bartlett i sar., 2017). Studija je ukazala i da je verovatnoća bila 300% veća da deca budu višestruko maltretirana od strane njihovih traumatizovanih majki kada su majke bile izložene kompleksnoj traumi u detinjstvu.

Podaci iz nacionalnog istraživanja Lina-Feldnera i saradnika korišćeni su za ispitivanje veze između roditeljskog posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) i (1) psiholoških simptoma traume kod roditelja i dece, kao i (2) fizičke agresije roditelja prema deci (Leen-Feldner i sar., 2011). Dobijeno je da su anksioznost i depresija potomstva bili povišeni kod dece roditelja sa PTSP-em u poređenju sa onima bez ovih simptoma. Roditelji sa PTSP-em takođe su podržavali

upotrebu umerenih agresivnih ponašanja (npr. guranja) i ozbiljnih agresivnih ponašanja (npr. udaranja pesnicom). Ovi nalazi sugerišu da postoji jedinstven odnos između PTSP-a i ovih negativnih roditeljskih ishoda.

Majke sa istorijom dugotrajnog seksualnog zlostavljanja u detinjstvu, u poređenju sa majkama koje nisu bile seksualno zlostavljane, imaju veću verovatnoću da budu u kontaktu sa agencijama za zaštitu dece i porodice (25.1 puta) (Spieker i sar., 1996). Razlog za prijavu ne mora biti seksualno zlostavljanje. Istaživanja su pokazala da ove majke mogu koristiti fizičko kažnjavanje u vaspitanju svoje dece (Courtois, 1988).

U jednoj od svojih brojnih studija, Vot i Tuti (1999) su intervjuisali ćerke majki sa istorijom incesta i sumirali da su odrasla deca imala percepciju svojih majki kao emocionalno nezrelih, ljutih i pasivnih, da se nisu trudile da zaštite svoju decu i da nisu postavile nikava porodična pravila. U odnosu na sopstveni roditeljski stil, ispitanice su saopštile da su ponovile mnoga od negativnih ponašanja roditelja i time povredila svoju decu (Voth i Tutty, 1999). Koen i njegovi saradnici tvrde da je kumulativna trauma značajan prediktor svih ishoda roditeljstva, čak i nakon kontrole demografskih i dijagnostičkih varijabli. Upotreba droga i alkohola, kao i depresija roditelja u ovoj studiji značajno su povezani sa potencijalnim zlostavljanjem, a PTSP je bio značajno negativno povezan sa fizičkim kažnjavanjem od strane roditelja (Cohen i sar., 2008).

Nalazi istraživanja su takođe objasnili ulogu koju roditeljski stil ima u odnosu na intergeneracijsko prenošenje traume. U studiji u kojoj je učestvovalo 46 srednjoškolki i njihovih majki koje su preživele genocid u Kambodži, nađeno je da su simptomi PTSP-a majki bili prediktori za pojavu anksioznosti kod njihovih ćerki (Field i sar., 2013). Štaviše, dobijeno je da roditeljski stil posreduje u odnosu između simptoma majki i simptoma ćerki. Alen predlaže da se intergeneracijska trauma može preneti kroz nerazrešen dezorganizovani emocionalni odnos (Allen, 2012). Autor objašnjava da se ovaj intergeneracijski prenos traume ne završava u odnosu roditelj-dete, već se prenosi i nadalje između više generacija iste porodice, usled nedostatka poverenja i dubokih emocionalnih konflikata. Tako su i nalazi istraživanja Delkera i saradnika sprovedenog na uzorku od 488 majki, slično Alanovoj studiji, pokazali da je istorija zlostavljanja majki indirektno predvidela teškoće u samoregulaciji njihove dece (Delker i sar., 2014). Materinska istorija zlostavljanja u detinjstvu i roditeljstvo u ranom životu deteta, shodno autorima, mogu imati dugoročne razvojne implikacije u samoregulaciji dece.

Podaci iz istraživanja Zamira i Lavija pokazali su da je zlostavljanje u detinjstvu povezano sa višim nivoima nasilja u partnerskih odnosima, nižim bračnim kvalitetom i negativnim roditeljstvom (Zamir i Lavee, 2016). Utvrđeno je da je visok nivo emotivne reaktivnosti posredovao između zlostavljanja deteta i nasilja u partnerskim odnosima. Među ženama sa visokim nivoom emotivne reaktivnosti, zlostavljanje u detinjstvu imalo je snažniji negativan uticaj na kvalitet odnosa, nego kod žena sa niskim nivoom emocionalne reaktivnosti. Autori zaključuju da emocionalna reaktivnost (kao jedna od dimenzija diferencijacije selfa) predstavlja zaštitni faktor protiv kasnije re-viktimizacije u intimnim odnosima.

Mnogi nalazi istraživanja potvrdili su prethodne nalaze o odnosu diferencijacije selfa roditelja i traume kod potomstva. U njima je dobijeno da je ponašanje roditelja direktno povezano sa diferencijacijom selfa ispitanika u uslovima kada su roditelji koristili autoritaran stil (Ragelienė i Justickis, 2016; Schwartz i sar., 2006; Wang i Wang, 2018). Sa druge strane, utvrđeno je da su visoka porodična diferencijacija i autoritativan roditeljski stil međusobno uporedivi pojmovi, s obzirom da se oba konstrukta mogu opisati kroz balans odgovarajućih granica ili očekivanja sa fleksibilnošću i toplinom roditelja. Paralelno sa nalazima o autoritativnom roditeljstvu, „kombinacija visoke tolerancije individualnosti i visoke tolerancije intimnosti (koja se naziva visoka porodična diferencijacija) povezana je sa najvišim nivoima funkcionisanja adolescenata i porodice (Gavazzi, 2011). Pozitivna korelacija autoritativnog roditeljskog stila i self diferencijacije, po ovom autoru, potvrđena je na uzorku 804 adolescenata (starosti od 14 do 18 godina). Slično tome, opis niske porodične diferencijacije (sa niskom tolerancijom i niskom individualnošću, haotičnim granicama i ugroženim porodičnim funkcionisanjem) se uklapa u opis odbacivanja-zanemarivanja dece od strane roditelja (Ragelienė i Justickis, 2016). Rezultati istraživanja su takođe ukazali da niska roditeljska samodiferencijacija može uticati na razvoj traume kod potomstva (Gelles i Staus, 1987; Pianta i sar., 1989; Whipple i Webster-Stratton, 1991). Nedostatak roditeljskih veština u kombinaciji sa lošom emocionalnom regulacijom kod roditelja koji su bili fizički zlostavljani predstavljaju glavne faktore rizika za grubo fizičko kažnjavanje dece (Azar i Twentiman, 1986; Egeland i sar., 1981). Tako su Zamir i Lavi zaključili da je regulacija emocija (kao jedna od dimenzija samodiferencijacije) jedan od važnih zaštitnih faktora od re-traumatizacije (Zamir i Lavee, 2016).

## **7.7. Odnos između stila roditeljstva, kompleksnog PTSP-a i roditeljskih zaštitnih faktora**

Procena je da će oko 30% roditelja koji su u detinjstvu bili zlostavljani i sami zlostavljati svoju decu (Kaufman i Zigler, 1987). Teorijska objašnjenja ovog procesa usredsređena su uglavnom na modele učenja i emocionalne vezanosti (George, 1996; Main i Goldwyn, 1984; Morton i Browne, 1998; Muller i sar., 1995; Zuravin i sar., 1996). Dalje, literatura navodi da istorija zlostavljanja majke može biti snažan prediktor rizika za zanemarivanje dece, a ipak većina zlostavljanih majki prekida međugeneracijske cikluse zlostavljanja i zanemarivanja. Empirijska istraživanja su potvrdila uspešnost onih roditelja koji su imali socijalnu podršku da prekinu ovaj intergeneracijski prenos (Main i Goldwyn, 1984; Morton i Browne, 1998; Zuravin i sar., 1996).

Malo se zna o tome koji su zaštitni faktori koji podržavaju prekid u intergeneracijskoj transmisiji traume. U studiji Dim Bartlet i Estherbrooksa uzrast je moderirao odnos između majčine istorije zlostavljanja i zanemarivanja deteta, a prisustvo socijalne podrške moderirao odnos između zanemarivanja dece i empatije majke (Dym-Bartlett i Easterbrooks, 2015). Majke koje su bile zanemarene u detinjstvu su imale veći stepen empatije kada su imale dostupnu socijalnu podršku. Nalazi studije ističu značaj rezilijentnosti roditelja da prevaziđu traumu, smanje rizik od zanemarivanja i zlostavljanja dece i takođe ističu razumevanje zaštitne uloge koje socijalna podrška ima u ovom odnosu.

U istraživanju Skovron i Plat, autori su želeli da ispitaju ulogu teorije porodičnog sistema u predviđanju fizičkog potencijala za zlostavljanje dece. Autori su otkrili da će veća samodiferencijacija i porast samopoštovanja u odnosima, uz bolje veštine rešavanja problema, biti prediktori niskog potencijala za zlostavljanje dece (Skowron i Platt, 2005). Istraživači su zaključili da ljudi sa niskom diferencijacijom selfa mogu aktivirati odbrambeni mehanizam fuzije ili emocionalnog prekida kao reakciju na stres i zbog toga mogu osećati povišenu anksioznost (Griffin i Apostol, 1993; Nichols i Schwartz, 2000). Zbog svojih funkcionalnih načina prevazilaženja traumatskih događaja, ljudi sa većom self diferencijacijom reaguju sa manje stresa u odnosu na psihološku traumu (Bowen, 1978). Oni imaju veći osećaj smirenosti i stabilnosti nakon traume, u poređenju sa onima koji su bili emocionalno reaktivni i koji su imali veću fuziju i emocionalni prekid. Skovron i Dendi su istakli da self diferencijacija može predvideti i veću samokontrolu (Skowron i Dendi, 2004). Veća sposobnost zauzimanja Ja-pozicije u vezama, sa smanjenom emocionalnom reaktivnošću, prema ovim autorima, bila je jedinstven prediktor uspešne samodiferencijacije. Neki autori definišu

Ja-poziciju kao sposobnost pojedinca da aktivno reguliše svoju hiperaktivnost i sopstvena osećanja (Derriberry i Rothbart, 1988; Rothbart i sar., 2000). Visok nivo self diferencijacije utiče na funkcionalna ponašanja, inhibira negativna i uključuje adaptivno rešavanje problema što dovodi do pozitivnog roditeljstva (Derriberry i Rothbart, 1988; Rothbart i sar., 2000). Osobe sa višom emocionalnom regulacijom pokazuju veću otpornost na traumu i time bolje reaguju na stresore i brže se oporavljaju od simptoma PTSP-a (Showers i Ryff, 1996; Skowron i sar., 2010).

Naše istraživanje bazirano je na prethodno navedenim teorijama koje zastupaju stanovište o povezanosti faktora rizika, kao što su broj doživljenih trauma, simptomi kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja, ACE iskustvo i roditeljskog stil, kao i na grupi teorija koje tvrde da je uloga zaštitnih faktora veoma važna u objašnjavanju odnosa traume roditelja i njihovog roditeljskog stila. Iz tog razloga odlučili smo da uvedemo ove faktore rizika, kao i zaštitne faktore u naše istraživanje.

## **METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA**

## 8. PROBLEM I CILJEVI ISTRAŽIVANJA

---

### 8.1. Problem istraživanja

Pregledom savremene literature ustanovljeno je da su se istraživači bavili odnosom složene traume i kompleksnog PTSP-a i roditeljskog stila, zatim odnosom self diferencijacije i roditeljstva, kao i povezanošću socijalne podrške i rezilijentnosti sa emocionalnom toplinom kao dimenzijom roditeljstva. Međutim, nijedno od ovih istraživanja nije obuhvatilo sve ove promenljive i njihove uzajamne odnose. U ovom istraživanju želeli smo da ispitamo da li postoje korelacije između dimenzija diferencijacije selfa roditelja i roditeljskog ponašanja, odnosno roditeljskog stila prihvatanja-odbacivanja, kod grupe majki koja je iskusila kompleksnu traumu i imala dijagnozu kompleksnog PTSP-a i kontrolne grupe majki koja nije imala ovu dijagnozu. Takođe smo ispitali da li postoje korelacije između doživljene traume i roditeljskog stila ispitanika i njihovih roditelja. Dodatno smo ispitivali koju ulogu imaju protektivni faktori, kao što su procenjena socijalna podrška, rezilijentnost i diferencijaciju selfa ispitivanih majki, u odnosu između kompleksnog PTSP i roditeljskog stila.

Dimenzije diferencijacije selfa definisane su saglasno Bovenom modelu (Bowen, 1978) koji podrazumeva postojanje četiri dimenzije samodiferencijacije: Ja-pozicija, emocionalna regulacija, fuzija sa drugima i emocionalno odbijanje. Za definisanje roditeljskog stila odabran je model Rohnera koji je predstavljen kroz prihvatajuću/odbacujuću dimenziju roditeljstva i koji ima sledeće modalitete: 1) hladno i nepromenjivo ponašanje sa jedne strane i toplina i ljubav roditelja sa druge strane, 2) neprijateljsko i agresivno ponašanje, 3) ravno-dušno i zanemarujuće ponašanje, 4) nediferencirano odbacivanje deteta i 5) kontrola (Rohner, 1984, 2004). Ispitivani su i odnosi između dimenzija kompleksnog PTSP-a i dimenzija roditeljskog stila, kao i dimenzije diferencijacije selfa, rezilijentnosti i procenjene socijalne podrške. Kompleksni PTSP je predstavljen kroz model Pelkovića koji ima sledeće komponente: 1) emocionalnu disregulaciju; 2) poremećaj pažnje ili svesti; 3) nisko samopoštovanje; 4) poremećene odnose sa drugima; 5) gubitak smisla; i 6) somatizaciju (Pelcovitz i sar., 1997). Dodatno je ispitivana povezanost kompleksnog PTSP-a, diferencijacije selfa i odbacujućeg roditeljskog stila sa sociodemografskim varijablama (uzrast ispitanika, broj dece u porodici,

starost dece, struktura porodice (samohrani roditelji, žive u braku) i broj traumatskih događaja, vreme kada se traumatski događaj desio i dostupnost porodičnim resursima. Na kraju, kako bi se utvrdio prenos roditeljskog stila ispitivano je kako je roditeljski stil ispitanika povezan sa percepcijom roditeljskog stila njihovih roditelja.

## **8.2. Teorijski i praktičan značaj istraživanja**

Teorijski značaj istraživanja se ogleda u daljem otkrivanju veza između sledećih teorijskih koncepata: Diferencijacije selfa, Pelcovicevog koncepta kompleksnog PTSP-a i IPART teorije o dimenziji prihvatanja/odbacivanja kao roditeljskog stila. Dodatno, uz uključivanje preventivnih faktora, kao što su rezilijentost osobe i procenjena socijalna podrška, možemo ispitati nove modele odnosa koji učestvuju u smanjivanju odbacujućeg roditeljskog stila. Ovo istraživanje doprinosi boljem razumevanju roditeljskog ponašanja, kako sa aspekta traume i simptoma kompleksnog PTSP-a, tako i sa aspekta protektivnih faktora, self-diferencijacije, procenjene socijalne podrške i rezilijentosti. Tumačenje povezanosti ovih faktora sa roditeljskim stilom ima i praktičnu vrednost.

Praktičan značaj istraživanja ogleda se u mogućnosti primene rezultata u svrhu poboljšanja odnosa između roditelja i dece, kroz terapijske intervencije i preventivne programe u kojima bi poseban značaj dobili zaštitni faktori u podizanju dece u cilju pravovremene prevencije traumatskih iskustava i sprečavanja prenosa neadekvatnih roditeljskih stilova. Istraživanje će doprineti da se razumeju različita roditeljska ponašanja kako bi se obezbedile odgovarajuće intervencije. Obuka roditelja u metodama izgradnje emocionalne samoregulacije može biti koristan dodatak treningu za roditelje koji su preživeli traumu. Kako bi obuka bila uspešna, roditelji će možda morati da rade na tome da razviju ponašanja koja bi bila različita od onih u porodici porekla (Bowen, 1978). Svesnost o prenosu ovih neproduktivnih obrazaca predstavlja prvi korak u izboru drugačijih i funkcionalnih postupaka prema svojoj deci. Istovremeno, prepoznavanje psiholoških problema nastalih kao posledica traume veoma je važno za dugoročni uspeh u izgradnji roditeljske samoefikasnosti i samopouzdanja.



### 8.3. Ciljevi istraživanja

Opšti cilj ovog istraživanja je ispitati relacije između dimenzija diferencijacije selfa, kao protektivnog faktora u razvoju kompleksnog PTSP-a i roditeljskog stila koji se odnosi na prihvatanje ili odbacivanje deteta kod grupe ispitanika koja je iskusila kompleksnu traumu i grupe koja nije imala ovaj vid traume. Ispitaće se i da li će procenjena socijalna podrška, kao protektivni faktor, posredovati u odnosu između kompleksnog PTSP-a i prihvatajućeg-odbacujućeg roditeljskog stila majke. Takođe će se istražiti da li postoje korelacije između aktuelnog roditeljskog stila ispitanika i procene o roditeljskom stilu njihovih roditelja.

Polazeći od opšteg cilja, formulisano je nekoliko specifičnih ciljeva istraživanja:

1. Ispitati da li postoji razlika u roditeljskom stilu kod grupe koja je preživela kompleksnu traumu u odnosu na grupu bez kompleksne traume.
2. Ispitati da li postoje korelacije dimenzija kompleksnog PTSP-a (emocionalne disregulacije, poremećaja pažnje, niskog samopoštovanja, poremećenih odnosa, somatizacije i gubitka smisla) i dimenzija prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila (hladnoće, agresivnosti, zapostavljanja, ravnodušnog odbijanja i kontrole) kod grupe ispitanica sa kompleksnom traumom.
3. Ispitati da li postoje korelacije dimenzija diferencijacije selfa (Ja- pozicije, fuzije sa drugima, emotivnog odvajanja, i emotivne reaktivnosti) i dimenzija prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila (hladnoće, agresivnosti, zapostavljanja, ravnodušnog odbacivanja i kontrole) kod obe grupe ispitanica.
4. Ispitati da li postoje korelacije dimenzija diferencijacije selfa (Ja- pozicije, fuzije sa drugima, emotivnog odvajanja, i emotivne reaktivnosti) i dimenzija kompleksnog PTSP-a (emocionalne disregulacije, poremećaja pažnje, niskog samopoštovanja, poremećenih odnosa, somatizacije i gubitka smisla) kod grupe ispitanica sa kompleksnom traumom.

5. Ispitati da li postoje korelacije između protektivnih faktora (procenjene socijalne podrške i rezilijentosti), faktora rizika (dimenzija kompleksnog PTSP-a, ACE skora, broja doživljenih trauma) i roditeljskog stila ispitanica koje su preživele kompleksnu traumu.
6. Ispitati povezanost između ukupnog broja doživljenih trauma, broja negativnih iskustava iz detinjstva (ACE skor), starosti ispitanice kada se trauma desila i dimenzija kompleksnog PTSP-a, dimenzija self-diferencijacije i roditeljskog stila ispitanica sa kompleksnom traumom.
7. Ispitati korelacije između broja doživljenih trauma majke i oca ispitanice, dimenzija njihovog roditeljskog stila i dimenzija roditeljskog stila ispitanice
8. Ispitati da li broj negativnih iskustava u detinjstvu (ACE skor) i dimenzije kompleksnog PTSP-a, kao faktori rizika, mogu predvideti roditeljski stil.
9. Ispitati koji od protektivnih faktora (procenjena socijalna podrška i rezilijentnosti) mogu predvideti roditeljski stil.
10. Ispitati da li su dimenzije diferencijacije selfa (Ja-pozicije, fuzije sa drugima, emotivnog odvajanja i emotivne reaktivnosti) značajni prediktori dimenzija roditeljskog stila kod obe grupe ispitanica. Takođe ispitati da li postoje i kakve su razlike u dobijenim rezultatima na poduzorcima roditelja.
11. Ispitati da li je procenjena socijalna podrška medijator odnosa između K-PTSP-a i roditeljskog stila kod grupe sa kompleksnom traumom.
12. Ispitati da li se na osnovu procenjenog roditeljskog stila roditelja ispitanika može predvideti roditeljski stil ispitanika.
13. Ispitati da li postoje korelacije između faktora rizika (kompleksnog PTSP-a, ukupnog broja doživljenih trauma i ACE-a), protektivnih faktora (diferencijacije selfa, procenjene socijalne podrške i rezilijentnosti), roditeljskog stila i sociodemografskih varijabli: starost ispitanice, obrazovanje, prihod, bračni status, radni status, broj dece, starost dece i procena porodičnih resursa kod obe grupe ispitanika.

## 9. VARIJABLE ISTRAŽIVANJA

---

S obzirom na to da se radi o neeksperimentalnom istraživanju, može se govoriti o uslovno nezavisnim i uslovno zavisnim varijablama. Status uslovno nezavisne varijable imaju diferencijacija selfa, procenjena socijalna podrška, rezilijentnost, ACE skor, vrsta i broj trauma, roditeljski stil u porodici porekla, kao i kompleksni PTSP. Status uslovno zavisne varijable ima prihvatajući/odbacujući roditeljski stil.

### 9.1. Nezavisne varijable

*Diferencijacija selfa* predstavljena je kroz četiri dimenzije: emocionalna reaktivnost, fuzija, Ja-pozicija i emocionalno odvajanje. Ove dimenzije diferencijacije selfa operacionalizovane su preko skorova na DSI upitniku, Differentiation of Self Inventory, kraća verzija (Skowron i Friedlander, 1998).

*Emocionalna reaktivnost (ER skala)* se koristi za identifikaciju kapaciteta selfa da ne bude preplavljen uticajem emocionalne reakcije na stres. Osoba sa nižim rezultatom na ovoj skali može da reaguje manje emocionalno intenzivno, a samim tim ima i manju emocionalnu reaktivnost i time pokazuje veću samodifirenciju (Bowen, 1978).

*Fuzija (FO skala)* konstituisana da odražava tendenciju zapletenosti sa drugima (Bowen, 1978). Visoki rezultati na ovoj skali pokazuju da je osoba manje sposobna da izrazi sopstvena uverenja, vrednosti i misli nezavisno od drugih članova porodice (Bowen, 1978).

*Emocionalno odvajanje (EC skala)* predstavlja potrebu pojedinca da se emocionalno izoluje tokom stresne situacije (Skowron i Friedlander, 1998). Veće vrednosti na skali EC odražavaju rigidne emocionalne granice.

*Ja-pozicija (IP skala)* meri sposobnost osobe da predstavi svoje misli i vrednosti uprkos pritisku iz okoline (Bowen, 1978). IP skala odražava sposobnost pojedinca da razvije zdrave lične granice, što samim tim ukazuje na višu samodifirenciju selfa.

*Kompleksni PTSP* predstavlja opšti obrazac prilagođavanja, koji se javlja kao odgovor na višestruku traumatizaciju (Courtois, 2004). Kompleksni PTSP predstavljen je kroz šest dimenzija: 1) emocionalna disregulacija; 2) poremećaj pažnje 3) nisko samopoštovanje; 4) poremećeni odnosi;

5) nedostatak smisla; i 6) somatizaciju. Ove dimenzije kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja operacionalizovane su preko skora na Upitniku samoprocene za poremećaje ekstremnog stresa (SIDES-SR) (Pelcovitz i sar., 1997).

**Procenjena socijalna podrška** predstavlja procenu socijalne podrške kroz tri različita resursa: podršku porodice, podršku prijatelja i ostalih značajnih ljudi u životu pojedinca. Procenjena socijalna podrška operacionalizovana je preko Multidimenzionalne skale procenjene socijalne podrške (MSPSS) (Zimet i sar., 1988).

**Rezilijentnost** predstavlja sposobnost prilagođavanja pojedinca nakon suočavanja sa pretrećom situacijom (Agabi i Wilson, 2005; Bonnano i Macini, 2012) i često je korišćena kao preventivni faktor u odnosu na traumu i kompleksni PTSP. Ona je definisana kroz pet generalnih dimenzija: ličnu kompetentnost, verovanje o sopstvenim instinktima, prihvatanje promena, samokontrolu i prisustvo duhovnosti. Rezilijentnost je operacionalizovana skorom na Konor-Davidsonoj skali rezilijentnosti (CD-RISC) (Connor i Davidson, 2003).

**Vrsta traumatskog događaja.** Ispitali smo da li je ispitanica odgovorila pozitivno na iskustvo sledećih traumatskih događaja:

*Istorija seksualnog zlostavljanja u detinjstvu.* Ovo je bila dihotomna varijabla sa nivoima da i ne. Ispitivano je da li je osoba doživela seksualno zlostavljanje, na kom uzrastu i koliko puta je bila izložena ovoj traumi, kao i da li ih je odrasla osoba (ili osoba najmanje 5 godina starija) dodirivala, milovala i / ili da li je pokušala imati ili imala oralni, analni ili vaginalni seks sa ispitanicom (prema ACE inventaru) (Felitti i Anda, 1998).

*Fizičko zlostavljanje iz detinjstva.* Ovo je takođe bila dihotomna varijabla sa nivoima da i ne. Ispitanici su ocenjeni kao da su doživeli fizičko zlostavljanje, ako su prijavili da ih je roditelj ili druga odrasla osoba u domaćinstvu često gurala, grabila, šamarala ili ih nečim gađala, ili ako su bili toliko udarani da su imali modrice ili su bili povređeni. (prema ACE inventaru) (Felitti i Anda, 1998).

*Svedoci porodičnog nasilja ili zlostavljanja.* Ovo je bila dihotomna varijabla sa nivoima da i ne. Učesnici su dobili ocenu 1 ukoliko su bili svedoci porodičnog nasilja u detinjstvu, na šta ukazuju pozitivni odgovori na sledeća pitanja o njihovoj porodici: „Koju vrstu psihološke traume ste doživeli?“ i „Kada ste bili dete, da li je Vaša majka ili maćeha često bila gurana, šamarana ili gađana nekim objektom ili je ponekad ili često udarana pesnicom ili nekim teškim objektom, kao i da li je imala pretnju napada pištoljem ili nožem od strane člana porodice? ", (prema ACE inventaru) (Felitti i Anda, 1998).

*Doživljeni seksualni napad ili silovanje.* Doživljeni seksualni napad u odrasloj dobi također je registrovan kao dihotomna varijabla sa nivoima da i ne.

*Verbalno zlostavljanje u detinjstvu.* Ovo je također bila dihotomna varijabla sa nivoima da i ne. Odgovor je ocenjen sa 1 ukoliko su ispitanice dale potvrđan odgovor na pitanje da li su imale roditelja ili drugu odraslu osobu u domaćinstvu koja ih je često nazivala pogrdnim imenima, vređala ili verbalno ponižavala.

*Fizičko i emocionalno zapostavljanje.* Ovo je bila dihotomna varijabla sa nivoima da i ne. Učesnici su pitani da li su imali hrane u detinjstvu, da li su morali da nose prljavu odeću i osećali se kao da nisu imali nikog da ih zaštiti, prema ACE inventaru (Felitti i Anda, 1998).

*Fizički napad u odrasloj dobi.* Ovo je bila dihotomna varijabla sa nivoima da i ne. Učesnici su dobili ocenu 1 ako su potvrđno odgovorili na pitanje da li su bili fizički napadnuti.

*Razvedeni roditelji.* Ovo je bila dihotomna varijabla. Ispitanici su odgovorili sa da ili ne na pitanje da su njihovi roditelji bili razvedeni.

*Upotreba alkohola i droga od strane roditelja.* Od ispitanica se tražilo da pozitivno ili negativno odgovore na pitanje: Da li ste živeli sa nekim ko je bio alkoholičar ili je koristio ulične droge? (prema ACE inventaru) (Felitti i Anda, 1998).

*Ugroženo mentalno zdravlje roditelja.* Ovo je također bila dihotomna promenljiva sa nivoima da i ne. Učesnici su dobili skor 1 ukoliko su prijavili da je neki član domaćinstva bio depresivan ili mentalno bolestan ili ako je član domaćinstva pokušao samoubistvo, prema ACE inventaru (Felitti i Anda, 1998).

*Gubitak značajane osobe.* Ovo je bila dihotomna varijabla sa nivoima da i ne.

*Mučenje, bolest, rat ili fizička bolest roditelja, kao i bolest članova porodice* također su bile dihotomne varijable sa nivoima da i ne

**Vrsta traume** koje su ispitanice iskusile tokom svog života registrovana je na Opštem upitniku.

*Negativna iskustva iz detinjstva (ACE).* ACE meri 10 vrsta trauma iz detinjstva od kojih su 5 traume lične prirode, kao na primer - fizičko, verbalno, seksualno, fizičko zanemarivanje i emocionalno zanemarivanje. Ostalih 5 trauma odnose se na ostale članove porodice: roditelj koji je alkoholičar, majka - žrtva porodičnog nasilja, član porodice u zatvoru, član porodice sa dijagnozom mentalne bolesti i gubitak roditelja razvodom, smrću ili napuštanjem. Svaka vrsta pomenute traume računa se kao jedan ACE skor. Tako na primer, osoba koja je fizički zlostavljana, sa jednim

roditeljem alkoholičarom i majkom koja je zlostavljana ima ACE ocenu - tri. Teorija tvrdi da prisustvo velikog broja averzivnih iskustava (3+) može dovesti do ozbiljnih komplikacija kasnije u životu vezanih za probleme u fizičkom i mentalnom zdravlju (Dube i sar., 2003; Felliti i sar., 1998). ACE iskustva operacionalizovana su skorom na ACE upitniku (Dube i sar., 2003; Felliti i sar., 1998). Ova varijabla uvedena je u istraživanje iz dva razloga: 1) kao dodatak opštem upitniku, kako bi uključili sve moguće traume iz detinjstva i 2) kako bi ispitali povezanost ukupnog ACE skora u odnosu na intergeneracijski prenos traume, kao što je predloženo u ranijim istraživanjima (Asmussen i sar., 2019).

**Vreme kada se trauma** desila odnosi se na uzrast ispitanika kada su doživeli traum. Odgovori o uzrastu kada se trauma desila operacionalizovani su na Opštem upitniku sa kategorijama: 1) prenatalni period, 2) 0-2 godine, 3) 3-6 godina, 4) 7-12 godina, 5) 13-18 godina, 6) 19-40 godina, 7) 41-60 godina, 8) posle 60.-te godine, 9) ne znam. Ukupan broj preživljenih trauma izračunat je zbirom trauma koje je ispitanica preživela.

**Prihvatajući/odbacujući roditeljski stil majke i oca** ispitanice predstavljaju nezavisne varijable u istraživanju. Odgovori o roditeljskom stilu operacionalizovani su *Upitnikom roditeljskog prihvatanja/odbacivanja i kontrole* (verzija za evaluaciju roditelja) (Parental Acceptance-Rejection/Control Scale – Short Form (PARQ/Control-SF); Rohner i Sumbleen, 2016), skraćena verzija. Ove dve varijable uvedene su u istraživanje kako bi se utvrdilo koliki je njihov doprinos u roditeljskom stilu ispitanice. Oba upitnika imaju ista pitanja, sa naznačenom razlikom između majke i oca. Ispitanica daje odgovore u odnosu na pet dimenzija roditeljskog stila (ponašanja) za majku i oca: 1) hladno i nepromjenjivo, suprotno od topline i ljubavi, 2) neprijateljski i agresivno, 3) zanemarujuće, 4) ravnodušno odbijanje i 5) kontrola.

## 9.2. Zavisna varijabla

Status uslovno zavisne varijable ima roditeljski stil ispitanice.

Percepcija o roditeljskom prihvatanju/odbacivanju predstavlja veoma važnu dimenziju roditeljstva. Roditeljski stil predstavljen je kao jedna varijabla sa dva pola. Jedan kraj dimenzije ove varijable obeležen je roditeljskim prihvatanjem, koji se odnosi na toplinu, naklonost, negu, udobnost, zabrinutost, podršku ili jednostavno ljubav koju deca mogu iskusiti od svojih roditelja i drugih negovatelja. Drugi kraj kontinuuma ove varijable obeležen je odbacivanjem roditelja, koji se

odnosi na odsustvo ili značajno povlačenje ovih osećanja i ponašanja i prisustvo raznih fizičkih i psiholoških povređujućih ponašanja i uticaja.

Prihvatajuća-odbacujuća varijabla roditeljskog stila može se izračunati kombinacijom pet dimenzija: 1) hladno i nepromjenjivo, suprotno od topline i ljubavi, 2) neprijateljski i agresivno, 3) zanemarujuće, 4) ravnodušno odbijanje i 5) kontrola. Stepem izraženosti na ovoj varijabli ukazuje na stepen odbacivanja od strane roditelja. Što su rezultati na ovoj varijabli manji, broj negativnih roditeljskih ponašanja je manji i time izraženost odbacujućeg roditeljskog stila smanjena. Varijabla roditeljskog prihvatanja-odbacivanja operacionalizovana je preko skora na Upitniku roditeljskog prihvatanja/odbacivanja – verzija za odrasle (PARQ) (Rohner i Sumbleen, 2016).

### 9.3. Sociodemografske varijable

U istraživanje su uključene i **sociodemografske varijable**, sa namerom da se proverí njihova povezanost sa glavnim varijablama. Od sociodemografskih varijabli ispitivali smo: 1) Starost ispitanika (navršene godine starosti u trenutku ispitivanja po grupama: 19-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64), 2) broj dece u porodici (ukupan broj dece o kojima se ispitanica stara), 3) starost dece u porodici (0-1; 2-4; 5-9; 10-12; 13-18), 4) stepen obrazovanja majke (Osnovna škola, Srednja škola, Diploma sa koledža, Više obrazovanje, Diplomске studije, Post-diplomske studije), 5) radni status majke (Zaposlena – puno radno vreme, Zaposlena - skraćeno radno vreme, Traži posao, Ne traži posao (Bolovanje, Penzija)), 6) bračni status majke (Udata/Vanbračna veza, Razvedena, Rastavljena, Udovica, Neudata) 7) Primanja (Ispod linije siromaštva, Skromni prihod, Prosečan prihod, Dobar prihod) i 8) porodični resursi. Porodični resursi se odnose na procenu ispitanika o dostupnosti resursa vezanih za sledeće porodične potrebe: podrška razvoju, očuvanju zdravlja, uslovnost stanovanja, podrška porodice, komunikacija, zaposlenost, briga o deci i lični resursi. Smatra se da ukoliko bazične porodične potrebe nisu zadovoljene, porodice se mogu naći u krizi koja trenutno ili dugotrajno može stati na put oporavku od kompleksne traume (Fisher i Ogden, 2013). Porodični resursi su operacionalizovani rezultatima na upitniku o percepciji porodičnih resursa (Dunst i Leet, 1987).

## 10. Instrumenti istraživanja

---

### 10.1. Upitnik za merenje kompleksne traume

Složeni simptomi kompleksne traume mereni su *Upitnikom za poremećaje ekstremnog stresa* (Structured intervju for disorders of extreme stress (SIDES-SR); Pelcovitz i sar., 1997). Četrdeset pet stavki procenjuju prisustvo i/ili ozbiljnost poremećaja ekstremnog stresa. SIDES-SR se sastoji od šest glavnih skala: emocionalna disregulacija (19 stavki, npr., „Potrebno mi je mnogo vremena da se smirim kada sam pod stresom“), poremećaj pažnje ili svesti (5 stavki, npr., „Ponekad se osećam nerealno, kao da sam u nekom snu ili da sve posmatram iza staklenog zida“); izmene u samopoštovanju (6 stavki, npr., „Osećam hroničnu krivicu vezanu za različite stvari“); poremećene odnose sa drugima (5 stavki, „Izbegavam da sam u vezi sa drugim ljudima“); somatizacija (5 stavki, npr., „Ja patim od hroničnog bola“); i nedostatak smisla (5 stavki, npr., „Verujem da je život izgubio smisao“). Prisustvo simptoma ocenjeno je prisustvom ili odsustvom simptoma u odnosu na prethodni mesec. Zadatak ispitanica bio je da na skali od 0 do 3 (0 - „nemam simptom“, 1 - „imam simptom malog intenziteta“, 2 - „imam simptom srednjeg intenziteta“, 3 - „imam simptom veoma jakog intenziteta“) oceni intenzitet simptoma. Pored toga, ispitanice su mogle koristiti i odgovor "nije primenjivo", koji je predstavljao 4-tu ponuđenu opciju.

Od 2019. obustavljeni su planovi za dalju validaciju ili ažuriranje SIDES-SR instrumenta. Njegova konstrukcija nije bila usklađena sa formulacijom kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja, onako kako je ona definisana u 11. izdanju Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD-XI) (WHO, 2018). Shodno tome, ne može se preporučiti kontinuirano oslanjanje na SIDES-SR s' obzirom na to da je nezvanični dijagnostički instrument za kompleksnu traumu. Ipak, SIDES-SR instrument meri više domena i brojne simptome složene adaptacije na traumu u odnosu na ostale instrumente za procenu kompleksnog PTSP-a. Stoga SIDES-SR ostaje koristan iz dva razloga: (1) za kliničko istraživanje složenosti adaptacije na hronične, rane i interpersonalne oblike traume; i (2) za psihoterapijsku procenu klijenata u smislu identifikovanja složenih simptoma traume i povezanog funkcionalnog oštećenja (što trenutno nije adekvatno pokriveno drugim skalama postoje-



ćih baterija kliničke dijagnostike). Upravo iz ova dva razloga, odlučili smo da koristimo ovaj inventar u istraživanju, jer pokriva veliki opseg simptoma koji se nužno ne mogu identifikovati drugim upitnicima za procenu kompleksnog PTSP (npr., TSI-2; Briere, 2011).

Veliki broj studija je ispitivao pouzdanost i validnost SIDES-SR instrumenta (de Jongh i sar., 2005; Pelcovitz i sar., 1997; Zlotnik i sar., 1997). Verzija SIDES-a za intervju pokazala je dobru pouzdanost na osnovu saglasnosti među procenjivačima (Kappa = .81), kao i internu konzistenciju (koeficijent alfa se kretao od .53 do .96) (Pelcovitz i sar., 1997). Interna konzistencija upitnika samoprocene ispitana je na poduzorku od 61 učesnika (van der Kolk i sar., 2019). Interna konzistencija cele skale bila je visoka (alfa = .93), a sve podskale, sa izuzetkom somatizacije (Alfa = .68), pokazale su zadovoljavajuću internu konzistenciju (alfa se kretala od .74 do .90). Ovi rezultati sugerišu da se mera samoprocene može pouzdano tumačiti u kontinuitetu, mada subskalu somatizacija treba tumačiti oprezno. Generalno, još uvek ne postoji jedinstveni upitnik za dijagnozu poremećaja kompleksnog PTSP-a. Naime, iako mnogi trenutno korišćeni testovi poseduju dobru internu konzistenciju, njihova klinička primenljivost je još uvek nepoznata. Dodatno, neke od mera kompleksne traume još uvek nisu normirane u odnosu na opštu populaciju, što čini da kliničari još uvek ne mogu uporediti dobijeni rezultat u odnosu na normativne skorove. Dobijena interna pouzdanost SIDES-SR upitnika samoprocene drugog istraživanja (van der Kolk i sar., 2019), kao i našeg uzorka prikazana je u tabeli 8.

**Tabela 8**

*Mere interne konzistencije upitnika za procenu simptoma kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja*

Skale	Broj ajtema	Kronbah $\alpha$ (van der Kolk i sar., 2019)	Kronbah $\alpha$ (na uzorku istraživanja)
Emotivna disregulacija	19	0,90	0,94
Poremećaj pažnje	5	0,76	0,93
Nisko samopoštovanje	6	0,77	0,94
Poremećeni odnosi	5	0,74	0,92
Somatizacija	5	0,68	0,84
Gubitak smisla	5	0,78	0,86

Mere dobijene u našem istraživanju pokazale su veoma dobru unutrašnju konzistenciju (tabela 8).

## **10.2. Upitnik za merenje negativnih (averzivnih) iskustava iz detinjstva (ACE)**

ACE skor operacionalizovan je *Upitnikom za merenje negativnih iskustava iz detinjstva* (Adverse childhood experiences (ACE) scor; Felitti i sar., 1998). ACE upitnik sastoji se od 10 pitanja. Na svako od pitanja odgovara se jednostavnim da ili ne odgovorom. Ovih 10 pitanja podeљeno je u tri grupe: 1) iskustva vezana za zlostavljanje (3 stavke, npr. „*Da li su te roditelj ili neka druga odrasla osoba u tvom domaćinstvu ikada psovali, ponižavali ili vređali*“, ili „*Da li te je ikada osoba koja je 5 i više godina starija od tebe ikada dodirivala na seksualan način, ili te terala da ti nju dodiruješ, ili je pokušala da ima seks sa tobom*“), 2) iskustva vezana za različite oblike izloženosti nasilju ili negativnim situacijama u porodici porekla (5 stavki, npr. „*Da li su se tvoji roditelji ili druge odrasle osobe sa kojima si živeo/la ikada udarali, šutirali, ili bili udarani*“ ili „*Da li je ikada neki član tvoje porodice bio u zatvoru*“) i 3) pitanja vezana za zapostavljanje i zanemarivanje u porodici porekla (2 stavke, npr. „*Da li su odrasli u tvom domaćinstvu ikada pokušali da te zaštite*“ ili „*Da li su tvoje osnovne potrebe bile zadovoljene*“). „Da“ odgovor na ovim pitanjima dobija ocenu 1, dok je odgovor „Ne“ skorovan rezultatom 0. Zbir ovih odgovora predstavlja ACE

skor. Interna konzistencija cele skale bila je visoka (alfa = .88) (Anda i sar., 2006), dok je na našem uzorku vrednost dobijenog Kronbah alfa iznosila 0.87.

### 10.3. Upitnik za merenje diferencijacije selfa

Diferencijacija selfa operacionalizovana je *Upitnikom za merenje diferencijacije selfa* (Differentiation of self inventory (DSI skala); Skowron i Friedlander, 1998). Instrument se sastoji od 43 pitanja. Od ispitanika se traži da pažljivo pročitaju svaku stavku. Odgovori su dati na šestostepenoj skali sa odgovorom 1 (ne slažem se) do 6 (veoma se slažem). DSI skala grupiše simptome u 4 grupe, koje kao takve predstavljaju 4 varijable koje su korišćene u studiji: Fuzija sa drugima (FO), Emocionalno odvajanje (EC), Ja pozicija (IP) i emocionalna reaktivnost (ER). Otkriveno je da pojedinci sa nižim nivoima FO, EC i ER i većom sposobnošću da zauzmu Ja-poziciju (IP) imaju veću diferencijaciju selfa. Ova otkrića bila su u skladu sa originalnim Bovenovim teorijskim konstruktom - diferencijacijom selfa (Bowen, 1978). Subskala emocionalne reaktivnosti (ER) sa 11 stavki odražava intenzitet reagovanja na podsticaje okoline. Primer pitanja na ovoj subskali je na primer: „*Ljudi su primetili da sam preterano senzitivna*“ ili „*Volela bih da nisam ovoliko osetljiva*“. Veći skor na ovoj skali ukazuje na prisustvo takozvane emocionalne preplavljenosti, emotivne labilnosti ili preosetljivosti. Suprotno, Ja pozicija predstavlja intenzitet jasne definisanosti sebe (selfa) i nivo lične sposobnosti izražavanja sopstvenih stavova, naročito u situaciji kada se pojedinac nalazi pod pritiskom okoline da iste promeni. IP subskala sastoji se od jedanaest stavki. Pitanja na ovoj subskali su na primer: „*Obično se osećam smireno, čak i kada sam pod uticajem stresa*“ ili „*Ja prilično prihvatam sebe onakvom kakva jesam*“. Subskala – emocionalno odvajanje sa svojih dvanaest stavki, odražava iskustvo prekomerne ranjivosti i stalne pretnje ličnoj intimnosti u međuljudskim odnosima. Stavke ukazuju na stepen distanciranja i poricanja povezanosti sa drugima. Na primer: „*Imam problem da iskažem svoja osećanja*“ ili „*Često se ne osećam komotno kada ljudi pokušavaju da budu bliski sa mnom*“. Konačno, subskala FO sastoji se od devet stavki i meri nivo prekomernog emocionalnog ulaganja sa drugima, uključujući proces triangulacije i prekomernu identifikaciju sa ostalim članovima porodice. Pitanja na ovoj subskali su na primer: „*Raspravljavanje sa članom porodice me čini da se osećam veoma loše*“ ili „*Često dosta razmišljam o vezi sa članom porodice ili partnerom*“. Odgovori za svaku skalu dati u na šestostepenoj skali Likertovog tipa: 0 – nije tačno do 6 – potpuno tačno. Kako bi se izračunao DSI skor na celoj skali,

sirovi skorovi na svim stavkama subskala ER, EC i FO i na jednoj stavci subskale IP (stavka br. 35) moraju biti obrnuto vrednovani. Dobijeni zbir se zatim deli na ukupan broj stavki. Konačni rezultat DSI skale se dobija sabiranjem odgovora sa svih skala. Viši skor na svim skalama, sem za skalu Ja-pozicije, kao i ukupni DSI skor ukazuju na manju diferencijaciju selfa.

Za upitnik samoprocene diferencijacije selfa (Skowron i Friedlander 1998) ispitana je pouzdanost sve četiri subskale (tabela 9). Pouzdanost upitnika diferencijacije selfa je zadovoljavajuća za sve skale, odnosno sve skale imaju dobru untrašnju konzistentnost i vrednosti Kronbah alfa su u rasponu od 0,70-0,88 (Skowron i Friedlander 1998). Rezultati pouzdanosti na našem uzorku pokazali su se kao dobri, sa izuzetkom subskale fuzija sa drugima (FO), kao što je prikazano u tabeli 9.

**Tabela 9**

*Mere interne konzistencije upitnika diferencijacije selfa*

Skale	Broj ajtema	Kronbah $\alpha$ (Skowron i Friedlander, 1998)	Kronbah $\alpha$ (na uzorku)
Ja-pozicija	11	0,85	0,94
Emocionalna reaktivnost	11	0,88	0,86
Emocionalno odvajanje	12	0,79	0,87
Fuzija sa drugima	9	0,70	0,40

## 10.4. Upitnik za merenje rezilijentnosti

Rezilijentnost je operacionalizovana skorom na *Skali rezilijentnosti* (The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC-25); Connor i Davidson, 2003) koja se sastoji od pet subskala, koje obuhvataju ponašanja osoba koje se uspešno prilagođavaju različitim životnim okolnostima uprkos negativnim i stresnim iskustvima: 1) lična kompetentnost i žilavost (8 stavki; npr. „Čak i kad stvari izgledaju bezizlazno, ne odustajem“), 2) poverenje u sopstvene snage (7 stavki; npr. „Izlaganje stresu čini me jačim“), 3) pozitivno prihvatanje promena (5 stavki; npr. „Prošli uspesi mi daju samopouzdanje da se nosim sa novim izazovima i poteškoćama“), 4) faktor kontrole (3 stavke; npr. „Osećam da imam kontrolu nad svojim životom“), i 5) duhovni uticaji (2 stavke, „Kada ne mogu da nadjem rešenje za moje probleme, možda sudbina ili Bog mogu pomoći“). Ispitanici treba da naznače koliko se slažu sa svakom izjavom koja se odnosi na njihovo životno iskustvo. U slučaju da im se situacija nije desila, ispitanici bi trebalo da pretpostave kako bi reagovali.

Odgovori na svaku stavku dati su na petostepenoj skali Likertovog tipa (0 – „uopšte nije tačno“ do 4 – „tačno gotovo sve vreme“). Skala se sastoji od 25 stavki i raspon skorova se kreće se od 0-100. Veći skor na skali ukazuje na veću rezilijentnost. (Davidson i sar., 2005).

Konor i Davidson pokazali su prihvatljivu internu konzistenciju testova za celu skalu, kao što je prikazano u Tabeli 10. Skala rezilijentnosti postoji u tri verzije: CD-RISC 25, CD - RISC 10 i CD - RISC 2. Skala CD - RISC 25 pokazala je najveću internu konzistenciju u odnosu na druge dve verzije. Iz tog razloga odabrali smo da koristimo upravo ovu skalu u istraživanju. Pouzdanost ovog upitnika je zadovoljavajuća za skoro sve skale, osim za subskalu „duhovnosti“. Pouzdanost upitnika u našem istraživanju pokazala je veoma dobre rezultate (tabela 10).

**Tabela 10**

*Mere interne konzistencije upitnika za merenje rezilijentnosti (CD – RISC 25)*

Skala	Broj ajtema	Kronbah $\alpha$ (Connor i Davidson, 2003)	Kronbah $\alpha$ na uzorku istraživanja
Upornost/Samoeфикаsnost	8	0,93	0,93
Tolerantncija na stres	7	0,80	0,92
Prilagodljivost	5	0,75	0,92
Samokontrola	2	0,74	0,93
Duhovnost	3	0,69	0,92

## 10.5. Upitnik za merenje procenjene socijalne podrške

*Multidimenzionalna skala procenjene socijalne podrške* (Multidimensional scale of perceived social support (MSPSS), Zimet i sar., 1988) meri podršku koju ispitanik procenjuje da dobija od bliskih ljudi u svom okruženju. Upitnik se sastoji od 12 stavki, ravnomerno podeljenih na dimenzije: 1) podrška porodice (4 stavke; npr. „*Moja porodica pokušava da mi pomogne*“; 2) podrška prijatelja (4 stavke; npr. „*Ja imam prijatelje sa kojima delim i dobro i zlo*“), 3) podrška od stane važnih osoba za pojedinca (4 stavke; npr. „*Ja sam u vezi sa osobom koja brine o mojim osećanjima*“). Na svakoj stavki ispitanik izražava stepen slaganja sa sadržajem stavke na petostepenoj

skali procene Likertovog tipa. Veći skor na skali ukazuje na veću percepciju pojedinca da ima dobru socijalnu podršku (Zimet i sar., 1988).

U tabeli 11 prikazani su podaci o internoj konzistenciji za Upitnik procenjene socijalne podrške (Zimet, 1988), kao i vrednosti dobijene u našem istraživanju (tabela 11).

**Tabela 11**

*Mere interne konzistencije upitnika procenjene socijalne podrške*

Skale	Broj ajtema	Kronbah $\alpha$ (Zimet i sar., 1988)	Kronbah $\alpha$ (na uzorku istraživanja)
Podrška porodice	4	0,90	0,89
Podrška prijatelja	4	0,94	0,88
Podrška značajnih osoba	4	0,98	0,88

## 10.6. Upitnik roditeljskog prihvatanja/odbacivanja

Za ispitivanje dimenzije roditeljskog stila korišćen je *Upitnik roditeljskog prihvatanja/odbacivanja i kontrole* (verzija za odrasle i verzija za evaluaciju roditelja) (Parental acceptance-rejection/control scale – short form (PARQ/Control-SF); Rohner i Sumbleen, 2016), skraćena verzija. PARQ je vrsta upitnika samoprocene, koji je napravljen da ispita trenutnu percepciju roditelja o tome kako vide svoje prihvatanje, odbacivanje i kontrolu u odnosu na svoju decu i u odnosu na to kakva su ponašanja imali njihovi roditelji dok su ispitanici bili deca. Upitnik se sastoji od 29 stavki raspoređenih u pet dimenzija roditeljske topline i kontrole: toplina i naklonost (emotivna hladnoća i nedostatak naklonosti, kada su vrednosti obrnuto vrednovane), neprijateljstvo i agresivnost, zanemarivanje, ravnodušno odbacivanje i kontrola.

Subskala roditeljske topline/prihvatanja (engl. Warmth/Affection), meri percipiranu toplinu i ljubav od strane roditelja, pri čemu se roditeljsko prihvatanje dece ogleda kroz iskazivanje ljubavi prema detetu rečima ili postupcima (8 stavki; primer pitanja ispitanika o svom roditeljstvu: „*Ja brinem o dobrobiti mog deteta*“; primer pitanja ispitanika o svom roditelju „*Kaže lepe stvari o meni*“).

Subskala roditeljske agresivnosti/neprijateljstva (engl. Hostility/Aggression) meri one postupke roditelja koje dete percipira kao agresivne i neprijateljske, a koji se ogledaju kroz fizičku ili verbalnu agresiju. Subskala ima 6 stavki. Primer tvrdnje o svom roditeljstvu: „*Ja imam tendenciju da kaznim moje dete kad sam besna*“; Primer tvrdnje o roditeljima: „*Namerno pokušava da povredi moja osećanja*“.

Subskala roditeljske ravnodušnosti/zanemarivanja (engl. Indifference/ Neglect) meri percipiranu indiferentnost i zanemarivanje od strane roditelja, a ogleda se u nezainteresovanosti i nereagovanju roditelja na detetove fizičke i emocionalne potrebe. Ova subskala ima 6 stavki. Tako na primer za sopstveno roditeljstvo postoji pitanje: „*Ja ne obraćam pažnju na svoje dete*“; za svoje roditelje „*Ne obraća pažnju na mene sve dok ne zatražim pomoć*“.

Subskala roditeljskog nediferenciranog odbacivanja (engl. Undifferentiated Rejection) meri doživljaj ispitanika da je nevoljen bez nužnog osećaja neprijateljskog/agresivnog ili indiferentnog/zanemarujućeg ponašanja od strane roditelja. Ova subskala ima 4 stavke. Primer tvrdnje za sopstveno roditeljstvo: „*Moje dete mi je smetnja*“; primer tvrdnje za roditelje „*Moja majka/otac me u stvari ne voli*“.

Peta subskala kontrole, procenjuje ponašanje roditelja u odnosu na kontrolu prema detetu na skali permisivnost/strogost. Subskala ima 5 stavki i primer stavki za ovu subskalnu za roditeljstvo ispitanice: „*Ja uvek kažem šta očekujem od mog deteta*“ i za roditelje: „*Moja majka želi da kontroliše šta god da radim*“.

Obe verzije upitnika roditeljskog prihvatanja/odbacivanja i kontrole su identične za majku i oca.

Viši skorovi na svim skalama, osim za skalu toplina/prihvatanje, kao i viši indeks prihvatanja/odbacivanja znači i veće percipirano roditeljsko odbacivanje. Ukupan rezultat ispitanika, izražen je kao totalni indeks prihvatanja/ odbacivanja, i predstavlja zbir rezultata na svih pet skala uz prethodno obrnuto vrednovanje rezultata na skali toplina/prihvatanje (Rohner i Sumbleen, 2016). Odgovori za svaku skalu dati su na četvorosteopenoj skali Likertovog tipa (0 -nije tačno do 4 – skoro uvek tačno). Više vrednosti na svim subskalama, kao i ukupne PARQ skale, ukazuju na veći stepen odbacivanja roditelja.

Vršeći preliminarne analize dobijenih rezultata, uvažene su preporuke da se pouzdanost skala iznad Alfa=0,70 smatra zadovoljavajućom (Pallant, 2009). U odnosu na to, dobijeni rezultati za Upitnik roditeljskog prihvatanja odbacivanja (verzija za odrasle u odnosu na svoju decu, Adult PARQ i precepcija o roditeljskom stilu svojih roditelja, Parent PARQ) (PARQ: Rohner i Sumbleen,

2016) prikazani su u tabeli 13. Pouzdanost PARQ upitnika za svoje roditeljstvo i roditeljski stil majke i oca ispitanice na našem uzorku pokazao se zadovoljavajućim za sve subskale, odnosno sve skale imaju dobru internu konzistenciju, izražene vrednostima Kronbah alfa (tabela 12).

**Tabela 12**

*Mere interne konzistencije upitnika roditeljskog prihvatanja/odbacivanja – kraća verzija za percepciju sopstvenog roditeljstva i percepciji roditeljskog stila njihovih roditelja*

Skale	Broj aj- tema	Kron- bah $\alpha$ (odra- sli)*	Kron- bah $\alpha^{**}$	Broj aj- tema	Kron- bah $\alpha$ (majk e)*	Kron- bah $\alpha^{**}$	Kron- bah $\alpha$ (o- čevi)*	Kron- bah $\alpha^{**}$
Toplina/naklonost	8	0,90	0,88	8	0,87	0,98	0,84	0,98
Neprijateljstvo/agre- sivnost	6	0,87	0,77	6	0,91	0,97	0,97	0,96
Zanemarivanje	6	0,77	0,74	6	0,76	0,96	0,88	0,95
Ravnodušno odbijanje	4	0,72	0,86	4	0,89	0,95	0,88	0,93
Kontrola	5	0,88	0,74	5	0,74	0,83	0,71	0,92

\* – (Rohner i Sumbleen, 2016); \*\* - na uzorku našeg istraživanja

## 10.7. Upitnik za ispitivanje porodičnih i socio-demografskih varijabli

Za dobijanje informacija o **demografskim varijablama**, ispitanice su odgovorile na upitnik o sledećim socio-demografskim varijablama: uzrast, obrazovanje, prihod, bračni status, broj dece u porodici i podaci o radnom odnosu. Ispitanice su dodatno odgovorile na pitanja o socio-demografskim karakteristikama njihovih roditelja: uzrast, majčino i očevo obrazovanje, bračni status i broj braće i sestara u porodici porekla.

Porodični resursi ispitivani su **Skalom porodičnih resursa** (Family resource scale; Dunst i Leet, 1987) koji nude informaciju o specifičnim potrebama porodice u odnosu na dostupne resurse. Upitnik polazi od osnovne pretpostvke da ukoliko porodični resursi nisu dostupni, verovatnije je da roditelji neće moći da se posvete aktivnostima neophodnim za dečji razvoj. Upitnik se sastoji od 30 stavki, koji su bazirani na hijerarhiji potreba (npr., osnovne potrebe su bile prve



ponuđene). On nudi informaciju o različitim porodičnim potrebama i faktorima vezanim za rast i razvoj, zdravlje, fizičke potrebe, stanovanje, porodičnu podršku, komunikaciju, vrtić za decu i ostale porodične resurse. Upitnik se sastoji od četiri subskala koje mere: 1) zadovoljenost osnovnih životnih potreba (8 stavki; npr. „*Moja porodica ima hrane za makar dva obroka dnevno*“), 2) materijalno stanje porodice (11 stavki; npr. „*Mogu da platim račune*“), 3) vreme posvećeno sebi (9 stavki; npr. „*Ja imam vremena da se posvetim sebi*“), 4) vreme za porodicu (2 stavke; npr. „*Moja porodica provodi vreme zajedno*“). Ispitanici treba da naznače koliko se slažu sa svakom izjavom koja se odnosi na njihovo životno iskustvo. Ispitanici odgovaraju na svako pitanje na petostepenoj skali Likertovog tipa gde se odgovori rangiraju od „totalno neprimenljivo“ do „skoro uvek primenljivo“.

Za skalu porodičnih resursa (Dunst i Leet, 1987) ispitana je pouzdanost glavnih subskala koje ispituju četiri dimenzije: osnovne životne potrebe, materijalnu situaciju, vreme za sebe i vreme za porodicu. Sve skale su pokazale zadovoljavajuću internu konzistenciju. Slični rezultati dobijeni su i na našem uzorku ispitanika (tabela 13).

**Tabela 13**

*Mere interne konzistencije upitnika percepcije porodičnih resursa*

Skale	Broj ajtema	Kronbah $\alpha$ (Dunst i Leet, 1987)	Kronbah $\alpha$ (na uzorku istraživanja)
Osnovne potrebe	8	0,83	0,76
Finansije	11	0,83	0,78
Vreme za sebe	9	0,84	0,88
Vreme za porodicu	2	0,81	0,86

Baterija zadatog onlajn upitnika ispitanicama, koji je uključivao sve prethodno navedene instrumente sastojala se od ukupno 284 ajtema.

## 11. HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

---

U odnosu na ciljeve istraživanja, postavljene su hipoteze za čijom smo potvrdom tragali u ovom istraživanju. Opšta hipoteza istraživanja jeste da postoji korelacija između diferencijacije selfa, kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja i ukupnog indeksa roditeljskog prihvatanja/odbacivanja majki koje su preživele kompleksnu traumu, te da se roditeljski stilovi majki koje su preživele kompleksnu traumu i roditeljski stilovi majki koje nemaju kompleksnu traumu značajno razlikuju, kao i da će procenjena socijalna podrška, kao protektivni faktor, posredovati u odnosu između kompleksnog PTSP-a i odbacujućeg roditeljskog stila majke.

Ova glavna hipoteza razložena je na nekoliko specifičnih hipoteza, postavljenih u odnosu na specifične ciljeve istraživanja.

1. Postoji razlika u roditeljskom stilu kod grupe koja je preživela traumu u odnosu na kontrolnu grupu. Očekuje se da će ispitanice koje su preživele kompleksnu traumu pokazati više rezultate na prihvatajućoj/odbacujućoj dimenziji roditeljstva. Viši rezultati na upitniku roditeljskog prihvatanja/odbacivanja ukazuju na izraženije odbacujuće roditeljstvo.
2. Očekuje se da će postojati korelacija između dimenzija kompleksnog PTSP-a i prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila na poduzorku grupe sa kompleksnom traumom.
3. Očekuje se da će dimenzije diferencijacije selfa, biti u korelaciji sa prihvatajućim/odbacujućim dimenzijama roditeljskog stila kod obe grupe majki. Ova hipoteza je postavljena imajući u vidu da Ja-pozicija i niža emocionalna reaktivnost roditelja mogu promovisati topli i sdačan odnos prema potomstvu. Dodatno, istraživanja su potvrdila da nedostatak roditeljskih veština u kombinaciji sa slabom emotivnom regulacijom kod roditelja koji su bili zlostavljani mogu predstavljati faktore rizika za zlostavljanje svoje dece (Zamir i Lavee, 2016).

4. Očekuje se da će postojati korelacija između dimenzija diferencijacije selfa (Ja-pozicije, fuzije sa drugima, emotivnog odvajanja i emotivne reaktivnosti) i dimenzija kompleksnog PTSP-a (emocionalne disregulacije, poremećaja pažnje, niskog samopoštovanja, poremećenih odnosa, somatizacije i gubitka smisla) na podzorku roditelja koji su na tretmanu zbog kompleksne traume. Očekuje se da skorovi emotivnog odvajanja i emotivne reaktivnosti budu u pozitivnoj korelaciji sa svim skalama kompleksnog PTSP-a, dok će skor na Ja-poziciji biti u negativnoj korelaciji sa svim dimenzijama kompleksnog PTSP-a.
5. Očekuje se da će postojati korelacije između rezilijentosti, procenjene socijalne podrške, ukupnog broja doživljenih trauma, broja negativnih događaja iz detinjstva (ACE skor), kompleksnog PTSP-a i roditeljskog stila ispitanice. Kako se rezilijentnost i procenjena socijalna podrška smatraju protektivnim faktorima, polazimo od pretpostvake da će ove varijable imati negativnu povezanost sa faktorima kompleksnog PTSP i ACE skorom. Ova hipoteza je postavljena na osnovu istraživanja u kojima se tvrdi da pojačavanje rezilijentnih osobina traumatizovanog pojedinca omogućava brži posttraumatski oporavak i izgradnju pozitivnih interpersonalnih odnosa, i samim tim brže prevazilaženje simptoma kompleksne traume (Peres i sar., 2007).
6. Očekuju se značajne korelacije između ukupnog broja doživljenih trauma, broja negativnih iskustava iz detinjstva (ACE skor), starosti ispitanice kada se trauma desila, dimenzija kompleksnog PTSP-a, self diferencijacije i roditeljskog stila ispitanica sa kompleksnom traumom. Očekuje se da će ispitanice koje su bile izložene većem broju trauma i koje su se desile na ranijem uzrastu, postići više skorove na dimenzijama kompleksnog PTSP-a.
7. Očekuje se da se dobiju korelacije između broja doživljenih trauma majke i oca ispitanice, dimenzija njihovog roditeljskog stila i dimenzija roditeljskog stila ispitanice
8. Pretpostavka je da će broj negativnih iskustava u detinjstvu (ACE skor), zajedno sa dimenzijama kompleksnog PTSP-a imati prediktorski efekat na roditeljski stil kod grupe ispitanica sa kompleksnom traumom.

9. Očekuje se da će protektivni faktori (procenjena socijalna podrška i rezilijentnost) imati prediktorski efekat na roditeljski stil obe grupe ispitanica. Ova hipoteza postavljena je na osnovu istraživanja kojima je potvrđeno da su simptomi traume i interpersonalna podrška uzajamno posredovali između traume i roditeljske kompetencije (Brown i sar., 2018). Veća socijalna podrška predviđala je povećanje topline roditelja i smanjenje neprijateljstva između roditelja i deteta. Naročito kod majki, socijalna podrška je bila značajno povezana sa toplinom roditelja i deteta onda kada su majke imale nisku percepciju samokontrole (Lippold i sar., 2018), dok su druge studije potvrdile da otvorena komunikacija, izrazi ljubavi i bliski porodični odnosi mogu podstaći rezilijentost potomstva i predstavljaju ključne faktore koji omogućuju prekid intergeneracijskog nasilja (Masten i Monn, 2015; Woods-Jaeger i sar., 2018).
10. Očekuje se da su dimenzije diferencijacije selfa (Ja-pozicije, fuzije sa drugima, emotivnog odvajanja i emotivne reaktivnosti) značajni prediktori dimenzija roditeljskog stila kod obe grupe ispitanica.
11. Očekuje se da je procenjena socijalna podrška medijator odnosa između K-PTSP-a i prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila kod grupe ispitanica sa kompleksnom traumom. Kako bi se ova hipoteza proverila, napravljen je strukturalni model u kome je kao prediktorska varijabla predstavljen kompleksni PTSP, procenjena socijalna podrška je predstavljena kao medijatorska varijabla, dok je kriterijumska varijabla bio roditeljski stila ispitanice.
12. Očekuje se da će se roditeljski stil roditelja ispitanice, kao i ukupan broj trauma koje su roditelji preživeli, pokazati značajnim u predviđanju roditeljskog stila ispitanice. Ova hipoteza bazirana je na nalazima iz literature da roditelji koji su preživeli traumu imaju veću verovatnoću da prenesu simptome PTSP-ja kroz roditeljstvo na svoju decu (Bartle-Haring i sar., 2008; Dinshtein i sar., 2011; Field i sar., 2013; Zerach, 2015).
13. Očekuje se povezanost sociodemografskih varijabli (starost ispitanice, obrazovanje, prihod, bračni status, radni status, struktura porodice porekla, broj dece, starost dece i procena porodičnih resursa), sa glavnim varijablama u istraživanju

(diferencijacija selfa, kompleksni PTSP, roditeljski stil, procenjena socijalna podrška, rezilijentnost, ukupan broj trauma, ACE skor), odnosno da postoji značajna razlika u izraženosti osnovnih varijabli zavisno od sociodemografskih varijabli ispitanika.

## **12. MATERIJAL I METODE RADA**

---

### **12.1. Mesto i vreme istraživanja**

Istraživanje je obavljeno u Kanadi u periodu od Septembra do Decembra 2019. Rekrutacija je izvršena putem školske-onlajn platforme roditelja i reklame u čekaonicama klinike za mentalno zdravlje u gradu gde je izvršeno istraživanje. Upitnici su bili zadati onlajn. Za sve upitnike, osim za upitnik o diferencijaciji selfa koji je otvoren za upotrebu, pribavljena je saglasnost autora. Pre početka istraživanja je od Komisije za istraživačku etiku Kanade pribavljen važeći etički sertifikat, kao i saglasnost direktora agencije za sprovođenje istraživanja na klinici.

Poster sa QR kodom i linkom studije su se nalazili u čekaonici klinike, oglasnoj tabli i zajedničkim prostorijama, tako da su ispitanice mogle samo da slikaju kod telefonom i time bile direktno prebačene na vebsajt studije. Tako je rekrutacija ispitanica za grupu sa kompleksnom traumom izvršena putem ovih reklamnih postera. Rekrutacija grupe bez kompleksne traume izvršena je putem školske-onlajn platforme, gde su ispitanice mogle naći reklamu i link za upitnik istraživanja.

### **12.2. Uzorak ispitanika**

Uzorkom je inicijalno bilo obuhvaćeno 136 majki iz gradskih sredina. Skoro polovina ispitanica su bile žrtve kompleksne traume sa dijagnozom kompleksnog PTSP-a, dok je druga polovina predstavljala grupu majki koje prilikom istraživanja nisu prijavile istoriju kompleksne traume. Pre nego što su upućene na lečenje, majke iz trauma grupe su bile dijagnostikovane sa kompleksnim

posttraumatskim stresnim poremećajem od strane provincijskog tima za procenu mentalnog zdravlja. Učesnice iz grupe sa kompleksnom traumom nisu pohađale nijedan drugi psihoterapijski tretman, osim psihoterapije za traumu, dok su bile na klinici. Grupu bez istorije kompleksne traume činili su roditelji čija su deca pohađala osnovnu i srednju školu u opštini gde je istraživanje obavljeno. Ova grupa majki izvestila je da nikada nije bila na psihološkom tretmanu zbog traume, da nije imala dijagnozu PTSP-a i kompleksnog PTSP-a, kao i da nije pohađala nijedno lečenje vezano za psihološke poremećaje u vreme studije.

Od učesnica je zatraženo da popune onlajn upitnike kojima su se procenjivali simptomi traume, demografski faktori, istorija traume, stil roditeljstva (percepcija o roditeljskom stilu njihovih roditelja i roditeljski stil ispitanica), nivo socijalne podrške i rezilijentnosti. Upitnike je u potpunosti popunilo 120 žena. Pri tome je 65 identifikovano sa istorijom averzivnih (negativnih) iskustava i složenih simptoma traume. Istoriju složene traume nije imalo 55 učesnica. Preostali broj od 16 anketa bio je delimično popunjen i stoga isključen iz dalje analize. Za potrebe analize rezultata korišćen je uzorak od 120 žena i sve dalje statističke analize odnose se na ovaj uzorak, kao što je predstavljeno u sledećim tabelama.

Najveći broj majki iz obe grupe bio je starosti 45-54 godina (46,2% u grupi sa kompleksnom traumom i 49,1% za grupu bez kompleksne traume) (tabela 1).

**Tabela 1**

*Starosna struktura majki u grupi sa kompleksnom traumom i grupi bez kompleksne traume*

Starost	Grupa sa kompleksnom traumom	Grupa bez kompleksne traume	Ukupno
19-24	0 (0%)	1 (1,8%)	1 (0,8)
25-34	13 (20%)	9 (16,4%)	22 (18,3%)
35-44	20 (30,8%)	16 (29,1%)	36 (30%)
45-54	30 (46,2%)	27 (49,1%)	57 (47,5%)
55-64	2 (3,1%)	2 (3,6)	4 (3,3%)
Total	65 (100%)	55 (100%)	120(100%)

Najveći broj majki iz obe grupe imao je završene diplomске studije (37,5 %). Majke u grupi sa kompleksnom traumom su većinom imale završenu srednju školu (38,5%), dok su u grupi bez kompleksne traume imale većinom završene diplomске studije (47,3%) (tabela 2).

**Tabela 2**

*Obrazovanje majki u grupi sa kompleksnom traumom i grupi bez kompleksne traume*

Obrazovanje	Grupa sa kompleksnom traumom	Grupa bez kompleksne traume	Ukupno
Osnovna škola	3 (4,6%)	0 (0%)	3 (2,5%)
Srednja škola	25 (38,5%)	10 (18,2%)	35 (29,2%)
Diploma sa koledža	6 (9,2%)	2 (3,6%)	8 (6,7%)
Više obrazovanje	8 (12,3%)	5 (9,1%)	13 (10,8%)
Diplomske studije	19 (29,2%)	26 (47,3%)	45 (37,5%)
Post-diplomske studije	4 (6,2%)	12 (21,8%)	16(13,3%)
Total	65(100%)	55 (100%)	120 (100%)

Najveći broj majki iz obe grupe su izvestile o prosečnom prihodu (tabela 3).

**Tabela 3**

*Materijalno stanje majki u grupi sa kompleksnom traumom i grupi bez kompleksne traume*

Materijalno stanje porodice	Grupa sa kompleksnom traumom	Grupa bez kompleksne traume	Ukupno
Ispod linije siromaštva	11 (16,9%)	3(5,5%)	14 (11,7%)
Skromni prihod	13 (20%)	6 (10,9%)	19(15,8%)
Prosečan prihod	29 (44,6%)	24 (43,6%)	53(44,2%)
Dobar prihod	12 (18,5%)	22 (40%)	34 (28,3%)
Total	65 (100%)	55 (100%)	120 (100%)

Većina majki iz obe grupe su se nalazile u bračnoj ili vanbračnoj vezi (56,7%), za grupu sa kompleksnom traumom procenat udatih majki ili onih u vanbračnoj vezi iznosio je 47,7% , dok je za grupu bez kompleksne traume procenat bio 67,3% (tabela 4).

**Tabela 4**

*Bračno stanje majki u grupi sa kompleksnom traumom i grupi bez kompleksne traume*

Bračno stanje	Grupa sa kompleksnom traumom	Grupa bez kompleksne traume	Ukupno
Razvedena	20 (30,8%)	10(18,2%)	30(25%)
Udata/vanbračna veza	31 (47,7%)	37(67,3%)	68(56,7%)
Rastavljena	2 (3,1%)	6(10,9%)	8 (6,7%)
Neudata	12 (18,5%)	1(1,8%)	13 (10,8%)
Udovica	0(0%)	1(1,8%)	1 (0,8%)
Total	65 (100%)	55 (100%)	120 (100%)

Najveći broj majki iz grupe bez kompleksne traume (54,5%) i grupe sa kompleksnom traumom (47,7%) imao je dvoje dece u porodici (50,8% za obe grupe roditelja) (tabela 5).

**Tabela 5**

*Broj dece u porodici majki u grupi bez kompleksne traume i grupi sa kompleksnom traumom*

Broj dece u porodici	Grupa sa kompleksnom traumom	Grupa bez kompleksne traume	Ukupno
1	21 (32,3%)	16 (29,1%)	37 (30,8%)
2	31 (47,7%)	30 (54,5%)	61 (50,8%)
3	10 (15,4%)	9 (16,4%)	19 (15,8%)
4 i više	3 (4,6%)	0 (0%)	3 (2,5%)
Total	65 (100%)	55 (100%)	120 (100%)

Najveći procenat od ukupnog broja majki imao je decu adolescentskog uzrasta (13-18 godina) – 52,5%. Majke iz grupe bez kompleksne traume (58,2%) i grupe sa kompleksnom traumom (47,7%) takođe su imale najveći broj dece na ovom uzrastu (tabela 6). Ovde je važno napomenuti da su majke pored maloletne dece mogle imati i decu koja su bila starija od 19 godina i ona nisu bila uključena u statistiku, zato jer više ne spadaju u kategoriju dece. Naime u Kanadi se punoletstvo stiče kada osoba napuni 19 godina.

**Tabela 6**

*Starost dece u grupi majki bez kompleksne traume i grupi majki sa kompleksnom traumom*



Starost dece u porodici	Grupa sa kompleksnom traumom	Grupa bez kompleksne traume	Ukupno
0-1	4 (6,2%)	5 (9,1%)	9 (7,5%)
2-4	15 (23,1%)	9 (16,4%)	24 (20%)
5-9	25 (38,5%)	19 (34,5%)	44 (36,7%)
10-12	23 (35,4%)	21 (38,2%)	44 (36,7%)
13-18	31 (47,7%)	32 (58,2%)	63(52,5%)
Total	98	86	184

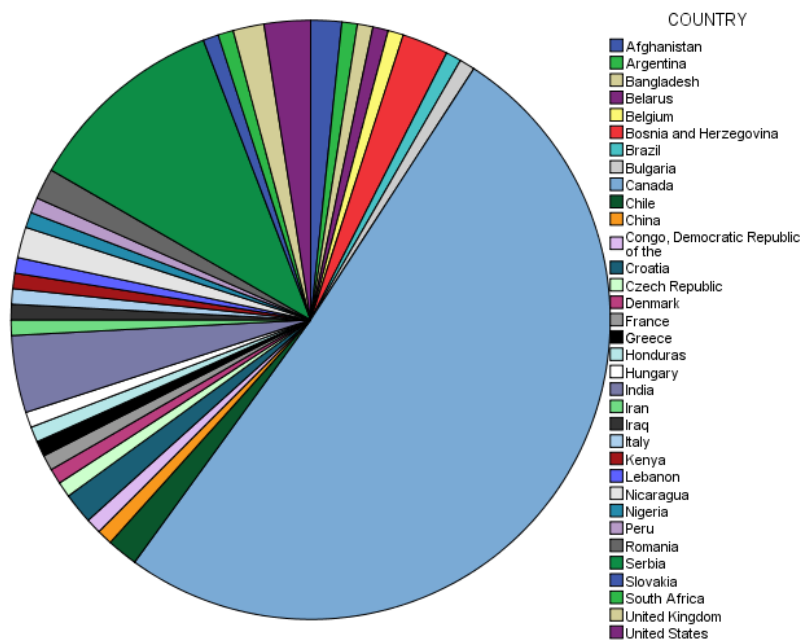
Najveći broj majki iz grupe bez kompleksne traume (56,4%) i grupe sa kompleksnom traumom (50,8%) bilo je zaposleno za stalno – puno radno vreme (53,3% za obe grupe roditelja) (tabela 7).

### **Tabela 7**

*Radni status majki u grupi sa kompleksnom traumom i grupi bez kompleksne traume*

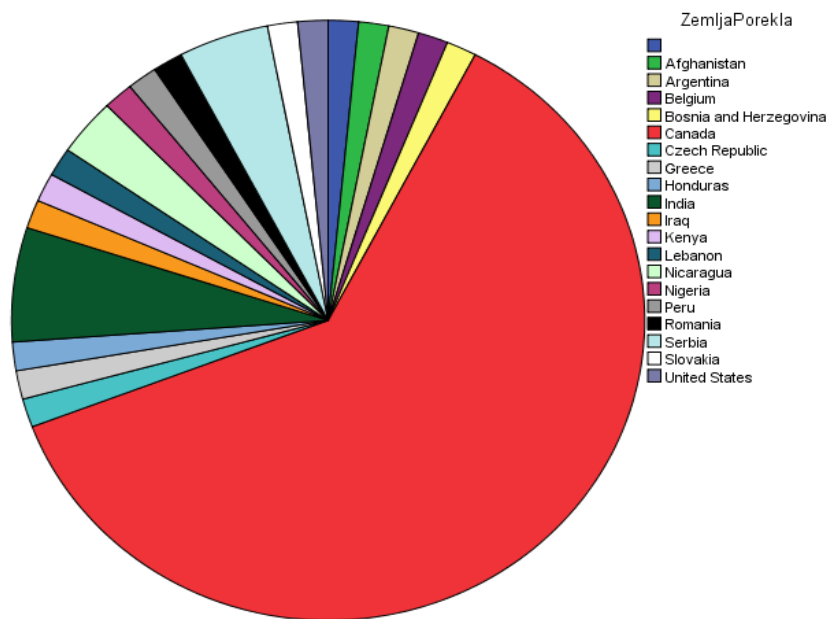
Radni status majke	Grupa sa kompleksnom traumom	Grupa bez kompleksne traume	Ukupno
Zaposlena za stalno-puno radno vreme	33 (50,8%)	31 (56,4%)	64 (53,3%)
Zaposlena za stalno – skraćeno radno vreme	11 (16,9%)	14 (25,5%)	25 (20,8%)
Traži posao	3 (4,6%)	2 (3,6%)	5 (4,2%)
Ne traži posao (bolovanje, penzija)	18 (27,7%)	8 (14,5%)	26 (21,7%)
Total	65 (100%)	55(100%)	120 (100%)

Većina majki iz ukupnog uzorka, kao i poduzorka sa kompleksnom traumom je rođena u Kanadi. Taj procenat je malo manji u grupi bez kompleksne traume. Na ukupnom uzorku 51,8% ispitanica je rođeno u Kanadi. Interesantno je da je skoro 11% majki poreklom iz Argentine, dok su sve ostale zemlje porekla bile prisutne u znatno manjem broju, kao što je prikazano na slici 3.

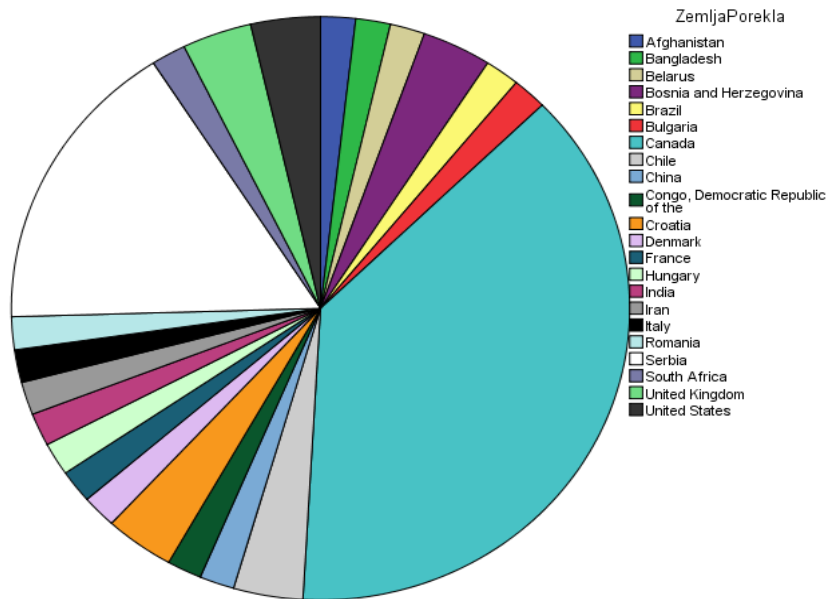


*Slika 3: Zemlja porekla ispitanica na nivou ukupnog uzorka*

Majke iz grupe sa kompleksnom traumom koje su rođene u Kanadi činile 61,5% populacije iz ovog poduzorka. Sve ostale zemlje porekla u ovoj grupi činile su znatno manji porcenat, kao što je prikazano na slici 4. U grupi bez složene traume ispitanice iz Kanade činile su 38,2% , 16,4% iz Srbije, 3,6% iz Bangladeša, Indije, Italije i Hrvatske. Rezultati su prikazani na slici 5.



*Slika 4: Zemlja porekla poduzorka majki koje su preživjele kompleksnu traumu*



*Slika 5: Zemlja porekla poduzorka majki iz grupe bez kompleksne traume*

### 12.3. Način prikupljanja i obrade podataka

Upitnici su ponuđeni putem aplikacije Survej Gizmo, bili su zadati na engleskom jeziku i svim učesnicama su data detaljna objašnjenja studije na početku upitnika, kao i pitanja vezana za njihovu informisanu saglasnost da učestvuju u studiji. Pored toga, link za veb-stranicu koja objašnjava studiju u više detalja nalazio se na početku upitnika. Učesnicima u obe grupe je bilo zagarantovano dobrovoljno, anonimno i diskretno učešće u studiji, sa pravom da u bilo kom trenutku napuste studiju, kao i da ne odgovore na neka pitanja. Prosečno vreme za popunjavanje upitnika bilo je 35 minuta.

Učesnicama je bila data mogućnost da ostave svoj imejl ukoliko su želele da budu uključene u izvlačenje nagrade, kako bi osvojili jednu od pet poklon-kartica u vrednosti od \$100 (CAD). Time smo ih motivisali da učestvuju u istraživanju. Obzirom na veliku senzitivnost pitanja, ukoliko bi se neka od ispitanica osetila pod stresom ili u krizi, bila im je omogućena emocionalna podrška od strane istraživača tokom trajanja istraživanja. Takođe im je bilo omogućeno da kontaktiraju istraživača ukoliko su želele da dobiju više informacija o studiji. Pitanja o roditeljstvu postavljena su tako, kako bi se dobili odgovori o prošlom ponašanju majki.

Podaci dobijeni u ovom istraživanju obrađeni su u statističkom paketu SPSS22 (IBM Corp., 2013) i JASP (JASP Team, 2020) i korišćeni su sledeći postupci:

Za utvrđivanje stepena izraženosti varijabli u ispitanom uzorku korišćeni su deskriptivni statistički pokazatelji (frekvencije, procenti, aritmetička sredina i standardna devijacija).

Za utvrđivanje smera i intenziteta povezanosti između varijabli korišćen je Pirsonov koeficijent linearne korelacije.

Za proveru mogućnosti predviđanja kriterijumskih varijabli korišćena je multipla regresiona analiza.

Za testiranje normalnosti distribucije varijabli korišćene su mere skjunis i kurtozis. Prihvatljivim vrednostima ovih pokazatelja smatraju se one u opsegu -1 do 1 (Tabachnik i Fidell, 2001).

Za testiranje pretpostavljenih modela relacija između prediktorskih, medijatorskih i kriterijumskih varijabli korišćen je postupak SEM analize (strukturalno modeliranje) (JASP Team, 2020).

## 13. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

### 13.1. Rezultati deskriptivne analize podataka

Da bi rad bio potpuniji i kako bi se stekla slika o prosečnom ispitaniku, prikazane su deskriptivne mere primenjenih instrumenata. Vršeći preliminarne analize dobijenih rezultata upravljali smo se prema uobičajenim preporukama. Vrednosti skjunisa i kurtozisa od -1 do 1 su u prihvatljivom opsegu (Tabachnik i Fideli, 2001). Svi grafikoni raspodele frekvencija nalaze se u Prilogu 1.

Skale Ja pozicije, emocionalne reaktivnosti, fuzije i emocionalnog odvajanja prikazane su tabelama 14 i 15, posebno za grupu bez traume i grupu sa kompleksnom traumom. Vrednosti skjunisa i kurtozisa za grupu sa kompleksnom traumom se nalaze u opsegu prihvatljivih vrednosti za sve skale.

**Tabela 14**

*Deskriptivne mere upitnika diferencijacije selfa (grupa sa kompleksnom traumom)*

Skale	N	Min.	Max.	AS	SD	S	K
ER	65	2,00	6,00	4,57	1,10	-0,62	-0,70
IP	65	1,55	5,09	3,07	1,02	0,44	-1,00
EC	65	1,92	5,58	3,74	0,99	-0,18	-0,87
F	65	2,44	5,00	3,59	0,59	0,44	-0,25

*S - horizontalno odstupanje (skjunis); K-vertikalno odstupanje (kurtozis); AS - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija; ER-emocionalna reaktivnost; IP - Ja pozicija; EC-emocionalno odvajanje i F -fuzija.*

Vrednosti aritmetičke sredine rezultata dobijenih na subskalama diferencijacije selfa za grupu bez kompleksne traume prikazani su u tabeli 15. Vrednosti skjunisa i kurtozisa su u opsegu prihvatljivih vrednosti za sve skale, sem za podskalu Ja-pozicije koja je pokazala višu vrednost kurtozisa (K=1,05).

**Tabela 15***Deskriptivne mere upitnika diferencijacije selfa (grupa bez kompleksne traume)*

Skale	N	Min.	Max.	AS	SD	S	K
ER	55	1,27	5,36	3,94	0,88	0,43	-0,13
IP	55	1,73	5,27	3,58	0,76	-0,97	1,05
EC	55	1,50	4,75	3,22	0,80	0,86	0,09
F	55	2,33	5,11	3,54	0,64	0,51	-0,31

S - horizontalno odstupanje (skjunis); K-vertikalno odstupanje (kurtozis); AS - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija; ER-emocionalna reaktivnost; IP - Ja pozicija; EC-emocionalno odvajanje i F -fuzija.

Za ispitivanje simptoma kompleksnog PTSP-a korišćen je upitnik za poremećaje ekstremnog stresa (SIDES-SR) (Pelcovitz i sar., 1997), koji sadrži dimenzije: emotivna disregulacija, poremećaj pažnje, nisko samopoštovanje, poremećene odnose, somatizaciju i gubitak smisla. Deskriptivni pokazatelji ovih skala za grupu sa kompleksnom traumom i grupu bez kompleksne traume prikazani su u tabelama 16 i 17.

**Tabela 16***Deskriptivne mere upitnika kompleksnog PTSP-a (grupa sa kompleksnom traumom)*

Skale	N	Min.	Max.	AS	SD	S	K
Emotivna disregulacija	65	0,00	2,31	1,02	0,62	0,23	-0,93
Poremećaj pažnje	65	0,00	2,63	1,24	0,70	-0,01	-1,11
Nisko samopoštovanje	65	0,00	2,67	1,34	0,85	-0,10	-1,49
Poremećeni odnosi	65	0,00	2,89	1,30	0,86	0,16	-1,11
Somatizacija	65	0,00	0,59	0,20	0,15	0,51	-0,45
Gubitak smisla	65	0,00	2,67	1,20	0,78	-0,06	-1,30

*Poremećeni odnosi – poremećeni interpersonalni odnosi; gubitak smisla – nedostatak smisla i značenja u životu pojedinca; S - horizontalno odstupanje (skjunis); K-vertikalno odstupanje (kurtozis); AS - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija*

Vrednosti skjunisa i kurtozisa za sve skale se nalaze van opsega prihvatljivih vrednosti. Za skale poremećaj pažnje (K=-1.11), nisko samopoštovanje (K=-1,49), poremećeni odnosi (K=-1,11) i gubitak smisla (K=-1,30) (tabela 16).

**Tabela 17***Deskriptivne mere upitnika kompleksnog PTSP-a (grupa bez kompleksne traume)*

Skale	N	Min.	Max.	AS	SD	S	K
Emotivna disregulacija	55	0,00	1,28	0,27	0,33	1,61	2,10
Poremećaj pažnje	55	0,00	1,13	0,15	0,27	2,48	5,82
Nisko samopoštovanje	55	0,00	1,17	0,20	0,33	1,71	2,16
Poremećeni odnosi	55	0,00	1,56	0,25	0,43	1,62	1,47
Somatizacija	55	0,00	0,43	0,05	0,10	2,44	6,23
Gubitak smisla	55	0,00	1,75	0,27	0,41	1,79	2,77

*Poremećeni odnosi – poremećeni interpersonalni odnosi; gubitak smisla – nedostatak smisla i značenja u životu pojedinca; S - horizontalno odstupanje (skjunis); K-vertikalno odstupanje (kurtozis); AS - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija*

Vrednosti skjunisa i kurtozisa za sve skale se nalaze van opsega prihvatljivih vrednosti za sve skale kompleksnog PTSP-a i to za emotivnu disregulaciju (S=1,61, K=2,10), poremećaj pažnje (S=2,48, K=5,82), nisko samopoštovanje (S=1,71, K=2,16), poremećene odnose (S=1,62, K=-1,47), somatizaciju (S=2,44, K=6,23) i gubitak smisla (S=1,79, K=-1,30) (tabela 17).

Deskriptivni pokazatelji skale procenjene socijalne podrške prikazani su u tabelama 18 i 19.

**Tabela 18***Deskriptivne mere upitnika procenjene socijalne podrške (grupa sa kompleksnom traumom)*

Skale	N	Min.	Max.	AS	SD	S	K
PORODICA	65	1,00	6,50	3,58	1,71	0,08	-1,13
PRIJATELJI	65	1,00	6,50	3,68	1,48	-0,16	-0,81
ZNOSTALI	65	1,00	6,50	3,64	1,52	0,02	-0,82

*ZNOSTALI – značajne osobe u životu pojedinca; S - horizontalno odstupanje (skjunis); K-vertikalno odstupanje (kurtozis); AS - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija*

Za sve tri skale grupe sa traumom, dobijeni su približno isti rezultati i vrednosti skjunisa i kurtozisa se za sve skale nalaze u opsegu prihvatljivih vrednosti sem u slučaju skale porodica (K=-1,13). Rezultati su prikazani u tabeli 18.

**Tabela 19**

*Deskriptivne mere upitnika procenjene socijalne podrške (grupa bez kompleksne traume)*

Skale	N	Min.	Max.	AS	SD	S	K
PORODICA	55	2,25	7,00	5,74	1,14	-0,94	0,48
PRIJATELJI	55	2,00	7,00	5,60	1,12	-1,41	2,20
ZNOSTALI	55	2,00	7,00	5,65	1,01	-1,31	2,50

*ZNOSTALI – značajne osobe u životu pojedinca; S - horizontalno odstupanje (skjunis); K-vertikalno odstupanje (kurtozis); AS - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija*

Vrednosti skjunisa i kurtozisa za dve skale bili su više za skalu prijatelji (S=-1,41, K=2,20) i skalu značajni ostali (S=-1,31, K=2,50), kao što je predstavljeno u tabeli 19.

Rezilijentnost ispitanica merena je upitnikom za rezilijentnost (CD-RISC; Davidson i sar., 2005) koji se sastoji od 25 stavki respodeljenih u 5 skala: samoeфикаsnost, tolerancija stresa, prilagodljivost, samokontrola i duhovnost. Deskriptivna analiza rezultata za grupu sa kompleksnom traumom i kontrolnu grupu prikazana je u tabeli 20 i 21.

**Tabela 20**

*Deskriptivne mere upitnika rezilijentnosti (grupa sa kompleksnom traumom)*

	N	Min.	Max.	AS	SD	S	K
Samoeфикаsnost	65	0,00	3,50	1,78	0,96	-0,01	-1,18
Tolerancija stresa	65	0,00	3,43	2,00	0,87	-0,03	-0,91
Prilagodljivost	65	0,00	3,60	1,82	0,95	-0,09	-0,88
Samokontrola	65	0,00	4,00	1,80	1,15	0,06	-1,04
Duhovnost	65	0,00	3,67	1,72	0,95	0,17	-1,13

*S - horizontalno odstupanje (skjunis); K-vertikalno odstupanje (kurtozis); AS - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija*

Skala samoeфикаsnosti (K=-1,18), samokontrola (K=-1,04) i duhovnosti (K=-1,13) pokazale su veće vrednosti kurtozisa, kao što je prikazano u tabeli 20.



**Tabela 21***Deskriptivne mere upitnika rezilijentnosti (grupa bez kompleksne traume)*

	N	Min.	Max.	AS	SD	S	K
Samoefikasnost	55	1,13	3,88	2,70	0,62	-0,75	0,20
Tolerancija stresa	55	1,43	3,86	2,84	0,62	-0,67	0,09
Prilagodljivost	55	1,00	3,80	2,74	.0,67	-0,80	0,16
Samokontrola	55	0,00	4,00	3,01	0,90	-1,21	1,93
Duhovnost	55	0,00	4,00	2,82	0,82	-1,24	2,67

*S*-horizontalno odstupanje (skjunis); *K*-vertikalno odstupanje (kurtozis); *AS* - aritmetička sredina; *SD* - standardna devijacija

Rezultati na prve tri skale, samoefikasnost, tolerancija stresa i prilagodljivost pokazali su normalnu raspodelu, dok su samokontrola ( $S=-1,21$ ,  $K=1,93$ ) i duhovnost ( $S=-1,24$ ,  $K=2,67$ ) imale vrednosti van prihvaćenog opsega za skjunis i kurtozis, kao što je pokazano u tabeli 21.

Rezultati deskriptivne analize dimenzije prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila predstavljani su u tabelama 22 i 23.

**Tabela 22***Deskriptivne mere upitnika roditeljskog stila (grupa sa kompleksnom traumom)*

	N	Min.	Max.	AS	SD	S	K
Hladnoća	65	7,00	28,00	11,71	5,27	1,52	1,66
Agresivnost	65	8,00	21,00	15,46	3,35	-0,01	-1,30
Zapostavljanje	65	6,00	23,00	14,29	4,58	0,09	-1,13
Ravnodušno odbacivanje	65	6,00	12,00	9,00	1,53	-0,19	-0,77
Kontrola	65	5,00	20,00	15,14	3,51	-0,83	0,04

*S*- horizontalno odstupanje (skjunis); *K*-vertikalno odstupanje (kurtozis); *AS* - aritmetička sredina; *SD* - standardna devijacija

Rezultati za grupu sa kompleksnom traumom prikazani su u tabeli 22. Vrednosti skjunisa i kurtoziosa su zadovoljavajući za skalu odbacivanja i kontrole, dok se za skale hladnoće ( $S=1,52$ ,  $K=1,66$ ), agresivnosti ( $K=-1,30$ ) i zapostavljanja ( $K=-1,13$ ) nalaze van prihvaćenog opsega. Vrednosti skjunisa i kurtoziosa na skali roditeljskog stila za grupu sa kompleksnom traumom ukazuju sa rezultati nemaju normalnu raspodelu.

**Tabela 23***Deskriptivne mere upitnika roditeljskog stila (grupa bez kompleksne traume)*

	N	Min.	Max.	AS	SD	S	K
Hladnoća	55	7,00	24,00	9,27	3,22	2,96	9,26
Agresivnost	55	9,00	19,00	12,47	2,04	1,20	2,13
Zapostavljanje	55	6,00	21,00	10,56	3,38	1,80	2,82
Ravnodušno odbacivanje	55	5,00	12,00	9,64	1,47	-1,48	2,46
Kontrola	55	6,00	19,00	12,71	3,30	-0,32	-0,58

*S* - horizontalno odstupanje (skjunis); *K*-vertikalno odstupanje (kurtozis); *AS* - aritmetička sredina; *SD* - standardna devijacija

Vrednosti skjunisa i kurtoziosa su zadovoljavajući za skalu kontrole, dok se za skale hladnoće ( $S=2,96$ ,  $K=9,26$ ), agresivnosti ( $S=1,20$ ,  $K=2,13$ ), zapostavljanja ( $S=1,80$ ,  $K=2,82$ ) i ravnodušnog odbacivanja ( $S=-1,48$ ,  $K=2,46$ ) nalaze van prihvaćenog opsega. Vrednosti skjunisa i kurtoziosa na skali roditeljskog stila za ovu grupu ispitanica ukazuju da ona nema normalnu raspodelu (tabela 23).

## 13.2. Vrsta traume

Kako bi se utvrdilo kakva je povezanost traume u odnosu na ostale varijable, izvršena je deskriptivna analiza traume koju su ispitanice preživjele. Rezultati preživljene traume po grupama prikazani su u tabeli 24.

**Tabela 24**

*Vrsta preživljene traume po grupama*

	Grupa sa kompleksnom traumom		Grupa bez kompleksne traume		Obe grupe traume
	n	%	n	%	
Verbalno zlostavljanje u detinjstvu	37	56,9	4	7,3	34,2
Fizičko zlostavljanje u detinjstvu	34	52,3	2	3,6	30,0

Seksualno zlostavljanje u detinjstvu	39	60,0	1	1,8	33,3
Fizičko i emocionalno za- postavljanje	40	61,5	2	3,6	35,0
Hronična bolest	5	7,7	2	3,6	5,8
Fizički napad	22	33,8	9	16,4	25,8
Seksualni napad i/ili silova- nje	32	49,2	5	9,1	30,8
Porodično nasilje	45	69,2	7	12,7	43,3
Svedočenje nasilja	11	16,9	4	7,3	12,5
Ugroženo mentalno zdrav- lje roditelja	25	38,5	4	7,3	24,2
Problemi sa fizičkim zdrav- ljem roditelja	9	13,8	6	10,9	12,5
Upotreba alkohola i droga od strane roditelja	32	49,2	1	1,8	27,5
Rat	9	13,8	11	20,0	16,7
Izbeglištvo	5	7,7	2	3,6	5,8
Mučenje i tortura	3	4,6	0	0	2,5
Razvod roditelja	20	30,8	6	10,9	21,7
Gubitak značajne osobe	29	44,6	18	32,7	39,2
Bolest člana porodice	12	18,5	10	18,2	18,3

n- broj ispitanika koji su prijavili vrstu traumatskog iskustva

Iz tabele 24 se vidi da su i ispitanice iz grupe bez kompleksne traume prijavile iskustvo nekih traumatskih događaja. Ova grupa ispitanica projavila da nema dijagnozu kompleksnog PTSP-ja, kao i da nije bila na tretmanu za ovaj poremećaj. Kako be ispitali da li ove ispitanice imaju sindrom kompleksnog PTSP-a, detaljnije smo analizirali njihove rezultate na Upitniku samoprocene ekstremnog stresa SIDES-SR. Zaključili smo da nijedna od ispitanica nije dala odgovor na ovom upitniku koji bi ukazao da se one mogu podvesti pod ovu dijagnozu.

### 13.3. Razlike u izraženosti dimenzija roditeljskog stila u ispitivanim grupama

Razlike između grupa u roditeljskom stilu je ispitana T-testom. Ustanovili smo da postoji značajna razlika u prihvatajućem/odbacujućem roditeljskom stilu između grupe koja je preživela kompleksnu traumu u odnosu na kontrolnu grupu ispitanica ( $t=5,73$ ,  $p<0.001$ ). Rezultati su prikazani u tabeli 25.

**Tabela 25**

*Razlike u izraženosti dimenzija roditeljskog stila između grupe ispitanica koje su preživele kompleksnu traumu i grupe bez kompleksne traume*

	Grupa sa kompleksnom traumom		Grupa bez kompleksne traume		t	p	r <sub>pb</sub>
	n=65		n=55				
	AS	SD	AS	SD			
Hladnoća	11,71	5,27	9,27	3,22	3,10	0,003	0,27*
Agresivnost	15,46	3,35	12,47	2,04	6,00	0,000	0,47**
Zapostavljanje	14,29	4,58	10,56	3,38	5,12	0,000	0,42**
Ravnodušno odbijanje	9,00	1,53	9,64	1,47	-2,31	0,023	-0,21
Kontrola	15,14	3,51	12,71	3,30	3,88	0,000	0,34**
PARQ	65,60	13,06	54,65	7,52	5,73	0,000	0,45**

*PARQ – totalni indeks odbacujućeg roditeljskog stila; AS – aritmetička sredina; SD – standardna greška; t – T test; r<sub>pb</sub> – Point-biserijski koeficijent korelacije; \*p<.005, \*\*p<.001; N=120*

Analiza je pokazala da je emocionalna hladnoća majke statistički značajno viša kod majki sa kompleksnom traumom u odnosu na grupu bez traume. Agresivno ponašanje majki u grupi sa kompleksnom traumom bilo je više procenjeno u odnosu na grupu bez traume. Zapostavljanje i

kontrola su takođe bile izraženije u grupi sa kompleksnom traumom. Jedino je ravnodušno odbacivanje, iako neznatno, bilo niže kod majki sa kompleksnom traumom u odnosu na grupu bez kompleksnetraume. Ukupna prihvatajuća/odbacujuća dimenzija roditeljskog stila je bila statistički veća kod majki sa kompleksnom traumom u odnosu na grupu bez kompleksne traume. Point biserijalna korelacija ukazala je na značajnu povezanost grupe sa kompleksnom traumom i roditeljskog stila i njegovih dimenzija, osim u slučaju ravnodušnog odbacivanje (tabela 25).

### 13.4. Povezanost između skala kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja i skala roditeljskog stila

Povezanost između dimenzija kompleksnog PTSP-a i roditeljskog stila je proveravana računanjem Pirsonovog koeficijenta linearne korelacije. Rezultati su prikazani u tabeli 26.

**Tabela 26**

*Povezanost skale kompleksnog PTSP-a i skala roditeljskog stila na poduzorku ispitanica sa kompleksnom traumom (Pirsonov koeficijent korelacije)*

	Hladnoća	Agresivnost	Zapos-tavljanje	Rav. odbi-janje	Kontrola	PARQ
Emotivna disre-gulacija	0,54**	0,71**	0,69**	-0,45**	0,51**	0,73**
Poremećaj pažnje	0,34**	0,59**	0,52**	-0,37**	0,45**	0,55**
Nisko sa-mopoštovanje	0,52**	0,67**	0,67**	-0,38**	0,48**	0,70**
Poremećeni odnosi	0,55**	0,66**	0,66**	-0,28*	0,50**	0,72**
Somatizacija	0,46**	0,33**	0,44**	-0,22	0,26*	0,47**
Nedostatak smisla	0,63**	0,60**	0,70**	-0,37**	0,49**	0,74**
K-PTSP	0,57**	0,69**	0,70**	-0,40**	0,52**	0,75**

*PARQ – totalni indeks prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila; K-PTSP – Kompleksni posttraumatski stresni poremećaj; Rav. odbacivanje – ravnodušno odbacivanje roditelja; \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ ;  $N = 65$*

Rezultati su pokazali da postoji statistički značajna povezanost između dimenzija simptoma kompleksne traume i dimenzija odbacujućeg roditeljskog stila (tabela 26). Dobijene su pozitivne korelacije između kompleksnog PTSP-a i skala dimenzije prihvatajućeg/odbacujućeg ro-

diteljskog stila. Emotivna disregulacija, kao subskala kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja pokazala je značajnu pozitivnu korelaciju sa emotivnom hladnoćom majke, agresivnošću, zapostavljanjem i kontrolom, a negativnu povezanost sa ravnodušnim odbacivanjem. Poremećaj pažnje je bio pozitivno povezan sa emotivnom hladnoćom, agresivnošću, zapostavljanjem i kontrolom, dok je bio u negativnoj korelaciji sa ravnodušnim odbacivanjem. Nisko samopoštovanje bilo je u pozitivnoj korelaciji sa emotivnom hladnoćom, agresivnošću, zapostavljanjem i kontrolom, a negativno je povezano sa ravnodušnim odbacivanjem. Kao i prethodne K-PTSP subskale, i poremećeni interpersonalni odnosi su pokazali pozitivnu povezanost sa emotivnom hladnoćom i agresivnošću, zapostavljanjem i kontrolom, a negativnu korelaciju sa ravnodušnim odbacivanjem. Somatizacija, kao i nedostatak smisla su takođe ukazali na pozitivnu povezanost sa svim skalama kompleksnog PTSP-a, osim sa ravnodušnim odbacivanjem sa kojim su bili u negativnoj korelaciji. Indeks roditeljskog stila bio je pozitivno koreliran sa kompleksnim posttraumatskim stresnim poremećajem i pokazao je visoki intenzitet povezanosti kod ove grupe ispitanica.

### 13.5. Povezanost između skala diferencijacije selfa i roditeljskog stila

Jedna od pretpostavki od kojih se krenulo u radu je da postoji korelacija između prihvatajuće/odbacujuće dimenzije roditeljskog stila i diferencijacije selfa, kao protektivnog faktora. Računat je Pirsonov koeficijent linearne korelacije. Rezultati su prikazani u tabeli 27.

**Tabela 27**

*Povezanost skala self-diferencijacije i skala roditeljskog stila na celokupnom uzorku (Pirsonov koeficijent korelacije)*

	Hladnoća	Agresivnost	Zapos- tavljanje	Rav. odbijanje	Kontrola	PARQ
ER	0,53**	0,75**	0,72**	-0,43**	0,59**	0,78**
IP	-0,48**	-0,72**	-0,71**	0,49**	-0,05**	-0,72**
EC	0,56**	0,64**	0,67**	-0,35**	0,45**	0,72**
F	0,07	0,15	0,18*	-0,05	0,29**	0,21*
DS (Total)	0,50**	0,60**	0,61**	-0,26**	0,53**	0,70**

PARQ – totalni indeks prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila ; DS – totalni indeks diferencijacije selfa; ER- emocionalna regulacija; IP-Ja pozicija; EC-emocionalno odbijanje ; F-fuzija,emocionalna zapletenost; Rav. odbijanje – ravnodušno odbijanje; \* $p < .005$ , \*\* $p < .001$ ;  $N=120$

Rezultati su potvrdili povezanost između skala self-diferencijacije i ukupnog indeksa prihvatanja/odbacivanja ispitanica na ukupnom uzorku, kao što je prikazano u tabeli 27. Ja-pozicija je, kao što smo predvideli, pokazala negativnu korelaciju sa skalama roditeljskog stila: hladnoće, agresivnosti, zapostavljanja i kontrole, dok nismo očekivali njenu pozitivnu korelaciju sa skalom ravnodušnog odbacivanja. Skala emocionalne reaktivnosti i emocionalnog odbijanja povezane su sa PARQ skalama, emotivna hladnoća, agresivnost, zapostavljanje i kontrola. U slučaju ravnodušnog odbacivanja, ove skale su pokazale negativnu povezanost. Subskala fuzija sa drugima nije pokazala značajnu povezanost, sem u slučaju kontrole roditelja. Potvrđena je i povezanost između ukupnog indeksa diferencijacije selfa i totalnog indeksa prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila.

### Tabela 28

*Povezanost skala self-diferencijacije i skala roditeljskog stila na poduzorku ispitanica sa kompleksnom traumom (Pirsonov koeficijent korelacije)*

Varijabla	Hladnoća	Agresivnost	Zapos- taavljanje	Rav. odbijanje	Kontrola	PARQ
ER	0,50**	0,70**	0,71**	-0,40**	0,59**	0,74**
IP	-0,39**	-0,65**	-0,64**	0,52**	-0,50**	-0,62**
EC	0,51**	0,50**	0,59**	-0,25*	0,47**	0,64**
F	0,10	0,08	0,29*	-0,09	0,10	0,18
DS	0,52**	0,48**	0,63**	-0,15	0,49**	0,67**

PARQ – totalni indeks prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila ; DS – totalni indeks diferencijacije selfa; ER- emocionalna regulacija; IP-Ja pozicija; EC-emocionalno odbijanje ; F-fuzija,emocionalna zapletenost; Rav. odbijanje – ravnodušno odbijanje; \* $p < .005$ , \*\* $p < .001$ ;  $N=65$

**Tabela 29**

*Povezanost skala self-diferencijacije i skala roditeljskog stila na poduzorku ispitanica bez kompleksne traume (Pirsonov koeficijent korelacije)*

Varijabla	Hladnoća	Agresivnost	Zapostavljanje	Rav. odbijanje	Kontrola	PARQ
ER	0,44**	0,62**	0,51**	-0,38**	0,41**	0,69**
IP	-0,47**	-0,58**	-0,60**	0,37**	-0,29*	-0,68**
EC	0,55**	0,60**	0,56**	-0,34*	0,12	0,64**
F	-0,04	0,23	0,01	0,04	0,49**	0,27*
DS	0,37**	0,57**	0,37**	-0,25	0,39**	0,60**

*PARQ – totalni indeks prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila ; DS – totalni indeks diferencijacije selfa; ER- emocionalna regulacija; IP-Ja pozicija; EC-emocionalno odbijanje ; F-fuzija,emocionalna zapletenost; Rav. odbijanje – ravnodušno odbijanje; \* $p < .005$ , \*\* $p < .001$ ; N=55*

Analizirajući podatke prikazane u tabelama 28 i 29 dobili smo da postoji značajna povezanost između dimenzija diferencijacije selfa sa skalama prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila kod obe grupe majki. Ja-pozicija, je pokazala negativnu korelaciju sa skalama prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila: emotivna hladnoća, agresivnost, zapostavljanje i kontrola, a pozitivnu korelaciju sa skalom ravnodušnog odbijanja. Takođe je emocionalna reaktivnost kod obe grupe ispitanica bila pozitivno povezana sa emotivnom hladnoćom, agresivnošću, zapostavljanjem i kontrolom, a negativno povezana sa ravnodušnim odbacivanjem. Emocionalno odvajanje je pokazalo značajnu povezanost sa dimenzijama roditeljskog stila na isti način kao i Ja pozicija i emocionalni prekid kod grupe ispitanica sa kompleksnom traumom, dok u grupi bez kompleksne traume nije bila povezana sa kontrolom. Fuzija sa drugima pokazala je povezanost sa kontrolom ispitanica u grupi bez kompleksne traume. Takođe je potvrđena niska korelacija sa zapostavljanjem u grupi sakompleksnom traumom. Potvrđena je i povezanost između totalnog indeksa diferencijacije selfa i roditeljskog stila kod obe grupe ispitanica.



### 13.6. Povezanost između skala diferencijacije selfa i skala kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja

Korelaciona analiza je potvrdila da postoji povezanost između dimenzija diferencijacije selfa (Ja-pozicije, fuzije sa drugima, emotivnog odvajanja i emocionalne reaktivnosti) i dimenzija kompleksnog PTSP-a (emotivne disregulacije, poremećaja pažnje, niskog samopoštovanja, poremećenih odnosa, somatizacije, nedostatka smisla). Ova hipoteza je proverena pomoću Pirsonovog koeficijenta linearne korelacije. Rezultati su prikazani u tabeli 30.

**Tabela 30**

*Povezanost skale self-diferencijacije i skala kompleksnog PTSP-a na poduzorku ispitanica sa kompleksnom traumom (Pirsonov koeficijent korelacije)*

Var.	Emotivna disregulacija	Poremećaj pažnje	Nisko mopoštovanje	sa- Poremećeni odnosi	Somatizacija	Nedostatak smisla	K-PTSP
ER	0,83**	0,68**	0,82**	0,80**	0,60**	0,84**	0,86**
IP	-0,83**	-0,67**	-0,84**	-0,71**	-0,52**	-0,80**	-0,83**
EC	0,68**	0,47**	0,71**	0,76**	0,63**	0,75**	0,74**
F	0,06	-0,01	0,06	-0,03	0,05	0,06	0,03
DS	0,59**	0,39**	0,59**	0,67**	0,59**	0,67**	0,64**

*K-PTSP – kompleksni posttraumatski stresni poremećaj; DS – totalni indeks diferencijacije selfa; ER-emocionalna regulacija; IP-Ja pozicija; EC-emocionalno odbijanje; F-fuzija, emocionalna zapletenost; \*p<0.05, \*\*p<0.001; N=65*

Emocionalna reaktivnost pokazala je visoku korelaciju sa svim skalama K-PTSP-a, emotivnom disregulacijom, poremećajem pažnje, niskim samopoštovanjem, poremećenim interpersonalnim odnosima, somatizacijom i nedostatkom smisla. Ja-pozicija visoko negativno korelira sa skalama emotivne disregulacije, poremećaja pažnje, niskog samopoštovanja, poremećenih odnosa, somatizacije i nedostatka smisla, dok je emocionalno odbijanje pozitivno korelirano, takođe visokim intenzitetom, sa svim skalama K-PTSP-a. Fuzija ili zapletenost sa drugima nije pokazala značajnu povezanost ni sa jednom od skala kompleksnog PTSP-a. Konačno, ukupan skor diferencijacije selfa bio je značajno pozitivno povezan sa subskalama emotivne disregulacije, poremećaja pažnje, niskim samopoštovanjem, poremećenim odnosima, somatizacijom i nedostatkom smisla, kao sa ukupnim indeksom kompleksnog PTSP-a (tabela 30).

### 13.7. Korelacije između faktora rizika i protektivnih faktora sa roditeljskim stilom

Sledeći korak bio je da se utvrdi da li postoji povezanost protektivnih faktora: rezilijentosti i procenjene socijalne podrške sa faktorima rizika, ACE skora i dimenzijama kompleksnog PTSP-a u odnosu na dimenzije roditeljskog stila. ACE skor je uveden u korelativnu analizu, kako bi utvrdili da li broj trauma iz detinjstva predstavlja faktor rizika. Ova hipoteza je proverena pomoću Pirsonovog koeficijenta linearne korelacije. Takođe smo ispitali kako je ukupan broj trauma koji je ispitanica preživela povezan sa ostalim protektivnim varijablama. Ukupan broj trauma dobijen je sumom trauma koji je ispitanica prijavila na opštem upitniku.

**Tabela 31**

*Povezanost skala kompleksnog PTSP-a, ACE skora, broja trauma, skala roditeljskog stila i protektivnih faktora: rezilijentnosti i procenjene socijalne podrške na poduzorku majki sa kompleksnom traumom (Pirsonov korefijent korelacije)*

Varijabla	Soc. podrška	Rezilijentnost
Emocionalna disregulacija	-0,65**	-0,81**
Poremećaj pažnje	-0,45**	-0,59**
Nisko samopoštovanje	-0,61**	-0,80**
Poremećeni odnosi	-0,68**	-0,80**
Somatizacija	-0,50**	-0,63**
Nedostatak smisla	-0,71**	-0,85**
ACE Skor	-0,43**	-0,45**
Br. trauma	-0,06	0,19
Hladnoća	-0,60**	-0,64**
Agresivnost	-0,43**	-0,67**
Zapostavljanje	-0,54**	-0,76**
Rav. odbacivanje	0,29*	0,41**
Kontrola	-0,30**	-0,50**

*ACE skor – broj negativnih životnih iskustava; Br. trauma – ukupan broj doživljenih trauma; Rav. odbacivanje – ravnodušno odbacivanje roditelja; \*p<.005, \*\*p<.001; N=65*

Analiza je pokazala da dimenzije kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja na značajno negativno koreliraju sa procenjenom socijalnom podrškom i rezilijentnošću. ACE skor je, slično kompleksnom PTSP-u pokazao negativnu povezanost sa socijalnom podrškom i rezilijentnošću kod ove grupe ispitanica. Isto tako su dimenzije roditeljskog stila (emotivna hladnoća, agresivnost, zapostavljanje, kontrola) pokazale značajnu negativnu korelaciju sa rezilijentnošću i procenjenom socijalnom podrškom, za razliku od ravnodušnog odbacivanja, gde je povezanost sa protektivnim varijablama bila pozitivna. Interesantno je da ukupan broj preživljenih trauma nije pokazao statistički značajnu povezanost sa protektivnim varijablama (tabela 31).

### **13.8. Korelacija između dimenzija kompleksnog PTSP-a, dimenzija diferencijacije selfa, dimenzija roditeljskog stila i broja doživljenih trauma, ACE skora i starosti kada se trauma desila**

Dalja analiza vodila je ispitivanju korelacija između simptoma kompleksnog PTSP-a, self-diferencijacije, roditeljskog, kao i broja preživljenih trauma, ACE skora i starosti ispitanice kada se trauma desila u grupi koja je preživela traumom. Varijabla starost ispitanice je rangirana i tretirana kao kontinuirana varijabla koje su razvrstane u više kategorija. Za utvrđivanje veze sa ostalim varijablama odabran je postupak korelacione analize iz razloga jer bi raditi ANOVU i tumačenje njenih rezultata ovde bilo teško i nepouzdan, naročito uzimajući u obzir da u nekim kategorijama ova varijabla ima mali broj ispitanika. Rezultati su prikazani u tabeli 32.

**Tabela 32**

*Povezanost skala kompleksnog PTSP-a, skala diferencijacije selfa, skala roditeljskog stila, broja doživljenih trauma, ACE skora i starosti kada se trauma desila (Pirsonov koeficijent korelacije)*

	Broj trauma	ACE	Starost
Emocionalna disregulacija	0,24	0,57**	-0,23
Poremećaj pažnje	0,19	0,56**	-0,16
Nisko samopoštovanje	0,18	0,64**	-0,28*
Poremećeni odnosi	0,27*	0,59**	-0,32**

Somatizacija	0,12	0,37**	-0,09
Nedostatak smisla	0,23	0,54**	-0,20
Emocionalna reaktivnost	0,26*	0,48**	-0,27*
Ja-Pozicija	-0,20	-0,51**	0,28*
Emocionalno odvajanje	0,17	0,56**	-0,27*
Fuzija	0,29*	-0,35**	-0,07
Hladnoća	0,08	0,21	-0,05
Agresivnost	0,11	0,33**	-0,16
Zapostavljanje	0,08	0,33**	-0,20
Ravnodušno odbijanje	-0,02	-0,31*	0,07
Kontrola	0,20	0,39**	-0,37**

*ACE skor – broj negativnih životnih iskustava; broj trauma - ukupan broj doživljenih trauma; starost– starost ispitanice kada se trauma desila; \* $p < .005$ , \*\* $p < .001$ ;  $N=65$*

Analiza je pokazala da je ukupan broj preživljenih traumatskih događaja bio povezan sa poremećenim odnosima i fuzijom. Kao što je i pretpostavljeno, broj traumatskih iskustava iz djetinjstva (predstavljenih ACE skorom) pokazao je visoke korelacije sa svim dimenzijama kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja, diferencijacijom selfa i roditeljskog stila, osim u slučaju emotivne hladnoće gde se nije pokazala značajna korelacija. Starost ispitanice kada se traumatski događaj desio je takođe na statistički značajnom nivou negativno povezana sa poremećenim odnosima i kontrolom, niskim samopoštovanjem i emocionalnom reaktivnošću, dok pozitivno korelira sa Ja-pozicijom (tabela 32).

### 13.9. Korelacije između broja doživljenih trauma majke i oca ispitanice, dimenzija njihovog roditeljskog stila i dimenzija roditeljskog stila ispitanice

Kako bi smo ispitali povezanost između broja trauma roditelja (majke i oca) ispitanice i njihovog roditeljskog stila sa roditeljskim stilom ispitanice koristili smo Pirsonov koeficijent korelacije. Rezultati su prikazani u tabeli 33.

**Tabela 33**

*Povezanost broja doživljenih trauma majke i oca ispitanice, dimenzija njihovog roditeljskog stila i dimenzija roditeljskog stila ispitanice (Pirsonov koeficijent korelacije)*

Varijable	Roditeljski stil ispitanice				
	Hladnoća	Agresivnost	Zanemarivanje	Rav. odbijanje	Kontrola
<b>Roditeljski stil majke ispitanice</b>					
Hladnoća	0,37**	0,58**	0,48**	-0,31**	0,46**
Agresivnost	0,40**	0,59**	0,54**	-0,31**	0,41**
Zanemarivanje	0,43**	0,61**	0,52**	-0,31**	0,39**
Rav. odbijanje	0,42**	0,61**	0,53**	-0,29**	0,44**
Kontrola	0,29**	0,47**	0,38**	-0,17	0,41**
<b>Broj trauma majke ispitanice</b>	0,17	0,27**	0,33**	-0,29**	0,33**
<b>Roditeljski stil oca ispitanice</b>					
Hladnoća	0,22*	0,44**	0,33**	-0,34**	0,43**
Agresivnost	0,15	0,32**	0,35**	-0,35**	0,29**

Zapostavljanje	0,14	0,28**	0,32**	-0,39**	0,33**
Rav. odbijanje	0,12	0,33**	0,33**	-0,40**	0,33**
Kontrola	0,01	0,16	0,17	-0,21*	0,25**
<b>Broj trauma oca ispitanice</b>	0,16	0,29**	0,36**	-0,27**	0,24**

\* $p < .005$ ; \*\* $p < .001$ ;  $N = 120$

Sve dimenzije roditeljskog stila majke ispitanice bile su pozitivno korelirane, i to na značajnom nivou sa svim dimenzijama roditeljskog stila ispitanice, sem u slučaju kontrole majke i ravnodušnog odbacivanja ispitanice. Broj trauma majke ispitanice, pozitivno korelira sa agresivnošću, kontrolom i zanemarivanjem kao obeležjima roditeljskog stila ispitanice i negativno koreliran sa ravnodušnim odbacivanjem kao dimenzijom roditeljskog stila ispitanice. Dimenzije roditeljskog stila oca ispitanice, agresivnost, zapostavljanje, pokazale su pozitivnu korelaciju sa ovim istim dimenzijama roditeljskog stila ispitanice. Ravnodušno odbacivanje ispitanice bilo je u negativnoj vezi sa svim dimenzijama roditeljskog stila oca. Ukupan broj trauma oca korelirao je pozitivno sa agresivnošću, zapostavljanjem i kontrolom ispitanice i negativno je koreliran sa ravnodušnim odbacivanjem ispitanice (tabela 33).

### 13.10. Faktori rizika kao prediktori roditeljskog stila majke

Jedna od hipoteza istraživanja odnosila se na to da će se protektivni faktori i faktori rizika pokazati značajnim u predviđanju prihvatajuće/odbacujuće dimenzije roditeljstva i to tako što se očekuje da će faktori rizika na neki način predvideti odbacujući roditeljski stil majke, odnosno objasniti varijansu dimenzija PARQ skale.

Kako bismo ispitali koji faktori rizika će se pokazati značajnim u predviđanju roditeljskog stila, uključili smo ACE skor i dimenzije kompleksnog PTSP-a u multiplu regresionu analizu. Rezultati ove analize u kojoj se kriterijumska varijabla odnosila na prihvatajući/odbacujući roditeljski stil, dok su prediktorske varijable bile ACE skor i mere kompleksnog PTSP-a. prikazani su u tabeli 34.

**Tabela 34**

*Multipla regresiona analiza - mere kompleksnog PTSP-a i ACE skora kao prediktori prihvatajuće/odbacujuće dimenzije roditeljstva*

Prediktori	Hladnoća	Agresivnost	Zanemarivanje	Ravnodušno odbijanje	Kontrola
	$\beta$	$\beta$	B	$\beta$	$\beta$
ACE skor	-0,19	-0,19	-0,18	-0,16	0,12
Emotivna disregulacija	0,11	0,41	0,19	-0,91**	0,13
Poremećaj pažnje	-0,22	0,10	-0,06	-0,19	0,11
Nisko samopoštovanje	-0,00	0,21	0,25	0,29	-0,09
Poremećeni odnosi	0,26	0,18	0,15	0,60*	0,17
Somatizacija	-0,09	-0,11	-0,06	-0,08	-0,11
Nedostatak smisla	0,51*	0,01	0,38	-0,07	0,25
R <sup>2</sup>	0,45	0,54	0,54	0,30	0,30
Adjusted R <sup>2</sup>	0,38	0,48	0,49	0,21	0,21
F	6,65***	9,53***	9,64***	3,41**	3,42**

*ACE skor – broj negativnih iskustava u detinjstvu; \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ ;  $N=65$*

U prvoj regresionoj analizi simptomi kompleksnog PTSP-a objasnili su 38% varijanse hladnoće ispitanice. U ovom modelu jedinstveni doprinos emotivnoj hladnoći dao je nedostatak smisla. U drugoj regresionoj analizi, simptomi kompleksnog PTSP-a, objasnili su 48% varijanse agresivnosti ispitanice. U trećoj regresionoj analizi, simptomi kompleksnog PTSP-a objasnili su 49% varijanse zanemarivanja i zapostavljanja. U četvrtoj regresionoj analizi simptomi kompleksnog PTSP-a objasnili su 21% varijanse ravnodušnog odbacivanja ispitanice. Emotivna disregulacija i poremećeni odnosi ispitanice imali su najviši rezultat. U petom modelu regresione analize simptomi kompleksnog PTSP-a objasnili su 21% varijanse kontrole, kao dimenzije roditeljskog stila ispitanice (tabela 34).

### 13.11. Protektivni faktori (diferencijacija selfa, procenjena socijalna podrška i rezilijentnost) kao prediktori dimenzija roditeljskog stila

Naša sledeća hipoteza bila je da se uvrdi da li su protektivni faktori traume, kao što su diferencijacija selfa, procenjena socijalna podrška i rezilijentnost, prediktori roditeljskog stila ispitanice. Ova hipoteza testirana je pomoću postupka regresione analize. U tabeli 35 prikazani su rezultati multiple regresione analize u kojoj su kriterijumske varijable bile dimenzije prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila, dok su prediktorske varijable bile rezilijentnost, diferencijacija selfa i procenjena socijalna podrška.

**Tabela 35**

*Multipla regresiona analiza – protektivni faktori (dimenzije diferencijacije selfa, procenjena socijalna podrška i rezilijentnost) kao prediktori prihvatajuće/odbacujuće dimenzije roditeljstva*

Prediktori	Hladnoća	Agresivnost	Zanemarivanje	Ravnodušno odbijanje	Kontrola
	$\beta$	$\beta$	B	$\beta$	$\beta$
ER	-0,02	0,53***	0,08	0,02	0,69***
IP	0,29	-0,13	-0,07	0,45**	0,12
EC	0,18	-0,04	0,06	0,24	0,08
F	0,01	-0,10	0,02	0,13	0,10
Soc podrška	-0,08	0,17	0,05	-0,05	0,07
Rezilijentnost	-0,70***	-0,33*	-0,64***	-0,37	-0,11
R <sup>2</sup>	0,45	0,60	0,63	0,29	0,37
Adusted R <sup>2</sup>	0,42	0,58	0,61	0,25	0,34
F	15,56***	28,52***	31,72***	7,49***	10,98***

*ER-emocionalna regulacija; IP-Ja pozicija; EC-emocionalno odbijanje ; F-fuzija,emocionalna zapletenost \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ ; N=120*

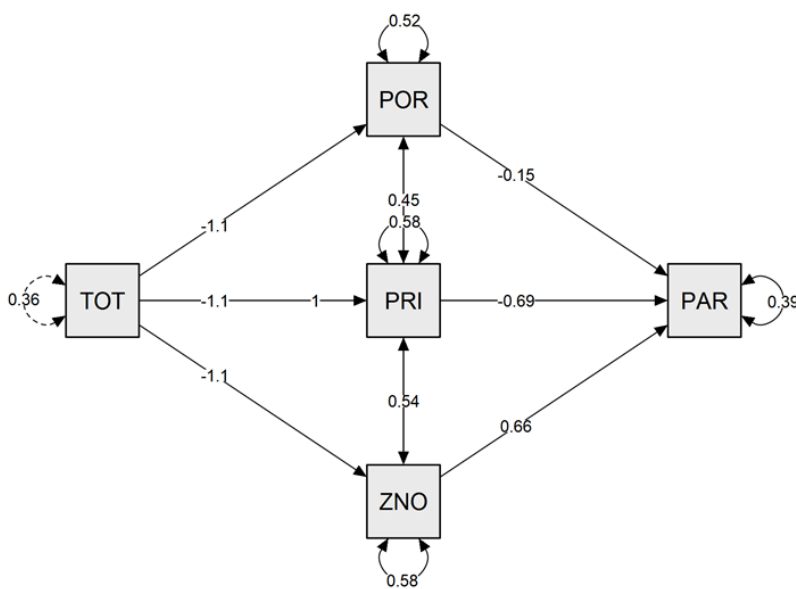
U prvoj regresionoj analizi dimenzije diferencijacije selfa, u kombinaciji sa socijalnom podrškom i rezilijentnošću, objasnile su 42% varijanse emotivne hladnoće kao dimenzije roditeljskog stila ispitanice. U ovom modelu jedinstveni doprinos majčinoj emotivnoj hladnoći sa dala je rezilijentnost. U drugoj regresionoj analizi, protektivni faktori, objasnili su 58% varijanse agresivnosti kao dimenzije roditeljskog stila ispitanice. Najveću vrednost imala je majčina emocionalna reaktivnost i rezilijentnost. U trećoj regresionoj analizi, protektivni faktori objasnili su 61% varijanse zanemarivanja i zapostavljanja kao dimenzija roditeljskog stila. Ovde je faktor rezilijentnost dao jedinstveni doprinos. U četvrtoj regresionoj analizi diferencijacija selfa, socijalna podrška i rezilijentnost su u kombinaciji objasnili 25% varijanse majčinog ravnodušnog odbijanja kao dimenzije roditeljskog stila. Ja-pozicija imala je najviši rezultat. U petom modelu regresione analize



protektivni faktori objasnili su 34% varijanse kontrole, kao dimenzije roditeljskog stila naših ispitanica. I ovde je emocionalna reaktivnost pokazala značajan rezultat (tebela 35).

### 13.12. Procenjena socijalna podrška kao medijator odnosa između kompleksnog PTSP-a i prihvatajuće/odbacujuće dimenzije roditeljskog stila

Da bismo proverili da li je procenjena socijalna podrška medijator odnosa između kompleksnog PTSP-a i roditeljskog stila, testiran je model u kome je prediktorska varijabla bila dimenzije kompleksnog PTSP-a. Kao medijatorske varijable postavljene su sve dimenzije procenjene socijalne podrške (prijatelji, porodica i značajni ostali), dok je za kriterijumsku varijablu postavljen ukupan skor prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila majki. Prikaz ovog modela dat je na slici 6.



*Legenda: TOT : indeks kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja; POR : podrška porodice; PRI : podrška prijatelja; ZNO : podrška značajnih ostalih; PAR: indeks prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila majke*

**Slika 6.** Model za predviđanje roditeljskog stila ispitanica

Efekti medijacije su proveravani uz pomoć programa JASP (JASP Team, 2020). Istraživa-  
nja o graničnim kriterijumima fit indeksa ukazuju da kada se za procenu modela koristi Maximum  
likelihood metod potrebno je navesti vrednosti indeksa TLI, IFI, CFI, RMSEA i SRMR, s' tim što  
su TLI i RMSEA manje pouzdani kada je reč o malim uzorcima. U skladu sa ovim preporukama  
više indeksa pogodnosti je upotrebljeno za procenu pogodnosti modela: „Taker-Luisov indeks“  
(eng. Tucker-Lewis index - TLI), Bolenov „Inkrementalni fit indeks“ (eng. Incremental fit index -  
IFI), „Komparativni fit indeks“ (eng. Comparative fit index - CFI), „Kvadratni koren prosečne kva-  
drirane greške aproksimacije“ (eng. Root-mean-square error of approximation - RMSEA), Stand-  
ardizovani kvadratni koren reziduala (eng. Standardized Root Mean Square Residual - SRMR)  
(Byrne, 1998; Hu & Bentler, 1998; Hu & Bentler, 1999; Kline, 2005; Russell, 2002). Rezultati  
testiranog modela prikazani su u tabeli 36.

**Tabela 36**

*Indeksi usklađenosti istraživačkog modela*

Indeksi usklađenosti modela	Preporučene vrednosti	Vrednosti u modelu
$\chi^2/df$	<3	1,47
RFI	>0,9	0,874
NFI	>0,9	0,915
GFI	>0,9	0,767
CFI	>0,9	0,970
TLI	>0,9	0,956
IFI	>0,9	0,971
RMSEA	<0,1	0,09
SRMR	<0,1	0,06

Većina indeksa pogodnosti ukazuje da se vrednosti TLI, NFI, IFI, CFI, RMSEA i SRMR nalaze u prihvatljivim vredostima. Ipak, vrednosti RFI i GFI nisu pokazale dobre rezultate. Analizom rezultata na osnovu modela strukturalnih jednačina smo potvrdili samo direktnu vezu između kompleksnog PTSP-a i roditeljskog stila ispitanice, dok se predviđeni supresivni efekat procenjene podrške prijatelja, porodice i ostalih važnih osoba nije pokazao značajnim u ovom odnosu. Model nije fitovao podacima, ali je ukazao da je kompleksni PTSP značajan prediktor roditeljskog stila. Parametri su prikazani u tabeli 37.

**Tabela 37**

*Model strukturalnih jednačina-testiranje uticaja*

Uticaji	Koeficijenti puta	Nivo značajnosti
Socijalna podrška → K-PTSP	-0,676	p<0,001
KPTSP → Roditeljski stil	0,842	p<0,001
Socijalna podrška → Roditeljski stil	-0,049	0,668

### **13.13. Roditeljski stil roditelja ispitanice kao prediktor njenog roditeljskog stila**

U ovom delu analize rezultata trebalo je da se ispita da li su roditeljski stilovi majke i oca ispitanica prediktori njihovog odbacujućeg roditeljstva (visoki PARQ skor). Ova hipoteza testirana je pomoću postupka regresione analize. U tabeli 38 prikazani su rezultati multiple regresione analize u kojoj su kriterijumske varijable bile dimenzije prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila ispitanice, dok su prediktorske varijable bile prihvatajući/odbacujući roditeljski stil majke i oca ispitanice i ukupan broj preživljenih trauma oba roditelja.

**Tabela 38**

*Multipla regresiona analiza - prediktorski efekat broja preživljenih trauma oba roditelja ispitanica i njihovog roditeljskog stila na roditeljski stil ispitanica*

Prediktori	Trauma majka $\beta$	Trauma oca $\beta$	PARQ majka $\beta$	PARQ otac $\beta$
PARQ	-0,08	0,18	0,55***	0,02
R <sup>2</sup>			0,38	
Adjusted R <sup>2</sup>			0,36	
F			17,44***	

*Trauma majka – ukupan broj trauma majke ispitanice; Trauma otac – ukupan broj trauma oca ispitanice; PARQ majka – totalni indeks prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila majke ispitanice; PARQ otac – totalni indeks prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila oca ispitanice; PARQ - totalni indeks prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila ispitanice \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ ; N=120*

U ovoj regresionoj analizi prihvatajući/odbacujući roditeljski stil majke ispitanice objasnio je 36% varijanse prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila ispitanice. U ovom modelu prihvatajuća/odbacujuća dimenzija roditeljskog stila oca, kao i broj preživljenih trauma oba roditelja se nisu pokazali značajnim (tabela 38).

### **13.14. Povezanost sociodemografskih varijabli istraživanja sa kompleksnim posttraumatskim stresnim poremećajem, self diferencijacijom, socijalnom podrškeom, rezilijentnošću i roditeljskim stilom**

Povezanost između starosti ispitanice, nivoa obrazovanja, prihoda, broja dece u porodici, porodičnih resursa i dimenzija prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila, diferencijacije selfa, kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja, procenjene socijalne podrške i rezilijentnosti ispitanica je pomoću Pirsonovog koeficijenta korelacije. Rezultati su prikazani u tabeli 39. Varijable, obrazovanje, prihod i starost, broj dece u porodici ispitanica, su rangirane i tretirane kao kontinuirane varijable koje su razvrstane u više kategorija. Odabran je postupak korelacione analize kao merodavniji iz razloga sto raditi ANOVU i tumačiti njene rezultate je teško i nepouzdan, naročito uzimajući u obzir da u nekim kategorijama ovih sociodemografskih varijabli ima mali broj ispitanika, čime bi se narušila pretpostavka o homogenosti varijanse.

**Tabela 39**

*Pirsonove korelacije dimenzija prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila, dimenzija diferencijacije, dimenzija kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja, vrste procenjene socijalne podrške, rezilijentnosti i starosti ispitanice, obrazovanja, prihoda, broja dece i raspoloživih porodičnih resursa u obe grupe ispitanica*

	Starost		Obrazovanje		Prihod		Porodični resursi		Uzrast dece		Broj dece	
	KT	BKT	KT	BKT	KT	BKT	KT	BKT	KT	BKT	KT	BKT
<b>Prihvatajući-odbacujući roditeljski stil</b>												
HL	-0,32**	-	0,36**	0,05	0,47**	0,10	0,20	0,21	0,02	0,16	-0,13	-0,05
		0,05										
AG	-0,16	-	0,35**	0,05	0,15	0,18	0,24	0,19	-0,12	0,38**	-0,02	0,13
		0,25										
Z	-0,20	-	0,24	0,13	0,23	0,23	0,27*	0,25	-0,02	0,22	-0,04	0,15
		0,08										
RO	0,07	-	-0,08	-0,02	-0,09	-0,14	-0,11	-0,19	-0,07	-	-0,06	-0,18
		0,05								0,10		
K	-0,37**	0,10	0,06	-0,08	0,10	-0,01	0,24	-0,01	-0,18	0,03	-0,01	0,19
<b>Diferencijacija selfa</b>												
ER	-0,27*	-	0,32**	0,05	0,33**	0,14	0,33*	0,17	-0,21	0,28*	-0,19	0,18
		0,06								*		
IP	0,28*	0,13	-0,45**	-0,12	-0,31*	-0,04	-0,35**	-0,23	0,20	-	-0,14	-0,27*
										0,25		
EO	-0,27*	-	0,20	0,26	0,38**	0,34*	-0,36**	0,46**	-0,12	0,44**	-0,12	0,12
		0,20								**		
F	-0,07	0,11	0,21	0,02	-0,03	-0,05	0,16	-0,01	-0,21	0,01	-0,12	0,36**
<b>Kompleksni posttraumatski stresni poremećaj</b>												
ED	-0,23	-	0,45**	0,14	0,20	0,20	0,27*	0,32*	-0,03	0,32**	-0,04	0,19
		0,16								**		
PP	-0,16	-	0,30*	0,22	0,21	0,22	0,23	0,35**	-0,05	0,19	-0,04	0,14
		0,14										
NS	-0,28*	-	0,42**	0,07	0,33**	0,06	0,30*	0,27*	-0,12	0,22	-0,08	0,05
A		0,10										
PO	-0,32**	-	0,39**	0,09	0,31*	0,16	0,22	0,33*	-0,03	0,35**	-0,06	0,14
		0,16								**		

S	-0,09	-	0,10	0,21	0,44**	0,16	0,49**	0,35**	-0,22	0,32	-0,1	0,36**
		0,16								*		
NS	-0,20	-	0,36**	0,17	0,32**	0,15	0,36**	0,34**	-0,21	0,24	-0,13	0,16
M		0,11										
<b>Procenjena socijalna podrška</b>												
Por	0,17	-0,07	-0,33**	-0,23	-0,12	-0,14	-0,45**	-0,08	0,02	-0,24	0,11	-0,06
.												
Pri.	0,13	-0,05	-0,35**	-0,21	-0,09	-0,23	-0,42**	-0,16	-0,02	-0,18	0,04	-0,11
Z.o	0,12	-0,04	-0,38**	-0,18	-0,08	-0,19	-0,39**	-0,22	-0,04	-0,23	0,03	-0,09
stal												
i												
<b>Rezilijentnost</b>												
SE	0,20	0,02	-0,36**	-0,24	-0,19	-0,18	-0,35**	-0,23	0,15	-	0,14	-0,19
										0,24		
TS	0,18	0,10	-0,41**	-0,32*	-0,21	-0,34*	-0,39**	-0,33*	0,23	-	0,22	-0,34**
										0,21		
P	0,11	-	-0,32**	-0,20	-0,13	-0,23	-0,42**	-0,34*	0,18	-	0,14	-0,25
		0,00								0,20		
SK	0,21	0,09	-0,38**	-0,18	-0,25*	-0,28*	-0,47**	-	0,21	-	0,18	-0,10
								0,37**		0,34		
										*		
DU	0,13	0,14	-0,24	-0,23	-0,15	-0,29*	-0,43**	-	0,14	-	0,14	-0,21
S								0,33**		0,31		
										*		

*KT – grupa sa kompleksnom traumom; BKT – grupa bez kompleksne traume; HL-hladnoća; AG-agresivnost; Z-zapostavljanje; RO- ravnodušno odbijanje; K-kontrola; ER-emocionalna regulacija; IP-Ja-pozicija; F-fuzuja; ED-emocionalna disregulacija; PP-poremećaj pažnje; NS-nisko samopoštovanje; PO-poremećeni odnosi; S-somatizacija; NSM-nedostatak smisla; Por.-porodica; Pri.-prijatelji; Z.ostali-značajni ostali; SE-samoefikasnost; TS-tolerancia stresa; P-prilagodljivost; SK-samokontrola; DUS-duhovni smisao; \*p < .05, \*\*p < .01*

Razultati ukazuju da su emotivna hladnoća i kontrola majke u grupi sa kompleksnom traumom, kao aspekti prihvatajuće/odbacujuće dimenzije roditeljskog stila, ostvarili statistički značajnu negativnu korelaciju sa starošću ispitanice. Takođe je dobijena statistički značajna negativna korelacija između emocionalne reaktivnosti, emocionalnog odvajanja i starosti ispitanice u grupi sa kompleksnom traumom, dok je korelacija između emocionalnog odvajanja i starosti bila statistički značajna i pozitivna. Nisko samopoštovanje i poremećeni porodični odnosi pokazali su statistički značajnu negativnu korelaciju sa starošću, takođe u grupi majki sa kompleksnom traumom.

Emotivna hladnoća, agresivnost i emocionalna reaktivnost ispitanice imali su statistički značajnu pozitivnu korelaciju sa obrazovanjem u grupi sa kompleksnom traumom, dok je Ja-pozicija bila u statistički značajnoj negativnoj korelaciji sa nivoom obrazovanja ispitanice. Sve dimenzije kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja, osim somatizacije, pokazale su statistički značajnu pozitivnu korelaciju sa obrazovanjem ispitanice u grupi sa kompleksnom traumom. Sve dimenzije socijalne podrške bile su pozitivno povezane na statistički značajnom nivou sa obrazovanjem, kao i sve dimenzije rezilijentnosti, osim u slučaju dimenzije duhovni smisao koja nije bila statistički značajna. Što se prihoda tiče, u grupi sa traumom, on je bio statistički značajno pozitivno povezan sa emotivnom hladnoćom ispitanice, njenom emocionalnom reaktivnošću i emocionalnim odvajanjem, a negativno povezan sa Ja-pozicijom. Dimenzije kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja, emocionalna distregulacija, nisko samopoštovanje, poremećeni porodični odnosi, somatizacija i nedostatak smisla, imali su statistički značajnu pozitivnu korelaciju sa prihodom u grupi sa kompleksnom traumom. Emocionalno odvajanje u grupi bez kompleksne traume pokazalo se statistički značajnim u odnosu na prihod. Tolerancija stresa, kontrola i duhovni smisao imali su statistički značajnu negativnu korelaciju sa prihodom u grupi bez kompleksne traume.

Porodični resursi su pokazali značajnu statističku povezanost sa zapostavljanjem, emocionalnom reaktivnošću ispitanice, emocionalnom disregulacijom, niskom samopoštovanjem, somatizacijom i nedostatkom smisla u grupi sa kompleksnom traumom. U istoj grupi, porodični resursi su pokazali značajnu negativnu povezanost sa svim skalama procenjene socijalne podrške i rezilijentnosti, Ja-pozicijom i emocionalnim odvajanjem. U grupi bez kompleksne traume, porodični resursi su bili statistički značajno povezani sa svim skalama kompleksnog PTSP-a i emocionalnim odvajanjem, a negativno povezani sa svim skalama rezilijentnosti, sa izuzetkom skale samoefikasnosti.

Broj dece je pokazao negativnu korelaciju sa Ja-pozicijom i tolerancijom stresa i pozitivnu korelaciju sa fuzijom i somatizacijom ispitanice u grupi roditelja bez traume. Starost dece je korelirala sa agresivnošću, emocionalnom regulacijom i odvajanjem, emocionalnom disregulacijom, poremećenim odnosima i somatizacijom u grupi bez kompleksne traume. Starost dece je negativno korelirala sa samokontrolom majke i duhovnim smislom. Nije bilo značajnih korelacija između starosti dece i ostalih varijabli istraživanja u grupi sa traumom.

Rezultati su ukazali da će majke u grupi sa kompleksnom traumom, koje su na starijem uzrastu, verovatno imati više izraženu motivnu toplinu i da će koristiti manje kontrole u svom odnosu prema deci u poređenju sa majkama na mlađem uzrastu. Analiza rezultata je pokazala i da

će majke sa kompleksnom traumom koje su na starijem uzrastu verovatno imati manje poremećene porodične odnose. Takođe, majke sa iskustvom kompleksne traume koje su višeg obrazovanja će verovatno pokazati više emotivne hladnoće i agresivnosti u svom roditeljstvu i istovremeno imati izrazitiju emocionalnu reaktivnost i nižu vrednost Ja-pozicije. Grupa majki sa kompleksnom traumom i nižim obrazovanjem će verovatno iskusiti intenzivnije simptome kompleksnog PTSP-a, sa izuzetkom somatizacije. Dodatno, majke sa višim obrazovanjem će verovatno imati veću procenjenju socijalnu podršku i veću toleranciju na stres. Majke sa višim prihodom u grupi sa kompleksnom traumom, su pokazale veću emotivnu hladnoću u svom roditeljskom stilu i intenzivnije simptome kompleksnog PTSP-ja.

Razlike u dimenzijama kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja, diferencijacije selfa, procenjene socijalne podrške, rezilijentnosti i percepcije prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila u odnosu na bračni status majke u grupi sa kompleksnom traumom i u grupi bez kompleksne traume, ispitane su pomoću jednofaktorske analize varijanse. Kako bi se utvrdilo između kojih kategorija su razlike značajne, sproveden je naknadni Šefe (Scheffe) test. Rezultati su prikazani u tabeli 40.

#### Tabela 40

*Razlike između prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila, diferencijacije selfa, kompleksnog PTSP-a, vrste procenjene socijalne podrške i rezilijentnosti kod ispitanica različitog bračnog statusa u grupi sa kompleksnom traumom (F test)*

	Bračni status ispitanica sa kompleksnom traumom				
	Nije u vezi	Bračna/vanbračna veza	U procesu separacije	Razvedena	F
<b>Prihvatajući-odbacujući roditeljski stil</b>					
Hladnoća	16,42	9,65*	15,50	11,70	6,433*
Agresivnost	18,00	14,68*	20,00	14,70*	5,350*
Zapostavljanje	17,17	13,13*	22,00	13,60	5,112*
Rav. odbacivanja	8,33	9,23	8,00	9,15	1,354
Kontrola	17,58	14,77	16,50	14,10	2,986*
<b>Kompleksni posttraumatski stresni poremećaj</b>					
Emocionalna disregulacija	1,66	0,83*	1,66	0,86*	8,751*



Poremećaj pažnje	1,65	1,15	1,81	1,07	2,542
Nisko samopoštovanje	1,97	1,12*	1,83	1,23	3,628*
Poremećeni odnosi	2,06	1,04*	1,72	1,19*	5,288*
Somatizacija	0,27	0,15	0,18	0,25	3,456*
Nedostatak smisla	0,32	0,66*	0,59	0,78*	9,636*
<b>Diferencijacija selfa</b>					
Emocionalna reaktivost	61,58	47,00*	63,50	47,20*	7,098*
Ja-pozicija	25,58	36,29*	22,00	35,90	4,184*
Emocionalno odvajanje	54,00	41,03*	52,50	44,50	4,343*
Fuzija	30,08	33,16	33,00	32,15	0,988
<b>Procenjena socijalna podrška</b>					
Porodica	2,06*	4,61	1,50*	3,09*	13,321*
Prijatelji	2,65*	4,24	1,50	3,55	6,098*
Značajni ostali	2,56*	4,30	1,38*	3,50	7,046*
<b>Rezilijentnost</b>					
Samoefikasnost	0,94*	2,19	0,44*	1,77	8,405*
Tolerancija stresa	1,19*	2,32	0,71*	2,11	8,916*
Prilagodljivost	0,98*	2,23	0,60	1,83	8,065*
Kontrola	0,79*	2,29	0,50	1,78	7,576*
Duhovni smisao	1,00	2,11*	0,33	1,70*	6,937*

\*p<.05

Statistički značajne razlike između ispitanica u odnosu na bračni status dobijene su u pogledu emotivne hladnoće, agresivnosti, zapostavljanja, emocionalne disregulacije, niskog samopoštovanja i poremećenih odnosa, nedostatka smisla, emocionalne reaktivnosti, Ja-pozicije i emo-

cionalnog odvajanja, kao i svih dimenzija socijalne podrške i rezilijentnosti. Kada je u pitanju emocionalna hladnoća majke, ispitanice koje su u bračnoj ili vanbračnoj vezi pokazale su niže skorove na skali u odnosu na preostale tri grupe: majke koje nisu u vezi, koje su u procesu separacije ili koje su razvedene. Dalje, majke koje su u bračnoj/vanbračnoj zajednici ili koje su razvedene su imale manje skorove na skali agresivnosti u poređenju sa grupom majki koja nije u vezi ili one koja je u procesu separacije. Takođe, majke koje su u bračnoj/vanbračnoj zajednici su imale manje skorove na skali zapostavljanja deteta u odnosu na ostale tri grupe ispitanica. Majke u vezi ili one koje su razvedene su pokazale manje skorove na skali emocionalne disregulacije (tabela 40).

Razlike u dimenzijama kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja, diferencijacije selfa, procenjene socijalne podrške, rezilijentnosti i percepcije prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila u odnosu na bračni status majke u grupi bez kompleksne traume su prikazane u tabeli 41. Dobili smo da u ovoj grupi majki nije bilo statistički značajne razlike između ispitanica u odnosu na bračni status.

**Tabela 41**

*Razlike između prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila, diferencijacije selfa, kompleksnog PTSP-a, vrste procenjene socijalne podrške i rezilijentnosti kod ispitanica različitog bračnog statusa u grupi bez kompleksne traume (F test)*

	Bračni status u porodici ispitanica bez kompleksne traume				F
	Nije u vezi	Bračna/vanbračna veza	U porcesu separacije	Razvedena	
<b>Prihvatajući-odbacujući roditeljski stil</b>					
Hladnoća	8,00	9,00	10,33	9,80	0,434
Agresivnost	12,00	12,66	12,33	11,90	0,379
Zapostavljanje	9,00	10,58	10,83	10,50	0,081
Rav. odbacivanja	10,00	9,45	10,33	9,90	0,777
Kontrola	13,00	13,03	10,83	12,60	0,760
<b>Kompleksni posttraumatski stresni poremećaj</b>					
Emocionalna disregulacija	0,11	0,27	0,26	0,28	0,077
Poremećaj pažnje	0,00	0,15	0,08	0,19	0,265

Nisko samo-poštovanje	0,00	0,21	0,26	0,21	0,160
Poremećeni odnosi	0,00	0,27	0,26	0,21	0,161
Somatizacija	0,00	0,62	0,06	0,02	0,632
Nedostatak smisla	0,00	0,29	0,31	0,21	0,243
<b>Diferencijacija selfa</b>					
Emocionalna reaktivost	25,00	35,95	35,83	32,70	0,662
Ja-pozicija	56,00	45,37	44,83	48,90	0,984
Emocionalno odvajanje	22,00	31,21	36,17	29,90	0,903
Fuzija	26,00	32,55	29,17	29,20	1,626
<b>Procenjena socijalna podrška</b>					
Porodica	5,50	5,94	5,17	5,33	1,395
Prijatelji	5,75	5,72	5,25	5,35	0,507
Značajni ostali	5,75	5,76	5,21	5,50	0,584
<b>Rezilijentnost</b>					
Samoefikasnost	3,13	2,77	2,48	2,51	0,848
Tolerancija stresa	3,00	2,89	2,71	2,73	0,273
Prilagodljivost	3,20	2,75	2,63	2,72	0,206
Kontrola	4,00	3,07	2,75	2,90	0,651
Duhovni smisao	3,00	2,93	2,50	2,60	0,785

\* $p < .05$

Razlike u dimenzijama kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja, diferencijacije selfa, procenjene socijalne podrške, rezilijentnosti i percepcije prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila u odnosu na radni status majke u grupi sa kompleksnom traumom ispitane su takođe pomoću jednofaktorske analize varijanse. Kako bi se utvrdilo između kojih kategorija su razlike značajne, sproveden je naknadni Šefe (Scheffe) test. Rezultati su prikazani u tabeli 42.

**Tabela 42**

*Razlike između prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila, diferencijacije selfa, kompleksnog PTSP-a, vrste procenjene socijalne podrške i rezilijentnosti kod ispitanica različitog radnog statusa u grupi sa kompleksnom traumom (F test)*

<b>Radni status ispitanica sa kompleksnom traumom</b>					
	Ne radi	Traži posao	Zaposlena SR vreme	Zaposlena PR vreme	F
<b>Prihvatajući-odbacujući roditeljski stil</b>					
Hladnoća	14,06	8,67	11,45	10,79	1,953
Agresivnost	16,07	17,00	15,36	15,03	0,575
Zapostavljanje	15,94	15,67	13,09	13,67	1,351
Rav. odbaciva- nje	8,67	9,67	9,09	9,09	0,514
Kontrola	15,61	16,67	14,27	15,03	0,519
<b>Kompleksni posttraumatski stresni poremećaj</b>					
Emocionalna disregulacija	1,28	0,70	0,82	0,98	1,861
Poremećaj paž- nje	1,52	0,96	1,10	1,15	1,483
Nisko samo- poštovanje	1,87	0,89	1,06	1,18	3,908
Poremećeni odnosi	1,18	0,85	1,02	1,15	3,466
Somatizacija	0,31	0,19	0,18	0,15	5,262
Nedostatak smisla	1,68	0,69	1,03	1,04	3,775
<b>Diferencijacija selfa</b>					
Emocionalna reaktivost	57,17	48,00	47,00	47,79	2,991
Ja-pozicija	27,33	37,67	37,82	35,55	3,148
Emocionalno odvajanje	52,89	42,33	40,45	42,15	4,542
Fuzija	32,44	32,00	30,00	32,97	0,867

**Procenjena socijalna podrška**

Porodica	2,28*	3,75	4,48	3,97	6,324*
Prijatelji	2,43*	3,75	4,27	4,10	7,459*
Značajni ostali	2,40*	3,75	4,32	4,10	7,326*

**Rezilijentnost**

Samoeфика- snost	1,07*	2,04	1,90	2,09	5,557*
Tolerancija stresa	1,47	2,19	2,03	2,26	3,762
Prilagodljivost	1,34	1,87	1,95	2,04	2,293
Kontrola	1,03	1,83	1,86	2,20	4,715
Duhovni smi- sao	1,06*	2,00	1,85	2,02	4,950*

\* $p < .05$ ; *zaposlena SR vreme* – *zaposlena skraćeno radno vreme*; *zaposlena PR vreme* – *zaposlena puno radno vreme*

Statistički značajne razlike između ispitanica u odnosu na radni status dobijene su po pitanju dimenzija socijalne podrške i rezilijentnosti. Dobili smo da su ispitanice koje nisu u radnom odnosu pokazale niže skorove na svim dimenzijama procenjene socijalne podrške (podrška porodice, prijatelja i značajnih odrskih) u odnosu na preostale tri grupe: ispitanice koje traže posao ili koje su u radnom odnosu. Dalje, ispitanice koje nisu u radnom odnosu su imale manje vrednosti na dimenzijama samoeфикаsnosti i nalaženja duhovnog smisla (tabela 42).

Na osnovu dobijenih rezultata, evidentno je da majke koje nisu u radnom odnosu i koje na traže posao imaju manju procenjenu podršku i rezilijentnost (po pitanju samoeфикаsnosti i nalaženja duhovnog smisla) u odnosu na majke koje su u radnom odnosu, ili one koje traže zaposlenje.

Razlike u dimenzijama kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja, diferencijacije selfa, procenjene socijalne podrške, rezilijentnosti i percepcije prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila u odnosu na radni status ispitanice u grupi bez kompleksne traume prikazani su u tabeli 43.

**Tabela 43**

*Razlike između prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila, diferencijacije selfa, kompleksnog PTSP-a, vrste procenjene socijalne podrške i rezilijentnosti kod ispitanica različitog radnog statusa u grupi bez kompleksne traume (F test)*

<b>Radni status ispitanica bez kompleksne traume</b>					
	Ne radi	Traži posao	Zaposlena, SR vreme	Zaposlena, PR vreme	F
<b>Prihvatajući-odbacujući roditeljski stil</b>					
Hladnoća	10,63	8,00	9,07	9,10	0,609
Agresivnost	14,13	12,00	11,64	12,45	2,802
Zapostavljanje	11,88	9,00	10,00	10,58	0,661
Rav. odbaciva- nje	9,63	10,00	9,71	9,58	0,065
Kontrola	13,75	9,00	12,29	12,87	1,226
<b>Kompleksni posttraumatski stresni poremećaj</b>					
Emocionalna disregulacija	0,54	0,10	0,17	0,25	2,662
Poremećaj paž- nje	0,334	0,00	0,07	0,14	2,041
Nisko samo- poštovanje	0,48*	0,00	0,08	0,19	3,055*
Poremećeni odnosi	0,50	0,00	0,05	0,30	2,452
Somatizacija	0,15	0,00*	0,02	0,05	4,021*
Nedostatak smisla	0,54	0,00	0,10	0,30	2,505
<b>Diferencijacija selfa</b>					
Emocionalna reaktivost	3,64	2,77	2,88	3,25	1,519
Ja-pozicija	3,75	4,59	4,53	4,13	2,231
Emocionalno odvajanje	3,21	2,71	2,23*	2,63	2,878*
Fuzija	3,21	2,71	2,23	2,63	0,142
<b>Socijalna podrška</b>					

Porodica	5,31	5,50	6,04	5,73	0,714
Prijatelji	5,06	5,75	6,05	5,53	1,467
Značajni ostali	5,06	5,75	6,07	5,60	1,813
<b>Rezilijentnost</b>					
Samoeфика- snost	2,38	2,81	3,00	2,63	2,073
Tolerancija stresa	2,63	2,93	3,10	2,77	1,300
Prilagodljivost	2,50	3,00	2,93	2,70	0,836
Kontrola	2,38*	3,00	2,54	2,95	3,326*
Duhovni smi- sao	2,21	3,00	3,10	2,85	2,214

\* $p < .05$ ; *zaposlena SR vreme* – *zaposlena skraćeno radno vreme*; *zaposlena PR vreme* – *zaposlena puno radno vreme*

Statistički značajne razlike u ovoj grupi ispitanica dobijene su po pitanju nekih dimenzija kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja, diferencijacije selfa i rezilijentnosti. Po pitanju skale kompleksnog PTSP-a dobijeno je da su ispitanice koje nisu u radnom odnosu značajno nižeg samopoštovanja u odnosu na preostale grupe: ispitanice koje traže posao ili koje su u radnom odnosu. Dalje, ispitanice koje traže posao pokazale su značajno niže vrednosti na skali somatizacije u odnosu na ostale tri grupe. One koje rade skraćeno radno vreme imale su niže vrednosti na skali emocionalnog odajanja, dok su ispitanice koje nisu u radnom odnosu imale niže vrednosti na skali kontrole (tabela 43).

Na osnovu dobijenih rezultata, možemo konstatovati da majke koje nisu u radnom odnosu imaju niže samopoštovanje i manji osećaj kontrole. Majke koje su u procesu traženja posla pokazuju manje somatizacije u odnosu na majke u radnom odnosu ili one koje ne rade. Majke koje rade skraćeno radno vreme imaju manji stepen emocionalnog odvajanja u odnosu na ostale tri grupe ispitanica.

## 14. DISKUSIJA

---

Istraživači su često okrenuti proučavanju onih roditeljskih karakteristika za koje smatraju da predstavljaju važan deo ekologije razvoja deteta (Belsky i sar., 1989). Roditeljstvo tako može biti rezultat različitih rizičnih faktora, kao što su izloženost traumi, negativna iskustva iz detinjstva, odrastanje u nezdravim uslovima i traumatski stres u odraslom dobu, koji mogu biti direktno ili indirektno povezani sa negativnim roditeljskim ponašanjima i onemogućiti zdravi detetov razvoj. Literatura je ukazala da roditelji koji su bili izloženi kompleksnoj traumi mogu razviti odbacujuća ponašanja prema svojoj deci (Dittrich i sar., 2020; Schechter i sar., 2015). Tako, na primer, oni mogu zapostavljati i zlostavljati decu, mogu pokazati odsustvo interesa za njihov razvoj i ne učestvovati u zadovoljavanju dečjih potreba (Bartlett i sar., 2017; Grunbaum i sar., 2018; Rossman i Rea, 2005; Spinazzola i sar., 2014). Ipak, druga grupa roditeljskih ponašanja može nastati iz roditeljskih napora da prevaziđu neprijatna životna iskustva zahvaljujući postojanju rezilijentosti i drugih protektivnih faktora neophodnih za kreiranje zdravog odnosa između roditelja i deteta (Woods-Jaeger i sar., 2018; Yehuda i sar., 2015).

Naše istraživanje je pokazalo da su traumatska iskustva iz detinjstva i odraslog doba bila povezana sa problemima u roditeljstvu. Iskustvo kompleksne traume, izračunato preko ACE skora, kao i prisustvo simptoma kompleksnog PTSP-a, ukazalo je na značajnu vezu sa roditeljstvom majke. Ovi nalazi su u skladu sa nizom ranijih studija (npr., Bartlett i sar., 2017; Delker i sar., 2014; Spinazzola i sar., 2014) i prevazilaze ove studije jer objašnjavaju kako su faktori kao što su kompleksna trauma i simptomi kompleksnog PTSP-a povezani sa roditeljstvom ispitanice.

### **14.1. Razlike u percepciji roditeljskog prihvatanja i odbacivanja između ispitanica sa istorijom kompleksne traume i grupe bez traume**

U ovo istraživanje se krenulo sa osnovnom pretpostavkom da će ispitanice sa istorijom kompleksne traume pokazati emotivno hladnija ponašanja prema svojoj deci, u odnosu na grupu ispitanica bez kompleksne traume. Dobijeni rezultati ukazuju da između grupe ispitanica koje su preživele kompleksnu traumu i grupe bez kompleksne traume postoji statistički značajna razlika u roditeljskom stilu (tabela 25). Grupa sa kompleksnom traumom je pokazala veće prisustvo odbacujućeg roditeljskog stila. Dimenzije emotivne hladnoće, agresivnosti, zapostavljanja i kontrole su



bile statistički značajno više kod grupe majki sa istorijom kompleksne traume. Majke iz ove grupe koje pate od simptoma kompleksnog PTSP-a generalno imaju tendenciju da ispolje navedena negativna ponašanja pri vaspitanju svoje dece (Courtois, 1988; Leen-Feldner i sar., 2011). Ovo je u skladu sa činjenicom da simptomi kompleksnog PTSP-a utiču na raspoloženje majke koja neposredno može preneti emocionalnu disregulaciju na svoje dete (Cohen i sar., 2008). Naš nalaz je u skladu i sa zaključcima drugih istraživanja koja su ukazala da se bilo koja pojedinačna psihološka rastrojenost, uključujući traumu, može reflektovati negativno na roditeljski stil (Babcock-Fenerci i DePrince, 2012; Khalekue i Rohner, 2002; Newcomb i Locke, 2011). Rezultati takođe potvrđuju nalaze drugih studija da će majke koje su bile izložene kompleksnoj traumi u detinjstvu verovatnije ispoljiti odbacujući roditeljski stil i ponašanja poput fizičkog kažnjavanja dece, zanemarivanja i agresivnosti (Bartlett i sar., 2017; Leen-Feldner i sar., 2011).

Ono što nije bilo očekivano je da je ravnodušno odbacivanje majke bilo izraženije kod grupe bez kompleksne traume. Interesantno je da su majke iz ove grupe imale percepciju da ne koriste agresivne i zapostavljajuće metode, a ipak na upitniku pokazale ravnodušno odbacivanje u odnosu na svoju decu. Možda se ova percepcija odnosi na distanciranost roditelja koji zbog brzog stila života i potrebe da obezbede osnovne uslove za život, nemaju dovoljno vremena da se potpuno posvete svojoj deci. Nažalost, ova ponašanja mogu podstaći decu da se ne osećaju voljeno i da ih roditelji ne primećuju (Rohner, 2004).

## **14.2. Povezanost kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja i roditeljskog stila**

U literaturi se navode istraživanja koja ukazuju na povezanost traume i odbacujućeg roditeljstva (Field i sar., 2013; Leen-Feldner i sar., 2011; Newcomb i Locke, 2011). Naša pretpostavka odnosila se na očekivanje da postoji povezanost između kompleksnog PTSP-a i svih njegovih dimenzija sa prihvatajućim/odbacujućim roditeljskim stilom, što je i bilo potvrđeno (tabela 26).

Emotivna disregulacija, koja se prvenstveno odnosi na nemogućnost regulacije afekta i emocija, pokazala je značajnu korelaciju sa emotivnom hladnoćom majke, agresivnošću, zapostavljanjem i kontrolom, a negativnu povezanost sa ravnodušnim odbacivanjem. Ovi rezultati su bili očekivani. Regulacija emocija se generalno odnosi na unutrašnje i spoljne procese koji se odnose na procenu, održavanje i modifikovanje emocionalnih reakcija radi postizanja određenih ciljeva (Gross i Thompson, 2007). Nemogućnost izvođenja ovih procesa ukazuje na prisustvo poremećaja

regulacije emocija (Gratz i Roemer, 2004). Dokazi sugeriraju da su iskustva vezana za zlostavljanje u detinjstvu povezana sa disfunkcijom emocionalne regulacije (Shipman i sar., 2007), kao i nizom drugih ishoda koji utiču na ovu regulaciju (Burns i sar., 2010; Kim i Cicchetti, 2010; Shields i Cicchetti, 2001). Zahtevi roditeljstva generalno mogu biti važni stresori za roditelje, tako da će oni roditelji sa smanjenim sposobnostima regulacije emocija imati više poteškoća u upravljanju tim stresorima i samo roditeljstvo doživljavati kao stresnije (Dittrich i sar., 2020; Levy i sar., 2019; Wang i Saudino, 2011). Tako porodične sistemske teorije (Cox i Paley, 1997, 2003; Klein i White, 1996) pružaju snažne dokaze o posredničkoj ulozi poremećaja regulacije emocija između istorije zlostavljanja iz detinjstva i stresa u roditeljstvu. Dodatno, ove teorije sugeriraju da se efekat traume prenosi direktno sa jednog okruženja na drugi putem emotivnih disfunkcija (Nelson i sar., 2009), čime dolazi do pojave transfera negativnih roditeljskih obrazaca.

U istraživanju smo takođe dobili da su poremećaji u pažnji ispitanica pozitivno povezani sa emotivnom hladnoćom, agresivnošću, zapostavljanjem i kontrolom deteta, a negativno povezani sa ravnodušnim odbacivanjem (tabela 26). Ovi nalazi su u saglasnosti sa prethodno navedenim istraživanjima koja su potvrdila da će roditeljstvo majke biti ugroženo ukoliko ista pati od ovih simptoma kompleksnog PTSP-a (Allen, 2012; Cohen i sar., 2008; Field i sar., 2013). Ovo je naročito važno u slučaju poremećaja svesti i pažnje, kada može doći do pojave disocijacije koja, iako bez direktne namere roditelja, može kod deteta stvoriti osećaj odbačenosti i imati dugoročni efekat na njegovu emocionalnu disregulaciju (Babcock-Fenerci i sar., 2016; Courtois i Ford, 2009; Delker i sar., 2014; Jansen i sar., 2021). Dodatno, istraživanja su ukazala da je dominantnost mehanizma disocijacije majke takođe povezana i sa nedoslednošću u primeni discipline (Borelli i sar., 2019; Collin-Vezina i sar., 2005; Schechter i sar., 2007).

Dalje, na ispitivanom uzorku smo takođe dobili da su i nisko samopoštovanje, somatizacija i poremećeni odnosi bili u pozitivnoj korelaciji sa emotivnom hladnoćom, agresivnošću, zapostavljanjem i kontrolom, a negativno je povezana sa ravnodušnim odbacivanjem (tabela 26). Ovi dobijeni rezultati su konzistentni sa prethodnim istraživanjima koja ističu važnost razumevanja kompleksnog posttraumatskog poremećaja kao faktora rizika za probleme u roditeljstvu (Grunbaum, 2018; Spinazzola i sar., 2014). Kompleksni PTSP uključuje negativnu samopercepciju i nisko samopoštovanje. Ovi simptomi PTSP-a se mogu negativno odraziti na percepciju majki o svom roditeljstvu, koje sebe mogu videti kao neuspešne u ovoj ulozi. Ova studija je takođe potvrdila nalaze literature koji naglašavaju važnost psihološkog savetodavnog ili terapijskog rada sa

osobama koje su preživele traumu radi podsticanja stvaranja novih socijalnih veza, razvijanja veština samoefikasnosti i samosaosećanja, koji su vitalni za smanjenje i ublažavanje negativnih psiholoških posledica traume (Bonnano i Macini, 2012; Payne, 2011; Yehuda i sar., 2015).

### **14.3. Povezanost diferencijacije selfa i roditeljskog stila**

U ovo istraživanje se krenulo sa osnovnom pretpostavkom da će majke sa kompleksnim PTSP-em i niskom self-diferencijacijom ispoljiti odbacujući roditeljski stil, odnosno pokazati viši skor na skali roditeljskog prihvatanja/odbacivanja. Pretpostavka je u skladu sa kliničkim utiskom istraživača iz svakodnevnog rada i kontakta sa majkama koje su iskusile kompleksnu traumu, da će majke koje imaju povećanu emocionalnu disregulaciju i nedefinisane granice sa drugima, usled simptoma kompleksnog PTSP-a, reagovati hladnije i agresivnije u odnosu na svoje potomstvo. Isto tako, mnoga istraživanja su ukazala na važnost diferencijacije selfa u uspešnom roditeljstvu (Dunbar i sar., 2017; Kim-Spoon i sar., 2012; Macfie i sar., 2008; Riva Crugnola i sar., 2019).

Rezultati našeg istraživanja su potvrdili polaznu hipotezu o vezi između subskala diferencijacije selfa i skala roditeljskog prihvatanja/odbacivanja (tabela 27). Naša hipoteza o povezanosti skala emocionalne reaktivnosti i emocionalnog odbijanja sa skalama roditeljskog stila: emocionalnom hladnoćom, agresivnosti, zapostavljanjem i kontrolom je potvrđena. Ovi nalazi su u skladu sa prethodnim istraživanjima vezanim za studije zlostavljanja dece koje su naglasile vezu između emocionalne samoregulacije i efikasnog roditeljstva (na primer, Skowron i sar., 2010; Skowron i sar., 2013). Istraživanja su takođe otkrila da nedostatak emocionalne regulacije od strane roditelja i korišćenje fizičkog kažnjavanja može biti povezano sa detetovom nesposobnošću da reguliše svoje emocije (Dunbar i sar., 2017; Karkhanis i Winsler, 2016; Lugo-Candelas i sar., 2015), što može dovesti do socijalnih problema i agresije (Hajal i Paley, 2020; Mulvaney i Mebert, 2007; Schwartz i Proctor, 2000). Naime, zlostavljani roditelji mogu pokazati više emocionalne reaktivnosti, manje naklonosti prema svojoj deci, više negativnosti i generalno veću emocionalnu disregulaciju besa (Leen-Feldner, 2011). Oni imaju tendenciju da obeshrabre autonomiju i nezavisnost dece, više se oslanjaju na emocionalno distanciranje i povlačenje kako bi regulisali stres, konfuzni su u roditeljskoj ulozi i manje uživaju u roditeljstvu (Macfie i sar., 2008; Riva Crugnola i sar., 2019). Kao rezultat ovih roditeljskih ponašanja, moguće je da deca i sama mogu razviti probleme u emocionalnom regulisanju.

Subskala fuzije sa drugima generalno nije potvrdila naše pretpostavke o vezi sa svim skalama roditeljskog stila. Ona je pokazala značajnu korelaciju samo sa kontrolom kao dimenzijom roditeljskog stila ispitanice. Možemo da zaključimo da ukoliko majka ima zapletenost u odnosima sa svojom decom, više je verovatno da će ista pokazati veći intenzitet kontrole u odnosu na majke koje imaju jasno definisane lične granice. Sudeći prema Boveni, fuzija roditelja je naročito izražena u stresnim situacijama. Što je više porodica pod stresom, osoba sa višom fuzijom neće moći da se emotivno izdvoji iz porodičnih odnosa (Bowen, 1978). S obzirom na to da kompleksna trauma stvara osećaj velikog stresa, moguće je da oslanjanje majki na mehanizme fuzije i kontrole predstavlja jedan od načina da one prevaziđu stres (Skowron, 2004). Povezanost između roditeljskog stila i diferencijacije selfa podržana je i rezultatima istraživanja koji ukazuju na povezanost između negativnih roditeljskih ponašanja, kao što je kontrola i kažnjavanje i samodiferencijacije dece (Ragelienė i Justickis, 2016). Autori navode da se porodica sa niskom emocionalnom tolerancijom, niskom individualnošću i haotičnim granicama, ovim opisom uklapa u profil porodice gde se najčešće javljaju odbacivanje i zanemarivanje deteta.

Takođe smo predvideli da će Ja-pozicija, pokazati negativnu korelaciju sa skalama roditeljskog stila: emotivna hladnoća, agresivnost, zapostavljanje i kontrola, što je i potvrđeno, dok se pozitivna povezanost sa skalom ravnodušnog odbacivanja nije očekivala. Poznato je da rigidne granice roditelja vode ka kontroli dečjeg ponašanja pomoću mehanizma kažnjavanja, moći i depri-vacije (Baumrind, 1991). Na primer, kada se majka oseća sigurno, njene granice mogu biti fleksibilnije što omogućava veću emocionalnu ili fizičku bliskost sa decom. Međutim, kada se majka oseća ugroženo, tada granice mogu postati rigidnije jer pomažu osobi da se zaštiti, čak i u odnosu na sopstvenu decu. Ovaj vid odgovora omogućava majci da se distancira kako bi zaštitila sebe. Ovo ponašanje je naročito izraženo kod majki sa razvojnom traumom (van der Kolk, 2005). Majka može osećati krivicu nakon ovih negativnih ponašanja, i vidno izazvati poremećaj u regulaciji deteta. Ovaj vid ponašanja kod majki sa kompleksnom traumom automatski aktivira osećaj stida, krivice i srama koji dodatno utiče da se ona distancira od deteta kako bi se oporavila od internog konflikta (Barrett, 2009; Batten i sar., 2001; Cloitre i sar., 2005; Cloitre i sar., 2008; Ford, 2005; Marx i Sloan, 2002; van der Kolk i sar., 1996b).

Radi bolje analize rezultata o odnosu Ja-pozicije i majčinog ravnodušnog odbacivanja uporedili smo nalaze obe grupe (tabela 27 i 28). Kada smo uporedili korelacije između grupe sa kompleksnom traumom i grupe bez kompleksne traume, dobili smo da je grupa majki sa kompleksnom traumom pokazala veću značajnu pozitivnu korelaciju između ove dve varijable ( $r=0,52$ ,

$p < 0.001$ ) u odnosu na kontrolnu grupu ( $r = 0,37$ ,  $p < 0,001$ ). Ipak, u obe grupe je utvrđena statistički značajna korelacija. Ovaj nalaz nije u skladu sa prethodnim istraživanjima koja su potvrdila da je sposobnost zauzimanja Ja-položaja, sa smanjenom emocionalnom reaktivnošću, bio jedinstven prediktor uspešne samoregulacije i time indirektno povezan sa prihvatajućim roditeljstvom (npr., Derrberry i Rothbart, 1988; Rothbart i sar., 2000; Skowron i Dendi, 2004). Postavlja se pitanje zašto se povećava vrednost ravnodušnog odbacivanja majki, kada raste njihov skor na Ja-poziciji. Nakon analize rezultata i ispitivanja dodatnih korelacija između Ja-pozicije, kao i same analize stavki u upitniku, došli smo do mogućeg objašnjenja da su majke koje su imale nižu vrednost Ja-pozicije možda dale socijalno poželjne odgovore. Zbog osećanja stida i krivice koji traumatizovane majke mogu imati kako u odnosu na preživljenu traumu, tako i u odnosu na neuspešna roditeljska ponašanja, i niskog samopoštovanja, moguće je da je davanje iskrenih odgovora o ravnodušnom odbacivanju deteta predstavljao interni konflikt majke, te stoga postoji mogućnost da su ispitanice prilikom odgovaranja pokazale tendenciju davanja socijalno poželjnih odgovora.

#### **14.4. Povezanost diferencijacije selfa i kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja**

Studije su pokazale da diferencijacija selfa predstavlja vrstu otpornosti na traumu, jer je dokazano da veća diferencijacija pojedinca može olakšati prevazilaženje traume i njenu integraciju sa prethodnim iskustvom (Kerr i Bowen, 1988; Nichols i Schwartz, 2000; Zamir i Lavee, 2016; Zerach, 2014). Putem emocionalne samoregulacije pojedinac može svesno aktivirati samokontrolu i indirektno uticati na regulaciju PTSP simptoma (Derryberry i Rothbart, 1988; Rothbart i sar., 2000). Sa druge strane, istraživanja su takođe pokazala da smanjena samodiferencijacija roditelja može preneti traumu na potomstvo (Gelles i Staus, 1987; Pianta i sar., 1989; Whipple i Webster-Stratton, 1991). Rezultati istraživanja su potvrdili i da nedostatak roditeljskih veština u kombinaciji sa lošom emocionalnom regulacijom kod roditelja koji su bili fizički zlostavljani predstavljaju rizik za grubo fizičko kažnjavanje dece (Esteves i sar., 2017; Thornberry i sar., 2012).

Rezultati našeg istraživanja ukazali su na statistički značajnu povezanost između diferencijacije selfa i simptoma kompleksnog PTSP-a. Dobijeni skorovi su pokazali pozitivan odnos između emotivnog odvajanja i emotivne reaktivnosti u odnosu na sve skale kompleksnog PTSP-a, dok je skor na Ja-poziciji bio u negativnoj korelaciji sa svim dimenzijama kompleksnog PTSP-a

(tabela 30). Ja-pozicija je bila negativno povezana, visokim intenzitetom, sa skalama emotivne disregulacije, poremećaja pažnje, niskog samopoštovanja, poremećenih odnosa, somatizacije i nedostatka smisla. Ovim su rezultati istraživanja potvrdili nalaze drugih studija kojima je ukazano na sposobnost uspešno diferenciranih pojedinaca da upravljaju traumatskom stresom (Bartle-Haring i Gregori, 2003; Skowron i sar., 2009). Veća sposobnost zauzimanja Ja-pozicije u odnosima, uz smanjenu emocionalnu reaktivnost, shodno prethodnim istraživanjima, su bili jedinstveni prediktori uspešne samoregulacije (npr., Skowron i Dendy, 2004), te je stoga logično da je ova skala bila negativno povezana sa kompleksnim PTSP.

Rezultati ranijih istraživanja ukazali su da osobe koje koriste strategije emocionalne disregulacije, kao što je anksioznost, depresija, bes, disocijacija ili izbegavanje emocija pokazuju viši nivo psihopatologije, poremećene interpersonalne odnose i imaju probleme sa mentalnim zdravljem (Braet i sar., 2014; Carthy i sar. 2010; Kim i Cicchetti, 2010; Van Beveren i sar., 2016). Ovo smo potvrdili i u našem istraživanju, jer je povezanost između subskala emocionalne reaktivnosti, odvajanja i kompleksnog PTSP-a bila na statistički značajnom nivou. Sa ovakvim emocionalnim deficitom i izraženom emocionalnom regulacijom verovatno je da će osobe koje su imale iskustvo kompleksne traume razviti probleme u mentalnom zdravlju (Haselgruber i sar., 2020; van der Kolk, 2005). Suprotno, adaptivna emocionalna regulacija, kao vid diferencijacije, pokazala se kao protektivan faktor psihopatologije i stresa (Aldao i sar., 2010; Silk i sar., 2006).

Iz svega prethodno navedenog možemo zaključiti da su diferencijacija selfa i Ja-pozicija neophodni faktori u regulaciji simptoma kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja.

#### **14.5. Povezanost između faktora rizika (traume, ACE-a, kompleksnog PTSP-a), protektivih faktora (rezilijentnosti, porodičnih resursa i perceptivne socijalne podrške) i prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila**

Nalazi prethodnih istraživanja su ukazali da će roditelji koji su iskusili višestruka negativna iskustva (ACE) u svom detinjstvu verovatno razviti probleme u mentalnom i fizičkom zdravlju, da se mogu okrenuti upotrebi alkohola i ostalih psihoaktivnih supstanci i drugim nefunkcionalnim oblicima prevladavanja (Feliti i sar., 1998; Shonkoff i Garner, 2012). Ovi problemi u kombinaciji sa nepovoljnim ekonomskim uslovima predstavljaju značajnu barijeru da porodice obezbede podsticajno i negujuće okruženje za svoju decu, što može dovesti do intergeneracijskog prenosa

averzivnih iskustva i pojave hroničnog stresa (Bridgett i sar., 2015). Ipak, mnoge su porodice pokazale otpornost na ova nepovoljna iskustva (Masten i Monn, 2015).

Na ispitivanom uzorku dobili smo da su skale kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja značajno negativno povezane sa procenjenom socijalnom podrškom i rezilijentnošću (tabela 31). ACE skor je, slično kompleksnom PTSP-u pokazao negativnu vezu sa socijalnom podrškom i rezilijentnošću. Prihvatajući/odbacujući roditeljski stil pokazao je visoku povezanost, u negativnom smeru, sa rezilijentnošću i procenjenom socijalnom podrškom, osim u slučaju ravnodušnog odbacivanja gde je ova povezanost bila pozitivna. Broj preživljenih trauma nije pokazao pozitivnu povezanost sa socijalnom podrškom, što je bilo očekivano (npr. Dym-Bartlett i Easterbrooks, 2015). Rezultati naše studije ukazali su na važnost koju protektivni faktori, rezilijentnost i socijalna podrška, imaju u odnosu na kompleksni postraumatski stresni poremećaj i roditeljski stil. Ovo je u skladu sa prethodnim istraživanjima o pozitivnim efektima zaštitnih faktora traume (Brown i sar., 2018; Dym-Bartlett i Easterbrooks, 2015; Harris i sar., 2014; McCabe i sar., 2002). Pored toga, naša studija je otkrila i značajnu ulogu koju rezilijentost ima u smanjenju simptoma kompleksnog PTSP-a. Ovo potvrđuje prethodne nalaze iz literature (Galatzer-Levy i sar., 2018) i donosi više razumevanja o povezanosti svih ovih faktora. Iz rezultata zaključujemo o neophodnosti razrađenog sistema socijalne podrške i rezilijentnosti, kako bi osoba koja je bila izložena kompleksnoj traumi bila u mogućnosti da savlada simptomne traume i poboljša odnos sa svojom decom kroz pozitivna roditeljska ponašanja.

#### **14.6. Povezanost između broja doživljenih trauma, ACE skora, starosti ispitanice kada se trauma desila i dimenzija kompleksnog PTSP-a, self-diferencijacije i roditeljskog stila**

Rezultati našeg istraživanja su ukazali da broj traumatskih iskustava iz detinjstva (predstavljena ACE skorom) ima visoke korelacije sa svim dimenzijama kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja. Ovo je bilo očekivano iz razloga jer je dosta istraživanja ukazalo na činjenicu da traume iz detinjstva igraju značajnu ulogu u razvoju simptoma kompleksnog PTSP-a (Dube i sar., 2003; Lanius i sar., 2014; Sherin, 2011). Ovo je objašnjeno činjenicom da je razvojna trauma često povezana sa kontrolom i moći izvršioca nasilja, što žrtvu ostavlja u stanju užasa, straha i bespomoćnosti. Ovi odgovori su naročito izraženi u slučaju zlostavljanja, torture i zanemarivanja deteta (Cloitre, 2015; Cloitre i sar., 2008; Herman, 1992b). Averzivna iskustva iz detinjstva su takođe

pokazala značajnu pozitivnu korelaciju sa skalama diferencijacije selfa, emocionalnom reaktivnošću i emocionalnim odvajanjem i imala negativnu povezanost sa Ja-pozicijom i fuzijom. Ovi rezultati su bili očekivani, iz razloga jer su nalazi u literaturi ukazali da osobe koje su bile izložene traumi u razvojnom dobu mogu imati probleme u regulaciji emocija i međuljudskim odnosima (Braet i sar., 2014; Carthy i sar. 2010; Kim i Cicchetti, 2010; Van Beveren i sar., 2016). Sa druge strane, naši rezultati su ukazali da što osoba ima manji broj trauma, da će verovatno imati bolji skor na Ja-poziciji. Time smo potvrdili nalaze istraživanja koja tvrde da ljudi sa većom diferencijacijom selfa i boljom Ja-pozicijom, reaguju sa manje stresa u odnosu na psihološku traumu. Oni postižu veće osećanje mira i stabilnosti nakon traume, u poređenju sa onima koji su bili emocionalno reaktivni (npr., Nichols i Schwartz, 2000; Zerach, 2014).

U odnosu na roditeljski stil, ACE je bio pozitivno povezan sa agresivnošću, zapostavljanjem i kontrolom ispitanice, a negativno povezan sa njenim ravnodušnim odbacivanjem. Naši rezultati su i ovde bili u skladu sa rezultatima drugih istraživanja koja ističu ulogu koju averzivna iskustva mogu imati u emocionalno hladnom i negativnom ponašanju roditelja (npr., Babcock-Ferneri i DePrince, 2012; Bartlett i sar., 2017; Newcomb i Locke, 2011). Ipak, naši rezultati nisu pokazali značajnu povezanost između ukupnog broja doživljenih trauma i kompleksnog PTSP-a, self-diferencijacije i roditeljskog stila. Jedino su fuzija i emocionalna reaktivnost bile povezane sa ukupnim brojem trauma na statistički značajnom nivou. Ovim smo delimično potvrdili našu hipotezu o ulozi koju ukupni broj doživljenih trauma ima u pojavi negativnih roditeljskih ponašanja. Na osnovu dobijenih rezultata o doživljenim traumama može se zaključiti da rizik od pojave kompleksnog PTSP-a može imati poreklo u ličnoj istoriji pojedinca. Razvojni kapaciteti i uslovi ranog detinjstva svakako mogu povećati kako rizik od izloženosti traumi, tako i rizik da će osoba negativno reagovati na traumu (Koenen i sar., 2007). Kumulativna trauma u detinjstvu, za razliku od traume u odraslom dobu, sudeći po istraživanjima, predviđa povećanje kompleksnosti simptoma PTSP-a kod odraslih (Cloitre i sar., 2008; Sar, 2011). Naše istraživanje je potvrdilo ove navode.

Što se uzrasta kada se trauma dogodila tiče, rezultati su ukazali da ukoliko majka ima iskustvo traume iz detinjstva, ona će verovatno imati veću verovatnoću da razvije simptome kompleksnog PTSP-a (tabela 32). Ovo je potvrdilo i prethodni nalaz kojim smo dobili da negativna iskustva iz detinjstva doprinose pojavi simptoma kompleksne traume. Dosta istraživanja navode da ukoliko osoba doživi traumu pre puberteta, kao na primer u slučaju seksualnog ili fizičkog zlostavljanja, ona može imati povećan rizik od pojave psihopatoloških simptoma traume (Heim i



Nemeroff, 2001; Kendler i sar., 1995; Peleikis i sar., 2004; Schumm i sar., 2006). Dodatno, izlaganje ekstremnim stresorima tokom i nakon puberteta takođe je ukazalo na povećan rizik od razvoja PTSP-a (Koenen, 2006). Ovde je važno naglasiti da izloženost traumatskim događajima, njihova učestalost, intenzitet, kao i trajanje, mogu povećati rizik za razvoj kompleksnog PTSP-a (Breslau i sar., 2000; Bromet i sar., 1998; Davidson i sar., 1991; Ribeiro i Andreoli, 2006). Objašnjenje naših rezultata, slično prethodnim studijama, vezano je više za razumevanje kako je broj trauma doživljenih na različitom uzrastu majke povezan sa simptomima kompleksnog PTSP-a.

#### **14.7. Korelacije između broja doživljenih trauma majke i oca ispitanice, dimenzija njihovog roditeljskog stila i dimenzija roditeljskog stila ispitanice**

Broj traumatskih događaja koje je majka ispitanice doživela i njen roditeljski stil bili su povezani sa svim dimenzijama roditeljskog stila ispitanice. Broj traumatskih iskustava oca i dimenzije njegovog roditeljskog stila, agresivnost, zanemarivanje i kontrola, pokazale su pozitivnu korelaciju sa ovim istim dimenzijama roditeljskog stila ispitanice. Ravnodušno odbacivanje ispitanice bilo je u negativnoj vezi sa svim dimenzijama roditeljskog stila oca. Rezultati ukazuju da što su roditelji ispitanice imali veći broj trauma i pokazivali odbacujuća roditeljska ponašanja, više je verovatno i da ispitanica razvije ovakva obacujuća ponašanja prema svom potomstvu. Povod za ispitivanje ovih korelacija bili su rezultati istraživanja koji su ukazali na važnost razumevanja transfera nefunkcionalnog roditeljskog stila, kao i ulogu koju trauma roditelja ima u ovom prenosu (DiLillo i Damashek, 2003; Dittrich i sar., 2020; Levy i sar., 2019). Naši nalazi potvrdili su rezultati drugih studija o tome koje su te porodične varijable koje deluju na negativno roditeljstvo (Côté i sar., 2006; Tremblay, 2000). Iz ovog razloga je važno razumeti koja su to ponašanja roditelja i interakcije između roditelja i deteta koji imaju ulogu u prenosu traume na potomstvo (Patterson i sar., 1989; Tailor i sar., 2015). Istraživanja su takođe pokazala da se agresivni oblici ponašanja uče u porodici i to na veoma ranom uzrastu (Ehrensaft i Cohen, 2012; Widom i Wilson, 2015).

Ipak, važno je naglasiti da odbacujuća roditeljska ponašanja sama po sebi nisu dovoljna da objasne kako se trauma prenosi kroz više generacija. Studije o intergeneracijskoj traumi objašnjavaju ulogu različitih faktora rizika neophodnih za ovaj prenos, koji pored istorije traume roditelja i njihovih ponašanja, uključuju i okolnosti u kojima se osoba nalazi u odgajanju svog potomstva (npr., Noll i sar., 2009; Serbin i Karp, 2004).

## **14.8. Faktori rizika (ACE i kompleksni PTSP) kao prediktori roditeljskog stila**

Jedna od pretpostavki ovog istraživanja bila je da će se faktori rizika biti prediktori prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila ispitanice. Rezultati su pokazali da su neki aspekti kompleksnog PTSP-a značajni u predviđanju negativnog roditeljskog stila majke (tabela 34). Kompleksni PTSP, kao model, objasnio je 38% varijanse emotivne hladnoće majke prema detetu, 48% varijanse majčine agresivnosti, 49% varijanse zanemarivanja i zapostavljanja deteta od strane majke, 21% varijanse majčinog ravnodušnog odbacivanja i 21% varijanse majčine kontrole deteta. Nedostatak smisla bio je značajan prediktor emotivne hladnoće majke, zanemarivanja i kontrole, a sa negativnim predznakom agresivnosti i ravnodušnog odbacivanja. Emotivna disregulacija ispitanice je prediktor pojave agresivnosti, zanemarivanja i kontrole i sa negativnim predznakom ravnodušnog odbacivanja deteta. Poremećeni porodični odnosi ispitanice predviđaju njenu agresivnost i sa negativnim predznakom ravnodušno odbijanje, dok nisko samopoštovanje predviđa ravnodušno odbijanje ispitanice. ACE skor se nije pokazao kao značajan prediktor odbacujućeg roditeljskog stila.

Rezultati su pokazali da je nedostatak smisla doprineo objašnjenju emocionalne hladnoće majke i zanemarivanja deteta, što je i bilo očekivano. Pitanja na ovoj subskali uglavnom se odnose na nivo pesimizma ili optimizma majke, nadu da će se stvari promeniti u bliskoj budućnosti, kao i generalno nalaženje religioznog ili duhovnog smisla u životu. Ovaj osećaj nedostatka smisla može se projektovati na ponašanje majke prema detetu, i da ona postane hladna i ravnodušna. Ovi nalazi potvrđeni su i u prethodnim istraživanjima (Bowers i Yehuda, 2016; Dekel i Goldblatt, 2008; van der Kolk, 2005; Yehuda i Bierer, 2009). Emocionalna disregulacija pokazala je značajan doprinos u predikciji agresivnosti, zanemarivanja i kontrole deteta. S obzirom na to da se ovaj vid disregulacije manifestuje u poteškoćama regulacije ljutnje i besa ovo svakako može proizvesti neželjena ponašanja u roditeljstvu u smislu kontrole i agresivnosti sa jedne strane, i zapostavljanja deteta sa druge strane. Ovo je naročito objašnjeno u slučaju majki koje su preživele traumu u ranom detinjstvu (Calkins i Hill, 2007; Cloitre i sar., 2005, 2008; Ford, 2005; van der Kolk i sar., 2005).

Emocionalna disregulacija pokazala je značajan doprinos u objašnjenju varijanse ravnodušnog odbacivanja majke, ali sa negativnim predznakom (tabela 34). Činjenica je da trauma komplikuje način kojim roditelji vaspitavaju svoju decu (Allan, 2012; Cohen i sar., 2008). Isto tako,

roditelji imaju važnu ulogu u modulaciji dečje emotivne disregulacije (Delker i sar., 2014). Nažalost, emocije sa kojima se roditelji koji su preživeli traumu najčešće nose su anksioznost, ljutnja i bes i različite depresivne reakcije (DiLillo i Damashek, 2003; Levy i sar., 2019). U situaciji kada roditelji nemaju kapacitet da kontrolišu svoje emocije oni kao način prevladavanja koriste emocionalno izbegavanje i disocijaciju (Lyons-Ruth i Jacobvitz, 2016). Ovoj grupi roditelja nedostaje kapacitet prepoznavanja dečjih potreba i oni nemaju adekvatnu emocionalnu regulaciju. Shodno tome, kao rezultat, oni razvijaju specifična ponašanja, kao što je emocionalno povlačenje, prekomerna zaštita deteta, kontrola, i zapostavljanje deteta i njegovih potreba (Courtois, 2015; Meiser-Stedman i sar., 2006). Majke koje su bile izložene traumi često nastavljaju da prenose traumatska iskustva na svoju decu kroz nažalost automatski stečena ponašanja (Stokes, 2018). Poznato je da traumatizovane majke, naročito usled razvojne traume, mogu razviti nemogućnost razumevanja svog ličnog internog iskustva (Fonagy i sar., 2002). Ovo može dovesti do nedostatka kapaciteta da na adekvatan način tumače sopstvenu kogniciju i emocije, kao i da razumeju misli i emocije svoje dece. Ovo može voditi ka defanzivnim ponašanjima koja nastaju kao rezultat pogrešne adaptacije majke usled traume koji dodatno aktivira osećaj neadekvantnosti i srama (Barrett, 2009; Batten i sar., 2001; Cloitre i sar., 2005). U nedostatku funkcionalnih odbrambenih mehanizama, majka može imati intenzivna negativna roditeljska ponašanja, kao što je prikazano dobijenim rezultatima. Ipak, važno je naglasiti da deca traumatizovanih roditelja ne prezentuju uvek problematična ponašanja i emotivnu disregulaciju. Koliko će dete manifestovati stepen traumatskog prenosa zavisi od stepena ozbiljnosti roditeljske disfunkcije usled kompleksnog PTSP-a, kao i uticaja preventivnih faktora (Karkhanis i Winsler, 2016; Lugo-Candelas i sar., 2015).

#### **14.9. Protektivni faktori (diferencijacija selfa, socijalna podrška i rezilijentnost) kao prediktori prihvatajuće/odbacujuće dimenzije roditeljstva**

Da bismo utvrdili u kojoj meri protektivni faktori kao što su diferencijacija selfa, rezilijentnost i procenjena socijalna podrška objašnjavaju varijansu roditeljskog stila primenili smo multiplu regresionu analizu. Analizirajući ceo model dobili smo da diferencijacija selfa u kombinaciji sa procenjenenom socijalnom podrškom i rezilijentnošću, zajedno objašnjavaju 42% vari-

janse emotivne hladnoće majke prema detetu, zatim 58% varijanse majčine agresivnosti, 61% varijanse zanemarivanja i zapostavljanja deteta od strane majke, 25% varijanse majčinog ravnodušnog odbijanja i 34% varijanse majčine kontrole (tabela 35).

Unutar ukupnog uzorka jedinstveni doprinos varijanse majčine emotivne hladnoće je dala rezilijentnost. Najveći doprinos varijanse majčine agresivnosti dala je majčina emocionalna reaktivnost i sa negativnim predznakom - rezilijentnost. Rezilijentnost sa negativnim predznakom dala je i jedinstveni doprinos varijanse zanemarivanju i zapostavljanju deteta od strane majke, dok se Ja-pozicija pokazala kao jedinstveni prediktor majčinog ravnodušnog odbacivanja. Emocionalna reaktivnost pokazala se kao značajni prediktor varijanse agresivnosti majke i majčine kontrole. Ovo je u skladu sa studijama o zlostavljanju dece koje su pronašle vezu između uspešne emocionalne regulacije roditelja i efikasnog roditeljstva (Skowron i sar., 2013). Tako je nedostatak emocionalne regulacije od strane roditelja ukazao na negativna roditeljska ponašanja, uključujući i kontrolu deteta (Dunbar i sar., 2017; Karkhanis i Winsler, 2016; Lugo-Candelas i sar., 2015). Ovo se može objasniti time da kada zlostavljani roditelji pokazuju veću emocionalnu reaktivnost, onda oni mogu biti percipirani od strane dece kao da su negativni i agresivni. Dalje oni mogu imati tendenciju da obeshrabre autonomiju i nezavisnost dece, više se oslanjaju na emocionalno distanciranje i povlačenje kako bi regulisali stres i manje uživaju u roditeljstvu (Macfie i sar., 2008; Riva-Crugnola i sar., 2019).

Ja pozicija predviđa ravnodušno odbacivanje majke. U poređenju korelacija Ja-pozicije sa ostalim prihvatajućim/odbacujućim ponašanjima majke, dobijeno je da ona dosledno pokazuje pozitivan odnos samo sa ravnodušnim odbacivanjem. Ovo je u suprotnosti sa prethodnim istraživanjima o odnosu Ja-pozicije i prihvatajućeg roditeljstva (npr., Skowron i Dendi, 2004; Derriberri i Rothbart, 1988; Rothbart i sar., 2000). Ranije smo komentarisali mogućnost davanja socijalno poželjnih odgovora u odnosu na pitanja vezana upravo za ova drastična odbacujuća ponašanja, te to može biti moguće objašnjenje ovakvih rezultata regresione analize.

#### **14.10. Procenjena socijalna podrška kao medijator odnosa između kompleksnog PTSP-a i prihvatajuće/odbacujuće dimenzije roditeljskog stila**

Istraživanja koja su se bavila ispitivanjem odnosa između procenjene socijalne podrške i prihvatajućeg/odbacujućeg roditeljskog stila ukazala su na značaj koji procenjena socijalna podrška ima u ulozi medijatora između simptoma traume i roditeljskog stila (npr., Benight i Badura, 2004; Brown i sar., 2018; Lippold i sar., 2018). Sa druge strane rezultati nekih drugih istraživanja negirali su ulogu koju socijalna podrška ima u ovom odnosu (npr., Manuel i sar., 2012; Monson i sar., 2015). Ovo je bio razlog zbog čega smo hteli da uključimo procenjenju socijalnu podršku u istraživanje i utvrdimo da li ona može biti medijator odnosa između simptoma kompleksnog PTSP-a i roditeljstva majke. Uz pomoć strukturalnog modeliranja postavili smo model gde je kao prediktorska varijabla postavljen ukupan indeks kompleksnog PTSP-a, kao medijatorske varijable postavljene su sve dimenzije procenjene socijalne podrške (porodica, prijatelji i značajni ostali), dok je za kriterijumsku varijablu postavljen ukupan skor prihvatajućeg/odbijajućeg roditeljskog stila majke.

Analiza putanje povezanosti ukazuje da je kompleksni PTSP-a direktno povezan sa odbacujućim roditeljskim stilom, što je potvrđeno u drugim istraživanjima (npr., Delker i sar., 2014; Öztürk i sar., 2008). Analiza putanje indirektnog efekta kompleksnog PTSP-a preko dimenzija socijalne podrške na roditeljski stil ukazala je da procenjena socijalna podrška nema medijatorsku ulogu u ovom odnosu. Ovim smo potvrdili nalaze istraživanja koji tvrde da socijalna podrška nema supresivni efekat između simptoma psihopatoloških ispoljavanja traume i roditeljskog ponašanja (npr., Manuel i sar., 2012; Monson i sar., 2015). Model nije fitovao podacima, ali je ipak ukazao da je kompleksni PTSP značajan prediktor odbacujućeg roditeljskog stila. Ovim modelom smo još jedanput potvrdili hipotezu o ulozi koju kompleksni postraumatski stresni poremećaj igra u roditeljskom stilu ispitanice. Istovremeno smo potvrdili i rezultate drugih istraživanja koja govore u prilog činjenici da majka usled simptoma kompleksne traume imati problema da se potpuno posveti svojim roditeljskim zadacima (npr., Allen, 2012; Cohen i sar., 2008; Field i sar., 2013).

### **14.11. Trauma i roditeljski stil roditelja ispitanice kao prediktor njenog roditeljskog stila**

Istraživanja navode da porodice sa istorijom traume u prethodnoj generaciji mogu ispoljiti rezidualne efekte traumatskog stresa (Giladi i Bell, 2013), emocionalnih i psihosocijalnih poremećaja (O'Neill i sar., 2016). Rezultati našeg istraživanja unutar ukupnog uzorka ukazuju na sledeće dobijeni model (tabela 38). Odbacujući roditeljski stil roditelja ispitanice i ukupan broj trauma koje su roditelji doživeli objasnili su 36% varijanse odbacujućeg roditeljskog stila ispitanice. U ovom modelu odbacujuća dimenzija roditeljstva majke se pokazala značajnom. Naše istraživanje je time delimično potvrdilo rezultate prethodnih studija da su majke sa istorijom traume njihovih roditelja izložene povećanom riziku od grubog roditeljskog ponašanja prema svom detetu (DiLillo i sar., 2000; Hughes i Cossar, 2016; Kim, 2009). Istorija traume stavlja majku u povećani rizik od negativnog roditeljskog ponašanja, uključujući agresiju, neprijateljstvo, upotrebu vulgarnosti i pretnji, nedostatak učešća i emocionalnu distancu (Hughes i Cossar, 2016; Pears and Capaldi, 2001; Sandberg i sar., 2012). Interesantno je da odbacujući roditeljski stil oca nije predvideo roditeljski stil ispitanice. Ovo je u suprotnosti sa rezultatima ranijih studija koji ukazuju da roditeljski stil oca, koji se odnosi na kažnjavanje i kontrolu dečjeg ponašanja, može uticati na internalizovanje simptoma kod odrasle dece (South i Jarnecke, 2015). Odbacivanje od strane očeva pokazalo se čak u nekim sudijama kao bolji prediktor roditeljskog stila od odbacivanja majki (Khalekue i Rohner, 2012; Machado i sar., 2014).

### **14.12. Povezanost socidemografskih varijabli istraživanja i kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja, diferencijacije selfa, socijalne podrške, rezilijentnosti i roditeljskog stila**

Našim istraživanjem dobijena je statistički značajna korelacija između sociodemografskih varijabli kao što su starost ispitanice, nivo njenog obrazovanja, prihod, broj dece u porodici, starost dece i porodični resursi. Rezultati su ukazali da će majke u grupi sa kompleksnom traumom koje su na starijem uzrastu, verovatno imati više izražene topline i koristiti manje kontrole u svom odnosu prema deci u poređenju sa majkama mlađeg uzrasta. Analiza rezultata je pokazala i da će

starije ispitanice sa kompleksnom traumom verovatno imati i manje poremećenih porodičnih odnosa. Ovi rezultati potvrdili su nalaze drugih studija o ulozi uzrasta u negativnom roditeljstvu (Benedict i sar., 1985; Connely i Straus, 1992).

Majke sa iskustvom kompleksne traume koje su višeg obrazovanja će verovatno pokazati više emotivne hladnoće i kontrole u svom roditeljstvu i istovremeno imati veću emocionalnu reaktivnost i manju Ja-poziciju. Ovo je u suprotnosti sa prethodnim istraživanjima koja su tvrdila da obrazovanje majke igra značajnu ulogu u njenom roditeljstvu i da će majke sa manje obrazovanja prezenovati negativna roditeljska ponašanja (Fusco, 2015; Giallo i sar., 2018). Sa druge strane, u istraživanju smo dobili i da ispitanice u grupi sa traumom, koje su višeg obrazovanja imaju izraženu emocionalnu reaktivnost i emocionalno odvajanje. Slične rezultate smo dobili i u slučaju nekih simptoma kompleksnog PTSP-a. Majke u grupi sa traumom koje su višeg obrazovanja pokazale su nisko samopoštovanje i poremećene interpersonalne odnose. Rezultati ukazuju na kompleksnost simptoma traume koji generalno, u kombinaciji sa drugim demografskim faktorima, kao i količinom stresora u okruženju, mogu dovesti do odbacujućeg roditeljskog stila majke (Noll i sar., 2009; Serbin i Karp, 2004).

Majke sa višim prihodom u grupi sa kompleksnom traumom, su pokazale emotivnu hladnoću u svom roditeljskom stilu, emocionalnu reaktivnost i emocionalno odvajanje i simptome kompleksnog PTSP-ja, nisko samopoštovanje, somatizaciju i nedostatak smisla. Ovi nalazi su u skladu sa prethodnim studijama koje naglašavaju ulogu prihoda u roditeljskom stilu, objašnjavajući da prihod može biti povezan sa negativnim roditeljskim ponašanjem, uglavnom zbog stresa roditelja u vezi sa finasijskom situacijom i napetosti na poslu (npr., Barrera i sar., 2002; Lee i sar., 2009; Ponnet i sar., 2016). Stoga možemo zaključiti i da će simptomi traume biti više izraženi pod uticajem stresa kod grupe ispitanica sa kompleksnim PTSP-em. Međutim, Gershoff i kolege su objasnili da sam prihod nije dovoljan da se razume povezanost prihoda, stila roditeljstva i na kraju detetovog razvoja, jer su i mnogi drugi faktori važni za razumevanje ovih odnosa (Gershoff i sar., 2007).

Majke u grupi bez kompleksne traume nisu pokazale značajnu korelaciju između broja dece sa ostalim varijablama istraživanja, dok su majke u grupi bez kompleksne traume koje su imale tri i više deteta pokazale veće skorove na skalama somatizacije i fuzije, a manje skorove na skali tolerancije stresa. Ipak, ova grupa ispitanica nije pokazala visoke skorove na skalama emocionalno hladnog roditeljskog stila. Ovo je u skladu sa istraživanjima koja navode da roditelji sa većim brojem dece u većoj meri pokazuju pozitivna i emocionalno topla ponašanja (Azeskin i sar., 2013).

Starost dece je korelirala sa agresivnošću, emocionalnom regulacijom i odvajanjem, emocionalnom disregulacijom, poremećenim odnosima i somatizacijom u grupi bez traume. Starost dece je negativno korelirala sa samokontrolom majke i duhovnim smislom (tabela 39). Rezultati ukazuju da će majke koje imaju decu na starijem uzrastu verovatno prezentovati veći stepen emocionalne disregulacije, agresivnosti i poremećenih odnosa i verovatno manji stepen samokontrole, iako nisu bile izložene kompleksnoj traumi. Ovo je i očekivano, jer se deca koja su na adolescentnom uzrastu suočavaju sa raznim biloškim i telesnim promenama, pritiskom vršnjaka i možda pokazuju rizično ponašanje poput eksperimentisanja sa drogama i alkoholom, uz sukob između želje da budu nezavisni i pripadaju porodici. Ova ponašanja i interni emocionalni sukobi adolescenata mogu stvoriti osećaj stresa kod roditelja koji se moraju prilagoditi ovim razvojnim promenama (Luthar i Ciciolla, 2016).

Porodični resursi su pokazali značajnu statističku povezanost sa zapostavljanjem, emocionalnom reaktivnošću ispitanice, emocionalnom disregulacijom, niskim samopoštovanjem, somatizacijom i nedostatkom smisla u grupi sa kompleksnom traumom (tabela 39). U istoj grupi, porodični resursi su pokazali značajnu negativnu povezanost sa svim skalama procenjene socijalne podrške i rezilijentnosti, Ja-pozicijom i emocionalnim odvajanjem. U grupi bez kompleksne traume, porodični resursi su bili statistički značajno povezani sa svim skalama kompleksnog PTSP-a i emocionalnim odvajanjem, a negativno povezani sa svim skalama rezilijentnosti, sa izuzetkom skale samoefikasnosti. Može se zaključiti da što majke imaju bolje porodične resurse, one će imati veću verovatnoću da razviju simptome traume, pokažu negativna roditeljska ponašanja i da će iste imati smanjenu rezilijentost. Ovo je suprotno istraživanjima koja tvrde da ukoliko bazične potrebe porodice nisu zadovoljene, one se mogu naći u krizi koja trenutno ili dugotrajno može stati na put oporavku od kompleksne traume (Dunst i Leet, 1987; Fisher i Ogden, 2013).

U grupi sa kompleksnom traumom, statistički značajne razlike između ispitanica u odnosu na bračni status dobijene su po pitanju dimenzija kompleksnog PTSP-a i diferencijacije selfa, kao i svih dimenzija socijalne podrške i rezilijentnosti. Ispitanice koje su u bračnoj ili vanbračnoj vezi pokazale su niže skorove na skali emotivne hladnoće i imale su niže skorove na skalama agresivnosti, zapostavljanja deteta, kao i na skali emocionalne disregulacije. Ovi rezultati se mogu objasniti time da majke koje su u bračnoj/vanbračnoj vezi imaju bolju socijalnu podršku, ili makar konstantnu, kroz partnera sa kojim žive, u odnosu na grupu majki koje žive same. Ovo je u skladu sa istraživanjima koja ukazuje na zaštitnu ulogu koju bračni status ima u odnosu na roditeljski stil (Berger i sar., 2008; Carlson i McLanahan, 2006; Qu i Weston, 2012).



U grupi sa kompleksnom traumom, dobili smo da ispitanice koje nisu u radnom odnosu pokazuju niže skorove na svim dimenzijama procenjene socijalne podrške i da imaju niže vrednosti na dimenzijama samoefikasnosti i nalaženju duhovnog smisla. Slično, u grupi bez kompleksne traume dobili smo da majke koje nisu u radnom odnosu imaju nisko samopoštovanje i manji osećaj kontrole, kao dimenzije rezilijentnosti. Ovi nalazi su u skladu sa prethodnim istraživanjima koja tvrde da majke koje su u stalnom radnom odnosu uglavnom pokazuju visoke nivoe rezilijentnosti u odnosu na majke koje ne rade ili nemaju stalno zaposlenje (Andreson i Bang, 2012).

Svi prethodno diskutovani rezultati o sociodemografskim karakteristikama ispitanica nas podsećaju da je moguće da su simptomi traume mali deo mnogo veće matrice faktora koji određuju prihvatajući/odbacujuć roditejski stil.

### 14.13. Ograničenja i implikacije za istraživanje

Pre donošenja zaključaka iz dobijenih rezultata neophodno je ukazati na neka od ograničenja u našem istraživanju.

Prvo ograničenje je reprezentativnost uzorka. Naime, uzorak u istraživanju predstavlja pretežno obrazovane žene, koje su bile zaposlene i sa prosečnim prihodima. Nedostatak raznolikosti u pogledu socijalno-ekonomskog statusa učesnica ograničava uopštavanje ovih nalaza.

Dalje, u predstavljanim analizama korišćene su široke kategorizacije traumatskih iskustava, jer informacije o učestalosti i trajanju svih trauma nisu bile dostupne. Pored toga, ispitali smo prisustvo transgeneracijske traume kroz samoprocenu ispitanica o roditeljstvu njihovog oca i majke, kao i istoriji njihovih trauma. Buduća istraživanja imala bi koristi od sakupljanja drugih mera roditeljske istorije koje uključuju emocionalnu vezanost i odnose u porodici-porekla radi preciznijeg ispitivanja uloge koju trauma ima kroz prizmu intergeneracijskog prenosa traume. Majke su takođe možda davale socijalno poželjne odgovore u vezi sa svojim roditeljstvom, a možda su imale i idealizovanu sliku o svom roditeljstvu. Takođe nismo imali potpunije informacije o grupi bez kompleksne traume i detaljima vezanim za traume koje su doživeli.

Zaista, trauma je jedna od mnogih promenljivih koja objašnjava varijansu roditeljstva i kompleksnog PTSP-a. Bilo bi dobro da buduća istraživanja nastave da istražuju širi spektar povezanih faktora koji mogu doprineti razlikama u sindromu kompleksnog posttraumatskog poremećaja i roditeljstva. Moramo da nastavimo da razvijamo studije koje razmatraju rizične i zaštitne faktore na nivou pojedinca, porodice, zajednice i šireg društvenog nivoa.

I na kraju, ova studija je sprovedena online i to takođe predstavlja jedno od ograničenja za dalja uopštavanja. Iako prilično korisni, onlajn upitnici ne promovišu lični kontakt sa učesnicima studije, što bi moglo pomoći u dobijanju detaljnog izveštaja u pogledu ispitivanih faktora.

## 15. ZAKLJUČAK

---

U odnosu na osnovni cilj studije da se utvrde relacije između dimenzija diferencijacije selfa, kao protektivnog faktora u razvoju kompleksnog PTSP-a i roditeljskog stila koji se odnosi na prihvatanje ili odbacivanje deteta kod grupe koja je iskusila kompleksnu traumu i grupe koja nije iskusila ovaj tip traume mogu se izvesti sledeći zaključci:

1. Faktori rizika, kao što su broj preživljenih trauma, kompleksni posttraumatski stresni poremećaj i negativna iskustva iz detinjstva pokazali su značajnu povezanost sa odbacujućim roditeljskim stilom. Simptomi kompleksnog PTSP-a, kao što su emocionalna disregulacija, poremećaji u koncentraciji i pažnji, nisko samopoštovanje, somatizacija i nedostatak smisla mogu doprineti pojavi odbacujućih ponašanja majke.
2. Protektivni faktori kao što su diferencijacija selfa, rezilijentost roditelja i percepcija socijalne podrške povezane su sa toplom dimenzijom roditeljstva, kao što je toplina i naklonost, niska agresivnost, zainteresovanost roditelja, zadovoljavanje detetovih potreba i niske kontrole. Emocionalna reaktivnost i emocionalno odbijanje doprinose predikciji emotivne hladnoće, agresivnosti, zapostavljanja i kontrole majke. Ipak, visoki nivoi diferencijacije selfa i izražena Ja-pozicija majke mogu doprineti njenom funkcionalnom ponašanju, čime se inhibiraju negativna ponašanja što dovodi do kompetentnog roditeljstva. Dalje, rezilijentnost i procenjena socijalna podrška su doprinele prihvatajućem roditeljskom stilu majke.
3. Medijatorska uloga procenjene socijalne podrške majke u odnosu kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja majke i njenog odbacujućeg roditeljstva nije potvrđena. Kompleksni posttraumatski stresni poremećaj je imao direktni efekat na odbijajući roditeljski stil majke.
4. Treba naglasiti da veliki broj obuhvaćenih prediktorskih varijabli u istraživanju u znatnoj meri objašnjavaju kriterijumsku varijablu istraživanja. Procenat varijanse kojim je objašnjen odbacujući roditeljski stil od strane kompleksnog PTSP-a je iznad 30% što ukazuje na moć predviđanja. Dalje, kombinacija protektivnih faktora, diferencijacije selfa, rezilijentnosti i procenjene socijalne podrške zajedno u

značajnom procentu objašnjavaju varijansu prihvatajuće/odbacujuće dimenzije roditeljskog stila majke. Takođe smo istraživanjem dobili da odbacujući roditeljski stil majke ispitanice u značajnom procentu objašnjava varijansu odbacujućeg roditeljskog stila ispitanice i time ukazuje na mogući transgeneracijski prenos roditeljskog stila.

Iako su dobijeni rezultati ukazali na broj faktora koje mogu objasniti prihvatajući/odbacujući roditeljski stil (diferencijacija selfa, rezilijentnost, procenjena socijalna podrška, kompleksni PTSP, ACE skor), ipak je u daljim istraživanjima potrebno obuhvatiti veću kombinaciju prediktorskih varijabli, koja uključuje preventivne faktore i faktore rizika, i čija bi udružena delovanja imala precizniju moć predviđanja dimenzije roditeljskog stila. Tako se na primer mogu uvesti varijable vezane za vrstu preživljene traume, kao što su trauma usled incesta ili od strane počinioca koji su bliski osobi, nasuprot traume koja se desila od strane nepoznate osobe. Isto tako je bitno evidentirati da li je ispitanica imala neku vrstu terapije nakon traume, kao i kakva je percepcija deteta ispitanice o njenom roditeljstvu.

Ova studija je bila istraživački iskorak u razumevanju uloge koju različiti faktori rizika i zaštitni faktori imaju u razumevanju roditeljskog stila. Studija naglašava negativan doprinos traume iz detinjstva i drugih faktora na roditeljstvo. Istovremeno, naglašava se i važnost preventivnih faktora koji mogu igrati važnu ulogu u roditeljskoj otpornosti na traumu.

Za poboljšavanje odnosa između majke i deteta neophodno je raditi na sposobnosti majke da prevaziđe dejstvo traume i aktivira protektivne faktore. Implikacija ove studije je stvaranje svesti o važnosti podrške majkama koje su preživele traumu u izgradnji kapaciteta za pozitivno roditeljstvo. Preporuka je da se pravovremeno uključe intervencije za pomoć samohranim majkama, jer bi one mogle biti sklonije razvoju kompleksnog PTSP-a i da su manje otporne na efekat kompleksne traume.

Dodatne studije bi svakako trebalo da se fokusiraju na izloženost kompleksnoj traumi tokom čitavog životnog veka i njenoj povezanosti sa više medijatora koji doprinose određenom roditeljskom ponašanju.

Nalazi takođe ukazuju na potrebu treniranja roditelja u regulaciji emocija. Isto tako, svest o neproaktivnim obrascima iz primarne porodice predstavlja prvi korak za prevazilaženje prenosa negativnih roditeljskih obrazaca. Ovim intervencijama će se smanjiti izloženost dece roditeljskom

konfliktu i disfunkcionalnim ponašanjima, što će istovremeno smanjiti probleme u ponašanju deteta. Time bi se poboljšala samoeфикаsnost roditelja i sprečilo zlostavljanje dece i upotreba oštih verbalnih i fizičkih kazni kao tehnika disciplinovanja deteta. Pojava patoloških obrazaca ponašanja roditelja usled traume i složenih simptoma kompleksnog PTSP-a, naročito majke, može kod dece u razvoju ostaviti trajne posledice. Nemogućnost pravilne reprezentacije selfa, problem u procesiranju emocija koje majka preživljava usled traumatskog iskustva, stvara nemogućnost pravovremenog prepoznavanja dečjih potreba. Kao rezultat, može doći do poremećaja u ponašanju, problema u emocionalnoj regulaciji, pojavi različitih psihopatoloških simptoma i problema sa identitetom kod ove dece kasnije u životu.

Zbog svega navedenog, veoma je važno razviti multidisciplinarni pristup pomoći majkama koja su iskusile traumu i koje imaju simptome kompleksnog posttraumatskog poremećaja. Potrebno je osigurati široki spektar intervencija dostupnih majkama za razrešenje traume, razvoj rezilijentnosti i poboljšavanje self diferencijacije i socijalne podrške.

## 16. LISTA SKRAĆENICA

---

<i>ER</i>	Emocionalna reaktivnost
<i>IP</i>	Ja-pozicija
<i>EC</i>	Emocionalno odvajanje
<i>F</i>	Fuzija sa drugima
<i>DS</i>	Ukupan indeks skale diferencijacije selfa
<i>ACE skor</i>	Broj negativnih (averzivnih) iskustava iz djetinjstva
<i>Br. trauma</i>	Ukupan broj trauma
<i>PARQ</i>	Ukupan indeks prihvatajućeg-odbacujućeg roditeljskog stila
<i>HL</i>	Hladnoća
<i>AG</i>	Agresivnost
<i>Z</i>	Zapostavljanje
<i>RO</i>	Ravnodušno odbijanje
<i>K</i>	Kontrola
<i>ED</i>	Emocionalna disregulacija
<i>PP</i>	Poremećaj pažnje
<i>NS</i>	Nisko samopoštovanje

<i>PO</i>	Poremećeni odnosi
<i>S</i>	Somatizacija
<i>NSM</i>	Nedostatak smisla
<i>Por.</i>	Porodica
<i>Pri.</i>	Prijatelji
<i>Z.ostali</i>	Značajni odrasli
<i>SE</i>	Samoefikasnost
<i>TS</i>	Tolerancija stresa
<i>P</i>	Prilagodljivost
<i>SK</i>	Samokontrola
<i>DUS</i>	Duhovni smisao

## **LITERATURA**

Agabi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence and Abuse, 6* (3), 195-216.

Ahern, J., Gale, S., Fernandez, W. G., Koci, B., Waldman, R., & Vlahov, D. (2004). Gender, social support, and posttraumatic stress in postwar Kosovo. *Journal of Nervous and Mental Disease, 192* (11), 762–770.

Ahmadian, A., Mirzaee, J., Omidbeygi, M., Holsboer-Trachsler, E., & Brand, S. (2015). Differences in maladaptive schemas between patients suffering from chronic and acute posttraumatic stress disorder and healthy controls. *Neuropsychiatric disease and treatment, 11* (1), 1677–1684. doi.org/10.2147/NDT.S85959

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30* (2), 68-82.

Allen, J. (2012). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London: Karnac Books.

Alpert, J. L., & Steinberg, A. L. (2017). Sexual boundary violations: A century of violations and a time to analyze. *Psychoanalytic Psychology, 34* (2), 144–150. doi.org/10.1037/pap0000094

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III(3rd ed.)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: Author.

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256* (3), 174–186. doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4

Anda, R. F., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S. R., & Williamson, D. F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services, 53* (8), 1001-1009.



Anderson, C., John, O. P., Keltner, D., & Kring, A. (2001). Who attains social status? Effects of personality and physical attractiveness in social groups. *Journal of Personality and Social Psychology, 81* (1), 116-132.

Anderson, K. M., & Bang, E. J. (2012a). Assessing PTSD and resilience for females who during childhood were exposed to domestic violence. *Child & Family Social Work, 17* (1), 55-65.

Anderson, K. M., Renner, L. M., & Danis, F. S. (2012b). Recovery, resilience and growth in the aftermath of domestic violence. *Violence Against Women; 18* (11), 1279-1299.

Andrews, B., Brewin, C. R., & Rose, S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress, 16* (4), 421-427.

Annesi, James J, Mareno, Nicole, & McEwen, Kristin L. (2016). Mediation of self-regulation and mood in the relationship of changes in high emotional eating and nutritional behaviors: Moderating effects of physical activity. *Scandinavian Journal of Psychology, 57*(6), 523-534.

Aryamanesh, S., Fallahchai, R., Zarei, E., & Haghghi, H. (2012). Comparison of differentiation among satisfying couples and conflicting couples in Bandar Abbas city. *Journal of Life Science and Biomedicine, 2* (6), 308-314.

Asmussen, K., McBride, T., & Waddell, S. (2019). The potential of early intervention in preventing and reducing ACE-related trauma. *Social Policy and Society, 18* (3), 425-434. doi:10.1017/S1474746419000071

Atkinson, J. (2013). *Trauma-informed services and trauma-specific care for Indigenous Australian children*. Resource sheet no. 21. Produced for the Closing the Gap Clearinghouse. Canberra, ACT: Australian Institute of Health and Welfare & Melbourne: Australian Institute of Family Studies.

Azar, S. T., & Twentyman, C. T. (1986). Cognitive behavioral perspectives on the assessment and treatment of child abuse. In P. C. Kendall (Ed.) *Advances in cognitive behavioral research and therapy*, (237-267). New York: Academic Press.

Azkeskin, K. A. D. R. İ. Y. E., Güven, G., Güral, M., & Sezer, T. (2013). Parenting styles: Parents with 5-6 year old children. *Journal of Educational and Instructional Studies in the World, 3* (1), 74-82.

Babcock-Fenerci, R. L. & DePrince A. P. (2012). Childhood betrayal trauma and self-blame appraisals among survivors of intimate partner abuse. *Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD), 13* (1), 526-538 doi.org/10.1080/15299732.2012.694842

Babcock-Fenerci, R. L., Chu, A. T., & DePrince, A. P. (2016). Intergenerational transmission of trauma-related distress: Maternal betrayal trauma, parenting attitudes, and behaviors. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 25 (4), 382-399.

Bagby, R. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 38 (1), 23–32. doi:10.1016/0022-3999(94)90005-1.

Bandura A. Social cognitive theory. Bryant J, Zillman D, eds. (2008). *Media effects: advances in theory and research*. 2nd ed. Mahwah: Taylor and Francis Library. pp 121-154.

Bannister, J. A., Lopez, F. G., Menefee, D. S., Norton, P. J.& Wanner, J. (2018), Military and premilitary trauma, attachment orientations, and posttraumatic stress disorder severity among male and female veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 31 (4), 558-567. doi.org/10.1002/jts.22309

Banyard, V. L., Williams L. M., & Siegel, J. A. (2003). The impact of complex trauma and depression on parenting: an exploration of mediating risk and protective factors. *Child Maltreatment*, 8 (4), 334-349.

Barrera, M., Jr, Prelow, H. M., Dumka, L. E., Gonzales, N. A., Knight, G. P., Michaels, M. L., Roosa, M. W., & Tein, J. (2002). Pathways from family economic conditions to adolescents' distress: Supportive parenting, stressors outside the family, and deviant peers. *Journal of Community Psychology*, 30 (2), 135–152

Barrett, B. (2009). The impact of childhood sexual abuse and other forms of childhood adversity on adulthood parenting. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18 (5), 489–512. doi: 10.1080/10538710903182628

Barrett, P. M., & Ollendick, T. H. (2003). *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment*. New York: John Wiley.

Bartlett, J. D., Kotake, C., Fauth, R. & Easterbrooks, M. A. (2017). Intergenerational transmission of child abuse and neglect: Do maltreatment type, perpetrator, and substantiation status matter? *Child Abuse and Neglect*, 63 (1), 84–94. doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.021

Bartle-Haring, S., & Gregory, P. (2003). Relationship between differentiation of self and the stress and distress associated with predictive cancer genetic counseling and testing: Preliminary evidence. *Families Systems and Health*, 21 (4), 357–381.

Batten, S. V., Follette, V. M., Rasmussen, M. L., & Palm, M. K. (2001). Physical and psychological effects of written disclosure among sexual abuse survivors. *Behavior Therapy*, 33 (1), 107-122.

Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907. doi:10.2307/1126611

Baumrind, D. (1991). Effective parenting during the early adolescent transition. In *Family Transitions*; Cowen, P.A. Hetherington, H., Eds.; Erlbaum: Hillsdale. NJ, USA, 111–164.

Beknap, J. & Holsinger, K. (2006). The gendered nature of risk factors for delinquency. *Feminist Criminology*, 1 (1), 48-71.

Belsky, J., Youngblade, L., & Pensky, E. (1989). Childrearing history, marital quality, and maternal affect: Intergenerational transmission in a low-risk sample. *Development and Psychopathology*, 1 (4), 291-304.

Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behavior Research and Therapy*, 42 (10), 1129-48. doi: 10.1016/j.brat.2003.08.008

Benedict, M., White, R., & Comely, D. (1985). Maternal perinatal risk factors and child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 9 (2), 217-224.

Berger, L.M., Carlson, M.J., Bzostek, S.H. and Osborne, C. (2008), Parenting practices of resident fathers: The role of marital and biological ties. *Journal of Marriage and Family*, 70 (1), 625-639. doi.org/10.1111/j.1741-3737.2008.00510.x

Berk, L. E. (2005). *Infants, children, and adolescents (5th Ed.)*. Boston, Massachusetts: Pearson.

Berk, L. E. (2017). *Exploring lifespan development (4th ed.)*. Pearson.

Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 36 (2), 200–212. doi:10.1002/imhj.21499

Bogousslavsky J, ed. (2010). *Following charcot: a forgotten history of neurology and psychiatry*. Frontiers of Neurology and Neuroscience. S Karger Pub.

Bonnano, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American psychologist*, 59 (1), 20-28.

Bonnano, G. A., & Mancini, A. D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of repossess to potential trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4 (1), 74-83.

Borelli, J. L., Cohen, C., Pettit, C., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P. & Ensink, K. (2019). Maternal and child sexual abuse history: An intergenerational exploration of children's adjustment and maternal trauma-reflective functioning. *Frontiers in Psychology*, 10 (1), 1062, doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01062

Bornstein, M. H. (1995). Form and function: Implications for studies of culture and human development. *Culture and Psychology*, 1 (1), 123–137. doi.org/10.1177/1354067X9511009

Bornstein, M. H. (2012). Cultural approaches to parenting. *Parenting: Science and Practice*, 12 (2-3), 212–221. doi.org/10.1080/15295192.2012.683359

Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.

Bowers, M. E. & Yehuda, R. (2016). Intergenerational transmission of stress in humans. *Neuropsychopharmacology*, 41 (1), 232–244. doi: 10.1038/npp.2015.247.

Bowes, L., Maughan, B., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2010) Families promote emotional and behavioural resilience to bullying: evidence of an environmental effect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 51, 809–817. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02216.x

Braet, C., Theuwis, L. van Durme, K. Vandewalle, J. Vandevivere, E. Wante, L. & Goossens, L. (2014). Emotion regulation in children with emotional problems. *Cognitive Therapy and Research*, 38 (5), 493-504, doi: 10.1007/s10608-014-9616-x

Bremner, J. D., Vythilingam, M., Vermetten, E., Southwick, S. M., McGlashan, T., Nazeer, A., Khan, S., Vaccarino, L. V., Soufer, R., Garg, P. K., Ng, C. K., Staib, L. H., Duncan, J. S., & Charney, D. S. (2003). MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160 (5), 924-932.

Brennan, P., Le Brocque, R., Hammen, C. (2003). Maternal depression, parent–child relationships, and resilient outcomes in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (12), 1469–1477.

Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young. *Archives of General Psychiatry*, 48 (3), 216-222.

Breslau, N. (2002). Gender differences in trauma and posttraumatic stress disorder. *Journal of Gender-Specific Medicine*, 5 (1), 34-40. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11859685>

Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: The posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biological Psychiatry*, 48 (9), 902–909.

Bridgett, D. J., Burt, N. M., Edwards, E. S., & Deater-Deckard, K. (2015). Intergenerational transmission of self-regulation: A multidisciplinary review and integrative conceptual framework. *Psychological Bulletin*, 141(3), 602-654.

Briere, J. (2011). *Trauma Symptom Inventory-2 (TSI-2): Professional manual*: PAR.

Briere, J., & Spinazzola, J. (2005), Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states., *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 401-412

Briere, J.N., & Rickards, S. (2007). Self-awareness, affect regulation, and relatedness: differential sequels of childhood versus adult victimization experiences. *The Journal of nervous and mental disease*, 195 (6), 497-503.

Brody, G. H., Beach, S. R. H., Philibert, R. A., Chen, Y. F., Lei, M. K., Murry, V. M., & Brown, A. C. (2009). Parenting moderates a genetic vulnerability factor in longitudinal increases in youths' substance use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77 (1), 1–11. doi:10.1037/a0012996

Bromet, E., Sonnega, A., & Kessler, R. C. (1998). Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: Findings from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Epidemiology*, 147 (4), 353–361.

Bronfenbrenner, U. (1994). Nature-nurture reconceptualized in development perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 10 (4), 568-586.

Brooks, J., B. (2012). *The process of parenting: Ninth edition*. McGraw-Hill Higher Education.

Brown, L. S. (2004). Feminist paradigms of trauma treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 464–471. doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.464

Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 22 (11), 1065-1078.

Brown, S., Resko, S., Dayton, C., & Barron, C. (2018). Trauma symptoms and social support mediate the impact of violence exposure on parenting competence among substance-dependent mothers. *Journal of Interpersonal Violence, 36* (9-10), 4570-4592. doi: 886260518791234.

Burchinal, M. R., Roberts, J. E., Zeisel, S. A. & Rowley, S. J. (2008) Social risk and protective factors for African American children's academic achievement and adjustment during the transition to middle school. *Developmental Psychology, 44* (1), 286–292. doi:10.1037/0012-1649.44.1.286

Burns, E. E., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2010). Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma, 19* (8), 801–819. doi:10.1080/10926771.2010.522947

Byrne, B. M. (1998). *Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: Basic concepts, applications, and programming*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Burrage, R., Gagnon, M., & Graham-Bermann, S. (2018). Trauma history and social support among American Indian/Alaska native and non-native survivors of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence, 36* (5-6), 3326-3345. doi: 886260518772103.

Burton, D. L., Duty, K. J., & Leibowitz, G. S. (2011). Differences between sexually victimized and nonsexually victimized male adolescent sexual abusers: Developmental antecedents and behavioral comparisons. *Journal of Child Sexual Abuse, 20* (1), 77-93.

Calkins, S. D., & Hill, A. (2007). Caregiver influences on emerging emotion regulation: Biological and environmental transactions in early development J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. Guilford, New York, 229-248.

Camardese, G. (2007). Predicting response in difficult-to-treat depressed patients. *Eur Neuropsychopharmacology, 4* (1), 326-327.

Carlin, A. S., Kemper, K., Ward, N. G., Sowell, H., Gustafson, B., & Stevens, N. (1994). The effect of differences in objective and subjective definitions of childhood physical abuse on estimates of its incidence and relationship to psychopathology. *Child Abuse and Neglect, 18* (5), 393–399.

Carlson, M. J., & McLanahan, S. S. (2006). Strengthening Unmarried Families: Could Enhancing Couple Relationships Also Improve Parenting? *Social Service Review, 80* (2), 297-321.

Carter, A. S., Garrity-Rokous, F. E., Chazan-Cohen, R., Little, C., & Briggs-Gowan, M. J. (2001). Maternal depression and comorbidity: Predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (1), 18-26.

Carthy, T., Horesh, N., Apter, A., & Gross, J. J. (2010). Patterns of emotional reactivity and regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32 (1), 23-36, doi:10.1007/s10862-009-9167-8.

Ceballo, R., & McLoyd, V. (2002). Social support and parenting in poor, dangerous neighborhoods. *Child Development*. 73 (4), 1310–1321. doi: 10.1111/1467-8624.00473.

Chapman, D. P., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J. & Whitfield, C. L. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82 (2), 217-225.

Chemtob, C. M., Nomura, Y. & Abramovitz, R. (2008). Impact of conjoined exposure to the World Trade Center attacks and to other traumatic events on the behavioural problems of pre-school children. *Archives of Paediatrics and Adolescent Medicine*, 162 (2), 126 –132.

Chen, E., Miller, G. E., Kobor, M. S. & Cole, S. W. (2011) Maternal warmth buffers the effects of low early-life socioeconomic status on pro-inflammatory signaling in adulthood. *Molecular Psychiatry* 16 (7), 729–737. doi:10.1038/mp.2010.53

Chesney-Lind, M. (1989). Girls' crime and woman's place: Toward a feminist model of female delinquency. *Crime and Delinquency*, 35 (1), 5-29.

Choi, H., & Marks, N.F. (2008). Marital conflict, depressive symptoms, and functional impairment. *Journal of Marriage and Family*, 70 (2), 377-390. doi:10.1111/j.1741-3737.2008.00488.x

Choi, S.W., & Murdock, N. L. (2017). Differentiation of self, interpersonal conflict, and depression: The mediating role of anger expression. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 39 (1), 21–30. doi-org.proxy.lib.sfu.ca/10.1007/s10591-016-9397-3.

Choo, O. A. (2000). Parenting behaviours and adolescents' psychosocial adjustment, gender differences and ethnicity issues in parenting in an Asian context. <http://www.aare.edu.au/00pap/ong00466.htm> (Preuzeto sa interneta 21.10.2018.).

Chung, M.-R., & Won, W.-M. (2001). The influence of attitude of child rearing of parents and decision making styles in home on self-concept of elementary school children. *The Journal of*

*Elementary Education*, 14 (2), 65-85. Preuzeto sa internet adrese:  
<http://www.riss.kr/link?id=A30001812>

Cicchetti, D. (2013). Annual research review: resilient functioning in maltreated children: past, present, and future perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 54 (4), 402-422. doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02608.x

Cleverley, K. & Kidd, S.A. (2011). Resiliency and suicidality among homeless youth. *Journal of Adolescence*, 34 (5), 1049-1054.

Cloitre, M. (2015) The “one size fits all” approach to trauma treatment: should we be satisfied? *European Journal of Psychotraumatology*. 6 (1), 27344. doi: 10.3402/ejpt.v6.27344

Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R. & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (5), 1067-1074.

Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, C. & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, 36 (2), 119-124. 10.1016/S0005-7894(05)80060-7

Cloitre, M., Stovall-McClough, C., Zorbas, P., & Charuvastra, A. (2008). Attachment organization, emotion regulation, and expectations of support in a clinical sample of women with childhood abuse histories. *Journal of Traumatic Stress*, 21 (3), 282-289.

Cohen, L.R., Hien, D.A., & Batchelder, S. (2008). The impact of cumulative maternal trauma and diagnosis on parenting behavior. *Child Maltreatment*, 13 (1),27-38. doi:10.1177/1077559507310045

Cohen, S., & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310–357. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.310.

Cole, P. & Putnam, F. W. (1992). Effect on incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (2), 174-184.

Cole, P., Martin, S., & Dennis, T. (2004). Emotional regulation as a scientific construct: Methodical challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75 (2), 317-33.



Collin-Vezina, D., Cyr, M., & Pauze, R. (2005). The role of depression and dissociation in the link between childhood sexual abuse and later parental practices. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6 (1), 71-97.

Colwell, M.J., & Lindsey, E.W. (2003). Teacher-child interactions and preschool children's Perceptions of self and peers. *Early Child Development and Care*, 173 (2-3), 249 - 258.

Conger, R. D., Schofield, T. J., Neppl, T. K., & Merrick, M. T. (2013) Disrupting intergenerational continuity in harsh and abusive parenting: the importance of a nurturing relationship with a romantic partner. *Journal of Adolescent Health*, 53 (4), S11–S17.

Connelly, C. D., & Straus, M. A.(1992). Mother's age and risk for physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16 (5), 709-718.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18 (2), 76-82. doi.org/10.1002/da.10113

Corey, C. (2005). *Theory and practice of counseling & psychotherapy*. (7th ed.). Belmont, CA: Thomson Learning.

Côté, S., Vaillancourt, T., Leblanc, J. C., Nagin, D. S. & Tremblay, R. E. (2006). The development of physical aggression from toddlerhood to pre-adolescence: A nation wide longitudinal study of Canadian children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34 (1), 68-82.

Courtois, C. A. (1988). *Healing the incest wound*. New York: W.W. Norton & Company.

Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41 (4), 412–425. doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.412

Courtois, C. A. (2015). First, do no more harm: Ethics of attending to spiritual issues in trauma treatment. In D. F. Walker, C. A. Courtois, & J. D. Aten (Eds.), *Spiritually oriented psychotherapy for trauma* (p. 55–75). American Psychological Association. doi:10.1037/14500-004

Courtois, C.A. & Ford, J. D. (2009) (Eds.) *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. The Guilford Press: New York.

Cox, D., Bakker, A., & Naifeh, J. (2017). Emotion dysregulation and social support in PTSD and: A Study of trauma-exposed veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 30 (5), 545-549.

Cox, M. J., & Paley, B. (1997). Families as systems. *Annual Review of Psychology*, 48 (1), 243–267. doi:10.1146/annurev.psych.48.1.243

Cox, M. J., & Paley, B. (2003). Understanding families as systems. *Current Directions in Psychological Science*, 12 (5), 193–196. doi:10.1111/1467-8721.01259

Creech, S. K., & Gabriela, M. (2017). Parenting with PTSD: A review of research on the influence of PTSD on parent-child functioning in military and veteran families. *Frontiers in Psychology*, 8 (1), 1101. doi:10.3389/fpsyg.2017.01101

Crockenberg, S. & Leerkes, E. (2000). Infant negative emotionality, caregiving and family relationships. In A. C. Crouter & A. Booth (Eds). *Children's Influence on Family Dynamics* (57-78). Mahwah, NJ: Erlbaum. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 41 (1), 412-425.

Crocker, J., Lee, S. J., & Park, L. E. (2004). The pursuit of self-esteem: Implications for good and evil. In A. G. Miller (Ed.), *The social psychology of good and evil*, 271- 302. New York: Guilford Press.

Cross, W. (2001). A personal history of childhood sexual abuse: parenting patterns and problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6 (4), 563–574. doi: 10.1177/1359104501006004010

Cross, D., Kim, Y. L., Vance, A., Robinson, G., Jovanovic, T., and Bradley, B. (2016). Maternal child sexual abuse is associated with lower maternal warmth toward daughters but not sons. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25 (1), 813–826. doi: 10.1080/10538712.2016.1234532

Čudina-Obradović, M., & Obradović, J. (2006). *Psihologija braka i obitelji*. Zagreb: Golden marketing - Tehnička knjiga.

Davidson, J. R., Hughes, D., Blazer, D. G., & George, L.K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21(3), 713–721.

Davidson, J. R., Payne, V. M., Connor, K. M., Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Hertzberg, M. A., et al. (2005). Trauma, resilience and saliostasis: Effects of treatment in posttraumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 20 (1), 43–48.

Davis, J.L. , & Petretic-Jackson, P.A. (2000). The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior* , 5 (3), 291-328.

de Jong, J.T., Komproe, I.H., Spinazzola, J., van der Kolk, B.A. & Van Ommeren, M.H. (2005), DESNOS in three postconflict settings: Assessing cross-cultural construct equivalence. *Journal of Traumatic Stress, 18* (1), 13-21. doi:10.1002/jts.20005

De Vries, G. J. & Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress, 22* (4), 259–267.

de Waal, M. M., Dekker, J. J. M., Kikkert, M. J., Christ, C., Chmielewska, J., Staats, M. W. M., van den Brink, W., and Goudriaan, A. E. (2019). Self-wise, other-wise, streetwise (SOS) training, an intervention to prevent victimization in dual-diagnosis patients: results from a randomized clinical trial, *Addiction, 114* (4), 730– 740. doi: 10.1111/add.14500

Dearing, E. (2004). The developmental implications of restrictive and supportive parenting across neighborhoods and ethnicities: exceptions are the rule. *Journal of Applied Development Psychology, 25* (5), 555–575. doi:10.1016/j.appdev.2004.08.007

Deater-Deckard, K., Ivy, L., & Petrill, S. A. (2006). Maternal warmth moderates the link between physical punishment and child externalizing problems: a parent-offspring behavior genetic analysis. *Parenting: Science and Practice, 6* (1), 59–78.

Dekel, R. & Goldblatt, H. (2008). Is there intergenerational transmission of trauma? The case of combat veterans' children. *American Journal of Orthopsychiatry, 78* (3), 281–289. doi: 10.1037/a0013955.

Delker, B. C., Noll, L. K., Kim, H. K. & Fisher, P. A. (2014). Maternal abuse history and self-regulation difficulties in preadolescence. *Child Abuse & Neglect, 38* (12), 2033-2043.

Dembo, R., Williams, L., Wothke, W., Schmeidler, J., Hendricks Brown, C. (1992). Examining a structural model of the role of family factors, physical abuse and sexual victimization experiences in a sample of high-risk youths' alcohol/other drug use and delinquency/crime over time. *Violence and Victims, 7* (3), 245-266.

Derryberry, D., & Rothbart, M. K. (1988). Arousal, affective and attentional components of adult temperament. *Journal of Personality and Social Psychology, 55* (6), 953–966.

Dinshtein, Y., Dekel, R., & Polliack, M. (2011). Secondary traumatization among adult children of PTSD veterans: The role of mother–child relationships. *Journal of Family Social Work, 14* (2), 109-124. doi: 10.1080/10522158.2011.544021

DiLillo, D. & Damashek, A. (2003). Parenting characteristics of women reporting a history of childhood sexual abuse. *Child Maltreatment, 8* (4), 319-333.

DiLillo, D., Tremblay, G. C., & Peterson, L. (2000) Linking childhood sexual abuse and abusive parenting: the mediating role of maternal anger. *Child Abuse & Neglect*, 24 (6), 767–779.

Ditlevsen, D. N. & Elklit, A. (2012). Gender, trauma type, and PTSD prevalence: a re-analysis of 18 nordic convenience samples. *Annals of General Psychiatry*, 11 (1), 26. doi.org/10.1186/1744-859X-11-26

Dittrich, K., Bermpohl, F., Kluczniok, D., Hindi Attar, C., Jaite, C., Fuchs, A., . . . Boederker, K. (2020). Alterations of empathy in mothers with a history of early life maltreatment, depression, and borderline personality disorder and their effects on child psychopathology. *Psychological Medicine*, 50 (7), 1182-1190. doi:10.1017/S0033291719001107

Doan, S. N., Fuller-Powell, T. E., Evans, G. W. (2012) Cumulative risk and adolescent's internalizing and externalizing problems: the mediating roles of maternal responsiveness and self-regulation. *Development Psychology*, 48 (6), 1529–1539. doi:10.1037/a0027815

Dobash, R. E., & Dobash, R. P., eds. (1998). Violent men and violent context. In: *Rethinking violence against women*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. pp 141-168.

Dodding, C. J., Nasel, D. D., Murphy, M. & Howell, C. (2008). All in for mental health: a pilot study of group therapy for people experiencing anxiety and/or depression and a significant other of their choice. *Mental Health in Family Medicine*, 5 (1), 41-49.

Doinita, N. E., & Maria, N. D. (2015). Attachment and parenting styles. *Procedia—Social and Behavioral Sciences*, 203 (Supplement C), 199–204.

Domingue, R., & Mollen, D. (2009). Attachment and conflict communication in adult romantic relationships. *Journal of Social & Personal Relationships*, 26 (5), 678–696. doi:10.1177/0265407509347932

Dubas, J. S., & Gerris, J. R. M. (2002). Longitudinal changes in the time parents spend in activities with their adolescent children as a function of child age, pubertal status and gender. *Journal of Family Psychology*, 16 (4), 415–427. doi: 10.1037/0893-3200.16.4.415

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J. & Croft, J. B. (2002). Adverse Childhood Experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors*, 27 (5), 713-725.

Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect and household dysfunction and the risk of illicit drug use, The Adverse Childhood Experience Study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572.

Dunbar, A. S., Leerkes, E. M., Coard, S. I., Supple, A. J., & Calkins, S. (2017). An integrative conceptual model of parental racial/ethnic and emotion socialization and links to children's social-emotional development among African American families. *Child Development Perspectives, 11* (1), 16–22. [10.1111/cdep.12218](https://doi.org/10.1111/cdep.12218)

Dunst, C. J., & Leet, H. E. (1987). Measuring the adequacy of resources in households with young children. *Child: Care, Health and Development, 13* (2), 111–125. doi: [/10.1111/j.1365-2214.1987.tb00528.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.1987.tb00528.x)

Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 28* (3), 381-392, doi: [10.1080/10911359.2018.1435328](https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1435328)

Dym-Bartlett, J., & Easterbrooks, M. A. (2015). The moderating effect of relationships on intergenerational risk for infant neglect by young mothers. *Child Abuse & Neglect, 45* (1), 21-34. doi: [10.1016/j.chiabu.2015.02.018](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.018).

Egeland, B., Breitenbucher, M., & Rosenberg, D. (1981). Prospective study of the significance of life stress in the etiology of child abuse. *Journal of Consultation and Clinical Psychology, 48* (2), 666-682.

Ehrensaft, M.K. & Cohen, P. (2012). Contribution of family violence to the intergenerational transmission of externalizing behavior. *Prevention Science, 13* (4), 370–383 [doi.org/10.1007/s11121-011-0223-8](https://doi.org/10.1007/s11121-011-0223-8)

Elgar, F. J., McGrath, P. J., Waschbusch, D.A., Stewart, SW. H., Curtis, L. J. (2004). Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review, 24* (4),441-459 doi: [10.1016/j.cpr.2004.02.002](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.02.002).

Elieson, M. V., & Rubin, L. J. (2001). Differentiation of self and major depressive disorders: A test of Bowen theory among clinical, traditional, and Internet groups. *Family Therapy, 28* (3), 125–142.

Elliott, D. M. (1997). Traumatic events: prevalence and delayed recall in the general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65* (5), 811-820.

Elliott, T. R., Hsaio, Y-Y., Kimbrel, N. A., (2015). Resilience, traumatic brain injury, depression, and posttraumatic stress among Iraq/Afghanistan War Veterans. *Rehab Psychology, 60* (3): 263-276.

Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (5), 376–381.

Esteves, K., Gray, S.A.O., Theall, K.P. et al. (2017). Impact of physical abuse on internalizing behavior across generations. *Journal of Child and Family Studies*, 26 (1), 2753–2761. doi.org:10.1007/s10826-017-0780-y

Evans, G. W., Kim, P., Ting, A. H., Tesher, H. B. & Shannis, D. (2007). Cumulative risk, maternal responsiveness, and allostatic load among young adolescents. *Developmental Psychology* 43 (2), 341–351. doi:10.1037/0012-1649.43.2.341

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4), 245–258. doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8

Felitti, V. J., Anda, R. F. (1998). Family health history questionnaire. <http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/questionnaires.html>. Preuzeto 28. maja 2015.

Field, N. P., Muong, S. & Sochanvimean, V. (2013). Parental styles in the intergenerational transmission of trauma stemming from the Khmer Rouge Regime in Cambodia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83 (4), 483–494.

Finkenauer, C., Rutger, C. M., Engels, E. & Baumeister. R. F. (2005). Parenting behaviour and adolescent behavioural and emotional problems: The role of self-control. *International Journal of Behavioral Development*, 29 (1), 58 – 69. doi:10.1080/01650250444000333

Fisher, J. (2017). *Healing the fragmented selves of trauma survivors: Overcoming internal self-alienation*. Routledge: Taylor and Fransis Group.

Fisher, J., & Ogden, P. (2009). Sensorimotor psychotherapy. In C. A. Courtois & J. D. Ford (Eds.). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. Guilford Press.

Fisher, J., & Ogden, P. (2013). *Sensorimotor psychotherapy: A therapist's manual for sensorimotor psychotherapy*. Guilford Press.

Flouri, E., Midouhas, E., Joshi, H. & Tzavidis, N. (2014). Emotional and behavioural resilience to multiple risk exposure in early life: The role of parenting. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24 (7), 745-755.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*, New York: Other Books.

Ford, J. D. (2005). Treatment implications of altered affect regulation and information processing following child maltreatment. *Psychiatric Annals*, 35 (5), 410–419.

Freeman, J. (2015). Trauma and relational care. *Journal of child and youth Care Work*, 25 (1), 120-132.

Frewen, P. A., & Lanius, R. A. (2006). Toward a psychobiology of posttraumatic self-dysregulation: Reexperiencing, hyperarousal, dissociation, and emotional numbing. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 110-124.

Frewen, P. A., Dozois, D. J. A., Neufeld, R., W., J. & Lanius, R. A. (2008). Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 21 (2), 243-246.

Fusco, R. A. (2015). Second generation mothers in the child welfare system: Factors that predict engagement. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 32 (6), 545-554.

Gaffney, M.A. (2009). The cycle of experience re-cycled: then, now ... next? *Gestalt Review*, 13 (1), 7-23. doi:13. 7. 10.5325/gestaltreview.13.1.0007

Galatzer-Levy, I. R., Huang, S. H., Bonanno, G. A. (2018). Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical Psychology Review*, 63 (1), 41-55. doi: 10.1016/j.cpr.2018.05.008.

Gavazzi, S. M. (2011). *Advancing responsible adolescent development. Families with adolescents: Bridging the gaps between theory, research, and practice*. Springer Science: Business Media. doi: 10.1007/978-1-4419-8246-9

Gelles, R. J. & Straus, M. A. (1987). Is violence toward children increasing? *Journal of Interpersonal Violence*, 2 (2), 212 - 222.

George, C. (1996). A representational perspective of child abuse and prevention: Internal working models of attachment and caregiving. *Child Abuse and Neglect*, 20 (5), 411-424.

George, C., & Solomon, J. (2008). The caregiving system: A behavioral systems approach to parenting. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.). *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 833–856). New York, NY: Guilford Press.

Gere, M.K., Villabø, M.A., Torgersen, S., & Kendall, P.C. (2012). Overprotective parenting and child anxiety: the role of co-occurring child behavior problems. *Journal of Anxiety Disorders*, 26 (6), 642–9.

Gershoff, E. T., Aber, J. L., Raver, C. C., & Lennon, M. C. (2007). Income is not enough: Incorporating material hardship into models of income associations with parenting and child development. *Child Development, 78* (1), 70–95.

Giallo R, Gartland D, Woolhouse H, Mensah, F., Westrupp, E., Nicholson, J., & Brown, S. (2018). Emotional–behavioral resilience among children of first-time mothers with and without depression across the early childhood period. *International Journal of Behavioral Development, 42* (2), 214-224. doi:10.1177/0165025416687413

Giladi, L., & Bell, T. S. (2013). Protective factors for intergenerational transmission of trauma among second and third generation Holocaust survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5* (4), 384–391. doi: 10.1037/a0028455

Gilbert, L. K., Breiding, M. J., Merrick, M. T, Parks, S. E, Thompson, W. W., Dhingra, S. S., & Ford, D. C. (2015). Childhood adversity and adult chronic disease: an update from ten states and the District of Columbia. *American Journal of Preventive Medicine, 48* (3), 345-349.

Glavak, R., Kuterovac-Jagodic, G., & Sakoman S. (2003). Parental acceptance-rejection, family-related factors, and socio-economic status of families of adolescent heroin addicts. *Croatian Medical Journal, 44* (2), 199-206.

Gómez, J. M., Lewis, J. K., Noll, L. K., Smidt, A. M., & Birrell, P. J. (2016). Shifting the focus: Nonpathologizing approaches to healing from betrayal trauma through an emphasis on relational care. *Journal of Trauma & Dissociation, 17* (2), 165-185.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26* (1), 41–54. doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94

Green, K.T., Calhoun, P.S., Dennis, M.F., Workgroup, M.-A., & Beckham, J. (2010). Exploration of the resilience construct in posttraumatic stress disorder severity and functional correlates in military veterans who have served since September 11, 2001. *Journal of Clinical Psychiatry, 71* (7), 823–830. doi:10.4088/JCP.09m05780blu.

Griffin, J. M., & Apostol, R. A. (1993). The influence of relationship enhancement training on differentiation of the self. *Journal of Marital and Family Therapy, 19* (3), 267–272.

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). New York, NY: Guilford Press.



Gülay Ogelman, H. (2015). Predictor effect of parental acceptance-rejection levels on resilience of preschool children. *Social and Behavioral Sciences*, 174 (1) , 622 – 628.

Grünbaum, L. (2018). Transmission of complex trauma: family orientated intervention before child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 44 (3), 381-395. doi: 10.1080/0075417X.2018.1539865

Gunnar M, & Quevedo K (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology*, 58 (1), 145–173. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085605

Hajal, N. J., & Paley, B. (2020). Parental emotion and emotion regulation: A critical target of study for research and intervention to promote child emotion socialization. *Developmental Psychology*, 56 (3), 403–417. doi: 10.1037/dev0000864

Handelzalts, J. E., Levy, S., Molmen-Lichter, M., Ayers, S., Krissi, H., Wiznitzer, A., Peled, Y. (2021). The association of attachment style, postpartum PTSD and depression with bonding- A longitudinal path analysis model, from childbirth to six months. *Journal of Affective Disorders*, 280 (A), 17-25, doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.068.

Hanke, K., & Vauclair, C. -M. (2016). Investigating the human value of “forgiveness” across 30 countries: A cross-cultural meta-analytic review. *Cross-Cultural Research*, 50 (3), 215–230. <https://doi.org/10.1177/1069397116641085>

Harms, L. (2010). *Understanding Human Development: A multidimensional approach* (2nd Ed.). South Melbourne: Oxford University Press.

Harris, J. I., Erbes, C. R., Winkowski, A. M., Engdahl, B. E., & Nguyen, X. V. (2014). Social support as a mediator in the relationship between religious comforts and strains and trauma symptoms. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6 (3), 223–229. doi:10.1037/a0036421

Haselgruber, A., Sölva, K. & Lueger-Schuster, B. (2020). Perspective matters: Differences between child- and caregiver-reports of emotion regulation mediating the relationship between cumulative childhood trauma and mental health problems in foster children. *Child Abuse & Neglect*, 107 (1) , 104558. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104558

Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49 (12), 1023–1039.

Herman, J. L. (1992a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5 (3), 377–391. doi:10.1002/jts.2490050305

Herman J.L. (1992b). *Trauma and recovery*. Basic books., New York

Hillis, S. D., Anda, R. F., Felitti, V. J., & Marchbanks, P. A. (2001). Adverse childhood experiences and sexual risk behaviors in women: a retrospective cohort study. *Family Planning Perspectives, 33* (5), 206-211.

Hu, L., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods, 3* (4), 424–453. doi:10.1037/1082-989X.3.4.424

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6* (1), 1-55, doi: 10.1080/10705519909540118

Huang, Y. L., Chen, S. H., Su, Y. J., & Kung, Y. W. (2017). Attachment dimensions and post-traumatic symptoms following interpersonal traumas versus impersonal traumas in young adults in Taiwan. *Stress & Health, 33* (3), 233–243. doi:10.1002/smi.2702

Hughes, M., & Cossar J. (2016) The relationship between maternal childhood emotional abuse/neglect and parenting outcomes: A systematic review. *Child Abuse Review, 25* (1), 31–45. doi: 10.1002/car.239

Hyman, S.M., Gold, S.N. & Cott, M.A. (2003). Forms of social support that moderate PTSD in childhood sexual abuse survivors. *Journal of Family Violence 18* (5), 295–300. doi: 10.1023/A:1025117311660

IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Ingoldsby, E.M., Shaw, D.S., Winslow, E., Schonberg, M., Gilliom, M., & Criss, M. M. (2006.) Neighborhood disadvantage, parent-child conflict, neighborhood peer relationships, and early antisocial behavior problem trajectories. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34* (3), 303–319. doi:10.1007/s10802-006-9026-y

Izzo, C., Weiss, L., Shanahan, T., & Rodriguez-Brown, F. (2000). Parental self-efficacy and social support as predictors of parenting practices and children's socioemotional adjustment in Mexican immigrant families. *Journal of Prevention & Intervention in the Community, 20* (1-2), 197-213.

Janicki-Deverts, D., & Cohen. S. (2011). Social ties and resilience in chronic disease. Pages 76-89 in S. M. Southwick, B. T. Litz, D. Charney, and M. J. Friedman, editors. *Resilience and*

*mental health: challenges across the lifespan*. Cambridge University Press, New York, New York, USA. doi: 10.1017/cbo9780511994791.007

JASP Team (2020). JASP (Version 0.14.1)[Computer software].

Jensen, S.K.G., Sezibera, V., Murray, S.M., Brennan, R.T. & Betancourt, T.S. (2021), Intergenerational impacts of trauma and hardship through parenting. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62 (8), 989-999. doi.org/10.1111/jcpp.13359

Jimenez, L., Deković, M. & Hidalgo, V. (2009). Adjustment of school-aged children and adolescents growing up in at-risk families: Relationships between family variables and individual, relational and school adjustment. *Children and Youth Services Review*, 31 (6), 654-661.

Jones, J. D., Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2015). Parents' self-reported attachment styles. *Personality and Social Psychology Review*, 19 (1), 44–76. pmid:25024278

Kagan, J. (1978). The parental love trap. *Psychology Today*, 12, 54–61.

Karatekin, C., & Ahluwalia, R. (2020). Effects of adverse childhood experiences, stress, and social support on the health of college students. *Journal of Interpersonal Violence*. 35 (1-2),150-172. doi: 10.1177/0886260516681880.

Kardiner, A. (1945). *The psychological frontiers of society*. New York, NY: Columbia University Press.

Karkhanis, D. G., & Winsler, A. (2016). Temperament, gender, and cultural differences in maternal emotion socialization of anxiety, somatization, and anger. *Psychological Studies*, 61 (3), 137–158. 10.1007/s12646-016-0360-z

Kaspersen, M., Matthiesen, S.B. & Gøtestam, K.G. (2003). Social network as a moderator in the relation between trauma exposure and trauma reaction: A survey among UN soldiers and relief workers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44 (5), 415-423. doi.org/10.1046/j.1467-9450.2003.00362.x

Kaufman, J., & Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (2), 186-192.

Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E., MacLean, C., Neale, M. C., Heath, A. C., et al. (1995). Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *The American Journal of Psychiatry*, 152 (6), 833–842.

Kerig, P. K., Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (1993). Marital quality and gender differences in parent-child interaction. *Developmental Psychology*, 29 (6), 931-939.

Kerr, M. & Bowen, M. (1988). *Family Evaluation: An Approach Based on Bowen Theory*. NY, Norton.

Kessler, R. C., Sonnega, A., & Bromet, E. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52 (12), 1048–1060.

Ketring, S. A., & Feinhauer, L. L. (1999). Perpetrator-victim relationship: Long-term effects of sexual abuse for men and women. *American Journal of Family Therapy*, 27 (2), 109–120.

Khaleque, A. (2013). Perceived parental warmth, and children's psychological adjustment, and personality dispositions: A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 22 (2), 297–306. doi: 10.1007/s10826-012-9579-z

Khaleque, A., & Ali, S. (2017). A systematic review of meta-analyses of research on interpersonal acceptance–rejection theory: Constructs and measures. *Journal of Family Theory & Review*, 9 (4), 441–458.

Khaleque, A., & Rohner, R. P. (2002). Perceived parental acceptance–rejection and psychological adjustment: A meta-analysis of cross-cultural and intracultural studies. *Journal of Marriage and Family*, 64 (1), 54–64. doi: 10.1111/j.1741-3737.2002.00054.x

Khaleque, A., & Rohner, R. P. (2011). Transnational relations between perceived parental acceptance and personality dispositions of children and adults: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 16 (2), 103–115. doi: 10.1177/1088868311418986

Khaleque, A., & Rohner, R. P. (2012). Pancultural associations between perceived parental acceptance and psychological adjustment of children and adults: A meta-analytic review of worldwide research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 43 (5), 784–800. doi: 10.1177/0022022111406120

Khaleque, A., Rohner, R. P., & Laukkala, H. (2008). Intimate partner acceptance, parental acceptance, behavioral control, and psychological adjustment among Finnish adults in ongoing attachment relationships. *Cross-Cultural Research*, 42 (1), 35–45. doi: 10.1177/1069397107309755

Khantzian, E. J. (2013). Commentaries. *Addiction*, 108, 668–669. doi: 10.1111/add.12004

Kia-Keating, M., Sorsoli, L., Grossman, F. K. (2010). Relational challenges and recovery processes in male survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 25 (4), 666–683. doi:10.1177/0886260509334411

Kiernan, K.E., & Huerta, M.C. (2008). Economic deprivation, maternal depression, parenting and children's cognitive and emotional development in early childhood. *The British Journal of Sociology*, 59 (4), 783–806. doi:10.1111/j.1468-4446.2008.00219.x

Kim, J. (2009) Type-specific intergenerational transmission of neglectful and physically abusive parenting behaviors among young parents. *Children and Youth Services Review*, 31 (7), 761–767.

Kim, J. & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 51 (6), 706-716, doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x

Kim, H., Doh, H. & Park, B. (2017). The effects of maternal grandmothers' positive parenting behaviour and mothers' self-differentiation and positive parenting behaviour on self-concept in late childhood. *Korean Journal of Child Studies*, 38 (1), 233-249.

Kim-Cohen, J., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Taylor, A. (2004). Genetic and environmental processes in young children's resilience and vulnerability to socioeconomic deprivation. *Child Development*, 75 (3), 651–668. doi:10.1111/j.1467-8624.2004.00699.x

Kim-Spoon, J., Haskett, M. E., Longo, G. S., & Nice, R. (2012). Longitudinal study of self-regulation, positive parenting, and adjustment problems among physically abused children. *Child Abuse & Neglect*, 36 (2), 95-107 doi: 10.1016/j.chiabu.2011.09.016

Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: A systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*, 43 (5), 683–714. doi:10.1007/s10578-012-0291-4

Klarin, M. i Đerđa, V. (2014). Roditeljsko ponašanje i problemi u ponašanju kod adolescenata. *Ljetopis socijalnog rada*, 21 (2), 243-262. <https://doi.org/10.3935/ljsr.v21i2.17>

Klein, D. M., & White, J. M. (1996). *Family theories: An introduction*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). Guilford Press.

Knauth, D. G., & Skowron, E. A. (2004). Psychometric evaluation of the Differentiation of Self Inventory for adolescents. *Nursing Research*, 53(3), 163–171. doi.org/10.1097/00006199-200405000-00003

Koenen, K. C. (2006). Developmental epidemiology of PTSD: Self-regulation as a central mechanism. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 255–266.

Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Poulton, R., Martin, J., & Caspi, A. (2007). Early childhood factors associated with the development of posttraumatic stress disorder: Results from a longitudinal birth cohort. *Psychological Medicine*, 37 (2), 181–192.

Korbin, J. E., & Spilsbury, C. E. (1999). Cultural competence and child neglect. In H. Dubowitz (Ed.), *Neglected children: Research, practice, and policy* (69–88). Thousand Oaks, CA: Sage.

Kothgassner, O.D., Goreis, A., Kafka, J. X., Kaufmann, M., Atteneder, K., Beutl, L., Hennig-Fast, K., Hlavacs, H., & Felnhofer, A. (2019). Virtual social support buffers stress response: An experimental comparison of real-life and virtual support prior to a social stressor. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 63 (1), 57-65. doi: 10.1016/j.jbtep.2018.11.003.

Krycak, R. C., Murdock, N. L., & Marszalek, J. M. (2012). Differentiation of self, stress, and emotional support as predictors of psychological distress. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 34 (4), 495–515. doi: 10.1007/s10591-012-9207-5.

Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A. Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., & Weiss, D. S. (1990). *Trauma and the Vietnam Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. Brunner/Mazel, New York.

Kuppens, S., & Ceulemans, E. (2019). Parenting Styles: A closer look at a well-known concept. *Journal of Child and Family Studies*, 28 (1), 168–181. doi.org/10.1007/s10826-018-1242-x

Kurz, D. (1989). Social science perspectives on wife abuse: current debates and future directions. *Gender and Society*, 3 (1), 489-505.

Kwak, S. (2014). Effects of social relations in childhood and adolescence on self-concept and school achievement. *Korean Journal of Sociology and Education*, 24 (2), 1-24.

Lacković-Grgin, K. (2000). Stres u djece i adolescenata. Jastrebarsko. Naklada Slap. Ruševljan, A., Buljan, G. & Krmek F. M. (2009). Percepcija roditeljskog prihvaćanja-odbijanja i prolagodba djece srednjoškolske dobi. *Klinička psihologija*, 2 (1-2), 39-52.

Lahav, Z., Price, N., Crompton, L., Laufer, A. & Solomon, Z. (2019). Sexual satisfaction in spouses of ex-POWs: The role of PTSD symptoms and self-differentiation. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 45 (8), 755-766. doi: 10.1080/0092623X.2019.1594478

Lampis, J. (2016). Does partners' differentiation of self predict dyadic adjustment? *Journal of Family Therapy*, 38 (3), 303–318 doi:10.1111/1467-6427.12073

Lampis, J., Cataudella, S., Agus, M., Busonera, A., & Skowron, E. A. (2018). Differentiation of self and dyadic adjustment in couple relationships: A dyadic analysis using the actor-partner interdependence model. *Family Process*, 58 (3), 698-715. doi:10.1111/famp.1237

Lanius, U. F., Paulsen, S., & Corrigan, F. M. (2014). *Neurobiology and treatment of traumatic dissociation: Toward an embodied self*. NY: Springer Publishing.

Lawson, D. M., & Quinn, J. (2013), Complex trauma in children and adolescents: Evidence-based practice in clinical settings. *Journal of Clinical Psychology*, 69 (5), 497-509. doi.org/10.1002/jclp.21990

Leahy-Warren, P., McCarthy, G. & Corcoran, P. (2012). First-time mothers: Social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (3–4), 388–397.

Leahy-Warren, P., Newham, J. & Alderdice, F. (2018). Perinatal social support: Panacea or a pitfall. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 36 (3), 219–221.

LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. Simon & Schuster.

Lee, C. Y. S., Anderson, J. R., Horowitz, J. L., & August, G. (2009). Family income and parenting: The role of parental depression and social support. *Family Relations*, 58 (4), 417–430.

Leeb, R. T., Lewis, T., & Zolotor, A. J. (2011). A review of the physical and mental health consequences of child abuse and neglect and implications for practice. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(5), 454-468.

Leen-Feldner, E. W., Feldner, M. T., Bunaciu, L., & Blumenthal, H. (2011). Associations between parental posttraumatic stress disorder and both offspring internalizing problems and parental aggression within the National Comorbidity Survey-Replication. *Journal of Anxiety Disorders*, 25 (2), 169-175.

Leifer, M., Kilbane, T., Jacobsen, T., & Grossman, G. (2004). A three-generational study of transmission of risk for sexual abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33 (4), 662–672. doi: 10.1207/s15374424jccp3304\_2

Levy, J., Yirmiya, K., Goldstein, A., & Feldman, R. (2019). Chronic trauma impairs the neural basis of empathy in mothers: Relations to parenting and children's empathic abilities. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 38 (1), 100658, doi:10.1016/j.dcn.2019.100658

Lewandowski, R. E., Verdeli, H., Wickramaratne, P., Warner, V., Mancini, A., & Weissman, M. (2014). Predictors of positive outcomes in offspring of depressed parents and non-depressed parents across 20 years. *Journal of Child and Family Studies*, 23 (8), 800–811.

Lifton, R. J. (1973). *Home from the war: Vietnam veterans: Neither victims nor executioners*. Simon & Schuster.

Lindemann, E. Symptomatology and management of acute grief. (1944). *American Journal of Psychiatry*, 101 (2), 141–148.

Lippold, M. A., Glatz, T., Fosco, G. M., & Feinberg, M. E. (2018). Parental perceived control and social support: Linkages to change in parenting behaviors during early adolescence. *Family Process*, 57 (2), 432-447. doi: 10.1111/famp.12283

Liu, D. W. Y., Fairweather-Schmidt, A. K., Roberts, R. M. , Burns, R., & Anstey, K. J. (2014). Does resilience predict suicidality? A lifespan analysis. *Archives of Suicide Research* , 18 (4), 453-464.

Lobb, A. S., & Lichtenberg, P. (2005). Classical gestalt therapy theory. In A. L. Woldt & S. M. Toman (Eds.), *Gestalt therapy: History, theory and practice* (pp. 21–39). Thousand Oaks, CA: Sage.

Lombardo, K. L., & Motta, R. W. (2008). Secondary trauma in children of parents with mental illness. *Traumatology*, 14 (3), 57-67.

Lorenz, F. O., Conger, R. D., & Montague, R. (1994). Doing worse and feeling worse: Psychological consequences of economic hardship. In R. D. Conger, G. H. Elder, Jr., F. O. Lorenz, R. L. Simons, & L. B. Whitbeck, *Families in troubled times: Adapting to change in rural America* (pp. 167–186). University of California, LA: Aldine de Gruyter.

Lugo-Candelas, C. I., Harvey, E. A., & Breaux, R. P. (2015). Emotion socialization practices in Latina and European-American mothers of preschoolers with behavior problems. *Journal of Family Studies*, 21 (2), 144–162. DOI: 10.1080/13229400.2015.1020982

Luthar, S. S., & Ciciolla, L. (2016). What it feels like to be a mother: Variations by children's developmental stages. *Developmental Psychology*, 52(1), 143–154. doi.org/10.1037/dev0000062



Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543-562.

Luthar S.S., Lyman E.L., Crossman E.J. (2014) Resilience and Positive Psychology. In: Lewis M., Rudolph K. (eds) *Handbook of Developmental Psychopathology*. Springer, Boston, MA. Doi: 10.1007/978-1-4614-9608-3\_7

Luxenberg, T., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one. *Assessment. Directions in psychiatry, 21*(25), 373-392.

Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2016). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (3rd ed., pp. 667–695). New York, NY: Guilford Press.

Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In *Handbook of Child Psychology*. Mussen, P.H., Ed.; Wiley: New York, NY, USA, Volume 4, pp. 1–103.

Machado, M., Machado, F., Neves, S., & Fávero, M. (2014). How do parental acceptance–rejection, power, and prestige affect psychological adjustment? A quantitative study with a sample of Portuguese college students. *Cross-Cultural Research, 48* (3), 295–304. doi: 10.1177/106939711452845

Macias, S. B. (2005). *The intergenerational transmission of abuse: the relationship between maternal abuse history, parenting stress, child symptomatology, and treatment attrition*. University of California, Santa Barbara.

Macfie, J., Fitzpatrick, K. L., Rivas, E. M., & Cox, M. J. (2008). Independent influences upon mother–toddler role reversal: Infant–mother attachment disorganization and role reversal in mother's childhood. *Attachment & Human Development, 10* (1), 29–39.

MacPhee D, Fritz J, & Miller-Heel J.(1996). Ethnic variations in personal social networks. *Journal of Child Development,67* (6), 3278–3295. doi: 10.2307/1131779

Main, M., & Goldwyn, R. (1984). Predicting rejection of her infant from mother's representation of her own experience: Implications for the abused-abusing intergenerational cycle. *Child Abuse and Neglect, 8* (2), 203-217.

Malarbi, S., Abu-Rayya, H. M., Muscara, F., & Stargatt, R. (2017). Neuropsychological functioning of childhood trauma and post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 72 (1), 68-86. doi: 10.1016/j.neubiorev

Malmberg, L. E., & Flouri, E. (2011). The Comparison and interdependence of maternal and paternal influences on young children's behavior and resilience. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40 (3), 434-444. doi: 10.1080/15374416.2011.563469

Mansfield A, Bender R, Hourani L, & Larson G. (2011). Suicidal or self-harming ideation in military personnel transitioning to civilian life. *Suicide and life-threatening behavior*, 41 (4), 392–405. doi:10.1111/j.1943-278X.2011.00039.x

Manuel, J. I., Martinson, M. L., Bledsoe-Mansori, S. E., Bellamy, J. L. (2012). The influence of stress and social support on depressive symptoms in mothers with young children. *Social Science & Medicine*, 75 (11), 2013-2020 doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.07.034.

Marshall, N. L., Noonan, A. E., McCartney, K., Marx, F., & Keefe, N. (2001) It takes an urban village: Parenting networks of urban families. *Journal of Family Issues*. 22 (2), 163–182. doi: 10.1177/019251301022002003

Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2002). The role of emotion in the psychological functioning of adult survivors of childhood sexual abuse. *Behavior Therapy*, 33 (4), 563-577. doi:10.1016/S0005-7894(02)80017-X

Masten, A. S., & Monn, A. R. (2015). Child and family resilience: A call for integrated science, practice, and professional training. *Family Relations*, 64 (1), 5-21.

Masten, A. S., & Shaffer, A. (2006). How families matter in child development: reflections from research on risk and resilience. In: Clarke-Stewart A, Dunn J (eds) *Families count: effects on child and adolescent development*. Cambridge University Press, New York, 5–25.

Matud, M. P., Ibáñez, I., Bethencourt, J. M., Marrero, R., & Carballeira, M. (2003). Structural gender differences in perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 35(8), 1919-1929. doi: 10.1016/S0191-8869(03)00041-2

McCabe, K. M., Lansing, A. E., Garland, A. & Hough, R. (2002). Gender differences in psychopathology: Functional impairment, and familial risk factors among adjudicated delinquents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (7), 860-868.

McCloskey, L. A. & Bailey, J. A. (2000). The intergenerational transmission of risk for child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 15 (10), 1019-1035.

McCloskey, L. A. (2013). The intergenerational transfer of mother-daughter risk for gender-based abuse. *Psychodynamic Psychiatry*, 41 (2), 303–328. doi: 10.1521/pdps.2013.41.2.303

McConnell, D., Breitzkreuz, R., & Savage, A. (2011). From financial hardship to child difficulties: main and moderating effects of perceived social support. *Child Care, Health & Development*, 37 (5), 679-91.

McHugh, P. M., & Treisman, G. (2007). PTSD: A problematic diagnostic category. *Journal of Anxiety Disorders*, 21 (2), 211-222.

McLean, L. M., Toner, B., Jackson, J., Desrocher, M., & Stuckless, N. (2006). The relationship between childhood sexual abuse, complex post-traumatic stress disorder and alexithymia in two outpatient samples: Examination of women treated in community and institutional clinics. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15 (3), 1-17. doi: 10.1300/J070v15n03\_01

McNally, R. J. (2004). Conceptual problems with the DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder. In G.M. Rosen (Ed.), *Posttraumatic stress disorder: Issues and controversies*. Chichester, Wiley, 1-14.

McNeely, C. A., & Barber, B. K. (2010). How do parents make adolescents feel loved? Perspectives on supportive parenting from adolescents in 12 cultures. *Journal of Adolescent Research*, 25 (4), 601–631. doi: 10.1177/0743558409357235

Meiser-Standman, R. A., Yule, W., Dalgleish, T., Smith, P., & Glucksman, E. (2006). The role of the family in child and adolescent posttraumatic stress following attendance at an emergency department. *Journal of Pediatric Psychology*, 31 (4), 397-402.

Migliorini, L., Rania, N., & Cardinali, P. (2016). Acculturation strategies and adjustment among immigrant and host Italian communities. *TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 23(1), 99-112.

Millings, A., Walsh, J., Hepper, E., & O'Brien, M. (2013). Good partner, good parent. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39(2), 170–80. PMID:23220764

Moffitt, T.E. (1993.) Adolescence limited and life course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100 (67), 4- 7.

Mohsenian, M., Karamlo, S., & Ganjavi, A. (2008). Correlation between differentiation of self and emotional intelligence in divorce seeking couples. *Journal of Family Research*, 3 (4), 827–837.

Monson, E., Brunet, A., & Caron, J. (2015). Domains of quality of life and social support across the trauma spectrum. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50 (8), 1243-248.

Mooren, T., & Stöfösel, M. (2014). *Diagnosing and treating complex trauma*. London: Routledge.

Morton, N., & Browne, K. D. (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: A review. *Child Abuse and Neglect*, 22 (11), 1093-1104.

Moser, D.A., Paoloni-Giacobino, A., Stenz, L., Adouan, W., Manini, A., Suardi, F., et al. (2015). BDNF methylation and maternal brain activity in a violence-related sample. *PLoS ONE* 10 (12): e0143427. doi:10.1371/journal.pone.0143427

Muchielli, L. (2000.) *Families et delinquances. Un bilan pluridisciplinaire des recherches francophones et anglophones*. Guyancourt: CNRS, no 86.

Muller, R. T., Hunter, J. E., & Stollak, G. (1995). The intergenerational transmission of corporal punishment: A comparison of social learning and temperament models. *Child Abuse and Neglect*, 19 (11), 1323-1335.

Mulvaney, M. K., & Mebert, C. J. (2007). Parental corporal punishment predicts behavior problems in early childhood. *Journal of Family Psychology*, 21 (3), 389–397. doi: 10.1037/0893-3200.21.3.389

Murry, V. M., Bynum, M. S., Brody, G. H., Willet, A., & Stephens, D. (2001). African American single-mothers and children in context: A review of studies on risk and resilience. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4 (2),133–155. doi: 10.1023/A:1011381114782.

Narang, D. S. & Contreras, J. M. (2000). Dissociation as a mediator between child abuse history and adult abuse potential, 24 (5), 653-665.

Navas, J. F, Contreras-Rodríguez, O., Verdejo-Román, J., Perandrés-Gómez, A., Albein-Urios, N., Verdejo-García, A., & Perales, J. C. (2017). Trait and neurobiological underpinnings of negative emotion regulation in gambling disorder. *Addiction (Abingdon, England)*, 112 (6), 1086-1094.

Nelson, J. A., O'Brien, M., Blankson, A., Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2009). Family stress and parental responses to children's negative emotions: Tests of the spillover, crossover, and compensatory hypotheses. *Journal of Family Psychology*, 23 (5), 671–679.

Nemeroff, C.B., Bremner, J.D., Foa, E.B., Mayberg, H.S., North, C.S., & Stein, M.B. (2006). Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research, 40* (1), 1-21.

Newcomb, M. D., & Locke, T. F. (2001). Intergenerational cycle of maltreatment: A popular concept obscured by methodological limitations. *Child Abuse & Neglect, 25* (9), 1219-1240. doi: 10.1016/S0145-2134(01)00267-8.

Ni, P. & Lin, S. (2011). The role of family and friends in providing social support towards enhancing the wellbeing of postpartum women: A comprehensive systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 9* (10), 313–370.

Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2000). *Family therapy: concepts and methods* (5th Ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Nicolai, S., Zerach, G. & Solomon, Z. (2017), The roles of fathers' posttraumatic stress symptoms and adult offspring's differentiation of the self in the intergenerational transmission of captivity trauma. *Journal of Clinical Psychology, 73* (7), 848-863. doi: 10.1002/jclp.22377

Nolen-Hoeksema S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: the role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology, 8* (1), 161-87. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109

Noll, J. G., Trickett, P. K., Harris, W. W., & Putnam, F. W. (2009). The cumulative burden borne by offspring whose mothers were sexually abused as children: descriptive results from a multigenerational study. *Journal of Interpersonal Violence, 24* (3), 424–449. doi: 10.1177/0886260508317194

Norris, F., Stevens, S, Pfefferboum, B., Wyche, K., & Pfefferboum, R. (2008). Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *American Journal of Community Psychology, 41* (1-2), 127-150.

Nrugham L, Holen A, & Sund AM. (2010). Associations between attempted suicide, violent life events, depressive symptoms, and resilience in adolescents and young adults. *Journal of Nervous and Mental Disease, 198* (2), 131-136.

O'Neill, L., Fraser, T., Kitchenham, A., & McDonald, V. (2016). Hidden burdens: A review of intergenerational, historical and complex trauma, implications for indigenous families. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 11* (2), 173–186.

Osofsky, J. D. (1997). *Children in a violent society*. New York: The Guilford Press.

Öztürk, Erdiñç & Sar, Vedat. (2005). The "Apparently normal" family: a contemporary agent of transgenerational trauma and dissociation. *Journal of Trauma Practice*, 4 (3-4), 287-303.

Pack, M. (2009). Revisions to the therapeutic relationship: A qualitative inquiry into sexual abuse therapists' theories for practice as a mitigating factor in vicarious traumatisation. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 21 (4), 53-54.

Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows* (Version 10). Open University Press: Buckingham, Philadelphia.

Park, G., & Thayer J. F. (2014). From the heart to the mind: cardiac vagal tone modulates top-down and bottom-up visual perception and attention to emotional stimuli. *Frontiers in Psychology*, 5 (1), 278. [www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2014.00278](http://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2014.00278)

Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D. & Ramsey, E. (1989.) A Developmental Perspective on Antisocial Behavior. *American Psychologist*, 44 (2), 329-335.

Payne, M. (2011). Risk, security and resilience work in social work practice. *Revista de Asistentia Sociala*, 10 (1), 7-14.

Pears, K. C., & Capaldi, D. M. (2001) Intergenerational transmission of abuse: a two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse & Neglect*, 25 (11), 1439–1461.

Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan S & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10 (1), 3-16.

Peleg, O., & Messerschmidt-Grandi, C. (2019). Differentiation of self and trait anxiety: A cross-cultural perspective. *International Journal of Psychology*, 54 (6), 816-827.

Peleikis, D. E., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2004). The relative influence of childhood sexual abuse and other family background risk factors on adult adversities in female outpatients treated for anxiety disorders and depression. *Child Abuse & Neglect*, 28 (1), 61-76.

Peres, J. F. P., Mercante, J. P. P., & Nasello, A. G. (2005). Psychological dynamics affecting traumatic memories: Implications in psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78 (4), 431–447.

Peres, J. F. P., Newberg, A. B., Mercante, J. P., Simão, M., Albuquerque, V. E., Peres, M. J. P., & Nasello, A. G. (2007). Cerebral blood flow changes during retrieval of traumatic memories before and after psychotherapy: A SPECT study. *Psychological Medicine*, 37 (10), 1481-91.

Perry, B. (2000). Traumatized children: How childhood trauma influences brain development. *Journal of California Alliance for the Mentally Ill*, 11 (1), 2-10.

Phelan, T. W. (2003). 1-2-3 magic: *Effective discipline for children 2-12* (3rd ed.). New York: Parent Magic.

Pianta, R., Egeland, B. & Erickson, M. (1989). The antecedents of maltreatment: Results of mother- child interaction research project. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research the causes and consequences of child abuse and neglect* (203-235). Cambridge, England: Cambridge University Press.

Pietrzak, R., Johnson, D., Goldstein, M., Malley, J., Rivers, A., & Morgan, C., & et al. (2010). Psychosocial buffers of traumatic stress, depressive symptoms, and psychosocial difficulties in Veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom: The role of resilience, unit support, and postdeployment social support. *Journal of Affective Disorders*. 120 (1-3), 188–192. doi:10.1016/j.jad.2009.04.015.

Pietrzak, R., & Southwick, S. (2011). Psychological resilience in OEF-OIF Veterans: Application of a novel classification approach and examination of demographic and psychosocial correlates. *Journal of Affective Disorders*, 133 (3), 560–568. doi:10.1016/j.jad..04.028.

Pilarska, A. (2017). *Effects of self-concept differentiation on sense of identity: The divided self revisited again*. Polish Psychological Bulletin.

Ponnet, K., Wouters, E., Goedemé, T., & Mortelmans, D. (2016) Family financial stress, parenting and problem behavior in adolescents: An actor-partner interdependence approach. *Journal of Family Issues*, 37 (4), 574–597.

Preece, D. (2017). Establishing the theoretical components of alexithymia via factor analysis: Introduction and validation of the attention-appraisal model of alexithymia. *Personality and Individual Differences*. 119 (3), 341–352. doi:10.1016/j.paid.2017.08.003.

Price, J. P. (2007). Cognitive schemas, defence mechanisms and post-traumatic stress symptomatology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80 (3), 343–353. doi: 10.1348/147608306X144178

Putnam, F. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (3), 269-278.

Putnick, D. L., Bornstein, M.H., Lansford, J. E., Malone, P. S., Pastorelli, C., Skinner, A. T., Sorbring, E., Tapanya, S., Uribe Tirado, L. M., Zelli, A., Alampay, L. P., Al-Hassan, S.

M., Bacchini, D., Bombi, A. S., Chang, L., Deater-Deckard, K., Di Giunta, L., Dodge, K. A. & O-buru, P. (2014). Perceived mother and father acceptance-rejection predict four unique aspects of child adjustment across nine countries. *Journal of Child Psychological Psychiatry*, 56 (8), 923-932.

Qu, L., & Weston, R. (2012). Parental marital status and children's wellbeing , Occasional Paper, 46. Preuzeto sa interneta 20. januara, 2020. SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2190146> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2190146>

Ragelienė, T., & Justickis. V. (2016). Interrelations of adolescent's identity development, differentiation of self and parenting style. *Psichologija*. 53 (1), 24-43.

Rakovec-Felser, Z. (2014). Domestic violence and abuse in intimate relationship from public health perspective. *Health psychology research*, 2 (3), 1821. [doi.org/10.4081/hpr.2014.1821](https://doi.org/10.4081/hpr.2014.1821)

Razurel, S., Kaiser, B., Sellenet, C., & Epiney, M. (2013). Relation between perceived stress, social support, and coping strategies and maternal well-being: A review of the literature, *Women & Health*, 53 (1), 74-99. doi: 10.1080/03630242.2012.732681

Ribeiro, W. S., & Andreoli, S.B. (2006). Epidemiologia do transtorno de estresse pós-traumático: Prevalência e fatores associados. In M. B. Mello, S. B. Andreoli, & J. J. Mari (Eds.), *Transtorno de estresse pós-traumático. Diagnóstico e tratamento* (pp. 5–17). Barueri, Sao Paulo, Brazil: Manole.

Riva Crugnola, C., Ierardi, E., Bottini, M., Verganti, C. & Albizzati, A. (2019). Childhood experiences of maltreatment, reflective functioning and attachment in adolescent and young adult mothers: Effects on mother-infant interaction and emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 93 (2), 277-290. DOI: 10.1016/j.chiabu.2019.03.024.

Rivara, F., Adhia, A., Lyons, V., Massey, A., Mills, B., Morgan, E., Simckes, M., & Rowhani-Rahbar, A. (2019). The effects of violence on health. *Health Affairs*, 38 (10), 1622-1629.

Rizkalla, N. & Segal, S. P. (2019). Trauma during humanitarian work: the effects on intimacy, wellbeing and PTSD-symptoms. *European Journal of Psychotraumatology*, 10 (1). doi: 10.1080/20008198.2019.1679065

Robbins, K. (2021). The Effects of Domestic Violence on Children. Proceedings of Student Research and Creative Inquiry Day, *Human Ecology*, 5.



Rodríguez-González, M., Schweer-Collins, M., Bell, C., Sandberg, J., & Rodríguez-Narajo, C. (2019). Family functioning, family structure, and differentiation of self in heterosexual Spanish couples: An actor–partner analysis. *Journal of Counseling and Development, 97* (2), 209–19. doi: 10.1002/jcad.12251

Rohner, R. P. (1975). *They love me, they love me not: A worldwide study of the effects of parental acceptance and rejection*. New Haven, CT: HRAF Press.

Rohner, R. P. (1986a). *The warmth dimension: Foundations of parental acceptance–rejection theory*. Beverly Hills, CA: Sage.

Rohner, R. P. (1986b). *New perspectives on family. The warmth dimension: Foundations of parental acceptance-rejection theory*. Beverly Hills, CA: Sage.

Rohner, R. P. (1998). Father love and child development: History and current evidence. *Current Directions in Psychological Science, 7* (5), 157–161.

Rohner, R. P. (2004). The parental “acceptance–rejection syndrome”: Universal correlates of perceived rejection. *American Psychologist, 59* (8), 830–840. doi: 10.1037/0003-066X.59.8.830

Rohner, R. P. (2005a). Glossary of significant concepts in parental acceptance–rejection theory. In R. P. Rohner & A. Khaleque (Eds.), *Handbook for the study of parental acceptance and rejection* (4th ed., 379–397). Storrs, CT: Rohner Research Publications.

Rohner, R. P. (2005b). Parental acceptance–rejection questionnaire (PARQ): Test manual. In R. P. Rohner & A. Khaleque (Eds.), *Handbook for the study of parental acceptance and rejection* (4th ed., 43–106). Storrs, CT: Rohner Research Publications.

Rohner, R. P. (2005c). Parental acceptance–rejection/ control questionnaire (PARQ/Control): Test manual. In R. P. Rohner & A. Khaleque (Eds.), *Handbook for the study of parental acceptance and rejection* (4th ed., 137–186). Storrs, CT: Rohner Research Publications.

Rohner, R. P. (2016). Introduction to interpersonal acceptance-rejection theory (I-PARTheory), methods, evidence, and implications. *Online Readings in Psychology and Culture, 6*(1). doi.org/10.9707/2307-0919.1055

Rohner, R. P., & Lansford, J. E. (2017). Deep structure of the human affectional system: Interpersonal acceptance–rejection bibliography. *Journal of Family Theory & Review, 9* (4), 426–440. doi.org/10.1111/jftr.12219

Rohner, R. P., Bourque, S. L., & Elordi, C. A. (1996). Children's perceptions of corporal punishment, caretaker acceptance, and psychological adjustment in a poor, biracial Southern community. *Journal of Marriage and the Family*, 58 (4), 842–852. doi: 10.2307/353974

Rohner, R. P., & Carrasco, M. A. (Eds.). (2014). Parental power and prestige moderate the effects of perceived acceptance on offspring's psychological adjustment [Special issue]. *Cross-Cultural Research*, 48 (3), 195-196.

Rohner, R. P., & Chaki-Sircar, M. (1988). *Women and children in a Bengali village*. Hanover, NH: University Press of New England.

Rohner, R. P., Kean, K. J., & Cournoyer, D. E. (1991). Effects of corporal punishment, perceived caretaker warmth, and cultural beliefs on the psychological adjustment of children in St. Kitts, West Indies. *Journal of Marriage and the Family*, 53 (3), 681–693.

Rohner, R. P., & Khaleque, A. (2010). Testing central postulates of parental acceptance–rejection theory (PARTheory): A meta-analysis of cross-cultural studies. *Journal of Family Theory & Review*, 2 (1), 73–87. doi.org/10.1111/j.1756-2589.2010.00040.x

Rohner, R., Khaleque, A., & Cournoyer, D. (2012). Introduction to parental acceptance-rejection theory, methods, evidence and implications. Preuzeto sa [https://www.craigbarlow.co.uk/\\_webedit/uploaded-files/All%20Files/Risk/INTRODUCTION-TO-PARENTAL-ACCEPTANCE-3-27-12.pdf](https://www.craigbarlow.co.uk/_webedit/uploaded-files/All%20Files/Risk/INTRODUCTION-TO-PARENTAL-ACCEPTANCE-3-27-12.pdf), 19. maja, 2021.

Rohner, R. P., & Rohner, E. C. (1980). Antecedents and consequences of parental rejection: A theory of emotional abuse. *Child Abuse & Neglect*, 4 (3), 189-198. doi:10.1016/0145-2134(80)90007-1

Rohner, R. & Sumbleen, A. (2016). The Parental Acceptance-Rejection Questionnaire (PARQ), In book *Encyclopedia of personality and individual differences*. Springer, Cham.

Rohner, R. P., & Veneziano, R. A. (2001). The importance of father love: History and contemporary evidence. *Review of General Psychology*, 5 (4), 382-405.

Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York, NY: Free Press.

Romero-Martínez, Á., Lila, M., Gracia, E., & Moya-Albiol, L. (2019). Improving empathy with motivational strategies in batterer intervention programmes: Results of a randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 58 (2), 125-139.

Rork, K. E., & Morris, T. L. (2009). Influence of parenting factors on childhood social anxiety: Direct observation of parental warmth and control. *Child & Family Behavior Therapy, 31* (3), 220-235. doi: 10.1080/07317100903099274

Rossman, B. B. R. & Rosenberg, M. S. (Eds.). (1998). *The multiple victimization of children: Conceptual, developmental, research and clinical issues*. Binghamton, NY: Haworth Press.

Rossman, B. B. R., & Rea, J. G. (2005). The relation of parenting styles and inconsistencies to adaptive functioning for children in conflictual and violent families. *Journal of Family Violence, 20* (5), 261–277. doi:10.1007/s10896-005-6603-8

Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., & Evans, D. E. (2000). Temperament and personality: Origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 78* (1), 122–135.

Rudolph, J. & Zimmer-Gembeck, M. J. (2014). Parent relationships and adolescents' depression and social anxiety: Indirect associations via emotional sensitivity to rejection threat. *Australian Journal of Psychology, 66* (2), 110-121.

Russell, D. W. (2002). In search of underlying dimensions: The use (and abuse) of factor analysis in personality and social psychology Bulletin. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28* (12):1629-1646. doi:10.1177/014616702237645

Sabatelli, R. M., & Bartle-Haring, S. (2003). Family-of-origin experiences and adjustment in married couples. *Journal of Marriage and Family, 65* (1), 159-169.

Salberg, J. (2015). The texture of traumatic attachment: Presence and ghostly absence in transgenerational transmission. *The Psychoanalytic Quarterly, 84* (1), 21–46. doi: 10.1002/j.2167-4086.2015.00002.x

Sandberg, J. G., Feldhousen, E. B., & Busby, D. M. (2012) The impact of childhood abuse on women's and men's perceived parenting: implications for practitioners. *American Journal of Family Therapy, 40* (1), 74–91.

Sar, V. (2011). Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *European Journal of Psychotraumatology, 2* (1), doi: 10.3402/ejpt.v2i0.5622

Sarchiapone, M., Carli, V., Di Giannantonio, M., & Roy, A. (2009). Risk factors for attempting suicide in prisoners. *American Journal of Suicidology, 39* (3), 343-350.

Sashimi, P. Y., & Amato, P.R. (1994). Poverty, social support, and parental behavior. *Child Development, 65* (2), 394–403. doi: 10.2307/1131391

Saunders, E. A., & Edelson, J. A. (1999) Attachment style, traumatic bonding, and developing relational capacities in a long-term trauma group for women. *International Journal of Group Psychotherapy*, 49 (4), 465-485, doi: 10.1080/00207284.1999.11490964

Schechter, D. S., Zygmunt, A., Coates, S. W., Davies, M., Trabka, K. A., McCaw, J., Kolodji, A. & Robinson, J. L. (2007). Caregiver traumatization adversely impacts young children's mental representations of self and others. *Attachment & Human Development*, 9 (3), 187-205.

Schechter, D. S., Suardi, F., Manini, A., Cordero, M. I., Rossignol, A. S. , Merminod, G. & et al. (2015). How do maternal PTSD and alexithymia interact to impact maternal behavior? *Child Psychiatry and Human Development*. 46 (3), 406–17. doi: 10.1007/s10578-014-0480-4

Schumm, J. A., Briggs-Phillips, M., & Hobfoll, S. E. (2006). Cumulative interpersonal traumas and social support as risk and resiliency factors in predicting PTSD and depression among inner-city women. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 19 (6), 825-836.

Schure, M.B., Odden, M., & Goins, R.T. (2013). The association of resilience with mental and physical health among older American Indians: the native elder care study. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 20 (2), 27-41.

Schwartz, D., & Proctor, L. J. (2000). Community violence exposure and children's social adjustment in the school peer group: The mediating roles of emotion regulation and social cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4), 670-683.

Schwartz, J. P., Thigpen, S. E., & Montgomery, J. K. (2006). Examination of parenting styles of processing emotions and differentiation of self. *The Family Journal*, 14 (1), 41-48. doi:10.1177/1066480705282050

Schwartz, R. C., & Sweezy, M. (2020). *Internal family systems therapy* (2nd ed.). The Guilford Press.

Scott, H. R., Pitman, A., Kozhuharova, P., & Lloyd-Evans, B. (2020). A systematic review of studies describing the influence of informal social support on psychological wellbeing in people bereaved by sudden or violent causes of death. *BMC Psychiatry*, 220 (1), 265. doi: 10.1186/s12888-020-02639-4.

Seligman, L. (2006). *Theories of counseling and psychotherapy: Systems, strategies, and skills*. (2nd ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education, Ltd.

Serbin, L. A., & Karp, J. (2004). The intergenerational transfer of psychosocial risk: mediators of vulnerability and resilience. *Annual Review of Psychology*, 55 (3), 333–363. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145228

Seto, M. C., & Lalumiere, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136 (4), 526-575.

Sherin, J. (2011). Post-traumatic stress disorder: The neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13 (3), 263-78.

Shields, A., & Cicchetti, D. (2001). Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30 (3), 349–363.

Shipman, K. L., Schneider, R., Fitzgerald, M. M., Sims, C., Swisher, L., & Edwards, A. (2007). Maternal emotion socialization in maltreating and non-maltreating families: Implications for children's emotion regulation. *Social Development*, 16 (2), 268–285. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00384.x

Shonkoff, J.P., & Garner, A.S. (2012). Committee on psychosocial aspects of child and family health; Committee on early childhood, adoption, and dependent care; Section on developmental and behavioral pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129 (1), 232-46. doi: 10.1542/peds.2011-2663.

Showers, C. J., & Ryff, C. D. (1996). Self-differentiation and well-being in a life transition. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22 (5), 448 – 460.

Siegel, D. J., & Solomon, M. F. (Eds.). (2003). *Healing Trauma: Attachment, Mind, Body and Brain* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). WW Norton & Company.

Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22 (2), 255- 262. doi:10.1159/000286529

Silk, J. S., Shaw, D. S., Forbes, E. E., Lane, T.L & Kovacs, M. (2006). Maternal depression and child internalizing: The moderating role of child emotion regulation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35 (1), 116-126, doi: 10.1207/s15374424jccp3501\_10

Simkins, S. & Katz, S. (2002). Criminalizing abused girls. *Violence Against Women*, 8 (12), 1474-1499

Skowron, E. A. (2004). Differentiation of self, personal adjustment, problem solving, and ethnic group belonging among persons of color. *Journal of Counseling and Development*, 82 (4), 447-456.

Skowron, E. A., & Friedlander, M. L. (1998). The differentiation of self-inventory: development and initial validation. *Journal of Counseling Psychology*, 45 (3), 235 - 246.

Skowron, E. A. & Schmitt, T. A. (2003). Assessing interpersonal fusion: reliability and validity of a new DSI fusion with others subscale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (2), 209–222.

Skowron, A. E. & Dendy, K. A. (2004). Differentiation of self and attachment in adulthood: relational correlates of effortful control. *Contemporary Family Therapy*, 26 (3), 337–357.

Skowron, E. A., & Platt, L. F. (2005). Differentiation of self and child abuse potential in young adulthood. *The Family Journal*, 13 (3), 281-290. doi:10.1177/1066480705276314

Skowron, E. A., Stanley, K. L., & Shapiro, M. D. (2009). A longitudinal perspective on differentiation of self, interpersonal and psychological well-being in young adulthood. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 31 (1), 3–18. doi: 10.1007/s10591-008-9075-1

Skowron, E. A., Kozlowski, J. & Pincus, A. (2010). Differentiation, self-other representations, and rupture-repair processes: Predicting child maltreatment risk. *Journal of counseling psychology*, 57 (3), 304-16. doi: 10.1037/a0020030

Skowron, E. A. & et al. (2013). Cardiac vagal tone and quality of parenting show concurrent and time-ordered associations that diverge in abusive, neglectful, and non-maltreating mothers. *Couple & family psychology*, 2 (2), 95-115. doi:10.1037/cfp0000005

Slomian, J., Emonts, P., Vigneron, L., & et al. (2017). Identifying maternal needs following childbirth: A qualitative study among mothers, fathers and professionals. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17 (1), 213.

Smith, W. H. (2002). Emotional cutoff and family stability: child abuse in family emotional process. In: Titelman P, editor. *Emotional cutoff: Bowen family systems theory perspectives*. New York: Hawthorn Press. pp. 351–378.

Smith, K. P., & Christakis, N. A. (2008). Social networks and health. *Annual Review of Sociology*, 34, 405-429. doi: 0.1146/annurev.soc.34.040507.134601

Smith, A.L., Cross, D., Winkler, J. et al. (2014). Emotional dysregulation and negative affect mediate the relationship between maternal history of child maltreatment and maternal child abuse potential. *Journal of Family Violence*, 29 (5), 483–494 doi:10.1007/s10896-014-9606-5

Solomon, Z., Dekel, R., Zerach, G., & Horesh, D. (2009). Differentiation of the self and posttraumatic symptomatology among ex-POWS and their wives. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35 (1), 60–73. doi:10.1111/j.1752-0606.2008.00102.x

South, S. A., & Jarnecke, A. A. (2015). Genetic and environmental influences on adult mental health: Evidence for gene–environment interplay as a function of maternal and paternal discipline and affection. *Behavior Genetics*, 45 (4), 438–450. doi: 10.1007/s10519-015-9716-8

Spieker, S., Bensley, L., McMahon, R., Fung, H., & Ossiander, E. (1996). Sexual abuse as a factor in child maltreatment by adolescent mothers of preschool aged children. *Development and Psychopathology*, 8 (3), 497-509. doi:10.1017/S0954579400007239

Spinazzola, J., Hodgdon, H., Liang, L.-J., Ford, J. D., Layne, C. M., Pynoos, R., Briggs, E. C., Stolbach, B., & Kisiel, C. (2014). Unseen wounds: The contribution of psychological maltreatment to child and adolescent mental health and risk outcomes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6 (1), 18–28. doi: 10.1037/a0037766

Stanley, I. H., Hom, M. A., Chu, C., Dougherty, S. P., Gallyer, A. J., Spencer-Thomas, S., Shelef, L., Fruchter, E., Comtois, K. A., Gutierrez, P. M., Sachs-Ericsson, N. J., & Joiner, T. E. (2019). Perceptions of belongingness and social support attenuate PTSD symptom severity among firefighters: A multistudy investigation. *Psychological Services*, 16 (4), 543–555. doi.org/10.1037/ser0000240

Stern, D. N. (1995) Self/other differentiation in the domain of intimate socio-affective interaction: Some considerations. *Advances in Psychology* 112 (4), 419–430.

Stice, E., Ragan, J., Randall, P. (2004). Prospective relations between social support and depression: differential direction of effects for parent and peer support? *Journal of Abnormal Psychology*, 113 (1), 155-9. doi: 10.1037/0021-843X.113.1.155

Stien, P.T., & Kendall, J.C. (2014). *Psychological trauma and the developing brain: Neurologically based interventions for troubled children*. New York: Routledge; Taylor and Francis Group. Doi: 10.4324/9781315808888

Stiles, A. S., Wilson, D., & Thompson, K. (2009). Description and application of personal boundary theory in traumatized adults through the use of russian stacking dolls. *Traumatology, 15* (2), 60–77. doi.org/10.1177/1534765609333783

Stirpe, T.S, & Stermac, L. E. (2003). An exploration of childhood Victimization and family-of-origin characteristics of sexual offenders against children. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 47* (5), 542–555. doi: 10.1177/0306624X03253316

Stone, A. A., Neale, J. M., & Shiffman, S. (1993). Daily assessments of stress and coping and their association with mood. *Analysis of Behaviour Medicine, 15* (1), 8-16.

Stokes, S. (2018). *The trauma of shame and the making of the self*. Page Publishing Inc.

Sultana, S., & Khaleque, A. (2016). Differential effects of perceived maternal and paternal acceptance on male and female adult offspring's psychological adjustment. *Gender Issues, 33* (1), 42–54. doi: 10.1007/s12147-015-91470

Sweeney, R. B., & Bracken, B. A.(2001). Influence of family structure on children's self-concept development. *Canadian Journal of School Psychology, 16* (1):39-52. doi:10.1177/082957350001600103

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Taylor, K., Stewart-Tufescu, A., & Piotrowski, C. (2015). Children exposed to intimate partner violence: Influences of parenting, family distress, and siblings. *Journal of Family Psychology, 29* (1), 29–38. doi: 10.1037/a0038584

Taylor, S. E. (2011). Social support: A review. In H. S. Friedman (Ed.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of health psychology* (p. 189–214). Oxford University Press.

Taylor, R. D., Seaton, E., & Dominguez, A. (2008). Kinship support, family relations, and psychological adjustment among low-income African American mothers and adolescents. *Journal of Research on Adolescence, 18* (1), 1–22. doi: 10.1111/j.1532-7795.2008.00548.x.

Taylor, Z. E., Conger, R. D., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2015). Parenting practices and perceived social support: Longitudinal relations with the social competence of Mexican-origin children. *Journal of Latina/o psychology, 3* (4), 193–208. doi: 10.1037/lat0000038

Terr, L. (1990). *Too scared to cry*. New York: Basic Books.

Terr, L. (1994). *Unchained memories*. New York: Basic Books.



Testa, M., Hoffman, J. H., and Livingston, J. A. (2011). Intergenerational transmission of sexual victimization vulnerability as mediated via parenting. *Child Abuse Neglect*, 35 (5), 363–371. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.01.010

Testoni, I., Mariani, C., & Zamperini, A. (2018). Domestic violence between childhood incest and re-victimization: a study among anti-violence centers in Italy. *Frontiers in Psychology*, 9, 2377. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02377

Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52 (2), 145-161. doi: 10.1177/0022146510395592

Thompson, R. A., Flood, M. F., & Goodwin, R. (2006). Social support and developmental psychopathology. In: Cicchetti D, Cohen DJ, editors. *Developmental psychopathology*, 2 (3). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc, 1–37.

Thompson, R., Flaherty, E. G., English, D. J., Litrownik, A. J., Dubowitz, H., Kotch, J. B., & Runyan, D. K. (2015). Trajectories of adverse childhood experiences and self-reported health at age 18. *Academic Pediatrics*, 15 (5), 503-9. doi:10.1016/j.acap.2014.09.010

Thornberry, T. P., Knight, K. E., & Lovegrove, P. J. (2012). Does maltreatment beget maltreatment? A systematic review of the intergenerational literature. *Trauma, Violence, and Abuse*, 13 (3), 135–152.

Thulin, U., Svirsky, L., Serlachius, E., Andersson, G., & Öst, L. G. (2014). The effect of parent involvement in the treatment of anxiety disorders in children: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43 (3), 185-200. doi: 10.1080/16506073.2014.923928

Tremblay, R. E. (2000). The development of aggressive behaviour during childhood: what have we learned in the past century? *International Journal of Behavioral Development*, 24 (2), 129-141.

Tull, M.T., Barrett H.M., McMillan E.S., & Roemer L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms *Behavior Therapy*, 38 (3), 303-313.

Turner, R. J., & Brown, R. L. (2010). Social support and mental health. In: Scheid, T. L., Brown, T. N., editors. *A handbook for the Study of Mental Health 2*. New York: Cambridge University Press, 200–212.

Umaña-Taylor, A. J., Guimond, A. B., Updegraff, K. A., Jahromi, L. B. (2013). A longitudinal examination of support, self-esteem, and Mexican-origin adolescent mothers' parenting efficacy. *Journal Of Marriage And Family*, 75 (3):746–759.

UNESCO. (2019). *Behind the numbers: ending school violence and bullying*. UNESCO.

Ungar, M. (2013). Resilience, Trauma, Context, and Culture. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14 (3), 255–266. doi:10.1177/1524838013487805

UNICEF. (2016). *State of the world's children 2016*. Preuzeto 23. maja. 2020 sa [https://www.unicef.org/publications/index\\_91711.html](https://www.unicef.org/publications/index_91711.html)

Unicef, Srbija (2019). *Studija negativnih iskustava u detinjstvu* (ACE Studija), objavljena na <https://www.unicef.org/serbia/publikacije/studija-negativnih-iskustava-u-detinjstvu>

Van Beveren, M. L., McIntosh, K. Vandevivere, E. Wante, L. Vandeweghe, L. van Durme, K. ..., Braet, C. (2016). Associations between temperament, emotion regulation, and depression in youth: The role of positive temperament. *Journal of Child and Family Studies*, 25 (6), 1954-1968, doi: 10.1007/s10826-016-0368-y

van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (p. 182–213). Guilford Press.

van der Kolk B.A (2005). Developmental Trauma Disorder: A more specific diagnosis than posttraumatic stress disorder should be considered for children with complex trauma histories *Psychiatric Annals*, 35 (4), 401-409

Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score*. Viking. Penguin Group. USA

van der Kolk, B. A., van der Hart, O., & Marmar, C. R. (1996a). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (p. 303–327). The Guilford Press.

van der Kolk, B. A., Weisaeth, L., & van der Hart, O. (1996b). History of trauma in psychiatry. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (47–76). New York: Guilford.

van der Kolk, B. A., & Courtois, C. A. (Eds.). (2005). Editorial comments: Complex developmental trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 385–388. doi:10.1002/jts.20046

van der Kolk B.A., Roth S., Pelcovitz D., Sunday S., & Spinazzola J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18* (5), 389-399.

van der Kolk, B. A., Ford, J. D., & Spinazzola, J. (2019). Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: findings from the DTD field trial, *European Journal of Psychotraumatology, 10* (1), doi: 10.1080/20008198.2018.1562841

Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Sagi-Schwartz, A. (2003). Are children of Holocaust survivors less well-adapted? A meta-analytic investigation of secondary traumatization. *Journal of traumatic stress, 16* (5), 459-469.

Van Hooff, M., McFarlane, A. C., Baur, J., Abraham, M., & Barnes, D. J. (2009). The stressor Criterion-A1 and PTSD: a matter of opinion? *Journal of Anxiety Disorders, 23* (1), 77-86. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.04.001

Veneziano, R. A. (2003). The importance of paternal warmth. *Cross-Cultural Research, 37* (3), 265-281.

Vergara-Lopez, C., Chaudoir, S., Bublitz, M., O'Reilly Treter, M., & Stroud, L. (2016.) The influence of maternal care and overprotection on youth adrenocortical stress response: a multiphase growth curve analysis. *Stress, 19* (6), 567-575. doi: 10.1080/10253890.2016.1222608

Verschueren, K., Doumen, S., & Buyse, E. (2012). Relationships with mother, teacher, and peers: Unique and joint effects on young children's self-concept. *Attachment & Human Development, 14* (3), 233-248.

Voth, P. F., & Tutty, L. M. (1999). Daughter's perceptions of being mothered by an incest survivor: A phenomenological study. *Journal of Child Sexual Abuse, 8* (3), 25-43.

Vulić-Prtorić, A. (2002). Obiteljske interakcije i psihopatološki simptomi u djece i adolescenata. *Suvremena psihologija, 5/1*, 31-51. Boskuet Enlov, M., Egeland, B., Carlson, E., Blood, E., & Vright, R. (2014). Primarnost majki-deteta i međugeneracijski prenos posttraumatskog stresnog poremećaja. *Razvoj i psihopatologija, 26*, 41-65. doi: 10.1017 / S0954579413000515

Wamser-Nanney, R., & Cherry, K. E. (2018). Children's trauma-related symptoms following complex trauma exposure: Evidence of gender differences. *Child Abuse & Neglect, 77* (1), 188-197. doi: 10.1016/j.chiabu.2018.01.009

Wang, X., Xie, H., Cotton, A. S., Duval, E. R., Tamburrino, M. B., Brickman, K. R., et al. (2016). Preliminary study of acute changes in emotion processing in trauma survivors with PTSD symptoms. *PLoS ONE*, *11* (7), e0159065. doi.org/10.1371/journal.pone.0159065

Wang, M., & Wang, J. (2018). Negative parental attribution and emotional dysregulation in Chinese early adolescents: Harsh fathering and harsh mothering as potential mediators. *Child Abuse & Neglect*, *81* (1), 12-20.

Wang, M., & Saudino, K. J. (2011). Emotion regulation and stress. *Journal of Adult Development*, *18* (2), 95–103. doi:10.1007/s10804-010-9114-7

Warner, E., & Smith, R. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca: Cornell University Press.

Wearick-Silva, L. E., Tractenberg, S. G., Levandowski, M. L., Viola, T. W., Pires, J. A., & Grassi-Oliveira, R. (2014). Mothers who were sexually abused during childhood are more likely to have a child victim of sexual violence. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *36* (2), 119–122. doi: 10.1590/2237-6089-2013-0054

Weathers, F.W., & Keane, T.M. (2007). The Criterion A problem revisited: controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *20* (2), 107-21. doi: 10.1002/jts.20210.

Wei, M., Vogel, D. L., Ku, T.-Y., & Zakalik, R. A. (2005). Adult Attachment, Affect Regulation, Negative Mood, and Interpersonal Problems: The Mediating Roles of Emotional Reactivity and Emotional Cutoff. *Journal of Counseling Psychology*, *52* (1), 14–24. doi.org/10.1037/0022-0167.52.1.14

Weissman, M. M., Neria, Y., Das, A., Feder, F., Blanco, C., Lantigua, R., Shea, S., Gross, R., Gameroff, M. J., Pilowsky, D., Olfson, M. (2005). Gender differences in posttraumatic stress disorder among primary care patients after the World Trade Center attack of September 11, 2001, *Gender Medicine*, *2* (2), 76-87, doi:10.1016/S1550-8579(05)80014-2.

Whipple, E. E., & Webster-Stratton, C. (1991). The role of parental stress in physically abusive families. *Child Abuse & Neglect*, *15* (3), 279-291.

White, J., & Center, H. D., Jr. (2002). Influencing change in Bowenian differentiation of self through Cloud and Townsend's boundaries instruction. *Marriage & Family: A Christian Journal*, *5* (4), 525–537.

Whitfield, C.L. (2010). *Boundaries and relationships: Knowing, protecting, and enjoying the self*. Health Communications, Inc.: Deerfield Beach, FL.

Widom C.S., Wilson H.W. (2015). Intergenerational transmission of violence. In: Lindert J., Levav I. (eds) *Violence and Mental Health*. Springer, Dordrecht. doi: 10.1007/978-94-017-8999-8\_2

Wolfsdorf, B. A., & Zlotnick, C. (2001). Affect management in group therapy for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (2), 169–181. doi:10.1002/1097-4679(200102)57:2<169::AID-JCLP4>3.0.CO;2-0

Woods-Jaeger, B. A, Cho, B., Sexton, C. C, Slagel, L., & Goggin, K. (2018). Promoting resilience: Breaking the intergenerational cycle of adverse childhood experiences. *Health Education & Behavior*, 45 (5), 772-780.

World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision). Preuzeto 25. maja, 2020. sa <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

World Health Organization, on behalf of the United Nations inter-Agency working group on violence against women estimation and data. (2021). *Violence against women prevalence estimates*, 2018. Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women.

Wypych, M., & Potenza, M. N. (2020). Impaired learning from errors and punishments and maladaptive avoidance-general mechanisms underlying self-regulation disorders? *Frontiers in Psychiatry*, 11, 609874.

Yehuda, R., & Bierer, L. M. (2009). The relevance of epigenetics to PTSD: Implications for the DSM- V. *Journal of Traumatic Stress* 22 (5), 427–434. doi: 10.1002/jts.20448

Yehuda, R., Hoge, C.W., McFarlane, A.C., Vermetten, E., Lanius, R.A., Nievergelt, C.M., Hobfoll, S.E., Koenen, K.C., Neylan, T.C., Hyman, S.E. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, 8 (1), 15057. doi: 10.1038/nrdp.2015.57.

Yoder, J., Dillard, R., & Leibowitz, G. S. (2018). Family experiences and sexual victimization histories: A comparative analysis between youth sexual and nonsexual. *International Journal*

of *Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62 (10), 2917–2936. doi: .1177/0306624X17738063

Zamir, O. & Lavee Y. (2016). Regulation and revictimization in women's intimate relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 31 (1), 147-162.

Zerach, G. (2014). Secondary traumatization among ex-POWs' adult children: the mediating role of differentiation of the self. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7 (2), 187–194. doi:10.1037/a0037006

Zerach, G. (2015). Secondary traumatization among ex-POWs' adult children: The mediating role of differentiation of the self. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7 (2), 187–194. doi.org/10.1037/a0037006

Ziaian, T., de Anstiss, H., Antoniou, G. Baghurst, P., & Sawyer, M. (2012). Resilience and its association with depression, emotional and behavioural problems, and mental health service utilisation among refugee adolescents living in South Australia. *International Journal of Population Research*, 485956 doi: 10.1155/485956

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support, *Journal of Personality Assessment*, 52 (1), 30-41, doi: 10.1207/s15327752jpa5201\_2

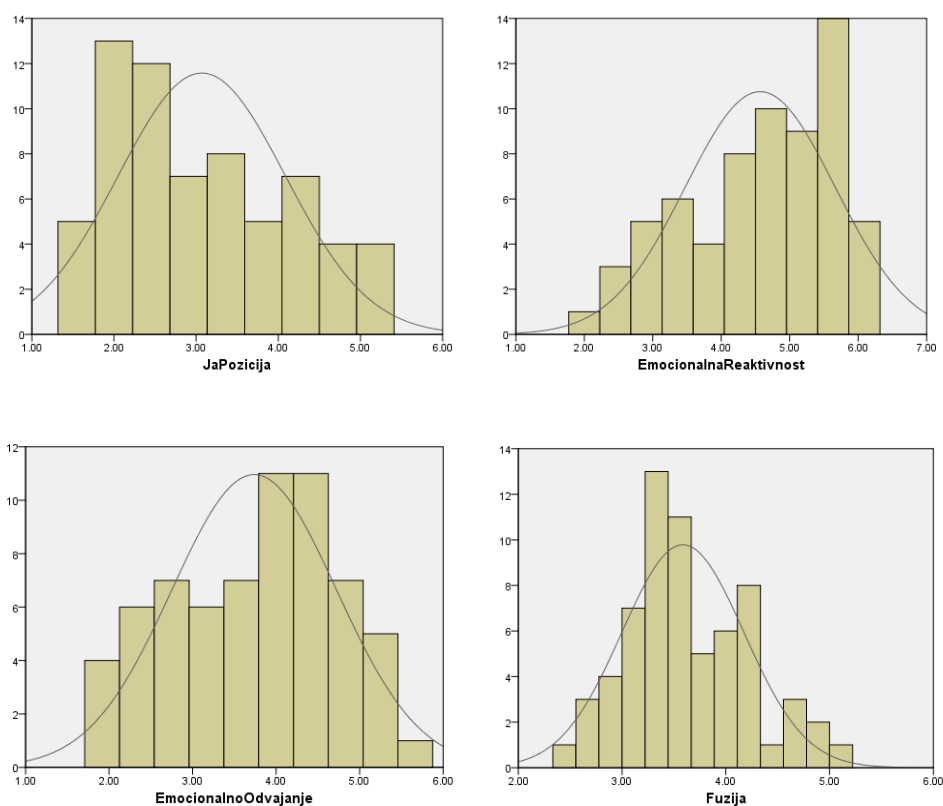
Zlotnick, C., Shea, M. T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, 37 (1), 12-6. doi: 10.1016/s0010-440x(96)90044-9

Zlotnick, C., Donaldson, D., Spirito, A., & Pearlstein, T. (1997). Affect regulation and suicide attempts in adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36 (6), 793–798. doi: 10.1097/00004583-199706000-00016

Zuravin, S., McMillen, C., DePanfilis, D., & Risley-Curtiss, C. (1996). The intergenerational cycle's of maltreatment: Continuity versus discontinuity. *Journal of Interpersonal Violence*, 11 (3), 315-334.

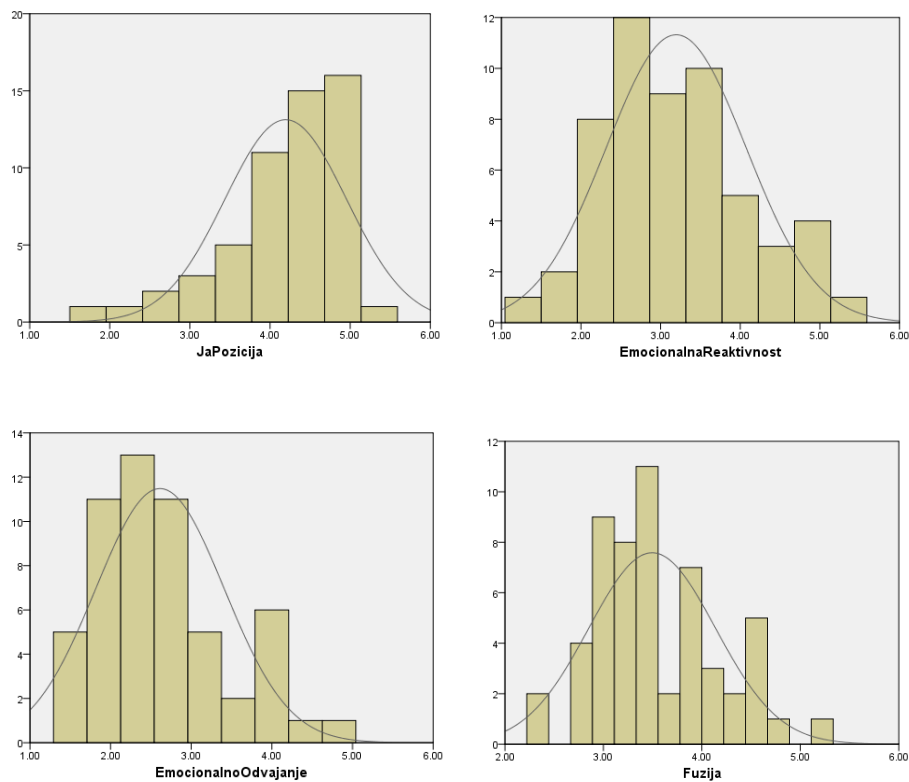
### Prilog 1: GRAFIKONI RASPODELE FREKVENCIJA NA KORIŠĆENIM INSTRUMENTIMA

Na slici 1 prikazan je grafikon ispitanih dimenzija upitnika diferencijacije selfa (Ja-pozicije, emocionalne reaktivnosti, emocionalnog odvajanja i fuzije sa drugima) u trauma grupi.



Slika 1. Grafikon raspodele za subskalu Upitnika za procenu diferencijacije selfa kod grupe majki sa traumom

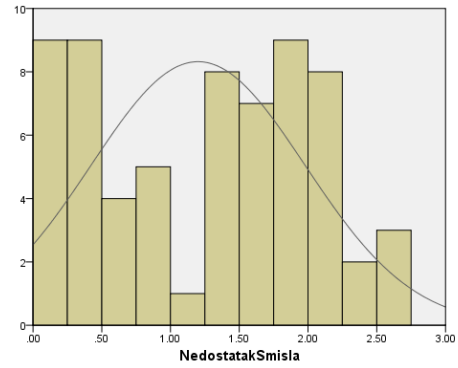
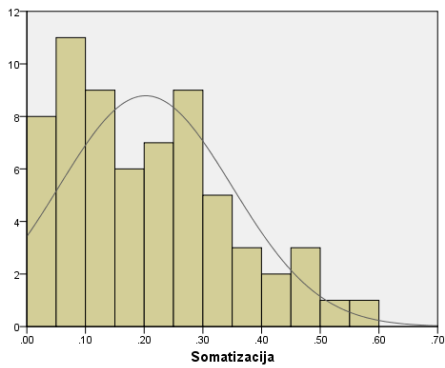
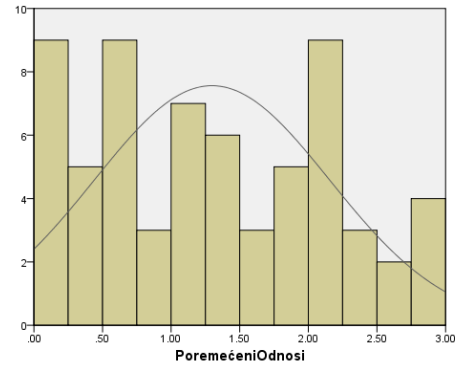
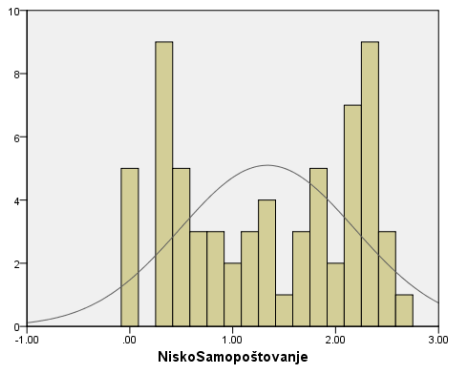
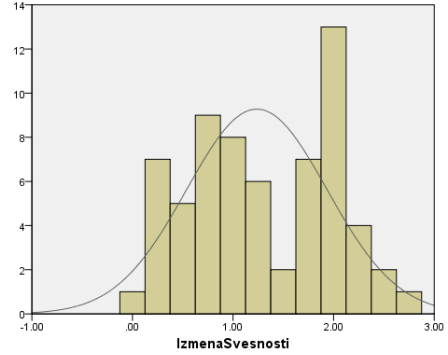
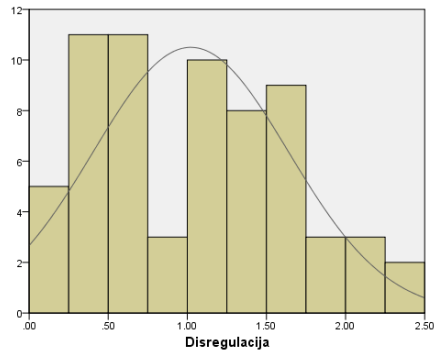
Na slici 2 prikazan je grafikon ispitanih dimenzija upitnika diferencijacije selfa (Ja-pozicije, emocionalne reaktivnosti, emocionalnog odvajanja i fuzije sa drugima) u kontrolnoj grupi.



*Slika 2. Grafikon raspodele za subskele Upitnika za procenu diferencijacije selfa kod kontrolne grupe majki*

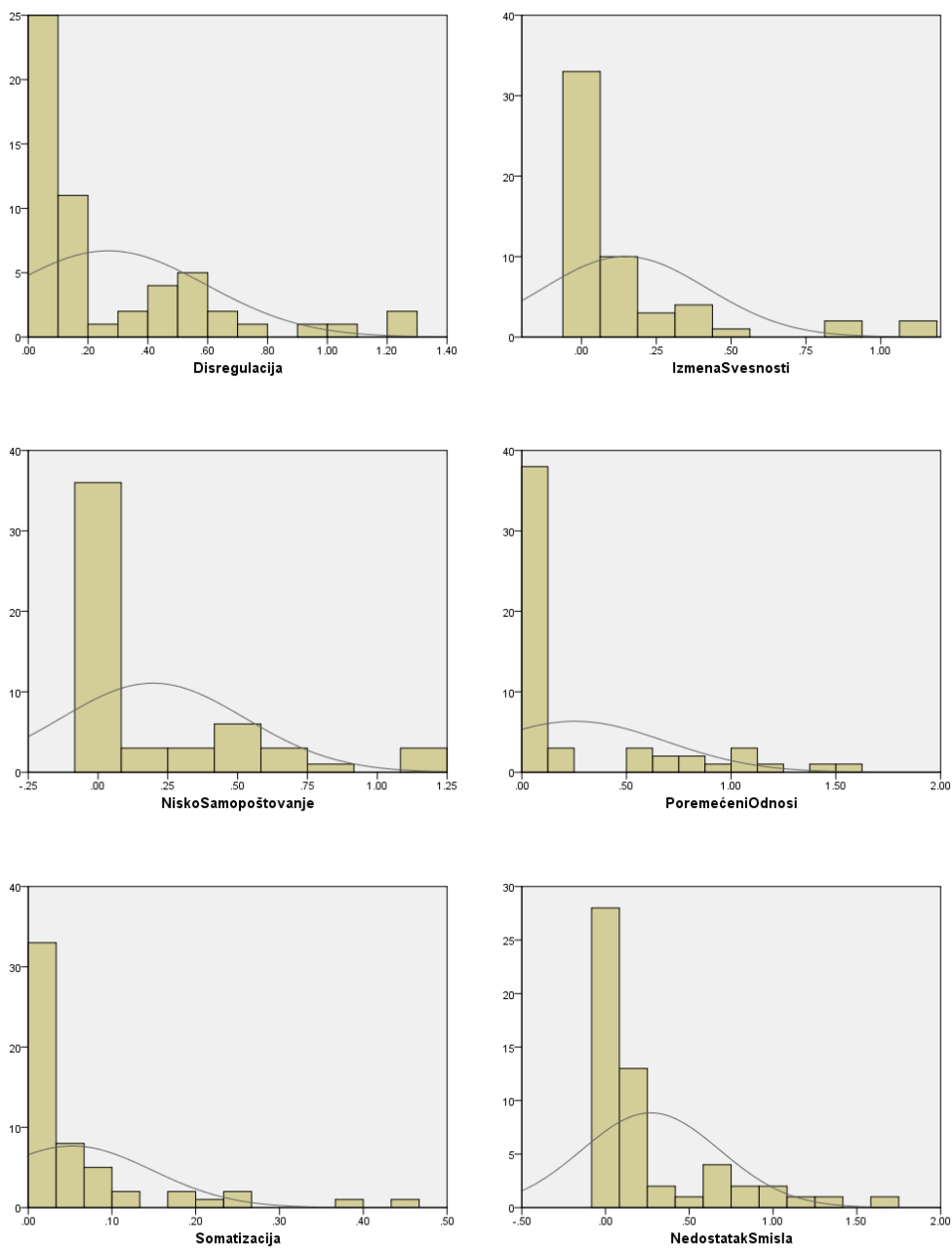


Na slici 3 prikazan je grafikon raspodele ispitanih dimenzija kompleksne traume kod grupe majki koje su iskusile traumu (disregulacije uticaja, izmene svesnosti, niskog samopoštovanja, poremećenih odnosa, somatizacije i nedostatka smisla).



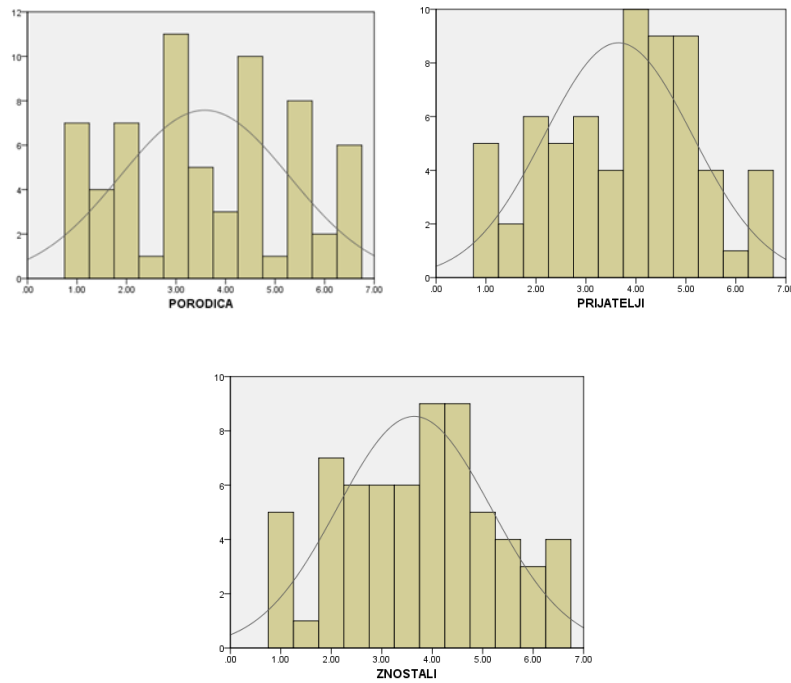
Slika 3. Grafikon raspodele za subskale Upitnika za procenu kompleksnog PTSP-a kod grupe majki sa traumom

Na slici 4 prikazan je grafikon raspodele ispitanih dimenzija kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja (disregulacije uticaja, izmene svesnosti, niskog samopoštovanja, poremećenih odnosa, somatizacije i nedostatka smisla) kod kontrolne grupe majki.



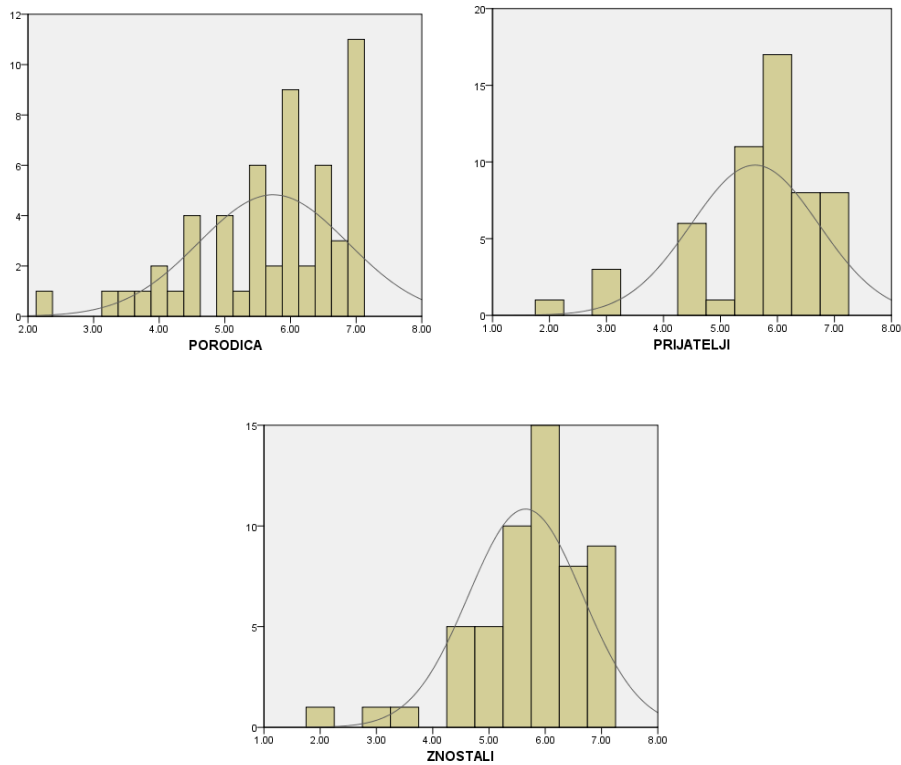
Slika 4. Grafikon raspodele za subskale Upitnika za procenu kompleksnog PTSP-a kod kontrolne grupe majki

Na slici 5 prikazan je grafikon raspodele dimenzija procenjene socijalne podrške (porodice, prijatelja i značajnih odraslih) kod grupe majki sa traumom.



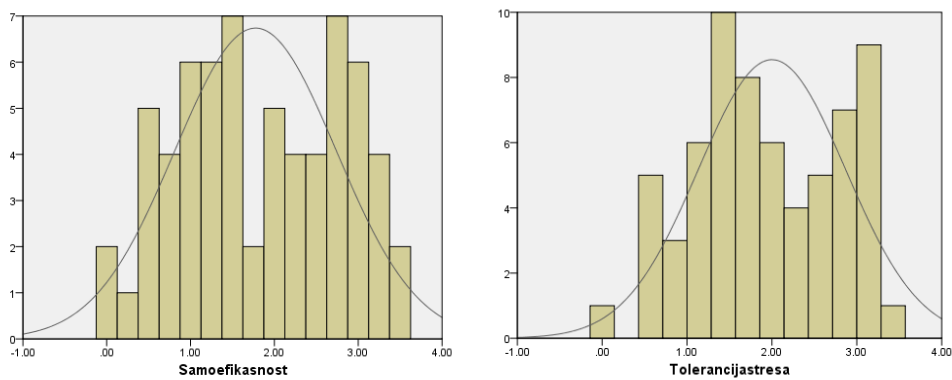
Slika 5. Grafikon raspodele za subskale Upitnika za procenu procenjene socijalne podrške kod grupe majki sa traumom

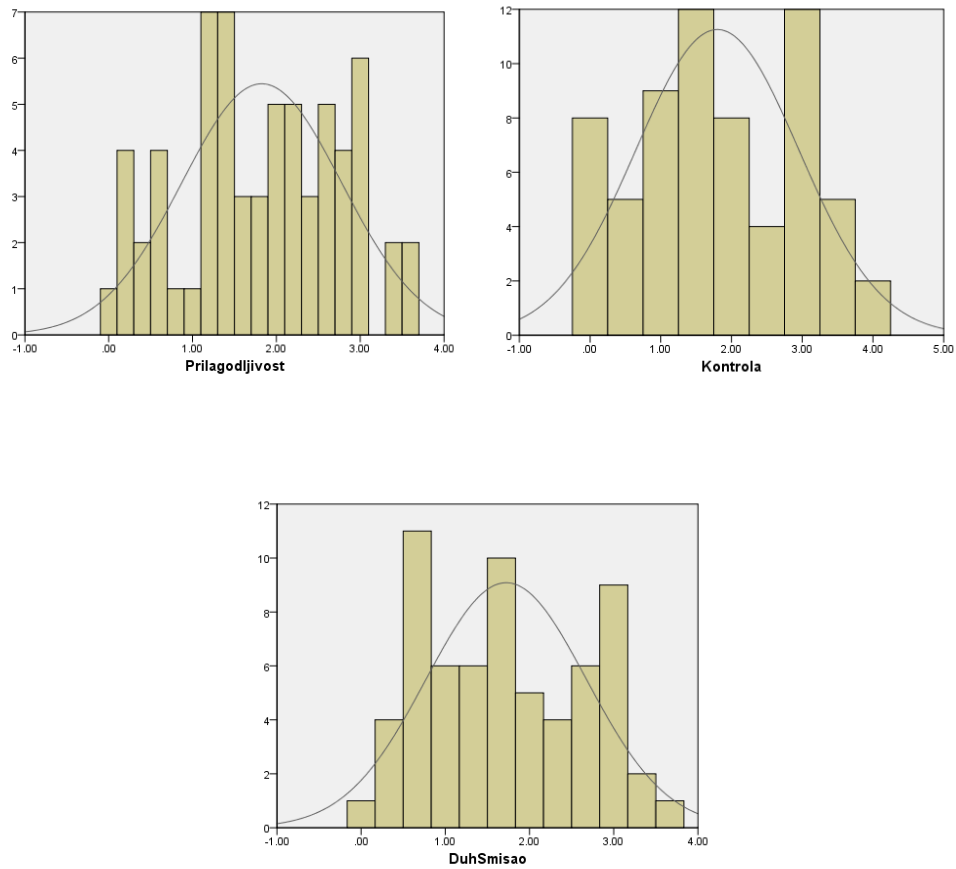
Na slici 6 prikazan je grafikon raspodele dimenzija procenjene socijalne podrške (porodice, prijatelja i značajnih odraslih) kod kontrolne grupe majki.



Slika 6. Grafikon raspodele za subskale Upitnika za procenu procenjene socijalne podrške kod kontrolne grupe majki

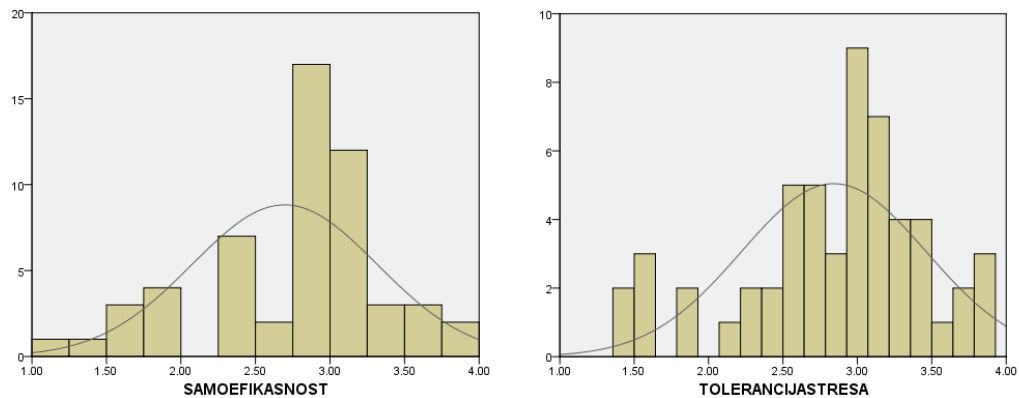
Na slici 7 prikazan je grafikon raspodele dimenzija rezilijentnosti (samoeфикаsnosti, tolerancije stresa, prilagodljivosti, kontrole i duhovnog smisla) grupe majki koje su preživjele traumu.

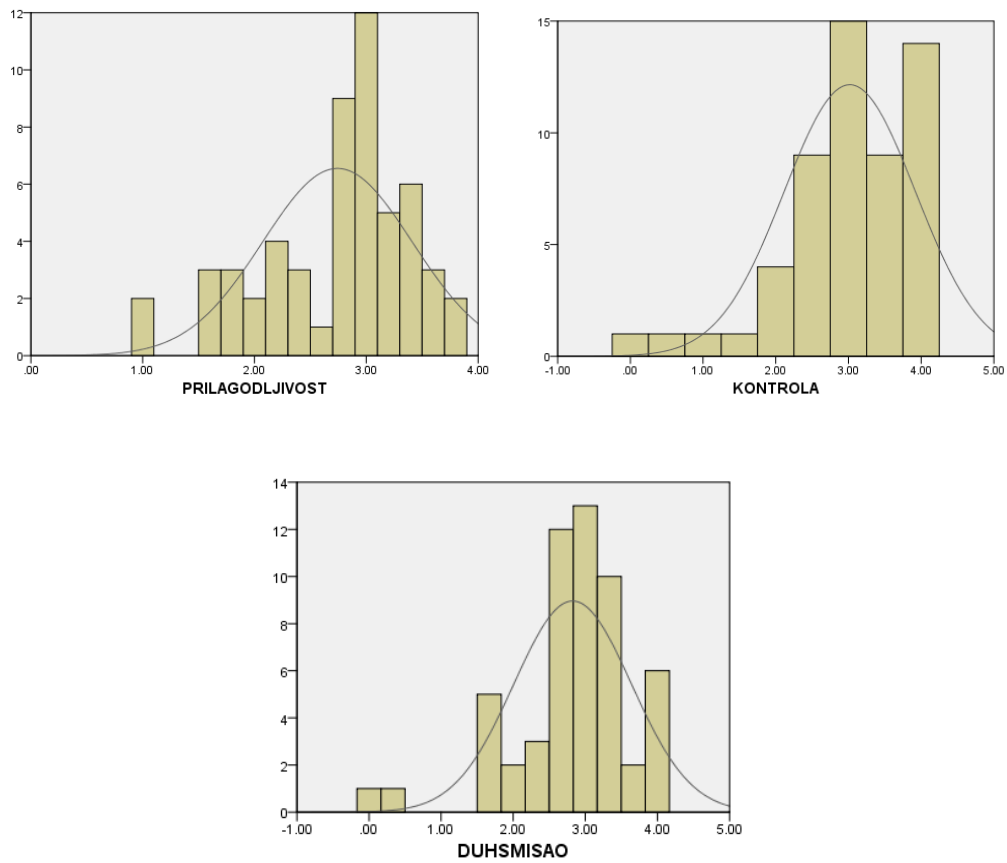




*Slika 7. Grafikon raspodele za subskale Upitnika za procenu rezilijentnosti kod trauma grupe*

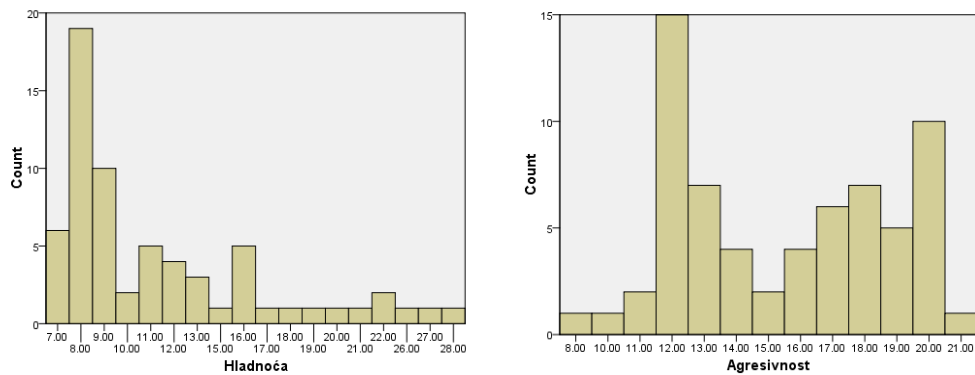
Na slici 8 prikazan je grafikon raspodele dimenzija rezilijentnosti (samoeфикаsnosti, tolerancije stresa, prilagodljivosti, kontrole i duhovnog smisla) kontrolne grupe majki.

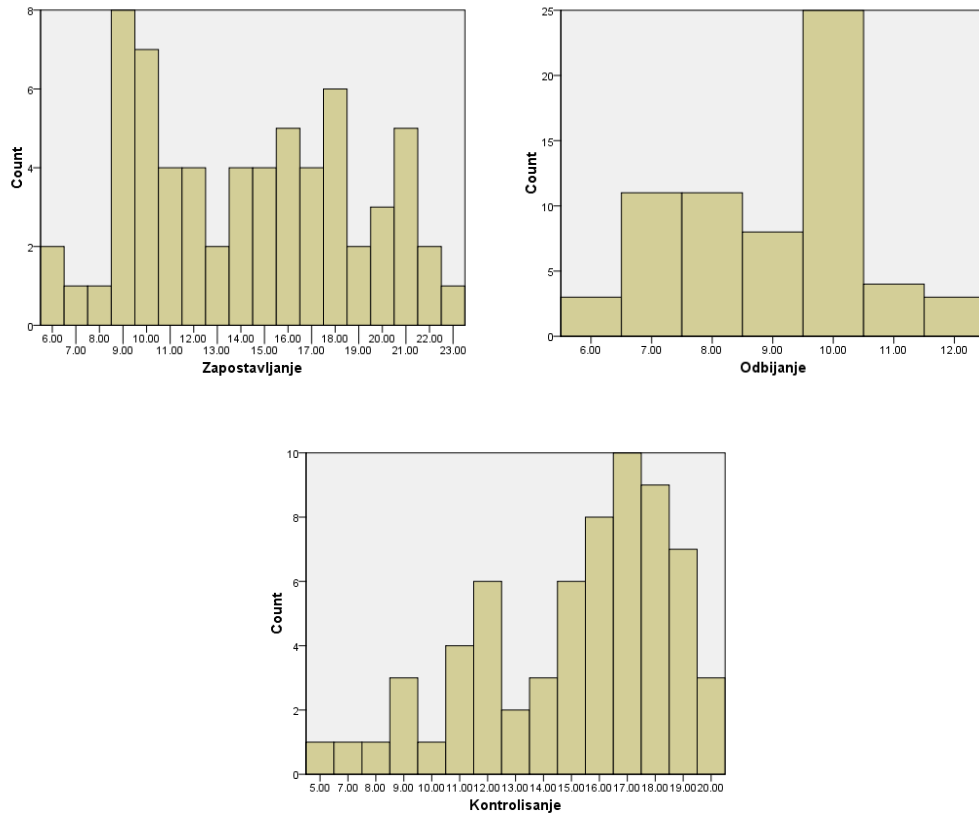




*Slika 8. Grafikon raspodele za subskele Upitinika za procenu rezilijentnosti kod kontrolne grupe majki*

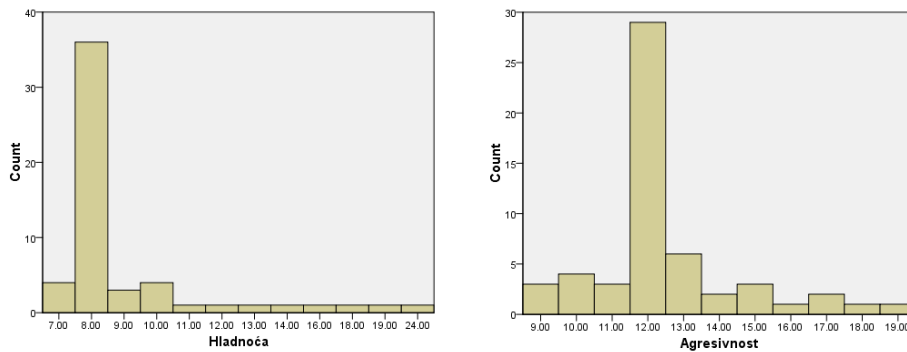
Na slici 9 prikazan je grafikon raspodele dimenzija odbijajućeg roditeljskog stila (hladnoće, agresivnosti, zapostavljanja, odbijanja i kontrolisanja deteta) u trauma grupi.

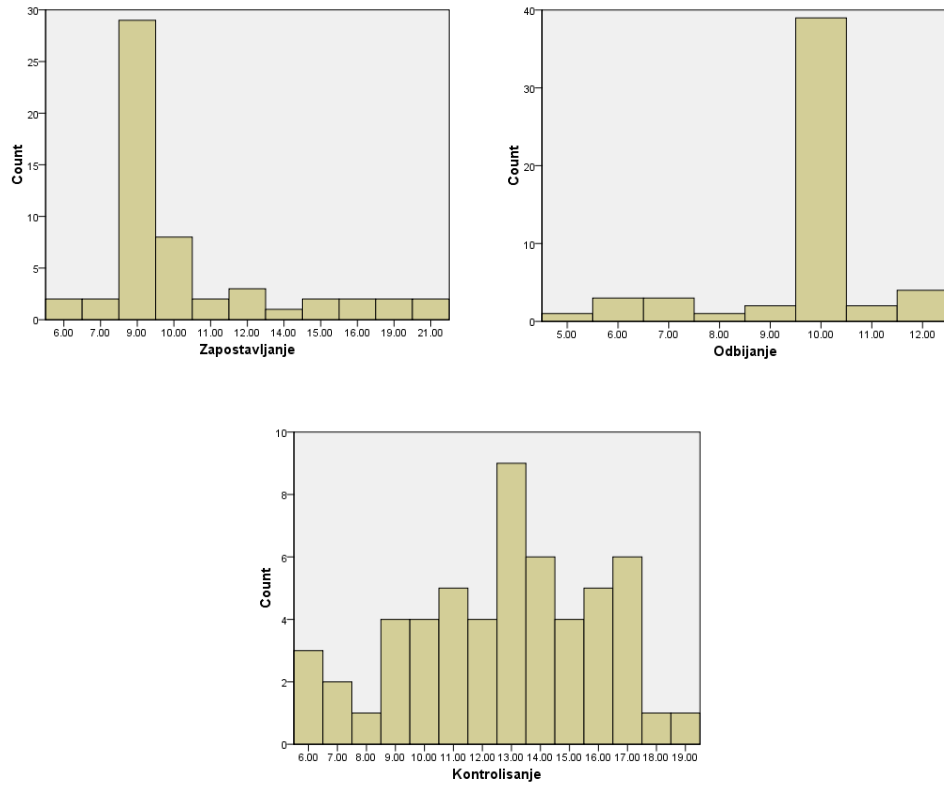




Slika 9. Grafikon raspodele za subskale Upitnika za procenu odbijajućeg roditeljskog stila kod trauma grupe

Na slici 10 prikazan je grafikon raspodele dimenzija odbijajućeg roditeljskog stila (hladnoće, agresivnosti, zapostavljanja, odbijanja i kontrolisanja deteta) u kontrolnoj grupi majki.





*Slika 10. Grafikon raspodele za subscale Upitnika za procenu odbijajućeg roditeljskog stila kod kontrolne grupe majki*



## Prilog 2. ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES (ACE)

1) Did a parent or other adult in the household often ...Swear at you, insult you, put you down, or humiliate you? or Act in a way that made you afraid that you might be physically hurt?

- Yes  
 No

2) Did a parent or other adult in the household often ... Push, grab, slap, or throw something at you? or Ever hit you so hard that you had marks or were injured?

- Yes  
 No

3) Did an adult or person at least 5 years older than you ever... Touch or fondle you or have you touch their body in a sexual way? or Try to or actually have oral, anal, or vaginal sex with you?

- Yes  
 No

4) Did you often feel that ...No one in your family loved you or thought you were important or special? or Your family didn't look out for each other, feel close to each other, or support each other?

- Yes  
 No

5) Did you often feel that ... You didn't have enough to eat, had to wear dirty clothes, and had no one to protect you? or Your parents were too drunk or high to take care of you or take you to the doctor if you needed it?

- Yes

- No

6) Were your parents ever separated or divorced?

- Yes  
 No

7) Did you live with anyone who was a problem drinker or alcoholic or who used street drugs?

- Yes  
 No

8) Was a household member depressed or mentally ill or did a household member attempt suicide?

- Yes  
 No

9) Did a household member go to prison?

- Yes  
 No

10) Was your mother or stepmother: Often pushed, grabbed, slapped, or had something thrown at her? or Sometimes or often kicked, bitten, hit with a fist, or hit with something hard? or. Ever repeatedly hit over at least a few minutes or threatened with a gun or knife?

- Yes  
 N

### **Prilog 3. UPITNIK ZA MERENJE KOMPLEKSNE TRAUME (SIDES-SR)**

Instructions:

What follows are descriptions of difficulties that some people experience. After each statement please indicate: 1) whether it has ever been true for you; 2) if yes, how much you have been bothered by that problem in the past month; 3) if no, choose NA for "Not applicable" as the severity rating for the past month.

**1. Small problems get me very upset. For example, I get angry at a minor frustration. I cry easily. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
Sometimes I overreact a little	1
Sometimes I get very upset, or everything upsets me more than it used to	2
Often I get extremely upset, have tantrums	3
Not applicable	NA

**2 I find it hard to calm myself down after I become upset and have trouble getting back on track. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I get momentarily upset	1
It keeps coming back to me hour after hour	2
I get completely consumed by it	3
Not applicable	NA

**3. When I feel upset, I have trouble finding ways to calm myself down. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I need to make special efforts to calm myself (e.g. talking, sports, listening to music)	1
I need to stop everything and focus all my energy on calming down	2
I need to resort to extreme measures, like getting drunk, taking drugs, or doing other harmful things to my body	3
Not applicable	NA

**4. I feel angry most of the time. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
------------------	---

I feel quite angry but I am able to shift to other matters	1
My anger gets in the way of doing things	2
My anger dominates my daily life	3
Not applicable	NA

**5. I have thoughts or images of hurting somebody else. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
Yes, fleeting thoughts	1
I think about hurting people every day	2
I can't stop thinking about hurting people	3
Not applicable	NA

**6. I have trouble controlling my anger. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I snap at people	1
I yell or throw things	2
I actually attack people physically	3
Not applicable	NA

**7. I worry about people finding out how angry I am. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I have trouble confronting someone when they hurt me	1
I do not confront the person I'm angry at, but I show my anger in other ways	2
I do not let anyone know in words or actions that I am angry	3
Not applicable	NA

**8. Since the experience, or as long as I can remember, I have been in accidents or near accidents. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
Occasional accidents causing harm or pain but not requiring medical attention	1
One accident or episode requiring medical attention	2
More than one serious accident or episode requiring medical attention	3
Not applicable	NA

**9. I find myself careless about making sure that I am safe. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I think about the risks involved in relationships or situations, but do it anyway	1
I take undue risks regarding the people I am with or places I visited	2
I keep company with people who I know could be dangerous; not taking measures to protect myself in dangerous situations	3
Not applicable	NA

**10. I have deliberately tried to hurt myself (like burning or cutting myself). How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I hit or kick objects	1
I hurt myself deliberately (pinching, scratching, hitting, banging) without serious damage	2
I hurt myself deliberately in ways that cause serious physical damage	3
Not applicable	NA

**11. I have thought about killing myself. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I was preoccupied, but had no plan	1
I made gestures or was chronically preoccupied with plans	2
I made one or more serious suicide attempts	3
Not applicable	NA

**12. I make active efforts to keep myself from thinking about sex. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I try not to think about sex	1
I work very hard not to think about sex	2
I will not tolerate any thoughts about sex	3
Not applicable	NA

**13. It bothers me to be touched in general. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
it sometimes bothers me	1
It often or regularly bothers me	2
I simply could not stand it	3
Not applicable	NA

**14. It bothers me to be touched in a sexual way. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
Sometimes it bothers me	1
It often or regularly bothers me	2
I simply could not stand it	3
Not applicable	NA

**15. I actively avoid sex. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I find myself making excuses	1
I try not to have sex	2
I don't have sex	3
Not applicable	NA

**16. I find myself thinking about sex more than I want to. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I think about it too much	1
It distracts me from what I should be doing	2
I am obsessed with it	3
Not applicable	NA

**17. I find myself driven to engage in sexual activities without really feeling that I had a choice. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I feel the urge, but I do not act on it	1
I feel compelled to, but I force myself to stop	2
I engage in compulsive sex	3
Not applicable	NA

**18. I am active sexually in ways that I know put me in danger. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I am a bit careless	1
I talk myself into ignoring the danger or I only see the danger afterwards	2
I knowingly put myself in danger	3
Not applicable	NA

**19. I expose myself to situations that might be dangerous, e.g. I get involved with people who might hurt me. I got to places that are not safe. I drive too fast. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I am a bit careless	1
I talk myself into ignoring the danger or I only see the danger afterwards	2
I knowingly put myself in danger	3
Not applicable	NA

**20. There are parts of my life that I cannot remember, or I am confused about what happened, or I am unsure whether certain important things did or did not happen to me. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
There are a few memory lapses	1
There are important gaps in my memory; there are missing periods	2
I have no memory for days, months, or years of my life.	3
Not applicable	NA

**21. I have difficulty keeping track of time in my daily life. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
At times, I have difficulty making or keeping track of schedules	1
I regularly show up in the wrong place at the wrong time	2
I am unable to keep track of my daily life	3
Not applicable	NA

**22. I „space“ out when I feel frightened or under stress. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I am withdrawn at times	1
I go into my own world and do not let other people in	2
I feel like I stop existing	3
Not applicable	NA

**23. I sometimes feel so unreal that it is as if I am living in a dream, or not really there, or behind a glass wall. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
------------------	---

I feel unreal at times but I can easily be brought back	1
I feel unreal a lot and have difficulty getting back	2
I regularly feel totally disconnected from my surroundings	3
Not applicable	NA

**24. I sometimes feel like there are two people living inside me who control how I behave at different times. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I am a very different person in different settings	1
It feels like different parts of me are in competition over how I should behave	2
There are separate parts of me that take control at different times	3
Not applicable	NA

**25. I have the feeling that I basically have no influence on what happens to me in my life. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I do not take initiative in routine activities	1
At times, I do not bother to keep appointments, do not go out, do not return phone calls, do not take care of myself (e.g. my personal hygiene, shopping, eating.)	2
I simply do not bother to take care of myself	3
Not applicable	NA

**26. I feel that I have something wrong with me after what happened to me, that can never be fixed. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I feel wounded, but that I can get better	1
I feel that parts of me are damaged but some parts of me still function	2
I feel like I am a permanently damaged person	3
Not applicable	NA

**27. I feel chronically guilty about all sorts of things. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I feel more responsible than I need to for things that go wrong	1
I blame myself for things that go wrong even when I had nothing to do with it	2
I blame myself and punish myself for whatever goes wrong, even when I have nothing to do with it	3
Not applicable	NA

**28. I am too ashamed of myself to let people get to know me. (How far did you go to hide from others? Did you avoid talking with people? Make up a cover story?) How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I make up stories to hide things I'm ashamed of	1
I avoid letting most people know who I really am for fear that they'll get to know me	2
I let no one get close to me to make sure they won't find out who I really am	3
Not applicable	NA

**29. I feel set apart and very different from other people. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I feel quite different from people around me	1
I feel different from others and distant, estranged, or alienated from them	2
I feel like I am from another planet and don't belong anywhere	3
Not applicable	NA

**30. People make too big a deal about the dangerousness of situations that I get involved in. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
Minimal	1
Moderate	2
Severe	3
Not applicable	NA

**31. I have trouble trusting people. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I am guarded and am suspicious of people's motives	1
People need to prove themselves over and over again before I let my guard down	2
I don't trust anybody	3
Not applicable	NA

**32. I avoid having relationships with other people. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I arrange to have lots of time by myself	1
I do not initiate contact with others. I do not make phone calls or write letters	2
I do not return phone calls, reply to letters. I stop conversations as soon as I can	3
Not applicable	NA



**33. I have difficulty working through conflicts in relationships. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I am quiet or avoid situations that might cause conflict, or I am easily hurt and offended	1
I have trouble hearing other viewpoints, or have difficulty standing up for myself	2
I quit jobs and relationships without negotiating, I threaten to sue people if they offend me, I can't stand it if people disagree with me	3
Not applicable	NA

**34. I find that other traumatic experiences keep happening to me. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
I find myself occasionally hurt in relationships	1
I repeatedly find myself hurt in relationships	2
I am seriously hurt by people I love or thought I could trust	3
Not applicable	NA

**35. I have hurt other people in ways similar to how I was hurt. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all	0
People have told me once or twice that I am hurtful	1
People have told me several times that I am hurtful, or I deliberately hurt people	2
I seriously hurt or injure other people in ways that are similar to ways I have been hurt myself	3
Not applicable	NA

**36. I have trouble with (circle item that apply), yet doctors have not found a clear cause for it.**

a) vomiting b) abdominal pain d) diarrhea c) nausea e) intolerance of food

How much have you been bothered in the last month?

None; not at all	0
It is a minor problem that bothers me a little but does not affect my daily life	1
It is a serious enough problem to affect my daily life	2
It is a disabling problem that severely limits my daily life	3
Not applicable	NA

**37. I suffer from chronic pain (circle items that apply), yet doctors could not find a clear cause for it.**

a) in your arms and legs d) during urination b) in your back e) headaches

c) in your joints f) elsewhere

How much have you been bothered in the last month?	
None; not at all	0
It is a minor problem that bothers me a little but does not affect my daily life	1
It is a serious enough problem to affect my daily life	2
It is a disabling problem that severely limits my daily life	3
Not applicable	NA

**38. I suffer from (circle items that apply), yet doctors have not found a clear cause for it.**

- a) shortness of breath      c) chest pain      b) palpitations      d) dizziness

How much have you been bothered in the last month?	
None; not at all	0
It is a minor problem that bothers me a little but does not affect my daily life	1
It is a serious enough problem to affect my daily life	2
It is a disabling problem that severely limits my daily life	3
Not applicable	NA

**39. I suffer from trouble with (circle items that apply), yet doctors have not found a clear cause for it.**

- a) remembering things      f) fainting and losing consciousness      b) swallowing      g) seizures and convulsions
- c) losing your voice      h) being able to walk      d) blurred vision      i) paralysis or muscle weakness
- e) actual blindness      j) urination

How much have you been bothered in the last month?	
None; not at all	0
It is a minor problem that bothers me a little but does not affect my daily life	1
It is a serious enough problem to affect my daily life	2
It is a disabling problem that severely limits my daily life	3
Not applicable	NA

**40. I suffer from (circle items that apply), yet doctors have not found a clear cause for it.**

- a) burning sensations in your sexual organs or rectum (not during intercourse)
- b) impotence
- c) irregular menstrual periods
- d) excessive pre-menstrual tension
- e) excessive menstrual bleeding

None; not at all	0
It is a minor problem that bothers me a little but does not affect my daily life	1
It is a serious enough problem to affect my daily life	2
It is a disabling problem that severely limits my daily life	3

Not applicable NA

**41. I feel hopeless and pessimistic about the future. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all 0  
I get discouraged and lose interest in planning for myself 1  
I don't see a future and go through the motions of living 2  
I feel condemned and have no future left 3  
Not applicable NA

**42. I do not expect to be able to find happiness in love relationships. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all 0  
I sometimes feel distant and disconnected from my loved ones 1  
I go through the motions of relationships, but feel numb 2  
I don't feel part of the human race, and cannot imagine ever loving anybody 3  
Not applicable NA

**43. I am unable to find satisfaction in work. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all 0  
Sometimes it is a routine, but I can find reason to keep going 1  
I have difficulty finding meaning in work or I cannot think of work that would be meaningful 2  
Work is pointless 3  
Not applicable NA

**44. I believe that life has lost its meaning. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all 0  
Sometimes it seems pointless 1  
I cannot think of a good reason, but I keep on living 2  
I live in a huge void 3  
Not applicable NA

**45. There have been changes in my philosophy or religious beliefs—or in the religious beliefs or philosophical beliefs I grew up with. How much have you been bothered in the last month?**

None; not at all 0  
My beliefs have changed, but it was a normal progression of life 1  
I am disillusioned with the religious beliefs I grew up with 2  
I hate the religious beliefs I grew up with 3  
Not applicable NA

## Prilog 4. UPITNIK ZA MERENJE DIFERENCIJACIJE SELFA (DS)

246

SKOWRON AND FRIEDLANDER

### Appendix

#### Differentiation of Self Inventory

These are questions concerning your thoughts and feelings about yourself and relationships with others. Please read each statement carefully and decide how much the statement is *generally true* of you on a 1 (*not at all*) to 6 (*very*) scale. If you believe that an item does not pertain to you (e.g., you are not currently married or in a committed relationship, or one or both of your parents are deceased), please answer the item according to your best guess about what your thoughts and feelings would be in that situation. Be sure to answer every item and try to be as honest and accurate as possible in your responses.

	Not at all true of me	1	2	3	4	5	Very true of me	6
1. People have remarked that I'm overly emotional.	1		2	3	4	5		6
2. I have difficulty expressing my feelings to people I care for.	1		2	3	4	5		6
3. I often feel inhibited around my family.	1		2	3	4	5		6
4. I tend to remain pretty calm even under stress.	1		2	3	4	5		6
5. I'm likely to smooth over or settle conflicts between two people whom I care about.	1		2	3	4	5		6
6. When someone close to me disappoints me, I withdraw from him or her for a time.	1		2	3	4	5		6
7. No matter what happens in my life, I know that I'll never lose my sense of who I am.	1		2	3	4	5		6
8. I tend to distance myself when people get too close to me.	1		2	3	4	5		6
9. It has been said (or could be said) of me that I am still very attached to my parent(s).	1		2	3	4	5		6
10. I wish that I weren't so emotional.	1		2	3	4	5		6
11. I usually do not change my behavior simply to please another person.	1		2	3	4	5		6
12. My spouse or partner could not tolerate it if I were to express to him or her my true feelings about some things.	1		2	3	4	5		6
13. Whenever there is a problem in my relationship, I'm anxious to get it settled right away.	1		2	3	4	5		6
14. At times my feelings get the best of me and I have trouble thinking clearly.	1		2	3	4	5		6
15. When I am having an argument with someone, I can separate my thoughts about the issue from my feelings about the person.	1		2	3	4	5		6
16. I'm often uncomfortable when people get too close to me.	1		2	3	4	5		6
17. It's important for me to keep in touch with my parents regularly.	1		2	3	4	5		6
18. At times, I feel as if I'm riding an emotional roller coaster.	1		2	3	4	5		6
19. There's no point in getting upset about things I cannot change.	1		2	3	4	5		6
20. I'm concerned about losing my independence in intimate relationships.	1		2	3	4	5		6
21. I'm overly sensitive to criticism.	1		2	3	4	5		6
22. When my spouse or partner is away for too long, I feel like I am missing a part of me.	1		2	3	4	5		6
23. I'm fairly self-accepting.	1		2	3	4	5		6
24. I often feel that my spouse or partner wants too much from me.	1		2	3	4	5		6
25. I try to live up to my parents' expectations.	1		2	3	4	5		6
26. If I have had an argument with my spouse or partner, I tend to think about it all day.	1		2	3	4	5		6
27. I am able to say no to others even when I feel pressured by them.	1		2	3	4	5		6
28. When one of my relationships becomes very intense, I feel the urge to run away from it.	1		2	3	4	5		6
29. Arguments with my parent(s) or sibling(s) can still make me feel awful.	1		2	3	4	5		6
30. If someone is upset with me, I can't seem to let it go easily.	1		2	3	4	5		6
31. I'm less concerned that others approve of me than I am about doing what I think is right.	1		2	3	4	5		6
32. I would never consider turning to any of my family members for emotional support.	1		2	3	4	5		6
33. I find myself thinking a lot about my relationship with my spouse or partner.	1		2	3	4	5		6
34. I'm very sensitive to being hurt by others.	1		2	3	4	5		6
35. My self-esteem really depends on how others think of me.	1		2	3	4	5		6
36. When I'm with my spouse or partner, I often feel smothered.	1		2	3	4	5		6
37. I worry about people close to me getting sick, hurt, or upset.	1		2	3	4	5		6
38. I often wonder about the kind of impression I create.	1		2	3	4	5		6
39. When things go wrong, talking about them usually makes it worse.	1		2	3	4	5		6
40. I feel things more intensely than others do.	1		2	3	4	5		6
41. I usually do what I believe is right regardless of what others say.	1		2	3	4	5		6
42. Our relationship might be better if my spouse or partner would give me the space I need.	1		2	3	4	5		6
43. I tend to feel pretty stable under stress.	1		2	3	4	5		6

Differentiation of Self Inventory Subscale Composition (underlined means reverse scored):

Emotional Reactivity: 1, 6, 10, 14, 18, 21, 26, 30, 34, 38, 40

I Position: 4, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 41, 43

Emotional Cutoff: 2, 3, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 39, 42

Fusion With Others: 5, 9, 13, 17, 22, 25, 29, 33, 37

Received September 22, 1997  
Revision received February 16, 1998  
Accepted February 16, 1998 ■

## Prilog 5. UPITNIK ZA MERENJE REZILIJENTNOSTI

### Connor-Davidson Resilience Scale 25 (CD-RISC-25) ©

*For each item, please mark an "x" in the box below that best indicates how much you agree with the following statements as they apply to you over the last **month**. If a particular situation has not occurred recently, answer according to how you think you would have felt.*

	not true at all (0)	rarely true (1)	sometimes true (2)	often true (3)	true nearly all the time (4)
1. I am able to adapt when changes occur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I have at least one close and secure relationship that helps me when I am stressed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. When there are no clear solutions to my problems, sometimes fate or God can help.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. I can deal with whatever comes my way.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Past successes give me confidence in dealing with new challenges and difficulties.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. I try to see the humorous side of things when I am faced with problems.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Having to cope with stress can make me stronger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. I tend to bounce back after illness, injury, or other hardships.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Good or bad, I believe that most things happen for a reason.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. I give my best effort no matter what the outcome may be.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. I believe I can achieve my goals, even if there are obstacles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Even when things look hopeless, I don't give up.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. During times of stress/crisis, I know where to turn for help.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Under pressure, I stay focused and think clearly.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. I prefer to take the lead in solving problems rather than letting others make all the decisions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. I am not easily discouraged by failure.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. I think of myself as a strong person when dealing with life's challenges and difficulties.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. I can make unpopular or difficult decisions that affect other people, if it is necessary.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. I am able to handle unpleasant or painful feelings like sadness, fear, and anger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. In dealing with life's problems, sometimes you have to act on a hunch without knowing why.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. I have a strong sense of purpose in life.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. I feel in control of my life.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. I like challenges.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. I work to attain my goals no matter what roadblocks I encounter along the way.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. I take pride in my achievements.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Add up your score for each column**                      0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

**Add each of the column totals to obtain CD-RISC score**                      = \_\_\_\_\_

All rights reserved. No part of this document may be reproduced or transmitted in any form without permission in writing from Dr. Davidson at [mail@cd-risc.com](mailto:mail@cd-risc.com). Copyright © 2001, 2018 by Kathryn M. Connor, M.D., and Jonathan R.T. Davidson, M.D.

## Prilog 6. UPITNIK ZA MERENJE PROCENJENE SOCIJALNE PODRŠKE

Instructions: We are interested in how you feel about the following statements. Read each statement carefully. Indicate how you feel about each statement.

Circle the "1" if you **Very Strongly Disagree**  
 Circle the "2" if you **Strongly Disagree**  
 Circle the "3" if you **Mildly Disagree**  
 Circle the "4" if you are **Neutral**  
 Circle the "5" if you **Mildly Agree**  
 Circle the "6" if you **Strongly Agree**  
 Circle the "7" if you **Very Strongly Agree**

- |     |  |   |   |   |   |   |   |   |     |
|-----|--|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| 1.  | There is a special person who is around when I am in need.           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SO  |
| 2.  | There is a special person with whom I can share my joys and sorrows. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SO  |
| 3.  | My family really tries to help me.                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Fam |
| 4.  | I get the emotional help and support I need from my family.          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Fam |
| 5.  | I have a special person who is a real source of comfort to me.       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SO  |
| 6.  | My friends really try to help me.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Fri |
| 7.  | I can count on my friends when things go wrong.                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Fri |
| 8.  | I can talk about my problems with my family.                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Fam |
| 9.  | I have friends with whom I can share my joys and sorrows.            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Fri |
| 10. | There is a special person in my life who cares about my feelings.    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SO  |
| 11. | My family is willing to help me make decisions.                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Fam |
| 12. | I can talk about my problems with my friends.                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Fri |

## Prilog 7. UPITNIK ZA MERENJE PORODIČNIH RESURSA

**INSTRUCTIONS:** This scale is designed to assess whether or not you or your family have adequate resources (time, money, energy, and so on) to meet the needs of the family as a whole as well as the needs of individual family members. For each item, please circle the response that best describes how well the needs are met on a consistent basis in your family (that is, month-in and month-out).

To what extent are the following resources adequate for your family:	Does Not Apply	Not At All Adequate	Seldom Adequate	Sometimes Adequate	Usually Adequate	Almost Always Adequate
1. Food for 2 meals a day	NA	1	2	3	4	5
2. House or apartment	NA	1	2	3	4	5
3. Money to buy necessities	NA	1	2	3	4	5
4. Enough clothes for your family	NA	1	2	3	4	5
5. Heat for your house or apartment	NA	1	2	3	4	5
6. Indoor plumbing/water	NA	1	2	3	4	5
7. Money to pay monthly bills	NA	1	2	3	4	5
8. Good job for yourself or spouse/partner	NA	1	2	3	4	5
9. Medical care for your family	NA	1	2	3	4	5
10. Public assistance (SSI, AFDC, Medicaid, etc.)	NA	1	2	3	4	5
11. Dependable transportation (car or provided by others)	NA	1	2	3	4	5
12. Time to get enough sleep/rest	NA	1	2	3	4	5
13. Furniture for your home or apartment	NA	1	2	3	4	5
14. Time to be by yourself	NA	1	2	3	4	5
15. Time for family to be together	NA	1	2	3	4	5
16. Time to be with your child(ren)	NA	1	2	3	4	5
17. Time to be with spouse/partner or close friend	NA	1	2	3	4	5
18. Telephone or access to a phone	NA	1	2	3	4	5

19. Baby-sitting for your child(ren)	NA	1	2	3	4	5
20. Childcare/day care for your child(ren)	NA	1	2	3	4	5
21. Money to buy special equipment/supplies for child(ren)	NA	1	2	3	4	5
22. Dental care for your family	NA	1	2	3	4	5
23. Someone to talk to	NA	1	2	3	4	5
24. Time to socialize	NA	1	2	3	4	5
25. Time to keep in shape and looking nice	NA	1	2	3	4	5
26. Toys for your child(ren)	NA	1	2	3	4	5
27. Money to buy things for yourself	NA	1	2	3	4	5
28. Money for family entertainment	NA	1	2	3	4	5
29. Money to save	NA	1	2	3	4	5
30. Time and money for travel/vacation	NA	1	2	3	4	5



## Prilog 8. UPITNICI ZA MERENJE RODITELJSKOG PRIHVATANJA/ODBACIVANJA

### Prilog 8.1. ADULT PARQ/CONTROL: Father (Short Form)

The following pages contain a number of statements describing the way fathers sometimes act toward their children. Read each statement carefully and think how well it describes the way your father treated you when you were about 7-12 years old. Work quickly. Give your first impression and move on to the next item. Do not dwell on any item.

Four boxes are drawn after each sentence. If the statement is *basically* true about the way your father treated you, then ask yourself “Was it almost *always* true?” or “Was it only *sometimes* true?” If you think your father almost always treated you that way, put an X in the box ALMOST ALWAYS TRUE; if the statement was sometimes true about the way your father treated you then mark SOMETIMES TRUE. If you feel the statement is basically *untrue* about the way your father treated you then ask yourself, “Was it *rarely* true?” or “Was it almost *never* true?” If it is rarely true about the way your father treated, you put an X in the box RARELY TRUE; if you feel the statement is almost never true mark ALMOST NEVER TRUE.

Remember, there is no right or wrong answer to any statement, so be as honest as you can. Respond to each statement the way you feel your father really was rather than the way you might have liked him to be. For example, if in your memory he almost always hugged and kissed you when you were good, you should mark the item as follows:

MY FATHER	TRUE OF MY FATHER		NOT TRUE OF MY FATHER	
	<i>Almost Always True</i>	<i>Sometimes True</i>	<i>Rarely True</i>	<i>Almost Never True</i>
<b>Hugged and kissed me when I was good</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MY FATHER	TRUE OF MY FATHER		NOT TRUE OF MY FATHER	
	<i>Almost Always True</i>	<i>Sometimes True</i>	<i>Rarely True</i>	<i>Almost Never True</i>
<b>1.</b> Said nice things about me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.</b> Paid no attention to me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.</b> Saw to it that I knew exactly what I may or may not do	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.</b> Made it easy for me to tell him things that were important to me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.</b> Hit me, even when I did not deserve it	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.	Saw me as a big nuisance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Was always telling me how I should behave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Punished me severely when he was angry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Was too busy to answer my questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Seemed to dislike me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Was really interested in what I did	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Said many unkind things to me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Paid no attention when I asked for help	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Insisted that I must do exactly as I was told	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Made me feel wanted and needed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Paid a lot of attention to me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Went out of his way to hurt my feelings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Forgot important things I thought he should remember	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Made me feel not loved any more if I misbehaved	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Let me do anything I wanted to do	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Made me feel what I did was important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Frightened or threatened me when I did something wrong	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Cared about what I thought, and liked me to talk about it	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24.	Felt other children were better than I was no matter what I did	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Let me know I was not wanted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Wanted to control whatever I did	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Let me know he loved me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Paid no attention to me as long as I did nothing to bother him	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	<b>Treated me gently and with kindness</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prilog 8.2. ADULT PARQ/CONTROL: Mother (Short Form)

The following pages contain a number of statements describing the way mothers sometimes act toward their children. Read each statement carefully and think how well it describes the way your mother treated you when you were about 7-12 years old. Work quickly; give your first impression and move on to the next item. Do not dwell on any item.

Four boxes are drawn after each sentence. If the statement is *basically* true about the way your Mother treated you, ask yourself “Was it almost *always* true?” or “Was it only *sometimes* true?” If you think your Mother almost always treated you that way, put an X in the box ALMOST ALWAYS TRUE; if the statement was sometimes true about the way your Mother treated you then mark SOMETIMES TRUE. If you feel the statement is basically *untrue* about the way your Mother treated you then ask yourself, “Was it *rarely* true?” or “Was it almost *never* true?” If it is rarely true about the way your Mother treated you put an X in the box RARELY TRUE; if you feel the statement is almost never true mark ALMOST NEVER TRUE.

Remember, there is no right or wrong answer to any statement, so be as honest as you can. Respond to each statement the way you feel your mother really was rather than the way you might have liked her to be. For example, if in your memory she almost always hugged and kissed you when you were good, you should mark the item as follows:

MY MOTHER	TRUE OF MY MOTHER		NOT TRUE OF MY MOTHER	
	<i>Almost Always True</i>	<i>Sometimes True</i>	<i>Rarely True</i>	<i>Almost Never True</i>
<b>Hugged and kissed me when I was good</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MY MOTHER	TRUE OF MY MOTHER		NOT TRUE OF MY MOTHER	
	<i>Almost Always True</i>	<i>Sometimes True</i>	<i>Rarely True</i>	<i>Almost Never True</i>
1. Said nice things about me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Paid no attention to me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Saw to it that I knew exactly what I may or may not do	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Made it easy for me to tell her things that were important to me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hit me, even when I did not deserve it	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Saw me as a big nuisance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was always telling me how I should behave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.	Punished me severely when she was angry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Was too busy to answer my questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Seemed to dislike me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Was really interested in what I did	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Said many unkind things to me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Paid no attention when I asked for help	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Insisted that I must do exactly as I was told	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Made me feel wanted and needed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Paid a lot of attention to me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Went out of her way to hurt my feelings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Forgot important things I thought she should remember	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Made me feel unloved if I misbehaved	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Let me do anything I wanted to do	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Made me feel what I did was important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Frightened or threatened me when I did something wrong	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Cared about what I thought, and liked me to talk about it	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Felt other children were better than I was no matter what I did	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Let me know I was not wanted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Wanted to control whatever I did	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Let me know she loved me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Paid no attention to me as long as I did nothing together her	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	<b>Treated me gently and with kindness</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Prilog 8.3. PARENT PARQ/CONTROL: Child (Short Form)

The following pages contain a number of statements describing the way different parents sometimes act toward their children. Read each statement carefully and think how well it describes the way you treat your child. Work quickly; give your first impression and move on to the next item. Do not dwell on any item.

Four boxes are drawn after each sentence. If the statement is *basically* true about the way you treat your child then ask yourself, “Is it almost *always* true?” or “Is it only *sometimes* true?” If you think you almost always treat your child that way, put an X in the box ALMOST ALWAYS TRUE; if the statement is sometimes true about the way you treat your child mark SOMETIMES TRUE. If you feel the statement is basically *untrue* about the way you treat your child then ask yourself, “Is it *rarely* true?” or “Is it almost *never* true?” If it is rarely true about the way you treat your child put an X in the box RARELY TRUE; if you feel the statement is almost never true mark ALMOST NEVER TRUE.

Remember, there is no right or wrong answer to any statement, so be as honest as you can. Respond to each statement the way you feel you really are rather than the way you might like to be. For example, if you almost always hug and kiss your child when (s)he is good, you should mark the item as follows:

	TRUE OF ME		NOT TRUE OF ME	
	<i>Almost Always True</i>	<i>Sometimes True</i>	<i>Rarely True</i>	<i>Almost Never True</i>
<b>I hug and kiss my child when (s)he is good</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	TRUE OF ME		NOT TRUE OF ME	
	<i>Almost Always True</i>	<i>Sometimes True</i>	<i>Rarely True</i>	<i>Almost Never True</i>
<b>1.</b> I say nice things about my child	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.</b> I pay no attention to my child	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.</b> I see to it that my child knows exactly what (s)he may or may not do	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.</b> I make it easy for my child to confide in me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.</b> I hit my child, even when (s)he does not deserve it	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6.</b> My child is a nuisance for me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7.</b> I always tell my child how (s)he should behave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8.</b> I punish my child severely when I am angry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9.</b> I am too busy to answer my child’s questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10	I resent my child	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	I take real interested in my child's affairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	I say unkind things to my child	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	I pay no attention to my child when (s)he asks for help	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	I insist that my child do exactly as (s)he is told	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	I make my child feel wanted and needed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	I pay a lot of attention to my child	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	I hurt my child's feelings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	I forget important things my child thinks I should remember	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	When my child misbehaves, I make him/her feel I don't love him/her anymore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	I let my child do anything (s)he wants to do	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	I make my child feel what (s)he does is important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	When my child does something wrong, I frighten or threaten him/her	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	I care about what my child thinks and encourage her/him to talk about it	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	I feel other children are better than (s)he is no matter what (s)he does	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	I let my child know (s)he is not wanted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	I want to control whatever my child does	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	I let my child know I love him/her	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	I pay no attention to my child as long as (s)he does nothing to bother me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	<b>I treat my child gently and kindly</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Prilog 9. OPŠTI UPITNIK

### Prilog 9.1. Demografics

**4) What is your age?**

- 19 to 24
- 25 to 34
- 35 to 44
- 45 to 54
- 55 to 64
- 65 to 74
- 75 or older

**5) What is the highest education you have received?**

- Less than high school
- Graduated high school
- Trade/technical school
- Some college, no degree
- Associate degree
- Bachelor's degree
- Advanced degree (Master's, Ph.D., M.D.)

**6) What is your annual household income?**

- Under the poverty line
- Not enough for basic needs
- Meet basic needs
- Very modest
- Modest
- Average
- Decent
- High

**7) What is your marital status?**

- Married / Domestic Partner
- Widowed
- Divorced
- Separated
- Single / Never Married

**8) How many children do you have?**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 and more

**9) Age of the child (children)?**

- 0-1
- 2-4
- 5-9
- 10-12
- 13-18



**10) What is your country of origin?**

- Afghanistan
- Albania
- Algeria
- Andorra
- Angola
- Antigua and Barbuda
- Argentina
- Armenia
- Australia
- Austria
- Azerbaijan
- Bahamas, The
- Bahrain
- Bangladesh
- Barbados
- Belarus
- Belgium
- Belize
- Benin
- Bermuda,
- Bhutan
- Bolivia
- Bosnia and Herzegovina
- Botswana
- Brazil
- Brunei
- Bulgaria
- Burkina Faso
- Burundi
- Cambodia
- Cameroon
- Canada
- Cape Verde
- Central African Republic
- Chad
- Chile
- China
- Colombia
- Comoros
- Congo, Democratic Republic of the
- Congo, Republic of the
- Costa Rica
- Cote d'Ivoire
- Croatia
- Cuba
- Curacao
- Cyprus
- Czech Republic
- Denmark
- Djibouti
- Dominica
- Dominican Republic
- East Timor (see Timor-Leste)
- Ecuador
- Egypt
- El Salvador
- Equatorial Guinea
- Eritrea
- Estonia
- Ethiopia
- Fiji
- Finland
- France
- Gabon
- Gambia, The
- Georgia
- Germany
- Ghana
- Greece
- Grenada
- Guatemala
- Guinea
- Guinea-Bissau
- Guyana
- Haiti
- Holy See
- Honduras
- Hong Kong
- Hungary
- Iceland
- India
- Indonesia
- Iran
- Iraq
- Ireland
- Israel
- Italy
- Jamaica
- Japan
- Jordan
- Kazakhstan
- Kenya
- Kiribati
- Kosovo
- Kuwait
- Kyrgyzstan
- Laos

- Latvia
- Lebanon
- Lesotho
- Liberia
- Libya
- Liechtenstein
- Lithuania
- Luxembourg
- Macau
- Macedonia
- Madagascar
- Malawi
- Malaysia
- Maldives
- Mali
- Malta
- Marshall Islands
- Mauritania
- Mauritius
- Mexico
- Micronesia
- Moldova
- Monaco
- Mongolia
- Montenegro
- Morocco
- Mozambique
- Myanmar
- Namibia
- Nauru
- Nepal
- Netherlands
- Netherlands Antilles
- New Zealand
- Nicaragua
- Niger
- Nigeria
- North Korea
- Norway
- Oman
- Pakistan
- Palau
- Palestinian Territories
- Panama
- Papua New Guinea
- Paraguay
- Peru
- Philippines
- Poland
- Portugal
- Qatar
- Romania
- Russia
- Rwanda
- Saint Kitts and Nevis
- Saint Lucia
- Saint Vincent and the Grenadines
- Samoa
- San Marino
- Sao Tome and Principe
- Saudi Arabia
- Senegal
- Serbia
- Seychelles
- Sierra Leone
- Singapore
- Slovakia
- Slovenia
- Solomon Islands
- Somalia
- South Africa
- South Korea
- South Sudan
- Spain
- Sri Lanka
- Sudan
- Suriname
- Swaziland
- Sweden
- Switzerland
- Syria
- Taiwan
- Tajikistan
- Tanzania
- Thailand
- Timor-Leste
- Togo
- Tonga
- Trinidad and Tobago
- Tunisia
- Turkey
- Turkmenistan
- Tuvalu
- Uganda
- Ukraine
- United Arab Emirates
- United Kingdom
- United States

- Uruguay
- Uzbekistan
- Vanuatu
- Venezuela
- Vietnam
- Yemen
- Zambia
- Zimbabwe

**11) Employment status?**

- Unemployed, not looking for work (including retired, disabled)
- Unemployed, looking for work
- Employed part-time
- Employed full-time
- Other - Write In:  
\_\_\_\_\_

**Prilog 9.2. Family of Origin**

**12) Please choose what describes the best your parent's relationship.**

- Both biological parents (married, in common-law relationship)
- Mother and step-father
- Father and step-mother
- Single parent household
- Parents divorced
- I am a foster child
- I was adopted
- Other - Write In:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**13) How many siblings did you have growing up?**

- None
- 1
- 2
- 3
- 4+

**14) Mother's education.**

- Less than high school
- Graduated high school
- Trade/technical school
- Some college, no degree
- Associate degree
- Bachelor's degree
- Advanced degree (Master's, Ph.D., M.D.)

**15) Father's education**

- Less than high school
- Graduated high school
- Trade/technical school
- Some college, no degree
- Associate degree
- Bachelor's degree
- Advanced degree (Master's, Ph.D., M.D.)

**16) What type of psychological trauma did your mother experience? Please check all that apply.**

- childhood verbal abuse
- childhood physical abuse
- childhood sexual abuse
- neglect
- chronic illness
- physical assault
- sexual assault/rape
- witnessed/experienced domestic violence
- witnessed violence
- parental mental health
- parental health
- parent(s) alcohol or drug users
- divorce of the parents

- significant loss
- war
- refuge
- torture
- don't know
- N/A

**17) What type of psychological trauma did your father experience? Please check all that apply.**

- childhood verbal abuse
- childhood physical abuse
- childhood sexual abuse
- neglect
- chronic illness
- physical assault
- sexual assault/rape
- witnessed domestic violence
- witnessed violence
- parental mental health
- parental health
- parent(s) alcohol or drug users
- divorce of the parents
- significant loss
- war
- refugee
- torture
- don't know
- N/A

**1) What type of psychological trauma did you experience? Please check all that applies.**

- childhood verbal abuse
- childhood physical abuse
- childhood sexual abuse
- neglect
- chronic illness
- physical assault
- sexual assault/rape
- witnessed domestic violence
- witnessed violence
- parental mental health
- parental health
- parent(s) alcohol or drug users
- war
- refuge
- torture
- significant loss
- illness of a family member
- divorce of parents
- don't know
- N/A

**2) How old were you when trauma(s) happened? Please check all that applies.**

- prenatal
- 0-2 years old
- 3-6 years old
- 7-12 years old
- 13-18 years old
- 19-40 years old
- 41-65 years old
- 66 years and older
- I don't know

**Prilog 9.3. Traumatic experience**

Other - Write In:

---

N/A

**3) *How many times were you severely traumatized?***

none

once

twice

three times

4-7 times

more than seven times

I don't know

N/A

## 18. BIOGRAFIJA

---

Maja Mišić je rođena 1972. godine u Nišu. Diplomirala je 2002. godine na Filozofskom Fakultetu u Nišu, na Departmanu psihologije. Maja trenutno radi kao psiho-terapeut u nevladinoj agenciji u Kanadi koja se bavi prevencijom i intervencijom nasilja nad ženama, adolescentima i decom. Maja je započela svoju karijeru kao psiholog u Centru za socijalni rad u Gadžin Hanu, gde je radila u dva tima: Tim za zaštitu dece i porodice i u Timu za zaštitu odraslih i starih. Nakon preseljenja u Kanadu, Maja se zaposlila kao predavač na koledžu za trening savetnika i psihoterapeuta, nakon čega je prešla na poziciju Menadžera psihoterapijske klinike u agenciji Brnabi Femili Lajf. Maja poseduje znanje u oblasti interseksionalnog pristupa u razumevanju sistemskog nasilja i zlostavljanja, Feminizma, neopresivnog i antirasističkog pristupa u analizi seksualnog, intimnog i prodičnog nasilja. Doktorantkinja je posvećena kreiranju i vođenju preventativnih i intervencijskih programa. Od edukacija, završila je trening u EMDR terapiji, Majndfulnessu, DBT i CBT terapiji, i terapiji rada sa žrtvama traume. Autor je sledećih radova vezanih za temu disertacije:

**Mišić, M.** (2022). Родитељски стилови у породици порекла и њихов допринос актуелним родитељским стиливима мајки. *Годишњак за педагогију*, 1.(prihvaćen za štampanje Marta 2022.)

**Mišić, M., Todorović, J., & Petrović, A.** (2021). The role of complex posttraumatic stress disorder and protective factors in accepting/rejecting dimension of parenting of women survivors of abuse. *Ljetopis Socijalnog Rada*, 28 (3), 583-614.

**Mišić, M.** (2017). Meta-analiza različitih psiholoških tretmana i poređenje njihove uspešnosti u lečenju posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP). *Godišnjak za Psihologiju*, 14 (16), 43-57.

**Mišić, M.** (2016). Nesuicidalno samopoverđivanje adolescenata. Psihološka razmatranja i perspektive. *Zbornik radova sa 9. konferencije Dana promenjene psihologije, Departman za psihologiju*, 211-225.

Prezentacije na konferencijama:

**XVII International Online Conference: Days of Applied Psychology** 2021  
*Adverse childhood experience and the mothers' rejecting attitude*  
Nis, Serbia

**Fourth International Conference on Families with Parental Mental Health Challenges** 2014  
*Better Parenting for Parents and Caregivers with Complex Trauma and PTSD*  
UCA, Berkeley, CA  
<http://www.interprofessional.ubc.ca/MentalHealth2014/Brochure.pdf>

**BCSTH Annual Training Forum** 2013  
*Supporting Youth Who Self-Harm*  
Richmond, BC  
<http://www.bcsth.ca/sites/default/files/2013OnsiteBrochureFinal.pdf>

**IX International Conference: Days of Applied Psychology** 2013  
*Adolescents and NSSI*  
Nis, Serbia  
<http://www.filfak.ni.ac.rs/dokumenti/konferencije/2013/DPP/program.pdf>

**National Research Day** 2012  
**FREDA Centre**  
*Relationships and Sexuality, ASSA groups for Women*  
Vancouver BC  
<http://fredacentre.com/events/presentations/>

Ostalo:

- Instruktor različitih savetodavnih pristupa
- Član upravnog odbora Ending the Violence Association of British Columbia (EVA BC) za zaštitu zlostavljanih žena
- Član odbora za zaštitu adolescenata
- Član tima za intervenciju zaštite žena izloženih porodičnom nasilju



## ИЗЈАВА О АУТОРСТВУ

Изјављујем да је докторска дисертација, под насловом:

### **СЕЛФ-ДИФЕРЕНЦИЈАЦИЈА ОСОБА СА КОМПЛЕКСНОМ ТРАУМОМ И САМОПРО- ЦЕНА РОДИТЕЉСКОГ СТИЛА**

која је одбрањена на Филозофском факултету Универзитета у Нишу:

- резултат сопственог истраживачког рада;
- да ову дисертацију, ни у целини, нити у деловима, нисам пријављивао/ла на другим факултетима, нити универзитетима;
- да нисам повредио/ла ауторска права, нити злоупотребио/ла интелектуалну својину других лица.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци, који су у вези са ауторством и добијањем академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада, и то у каталогу Библиотеке, Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Нишу, као и у публикацијама Универзитета у Нишу.

У Нишу, 08.03.2022.

Потпис аутора дисертације:



---

Др Маја Мишић

## ИЗЈАВА О ИСТОВЕТНОСТИ ЕЛЕКТРОНСКОГ И ШТАМПАНОГ ОБЛИКА ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ

Наслов дисертације:

### **СЕЛФ-ДИФЕРЕНЦИЈАЦИЈА ОСОБА СА КОМПЛЕКСНОМ ТРАУМОМ И САМОПРОЦЕНА РОДИТЕЉСКОГ СТИЛА**

Изјављујем да је електронски облик моје докторске дисертације, коју сам предао/ла за уношење у **Дигитални репозиторијум Универзитета у Нишу**, истоветан штампаном облику.

У Нишу, 08.03.2022.

Потпис аутора дисертације:



---

Др Маја Мишић

## ИЗЈАВА О КОРИШЋЕЊУ

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Никола Тесла“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Нишу унесе моју докторску дисертацију, под насловом:

### **СЕЛФ-ДИФЕРЕНЦИЈАЦИЈА ОСОБА СА КОМПЛЕКСНОМ ТРАУМОМ И САМОПРО- ЦЕНА РОДИТЕЉСКОГ СТИЛА**

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском облику, погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију, унету у Дигитални репозиторијум Универзитета у Нишу, могу користити сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons), за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство **(CC BY)**
2. Ауторство – некомерцијално **(CC BY-NC)**
3. Ауторство – некомерцијално – без прераде **(CC BY-NC-ND)**
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима **(CC BY-NC-SA)**
5. Ауторство – без прераде **(CC BY-ND)**
6. Ауторство – делити под истим условима **(CC BY-SA)**

У Нишу, 08.03.2022.

Потпис аутора дисертације:



---

Др Маја Мишић