

Završni teorijski rad

Kompleksna trauma i njen uticaj na intimnost

Jovana B. Stepanović

Evropski akreditovan psihoterapijski trening institut Studio za edukaciju Beograd

Program: Diploma iz geštalt psihoterapije

Modul 15: Klinička studija slučaja

Mentor: dr Ivana Vidaković, D. Psych. (Gest.)

oktobar, 2025

Sadržaj

Apstrakt.....	3
Uvod.....	4
Definisanje pojmova	6
Pojam intimnosti	6
Pojam traume	10
PTSP i kompleksni PTSP	12
Mehanizmi uticaja kompleksne traume na intimnost	17
KPTSP kao poremećaj atačmenta	18
<i>Korišćenje mehanizama desenzitizacije i defleksije</i>	20
Problemi sa uspostavljanjem granica.....	21
<i>Korišćenje mehanizma retrofleksije</i>	24
Internalizovani stid i posttraumatski narcizam	25
<i>Korišćenje mehanizma projekcije</i>	28
Terapijski proces i značajne intervencije	30
Specifične faze u tretmanu kompleksne traume	32
Zaključak.....	37
Literatura.....	40

Apstrakt

Potreba za bliskošću i povezanošću sa drugima duboko je ukorenjena u ljudskom biću ali se kapacitet za ostvarivanje takvih odnosa razvija postepeno, najviše u ranom detinjstvu. Kada su u tom periodu odnosi narušeni ili je prisutna dugotrajna i ponavljajuća, kompleksna trauma, taj proces može biti ometen. Cilj ovog rada je bolje razumevanje kompleksne traume radi obezbeđivanja adekvatnije podrške osobama sa traumatskim iskustvom u geštalt psihoterapijskom radu kao i istraživanje specifičnih mehanizama kojima kompleksna trauma utiče na sposobnost pojedinca da razvije i održi intimne odnos. U radu se definišu i bliže objašnjavaju pojmovi traume, posttraumatskog stresnog poremećaja i kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja, kao i pojam intimnosti. Posebna pažnja posvećena je načinu na koji kompleksna trauma utiče na intimnost u odnosima, kroz poremećaje atačmenta, problema u uspostavljanju granica, internalizovani stid i posttraumatski narcizam. Posebni delovi rada bave se desenzitizacijom, defleksijom i retrofleksijom kao mehanizmima prekida kontakta iz geštalt perspektive, koje osobe sa traumatskim iskustvom često koriste. Na kraju se razmatra terapijski proces i intervencije koje se koriste u radu sa traumom, pri čemu se naglašava značaj stabilnog i sigurnog terapijskog odnosa, kao i dovoljnog zadržavanja u pojedinim fazama procesa. U zaključku istaknuta je važnost razlikovanja PTSP-a i kompleksnog PTSP-a u terapijskom odnosu, zbog različitih kapaciteta za stabilan odnos, otvorenosti i poverenja u drugog, uz osvrt na implikacije za dalja istraživanja i praksu.

ključne reči: *geštalt, intimnost, kompleksna trauma, PTSP, kompleksni PTSP*

Uvod

Potreba za bliskošću, povezanošću i sigurnošću u odnosima ukorenjena je duboko u ljudskom biću. Ipak, sposobnost da se ostvare i održe intimni odnosi se ne podrazumeva, jer se taj kapacitet gradi kroz rane obrasce vezanosti, emocionalnu sigurnost i podršku u detinjstvu u kontaktu sa značajnim drugima. Kada su ta iskustva narušena, posebno u kontekstu dugotrajne i ponavljajuće traume, razvija se niz emocionalnih i interpersonalnih obrazaca koji mogu trajno uticati na kapacitet za intimnost.

Motivacija za bavljenje temom kompleksne traume i njenog uticaja na intimnost proistekla je iz prakse gde sam ponekad ostajala zapitana koji je uzrok distance između mene i klijenta i zašto je za neke ljude bivanje u kontaktu toliko izazovno. Bez obzira na svu posvećenost i dobru nameru, znanje i trud koji sam ulagala, sa nekim klijentima je proces uspostavljanja poverenja i stabilnog odnosa tekao znatno sporije. Istraživajući dalje sa klijentima, uglavnom sam mogla da uočim pravilnost da su to osobe koje su preživele neku vrstu nasilja i zlostavljanja, često u okviru porodičnih odnosa. U tim slučajevima, trauma nije bila situacija ni određeni događaj, čak se često od strane tih klijenata ni ne doživljava kao trauma, ali ostavlja duboke i trajne posledice na ličnost i odnose sa drugima. Kako autorka Tejlor navodi, poseban izazov u terapijskom radu sa osobama koje su imale traumatska iskustva, često je upravo ponovo uspostavljanje kapaciteta za povezivanje, poverenje i bliskost. Terapijski odnos sa osobama sa iskustvom traume je najčešće veoma kompleksan i izazovan za obe osobe u tom odnosu. Bilo da je skorašnja ili davna, trauma je pogodila i oblikovala klijentov self i vezu sa drugom osobom, kao i odnos sa spoljašnjom sredinom i kapacitet da se sa njom povezuju. Posledice traume imaju najdublji uticaj i na terapijski odnos. Osobe sa traumom u iskustvu najpre moraju podneti da budu u odnosu, jer taj odnos je ono što ih isceljuje (Taylor, 2014).

Uspostavljanje odnosa sa traumatizovanim klijentima može biti jako kompleksan posao, posebno ako je njihova trauma relacionala. Relacione teme njihovih života moraju biti shvaćene u terapijskom kontekstu, gde se odigravaju na implicitnom nivou, na nivou na kome egzistira većina trauma. Neverbalni aspekti odnošenja i povezivanja zato imaju značajnu ulogu u formiranju i održavanju radnog saveza (Taylor, 2014).

Kroz istraživanje literature naišla sam na pojam koji je mogao da opiše većinu onoga kroz šta klijenti prolaze i mnoge procese na kojima smo radili. Judith Herman je prva predložila termin “complex post-traumatic stress disorder” 1992. godine kao opis posledica produženih i ponavljanih trauma, razlikujući ga od klasičnog posttraumatskog stresnog poremećaja (u daljem tekstu PTSP) koji obuhvata uglavnom jednokratne traumatske događaje. Po njenom modelu, C-PTSD obuhvata širi spektar simptoma, uključujući disocijaciju, emocionalne poremećaje, te složene interpersonalne probleme, što klasično shvatanje PTSP-ja ne pokriva (Herman, 1992).

Psihoterapija je dokazano osnovna komponenta efikasnog lečenja ljudi sa posttraumatskim reakcijama. Međutim, i dalje ostaje otvoreno pitanje koji su konkretni aspekti i postupci psihoterapijskog pristupa najkorisniji (Buttolo, et al., 2017). Smatram da je geštalt terapija posebno pogodna za rad sa klijentima sa iskustvom traume jer u središte rada stavlja odnos, a ne tehnike, strukturu ili intervencije. Ključna intervencija u većini pristupa jeste kontrolisana izloženost, a često se koriste i tehnike relaksacije, disanja, emocionalna ekspresija, kao i kognitivna obrada traumatskog događaja (Buttolo, et al., 2017).

U geštalt terapiji, trauma se posmatra kao nezavršen posao iz prošlosti koji dovodi do rigidnih i automatskih obrazaca reagovanja. Cilj terapije je da se osobi vrati kapacitet za kontakt u sadašnjem trenutku. Trauma može da se posmatra kao „nezavršena situacija iz prošlosti“ i

„fiksirana percepcija“ (Perls, et al, 1951), kako je prvi put opisana od strane osnivača geštalt terapije. Za razliku od toga, autori Melnik i Nevis vide PTSP kao nemogućnost integrisanja traume. Ako je doživljaj previše intenzivan, on se ne može obraditi već se ponavlja i iskrivljuje nove životne doživljaje. Tako klijent ostaje zarobljen u prošlom iskustvu i ne može ući u autentične odnose ni sa sobom ni sa drugima (Buttolo, et al., 2017).

Cilj ovog rada je bolje razumevanje kompleksne traume radi obezbeđivanja adekvatnije podrške osobama sa traumatskim iskustvom u geštalt psihoterapijskom radu kao i istraživanje specifičnih mehanizama kojima kompleksna trauma utiče na sposobnost pojedinca da razvije i održi intimne odnose.

Definisanje pojmova

Radi preciznijeg i jasnijeg razumevanja teme kojom ćemo se u radu baviti, u ovom delu rada posebna pažnja biće posvećena definisanju ključnih pojmova poput kompleksne traume, diferencijacije između traumatskih iskustava i kompleksne traume, te pojma intimnosti iz psihološke i geštalt perspektive.

Pojam intimnosti

U psihoterapijskoj praksi intimni odnosi su velika tema koju klijenti često donose. Međutim, iako je jasno da većina ljudi žudi za intimnošću, često ljudi očekuju da se ona sama desi, bez njihovog angažovanja i namere ili je pogrešno razumeju i izjednačavaju sa ljubavlju. Veliki broj ljudi na putu ka ostvarivanju intimnih odnosa mora da se izbori sa različitim modifikacijama i prekidima u ciklusu kontakta jer je intimnost veliki rizik ali je i ono što nas hrani i daje odnosima dubinu i smisao.

Pojmovi „intimnost“ i „intiman“ potiču od latinskih reči *intimus* (najdublji) i *intimare* (učiniti ono unutrašnje poznatim) (Partridge, 1966, prema Reis & Shaver, 1988) postoji puno pokušaja da se precizno definišu i odrede u društvenim naukama. Mogu se koristiti za označavanje osećanja, verbalnih i neverbalnih komunikacionih procesa, ponašanja, prostornog rasporeda među ljudima, crta ličnosti, seksualnih aktivnosti i vrsta dugoročnih odnosa (Reis & Shaver, 1988). Kada se piše o intimnosti uglavnom se misli na sposobnost bivanja u dubokom i pravom kontaktu sa drugima.

U socijalnoj psihologiji „intimnost je međuljudski proces u okviru kojeg dva partnera u interakciji doživljavaju i izražavaju osećanja, komuniciraju verbalno i neverbalno, zadovoljavaju društvene potrebe, pojačavaju ili umanjuju društvene strahove, razgovaraju i uče o sebi i svojim jedinstvenim osobinama, i postaju ‘bliski’ (psihološki, a često i fizički) (Reis & Shaver, 1988). Prema Lorencu i saradnicima (Laurenceau, et al., 1998), koji su empirijski potvrdili interpersonalni model intimnosti Rajsa i Ševera, intimnost u međuljudskim odnosima razvija se kroz tri međusobno povezana procesa. Prvi je otvoreno i iskreno deljenje sopstvenih misli i osećanja, odnosno samootvaranje. Drugi element podrazumeva da i partner uzvraća istim činom deljenja, što omogućava uzajamnu razmenu informacija i emocija a treći faktor jeste percepcija da partner pažljivo sluša, razume i prihvata ono što mu se poverava, što povećava osećaj sigurnosti i bliskosti u odnosu. Kombinacija ovih procesa doprinosi stvaranju i održavanju duboke emocionalne povezanosti između ljudi (Laurenceau, et al., 1998).

Kada se radi o definiciji intimnosti iz geštalt perspektive, Zinker (1998) u svojoj knjizi “U potrazi za dobrom formom”, pravi razliku između ljubavi i intimnosti navodeći da je suština intimnosti poznavati drugoga i da taj drugi poznaje tebe. Naglašava važnost intimnosti govoreći

da je intimnost naša emocionalna hrana a da bez intimnosti naši životi postaju jalovi ali i iznosi da većina naših odnosa nisu intimni (Zinker, 1998).

Intimnost je u geštaltu viđena kroz sinhronizovanost, intoniranost onih koji su zajedno i usklađeno bivanje sa drugom osobom tako da dve osobe zajedno prolaze kroz ciklus iskustva. Intimnost možemo diferencirati od ljubavi, ako za ljubav vezujemo kreativnost i promenu jer je za ljubav potrebno iskustvo novog. Ljubav podrazumeva takvo prisustvo kada može da se omogućiti da se biću ukaže ono što do tada nije bilo poznato a bilo je u njemu a ta novina koja podrazumeva aktiviranje suštine bića ne mora nužno da se desi u trenutku kada smo intimni. Ljubav traži angažovanje a ne slaganje i tolerantnost, podrazumeva zajedničku figuru oko koje smo zajedno angažovani. Takođe, možemo razlikovati intimne trenutke od intimnosti koji nisu nužno vezani za odnos već imaju element iznenadnosti i nekada mogu da se poistovete sa JA-TI susretom (Pecotić, 2021).

Drugi način posmatranja intimnosti u geštalt terapiji je spoznaja tuđeg graunda, i dozvola da naš grund postane vidljiv za drugo biće, kako bismo mogli zajedno da učestvujemo u stvaranju graunda kroz horizontalni dijalog odnosno Buberov Ja-Ti odnos. Veoma je važno da upoznavanje graunda ne bude monolog već da se kokreacija vidi kroz inkluziju. Pri tome, jednakost u viđenju dijaloga je uslov intimnosti odnosno da druga osoba ima isto viđenje dijaloga kao i mi (Pecotić, 2021).

Govoreći o JA-TI odnosu, Buber naglašava da bi se dijalog pojavio, određeni elementi moraju biti prisutni. Elementi onoga što Buber zove pravi dijalog odnosno JA-TI odnos su: prisustvo, iskrena i nerezervisana komunikacija i inkluzija. Ovo postaju preduslovi za intimni odnos. Najosnovniji ali i najteži element je prisustvo, nasuprot „naizgled prisustvu“. Osoba je prisutna onda kada ne pokušava da utiče na druge da je vide samo na način na koji ona vidi sebe.

(Hycner & Jacobs, 1995). Kako Hikner i Jakobs (Hycner & Jacobs, 1995) navode, niko nije oslobođen želje da bude viđen na određen način ali prisutnost mora da preovladava u iskrenom dijalogu. Posledica principa prisustva je zahtev da učešće osobe u dijalogu mora biti iskreno i bezrezervno. Pod nerezervisanom komunikacijom, ne misli se da sve što se pojavi mora biti rečeno. Reči koje se impulsivno izgovore ali nisu relevantne za taj trenutak mogu oštetiti iskreni dijalog. Ono što mora biti nerezervisano je volja osobe da bude iskreno uključena, i da kaže ono što ona veruje da će biti u službi dijaloga, ili podržati trenutni dijalog, čak i kada se plaši kako će to biti primljeno. Neophodna osnova susreta je svakako inkluzija (Hycner & Jacobs, 1995). Inkluzija podrazumeva da imamo sopstveni stav ali da takođe uvažavamo i stav druge osobe, to je najviši oblik svesnosti sebe i drugog. Iako ulazimo u svet druge osobe, zadržavamo doživljaj sebe. U konfluenciji se, međutim, gubi osećaj različitosti (Yontef, 1993). Da bismo mogli da budemo u zdravoj konfluenciji koja je potrebna za intimnost i ljubav, neophodno je da imamo granice, da pođemo iz svojih različitosti, da imamo kapacitet da se otvorimo i rizikujemo (Pecotić, 2021). Intimnost može da se produbljuje samo ako uvažimo da je osnovna potreba ljudi da imaju autonomiju ali i da budu bliski. Intimnost može biti nešto na čemu se radi i zahteva određeni stepen discipline i veštine (Miller, 1995).

Prema Bomonu (Beaumont, 1997) intimnost se gradi kroz dijalog koji nije idealizovani JA-TI susret, već složen proces samoregulacije i zajedničkog kretanja ka razumevanju. Isti autor ističe da je intimnost moguća tek kada partneri razviju sposobnost da ostanu prisutni u tenziji između sopstvene autentičnosti i otvorenosti prema drugom. On ne vidi intimnost kao harmoničnu i neprekidnu povezanost, već kao proces koji se gradi kroz dijalog, frustraciju, nesporazume i ostajanje u kontaktu. Kroz takve susrete dolazi do reorganizacije selfa i odnosa gde partneri ne

upoznaju jedno drugog ali i sebe. To je “intimni graund” koji je podloga za intimni susret i autentičnu vezu (Beaumont, 1997).

U radu s klijentima koji imaju iskustva traume nekada vidim da su im bivanje u kontaktu i čak i nagoveštaji intimnosti izazovni i zastrašujući. Međutim, kada se u seansi pojavi bar trenutak kontakta i prave povezanosti, deluje mi da nas taj trenutak ohrabruje i podržava da verujemo da ćemo do intimnosti doći ukoliko dovoljno ostanemo u tom odnosu.

Kako Zinker (Zinker, 1998) navodi, kada je u pitanju intimni odnos, život nam ne obećava jednostavna rešenja i ne nudi siguran uspeh. Ne postoje pravolinijske formule za ono što se dešava među ljudima. Ono što pomaže je istrajnost u pokušajima da se približimo jedni drugima, međutim, u nekim situacijama, poput osoba sa traumatskim iskustvima, taj put ka intimnosti je zahtevniji i sa više izazova i prepreka.

Pojam traume

Trauma se najčešće definiše kao “događaj koji je životno ugrožavajući, a koji prevazilazi kapacitete osobe da se sa njom izbori... najčešće je prati preplavljujuće stanje šoka i nemogućnost da se pobegne ili suoči sa nepredviđenim događajem” (Taylor, 2014, str. 2). Bilo koje uznemirujuće iskustvo koje izaziva značajan strah, osećaj bespomoćnosti, disocijaciju, konfuziju ili druga uznemirujuća osećanja dovoljno intenzivna da imaju dugotrajan negativan uticaj na nečije stavove, ponašanje i druge aspekte funkcionisanja. Traumatski događaji obuhvataju one izazvane ljudskim delovanjem (npr. silovanje, rat, saobraćajne i industrijske nesreće), kao i one uzrokovane prirodom (npr. zemljotresi), i često dovode u pitanje nečije viđenje sveta kao pravednog, bezbednog i predvidivog mesta. Traumatski događaj može biti i svaka ozbiljna telesna povreda (APA, 2018). U situaciji traumatskog iskustva izostaju uobičajene reakcije organizma koje daju

osećaj kontrole, smisla i povezanosti. Osećaj sigurnosti i bezbednosti koje je eventualno postojao pre traumatskog iskustva je izgubljen ili bar veoma poljuljan. Traumatsko iskustvo ima veliki uticaj na psihološkom, telesnom i relacionom nivou (Taylor, 2014).

Kroz rad sa odraslima a posebno sa decom primetila sam da se pojam traume često koristi široko i često uz izražen strah da ne izazovemo dodatnu traumu, što dovodi do toga da se nekada potpuno izbegava suočavanje sa onim što jeste. Čini mi se da zbog te preosetljivosti često gubimo iz vida granice između traumatskog iskustva i iskustva koje je emocionalno teško ali nije nužno traumatski događaj. Zbog toga smatram da je važno da se pojam traume precizno i što jasnije definiše i razume, ne umanjujući njegovu ozbiljnost ali i ne nazivajući svako neprijatno iskustvo traumatskim.

U geštalt literaturi Polsterovi, pišući o traumama, iznose da su to nezavršene situacije koje traže završetak a kada postanu dovoljno moćne, osobu saleću preokupacija, kompulsivno ponašanje, zabrinutost i mnogo samo-destruktivnih aktivnosti (Polster & Polster, 1973). Franceseti (Francesetti, 2022) ograničava koncept relacije traume na iskustva nasilja, zlostavljanja i teškog zanemarivanja, koji aktiviraju psiho-fiziološke odgovore na traumu, a koncept prirodne traume na „akutna i dramatična iskustva gubitka ili užasa, koja nisu mogla da budu asimilovana usled nedostatka adekvatne relacije i sredinske podrške (Francesetti, 2022).

Kod traumatskih iskustava odnos figura-pozadina postaje poremećen jer trauma dominira iskustvom i preuzima ulogu sveprisutne figure, dok se kontekst i šira slika gube. Pažnja biva sužena, čime osoba gubi sposobnost da opaža i integriše druge, potencijalno osnažujuće aspekte svog života (Avery, 1999; prema Vidaković, 2013). Funkcije selfa takođe postaju zamućene. Id-funkcija (svesnost o željama i potrebama) biva potisnuta, kontakt sa sopstvenim potrebama oslabljen, a interesovanja su ograničena. Ego-funkcija, vezana za izbor i delanje, često je blokirana

zbog osećaja nemoći pred traumom. Persona, odnosno doživljaj kontinuiteta sopstvenog identiteta, je nestabilna jer prethodni doživljaj sebe više ne postoji, nova iskustva nisu integrisana, a novi identitet još nije formiran (Vidaković, 2013).

Autorka Tejlor (Taylor, 2014) takođe ističe teškoću jasnog formiranja figure iz graunda, kod klijenata sa traumatskim iskustvom, koja se ispoljava najčešće na dva načina: stalno i brzo menjanje tema i figura koje navodno zahtevaju hitnost, ali zapravo nijedna nije podržana ni energizovana. Često se dešava da klijent nema konkretne teme i sadržaje na kojima bi radio i vidljiv je izostanak jasno definisane figure. Ono što se zapravo vidi u procesu organizacije polja i formiranju figure i pozadine je da nije problem samo u izdvajanju i definisanju figure, već pre svega u graundu iz koje figura nastaje, a koji je izmenjen i nestabilan kod klijenata sa traumatskim iskustvom (Taylor, 2014). Trauma sama po sebi nije psihopatologija, jer je iskustvo bola sastavni deo našeg života. Psihopatološko je odsustvo usled neuspeha u obradi odnosno asimilovanju tog iskustva (Francesetti, 2022).

PTSP i kompleksni PTSP

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) uveden je u DSM-III 1980. godine i zasnovan je prvenstveno na iskustvima ratnih veterana i preživelih Holokausta. Ubrzo je prepoznat kao relevantna dijagnoza i za žrtve silovanja, zlostavljanja, nesreća i nasilja. Istraživanja su pokazala da većina ljudi tokom života doživi traumu, a do 25% njih razvije PTSP, koji može imati ozbiljan i dugotrajan uticaj na funkcionisanje (Luxenberg, et al., 2001).

Da li će se reakcije na traumatski događaj razviti u psihopatološku simptomatologiju i/ili posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) zavisi od mnogih faktora (vulnerabilnosti osobe i njene rezilijentnosti, prethodnih iskustava, uzrasta osobe, intenziteta traumatskog iskustva i posledica, količine i kvaliteta relacije i socijalne podrške...). Razvoj PTSP-a ne mora nužno da usledi nakon

traumatskog događaja. Klinička praksa ukazuje da osobe koje razviju teže simptome posle jedne pojedinačne traumatične situacije u osnovi imaju neku vrstu deficita, a koji je najčešće povezan sa faktorom ranih relacija i odnosa (Taylor, 2014).

U klasičnom psihijatrijskom dijagnostifikovanju poremećaji povezani sa traumom se prepoznaju po prisustvu značajnog traumatskog događaja (kriterijum A) i specifičnog sklopa posttraumatskih reakcija koje perzistiraju u određenom vremenu nakon traumatizacije. DSM 5 (APA, 2014) opisuje posttraumatski poremećaj (PTSP) kroz 20 simptoma organizovanih oko četiri sindroma (kriterijumi B-E):

- B: Nametanje traumatskih misli i sećanja (i kroz snove, disocijacije – 'flešbekove', fiziološke reakcije).
- C: Izbegavanje misli, osećanja ili spoljašnjih podsetnika trauma.
- D: Negativne promene u kogniciji i raspoloženju (nemogućnost prisećanja događaja, negativna uverenja o sebi i drugima, iskrivljena shvatanja o uzrocima i posledicama traumatskog događaja, perzistentna negativna osećanja, nezainteresovanost i otuđenost od drugih i aktivnosti, nemogućnost doživljavanja pozitivnih emocija).
- E: Promene u uzbuđenju i reaktivnosti (razdražljivo ponašanje, ispadi besa, samodestruktivno ponašanje, hipervigilnost, smetnje u koncentraciji, spavanju...).
- F: Trajanje ovih smetnji (od B do E) je duže od mesec dana.
- G: Ove smetnje uzrokuju značajnu kliničku patnju i ometanje u socijalnom, radnom i drugim važnim oblastima funkcionisanja (APA, 2014).

Melnik i Nevis (Melnick & Navis, 1997) simptome PTSP-a posmatraju kao prekid kontakta u fazi asimilacije i povlačenja, te nemogućnosti demobilizacije energije. U ovoj fazi ciklusa kontakta trebalo bi da dođe do 'varenja', asimilacije iskustva u ground, nakon čega osoba postaje barem za

nijansu promenjena, a ostavlja se prostor za novo iskustvo, novu figuru i početak novog ciklusa kontakta. Međutim, kada je iskustvo prejako da bi bilo svareno i asimilovano, stara figura ostaje neintegrisana i samim tim kao nezavršeni posao imaće uticaja na buduće situacije i iskustva (Melnick & Navis, 1997).

Autor Koen (Cohen, 2003) nudi pogled na simptome PTSP-a kroz dvodimenzionalne polarnosti. Prva dimenzija se odnosi na uzbuđenje u kojoj se polarnosti kreću od ekstremnog uzbuđenja i uznemirenja, do nedostatka ikakvog uzbuđenja, utrnulosti i obamrlosti. Druga dimenzija polarnosti koju navodi je ona koja se kreće od potpune uključenosti u traumatsko iskustvo i ponovno proživljavanje kroz flešbekove i sećanja, do potpunog izbegavanja i straha od bilo kakvog stimulusa koji bi mogao da asocira na traumatsko iskustvo (Cohen, 2003). Prema istom autoru, simptomi PTSP-a ispoljavaju se zbog: 1) pokušaja da se asimiluje iskustvo koje je nemoguće (samostalno) asimilovati i 2) ispoljavanje bazične potrebe organizma da dovrši neki nezavršeni deo traume (Elliott, Davis & Slatice, 1998; prema Cohen, 2003). Dakle, sa stanovišta geštalt psihoterapije, PTSP simptomi su ponavljajući neuspešni pokušaji da se završi ciklus iskustva.

Svesnost o važnosti razumevanja traume sve je prisutnija u savremenoj kulturi ali brojna istraživanja pokazuju da dijagnoza PTSP-a obuhvata samo ograničeni deo posledica traume na funkcionisanje pojedinaca. Ključni faktor u razvoju psihopatologije predstavlja vreme i kontekst u kojem trauma nastaje. Na primer, klinička slika osoba koje su preživele saobraćajne nesreće ili prirodne katastrofe značajno se razlikuje od osoba koje su trpele hronično zlostavljanje ili zanemarivanje od strane značajnih drugih. Što je trauma ranija i dublje povezana sa bliskim odnosima, to su posledice kompleksnije. Zbog toga se počeo razmatrati koncept kompleksnog PTSP-a, odnosno poremećaja ekstremnog stresa koji nije drugačije specificikovao (DESNOS) koji

uključuje širi spektar simptoma nego što ih obuhvata standardna dijagnoza PTSP-a u DSM-u. Kako Luksenberg i saradnici navode (Luxenberg, et al., 2001), autori Džudit Herman (1992) a onda i Van der Kolk identifikovali su sindrom zasnovan na simptomima povezanim s PTSP-om, koji je nazvan „poremećaj ekstremnog stresa“ (DESNOS), a kasnije i „kompleksni PTSP“. Već 1992. godine, Svetska zdravstvena organizacija opisuje „trajne promene ličnosti nakon katastrofalnog stresa“, koje značajno prevazilaze kriterijume za klasični PTSP. Terensko istraživanje za DSM-IV je pokazalo da su simptomi disocijacije, somatizacije i emocionalne disregulacije česti kod osoba s PTSP-om, i često prisutni zajedno, iako nisu uključeni u tadašnju dijagnozu. Simptomi koji su se pojavljivali pored simptoma klasičnog PTSP-a uključuju teškoće u regulaciji emocija, narušenu sliku o sebi i poteškoće u odnosima, i često se javljaju kod osoba koje su preživele dugotrajnu interpersonalnu traumu u ranom razvoju i u okviru odnosa sa bliskim osobama poput roditelja ili partnera. Upravo potreba da se obuhvate ove složenije kliničke slike dovela je do razvoja i istraživanja kompleksnog PTSP-a kao posebne dijagnoze (Luxenberg, et al., 2001).

Ovaj poremećaj trenutno nije posebno uvršten u klasifikacioni okvir DSM-5 ali se priznaje u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti za statistiku mortaliteta i morbiditeta (ICD-11) Svetske zdravstvene organizacije, gde se vodi pod nazivom kompleksni posttraumatski stresni poremećaj (6B41).

Prema ovoj klasifikaciji kompleksni posttraumatski stresni poremećaj (kompleksni PTSP) je poremećaj koji se može razviti nakon izlaganja događaju ili nizu događaja izuzetno preteće ili užasavajuće prirode, najčešće produženim ili ponavljajućim događajima iz kojih je bekstvo teško ili nemoguće (npr. mučenje, ropstvo, genocidne kampanje, dugotrajno porodično nasilje,

ponavljano seksualno ili fizičko zlostavljanje u detinjstvu). Neophodno je da svi dijagnostički kriterijumi za PTSP budu ispunjeni. Pored toga, kompleksni PTSP karakterišu ozbiljni i postojani:

1. problemi u regulaciji afekta;
2. uverenja o sebi kao umanjenoj ili bezvrednoj osobi, praćena osećanjima stida, krivice ili neuspeha u vezi sa traumatskim događajem;
3. teškoće u održavanju odnosa i osećanju bliskosti s drugima.

Ovi simptomi uzrokuju značajno oštećenje u ličnom, porodičnom, socijalnom, obrazovnom, radnom ili nekom drugom važnom aspektu funkcionisanja (WHO, 2025).

Kako Voker (2024) navodi, kompleksni posttraumatski stresni poremećaj (KPTSP) je teži oblik PTSP-a, koji se prepoznaje po pet posebno zahtevnih simptoma: emocionalnim flešbekovima, toksičnom stidu, samonapuštanju, unutrašnjem kritičaru i socijalnoj anksioznosti. Najupadljiviji simptom su emocionalni flešbekovi koji predstavljaju snažne emocionalne reakcije koje osobu vraćaju u emocionalna stanja koja su tipična za napušteno ili zlostavljano dete. Za razliku od PTSP-a, gde su flešbekovi često vizuelni, kod KPTSP-a oni se ispoljavaju kroz talas stida, straha, bespomoćnosti ili tuge bez konkretne slike. Ta emocionalna preplavljenost često uključuje i neprijatne telesne senzacije koje stvaraju nagon za begom. To je jasan primer emocionalne regresije. Flešbekovi mogu biti blagi, gotovo neprimetni, ali i izrazito uznemirujući. Njihov intenzitet varira, mogu se javljati kratko, u talasima, ili trajati danima i nedeljama, prerastajući u stanja koja terapeuti često nazivaju regresijom (Voker, 2024).

Mehanizmi uticaja kompleksne traume na intimnost

Kada se radi o uticaju kompleksne traume na intimnost, ono što je posebno interesantno je da je kod traumatskih iskustava nemoguće zajedničko prolaženje kroz ciklus iskustva, što predstavlja preduslov za intimnost prema geštalt perspektivi. Kako autorka Tejlor (Taylor, 2014) navodi, neverbalne komponente međusobne regulacije, kao što su kontakt očima, okretanje glave, mikro-pokreti samododirivanja, glas, disanje, promene u mišićnom tonusu ili boji kože, predstavljaju suptilne ali prepoznatljive aspekte kontaktne razmene između klijenta i terapeuta. Prema istoj autorki mogu se posmatrati kao prošireni fenomenološki izrazi kontakt funkcija o kojima detaljnije pišu Džojls i Sils (Joyce & Sils, 2018), koji često odražavaju duboko ukorenjene obrasce regulacije razvijene u ranim odnosima. Danijel Štern (Stern, 1985) u svom radu o ranom razvoju pokazuje da se obrasci samoregulacije uspostavljaju upravo kroz ovakve interakcije između deteta i da se tako uspostavlja bazični doživljaj selfa. Kada kompleksna trauma naruši ove rane obrasce, dolazi do prekida u sposobnosti usklađivanja sa drugima, što se u terapiji vidi kao teškoća da se zajedno bude u ciklusu iskustva. Upravo ono što je u geštalt terapiji prepoznato kao jedan od osnovnih uslova za intimnost, a to je mogućnost zajedničkog prolaska kroz sve faze ciklusa kontakta, u traumatskom iskustvu je narušeno. Tek kada se uspostavi zajednička regulacija, klijent postaje aktivan učesnik u sopstvenoj promeni, a kontakt postaje moguće mesto isceljenja (Taylor, 2014).

Da bi do takvog kontakta došlo, potrebno je da se pre svega izgradi siguran i stabilan odnos klijenta sa terapeutom. U traumi dolazi do narušavanja sigurnih granica, gubitka kontrole i intenzivnih doživljaja koje nije moguće odmah obraditi. Zato je u terapiji važno poštovanje granica kako bismo podržali klijenta da stekne kontrolu i kapacitet za postepenu obradu traumatskog iskustva. Geštalt način rada sa ovakvim iskustvima uključuje podršku za obnavljanje

samoregulacije i granica doživljaja sebe, vraćanje stabilnog doživljaja identiteta, okoline i kontakata, ponovnu izloženost traumatskim sadržajima uz očuvanje kontrole, upravljanje negativnim emocijama i mislima i izgradnju kapaciteta za prihvatanje stvarnosti. Takođe je važan rad na obnavljanju socijalne podrške i uključivanju u međuljudske odnose (Butollo, et al., 2017).

Kod kompleksne traume ovaj posao je još složeniji zbog toga što ono što se traži od klijenta u terapiji a to je otvorenost, odnos i bliskost, nekada je bilo mesto najvećeg straha i ugroženosti od čega su različitim mehanizmima morali da se štite.

KPTSP kao poremećaj atačmenta

Kako Voker (2024) navodi, mnogi terapeuti vide KPTSP kao poremećaj atačmenta. To znači da je tokom detinjstva osoba rasla bez sigurne odrasle osobe sa kojom bi mogla da se poveže na zdrav način. Ključni ishod ovoga je da tokom svojih najvažnijih formativnih godina, dete nije imalo nikoga ko bi mogao da bude model za relacione veštine neophodne za stvaranje intimnosti. Ponovljeno zlostavljanje i zanemarivanje navikava decu na život u strahu i pobuđenosti simpatičkog nervnog sistema. Dete sa roditeljima koji ne mogu ili ne žele da pruže dovoljno sigurnu privrženost nema nikoga kome bi moglo da prenese svoj celokupan razvijajući self jer niko nije tu da ga reflektuje i potvrđuje. Osobe sa poremećajima atačmenta izazvanim KPTSP-om nikada nisu naučile ni veštine komunikacije koje vode do bliskosti i osećaja pripadnosti. Kada se radi o povezivanju, oni često dolaze na terapiju sa socijalnom anksioznošću ili fobijom a terapeuti su prva realna prilika za siguran i negujući odnos (Voker, 2024).

Autorka Bogdanović (2022) opisujući uticaj kompleksne traume na obrasce vezanosti objašnjava kako čak i mala deca koriste svoj ograničeni repertoar ponašanja kako bi privukla pažnju odraslih tako što menjaju izraze lica, pokrete tela i, što je najvažnije, koriste vokalizaciju

kako bi dozvala roditelje. Ovakva strategija alarmiranja je evolucijski bila uspešna adaptivna strategija za dete ako roditelj dođe da ga nahrani, zagreje, da se bori za dete ili beži sa detetom. Nažalost, situacija nije uvek takva. U odsustvu odgovarajuće reakcije roditelja na detetovo alarmiranje, ono će napustiti ovu strategiju i prestaće da alarmira u situaciji uznemirenosti, znajući da na njegove pozive nema ko da odgovori. Ovaj izostanak reakcije i pasivnost u stresnim situacijama zajedničko je svojstvo mnoge zlostavljanje i zanemarivane dece (George & Main, 1979; prema Bogdanović, 2022). Kako ista autorka navodi, to znači da je dete naučilo da nema kome da beži, da svet nije pouzdano mesto, da se na bliske ljude ne može osloniti i da ono samo nije vredno pomoći. Drugim rečima, razvilo je negativni model drugih i negativni model sebe, što se manifestuje kroz dezorganizovani obrazac afektivne vezanosti. Uz to, dete je na taj način prestalo da koristi, ionako ograničen broj strategija za aktivno suočavanje sa opasnošću. U slučaju pretnje ono zato nužno mora reagovati koristeći strategije disocijacije, povlačenja i „gašenja“ (Bogdanović, 2022). Autor Voker o ovome više govori kao o reakciji zaleđenosti (freeze) koja je automatski odgovor na opasnost (Walker, 2024). Kada su borba ili bekstvo nemogući, organizam reaguje na treći način a to je zamrzavanjem i zaglavljivanjem. Desenzitizacija je naš pokušaj da se odbranimo od traume (Pecotić, 2018; prema Vukša, 2023).

Hronično traumatizovana deca u situaciji dolazeće opasnosti postaju disocijativna, odsutna, utrnula, ili počinju da sanjare, fantaziraju, da koriste derealizaciju, depersonalizaciju i na kraju čak mogu da upadaju u stanje nesvestice ili katatonije. Deca izložena hroničnom nasilju izveštavaju o različitim disocijativnim iskustvima: odlazanju na drugo mesto, pretvaranju u superheroja, lebdenju, iskustvu kao da gledaju film i sl. Drugim rečima, zlostavljanje i zanemarivanje u ranom dečijem uzrastu dovodi do razvoja dezorganizovanog obrasca vezanosti (Cicchetti & Barnett, 1991; prema Bogdanović, 2022) i povećava sklonost ka disocijaciji kao

odgovoru na pretnju, što vremenom postaje stabilan način reagovanja. Obe ove promene u ponašanju dovode do funkcionalnih i strukturnih promena u mozgu a istraživanja pokazuju da postoje razlike u veličini i izgledu mozga dece koja su traumatizovana (Bogdanović, 2022).

Korišćenje mehanizama desenzitizacije i defleksije

Ovaj opisani obrazac zapravo dobro opisuje i korišćenje mehanizama prekida kontakta *desenzitizacije i defleksije* kao mehanizama zaštite u situacijama koje su bolne i ugrožavajuće. Utrnulost i odsečenost, iako kod iskustava traume čine život podnošljivim, idu uz gubitak svesnosti o onome što se dešava u telu i osećaja da ste u potpunosti, senzualno živi (Van der Kolk, 2021). Naš osećaj sebe veoma je povezan sa našim odnosom sa sopstvenim telom i sve dok ne možemo da osetimo i protumačimo svoje fizičke senzacije ne možemo imati stabilan doživljaj identiteta. Traumatizovani ljudi imaju zadatak da poveruju da mogu da podnesu sopstvene senzacije i da nauče da budu sa svojim unutrašnjim iskustvima kako bi odatle mogli da razviju nove obrasce delovanja umesto odsećanja i zaleđenosti (Van der Kolk, 2021). Međutim, u praksi brzo postane jasno je zbog čega je desenzitizacija dominantni mehanizam prekida, posebno kada se radi o iskustvima fizičkog i seksualnog nasilja. U ovim slučajevima kompleksne traume, odnosno kada su osobe stalno iznova izložene hroničnoj traumi, počinju da žive svoj život pripremajući se za ponovna traumatska iskustva i na kraju se zaštite potpunim isključivanjem.

Upravo zbog te prekinutosti kontakta sa svojim telom, mnoge traumatizovane osobe nisu u mogućnosti da verbalizuju ono što se unutar njih dešava, pa odatle i aleksitimija kao učestali simptom kod traumatizovanih. Kako Tejlor (Taylor, 2014) navodi aleksitimija je nemogućnost da se razlikuju senzacije i emocije, da se one osmišljavaju i upotrebljavaju a kod osoba sa traumatskim iskustvom prisutna je nesposobnost da ispričaju koherentnu priču koja će ih povezati sa nama ili sa svetom. Ovo objašnjava i učestalost defleksije kao jednog od čestih mehanizama kod

traumatizovanih klijenata. Osoba koja deflektuje nije svesna svojih unutrašnjih i spoljašnjih potreba, često govori uopšteno ili apstraktno i najčešće govori iz daleka “o” a ne “prema” stvarima ili osobama, zbog nemogućnosti da bude u pravom kontaktu (Polster & Polster, 1973). I autorka Vidaković (Vidaković, 2013) posebno ističe korišćenje ova dva mehanizma kod traumatizovanih osoba. Navodi da su osobe koje su doživele traumu desenzitizirane kao i hipersenzitivne odnosno preosetljive, hipervigilne ili preplavljene i da često koriste defleksiju kojom negiraju, izbegavaju i daju pogrešna značenja senzacijama. Ovi navedeni ekstremi se mogu uočiti u kontaktu sa ljudima nakon traume i mogu ih voditi u socijalnu izolaciju ili nemogućnost samozaštite i rizik od višestrukih viktimizacija (Vidaković, 2013).

Problemi sa uspostavljanjem granica

Još jedan od načina uticaja kompleksne traume na intimnost predstavljaju problemi sa uspostavljanjem fizičkih i emocionalnih granica sa kojima se suočavaju traumatizovane osobe. Trauma remeti sposobnost da osoba oseća i poštuje sopstvene emocionalne i fizičke granice. Osobe sa traumatskim iskustvom često imaju previše čvrste granice ili pak veoma popustljive i nemaju razvijenu sposobnost samozaštite, što za posledicu ima različite probleme u bliskim odnosima i velika je prepreka za pravu intimnost.

Kako Voker (2024) osobe kojima je odgovor na ugrožavajuća iskustva potčinjavanje, traže sigurnost sjedinjavajući se sa željama, potrebama i zahtevima drugih. Ponašaju se kao da veruju da je cena ulaska u bilo kakav odnos odustajanje od svih svojih potreba, prava, preferencija i granica. Još kao deca, dobijaju poruku da se mrvica sigurnosti i naklonosti dobijaju tako što se postane poslušan i koristan. Ova deca u odraslom životu izbegavaju emocionalno ulaganje i potencijalno razočarenje time što sebe i svoje granice jedva i pokazuju. Sakrivaju se iza svojih uslužnih persona i previse slušaju i podržavaju druge jer na taj način ne moraju da rizikuju stvarno

samoizlaganje i mogućnost odbijanja na dubljem nivou koje im se celoživotno događalo. Za neke od traumatizovanih osoba je to najbezbedniji način da se bude u odnosu (Voker, 2024). Međutim, za pravi kontakt i odnos neophodne su granice. Tek kada smo u mogućnosti da jasno stojimo na granici kontakta sa svojim granicama možemo da stvorimo mogućnost da nas neko vidi i da se povežemo. Ukoliko smo u konfluenciji u kojoj nema granica nismo dovoljno daleko niti razdvojeni da se ugledamo dok ako smo na drugom polu izolacije ne možemo da se povežemo ni vidimo jer su granice previse čvrste (Pecotić, 2021). Ovakvo odustajanje od granica u srži je mnogih ko-zavisničkih ponašanja. Ako dete nauči da protest protiv zlostavljanja vodi do još užasnije odmazde, odustaje od svojih odgovora borbom, begom i zaledjenošću jer predstavljaju još veću opasnost a pokornost, dodvoravanje i služenje postaju važne strategije preživljavanja. Dete prestaje da ima svoje preferencije, mišljenja i odustaje od svih vrsta granica kako bi se približilo roditeljima (Voker, 2024). Ove osobe izbacuju ne iz svog rečnika i teško nauče da se asertivno izražavaju. Voker (2024) ovakvo ko-zavisničko ponašanje uzrokovano traumom definiše kao sindrom samonapuštanja i samoodricanja, koje je posledica roditeljskog napuštanja.

Ovakvo konstantno emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje može da bude podjednako razorno kao fizičko ili seksualno zlostavljanje. Tokom traumatskih iskustava i fizičke granice često bivaju narušene i pojavljuje se ekstremna odvojenost od tela. Pošto traumatizovani ljudi često imaju problem da osećaju šta se događa u njihovim telima, nedostaje im adekvatan odgovor na frustraciju i reaguju na stres ili tako što se isključuju ili postaju preterano besni. Nemogućnost da budu u dodiru sa svojim telima doprinosi njihovom nedostatku samozaštite i visokoj stopi ponovne viktimizacije (Van der Kolk, 2021).

U geštalt radu na granicama sa traumatizovanim klijentima, terapeut aktivno podstiče klijenta da razvija brigu o sebi i uvodi zdrave navike poput uravnotežene ishrane, redovnog sna i

fizičke aktivnosti, jer trauma često narušava prirodnu sposobnost samoregulacije. Od samog početka ali i tokom čitavog terapijskog procesa ključno je da se obezbedi osećaj sigurnosti i kontrole ovde i sada. Usmeravanjem pažnje na trenutne telesne senzacije klijent uči da ih toleriše i stvara distancu od preplavljujućih iskustava iz prošlosti i da na kraju dodje do stabilnijeg doživljaja svog tela. Poseban akcenat stavlja se na dosledno poštovanje klijentovih granica i autonomije. To podrazumeva jasno prepoznavanje i uvažavanje njegovih potreba i spremnosti za rad na dubljim temama (Buttolo, et al.,2017). Terapeut izbegava bilo kakvo nametanje sadržaja kako bi se sprečilo nesvesno ponavljanje obrazaca iz ranijih iskustava viktimizacije. Umesto toga, gradi se siguran i predvidiv okvir u kojem klijent ima pravo da kaže „ne“, da zastane ili da menja pravac rada. U početnim fazama, klijent često nema dovoljno kapaciteta da samostalno prepozna ili zaštiti svoje granice, pa terapeut preuzima aktivnu ulogu u njihovom očuvanju. Ovaj proces ne samo da jača osećaj sigurnosti, već i postepeno osnažuje klijenta da prepozna, postavi i održi granice i u drugim životnim kontekstima, čime se umanjuje rizik od ponovne retraumatizacije (Buttolo, et al.,2017). Hronično traumatizovani klijenti obično imaju istoriju koju obeležavaju brojni i raznovrsni disfunkcionalni odnosi. Zlostavljanje u detinjstvu dosledno je povezano sa poteškoćama u poverenju prema drugima, ponovnom viktimizacijom i viktimizacijom drugih. Takve osobe se često „isključuje“ i ne prepoznaju znake opasnosti, poput sopstvenih osećanja nelagodnosti, povređenosti ili besa, niti neprimerenog ponašanja druge osobe. Na primer, preterano prijateljsko ponašanje nepoznate osobe ili novog poznanika obično će kod većine netraumatizovanih ljudi izazvati osećaj zbunjenosti i opreza, ali to možda neće biti slučaj kod onih koji su hronično traumatizovani i nemaju zdrav obrazac za međuljudske interakcije (Luxenberg, et al.,2001).

Korišćenje mehanizma retrofleksije

Još jedan od često korišćenih mehanizama prekida kontakta kod traumatizovanih osoba je retrofleksija. Kod osoba koje ne mogu da postavljaju granice i pokažu svoje potrebe, uzdržavanje, sputavanje i blokiranje svojih impulsa i okretanje istih ka sebi je često korišćen mehanizam zaštite.

Pri pojavi potrebe i impulsa pokrenutog da tu potrebu zadovolji, pojedinac usmerava impuls ka okolini i drugima. Međutim, u slučajevima gde organizam ne poseduje dovoljno samopodrške, ili kada je sredina procenjena kao nepoverljiva, neprijateljska, dolazi do blokade inicijalnog impulsa, te isti ostaje inhibiran kroz mehanizam retrofleksije. Kako energija tog impulsa ne uspeva da dođe do spoljne sredine, a postoji snažna potreba da se impuls iskaže, njegov intenzitet se odlaže ili prikazuje u umanjenom ili promenjenom intenzitetu (Clarkson, 2013).

Prvi korak u terapijskom radu na retrofleksiji podrazumeva istraživanje okolnosti u kojima se ona prvi put pojavila. Važno je klijentu objasniti da je retrofleksija u datom kontekstu imala zaštitnu i korisnu funkciju, naročito kod osoba koje su prošle kroz traumatska iskustva. U ovoj fazi naglasak je na razvijanju svesnosti o potisnutim impulsima i mehanizmima koji ih održavaju blokiranim. Kada klijent postane svestan tih procesa, stiče mogućnost da ponovo preuzme kontrolu i oslobodi zadržanu energiju. Izražavanje prvobitnog impulsa i zadovoljenje osnovne potrebe koja ga je izazvala omogućavaju postizanje unutrašnjeg mira, integracije i daljeg ličnog razvoja (Radionov, 2013). Druga faza usmerena je na telesno prepoznavanje i izražavanje retrofleksije. Ova modifikacija kontakta uključuje rad sa sopstvenim telom i impulsima, pri čemu se energija, umesto da ide ka spolja, preusmerava ka unutra. Povećavanje svesnosti o telu i mišićnim napetostima pomaže klijentu da se približi vraćanju sopstvene snage i oslobađanju potisnute energije. U trećoj fazi, rad se usmerava na prevođenje preusmerenih reakcija ka spoljašnjem svetu.

To može da se odvija kroz stvarne telesne akcije ili kroz imaginaciju i maštovite scenarije. Klijent uči da prepozna svoje obrasce ponašanja, shvati svoju ulogu u tumačenju situacija i preuzme deo odgovornosti za njih. Tek nakon ove tri faze postaje moguće postizanje potpune integracije i oslobađanje zarobljene energije, koja se tada može usmeriti na nove životne izazove (Radionov, 2013).

Ekstremni oblici retrofleksije su samopovredjivanje i samoubistvo a istraživanja su pokazala da je istorija seksualnog i fizičkog zlostavljanja u detinjstvu snažan prediktor ponovljenih pokušaja samoubistva i samopovredjivanja (Van der Kolk, 2021). Van der Kolk navodi da se autodestruktivne osobe obično ne sećaju da su se osećale bezbedno sa bilo kim u detinjstvu već su najčešće bili napušteni i prepušteni sami sebi. Voker (2024) govoreći o suicidalnim idejama ističe da su one česta pojava kod KPTSP-a, posebno tokom dugotrajnih i intenzivnih emocionalnih flešbekova i pravi razliku između aktivne suicidalnosti i pasivne suicidalnosti za koju navodi da je učestalija kod osoba sa iskustvom kompleksne traume.

Internalizovani stid i posttraumatski narcizam

Još jedan od načina uticaja traume na odnose predstavlja pojava hroničnog internalizovanog stida ili razvijanje posttraumatske adaptacije narcizma. Erikson je stid posmatrao kao osudu okrenutu protiv sebe (Voker, 2024). Ukoliko roditelji u periodu ranog razvoja ne odgovaraju na detetove potrebe a s obzirom na to da je za dete neophodno da mu roditelji budu dobro kako bi preživelo, ono neće videti roditelje kao neadekvatne i pogrešne, već sebe. Ta deca razvijaju negativne poglede o sebi kao nemoćnim, neefikasnim, oštećenim i neprivlačnim drugima. Ove percepcije proističu direktno iz načina na koji mala deca tumače svet; njihovo preoperativno mišljenje stavlja ih u centar univerzuma, zbog čega veruju da su oni izazvali svoje zlostavljanje.

Istovremeno, često imaju poteškoće da preuzmu odgovarajuću odgovornost za svoja dela, kao što to rade mala deca. Pored toga, hronično traumatizovane osobe često osećaju da niko ne može razumeti njihovo iskustvo, ili pak drastično umanjuju sopstvena iskustva tvrdeći da nisu imala veliki uticaj na njih ili da nisu povezana sa njihovim trenutnim teškoćama. Takve osobe mogu uporno tvrditi da su same krive za zlostavljanje u detinjstvu zbog neke urođene mane, osobine ili lošeg ponašanja koje je zlostavljač u njima prepoznao i na osnovu čega je postupao (Luxenberg, et al, 2001).

Kada dete razvije dezorganizovani obrazac emotivne vezanosti ili je u svom bolu prepušteno samo sebi, oseća snažne emocije a nema emotivnu regulaciju druge osobe, ono će se disociirati da ne bi osećalo bol selfa koji se dezintegriše. Njegov akutni suštinski stid je tada prožet strahom i panikom. Klijenti koji su u ranom detinjstvu doživeli ozbiljnu relacionu traumu, u odraslom dobu će pod stresom pasti u istu takvu vrstu zastrašujućeg, dezorijentišućeg stida od kojeg se self raspada (Dejang, 2022). Odbacujuće reakcije roditelja na naše izražavanje emocija otuđuju nas od sopstvenih osećanja. Emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje čini da se istovremeno i plašimo svojih emocija i užasavamo tuđih (Voker, 2024).

S obzirom na to da trauma tako pravi razne rascepe i podele i na nivou osećaja sopstvenog integriteta, doživljaj stabilnog selfa je kod traumatskih iskustava poremećen. Zbog toga, iz potrebe da se zaštite, osobe sa iskustvom traume najčešće odlaze u izolaciju. Međutim, izolacija i nepovezanost ne rešavaju internalizovani stid (Dejang, 2022). Prema self psihologiji zdrav self je proizvod responzivnosti usklađene sa detetovim emotivnim potrebama. Ako takva responzivnost izostane i dete ne dobije nikakvo ugledavanje i potvrđivanje razvija se slab i nestabilan self i dete ne može da razvije stabilan osećaj sopstvene vrednosti, identiteta i unutrašnje sigurnosti. Posledice

stida na bliske odnose ogledaju se u otežanom uspostavljanju poverenja, strahu od odbacivanja, povlačenju iz međuljudskih odnosa i smanjenom kapacitetu za bliskost i autentičnost u odnosima, što sve zajedno vodi do izolacije i problema u održavanju zdravih i sigurnih odnosa (Dejang, 2022).

Prema psihologiji selfa, stid predstavlja naličje narcizma (Dejang, 2022). Butolo je pisao o posttraumatskom razvoju selfa, sa gubitkom empatije i reaktivnim narcizmom kao mogućim reakcijama traumatizovanog selfa (Vidaković, 2013).

Posttraumatski narcizam se odnosi na narcističke osobine koje nastaju kao reakcija na traumatska iskustva, posebno u ranom detinjstvu. Traumatska iskustva poput zlostavljanja i zanemarivanja mogu poremetiti razvoj stabilnog i zdravog selfa, što dovodi do defanzivnih mehanizama kojima osoba štiti svoj ranjeni identitet. Ovaj oblik narcizma nastaje kao specifična kreativna adaptacija, gde narcistički odbrambeni mehanizmi služe da sačuvaju osećaj kontrole, samovrednosti i integriteta ličnosti. Posttraumatski narcizam karakteriše nestabilnost doživljaja selfa, osećaj praznine, povećana osetljivost na stid i poniženje, kao i teškoće u intimnim odnosima usled straha od ranjivosti. Autor Butolo (Butollo et al, 2017) u svojim radovima ističe da terapijski rad sa posttraumatskim narcizmom zahteva pažljivo obnavljanje sigurnih granica selfa, postupno integrisanje traumatskih iskustava i razvoj sposobnosti za emocionalnu regulaciju i uspostavljanje autentičnih međuljudskih veza.

Ako je osoba tokom i nakon traumatskog događaja iskusila jaku disocijaciju između dela sebe koji doživljava i dela sebe koji posmatra, ta podela može dugo trajati, što dovodi do isključenja iz trenutnog konteksta i otežava osećanje senzacija i emocija. Ovaj fenomen u geštaltu može prorađivati kroz eksperimente gde klijent kroz izjave u prvom licu, koje afirmišu njegov opstanak

i bezbednost (npr. „Siguran sam“, „Preživeo sam“, „Ovde sam i živ sam“), verbalizuje svoje iskustvo i tako ponovo uspostavlja koherentni osećaj selfa. U tom procesu klijent iz perspektive sadašnjeg, preživelog ja može komunicirati sa slikom sebe iz trenutka traume (Butollo et al., 2017).

Korišćenje mehanizma projekcije

Projekcija se dešava onda kada određene delove selfa ne prihvatamo kao svoje, jer nisu kompatibilni sa našim self-konceptom i nesvesno ih projektujemo na drugu osobu. Preciznije, projekcija je stav, crta, osećanje ili način ponašanja koji zapravo pripada našoj ličnosti, ali se ne doživljava kao takva, već se pripisuje objektima ili osobama u sredini i doživljava kao usmerena protiv nas od strane drugih, umesto obrnuto (Joyce & Sills, 2018). Osoba koja projektuje je nesvesna, npr. da odbacuje druge i veruje da je drugi odbacuju.

Kada se radi o kompleksnoj traumi, ovaj mehanizam se veoma često aktivira, jer osoba teško podnosi i integriše intenzivne emocije poput besa, osećanja krivice, nemoći i stida. Takvi sadržaji postaju neprihvatljivi i projektuju se na druge, koji se doživljavaju kao preteći, kritikujući, osuđujući ili odbacujući. Projekcija na taj način osobi služi da održi prividnu unutrašnju stabilnost, ali istovremeno otežava pravi kontakt i produbljuje osećaj izolovanosti. Kod klijenata sa iskustvom kompleksne traume ovakva uverenja su često vrlo bolna, poput „nisam dovoljno dobra“, „ljudi će me sigurno povrediti“ ili „bliskost je opasna“. Unutrašnji osećaj nedovoljnosti može se doživeti kao da drugi misle isto, ili sopstveni bes može izgledati kao da dolazi od drugih. Tako projekcija štiti osobu od preplavljujućih osećanja i čuva sliku o sebi, ali je istovremeno drži zarobljenu u istim obrascima funkcionisanja.

S obzirom na to da je projekcija kokreirana, uvek u takvom klijentovom stavu postoji i zrno istine (Joyce & Sills, 2018). Tokom terapije klijenti lako poveruju svojim projekcijama, jer

se njima najčešće potvrđuje ono u šta već veruju o drugima a to je uglavnom da su opasni, da ih ne vole, da će ih osuditi ili povrediti. Zbog toga se u praksi, prilikom rada sa osobama koje imaju iskustvo kompleksne traume, koriste tehnike identifikacije sa projekcijom (kada se „to“ zameni sa „ja“) ili tehnika prazne stolice, kako bi klijent došao u kontakt sa tim svojim delovima ličnosti (Joyce & Sills, 2018). Kada klijent postane svestan ovog procesa i počne da prihvata ono što jeste, u mogućnosti je da dostigne stabilniji doživljaj selfa. U tom radu važno je da terapeut ostane kreativno indiferentan, kako bi doprineo normalizaciji otuđenih kvaliteta i pomogao da se izbegne javljanje stida, koji je veoma prisutan u radu sa kompleksnom traumom (Joyce & Sills, 2018).

Pored ovih navedenih i detaljno opisanih mehanizama, kod osoba sa kompleksnim PTSP-om često se javlja i čitav spektar psiholoških problema koji dodatno otežavaju njihovu sposobnost za kvalitetne odnose. U istraživanju iz 2013. (Dorahy et al, 2013) pokazano je da je kompleksni PTSP povezan sa problemima u odnosima, kao što su strah od bliskosti i stalna briga o vezama. Ti problemi nisu direktno uzrokovani stidom, ali disocijacija odnosno osećaj odvojenosti od sebe najviše doprinosi strahu i zabrinutosti u odnosima. Zbog tendencije ka izbegavanju stida javlja se strah od uspostavljanja veza. Prema ovom istraživanju, disocijacija je jedan od glavnih simptoma kompleksnog PTSP-a i povezana je sa jačim simptomima, većim stidom kao i povlačenjem iz situacija koje bi mogle da izazovu stid (Dorahy, et al., 2013). U istraživanju istog autora (Dorahy et al, 2009) iz 2009. ističe se da kompleksna trauma može imati ozbiljne i razarajuće posledice po međuljudske odnose ali da to zahteva dodatna istraživanja zbog nedovoljne jasnoće oko toga koji faktor najviše utiče na odnose (Dorahy et al, 2009). U zaključku ovog istraživanja iznosi se da izbegavanje i negiranje simptoma PTSP-a može održavati i pojačavati težinu simptoma kompleksnog PTSP-a kao i da je kompleksni PTSP povezan sa PTSP-om, ali kada je prisutan, treba ga smatrati nadređenom dijagnozom (Dorahy et al, 2009).

Uz to, prisutni su veoma izraženi problemi u regulaciji emocija, strah od napuštanja, intenzivna socijalna anksioznost i povlačenje, koje sprečavaju uspostavljanje sigurnih veza kao i snažni unutrašnji kritičar, koji negira sopstvenu vrednost i doprinosi osećaju beznadežnosti i patnje. Ovi fenomeni zajedno sa ostalim posledicama traume značajno komplikuju proces izgradnje poverenja i intimnosti (Voker, 2024).

Terapijski proces i značajne intervencije

Kada se govori o geštalt terapijskom pristupu u radu sa traumom, autorka Tejlor (Taylor, 2014) naglašava da je vrlo važno pažljivo olabaviti fiksirane geštalt obrasce kako se stanje klijenta ne bi pogoršalo. Klijentima sa ovim iskustvom je potrebna pomoć da reorganizuju fragmentisano i disocirano iskustvo u koherentnu celinu. To zahteva integraciju suprotstavljenih aspekata i razvoj veće unutrašnje fluidnosti i stabilnosti. Trauma značajno utiče na način na koji osoba predstavlja sebe i ulazi u odnose, što je uvek prisutno i u terapijskom odnosu. Klijenti mogu biti uznemireni, povučeni ili emocionalno blokirani, često sa ograničenim kapacitetom za kontakt u sadašnjem trenutku. Terapeut bi u geštalt radu sa traumom trebalo da aktivno učestvuje u kreiranju odnosa, gradeći poverenje i sigurnost, dok istovremeno pažljivo prati projekcije, transfer i kontratransfer. Klijent može doneti traumu u sadašnji trenutak, otvarajući prostor za istraživanje i integraciju. Važan cilj je uspostavljanje stabilnog odnosa koji pomaže klijentu da se uzemlji, poveže sa bolnim emocijama i povрати osećaj celovitosti (Vidaković, 2013).

Džudit Herman (1992) opisuje poznati pristup lečenju kompleksnog PTSP-a u tri faze: Kao prvu fazu kod rada sa ovom temom vidi uspostavljanje sigurnosti. Druga faza predstavlja suočavanje sa traumom u podržavajućim i sigurnim okolnostima, uz terapijske intervencije koje

se koriste i kod klasičnog PTSP-a, dok je treća faza rada usmerena na ponovno povezivanje sa ljudima i društvom.

Neke od ovih faza ističe i autorka Vidaković govoreći o fazama u radu sa traumom iz geštalt pristupa (Buttolo, et al, 2017):

1. Ponovno uspostavljanje samoregulacije i granica traumatizovanog selfa

Na početku rada sa osobama sa traumatskim iskustvima, terapeut podržava fokusiranje na sadašnji trenutak, što pomaže u distanciranju od prošlih trauma. U ovoj fazi su od presudne važnosti poštovanje klijentovih granica i horizontalni, dijaloški odnos koji sprečavaju ponavljanje ranijih povreda i pomažu klijentu da izađe iz uloge bespomoćne žrtve.

2. Ponovno uspostavljanje svesti o kontekstu i kontakt funkcije

U ovoj fazi terapeut radi na svesnosti i koristi tehnike koje podstiču prisutnost i povezivanje sa sadašnjim trenutkom, čime se pomaže u ponovnom ujedinjenju fragmentisanog selfa. Takođe se koriste telesne vežbe, disanje i relaksacija za oslobađanje zarobljene energije, sa posebnim naglaskom na rad sa telom, naročito kod trauma povezanim sa nasiljem.

3. Ponovno suočavanje sa traumom i rad na izbegavanju i granicama

Cilj ove faze je da se zbog dublje obrade traume klijent ponovo susretne sa traumatskim iskustvom, ali sada u bezbednom okruženju uz podršku terapeuta. Kroz vođene tehnike relaksacije, zamišljanja sigurnog mesta i majndfulnes pristupe, uči se kontrolisana izloženost traumatskim iskustvima, što pomaže smanjenju preplavljenosti.

4. Suočavanje sa preplavljujućim negativnim emocijama i mislima – kreiranje kapaciteta za prihvatanje

S obzirom na to da trauma izaziva jake emocije poput tuge, stida, krivice i besa, terapija bi trebalo da podstakne izražavanje i prihvatanje ovih osećanja, pomažući klijentu da ih integriše kao deo sebe bez samokritike.

5. Ponovna izgradnja socijalnog sistema podrške i uključenost u međuljudske odnose

Trauma u mnogome utiče na emocionalnu regulaciju i odnose tako da klijenti često imaju različite teškoće u odnosima na koje obično reaguju povlačenjem. Ipak, podrška porodice, prijatelja i društva od velikog je značaja u procesu oporavka. Terapeut bi trebalo da prati i sopstvene doživljaje i da koristi kontratransfer. Siguran i stabilan terapijski odnos u ovoj fazi rada treba da omogući integraciju nesvesnih tema i prihvatanje sebe i drugih.

6. Transformacija značenja, oslobađanje od traume, integracija i završavanje

U ovoj fazi rada na traumatskim iskustvima, klijenti obnavljaju osnovne stavove o sebi i svetu koji su narušeni traumom. Terapija nije samo proces obrade bola, već i izgradnja vere u sebe i u budućnost. Geštalt pristup pomaže redefinisanju životne priče i pronalaženju novog smisla, koristeći kreativne metode poput pisanja i umetnosti. Integracija znači da klijent vidi život kao povezan kontinuitet, a ne kao fragmente pre i posle traume (Buttolo, et al., 2017).

Specifične faze u tretmanu kompleksne traume

Klasični i kompleksni PTSD su heterogeni poremećaji pa bi prevencija i tretman trebalo da budu prilagođeni toj različitosti (Simon et al., 2019) pri čemu je simptomatologija kompleksnog

PTSP-ja složenija i neophodan je poseban pristup. Za razliku od rada sa traumom koja je nastala posle jednog događaja, gde je često moguće brzo preći iz faze u fazu, kod rada sa kompleksnom traumom uglavnom je neophodno povremeno se vraćati na fazu stabilizacije (Van der Kolk, 2001).

Za razliku od trauma poput saobraćajnih nezgoda ili ratova, zlostavljanje u detinjstvu dešava se kao deo običnog, svakodnevnog života. Iz tog razloga, za osobe koje su bile zlostavljane kao deca, lako se može desiti da u svakodnevnoj komunikaciji, naizgled bezazlena iskustva budu okidači za ogromnu emocionalnu uznemirenost odnosno emocionalne flešbekove. Na takve situacije ih mogu asocirati određeni mirisi, naizgled bezazleni zvuci, način na koji svetlost ulazi kroz prozor ili uobičajeni pokret ili izraz lica druge osobe. Kao posledica toga, rad sa ovakvim klijentima je posebno osetljiv a neretko se dešava da nenamerno budu retraumatizovani od strane svojih terapeuta i da tako bude potvrđena njihova hipoteza o svetu kao opasnom mestu i drugima koji su povređujući (Van der Kolk, 2001).

U radu sa klijentima sa iskustvom kompleksne traume često se primećuje da je proces uspostavljanja poverenja i stabilnog odnosa znatno sporiji u poređenju sa drugim terapijskim procesima. Bez obzira na posvećenost, znanje i trud terapeuta, pravi kontakt i bliskost često izostanu. Nakon rada sa ovim klijentima, kao terapeuti možemo se osetiti neadekvatno, odbačeno ili iscrpljeno. Kada bih kod određenih klijenata u prvim susretima primetila veliki problem u uspostavljanju odnosa i izostanak poverenja, gotovo uvek bi se ispostavilo da se radi o osobama koje su hronično traumatizovane i da ta trauma potiče iz odnosa sa značajnim drugima.

Prilikom rada sa jednom klijentkinjom koja ima ovakvo iskustvo, često sam osećala kako se ljuti i zatvara nakon nekih susreta i preispitivala šta je ono što do toga dovodi. Kroz dalji rad primetila sam pravilnost da se takvo ponašanje uvek javlja nakon intenzivnijih i “dubljih” seansi i

uvidela da je to njen način zaštite jer je u njenom iskustvu svako približavanje opasno. Posle toga, uvek je bilo neophodno određeno vreme stabilizacije i vraćanja poverenja. Kada je ova klijentkinja jednom prilikom u večernjim satima došla na seansu i ušla u prostoriju, postala je vidno uznemirena a nakon toga zatvorena i stegnuta. Kroz razgovor podelila je da je svetlost lampe u uglu i atmosfera u prostoriji predveče podsetila na brojne večeri u njenoj porodici kada je sa bratom slagala lego kocke na podu. Nastavila je da nikada nije volela porodične večeri u svojoj kući jer su se obično završavale nasiljem.

Zbog svega navedenog, faze u radu sa kompleksnim PTSP-jem obuhvataju i neke specifične elemente koje naglašava Van der Kolk (2001). Na ove elemente je važno obratiti pažnju u odnosu na klasični rad sa traumom. Faze u tretmanu kompleksnog PTSP-ja sa kojima je većina stručnjaka koji se bave ovom temom saglasna, obuhvataju sledeće (Van der Kolk, 2001):

1. Upravljanje simptomima

Putem različitih tehnika i intervencija poput korišćenja dijalektičko-bihejvioralne terapije, vežbanja majndfulnessa, treninga otpornosti na stres, kao i kroz korišćenje medikamenata za određene simptome u saradnji sa lekarima, obezbeđuje se smanjivanje telesne preplavljenosti kao osnovni uslov neophodan za terapijski rad.

2. Kreiranje narativa

U ovoj fazi rada stavlja se naglasak na pretvaranje traumatičnog iskustva u reči, koje omogućava da se povрати kapacitet da se poveruje da su mogući drugačiji ishodi događaja, osim traumatičnih. Neizgovorena traumatska iskustva vode ka emocionalnoj izolaciji i zbog toga je

važno da takvo iskustvo bude uvaženo i da klijent doživi da neko može da ga vidi i razume i “izdrži” ono što mu se desilo. Ovo predstavlja prvi korak ka drugima.

3. Osvešćivanje ponavljajućih obrazaca

Vremenom, kako klijenti kroz rad na narativu sve bolje razumeju šta im se dešavalo i kako se osećaju povodom toga, sve više počinju da osvešćuju kako oni sami učestvuju u održavanju određenih nekorisnih mehanizama za borbu sa traumom.

4. Stvaranje veza između unutrašnjih stanja i akcija

U ovoj fazi rada obično je pažnja usmerena na korišćenje maladaptivnih ponašanja poput samopovređivanja, zloupotrebe alkohola i droga, impulsivnog agresivnog i rizičnog seksualnog ponašanja kao načina da se osoba izbori sa specifičnim osećajima i impulsima. Razumevanje tih obrazaca i stvaranje veza između unutrašnjih stanja i samodestruktivnog reagovanja predstavlja suštinu psihodinamske terapije. Ovo razumevanje pomaže i u prepoznavanju određenih senzacija koje se mogu dalje obrađivati.

5. Identifikovanje specifičnih traumatičnih sećanja

U radu sa kompleksnom traumom, previše direktno izlaganje traumatizovanih osoba njihovim potisnutim sećanjima može voditi do preplavljenosti i hipersenzitivnosti i zato bi efikasan tretman trebalo da izbegava potpuno vraćanje u patnju, disocijaciju i bespomoćnost izazvane traumom. Za uspešnost terapije važno je da klijenti razviju mogućnost da budu prisutni u ovde i sada, bez preteranog vraćanja u prošlost koja vodi u disocijaciju i preplavljenost. U ovoj fazi korisni su terapija izlaganjem, EMDR i telesno orjentisan rad.

6. Učenje interpersonalnih veština

Poslednja faza rada je ponovno uspostavljanje odnosa i razvijanje socijalnih veština koje su neophodne za intimnost, što ukazuje na neophodnost postepenog prolaska kroz faze i strpljenje u izgradnji odnosa jer je upravo to ono što u ovakvom radu dolazi na kraju.

Na osnovu svega napisanog, zaključuje se da u slučaju rada sa traumom nastalom posle jednog događaja terapijski proces obično protiče više linearno, tako što se posle faze stabilizacije prelazi na obradu događaja i integraciju iskustva. Kada je reč o kompleksnoj traumi, proces je složeniji i odvija se u ciklusima, jer se sigurnost i poverenje ponovo grade iz seanse u seansu. Kod PTSP-a u fokusu su pre svega simptomi straha i bespomoćnosti i njihova regulacija, dok se kod KPTSP-a javljaju i duboko ukorenjeni osećaji stida i krivice, zbog čega je terapija dosta usmerena i na izgradnju emocionalne regulacije i prihvatanje unutrašnjih doživljaja. Takođe, za razliku od PTSP-a gde se puno pažnje posvećuje samom događaju i ublažavanju simptoma, u radu sa kompleksnom traumom terapijski odnos postaje tema i oblast rada jer je u tom slučaju trauma nastala upravo iz odnosa i narušila kapacitet za poverenje i povezivanje.

S obzirom na sve navedeno, rad sa kompleksnom traumom je proces koji zahteva strpljenje i poštovanje složenosti iskustava klijenta. Pre svega, postupnost ali i terapeutski odnos i sigurnost koju terapeut pruža predstavljaju temelj za transformaciju. Cilj je da se ne samo smanje simptomi već i da klijent stekne stabilan doživljaj selfa, razvije drugačiji narativ, kapacitet za intimnost, autonomiju i veru u budućnost, što predstavlja suštinski deo psihičkog zdravlja i kvaliteta života.

Zaključak

U literaturi se nailazi i na kritike diferenciranja klasičnog PTSP-a i kompleksnog PTSP-a. Autori Kurtoas i Ford (Courtois & Ford, 2009) ukazuju na rizik od mogućeg pojednostavlјivanja kliničke slike kada se pravi oštra razlika između „kompleksnog“ i „klasičnog“ PTSP-a. Postoji opasnost da se takva podela pretvori u rigidnu dihotomiju, koja zanemaruje složenost reakcija na traumatski događaj u različitim kontekstima. Iako neki stručnjaci koriste termin „kompleksni poremećaj usled traumatskog stresa“ radi jasnoće i sistematizacije, ističe se da to ne znači da je tzv. „tradicionalni“ PTSP jednostavan ili manje ozbiljan. Nažalost, pojedini autori prebrzo skliznu u neproduktivnu podelu između „kompleksnog“ i „klasičnog“ PTSP-a, što može dovesti do nedovoljnog uvažavanja individualnih razlika u doživljaju i obradi traume (Courtois & Ford, 2009). Uprkos opasnosti od ovakvog pojednostavlјivanja, važno je razlikovati kompleksni PTSP (KPTSP) i klasični PTSP zbog toga što se značajno razlikuju po svojoj etiologiji, kliničkoj slici, terapijskim potrebama i prognozi. Klasični PTSP ne podrazumeva nužno ponavlјanu traumu i često nastaje nakon jedne, jasno identifikovane traumatske situacije dok KPTSP proizlazi iz ponavlјanih, hroničnih i interpersonalnih trauma najčešće u razvojnim fazama poput zanemarivanja ili zlostavlјanja u detinjstvu. Posledice složene traumatizacije tokom detinjstva obuhvataju teškoće u regulaciji emocija, narušen obrazac afektivne vezanosti, regresiju u ponašanju, hetero i auto agresivnost, teškoće u razvoju kompetencija, izmenjenu sliku sveta, teškoće vezane za doživljaj tela, snažan osećaj krivice i neefikasnosti (Bogdanović, 2022; prema Cook et al., 2003; Van der Kolk, 2005). Nesigurni obrasci afektivne vezanosti sreću se znatno češće među ovom populacijom, kao i disocijativna ispolјavanja. U poređenju sa vršnjacima koji nisu trpeli zlostavlјanje, zlostavlјana deca lošije prepoznaju i ispolјavaju emocije, pokazuju povećanu reaktivnost pri reagovanju na stres i imaju lošije socijalne interakcije. Kontekst u kom

odrastaju zlostavljana deca takav je da izaziva snažne negativne emocije, dok istovremeno ne pruža povoljno okruženje za razvoj odgovarajućih, fleksibilnih strategija za suočavanje sa njima. Ova se deca zato oslanjaju na primitivne strategije koje uključuju agresivnost, disocijaciju i izbegavanje u cilju nošenja sa negativnim emocijama (Bogdanović, 2022; prema Briere, 2002; Cicchetti i Valentino, 2006).

Zbog toga KPTSP zahteva drugačiji psihoterapijski pristup, često duži i orijentisan na ponovno uspostavljanje osećaja sigurnosti i kapaciteta za relaciju, što je geštalt terapiji posebno blisko. Poistovećivanje KPTSP-a sa klasičnim PTSP-om može dovesti do nedovoljno efikasnog lečenja, pogrešnog dijagnostifikovanja i neuspeha i frustracije u terapijskom procesu, kako za klijenta, tako i za terapeuta. Zbog toga jasno razdvajanje ova dva pojma ne mora da znači veštačko pravljenje razlika i umanjivanje ozbiljnosti klasičnog PTSP-a, već omogućava preciznije razumevanje i ciljanu podršku klijentima sa ovakvim iskustvom.

Takođe, iako u literaturi danas postoje stavovi da je prisutan rizik da sva psihopatologija bude redukovana na psihotraumatologiju (Francesetti, 2022), neka istraživanja pokazuju da je među kliničkom populacijom čak dve trećine žrtava kompleksne traume (Bogdanović, 2022; prema Ford, Chapman, Mack & Pearson, 2006). Zbog toga je od izuzetne je važnosti poznavanje ove teme i svih elemenata koje kompleksna trauma obuhvata. Na taj način, klijenti imaju šansu da dobiju celovitiju i adekvatniju podršku u terapijskom radu jer se ne posmatraju samo kroz simptomatologiju već i kroz razumevanje etiologije tih simptoma. Neophodno je i poznavanje PTSP-a ali uz obraćanje posebne pažnje na simptome koji se pojavljuju samo kod kompleksnog PTSP-a, jer je u pitanju najosetljivija populacija koja lako odustaje od terapije i povlači se. Posebno u radu sa traumatizovanim osobama, odnos i proces važniji su od sadržaja i tehnika. Dijalog koji uključuje autentičnu prisutnost terapeuta, prihvatanje i potvrđivanje klijentovog doživljaja,

predstavlja i metodu lečenja i cilj terapije i jedino on može da obezbedi da se u polju između klijenta i terapeuta pojavi poverenje. Ako geštalt terapeut zajedno sa klijentom pažljivo istražuje traumatsko iskustvo i prepreke u njegovoj obradi, koristeći fenomenološki pristup ovde i sada, onda mu može pomoći da stekne distancu od preplavljujućih prošlih iskustava i da se u bezbednom okruženju suoči sa zastrašujućim i bolnim. Geštalt terapija pomaže klijentima da daju nov smisao traumatskom iskustvu, integrišu i zatvore traumu, ponovo izgrade osnovna uverenja o sebi i svetu i razviju nadu za budućnost koja je presudna za isceljenje (Buttolo, et al., 2017).

S obzirom na posledice koje kompleksna trauma ostavlja, posebno značajno i zanimljivo pitanje predstavlja tema transgeneracijskog prenosa kompleksne traume i to je oblast koja zasluži dodatnu pažnju i istraživanje, naročito u kontekstu našeg društva.

Roditelji koji pate od nerazrešene traume na nepredvidive i zastrašujuće načine odgovaraju na detetove potrebe. Ponekad će biti hladni i prazni, nekada napadati u besu a dete ih tada doživljava ili kao opasne ili kao uplašene, što je samo po sebi za dete zastrašujuće (Dejang, 2022).

Kulturološki obrasci vaspitanja, koji su bili prisutni decenijama unazad, često su uključivali elemente emocionalnog zanemarivanja, stroge hijerarhije, nasilnih metoda disciplinovanja i odsustva bazične emocionalne pismenosti, što potencijalno predstavlja plodno tlo za prenos traumatskih iskustava s generacije na generaciju. Razumevanje kako se obrasci kompleksne traume prenose može biti od ključnog značaja za prevenciju i ranu intervenciju. Ova tema je posebno važna u društvima poput našeg gde kolektivna i individualna trauma često ostaju nedovoljno prepoznate, a samim tim i nedovoljno obrađene.

Literatura

American Psychological Association. (2018). *Trauma*. In *APA Dictionary of Psychology*.
<https://dictionary.apa.org/trauma>

Beaumont, H. (1997). Self organization and dialogue. In G. Wheeler & S. Backman (Eds.), *On intimate ground: A Gestalt approach to working with couples*. San Francisco: Jossey Bass.

Bogdanović, A. (2022). *Trauma i mentalno zdravlje mladih: Medijatorska uloga afektivne vezanosti, mentalizacije i disocijacije* (Doktorska disertacija). Filozofski fakultet, Univerzitet u Nišu.

Butollo, W., Roubal, J., & Vidaković, I. (2017). Voditka pro práci s traumatem: inspirace z gestalt terapie. *Psychoterapie: praxe–inspirace–konfrontace*, 11(2), 98–108.

Clarkson, P. (2013). *Gestalt counselling in action* (4th ed.). SAGE Publications Ltd.

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

Dejang, P. (2022). *Stid: Razumevanje i terapija hroničnog stida*. Psihopolis institut.

Dorahy, M. J., Corry, M., Shannon, M., MacSherry, A., Hamilton, G., McRobert, G., ... & Hanna, D. (2009). Complex PTSD, interpersonal trauma and relational consequences: Findings from a treatment-receiving Northern Irish sample. *Journal of Affective Disorders*, 112(1–3), 71–80.

Dorahy, M. J., Corry, M., Shannon, M., Webb, K., McDermott, B., Ryan, M., & Dyer, K. F. (2013). Complex trauma and intimate relationships: The impact of shame, guilt and dissociation. *Journal of Affective Disorders*, 147(1–3), 72–79.

Francesetti, G. (2022). *Fundamentals of phenomenological gestalt psychopathology*. L'exprimerie.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. New York: BasicBooks.

Hycner, R., & Jacobs, L. (1995). *The healing relationship in gestalt therapy: A dialogic/self psychology approach*. Highland, NY: Gestalt Journal Press.

Joyce, P., & Sills, C. (2018). *Skills in Gestalt counselling & psychotherapy* (4th ed.). SAGE

Laurenceau, J. P., Barrett, L. F., & Pietromonaco, P. R. (1998). Intimacy as an interpersonal process: The importance of self-disclosure, partner disclosure, and perceived partner responsiveness in interpersonal exchanges. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1238–1251. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1238>

Lazić, M., & Petrović, N. M. (2020). Povezanost trauma u detinjstvu i nesigurnih stilova afektivnog vezivanja sa ličnim blagostanjem i strahom od sreće. *Psihološka istraživanja*, 23(1), 79–92. <https://doi.org/10.5937/PSISTRA23-24318>

Luxenberg, T., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, Part One: Assessment. Hartford, CT: The National Center for Children Exposed to Violence.

Luxenberg, T., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, Part Two: Treatment. Hartford, CT: The National Center for Children Exposed to Violence.

Melnick, N., & Navis, S. (1997). Diagnosing in the here and now: The experience cycle and DSM IV. *British Gestalt Journal*, 6(2), 97–107.

Miller, M. V. (1995). *Intimate terrorism*. New York: W.W. Norton & Company.

Pecotić, L. (2021). Konfluencija bez straha – intimnost u odnosima koji nas menjaju. Predavanje iz teorije i metodologije geštalt terapije. EAPTI SEB.

Polster, E., & Polster, M. (1973). *Gestalt therapy integrated: Contours of theory and practice*. Vintage.

Radionov, T. (2013). *Geštalt terapija*. Naklada Slap.

Reis, H. T., & Shaver, P. (1988). Intimacy as an interpersonal process. In S. Duck (Ed.), *Handbook of personal relationships*, 367–389. Wiley.

Simon, N., Roberts, N. P., Lewis, C. E., van Gelderen, M. J., & Bisson, J. I. (2019). Associations between perceived social support, posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD): implications for treatment. *European journal of psychotraumatology*, 10(1).

Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.

Taylor, M. (2014). *Trauma therapy and clinical practice: Neuroscience, gestalt and the body*. Open University Press.

Van der Kolk, B. A. (2001). The assessment and treatment of complex PTSD. *Treating trauma survivors with PTSD*, 127-156.

Van der Kolk, B. (2021). *Telo sve beleži: Mozak, um i telo u lečenju traume*. Beograd: Psihološko savetovalište Mozaik.

Vidaković, I. (2013). The power of “moving on”: A Gestalt therapy approach to trauma treatment. In G. Francesetti, M. Gecele, & J. Roubal (Eds.), *Gestalt therapy in clinical practice: From psychopathology to the aesthetics of contact*, 233–244. Franco Angeli.

Voker, P. (2024). *Kompleksni PTSP: Od preživljavanja do procyjetavanja – Vodič i mapa za oporavak od traume iz detinjstva*. Beograd: Psihološko savetovalište Mozaik.

World Health Organization. (2025). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision, Version 2025-01). <https://icd.who.int/>

Yontef, G. (1993). *Awareness, dialogue and process: Essays on gestalt therapy*. New York: The Gestalt Journal Press.

Zinker, Dž. (1998). *U potrazi za dobrom formom: Geštalt terapija sa parovima i porodicama*. GICPress.