

Uloga transgeneracijske traume i neprorađenog žalovanja na psihičku patologiju

Bekić, Lucia

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:231134>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-25**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Lucia Bekić

**Uloga transgeneracijske traume i
neprorađenog žalovanja na psihičku patologiju**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2022.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Klinici za psihijatriju i psihološku medicinu Kliničkog bolničkog centra Zagreb pod vodstvom prof.dr.sc. Darka Marčinka i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2021./2022.

Popis kratica

BPD – granični poremećaj ličnosti (*borderline personality disorder*)

DNK – deoksiribonukleinska kiselina

MIT – metakognitivna interpersonalna terapija (*metacognitive interpersonal therapy*)

MBT – terapija temeljena na mentalizaciji (*mentalization-based treatment*)

PTSP – posttraumatski stresni poremećaj

TSQ – upitnik o transgeneracijskim obrascima ponašanja (*Transgenerational Script Questionnaire*)

SADRŽAJ

Sažetak

Summary

1. Uvod	1
2. Procesi ranog razvoja i njihova uloga u razvoju psihičke patologije	1
2.1. Mentalizacija	2
2.2. Privrženost	3
2.3. Alien self	5
2.4. Disocijacija	5
2.5. Povezanost privrženosti i mentalizacije	6
3. Transgeneracijski prijenos traume	7
3.1. Modeli prijenosa transgeneracijske traume	7
3.2. Epigenetika u transgeneracijskom prijenosu traume	9
3.3. Psihička patologija kao odgovor na neprorađenu traumu	9
4. Žalovanje	14
4.1. Normalno, otežano i patološko žalovanje	15
5. Terapijske mogućnosti u transgeneracijskom prijenosu trauma	16
6. Zaključak	18
7. Zahvale	20
8. Literatura	21
9. Životopis	26

Sažetak

Uloga transgeneracijske traume i neprorađenog žalovanja na psihičku patologiju

Lucia Bekić

Za razumijevanje pozadine pojedinih ponašanja i psihičkih poremećaja, potrebno je vratiti se do korijena, u rane faze djetinjstva kada se kroz odnos s roditeljima razvija privrženost i kapacitet za mentalizaciju. Sveprisutnost traumatskih iskustava, potisnute emocije i neprorađena žalovanja, otežavajući su i rizični čimbenici u tom procesu. Transgeneracijski prijenos traume specifičan je proces u kojem se isprepliću biološki, genetski, obiteljski i socijalni čimbenici. Postojanje zaštitnih čimbenika, promjenjiv i prilagodljiv kapacitet za mentalizaciju, kao i za sve emocije omogućuje nam optimalno reagiranje na stresne situacije. Razumijevanje transgeneracijskih obrazaca ponašanja, aktivno slušanje i poticanje mentalizacije ključni su za uspješan terapijski proces. Uvid u problematiku dio je rješenja, a oprost i ranjivost pružaju priliku za rast i zacjeljivanje.

Ključne riječi: transgeneracijska trauma, žalovanje, mentalizacija, privrženost

Summary

The role of transgenerational trauma and unprocessed mourning on mental pathology

Lucia Bekić

To understand individual behaviour and psychic disorders, we have to understand the roots and early development phases. During these phases, we develop attachment and capacity for mentalisation through relationships with our parents. Omnipresent traumatic experiences, suppressed emotions and unresolved grief are aggravating and risk factors in the process. Transgenerational transfer of trauma is a specific process in which biological, genetic, family and social factors are intertwined. Flexible and adjustable capacity for mentalisation, and all emotions, together with protective factors enable optimal response in stressful situations.

The understanding of transgenerational behaviour patterns, active listening and encouraging mentalisation are critical for a successful therapeutic process.

Exploring the problem is a part of the solution, but forgiveness and vulnerability provide an opportunity for growth and healing.

Key words: transgenerational trauma, grief, mentalisation, attachment

1. Uvod

Svatko od nas tijekom života proživio je različita traumatska iskustva. Za vrijeme tih iskustava, ali i dugo nakon njih, svi smo se na svoj način pokušavali ili se i dalje pokušavamo nositi s njima. Žalovanje i prorada takvih iskustava čine se kao logičan slijed, a iako su i trauma i žalovanje sveprisutni procesi, vrlo su različiti i vrlo osobni za svakoga od nas. Nova realnost je ono neizbježno, ali promišljanje nas često dovodi do raznih pitanja. Kako se razvija kapacitet za žalovanje svake pojedine osobe, možemo li se odmaknuti od genetske komponente svog bića? Utječe li naša obitelj na nas, naš razvoj i sliku sebe? Kako možemo objasniti utjecaj obitelji, gena, okoliša i društva na naše duševno stanje i mogući razvoj patologije?

Biopsihosocijalni model zdravlja uz biološke i socijalne odrednice naglašava i psihičku komponentu osobe, koja često ostaje zaboravljena. Ovaj model omogućuje sveobuhvatan pristup osobi i potpunije razumijevanje procesa u pozadini. Odnos roditelja i djeteta od samog početka definira psihološki razvoj djeteta – interpersonalne veze, razvoj ličnosti, osjećaj sigurnosti i pripadnosti.

2. Procesi ranog razvoja i njihova uloga u razvoju psihičke patologije

Razvoj djeteta *in utero* povezan je s kasnijim razvojem, a na dijete ne utječu samo oni čimbenici koji utječu na majku za vrijeme trudnoće, već i oni prije i nakon nje. Nakon rođenja, dijete je ovisno o okolini (roditelj, skrbnik), ali je sposobno za socijalnu interakciju (1). Dijete uči iz ranih interakcija koje postaju temelj za emocionalne interakcije u budućnosti te gradi odnos sa skrbnikom (najčešće majkom) iz kojeg će se kasnije razviti samostalna osoba. Kvaliteta tog odnosa određuje osnovu temeljne sigurnosti ili nesigurnosti te povjerenja ili nepovjerenja (2).

U razvoju dolazi do interakcije rizičnih i zaštitnih čimbenika uz čimbenike vulnerabilnosti i otpornosti. Rizični čimbenici uključuju biološke, psihosocijalne i sociokulturalne čimbenike, kao i životne situacije. Zaštitni čimbenici i otpornost dolaze iz zaštitničke obiteljske sredine i podržavajućeg okruženja i oni objašnjavaju zašto

djeca koja su izložena vrlo stresnim okolnostima (rizičnim čimbenicima), postaju zrele osobe u odrasloj dobi (bez razvoja poremećaja).

2.1. Mentalizacija

Mentalizacija je proces koji dopušta osobi da nesvjesno (implicitno) ili svjesno (eksplicitno) interpretira svoja i tuđa ponašanja i postupke kao smislene, na temelju mentalnih stanja kao što su želje, osjećaji, potrebe, vjerovanja i razlozi (3). Marčinko (4) navodi kako mentalizacija znači biti svjestan onoga što se događa u našem umu, ali i u umu drugog čovjeka. U procesu mentalizacije potrebno je predvidjeti da osjećaji, razmišljanja i postupci drugih osoba neće biti u skladu s našim viđenjima i osvijestiti to kako bismo mogli donijeti ispravne zaključke. Za dobru mentalizaciju, nužno je biti fleksibilan, kreativan, prepoznati različita gledišta iste situacije i stvarnosti, integrirati ih i razmisliti o mogućnosti dopunjavanja, uključivanja, a ne isključivanja. Mentalizacija se najčešće odvija spontano i koristimo ju u svakoj interakciji. Upravo zato, rad na sebi, razvijanje emocionalne inteligencije i vlastitih kapaciteta, od pomoći je u razvoju vještine mentalizacije. Osim toga, potrebna je zrelost, iskustvo i uvid u svoje psihičko stanje. Navedeno možemo spoznati tek nakon intenzivnog rada na samima sebi. Razvijena vještina dobre mentalizacije od pomoći je u zahtjevnijim životnim situacijama, a ako nam ta vještina nije razvijena, susrest ćemo se s teškoćama u situacijama kad ne budemo spremni biti prilagodljivi i sagledati probleme iz različitih perspektiva. Loša mentalizacija utječe i na razvoj psihičkih poremećaja.

Djetinjstvo ima izrazito važnu ulogu u mentalizaciji, dijete uči kroz odnose s bliskim osobama, a roditelji i njihova zrelost ključan su faktor za zdravo djetinjstvo. Dobar model za učenje djeci pružaju roditelji s visokim stupnjem empatije, a dijete uči i usvaja nova znanja identifikacijskim procesima unutar okoline u kojoj odrasta. Ako dijete odrasta u okolini koja nije podržavajuća i ne pruža dobre primjere, proces učenja je otežan i može rezultirati psihičkim teškoćama u starijoj dobi. Učenje mentalizacije ne prestaje u djetinjstvu pa se tako djeci pruža prilika u starijoj dobi za učenje i osnaživanje vlastitih kapaciteta mentalizacije.

Nezreli oblici mentalizacije (prementalizacijski modeli) uključuju teleološki model, modele pretvaranja i psihičku ekvivalenciju. Smetnje mentalizacije prisutne su i u osoba s psihijatrijskim dijagnozama poremećaja ličnosti, shizofrenije, opsesivno-kompulzivnog poremećaja i drugih.

Teleološki model opisuje prihvaćanje mentalnih stanja samo onda kad su iskazana somatskim reakcijama, preko tijela. Emocije, afekti i mišljenja izražavaju se samo kroz konkretne fizičke radnje.

Psihička ekvivalencija označava neprihvaćanje postojanja razlike između onoga što je u umu osobe i stvarnosti, a interpretacija događaja iz perspektive te osobe promatra se kao jedina i apsolutna istina. Misli i osjećaji percipiraju se kao činjenice, osobe se često osjećaju zarobljene u svom tijelu, pretpostavljaju da se drugi osjećaju kao i oni i inzistiraju da su uvijek u pravu.

Modeli pretvaranja opisuju potpunu odvojenost onoga što je u umu osobe i onoga što se nalazi oko njih, ne postoji povezanost unutarnjeg i vanjskog svijeta. Osjećaji i ideje osobe su reprezentativne i ne mogu se povezati s vanjskim svijetom.

Osobe koje koriste ovaj model ponekad se odvoje od stvarnosti i povlače se u imaginarni svijet kako bi kroz proces disocijacije upravljali svojim afektom.

2.2. Privrženost

Teorija privrženosti koju je opisao Bowlby ukazuje na značaj uspostave bliskosti, povezanosti i privrženosti (2). Primarna funkcija odnosa ranog objekta i djeteta je u osjećaju sigurnosti koje objekt pruža djetetu u okolini koja nije sigurna. Na temelju ranih interakcija između djeteta i osobe koja brine za dijete, razvija se reprezentacija „self-objekt“ (drugi) koja reflektira djetetov doživljaj ponašanja onoga koji za njega brine. U ranom razvoju, djetetov doživljaj *selfa* (u psihoanalitičkoj terminologiji *self* znači 'ja') postaje značajan u kontekstu reakcija roditelja (ili onoga koji brine za dijete) na djetetove izražaje ili namjere (5). U procesu interferencije stvara se reprezentacija

stanja djetetovog uma u osobi koja brine o djetetu. Ta osoba tada reagira na djetetovo ponašanje, a tu reakciju dijete internalizira i kroz tu reprezentaciju stvara centar svog psihološkog *selfa*. U evolucijskom razvoju intersubjektivnog iskustva, izuzetno je važan intermedijarni prostor u kojem dolazi do razvoja mentalizacije. U ranom razvoju, igra je jako važna jer potiče refleksiju, a ona nam omogućuje da vidimo širu sliku sebe. Refleksija nam dopušta da iz metapozicije vidimo značenje naših iskustava.

Ovisno o roditeljskoj reakciji na djetetovo stanje uma, razvit će se jedan od oblika privrženosti: siguran ili nesiguran – ambivalentni, dezorganizirani, izbjegavajući. Specifična ponašanja karakteristična za svaki oblik privrženosti vidljiva su u tranzicijskim fazama djetetovog razvoja, kada dolazi do promjena na više polja (obitelj, škola, društvo).

Sigurni tip privrženosti onaj je u kojem je dijete internaliziralo iskustva od strane brižnog i empatičnog skrbnika, a koja mu daju mogućnost za adekvatan odgovor u stresnim situacijama. Ovaj tip privrženosti omogućuje visoku razinu socijalne fleksibilnosti (4).

Nesigurni tip privrženosti manje je fleksibilan i više rigidan u socijalnim interakcijama, a razvija se kad reakcije skrbnika nisu odgovarajuće i ne pripremaju dijete za adekvatne odgovore na stresne situacije. Ambivalentni tip očituje se u djece koja ne pokazuju interes za socijalne interakcije i imaju teškoće u iskazivanju emocija. Dezorganizirani tip čest je u zanemarivane i zlostavljane djece kojima figura privrženosti stvara dodatani izvor nelagode. Izbjegavajući tip očituje se u agresivnom ponašanju djece kojoj je problem rješavanje konflikata i održavanje socijalnih interakcija. Ova djeca u stresnim situacijama nisu iskusila podršku i smirenje od roditelja i nemaju primjer uspješnog rješavanja stresnih situacija.

Važnost privrženosti u modelu transgeneracijskog prijenosa trauma ističe se jer se smatra kako oni skrbnici koji nisu proradili traumatska iskustva i žalovanje utječu na dezorganizaciju u odnosima sa svojim potomcima (2). Dezorganizirano privrženo ponašanje u djetinjstvu, može napredovati te se očitovati kao teški psihički poremećaj u adolescenciji (6).

2.3. Alien self

Winnicott opisuje situaciju u kojoj dijete koje ne pronalazi projiciranu sliku svog trenutnog stanja te internalizira stanje roditelja (skrbnika) kao dio svog selfa. Dijete tada internalizira iskustvo iskrivljenih karakteristika u *self*, stvara se *alien self* i dolazi do rascjepa u strukturi *selfa*.

Osoba čiji je *self* disociran, sebe ne doživljava jasno i jasnu sliku sebe pokušava stvoriti manipulacijom. Manipulacijom ponašanja druge osobe pokušava postići iluziju da se *alien* dio *selfa* zaista nalazi izvan, a ne unutar *selfa*.

Glavni mehanizam obrane od *alien selfa* upravo su projekcije kojima se pokušava uspostaviti koherentno iskustvo *selfa*. Osobe koje nisu u psihoterapijskom tretmanu konstantno traže nove osobe kako bi eksternalizirali *self* reprezentacije koje im stvaraju nelagodu i teško ih prihvaćaju.

2.4. Disocijacija

Disocijacija je suprotnost refleksivne funkcije odnosno mentalizacije, a ima korijen u nemogućnosti integracije različitih mentalnih sadržaja. Iskustvo djeteta koje u ranom razvoju nije dobro reflektirano, koristi se mehanizmom disocijacije (7).

Disocijacija se može prepoznati kao oštećenje dijaloga, a Dimaggio ju opisuje kroz dva narativna trenda – limitirana naracija i dominantna naracija.

U limitiranoj naraciji primjećuje se isprekidan govor, nezainteresiranost za razumijevanje podloge traume, izbjegavaju se negativni afekti u opisivanju traumatskog iskustva. Važni elementi teškog iskustva izostavljaju se. Dominantna naracija odnosi se na monolog kojim se neke teme naglašavaju, a neke važne, emocionalno teške teme se namjerno isključuju iz sadržaja.

Ako se radi o bolnom iskustvu, Bromberg (8) ističe da se dijelovi *selfa* odcjepljuju od osobnog iskustva intersubjektivnosti i nisu prepoznati kao vlastiti dijelovi *selfa*. Disocirani um onemogućuje dijalog unutar *selfa*, a Bromberg disocirane sadržaje naziva „gostujućim dijelovima *selfa*“.

Osoba koja disocira ima svijest o stimulusima, ima misli i osjećaje, ali ih ne može doživjeti kao takve (7). Fonagy (5) ističe važnost vulnerabilnosti za disocijativna stanja uspostavljena u djetinjstvu u prijenosu specifične traume kroz generacije. U psihoterapiji žrtava traume, vidljiv je fenomen u kojem nerazriješena trauma u jednoj generaciji može dovesti do nezdravog modela privrženosti u drugoj generaciji (5). Važno je prepoznati specifične traume i disocijaciju kako bismo imali uspješan terapijski proces kod ovakvih pacijenata.

2.5. Povezanost privrženosti i mentalizacije

Interakcija djeteta i skrbnika može osnažiti, ali i oštetiti kapacitet djeteta za mentalizaciju. Teorija privrženosti govori o modelima ponašanja koji se javljaju u stanjima stresa i opasnosti. Djetetov kapacitet za mentalizaciju, kao i model privrženosti, faktori su koji utječu na adekvatno reagiranje na pojedine situacije i kao takvi imaju ulogu u razvoju djeteta. Manjak afektivnog odgovora na mentalno stanje djeteta odnosno oslabljen kapacitet za mentalizaciju povećava šansu za razvoj interpersonalne agresije (9). Evolucijski, procesi privrženosti shvaćaju se kao način očuvanja mentalizacije u kontekstu prijetnji iz okoline koje je čovjek doživljavao (10). Fonagy smatra da sigurna privrženost jača mentalizaciju u djeteta, a da je u kasnijem razvoju važno i društveno okruženje. Mentalizacija je ključna za rješavanje kriznih situacija u adolescenciji kad često na vidjelo izlazi dublja problematika prisutna od ranog razvoja.

Neadekvatan model privrženosti i agresivno ponašanje, prema Batemanu i Fonagyju, posljedica su nerazumijevanja interpersonalnih odnosa i nedostatka fleksibilnosti.

Taubner (9) je u svojoj studiji prikazao kako pojedinci koji su imali veći kapacitet za mentalizaciju, a proživjeli su traumatska iskustva, nisu pokazali povećanu agresiju. Stoga je zaključio kako je optimalna mentalizacija zaštitni faktor za razvoj agresivnog ponašanja u adolescenciji.

Dijete koje u razvoju ne dobije optimalnu sliku svojih afektivnih stanja, kasnije u razvoju može pokazati teškoće u razlikovanju stvarnosti od iluzije. To utječe na manipulativnu uporabu afekta i može dovesti do agresije usmjerene prema samom

sebi ili prema drugima. U sigurnom modelu privrženosti veze između svjesnih i nesvjesnih procesa *selfa* su optimalne (8).

Povezanost teorije privrženosti i mentalizacije bila je temelj za razvoj modela mentalizacije u društvu za koji su zaslužni Twemlow, Fonagy i suradnici (11). Svrha ovog modela je poboljšanje odnosa u društvu i stvaranje socijalnih promjena kroz intervencije na razini grupe i pojedinca.

3. Transgeneracijski prijenos traume

Transgeneracijski (intergeneracijski, međugeneracijski, multigeneracijski) prijenos traume pojam je koji se koristi za prijenos traume na iduću generaciju (7). Razlikuju se i pojmovi primarna i sekundarna traumatizacija; primarna traumatizacija javlja se u onih osoba koje su direktno izložene traumi, a sekundarna traumatizacija vidi se u osoba kojima je to iskustvo preneseno.

Transgeneracijskom traumom mogu biti zahvaćeni *self*, afekt, kognitivno i interpersonalno funkcioniranje pa se prijenos traume može sagledati na više razina: vidljivoj i nesvjesnoj razini (12,13).

Na površinskoj (vidljivoj) razini promatraju se ponašanja pojedinih članova obitelji, a nesvjesna razina doživljava često dolazi na vidjelo u psihoterapiji kroz reakcije pojedinih članova na određene situacije.

3.1. Modeli prijenosa transgeneracijske traume

Prema Kellerman (12) nevidljivi prijenos zvučnih, temperaturnih, svjetlosnih i elektromagnetskih valova od izvora do primatelja korelira s nesvjesnim iskustvima koja se prenose s roditelja na djecu putem kompleksnog procesa ekstrasenzorne komunikacije. Nadalje, predlaže četiri teorijska pristupa prijenosa traume: psihodinamski, sociokulturalni, obiteljski i biologijski koje objašnjava na primjeru žrtava holokausta.

Psihodinamski oblik prijenosa traume objašnjen je psihodinamskim teorijama u kojima emocije koje nisu svjesno prorađene u prvoj generaciji, dominantno nesvjesnim

mehanizmima prelaze na iduću generaciju. Druga generacija tada nesvjesno prima potisnute i neprorađene emocije i iskustva predaka. Psihoanalitičke teorije fokusiraju se na nesvjesne i indirektne utjecaje.

Sociokulturalni prijenos traume u socijalnoj psihologiji je poznat i često opisivan kao prijenos društvenih normi i vjerovanja s generacije na generaciju. Socijalnim učenjem i modelom socijalizacije u razvoju prenose se ponašanja, a naglašeni su svjesni i direktni dijelovi odnosa roditelja i djeteta.

Obiteljski oblik prijenosa odnosi se na utjecaj traume jedne generacije, kroz svjesne i nesvjesne mehanizme na obiteljsko funkcioniranje u idućoj generaciji. U obiteljima u kojima su roditelji preživjeli holokaust, dolazi do prevelikog opreza prema djeci, roditelji žive kroz djecu, a djeca proživljavaju traume roditelja i povezanost ponekad prelazi granice. Djeca u takvim obiteljima teško postaju neovisna, ali paradoksalno moraju postati i vlastiti roditelji i brinuti o sebi.

Biološki model prijenosa traume temelji se na pretpostavci da se trauma može prenijeti na isti način kao neke nasljedne bolesti – s jedne na drugu generaciju. Pretpostavlja da postoji genetička i biokemijska predispozicija za etiologiju bolesti, prijenos sklonosti za psihičke poremećaje, crta temperamenta i karaktera. Volkan ovakve traumatizacije opisuje kao prijenos psihološke DNK koja je posađena i raste u личности mlađe generacije kroz odnose s prethodnom generacijom.

Opisani modeli prijenosa traume govore o otežavajućim faktorima za koje se pretpostavlja da povećavaju rizik za razvoj psihopatologije kao rezultat traumatizacije roditelja. Međutim treba uzeti u obzir kako ovi faktori nisu jedini koji utječu na nastanak psihopatologije. U literaturi se opisuju i reparacijski mehanizmi, učinci koji mogu ublažiti traumu i koji omogućuju uspješnije nošenje s nasljedstvom i traumom, bez obzira na povećan rizik. Druga generacija često ne razvije psihopatologiju zbog okoline i čimbenika koji kroz društvo na njih utječu. Socijalizacija u vršnjačkim grupama i podrška izvan obitelji čimbenici su koji snažno utječu na drugu generaciju u obiteljima koje nose traumu.

3.2. Epigenetika u transgeneracijskom prijenosu traume

Epigenetika je znanstvena disciplina koja proučava utjecaj okolišnih faktora na gensku strukturu te mogući prijenos utjecaja tih faktora putem genetskog materijala. Ona istražuje funkcijske promjene u genskoj ekspresiji i fenotipu koje nisu direktno povezane s promjenom DNK sekvence (7). Najbolje proučeni epigenetski mehanizam je DNK metilacija koja označuje dodavanje metilne skupine na molekulu DNK (14). Provedena su istraživanja koja pokazuju promjene u metilaciji molekule DNK kao posljedicu izloženosti traumatskom iskustvu, a rezultati tih istraživanja ističu postojanje prijenosa epigenetskih promjena s roditelja na djecu (15,16,14,17). Epigenetski faktori koji uključuju stres i lošu brigu za dijete u ranoj dobi, mijenjaju metilaciju DNK i potenciraju nepoželjna ponašanja i psihičke teškoće kasnije u razvoju (17). Traumatska iskustva iz rane, ali i starije dobi, rizični su faktor za razvoj disfunkcija u ponašanju i mentalnih poremećaja (18).

3.3. Psihička patologija kao odgovor na neprorađenu traumu

Neprorađena trauma u obiteljskoj dinamici kao i promjena epigenetskih čimbenika pridonosi razvoju psihičke patologije u idućim generacijama. Traume kojima su pojedinci izloženi ponekad su genocid i rat, izvanredne okolnosti za čije je razumijevanje važno uvesti pojam *disaster* medicine. *Disaster* psihijatrija, psihijatrija u kriznim stanjima, fokusira se na prepoznavanje stresora koji takva krizna stanja i katastrofe uzrokuju i psihoterapijske intervencije koje umanjuju stres u izloženih izvanrednim okolnostima.

Utjecaj traumatskih iskustava na pojedince i obitelji opisat ću kroz nekoliko istraživanja koja su kroz primjere rata, genocida i holokausta prikazala i osvijetlila postojanje transgeneracijskih modela prijenosa trauma.

Hrvatska je u prošlom stoljeću imala tri rata (Prvi i Drugi svjetski rat te Domovinski rat), a rat koji trenutno traje u Ukrajini i Rusiji potaknuo je ratnu retraumatizaciju ne samo

kod stanovnika ovih područja već i u stanovnika ostalih zemalja koje su prošle ili prolaze slična traumatska iskustva. Urlič (19) spominje fenomene ponovnog proživljavanja trauma koji se temelje na spoznaji o postojanju tih događaja. Kolektivno traumatsko iskustvo Domovinskog rata ostavilo je posljedice koje vrijeme, čini se, nije uspjelo izliječiti. Najučestalije psihopatološke posljedice izloženosti ratnim traumama su posttraumatski stresni poremećaj, anksioznost, depresija i psihosomatski poremećaj (20). Veterani imaju teškoće u osobnom funkcioniranju i interpersonalnim odnosima, a osim što traumatska iskustva utječu na njihovo roditeljstvo, utječu i na one osobe s kojima su najbližiji, njihove obitelji – horizontalnim prijenosom na supružnike, a vertikalnim na potomke.

Traumatski stres povezan je s promjenama u neurološkom i imunološkom sustavu i kao takav povećava rizik za razvoj bolesti i smanjuje optimalno psihosocijalno funkcioniranje (21). Prijenos traume na sljedeće generacije opisuje se povećanim rizikom od nasilja u obitelji (22), a djeca koja su izložena obiteljskom nasilju mogu razviti posttraumatski stresni poremećaj i imitirati ponašanje roditelja s posttraumatskim stresnim poremećajem (23,24). Djeca veterana odrastaju s izmijenjenim idejama o svojim ulogama u konfliktima, često okrivljuju sebe te imaju problema u emocionalnim odnosima s drugima, a odnosi s objektima često su karakterizirani povlačenjem (25). Suicidalni fenomeni u adolescenciji povezuju se sa sudjelovanjem roditelja u Domovinskom ratu, u dječaka su tendencije eksternalizirajuće, a u djevojčica internalizirajuće (20).

Krenuvši od ranog razvoja, djeca čije majke su bile izložene traumatskim iskustvima i patile od posttraumatskog stresnog poremećaja, imaju veći rizik za probleme s mentalnim zdravljem u starijoj dobi (26,27). Perroud i suradnici (16) istraživali su utjecaj genocida u Ruandi na djecu majki koje su bile trudne za vrijeme genocida, a od kojih je 41% razvilo posttraumatski stresni poremećaj. S obzirom na prethodna istraživanja koja su pokazala da se majčin posttraumatski stresni poremećaj (u odabranim populacijama izbjeglica, ratnih veterana, žrtvi drugih velikih trauma) povezuje s razvojem posttraumatskog stresnog poremećaja u njihovim potomcima (28,29) postavili su pitanje radi li se o epigenetičkim ili biološkim faktorima. Zaključili su kako se interakcijom okolišnih (okruženje koje majka stvara za dijete, način života i

brige o djetetu) i bioloških faktora (promjene u osovini hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda i metilaciji) povećava rizik za razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja u potomaka.

Kwan (30) opisuje osobno iskustvo s obitelji koja je proživjela ratne traume i genocid u Kambodži te u svojoj disertaciji zaključuje kako postoje razlike između iskustava prve i druge generacije – prva generacija proživjela je civilni rat i izbjeglištvo, a druga generacija rođena je u Sjedinjenim Američkim Državama i nisu imali primarno iskustvo s tim traumama roditelja. Bez obzira na to, potomci su razvili kapacitet za identifikaciju tih iskustava te iskusili bol prethodnih generacija, a time postali i nosioci potencijalnih transgeneracijskih rana.

Kellerman (12,13) na primjeru žrtava holokausta koristi integrativni pristup i prikazuje kako se prijenos traumatskih iskustava događa zbog nesvjesno prenesenih emocija roditelja, neadekvatnog roditeljstva, nasljedne sklonosti, upletenosti obitelji ili kombinacije svega navedenoga sa specifičnim olakotnim i otegotnim okolnostima. Ovakav integrativni pristup sugerira da se trauma prenosi interakcijom više čimbenika, uključujući biološku (genetsku) predispoziciju, osobni razvoj, utjecaj obitelji i utjecaj društva.

Sagi-Schwartz i suradnici (31) ispitali su postojanje tercijarne traumatizacije kod žrtava holokausta u čijoj drugoj generaciji nije bilo značajnih znakova traume. Meta-analiza nije dokazala postojanje tercijarne traumatizacije, a ovakav rezultat objašnjava se biopsihosocijalnim modelom stres dijateze (32). Ovaj model fokusira se na tri faktora koja određuju zaštitničke ili rizične čimbenike koji određuju intenzitet i trajanje posttraumatskog stresa: (ne)ponavljajuću izloženost traumatskom događaju, predispozicija ili nedostatak predispozicije za posttraumatski stresni poremećaj i dostupnost ili manjak društvene podrške u nošenju sa traumatskim iskustvima. Većina preživjelih su u godinama prije rata vodili uredne obiteljske živote i bili su sposobni uspostaviti sigurni tip privrženosti sa svojim roditeljima, a kasnije i sa svojom djecom (32).

Opisane izvanredne okolnosti i traumatska iskustva prouzrokovana njima utječu i odnose se ne samo na pojedinca, već i na grupu ljudi kao cjelinu koja je zajedno

proživjela traumatsko iskustvo. Volkan kroz koncept „izabrane traume“ opisuje upravo ta grupna iskustva u kojima svi članovi grupe dijele mentalne reprezentacije vezane uz tragediju koja im se dogodila kao cjelini, a koje se onda prenose na drugu generaciju. U tom kontekstu, važan je kapacitet grupe za žalovanjem, jer ako ni druga generacija ne proradi traumu, ona se prenosi na treću generaciju. Pojam temeljnog identiteta koji je opisao i uveo Erikson, te teorija o organizaciji ličnosti Kernberga poslužile su Volkanu za definiranje identiteta velikih grupa. On naglašava važnost subjektivnog iskustva ljudi koji su vezani zajedničkim karakteristikama na grupnoj razini i objašnjava fenomene prisutne u velikim grupama.

Yehuda i suradnici (33) prikazali su važnost faktora koji utječu na trudnoću prije poroda (*in utero*) kroz razinu kortizola u trudnica koje su preživjele napad na Svjetski trgovački centar i kasnije razvile posttraumatski stresni poremećaj. Utjecaj snižene razine kortizola u majki na dijete, primijećen je vrlo rano u razvoju, a naglašava važnost bioloških faktora koji su na plod utjecali *in utero*. Povezanost između posttraumatskog stresnog poremećaja u majki i razine kortizola u potomaka u ovoj studiji, vrlo je slična onoj istraženoj u žrtava holokausta i njihovih potomaka (34).

Granični poremećaj ličnosti još je jedan primjer poremećaja koji se može razviti kao posljedica traume u djetinjstvu, a koja utječe na epigenomske promjene i modulira ili povećava prezentaciju i simptomatologiju ovog poremećaja (17). Fonagy (35) naglašava kako se za razumijevanje problematike graničnog poremećaja ličnosti moramo vratiti na početak i razmotriti osobni razvoj u kontekstu privrženosti. Manjak sposobnosti stabilne reprezentacije *selfa* od ključne je važnosti za razumijevanje graničnog poremećaja ličnosti. Osobe koje imaju dijagnosticiran granični poremećaj ličnosti imaju neadekvatan kapacitet za reprezentaciju mentalnih stanja i prepoznavanje da su njihove i tuđe reakcije vođene mislima, osjećajima, vjerovanjima i željama. Smanjeni kapacitet posljedica je neadekvatne mentalizacije i ovi pojedinci izuzetno su ranjivi u društvenim okruženjima što ih ponekad dovodi do agresivnosti (prema sebi i drugima) u rješavanju problema.

Arranz i suradnici (17) istražili su povezanost epigenomskih promjena i pojavnosti graničnog poremećaja ličnosti. Pokazali su da promjene u X kromosomu i regulaciji

estrogena utječu na razvoj ovog poremećaja i djelomično opisuju razliku pojavnosti među spolovima. Uz epigenomske promjene, traume u djetinjstvu dodatno povećavaju rizik za razvoj graničnog poremećaja ličnosti.

Proaktivna agresija u osoba s psihopatskim karakteristikama, prikazuje se ovisno o kapacitetu za mentalizaciju. Osobe s nezrelom mentalizacijom pokazuju znakove proaktivne agresije, dok ih osobe s visokim kapacitetom za mentalizaciju ne pokazuju. Mentalizacija je zaštitni čimbenik za razvoj proaktivne agresije, neovisno o psihopatskim karakteristikama i može poslužiti kao ključna točka intervencije u terapijskom procesu (9).

Prethodno navedena agresija prema sebi i drugima, dovodi nas do razmatranja pokušaja suicida kroz model transgeneracijskog prijenosa traume. Osobe čiji članovi obitelji su pokušali suicid, češće razmišljaju o suicidu i češće pokušavaju suicid. Najjači rizični faktor za promišljanje o suicidu i pokušaj suicida, prisutnost je disocijativnog poremećaja identiteta u ispitanika (36). Prisutnost mentalnog poremećaja u roditelja i/ili djece i povijesti suicida u obitelji nisu jedini faktori koji utječu na pokušaj suicida, ali doprinose osjećaju društvene izolacije koja je rizični faktor za suicid.

Uz suicidalna promišljanja često se veže i depresija u kojoj su osobe previše fokusirane na negativne emocije i otežano je optimalno mentaliziranje.

Istražen je i utjecaj stresa u trudnoći kao rizični čimbenik za razvoj shizofrenije u potomaka. Malaspina i suradnici (26) potvrdili su da je povećana incidencija shizofrenije u djece majki koje su za vrijeme trudnoće iskusile traumu (smrt supruga, tugovanje u trudnoći) ili bile izložene toksičnom okruženju.

U literaturi se spominje i utjecaj neprorađenog traumatskog iskustva kao značajnog utjecaja na manifestacije simptoma anoreksije i bulimije. U svom radu s pacijenticama s poremećajima hranjenja, Marčinko (37) ističe kako simptomi anoreksije u pacijentica s kojima je radio dobivaju drugi značaj kad se u obzir uzme obiteljska dinamika. U takvim slučajevima, obiteljska terapija širi granice svjesnosti, a otvaranjem

problematike jasniji su obiteljski odnosi i terapijski proces bolje napreduje. Rey (38) opisuje kako je u oboljelih od anoreksije u podlozi odbacivanja hrane nedostatak separacije između majke i kćeri. Prethodno spomenutu traumu u trudnoći, opisuje i Cavalli (39) kroz primjer utjecaja traume na 3 generacije – trudnica koja je proživjela ratnu traumu i prenijela ju na svoje roditeljstvo, njena kći kojoj je nedostajao kapacitet za sanjarenje i podržavanje svoje kćeri te treća generacija koja se prezentirala simptomima poremećaja hranjenja.

Velik je broj psihičkih patologija koje se mogu prenijeti transgeneracijski, međutim traumatsko iskustvo nije izolirani čimbenik koji jedini uvjetuje mogućnost nastanka poremećaja. Obiteljska iskustva isprepliću se s osobnim iskustvima i socijalnim okruženjem te je važno ove poremećaje i procese promatrati kao cjelinu.

4. Žalovanje

Žalovanje i gubitak sastavni su dijelovi ljudskog života i svaka se osoba s njima susreće tokom života. Jakovljević (7) navodi kako je žalovanje proces koji pomaže da se gubitak, poraz, tuga i žalost prebole ili nadvladaju. Arambašić (40) tugovanje promatra kao uobičajen, prirodni proces koji slijedi nakon gubitka, proces tijekom kojeg moramo pomiriti ono što znamo i doživljaj koji imamo, racionalno i duševno. Mnoge definicije tugovanja u literaturi međusobno se nadopunjuju, a svaka od njih tugovanje definira kao proces (41–45). U praksi nam veliki broj definicija žalovanja omogućava osobniji pristup svakoj osobi koja kroz taj proces prolazi. Iznimno je važno ponovo istaknuti da je žalovanje proces, što znači da traje, da je vrlo osoban, podložan utjecajima okoline i promjenama na osobnoj razini. Tugovanje se, kao i svaki drugi proces, sastoji od nekoliko faza, a u literaturi se tim fazama pristupa kroz različite teorijske pristupe. Opisuju se teorijski modeli potekli iz psihoanalitičke tradicije, modeli koji su kognitivno usmjereni, kao i dvije šire skupine koje uključuju tradicionalne i suvremene modele tugovanja (40).

Prema Elisabeth Kubler Ross (46), autorici koja je među prvima počela govoriti o fazama u procesu žalovanja, proces žalovanja odvija se u pet faza – faza poricanja, faza ljutnje, faza cjenkanja, faza depresije i faza prihvatanja.

Prva faza, faza poricanja obilježena je neprihvatanjem činjenice o gubitku, ova faza dopušta tugujućoj osobi da dozira količinu emocija koje u pojedinom trenutku može procesuirati i da polako počne prihvaćati stvarno stanje. Prihvatanjem činjeničnog stanja, poricanje se smanjuje, ali potisnute emocije izlaze na vidjelo i javlja se ljutnja.

Druga faza je faza ljutnje u kojoj tugujuća osoba pokazuje vrlo intenzivne emocije i zaokupljena je analizom događaja.

U fazi cjenkanja, osoba pokušava odgoditi gubitak, često se javlja i krivnja, napravila bi sve samo da se ne mora suočiti s gubitkom i tugom.

Faza depresije nastupa kad tugujuća osoba više ne može poricati činjenice, tada se može činiti kao da ova faza nikada neće proći, međutim važno je osvijestiti da je ovo samo jedan od koraka cijelog procesa.

Peta faza, faza prihvatanja odnosi se na učenje prihvatanja nove realnosti koja je neizbježna.

Tugujuće osobe ne prolaze nužno kroz navedene faze opisanim redoslijedom, a na pojedine faze, pojedinci se vraćaju tijekom procesa žalovanja, proživljavajući ih više puta.

4.1. Normalno, otežano i patološko žalovanje

Proces tugovanja uobičajen je i prirodan proces, tijekom kojeg većina tugujućih uspije uravnotežiti racionalni i emocionalni dio reakcije na gubitak. Ponekad se u procesu tugovanja javljaju teškoće koje kompliciraju i otežavaju proces tugovanja te mogu dovesti do razvoja duševnog poremećaja. U literaturi se razlikuju pojmovi otežano (komplicirano) žalovanje i patološko žalovanje. Pojam patološkog žalovanja prvi opisuje Freud (47), a ostali stručnjaci koji također koriste pojam patološkog su i sami psihijatri (41,48–50). Većina ostalih stručnjaka koristi pojam otežanog (kompliciranog) žalovanja (40,45,51,52) iako se njihovi kriteriji za postavljanje te definicije razlikuju.

Arambašić (40) opisuje četiri podvrste otežanog tugovanja koja se najčešće spominju u literaturi – kronično tugovanje, odgođeno tugovanje, prikriveno tugovanje i zakočeno tugovanje.

Kronično tugovanje odnosi se na dugotrajne i intenzivne reakcije na gubitak, a tugujući djeluju neprestano preplavljeni tugom i očajem. Svakodnevno funkcioniranje kronično tugujućih na nižoj je razini od one prije gubitka.

Odgođeno tugovanje može se promatrati kao obrambeni mehanizam, ali i kao jako reakciju na gubitak koja se pojavila dosta vremena nakon gubitka. Ovo tugovanje, koje se javlja kad tugujući smatra da je već prebolio bolan događaj može biti zbunjujuće i teško.

Prikriveno tugovanje uključuje simptome i reakcije tugovanja koje tugujuća osoba ne povezuje s gubitkom. Često se ovakvo tugovanje javlja zbog društvenih i kulturalnih normi koje stigmatiziraju i zabranjuju reakciju na gubitak.

Zakočeno tugovanje ima dva oblika, prvi oblik je proces tugovanja koji se prema okolini pokazuje kao slabiji nego što ga tugujuća osoba proživljava. Osoba se suzdržava i skriva dio svojih reakcija. Drugi oblik je onaj u kojem tugujuća osoba zaustavlja proces žalovanja i prema okolini pokazuje prilagodbu na gubitak. Ovakvo žalovanje često kasnije dovodi do ponovne pojave reakcije na gubitak.

5. Terapijske mogućnosti u transgeneracijskom prijenosu trauma

Iako su odnosi u obitelji ponekad dominantno prožeti traumatskim iskustvima, potrebno je osvijetliti i ona zdrava iskustva i potencijale pojedinih ličnosti. Zaštitni, reparatorni mehanizmi, objašnjavaju mogućnost pobjede libidnih faktora nad faktorima agresije, gdje unatoč traumi, pojedinci mogu ostvariti svoje potencijale i napredovati (7).

Temelj terapijskog odnosa bazira se na aktivnom slušanju, a u komunikaciji s pacijentima važno je odrediti tehniku, taktiku i strategiju koje su u međuodnosu. Zanimljivo je kako 55 % komunikacije odlazi na neverbalnu komunikaciju. U interakciji s pacijentom isprepliću se interpersonalna i intrapsihička dimenzija, kao i biopsihosocijalne odrednice svake osobe.

U terapijskom procesu važno je prepoznati specifične traume i disocijaciju, a ključ uspješnog terapijskog procesa temelji se na refleksiji koja nam dopušta da iz metapozicije sagledamo značenje naših iskustava. Terapeut kod pacijenata

zahvaćenih transgeneracijskim prijenosom traume mora biti svjestan da za te osobe postoji i osjećaj nepoznatog (za prethodne obiteljske traume) te bi trebao biti fleksibilan s takvim pacijentima interpretirati i prethodne obiteljske traume, a ne samo ovu trenutnu.

Terapijski koncept temeljen na mentalizaciji (*mentalization-based treatment*, MBT) opisali su Bateman i Fonagy u radu s pacijentima s graničnim poremećajem ličnosti (*borderline personality disorder*, BPD). Ovaj pristup opisuju kao izgradnju privrženosti i reprezentaciju osjećaja i misli, kao originalnu kombinaciju razvojnih procesa koji su prisutni kod svakog čovjeka. Iako osmišljen za pacijente s BPD-om, koristi se kod različitih vrsta psihičkih poremećaja. Glavni ciljevi terapije bazirane na mentalizaciji su poticanje implicitne (nesvjesne, intuitivne) i eksplicitne (svjesne, refleksivne) mentalizacije te poboljšanje afektivne mentalizacije i regulacije (4).

Poboljšanje mentalizacije cilj je i metakognitivne interpersonalne terapije (*metacognitive interpersonal therapy*, MIT) koja se primjenjuje kod pacijenata s tipom C poremećaja ličnosti.

Skočić Hanžek (2) navodi kako svaki psihoterapijski pravac poboljšava kapacitet za mentalizaciju kroz odnos s terapeutom i aktivaciju sustava privrženosti. U psihoterapiji je potrebno poticati mentalizaciju, a naglasak treba biti na intervencijama fokusiranim na afekt. Terapeut treba pokušati razumjeti pacijentov um kroz jednostavne i razumljive intervencije. Psihoterapija utječe na um i pruža nova iskustva, nove doživljaje misli, osjećaja i prorade prošlih iskustava.

Gayol (53) u obiteljskom i individualnom psihoterapijskom tretmanu koristi *Transgenerational Script Questionnaire (TSQ)* koji se pokazao korisnim za osvješćivanje unutarnjih i vanjskih obiteljskih sistema i transgeneracijskih uzoraka, a koristan je i za planiranje terapijskog procesa. Ona ističe važnost odnosa sa samim sobom, jer kroz unutarnje dijaloge postajemo svjesni svojih vjerovanja i osjećaja. Svojih predaka možemo se sjećati i prihvaćati ih, tek kad razumijemo da su, bez obzira na teške situacije kroz koje su prolazili, dali sve od sebe u pojedinom trenutku. Tada se od njih oslobađamo i dajemo si dopuštenje da se razvijemo izvan zadanih okvira.

Urlić (7) ističe kako sam uvid ne može razriješiti problem stvoren nepravdom već da je rješenje oprost. Stav opraštanja omogućava odvijanje procesa pomirenja u odnosu na samog sebe i drugog.

Oснаživanjem pojedinca dajemo mu mogućnost da spozna svoju unutarnju snagu, adekvatno izražava osjećaje i optimalnije reagira u pojedinim stresnim situacijama. Ono što je za pacijenta od najvećeg značaja je upravo iskustvo terapijskog odnosa, kontakt koji je lječidben i nosi sigurnost.

6. Zaključak

Rani razvoj i interakcije, privrženost i mentalizacija uče nas reagiranju na stresne životne situacije, a važni su i za razumijevanje mogućnosti prijenosa traume kroz generacije.

Odnos roditelja (skrbnika) i djeteta temelj je za razvoj privrženosti i odnosa self-objekt (drugi) koji pruža sigurnost. Ovisno o kvaliteti odnosa, može nastati siguran ili nesiguran tip privrženosti koji će utjecati i na sposobnost mentaliziranja. Siguran tip privrženosti uvjet je za razvoj adekvatne mentalizacije, dok se kroz nesiguran tip privrženosti ta vještina ne razvija adekvatno. Mentalizacija kao takva omogućava sagledavanje svojih i tuđih ponašanja kao smislenih, a korisna je u kompleksnim životnim situacijama gdje je potrebna prilagodljivost. Loša mentalizacija rizični je čimbenik za razvoj psihičkih poremećaja. Nemogućnost integracije mentalnih sadržaja, odnosno disocijacija, suprotna je mentalizaciji. Disocijacija je stanje koje je potrebno prepoznati kako bi se na nju aktivno moglo djelovati terapijskim procesom.

Prijenos traume opisuje se kroz četiri teorijska pristupa: psihodinamski, sociokulturalni, obiteljski i biologijski. U razmatranju prijenosa traume važna je i epigenetika koja proučava utjecaj okolišnih faktora na gensku strukturu. Naslijeđe i psihosocijalni čimbenici obično djeluju zajedno na povećanje ili smanjenje osjetljivosti za prijenos traume. Na prijenos traumatskih iskustava utječe veliki broj međusobno isprepletenih čimbenika, uključujući nasljednu predispoziciju (biologijski/genetski čimbenici), individualni razvoj, utjecaj obitelji (obiteljski čimbenici), utjecaj okoliša i

društva (socijalni čimbenici). Čini se kako je biološka (genetska, nasljedna) predispozicija nužna, ali ne i dovoljna za prijenos traume.

Iako navedeni čimbenici povećavaju rizik za nastanak određene psihopatologije, postoje i oni čimbenici koji taj rizik umanjuju. Niti jedan od navedenih čimbenika izoliran ne može proizvesti traumatsko iskustvo.

Kapacitet pojedinca za reagiranje u stresnim situacijama i nošenje s teretom prvenstveno je određen ranim razvojem i odnosom s roditeljem (skrbnikom), ali on je i adaptivan i podložan promjeni.

Za uspješan terapijski proces važno je aktivno slušanje, uspostava terapijskog saveza i refleksija koja nam omogućava sagledavanje iskustava iz „pozicije trećega“. Terapijski koncept temeljen na mentalizaciji (MBT) i metakognitivna interpersonalna terapija (MIT) neke su od terapija koje se primjenjuju za poticanje mentalizacije. Rješenje problema ne leži samo u uvidu, već u intenzivnom radu na sebi i oprost.

Transgeneracijska traumatska iskustva prožimaju sadašnjost i budućnost s prošlosti i kao takva, utječu na obiteljsku i osobnu dinamiku.

Oprost, duhovni procesi, psihoterapija i nova iskustva (osobna, obiteljska, socijalna) omogućuju odmak od traumatskog iskustva (7). Upravo u toj mogućnosti leži poticaj svima onima koji se nose s traumatskim iskustvom da si dopuste biti ranjivi kako bi spoznali veličinu svoje unutarnje snage i zacijelili.

„Bez patnje i smrti ljudski život ne može biti potpun. Način na koji čovjek prihvaća sudbinu i svu patnju koju ona donosi sa sobom, način na koji nosi svoj križ, pruža mu golemu priliku – čak i u najtežim okolnostima – da svojem životu da dublje značenje.“

Viktor Frankl

7. Zahvale

Veliko hvala prof.dr.sc. Darku Marčinku na pruženoj prilici, uloženom trudu i stručnom vodstvu koje mi je pružio za vrijeme studija i prilikom izrade ovog diplomskog rada.

Hvala članovima komisije prof.dr.sc. Mileni Skočić Hanžek i prof.dr.sc. Draženu Begiću na vremenu uloženom za čitanje i ocjenjivanje ovog rada.

Najveće hvala mojim roditeljima, Ingi i Bruni, na svemu što su mi omogućili, na razumijevanju, podršci i strpljenju. Vi najbolje znate da ovaj put nije bio lagan, ali ste bezuvjetno stajali uz mene i na tome sam vam zauvijek zahvalna.

Mama i tata, hvala vam i na onom najvažnijem, što ste me naučili da prvenstveno moram biti dobar čovjek i usadili mi ispravne vrijednosti. Hvala i na svim životnim lekcijama za koje nisam mogla imati bolji primjer od vas.

Od srca hvala Antonu i Mariji, ostalim članovima obitelji, kumovima, prijateljima, kolegama i svima koji su na bilo koji način bili suputnici na ovom mom putovanju. Od svakoga od vas nešto sam naučila, utkali ste dio sebe u moj put i na tome sam vam zahvalna. Svatko od vas obogatio je mozaik mog života i učinio me potpunijom osobom.

I na kraju, hvala mom suprugu i najboljem prijatelju Sebastijanu na svim zajedničkim avanturama. Hvala ti što bezuvjetno vjeruješ u mene i moje potencijale, ohrabruješ me i nasmijavaš. Hvala ti što znaš kad treba unijeti mir, a kad nemir u moj svijet; za svu ljubav, razumijevanje, utjehu i zabavu koje si mi pružio na ovom putu (i više od toga). S tobom je sve lakše, hvala ti što si to što jesi.

Ovaj rad s ljubavlju posvećujem svima vama uz koje mogu sve.

8. Literatura

1. Begić D, Jukić V, Medved V. (ur.) Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
2. Marčinko D, Rudan V i suradnici. Psihoanalitički modeli komunikacije u vremenu brzih promjena. Zagreb: Medicinska naklada; 2016.
3. Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. *J Personal Disord.* 2004;18(1):36-51.
4. Rudan V, Marčinko D. Od nasilja do dijaloga. Zagreb: Medicinska naklada, 2014.
5. Fonagy P. The transgenerational transmission of holocaust trauma: Lessons learned from the analysis of an adolescent with obsessive-compulsive disorder. *Attach Hum Dev.* 1999 Apr;1(1):92-114.
6. Lyons-Ruth K. Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: the role of disorganized early attachment patterns. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64(1):64.
7. Rudan V, Marčinko D. Žalovanje. Zagreb: Medicinska naklada, 2014.
8. Bromberg PM. One need not be a house to be haunted: On enactment, dissociation, and the dread of “not-me”—A case study. *Psychoanal Dialogues.* 2003;13(5):689-709.
9. Taubner S, White LO, Zimmermann J, Fonagy P, Nolte T. Attachment-related mentalization moderates the relationship between psychopathic traits and proactive aggression in adolescence. *J Abnorm Child Psychol.* 2013;41(6):929-38.
10. Liotti G, Gilbert P. Mentalizing, motivation, and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychol Psychother Theory Res Pract.* 2011;84(1):9-25.
11. Twemlow SW, Fonagy P, Sacco FC. A developmental approach to mentalizing communities: II. The Peaceful Schools experiment. *Bull Menninger Clin.* 2005;69(4):282-304.

12. Kellermann NP. Transmission of Holocaust trauma-An integrative view. *Psychiatry Interpers Biol Process*. 2001;64(3):256-67.
13. Kellermann NP. Diagnosis of Holocaust survivors and their children. *Isr J Psychiatry*. 1999;36(1):55.
14. Youssef N, Lockwood L, Su S, Hao G, Rutten B. The Effects of Trauma, with or without PTSD, on the Transgenerational DNA Methylation Alterations in Human Offsprings. *Brain Sci*. 2018 May 8;8(5):83.
15. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003;301(5631):386-9.
16. Perroud N, Rutembesa E, Paoloni-Giacobino A, Mutabaruka J, Mutesa L, Stenz L, et al. The Tutsi genocide and transgenerational transmission of maternal stress: epigenetics and biology of the HPA axis. *World J Biol Psychiatry*. 2014 May;15(4):334-45.
17. Arranz MJ, Gallego-Fabrega C, Martín-Blanco A, Soler J, Elices M, Dominguez-Clavé E, et al. A genome-wide methylation study reveals X chromosome and childhood trauma methylation alterations associated with borderline personality disorder. *Transl Psychiatry*. 2021 Jun;11(1):5.
18. Jawaid A, Roszkowski M, Mansuy IM. Transgenerational Epigenetics of Traumatic Stress. In: *Progress in Molecular Biology and Translational Science* [Internet]. Elsevier; 2018 [cited 2022 May 18]. p. 273-98. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S187711731830053X>
19. Urlić I. Trauma and Reparation, Mourning and Forgiveness: The Healing Potential of the Group. *Group Anal*. 2004 Dec;37(4):453-71.
20. Marčinko D i suradnici. *Suicidologija*. Zagreb: Medicinska naklada, 2011.
21. Ramo-Fernández L, Schneider A, Wilker S, Kolassa IT. Epigenetic Alterations Associated with War Trauma and Childhood Maltreatment: Epigenetics of trauma and violence. *Behav Sci Law*. 2015 Oct;33(5):701-21.

22. Taft CT, Pless AP, Stalans LJ, Koenen KC, King LA, King DW. Risk factors for partner violence among a national sample of combat veterans. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(1):151.
23. Cosgrove L, Brady ME, Peck P. PTSD and the family: Secondary traumatization. *Leg Vietnam Veterans Their Fam Surviv War Catal Change*. 1995;38-49.
24. Vickerman KA, Margolin G. Posttraumatic stress in children and adolescents exposed to family violence: II. Treatment. *Prof Psychol Res Pract*. 2007;38(6):620.
25. Pearrow M, Cosgrove L. The Aftermath of Combat-Related PTSD: Toward an Understanding of Transgenerational Trauma. *Commun Disord Q*. 2009 Feb;30(2):77–82.
26. Malaspina D, Corcoran C, Kleinhaus K, Perrin M, Fennig S, Nahon D, et al. Acute maternal stress in pregnancy and schizophrenia in offspring: a cohort prospective study. *BMC Psychiatry*. 2008;8(1):1-9.
27. Brand SR, Schechter JC, Hammen CL, Brocque RL, Brennan PA. Do adolescent offspring of women with PTSD experience higher levels of chronic and episodic stress? *J Trauma Stress*. 2011;24(4):399-404.
28. Yehuda R, Bierer LM. Transgenerational transmission of cortisol and PTSD risk. *Prog Brain Res*. 2007;167:121-35.
29. Roberts AL, Galea S, Austin SB, Cerda M, Wright RJ, Rich-Edwards JW, et al. Posttraumatic stress disorder across two generations: concordance and mechanisms in a population-based sample. *Biol Psychiatry*. 2012;72(6):505-11.
30. Kwan YY. Encountering memory and trauma: Transgenerational transmission of trauma in Cambodian Americans. University of California Santa Cruz; 2015.
31. Sagi-Schwartz A, Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Does intergenerational transmission of trauma skip a generation? No meta-analytic evidence for tertiary traumatization with third generation of Holocaust survivors. *Attach Hum Dev*. 2008;10(2):105-21.

32. Paris J. Predispositions, personality traits, and posttraumatic stress disorder. *Harv Rev Psychiatry*. 2000;8(4):175-83.
33. Yehuda R, Engel SM, Brand SR, Seckl J, Marcus SM, Berkowitz GS. Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005;90(7):4115-8.
34. Yehuda R, Halligan SL, Bierer LM. Cortisol levels in adult offspring of Holocaust survivors: relation to PTSD symptom severity in the parent and child. *Psychoneuroendocrinology*. 2002;27(1–2):171-80.
35. Fonagy P, Target M, Gergely G, Allen JG, Bateman AW. The Developmental Roots of Borderline Personality Disorder in Early Attachment Relationships: A Theory and Some Evidence. *Psychoanal Inq*. 2003 Jul 11;23(3):412-59.
36. Sorenson SB, Rutter CM. Transgenerational Patterns of Suicide Attempt. :6.
37. Marčinko D, i suradnici. Poremećaji hranjenja - od razumijevanja do liječenja. Medicinska naklada; 2013.
38. Rey H, Magagna JE. Universals of psychoanalysis in the treatment of psychotic and borderline states: Factors of space-time and language. Free Association Books; 1994.
39. Cavalli A. Transgenerational transmission of indigestible facts: from trauma, deadly ghosts and mental voids to meaning-making interpretations. *J Anal Psychol*. 2012;57(5):597-614.
40. Arambašić L. Gubitak, tugovanje, podrška. 2. izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2008.
41. Bowlby J. Attachment and loss: Retrospect and prospect. *Am J Orthopsychiatry*. 1982;52(4):664-78.
42. Payne S. Loss and bereavement. McGraw-Hill Education (UK); 1999.
43. Ward B. Healing Grief: A Guide to Loss and Recovery. Vermilion; 1993.

44. Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe WE, Schut HE. Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care. American Psychological Association; 2001.
45. Worden JW. Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. Springer publishing Company; 2018.
46. Kubler-Ross E. On Death and Dying New York: Macmillan, 1969.
47. Freud S. Mourning and melancholia. In: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works. 1957. p. 237-58.
48. Humphrey GM, Zimpfer DG. Counselling for grief and bereavement. Sage; 2007.
49. Parkes CM. Coping with loss: Bereavement in adult life. *Bmj*. 1998;316(7134):856-9.
50. Horowitz MJ. Psychological response to serious life events. *Hum Stress Cogn*. 1979;
51. Rando TA. Treatment of complicated mourning. Research Press; 1993.
52. Cutcliffe JR. Hope, counselling and complicated bereavement reactions. *J Adv Nurs*. 1998;28(4):754-61.
53. Gayol GN. Untangling the Family Tree: Using the Transgenerational Script Questionnaire in the Psychotherapy of Transgenerational Trauma. *Trans Anal J*. 2019 Oct 2;49(4):279-91.

9. Životopis

Rođena sam 06.05.1995. u Karlovcu gdje sam završila osnovnu školu i prirodoslovno-matematičku gimnaziju. Za vrijeme srednjoškolskog obrazovanja sudjelujem u radu Vijeća učenika te 2013. i 2014. predstavljam Hrvatsku u Europskom parlamentu u Strasbourgu u projektu *Euroscola*.

Upisujem Medicinski fakultet u Sveučilišta u Zagrebu, a od početka studija aktivna sam u Međunarodnoj udruzi studenata medicine Hrvatska (CroMSIC) kao volonter, a kasnije i kao dio vodstva. Od 2017.-2020. član sam vodstva Odbora za razmjene u kojem vršim dužnosti asistentice lokalnog dužnosnika za razmjene, lokalne dužnosnice za razmjene i Nacionalne dužnosnice za dolazne razmjene. Moj interes za područje javnog zdravstva i mentalnog zdravlja raste te se 2018. uključujem u projekt „Promicanje mentalnog zdravlja – Pogled u sebe“. Projekt „Pogled u sebe“ provodi se u suradnji s Gradskim uredom za zdravstvo Grada Zagreba, Domom zdravlja Zagreb-Zapad i Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu. Predsjednica sam studentskog organizacijskog odbora simpozija „Mladi i mentalno zdravlje: Slušam te“ 2018. te u projektu sudjelujem kao vršnjački edukator i provodim radionice u srednjim školama. Aktivno sudjelujem u radu projekta kao jedan od koordinatora i u kolovozu 2020. godine postajem Nacionalna koordinatorica projekta. Sudjelujem u brojnim javnozdravstvenim akcijama i promičem mentalno zdravlje u suradnji s kolegama.

Kako bih unaprijedila svoje znanje i praktične vještine, u kolovozu 2019. pohađam stručnu praksu na odjelu otorinolaringologije u *Aberdeen Royal Infirmary* u Škotskoj. Aktivno sudjelujem na brojnim međunarodnim i stručnim kongresima i simpozijima. Dobitnica sam Rektorove nagrade za društveno koristan rad u akademskoj i široj zajednici za akademsku godinu 2018./2019.