

# Psihološki aspekti modifikacije izgleda tijela

---

Rončević, Lucija

Master's thesis / Diplomski rad

2021

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:105:240676>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-21**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Lucija Rončević

# **Psihološki aspekti modifikacije izgleda tijela**

**Diplomski rad**



**Zagreb 2021.**

Ovaj diplomski rad izrađen je na Klinici za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, pod vodstvom mentorice prof.dr.sc. Milene Skočić Hanžek, prim. i predan je na ocjenjivanje u akademskoj godini 2020./2021.

## **POPIS KRATICA:**

AAI – intervju privrženosti u odraslih (*engl. adult attachment intervju*)

ADHD – poremećaj pažnje s hiperaktivnošću (*engl. Attention deficit hyperactivity disorder*)

AN – anoreksija nervoza(*engl. anorexia nervosa*)

APL – antisocijalni poremećaj ličnosti

BDD – tjelesni dismorfni poremećaj(*engl, Body Dismorphic Disorder*)

DBT – dijalektička bihevioralna terapija

DSM-III –Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 3. izdanje (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3. edition*)

DSM-IV –Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 4. izdanje (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. edition*)

DSM-5– Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 5. izdanje (*engl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. edition*)

GPL – granični poremećaj ličnosti

HPL –histrionski poremećaj ličnosti

MFT –mentalizacijski fokusirana terapija

NPL – narcistični poremećaj ličnosti

OKP– opsesivno-kompulzivni poremećaj

PTSP – posttraumatski stresni poremećaj

SIPPS – selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

TFP – transferno fokusirana psihoterapija

## SADRŽAJ

Sažetak

Summary

1. UVOD .....	1
2. TJELESNI DISMORFNI POREMEĆAJ .....	2
3. POREMEĆAJI LIČNOSTI KOJE PRATE PRETJERANE TJELESNE MODIFIKACIJE .....	4
3.1. Narcistični poremećaj ličnosti .....	4
3.2. Histrionski poremećaj ličnosti .....	5
3.3. Granični poremećaj ličnosti.....	7
3.4. Antisocijalni poremećaj ličnosti.....	8
4. PSIHODINAMSKE TEORIJE VEZANE ZA RAZUMIJEVANJE PSIHIČKIH POREMEĆAJA SKLONIH MODIFIKACIJAMA .....	10
4.1. Teorija objektnih odnosa .....	10
4.2. Teorija narcizma po Kohutu .....	12
4.3. Otto Kernberg i teorija narcizma .....	14
4.4. Teorija privrženosti .....	15
5. PSIHOTERAPIJA U LIJEČENJU POREMEĆAJA LIČNOSTI .....	18
6. ZAKLJUČAK .....	21
7. ZAHVALA .....	22
8. LITERATURA .....	23
9. ŽIVOTOPIS .....	26

## SAŽETAK

### **Psihološki aspekti modifikacije izgleda tijela**

Tjelesno modificiranje definira se kao postupak koji relativno trajno i namjerno mijenja izgled i formu tijela. Osim modifikacija putem kirurških zahvata, ovdje ubrajamo i tetoviranje, piercing, stvaranje ožiljaka, genitalno sakaćenje te kozmetičke intervencije poput botoxa i hijaluronskih filera.

Iako su kroz početak razvoja civilizacije tetoviranje i piercinzi bili oblik obilježavanja pripadnosti određenoj skupini, danas isti imaju drugačiju svrhu. Mediji uvelike promoviraju praktički nedostižni oblik tijela i potiču pojedince da kroz dijetetske mjere, rigorozni režim tjelovježbe, pa onda i kroz estetske zahvate postignu ideal ljepote. Pojedinci koji su psihološki osjetljiviji podložniji su i skloniji „popravljanju svoje samopouzdanje i raspoloženje” kroz intervencije što se tiču tjelesnog izgleda.

Fokus ovog rada je kroz psihodinamsku teoriju promotriti potrebu za modifikacijama tijela. Namjera nije generalizacija, s obzirom na raširenost tjelesnih modifikacija danas, ali treba imati na umu (posebno u kontekstu medicinske struke) da psihički vulnerabilne osobe i osobe s psihičkim poremećajima češće traže olakšanje psihičke patnje kroz navedene estetske i kozmetičke zahvate. Od psihičkih poremećaja u kojima postoji sklonost modifikaciji vanjskog izgleda ovdje opisujem i izdvajam tjelesni dismorfni poremećaj, antisocijalni, histrionski, borderline i narcistični poremećaj ličnosti. Jedna od zajedničkih karakteristika navedenim poremećajima jest aleksitimija – nesposobnost verbalizacije osjećaja i potreba iskazivanja istih kroz tijelo. Zbog traumatskih iskustava ili zanemarivanja u ranoj životnoj dobi, osobe nikada ne nauče raspoznavati svoja osjećajna stanja i nemaju kapacitet sami se umiriti. Često onda kroz tijelo postižu smirenje, odnosno kroz vanjsku promjenu postižu promjenu na razini osjećaja (iznutra).

Osim psihofarmakoterapije koja može pomoći u ublažavanju poremećaja raspoloženja i anksioznosti, ovi pojedinci mogu imati velike koristi od psihoterapije. Također, važno ih je u kontekstu opće medicine i estetske kirurgije prepoznati, da bi se na vrijeme spriječilo pretjerivanje sa zahvatima koji ne donose olakšanje psihičke boli, te ih usmjeriti u pravcu psihološke pomoći.

Ključne riječi: psihodinamska teorija, tjelesni dismorfni poremećaj, antisocijalni poremećaj ličnosti, histrionski poremećaj ličnosti, borderline poremećaj ličnosti, narcistični poremećaj ličnosti, aleksitimija, psihofarmakoterapija

## **SUMMARY**

### **Psychological aspects of body modification**

Body modification is defined as a procedure that relatively permanently and intentionally changes the appearance and shape of the body. In addition to modifications through surgery, we also include tattooing, piercing, scarring, genital mutilation, and cosmetic interventions such as botox and hyaluronic fillers.

Although through the beginning of the development of civilization, tattoos and piercings were a form of marking belonging to a certain group, today they have a different purpose. The media greatly promotes the practically unattainable body shape and encourages individuals to achieve the ideal of beauty through dietary measures, a rigorous exercise regime, and then through aesthetic procedures. Individuals who are more psychologically sensitive are more susceptible and more inclined to “improve their self-confidence and mood” through interventions regarding physical appearance.

The focus of this paper is to observe the need for body modifications through psychodynamic theory. The intention is not generalization, given the prevalence of body modifications today, but it should be kept in mind (especially in the context of the medical profession) that mentally vulnerable people and people with mental disorders more often seek relief from mental suffering through these aesthetic and cosmetic procedures. Out of the mental disorders in which there is a tendency to modify external appearance, I describe physical dysmorphic disorder, antisocial, histrionic, borderline, and narcissistic personality disorder. One of the common characteristics of these disorders is alexithymia - the inability to verbalize feelings and the need to express them through body modifications. Because of traumatic experiences or neglect at an early age, individuals never learn to recognize their emotional states and do not have the capacity to calm themselves. Often then they achieve calm via body modifications, that is, through external change they achieve change at the level of feelings (from within).

In addition to psychopharmacotherapy that can help alleviate mood disorders and anxiety, these individuals can benefit greatly from psychotherapy. Also, it is important to recognize them in the context of general medicine and cosmetic surgery, in order to prevent overdoing with procedures that do not bring relief from psychological pain, and to direct them in the direction of psychological help.





## 1. UVOD

„We all have a story to tell but we don't always choose to do so. The story we cannot avoid telling is the one that our body inevitably narrates.“ - Alessandra Lemma

U 21. stoljeću smo zasipani idealima ljepote. Nešto što je krenulo preko modnih magazina koji promoviraju trendove, proširilo se na TV preko reality showa i društvenih mreža – Facebook i Instagram. U svemu tome, čak i osobe koje nisu toliko bazično nesigurne, mogu se povesti za trendovima koje nam masovni mediji promoviraju. Savršena žena danas ima velike pune usne, vrlo tanak struk, veće grudi, tanke ekstremitete s naglašenim bokovima, i naravno uz minimalno celulita. Muškarac mora biti mišićav, naglašeni trbušni mišići i izgrađene ruke. Takva slika savršene žene, ali i muškarca izlazi na oglase preko društvenih mreža, u novinama, na plakatima na ulici, u filmova. Ako osoba u podlozi ima psihički poremećaj ili samo koristi nezrele mehanizme obrane od anksioznosti i osjetljivija je, tada želja za promjenom vlastitog izgleda može poprimiti velike razmjere.

Piercing se definira kao „bušenje kože kojim se stvara mjesto za nošenje nakita“, dok je tetoviranje trajno nanošenje nekog dizajna na kožu uz pomoć igle i tinte, odnosno električne naprave za tetoviranje. U prošlom stoljeću su tetovaže i pirsinzi bili znak članstva bandi, promiskuitetnog ponašanja ili čistog bunta. Danas, bez obzira na opću prihvaćenost navedenih, nastojimo prepoznati pojedince koji to rade iz nekih drugih razloga, a ne čiste estetike. Oznake na koži omogućuju nekim pojedincima da na simboličan način izraze svoju neovisnost i separaciju od roditelja, ali i zbog svoje vizualne prirode djeluju kao signal svijetu; snažno komuniciraju da nije sve u redu. Na primjer, tetovaža može biti vidljivi znak osobne nevolje učinjena vidljivom vjerojatno jer u umu postoji objekt koji treba pogledati i vidjeti štetu (1).

Postavlja se pitanje koji su psihološki aspekti kod pretjerane tjelesne modifikacije? Koliko su određene promjene koje pojedinci rade na svom tijelu samo stvar mode i izražavanja identiteta, a koliko se zapravo radi o projiciranju vlastitih emocija na tijelo, nepreboljelih trauma, nesređenih odnosa s roditeljima. Da li je izrazito mršavo, mišićavo tijelo prekriveno tetovažama i s brojnim piercinzima poziv u pomoć ili izraz svog identiteta i neovisnosti? Gdje povući liniju između zdrave želje za separacijom i individuacijom te psihičkog poremećaja? Kako prepoznati da se pojedinci možda nalaze u metaforičkom zatvoru vlastite egzistencije, i da je zapravo njihovo tijelo njihov zatvor?

## 2. TJELESNI DISMORFNI POREMEĆAJ

Tjelesni dismorfni poremećaj (*engl. Body Dysmorphic Disorder, BDD*) podrazumijeva zaokupljenost umišljenom manom tjelesnog izgleda ili pretjeranu iskrivljenost u doživljaju minimalnog i beznačajnog tjelesnog defekta. Ovakav doživljaj vlastitog tijela često uzrokuje teškoće, te je povezan s oštećenjem u socijalnom, radnom i drugim oblicima funkcioniranja, i tada ima karakteristike duševnog poremećaja. Poremećaj je prvi puta spomenut 1886. pod nazivom dismorfofobija, i u tom obliku je uvršten u DSM-III, a kasnije preimenovan kao tjelesni dismorfni poremećaj u DSM-IV.

Malo je studija koje se bave ovom tematikom. Smatra se da je u općoj populaciji zastupljen 1%, i to češće kod žena. Međutim ta tvrdnja je kontradiktorna s obzirom na samu činjenicu da je vanjski izgled odnosno estetika danas glavni segment čovjeka 21. stoljeća. Bitno je naglasiti da je u 90% pacijenata bila prisutna barem jedna depresivna epizoda kroz život, a više od 70% ih je imalo neki anksiozni poremećaj, a oko 30% psihotični.

Etiološki ovaj poremećaj nema samo jedan uzrok, već je kombinacija više faktora – manjak serotonina, obiteljska anamneza i negativna iskustva vezana uz vlastito tijelo i vlastitu sliku.

Po Američkom dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, DSM-IV, da bi se skup simptoma koje pacijent navodi mogao nazvati tjelesnim dismorfnim poremećajem potrebne su sljedeće karakteristike: postoji pretjerana zaokupljenost manom u tjelesnom izgledu, mana je ili umišljena ili, ako postoji, blaža tjelesna anomalija, a brige dotične osobe oko mane su značajno pretjerane. Po međunarodnoj klasifikaciji bolesti, MKB-10, nema zasebne kategorije za tjelesni dismorfni poremećaj, nego postoji jedan sklop kriterija koji se odnosi i na hipohondriju i tjelesni dismorfni poremećaj, još nazvan i poremećajem sheme vlastitog tijela, pod šifrom F 45.2.

Glavni simptomi su opsjednutost nekim neprimjetnim detaljima na tijelu pojedinca. Osobe su najčešće zaokupljene malim manama, kao što su prevelik nos, pretanka kosa, predebele noge, premale usne, itd. Ta zaokupljenost je za njih iscrpljujuća i razarajuća, ali nemaju dovoljno snage da joj se odupru. Upravo zbog toga se prekomjerno dotjeruju nastojeći prikriti „manu“. Iako smatraju da će time smanjiti tjeskobu, zapravo u konačnici njihova opsesija izgledom raste, zajedno s anksioznošću i nezadovoljstvom. Takve osobe često pretjerano promatraju svoj izgled u zrcalu, misle da ih ljudi promatraju jer su „ružni“. Ponekad osobe idu do te mjere da se socijalno izoliraju. Ovakva proživljavanja često dovode do ponavljanih hospitalizacija, samoubilačkih promišljanja, pokušaja pa i izvršenim samoubojstvima. Osobe s tjelesnim dismorfnim poremećajem se često izlažu različitim kozmetičkim i kirurškim zahvatima, što nerijetko dovodi do pogoršanja stanja i stvaranja novih zaokupljenosti, koje ponovo vode novim bezuspješnim postupcima. Tu upravo nastupa nesigurnost pojedinca i njegova potreba da modificira odnosno izmjeni vlastiti izgled, u nadi da će biti konačno zadovoljan. Oni međutim, često nemaju granicu kada jednom krenu sa promjenama na vlastitom tijelu.

Bitno je naglasiti da postoji razlika između BDD-a i normalne zaokupljenosti vlastitom vanjštinom. Razlika je u tome da osoba koja ima BDD osjeća značajnu opterećenost i emocionalnu težinu te ju to značajno ometa u svakodnevnom funkcioniranju. BDD isto tako treba razlikovati od poremećaja hranjenja. Ako osoba boluje od anoreksije nervoze (AN), te je zaokupljena umišljenim viškom kilograma i oblikom tijela, onda ne treba postaviti i dijagnozu BDD-a. Međutim, ako osoba boluje od AN, a opsjednuta je oblikom nosa ili borama na licu, tada možemo postaviti i komorbidnu dijagnozu

BDD-a. Od opsesivno-kompulzivnog poremećaja (OKP) je BDD teško razlikovati jer su takve osobe obično zaokupljene vlastitim izgledom i često se provjeravaju u zrcalu, pa najčešće u sklopu OKP- postavljamo i radnu dijagnozu BDD. Često se javlja zaokupljenost umišljenom manom sumanutih razmjera, pa se dodatno postavlja dijagnoza sumanutog poremećaja, somatski tip.

Liječenje kirurškim, dermatološkim i drugim korekcijama ne daje dobre rezultate. Temeljna terapija jest psihoterapija uz psihofarmakoterapiju s ciljem djelovanja na simptome poremećaja raspoloženja i anksioznost koje prate te poremećaje (2).

Treba istaknuti postojanje suicidalnog rizika kod ove grupe pacijenata, naročito nakon razočaranja koje slijedi jer estetske operacije ne donose očekivano psihološko olakšanje. Zabrinjavaju rezultati četiri velike epidemiološke studije provedene u Sjedinjenim Državama i Europi koje su pronašle vezu između grudnih implantata i samoubojstva. Kroz ove studije stopa samoubojstava bila je dva do tri puta veća među pacijenticama s implantatima dojke u usporedbi s pacijenticama koje su bile podvrgnute drugim kozmetičkim postupcima. Moguća objašnjenja ovog fenomena uključuje i činjenicu da postoperativne komplikacije, koje nisu rijetke nakon povećanja grudi, dovode do depresije, a zatim i samoubojstva. S druge strane, pacijentice koje traže povećanje grudi imaju više nerealnih očekivanja i/ili imaju već postojeće psihološke probleme. Ovo stajalište potkrepljuje studija koja je utvrdila povećanu prevalenciju predoperativne psihijatrijske hospitalizacije kod žena koje su tražile implantate dojki u odnosu na žene koje su podvrgnute drugim vrstama kozmetičkih operacija(1).

### 3. POREMEĆAJI LIČNOSTI KOJE PRATE PRETJERANE TJELESNE MODIFIKACIJE

Poremećaji ličnosti su prožimajući, nefleksibilni i stalni oblici ponašanja koji uzrokuju značajnu patnju ili funkcionalni poremećaj. Dijelimo ih u 3 skupine (A, B i C). U skupinu A spadaju paranodini, shizoidni i shizotipni poremećaj ličnosti. U skupinu B spadaju narcistični, histrionski, granični i antisocijalni poremećaj ličnosti, a u skupinu C ovisni, izbjegavajući i opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti. Ovdje naglasak stavljamo na skupinu B, jer su upravo ovi poremećaji ličnosti obilježeni opsesijom vlastitim tijelom (3).

#### 3.1. Narcistični poremećaj ličnosti (NPL)

Prema DSM-IV dijagnostički kriterij za narcistični poremećaj ličnosti možemo definirati ako su zadovoljena barem 5 kriterija: grandiozni osjećaj vlastite važnosti, zaokupljenost fantazijama o neograničenu uspjehu, moći, ljepoti ili idealnoj ljubavi, vjerovanje u vlastitu posebnost koju mogu razumjeti samo drugi posebni ljudi ili oni visokoga statusa te se samo s takvima valja povezivati i družiti, potreba za pretjeranim divljenjem, polaganje prava i nerazumna očekivanja da se prema njima treba posebno postupati te da bi se drugi automatski trebali podrediti njihovim željama i očekivanjima, sklonost iskorištavanju drugih u međuljudskim odnosima radi postizanja vlastitih ciljeva, nedostatak empatije i nesposobnost prepoznavanja tuđih potreba i emocija i poistovjećivanja s njima, zavist ili uvjerenje da drugi zavide njima, arogantno i umišljeno ponašanje i stajališta. Iako je ova klasifikacija naizgled jednostavna, s velikim naglaskom na grandioznosti, najčešće iza svega narcisoidni pacijent doživljava osjećaj boli, bijesa, ranjivosti i nedoraslosti. Unutar ovog poremećaja identificirana su tri podtipa narcističnog poremećaja, a to su grandiozni (maligni), fragilni (vulnerabilni) i normalni (funkcionalni) tip (3).

Točan uzrok narcističnog poremećaj ličnosti se ne zna. Smatra se da se radi o više faktora koji su bitni u etiologiji poremećaja. Važno je promotriti rano djetinjstvo i odnos između majke i djeteta. Pokazalo se da je jednako česta pojavnost kod djece koja su bila previše kritizirana i zapostavljena, kao i kod djece koja su bila pod utjecajem previše zaštitnički nastrojene majke. Kao druga dva faktora se ubrajaju genetika i neurobiološki faktori (4).

Za narcistični poremećaj ličnosti je karakteristično da se javlja često u adolescenata, a u općoj populaciji između 0,5 i 1%. Većina narcisa su muškarci, između 50-75%.

U psihoterapijskoj praksi se koristi podjela na grandiozni (otvoreni) narcizami vulnerabilni (prikriveni, fragilni) narcizam. Za grandiozni je tipična bahatost, samodopadnost, iskorištavanje drugih ljudi za svoje potrebe i nedostatak empatije. Ono što je važno naglasiti jest da takve osobe imaju fasadu naizgled velikog samopouzdanja, a zapravo se radi o čistoj kompenzaciji jako velike nesigurnosti i loše slike o samome sebi. Vulnerabilni karakterizira preosjetljivost, sklonost sramu i izživljavanje žrtve. Ranija istraživanja su tvrdila da postoji povezanost između narcizma i pozitivne slike tijela, i da se kod takvih ljudi rjeđe javljaju poremećaji u prehrani. Kasnija istraživanja su kontradiktorna, i navode da zapravo patološki narcizam ima negativan učinak na sliku vlastitog tijela. Iako su i grandiozni i vulnerabilni povezani zajedničkim nazivnikom opsesije vlastitim izgledom, vulnerabilni su puno senzibilniji, pridaju pažnju na mišljenje okoline, i na temelju toga određuju vlastitu vrijednost. Grandiozni s druge strane, imaju plašt satkan od samopouzdanja, koji zapravo prikriva nesigurnost i ranjivost. Osobe koje su visoko na ljestvici vulnerabilnog narcizma su osjetljivi na to kako ih vide drugi, i oni preko indirektnih strategija (npr. traže odobrenje od drugih, udovoljavanje) reguliraju

svoje samopouzdanje. Ako njihove izmjene na tijelu, bilo mršavljenje, plastične operacije ili nešto drugo, ne rezultiraju odobrenjem od strane okoline, one postaju emocionalno nestabilne, samokritične i negativnog raspoloženja. Podjedinici ulaze u začarani krug modificiranja vlastitog tijela, i traženja odobrenja od drugih, koje ako ne dostignu, definiraju njihovo raspoloženje, i pogled na same sebe. S druge strane, oni s grandioznim narcizmom, isto tako imaju negativnu sliku o vlastitom tijelu. Činjenica da je njihova glavna okupacija fizički izgled, oni pred sebe postavljaju velika očekivanja kako bi trebali izgledati, i konstantno se uspoređuju s okolinom. Njihov je cilj savršenstvo, za koje smatraju da je ono što su nametnuli mediji i okolina, i ako ne dosegnu taj socijalni „ideal“ ljepote, postaju nesretni i nezadovoljni. Glavni problem jest da takvi pojedinci rade sve da bi došli do svoga cilja, pa tako mogu opsesivno vježbati, izglednjivati se, korigirati tijelo plastičnim operacijama i svim ostalim metodama sa ciljem postizanja savršene osobe (5, 6).

I tankokožni i debelokožni narcizam teži za ljepotom. Na simboličan način ovdje potraga za `ljepotom` predstavlja potragu za osjećajem poželjnog sebe u kontekstu zrcalne slike (kako se ogledamo i vidimo u očima drugih). S druge strane, može predstavljati želju da se prekine bilo kakva veza s objektom ljubavi, stvarajući fantaziju da je kroz neki estetski zahvat tijelo ponovno kreirano, od nas samih. Poriče se ovisnost o drugom, o objektu ljubavi, te se jača narcistična onipotencija (1).

Kao i za sve poremećaje ličnosti, psihoterapija se smatra prvom metodom izbora liječenja. Koriste se psihodinamski oblici psihoterapije, individualna, grupna i obiteljska, i sve se temelje na stvaranju korektivnog emocionalnog iskustva. Takav oblik liječenja bi osobi trebao pomoći da shvati kako mentalno funkcionira, i koji su čimbenici koji su pridonijeli nastanku poremećaja. Kako psihoterapija napreduje, stvara se povjerenje preko kojeg postupno mijenjamo dosadašnje mehanizme obrane, koje su u ovom slučaju kod grandioznih frcanje samopouzdanjem, ili vulnerabilnih gdje se izigrava žrtva. Najučinkovitije se pokazalo, da psihijatar pokazuje dovoljno empatije, pri čemu oni osjete sigurnost, mogu se slobodno otvoriti i pokazati što se krije ispod „čahure“. Najčešći problem je pronaći balans, jer oni često zbog preosjetljivosti prestaju s terapijom, boje se da će njihova ranjivost biti eksponirana, dok grandiozni prestaju zbog uvrijeđenosti. Upravo zato prilikom terapije s ovakvim bolesnicima, moramo imati ravnotežu između konfrontacije i empatije. Ako psihoterapija ne pomaže, često se uključuju i psihofarmaci – selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS), stabilizatori raspoloženja i anksiolitici. Ponekad možemo uključiti i antipsihotike. Neki od lijekova iz skupine SIPPS-a su prvi izbor kod grandioznog poremećaja za smanjivanje ljutnje, impulzivnosti te afektivne nestabilnosti (3).

### **3.2. Histrionski poremećaj ličnosti**

Histrionski poremećaj ličnosti (HPL) Još je poznat kao dramatični poremećaj ličnosti, karakteriziran je pretjeranom emocionalnošću i konstantnim traženjem pažnje. Obično se opisuju kao zavodnički, šarmantni, manipulativni, impulzivni i živahni (7).

Glavna karakteristika ovog poremećaja jest zaokupljenost vlastitom seksualnošću. Najčešće su pojedinci provokativnog ponašanja, oblačenja, teatralnog nastupa, pretjerano iskazuju vlastitu emocionalnost iza koje se krije emocionalna plitkoća (3).

Kao i kod narcističnog, smatra se da je uzrok multifaktorski. Vjerojatno nastaje kao kombinacija naučenih i naslijeđenih faktora. Jedna je hipoteza da se poremećaj razvija kao posljedica traume nastale u djetinjstvu. To može biti jedna traumatska situacija, ili duži period zlostavljanja kroz

djetinjstvo. Djeca se nose s tom traumom kako god znaju, i u konačnici razviju poremećaj ličnosti. Za drugi čimbenik nastanka se uzima odnos majka-dijete. Dokazano je da se javlja ako majke nisu znale postaviti granice, i u svemu su nastojale udovoljiti djetetu, kako bi kompenzirale ono što je njima nedostajalo u djetinjstvu. Poremećaj je čest i ako je majka bila previše dramatična, sa stalnim promjenama raspoloženja, i neprimjerenim seksualnim ponašanjem ispred djeteta. Osim navedenog naučenog, drugi vrlo bitan faktor jest genetska predispozicija, pošto je poznato da se histrionski poremećaj ličnosti javlja u više članova obitelji.

Prevalencija u općoj populaciji jest 2-3%. Žene su 4 puta češće dijagnosticirane od muškaraca, ali to je samo zato što nije tipično za ženu, tj. nije socijalno prihvatljivo da bude seksualno izravna. Upravo je zato, s obzirom da su muškarci generalno izravniji po pitanju seksualnosti, lakše dijagnosticirati ženu nego muškarca, što ne znači da ih ima više.

Prema DSM-5 kriteriju, da bi nešto bilo dijagnosticirano kao histrionski poremećaj ličnosti, moraju biti zadovoljena minimalno 5 ili više simptoma – mora biti u centru pažnje, zavodničko i provokativno ponašanje, oscilirajuće i površne emocije, korištenje izgleda da bi se privukla pažnja, dramatične i pretjerane emocije, sugestibilnost i shvaćanje odnosa više intimnih nego što stvarno jesu.

U Iranu je 2017. napravljeno istraživanje koje proučava povezanost između jako velike potražnje za plastičnom operacijom među ženama između 20 i 35 godina i visoke stope HPL-a. Rezultati su pokazali da su žene koje se prijavljuju opsjednute vlastitim izgledom i emocionalno nezrele, što je prisutno u HPL. S obzirom da je za takve pojedince karakteristično da su centar pažnje, da svojim izgledom izazivaju pažnju i divljenje, logično jest da se podvrgavaju nebrojeno puta plastičnim operacijama kako bi zadobili odobrenje i pohvale drugih. Ako s krajnjim rezultatom nakon operacije nema reakcija na njihovu promjenu, i nisu u centru pažnje, tada može nastupiti nagla promjena raspoloženja, nezadovoljstvo i pretjerane emocije. S obzirom da smo plastičnom operacijom pokrili opsjednutost izgledom, emocionalna nezrelost se najviše očituje u emocionalnoj ovisnosti o drugim ljudima. Upravo iz tog razloga za njih ne postoji „kočnica“ u procesu izmjene svoga tijela, jer jedino što zapravo žele jest impresionirati druge (8).

Liječi se suportivnom psihoterapijom, tako da ih se ohrabruje, uvjerava, i ne nameće. Na taj način reduciramo emocionalni stres, gradimo samopouzdanje, i nastojimo izgraditi normalne mehanizme nošenja sa problemima u pacijenta, i to kroz pažljivo i empatično slušanje. Drugi oblik koji se dokazao uspješnim jest psihodinamska psihoterapija. Njezin cilj jest riješiti skrivene i nesvjesne konflikte koji se nalaze unutar pacijenta, razotkriti ih kako bi pacijent shvatio zašto se tako ponaša, i kako to izgleda prema drugima. Na taj način potičemo pacijenta da svoj dramatičan govor zamijeni s malo mirnijim i prihvatljivim oblikom komunikacije, počinju prepoznavati trenutke kada traže pažnju, i kreću u nove zdravije oblike razvoja samopouzdanja. Iako je psihoterapija zlatni standard, ponekad je potrebno kod jakih simptoma u smislu poremećaja raspoloženja i anksioznosti uvesti farmakoterapiju. Koriste se SIPPS-i, stabilizatori raspoloženja i antipsihotici.

Ljudi s ovim poremećajem uz dobru psihoterapiju mogu voditi kvalitetan i dug život, uz iznimke onih koji imaju jaki oblik ovog poremećaja, koji im uništava poslovni, romantični i socijalni život (7).

### 3.3. Granični poremećaj ličnosti

Granični poremećaj ličnosti (GPL) počinje u ranoj dobi i očituje se kroz nestabilne interpersonalne odnose, strah od napuštanja, otežane regulacije emocija, osjećaj praznine, kroničnu disforiju ili depresiju, impulzivnost i visokorizična ponašanja. Ovakvi bolesnici često pokazuju samoozljeđujuće i suicidalno ponašanje.

Etiološki je glavni faktor trauma iz djetinjstva kao što je emocionalno zapostavljanje, fizičko ili seksualno zlostavljanje. Drugi faktor je genetska predispozicija. Kada zbrojimo sve zajedno, posebno emocionalnu hladnoću i zanemarivanje od strane roditelja, traumu ili zlostavljanje, pojedinac postaje nesiguran u odnosu sa samim sobom i s drugima. Često se javlja u sklopu depresije, u sklopu bipolarnog poremećaja, poremećaja pažnje s hiperaktivnošću (ADHD) i posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP). Nerijetko i sama majka boluje od graničnog poremećaja ličnosti i pokazuje nestabilnu figuru prilikom odgoja. Vrlo je emocionalno nestabilna, ovisnički nastrojena prema partneru, konfuzna u ulozi roditelja i uplašenog ponašanja. Zbog stalnih oscilacija između pretjerane brige i pažnje te distanciranja i hladnoće prema djetetu, ono od samog početka života može razviti strah od napuštanja majke. Dijete dok je maleno funkcionira poput zrcala – ako je netko negativan prema njemu, ono će gledati negativno na sebe; ako je netko nesiguran, ono će biti nesigurno. Također, dokazano jest da veliki broj pacijenata dolazi iz obitelji u kojoj je biološki otac bio odsutan, ili je majka imala više različitih partnera koji su bili privremena figura oca, ali bi u konačnici odlazili. Isto tako, dosta njih ima polubraće ili polusestara koje majka ima s različitim partnerima. Veliki broj njih često završi na brizi socijalne službe te kod udomitelja (9).

Prevalencija u općoj populaciji jest 1,6%, i nema velike razlike u zastupljenosti između muškaraca i žena. S druge strane, u hospitaliziranih osoba s GPL-om je omjer žena i muškaraca 3:1 (10).

Prema DSM-5, da bi se dijagnosticirao granični poremećaj ličnosti, treba zadovoljiti minimalno 5 od sljedećih kriterija: strah od napuštanja, nestabilni i intenzivni interpersonalni odnosi, poremećaj identiteta (nestabilna slika ili doživljavanje samoga sebe), impulzivnost na barem dva područja (trošenje novca, seksualni odnosi bez zaštite, uporaba psihoaktivnih tvari, opasna vožnja, jedenje velikih količina hrane na mahove), suicidalno ponašanje, emocionalna nestabilnost, kronični osjećaj praznine, nekontroliran bijes i prolazne paranoidne ideje (3).

S obzirom na nisko samopouzdanje, i negativan stav prema vlastitom tijelu, u Njemačkoj je 2014. provedeno istraživanje o tome kakvu sliku vlastitog tijela imaju pojedinci koji pate od GPL-a. U istraživanju su uspoređivali zdrave kontrole, osobe s GPL-om, anksioznim poremećajima bez PTSP-a i one s PTSP-om nakon seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu. Najvišu stopu tjelesnog nezadovoljstva su pokazali osobe s GPL-om i PTSP-om. Drugo, negativan stav prema vlastitom tijelu (ni jedno područje nije bilo više zastupljeno) kod osoba s GPL-om je bio neovisan o seksualnom zlostavljanju u djetinjstvu. Treće, područja koja su pojedinci mrzili na sebi su bila obilježena ožiljcima, koje su sami napravili samoozljeđivanjem. Ta područja ili mrze zbog ožiljka ili jednostavno mrze taj dio tijela, pa ga odluče obilježiti (11).

S druge strane, postoje istraživanja koja su dokazala da žene koje boluju od GPL-a i traume zbog seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu, u početku općenito ne vole svoje tijelo. Kasnije, kada su simptomi graničnog poremećaja ličnosti manje izraženi, one obično budu zadovoljne, osim sa

područjem koje je obilježeno tijekom seksualne traume. Često, prilikom seksualnog zlostavljanja, djeca disociraju psihološki dio od tjelesnog. Njihovo tijelo nije njihovo, i na taj način je ono zapravo područje na kojem se izbacuju frustracije i negativne emocije. Upravo zbog toga, oni svoje tijelo koje je bilo obilježeno bez njihove kontrole, sada samoozljeđuju, izgledaju i uspoređuju s drugima. Često u adolescenciji, kao oblik kažnjavanja i da bi osjetili bol, obasipaju svoje tijelo pirsinzima i tetovažama, što u ovom slučaju nije iskazivanje modnog izričaja ili identiteta, već ozljeđivanje vlastitog tijela. U odrasloj dobi njihovo cijelo tijelo bude prekriveno tetovažama, pirsinzima, a nerijetko su se i podvrgnuli na nekoliko plastičnih operacija (12).

Zajedničko svim istraživanjima jest da su oboljeli imali nisko samopouzdanje, jako lošu sliku vlastitog tijela i čestu želju za samoozljeđivanjem. Često se pojavljuje u komorbiditetu sa poremećajima raspoloženja, anksioznim poremećajima, ovisnostima, poremećajima u prehrani, ADHD-om, bipolarnim poremećajem i somatoformnim poremećajima.

Psihoterapija je zlatni standard. Prva, temeljena na mentalizaciji se usredotočuje na sposobnost prepoznavanja misli, osjećaja, želja. Općenito, mentalizacija je izraz za sposobnost prepoznavanja vlastitog mentalnog stanja kao i drugih osjećaja, odvojenih od akcija. S obzirom da se ona uči u ranom djetinjstvu kroz interakciju majke i djeteta, ako je taj odnos oštećen, prekida se odgovarajući razvoj mentalizacije. To se upravo događa kod GPL-a. Druga, dijalektička biheviorna terapija (DBT) pomaže prepoznavanje negativnih misli i njihovu promjenu, sa naglaskom da su emocionalne teškoće i krize samo prolazno razdoblje, koje se može promijeniti u pozitivno. Treća, terapija fokusirana na prijenos (TFP) pomaže ljudima da razviju pozitivno samopoštovanje i konstruktivnije ponašanje.

Farmakoterapija je pokazala slabi učinak.

### **3.4. Antisocijalni poremećaj ličnosti**

Za antisocijalni poremećaj ličnosti (APL) je karakteristično da su osobe stalno u sukobu s društvom. Ne poštuju socijalne norme i vrijednost i ponašaju se prema vlastitim željama i impulsima.

Za njih je karakteristično neodgovorno socijalno ponašanje, delinkvencija i kriminalna aktivnost bez grižnje savjesti. Najčešće su u sukobu sa zakonom, nesposobni su zadržati stalan posao, manipuliraju drugima zbog vlastite koristi, i u nemogućnosti su formirati stabilne romantične odnose (13).

Uzročni faktori su genetika i okolišni faktori. Genetički utjecaj je prema nekim istraživanjima imao utjecaj između 38-69%. Po pitanju okoline, glavnu ulogu igraju iskustva u djetinjstvu (fizičko i seksualno zlostavljanje, kao i zanemarivanje) kao i psihopatologija seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu ili ADHD-a. Dokazano je da su pojedinci koji su često bili seksualno zlostavljani, ili zanemarivani od strane roditelja, najčešće pate od aleksitimije.

Zastupljenost u općoj populaciji se kreće između 1-4%. Obično se javlja kod muškaraca, a zloupotreba droga je također pokazala povezanost s antisocijalnim poremećajem ličnosti.

Prema DSM-5 kriterijima, osoba s barem 15 godina, obilježena bezosjećajnim zanemarivanjem prava i osjećaja drugih osoba treba imati minimalno 3 ili više navedenih znakova: 1.) nepridržavanje socijalnih normi koje se odnose na zakonito ponašanje, uz izvođenje djela koja su osnova za uhićenje, lažljivost uz opetovano laganje i varanje drugih iz vlastite koristi, impulzivnost i nemogućnost planiranja, iritabilnost i agresivnost, često uz fizičku agresiju i napade, nebriga za sigurnost drugih,



izrazita neodgovornost uz nemogućnost zadržavanja stalnog posla, i nedostatak savjesti i indiferentnost u odnosima s drugim ljudima. 2.) Barem 18 godina 3.) Poremećaj ponašanja prije 15. godine 4.) Pojava antisocijalnog ponašanja nije isključivo tijekom shizofrenije i bipolarnog poremećaja.

Simptomi ovog poremećaja kreću još u djetinjstvu, kada pokazuju znakove nediscipline, izostajanje iz škole, bježanje od kuće, loše društvo, laganje i delinkventno ponašanje. Jako loše podnose frustracije, reagiraju eksplozivno te druge okrivljuju za svoje ponašanje, i nikada ne uče iz kazni. U odrasloj dobi nikako ne mogu uspostaviti stabilne bračne odnose, ne brinu za djecu i obitelj, nemaju stalna zaposlenja, žive materijalno ovisni o drugima, ne vode računa o tuđoj sigurnosti, promiskuitetno se ponašaju, bave se kriminalnim aktivnostima i često završavaju u zatvoru. Nikada ne pokazuju osjećaj krivnje i kajanja prema svojim žrtvama. Jedna od glavnih karakteristika jest da ne mare previše o svome tijelu. Primijećeno je da iz nekog razloga ovi pacijenti često imaju tijelo prekriveno tetovažama.

Provedeno je istraživanje 2008. godine u forenzičkoj psihijatrijskoj bolnici, pri čemu se proučavalo koliko je pacijenata koji su prekriveni tetovažama oboljelo od antisocijalnog poremećaja ličnosti, i da li nam one zapravo mogu biti indikacija da ta osoba pati od navedenog poremećaja. Rezultati su pokazali da uistinu, osobe koje pate od ovog poremećaja imaju tijela prekrivena tetovažama, i to često na vidljivim mjestima. Njihovo objašnjenje je da tetovaže služe kao egzoskeletna zaštita od okolne opasnosti i da ojača ego pojedinca. Drugo objašnjenje je da zbog aleksitimije ne mogu izraziti svoje emocije, pa zapravo tetovaže služe kao vanjska manifestacija njihovog psihološkog stanja. Ono što nikako ne mogu izraziti svojim bližnjima preko emocija, pričaju preko modificiranja vlastitog tijela (14).

Uz antisocijalni poremećaj ličnosti se često javljaju drugi problemi mentalnog zdravlja ili problema u ponašanju. 3/4 osoba su sklone alkoholizmu, ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, depresiji i anksioznim stanjima, a imaju i povišene stope suicida.

Za sada nema nikakvog učinkovitog tretmana liječenja. Uglavnom se spominje kombinacija psihoterapije i psihofarmaka, ali ni to ne pokazuje znatne promjene. Bolesnici se obično ne jave, a ako i dođu to je zbog ovisnosti ili problema u braku, i najčešće ne surađuju. Hospitalizacija se pokazala kontraproduktivna. Obično se liječe simptomi u navedenom trenutku – agresija antipsihoticima, lijekovima iz skupine SIPPS-a i stabilizatorima raspoloženja. Kao i kod graničnog poremećaja ličnosti, poremećaj s godinama ima sklonost smanjivanju intenziteta simptoma i ustaljivanja (15).

#### 4. PSIHODINAMSKE TEORIJE VEZANE ZA RAZUMIJEVANJE PSIHIČKIH POREMEĆAJA SKLONIH MODIFIKACIJAMA

##### 4.1. Teorija objektnih odnosa

Nastale su krajem 20. stoljeća, kao rezultat rada različitih autora – R.Spitz, M.Mahler, M.Klein, D.Winnicott, J.Bowlby, koji poučavaju rani djetetov razvoj u kojem dijete razvija odnos prema vanjskom svijetu i ujedno prema samom sebi. Svaki od navedenih autora je stavljao naglasak na razdoblje od rođenja do 3. godine života, te na karakteristike odnosa majke i djeteta, i kako taj odnos utječe na proces djetetova psihičkog rođenja. Pojam objektni odnos jest razvojni događaj u kojem dijete izgrađuje svijest o svijetu oko sebe, svijest o svijetu objekata i ujedno svijest o vlastitom fizički neovisnom postojanju. Teorija objektnih odnosa razvoj djeteta promatra od stanja nediferenciranog do stanja diferenciranog postojanja kao zasebno biće. Glavni naglasak je upravo na ulozi majke koju Mahler definira ulogom mosta. Majčina uloga kao dovoljno dobra okolina omogućava djetetu da premosti odnos između sebe, svog unutarnjeg svijeta, tj. doživljaja, vanjskog svijeta i svijeta objekata. Preko majke dijete izađe iz svijeta vlastite subjektivnosti u svijet objekata.

Neadekvatnost razvoja objektnog odnosa može se manifestirati u pojavi dječjih psihotičnih stanja u kojima se nepovoljnosti razvoja objektnog odnosa mogu prepoznati u neadekvatnom razvoju *ega*. Ta nerazvijenost *ega* se manifestira u situacijama sukoba, gdje dolazi do raspada *ego* funkcija, što u konačnici rezultira otežanom kontrolom vlastitog nagonskog ponašanja. D. Winnicott naglašava važnost majčinskog empatijskog kapaciteta, koji omogućava da majka kao prvi djetetov objekt omogući da dijete stvori pozitivan odnos prema svim ostalim vanjskim objektima. On koristi pojam dovoljno dobra majka, koja se prema njemu može potpuno posvetiti djetetu, i kroz adekvatne odgovore omogući da stvori doživljaj vlastite individualnosti. Koliko je ovo uspješno se očituje u formiranju pravog ili lažnog *selfa*. Glavni problem nastaje ako je majčinski empatijski kapacitet oštećen ili zbog njene ličnosti, zbog traumatskog iskustva ili događaja tijekom ranog djetetovog razvoja.

R.Spitz razvoj objektnih odnosa prati kroz tri faze – neobjektna, preobjektna i objektna faza. Svaka od navedenih faza su određene pojavom pojedinih organizatora. Organizatori se univerzalne točke u djetetovom razvoju koje pokazuju pravilnost razvoja objektnih odnosa. Kašnjenje ili izostanak organizatora nam ukazuje na patološki razvoj koji će rezultirati u neadekvatnom emocionalnom, kognitivnom i kasnije u socijalnom razvoju. Prvi organizator je pojava smješka u trećem mjesecu djetetova života. Ono nam pokazuje da je dijete počelo doživljavati neke aspekte objekta, što je znak da je dijete prešlo iz neobjektne u objektnu fazu. Dijete percipira geštalt lica, dojku, i druge dijelove tijela. Majka predstavlja za dijete djelomični objekt. Drugi organizator predstavlja anksioznost osmog mjeseca ili strah od stranaca. Dijete prepoznaje majku kao zasebnu osobu, tj. objekt u odnosu na sebe, i nju posebno razlikuje s obzirom na druge osobe. Kada vidimo da se dijete boji stranaca, to znači da je majka sada za njega cjelovit objekt odvojen od sebe, i ono ga percipira kao totalni objekt. Treći organizator je određen pojavom negacije u 15. mjesecu. Dijete govori „ne“ u kontaktu sa roditeljima, i tom pojavom negacije započinje proces diferencijacije koja istovremeno predstavlja identifikaciju s pojedinim roditeljskim zabranama i održavanje narcističkog iskustva, svemoći, separacije.

M. Mahler razvoj djeteta prati kroz 3 faze – autizam, simbiozu i separaciju, tj. individualizaciju. Autizam je razdoblje prva dva mjeseca i preklapa se s neobjektnom fazom R. Spitz. U ovom razdoblju postoje bezgranični osjećaji. Druga faza jest simbioza koja odgovara preobjektnoj fazi Spitz koju karakterizira postojanje tzv. djelomičnih objekata. Dijete u ovoj fazi gleda majku kao dio sebe, odnosno dijete gleda kao da su jedno. Ovo razdoblje je vrlo bitno za kasniji razvoj, jer jevažno da majka stvori povjerenje koje je temelj za kasniji proces separacije, tj. individualizacije. Zadnja faza separacije određena je sa subfazama – diferencijacija, prakticiranje, približavanje i konstantnost objekta. Diferencijacija (6-10. mj.) jest određena iskustvom majke kao totalnog objekta tj. majka je osoba odvojena od sebe. Ovdje dijete doživljava narcističku povredu. Ova povreda određena je iskustvom odvojenosti i ovisnosti o majci. Prakticiranje(10-16.mj.) je obilježeno razvojem motorike djeteta koja predstavlja osnovnu djetetovu preokupaciju. Dijete pokazuje neovisnost od izvanjskog objekta. Približavanje (16- 20. mj.) određuje fenomen tzv. krize približavanja. Ovdje dijete koje je u prethodnoj subfazi pokazivalo neovisnost od majke, sada pokazuje strah od odvajanja. Ovdje počinje period obilježen separacijskim strahom i procesom žalovanja. Ovo razdoblje je izrazito bitno u procesu separacije zato što majčina sposobnost prihvatanja toga događaja određuje daljnji djetetov razvoj prema formiranju osnovnog identiteta. Ako majka na strahove odvajanja reagira negacijom ovih razvojnih aspekata, može potaknuti regresiju djeteta na raniji simbiotski odnos i zapriječiti razvoj prema individualizaciji djeteta. Faza konstantnosti objekta (20-36. mj.) određena je uspješnošću prorađivanja krize približavanja, samo ako je dijete imalo pozitivno iskustvo u prijašnjoj fazi. Tada ono može razviti doživljaj sebe kao zasebnog entiteta i iskustvo konstantnosti objekta, što znači da može prihvatiti odsutnost za njega važnog objekta. Tu dijete razvija sposobnost da bude samo. Dijete je majku predočilo kao unutarnji objekt koji sada predstavlja dio njegove strukture ličnosti.

M. Klein tvrdi da se razvoj objektnog odnosa prati kroz shizoparanoidnu i depresivnu poziciju. Shizoparanoidna pozicija jest određena razdobljem simbiotske veze majke i djeteta. U ovom razdoblju su dijelovi majke doživljeni kao dio samog djeteta tj. parcijalni ili unutarnji objekti. Iskustvo unutarnjih objekata jest određeno dominacijom libidnog i agresivnog nagona, pa se dijete susreće s iskustvom dobrih i loših unutarnjih objekata. Dijete dobre objekte grupira kao dobar doživljaj sebe, a loše kao loš doživljaj sebe. Dijete zbog anksioznosti koje donosi iskustvo loših objekata koristi projekciju kao mehanizam obrane te time stvara doživljaj da su loši objekti izvanjski, predstavljajući osnovu za stvaranje paranoidnog doživljaja. U depresivnoj poziciji dijete prolazi kroz iskustvo odvajanja od majke i njenog doživljaja kao totalnog objekta. Ovdje je problem ambivalentnosti jer dijete unutar majke kao totalnog objekta veže i pozitivne i negativne pulzije (16).

U Kanadi je 2016. provedeno istraživanje koje je nastojalo povezati odnos majke i oca prema djetetu, i njegovo kasnije nezadovoljstvo sa svojim izgledom. Njega majke bila je direktno povezana s nezadovoljstvom tijelom, što sugerira da je prisjećanje na majke kao manje brižne izravno povezano s lošom tjelesnom slikom. Neprisutnost oca povezana je indirektno, s većim tjelesnim nezadovoljstvom koje je posredovano većom anksioznošću prilikom povezanosti s drugom osobom, i sklonost idealiziranju medija. Dakle, žene koje boluju od poremećaja u prehrani, prisjećale su se očeva kao manje brižnih, imale su anksioznost povezanosti, što je bilo povezano s većom internalizacijom mršavih ideala koje nam predstavljaju mediji, i zauzvrat frustriranost vlastitim izgledom (17).

2014. U New Yorku su dokazali da teorija objektnih odnosa jako dobro objašnjava sklonost samoubojstvu kod osoba s graničnim poremećajem ličnosti. Zbog oštećenja afektivnog funkcioniranja koje je nastalo još u samom početku odnosa majka-dijete kod pacijenata s GPL-om, rezultati

potkrepljuju argument da težina tih oštećenja djeluje kao važan pokazatelj rizika za kronično suicidalno ponašanje. Suprotno tome, zdravije funkcioniranje objektivnih odnosa može služiti kao zaštitni čimbenik protiv samoubojstva, ali i povećani stupanja samopouzdanja (18).

Ono što jest zajedničko svim navedenim autorima jest odnos majka djeteta, koje obilježava identitet pojedinca prema samome sebi i drugima od samog rođenja. Kako će dijete gledati sebe i sliku vlastita tijela, ovisi o tome je li majka bila prisutna ili distancirana, je li pozadinski bila prisutna neka trauma koja je dijete potaknulo na regresiju u procesu razvoja i povezivanje vlastite vrijednosti s objektom koji ga u samom početku života definira. Istraživanja pokazuju da pojedinci koji su imali poremećen proces objektivnog odnosa, kasnije u životu imaju veću sklonost visokorizičnom, samodestruktivnom, depresivnom ponašanju, te nemogućnosti izražavanja vlastitih emocija, koje onda projiciraju kroz izgladnjivanje, prejedanje, tetoviranje, pirsanje, i sve druge oblike kojima metaforički nastoje iskazati nezadovoljstvo koje su zapravo proživjeli prilikom razvoja (17).

#### 4.2 Teorija narcizma po Kohutu

H. Kohut svoju teoriju narcizma zasniva na *self* psihologiji. Pod pojmom *self* podrazumijeva se poimanje osobe o samoj sebi kao cjelovitom entitetu, koja doživljava, osjeća, misli, procjenjuje i djeluje sama ili u interakciji s drugim ljudima. Kohut navodi kako se veći dio primarnog narcizma diferencira u narcistički *self* i idealiziranu roditeljsku sliku, i da njegova osnova ostaje kroz cijeli život. To predstavlja osnovu narcizma koji se izražava kroz sve aspektne ličnosti. Usklađenost primarnog narcizma može biti ometena neugodnim psihičkim napetostima koje nastaju kao posljedica pritiska sazrijevanja, nesavršenstva i frustrirajućih odlaganja u roditeljskom bavljenju djetetom. Kohut smatra da se sve dobro i savršeno smatra dijelom rudimentarnog *selfa*, a neugodno, loše i nesavršeno smatra vanjskim. Kasnije dojenče pokušava održati savršenstvo pa odrasloj osobi koja se njime bavi pripišu apsolutno savršenstvo i stvaraju idealiziranu roditeljsku sliku. U daljnjem razvoju svako onemogućavanje instinktnih zadovoljavanja sa strane vanjskog objekta dovodi do psihičke kompenzacije – internalizacije objekta koji će postati dio psihičkog aparata koja preuzima funkciju vanjskog objekta. Internalizacija dovodi do razočarenja u vanjski objekt. U daljnjem razvoju dolazi do postupnog gubitka idealizirane roditeljske slike, što rezultira rastom snage *ega*, i on preuzima ulogu regulacije nagona.

Narcistični *self* karakterizira narcistična kateksa koja je zadržana unutar *selfa* i koja se ne pokreće prema objektivnoj ljubavi, te je on blisko prožet nagonima i snažnim napetostima. On želi da ga se gleda i da mu se divi, što je suprotnost s idealiziranom roditeljskom slikom prema kojoj se razvija strahopoštovanje, divljenje i želja da se postane kao ona. Proces formiranja narcističnog *selfa* je dio procesa koji označuje razvojni uspjeh, te ako se on omete, vodi u kasniju narcističnu preosjetljivost. Ako ometemo razvojni proces dolazi do potiskivanja fantazija grandioznosti koje onda nisu dostupne utjecajima i modifikacijama. U normalnom razvoju pod povoljnim utjecajem neutralizirane snage narcističnog *selfa* postupno se integriraju u *ego*, i to omogućuje zdravo uživanje u vlastitim aktivnostima i uspjesima, te u umjerenom mjeri korisnim osjećajem razočaranja s nešto ljutnje i srama zbog neuspjeha ili mana.

Pojavom ove teorije poremećaji koji su ranije kategorizirani kao psihoneuroze, sada su izdvojeni u posebnu kategoriju narcističnog poremećaja ličnosti. Osobe s narcističnim poremećajem ličnosti pokazivale su labilno samopoštovanje, bili su posebno osjetljivi na neuspjeh, razočaranje i doživljaje nepoštovanja ili omalovažavanja od drugih ljudi. Kohut navodi da ne otkriva simptomatologija pravu

prirodu ovog poremećaja, već je to proces liječenja. Reaktivacijom određenih specifičnih narcističnih potreba u psihoanalitičkoj situaciji tj. razvoj narcističnog transfera vodi do djelotvornih terapijskih promjena.

Narcistični transfer je podijelio u dva tipa – zrcalni i self objekt. Zrcalni transfer u kojemu je oživljeno nedovoljno ili krivo odgovaranje za dječje potrebe za prihvaćanjem i potvrđivanje preko zrcaljenja, te idealizirani transfer u kojem je ponovno oživljena potreba za spajanjem s izvorom idealizirane snage i smirenja. Poslije navodi da je središte patologije ovih sindroma u oslabljenom ili manjkavom *selfu*. Uvodi koncept *self* objekta – objekt koga doživljavamo kao dijelove vlastitog *selfa*. Postoje dvije vrste ; one koji odgovaraju i potvrđuju djetetov urođeni osjećaj snage, izvrsnosti i savršenstva – zrcalni *self* objekt, i one koje dijete može gledati sa poštovanjem i s kojim se može spajati kao sa slikom smirenosti, pouzdanost i savršenstva – idealizirana roditeljska slika. *Self* je glavna osobina ličnosti, a sastoji se od dijelova koji nastaju u odnosu između djeteta i osobe u njegovoj najranijoj okolini, koju doživljava kao *self* objekt. *Self* se sastoji od jednog pola u kojem su osnovne težnje za moći i uspjehom, drugog pola koji sadržava idealizirane ciljeve, i trećeg među područja talenata i vještina koja aktivira napetost koja se uspostavlja između ambicija i ideala.

Ako nije adekvatna interakcija između djeteta i *self* objekata, dolazi do oštećenja *selfa*. On može biti oštećen difuzno, ili samo jedna njegova komponenta. Tada pri liječenju reaktiviramo pacijentove potrebe koje su izostale u razvojnom stadiju *selfa* u interakciji sa *self* objektima. Tu metodu nazivamo *self* objekt transfer. Da bi se razvio *self* djeteta, potreban je *self* objekt koji će biti empatičan za djetetove potrebe. U takvoj sredini, specifičnog procesa psihološkog formiranja koji se naziva transmitirajuća internalizacija formira se nuklearni *self*. Kako dolazi do interakcije djetetovih urođenih sposobnosti i selektivnih odgovora *self* objekta putem kojih je ohrabrivan za neke potencijale, a za druge nije ili je čak obeshrabrivan pojavljuje se nuklearni *self*. Kohut tu strukturu predstavlja kao bipolarnu strukturu arhajskih nuklearnih ambicija i arhajskih nuklearnih ideala.

Jednom formiran *self* ima za svrhu realizaciju vlastitog specifičnog programa akcije – programa koji je određen specifičnim intrinzičnim obrascem njegovih sastavnica tj. ambicija, ciljeva, vještina i talenata te napetosti koja se između njih stvara (19).

Kada govorimo o zrcalnom transferu, važno je naglasiti da on zapravo predstavlja ponavljanje iskustva iz dojenačkog doba u odnosu s majkom koja je ogledalo za bebine osjećaje. Kroz majčine oči i njezine reakcije, beba polako stvara sliku o sebi kao lijepom i poželjnom ili pak ružnom i odbojnom biću. Neke majke zbog svojih psiholoških teškoća ne mogu dobro zrcaliti djetetove potrebe. Jedna skupina majki doživljava se „odsutnim“, nedostaje reakcija na bebu. Najčešće se radi o depresivnim majkama. Kasnije u životu, uz izraženi narcizam, pojedinci koji imaju iskustvo „odsutne“ (ili u literaturi nazvano „mrtve“ majke) često imaju problem s doživljajem i prihvaćanjem svog tijela (Green 1983.) U srcu svakoga od nas postoji čežnja za spoznajom unutrašnjosti majke koju zbog svoje odvojenosti nikada ne možemo u potpunosti pohvatati i zaposjednuti. Od samog početka svi smo suočeni s bolnim stanjem neizvjesnosti. Za neke nesigurnost koja je tako generirana može dovesti do potrebe za nadzorom nad objektom kao sredstvom za uklanjanje svake sumnje u ono što drugi vidi; što se više osjeća da je majka povučena ili nepristupačna ili dvosmislena, to je taj imperativ veći. Kontrola nad „drugim“ može se izraziti kroz pokušaje preoblikovanja tjelesnog sebstva, stvarajući na taj način iluzornu sigurnost, te osjećaj kontrole nad onim što drugi vide. U tim slučajevima estetska kirurgija je u početku optimalno rješenje. Postoji izrazito ovisan i idealiziran odnos između bolesnika i estetskog

kirurga (nastupa prije razočaranja), koji simbolički predstavlja potragu za „transformacijskim objektom“ koji će roditi novu i poboljšanu verziju sebe (1).

Glavna karakteristika u narcističnim poremećajima jest agresija, koja ovdje poprima psihopatološke razmjere, te opisuje agresiju koja se pojavi iz arhajskog narcizma tj. fenomen narcističnog bijesa. Agresija kod narcistično pretjerano osjetljivih pojedinaca, se prezentira već kod beznačajnog protivljenja i neusklađenosti sa svojim očekivanjima, te oni ne mogu mirovati dok ne unište nejasno doživljenog napadača koji se usudio suprotstaviti, ne složiti se s njima ili ih zasjeniti. Taj bijes tvori jedan poseban fenomen unutar velikog područja agresije, ljutnje i destrukcije, te odgovara komponenti borbe u poznatoj reakciji borba ili bijeg kojom organizam reagira na opasnost. Tipične značajke narcističnog bijesa su prema Kohutu postojanje povećanog sadizma, potreba za osvetom i želja za pokretanjem pasivnog iskustva u aktivno. Uz to dolazi do razumskog ograničenja i bezgranične želje za zadovoljstvom i osvetom zbog nanesene povrede. Iracionalnost osvetničkog stava jest vrlo zastrašujuća, i to ne samo kod narcističnih ličnosti, nego i u paranoika, koji kada su u potpunoj dominaciji najsnažnijih emocija, imaju izoštrenu sposobnost rasuđivanja (20).

#### **4.3 Kernberg i teorija narcizma**

O. Kernberg ističe patološku prirodu internaliziranih objektnih odnosa pacijenta, bez obzira na njihovo površno prilagođeno ponašanje (21).

On tvrdi da pacijenti s narcističnim poremećajem postaju vrlo zavidni kada vide da netko posjeduje ono što oni nemaju, i to bez obzira radi li se o materijalnim stvarima, ili prirodnoj ljepoti, talentu, zdravlju. Glavno obilježje njihova emocionalna života jest omalovažavanje, onipotentna kontrola i narcistično povlačenje. Narcisoidne osobe su prema Kernbergu vrlo usmjerene na sebe, imaju veliku potrebu da ih se voli i da im se ljudi dive, što je kontradiktorno činjenici njihovom naizgled bujnom samopouzdanju i sigurnosti u sebe same. Takvi pojedinci su zapravo vrlo nesigurni, i imaju izrazito veliku potrebu za odobravanjem od strane drugih. Emocionalni život im je površan, imaju malo empatije za druge osobe, uspostavljaju površne odnose s drugim ljudima, od kojih jako puno traže i zahtijevaju, a ne uzvraćaju ništa. Oni često osjećaju nemir i dosadu, a ne uspijevaju pronaći dugotrajni izvor koji bi hranio njihovo krhko samopoštovanje. Otkriveno je da njihovo bahato, grandiozno i kontrolirajuće ponašanje nije ništa drugo već obrambeni mehanizam protiv paranoidnih oznaka koje su vezane uz projekciju bijesa, koji je zapravo središnji problem njihove psihopatologije. Kernberg tvrdi da na površini ovakvi pacijenti pokazuju nedostatak odnosa s drugim ljudima, ali da na dubljoj razini njihova interakcija održava vrlo snažne, internalizirane arhajske objektno odnose, i nesposobnost da ovisi o internaliziranim „dobrim“ objektima. U podlozi se nalazi činjenica da oni ljude oko sebe, ali i same sebe, tretiraju samoponižavajuće. Narcisoidne osobe zapravo nemaju ljubavi za same sebe, niti samopouzdanost s kojom se prezentiraju u društvu.

Obrambeni mehanizam ovih pacijenata je sličan onima s graničnim poremećajem ličnosti, smatra Kernberg. Zajedničko im je da postoji predominacija primitivnih obrambenih mehanizama kao što su rascjep, poricanje, projektivna identifikacija, onipotencija i primitivna idealizacija. Pokazuju jaku arhajsku kvalitetu oralnoagresivnih konflikata, karakterističnih za granične pacijente. Glavna razlika jest da narcisoidne ličnosti bolje funkcioniraju u društvu, bolje kontroliranje impulse, i sposobnije su

za aktivan i konzistentan rad u nekim područjima ljudskih djelatnosti, koje im omogućuje djelomično zadovoljenje onipotentnih ambicija i zadobivanje divljenja drugih (21).

Kernberg je podijelio poremećaje prema razinama jačine psihopatologije koja se manifestira u osobe. Narcisoidni poremećaj ličnosti možemo podijeliti u 3 razine. Najblaži oblik koji djeluje neurotski traži pomoć zbog simptoma koji izgledaju tako vezani uz njihovu karakternu patologiju da se sve što nije liječenje njihova poremećaja ličnosti čini gotovo neadekvatno. Najbolji izbor liječenja jest psihoanaliza, ali problem obično bude da se pacijenti liječe bez nastojanja da se modificira ili razriješi njihova narcistična struktura ličnosti. Takvi pacijenti dobro funkcioniraju u općenitom smislu riječi, ali imaju problem u dugotrajnim profesionalnim i radnim interakcijama.

Druga razina jakosti podrazumijeva tipični narcistični sindrom s raznim kliničkim manifestacijama i ovakvi pacijenti trebaju liječenje. Terapija može biti psihoanaliza i psihoanalitička psihoterapija.

Trećoj razini pripadaju pacijenti s narcističnom ličnosti koji funkcioniraju na otvorenoj graničnoj razini; uz tipične manifestacije narcističnog poremećaja ličnosti, ovakvi pacijenti pokazuju nedostatak tolerancije za anksioznost i kontrolu impulsa, kao i jako umanjenje sublimacijskih funkcija. Takvi pacijenti pokazuju jak i kroničan neuspjeh u nastojanjima uspostavljanja i održavanja bliskih ljubavnih odnosa. Na toj istoj razini, neki pacijenti imaju antisocijalne aktivnosti, koje ih prognostički smještaju u istu kategoriju kao one koji funkcioniraju na graničnoj razini (22).

#### 4.4 Teorija privrženosti

Teorija privrženosti (*engl. Attachmenttheory*) nastala je u 20. stoljeću kada je John Bowlby ukazao na značaj i ulogu ranih odnosa djeteta s majkom i taj odnos definirao kao afektivnu vezanost. Njegova teorija je nastala na temelju promatranja dva neprilagođena dječaka koji su odvojeni od majke i institucionalizirani. Došao je do zaključka kako su poremećaji u odnosu majke i djeteta prethodnici psihopatologije. On je smatrao da je djetetova veza s majkom važna za njihovo kasnije funkcioniranje. Shvatio je da djeca doživljavaju veliki stres prilikom odvajanja od majke, čak i kada su zbrinuta od strane drugih odraslih. Problem je bio što su u to doba dominirale dvije skupine teorija – psihoanalitička teorija i teorija socijalnog učenja, i te teorije su tvrdile da veza majke i djeteta proizlazi iz toga da majka hrani dijete i da zadovoljstvo koje proizlazi hranjenjem postaje povezano sa prisutnošću majke. Suprotno tome, Bowlby je tvrdio da je čvrsta veza između majke i djeteta posebno uočljiva u stresnim situacijama, te je rezultat biološke želje za bliskošću nastale kroz proces prirodne selekcije (23, 24).

Bowlby odnos dojenčeta s roditeljem shvaća kao djetetov poziv roditelju da reagira na njegove urođene signale koje mu šalje. Ustanovio je da postoji pet djetetovih reakcija koje se u prvoj godini života integriraju u ponašanje vezivanja ili privrženost: sisanje, hvatanje, grljenje, slijeđenje, traženje blizine. Njihovom integracijom, Bowlby je tvrdio kako se formira oblik ponašanja djeteta koji odražava njegov specifičan model emocionalnog vezivanja s majkom. Utvrdio je kako su samo dvije reakcije strogo usmjerene prema majci, a to su: hvatanje i slijeđenje (25).

Na temelju ovih spoznaja razvoj snažne emocionalne veze između dojenčeta i primarnog skrbnika Bowlby dijeli kroz četiri stadija: stadij preprivrženosti (od rođenja do 6 tjedana), stadij nastanka privrženosti (od 6 tjedana do 6-8 mjeseci), stadij jasno uspostavljene privrženosti (od 6-8 mjeseci do 18-24 mjeseca) i stvaranje recipročnog odnosa (nakon 18-24 mjeseca).

U stadiju preprivrženosti tijekom prvih tjedana života novorođene bebe pokazuju nediskriminativne socijalne reakcije odnosno smiju se kada su site, prilikom ljuljanja, milovanja te pozitivno reagiraju na svakoga, a ne samo prema majci. U tom stadiju bebe prepoznaju miris, glas i lice svoje majke, ali joj nisu privržena jer im ne smeta kad su ostavljena s nepoznatom osobom.

U stadiju nastanka privrženosti, beba se osmjehuje, slobodnije reagira, ali sada dobiva kognitivnu predodžbu skrbnika koja se temelji na tome koliko ga pouzdanim i vrijednim povjerenja percipira. Dijete prihvaća nepoznate osobe, ali reakcija prema najvažnijoj osobi postaje drugačija, pa prema tome dijete različito reagira prema skrbniku i strancu. Strah od nepoznatih osoba posljedica je djetetova gubitka sigurne baze koju mu predstavlja osoba kojoj je privrženo, s tim da i dalje nema uznemiravanja prilikom odvajanja od skrbnika.

U stadiju jasno uspostavljene privrženosti, djeca počinju razvijati doživljaj vlastitog ja i počinju razumijevati kako su odvojena od ostatka svijeta. U trećoj četvrtini prve godine postaje najjasnija veza privrženosti, što se očituje u emocionalnosti i fizičkom razvoju. U to vrijeme, strah se počinje javljati kao dominantna emocija koja vodi do separacijske anksioznosti tj. dojenče postaje uznemireno kada odrasla osoba u koju su počeli imati povjerenja odlazi. Separacijska anksioznost se ne pojavljuje uvijek, već to ovisi o temperamentu dojenčeta i trenutačnoj situaciji. Između 6. i 15. mjeseca tjeskoba kod odvajanja se povećava, što je pokazatelj da je dijete razvilo jasno razumijevanje da skrbnik postoji i onda kada ga ne vide. Djeca prate odgovarajuću najbitniju osobu. U dobi od oko 6-8 mj. dijete započinje sa puzanjem, i zbog toga osjeća znatnu kontrolu nad okolinom, koja je uvelike važna za proces razvoja privrženosti jer dijete može dopuzati i slijediti svog skrbnika. Strah od stranaca i prosvjed od odvajanja, zajedno sa sigurnošću i hrabrošću kada je u blizini skrbnika, označava potpuno stvorenu privrženost između djeteta i skrbnika.

Stvaranje recipročnog odnosa dolazi u drugoj godini života. Uspostavlja se konstantnost objekta. Dijete može funkcionirati odvojeno od majke. Kako djeca postupno razvijaju govor i mentalno predočavanje, počinju razumjeti odlazak i dolazak roditelja, te se samim time smanjuje prosvjed zbog separacije. Djeca više ne ovise o fizičkoj blizini roditelja, već je težnja na povjerenju i osjećajima.

Bowlby ističe kako tijekom navedena 4 stadija, u kojima se razvija privrženost, djeca stvaraju trajnu emocionalnu vezu koju koriste u prisutnosti, ali i odsutnosti roditelja. Takvu mentalnu predodžbu djeteta nazivamo unutarnji radni model koji postaje važan dio ličnosti odnosno predstavlja skup očekivanja o dostupnosti osoba kojima smo privrženi i vjerojatnosti da će nam u situacijama stresa one pružiti odgovarajuću potporu. U procesu razvoja privrženosti potrebno je staviti naglasak na dječjoj svijesti o sebi kao individui odvojenoj od svijeta koja na njega može utjecati raznim postupcima (26).

Važno je naglasiti da roditelj mora shvatiti signale koje dijete šalje, jer će ponašanje kojim će roditelj reagirati dijete pamti i na temelju tog prvog odnosa stvarati modele ponašanja za kasnije odnose s drugim ljudima. Zato je važno psihičko stanje roditelja, jer se ono izravno odražava na djecu. Osim psihičkog stanja roditelja, na privrženost utječe broj djece u obitelji, temperament djeteta, životni uvjeti, ali i tip privrženosti koji su roditelji razvili u svom djetinjstvu. Ovisno o tome kakva je privrženost bila pružena roditeljima u djetinjstvu, takvu će oni prenositi na svoje dijete (27).

1985. je osmišljen AAI (*engl. adult attachment interview*), koji se smatra zlatnim standardom mjerenja privrženosti. Pacijenti odgovaraju na pitanja o odnosima s roditeljima, vlastitim reakcijama



na fizički i emocionalni stres, separaciji, gubitcima i odgojnom stilu roditelja, te načinima na koja su iskustva iz djetinjstva utjecala na njihov život. Rezultati AAI-a se kategoriziraju u 4 modela – siguran/autonoman, nesiguran/odbacujući, nesiguran/zaokupljen/zabrinut i nesiguran/neriješen/dezorganiziran (28).

Kasnije su Candelori i Ciocca otkrili preko AAI-a povezanost između stila privrženosti i dijagnoze poremećaja hranjenja, ali i općenito nesigurnost. Primijetili su da postoji povezanost između restriktivnog tipa anoreksije s odbačenim tipom privrženosti, te povezanost bulimije sa preokupiranim stilom privrženosti (29).

U istraživanju Warda i suradnika primijećena je povezanost između stila privrženosti majki kćerki koje su bolovale od anoreksije nervose. Primijećeno je da majka i kćer koja boluje od anoreksije nervose češće pokazuju odbacujući tip privrženosti (30).

Manjak roditeljske topline, prihvaćanja, potpore i brižnosti povezan je s bulimičnim ponašanjem i preokupiranošću težinom (31).

## 5. PSIHOTERAPIJA U LIJEČENJU POREMEĆAJA LIČNOSTI

Psihodinamska psihoterapija je nastala iz klasične psihoanalize, te se temelji na njezinim tehnikama i pretpostavkama, uz određene modifikacije. Glavna razlika u odnosu na klasičnu psihoanalizu jest naglasak na trenutačne životne uvjete, konkretne ciljeve, a manje na prošlost i rekonstruiranje kompletne ličnosti pacijenta. Ovaj oblik terapije se najčešće koristi kod anksioznosti, afektivnih poremećaja, autodestruktivnog ponašanja, depresije, poremećaja ličnosti – naročito narcističnog i graničnog poremećaja ličnosti te somatizacijskih poremećaja.

S obzirom da smo govorili o poremećajima ličnosti koji su skloni tjelesnim modifikacijama, za njihovo liječenje se koristi psihodinamska, kognitivno-bihevioralna i suportivna terapija. Danas postoje novije terapije, koje sve povežu, posebno pogodne za poremećaje ličnosti – transferno fokusirana psihoterapija, mentalizacijski fokusirana terapija (MFT) te dijalektičko bihevioralna terapija (DBT) (32).

Za bolesnike s graničnim i narcističnim poremećajem ličnosti se koristi transferni *acting out* u terapijskom savezu i transfer. Terapijski je savez realni objektni odnos, u kojem terapeut i bolesnik zajedničkim snagama pokušavaju bolje razumjeti i proraditi problem. Transfer nije realni objektni odnos, nego odnos u kojemu bolesnik u terapeuta projicira sadržaje iz svoje prošlosti. Transferni *acting out* podrazumijeva bolesnikove projekcije onipotentnih objektnih reprezentacija u terapeuta, ali bez doživljaja neovisnog postojanja terapeuta u trenutku projekcije. Funkcija transfernog *acting outa* jest obrana od neugodnih osjećaja i njihova zadržavanja u memoriji (33).

Sadržaj *acting outa* između ovih dvaju poremećaja se razlikuje, jer je kod graničnog poremećaja ličnosti obično riječ o dijelovima objektnih odnosa koji se projiciraju u transfer, a kod narcističnog poremećaja ličnosti o grandioznim dijelovima *selfa* uz prateći osjećaj praznine s agresivnim nabojem. Prema Mastersonu, postoje tri faze u psihoterapiji ovih poremećaja uz karakteristične modele ponašanja: inicijalna faza (dominiraju otpori i obrane), prorada (ljutnja i depresija) i separacija (regresivne obrane usmjerene protiv separacije). Primjena konfrontacija mora ići uz maksimalan oprez, da ih bolesnik ne doživi kao napad na sebe, jer će tada samo još jače pojačati mehanizam obrane. S obzirom na to da bolesnik s narcističnim poremećajem ličnosti negira destruktivnost svojega grandioznog ponašanja, konfrontacija u tom smislu za njega nije prihvatljiva. Terapeut bi se trebao osloniti na interpretaciju bolesnikove narcistične vulnerabilnosti. Uz to, stalno treba imati na umu bolesnikovu ekstremnu senzitivnost na realne ili imaginarne greške u empatiji i unutar terapijskog saveza treba ih proraditi (33).

Kada govorimo o psihoterapijskom radu s bolesnicima kojim imaju poremećaj tjelesne dismorfije, treba istaknuti da mržnja prema tijelu ili dijelu tijela i zaokupljenost sa zamišljenim nedostatkom izrazito zaokuplja njihove umove i posljedično svaku seansu terapije. Često ometa druge interakcije i pokušaje apstraktnog razmišljanja kroz konkretizaciju problema (tj. ostrašćenog dijela tijela) i rješavanja (tj. estetske kirurgije). Kada najranije fizičke razmjene između bebe i objekta želje u tijelo upišu ružnoću, zrcalna slika može samo potvrditi ono što je već unaprijed projicirano na tijelu kroz projekciju. Bolesnici se često oslanjaju i provjeravaju svoj lik u zrcalu kako bi se uvjerali da su prikriili svoju ružnoću. Zrcalo su i drugi ljudi, na simboličan način, kroz reakcije i pogled drugih (kao u ranom djetinjstvu gdje majka služi kao zrcalo) oni traže potvrdu svoje „ružnoće“.

U kontekstu psihoterapije, terapeut kroz transferni odnos postaje „zrcalo“, te kroz novo iskustvo empatičnog, toplog pristupa i neosuđujućeg pogleda, bolesnik polako internalizira jednu novu sliku sebe (1).

Tretman temeljen na mentalizaciji je prvotno osmišljen za tretiranje graničnog poremećaja ličnosti. Cilj terapije jest stabilizirati osjećaj sebstva i pomoći pacijentu da zadrži optimalnu razinu uzbuđenja u kontekstu uspješno vođenog odnosa privrženosti između pacijenta i terapeuta. S obzirom da su pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti jako osjetljivi na međuljudske odnose, taj će ih odnos dovesti do anksioznosti povezane s gubitkom osjećaja sebstva, te da će nestalo emocionalno iskustvo prijetiti brzim preplavlivanjem pacijentovih mentalnih sposobnosti vodeći u eskalirajuće emocije i nemogućnost preciznog razumijevanja tuđih motiva. Upravo zbog toga psihoterapeut treba biti oprezan u tretiranju ovakvih pacijenata.

MFT kreće od stabilizacije emocionalnog afekta jer nekontrolirani afekt vodi u impulzivnost, a jedino kad je afekt pod nadzorom moguće je fokusirati se na unutarnje reprezentacije i jačanje pacijentova osjećaja sebstva. Terapeutski stav podrazumijeva: a) poniznost koja proizlazi iz osjećaja neznanja; b) strpljivost tijekom prepoznavanja razlika u perspektivama, c) priznavanje i prihvaćanje drugačijih perspektiva; d) aktivno ispitivanje pacijenta o njegovim iskustvima, što znači tražiti opis iskustva, a ne objašnjenje iskustva; e) pažljivo izbjegavanje potreba za razumijevanjem onoga što nema smisla (eksplicitno reći da nešto nije jasno) (34).

U mentaliziranju transfera treba biti oprezan jer on podrazumijeva razinu mentaliziranja koju pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti često ne posjeduju. Dani su indikatori kada se transfer može koristiti i kojih su šest ključnih komponenti. Prvi korak je priznavanje osjećaja transfera koji tvori pacijentovu perspektivu, što ne znači nužno složiti se sa pacijentom već prihvatiti njegovo stajalište. Drugi korak je istraživanje. Događaji koji su uzrokovali transfer moraju se prepoznati. Ponašanja povezana s mislima i osjećajima moraju se eksplicirati, ponekad i do bolnih detalja. Treći korak je terapeutovo prihvaćanje vlastita uživanja. Većina pacijentovih iskustava u transferu bit će povezana sa stvarnosti pa makar malo ili djelomično. To većinom znači da je terapeut bio uvučen u transfer i ponašao se na način dosljedan pacijentovom viđenju njega ili nje. Terapeut treba priznati uživanje u transfer, i ne pripisati ga pacijentu, već prihvatiti odgovornost i skrenuti pažnju pacijentu da treba prihvatiti odgovornost za nevoljne radnje, i da to ne umanjuje generalni stav koji terapeut želi prikazati. Četvrti korak je suradnja pri stvaranju interpretacije. Metafora koja ovo dobro opisuje je da terapeut sjedi pokraj pacijenta, a ne njemu nasuprot. U takvom stavu oni zajedno gledaju na pacijentove misli i emocije i gdje god je moguće oba zauzimaju radoznali stav. Peti korak se sastoji u tome da terapeut predstavi drugačije viđenje i zadnji, šesti korak je pažljivo pratiti pacijentovu reakciju kao i vlastitu (35).

Mentaliziranje transfera potiče pacijenta da misli o trenutačnom odnosu s terapeutom s ciljem da mu se pažnja usmjeri na tuđi um, um terapeuta i da mu se pomogne u uspoređivanju vlastitog viđenja njih samih s tuđim viđenjem njih: bilo da se radi o terapeutovom viđenju ili viđenju druge osobe u radnoj grupi (34).

Općenitije rečeno cilj tretmana treba biti istovremeno poticanje pacijentove privrženosti i uključenosti u tretman dok mu se pomaže održati mentalizacija. Tretman temeljen na mentalizaciji

pri dinamičkim terapijama implicira: a) odgllašavanje dubokih nesvjesnih tumačenja u korist naglašavanja svjesnog ili podsvjesnog sadržaja, b) prilagodba terapijskog cilja s uvida na mentalizaciju, c) pažljivo izbjegavanje opisivanja složenih mentalnih stanja koja su nerazumljiva osobama s ugroženim mentaliziranjem, d) izbjegavanje naširokih rasprava o prošlim traumama osim u kontekstu razmatranja trenutnih viđenja mentalnih stanja zlostavljajućih osoba i promjena od mentalnih stanja žrtve u prošlosti u odnosu na svoja trenutačna iskustva. Terapeut vjerojatno pomaže najviše kad su intervencije jednostavne i lagane za razumjeti; usmjerene na afekt; aktivno uključuju pacijenta; usmjerene su na pacijentov um više nego na njegovo ponašanje; se odnose na trenutni događaj ili aktivnost; koriste terapeutov um za primjer; fleksibilne su prema složenosti i intenzitetu osjećaja u odgovoru na intenzitet pacijentova emocionalnog uzbuđenja (34).

## 6. ZAKLJUČAK

Prema svemu navedenomu možemo zaključiti da su tjelesne modifikacije češće kod osoba koje boluju od tjelesnog dismorfnog poremećaja, narcističnog, graničnog, histrionskog te antisocijalnog poremećaja ličnosti. Svima im je zajednički disfunkcionalan odnos s majkom, odnosno poremećaj u ranoj interakciji s objektom ljubavi. Posljedično se često osjećaji i potrebe iskazuju kroz tijelo (ne mogu se prepoznati na adekvatan način). Također se simbolički kroz modifikaciju tijela pokušava poslati poruka o vlastitoj neovisnosti i samodostatnosti ili pak kroz ekstremne modifikacije koje su bolne, na neki način uništiti tijelo koje se doživljava kao tuđe, majčino. Primijećeno je da ni jedan oblik tjelesne modifikacije ne umanjuje vlastitu nesigurnost i nezadovoljstvo, nego naprotiv može dodatno pobuditi jaku anksioznost i ljutnju, pogoršati simptome, a nekada nosi i značajan suicidalni rizik. Važno je osvijestiti postojanje ovog psihološkog problema u kontekstu sadašnjeg vremena gdje su dostupne i popularne razne vrste estetskih i kozmetičkih zahvata, a bez prethodne psihološke procjene pojedinaca koji ih traže. Takvim osobama je u konačnici potrebna intenzivna psihoterapija, često u kombinaciji sa psihofarmakoterapijom, kako bi osvijestili i riješili problem koji se nalazi u pozadini.

## **7. ZAHVALA**

Zahvalila bih svojoj mentorici prof.dr.sc. Mileni Skočić Hanžek na velikom trudu i pomoći pri pisanju ovog rada. Također, zahvalila bih mami Jadranki, bratu Martinu i sestri Tini, koji su uvijek bili uz mene i pružali mi podršku kako za vrijeme studija tako i kroz čitav život. Posebno želim zahvaliti sestričnici Anti na bezuvjetnoj podršci i pomoći kroz čitav studij.

## 8. LITERATURA

- (1) Lemma A. , (2010) *Under the Skin, A Psychoanalytic Study of Body Modification*, London, Routledge
- (2) Singh AR, Veale D. Understanding and treating body dysmorphic disorder. *Indian J Psychiatry* 2019;61(Suppl 1):S131-S135. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\_528\_18. PMID: 30745686; PMCID: PMC6343413.
- (3) Begić D, Jukić V, Medved V. *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
- (4) Mitra P, Fluyau D. Narcissistic Personality Disorder. 2021 May 18. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearlsPublishing; 2021 Jan–. PMID: 32310461.
- (5) Swami, Viren, Cass, Lauren , Waseem, Maryem, Furham, Adrian. (2015). What is the relationship between facets of narcissism and women's body image?. *Personality and Individual Differences*. 87. 185-189. 10.1016/j.paid.2015.08.006.
- (6) Lipowska M, Lipowski M. Narcissism as a moderator of satisfaction with body image in young women with extreme underweight and obesity. *PLoS One*. 2015 May 11;10(5):e0126724. doi: 10.1371/journal.pone.0126724. PMID: 25961302; PMCID: PMC4427461.
- (7) French JH, Shrestha S. Histrionic Personality Disorder. 2020 Nov 17. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearlsPublishing; 2021 Jan–. PMID: 31194465.
- (8) Afsaneh, Najmeh (2017) BODY IMAGE AND EMOTIONAL MATURITY HISTRIONIC DISORDER RELATIONSHIP IN WOMEN AGED 20-35, *Journal Of Organizational Behavior Research*, <https://odad.org/article/body-image-and-emotional-maturity-histrionic-disorder-relationship-in-women-aged-20-35>,
- (9) Brüne M. Borderline Personality Disorder: Why 'fast and furious'? *Evol Med Public Health*. 2016 Feb 28;2016(1):52-66. doi: 10.1093/emph/eow002. PMID: 26929090; PMCID: PMC4782519.
- (10) Chapman J, Jamil RT, Fleisher C. Borderline Personality Disorder. 2021 May 4. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan–. PMID: 28613633.
- (11) Kleindienst N, Priebe K, Borgmann E, Cornelisse S, Krüger A, Ebner-Priemer U, Dyer A. Body self-evaluation and physical scars in patients with borderline personality disorder: an observational study. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2014 Apr 10;1:2. doi: 10.1186/2051-6673-1-2. PMID: 26401287; PMCID: PMC4574386.
- (12) Kleindienst N, Löffler A, Herzig M, Bertsch K, Bekrater-Bodmann R. Evaluation of the own body in women with current and remitted borderline personality disorder: evidence for long-lasting effects of childhood sexual abuse. *Eur J Psychotraumatol*. 2020 Jun 25;11(1):1764707. doi: 10.1080/20008198.2020.1764707. PMID: 33029307; PMCID: PMC7473052.
- (13) Fisher KA, Hany M. Antisocial Personality Disorder. 2020 Dec 8. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan–. PMID: 31536279.

- (14) Cardasis, William & Huth-Bocks, Alissa & Silk, Kenneth. (2008). Tattoos and antisocial personality disorder. *Personality and Mental Health*. 2. 10.1002/pmh.43.
- (15) Ivančević Ž., 2010, MSD PRIRUČNIK (ZA LIJEČNIKE), Zagreb, Medicinska naklada
- (16) Štrkalj Ivezić S, Skočić Hanžek M, Bilić V. VAŽNOST TEORIJE OBJEKTNIH ODNOSA M. KLEIN ZA RAZUMIJEVANJE PROCESA U GRUPNOJ PSIHOTERAPIJI OSOBA S ISKUSTVOM PSIHOZE. *Psihoterapija* [Internet]. 2019 [pristupljeno 29.06.2021.];33(2):222-244. <https://doi.org/10.24869/psihei.2020.222>
- (17) Grenon R, Tasca GA, Maxwell H, Balfour L, Proulx G, Bissada H. Parental bonds and body dissatisfaction in a clinical sample: The mediating roles of attachment anxiety and media internalization. *Body Image*. 2016 Dec;19:49-56. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.08.005. Epub 2016 Sep 8. PMID: 27614193.
- (18) Lewis KC, Meehan KB, Cain NM, Wong PS, Clemence AJ, Stevens J, Tillman JG. Impairments in Object Relations and Chronicity of Suicidal Behavior in Individuals With Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord*. 2016 Feb;30(1):19-34. doi: 10.1521/pedi\_2015\_29\_178. Epub 2015 Feb 24. PMID: 25710732.
- (19) Kohut H. *The restoration of the self*. New York, International Universities Press, 1977.
- (20) Kohut H. *The Analysis of the Self, Systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: International Universities Press, 1971
- (21) Kernberg O. *Contrasting View points Regarding the Nature and Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personalities: A Preliminary Communicatin* Journal of the American Psychoanalytic Association. 1974
- (22) Kernberg O. *The Almost Untreatable Narcissistic Patient*. Journal of the American Psychoanalytic Association. 2007
- (23) Cassidy, J. (2008). The Nature of the Child's Ties. U: Cassidy, J. i Shaver, P. R. (ur.). *Handbook of Attachment Second Edition: theory, research and clinical applications*(3-23). New York: The Guilford Press.
- (24) Berk, L.E. (2008). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada Slap
- (25) Drakulić Mindoljević, A. (2015). *Majka, žena i majčinstvo*. Medicinska naklada
- (26) Berk, L.E. (2015). *Dječja razvojna psihologija*. Zagreb: Naklada Slap
- (27) van IJzendoorn M. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*. 1995 117(3):387-403
- (28) De Haas MA, Bakermans-Kranenburg MJ & van IJzendoorn MH. The Adult Attachment Interview and Questionnaires for Attachment Style, Temperament, and Memories of Parental Behavior. *The Journal of Genetic Psychology*. 1994 155(4), 471-486



- (29) Candelori C & Ciocca A. Attachment and eating disorders, In Psychotherapeutic issues in eating disorders: Models, Methods and Results. Rome: Societa Editrice Universo; 1998
- (30) Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Steele M, Steele H, Treasure J. Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. British Journal of Medical Psychology. 2001;74(4):497-505
- (31) Kenny M and Hart K. Relationship between parental attachment and eating disorders in an inpatient and a college sample. Journal of Counseling Psychology. 1992;39(4):521-526.
- (32) Marčinko D. Postavljanje dijagnoze, nova klasifikacija (DSM-5), evolucijsko objašnjenje, prognostički faktori i terapija poremećaja ličnosti. U: Marčinko D, Jakovljević M, Rudan V. Poremećaji ličnosti: stvarni ljudi, stvarni problemi. Medicinska naklada, Zagreb; 2015.
- (33) Marčinko D, Rudan V (2013) Narcistični poremećaj ličnosti i njegova dijagnostička opravdanost, Zagreb, Medicinska naklada
- (34) Fonagy P, Luyten P, Strathearn L (2011) Borderline Personality Disorder, Mentalization, and the Neurobiology of Attachment. In mental health j 32(1):47-69 doi 10.1002/imhj.200283
- (35) Holmes J (2005) Notes on mentalizing –old hat, or new wine? BJP 22(2): 179-198.

## **9.ŽIVOTOPIS**

Rođena sam 27.05.1995. godine u Zagrebu. Pohađala sam OŠ Bistra, a maturirala sam 2013. godine u VII. Općoj gimnaziji u Zagrebu. 2014. godine upisala sam Medicinski fakultet u Zagrebu. Od 2019. godine na studiju bila sam član CroMSIC-a. Aktivno govorim i pišem engleski jezik te imam osnovno poznavanje njemačkog, španjolskog i turskog jezika.