Od antisocijalnog poremećaja ličnosti do psihopatije

Vojković, Marina

Master's thesis / Diplomski rad

2017

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://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:244911

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**



Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Marina Vojković

Od antisocijalnog poremećaja ličnosti do psihopatije

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2017.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb Medicinskog Fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, pod vodstvom prof.dr.sc. Darka Marčinka i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2016./2017.

Sadržaj

1. **Sažetak**……IV
2. **Summary**……...V
3. **Predgovor**……...…...1
4. **Uvod**……...3
5. **Postavljanje dijagnoze poremećaja ličnosti (DSM-IV i DSM-5 kriteriji)**…….....7
   5.1. Antisocijalni poremećaj ličnosti (ASPD)……...…....7
   5.2. DSM-IV i DSM-5 kriteriji za antisocijalni poremećaj ličnosti……...……8
   5.3. Rani tijek ASPD-a, prevalencija i prognostički čimbenici…….....10
6. **Usporedba antisocijalnog i narcističnog poremećaja ličnosti**…….....14
   6.1. Dijagnostički kriteriji narcističnog poremećaja ličnosti…….....14
   6.2. Prevalencija narcističnog poremećaja ličnosti……...15
   6.3. Tipovi narcizma……16
   6.4. On narcističnog do antisocijalnog poremećaja ličnosti……19
7. **Usporedba antisocijalnog poremećaja ličnosti s graničnim poremećajem ličnosti**…….....23
   7.1. Dijagnostički kriteriji graničnog poremećaja ličnosti (BPD) prema DSM-5…...23
   7.2. Prevalencija graničnog poremećaja ličnosti…….…24
   7.3. Od graničnog do antisocijalnog poremećaja ličnosti: sličnosti i razlike……..….25
8. **Antisocijalni poremećaj ličnosti i psihopatija**…….....28
   8.1. Psihopatija i poremećaji ličnosti……...28
   8.2. Postavljanje dijagnoze psihopatije, prevalencija u općoj populaciji i forenzički značaj…….....31
   8.3. Podtipovi psihopatije……..…..35
   8.4. Psihopatija, antisocijalni poremećaj ličnosti i suicidalnost……..36
   8.5. Što se dogodi s lošim djevojkama?.....38
9. **Deficit empatije i biologijska podloga antioscijalnog poremećaja ličnosti i psihopatije**……40
   9.1. Što je empatija?.....40
   9.2. Empatija i psihopatija……...42
   9.3. Genetika i okolišni čimbenici u razvoju psihopatije i antisocijalnog poremećaja ličnosti……...43
10. **Mentalizacija i terapija antisocijalnog poremećaja ličnosti i psihopatije**…...….45
    10.1. Što je mentalizacija i zašto je važna?.....45
    10.2. Može li se mentalizacija kvantificirati i je li njen deficit povezan s ekspresijom antisocijalnog poremećaja ličnosti……....47
    10.3. Terapija antisocijalnog poremećaja ličnosti kroz mentalizaciju……48
    10.4. Terapija antisocijalnog poremećaja ličnosti kroz humor…….....50
11. **Zaključak**……...53
12. **Zahvale**……...55
13. **Literatura**……..56
14. **Životopis**……....58

1. Sažetak

Naslov: Od antisocijalnog poremećaja ličnosti do psihopatije

Autor: Marina Vojković

Antisocijalni poremećaj ličnosti spada u „cluster B“ poremećaje ličnosti. Karakteriziran je kriminalnim ponašanjem, egocentrizmom, deficitom empatije, manipulativnošću i dezinhibicijom, a obrazac ponašanja je stabilan tijekom vremena.

Radi se o takvom poremećaju ličnosti koji, osim što je značajan problem za oboljelog pojedinca i njegovu užu okolinu, predstavlja i važan socijalni problem. Prevalencija nije zanemariva – 2 do 4 % u općoj populaciji, a praćen je nezaposlenošću, psihičkim i somatskim komorbiditetima i niskim životnim standardom.

Psihopatiju je kao dijagnozu u psihijatriju uveo Cleckley još 1941. na temelju vlastitog kliničkog iskustva, a prvi dijagnostički alat je osmislio Robert Hare u obliku ček-liste za psihopate. Danas se koristi njena revidirana verzija iz 1991. godine.

Karakteristike psihopatije se dijele na dva faktora. Prvi predstavlja afektivno-interpersonalnu dimenziju koja se odnosi na šarm, grandioznost, površan afekt, patološko laganje i nedostatak empatije. Drugi faktor psihopatije je socijalno-devijantna dimenzija koja zapravo nalikuje antisocijalnom poremećaju ličnosti: parazitski i kriminalni stil života te impulzivnost.

Općenito se smatra da postoji takozvani kontinuum narcističnog spektra unutar kojeg se karakteristike ličnosti od malignog narcizma, preko različitih stupnjeva antisocijalnog i psihopatskog ponašanja do punog oblika antisocijalnog poremećaja ličnosti i psihopatije, promatraju kao različiti stupnjevi jednog te istog poremećaja ličnosti.

Liječenje pacijenata s ovakvim crtama ličnosti je dugotrajno, sporo i sa, do sada, skromnim napretkom. Koristi se pretežno metoda razvijanja mentalizacije kroz terapijski savez i korektivno iskustvo.

Jedino što preostaje kako bi se postigao dodatni uspjeh i razumijevanje je provođenje daljnjih istraživanja, evaluacija dosadašnjeg rada i angažiranje ne samo medicine već i ostalih segmenata društva – pravosudnih tijela i socijalnih službi.

Ključne riječi: antisocijalni poremećaj ličnosti, psihopatija, mentalizacija

2. Summary

Title: From Antisocial Personality Disorder to Psychopathy

Author: Marina Vojković

Antisocial personality disorder is classified in “cluster B“. Characteristics of this personality disorder are criminally deviant behavior, egocentrism, empathy deficit, manipulative behavior, and disinhibition. These characteristic behaviors are a long-term pattern of individual's functioning.

The prevalence of antisocial personality disorder is 2 to 4 %, and many comorbidities (psychic and somatic) make it very important for the patient alone, but also for the society.

In 1941, based on his clinical observations, Cleckley came up with the term of psychopathy. Later, Robert Hare made the first diagnostic tool used to rate an individual's psychopatic or antisocial tendencies. Nowaday, Psyhcopathy Checklist – Revised is used for these purposes.

Characteristics of psychopathy are divided in two factors. First deals with affective component of individual's character and includes charm, pathological lying, and empathy deficit. Second factor deals with behavioral component of psychopathy and includes impulsiveness and criminally deviant behavior.

It is considered that antisocial personality disorder, psychopathy, and narcissism are all together a part of the Narcissistic continuum. They are considered as different presentations of very similar personality disorders which can't be strictly separated.

Treatnig these patients is considered to be complicated, long-term, and with high failure rates. Up to now, the best treatment method has been encouraging the development of mentalization.

To acomplish further progress in treating antisocial personality disorder and psychopathy, it is necessary to conduct more research, reassess previous work, and engage not only medicine, but also judicial institutions and social services.

Key words: antisocial personality disorder, psychopathy, mentalization

3. Predgovor

„Na svoju sliku stvori Bog čovjeka,

na sliku Božju on ga stvori,

muško i žensko stvori ih.“

(Knjiga postanka)

Što se dogodilo s ljudima pa su zaboravili na ljubav i prestali biti slika Božja? Obuzeti su površnošću, nisu u stanju uvidjeti prave kvalitete i boriti se za vrednote. Međuljudski odnosi su postali puni glume i laži. Nedostaje srčanosti, odanosti, hrabrosti, jednostavno – nedostaje ljubavi. Kao da je prevladao narcizam – ne osjećam druge, radim za svoju korist i ne osvrćem se, ne znam podnijeti kritiku i nemam kapacitet za vlastiti duhovni razvoj i propitivanje. Ljudi su postali tako slabi. Misle da je emocija znak nemoći, toliko je skrivaju da je više niti ne poznaju. Postali smo kultura sebičnosti, ograničenih pogleda i srama.

Čitajući brojne novinske naslove tijekom protekle godine primijetila sam veliki broj priča o napuštanju, prijevarama, brutalnim ubojstvima. Primijetila sam priče u kojima sin ubija vlastite roditelje, mladić svoju djevojku, priče koje su jezive, nečovječne i mračne. Promatrajući sva ta zbivanja nisam se mogla ne zapitati koji je uzrok tome, što leži u takvim ljudima, pa su spremni lišiti drugoga života da bi sebe obranili, sačuvali svoju tajnu ili zatomili osjećaj povrijeđenog ponosa. Koji je motiv takvom ponašanju i zašto se dogodio primjetan porast takvih postupaka. Jesu li oduvijek bili takvi pa je zlo uvijek pomalo i samozatajno tinjalo u njima ili se radi samo o trenutku u kojem nisu znali bolje?

Ako laskamo sebi da smo Božja slika i time bića ljubavi i dobrote, kako neki od nas mogu biti tako prazni? Kako mogu imati tako brutalne postupke, lišene svakog božanskog, dobrog i osjećajnog u njima? Je li moguće da u njima ne postoji savjest, kajanje, strah od posljedica? Kako bića, stvorena kao bazično dobra, stvorena od Boga u ljubavi i kao vrhunac Njegovog

umijeća, mogu biti tako zla? Kako mogu biti suprotnost onome za što su stvorena? Razmišljajući o tome nameće se zaključak da zlo jednostavno postoji, da ga prepoznajemo prekasno i da nam je puno bliže nego što mi mislimo.To su sve razlozi koji su me zaintrigirali i naveli da za temu svog diplomskog rada pokušam proučiti i shvatiti antisocijalni poremećaj ličnosti i psihopatiju. U tim poremećajima ličnosti sam vidjela nehumanost i hladnoću koja me fascinira i koju želim razumjeti. Zanima me jesu li ti ljudi doista jednostavno zli ili ipak i oni kriju barem nešto dobro u sebi. Zanima me može li ih se promijeniti ili je svaki pokušaj uzaludan. Kako uopće nastane takva ličnost i kako izgleda život bez emocija, vođen isključivo razumom i vjerovanjem da je tuđe postojanje manje vrijedno. Kako je moguće da su neki od njih pritom čak i uspješni i rado viđeni u društvu?

Ova tema mi je bila zanimljiva i zato što mi je omogućila da otkrijem tajnu koja leži ispod površine. Smatram da svaki postupak ima svoj motiv, i to onaj ne tako očit, koji se sam nameće. Često se radi o tako dubokim motivima kojih niti sam taj pojedinac ne mora biti svjestan, ali oni ipak oblikuju njegovo ponašanje i stavove. Svi ljudi u javnosti imaju i nose svoju masku, onu za koju smatraju da je primjerena u danom trenutku. I to ne rade uvijek kako bi sakrili zle namjere, ponekad su jednostavno nesigurni i lakše je skriti se iza već uvježbane krinke.

Dakle, kroz ovu temu sam vidjela priliku da pokušam shvatiti onu stranu čovječanstva koja je mračna, koja nam nije na ponos, upravo naprotiv – ona je za svaku osudu. Međutim, iako se radi onoj strašnoj strani u koju se, u suvremenoj kulturi, svi boje zaviriti jer se moraju praviti da zlo, patnja, nepravda i strah ne postoje, ja ipak smatram da se o tome treba govoriti. Smatram da se treba proučavati i pokušati ispraviti i da svijet nije satkan samo od dobroga i površnoga, od *lajkova* i slika na *Facebooku*. Zato je ovaj tekst koji slijedi moj doprinos poticanju promišljanja i razvijanja stavova, suočavanja s pitanjima na koja još dugo nećemo imati odgovor.

4. UVOD

Crte ličnosti su dugotrajni model percepcije i razmišljanja o okolini i samom sebi koji se izražava kroz različite socijalne i osobne situacije. Ako su one nefleksibilne i dovode do funkcionalnih i subjektivnih smetnji radi se o poremećaju ličnosti. Naglasak je na trajnim obrascima ponašanja – razmišljanja, reagiranja, shvaćanja koji se moraju ispoljiti do rane odrasle dobi i ne smiju biti odgovor ni na kakvu specifičnu stresnu situaciju (Marčinko, Jakovljević,Rudan i sur., 2015.).

Poremećaj ličnosti se definira kao trajno promijenjena ličnost, na razini selfa, ali i interpersonalnih odnosa te prisutnost patoloških crta ličnosti (DSM-5). Takve patološke promjene dovode do otežanog funkcioniranja pojedinca unutar društvene zajednice, tj. do poremećenih odnosa unutar obitelji, prijateljskih i ljubavnih veza te poslovnog okruženja. Osobe s poremećajem ličnosti su izvor frustracija za okolinu, a često uz njihovu osnovnu dijagnozu dolaze i različiti komorbiditeti. To su primjerice anksioznost, poremećaji u prehrani, bolesti ovisnosti (zlouporaba droge i alkohola). Također, ako ostvare roditeljstvo, ponašanje prema djeci je uglavnom nedosljedno, često s previše emocija ili su pak emocionalno udaljeni, a nerijetko se ponašaju i nasilno. Dakle, dolazi do formiranja disfunkcionalnih obitelji što dovodi do psihičkih, ali i fizičkih posljedica za zdravlje njihove djece. Time se zapravo stvara jedan začarani krug u kojem se neprestano „proizvode“ novi psihički problemi, iz jedne generacije u drugu, a oni za sobom, uz loše socioekonomske uvjete, mogu nositi i somatska oboljenja.

Kada se uzme u obzir i da je prevalencija poremećaja ličnosti u općoj populaciji između 10 i 13 % (Marčinko, Jakovljević, Rudan i sur., 2015.), problem poremećaja ličnosti se nameće kao važna društvena tema koja neće narušiti kvalitetu života samo oboljelog pojedinca nego i cijelog niza ljudi koji su u njegovoj blizini. Tako posljedice mogu osjećati njegova obitelj, djeca, supružnik pa i kolege unutar radnog kolektiva, a u konačnici i šira društvena zajednica dođe li takva osoba na utjecajnu poziciju te na taj način pokrene i određene društvene promjene.

Za postavljanje dijagnoze poremećaja ličnosti potrebno je osloniti se na anamnestičke podatke koje ćemo dobiti od samog pacijenta, a vrlo često i na heteroanamnestičke podatke.

Oni su nam važni jer takvi pojedinci obično uopće nemaju objektivan uvid u vlastito ponašanje i posljedice koje ono nosi. Osim heteroanamnestičkih podataka važni su i transfer i kontratransfer budući da pacijenti s poremećajem ličnosti i kod samog liječnika često uzrokuju osjećaj nelagode i ljutnje što dovodi do postavljanja liječnika u defanzivan stav. To može poslužiti kao početni vodič u postavljanju sumnje da bi se moglo raditi o nekom od poremećaja ličnosti.

Važne su naravno i emocionalne reakcije bolesnika i njegovo vlastito shvaćanje o tome što mu uzrokuje tegobe, ali i njegov osobni doživljaj ponašanja drugih prema njemu samome. Dijagnoza, dakle, počiva na opaženim ponavljajućim načinima ponašanja i percepciji koji ometaju funkcioniranje pojedinca i uzrokuju patnju njemu i ljudima u njegovoj okolini.

Prema DSM- IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) postoji deset različitih poremećaja ličnosti koji se dijele u tri skupine (clustera).

Cluster A obuhvaća bolesnike koji su distancirani i nepovjerljivi. Tu spadaju paranoidni, shizoidni i shizotipni poremećaj ličnosti.

Paranoidna ličnost je karakterizirana emocionalnom hladnoćom, potrebom za kontroliranjem i sklonošću ljubomori u interpersonalnim odnosima. Takvi pojedinci su obično tajnoviti i sumnjičavi te često nalaze neprijateljske i zlobne motive u postupcima drugih. Međutim, tu se često radi o projekcijama njihovih vlastitih osjećaja. Te projekcije i krajnje negativno tumačenje tuđih motiva i postupaka ide toliko daleko da su skloni poduzimati i pravne postupke.

Shizoidna ličnost karakterizirana je također emocionalnom hladnoćom, ali u ovom slučaju postoji i povlačenje iz društva i tendencija osamljivanju. Takve osobe su zaokupljene vlastitim mislima, boje se bliskosti s drugima, sklone su sanjarenjima i teoretskim razmatranjima kojima u konačnici daju prednost pred praktičnim djelima.

Shizotipna ličnost obuhvaća sva obilježja shizoidne, ali pritom su ovdje prisutne promjene u samoj percepciji realiteta: neobične, magične i paranoidne misli. U ovom slučaju prisutne karakteristike mogle bi upućivati i na shizofreniju, ali ako ne zadovoljavaju dijagnostičke kriterije za nju, pripisuju se poremećaju ličnosti.

Cluster B čine emocionalno nestabilni i impulzivni pojedinci i upravo je ta skupina od mog užeg interesa s obzirom na to da ovdje, osim graničnog, nacističkog i histrionskog poremećaja ličnosti spada i antisocijalni poremećaj ličnosti.

U ovom uvodnom dijelu ću se samo kratko dotaknuti ove skupine poremećaja ličnosti budući da će u daljnjem tekstu biti detaljnije razrađeni i međusobno uspoređeni.

Granična ličnost je prvenstveno obilježena nestalnošću. To se odnosi i na ponašanje, raspoloženje i interpersonalne odnose, ali i na sliku o samome sebi. Sve doživljavaju po principu „crno-bijelo“ tako da su im interpersonalni odnosi jako burni te lako osciliraju od ljubavi do potpune mržnje. Skloni su suicidalnom ponašanju i obično tijekom života imaju nekoliko pokušaja suicida.

Narcisoidna ličnost vođena je osjećajem superiornosti, potrebom da im se drugi dive. Posebno su osjetljivi na kritike i neuspjeh, a budući da se s time ne znaju nositi mogu postati depresivni pa čak i skloni suicidu.

Histrionska ličnost konstantno traži pažnju, a pritom su iznimno svjesni svog izgleda te upravo preko njega i privlače pažnjut na sebe. Emocije obično izražavaju pretjerano ali površno. Veze koje uspostavljaju su obično seksualne, ali kratkog vijeka. Osim pretjeranog naglašavanja vanjskog izgleda i seksualnosti, pažnju privlače i somatiziranjem intrapsihičkih konflikata.

Antisocijalni poremećaj ličnosti je prepoznatljiv po bezosjećajnom zanemarivanju tuđih prava i potreba te sklonosti da se druge iskoristi kako bi se postigao osobni profit. Impulzivni su i neodgovorni, a posljedice svog ponašanja obično ne mogu predvidjeti niti zbog njih osjećaju krivnju. Često se javlja i komorbiditet: alkoholizam, narkomanija i promiskuitetno ponašanje.

U cluster C se ubrajaju poremećaji ličnosti karakterizirani zabrinutošću, nervozom i pasivnošću. To su: ovisni, izbjegavajući i opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti.

Ovisni poremećaj ličnosti je karakteriziran podčinjavanjem i predajom odgovornosti drugima – nedostaje im samopouzdanje pa potrebe drugih stavljaju ispred svojih. Oklijevaju u iznošenju vlastitog mišljenja kako ne bi nekoga uvrijedili svojom agresivnošću.

Izbjegavajuća ličnost je obilježena odbijanjem i strahom od veza ili novih iskustava kako ne bi došlo do neuspjeha i posljedično do razočaranja. Međutim, takve osobe imaju snažnu želju za ljubavlju i osjećajem prihvaćenosti pa svoju osamljenost i izdvojenost teško podnose.

Opsesivno-kompulzivna ličnost je karakterizirana savjesnošću i pouzdanošću. Skloni su prevelikom pridavanju pažnje detaljima zbog čega znaju zaboraviti svrhu samog rada. Iz tih razloga imaju i probleme s dovršavanjem poslova i donošenjem odluka, ali iz istih razloga

mogu biti vrlo uspješni u poslu. To se naročito odnosi na znanstvene i akademske krugove gdje je pedantnost i predanost nužna.

Kod liječenja poremećaja ličnosti je važno istaknuti da prevladava mišljenje da ih se ne može uspješno tretirati i da su takvi pokušaji uzaludni. To dovodi do nepravedne zanemarenosti ovakvih pacijenata od strane psihijatara, ali i liječnika drugih specijalnosti.

Jedan od ciljeva ovog diplomskog rada je i taj da pokušam dokazati da postoje metode liječenja poremećaja ličnosti i to različite, ovisno o procjeni psihijatra, i da te metode daju rezultate. Posebno ću se, naravno, koncentrirati na metode liječenja antisocijalnog poremećaja ličnosti.

Ono što vrijedi za sve poremećaje ličnosti je to da je potrebno osigurati pacijentu potporu njegove okoline (obitelji, prijatelja), ali ga i kroz terapijski savez dovesti do spoznaje da je upravo on sam uzrok poteškoća na koje nailazi u interpersonalnim odnosima i precepciji samoga sebe. Kroz provođenje terapije se, naravno, oslanjamo i na pružanje korektivnog iskustva kako bismo potaknuli pacijenta da uvidi svoje probleme i na taj način mu pružili potporu.

5. POSTAVLJANJE DIJAGNOZE POREMEĆAJA LIČNOSTI (DSM-IV I DSM-5 KRITERIJI)

Kada prosuđujemo ličnost treba se uvijek uzeti u obzir etničko, kulturološko i socijalno podrijetlo pojedinca. Na taj način ćemo izbjeći pogrešku da izražavanje navika, vjerskih običaja ili političkih stavova koji su specifični za kulturu kojoj osoba pripada pripišemo nekom od poremećaja ličnosti. Također je važno istaknuti da, u slučaju djeteta, zamijećeni obrasci ponašanja moraju trajati barem godinu dana kako bismo postavili dijagnozu, a ako se sumnja na antisocijalni poremećaj ličnosti ona se postavlja tek nakon osamnaeste godine. (Marčinko, Jakovljević, Rudan i sur., 2015.).

Iako se smatra da se poremećaji ličnosti manifestiraju obično u tijeku adolescencije, a najkasnije u ranoj odrasloj dobi, oboljeli može privući pažnju liječnika tek kasnije tijekom života. (Marčinko, Jakovljević, Rudan i sur., 2015.).

Dakle, kako bismo diferencijalno dijagnostički isključili mogućnost neke druge patologije vodimo se prema tri osnovna kriterija u prepoznavanju poremećaja ličnosti: definirajuća karakteristika se mora očitovati do rane odrasle dobi, mora biti tipična za dugotrajno funkcioniranje osobe i ne smije biti prisutna u vrijeme epizode nekog drugog psihičkog poremećaja. Posljednje posebno vrijedi za paranoidni, shizoidni i shizotipni poremećaj ličnosti. (Marčinko, Jakovljević, Rudan i sur., 2015.). Također, smetnje moraju biti prisutne u četiri različite kategorije: kognitivnoj, afektivnoj, interpersonalnoj i kontroli impulsa (Marčinko i sur., 2013.).

5.1. Antisocijalni poremećaj ličnosti (ASPD)

Osobe s antisocijalnim poremećajem ličnosti kao ključnu odliku imaju tendenciju kontinuiranog kršenja i nepoštivanja prava drugih ljudi. To rade kroz kombinaciju manipulativnog, agresivnog i antisocijalnog ponašanja. (Jakšić, Čuržik, 2012.). Pritom se antisocijalnim ponašanjem označava dugogodišnji obrazac devijantnih radnji s impulzivnošću i niskom razinom zabrinutosti za vlastitu sigurnost i sigurnost drugih ljudi.

Zbog tih karakteristika često dolaze u sukobe s društvom (fizička agresija ili npr. gomilanje dugova) pa ih visok postotak s vremenom bude kažnjen i zatvorskom kaznom.

5.2. DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual od Mental Disorders) i DSM-5 kriteriji za antisocijalni poremećaj ličnosti

Prema DSM-IV kriteriji koji moraju biti ispunjeni za postavljanje dijagnoze antisocijalnog poremećaja ličnosti se dijele u četiri kategorije.

Prva se bazira na već spomenutom modelu zanemarivanja i kršenja prava drugih ljudi za koje se navodi da mora postojati od petnaeste godine života. Ono što je znak i indicija za prisutnost takvog modela je ponavljanje ponašanja i djela koja su temelj za uhićenje (kršenje zakona kroz krađu, prijevare). Takve osobe su sklone laganju, lažnom predstavljanju i varanju drugih kako bi postigli osobni profit. Impulzivni su, iritabilni i agresivni te su upravo po tim značajkama prepoznatljivi i upadljivi budući da se u tom smislu prezentiraju kroz agresivno ponašanje (fizički napadi i tučnjave). Osim toga, neodgovorni su i zanemaruju vlastitu sigurnost i sigurnost drugih ljudi. Neodgovornost se obično prezentira kroz nesposobnost zadržavanja posla i gomilanje dugova te loše raspolaganje novcem. Još jedna važna karakteristika unutar ove kategorije je i nedostatak kajanja nakon počinjenog djela na štetu drugog pojedinca, čak i kada im se objasne posljedice za oštećenu osobu.

Osim kršenja prava drugih ljudi i narušavanja njihovih sloboda, za postavljanje dijagnoze je prema DSM-IV važno i da je osoba starija od osamnaest godina, da od petnaeste godine ima u anamnezi poremećaj ponašanja i da se sva ta ponašanja ne prezentiraju u toku epizode nekog drugog psihičkog poremećaja. Tu se posebno misli na shizofreniju i manične epizode.

DSM-5 na ove kriterije patoloških crta ličnosti dodaje i posebno naglašava interpersonalne odnose i doživljaj samoga sebe. Dakle, DSM-5 ne uzima u obzir samo ponašanja koja pojedinac očito prezentira, kao što je sklonost kršenju zakona, nego posebno naglašava dimenziju fukncioniranja ličnosti na osobnoj razini (self) i u interakciji s drugima i doživljaju drugih (interpersonalni odnosi).

Tako je na razini selfa važan doživljaj vlastitog identiteta i usmjerenost na sebe. Osobe s antisocijalnim poremećajem ličnosti identificiraju same sebe kroz ego-centrizam, a samopoštovanje im proizlazi iz osjećaja moći ili zadovoljstva. Problem je u tome što svoju moć dokazuju postizanjem osobnog profita ne obazirući se na osjećaje drugih ljudi, društvene norme ili zakonske propise. Kada se govori o usmjerenosti na same sebe takvi pojedinci za glavni cilj imaju to da im je primarno postizanje osobne gratifikacije.

Njima nedostaje onaj internalizirani socijalni standard prihvatljivog ponašanja koji svi ljudi prirodno usvajaju nakon što im je nametnut kroz odrastanje i sazrijevanje. S obzirom da nemaju taj unutarnji osjećaj što je društveno prihvatljivo, a što nije, oni će kršiti standarde i etičke principe zajednice.

U interpersonalnim odnosima DSM-5 uvodi kategorije empatije i intimnosti. Deficit empatije kod ovih ljudi se očituje u tome da ne iskazuju zabrinutost za tuđe osjećaje niti mogu razumjeti njihove potrebe ili patnje. Iz toga proizlazi i činjenica da ne osjećaju žaljenje za svoje postupke na štetu drugih niti iskazuju kajanje za patnju koju su im nanijeli. Kada govorimo o intimnim odnosima i doživljajima kod osoba s antisocijalnim poremećajem ličnosti, važno je naglasiti da oni ne mogu ostvariti uzajamno intimnu vezu s drugom osobom budući da druge doživljavaju isključivo kao sredstvo ostvarenja vlastite dobiti.

Dakle, njih u odnosu s drugom osobom ne zaokuplja osjećaj sigurnosti, prihvaćenosti i ljubavi, nego posežu za lažima, prisilama i dominacijom. To je sve u službi njihovog egocentrizma, ostvarenja osobne gratifikacije, moći i užitka kroz koje ostvaruju vlastitu identifikaciju i osjećaj vrijednosti koji im kronično nedostaje.

DSM-5 zadržava patološke crte ličnosti kao ključan element postavljanja dijagnoze ovog poremećaja, ali ih detaljnije razrađuje. Tu se navode dvije osnovne skupine crta ličnosti: antagonizam i dezinhibicija.

Antagonizam se manifestira kroz manipulativnost, obmanjivanje, okorjelost i odbojnost (neprijateljstvo). Sve ove karakteristike bi praktično zapravo značile da će osobe s antisocijalnim poremećajem ličnosti poduzeti sve kako bi utjecale na pojedinca koji im je od interesa i kako bi ga kontrolirale. Pritom se mogu koristiti zavođenjem, šarmom, razgovorljivošću, ali mogu ići i u drugu krajnost pa pribjegavaju neiskrenosti, lažima, varanju. Prezentiraju se potpuno drugačijima nego što stvarno jesu, što znači da uljepšavaju svoje osobine i prikazuju se boljima pa čak i izmišljaju čitave događaje i priče. U već spomenutom deficitu empatije su okorjeli – to im je stalan obrazac ponašanja i shvaćanja svijeta i društva, a pritom su često i agresivni, sadisti. Njihov gnjev i iritabilnost su perzistentni, a može ih se lako isprovocirati čak i manjom uvredom ako se pogodi u „slabu točku“. U suštini su pakosni, neprijatni i osvetoljubivi.

Njihova dezinhibicija znači da loše kontroliraju vlastite nagone, tj. da su impulzivni. Ta crta ličnosti se prezentira kroz neodgovorno ponašanje – ne ispunjavanju obveze pa često ne mogu

zadržati posao, loše raspolažu novcem zbog čega često gomilaju dugove. Isto tako ne ispunjavaju obećanja niti se drže dogovora. U trenutku reagiraju naglo na trenutačni podražaj bez procjene situacije ili mogućih ishoda. Upravo zato im i je vrlo teško ispoštovati dogovor ili obećanje, a to vrijedi i u poslovnom smislu i u osobnim odnosima. Ljudi s antisocijalnim poremećajem ličnosti se često upuštaju u opasne i riskantne situacije i radnje čak i kada to nije neophodno. To se može pripisati podatku da su skloni osjećaju dosade pa se iz tog razloga upuštaju u aktivnosti koje će ih zabaviti, a kako inače ne razmatraju moguće posljedice, to često rezultira ugrožavajućim radnjama.

Ono što je ostalo isto u kriterijima DSM-5 kao i u DSM-IV su kriteriji da su patološke crte ličnosti stabilne tijekom vremena i da osoba mora imati barem osamnaest godina kako bi se postavila dijagnoza antisocijalnog poremećaja ličnosti. Ovdje je važno naglasiti da DSM-5 dodaje da, osim što se poremećaj mora prezentirati izvan epizode nekog drugog psihičkog poremećaja, mora biti i neovisan o djelovanju različitih tvari (alkohol, droge, lijekovi) ali i o somatskim stanjima i dijagnozama (npr. trauma glave). Također, potrebno je utvrditi da ponašanje koje se nama čini antisocijalno nije posljedica pripadnosti pojedinca nekakvoj kulturnoj i socijalnoj zajednici ili pak da nije posljedica trenutačnog razvojnog stadija. To je posebno važno u adolescentnoj dobi kada utjecaj društva vršnjaka kojem osoba pripada može dovesti do takvog ponašanja, a da se ne radi stvarno o poremećaju ličnosti nego jednostavno o ponašanju koje grupa zahtijeva od pojedinca kako bi njoj pripadao.

5.3.Rani tijek ASPD-a, prevalencija i prognostički čimbenici

Prema istraživanju Donalda Blacka (Black, 2015.) antisocijalno ponašanje obično počinje prije osme godine života. Odnosno, djeca obično razviju simptome ASPD-a prije jedanaeste godine, s tim da se kod dječaka to događa ranije nego kod djevojčica. Za djecu koja do petnaeste godine ne pokažu simptome ASPD-a se smatra da ga niti neće razviti tijekom života. DSM-5, kako je već navedeno, postavlja dijagnozu tek nakon osamnaeste godine, ali je pritom potrebno ispitati jesu li prije toga postojale karakteristike poremećaja ponašanja. 25 % djevojčica i 40 % dječaka koji su tijekom odrastanja imali poremećaj ponašanja nakon osamnaeste godine dobiju dijagnozu antisocijalnog poremećaja ličnosti. (Black, 2015.).

Čak i ranije studije koje su 1940-ih i 1950-ih proveli Glueck i Robins (Black, 2015.) su pokazale da antisocijalno ponašanje u dječjoj dobi može biti dobar prediktor za obrazovni uspjeh, zaposlenje i ekonomski status te osnivanje vlastite obitelji u odrasloj dobi.

Prema Glueckovoj studiji značajnije antisocijalno ponašanje u dječjoj dobi (ono koje je prepoznato od strane zakona kao delikventno) je snažno i proporcionalno povezano s kriminalnim ponašanjem u odrasloj dobi i većim brojem uhićenja. Prema studiji koju je provela Robins možemo zaključiti da ipak većina djece s antisocijalnim ponašanjem pokazuje stagnaciju ili čak pogoršanje tijekom odrasle dobi (61 %), manji dio (27 %) pokazuje određeni napredak, ali samo 12 % ulazi u remisiju. Dob koja se smatra granicom za nastupanje poboljšanja je sredina tridesetih godina i rane četrdesete. Međutim, tu ostaje nejasno da li je ta dob signifikantna zato što doista dolazi do poboljšanja pa se osobe koje su do tad značajno manifestirale anitsocijalno ponašanje doista smiruju ili one ipak niti ne dožive stariju dob zbog brojnih komorbiditeta koji idu s antsocijalnim poremećajem ličnosti (Jakšić, Čuržik, 2012.).

Za daljnju ilustraciju predviđanja razvoja poremećaja ponašanja i hiperaktivnosti tijekom života važna je i „Developmental Trends Study“ (Black, 2015.). Ona je počela 1987. godine u Pennsylvaniji i Georgiji, a pratila je djecu između 7. i 12. godine sve do njihove rane odrasle dobi. Iz ove studije saznajemo da je progresija antisocijalnog ponašanja bila brža i teža među onim dječacima kod kojih se takvo ponašanje javilo ranije, a poremećaj ponašanja je imao dobru prediktivnu vrijednost za kasniji razvoj ASPD-a.

Važno je napomenuti da se prilikom razmatranja poremećaja ponašanja i ASPD-a moraju razlikovati dvije skupine adolescenata, iako se prezentiraju vrlo sličnim karakteristikama. Radi se o tome da u adolescenciji postoji jak utjecaj društvene grupe kojoj pojedinac pripada te se on priklanja pravilima koje ta grupa uvjetuje kako bi ostao prihvaćen i kako bi se afirmirao. To također može voditi u agresivno ponašanje (tučnjave), opijanje, delikvenciju. Takvi adolescenti tijekom djetinjstva nisu iskazivali karakteristike antisocijalnog ponašanja i oni u pravilu tijekom odrastanja gube te značajke i ne razvijaju poremećaje ličnosti nego postaju prosječni članovi društva (Black, 2015.). Dakle, ovakve adolescente treba razlikovati od onih kojima bi se kasnije tijekom života doista mogla postaviti dijagnoza antisocijalnog poremećaja ličnosti. Kada se promatra specifična skupina adolescenata moglo bi se raditi o tome da, primjerice, jedan od njih doista signifikantno iskazuje antisocijalno ponašanje i on bi u konačnici mogao dobiti dijagnozu poremećaja ličnosti. Ostali su u manjoj mjeri agresivni i oni se možda samo priklanjaju njemu, iako će to na kraju zapravo biti samo jedna faza tijekom života.

Dakle, moguće je da kod djeteta s antisocijalnim ponašanjem tijekom odrasle dobi dođe do poboljšanja pa čak i remisije (Black, 2015.). Dolazi do opadanja broja uhićenja, a ako se i dogode ne radi se više o nasilnom ponašanju kao u mlađoj dobi nego primjerice o pijanstvu.

Međutim, ono što po mom mišljenju, antisocijalni poremećaj ličnosti čini značajnim socijalnim problemom, a ne samo psihijatrijskom dijagnozom, je činjenica da takvi ljudi uvijek ostaju problem za svoju užu okolinu – obitelj, kolege, susjede čak i ako nisu toliko izraženo delikventni. Također, često su ovisni o socijalnoj pomoći te ne mogu ostvariti zaposlenje ili nadoknaditi propušteno obrazovanje.

U konačnici, ne možemo točno predvidjeti kakav će biti ishod svakog pojedinca s antisocijalnim ponašanjem, ali se smatra da će daljnji tijek biti lošiji u onim slučajevima gdje je takvo ponašanje počelo u ranijoj dječjoj dobi. Neki faktori ipak mogu modelirati takve poremećaje te dovesti do njihovog ublaživanja. Tu spadaju bračni i obiteljski odnosi, veze pojedinca sa zajednicom, stupanj socijalizacije i okorjelost (obrazac ponašanja traje dugi niz godina) (Black, 2015.). Dakle, smatra se da oni koji se prezentiraju s antisocijalnim ponašanjem u kraćem periodu imaju veću šansu da postignu potpunu remisiju ili barem poboljšanje. Sklapanje braka također pospješuje poboljšanje ponašanja, a kao posljedica toga popravljaju se i odnosi s obitelji te se osoba bolje uklapa u širu društvenu zajednicu što dalje ojačava i potiče napredak. Ako se još u fazi djetinjstva poradi na poboljšanju socijalizacije šanse za oporavak rastu i više jer je još uvijek moguće da će dijete internalizirati socijalne norme, a ne ih samo osvijestiti na kognitivnoj razini.

Važno je istaknuti i spoznaju do koje su došli Jenkins i Glickman (Black, 2015.), a to je da postoje dvije skupine djece s poremećajem ponašanja, a prvenstveno se razlikuju po tome razvijaju li odanost, tj. lojalnost određenoj grupi ili postaju samotnjaci. Za one koji pripadaju određenoj grupi i koji su joj lojalni se smatra da će u budućnosti biti manje kažnjavani i osuđivani na zatvorske kazne.

S obzirom na to da ljudi s antisocijalnim poremećajem ličnosti ipak pokazuju ponašanja koja su bezosjećajna i okrutna te uzrokuju značajne probleme ne samo cijelom društvu nego i svojoj užoj okolini, možemo reći da prevalencije nisu zanemarive. Među muškarcima ona iznosi 2 do 4 % u općoj populaciji, a među ženama 0,5 do 1 %. (Black, 2015.) Kod antisocijalnog poremećaja je dodatni problem u tome što obično postoji jedan ili više komorbiditetnih poremećaja koji obično uključuju zlouporabu alkohola i droga, depresivni i bipolarni poremećaj, anksiozne poremećaje i sklonost suicidu. Osim toga prisutna su i

somatska oboljenja koja se mogu dovesti u vezu s antisocijalnim poremećajem ličnosti: traume, nesreće, hepatitis C i HIV. (Black, 2015.).

6. USPOREDBA ANTISOCIJALNOG I NARCISTIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI

6.1. Dijagnostički kriteriji narcističnog poremećaja ličnosti

Kao i kod svakog poremećaja ličnosti, i u ovom slučaju se za postavljanje dijagnoze treba obratiti pažnja na patološke crte ličnosti, ali i na interpersonalne odnose samog pojedinca i njegov doživljaj selfa.

Dakle, prema DSM-5, kao i kod antisocijalnog poremećaja ličnosti na razini doživljaja selfa posebno se razlaže identitet i usmjerenost na sebe. Osoba s narcističnim poremećajem ličnosti će na razini vlastitog identiteta graditi svoje samopoštovanje i doživljaj samog sebe na temelju mišljenja okoline. Iz tog razloga joj osjećaj vlastite vrijednosti može biti pretjeran i grandiozan, ali isto tako može se osjećati bezvrijednom. Često se događa da takvim ljudima samopouzdanje i samopoštovanje oscilira između ta dva ekstrema, upravo prema trenutačnom mišljenju okoline. Također, osobe s narcističnim poremećajem ličnosti postavljaju sebi ciljeve nesvjesni vlastite motivacije, a s potrebom da dožive odobravanje i pohvalu okoline. Osobne standarde mogu postaviti vrlo visoko ili pak vrlo nisko, ovisno o tome doživljavaju li sebe kao iznimno dobre i sposobne ili se ograničavaju zbog osjećaja manje vrijednosti.

Kada se govori o interpersonalnom funkcioniranju osoba s narcističnim poremećajem ličnosti, ponovno je važno razmotriti empatiju i kapacitet za intimne odnose. Kod ljudi s ovim poremećajem ličnosti, isto kao i kod antisocijalnog poremećaja, nalazimo umanjenu sposobnost suosjećanja ili prepoznavanja potreba drugih ljudi. Međutim, ono što čini razliku prema antisocijalnom poremećaju ličnosti je to da će narcisi biti pretjerano usmjereni na tumačenje reakcija drugih pa će se s njima usklađivati, no samo ako procijene da je njima to bitno iz nekog razloga u konkretnoj situaciji. Veze koje uspostavljaju, bilo prijateljske, bilo ljubavne, su površne i služe im isključivo kako bi gradili i održavali svoje samopoštovanje. Prava bliskost i produbljivanje odnosa su onemogućeni jer će osobe s narcističnim poremećajem ličnosti biti zaokupljene ostvarenjem vlastitog interesa i neće biti zainteresirane za iskustva i doživljaje druge strane.

DSM-5 patološke crte ličnosti, kao daljnji kriterij, dijeli na grandioznost i potrebu za privlačenjem pažnje. Grandioznost označava pretjeranu usredotočenost pojedinca na samog

sebe, uvjerenje da je bolji i vrjedniji od drugih prema kojima se onda tako i odnosi. Taj osjećaj osoba može pokazivati sasvim otvoreno, ali postoje i oni kod kojih je to „skriveno“, nije posebno uočljivo jer se ne prezentira ponašanjima koja dogmatski vežemo uz narcisoidnost. Također, ljudi s narcističknim poremećajem ličnosti imaju potrebu biti u središtu pažnje i uvijek zahtijevaju divljenje i pohvale od okoline.

Osim prethodno navedenih kriterija, u DSM-5 se za narcistični poremećaj ličnosti, kao i za antisocijalni, navodi da taj karakteristični obrazac ponašanja i doživljavanja mora biti stabilan tijekom vremena, neovisan o konzumiranju različitih sredstava (droge, alkohol, lijekovi) i mora se događati izvan epizode neke druge psihičke ili somatske bolesti.

Iz priloženih dijagnostičkih kriterija opisanih u DSM-5, za narcistični poremećaj ličnosti moglo bi se zaključiti da je on sličan antisocijalno poremećaju ličnosti – deficit empatije i slab kapacitet za ostvarenje intimnih interpersonalnih odnosa. Međutim, ovdje se nameće pitanje jesu li ta dva poremećaja doista slična, pa možda predstavljaju jedan kontinuum gdje bi narcizam preko malignog narcizma u konačnici vodio do antisocijalnog poremećaja ličnosti ili se ipak radi o poremećajima koje ne možemo dovesti u međusobnu vezu i koji su neovisni. Na to pitanje ću pokušati odgovoriti kasnije u tekstu na temelju dosadašnjih istraživanja koja su provedena na tu temu.

6.2. Prevalencija narcističnog poremećaja ličnosti

Pinsky je za narcistični poremećaj razvio standardizirani intervju koji procjenjuje sedam dominantih osobina narcizma, a to su: autoritet, polaganje prava, egzibicionizam, iskorištavanje drugih, samodostatnost, taština i superiornost (Marčinko, 2013.). Ovim upitnikom je moguće mjeriti koja je od osobina najizraženija kod svakog pojedinca, a na temelju rezultata se može procijeniti je li ispitanik više ili manje narcističan od prosjeka. Prema ovim kriterijima, u općoj populaciji između 0,5 i 1 % ljudi ima narcistični poremećaj ličnosti, a njih 50-70 % su muškarci (Marčinko, 2013.).

Ovdje vidimo da je prevalencija narcističnog poremećaja ličnosti niža nego prevalencija antisocijalnog, ali ono što im je zajedničko je to da je i narcistični poremećaj češći među muškarcima.

6.3. Tipovi narcizma

Dva osnovna tipa narcizma koja su uvriježena u psihoterapijskoj praksi su grandiozni (otvoreni) i vulnerabilni (prikriveni) narcizam, a razlike između njih detaljnije su opisane dalje u tekstu (Marčinko, Rudan, 2013.).

Grandiozni narcisi svojom bahatošću, iskorištavanjem drugih i nedostatkom empatije skrivaju bazično lošu sliku koju imaju o sebi. Skloni su fantazijama o moći, snazi, ljepoti i bogatstvu, u društvu se adaptiraju kroz intenzivnu ambiciju kojom u konačnici postižu i uspjeh te bivaju prihvaćeni. Tu se bitno razlikuju od ljudi s antisocijalnim poremećajem ličnosti koji neprestano ulaze u sukobe s okolinom zbog svog agresivnog ponašanja koje niti ne pokušavaju prilagoditi društvu kako bi se uklopili. Ljudi s otvorenim tipom narcističnog poremećaja ličnosti, slično kao i oni s antisocijalnim poremećajem, često koriste zavodljivost i seksualnost ali su im interpersonalni odnosi također plitki.

Kod vulnerabilnog tipa narcističnog poremećaja karakteristično je postavljanje u ulogu žrtve, zauzimanje inferiornog položaja, naglašena potreba za odobravanjem i zavist prema drugima na dobrim osobinama koje imaju. Društveno, isto kao i oni s antisocijalnim poremećajem, nisu dobro adaptirani, ali se to manifestira na potpuno drugačiji način. U ovom slučaju, osoba će biti nesigurna, stalno nezadovoljna svojim profesionalnim i socijalnim životom te sklona dosadi.

Prema drugoj podjeli postoji više tipova narcizma i ovdje nalazimo neke koji su zanimljiviji i značajniji za usporedbu s antisocijalnim poremećajem ličnosti. Tako razlikujemo maligni narcizam, antisocijalni, depresivni i opsesivno-kompulzivni tip narcizma (Marčinko, 2013.).

Maligni narcizam je krajnji stupanj narcizma gdje prema Kernbergu postoje četiri osnovna elementa koja ga karakteriziraju: tipična obilježja narcističnog poremećaja ličnosti, antisocijalne crte ličnosti, egosintoni sadizam i paranoidne crte ličnosti (Marčinko, 2013.). Ovakvi ljudi su okupirani maštanjem o neograničenom uspjehu, vjeruju da su posebni, iskorištavaju druge i nemaju empatiju, ostavljaju dojam osobe koja je puna samopouzdanja, a zapravo su iznimno ranjivi i skloni osjećaju srama. Često su vrlo marljivi, ali u slučaju neuspjeha doživljavaju narcistični bijes i osjećaj praznine. Ono što ih povezuje s antisocijalnim poremećajem ličnosti je to da su skloni kršenju društvenih normi i zakona, ali kod njih su ti postupci vođeni osjećajem vlastite iznimne vrijednosti, a ne jednostavnom neosjetljivosti prema društvenom moralu i opće prihvaćenim normama. Ono što ih također

razlikuje od antisocijalnog poremećaja ličnosti je to što ipak mogu ostvariti nekakvu povezanost s drugima, iako se tu obično radi o njihovim podanicima, a ne ravnopravnim članovima grupe, dok ljudi s antisocijalnim poremećajem ličnosti ne mogu ostvariti niti takvu razinu pripadnosti i povezanosti. Naprotiv, oni se osamljuju, s tim da tu izolaciju dobro podnose i ona ih ne ometa kao što bi to bilo kod izbjegavajućeg poremećaja ličnosti. Sadističke crte ličnosti, koje možemo naći i kod antisocijalnog poremećaja ličnosti i psihopatije, se očituju kroz upotrebu agresije kao sredstva afirmacije i nametanja, a paranoja je zapravo projekcija njihovih vlastitih neprijateljskih osjećaja prema drugima.

Antisocijalni tip narcizma ima dvije glavne osobine: manipulativno ponašanje i sklonost prijevarama (jer su okrenuti isključivo vlastitoj dobrobiti i time nužno zanemaruju druge) te se ne uspijevaju prilagoditi socijalnim, moralnim i zakonskim normama društva zbog čega su često kazneno gonjeni (Marčinko, 2013.). U ovom slučaju se radi o najozbiljnijem obliku narcističkog poremećaja ličnosti jer su ovakvi pojedinci krajnje neempatični – ne osjećaju krivnju ni kajanje za počinjena djela niti uopće imaju sposobnost uviđanja vlastitih pogrešaka. Oni, u svojoj perspektivi, polažu pravo na sva dobra pa su tako skloni krađama, laganju, financijskim prijevarama, ali i fizičkoj okrutnosti. Jedina situacija u kojoj mogu osjetiti i iskazati žaljenje je onaj trenutak u kojem izgube vlastitu slobodu, ali tu se i dalje ne radi o kajanju zbog štete koju su nanijeli drugoj osobi.

Međutim, ono gdje se i dalje razlikuju od anstisocijalnog poremećaja ličnosti je to da su unatoč brojnim negativnim osobinama često poslovno uspješni – upravo zbog visoke inteligencije i manipulativnosti. Osobe s antisocijalnim poremećajem ličnosti, s druge strane, nisu zainteresirane za karijerni uspjeh ali uz to nisu sposobne niti savjesno obavljati posao tijekom značajnijeg vremenskog perioda pa ga obično i izgube. Dakle, i dalje antisocijalni poremećaj ličnosti ostaje ona krajnja disfunkcionalnost ličnosti koja ipak ostaje potpuno neprihvaćena u društvenoj zajednici. S druge strane, ljudi s narcističnim poremećajem ličnosti uspijevaju svoje negativne osobine iskoristiti za društvenu afirmaciju i uspjeh. Ono što razlikuje antisocijalni tip narcisa od malignog je to da antisocijalni narcis ne razvija nikakvu povezanost s ljudima iz okoline. Dakle, maligni tip narcisa će ipak razviti neku vrstu povezanosti ili odanosti prema drugoj osobi, iako je ona zapravo više u ulozi njegovog podanika. Suprotno tome, antisocijalni tip narcisa nema kapacitet niti za takvu povezanost pa on ne odgovara nikome osim samome sebi.

Još jedan od različitih tipova narcizma je depresivni narizam. Kod osobe s narcističkim poremećajem ličnosti depresija će nastupiti onda kada postoji gubitak potpore koju je inače dobivala od svoje okoline (Marčinko, 2013.). To podrazumijeva da više ne dobiva divljenje, laskanje i podilaženje, a počinje doživljavati kritike, shvaća svoja ograničenja, starenje ili pak nailazi na neu životnu krizu. Tada nastupa osjećaj krivnje te počinje sebe prikazivati kao žrtvu, ali to je zapravo samo još jedan agresivan čin kojim pokušava manipulirati svojom okolinom. Ljudi s ovakvim tipom narcizma postaju toliko fiksirani na svoj depresivni osjećaj da potpuno zanemaruju potrebe drugih, a ponekad ih uopće niti ne mogu spoznati i shvatiti.

Upravo sve ove navedene karakteristike ličnosti razlikuju depresivni tip narcizma od antisocijalnog poremećaja ličnosti. Dakle, osoba s depresivnim tipom narcističnog poremećaja iznimno naglašava svoju depresivnu poziciju i u stanju je provesti duge periode svog života fiksirajući se upravo na taj osjećaj. Time ona zapravo sama sebi onemogućuje bilo kakav doživljaj sreće ili uživanja u životu, a također udaljava ljude iz svoje okoline budući da nije u stanju ostvariti uzajaman odnos u kojem bi i ona mogla pružiti potporu drugoj strani.

Posljednji tip narcističnog poremećaja ličnosti je opsesivno-kompulzivni. Ovakvi ljudi imaju iznimno visoko postavljene principe i jako su detaljni i temeljiti u svom poslu, međutim to ih i u ovom slučaju vodi u bezosjećajnost prema drugima. Oni su previše strogi i zaokupljeni postizanjem savršenstva. Iz tih razloga su u poslu obično vrlo uspješni, ali pritom su skloni zanemariti i žrtvovati obiteljski život, djecu i partnera te se boje razvijanja bliskosti u međuljudskim odnosima, jer je takva ranjivost za njih slabost i odraz nesavršenstva.

Upravo tako visoko razvijena funkcija superega ih razlikuje od antisocijalnog poremećaja ličnosti.

Kod narcističnog poremećaja ličnosti je još važno navesti i tzv. V-točku (vulnerable spot). Ona predstavlja najranjivije područje ličnosti nastalo zbog traume u mladoj dobi (Marčinko, 2013.). Da bi se V-točka isprovocirala ne mora se raditi o nekakvom velikom događaju (*trigger*). Dovoljan je manji stresor, ali ga narcis mora doživjeti kao prijetnju te će iz toga proizaći reakcija kojom će nastojati ublažiti doživljenu povredu.

6.4. Od narcizma do antisocijalnog poremećaja ličnosti

Ranije u tekstu sam napomenula pitanje sagledavanja antisocijalnog poremećaja ličnosti kao kategorijske razine organizacije ličnosti ili, s druge strane, kao kontinuirani spektar crta ličnosti koji ima više različitih stupnjeva i prezentacija.

Kada govorimo o kategorijskim razinama organizacije ličnosti razlikujemo nekoliko stupnjeva. Prvi, najbliži zdravoj ličnosti je neurotska razina organizacije, zatim slijede visoka razina granične organizacije ličnosti i niska razina granične organizacije te naposljetku psihotična razina organizacije ličnosti (Marčinko, 2015.).

Ako bismo na taj način promatrali nacristični i antisocijalni poremećaj ličnosti onda bi narcistični bio svrstan u visoku razinu granične organizacije, a antisocijalni u nisku razinu granične organizacije ličnosti. Dakle, antisocijalni poremećaj ličnosti je po toj klasifikaciji bliži psihotičnoj organizaciji te spada u ekstremno teške poremećaje dok je narcistični više u spektru srednje teških poremećaja ličnosti.

Međutim, postoji i pristup ovim dvama poremećajima ličnosti u kojem ih se objašnjava kao kontinuum narcističnog spektra, kao što je vidčjivo u tablici 1.

Maligni narcizam	Blaga forma antisocijalnog poremećaja ličnosti	Postojanje psihopatskih crta	Antisocijalni poremećaj ličnosti u punoj formi	Psihopatija u punoj formi

Tablica 1. Narcistični spektar: pet modela funkcioniranja. Prema: Marčinko, Jakovljević, Rudan i sur., 2015.

Dakle, u ovakvom pristupu nećemo narcistični i antisocijalni poremećaj ličnosti promatrati kao dva potpuno različita tipa ličnosti koja nemaju zajedničkih karakteristika, kao što se to radi u kategorijskom pristupu. Kada ova dva poremećaja promatramo kao jedan kontinuum uvodi se pojam narcističnog spektra (Marčinko, 2015.). On uključuje više različitih kliničkih slika, a prema dijagnozama obuhvaća spektar od narcističnog do antisocijalnog poremećaja ličnosti. Unutar ovog spektra glavna obilježja ličnosti su egocentrizam, sklonost iskorištavanju drugih, nedostatak empatije i nerealna slika osobe o samoj sebi i o svojim potrebama. Dijagnostički, postoji razvoj od malignog narcizma preko blagog oblika

antisocijalnog poremećaja ličnosti i postojanja psihopatskih crta pa sve do pune forme antisocijalnog poremećaja ličnosti i naposljetku pune forme psihopatije.

Ovakvom sagledavanju narcizma, antisocijalnog poremećaja i psihopatije bih se i ja priklonila s obzirom da se pacijent u različitim razdobljima života može prezentirati različitim kliničkim slikama. Naime, ako u prvom razgovoru kod pacijenta uočavamo grandiozan self, manjak empatije, bahatost i profesionalni uspjeh možemo kao početnu dijagnozu postaviti sumnju na narcistični poremećaj ličnosti. Međutim, to ne znači da će taj isti pacijent tijekom svog života zadržati iste osobine i da neće doći do promjena, neovisno o tome kakve su te promjene. Isto tako, u obratnoj situaciji, ako se pojedinac prezentira izraženim antisocijalnim ponašanjem malo je vjerojatno da on nema nikakva obilježja narcizma budući da antisocijalni poremećaj ličnosti dijeli brojna obilježja s narcističnim (manjak empatije, bahatost, ostvarenje vlastite afirmacije kroz oštećenje druge osobe, neobazrivost za posljedice svog djelovanja).

Ono što također govori u prilog narcističnom spektru je i podatak da ¼ pacijenata s antisocijalnim poremećajem ličnosti pritom ima i psihopatiju. (Marčinko, 2015.)

Ovdje je važno napomenuti da je antisocijalni poremećaj ličnosti ipak uvršten u DSM klasifikaciju, dok psihopatija nije i njena dijagnoza se temelji na Revidiranoj ček-listi za psihopate (PCL-R). Za razliku od osobe s antisocijalnim poremećajem ličnosti, psihopat se upušta u instrumentalne nasilne radnje i po svojim je karatkeristikama više sličan narcističnom poremećaju ličnosti, dok se antisocijalni poremećaj upravo zbog impulzivnosti i loše kontrole nagona više preklapa s bolestima ovisnosti.

U prilog narcističnom spektru i antisocijalnom poremećaju ličnosti kao kontinuumu govori i činjenica da se osoba može prezentirati antisocijalnim ponašanjem, a da pritom nema ASPD. (Marčinko, 2015.). Takvo ponašanje može biti rezultat neurotskog konflikta ili psihotičnog mišljenja. Također, pojedinac može iskazati antisocijalno ponašanje zato što ima narcistični poremećaj ličnosti u podlozi kojeg je deficit superega, pa se i u ovoj situaciji ne mora nužno raditi o antisocijalnom poremećaju ličnosti kao uzorku antisocijalnog ponašanja.

Drugim riječima, ako osoba ima sklonost antisocijalnom ponašanju ne možemo sa sigurnošću tvrditi da se radi o ASPD-u dok se iz temeljitog razgovora i više susreta s pacijentom detaljno ne procijeni struktura njegove ličnosti.

Dakle, u zaključku je važno napomenuti da maligni narcizam kao najblaža dijagnostička forma unutar ovog spektra ipak ima nešto kapaciteta za odanost i shvaćanje da drugi imaju

svoja moralna uvjerenja i emocionalne potrebe, ali također imaju sadističke sklonosti i izražene paranoidne crte ličnosti. Osobe s blagom formom antisocijalnog poremećaja ličnosti isto kao oni s narcističnim poremećajem imaju sklonost iskorištavanja drugih za postizanje vlastitog profita, ali ne iskazuju sadističke i paranoidne osobine. Kod oba poremećaja ličnosti postoji sklonost kršenju zakona, ali osoba s antisocijalnim poremećajem je osamljena i ne pripada niti jednoj društvenoj skupini. S druge strane, narcis se bolje prilagođava i koristi svoje karakterne crte kako bi postigao karijerni uspjeh te se uspijeva prilagoditi društvenoj zajednici. On čak uspijeva svoje osobine prikazati pozitivnima te se prilagođava i nailazi na odobravanje i podršku od strane okoline. Često razvija uspješnu karijeru i stječe širok krug suradnika. Osoba s antisocijalnim poremećajem ličnosti neće naići na simpatije od strane ljudi koji ju okružuju. Pojedinci koji imaju antisocijalni poremećaj nemaju taj površan šarm i laskavost koju nosi jedan narcis. Naprotiv, oni su nesimpatični, buntovni, preimpulzivni da bi se prilagodili trenutnoj situaciji. Možemo reći da ih društvo odbacuje i smatra negativnim primjerom. Slikovito rečeno, narcis je osoba koja će se široj masi predstaviti pozitivno, iza sebe će imati poslovni uspjeh i promatrači će poželjeti da mogu biti poput njega. Osoba s antisocijalnim poremećajem je obično nezaposlena, slabo obrazovana, poročna i nedisciplinirana, neugodna za okolinu. Zato kod drugih izaziva prijezir i strah te će uvijek, za mlađe pripadnike zajednica, biti izdvojena kao primjer onoga što ne treba raditi i na koga se ne treba ugledati. Dakle, moglo bi se reći da je narcistični poremećaj samo „bijeli ovratnik“ (white collar) antisocijalnog poremećaja. Na samom kraju kontinuuma se nalaze osobe s punom formom psihopatije koje nisu sposobne ostvariti nikakvu dublju emocionalnu povezanost niti mogu shvatiti moralna načela drugog pojedinca. Oni su najekstremniji dio narcističnog spektra.

Kao dodatno pojašnjenje za iznesenu teoriju bih navela rad koji se bavio usporedbom 24 pacijenta s narcističnim poremećajem ličnosti i 16 pacijenata s antisocijalnim poremećajem (Gunderson, Ronningstam, 2001.) . Utvrđeno je da se ta dva tipa poremećaja razlikuju prvenstveno po grandioznosti koja karakterizira narcistični poremećaj. Grandioznost podrazumijeva pretjerano doživljavanje i isticanje vlastitih talenata te smatranje samog sebe jedinstvenim i superiornim. Primijećeno je i da su obje skupine bile hipersenzitivne na kritiku i neuspjeh te da su imali osjećaj praznine i dosade. Ono što je bilo značajnije za antisocijalni poremećaj je iskorištavanje drugih koje je kod ovih pojedinaca bilo izraženije i očitije nego kod onih s narcističnim poremećajem.

Također je važno istaknuti da se kroz različite studije došlo do zaključka da se antisocijalni i narcistični poremećaj ipak preklapaju jer je 25 % pacijenata s jednom od te dvije dijagnoze imalo i elemente druge (Gunderson, Ronningstam, 2001.).

7. USPOREDBA ANTISOCIJALNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI S GRANIČNIM POREMEĆAJEM LIČNOSTI

7.1. Dijagnostički kriteriji graničnog poremećaja ličnosti (BPD) prema DSM-5

Granični poremećaj ličnosti, zajedno s već spomenutim narcističnim i antisocijalnim poremećajima, spada u cluster B poremećaja ličnosti. To znači da je karakteriziran impulzivnošću i emocionalnom nestabilnošću.

Prema DSM-5, prvo područje koje se analizira je funkcioniranje samog pojedinca, neovisno o odnosima s drugim ljudima. Tu se, na razini vlastitog identiteta koji je osiromašen i slabo razvijen, radi o osobi koja je pretjerano samokritična, ima kroničan doživljaj praznine u sebi i sklona je disocijativnim stanjima u stresnim situacijama. Kada promatramo samousmjerenost, nalazimo jako nestalne i varijabilne životne ciljeve, aspiracije, vrijednosti i karijerne planove.

Što se tiče interpersonalnih odnosa radi se o hipersenzitivnosti, osoba je sklona osjećati se uvrijeđeno, a istovremeno iz toga proizlazi oštećena sposobnost prepoznavanja osjećaja i potreba drugih. Zato će takva osoba razvijati prijateljstva i ljubavne veze koje će varirati od iznimno bliskih, idealiziranih do devaluiranih i obezvrijeđenih. Njihov svijet je „crno-bijeli"- postoje samo krajnosti (Marčinko, Jakovljević, Rudan i sur., 2015.). Odnosi su obojani nepovjerenjem, anksioznošću i strahom od napuštanja, bio on potpuno realan ili umišljen.

Patološke crte ličnosti karakteristične za granični poremećaj su antagonizam, dezinhibicija i negativna afektivnost.

Kod negativne afektivnosti se ističu nestabilne emocije koje su jako promjenjive, lako se isprovociraju, a onda postaju intenzivne i pretjerane s obzirom na okolnosti i kontekst. Također je važna i anksioznost koja se prezentira kroz nervozu i osjećaj panike izazvan komplikacijama u interpersonalim odnosima, strahom od gubitka kontrole nad situacijom i preokupiranošću prijašnjim lošim iskustvima na temelju kojih onda osoba iščekuje loš rasplet i u budućnosti. Prisutan je i strah od odbijanja zbog čega pojedinac s graničnim poremećajem ličnosti razvija separacijski strah, ali istovremeno i strah od gubitka vlastite autonomije i nezavisnosti. Naposljetku, iz svega navedenog proizlazi osjećaj potištenosti i beznađa, inferiornosti i sklonost suicidalnim razmišljanjima i ponašanjima.

Kada se govori o dezinhibiciji misli se na impulzivnost i rizično ponašanje. Dakle, osoba s graničnim poremećajem ličnosti reagira u trenutku, bez prosudbe situacije i posljedica svog djelovanja zbog čega se teško drži planova, a ima i sklonost ponašanju koje ugrožava i nju samu, ali i njenu okolinu.

Hostilnost se prezentira kroz osjećaj ljutnje i iritabilnost koji mogu biti izazvani minimalnom provokacijom ili primjerice ignoriranjem.

Osim svega navedenog što je specifično za granični poremećaj ličnosti, i u ovom slučaju vrijede kriteriji kao i za ostale poremećaje. To je stabilnost takvog ponašanja tijekom vremena, nemogućnost objašnjenja crta ličnosti pripadnošću određenoj kulturološkoj zajednici ili porijeklu te njihova neovisnost o zlouporabi droga ili korištenju medikamenata.

Kada se radi usporedba dijagnostičkih kriterija za granični i za antisocijalni poremećaj ličnosti važno je primijetiti da, promatrajući kategorijski i dimenzijski pristup procjene psihopatologije ličnosti, antisocijalni poremećaj ipak spada u težu skupinu, onu smještenu dalje od neuroze, a bliže psihozi. No, s obzirom da oba poremećaja pripadaju istom clusteru očito je da imaju i brojne zajedničke značajke, iako to na prvi pogled možda može biti i nejasno.

Primjerice, osobe s graničnim poremećajem svoje emocije izražavaju ekstremno jako i obilno, teško ih reguliraju i zbog toga mogu biti jako upadljive i teatralne. Ako pogledamo osobe s antisocijalnim poremećajem, primijetit ćemo da su oni hladni u svom nastupu, neemotivni i neempatični. Međutim, ipak postoji bitna sličnost koja ih povezuje, a to je impulzivnost kao karakterna crta. U oba slučaja osoba na podražaj reagira naglo i nepromišljeno, sklona je rizičnom ponašanju i nesvjesna posljedica do kojih ono može dovesti. Također, kod oba poremećaja ličnosti postoji nesposobnost ostvarenja kvalitetnog interpersonalnog odnosa, s tim da kod graničnog poremećaja to proizlazi iz nestalne slike o samome sebi pa i o tom odnosu, dok kod antisocijalnog poremećaja problem proizlazi iz bazičnog nedostatka kapaciteta za emotivnu vezu.

7.2. Prevalencija graničnog poremećaja ličnosti

U općoj populaciji prevalencija graničnog poremećaja ličnosti iznosi 2 % (Marčinko, Jakovljević, Rudan i sur., 2015.). Ono što je specifično za ovaj poremećaj je to da čak četiri petine slučajeva čine žene (Paris, 1997.).

S obzirom na to da je kod antisocijalnog poremećaja ličnosti distribucija suprotna – 80 % su muškarci, može se reći da su ova dva poremećaja zapravo međusobno zrcalna (Paris, 1997.).

7.3. Od graničnog do antisocijalnog poremećaja ličnosti: sličnosti i razlike

Kao što sam već ranije u tekstu navela, ova dva poremećaja ličnosti imaju brojne zajedničke karakteristike. Dijele slične simptome, značajke ličnosti, rizične faktore, ali i odgovor na terapiju i konačan ishod. Ono što najviše spaja ova dva poremećaja i zbog čega pripadaju istom clusteru je impulzivnost kao karakterna crta, s tim da je ponašanje oblikovano s obzirom na spol. To znači da ćemo manifestacije antisocijalnog poremećaja ličnosti naći pretežno u muškaraca, a manifestacije graničnog poremećaja pretežno u žena.

Već spomenuta impulzivnost kao zajednička karakterna crta se kod osobe s graničnim poremećajem ličnosti prvenstveno uočava kroz autodestruktivno ponašanje. Međutim, takvi pojedinci mogu imati i obilježja antisocijalnog ponašanja kao što su sitne krađe, zlouporaba droga i alkohola ili primjerice opasna vožnja (Paris, 1997.).

U ovoj kategoriji važni su i interpersonalni odnosi koji su disfunkcionalni kod oba poremećaja ličnosti, ali na različite načine. Osoba koja ima antisocijalni poremećaj bezosjećajno i neempatično iskorištava drugu stranu kako bi afirmirala vlastiti identitet i svoju superiornost. Ona više pribjegava izgradnji odnosa iz kojeg će na neki način profitirati, a nakon toga odbacuje tog pojedinca bez kajanja i započinje ciklus ispočetka s nekim drugim. Osoba koja ima granični poremećaj ličnosti, s druge strane, također nailazi na velike probleme u interpersonalim odnosima, ali je ona ta koja biva iskorištena. S obzirom na to da je sklona idealizirati odnos, biva popustljiva i time laka meta za nekoga tko ima strukturu ličnosti sličnu antisocijalnom poremećaju ili barem narcističnom. U trenutku kada shvaća da je iskorištena, ona pribjegava devaluaciji tog odnosa, nastupa agresivno i teatralno, burno izražava emocije, a sklona je i suicidalnom ponašanju i samoozljeđivanju.

Dakle, ovdje je važno reći da, iako vidimo bazičnu sličnost kod oba poremećaja ličnosti u smislu impulzivnosti, ipak postoje značajne razlike u kliničkim prezentacijama. Pojedinac sa graničnim poremećajem je skloniji tome da unutar nekog odnosa postane žrtvom, skloniji je tome da bude iskorišten i povrijeđen. S druge strane, osoba s antisocijalnim poremećajem neće biti iskorištena niti dovedena u poziciju žrtve jer nastupa hladno i bez emocija. Ona ima deficit zbog kojeg niti ne može ostvariti emocionalnu povezanost i osjećaj pripadnosti drugom ljudskom biću.

Ako uzmemo u obzir da je antisocijalni poremećaj ličnosti samo krajnja manifestacija narcističnog, možemo tu činjenicu iskoristiti za bolje oslikavanje zrcalnosti ovih poremećaja kroz ljubavnu vezu. Dakle, ako postavimo priču na stereotipan način u kojem žena ima granični, a muškarac narcistični poremećaj ličnosti, razvija se jedan odnos koji, iako je potpuno nezdrav i iscrpljujući ipak postaje jako stabilan. To je onaj par za koji će svi komentirati kako je potpuno disfunkcionalan i kako bi bilo najbolje da prekinu jer se konstantno svađaju. Međutim, to se ipak ne događa. Zašto? Unutar takve veze muškarac narcis dobiva prijeko potrebnu afirmaciju za svoj grandiozni self i potvrđuje vlastitu superiornost upravo kroz brojne emotivne krize i autodestruktivno ponašanje koje izaziva kod djevojke s graničnim poremećajem ličnosti. Naime, djevojka zbog strukture svoje ličnosti ima ogroman strah od toga da će biti odbačena i napuštena jer je njen identitet u osnovi nedovoljno izgrađen i siromašan. Sklona je pretjeranoj samokritičnosti, osjećaju praznine i beznađa. Zato, kada dobiva pažnju od strane narcisa, koji je šarmantan, uspješan i zavodljiv, razvija potvrdu da je ipak vrijedna te ga počinje idealizirati. To traje do trenutka kada osjeti emocionalnu hladnoću koja će oživjeti strah od napuštanja i tada počinje devaluirati vezu te slijede burni izljevi emocija. I svaki put kada se narcis ipak vrati i „smiluje“ ona će na kratko zatomiti svoje strahove, ponovno idealizirati odnos, sve do idućeg puta. Zato se ovaj par zapravo, na jedan nezdrav ali ipak funkcionalan način, nadopunjuje i ostaje zajedno.

Iduća zajednička karakteristika kod ljudi s ova dva poremećaja je afektivna nestabilnost koju obje strane iskazuju, ali u različitim okolnostima. Naime, oni s graničnim poremećajem su konstantno disforični i kako bi zatomili taj osjećaj pribjegavaju impulzivnom i neodgovornom ponašanju. Oni zapravo, opasnim, nepromišljenim ponašanjem sami sebi skreću pažnju s osjećaja praznine kojeg nose u sebi. S druge strane, osoba koja ima antisocijalni poremećaj u svojoj neemotivnosti je zapravo stabilna, ali kada joj se onemogući ispoljavanje agresije i ona postaje disforična i autodestruktivna što može ići toliko daleko da počini čak i samoubojstvo (Paris, 1997.).

Što se tiče rizičnih čimbenika, za sve poremećaje ličnosti vrijedi da je utjecaj genetske strukture na razvoj bilo kojeg poremećaja oko 40 % (Paris, 1997.). Značajke koje su karakteristične i za antisocijalni i za granični poremećaj (impulzivnost, afektivna nestabilnost, kognitivni deficiti) su sve nasljedne (Paris, 1997.), s tim da za antisocijalni poremećaj ličnosti postoji jako mali broj istraživanja, a granični poremećaj je jedan od najistraživanijih poremećaja ličnosti općenito.

Zanimljiv je utjecaj psihosocijalnih okolnosti na razvoj nekog od ova dva poremećaja. Naime, rizični čimbenik za antisocijalni je sociopatija u oca te disfunkcionalnost primarne obitelji (Paris, 1997.). Kod graničnog poremećaja ličnosti je također dokazana važnost disfunkcionalnosti unutar primarne obitelji i psihopatologije kod roditelja. Zanemarivanje od strane roditelja, ali i njihov razvod su također istaknuti kao značajni rizični čimbenici za razvoj graničnog i antisocijalnog poremećaja.

Kada govorimo o graničnom i antisocijalnom poremećaju ličnosti kao zrcalnim poremećajima važno je napomenuti i dilemu koja se bavi pitanjem je li razlika u ekspresiji impulzivnosti između ta dva poremećaja ličnosti uzrokovana isključivo spolnim razlikama ili se ipak radi o obilježjima samih poremećaja. Zaključak do kojeg se došlo tijekom istraživanja je taj da će muškarci svoju impulzivnost prije iskazati kroz kriminalne aktivnosti i iskorištavanje drugih, a žene kroz „histerično“ ponašanje i autodestruktivnost (Paris, 1997.). Dakle, ove razlike se ipak pripisuju isključivo razlikama među spolovima gdje se zapravo, unatoč pristunom poremećaju ličnosti, ipak radi o stereotipnom ponašanju karakterističnom za muški, odnosno ženski spol – ponašanjima koja su sociološki uvjetovana, a moguće čak i naučena te internalizirana kao očekivana tijekom odrastanja unutar današnje kulture.

8. ANTISOCIJALNI POREMEĆAJ LIČNOSTI I PSIHOPATIJA

Psihopatija je jedna od najkontroverznijih, a ujedno i najzanimljivijih psihijatrijskih dijagnoza, tj. kategorija. Šira populacija je oduvijek fascinirana tim pojmom i onim što se iza njega krije. Pojam psihopatije je toliko „catchy" da se ustalio i u kolokvijalnom govoru. Tako se često može čuti kako ljudi olako upotrebljavaju taj izraz želeći dočarati sugovorniku koliko je netko bezosjećajan, koliko odskače od opće prihvaćenih društvenih normi. Time zapravo žele izraziti da im je nemoguće razumjeti nečije postupke i da smatraju da su neispravni, „bolesni".

Primjerice, zamislimo da dvoje tinejdžera ogovara trećega i raspravlja o njegovom ponašanju koje, naravno, smatraju neprihvatljivim. Zaključak rasprave i trenutak u kojem je sve maksimalno dočarano i objašnjeno, trenutak u kojem na minutu mogu zastati i pogledom iskomunicirati svoju zgroženost, je onaj u kojem će netko od njih dvoje iznijeti presudu: „Ma, on ti je psihopat".

Kroz povijest, tijekom devetnaestog i dvadesetog stoljeća, mnogi su se bavili psihopatijom i pokušavali je definirati i objasniti. Tako je primjerice Philippe Pinel psihopatiju opisao kao „ludilo bez delirija", von Kraft-Ebing gotovo sto godina nakon njega kao „moralnu izopačenost" ili pak Karpman (1949.) kao „lažljivac par exellence". Psihopatija, od starorgčkih riječi *psikhe* i *pathos*, u doslovnom prijevodu znači patnja uma.

8.1. Psihopatija i poremećaji ličnosti

Prema DSM-5 poremećaj ličnosti je karakteriziran patološkom strukturom ličnosti i ponašanjem koje je devijantno, nefleksibilno, kontinuirano tijekom dugog vremenskog perioda te pojedincu i njegovoj okolini uzrokuje teškoće u svakodnevnom funkcioniranju. Psihopatija dijeli karakteristike poremećaja iz Clustera A (shizoidni – sumnjičavost i nepovjerenje) i Clustera B (antisocijalni, narcistični, granični – zanemarivanje i kršenje tuđih prava, grandioznost i nedostatak empatije, impulzivnost, nestabilni interpersonalni odnosi). Ako se poslužimo već navedenim narcističnim spektrom u kojem se nalazi i antisocijalni poremećaj ličnosti, može se reći i da je psihopatija zapravo ekstremna varijanta narcističnog poremećaja (Juni, 2014.).

U širem društvenom kontekstu antisocijalni poremećaj ličnosti i psihopatija su jako bitni te imaju i emocionalne i bihevioralne posljedice, a često se spominju i kao istovjetni poremećaji (Jakšić, Čuržik, 2012.). Međutim, važno je naglasiti da psihopatija još uvijek nije službena dijagnoza koja se koristi u DSM-u, dok antisocijalni poremećaj ličnosti ima svoje mjesto u tom priručniku te da se ova dva entiteta ipak razlikuju u svojim manifestacijama, posebice bihevioralnim.

Kako bismo lakše definirali psihopatiju važno je razdvojiti osobine koje možemo klasificirati kao bihevioralni problem od onih koje bi spadale pod poremećaj ličnosti. Tu je važno nekoliko napomena (Juni, 2014.):

1) Osoba može zadovoljavati uvjete za psihopatiju čak i ako ne iskazuje antisocijalno ponašanje jer je psihopatija prvenstveno bazirana na intrapsihičkim značajkama pojedinca.
2) Antisocijalno ponašanje nam općenito može biti upitno kao kriterij za postavljanje dijagnoze poremećaja ličnosti jer je teško razlučiti radi li se tu o deficitu superega (što bi onda zadovoljavalo uvjete za poremećaj ličnosti) ili se pak radi o osobi niske socijalne inteligencije.
3) Antisocijalno ponašanje uopće nije patognomonično za psihopatski poremećaj.

Na temelju navedenih postulata Juni predlaže model koji bi razdvojio antisocijalno ponašanje od psihopatije.

Prema tom modelu antisocijalno ponašanje je karakterizirano slabom kontrolom impulsa, ali je to prvenstveno posljedica niske socijalne inteligencije. Ako se kod pojedinca doista radi o niskoj socijalnoj inteligenciji, on će često nailaziti na nesporazume i upadati u rasprave jer nije sposoban procijeniti situaciju u kojoj se nalazi. U tom slučaju ne možemo tvrditi da on ima antisocijalni ili psihopatski poremećaj ličnosti.

S druge strane, psihopatija proizlazi iz deficita superega, a osoba je vođena agresijom i ima sadističke sklonosti (tu se radi o specifičnom simptomu koji se veže uz teže oblike psihopatije).

Deficit superega se najlakše može prepoznati po nedostatku kajanja i osjećaja krivnje iz čega možemo izvesti zaključak da se kod pojedinca doista radi o afektivnoj plitkoći što bi se moglo pripisati antisocijalnom ili pihopatskom poremećaju ličnosti. Sam nedostatak empatije je

prema Juniju također upitan dijagnostički kriterij jer i to može biti posljedica niske socijalne inteligencije pa pojedinac jednostavno ne shvaća kako se druga osoba osjeća.

Kao marker za prepoznavanje osobe koja je vođena agresijom Juni predlaže da se orijentiramo na interpersonalnu agresiju koja će zadovoljiti potrebe ega takvog pojedinca. U tom slučaju agresija čak ne mora biti sredstvo ostvarenja nekog naročitog cilja nego se jednostavno radi o ponašanju koje omogućava osjećaj zadovoljstva i ispunjenosti. Za razliku od pojedinca koji samo loše kontrolira impulse i zato nema poremećaj ličnost, ovdje osoba ne osjeća krivnju i kajanje za svoje postupke. Naprotiv, ako izabere zanimanje u kojem je hostilnost poželjna može biti čak i prilino uspješna i prihvaćena u društvu.

Što se tiče sadizma kao patološke crte ličnosti koja bi upućivala na psihopatski poremećaj, radi se o repetitivnom, serijskom uživanju u nanošenju boli drugima. Radi se zapravo o ponovnom proživljavanju traumatskog iskustva iz djetinjstva, odnosno formativnog psihološkog razdoblja, ali ovaj put traumatizirani pojedinac nije u ulozi žrtve. Takve osobe su zapravo u svakodnevnom životu mirne, čak i poštovane unutar kolektiva, a samo povremeno iskazuju svoje sadističke sklonosti (obično u seksualnom smislu) što okolini ostaje nepoznanica.

Dakle, loša kontrola nagona se može manifestirati na primjer kao loše raspolaganje novcem – pretjerano trošenje. Iako je takvo ponašanje opisano i kod ljudi koji imaju antisocijalni poremećaj ličnosti, ne možemo tvrditi da je u svakom slučaju pretjerano trošenje simptom koji bi uputio na poremećaj. Moguće je, naime, da se radi samo o jednoj od karakteristika ličnosti, posebice ako promatrani pojedinac ipak osjeća krivnju zbog vlastitog nemara. Isto tako, ako osoba ima loše interpersonalne odnose mora se utvrditi ili isključiti niska socijalna inteligencija.

Ako se utvrdi da osoba loše raspolaže novcem i ima loše odnose s okolinom, a da pritom nema nisku socijalnu inteligenciju i svjesna je svih društvenih normi, ali je za to nije briga i smatra da ih ona ne treba poštivati, možemo reći da se radi o antisocijalnom poremećaju ličnosti. U tom trenutku je otvorena i mogućnost da se radi i o psihopatiji te je potrebno dalje analizirati crte ličnosti te osobe. Potrebno je utvrditi stavke sadizma, agresivnošću vođenog ponašanja i prisutnost osjećaja krivnje.

Ono što je prema Juniju ključno za postavljanje dijagnoze poremećaja ličnosti iz antisocijalnog spektra, ali i općenito, je inkonzistencija (scatter) (Juni, 2014.). To znači da u

cjelokupnoj populaciji postoji nekakav prosjek, opće prihvaćeno ponašanje kojeg se svi drže unutar određenih granica, i takvo ponašanje se smatra normalnim. U trenutku kada uočimo da ponašanje nekog pojedinca značajno odskače od tog prosjeka, on postaje kandidat za daljnju obradu i postoji mogućnost da se radi o nekom psihološkom problemu.

Također, Juni predlaže određene smjernice koje bi trebale olakšati diferencijalno dijagnostičko razmišljanje u smjeru postavljanja dijagnoze psihopatije, a u kojima sumira prethodno navedene dileme.

Ako osoba pokazuje konstantnost u svom antisocijalnom ponašanju to upućuje da se ipak ne radi o niskoj socijalnoj inteligenciji i više je indikativno za psihopatiju. Osjećaj zadovoljstva koji proizlazi iz interpersonalnih odnosa koji su obilježeni iskorištavanjem druge osobe upućuje na deficit superega, isto kao i nedostatak anksioznosti i osjećaja krivnje. Međutim, ako osoba može iskusiti osjećaj ljutnje ili ljubavi, koji su jake emocije, ne postavlja se dijagnoza psihopatije. Isto vrijedi i u slučaju da osoba ima visoke moralne vrijednosti i snažna uvjerenja – u tom slučaju imamo potvrdu snažnog superega koji je kod psihopata nepostojeći.

8.2. Postavljanje dijagnoze psihopatije, prevalencija u općoj populaciji i forenzički značaj

Postavljanje dijagnoze psihopatije je neodvojivo od dijagnoze antisocijalnog poremećaja ličnosti. S obzirom da oba poremećaja pripadaju istom narcističnom spektru, teško je povući točnu granicu gdje se može reći da antisocijalni poremećaj prestaje, a psihopatija počinje. Dakle, osnova narcističnog spektra je maligni narcizam. Sve crte ličnosti koje možemo pripisati narcisu nalazimo i kod antisocijalnog poremećaja i kod psihopatije, samo što su izražene u većem ili manjem opsegu. Znači, radi se o kvantitativnim razlikama kvalitativno istih simptoma.

Dodatna važnost ove dijagnoze je njena forenzička i pravna kategorija budući da se ljudi s malignim narcizmom, a posebice antisocijalnim i psihopatskim poremećajem ličnosti često nađu u sukobu sa zakonom i mahom čine zatvorsku populaciju. Ako bismo njihovo kriminalno ponašanje pripisali isključivo poremećaju ličnosti, došli bismo do zaključka da je svaki pokušaj preveniranja kriminala uzaludan. Upravo zato dolazi do brojnih rasprava oko postavljanja ovakvih dijagnoza te je potreban oprez kako ne bi došlo do hiperdijagnosticiranja što bi umanjilo važnost okolnosti pod kojima je prekršaj ili zločin počinjen.

Dijagnoza psihopatije se temelji na konceptu kojeg je uveo Cleckley 1941. (Cunningham, Reidy, 1998.), a ključni alat za postavljanje dijagnoze je formirao Robert Hare – Psychopathy Check List (ček-lista za psihopate, PCL).

Revidirana ček-lista za psihopate (PCL-R) formirana je 1991. godine i sastoji se od intervjua, samoprocjene i opservacije, a svi tako prikupljeni podatci uspoređuju se s heteroanamnestičkim ukoliko su dostupni (Cunningham, Reidy, 1998.). Test je podijeljen u dvadeset domena unutar kojih se ispituju pojedine karakteristike, a svaki odgovor se boduje sa 0,1 ili 2 boda. Ukupan rezultat koji u istraživanjima upućuje na visoku vjerojatnost da bi se moglo raditi o psihopatskoj strukturi ličnosti je 30 bodova.

Tijekom istraživanja koja su provedena pomoću PCL-R došlo se do zaključka da se psihopatske crte ličnosti mogu podijeliti u dvije kategorije, odnosno dimenzije koje su međusobno povezane, a mogu poslužiti kao prediktivni faktori ponašanja (Jakšić, Čuržik, 2012.).

Prva dimenzija je afektivno-interpersonalna. Ona uključuje osobine poput šarma, grandioznosti, površnog afekta, patološkog laganja, manipulativnosti, izostanka krivnje, nedostatka empatije i nepreuzimanja odgovornosti za vlastito ponašanje. To su upravo one crte ličnosti koje se tradicionalno najviše vežu uz psihopatiju. Međutim, nemaju značajnu prediktivnu vrijednost ili korelaciju uopće sa kriminalnim ponašanjem, dijagnozom antisocijalnog poremećaja ličnosti ili obiteljskim okolnostima u kojima je osoba odrasla i usvojila modele ponašanja (Cunningham, Reidy, 1998.).

Druga dimenzija je bihevioralna, socijalno- devijantna. Tu spadaju parazitski stil života, kriminalne radnje, impulzivnost i neodgovornost, što su sve karakteristike antisocijalnog ponašanja.

Iz do sada navedenog može se zaključiti da je moralni razvoj psihopata oštećen, čak i nepostojeći zbog čega oni smatraju da se socijalne norme na njih ne odnose. Dapače, kod njih se radi o takvom deficitu superega da mogu imati stav kako su svi oni koji poštuju opće usvojene socijalne norme glupi, ispranog mozga od strane društva. Tada, nepoštivanje tih normi kod psihopata izaziva osjećaj zadovoljstva, daje im potvrdu njihove superiornosti i hrani grandiozni ego.

Međutim, unatoč životnom stilu koji je parazitski i u suštini neprihvatljiv od strane društvene zajednice, psihopati su često na prvi dojam šarmantni, zavodljivi i ugodni te ih okolina ne

doživljava kao problematične. Naprotiv, oni koji s njima dolaze u svakodnevne, ali površne interakcije smatraju ih uzornim članovima društva, dobrim susjedima i kolegama.

Prema dijagnostičkim kriterijima PCL-R, prevalencija psihopatije u općoj populaciji iznosi 1 % (Jakšić, Čuržik, 2012.), što je značajno manje u odnosu na antisocijalni poremećaj ličnosti. Međutim, prevalencija psihopatske strukture ličnosti jako ovisi o samoj populaciji na kojoj se ispitivanje provodi.

Ako bismo se orijentirali na zatvorsku populaciju, postotak pojedinaca s ovim poremećajem ličnosti bi bio znatno veći. Među muškim zatvorenicima bi taj udio iznosio čak 15 %, među muškim forenzičkim pacijentima 10 %, a kod ženskih zatvorenika 7,5 % (Jakšić, Čuržik, 2012.). Dakle, uočljivo je da je psihopatska struktura ličnosti rjeđa među ženama,kao što je to slučaj i s antisocijalnim poremećajem ličnosti.

Kod postavljanja dijagnoze antisocijalnog poremećaja ličnosti i psihopatije uglavnom dolazi do preklapanja ovih dviju dijagnoza i do pogrešnog poistovjećivanja ovih dvaju poremećaja. Važno istraživanje na temu ovog problema proveli su Hildebrand i de Ruiter 2004. godine (Hildebrand, de Ruiter, 2004.).

Dobili su rezultat da 81 % posto pacijenata koji su dijagnosticirani kao psihopati udovoljavaju kriterijima antisocijalnog poremećaja ličnosti, ali samo 38 % posto pojedinaca s antisocijalnim poremećajem udovoljava kriterijima za psihopatiju. Iz ovog istraživanja je očito da se psihopatija i antisocijalni poremećaj ne mogu poistovjećivati i da postojanje jednog od ta dva poremećaja ne implicira nužno postojanje i onog drugog. To posebno vrijedi u slučaju kada osoba ima dijagnozu antisocijalnog poremećaja ličnosti.

Zašto onda ipak dolazi do miješanja ovih poremećaja i zabuna prilikom postavljanja dijagnoze? Razlog za to je zapravo dosta opširan i uključuje više faktora.

Kriteriji za postavljanje dijagnoze antisocijalnog poremećaja ličnosti prema DSM-5 su više orijentirani na široku paletu bihevioralnih karakteristika. S druge strane, dijagnoza psihopatije nije uopće razrađena kroz DSM te ju on zapravo niti ne poznaje, nego se ona temelji na rezultatima PCL-R. Daljnji razvoj problema seže u činjenicu da se psihopatija temelji prvenstveno na afektivno-interpersonalnim karakteristikama pojedinca ali upravo bi te afektivne crte ličnosti mogle biti uzrok bihevioralnih devijacija.

Dakle, dolazi do situacije u kojoj se dijagnoza antisocijalnog poremećaja temelji na kriminalnom ponašanju pojedinca, a jako se malo pritom bavimo afektivnom komponentnom ličnosti. Ako želimo postaviti psihijatrijsku, medicinsku dijagnozu, koliko je opravdano promatrati nečije ponašanje s pravne strane, kategorizirati ga kao kršenje zakona, a pri tom se ne osvrnuti na afektivne i interpersonalne crte ličnosti?

S druge strane, psihopatija se temelji upravo na interpersonalnim i afektivnim crtama ličnosti, ali iz takvih defektnih sposobnosti na posljetku proizlazi i samo antisocijalno ponašanje. Zato, kada u stvarnosti postoji pacijent koji se prezentira kriminalnim ponašanjem, dolazi do toga da mu se pripisuje dijagnoza antisocijalnog poremećaja ličnosti, a zatim nekako prirodno slijedi da mu se automatski pripiše i psihopatija iako je već poznato (kako sam navela ranije u tekstu) da nije svako kriminalno ili devijantno ponašanje znak da osoba ima poremećaj ličnosti. Potrebno je detaljnije analizirati strukturu ličnosti i dublje ući u problem kroz razgovor s pacijentom, a ne se zadovoljiti onim što svaki laik površno može primijetiti.

Drugi problem je i taj što je možda došlo do umjetnog hiperdijagnosticiranja antisocijalnog poremećaja ličnosti s obzirom da se istraživanja mahom vrše na zatvorskoj populaciji gdje su takvi pojedinci okupljeni u većem broju. Većina psihopata nije tako upadljiva unutar društva, a izvan zatvora. Oni strukturu ličnosti više dijele s narcističnim poremećajem – malignim narcizmom te su samim time uvjetno rečeno na nekoj „višoj“, mudrijoj razini funkcioniranja nego osoba s antisocijalnim poremećajem (koja više asocira na probleme s ovisnosti). S obzirom da su šarmantni, razgovorljivi i simpatični okolina ih preferira, ne doživljava kao opasne te zato ostaju neprepoznati. Suprotnost tome je osoba s antisocijalnim poremećajem ličnosti, koja zbog impulzivnosti ima upadljivo ponašanje te se okolina od nje distancira. Takva osoba puno prije postane upadljiva čime psihopat, koji također ima velike deficite u svojoj ličnosti, ostaje neprepoznat i nezanimljiv.

Smatram da je afektivno-interpersonalna komponenta psihopatije nepravedno zanemarena i da se ta dijagnoza olako pripisuje na temelju sklonosti kriminalnom ponašanju, kao da ona obavezno dolazi u paru s antisocijalnim poremećajem. S obzirom da se radi o psihijatrijskoj dijagnozi mislim da bi se više trebalo orijentirati na afektivnost, mentalizaciju i interpersonalne odnose, a ne na ponašanje koje je zapravo samo krajnji, oku lako vidljiv proizvod unutarnjeg života pojedinca.

Kao što sam već spomenula, dijagnoza psihopatije, ali i antisocijalnog poremećaja ličnosti ima veliku forenzičku važnost. Smatra se da je upravo psihopatija najbolji pojedinačni

prediktor kriminalnog ponašanja i kod djece i kod odraslih- posebice kada se radi o recidivizmu nakon odslužene zatvorske kazne (Jakšić, Čuržik, 2012.). Prema istraživanju koje je Hare proveo 2000. godine na uzorku prijestupnika (Hare, Neumann, 2005.) oni koji su imali visoke rezultate na PCL-R imali su i dvostruko veću vjerojatnost počiniti općeniti prijestup, a čak devet puta veći rizik od nasilnog prijestupa. Pojedinci koji su postigli niske do umjerene rezultate prema PCL-R imaju potencijala za napredak i socijalnu rehabilitaciju ukoliko su uključeni u terapiju (Cunningham, Reidy, 1998.). S druge strane, istraživanja antisocijalnog poremećaja ličnosti nisu pokazala značajnu prediktivnu vrijednost u smislu sklonosti recidivizmu prijestupničkog ponašanja nakon odsluženja zatvorske kazne ili završetka psihijatrijskog bolničkog liječenja (Jakšić, Čuržik, 2012.).

8.3. Podtipovi psihopatije

Prema istraživanju koje su proveli Carolyn Murphy i James Vess na uzorku pacijenata iz Atascadero State Hospital (Murphy, Vess, 2003.), došlo se do zaključka da postoje različiti tipovi psihopatije. Naime, navedena bolnica je maksimalno čuvana, ima oko tisuću muških pacijenata s različitim psihijatrijskim dijagnozama te je stoga dobar izbor za provođenje ovakvog istraživanja. Murphy i Vess su primijetili različita ponašanja među pacijentima koji su imali dijagnozu psihopatije (prema PCL-R). Neki od njih nisu bili nasilni, ali su dilali lijekovima i drogama, te od drugih zahtijevali materijalne ili seksualne usluge. S druge strane su bili impulzivniji i skloniji agresiji.

Podjela koju su Murphy i Vess predložili na temelju rezultata svog istraživanja se temelji na razlikama u interpersonalnim odnosima, uzorcima zločina koje su počinili i ponašanju tijekom institucionalizacije. Tako su psihopatiju podijelili u četiri podtipa: narcistični, granični, sadistični i antisocijalni.

Narcistični podtip psihopatije kao najuočljivije karakteristike ima grandioznost i zanemarivanje tuđih osjećaja. Takvi psihopati imaju ponašanje koje je inače karakteristično za takvu strukturu ličnosti, ali su prvenstveno maligni narcisi. Primjer pacijenta za ovaj podtip psihopatije kojeg su Murphy i Vess naveli u svom radu je „M“ koji zahtjeva poštivanje i ostvarenje svih prava koja mu pripadaju tijekom institucionalizacije. On se predstavlja kao stručnjak za pravila koja vrijede unutar ustanove i započinje svađe s osobljem. S obzirom na to da je ipak jako dobro upoznat sa protokolima koji vrijede u postupanju, jako je vješt u nalaženju greški koje osoblje učini te zato često piše pritužbe. Ako se s njim pokuša razgovarati o žrtvama koje je ostavio iza sebe ubrzo skreće temu na svoje potrebe i prava.

Kod graničnog podtipa psihopatije najevidentnija je afektivna nestabilnost i autodestrukcija. Takav pacijent odlazi u krajnosti idealiziranja i devaluacije drugih, manipulira njihovim emocijama, ponaša se zavodljivo i sklon je suicidalnom ponašanju. Iako se čini kao da sve to radi samo iz zabave, istina je drugačija. On, kao i pacijent s graničnim poremećajem ličnosti, konstantno osjeća prazninu te takvim ponašanjem sam sebi zapravo želi odvući pažnju s tog osjećaja (Murphy, Vess, 2003.).

Sadistički podtip psihopata je onaj koji nalazi zadovoljstvo u tuđoj patnji, a od svih ostalih tipova psihopata se razlikuje po tome što ipak ima sposobnost prepoznavanja patnje drugog čovjeka. Primjer takvog pacijenta je „T“ (Murphy, Vess, 2003.). On je zapalio svog kućnog ljubimca, a žrtvi silovanja je prijetio da će joj odsjeći bradavice ako se nekom povjeri. Kada se s njim razgovara o zločinima koje je počinio detaljno opisuje sve što je žrtvama učinio, svjestan je da su patile i u toj spoznaji uživa, ali njihove osjećaje ne spominje i ne komentira u vidu nikakve empatije.

Posljednji podtip psihopatije kojeg Murphy i Vess navode je antisocijalni. Takvi psihopati su jako impulzivni, a životni stil im je parazitski. Oni su, od svih psihopata, najpribližniji čistom kriminalnom ponašanju. Takav psihopat nije zavodljiv niti simpatičan, nema sadističke porive niti iskazuje autodestruktivno ponašanje, ali ima deficit empatije. On je neodgovoran, patološki laže, a iza sebe ima veliki broj kriminalnih radnji. Za njega je takvo ponašanje jednostavno način života. Ne radi se o umanjivanju osjećaja praznine, zadovoljenju sadističkih sklonosti ili hranjenju grandioznog ega. Ovaj tip psihopata je najbliži antisocijalnom poremećaju ličnosti i iza njegovih postupaka nema puno dubine ili skrivenog unutarnjeg života.

8.4. Psihopatija, antisocijalni poremećaj ličnosti i suicidalnost

Suicidalno ponašanje podrazumijeva ideje, pokušaje i izvršenja suicida. Iako je Cleckley kao pionir na području istraživanja psihopatije smatrao da psihopati nisu skloni suicidalnom ponašanju, danas ipak prevladava drugačije mišljenje.

Smatra se da je antisocijalni poremećaj ličnosti visoko rizičan za suicidalno ponašanje zbog impulzivnosti, komorbiditeta (alkoholizam, ovisnost o drogama, depresija) i očekivanja negativnih ishoda (Jakšić, Čuržik, 2012.). Svi ovi rizični čimbenici mogu dodatno biti potaknuti činjenicom da ljudi s antisocijalnim poremećajem ličnosti žive otuđeno, bez

kvalitetnih interpersonalnih odnosa (prijateljskih, ljubavnih, obiteljskih) (Jakšić, Čuržik, 2012.).

Thomas E. Joiner je 2001. proveo studiju na 313 muških zatvorenika iz Federal Correctional Institute u Floridi. Procijenio ih je po PCL-R te DSM-III i DSM-IV kriterijima, a podatke o pokušajima suicida je prikupio iz intervjua i zatvorskih spisa. Rezultati koje je dobio pokazali su značajnu statističku povezanost između ukupnog rezultata PCL-R upitnika i prijašnjih pokušaja suicida. Također, faktor dva psihopatije je dobro predviđao suicidalno ponašanje, dok je faktor jedan (površan šarm, grandioznost, nedostatak empatije) bio negativno povezan, ali statistički beznačajno. Povezanost antisocijalnog poremećaja ličnosti i suicidalnosti je bila ista kao i povezanost suicidalnosti s rezultatima PCL-R.

Osim poremećaja ličnosti postoje i određene karakterne crte koje su povezane s većom vjerojatnošću pokušaja ili izvršenja suicida. To su: visoka razina neuroticizma (anksioznosti), iritabilnost, netrpeljivost, niska razina socijalizacije, impulzivnost, introverzija i visoka razina psihoticizma (Joiner, 2001.).

Dakle, nije nužno da osoba ima dijagnozu antisocijalnog poremećaja ličnosti da bi bila rizična za suicidalno ponašanje. Može se dogoditi da se zapravo radi o osobi koja uspijeva dobro funkcionirati unatoč tome što ima neke od navedenih karakternih crta, ali one i dalje predstavljaju rizične čimbenike za izvršenje ili pokušaj suicida. Potrebno je samo da se dogodi nekakav okidač (eng. *trigger*) koji će narušiti njenu psihološku ravnotežu, urušiti obrambene mehanizme i kompenzacije te dovesti do neželjenog ishoda.

U konačnici, suicidalno ponašanje, a posebice samo izvršenje suicida se ne mora dogoditi uvijek na način da je osoba tijekom života bolovala od nekog poremećaja ličnosti ili općenito iskazivala znakove bilo kakvog drugog psihijatrijskog oboljenja. Nerijetko se dogodi da osoba izvrši suicid, a da je do tog trenutka bila potpuno funkcionalna i nije iskazivala nikakve znakove na temelju kojih bi se njena okolina zabrinula ili mogla predvidjeti takav ishod. Međutim, i u takvim situacijama se pretpostavlja da se radi o takvoj strukturi ličnosti koja je u podlozi vjerojatno mogla imati naznake nekog od poremećaja ličnosti (primjerice narcistični) ili rizične karakterne crte, ali se ipak uspijevala tijekom života. U trenutku kada je došlo do promjena koje su uzrokovale primjerice narcističnu povredu, dolazi do dekompenzacije i narušavanja uspostavljenih obrambenih mehanizama te do počinjenja suicida.

8.5. Što se dogodi s lošim djevojkama?

Antisocijalni poremećaj ličnosti u 80 % posto slučajeva obuhvaća muškarce i činjenica je da se smatra pretežno „muškim“ problemom. Međutim, postoje i žene koje iskazuju isto takvo ponašanje, iako čine manjinu, a o njima se ne govori. Na ovom polju ima još manje provedenih istraživanja nego što je to slučaj za antisocijalni poremećaj ličnosti kod muškaraca.

Ovaj propust se dogodio jer se smatralo kako je kod žena takvo ponašanje samo adolescentska faza i kako one ne mogu imati antisocijalni poremećaj budući da se on manifestira kroz ponašanje koje je stereotipno vezano uz muškarce. Osim toga, žene s ovim poremećajem ličnosti će uglavnom pribjegavati promiskuitetnom ponašanju koje nije tako opasno i upadljivo kao kod muškaraca koji pribjegavaju nasilju.

Kada govorimo o poremećaju ponašanja kod djevojaka važno je reći kako prevladava mišljenje da ono nije često. Međutim, dosadašnje studije su pokazale da 8 % sedamnaestogodišnjakinja ispunjava kriterije za poremećaj ponašanja (Pajer, 1998.). Iako taj broj nije zanemariv, ipak se o tom problemu ne govori dovoljno i velika većina ionako malobrojnih studija govori isključivo o muškarcima s ovim tipom poremećaja.

Jedan od razloga za to bi mogla biti činjenica da kod uhićenja žena postoji rodna pristranost zbog koje će se uhićenicu prije kategorizirati kao psihijatrijski slučaj te će ju se uputiti na bolničko liječenje, a ne u zatvor. Također, općenito prevladava mišljenje da su žene manje agresivne nego muškarci, što naravno uopće ne mora biti slučaj. Dapače, na temelju upitnika samoprocjene koje su žene s antisocijalnim ponašanjem ispunile došlo se da rezultata da one pokazuju jednaku količinu agresije kao i muškarci s antisocijalnim ponašanjem, uz iznimku seksualnih prijestupa (Pajer, 1998.).

Dodatni razlog podcjenjivanju problema ženske antisocijalnosti leži u tome da se kroz povijest smatralo da je takvo ponašanje kod žena benignog tijeka budući da su izvješća o ženskom kriminalnom ponašanju pokazivala niske stope. Zato se došlo do krivog zaključka – da je kod žena takvo ponašanje samo faza i da će one to „prerasti“ (Pajer, 1998.). Dodatna potvrda tom zaključku je bila činjenica da su takve djevojke često kasnije kao odrasle zasnovale svoje obitelji, što se smatra normalnim životnim tijekom za ženu koji automatski isključuje postojanje poremećaja ličnosti.

Istraživanje koje je provela dr. Pajer obuhvatilo je dvadeset dotadašnjih studija o ishodu djevojaka koje su u adolescentskoj dobi pokazivale antisocijalno ponašanje. Što se tiče mortaliteta, rezultati su pokazali da je on ipak viši među ženama koje su u adolescenciji imale antisocijalno i delikventno ponašanje u odnosu na one koje takvo ponašanje nisu iskazivale. Smrt se događala obično u ranoj odrasloj dobi. Također, kod žena s antisocijalnim ponašanjem su i stope kriminaliteta bile više kasnije tijekom života nego kod onih koje su imale neki drugi psihijatrijski poremećaj ili nisu imale nikakav. Važno je napomenuti i da su antisocijalne žene imale i veće stope psihijatrijskog morbiditeta (14-60 %) u odnosu na one žene koje nisu bile asocijalne (0-40 %). Važni su i rezultati do kojih je dr. Pajer došla na području istraživanja sklapanja brakova i ostvarenja roditeljstva kod antisocijalnih žena. Pokazalo se da one imaju tendenciju sklapanja brakova rano u mladosti (17 i 18 godina), a postotci udanih sežu i do 100 %, ovisno o tome koliko je dugo trajala kohortna studija. Na roditeljskom planu se ipak vidi loš utjecaj antisocijalne majke. U njihovim obiteljima je često dolazilo do uplitanja suda i socijalnih službi, a njihova djeca, naročito sinovi, su imali više stope uhićenja nego djeca majki koje nisu bile antisocijalne. Naposljetku, antisocijalne žene su imale i niže stupnjeve obrazovanja ili čak uopće nisu imale završenu školu. Čak 15 % ih je bilo nezaposleno u odnosu na 7 % nezaposlenih koje nisu imale ovaj poremećaj ličnosti.

Dakle, prema svemu navedenom iz prikazane studije, mogu zaključiti da je antisocijalni poremećaj ličnosti kod žena jednako veliki problem za samu pacijenticu kao i za njenu obitelj i okolinu. Slično kao i u slučaju muškaraca. Iako žene čine daleko manji dio populacije oboljele od ovog poremećaja, one koje ga imaju ne pokazuju bolju prilagodbu ili bitno bolju kliničku sliku nego muškarci.

Potrebno je ukloniti predrasudu da je antisocijalno ponašanje karakteristično za muškarce, a to će onda dovesti i do boljeg prepoznavanja ovog poremećaja među ženama i pravednijeg postupanja u kojem žena neće imati povlašten položaj u odnosu na muškarca. Pod povlaštenim položajem mislim na činjenicu da se agresivnu ženu privodi zbog primjerice prostituiranja, a ne zbog agresivnosti ili joj se određuje psihijatrijsko liječenje umjesto strože kazne, iako bi na njenom mjestu muškarac dobio ovu drugu. Uostalom, ako se postupi pravednije i objektivnije i sama žena će dobiti tretman koji je za nju bolji pa će moći ostvariti i bolju rehabilitaciju.

9. DEFICIT EMPATIJE I BIOLOGIJSKA PODLOGA ANTISOCIJALNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI I PSIHOPATIJE

9.1. Što je empatija?

Kada za nekoga kažemo da je empatičan to uvijek predstavlja kompliment, predstavlja osobu koja zna prepoznati tuđe emocije i potrebe, koja ima osjećaj za drugog čovjeka. Ta se osobina ponekad, u kolokvijalnom govoru u društvu, smatra izvanserijskom te se empatičnog pojedinca doživljava kao posebno dobru osobu, susretljivu i emotivnu. Poželjna je i među liječnicima, naravno.

Međutim, ono što empatija stvarno predstavlja se nerijetko krivo tumači te se njeno značenje miješa sa pretjeranom emotivnošću. Ako, primjerice, imamo liječnika koji će skupa sa svojim pacijentom plakati zbog loše prognoze ne možemo reći da je to empatija. Takva reakcija izlazi izvan njenih okvira. Tu se radi o liječniku koji uistinu je jako emotivan i to bi mu mogla biti prednost u obavljanju posla, ali bi trebao svoje ponašanje temeljiti više na pravom značenju empatije. Nju definiramo kao emocionalnu reakciju promatrača na afektivno stanje drugog pojedinca (Blair, 2005.). To ne znači da, kao u slučaju navedenog liječnika, naša reakcija mora ići do potpunog poistovjećivanja s drugom osobom, do te mjere da i mi postanemo nefunkcionalni, blokirani vlastitom emocijom.

Empatija znači da možemo shvatiti tuđi osjećaj, na kognitivnoj i emocionalnoj razini, možemo suosjećati, ali pritom možemo zadržati logičko, objektivno mišljenje i poduzeti potrebne korake da budemo od pomoći toj osobi. Dakle, empatija je osobina koja je karakteristika svih ili barem većine ljudi. Ako netko nema sposobnost suosjećanja s drugima i prepoznavanja njihovih emocija možemo govoriti o antisocijalnom poremećaju ličnosti ili psihopatiji.

Empatija ima više komponenti i radi se o složenoj emociji. Kognitivna komponenta se temelji na takozvanoj „Teoriji uma“ (Blair, 2005.). Ona se odnosi na sposobnosti da pojedinac sam sebi predstavi i objasni mentalno stanje druge osobe – njenih misli, želja, znanja. Takvim načinom razmišljanja on može logički razumjeti postupke drugih i predvidjeti buduće ponašanje te ga objasniti.

Za tu funkciju je važan medijalni prefrontalni korteks (posebno prednji paracingularni korteks), temporalni režnjevi i povezanost temporalnog s parijetalnim lobusom (Blair, 2005.).

Motorička komponenta empatije se temelji na modelu „percepcija-akcija“. To znači da osoba sa svojim sugovornikom usklađuje i sinkronizira facijalne ekspresije, vokalizaciju, pokrete, geste i držanje tijela. Ona zrcali svoje pokrete u odnosu na pokrete sugovornika jer suosjeća s njim, dolazi i do aktivacije somatskog i autonomnog odgovora, a sve se temelji na zrcalnim neuronima (Blair, 2005.). Zrcalni neuroni označavaju aktivaciju motoričkih područja mozga tijekom izvođenja neke radnje, ali i tijekom promatranja kako netko drugi izvodi motoričku radnju. Oni kod sociopata nisu razvijeni (Rodrigo i sur., 2010.).

Na anatomskoj razini proces se odvija tako da informacija putuje od gornjeg temporalnog korteksa do zrcalnih neurona posteriornog parijetalnog korteksa te nakon toga završava u zrcalnim neuronima donjega frontalnog korteksa. Tako se generira emocionalna reakcija kroz limbički sustav, a nastanak lezije na nekom od ovih dijelova puta bi definitivno doveo do oštećenja sposobnosti za empatiju (Blair, 2005.).

Emocionalna komponenta empatije se anatomski temelji na informaciji koja putuje od vizualnog kroz temporalni sve do limbičkog sustava (Blair, 2005.). Postoje izvješća prema kojima oštećenja amigdale dovode do umanjenja sposobnosti povezivanja facijalne ekspresije s emocijom koju ona predstavlja, posebice kada se radi o izražavanju osjećaja straha (Blair, 2005.).

Dakle, sve ove tri komponente na koje možemo podijeliti empatiju dijele jedan dio anatomskog puta, gornju temporalnu regiju. Međutim, smatra se da unatoč tome svaka od njih funkcionira neovisno o drugima. Emocionalna i motorička komponenta su relativno automatizirane i vjerojatno se događaju paralelno (Blair, 2005.).

U suštini, da bi pojedinac mogao uopće imati sposobnost empatiziranja, važno je da su sve prethodno navedene anatomske strukture zdrave, da na njima nema lezija. Potom je važno da su funkcionalno međusobno ispravno povezane i da nema anomalija na putu prenošenja informacije. Tek kada su ti anatomski uvjeti zadovoljeni postoji osnova za razvoj i pokazivanje empatije i tek tada se o njoj može raspravljati.

9.2.Empatija i psihopatija

Prema kliničkim opisima psihopata i pacijenata s antisocijalnim ponašanjem ustalilo se mišljenje da kod njih postoji deficit empatije. Danas se ta karakteristika također veže uz ljude sa psihopatskom strukturom ličnosti iako taj kriterij nije naveden u DSM klasifikaciji.

Do sada provedena istraživanja nisu utvrdila povezanost psihopatije i antisocijalnog ponašanja sa oštećenjima vezanim uz „Teoriju uma“ (Blair, 2005.).

Međutim, analizirajući emocionalnu komponentu empatije došlo se do spoznaje da psihopati ipak imaju smanjen autonomni odgovor tijekom promatranja druge osobe s tužnom ekspresijom lica ili osobe u distresu (Blair, 2005.). Ako uzmemo u obzir da je prepoznavanje pojedinih emocija na temelju izraza lica ili slušanja intoniranja govora ključno za odvijanje zdrave komunikacije, procesuiranje emocija i razvoj suosjećanja, jasno je zašto psihopati to ne mogu postići.

S obzirom na to da je amigdala ključna anatomska struktura za pamćenje i prisjećanje emocija logično bi bilo zaključiti da kod psihopata postoji njezino oštećenje ili prirođena disfunkcija. Upravo je ona zadužena za pokretanje emocionalnih reakcija kao što su strah, tuga ili sreća. Potvrdu ove pretpostavke o oštećenju funkcije amigdale dobili smo 2000. godine u istraživanju koje je proveo Tiihonen (Tiihonen i sur., 2017.).

U tom se istzraživanmjuu pokazalo da psihopati imaju smanjen volumen i smanjenu aktivnost amigdale što se u potpunosti uklapa u činjenicu da imaju oštećenu emocionalnu komponentu empatije. Važno je naglasiti da psihopati, dakle, doista imaju oštećenu sposobnost prepoznavanja emocija kao što su strah ili tuga, ali pritom su potpuno sposobni prepoznati sreću i facijalne ekspresije kojom se ona iskazuje (Blair, 2005.).

U kontekstu prepoznavanja emocija kod drugih i reagiranja na njih zanimljiv je slučaj neuroloških pacijenata koji nikada nisu imali psihopatske crte ličnosti. Naime, kod njih se može pojaviti takozvana stečena psihopatija (Blair, 2005).

Radi se o tome da neurološki pacijenti imaju lezije orbitalnog i frontalnog korteksa te zbog toga teško procjenjuju koju emociju osjeća druga osoba. Ponekad mogu pokazivati čak i agresivnije ponašanje nego psihopat, ali njihova agresija je reaktivna – javlja se samo kao odgovor na prijetnju ili frustraciju. Ona nikad nije instrumentalna i planirana u svrhu ostvarenja neke dobiti (Blair, 2005.).

Dakle, kod psihopata u dosadašnjim istraživanjima nije nađeno oštećenje na kognitivnoj razini. Oni su sposobni shvatiti da ljudi imaju emocije, da one uvjetuju njihovo ponašanje i postupke. Znaju da postoji veliki raspon emocija koje se mogu doživjeti, neke od njih čak mogu i naučiti oponašati (one koje su češće i lakše za oponašanje) te naučiti u kojim situacijama ih je poželjno odglumiti jer se ipak radi o ljudima čija je inteligencija minimalno prosječna, a često i iznadprosječna. Međutim, problem nastaje u činjenici da oni te emocije ne mogu osjetiti. Njihov afekt je plitak, nerazvijen i nemaju dubinu emocije iako je kognitivno mogu shvatiti. Upravo iz tog razloga mogu manipulirati i iskorištavati ljude iz svoje okoline pritom ne osjećajući krivnju niti suosjećajući s drugom osobom.

Tu nastaje moja fascinacija takvom strukturom ličnosti – koja zna da emocije postoje, neke zna i prepoznati jer je inteligentna, ali nikada ih ne može osjetiti. Ako je ljudska karakteristika da smo emotivni, da smo mi jedina bića u prirodi koja stvaraju, koja pišu pjesme i slikaju te na taj način prenose emociju, ako one upravljaju našim ponašanjem i ako ih stavljamo ispred razuma i ispred činjenica koje stoje ispred nas, kako živi osoba koja ništa od toga nema? Kako živi čovjek koji ne osjeća ništa dok sluša glazbu ili dok nanosi bol drugome, koji ne može drugoga razveseliti i popraviti mu raspoloženje? Kako živi čovjek koji je samo inteligencija, koji vlada samo čistom materijom i koji duboko u sebi ne osjeća život?

9.3. Genetika i okolišni čimbenici u razvoju psihopatije i antisocijalnog poremećaja ličnosti

Bihevioralna i genetička istraživanja blizanaca i usvojene djece su pokazala umjerenu heritabilnost antisocijalnog poremećaja ličnosti i psihopatije (Jakšić, Čuržik, 2012.). Ono što je također važno u razvoju ova dva poremećaja ličnosti su takozvani dijeljeni i nedijeljeni okolinski utjecaji koji su u interakciji s genetskim predispozicijama.

U dijeljene okolinske faktore spadaju nizak socioekonomski status, samohrano roditeljstvo, brojna obitelj i roditelji s antisocijalnim ponašanjem. Nedijeljeni okolinski faktori su oni koji su specifičniji, oni koji se odnose samo na tog jednog pojedinca, ali ne i na njegovu braću i sestre. Tu na primjer spadaju seksualno zlostavljanje, školski i akademski uspjeh, ozljede glave.

Dakle, iako roditeljsko neslaganje, zanemarivanje, nekonzistentne metode discipliniranja tijekom djetinjstva djeluju negativno na psihološki razvoj osobe i mogu biti predisponirajući

faktori za razvoj psihopatije ili antisocijalnog poremećaja ličnosti, ipak je neizostavan utjecaj genetike i karakterne vulnerabilnosti (Jakšić, Čuržik, 2012.).

10. MENTALIZACIJA I TERAPIJA ANTISOCIJALNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI I PSIHOPATIJE

10.1. Što je mentalizacija i zašto je važna?

Govoreći o različitim poremećajima ličnosti kroz ovaj rad, a posebno o antisocijalnom poremećaju i psihopatiji, naglasila sam da postoje brojni faktori koji dovode do njihovog razvoja.Provedena su različita istraživanja koja se bave proučavanjem genetske podloge za razvoj antisocijalnog poremećaja i psihopatije. Osim toga, pažnja se kroz istraživanja pridaje i okolišnim, socijalnim čimbenicima u kojima pojedinac odrasta i živi. Sva ta istraživanja pokušavaju doći do samog uzroka razvoja poremećaja ličnosti.

Koji je uzrok tome da od zdravog djeteta dobijemo osobu koja ne poznaje emocije, koja ne mari za dobro drugih niti za njihove potrebe. Kako dođe do razvoja pojedinca koji je sam sebi dovoljan, a užitak nalazi u patnji drugoga? Iako taj odgovor još uvijek nije jednoznačno dobiven, ono što je sigurno je da ljudi s antisocijalnim i psihopatskim poremećajem ličnosti, pa i drugim poremećajima ličnosti, imaju lošu ili nepostojeću mentalizaciju.

Mentalizacija je, prema Holmesu, sposobnost da vidimo sebe izvana i druge iznutra i to na pravi način (Rudan, Marčinko, 2014.). Dakle, to je sposobnost da shvatimo vlastite postupke, emocije i porive te da isto tako shvatimo ponašanje druge osobe i predvidimo njene buduće postupke. Mentalizacija je jako kompleksna te se smatra da se razvija od najranijeg djetinjstva te da zato iskustva od samih početaka oblikuju cjelokupnu ličnost pojedinca.

Djeca će naučiti mentalizirati kroz odnos sa svojim roditeljima, tj. značajnim drugima (Rudan, Marčinko, 2014.). Dobri uvjeti za razvoj mentalizacije će postojati ako je roditelj empatičan i ako na ispravan način mentalizira samo dijete.

Ako dijete loše razvije mentalizaciju ili je ne razvije uopće, to se uglavnom manifesitra kroz neki od poremećaja ličnosti (Rudan, Marčinko, 2014.). Dolazi do rigidnosti, nemogućnosti sagledavanja situacije iz perspektive druge osobe, impulzivnog ponašanja i loše kontrole afekta. Međutim, ako je i došlo do nepotpunog razvoja sposobnosti mentalizacije, to i dalje ne mora nužno značiti lošu prognozu za mentalno zdravlje tog pojedinca jer se mentalizacija može naučiti i ispraviti tijekom terapije. Upravo se na tom procesu i zasniva liječenje poremećaja ličnosti.

Svrha mentalizacije je shvaćanje svojih pravih osjećaja i poriva iz kojih je proizašao neki postupak, ali i shvaćanje pravih emocija druge osobe. Budući da je ona zapravo subjektivan proces kojeg nismo niti svjesni u samom trenutku kada ga provodimo, postoji velika mogućnost zabune i pogrešnog shvaćanja cijele situacije. Također je važno naglasiti da se u procesu mentalizacije neminovno oslanjamo na naša dotadašnja iskustva pa će zato različiti ljudi na različit način sagledati okolnosti.

Dakle, mentalizacija je nesvjestan proces i uvelike oblikovan prijašnjim iskustvima i zato nije pouzdan, ali ipak je neizostavan za funkcioniranje pojedinca i može dovesti do velikih teškoća ako osoba nema ispravno razvijenu tu sposobnost.

Kao primjer loše razvijene mentalizacije navest ću tri prementalizacijska (nezrela) modela.

Prvi model je psihička ekvivalencija koja se temelji na tome da ne postoji razlika između unutarnjeg i vanjskog svijeta – sve što postoji u umu postoji i u realitetu i obratno. Ovakva mentalizacija se prezentira kroz rigidno mišljenje, paranoju, hostilnost i grandiozne ideje.

Drugi prementalizacijski model je model pretvaranja, on je suprotan psihičkoj ekvivalenciji. Dakle, kod takve osobe ne postoji veza između unutarnjeg i vanjskog svijeta. Kao posljedica toga ona ne može izraziti i objasniti svoje emocije.

oš jedan prementalizacijski model koji postoji je teleološki. Taj je model karakterističan za adolescente. Naime, oni pokušavaju unutarnji doživljaj regulirati kroz vanjsku promjenu, preko tijela (Rudan, Marčinko, 2014.). Svi ovi nezreli modeli mentalizacije ometaju optimalno funkcioniranje pojedinca i predstavljaju predispoziciju za razvoj poremećaja ličnosti.

Prema istraživanjima koja su proveli Frith i Gallagher (Gallagher, Frith, 2003.) mentalizacija se prvenstveno odvija u prefrontalnoj regiji mozga, točnije u paracingularnom. Ako dođe do oštećenja tog područja mozga razvit će se i poremećaj mentalizacije te će osoba iskazivati ponašanje kao da doista ima poremećaj ličnosti.

Znači, bit mentalizacije je prepoznavanje emocija, tumačenje i predviđanje ponašanja osobe s kojom se ostvaruje komunikacija. Kada jedan od sugovornika nema kapacitet za zdravo, zrelo mentaliziranje on će pribjegavati različitim obrambenim mehanizmima što će

dovesti do narušavanja kvalitete komunikacije i u konačnici, do njenog prekida. Takve situacije se često mogu vidjeti u svakodnevnom životu.

Primjerice, u odnosu s prijateljima smo skloni „proučavati“ tko se prvi javio, pozvao na druženje i prema tome onda modeliramo vlastite postupke koji više nisu iskreni nego promišljeni. Često se dogodi da donesemo zaključak kako nam ta osoba ipak nije dobar prijatelj jer, prema nekim našim standardima, koji opet ovise o dotadašnjim iskustvima i jako su subjektivni, ne poduzima dovoljno kako bismo se družili. Međutim, može se raditi o sasvim krivoj mentalizaciji gdje smo, zbog prijašnjih loših iskustava, u iščekivanju istog ishoda te donosimo krive zaključke koji su puno dramatičniji nego što je to možda sa stajališta druge osobe.

Vidimo koliko je važna mentalizacija i koliko važne posljedice proizlaze iz tog kompleksnog procesa u svakodnevnim situacijama, gdje se ne radi o interakciji među ljudima s poremećajima ličnosti. Kada uzmemo u obzir da je kod njih ona iznimno oštećena, možemo samo zamisliti koliko problema se u društvenom životu razvija kod pojedinca koji boluje od poremećaja ličnosti, ali i onih koji ga okružuju.

S obzirom na to da je ljudska vrsta po svojoj prirodi agresivna, a tijekom odrastanja kroz odnos s roditeljima učimo mentalizirati i razvijamo taj kapacitet, možemo naslutiti problematiku. Ako roditelji nisu „dovoljno dobri“, tj. ako ni oni sami nemaju kapacitet za mentaliziranje te ne mogu preraditi djetetove emocije, ni ono samo kasnije tijekom života neće imati kapacitet za zdravu i kvalitetnu mentalizaciju. Tada će, kao odrasla osoba, razviti obrambene mehanizme koji su proizašli iz neadekvatne mentalizacije. To često uključuje agresivno ponašanje koje se veže uz antisocijalni poremećaj ličnosti, a u ekstremnim slučajevima i uz psihopatiju.

10.2. Može li se mentalizacija kvantificirati i je li njen deficit povezan s ekspresijom antisocijalnog poremećaja ličnosti?

Na temelju dosadašnjih spoznaja dolazimo do zaključka da je mentalizacija ključna sposobnost u svakodevnom životu i interpersonalnim odnosima, pa se postavlja pitanje možemo li nekako izmjeriti, objektivno izraziti kolika je nečija sposobnost mentalizacije. Osim toga, ovisno o tome koliko taj broj iznosi, koliko će se deficit manifestirati i biti uočljiv u ponašanju takvog pojedinca? Koja je vrijednost nakon koje govorimo o poremećaju ličnosti, a koja je ona od koje smatramo da osoba ima normalnu strukturu ličnosti?

Ovim pitanjem se bavio John Newbury-Helps u svom istraživanju koje je proveo 2011. godine. On se bavio ulogom emocionalne inteligencije i teorije uma u pokušaju definiranja mentalizacije i potom njenog mjerenja.

Teorija uma se temelji prvenstveno na kognitivnoj komponenti te u središte stavlja drugog, njegove postupke i njihovo shvaćanje (Newbury-Helps J, 2011.). Emocionalna inteligencija je dodana kako bi se fokus stavio i na self, na doživljaj vlastitih emocija i njihovo razumijevanje, sposobnost učenja i rasta na temelju doživljenih iskustava.

Na temelju pretraživanja baza podataka Newbury-Helps je došao do zaključka da, iako postoje pokušaji mjerenja mentalizacije, svi odvajaju kognitivnu i emocionalu komponentu, a niti jedan ih ne sumira i ne promatra zajedno.

Dakle, do sada nije razvijen niti jedan način mjerenja mentalizacije, njenog kvanitificiranja i izražavanja sposobnosti mentaliziranja brojem, što bi bila najobjektivnija metoda za njeno daljnje proučavanje.

10.3. Terapija antisocijalnog poremećaja ličnosti i psihopatije kroz mentalizaciju

Uvriježeno je mišljenje da je liječenje poremećaja ličnosti jako teško provedivo, čak i nemoguće ili besmisleno, a to se naročito odnosi na antisocijalni poremećaj ličnosti i psihopatiju. Zato se takvi pacijenti često nepravedno zanemaruju i ne pridaje im se dovoljno pažnje.

To se, možda, događa zato što se antisocijalni poremećaj ličnosti manifestira na način koji je najneprihvatljiviji unutar društvene zajednice pa se takve ljude doživljava isključivo kriminalcima koje treba zatvoriti i izolirati iz društva. Naravno da će ovisnost o drogama, nasilje, prijevare, otuđenost od drugih i krađe naići na najoštriju osudu i zgražanje okoline. U tom trenutku, vođeni emocijama i strahom, ne razmišljamo o podlozi i psihološkim uzrocima takvog ponašanja nego se takve ljude prebacuje na pravosudna tijela te ih se kažnjava, a ne misli se na njihovo mentalno zdravlje i mogućnost rehabilitacije.

Naime, ukoliko su oni nasilni i sami sebi dovoljni, ne pripadaju niti jednoj podskupini unutar društva, kako možemo očekivati da će represivne mjere kažnjavanja i dodatne izolacije nešto promijenti? Naravno da trebaju dobiti pravednu kaznu i da ih se treba udaljiti iz društva sukladno svim djelima koje su počinili, ali isto tako smatram da im se tijekom tog perioda odsluženja kazne treba pružiti adekvatna pomoć. Ne možemo očekivati da ćemo nasilje i

neempatiju iskorijeniti isključivo represijom, zatvaranjem i izolacijom. Možda bismo trebali pokušati djelovati suprotno – umanjiti njihovu hladnoću i okorjelost u kriminalnom ponašanju razumijevanjem, razgovorom, korektivnim iskustvom kakvo ta osoba očito nije imala tijekom života. Ako im se pokaže da postoji i drugi način, suprotan njihovom svjetonazoru, možda djelić toga i prihvate.

Dakle, činjenica je da je antisocijalni poremećaj ličnosti teško liječiti jer će takvi pojedinci biti nekooperativni, teško i slabo ostvaruju terapijski savez. Osim toga, rijetko uopće traže pomoć, a brojni komorbiditeti otežavaju provođenje terapije te i sami liječnici gube motivaciju za liječenje ovog poremećaja ličnosti (Glenn, Jhonson, Raine, 2013.). Međutim, ipak postoji način za provođenje terapije i ovom slučaju, a to je pomoću mentalizacije.

Ovaj tip terapije je primarno razvijen za liječenje graničnog poremećaja ličnosti ali se primjenjuje i u slučaju antisocijalnog (Glenn, Jhonson, Raine, 2013.).

Ljudi koji imaju antisocijalni poremećaj ličnosti imaju i poremećenu mentalizaciju u kojoj previše naglašavaju jedan od dva suprotna pola koja ju čine. To može biti kognitivni ili afektivni, unutarnji ili vanjski te automatski ili kontrolirani (Bateman, i sur., 2011.).

Zbog neadekvatne mentalizacije oni imaju teškoće u procjeni emocionalnog stanja drugih, ali i vlastitog emocionalnog stanja- Zato teško reguliraju vlastiti afekt, a u očekivanjima od drugih ljudi su rigidni te loše rješavaju probleme na koje nailaze u interpersonalnim odnosima – često pribjegavaju nasilnom ponašanju (Rudan, Marčinko, 2014.).

Kada se provodi terapija poremećaja ličnosti osnova je formiranje terapijskog saveza unutar kojeg će se pacijent osjećati sigurno te će moći steći bolji uvid u vlastito ponašanje i emocije koje iza njega stoje.

Terapeut primjenjuje takozvani stav neznanja u kojem nije preaktivan, ne preuzima ulogu razmišljanja i osjećanja umjesto bolesnika te priznaje da ne zna sa sigurnošću što se u njegovom umu događa (Rudan, Marčinko, 2014.). Na taj način se pacijenta potiče da sam promišlja o motivima svojih postupaka te mu se omogućuje da polako počne razvijati sposobnost mentalizacije i da sam stekne dojam o strukturi vlastite ličnosti.

Tri su osnovna cilja terapije pomoću mentalizacije: poticanje nesvjesne i svjesne mentalizacije te poboljšanje afektivne (Rudan, Marčinko, 2014.). Kroz ove korake pacijentu

se omogućuje da razvije svijest o vlastitim emocijama i da ih razumije. S obzirom na to da ovu ulogu inače preuzima obitelj tijekom odrastanja pojedinca, a ovi pacijenti nisu imali adekvatno funkcionalno okruženje, kod njih se to postiže kroz terapijski savez s liječnikom. Uloga liječnika u ovom slučaju nije da on objašnjava pacijentu njegove postupke i osjećaje, nego on samo potiče pacijenta na razmišljanje, pokušava potaknuti njegovu vlastitu mentalizaciju i unaprijediti je. Liječnik pušta pacijenta da sam dođe do rješenja bez da mu nameće svoje mišljenje. Sama činjenica da pacijent razmišlja o svojim emocijama i da pokušava kontrolirati svoje postupke te da se pokušava ponašati zrelije predstavlja napredak.

10.4. Terapija antisocijalnog poremećaja ličnosti kroz humor

Terapija humorom se, na prvi pogled, može činiti trivijalna, može se činiti da se radi o neozbiljnom pristupu koji nije znanstveno utemeljen. Takav stav je čak i shvatljiv kada se uzme u obzir da je humor svakodnevna pojava, prisutna obično u opuštenom društvu među prijateljima, u neobaveznom razgovoru. Međutim, ako bolje razmislimo, shvatit ćemo da je humor jako kompleksan.

Uključuje kognitivnu komponentu pomoću koje se uočava djelić situacije koji je zanimljiv za komentiranje. Osim kognitivne važna je i emocionalna komponenta – neizostavan je osjećaj sreće, zadovoljstva i opuštenosti koji proizlazi iz razgovora popraćenog dobrim humorom. Ukoliko kažemo da netko ima smisla za humor tada to znači da ta osoba ima i određenu razinu inteligencije (barem prosječnu), da ima osjećaj za druge ljude jer zna kako će im pristupiti te da može sagledati okolnosti iz više različitih perspektiva.

Ako na taj način raščlanimo humor shvatit ćemo da on ipak nije tako trivijalan i površan kao što se to može učiniti. On uključuje cijeli spektar sposobnosti, od kognitivnih do emocionalnih te dobre interpersonalne vještine. Zato se takva terapija ipak u konačnici ne čini lošom idejom i pokušajem kod ljudi s antisocijalnim poremećajem ličnosti.

Ako liječnik u svom pristupu antisocijalnom pacijentu koristi humor i ispravno ga dozira te pažljivo bira vrstu humora, to može uvelike poboljšati njihov odnos, ukloniti napetost i doprinijeti njihovom zbližavanju te omogućiti ostvarenju boljeg terapijskog saveza, ali i pružiti izravan uvid u podsvijest pacijenta (Martens, 2004.). Ako je netko arogantan i devijantan, što je često slučaj kod pacijenata s antisocijalnim poremećajem ličnosti, to obično seže u djetinjstvo i veže uz nekakvo traumatično iskustvo. Otvaranje te teme je jako bolno za

pacijenta i može dovesti do njegovog povlačenja, pa čak i agresije, što narušava terapijski savez.

U takvim okolnostima humor bi mogao biti dobra opcija za komentiranje traumatskog iskustva jer je blag i stvara smirenu, neobaveznu atmosferu.

S obzirom na to da psihopati nemaju uvid u vlastite postupke, tj. motive koji iza njih stoje, niti u posljedice koje njihovi postupci uzrokuju, oni niti ne mogu biti samokritični pa posljedično ne mogu uopće izreći šalu na vlastiti račun. Ako bi se kroz korištenje humora od njih ipak uspjelo dobiti da shvate i šalu na svoj račun, a ne da samo kritiziraju druge, to bi bio pomak na bolje u terapiji jer bi to značilo da su ipak počeli razvijati uvid u vlastito ponašanje i da postaju samokritični.

Pacijenti s antisocijalnim poremećajem ličnosti imaju hostilan i negativan stav prema ljudima i socijalnim normama što uvelike otežava njihovu rehabilitaciju u društvo. Korištenje humora u pristupu bi moglo biti od pomoći jer im se, kroz humoristične izjave puno lakše i uz manje napetosti, može skrenuti pažnja na to da bi trebali biti pristupačniji i da bi trebali umanjiti negativistički stav (Martens, 2004.).

Humor nam pruža uvid u komplekse, ali i pozitivne osobine koje ljudi posjeduju. Razgovor obojan humorom je opušten, gubi se razlika u hijerarhijskoj ljestvici i stvara se ugodna atmosfera koja zbližava sugovornike.

Ono čemu se netko smije može nam puno reći o njegovim emocijama, i tome je li manje ili više empatičan, može nam dati uvid u inteligenciju našeg sugovornika. Zato je humor jako dobar alat koji je koristan općenito u interpersonalnim odnosima, pa tako i tijekom provođenja terapije. Pomoću humora možemo često ispitati sugovornika ono što se inače ne bismo usudili pitati ozbiljno ili barem možemo naslutiti njegovo mišljenje, a uvijek ostaje izlaz iz neugodne situacije – da je to bila samo šala.

Na taj način i tijekom terapije, kroz pristup humorom, možemo lakše započeti teške teme za pacijenta te polako dozirati takve razgovore i postepeno prijeći na ozbiljnu raspravu.

Terapija humorom ima i neke nedostatke, odnosno opasnosti koje iz nje mogu proizaći i na to zato treba posebno pripaziti.

Naime, pacijenti mogu pretjerano početi koristiti humor što upućuje na to se izbjegavaju baviti pravim problemom što može unazaditi do tada postignute rezultate tijekom terapije.

Osim toga, pretjerana i neprimjerena upotreba humora može narušiti kvalitetu terapije i terapijski savez jer blokira efektivnu komunikaciju. Korištenjem humora pacijent može trivijalizirati problem, može početi manipulirati i može terapeutu oduzeti autoritet ako se ispostavi da je dosjetljiviji i da ima bolji smisao za humor od njega (Martens, 2004.).

Na ovom području je potrebno provesti još istraživanja jer ih do sada nema dovoljno, potrebno je ishoditi evaluacije od samih pacijenata preko kojih se ova metoda može usavršiti i bolje integrirati u terapiju (Martens, 2004.).

Međutim, iako postoje određeni nedostatci i potreba za daljnjim istraživanjima, radi se o terapijskom pristupu koji je jako zanimljiv jer koristi jednu svakidašnju pojavu i opušten tip komunikacije. Smatram da je metoda inovativna i kada raščlanimo koje sve osobine pojedinac treba imati da bi uopće mogao shvatiti humor, a onda i nasmijati nekog drugog, logičan je korak pokušati uključiti humor u terapiju antisocijalnog poremećaja ličnosti.

11. ZAKLJUČAK

U ovom preglednom radu prikazani su antisocijalni poremećaj ličnosti i psihopatija te su uspoređeni međusobno i sa još dva poremećaja koji po klasifikaciji pripadaju takozvanom „clusteru B“ (narcistični i granični poremećaj ličnosti).

Radi se o strukturama ličnosti koje imaju brojne zajedničke karakteristike pa tako i bihevioralne obrasce. Zato je posebno važno naglasiti da bi bilo dobro promatrati narcistični i antisocijalni poremećaj ličnosti te psihopatiju kao jedan kontinuum unutar kojeg se međusobno isprepliću kvalitativno iste karakterne crte, ali se kvantitativno u svojim prezentacijama ipak razlikuju. Maligni narcizam pritom predstavlja „najblažu“ formu poremećaja, a preko antisocijalnog se na posljetku razvija psihopatija kao najteži oblik psihopatologije.

Također, u podlozi se nalaze biologijski uvjetovane promjene anatomskih struktura i dijelova mozga, ali i genetski čimbenici. S obzirom da još uvijek postoji manjak istraživanja na ovom polju prevencija je teško provediva, a i terapijski rezultati su skromni.

Kako sam navela u predgovoru, cilj mi je bio shvatiti i razumjeti osobu s antisocijalnim poremećajem ličnosti ili psihopatijom te istražiti uzroke koji leže u podlozi formiranja takve ličnosti.

Iako sam provela usporedbu tih dvaju poremećaja ličnosti s narcističnim i graničnim, proučila njihovu neempatičnost i teorije koje ju pokušavaju objasniti te naposljetku čak i metode moguće terapije, ne mogu reći da su me konačni zaključci ohrabrili. Istraživanja koja se bave ovom problematikom je jako malo, a ona koja su provedena imaju dosta mali uzorak sudionika. Terapija se čini mukotrpna i s upitnim konačnim ishodom zbog sklonosti ovih pacijenata da zlouporabljuju lijekove i zbog njihove slabe motivacije za samo liječenje i napredak (Jakšić, Čuržik, 2012.).

Iz tih razloga, pitanje dobra i zla koje se nameće uvijek kada se pokrene razgovor o ovoj problematici te mogućnost prevladavanja dobra unutar pojedinca koji ne osjeća i ima deficitaran superego, ostaje neodgovoreno.

Ali isto tako, potrebno je zadržati optimizam i nadu da se ovoj populacijskoj skupini ipak može pomoći i da ih se može rehabilitirati. Mislim da je to ideja koja ipak, u konačnici prevladava, jer ako smo mi, većina, ono „dobro“ – suprotnost ovoj strani našeg društva, onda moramo biti ti koji će potaknuti promjenu. Ne možemo dozvoliti da „zlo“ koje je ipak, čini se, iznimka, bude to koje će prevagnuti. Jer ako se priklonimo zaključku da se ništa ne može učiniti, onda naše postojanje gubi svrhu, a mi nismo ispunili zadatak.

I da zaključim u istom tonu u kojem sam i otvorila problematiku iz kuta koji mi je bio zanimljiv: „I svjetlo u tami svijetli i tama ga ne obuze“ (Evanđelje po Ivanu 1:5).

12. Zahvale

Zahvaljujem svom mentoru, prof.dr.sc. Darku Marčinku na susretljivosti, razumijevanju i stručnoj pomoći prilikom izrade diplomskog rada.

Zahvaljujem mami, tati i bratu koji su mi tijekom svih šest godina studiranja pružili bezuvjetnu podršku i pomogli svojim savjetima. Ova diploma je dijelom i vaša.

13. Popis literature

1. Bateman AW i sur. Commentary on „Minding the difficult patient“: Mentalizing and the use of formulation in patients with borderline personality disorder comorbid with antisocial personality disorder. Personality and Mental Health 2011;5:85-90.
2. Black DW The Natural History of Antisocial Personality Disorder. CanJ Psychiatry 2015; 60(7): 309-314.
3. Blair RJR Responding to the emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. Consciousness and Cognition 2005; 14: 698-718.
4. Cunningham MD, Reidy TJ Antisocial Personality Disorder and Psychopathy: Diagnostic Dilemmas in Classifying Patterns of Antisocial Behavior in Sentencing Evaluations. Behav. Sci Law 1998; 16: 333-351.
5. Diagnostic and Statistical Manual od Mental Disorders V
6. Gallagher HL, Frith CD Functional imaging of ''theory of mind''. Trends in Cognitive Sciences 2003; 7(2): 77-83.
7. Glenn AL, Jhonson AK, Raine A Antisocial Personality Disorder: A Current Review. Curr Psychiatry Rep 2013; 15:427.
8. Gunderson JG, Ronningstam E Differentiating Narcissistic and Antisocial Personality Disorders. The Guilford Press 2001; 15(2): 103-109.
9. Hare RD, Neumann CS Structural models of psychopathy. Current Psychiatry Reports 2005; 7: 57-64.
10. Hildebrand M, de Ruiter C PCL-R psychopathy and its relation to DSM-IV Axis I and Axis II disorders in a sample of male forensic psychiatric patients in the Netherlands. International Journal of Law and Psychiatry 2004; 27: 233-248.
11. Jakšić N, Čuržik D Antisocijalni poremećaj ličnosti i psihopatija- pregled suvremenih spoznaja, KBC Zagreb, Klinika za psihijatriju: 2012
12. Joiner TE Psychopathy, Antisocial Personality, and Suicide Risk. Journal of Abnormal Psychology 2001;110(3):462-470.
13. Juni S Diagnosing Antisocial Behaviour and Psychopathy. Journal of Criminal Psychology 2014; vol. 4 (1): 76-96.
14. Newbury-Helps J Are difficulties in mentalizing associated with severity of Antisocial Personality Disorder. London: University College London;2011

15. Marčinko D i sur. Klasifikacija i dijagnostički kriteriji narcističnog poremećaja ličnosti prema DSM- IV- TR. Narcistični poremećaj ličnosti i njegova dijagnostička opravdanost. Zagreb: Medicinska naklada; 2013
16. Marčinko D, Jakovljević M, Rudan V i sur., Učestalost poremećaja ličnosti. Poremećaji ličnosti: stvarni ljudi, stvarni problemi. Zagreb: Medicinska naklada; 2015
17. Marčinko D i sur. Tipovi narcizma. Narcistični poremećaj ličnosti i njegova dijagnostička opravdanost. Zagreb: Medicinska naklada; 2013
18. Marčinko D i sur. V- točka. Narcistični poremećaj ličnosti i njegova dijagnostička opravdanost. Zagreb: Medicinska naklada; 2013
19. Marčinko D i sur. Kontinuum simptoma narcističnog i antisocijalnog poremećaja ličnosti. Poremećaji ličnosti: stvarni ljudi, stvarni problemi:. Zagreb: Medicinska naklada; 2015
20. Marčinko D, Jakovljević M, Rudan V i sur., Poremećaji ličnosti: stvarni ljudi, stvarni problemi:Dijagnostički kriteriji za granični poremećaj ličnosti. Zagreb: Medicinska naklada; 2015
21. Martens WHJ Therapeutic Use of Humor in Antisocial Personalities. Journal of Contemporary Psychotherapy 2004;34(4):351-361.
22. Murphy C, Vess J Subtypes of Psychopathy: proposed differences between narcissistic, borderline, sadistic, and antisocial Psychopaths. Psyhiatric Quarterly 2003; 74 (1):11-29.
23. Pajer KA What Happens to „Bad Girls“? A Review of the Adult Outcomes of Antisocial Adolescent Girls. AM J Psychiatry 1998; 155:7:862-870.
24. Paris J Antisocial and Borderline Personality Disorders: Two separate Diagnoses or Two Aspects of the Same Psychopathology. Comprehensive Psychiatry 1997; 38:4: 237-242.
25. Rodrigo i sur. The „antisocial“ person: an insight into biology, classification and current evidence on treatment Annals of General Psychiatry 2010; 9:31
26. Rudan V, Marčinko D Mentalizacija: od nasilja do dijaloga. Od nasilja do dijaloga. Zagreb: Medicinska naklada; 2014
27. Tiihonen J, Hodgins S, Vaurio O, Laakso M, Repo E, Soininen H i sur. Amygdaloid volume loss in psychopathy. Society for Neuroscience Abstracts 2017

14. Životopis

Ime i Prezime: Marina Vojković

Datum rođenja: 11. siječnja 1993.

Mjesto rođenja: Zadar

Adresa: Riječka ulica 2, 23000 Zadar

Mobilni telefon: 099 517 4600

E- mail: marina.vojkovic03@gmail.com

Školovanje:

2011. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet

2007.- 2011. Klasična gimnazija Ivana Pavla II s pravom javnosti, Zadar

1999.- 2007. Osnovna škola „Stanovi“, Zadar

2001.- 2007. Glazbena škola „Blagoje Bersa“, Zadar

Strani jezici:

Engleski jezik: čitanje, pisanje, govor: izvrsno

Talijanski jezik: čitanje, pisanje, govor: osnovno

Dodatne informacije:

Sudjelovanje na ortopedskom kongresu SEEFORT, u Dubrovniku 2017.

Sudjelovanje na znanstvenom skupu „Histerija“, u Zagrebu 2017.