

ULOGA NARCISTIČKE VULNERABILNOSTI, EKSPPLICITNOG SRAMA I LJUTNJE U ODNOSU IZMEĐU TRAUMATSKIH ISKUSTAVA U DJETINJSTVU I AUTODESTRUKTIVNOG PONAŠANJA ODRASLIH BOLESNIKA S GRANIČNIM POREMEĆAJEM LIČNOSTI

Rudan, Duško

Doctoral thesis / Disertacija

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:817626>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-27**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the Faculty of Medicine Osijek](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK**

Duško Rudan

**ULOGA NARCISTIČKE VULNERABILNOSTI,
EKSPLICITNOG SRAMA I LJUTNJE U ODNOSU IZMEĐU
TRAUMATSKIH ISKUSTAVA U DJETINJSTVU I
AUTODESTRUKTIVNOG PONAŠANJA ODRASLIH
BOLESNIKA S GRANIČNIM POREMEĆAJEM LIČNOSTI**

Doktorska disertacija

Osijek, 2023.

Mentor rada: prof. dr. sc. Darko Marčinko, Medicinski fakultet Zagreb, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb

Komentor rada: prof. dr. sc. Dunja Degmečić, Medicinski fakultet Osijek, Klinika za psihijatriju KBC Osijek

Rad ima 159 listova.

ZAHVALE

Zahvaljujem svom mentoru prof. dr. sc. Darku Marčinku na vrijednim savjetima i smjernicama koji su mi bili od velike pomoći pri izradi ovog rada.

Zahvaljujem svojoj komentorici prof. dr. sc. Dunji Degmečić na korisnim savjetima i pažnji koju je iskazivala tijekom konačne izrade ovog rada.

Želim odati počast sjećanju na pok. prof. dr. sc. Pavu Filakovića čije je započeto mentorstvo ostavilo trajan trag na mene i moj rad.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Granični poremećaj ličnosti (GPL)	1
1.1.1. Povijesni razvoj	1
1.1.2. Definicija i klasifikacija	1
1.1.3. Epidemiologija	3
1.1.4. Etiologija	4
1.1.5. Klinička slika	7
1.1.6. Komorbiditeti	8
1.1.7. Tretman	9
1.2. O traumi i doživljaju traume	10
1.2.1. Povijesne napomene	10
1.2.2. Koncept psihičke traume	11
1.2.3. Utjecaj traumatskih iskustava u djetinjstvu na razvoj ličnosti	12
1.2.4. Traumatsko iskustvo zlostavljanja u djetinjstvu	15
1.2.5. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)	17
1.3. Sram	18
1.3.1. Uloga srama u razvoju djeteta	18
1.3.2. Funkcija srama u evaluaciji selfa i kategorizacije srama	19
1.3.3. Sram i druge emocije	20
1.3.4. Manifestacije i izražavanje srama	21
1.3.5. Sram u osoba s GPL-om	22
1.4. Narcistička vulnerabilnost	23
1.4.1. O razvoju koncepta narcizma	23
1.4.2. Suvremena shvaćanja koncepta narcizma	24
1.4.3. Novija istraživanja u području narcizma	27
1.5. Ljutnja	30
1.6. Autodestruktivna/samoozljeđujuća ponašanja u graničnog poremećaja ličnosti	33
1.6.1. Nesuicidalno samoozljeđivanje (NSSO)	33
1.6.2. Suicid	36
2. HIPOTEZE	40
3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA	41
4. ISPITANICI I METODE	42
4.1. Ispitanici	42
4.2. Metode rada	43
4.2.1. Protokol istraživanja	43
4.2.2. Instrumenti	44
4.2.3. Popis varijabli	49
4.3. Statistička obrada podataka	52

5. REZULTATI	54
5.1. Sociodemografski i opći klinički status – SES	54
5.2. Upitnik trauma u djetinjstvu – CTQ-SF	55
5.3. Inventar patološkog narcizma – PNI	59
5.4. Skala doživljaja srama – ESS	61
5.5. Upitnik agresivnosti – AQ	64
5.6. Inventar samoozljeđujućeg ponašanja – SHI	66
5.7. Upitnik graničnog poremećaja ličnosti – BPQ	68
5.8. Beckov inventar anksioznosti – BAI	74
5.9. Beckov inventar depresivnosti ver. II – BDI-II	75
5.10. Komorbiditeti	78
5.11. Korelacije	79
5.12. Medijacijska analiza	86
5.12.1. Model medijacijske analize izravnog učinka traume u djetinjstvu (CTQ-Total) na samoozljeđujuće ponašanje (SHI-Total) uz neizravni učinak narcističke vulnerabilnosti (PNI- 9) kao medijatora analiza	87
5.12.2. Model medijacijske analize izravnog učinka traume u djetinjstvu (CTQ-Total) na samoozljeđujuće ponašanje (SHI-Total) uz neizravni učinak doživljaja srama (ESS-Total) kao medijatora	89
5.12.3. Model medijacijske analize izravnog učinka traume u djetinjstvu (CTQ-Total) na samoozljeđujuće ponašanje (SHI-Total) uz neizravni učinak ljutnje (AQ-A) kao medijatora	91
5.12.4. Model medijacijske analize izravnog učinka traume u djetinjstvu (CTQ-Total) na samoozljeđujuće ponašanje (SHI-Total) uz simultani neizravni učinak narcističke vulnerabilnosti (PNI-9), ukupnog doživljaja srama (ESS-Total) i ljutnje (AQ-A) ...	93
6. RASPRAVA	98
6.1. Sociodemografski i opći klinički status	99
6.2. Upitnik trauma u djetinjstvu (CTQ-SF)	99
6.3. Inventar patološkog narcizma (PNI)	100
6.4. Skala doživljaja srama (ESS)	100
6.5. Upitnik agresivnosti (AQ)	101
6.6. Inventar samoozljeđujućeg ponašanja (SHI)	101
6.7. Upitnik graničnog poremećaja ličnosti (BPQ)	101
6.8. Beckov inventar anksioznosti (BAI)	102
6.9. Beckov inventar depresivnosti ver. II (BDI-II)	102
6.10. Komorbiditeti	102
6.11. Korelacije	106
6.12. Medijacijska analiza	112
6.13. Ograničenja istraživanja	114
7. ZAKLJUČCI	115
8. SAŽETAK	116
9. SUMMARY	118

10. LITERATURA	120
11. ŽIVOTOPIS	154
12. PRILOZI	159

TABLICE

Tablica 4.1. Razdioba ispitanika prema dobnim kategorijama i spolu – rezultat χ^2 testa	43
Tablica 4.2. Varijable	49
Tablica 4.2. Varijable	50
Tablica 4.2. Varijable	51
Tablica 5.1. Supskale upitnika trauma u djetinjstvu (CTQ-SF)	57
Tablica 5.2. Kategorizacija supskala upitnika trauma u djetinjstvu (CTQ-SF)	57
Tablica 5.3. Razdioba supskala upitnika trauma u djetinjstvu (CTQ-K)	58
Tablica 5.4. Deskripcija supskala upitnika ukupnih trauma u djetinjstvu (CTQ)	58
Tablica 5.5. Supskale Inventara patološkog narcizma (PNI)	59
Tablica 5.6. Deskripcija supskala Inventara patološkog narcizma (PNI)	60
Tablica 5.7. Supskale skale doživljaja srama (ESS)	61
Tablica 5.8. Karakterološki sram (ESS-1) – deskripcija	62
Tablica 5.9. Bihevioralni sram (ESS-2) – deskripcija	62
Tablica 5.10. Tjelesni sram (ESS-3) – deskripcija	63
Tablica 5.11. Ukupni doživljaj srama (ESS-Total) – deskripcija	63
Tablica 5.12. Supskale Upitnika agresivnosti (AQ)	64
Tablica 5.13. Fizička agresivnost (AQ-PA) – deskripcija	65
Tablica 5.14. Verbalna agresivnost (AQ-VA) – deskripcija	65
Tablica 5.15. Ljutnja (AQ-A) – deskripcija	65
Tablica 5.16. Hostilnost(AQ-H) – deskripcija	66
Tablica 5.17. Ukupna agresivnost (AQ-Total) – deskripcija	66
Tablica 5.18. Ukupni inventar samoozljeđujućeg ponašanja (SHI-Total) – deskripcija	68
Tablica 5.19. Supskale Upitnika graničnog poremećaja ličnosti (BPQ)	69
Tablica 5.20. Impulzivnost (BPQ-1) – deskripcija	70
Tablica 5.21. Afektivna nestabilnost (BPQ-2) – deskripcija	71
Tablica 5.22. Strah od napuštanja (BPQ-3) – deskripcija	71
Tablica 5.23. Interpersonalni odnosi (BPQ-4) – deskripcija	71
Tablica 5.24. Slika o sebi (BPQ-5) – deskripcija	72

Tablica 5.25. Suicid/samoozljeđivanje (BPQ-6) – deskripcija	72
Tablica 5.26. Osjećaj praznine (BPQ-7) – deskripcija	72
Tablica 5.27. Bijes (BPQ-8) – deskripcija	73
Tablica 5.28. Kvazipsihotična stanja (BPQ-9) – deskripcija	73
Tablica 5.29. Upitnik graničnog poremećaja ličnosti ukupno (BPQ-Total) – deskripcija	73
Tablica 5.30. Beckov inventar anksioznosti (BAI-Total) – deskripcija	74
Tablica 5.31. Beckov inventar depresivnosti ver. II (BDI2-Total) – deskripcija	76
Tablica 5.32. Učestalost komorbidnih dijagnoza	78
Tablica 5.33. Učestalost broja komorbidnih dijagnoza po osobi	79
Tablica 5.34. Korelacije – prvi dio	80
Tablica 5.34. Korelacije – drugi dio	81
Tablica 5.34. Korelacije – treći dio	82
Tablica 5.34. Korelacije – četvrti dio	83
Tablica 5.34. Korelacije – peti dio	84
Tablica 5.35. Spearmanove korelacije odabranih čestica SES-a	85
Tablica 5.36. Pearsonovi koeficijenti međusobne korelacije varijabli korištene u medijacijskim analizama	86
Tablica 5.37. Rezultat prve regresijske analize sa samoozljeđujućim ponašanjem (SHI-Total) kao kriterijem i s traumom u djetinjstvu (CTQ-Total) kao prediktorom	88
Tablica 5.38. Rezultat drugog regresijskog modela s narcističkom vulnerabilnošću (PNI-9) kao kriterijem i s traumom u djetinjstvu (CTQ-Total) kao prediktorom	88
Tablica 5.39. Treći regresijski model uključuje i narcističku vulnerabilnost (PNI-9) u prethodni model (CTQ Total i PNI-9) kao prediktor	89
Tablica 5.40. Rezultat prve regresijske analize sa samoozljeđujućim ponašanjem (SHI-Total) kao kriterijem i s traumom u djetinjstvu (CTQ-Total) kao prediktorom	90
Tablica 5.41. Rezultat drugog regresijskog modela s narcističkom vulnerabilnosti (ESS- Total) kao kriterijem i s traumom u djetinjstvu (CTQ-Total) kao prediktorom	90
Tablica 5.42. Treći regresijski model uključuje i doživljaj srama (ESS-Total) u prethodni model kao prediktor	91

Tablica 5.43. Rezultat prve regresijske analize sa samoozljeđujućim ponašanjem (SHI-Total) kao kriterijem i s traumom u djetinjstvu (CTQ-Total) kao prediktorom	92
Tablica 5.44. Rezultat drugog regresijskog modela s ljutnjom (AQ-A) kao kriterijem i s traumom u djetinjstvu (CTQ-Total) kao prediktorom	92
Tablica 5.45. Treći regresijski model uključuje i ljutnju (AQ-A) u prethodni model kao prediktor.....	93
Tablica 5.46. Model Procjene (lavaan)	95

SLIKE

Slika 5.1. Razdioba sociodemografskog i općeg kliničkog statusa (SES).....	55
Slika 5.2. Razdioba ukupne traume u djetinjstvu (CTQ-Total)	56
Slika 5.3. Razdioba inventara samoozljeđujućeg ponašanja (SHI-Total) po spolu i dobnim skupinama	67
Slika 5.4. Razdioba ukupne vrijednosti Upitnika graničnog poremećaja ličnosti (BPQ-Total)	70
Slika 5.5. Učestalost Beckovog inventara anksioznosti (BAI-K) po spolu i dobi	75
Slika 5.6. Učestalost Beckovog inventara depresivnosti (BDI2-K) po spolu i dobi.....	77
Slika 5.7. Dijagram raspršenosti (eng. <i>scatter plot</i>) za varijable uvrštene u medijacijske modele (N = 111).....	87
Slika 5.8. Shematski prikaz regresijskih puteva.....	94
Slika 5.9. Prikaz puteva (eng. <i>path</i>) medijacijske analize koja predviđa samoozljeđujuće ponašanje (SHI-Total) u zavisnosti od traume u djetinjstvu (CTQ-Total) preko narcističke vulnerabilnosti (PNI-9), doživljaja srama (ESS-Total) i ljutnje (AQ-A) kao medijatora	97

POPIS SKRAĆENICA

GPL	granični poremećaj ličnosti
NPL	narcistički poremećaj ličnosti
PTSP	posttraumatski stresni poremećaj
APA	Američka psihijatrijska asocijacija
NSSO	nesuicidalno samoozljeđivanje
SES	Sociodemografski i opći klinički status
CTQ-SF	Upitnik trauma u djetinjstvu
PNI	Inventar patološkog narcizma
ESS	Skala doživljaja srama
AQ	Upitnik agresivnosti
SHI	Inventar samoozljeđujućeg ponašanja
BPQ	Upitnik graničnog poremećaja ličnosti
BAI	Beckov inventar anksioznosti
BDI2	Beckov inventar depresivnosti ver. II

1. UVOD

1.1. GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI (GPL)

1.1.1. Povijesni razvoj

Jedan od autoriteta dvadesetog stoljeća po pitanju dijagnostike, kliničkog razumijevanja i kreiranja psihoterapijske tehnike liječenja graničnog poremećaja ličnosti (GPL) je Otto Kernberg (1-4). Premda su Stern (5) i Knight (6) među prvima opisali granični poremećaj, Kernberg je 1967. godine najbolje sistematizirao njegove oznake. „Patologija ega, s jedne strane, razlikuje se od one koju se nalazi kod neuroza i manje jakih karakternih bolesti, a s druge strane kod psihoza.“ (7, 8). Isti autor, u suradnji s Robertom Michelsom, 2009. (9) godine piše o revidiranom pristupu GPL-u kojeg su omogućila brojna istraživanja „u smislu dijagnoze, epidemiologije, genetike, razvojne psihologije, bioloških korelata, patofiziologije i tretmana – i možda najvažnije, odustajanje od beznadne prognoze do one pune nade, osobito što imamo nekoliko djelotvornih, na dokazima temeljenih, tretmana“.

Neki stručnjaci, npr. Gunderson (10), već su rano upozoravali da razlike između GPL-a i psihotične organizacije ličnosti nisu uvijek tako jasne kakvim ih je u svojem ranom definiranju isticao Kernberg. Ovaj se poremećaj sve do polovine dvadesetog stoljeća, pa i kasnije, uglavnom nazivao različitim imenima: granična stanja (6), granična ličnost (11, 12), preshizofrena struktura ličnosti (13), psihotični karakter (14). Prema Kernbergu (8) nazivi kao ambulatorna shizofrenija (15) i pseudoneurotska shizofrenija (16, 17) vjerojatno su se također odnosili na granični poremećaj ličnosti te također i nazivi „Kao da“ ličnost (18) i opisi bolesnika s jakim distorzijama ega (19).

1.1.2. Definicija i klasifikacija

„Granični poremećaj ličnosti je složen i ozbiljan mentalni poremećaj kojeg karakterizira pervazivni obrazac teškoća u regulaciji osjećaja i kontroli impulsa i nestabilnosti u odnosima i slici o sebi.“ (20). Linehan (21) je predložila transakcijski model prema kojem biološki predisponirana emocionalna vulnerabilnost stupa u interakciju s oštećenom okolinom stvarajući GPL. Prema Američkoj psihijatrijskoj asocijaciji (22) GPL je karakteriziran opće prisutnim teškoćama emocionalne regulacije, nestabilnosti interpersonalnih odnosa, intenzivnom ljutnjom i interpersonalnom agresijom te neprilagođenom impulzivnosti u mnogim područjima.

1. UVOD

Izgleda da je uspostavljena neka vrsta konsenzusa da emocionalna disregulacija, impulzivnost i negativni afektivitet najtočnije karakteriziraju GPL (23; 24).

Dijagnoza GPL-a može se postaviti prema dvjema važećim klasifikacijama: Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih stanja (MKB-10) Svjetske zdravstvene organizacije (25) i Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne bolesti (DSM-5) Američke psihijatrijske asocijacije (26).

MKB-10 (25) predstavlja kategorijski pristup u dijagnostici. GPL se nalazi u potkategoriji poremećaja ličnosti pod nazivom „emocionalno nestabilna ličnost“ (F60.3). U MKB-10 opisana su dva podtipa GPL-a: impulzivni i granični. Impulzivni tip ispoljava emocionalnu nestabilnost, slabu kontrolu impulsa, uključujući i afekt ljutnje izazvan kritikama te ispade prijetećeg i nasilnog ponašanja. Granični tip često ima iskrivljenu predodžbu o sebi, osjećaj praznine, dosade, nestabilne ali vrlo intenzivne interpersonalne odnose, samoozljeđujuća i druga autodestruktivna ponašanja, uključujući pokušaje suicida sve do njihovog izvršenja.

DSM-5 (26), uz zadržan kategorijski pristup, uključuje i dimenzijski model kojeg je predložila „Radna grupa za ličnost i poremećaj ličnosti“ (27). Baziran na crtama/osobinama ličnosti (eng. *trait-based system*) osmišljen je kao alternativa kategorijskom modelu poduprt s empirijskim istraživanjima GPL-a iz nekoliko oblasti. U sekciji III, DSM-5 je dozvolio procjenu različitih stupnjeva jačine narcističke patologije vezane uz oštećenje selfa i interpersonalnog funkcioniranja. Kao kriterije za dijagnozu GPL-a navodi pervazivne obrasce nestabilnih interpersonalnih odnosa, nestabilnu sliku o sebi, afektivnu nestabilnost uz postojanje naglašene impulzivnosti. Navedene smetnje mogu se ispoljavati u različitim situacijama, a najčešće se javljaju u ranoj odrasloj dobi. Simptomi su podijeljeni u dvije skupine kriterija (klastera), A i B, koji moraju biti prisutni za postavljanje dijagnoze. Kriterij A predstavlja umjereno ili teže oštećenje funkcioniranja ličnosti, a zamjećuje se u dva ili više sljedećih područja: identitet, usmjerenost na sebe, empatija i prisnost. Kriteriji B odnose se na četiri ili više od nabrojanih sedam patoloških crta ličnosti, uz odredbu da najmanje jedna mora predstavljati impulzivnost, dok su ostale emocionalna labilnost, anksioznost, separacijska nesigurnost, depresivnost, poduzimanje rizika i neprijateljstvo.

Općenito se smatra da za postavljanje dijagnoze poremećaja ličnosti treba prilično veliko kliničko iskustvo. Neke karakteristike ličnosti kao što su nedovoljna fleksibilnost, loša prilagodljivost, funkcionalno oštećenje i subjektivni distress ukazuju na postojanje poremećaja ličnosti.

Što se tiče stabilnosti dijagnoze GPL-a, ona prema McDavid i Pilkonis (28) ima snažan obrnuto proporcionalni odnos s duljinom praćenja. Disfunkcionalnost klaster B poremećaja

1. UVOD

ličnosti izgleda da se s dobi smanjuje i izgledi za ponovljenu dijagnozu GPL-a s vremenom su sve manji. Granični bolesnici se uglavnom poboljšavaju u smislu povlačenja simptoma, što potvrđuje i istraživanje Parisa i Zweig-Franka (29) preko praćenja bolesnika s GPL-om kroz 27 godina. Najbrže se rješavaju impulzivni simptomi, a afektivni simptomi ispoljavaju najveći kronicitet. Prema spomenutom istraživanju bolesnici su i dalje pokazivali poboljšanje sve do u kasnu srednju dob i konačno je samo 8% zadovoljavalo kriterije za početnu dijagnozu GPL-a. Zonarini i suradnici (30), analizom podataka desetogodišnjeg praćenja bolesnika s početnom dijagnozom GPL-a, došli su do spoznaje da je čak 88% ušlo u simptomatsku remisiju i više nisu zadovoljavali kriterije za početnu dijagnozu.

1.1.3. Epidemiologija

GPL je jedan od najčešćih poremećaja ličnosti s prevalencijom od 1% do 2% u općoj populaciji (31). Ovi podatci mogu varirati te za opću populaciju npr. Sjeverne Amerike iznose 0.2 % do 1,8% (32). Kernberg (9) iznosi prevalenciju od 4% u zajednici i 20% u kliničkoj psihijatrijskoj populaciji, Torgersen i suradnici (33) iznose podatke dobivene istraživanjem u Oslu (Norveška) od 0,7% u zajednici, a Poljski istraživači, Jaworska-Andryszewska i Rybakowski (34), navode prevalenciju od 1,1% do 2,5% u zajednici. U ambulantama obiteljske medicine prevalencija je oko 6% (35), u ambulatnoj psihijatrijskoj službi oko 10% (36) i oko 20% među liječenim psihijatrijskim bolesnicima (37). Vidljivo je da podatci o prevalenciji rastu ako se uzorci sakupljaju unutar medicinskog okruženja, a pogotovo unutar sustava zaštite mentalnog zdravlja i prema nekim istraživanjima okvirno iznose od 8% do 11% u ambulatnih psihijatrijskih bolesnika, od 14% do 20% u hospitaliziranih psihijatrijskih bolesnika i od 60% do 80% u forenzičkim službama (38).

Gotovo 10% osoba s GPL-om počini suicid prema Batemanu i Fonagy (38), ili 8-10% ili nešto manje prema Jaworskoj-Andryszewskoj i Rybakowskom (34), čemu vjerojatno doprinose i njihova funkcionalna zakazivanja koja se manifestiraju kroz visoku stopu nezaposlenosti, nemogućnost održavanja stabilnih odnosa, rastava i sl.

Dugo vremena zastupano je mišljenje da je omjer oboljelih žena nasuprot muškaraca od GPL-a 3:1. Neki istraživači osporavaju ovaj omjer i pripisuju ga češćem obraćanju žena za pomoć stručnjacima (31). Novija istraživanja govore u prilog ne postojanju razlike u prevalenciji između muškaraca i žena u općoj populaciji, dok je u kliničkim uzorcima prevalencija žena znatno viša (oko 75% su žene) (39).

1.1.4. Etiologija

Kernberg i Michels (9) navode da u pogledu etiologije GPL-a postoje dva različita gledišta. Jedno shvaćanje ističe rana iskustva koja prema psihoanalitičkoj terminologiji spadaju u pregenitalno razdoblje, preciznije kraj simbiotske faze i u ranu subfazu vježbanja faze separacije-individuacije (40).

Pod Kernbergovim (1) utjecajem prihvaćeno je stajalište o snažnoj ranoj agresiji u malog djeteta koje razvija graničnu psihopatologiju, bilo kao posljedicu frustracija iz okoline ili kao konstitucionalnu datost. Zbog toga ono ne može napustiti rascjep kao obranu od spajanja dobrih i loših aspekata selfa i drugog (objekta). Dijete tako ostaje zakinuto za daljnje razvojno napredovanje koje se dešava u daljnjoj subfazi ponovnog zbližavanja (eng. *rapprochement*) faze separacije-individuacije prema Mahler i suradnicima (40). U njoj dolazi do prepoznavanja stvarne odvojenosti sebe od roditelja najčešće majke, tj. utvrđivanja granica selfa i objekta, a što izaziva razvojnu krizu odgovornu i za gubitak infantilne grandioznosti i onipotencije uz popratni depresivni afekt. Neuspjeli prolaz kroz ovu subfazu u konačnici onemogućuje razvoj konstantnosti objekta koji djetetu omogućuje toleriranje odsustva majke bez obzira na stanje njegovih potreba. Drugim riječima, zbog neostvarivanja razvojnih postignuća rješavanjem krize *rapprochementa* i uspostavljanjem konstantnosti objekta osoba s GPL-om nikada ne uspostavlja uravnoteženo i realno viđenje sebe i drugih, već ostaje afektivno nestabilna i oscilira između dvaju krajnosti, krajnje dobrog ili krajnje lošeg doživljaja sebe i drugih (idealizacija ili devaluacija). Uz obrambeni mehanizam rascjepa treba spomenuti i drugi masovno korišten obrambeni mehanizam u GPL-a, a to je projektivna identifikacija.

Ima i drugih psiholoških teorija koje razmatraju etiologiju GPL-a osim psihoanalitičke teorije razvoja prema Mahler i etiologije GPL-a prema Kernbergu koja se oslanja jednim dijelom na razvojnu teoriju Mahler. Bateman i Fonagy (38) više se oslanjaju na empirijski bolje potkrepljene nalaze teorije privrženosti. Prema ovim istraživačima dijete koje razvija graničnu psihopatologiju ne uspijeva naći svoje aktualno mentalno stanje koje bi trebalo zrcaliti njegov primarni skrbnik (najčešće majka) i stoga će internalizirati skrbnikovo aktualno mentalno stanje koje će postati dio djetetovog selfa („strani self“ ili „strani dio selfa“, njegovih mentalnih reprezentacija ili radnih modela). Drugim riječima, učestalo suočavano sa zastrašujućim ili zastrašenim skrbnikom, što proizlazi iz skrbnikovog nerazriješenog obrasca privrženosti, dijete preuzima njegove osjećaje bijesa, mržnje ili straha i njihovu sliku o njemu (djetetu) kao zastrašujućem i „s kojim se ne može izaći na kraj“, a koji postaju dio djetetovog selfa, odnosno djetetove slike o sebi. Ova iskrivljena, „strana“ slika dovodi do konfuzije što jest, a što nije

1. UVOD

njegov vlastiti self i oštećuje djetetovu strukturu selfa. Nedostatak razrješenja odnosi se na neuspjeh potpune integracije stvarnog gubitka ili traumatskog iskustva i ponovne prorade mentalnih reprezentacija povezanih s iskustvima privrženosti. Neintegrirana i često konfliktna iskustva ostaju sačuvana u odvojenim područjima svjesnog te će skrbnik pod njihovim utjecajem ova konfliktna i neintegrirana iskustva i ponašanja izražavati u odnosu s vlastitim djetetom (41). U ovakvoj konfuziji bolesnik nije sposoban točno prepoznati što osjeća i misli prema drugom u odnosu ili obrnuto, što drugi misli ili osjeća prema njemu, a kao posljedica toga bolesnik pribjegava rigidnim i grubim shemama u kojima odnos gubi svoju suptilnost i često postaje preuveličana karikatura normalnog načina odnošenja (38).

Često se ističu zajedničke karakteristike koje GPL dijeli s ambivalentno privrženim/preokupiranim stilom privrženosti: provjeravanje blizine, signaliziranje u funkciji uspostavljanja kontakta (molbe ili drugi načini privlačenja pažnje ili pomoći), bolesnikovo „lijepljenje“ (eng. *klinging*) uz drugu osobu (42). Bolesnici s GPL-om također tendiraju nerazriješenom stilu privrženosti s obzirom na njihovo iskustvo traume i zlostavljanja (43, 44). Liotti (45) je predložio višestruki model vezan uz skrbnike koji umjesto da djeci pružaju zaštitu čine im ozbiljne štete u razvojnom smislu i smislu razvoja psihopatologije. Kao što je već ranije rečeno GPL često ima preokupirani stil privrženosti [prema Fonagy i suradnicima (44) 75%], ali kako se u podlozi GPL-a često nalazi zlostavljanje [npr. 81% prema Hermanu i suradnicima (46)] ovaj poremećaj često će pokazati i nerazriješeni stil privrženosti [prema Fonagy i suradnicima (44) 75%, prema Patricku i suradnicima (43) 89%]. Podatci istraživanja pokazuju da je velik postotak bolesnika s GPL-om zadobio traumatska iskustva u djetinjstvu izazvana fizičkim i seksualnim zlostavljanjem, zanemarivanjem, svjedočenjem nasilju u obitelji, preuranjenim separacijama u ranoj životnoj dobi i drugim štetnim događanjima. Istraživanja pokazuju da zlostavljana i zanemarivana djeca značajno više zadovoljavaju kriterije za GPL u odrasloj dobi od kontrolnih slučajeva. (47), ipak, zanemarivanje i zlostavljanje nisu dovoljni rizični faktori za objašnjavanje zašto neke osobe razviju GPL, a druge ne (48).

Prema istraživanju van Dijkea i suradnika (49), a prema navodima Jaworske-Andryszewske i Rybakowskog (34), 71,4 % bolesnika s GPL-om je doživjelo traumatski događaj u djetinjstvu. Prema istim istraživačima seksualno zlostavljanje u djetinjstvu doživjelo je 69% žena i 31% muškarca s dijagnozom GPL-a. Cattane i suradnici (48) navode da su bolesnici s GPL-om češće povezani sa zlostavljanjem i zanemarivanjem u djetinjstvu od bolesnika s bilo kojim drugim poremećajem ličnosti, s dometom 30% do 90%. Traumatski događaji u kasnijoj dobi mogu također egzacerbirati psihopatološke simptome u graničnih bolesnika (34). Jačina simptoma GPL-a također je povezana sa štetnim iskustvima u djetinjstvu.

1. UVOD

Druga grupa istraživača više ističe konstitucionalne čimbenike – genetsku predispoziciju, genetsku povezanost s bipolarnim ili afektivnim poremećajima, odlike temperamenta kao što su impulzivnost ili afektivna disregulacija, abnormalnosti mozga, itd. (9). Drugim riječima, u etiologiji GPL-a uz okolinske, također su prisutni genetski i neurobiološki čimbenici. Također možda treba izdvojiti teoriju Marshe Linehan (21) kao onu koja ima značajnu prihvaćenost među različitim teorijama vezanim uz etiologiju GPL-a. Ova autorica smatra da je GPL vjerojatno rezultat međusobnih utjecaja bioloških i psihosocijalnih čimbenika i to osobito biološki uvjetovane vulnerabilnosti, temperamenta i traumatskih i drugih štetnih iskustava u djetinjstvu (48).

Rezultati istraživanja na blizancima pokazali su da je nasljednost crta ličnosti u poremećaju ličnosti 35-50%. (50). U patogenezi GPL-a utjecaj genetske predispozicije procjenjuje se da je oko 40% (34). Činjenica da genetska struktura jako nalikuje fenotipskoj strukturi sugerira da je obrazac crta ličnosti u GPL nasljedan u značajnoj mjeri (51). Istraživanja obitelji također su pokazala da srodnici osobe s GPL-om imaju pet puta veći rizik za javljanje nekog od poremećaja ličnosti u odnosu na opću populaciju te da članovi obitelji s bolesnikom oboljelim od GPL-a mogu češće oboljeti od nekog drugog psihijatrijskog poremećaja, kao npr. afektivnog poremećaja, bolesti ovisnosti i antisocijalnog poremećaja ličnosti (39).

Na značajne neurobiološke korelate patologije GPL-a ukazuju pretjerana osjetljivost na negativne podražaje i snažna aktivacija negativnog afekta vezana uz hiperaktivnost amigdala i s njima povezanih struktura limbičkog sustava. Istovremeno je prisutan nedostatak sposobnosti za kognitivnu konceptualizaciju i kontrolu afekta vezanih za umanjeno funkcioniranje prefrontalnog i preorbitalnog korteksa kao i cingularnog područja. Prema ovom gledištu, smatraju Kernberg i Michels (9), deskriptivni simptomi GPL-a izražavaju navedenu patologiju moždanih sustava i rezultirajuće ponašajne interakcije s okolinom nastaju pod utjecajem opisane patologije.

Abnormalnosti neurotransmitera utvrđene su i kod poremećaja ličnosti, uključujući GPL. Bateman i Fonagy (38) navode: „Izgleda da su impulzivnost, autoagresija i prema van usmjerena agresija povezani s disfunkcijama serotoninergičkog sustava, a na što ukazuju niske razine 5-hydroxyindoleaceticacida u lumbalnom cerebrospinalnom likvoru (52) i prigušeni neuroendokrini odgovori na fenfluramine“ (53). Prema Sieveru i suradnicima (54) i New i suradnicima (55) kortikalna lokalizacija ovih abnormalnosti do izvjesnog stupnja obuhvaća područja uključena u inhibiciju limbičke agresije u orbitofrontalnom korteksu, ventromedijalnom korteksu i cingularnom korteksu, koji pokazuju sniženu aktivaciju kao odgovor na serotoninergičke probe. Smanjenje agresije može biti rezultat smanjene

1. UVOD

serotoninergičke modulacije ranije navedenih inhibitornih područja. U skladu s gore navedenom pretpostavkom selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina mogu umanjivati impulzivnu agresiju. (56, 57). Također su korištenjem PET-a u bolesnika s GPL-om, koji nisu primali medikaciju, istraživači Leyton i suradnici (58) pronašli umanjene sposobnosti 5HT sinteze u određenim područjima mozga za koju se smatra da bi mogla biti povezana s ispoljavanjem impulzivnosti. Literatura također navodi da kod poremećaja ličnosti postoji pojačana dopaminergička aktivnost povezana s karakteristikama mišljenja sličnog psihozi, naročito u shizotipnom poremećaju. U cerebrosposobnom likvoru bolesnika s GPL-om s komorbidnim shizotipnim poremećajem nađena je povećana koncentracija dopamina. Neki istraživači smatraju da izvjesnu ulogu u disregulaciji afekta imaju katekolamini (norepinefrin i dopamin). Noradrenergičke abnormalnosti zabilježene su u osoba s GPL-om povezano s poduzimanjem rizika i traženjem senzacija (38). Kod osoba s GPL-om primjena amfetamina djeluje na ponašanje te može i potaknuti psihotične simptome. (59- 64). Ostali neurotransmiteri i neuromodulatori koji se povezuju s GPL-om uključuju acetilkolin, vazopresin, kolesterol, masne kiseline te hipotalamičko-hipofizno nadbubrežnu os (64).

1.1.5. Klinička slika

GPL karakterizira klinički značajna heterogenost koja je dugo otežavala prepoznavanje samog poremećaja kao zasebnog entiteta. Klinički gledano slične „površinske“ oznake ili simptomi mogu korespondirati s različitim „dubljim“ psihološkim značenjima, npr. socijalna bojažljivost može predstavljati reaktivnu formaciju protiv egzibicionističkih trendova, biti izraz paranoidnih tendencija ili shizoidnih simptoma (9). Međutim, najčešći manifestni simptomi GPL-a su afektivna nestabilnost koja dovodi do relativno brzih promjena raspoloženja (unutar nekoliko sati, rjeđe dana), impulzivnost, lako izazivanje ljutnje, netolerancija prema biti sam/sama, kronični osjećaj praznine ili dosade, nestabilnost interpersonalnih odnosa, samoozljeđivanje.

„Depresija napuštanja“ (65, 66) koja se najprije pripisuje djetetu koje razvija graničnu psihopatologiju, posljedica je njegovog nastojanja da ostvari separaciju od zatvorenog ili agresivnog majčinskog objekta koji iz vlastitih patoloških razloga nastoji zadržati dijete u dijadnom, simbiotskom odnosu. S druge strane, u djeteta se razvija strah od osamostaljenja zbog kojeg podržava ovisnost o drugom kao uvjetom za samoodržanje/samopreživljavanje. Strah od napuštanja i strah od ostati sam/sama izraženi je strah i u odraslih bolesnika s GPL-om. U interpersonalnim odnosima bolesnik često iskazuje jaku anksioznost, ljutnju, osjeća se žrtvom,

1. UVOD

odbačenim i nepovjerljivim, nesposobnim da prepozna koliko se često radi o njegovim vlastitim projiciranim mislima i osjećajima. Bolesnik s GPL-om u osnovi često kritizira samoga sebe (već spomenut doživljaj vlastitog selfa kao „lošeg“) i usprkos toga što projekcijom često pripisuje ovo kritiziranje drugoj osobi, ovakvo stanje u bolesnika pobuđuje jaku anksioznost i pojačava defanzivnu agresiju.

Agresija je pobuđena obrambeno zbog bolesnikovog doživljaja prijetnje stabilnosti selfa, a koja se najčešće klinički predstavlja kao prijeteći ili već doživljen osjećaj poniženja. Ovakva bolesnikova interpretacija proizlazi iz slabog razumijevanja namjera drugih, objašnjavaju Bateman i Fonagy (38), a što proizlazi iz bolesnikove manjkave mentalizacije. I usprkos toga što bolesnici s GPL-om mogu nekada klinički djelovati misaono, obrazovano i vješto, ne treba zaboraviti da je njihova stopa nezaposlenosti visoka, prema istraživanju Gundersona i suradnika (67), slična onoj bolesnika sa shizofrenijom. Deficit u sposobnosti za mentalizaciju može biti maskiran intelektualnim sposobnostima bolesnika i može zavarati drugu osobu, uključujući ponekada i terapeuta, u smislu da bolesnik razumije što doista znači 'razmatranje postojanja razlika u perspektivama'. Klinički na spomenuti deficit mentalizacije upućuje uočljiva promjenjivost u bolesnikovim gledištima, npr. jedan dan iznosi nešto kao vrlo značajno, što već drugi dan može poricati i tvrditi nešto sasvim suprotno. Bolesnik ne govori neistinu već je to posljedica njegove nemogućnosti da u bilo koje vrijeme u umu istovremeno zadrži različite reprezentacije i njima pridružene afekte. Testiranje realiteta kod GPL-a je održano, ali je objektivna procjena ljudi i situacija otežana. Kao što je rečeno na nju dobrim dijelom utječe korištenje ranih obrana kao što je rascjep, preko koga se formira crno-bijela slika svijeta (postojanje samo „ili-ili“, „dobar-loš“), ali i projekcija, projektivna identifikacija, poricanje, idealizacija i dr.

Pojedini bolesnici s GPL-om pod utjecajem stresa mogu razviti paranoidne simptome ili ideje odnosa, tzv. magijsko mišljenje i pojačanu sumnjičavost prema drugima. Bateman i Fonagy (38) navode da se takvo stanje može nazvati „mini psihozom“ i najvjerojatnije se doživljava u kontekstu neke interpersonalne krize koja kod bolesnika može stvoriti osjećaj da će biti ili već jest, fizički ili emocionalno, napušten. Prolongirane psihotične epizode nisu tipične za granični poremećaj.

1.1.6. Komorbiditeti

Bateman i Fonagy (38) navode podatke Skodola i suradnika iz 1999. godine dobivene istraživanjem koje je obuhvaćalo 501 bolesnika s dijagnozom poremećaja

1. UVOD

ličnosti (68). Od navedenog broja njih 240 dobilo je dijagnozu GPL-a, a od ovih je skoro 40% zadovoljavalo kriterije za barem jedan poremećaj raspoloženja (31% veliki depresivni poremećaj, 16% distimiju, 9% bipolarni I i 4% bipolarni II poremećaj). Prisutni komorbiditeti mogu biti tvorevine međusobnog preklapanja simptoma ili grupa simptoma koji pripadaju drugim, istovremeno prisutnim, odvojenim poremećajima (38). Komorbiditet s drugim poremećajima ličnosti dešavaju se u približno 60% slučajeva (9), pogotovo s antisocijalnim i narcističkim poremećajima ličnosti. Česti depresivni poremećaji u komorbiditetu s GPL-om mogu stvarati problem određivanja primarne dijagnoze. Ovakva situacija neke je istraživače, npr. Akiskala i suradnike (69), vodila prema pretpostavci da su GPL i drugi klaster B poremećaji možda komplikacija primarno afektivnog poremećaja.

U prilog čestim komorbidnim poremećajima uz GPL govori i izvješće Zimmermana i Mattia (70) o istraživanju 409 ne psihotičnih bolesnika od kojih je 59 dijagnosticirano kao GPL, a samo jedan od njih nije imao istovremenu os I dijagnozu. Preko dvije trećine ispitivanih bolesnika su imali tri ili više os I dijagnoze: 61% su imali veliki depresivni poremećaj, 29% panični poremećaj s agorafobijom i 13% ovisnost o supstancama koje razvijaju ovisnost.

1.1.7. Tretman

U današnje vrijeme ima nekoliko pristupa psihoterapiji GPL-a. Mnoge psihoterapijske tehnike imaju priručnike u kojima su propisane smjernice za vođenje psihoterapije, njihove strategije i taktike. Češće se izdvajaju psihoterapijske tehnike kao npr. transfer-fokusirana psihoterapija (71), dijalektičko-bihevioralna terapija (72), objektno-relacijski/interpersonalni pristup (73), kognitivno-analitička terapija (74) i na mentalizaciji temeljen tretman (75).

Uz psihoterapiju od koje se očekuje glavni terapijski učinak, literatura navodi da je često potrebna i psihofarmakoterapija. Psihofarmakoterapijom se pokušavaju ublažiti simptomi afektivne nestabilnosti, impulzivnosti, psihotični simptomi i autodestruktivno ponašanje (76). Antidepresivi iz skupine SSRI, no i antidepresivi i drugih skupina, često se koriste u redukciji simptoma depresije, učestalih promjena raspoloženja, impulzivnog i agresivnog ponašanja, uključujući i autodestruktivno ponašanje kao npr. nesuicidalno samoozljeđivanje (NSSO) i suicidalno ponašanje. Za kontrolu impulzivnosti i stabilizaciju raspoloženja koriste se lijekovi iz skupine stabilizatora raspoloženja, dok se anksiolitici, kao npr. benzodiazepini koriste za ublažavanje simptoma anksioznosti i ljutnje. U slučaju pojave psihotičnih simptoma koriste se lijekovi iz skupine antipsihotika, a koji i ujedno mogu ublažiti simptome impulzivnosti i ljutnje (39, 76, 77).

1. UVOD

Rezultati novijih metaanaliza i sustavnih pregleda ukazuju na korisne učinke psihoterapijskih intervencija na psihosocijalno funkcioniranje, težinu simptoma GPL-a ili samoozljeđujuće i suicidalno ponašanje (78, 79).

Mnogim bolesnicima s GPL-om propisani su lijekovi različitih farmakoloških skupina te je često prisutna polifarmacija (80), a određena istraživanja navode kako se to često događa zbog nedovoljne uključenosti psihoterapijskih tretmana. Zbog prisutnih komorbidnih stanja koja zahtijevaju farmakološki tretman često je prisutno dodavanje novih lijekova u različitim kriznim situacijama (81).

1.2. O TRAUMI I DOŽIVLJAJU TRAUME

1.2.1. Povijesne napomene

Iz povijesne perspektive interes za utjecaj traumatskih iskustva na psihički život pojedinca i grupe postoji od davnih vremena. Judith L. Herman (82) u svojoj knjizi „Trauma i oporavak“ navodi: „Proučavanje psihičke traume ima zanimljivu povijest – onu epizodne amnezije“. I zaista, u povijesti ima razdoblja kada interes za traumatska iskustva raste i kada opada. Ove oscilacije nisu uvijek namjerne već djelomično proizlaze iz dijalektike same traume. „Konflikt između htijenja za poricanjem strašnog događaja i htijenja za njegovom objavom predstavlja središnju dijalektiku psihičke traume“ (82).

Riječ „traumatski“ dolazi od starogrčke riječi *traumaticos* što znači ranjen. S njom u odnosu je riječ *trevein* koja znači nanošenje psihičke boli (distres). Upravo ova kombinacija fizičkog i psihičkog čini traumu i njezin tretman složenim problemom (83).

Službena medicina je relativno kasno prihvatila uvrstiti u svoj opus privremene ili trajne psihičke poremećaje nastale kao posljedice vanjskih štetnih, traumatskih utjecaja. Tek 1980. godine posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) uvršten je u treće izdanje Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje DSM-III Američkog psihijatrijskog društva (84). Dijagnoza PTSP-a je izvorno uspostavljena za dijagnostiku psihičkih i psihosomatskih teškoća u ratnih veterana, u ljudi koji su preživjeli koncentracijske logore, prirodne katastrofe ili koji su bili žrtve, ili ponekad svjedoci, nasilnih kriminalnih djela (85), a kasnije su dodane i žrtve torture (86) i terorističkih napada (87). Drugim riječima, simptomi i ponašanja tih ljudi su posljedica vanjskih događaja koja su svojim intenzitetom i trajanjem doveli do traumatizacije inače zdrave ličnosti. PTSP može uz sebe imati i druge komorbidne poremećaje, a i sam može biti komorbidna dijagnoza uz neki drugi mentalni poremećaj ili tjelesnu bolest. Dijagnoza PTSP-a je s vremenom

proširena i na osobe koje su pretrpjele zlostavljanja u djetinjstvu (85). Razumijevanje traumatizacije prošireno je i pojmom „kumulativne traume“ (88) povezane s odloženim djelovanjem traumatskog doživljaja.

Istraživanja su ukazala na postojanje velikih individualnih razlika u odgovorima na traumu, neke su osobe ozbiljno aficirane, a neke imaju neznatne posljedice na slična traumatska iskustva. Tako je uveden pojam otpornosti (eng. *resilience*), tj. relativne otpornosti na negativna djelovanja nekog štetnog događaja. Uz traumatski događaj treba uzeti u obzir i druge rizične čimbenike kao što su dob, vještine suočavanja sa stresom, ličnost, postojanje ranije psihopatologije ili ranijih traumatskih iskustava, raspoloživost suportivne okoline i dr. Također treba uvažiti i shvaćanje današnjih genetičara da treba odbaciti pojednostavljeno vjerovanje u pojedinačne gene za određena stanja ili bolesti i umjesto toga treba razumjeti da se radi o aktivnosti više gena s manjim pojedinačnim utjecajem uz veći ili manji utjecaj okoline (89). Gabbard pak iznosi zanimljivo shvaćanje da intrapsihički reprezentacijski sustav pojedinca stvara aktivni filter između genotipa i fenotipa i s tim u vezi kaže: „hoće li čimbenik iz okoline potaknuti ekspresiju gena može ovisiti o svjesnim ili nesvjesnim značenjima pripisanim tim doživljajima“ (90, 91). Drugim riječima, intrapsihički reprezentacijski procesi mogu biti kritički moderatori djelovanja okoline i gena (92).

1.2.2. Koncept psihičke traume

„Traumu predstavlja neočekivano masivno intruzivno iskustvo koje emocionalno preplavi osobu i aktivira nastanak niza psihičkih i fizičkih simptoma“ (93). Psihička trauma također se često kratko opsuje kao „psihički traumatski događaj koji nadilazi domet uobičajenih ljudskih iskustava (94). Trauma je „nešto s čijim suočavanjem riječi prestaju i sve kategorizacije ne uspijevaju“ (95). Nemamo pristup aktualnom traumatskom događaju, ali imamo pristup percepciji i pamćenju tog događaja, navodi Bronstein (96). Sama trauma nije dio „psihičkog registra“, nema psihičke reprezentacije. Ono što imamo je osobin doživljaj toga događaja i to je ono što nazivamo „traumatskom situacijom“ (96). Značenje osobnog doživljaja traume može se mijenjati tijekom života, a među bitnim razlozima ovih promjena izdvojeni su razvojno razdoblje u kojima se traumatiziranje dogodilo i promjenjivost pamćenja.

U literaturi postoji mnogo definicija psihičke traume, a ono što ih najviše povezuje jest isticanje preplavljujućih doživljaja koji izazivaju trenutnu reakciju strave, snažne anksioznosti i potpune bespomoćnosti i koji zbog svog intenziteta ozbiljno ugrožavaju ili posve uništavaju osjećaj sigurnosti pogođene osobe. Mobilizirane obrane više ne mogu izvršiti svoju zadaću i

obraniti osobu od preplavljujuće anksioznosti i užasa. Heinz Kohut (97), kreator škole pod nazivom „Self psihologija“, govori o „dezintegrirajućoj anksioznosti“, užasu koji se ne može pravo imenovati i koji je povezan s prijetnjom uništenja kontinuiteta i kohezije selfa.

1.2.3. Utjecaj traumatskih iskustava u djetinjstvu na razvoj ličnosti

Psihoanalitičko gledište

Glavno razvojno postignuće, prema Kohutu (97), jest upravo izgradnja kohezivnog selfa koja se odvija uz pomoć self-objekta (u ranoj dobi obično roditelj) čije su funkcije pomaganje selfu integrirati afekte u organizaciju selfa i transformirati idealnu roditeljsku sliku putem internalizacije u ego ideal. Kohutova teorija psihopatologije je ustvari teorija deficijencije, manjka, koji je posljedica razvojnog zastoja zbog neosjetljivosti, neempatičnosti samog roditelja prema djetetovim potrebama. Bowlbyeva (98, 99) teorija privrženosti naglašava potrebu za sigurnosti i „raspoloživosti“ (eng. *availability*) primarnog skrbnika kako bi se mogle zadovoljiti potrebe koje stoje u funkciji preživljavanja, dok Kohut, Kernberg i drugi, uglavnom psihoanalitički autori, naglašavaju i razvojnu nužnost zadovoljenja djetetovih narcističkih potreba (npr. za grandioznošću, za odobravanjem i divljenjem) u svrhu razvoja kohezivnog selfa (97,1).

Prema psihoanalitičkom gledištu središnji mehanizam obrane u GPL-u je rascjep (eng. *splitting*) koji omogućuje zadržavanje „dobrih“ aspekata selfa i objekta, a izbacivanje „loših“ prebacivanjem u drugog što dovodi do povećanja djetetove anksioznost i drugih negativnih osjećaja i iskrivljuje djetetovu sliku o sebi (dijete se doživljava „lošim“).

Kernberg (1, 100) povezuje GPL s trećim razvojnim stadijem njegove sheme razvoja ličnosti na kojem kao glavna obrana djeluje rascjep i smatra da uzrok ovog poremećaja leži u snažnim agresivnim i destruktivnim impulsima i relativnoj slabosti ega koji ne može provesti integraciju. Prema Kernbergu (101, 102, 103) agresija je ili urođena ili je posljedica jake traume. Ovakva konstelacija otežava prijelaz u četvrti i peti razvojni stadij u kojima se uspostavljaju granice selfa i granice objekta, razrješava ambivalencija prisutna u ranijim stadijima i uspostavlja konstantnost objekta (40). Uz rascjep će djelovati i druge primitivne obrane kao poricanje, projekcija i projektivna identifikacija, idealizacija, onipotentna kontrola. Iz gornjeg opisa može se zaključiti da u osnovi GPL-a u velikom postotku leži traumatsko iskustvo koje dovodi do jakog oštećenja ličnosti u razvoju. Mnoga istraživanja, npr. Zannarini, Duboa, Lewisa i Williamsa

1. UVOD

(104), našla su jaku povezanost između GPL-a u odrasloj dobi i traumatskih iskustava u djetinjstvu, čak 85% od njih izvještavalo je o traumatskim iskustvima u djetinjstvu.

Westen i suradnici (105) pružaju potporu Kernbergovom modelu preko rezultata empirijskih istraživanja dobivenih putem posebno dizajniranog strukturalnog intervjua. Oni podupiru kliničke nalaze o rascjepu i slabo integriranim reprezentacijama kod GPL-a. Također postoji velika potpora Kernbergovom konceptu difuzije identiteta. Kernbergova teorija naglašava i postojanje osobito snažnih negativnih afekata u GPL kao što su npr. strah, tuga, ljutnja, mržnja. Slaba sposobnost za „uz napor ostvarenu kontrolu“ (eng. *effortfull control*) ili za samoregulaciju upućuje na slabost ega i vjerojatno stvaraju povećani rizik za jačanje negativnog afekta u graničnih bolesnika, ističu Fonagy i Target (106), a što također podupire Kernbergove postavke.

Gledišta teorije privrženosti

Teorija privrženosti Johna Bowlbya (98, 99, 107, 108) je vrlo prihvaćena ne samo u razvojnoj psihologiji već i drugim područjima psihologije, psihijatrije i same psihoanalize, zbog svoje dobre potkrijepljenosti rezultatima egzaktnih istraživanja. Bowlby je kao glavni izvor motivacije u dojenčeta vidio u djetetovom biološki potaknutom nastojanju da osigura „sigurnu bazu“ preko formiranja i održavanja privrženosti te tako osigura vlastito preživljavanje. Osiguravanje fizičke blizine uz primarnu figuru privrženosti (primarnim skrbnikom) uskoro je zamijenjeno s pojmom „osjećaja sigurnosti“. Bowlby je također naglasio značaj i druga dva sistema ponašanja, istraživačko i straha, u kontekstu njihove povezanosti sa sistemom privrženosti i osiguranjem preživljavanja.

Opisi i kategorizacija obrazaca privrženosti temelje se na istraživanjima Mary Ainsworth i suradnika (109, 110) koji su u planiranim laboratorijskim uvjetima „Strane situacije“ ispitivali privrženost male djece (9-18 mjeseci) u odnosima s primarnim skrbnikom i to nakon dva iskustva kratke separacije i njihovog ponovnog ujedinjavanja. Ustvari njihova istraživanja su usredotočena na ispitivanje regulacije afekta. Ovi istraživači opisali su tri empirijski utvrđena obrasca privrženosti: sigurni i dva nesigurna, izbjegavajući i anksiozno-ambivalentni. Četvrti obrazac u djece opisali su Main i Solomon (111) kao dezorganizirani/dezorijentirani. I dok su Ainsworth i suradnici (110) proučavali privrženo ponašanje u dojenčadi i male djece, Mary Main i suradnici (112) proučavali su reprezentacije obrazaca privrženosti u odraslih na temelju pričanja o njihovim iskustvima s njihovim figurama privrženosti u prošlosti i iskustvima gubitka, separacije i odbijanja u ranom djetinjstvu. Ovi istraživači su također izdvojili četiri obrasca

1. UVOD

privrženosti u odraslih: sigurni/autonomni i dva nesigurna, otpuštajući (eng. *dismissing*) i preokupirani te četvrti obrazac, nerazriješeni/dezorganizirani.

Crittenden (113) smatra da opisani osnovni obrasci privrženosti mogu predstavljati razlike u procesiranju senzornih informacija sa strane mozga, tj. da se senzorne stimulacije pretvaraju u jednu od dva osnovna oblika: 'kognitivne' informacije i informacije o intenzitetu pobuđenosti ili 'afektivne' informacije. Prvi oblik izgleda da kao mehanizam prevladava u otpuštajućoj, a drugi u preokupiranoj privrženosti, dok se 'sigurna' privrženost doima kao uravnotežena integracija iz oba izvora informacija (113). Dva neuroendokrina sistema mogla bi se povezati s navedenim oblicima procesiranja informacija: dopaminski i oksitocinski (114, 115, 116). Na njihov razvoj, navode navedeni istraživači, utječu iskustva iz ranih razdoblja života, prouzrokovana varijacijama u majčinom ponašanju. Majčinska njega i briga u djeci potiču oslobađanje oksitocina, neuropeptida koji utječe na umanjivanje majčine anksioznosti, ublaženje odgovora na stres i stvaranje usklađenijih obrazaca majčinog ponašanja. (117). Lane Strathearn (118) je istraživao odnos između majčinske brige i neuralne aktivnosti važan za razvoj pojedinačno karakterističnih načina reguliranja straha, stresa i traženja blizine s primarnim skrbnikom, tj. važnog u razvoju unutarnjih radnih modela. Klasifikacije dječjih i odraslih obrazaca privrženosti, prema ovom autoru, odražavaju razlike u temeljnoj kemiji mozga, a pojavljuju se povezano s ranim iskustvima skrbništva/majčine brige (118).

Slade (119) govoreći iz druge, više psihološke perspektive, navodi da složena interakcija između zadovoljstva, povezivanja i zaštite predstavlja ono što mnogi roditelji osjećaju za svoju djecu i što se vjerojatno naziva roditeljska ljubav. Međutim, s druge strane postoje i poremećeni odnosi između roditelja i djece (između majke i djeteta) u kojima je poremećena ravnoteža između zadovoljstva i više negativnih, destruktivnih emocija prekinuta i roditeljska ljubav je nadjačana zlonamjernim projekcijama ili indiferentnošću, a iz čega proizlaze štetna, često traumatična iskustva za dijete.

Fonagy i Bateman (120) ističu da je trauma privrženosti često, ali ne uvijek, dio povijesti osoba s GPL-om. Ovi istraživači vjeruju da zadržavanje funkcioniranja uma prema načinu „psihičkog izjednačavanja“, prvog u razvojnom slijedu prema razvoju sposobnosti za mentalizaciju (tj. sposobnosti [oko 3. ili 4. godine života] prepoznavanja da druga osoba ima osjećaje, želje, vjerovanja i namjere različite od vlastitih), udruženo s emocionalnim zanemarivanjem, ono što kasnije čini osobu osobito osjetljivom prema grubim interpersonalnim i uopće, štetnim socijalnim događanjima.

1.2.4. Traumatsko iskustvo zlostavljanja u djetinjstvu

Zbog dominacije jednog od oblika zlostavljanja u pojedinim slučajevima, a vjerojatno i zbog didaktičkih razloga, zlostavljanje je podijeljeno na fizičko, emocionalno, seksualno zlostavljanje i zanemarivanje (fizičko, emocionalno). U stvarnosti rijetko postoje oštre granice između njih. Uz njih postoje i drugi traumatski događaji koji uključuju prijetnju fizičkom i mentalnom integritetu osobe (121).

Danas postoje brojni dokazi da je stres kritički faktor koji utječe na socijalne interakcije i stvoren je opći zaključak da je stres onaj faktor koji može prekinuti roditeljske procese i rezultirati slabljenjem kvalitete interakcija majka-dijete (122). Također su istraživanja pokazala da pod utjecajem stresnih životnih okolnosti majke općenito postaju manje osjetljive, više razdražljive, više kritične i kažnjavajuće te pokazuju manje topline i fleksibilnosti u interakcijama s djecom (123). Međutim, u životu i kliničkoj praksi nailazimo na vrlo osjetljive, krhke osobe opterećene visokim razinama unutarnje uznemirenosti kao posljedice njihovog vlastitog iskustva zlostavljanja u ranoj životnoj dobi i prekida privrženosti u tada postojećem zlostavljačkom odnosu. U ulozi roditelja ova nepovoljna iskustva osoba može „ponovno odigrati“ (eng. *re-enacted*) u odnosu s vlastitim djetetom (124). Istraživanja su potvrdila i postojanje transgeneracijskog prijenosa traume.

Djetetova psihobiološka reagiranja na snažna interpersonalna stresna događanja, prema Schoreu (123), obuhvaćaju dva odvojena obrasca odgovora: pretjeranu pobuđenost i disocijaciju. Suočeno sa zastrašenim ili zastrašujućim afektivnim ispoljavanjima i ponašanjem majke, zbog njezine nerazriješene ili dezorganizirane privrženosti, djetetova će reakcija najprije biti iznenađenje, a što ukazuje na aktivaciju desne hemisfere mozga koja je dominantna u borbi s negativnim afektima i u regulaciji procesa koji se odnose na stres i emocije (123). Isti autor ističe da će se simpatičke aktivnosti (ubrzanje srčane akcije, povišenje tlaka i ubrzanje respiracije) pojačati i to će se manifestirati djetetovim plakanjem i vrištanjem. Djetetovo stanje jakog straha, posredovano povećanom pobuđenosti simpatikusa, dovesti će do povećane sekrecije kortikotropin oslobađajućeg faktora (CRF) koji regulira katekolaminasku aktivnost simpatikusa (125). Znatno će se povećati i razine adrenalina, noradrenalina i dopamina kreirajući hipermetaboličko stanje unutar razvijajućeg mozga (123). Opažanje okoline kao nesigurne i nepredvidive, također će dovesti do povećanja sekrecije hipotalamičkog vazopresina (126, 123).

Uz opisanu povećanu pobuđenost, drugu psihobiološku reakciju na traumu u interpersonalnom odnosu može predstavljati disocijacija. Hesse i Main (127) su primijetili da je nesigurni-dezorganizirani/dezorijentirani obrazac privrženosti (tip D) fenotipski sličan

1. UVOD

disocijativnim stanjima i on se pojavljuje kod 80% maltretirane djece (128). Prilikom disocijacije zbog traumatskog zastrašujućeg stanja djeteta može zapasti u stanja obamrlosti i izbjegavanja, stanje ograničenog afektivnog izražavanja i nastojanja da se što više podčini drugom. Dolazi do stanja konzervacije izazvane dominacijom parasimpatikusa u kojem je osoba inhibirana, nastoji izbjeći pažnju drugih i postati „nevidljiva“ (129, 123). Dixson (130) je to stanje nazvao „defanzivnom strategijom posljednjeg utočišta“.

Stanje snižene pobuđenosti neurobiološki se razlikuje od stanja pretjerane pobuđenosti (123). U pasivnom stanju obamrlosti povisuju se endogeni opiodi i aktivira se dorzalni vagalni kompleks u meduli moždanog debla, a što dovodi do snižavanja krvnog tlaka, srčane i metaboličke aktivnosti. Povećana parasimpatička pobuđenost predstavlja strategiju preživljavanja koja djetetu dozvoljava održavanje homeostaze usprkos unutarnjeg stanja povećane simpatičke pobuđenosti. Uz to se rijetko ističe, zamjećuje Schore (123), da su ustvari oba ova stanja, simpatička pretjerana pobuđenost koja troši energiju i parasimpatička smanjena pobuđenost koja konzervira energiju, stanja „ekstremne emocionalne pobuđenosti“.

Istraživanja ukazuju, navodi Schore (123), da rano zlostavljanje negativno utječe na sazrijevanje limbičkog sustava, stvara trajne neurobiološke promjene koje su u temeljima afektivne nestabilnosti, nedjelotvorne tolerancije za stres, oštećenja pamćenja i disocijativnih poremećaja. Na taj način, naglašavaju Lane i suradnici (131, 123), traumatski stres u djetinjstvu vodi do samomodulacije bolnog afekta odvrćanjem pažnje od unutarnjih emocionalnih stanja. Desna hemisfera mozga (skraćeno desni mozak), koja ima najveći utjecaj na procesiranje pažnje i boli, proizvoditi će disocijaciju, obranu koja snažnim negativnim afektima povezanim s emocionalnom boli blokira pristup svjesnom. Spitzer i suradnici (132) navode da snažna trauma vodi do „raskida u uobičajenim integrativnim funkcijama svjesnog“ te dolazi, prema Loewensteinu (133), do zaštitne aktivacije promijenjenih stanja svijesti.

Jako negativni psihološki utjecaji traumatskih iskustava, kao što su zlostavljanje i zanemarivanje u ranom djetinjstvu, dovode do stvaranja nesigurnih i dezorganiziranih-dezorijentiranih obrazaca privrženosti, koji najčešće nastavljaju trajati i kroz kasnije faze djetinjstva, adolescencije i odrasle dobi i predstavljaju rizični čimbenik za kasnije psihijatrijske poremećaje (134-136). Kliničko istraživanje, prema Schoreu (123), ukazuje da je patološka disocijacija, ključna oznaka ne samo reaktivnog poremećaja privrženosti u dojenčadi i pedijatrijskih poremećaja zbog lošeg tretiranja djece, već također disocijativnog poremećaja identiteta, PTSP-a, psihotičnih poremećaja, poremećaja prehrane, zloupotrebe droga i alkoholizma, somatoformnog poremećaja, sociopatskog poremećaja i GPL-a.

1. UVOD

U ranom razvoju nedostatak afektivnog usklađivanja sa širokim spektrom djetetovih afektivnih stanja dovodi do toga da dijete počinje priznavati samo neka afektivna stanja, a poriče ili disocira druga, kako bi održalo povezanost sa skrbnikom i preveniralo doživljaj fragmentacije selfa. I kasnije u životu, zlostavljane osobe čija je obrana disocijacija afekta najčešće će ograničeno doživljavati i druge osjećaje koji su nastali pod zdravijim i sretnijim okolnostima i stoga često djeluju psihički otupjele, bez autentičnog osjećaja da su žive i da posjeduju dovoljno životne snage i energije. Anhedonija, nesposobnost doživljavanja zadovoljstva i radosti, je vrlo čest odgovor na zlostavljanje (137).

Seksualno zlostavljanje karakterizira: „uključivanje ovisne, razvojno nezrele djece u seksualne aktivnosti koje ona pravo ne razumiju i za koje su nesposobna dati informirani pristanak i koja krše socijalne tabue obiteljskih uloga“ (138, 139). Trowell (139) naglašava da seksualno zlostavljanje nije psihijatrijski poremećaj već psihosocijalni događaj, a mentalne posljedice variraju od osobe do osobe. Cook (85) navodi da se dijagnoza kompleksnog PTSP-a (C-PTSP) razlikuje između javljanja PTSP-a u odrasloj dobi ili traume, koja se dogodila jedanput te traume kakvo je seksualno zlostavljanje od poznate osobe, koja se često ponavljano odvija tijekom izvjesnog vremenskog razdoblja. Trowell (139), želeći naglasiti štetnost posljedica seksualnog zlostavljanja djece kaže: „kao da je 'ludilo' zlostavljačevog uma prisilno ubačeno u djetetov um i ono duboko penetrira u njegovo nesvjesno; djetetov je um 'silovan'“.

1.2.5. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) predstavlja akutni stresni poremećaj karakteriziran osjećajem straha udruženog sa somatskim reakcijama (93). Smatra se da je u općoj populaciji prevalencija PTSP-a 1% do 10%. U Hrvatskoj 16% populacije trpi zbog kompletnog PTSP, a 25% populacije ima neke simptome PTSP-a (140). Simptomi se mogu grupirati u tri skupine: 1. ponovno proživljavanje (npr. fleshbackovi, noćne more, zastrašujuće misli), 2. izbjegavanje (npr. izbjegavanje situacija koje su u stvarnom ili asocijativnom odnosu s traumatskom situacijom, nemogućnost prisjećanja nekih aspekata traumatskog događaja, neki oblici fobija), 3. pojačana pobuđenost (npr. stalni osjećaj napetosti, oslabljena emocionalna kontrola, snižen prag tolerancije za frustraciju) (140, 141). U dječjoj dobi može se kao reakcija na traumatski događaj ponovno javiti mokrenje u krevet u djece koja su već uspostavila kontrolu sfinktera, teškoće hodanja ili njegov prestanak, zastrašujući sadržaji igre, odbijanje odvajanja od primarnog skrbnika/najčešće majke.

1. UVOD

Simptomi PTSP-a mogu biti prisutni nekoliko dana, tjedana ili postati kronični; do tri mjeseca trajanja simptoma predstavlja akutni poremećaj, dulje od tri mjeseca predstavlja kronični poremećaj, a kada se simptomi PTSP-a počmu javljati barem nakon šest mjeseci nakon traume govori se o odgođenom PTSP-u (26). U novije vrijeme opisuje se već ranije spomenuti kompleksni PTSP, koji se može podvesti i pod dijagnozu „Poremećaji ekstremnog stresa koji nisu drugačije specificirani“ (DESNOS) (142, 48). Radi se o kliničkom sindromu nastalom interpersonalnom traumatizacijom, a čiji simptomi imaju mnogo sličnosti s GPL-om, kao npr. afektivna disregulacija, patološka disocijacija, somatizacija, relacijska nestabilnost. Najčešći komorbidni poremećaji s PTSP-om su depresija, distimija, bipolarni poremećaj, zloupotreba sredstava koja izazivaju ovisnost (alkohol, droga), poremećaji ličnosti. Istraživači također pokušavaju odgovoriti na pitanje jesu li kompleksni PTSP i GPL u komorbiditetu s PTSP-om zasebne dijagnoze ili ih se obje treba smatrati i nazivati poremećajima koji se odnose na traumu (eng. *trauma-related disorders*) (143).

1.3. SRAM

1.3.1. Uloga srama u razvoju djeteta

Male količine srama u procesu socijalizacije dojenčeta i male djece imaju pozitivan učinak i olakšavaju emocionalni rast (97, 144). Sram se može definirati kao vizualni, neverbalni afekt tipično povezan s neočekivanim nastupom, a pokrenut procjenom promjena koje se u najranijem djetinjstvu najprije odnose na prepoznavanje lica (129). Izard (145) navodi da djetetovo razočaranje u očekivani odgovor pretvara majku u stranca, nepoznatu osobu. Javljanje afekta srama povezano je s nezadovoljenim očekivanjima do kojeg dovodi nagla promjena u uobičajenom komunikacijskom obrascu. Djetetov self u razvoju očekuje zadovoljenje, radostan odgovor zrcalnog objekta (najčešće majke), međusobno usklađenu elaciju, a biva dočekan s njegovom neočekivanom nesusretljivosti i nesuradljivosti (146). Ovakav „šok“ dovodi do sniženja narcističkog afekta i do intenziviranja niskog stanja pobuđenosti kojeg dijete ne može samo regulirati. Afekti kao što su sram, prkos i negativizam pojavljuju se po prvi puta između 12 i 18 mjeseci života (129).

Na temelju istraživanja stilova privrženosti uglavnom se moglo zaključiti da su sigurni i plašljivi stilovi privrženosti pokazali konzistentan odnos sa sramom o kojem su podatci sakupljeni metodom samoizvješća, dok su podatci o odnosu između preokupiranog i odbacujućeg stila privrženosti i srama bili nekonzistentni. Rađena su i istraživanja koja su

1. UVOD

ispitivala preokupirani stil privrženosti i njegov odnos sa sklonosti sramu (147) te istraživanja odnosa između ovog stila privrženosti i srama kao crte ličnosti (147, 148). Gross i Hansen (149) u njihovom istraživanjima odnosa stilova privrženosti i srama našli su da sram kao crta ličnosti negativno korelira sa sigurnim stilom, a pozitivno s preokupiranim i plašljivim stilom privrženosti.

S povećavanjem djetetove dobi i unapređenjem djetetovih motoričkih i kognitivnih sposobnosti mijenja se karakter roditeljskog ponašanja. Od gotovo isključivo pozitivnih reakcija na djetetova izražavanja u drugoj godini života djeteta roditelji počinju upućivati sve veći broj direktiva, instrukcija i zahtjeva na dijete, pri čemu se ovo posljednje uglavnom odnosi na djetetovu kontrolu impulsa. Schore (129) ukratko kaže da roditelj mijenja svoju funkciju iz njegovatelja u agenta socijalizacije. Roditelji sada pribjegavaju uvođenju srama, uglavnom preko izraza vlastitog lica, kojim nastoje prekinuti određene djetetove aktivnosti usprkos toga što one djetetu najčešće donose zadovoljstvo, ali ih roditelj smatra opasnim ili sociokulturno neprihvatljivim.

1.3.2. Funkcija srama u evaluaciji selfa i kategorizacije srama

Sram se često opisuje kao intenzivna negativna emocija koja uključuje osjećaje inferiornosti, nemoći, svjesne obuzetosti sobom (samosvijesti) i želje za skrivanjem ili nestajanjem (150). Ova emocija se sastoji od sve tri komponente: emocionalne, kognitivne i ponašajne (151). Pod utjecajem osjećaja srama nastupa pažljivo promatranje i evaluacija cjelokupnog selfa koji bi htio pobjeći od promatranja drugih, od stvarne ili zamišljene publike. Ponašanje koje prati osjećaj srama je povlačenje, izbjegavanje drugih i pokušaj skrivanja selfa (152). Također postoje i neverbalni znaci povezani sa sramom kao što su npr. spuštanje glave, pogled uperen prema dolje, kosa povučena prema licu, a ponekada i cijelo lice postaje amimično, „smrznuto lice“, ili poprima obrambeno podrugljiv izgled.

Sram se može podijeliti u dva tipa, a to su „sklonost sramu“ (eng. *shame proneness*) kao predispoziciji da se u različitim okolnostima osjeća sram i „osjećaj srama“ (eng. *state shame*) koje predstavlja iskustvo ovisno o situaciji i vremenu u kojem se iskustvo doživljava (153). Također ga možemo podijeliti i na eksplicitni i implicitni sram (153, 154). Eksplicitni sram odnosi se na svjesni emocionalni odgovor na negativnu evaluaciju selfa i može se mjeriti putem samoizvješća (155, 156, 157). Implicitni sram je više automatski i izvan svjesnog i stoga ga se mora mjeriti indirektnim metodama (156, 157). Analizirajući transkripte brojnih psihoterapijskih seansi Lewis (155) je otkrila veliku količinu srama koja je ostala nepoznata kako bolesniku tako

1. UVOD

i terapeutu te ga je nazvala „zaobilazni sram“ (eng. *bypassed shame*) (155, 158, 159, 151). On uključuje poneku svjesnu misao o tome kako npr. netko izgleda ili se ponaša neadekvatno, ili je svjesnom pristupačan samo neki trzaj ili iznenadni pokret (155, 151) ili neka autonomna reakcija kao ubrzani rad srca, crvenilo, znojenje bez svjesnosti o samom afektu srama ili javljanjem subjektivnog osjećaja umanjenosti, bespomoćnosti i/ili nemogućnosti kontrole situacije. Neke osobe smatraju svjesni doživljaj srama i ponašanja povezanog s njim, znakom slabosti ili preosjetljivosti/vulnerabilnosti. Osobe sklone „sramu od srama“ od njega se osobito snažno nastoje obraniti i izbjeći ovu bolnu emociju (160). Neki istraživači još govore o različitim tipovima i podtipovima srama kao što su karakterološki, bihevioralni, tjelesni sram i kognitivni i egzistencijalni sram (161, 162, 154).

1.3.3. Sram i druge emocije

Sram je bolniji osjećaj od krivnje, on je kao „rana“ nanescna iznutra nevidljivim sredstvom i prekida prirodno funkcioniranje selfa (163). Razvojno gledano sram je starija emocija od krivnje i povezan je s razvojem selfa i stoga se njegovo pojavljivanje smješta u drugu godinu života (150), dok se krivnja, prema klasičnoj Freudovoj psihoanalitičkoj teoriji, javlja kasnije, oko treće godine, povezana s razvojem nad-ja ili superega. Međutim, prema nekim drugim psihoanalitičkim teoretičarima, kao npr. Melanie Klein (164), krivnja se javlja znatno ranije što je u skladu s njezinim shvaćanjem ranijeg razvoja superega (sredina ili kraj prve godina života), a također i u skladu s istraživanjima Margaret Mahler i suradnika objavljenim u njihovoj knjizi „Psihološko rođenje djeteta“ (40). Navedeni istraživači dobivaju rezultate koji ukazuju na to da sram počinje utjecati na samoregulacijske procese u kasnom razdoblju subfaze vježbanja, tj. u 18. mjesecu života, kada se pojavljuje ego ideal kao „tješeci modalitet superega“, koji može koristiti reprezentacijski sustav preuzimanjem majčinske tješiteljske funkcije i u slučajevima kada je ona fizički odsutna. Drugim riječima, pojava evokativnog pamćenja u dobi od 18 mjeseci omogućuje djetetu smirujuće tješnje podsjećanjem na sliku tješecg objekta, a što je bitno za incipijentnu funkciju autoregulacijskog superega (129).

Sram i krivnja često se spominju zajedno kao moralne emocije koje motiviraju samoregulacijske procese (165). Uz njih treba spomenuti i nezaobilaznu tjeskobu, navodi Bilić (166). Isti autor govori o sličnostima i razlikama između ova dva osjećaja. Sličnosti između srama i krivnje su njihov moralni aspekt, neugoda koju stvaraju i obuzetost samim sobom (samosvjesnost) koji se pojavljuju s obzirom na self, a oboje uključuju unutarnju procjenu (166).

1. UVOD

Uglavnom se doživljavaju u interpersonalnom kontekstu i to sa značajnim osobama „čije se misli i osjećaji poštuju“ (158, 166).

Između srama i krivnje postoje i značajne fenomenološke razlike (167). U krivnji je naglasak na neuspjeh nečega što je osoba učinila, procjenjuju se ponašanja prema drugom više od vlastitog selfa i zbog kojeg se javlja kajanje, želja za popravkom koja bi dovela do oslobađanja od napetosti preko priznanja, isprike i sl. Stoga se za krivnju može reći da ima i adaptivnu vrijednost jer osoba koja se osjeća krivom nastoji gledati na situaciju i iz perspektive druge osobe, potiče izražavanje empatične brige, dok sram fokusira osobu na njegovo vlastito stanje distresa (168, 169). Drugim riječima, sram je teže podnosiva, bolnija emocija koja zahvaća cijeli self i koju osoba koja se srami nastoji prikriti, jer uključuje subjektivni doživljaj manjkavog/defektnog selfa. Nešto što se pokazalo „lošim“ doživljava se kao „loš self“ i cijeli self se kritički razmatra i negativno evaluira, javlja se osjećaj izloženosti, a uz to se pojavljuje odgovarajući osjećaj vlastitog umanjivanja, postajanja manjim i bezvrijednim (167). Sram nastaje iz doživljaja kao da netko (drugi) gleda osobu i taj doživljaj nakon internalizacije postaje „'Oko' selfa čiji je pogled usmjeren prema unutra“ (170).

Također razlika između krivnje i srama postoji i u razvoju ljutnje i agresije. Krivnja najčešće vodi umanjivanju direktne, indirektne i premještene ljutnje i agresije (171). Suprotno tome sram povećava ljutnju, agresiju i često dovodi do prebacivanja odgovornosti/krivnje za ljutnju na drugog (eksternalizacija) (167). Sram je također povezan i s ruminacijom o događaju koji je izazvao ljutnju (172), a kojeg se pravi smisao najčešće nastoji zadržati izvan svjesnog. Stvarni prijestupnici, prekršitelji pravila ili normi, koji su u djetinjstvu bili odbacivani, ignorirani, izopćeni, zlostavljani, kao odrasli mogu biti senzibilizirani na ove iste doživljaje koji će kod njih ponovno pobuditi snažan osjećaja srama i poniženja od koga će se najčešće braniti ljutnjom, pa čak i nasiljem (173). Gilligan (174) smatra da su svi oblici nasilja izazvani osjećajima srama i poniženja i ističe da i same riječi mogu predstavljati traumu te da nasilne osobe nisu morale doživljavati stvarno fizičko nasilje, već su mogle biti verbalno i emocionalno zlostavljanje.

1.3.4. Manifestacije i izražavanje srama

Pred gotovo jedno stoljeće Maccurdy (175) je sugerirao da su crvenjenje i inhibiranost koji se pojavljuju uz osjećaj srama, a koji su prouzrokovani promjenom ravnoteže autonomnog živčanog sustava koja prati neutraliziranje simpatičke aktivnosti i nastup parasimpatičke (vagalne) aktivnosti popraćene usporavanjem srčane akcije i snižavanjem krvnog tlaka. U tom

1. UVOD

kontekstu Buss (176) je pokazao da sram predstavlja parasimpatičku pobuđenost. Prijelaz sa simpatičke na parasimpatičku pobuđenost predstavlja doživljaj koji se fenomenološki može opisati kao „spiralno spuštanje“ (163, 129). Ova iznenadna emocionalna transformacija opisana je kao „bijeg od pozitivno doživljenog egzibicionizma u negativno doživljen sram“ (177). Tijekom cijelog života parasimpatički dominiran sram fenomenološki je doživljen kao blokada vitalnih afekata, prijelaz s „krešenda“ na „dekrešendo“, „živog“ na „neživo“ (178). Parasimpatički dominiran afekt srama odražava aktivnost intrinzičnog neurohumoralnog vazodilatatora (144), a što, između ostalog, dovodi i do popratnog lako zamjetljivog i dodatno posramljujućeg crvenjenja lica i eventualno kože drugih dijelova gornjeg dijela poprsja.

Gađenje uglavnom prati poseban izraz lica. Istraživači, među kojima i Izard (179), smatraju da roditeljsko izražavanje gađenja izaziva sram u djeteta, dok prezir koji nastaje miješanjem gađenja i ljutnje i/ili bijesa dovodi do stvaranja osjećaja poniženja i bijesom prožetog srama kojeg je Lewis (158) označio kao „bijes poniženja“ i izjednačuje ga s Kohutovim (180) pojmom narcističkog bijesa. Postoje klinički dokazi da dinamika koja nastaje između srama i poniženja uvijek prati zlostavljanje djeteta (163, 181). Za razliku od povećane parasimpatičke aktivnosti autonomnog živčanog sustava povezanog sa sramom, poniženje uključuje povećanu parasimpatičku i simpatičku reaktivnost, što naizmjenično predstavlja snažnu trofotropičku pobuđenost nasuprot stresnom stanju trofotropičke pobuđenosti kombinirane s ergotrofičkom pobuđenosti (129).

1.3.5. Sram u osoba s GPL-om

Bolesnici s GPL-om izvještavaju o značajno višim razinama srama u odnosu na zdravu populaciju i u odnosu na osobe s drugim mentalnim poremećajima, npr. veliki depresivni poremećaj, socijalna fobija, narcistički poremećaj ličnosti, ADHD (156, 154). Određena istraživanja također pokazuju kako je sram u GPL-u negativno povezan sa samopoštovanjem, a pozitivno povezan s ljutnjom i neprijateljstvom te nestabilnim interpersonalnim odnosima (153, 154). Sram u GPL-u je prema istraživanjima snažno povezan sa suicidalnim tendencijama i impulzivnim ponašanjima (21, 182). Između ostalih istraživača koji su se bavili problemom srama u GPL-u, Buchman-Wildbaum i suradnici (183) svojim su istraživanjem potvrdili više razine srama u GPL-u u odnosu na zdravu populaciju i također su utvrdili nekoliko moderatorskih varijabli koje utječu na sram u GPL-u, kao što su edukacija i komorbidni PTSP. Dob i spol nisu utjecali na sram u ovih bolesnika.

1.4. NARCISTIČKA VULNERABILNOST

1.4.1. O razvoju koncepta narcizma

Koncept narcizma se može pratiti od starogrčkog mita o Narcisu, preko značenja koja su mu pripisali Havelock Ellis (184) i Paul Nacke (185), preko Freudovog (186) tumačenja u skladu s njegovom nagonском teorijom, preko Kohutovog (97, 146) objašnjenja u skladu s postulatima „self psihologije“ i konverza oko porijekla i funkcije grandioznog selfa nastalih između njega i Kernberga, sve do novijih egzaktnih istraživanja koja su proširila njegovo istraživanje daleko izvan kliničkih okvira. Uvođenje na os II trećeg izdanja Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (84) dijagnoze „Narcistički poremećaj ličnosti“ (NPL) kao potkategorije u okviru kategorije „Poremećaja ličnosti“, povećao se interes kliničara i drugih istraživača izvan psihoanalitičkog kruga te je postavljen jasniji okvir za znanstveno istraživanje narcizma i njegove patologije. Prema DSM-IV (22) i njegovom revidiranom izdanju DSM-IV-TR (187) narcistički poremećaj spada u skupinu B poremećaja ličnosti. Kako je bilo mnogo prigovora da je u spomenutoj klasifikaciji uglavnom opisan samo jedan tip patološkog narcizma, grandiozni narcizam, DSM-5 pokušava korigirati ovaj nedostatak preko razumijevanja narcističke patologije kao dimenzijskog poremećaja s različitim stupnjem patologije selfa i objektnih odnosa (26, 188, 189). Za razliku od DSM narcističkog poremećaja ličnosti (NPL), klinički model i današnja istraživanja prepoznaju i prave razliku između dva fenotipska oblika disfunkcionalnosti, narcističke grandioznosti i narcističke vulnerabilnosti (190). Klinička, psihijatrijska i sociopsihološka literatura, jasno upućuje na postojanje mnogo šireg područja patološkog narcizma od samog NPL-a (191). Drugim riječima, oznake patološkog narcizma mogu se naći i u drugim ozbiljnim psihijatrijskim poremećajima kao što su npr. depresija, bipolarni poremećaj, razni oblici psihoza, poremećaja ličnosti, uključujući GPL.

Narcizam podrazumijeva doživljaj selfa kao objekta brige i ljubavi, koji je, s jedne strane stanje uma neophodno za razvoj i psihičko preživljavanje, a s druge strane, patološka obrana od odnosa i ovisnosti koji pobuđuju strah, neprijateljstvo i zavist (192). Kohut (146) je među prvima opisao patološki narcizam koji se razotkrivao u transferu narcističkih bolesnika tijekom psihoanalitičkog tretmana i nazvao ga „Narcistički poremećaj ličnosti“. Kohut nije bio prvi u opisu grandioznog narcizma, već ga je prvi opisao Jones (193) pod nazivom „kompleks Boga“. Iza Jonesa narcističku ličnost opisivali su mnogi drugi klasični psihoanalitičari i psihoanalitički psihoterapeuti koji su sugerirali da postoje dva oblika narcizma, najčešće

1. UVOD

pridajući grandioznosti kompenzacijsku i/ili obrambenu funkciju za fragilni ego i osjećaj inferiornosti narcistične osobe (194, 195, 1, 100, 196-201).

Etiologiju narcističke patologije pokušali su objasniti psihoanalitičari pri čemu su se mnogi iz vremenskog razdoblja druge polovice 20. stoljeća (osim Kohuta) oslanjali na razvojni model Margareth Mahler koji je upućivao na uspješni prolaz kroz neke razvojne faze koje je zajedno sa suradnicima opisala na temelju njihovog empirijskog istraživanja. Dok je Kohut ponudio objašnjenja u okviru njegovog self-psihološkoga pristupa, Kernberg je još 1970. godine ponudio klasifikaciju karakternih poremećaja, podijelivši ih u tri razine organizacij: visoku, srednju i nisku. Narcističke poremećaje vidio je dijelom u srednjoj, a još više na niskoj razini organizacije zbog nedovoljne ili odsutne integracije self koncepta, narušenih objektnih odnosa i korištenja mehanizma rascjepa uz druge arhajske mehanizme obrane, kao što su poricanje, projekcija, projektivna identifikacija, idealizacija i dr. Neki od nalaza Mahler i Kernberga uglavnom se kronološki podudaraju s nalazima istraživača ranog razvoja različite teorijske orijentacije, koji govore da se glavne socioafektivne transformacije dešavaju u dobi od 10 do 12 mjeseci i ponovno oko 15 i 18 mjeseci (178, 202). Spomenuti nalazi približno se podudaraju i s vremenom kada su definirani obrasci privrženosti (110, 112) i kada je sigurnoj privrženosti pripisana visoka razina pozitivnih afekata. Također se radi o kritičnom razdoblju za sazrijevanje prefrontalnog korteksa (203, 129), moždanoj strukturi bitnoj za socijalno i emocionalno ponašanje (204, 129).

1.4.2. Suvremena shvaćanja koncepta narcizma

Na osnovu istraživanja kao i što je ranije u tekstu spomenuto, danas uglavnom postoji usuglašenost o postojanju barem dva različita fenotipa patološkog narcizma: grandiozni i vulnerabilni (205, 206, 207, 208, 209). Njih se ponekada različito imenuje, između ostalog povezano i s teorijskom opredijeljenosti samih istraživača, te se za grandiozni narcizam koriste i nazivi kao što su npr. otvoreni, debelokožni, egoistični, arogantni, manipulativni, psihopatski i dr., a za vulnerabilni npr. fragilni, tankoćutni, hipersenzitivni, prikriveni, disocijativni, kompenzacijski, stidljivi i dr. Kao što je već spomenuto ranije, dijagnostički priručnici (npr. DSM-IV) (187) uglavnom su opisivali grandiozni tip narcizma, a zapostavljali njegove vulnerabilne oznake (210, 191).

Miller i suradnici (207) su komentirali kako se usprkos vremenski dugog pisanja o narcizmu suštinska heterogenost narcizma počela relativno kasno empirijski istraživati. Među prvima se spominje istraživanje Winka (211) koji je preko analize glavnih komponenti šest

1. UVOD

narcističkih skala proizašlih iz Minnesota multifazičnog inventara ličnosti (Minnesota Multiphazic Personality Inventory) dobio dvije nepovezane komponente koje je označio kao vulnerabilna – senzitivnost i grandiozni – egzibicionizam. Drugi istraživači kao npr. Cain i suradnici (212), Miller i Campbell (213), Marčinko (206), Pincus i suradnici (214), Marčinko (215); Marčinko i suradnici (209), također su proučavali navedena dva tipa narcizma. Miller i Campbell (213) su ujedno zaključili da klinički vulnerabilna varijanta nalikuje graničnom poremećaju s visokom razinom distresa i slična je Kernbergovom opisu.

Grandiozni narcizam karakteriziraju: otvoreno izražavanje superiornosti i svojatanje prava ili privilegija (eng. *entitlement*), samozaokupljenost i manipulativnost, arogantnost i agresivnost, samouveličavanje i zahtijevanje pažnje, nedostatak empatije i (prividno) odsustvo srama.

Vulnerabilni (hipersenzitivni, fragilni) narcizam karakterizira nisko samopštovanje, osjetljivost na odbijanje, doživljaj smanjene energije i vitalnosti, inhibiranost, sramežljivost, samozatajnost i izbjegavanje bivanja u središtu pažnje. Uz svjesno izraženo samoumanjivanje ipak se i u osoba s vulnerabilnim narcizmom može prepoznati postojanje suptilno izraženog osjećaja superiornosti i osjećaja gotovo urođenog prava ili privilegiranosti (eng. *entitlement*).

Spomenuta dva tipa ili varijante narcizma imaju različitu psihobiološku organizaciju (129). Narcistična nesigurna majka više će se brinuti za svoje emocionalne potrebe nego za potrebe djeteta. Majka investira vlastiti narcizam u dijete, projicirajući na njega svoj idealizirani self, pri čemu dijete predstavlja njezin produžetak, koji u dobroj mjeri proizlazi iz njezine potrebe za pokazivanjem njezine roditeljske uspješnosti. Djeluje prilično paradoksalno, da ovakva intruzivna, kontrolirajuća majka, koja povređuje djetetovo samopoštovanje, teško može tolerirati da vidi svoje dijete npr. tužno ili nezadovoljno. Zbog majčine narcističke potrebe da bude u svemu idealna, dijete gubi sebe, svoju osjećajnu i ponašajnu autentičnost („lažni self“) (216) mora simulirati sretne i zadovoljne osjećaje te skrivati i poništavati negativne. Općenito, mora skrivati i bilo kakve druge mane i manjkavosti jer bi one mogle uznemiriti i razljutiti, u suštini odbacujuću, majku. Ovakva majčinska briga postaje „psihotoksičnom“ jer dovodi do prevelike afektivne stimulacije koja može biti još štetnijom od afektivne nedovoljne stimulacije (129). Dijete ovakve narcistične majke ne može postići vlastitu autonomiju jer se ne može separirati, već mora ostati u funkciji „sadržatelja“ (eng. *container*, (217)) za majčine emocije, želje i narcističke potrebe, tj. za održavanje njezine emocionalne ravnoteže. S druge strane, dok god udovoljava majčinim očekivanjima, koja postaju i očekivanja njegovog idealnog selfa, dobiva mnogo gratifikacija koje potpomažu održavanju onipotentnih fantazija i infantilne grandioznosti.

1. UVOD

Gledano iz perspektive teorije privrženosti grandiozna narcistička ličnost kao rano iskustvo ima nesigurnu ambivalentno-odbijajuću privrženost. Iz psihobiološke perspektive, prema Schoreu (129), u transakcijama tijekom subfaze vježbanja djeteta doživljava prolongirana stanja neregulirane hiperaktivacije ventralnog tengmentalnog područja. Premda majka nudi afektivnu stimulaciju preko visoke razine pobuđenosti, ona je ne uspijeva umanjiti na senzitivnan način prilikom djetetovog povlačenja prepoznatljivog u otklanjanju pogleda i zabacivanja glave i tijela, a u svrhu moduliranja pretjerano povišene razine pobuđenosti. Također je nedjelotvorna i u nekim drugim situacijama kao npr. u ograničavanju djetetovog prostora, agresivne socijalizacije i reguliranju javljujućeg srama. Kao rezultat ovih događaja u kritičnom razvojnom razdoblju, navodi Schore (129), ova djeca doživljavaju predominaciju simpatikusa, a zbog majčine nemogućnosti da ublaži stanje povećane simpatičke aktivnosti, djeteta ne razvija recipročnu automatsku kontrolu, već združeni način koji ne uključuje potrebnu recipročnost. Drugim riječima, pod stresom dolazi do konkurentskog povećanja simpatičkog i parasimpatičkog dijela autonomnog živčanog sustava, a orbitofrontalni pojedinačni krug koji dominira organizacijom ne može prekinuti ili umanjiti simpatičku aktivaciju u vrijeme kada se aktivira parasimpatička komponenta.

Kod vulnerabilnog (hipersenzitivnog, disocijativnog) narcizma prisutna je pretjerana afektivna regulacija. Depresivni afekt u narcistično vulnerabilnih osoba često se manifestira kao kronični osjećaj praznine nastao kao odgovor na neempatijsko roditeljsko ponašanje (215). Depresivna majka niske pobuđenosti ne pruža dovoljno pozitivnih vitalizirajućih afekata u transakcijama zrcaljenja niti tijekom oporavka od srama koji reaktivira ventralno tengmentalno područje, navodi Shore (129), a što objašnjava nisko samopoštovanje i smanjenu energiju i vitalnost kod ovog tipa narcizma. Ove osobe karakterizira parasimpatički dominiran limbički sustav te nemogućnost adaptivnog izlaženja iz stanja srama, afekta niske pobuđenosti, zbog čega je osoba s ovakvom internom situacijom inhibirana, sramežljiva i izbjegava biti u središtu pažnje. Djelotvorni dvojni (bilateralni) krug orbitofrontalnog strukturnog sustava normalno autoregulira raspoloženje i narcističke afekte, ali se on ontogenetski nikada nije razvio u oba tipa narcističkih poremećaja (129). Njima je stoga bitno otežan ili posve onemogućen oporavak samopoštovanja i ponovno uspostavljanje narcističkog ekvilibrija nakon afektivnog stresa i narcističke povrede. Za razliku od GPL-a, ove osobe mogu pristupiti presimboličkim reprezentacijama, ali kao niti druge grupe „primitivnih“ poremećaja ličnosti, nemaju razvijenu sposobnost pristupa simboličkim reprezentacijama povezanim s izvođenjem samosmirujuće funkcije i reparativnim funkcijama enkodiranim u evokativnom pamćenju.

1.4.3. Novija istraživanja u području narcizma

Klinička izvješća odavno govore da je grandiozni narcizam uvijek udružen s vulnerabilnim aspektima narcizma, a što je na temelju psihoanalitičkog rada s narcističkom patologijom, ukazivao još Rosenfeld (218). Usprkos toga što dijele samosvijest kao njihov središnji koncept (219) ova dva aspekta narcizma fenomenološki se manifestiraju kao vrlo različiti tipovi ličnosti, a što je navelo Winka (211) da govori o „dva lica“ narcizma: ekstrovertiranog, bahatog, ali često šarmantnog grandioznog narcisa i introvertiranog, izbjegavajućeg i obrambenog vulnerabilnog narcisa. U istraživanjima na subkliničkim uzorcima ova dva tipa ili verzije narcizma pojavljuju se kao neovisne crte ličnosti (208, 207). U istraživanjima Jauka i suradnika (208) grandiozni narcizam pokazuje znatnu korelaciju s ekstroverzijom, a vulnerabilni narcizam s introverzijom. Kontrolirajući u svojem istraživanju introverziju/ekstroverziju ovi su istraživači potvrdili na velikom nekliničkom uzorku postojanje zajedničke osnove i ustvrdili da interindividualne razlike u introverziji/ekstroverziji maskiraju ovu zajedničku osnovu (208). Na višim razinama grandioznog narcizma (višim 10%) povećava se povezanost između spomenuta dva aspekta narcizma, a što prema spomenutim autorima, sugerira mogući prijelaz na klinički relevantan, patološki narcizam.

Miller i suradnici (207) istraživali su postojanje središnjih nasuprot perifernih oznaka narcizma kao i neke druge neriješene probleme vezane uz narcizam (npr. etiološke faktore, razliku između patološkog i normalnog narcizma, njegovu ulogu u samopoštovanju, procjeni i reprezentaciji u dijagnostičkim nozologijama) smatrajući da će modeli temeljeni na crtama ličnosti doprinijeti većoj jasnoći odgovora na postojeće probleme. Na temelju istraživanja Millera i Campbella (213, 207) su zaključili da je preklapanje između dvije konceptualizacije narcizma, grandiozne i vulnerabilne, uzrokovano dijeljenom ulogom crta ličnosti antagonizma npr. nepokoravanje, bešćutnost, obmanjivanje, a razlike nastaju s obzirom na uloge neuroticizma i ekstroverzije. Miller i suradnici (207) sugeriraju da su središnje oznake one koje se dijele duž spomenute dvije dimenzije narcizma, a periferne oznake one koje dovode do njihovih razlika. Tako je središnja oznaka narcizma, prema istraživanjima Millera i suradnika (220), u smislu dijeljenja duž dvaju dimenzija, interpersonalni antagonizam. Ova crta izgleda neophodnom za opisivanje narcizma. Više periferne crte, one koje se nalaze u samo jednoj dimenziji, uključuju neuroticizam i agentičku ekstraverziju, premda su za ovu posljednju crtu profesionalni eksperti i laici ustvrdili da je mnogo više prototipska od prve crte. Neuroticizam služi označavanju vulnerabilne dimenzije, a agentička ekstraverzija grandiozne, navode Miller i suradnici (207) i nastavljaju da osoba s visokom vrijednosti interpersonalnog antagonizma i neuroticizma

1. UVOD

predstavlja vulnerabilno narcističku osobu, dok osoba s visokom vrijednosti interpersonalnog antagonizma i agentičke ekstraverzije predstavlja grandiozno narcističku osobu. Ovi autori također navode da su osobe s visokim vrijednostima u sve tri komponente srodne NPL-u prema DSM-5 i da obje varijante narcizma mogu zadovoljiti kriterije za NPL u slučaju postojanja dokaza o značajnom distresu ili funkcionalnom oštećenju. Drugim riječima, i grandiozni i vulnerabilni narcizam može biti patološki kada dovode do jakog subjektivnog distresa i/ili funkcionalnog oštećenja. Modeli koji povezuju normalnost s grandioznim narcizmom, a patologiju s vulnerabilnim narcizmom prenaglašavaju distres, a premalo ističu oštećenje (207). Osobe s vulnerabilnim narcizmom, vjerojatno zbog visokog stupnja subjektivnog distresa, češće traže tretman, dok osobe s grandioznim narcizmom otkrivaju svoju patologiju preko štete koje prouzrokuju sebi, ali u velikoj mjeri i drugima premda obično ne doživljavaju veći stupanj subjektivnog distresa. Prema tome patologija se ne može izjednačavati sa stupnjem subjektivne patnje (207).

Što se tiče etioloških čimbenika povezanih s narcizmom postoje i drugačija viđenja od psihodinamskog razumijevanja uglavnom usredotočenog na roditeljski utjecaj u djetinjstvu u razvoju buduće narcistične osobe. Millon i suradnici (221, 207) npr. iznose pretpostavku da roditelji precjenjuju djetetove sposobnosti i upućuju nezaslužene nagrade, pažnju i počasti djetetu, čime ometaju razvoj motivacije i vještina potrebnih za zasluženno dobivanje upućenih mu pohvala. Ova teorija nije dovoljno empirijski testirana, kao uostalom i mnoge druge teorije razvoja patološkog narcizma, ističu Miller i suradnici (207). Ovi autori također naglašavaju da se sve rasprave oko potencijalnih razvojnih i etioloških čimbenika vezanih uz narcizam temelje na retrospektivnim podacima i iz perspektive samih učesnika u ispitivanju. Na taj način sakupljeni podatci ukazuju na to da je vulnerabilni narcizam u usporedbi s grandioznim povezan s razvojno štetnim događajima, uključujući iskustvo zlostavljanja (verbalnog, emocionalnog, fizičkog), negativne roditeljske prakse i nekonzistentne discipline kao i s razvojem anksiozne i izbjegavajuće privrženosti o čemu su izvještavali različiti istraživači (222, 223, 210). Prema Milleru i suradnicima (210) i Hortonu i Tritchu (224) grandiozni narcizam nema nikakav ili ima vrlo slab odnos s razvojnim događanjima i roditeljstvom, tj. s oskudnim roditeljskim praćenjem, jače izraženom roditeljskom toplinom i njihovim precjenjivanjima djeteta.

Literatura izvještava o malom broju prospektivnih istraživanja koja također navode nikakav ili vrlo mali odnos između roditeljske prakse i narcizma u odrasloj dobi. Na primjer, istraživanje Brummelmana i suradnika (225) navodi da roditeljsko precjenjivanje u relativno maloj mjeri, ali ne i roditeljska toplina, može biti faktor koji može poslužiti predviđanju razvoja uglavnom grandioznog narcizma. Istraživanja također pokazuju da se crte ličnosti povezane s

1. UVOD

narcizmom u odraslih pojavljuju prilično rano i da su vremenski relativno stabilne (226). U analizi tzv. mračne trijade (narcizam, makijavelizam i psihopatija) bihevioralni genetičari pronašli su da narcizam ima značajan genetski doprinos koji je snažno povezan s interpersonalnim antagonizmom (227).

Sumarno se može zaključiti da grandiozni i vulnerabilni narcizam imaju različitu etiologiju (207). Na osnovu dosadašnjih rezultata istraživanja, prema Milleru i suradnicima (207), grandiozni narcizam može se povezati s više permisivnim roditeljstvom i precjenjivanjem djeteta, ili čak potpunim odustajanjem od roditeljske uloge, a vulnerabilni narcizam s hladnijim više kontrolirajućim i intruzivnim roditeljstvom ili jako izraženim nedosljednim ponašanjem roditelja.

U kliničkoj praksi često se narcizam poistovjećuje sa samopoštovanjem. Možda su ovom izjednačavanju doprinijeli i neki utjecajni psihoanalitičari, počevši od samog Freuda (186) čiji se ekonomski koncept sadržan u nagonskoj teoriji nije podudarao s iskustvima u kliničkoj praksi, tj. da više libida investiranog u self znači ujedno i više samopoštovanje i suprotno, snižavanje ove investicije dovodi do njegovog smanjivanja. Samopoštovanje se najčešće definira kao globalno, evaluacijsko prosuđivanje o selfu koje se može rangirati od pozitivnog do negativnog (207). Psihoanalitička teorija koristi pojam ego ideala koji se odnosi na reprezentacije ili slike o nama kakvim bi željeli biti ili kakvim želimo postati i što im se više približavamo više nam je samopoštovanje i suprotno tome, što se više od njih udaljujemo samopoštovanje nam slabi. Ego ideal je, kao i superego, razvojno postignuće i svoj razvoj pod normalnim okolnostima odrastanja, završava krajem adolescencije i početkom odrasle dobi do kada bi ova struktura trebala postati autonomna i depersonificirana te uključivati kroz razvoj stečene vlastite vrijednosti prema kojima osoba procjenjuje samu sebe i osobe oko sebe. Glavni afekt pri kršenju zahtjeva superega je osjećaj krivnje, a ego ideala, koji je nasljednik infantilnog narcizma, sram.

Miller i suradnici (207) govore o „modelu maske“ kojeg su ponudile psihodinamske teorije preko čestog shvaćanja grandioznog selfa kao onog koji prikriva njegovu labilnost i ovisnost o divljenju drugih. Kako bi se razriješila diskrepancija između narcističkih crta grandioznosti i duboko zakopanog osjećaja inferiornosti potrebno je razlikovati između eksplicitnog samopoštovanja ili namjernog, kontroli podložnog osjećaja prema vlastitom selfu i implicitnog samopoštovanja definiranog kao automatski osjećaji prema vlastitom selfu koji se ne može kontrolirati (228, 207). Eksplicitno samopoštovanje može se mjeriti prilično pouzdano i valjano preko samoizvješća, a implicitno samopoštovanje u tom pogledu predstavlja teškoću.

1. UVOD

Između narcističke grandioznosti i samopoštovanja postoji pozitivna korelacija, ali je znatno teže odrediti točan odnos između samopoštovanja i narcističke vulnerabilnosti.

Razlike među psihopatološkim entitetima vjerojatno potiču iz različite konstitucionalne/genetske osjetljivosti bolesnika i intenziteta te vremena traumatskih iskustava i istraživanja govore u prilog izloženosti vrlo ranoj i jakoj traumatizaciji u GPL-u, koja ugrožava razvoj privrženosti. Istraživanja pokazuju da se grandioznost kao patološka oznaka povezuje s NPL-om, a vulnerabilni narcizam više s GPL-om (229, 150). U istraživanju Eulera i suradnika iz 2018. godine dobili su rezultate da su muškarci s GPL-om bili više grandiozno narcistični od žena, a žene su bile više vulnerabilno narcistične (229).

1.5. LJUTNJA

Ljutnja se ubraja u negativne afekte i može ju se razlikovati prema jačini (od razdražljivosti ili nerviranja do srdžbe i bijesa) i obliku pri čemu razlikujemo emociju (trenutačna), raspoloženje (relativno blaža, ali prolongirana emocija) i temperament (sklonost ponavljajućim ispadima ljutnje ili bijesa) (230). Razlika postoji i između izražavanja i doživljaja ljutnje, odnosno između pokazivanja i verbaliziranja ili subjektivnog osjećaja ljutnje. Patološke razine ljutnje su agresija, bilo da se radi o fizičkom ili verbalnom ponašanju s namjerom pozljeđivanja i nasilja, koje predstavlja ponašanje koje kulminira u stvarnom fizičkom pozljeđivanju ili šteti (231). Bowlby (99) razlikuje „ljutnju iz nade“ (eng. *anger of hope*) za razliku od „ljutnje iz očaja“ (eng. *anger of despair*), tj. ona može biti funkcionalna i disfunkcionalna. Iz perspektive teorije privrženosti funkcionalna ljutnja ima za cilj postizanje ponovnog ujedinjenja s odsutnim roditeljem, a disfunkcionalna ljutnja oslabljuje povezanost. Općenito, bilo da se radi o funkcionalnoj ili disfunkcionalnoj ljutnji ona se može dešavati bez agresivnog ili nasilnog ponašanja i obrnuto (232). Neuspjio pokušaj postizanja cilja izaziva frustraciju koja pobuđuje ljutnju, ali ujedno može potaknuti napore u borbi protiv prepreka u postizanju ciljeva i njihovom otklanjanju.

Bowlby (99) je istakao da je ljutnja prirodni odgovor na frustraciju koji služi kao komunikacijski signal kojim se obavještava figuru privrženosti da nešto nije uredu. Ljutnja, kao signal pojačanog intenziteta, obavještava npr. da je odnos privrženosti ugrožen ili da nema očekivanog odgovora od figure privrženosti. Drugim riječima, ljutnja se može javljati u službi odnosa privrženosti kako bi figura privrženosti pojačala svoje učešće u zaštiti ili regulaciji pobuđenosti (41). Ako na pojačanu ljutnju i distress nema roditeljskog odgovora, snažna, ali jalova ljutnja i distress mogu se pojačavati dok ne dođe do sloma strateške organizacije djetetovog

1. UVOD

ponašanja ili ono poprima devijantne oblike, slično Bowlbyevom (107) opisu „protesta“ i „očaja“ nakon gubitka.

Istraživanja koja se odnose na reakcije djeteta na separaciju i ponovno ujedinjenje s roditeljem (najčešće majkom) ukazuju na prisustvo afekta ljutnje već u ranom odnosu, pogotovo naglašenih kod nesigurno privržene djece. Eksperimenti s primatima pokazali su da malo dijete može pokazati snažne separacijske reakcije čak u slučajevima vizualnog prisustva majke, ali odsustva njezine psihološke raspoloživosti (233, 129). Schore (129) ističe da je prevladavajući negativni afekt koji prati kratku separaciju ljutnja, a ne tuga ili separacijska anksioznost.

Separacije vode prema dva tipa odgovora: anksioznom povezivanju ili agresivnom odvajanju, a ponekad i mješavini oboje. Disfunkcionalna ljutnja može pratiti separacije dugog trajanja ili one koje su više puta ponavljane pri čemu se ljubav može zamijeniti ljutitom, ogorčenjem i mržnjom. Još žešća ljutnja prati situacije u kojima osim ponavljanih separacija postoje i dugogodišnje prijetnje napuštanjem (99). Bowlby (99), Robertson i Robertson (234) opisali su emocionalno ponašanje djece od 2-3 godine nakon duge i traumatične separacije. Djeca, dulje separirana od roditelja, prolazila su kroz fazu protesta, koja je prelazila u fazu očaja i konačno u fazu odvajanja (107). Protest se manifestira kroz agitaciju, vokalizaciju, plakanje, traganje za roditeljem i ubrzanom srčanom akcijom, dok se očaj manifestira kroz socijalno povlačenje, tužan i zabrinut izraz lica uz postojeći afekt tuge i usporen srčani ritam.

Povijest nečijeg stila privrženosti, globalno uzevši, može pomoći pri predviđanju reagiranja pojedinca tijekom djetinjstva, tj. da li će ono biti anksiozno, ljutito ili empatično (235). Odgovor na neraspoloživog, odbijajućeg skrbnika je ljutnja. Kao što je već rečeno, ljutnja je normalni odgovor na strah izazvan separacijom od primarnog skrbnika i izražava neugodu prouzrokovanu separacijom. Kronična ljutnja je odgovor na kroničnu neraspoloživost skrbnika i može se manifestirati kroz ljutito i agresivno ponašanje prema skrbniku te može voditi u jake teškoće prilagođavanja. Anksiozno dijete može postati ljutito i agresivno dijete pogotovo kada se povrede, razočaranja i strahovi pojave i u novim odnosima. Djeca s izbjegavajućim stilom privrženosti, nastalim na iskustvima kroničnog odbacivanja, kao i djeca s dezorganiziranom/dezorijentiranom privrženosti suočena sa zastrašujućim ili zastrašenim skrbnikom pokazivati će u konfliktnim situacijama ljutnju i agresiju.

Općenito govoreći, nesigurne strategije privrženosti primarno se odnose na umanjivanje (minimaliziranje) ili pojačavanje (maksimaliziranje) strategija usmjerenih na izražavanje potreba privrženosti. Kod umanjivanja dolazi do obrambenog otklanjanja pažnje od vlastitog distresa i od problema raspoloživosti skrbnika, što ujedno znači ograničavanje pristupa vlastitim osjećajima i stvaranje nerealne slike o skrbnikovoj raspoloživosti. Suprotno tome, pojačavanjem

1. UVOD

spomenutih strategija dijete obrambeno okreće pažnju na vlastiti distress i na skrbnikovu raspoloživost. Upravo stoga što su toliko obuzeti problemom skrbnikove raspoloživosti nisu sposobni točno procijeniti pitanje postojanja same prijetnje, a niti skrbnikove raspoloživosti, te zbog toga obje spomenute strategije predstavljaju rizik za razvoj psihopatologije. Korištenje strategije umanjivanja čine djecu više sklonu eksternalizirajućim poremećajima, jer je pažnja otklonjena s vlastitog selfa bez razrješavanja negativnih reprezentacija, a strategije povećavanja čine ih sklonijim prema internalizirajućim poremećajima zbog fiksiranosti na skrbnikovu raspoloživost umjesto na razrješavanje negativnih reprezentacija (236).

Kombinacija preuveličanih (maksimaliziranje) strategija i nerazriješeno iskustvo zlostavljanja vjerojatno su središnja zbivanja u GPL-u (236). Main i Hesse (237) su naveli da iskustvo traume bez skrbnika koji bi osobi osiguravao potporu, omogućuje razvoj granične ili disocijativne patologije. Isti autori pretpostavljaju da dijete ne može integrirati različite kvalitete skrbnika u pojedinačne modele selfa i drugog kada se skrbnik ponaša na zastrašujući ili zastrašen način. Modeli tako ostaju neintegrirani. Prema Gundersonu i suradnicima (238) procesi pažnje i ponašanja su ti koji ostaju neintegrirani u GPL-u. Izvjesna sličnost postoji s konceptom granične patologije prema psihoanalitičkim autorima, koji smatraju da je mehanizam rascjepa (eng. *splitting*) onaj koji dovodi do neintegriranosti „dobrog“ i „lošeg“ selfa i „dobrog“ i „lošeg“ objekta, odnosno njihovih reprezentacija, kao i reprezentacija njihovih međusobnih odnosa.

Dozier i suradnici (236) ističu preokupaciju GPL-a s aktualnim i prošlim odnosima kao i pretjeranost u pogledu simptomatologije i negativnih afekata, tj. u stanju distressa dolazi do maksimaliziranja u izražavanju potreba privrženosti. U mentalnim reprezentacijama ili radnim modelima skrbnik je predstavljen nesposobnim ili nedosljedno raspoloživim, kao što je i self nedosljedno vrednovan.

Ne samo strah već i ljutnja igra važnu ulogu u odgovoru na raskid odnosa privrženosti, npr. nakon prolongirane separacije roditelj se često doživljava kao onaj u čiju se raspoloživost ne može vjerovati, a što izaziva strah, a uz njega i ljutite i neprijateljske osjećaje. Strah i ljutnja su lako prepoznatljivi u fazi protesta, ali je tugu opserveru lakše zanemariti, a ona se javlja kada osoba počinje prihvaćati gubitak figure privrženosti. Strah, ljutnja i tuga prisutni su i u raskidima odnosa privrženosti u odrasloj dobi (npr. raskida braka).

Jacob i suradnici (239) ističu da osobe s GPL-om jače i dugotrajnije osjećaju ljutnju od zdravih osoba. Razvoju mnogih simptoma GPL-a doprinosi ili direktno prethodi ljutnja, uključujući interpersonalnu agresiju (240), pokušaje suicida (241), epizode samoozljeđivanja (242) i preuranjene završetke terapija (243). Istraživanja navode kako u osnovi opće emocionalne

disregulacije u GPL-u, leže tendencije prema slaboj regulaciji ljutnje (244), pri čemu je ljutnja samo jedna od nekoliko indikatora negativnog afektiviteta u GPL-u.

1.6. AUTODESTRUKTIVNA/SAMOOZLJEĐUJUĆA PONAŠANJA U GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI

1.6.1. Nesuicidalno samoozljeđivanje (NSSO)

Nesuicidalno samoozljeđivanje (NSSO) definira se kao namjerno i direktno oštećivanje vlastitog tjelesnog tkiva bez suicidalne namjere. Prevalencija ovog poremećaja u kliničkom uzorku, prema podacima iz 2014. godine, kreće se od 5,5% u odraslih do 17,2% u adolescenata (245). Samoozljeđivanje je prisutno u kliničkim kao i nekliničkim uzorcima, ima repetitivni karakter i može prestati unutar nekoliko godina, ali može imati i kroničniji tijek te u oko 20% slučajeva može trajati dulje od pet godina (245). U nekliničkom uzorku NSSO dosiže cjeloživotnu prevalenciju od 15.3%, s većom zastupljenosti žena (246). Samoozljeđivanje se najčešće prvi puta javlja između 14 i 24 godine života (247, 248). Prema nekim istraživačima postoji obrnuta korelacija između cjeloživotne stope NSSO i dobi učesnika u istraživanjima (249, 250)

Usprkos naziva ovog poremećaja (nesuicidalno samoozljeđivanje) neki stručnjaci smatraju da je NSSO snažan prediktor pokušaja suicida (251), čak snažniji od suicidalnog ponašanja u ranijoj povijesti osobe (245, 252).

NSSO je vrlo često povezan s GPL-om (72, 253, 254), ali i mnogim drugim poremećajima kao što su depresija, anksiozni poremećaji, poremećaji prehrane, osobito bulimija (255), posttraumatski stresni poremećaj, zloupotrebe alkohola i droga, shizofrenija i neki poremećaji ličnosti (256, 250, 257, 258). Još je za neka mentalna stanja utvrđeno da su povezana s NSSO kao npr. disocijacija, traženje senzacije, ovladavanje sa suicidalnim mislima i borba sa seksualnošću.

Prema nekim istraživanjima žene češće pribjegavaju NSSO od muškaraca (250), dok druga nisu utvrdila rodne razlike (249, 259). Povezanost između samoozljeđujućeg ponašanja i GPL-a je tako dobro utvrđena da je NSSO uključen u DSM-5 (APA 2013) kao jedan od devet kriterija za postavljanje dijagnoze GPL-a (252). Također se u DSM-5 uvodi naziv „Poremećaj nesuicidalnog samoozljeđivanja“ (NSSID) kao i „Poremećaj suicidalnog ponašanja“. Nalazi sugeriraju da NSSID/Poremećaj suicidalnog ponašanja može objasniti samoozljeđivanje izvan GPL-a (252).

1. UVOD

Zarezivanje kože je jedno od najčešćih NSSO s prevalencijom od 70%-97%. „Kopkanje“ kože (dermatilomanija ili ekskorijacija kože) (eng. *skin picking*) također je među čestim oblicima NSSO, zatim slijede grebanje, lupanje (obično glavom) i udaranje (21%–44%) i paljenje (15%–35), griženje kože, ometanje cijeljenja rane i dr. (252). Samomutilirajuća ponašanja kao npr. genitalna mutilacija, kastracija, enukleacija oka, amputacija ekstremiteta ubrajaju se također u NSSO i to kao ekstremi u okviru ovog ponašanja (260, 248, 38). I doista se nazivi kao samoozljeđivanje (eng. *self-injury*, *self-harm*), samomutilacija, nasilje prema samom sebi (eng. *self-inflicted violence*), rezanje samoga sebe (eng. *self-cutting*) i zlostavljanje samog sebe (eng. *self-abuse*) najčešće koriste u istom smislu. Neka ponašanja na koja bi se mogla primijeniti definicija NSSO kao što su tetovaža, neki rituali i obredi inicijacije u pojedinim kulturama ipak se ne ubrajaju u njih, vjerojatno zbog njihove kulturne i društvene prihvaćenosti. Neke osobe postanu ovisne o samoozljeđivanju i čak uživaju u tajnom ritualu s kojim upotrebljavaju oštri predmet (žilet, britvu i dr.) kojeg uvijek nose sa sobom i s kojim će zarezati kožu na podlaktici, bedru, ili nekom drugom mjestu tijela u trenutku kada ne mogu regulirati/kontrolirati afekt (38). Isti autori smatraju da do NSSO dolazi iz bolesnikovog prepoznavanja fragilnosti njegovih mentalnih reprezentacija koje ne mogu prizvati u vrijeme pojave anksioznosti ili nekog drugog negativnog afekta. Rezanje postaje dokaz njihovog postojanja i nepodnošljiv osjećaj postaje lakše podnosiv (38). Samoozlijeđujuća ponašanja kod GPL-a vjerojatno postoje duž kontinuuma, navode Sansone i suradnici (254), od „grafičkog“ ozljeđujućeg ponašanja preko blažih oblika samosabotirajućeg ponašanja koje može postati samoporažavajuće.

Ponašanja koja se ubrajaju u NSSO imaju za cilj olakšanje od snažne emocionalne boli i distresa, distrakciju od nepodnošljivih afekata, popravljavanje raspoloženja i također mogu biti u funkciji samokažnjavanja (261, 262, 242). Prema navodima Klonskog (263) NSSO ima višestruku ulogu: 1) može biti strategija koja ima za cilj ublažiti akutni negativni afekt ili afektivnu pobuđenost (264, 265). Funkcija NSSO u regulaciji afekta je empirijski potvrđena kod odraslih bolesnika s GPL-om, u grupi bolesnika s različitim psihijatrijskim dijagnozama i u ne-kliničkom uzorku, a potvrđena je i u uzorku adolescenata (263); 2) može predstavljati odgovor na razdoblja disocijacije ili depersonalizacije (10); 3) može služiti kao obrana (eng. *coping mechanisms*) od poriva prema pokušaju suicida; 4) može predstavljati poziv u pomoć ili predstavljati nastojanje da osoba utječe ili manipulira drugim osobama u okolini (266); 5) predstavljati način potvrđivanja granica selfa (267); 6) može biti u funkciji samokažnjavanja preko izražavanja ljutnje ili umanjivanja/ponižavanja samog sebe.

1. UVOD

Snažni osjećaji kao krivnja, ljutnja, utučenost, praznina, umrtvljenost, a koji se pojavljuju kod bolesnika s GPL-om, mogu potaknuti NSSO, ujedno ukazujući na mogućnost njegove multiple motivacije (268). Empirijski dokazi također ukazuju na odnos između NSSO i disocijativnih simptoma, aleksitimije i seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu, često prisutnog nalaza i kod bolesnika s GPL-om (269).

Stope samoozljeđujućeg ponašanja u osoba s povijesti zlostavljanja u djetinjstvu više su od onih utvrđenih u općoj populaciji (270). U svom istraživanju Serafini i suradnici (270) dali su pregled rezultata istraživanja velikog broja istraživača koji su istraživali povezanost između zlostavljanja i NSSO (26 istraživanja) i našli su da izvješća ukazuju na malu do srednju povezanost između zlostavljanja u djetinjstvu i prisustva NSSO u nedavnoj povijesti ispitanika (adolescenti i mladi odrasli). Također su istraživači našli povezanost između NSSO i povećanog rizika za suicidalno ponašanje u adolescenciji, osobito adolescentica. Adolescenti s povijesti fizičkog i seksualnog zlostavljanja pokazivali su veći rizik za pokušaje suicida, a oni s povijesti zanemarivanja veći rizik za NSSO. Neka novija retrospektivna istraživanja potvrdila su nalaze da povijest zanemarivanja značajno povisuje rizik za NSSO, a fizičko i seksualno zlostavljanje za pokušaje suicida (271). Serafini i suradnici (270) stvaraju pretpostavku da je zlostavljanje povezano s povećanom vulnerabilnosti za NSSO uz daljnju pretpostavku da ova povezanost može biti moderirana ili medijirana s nekim drugim čimbenicima koji nisu nužno povezani s karakteristikama samog zlostavljanja. Istraživanja potvrđuju postojanje rodni razlika i pokazuju da su ženske osobe koje su bile izložene traumatskim iskustvima u djetinjstvu, osobito seksualnom zlostavljanju, vulnerabilnije za razvoj NSSO i suicidalnih ponašanja. Međutim, u slučajevima zajedničkog dešavanja seksualnog i fizičkog zlostavljanja ili kada se iskustvo zlostavljanja kontinuirano nastavljalo, onda postoji rizik od razvoja NSSO i suicidalnog ponašanja kako za ženske tako i za muške osobe.

Brojne teorije i empirijska istraživanja upućuju na povezanost između oznaka graničnog poremećaja, zlostavljanja, nesigurne privrženosti i nedostatka percipirane socijalne potpore (272). Brojna su istraživanja ukazala na postojanje više stope zlostavljanja i zanemarivanja u osoba s GPL-om u odnosu na druge psihijatrijske poremećaje i zdrave kontrole (272) o čemu je ranije bilo govora u ovom radu. Više čimbenika igra ulogu u etiologiji GPL-a, a nesigurna privrženost zajedno s nedostatkom percipirane socijalne podrške može biti jedan od čimbenika. Stil privrženosti osobe s GPL-om karakterizira žudnja za bliskosti uz istovremeni strah od ovisnosti i odbacivanja, a što su karakteristike i nerazriješenog, preokupiranog i strašljivog stila privrženosti, uz kojeg se vezuje i negativna slika o sebi. Neintegrirane, kontradiktorne reprezentacije selfa i drugih doprinose stvaranju difuzije identiteta. Osoba s GPL-om doživljava

1. UVOD

brze promjene u identitetu i fragmentirani osjećaj selfa što uzrokuje probleme u cilju usmjerenog ponašanja kao i problema u održavanju trajnijih odnosa. Schulze i suradnici (272) navode da odnos između zlostavljanja, GPL-a, privrženosti i socijalne potpore može se odvijati u oba smjera. Anksiozna privrženost, nedostatak socijalne potpore može voditi razvoju oznaka graničnog poremećaja u osoba koje već trpe zbog posljedica štetnih iskustava u djetinjstvu uključujući zlostavljanje. Često isticana slaba kontrola impulsa, tj. često prisutna impulzivnost kod bolesnika s GPL-om te njihovo potencijalno nasilno ponašanje djelomično potiče od slabe sposobnosti za stvaranje (sekundarnih) mentalnih reprezentacija i mentalizacije te u oslanjanje na obrambeni sustav koji podržava „primitivne“ načine funkcioniranja u navedenih bolesnika. Slični razlozi nabrojani kod samoozljeđivanja mogu se primijeniti i na impulzivnost, a pogotovo na neke čine interpersonalnog nasilja (273, 274, 275, 174).

Impulzivnost GPL-a može se manifestirati i kroz drugačije oblike autodestruktivnog ponašanja (26). Seksualna impulzivnost uključuje ponašanja kao što je impulzivno stupanje u seksualne odnose s nepoznatim partnerima ili promiskuitetno ponašanje. Zloupotreba supstanci obuhvaća širok spektar, od alkohola i sedativa do opijata, kokaina i stimulansa (276, 277) koji mogu pojačavati sklonost autodestrukciji. Samoozljeđujuća ponašanja, kao što je već ranije spomenuto, variraju od agresivnih postupaka kao npr. mutilacija, udaranje i čupanje rana, do trovanja i pasivnog samozanemarivanja (278). Naposljetku, ponašanja vezana uz poremećaje prehrane mogu biti indirektna manifestacija impulzivnosti, gdje fizička šteta nastupa postupno (279, 247, 280), a motivacija može biti usmjerena prema kontroli težine, emocionalnoj regulaciji ili drugim ciljevima, a ne izravnom samoozljeđivanju (281-283).

1.6.2. Suicid

Prema Durkheimovoj definiciji naziv suicid se primjenjuje na sve smrti uzrokovane direktnim, pozitivnim ili negativnim utjecajem žrtve, koja je posve svjesna ishoda svog djelovanja (284, 285). Svjesna nakana diferencira suicidalno od nesuicidalnog ponašanja, ističe Brečić (285), osvrćući se i na nedostatak ove definicije i njezinih varijacija, a taj je isticanje osobine potpune svjesnosti ishoda ostvarenjem njezinog samonametnutog cilja. Bolja upoznatost s predsvjesnim i izvan svjesnim ili nesvjesnim mentalnim procesima, sadržajima i obranama njihovom pristupu u svjesno, otvara pitanje koliko su samodestruktivni i prikrivreni postupci doista uvijek planski i svjesno usmjereni k samouništenju, premda je u konačnici ishod svih ovih postupaka isti (285).

1. UVOD

Bateman i Fonagy (38) ističu postojanje značajne razlike između suicidalnih i samoozljeđujućih djelovanja koji vjerojatno predstavljaju različita psihološka stanja koja imaju neke zajedničke aspekte, ali s posebnim značenjima i koji zahtijevaju različite intervencije. Ovi autori navode da se pitanje motivacije, svjesne ili nesvjesne, može temeljito rješavati jedino kroz terapije kada se ponekada može utvrditi da se iza nekog samoozljeđivanja ustvari skriva pokušaj suicida, a ponekad i suprotno.

Mortalitet ljudi koji pokušavaju suicid je godišnje za 1% veći od mortaliteta u normalnoj populaciji, tako da bi kroz razdoblje od 10 godina u grupi koja pokušava suicid moglo umrijeti 10 % više ljudi od onih u kontrolnoj populaciji (286). Izraženo konkretnim brojkama na zemaljskoj kugli barem 800 000 ljudi umire od suicida svake godine i barem 20 puta taj broj ljudi pokušava suicid (287).

Suicid je konačni produkt međuigre između bioloških, kliničkih, psiholoških, društvenih, kulturnih rizika i protektivnih čimbenika, navode O'Connor i Kirtley (287) citirajući i druge autore (288, 289). Prema McLeanu (286) najčešći rizični čimbenici su starija dob, samački život, tjelesna bolest, nezaposlenost u muškaraca koji zloupotrebljavaju droge i alkohol. Ovom nabranjanju treba dodati ranije pokušaje suicida, nedavni gubitak bliske osobe i laka dostupnost letalnih sredstava. Od mentalnih poremećaja najčešći rizični čimbenik predstavlja velika depresivna epizoda, povezana s velikim depresivnim poremećajem ili bipolarnim poremećajem, koja je utvrđena barem u polovici slučajeva suicida s letalnim ishodom (285). U bipolarnom poremećaju mješovite se epizode najčešće povezuju s pokušajima suicida. Shizofrenija kao i neki drugi psihotični poremećaji, pogotovo s prisutnim depresivnim simptomima, također predstavljaju rizik za pokušaj suicida. Kao što navode King i suradnici (290) izvršeni suicid je relativno rijedak događaj u radu pojedinog kliničara i usprkos boljeg poznavanja rizičnih čimbenika, predviđanje tko će doista počinuti suicid i ostaje teško i složeno.

Istražujući motivaciju za suicid na uzorku novaka Izraelske vojske, Robert King (290) je ustvrdio da, široko uzevši, postoje dvije vrste ljudi s karakteristikama ličnosti koje ih čine osjetljivim na depresiju i suicid. Usprkos toga što je King svoje istraživanje provodio na adolescentima i mladim odraslim, McLean (286) smatra da se dobar dio zaključaka može primijeniti i na druge dobne skupine. Osobe koje su u uzorku pokazivale pretjeranu ovisnost o drugima nazvao je anaklitički tip, one osobe koje su pokazivale pretjeranu samokritičnost introjektivni tip. Ovisne osobe pokazivale su dezorganiziranu privrženost i ljutitu, pretjeranu uključenost u odnose s drugima. Ove su osobe pokazivale manju ugroženost od suicida i veću mogućnost liječenja s obzirom na njihovu sklonost odnosima s drugima, uključujući s terapeutom u terapijskoj situaciji. Ipak, i unutar ove grupe treba uzeti u obzir mogućnost

1. UVOD

okretanja ljutnje i agresije na vlastiti self. Pretjerano samokritična skupina, sa strogim superegom, uz snažno izražen perfekcionizam i ambicioznost, pokazivala je relativnu autonomiju, neovisnost i izbjegavanje traženja pomoći od drugih i skupinu se moglo povezati s postojanjem otpuštajućeg (eng. *dismissing*) obrasca privrženosti. Ove osobe se teže upuštaju u liječenje zbog potrebe očuvanja njihove autonomije i neovisnosti. Ova skupina nije toliko zainteresirana za dešavanja povezana s odnosima koliko se bavi samoprocjenom te afekt ljutnje za osobe iz ove skupine ne predstavlja toliko problem koliko ga predstavlja afekt srama.

Kohezija selfa bolesnika s GPL-om održava se i ovisi o odnosima. Za eksternalizaciju tzv. „stranog“ dijela selfa (različitih nepodnošljivih negativnih osjećaja, slika i dr.) (38) bolesnik s GPL-om treba drugog s kojim je u odnosu (onakve kvalitete kakvu je sposoban ostvariti), kako bi stvorio podnosivu, iako fragilnu, self reprezentaciju. Svako potencijalno napuštanje prijeteći nepodnošljivim kolapsom self reprezentacije, ili u slučaju obnavljanja odnosa vodi do uspostavljanja početnog stanja u kojem drugi nastavlja biti nositeljem „stranog“ dijela bolesnikovog selfa. Pribježištem za projekciju nepodnošljivog stanja self može postati i dio bolesnikovog vlastitog tijela. Konačno, osobe koje iz nepodnošljive situacije, koja proizlazi iz oštećenja u razvoju selfa i interpersonalnih odnosa, mogu izlaz tražiti u suicidu.

Od psihoanalitičkog modela šire je prihvaćen integrirani motivacijsko-voljni model (eng. *integrated motivational-volitional model [IMV model]*) suicidalnog ponašanja (287). Radi se o tripartitnom modelu koji opisuje biopsihosocijalni kontekst u kojem se mogu pojaviti suicidalna ideacija i ponašanje (premotivacijska faza), čimbenici koji dovode do uočljive suicidalne ideacije (motivacijska faza) i čimbenici koji vode prijelazu sa suicidalne ideacije na pokušaj suicida (voljna faza). Za ovaj model važne su četiri jedinstvene teorijske perspektive. Prva, pozadinska, je dijateza-stres model koji prepoznaje da u prisustvu stresora individualna vulnerabilnost povećava rizik za razvoj suicidalne ideacije, a primjeri za to su jako izražen perfekcionizam ili okolinski čimbenici, kao npr. socio-ekonomska deprivacija. Druga komponenta IMV je planirano ponašanje i koja se odnosi na najjačeg neposrednog prediktora ponašanja, odnosno na namjeru ili motivaciju osobe da izvrši suicidalno ponašanje. U središtu motivacijske faze IMV modela je odnos između poraza i poniženja i zarobljenosti koji dovode do suicidalne ideacije preuzete iz evolucijske psihologije (eng. „*arrested flight*“), ponašanje prvo opservirano kod depresije i odnosi se na osjećaj poraza bez nade u bijeg ili spas (zarobljen) i jedini izlaz koji ostaje je suicid. Kao četvrta teorijska perspektiva IMV je diferencijalna aktivacijska hipoteza koja navodi da se kod doživljaja distresa stvara povezanost između njega i suicidalne ideacije i sa svakom slijedećom epizodom distresa put od njega do suicidalne kognicije sve se jače uspostavlja i sve ga se lakše aktivira. Negativno raspoloženje također

1. UVOD

potencira sklonost prema negativnoj informaciji, „negativna reaktivnost“. Ako je jedanput ovaj put zacrtan, izvan stanja distresa on ostaje latentan, dok ne bude ponovno pokrenut negativnim raspoloženjem.

2. HIPOTEZE

Hipoteze istraživanja se odnose na niže navedene tvrdnje:

1. Traumatska iskustva u djetinjstvu pozitivno su povezana s autodestruktivnim ponašanjem kao i s eksplicitnim sramom, narcističkom vulnerabilnošću i ljutnjom u odraslih bolesnika s GPL-om.
2. Narcistička vulnerabilnost, eksplicitni sram i ljutnja medijatori su u odnosu između traumatskih iskustava u djetinjstvu i autodestruktivnog ponašanja u odraslih bolesnika s GPL-om.

3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Ciljevi istraživanja odnose se na niže navedene radnje.

1. Ispitati povezanost traumatskih iskustava u djetinjstvu s razinom autodestruktivnog ponašanja u odraslih bolesnika s GPL-om.
2. Ispitati povezanost traumatskih iskustava u djetinjstvu s narcističkom vulnerabilnošću, eksplicitnim sramom i ljutnjom u odraslih bolesnika s GPL-om.
3. Ispitati povezanost narcističke vulnerabilnosti, eksplicitnog srama i ljutnje s razinom autodestruktivnog ponašanja u odraslih bolesnika s GPL-om.
4. Ispitati potencijalni medijacijski učinak narcističke vulnerabilnosti, eksplicitnog srama i ljutnje u kontekstu povezanosti traumatskih iskustava u djetinjstvu i razine autodestruktivnog ponašanja odraslih bolesnika s GPL-om.

4. ISPITANICI I METODE

4.1. Ispitanici

Za potrebe ovog istraživanja u namjerni uzorak uključeni su bolesnici koji su liječeni ambulantno, bolnički i putem dnevne bolnice, a koji su zadovoljili dijagnostičke kriterije graničnog poremećaja ličnosti (GPL-a). Istraživanje je uključilo prigodan i konsekutivni uzorak bolesnika koji su se tijekom 2021. i 2022. godine liječili u Klinici za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb (istraživanje je provedeno od rujna 2021. do rujna 2022. godine). Dijagnoza graničnog poremećaja ličnosti (F60.3) postavljena je na temelju kriterija Međunarodne klasifikacije bolesti – deseta revizija (MKB 10) (25) Komorbidne psihijatrijske dijagnoze postavljene su korištenjem M.I.N.I. i kriterija Međunarodne klasifikacije bolesti – deseta revizija (MKB 10). Čimbenici isključivanja odnosili su se na dijagnozu shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja različite etiologije, mentalnih poremećaja izazvanih različitim organskim bolestima te mentalne retardacije.

Istraživanje je realizirano sa 111 ispitanika koji su zadovoljili uključne kriterije (dijagnoza graničnog poremećaja ličnosti i dob bolesnika u rasponu od 18 do 65 godina) od kojih su njih 28 (25,2%) bili muškarci a 83 (74,8%) žene u dobi od 19 do 62 godine. Prosječna dob muškaraca je iznosila 41,2 (SD = 10,3) a žena 36,5 (SD = 12,9) godina. Prema Kolmogorov-Smirnovljenom testu realizirana dobna struktura je prihvatljivo normalne razdiobe ($p = 0,084$). Za potrebe nekih analiza dob je trihotomizirana na osnovi prvog i trećeg kvartila: prvih 25% čini najmlađu skupinu (18 – 26 godina), slijedećih 50% odraslu skupinu (27 – 49 godina) i preostalih 25% najstariju skupinu (50 – 62). Prosječna dob najmlađih ispitanika je 23,1 (N = 30, SD = 2,76) godina, odraslih 38,1 (N = 57, SD = 7,2) i najstarijih 55,1 (N = 24, SD = 3,2). Prema rezultatima χ^2 testa ispitanici tako definiranih skupina ne razlikuje se statistički značajno (Tablica 4.1).

4. ISPITANICI I METODE

Tablica 4.1. Razdioba ispitanika prema dobnim kategorijama i spolu – rezultat χ^2 testa

Dobne kategorije		Spol		Ukupno
		Muški	Ženski	
Najmlađi	n ^a	4	26	30
	hp ^b	13,3%	86,7%	100,0%
	vp ^c	14,3%	31,3%	27,0%
Odrasli	N	19	38	57
	Hp	33,3%	66,7%	100,0%
	Vp	67,9%	45,8%	51,4%
Najstariji	N	5	19	24
	Hp	20,8%	79,2%	100,0%
	Vp	17,9%	22,9%	21,6%
Ukupno	N	28	83	111
	Hp	25,2%	74,8%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%
χ^2 – test		$\chi^2=4,481$	df=2	p=0,106

^a broj ispitanika, ^b horizontalni postotak, ^c vertikalni postotak

4.2. Metode rada

4.2.1. Protokol istraživanja

Bolesnicima koji su zadovoljili osnovni ključni kriterij pristupilo se prilikom dolaska na bolničko liječenje (odjel i dnevna bolnica) ili ambulantno liječenje u Klinici za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb te ih je psihijatar zamolio za sudjelovanje u istraživanju. Bolesnicima se objasnila svrha i način istraživanja, a svoj pristanak za sudjelovanje u istraživanju dali su potpisivanjem informiranog pristanka. Bolesnicima se objasnilo kako će se osobe uključene u ovo istraživanje držati procedure predviđene za zaštitu osobnih podataka. Podatci dobiveni ovim istraživanjem koristit će se isključivo u znanstvene svrhe s čime su bolesnici bili upoznati i s činjenicom da će njihov identitet uvijek ostati zaštićen. Ispitanike se također informiralo da u bilo kojem trenutku mogu odustati od sudjelovanja u istraživanju. Drugim riječima, istraživanje se provodilo u skladu sa svim primjenjivim smjernicama čiji je cilj osigurati pravilno provođenje i sigurnost osoba koje sudjeluju u ovom znanstvenom istraživanju, uključujući osnove dobre kliničke prakse i Helsinšku deklaraciju. Bateriju samoprocjenskih upitnika su ispunjavali tijekom liječenja u bolnici ili za vrijeme ili nakon

4. ISPITANICI I METODE

ambulantnog psihijatrijskog pregleda u prostorijama koje su omogućile neometano ispunjavanje baterije upitnika.

4.2.2. Instrumenti

1. Sociodemografski i opći klinički status: dob, spol, stupanj

obrazovanja, radni status, bračni status, broj djece, dužina i broj psihijatrijskog liječenja.

2. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema - deseta revizija (MKB 10) (25) – kriteriji za dijagnozu emocionalno nestabilne ličnosti/graničnog poremećaja ličnosti (F60.3).

a) Klinički intervju:

1. Kratki međunarodni neuropsihijatrijski intervju Ver. 5.0 (eng. the Mini International Neuropsychiatric Interview, M.I.N.I. Ver. 5, (291) strukturirani je dijagnostički intervju koji omogućuje istraživačima dijagnostiku psihijatrijskih poremećaja, na temelju kriterija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema - deseta revizija (MKB 10, SZO, 2012)

b) Samoprocjenski mjerni instrumenti:

1. Upitnik trauma u djetinjstvu – kratki oblik (The Childhood Trauma Questionnaire Short form – CTQ-SF (292) je standardizirani retrospektivni samoprocjenski upitnik s 28 čestica, koji mjeri jačinu različitih vrsta traumatskih iskustava tijekom odrastanja, formirajući 5 kliničkih supskala za emocionalno, fizičko i seksualno zlostavljanje te emocionalno i fizičko zanemarivanje. Tri čestice su dizajnirane kako bi mjerile tzv. minimalizaciju/negiranje za provjeru ekstremne pristranosti u odgovorima, posebno pokušaje ispitanika da minimaliziraju svoja iskustva zlostavljanja u djetinjstvu. 28 čestica upitnika konstruirane su kao izjave koje počinju s frazom „Tijekom odrastanja...“. Sve supskale o zlostavljanju i zanemarivanju su zbrojevi ocjena od „U potpunosti netočno“ (ocjena 1) do „U potpunosti točno“ (ocjena 5), i nakon što se invertira sedam stavki, sve supskale stoga mogu varirati između 5 i 25. Navedeno je drugačije za supskalu minimalizacije/negiranja.

4. ISPITANICI I METODE

U istraživanju rađenom na uzorku izvanbolnički psihijatrijski liječenih ratnih veterana koji su aktivno sudjelovali u Domovinskom ratu u Hrvatskoj (1991-1995), pouzdanost upitnika iznosila je prema Cronbach α koeficijentu 0,80 (293).

U ovom istraživanju pouzdanost upitnika je visoka s Cronbach α koeficijentom od 0,908. Isključene su čestice CTQ10, CTQ16 i CTQ22. Sve supskale imaju visoku pouzdanost, osim supskale fizičko zanemarivanje koja se nalazi na donjem pragu pouzdanosti (Cronbach α koeficijent iznosi 0,651).

2. Inventar patološkog narcizma (Pathological Narcissism Inventory – PNI) (294) je višedimenzionalna samoprocjenska mjera koja mjeri grandiozne i vulnerabilne aspekte patološkog narcizma i sastoji se od 52 čestice. Odgovori na PNI-u daju se na skali koja se kreće od 0 („Uopće mi nije nalik“) do 5 („Gotovo u potpunosti mi je nalik“). PNI mjeri patološki narcizam kroz sedam dimenzija: grandiozne fantazije (npr. „Često maštam o tome da mi se dive i poštuju me“), samožrtvujuće samouzdanje (npr. „Brigom za druge mogu postići da se dobro osjećam“), iskorištavanje (npr. „Obično se riječima mogu izvući iz bilo koje situacije“), kontigentno samopoštovanje (npr. „Moje samopoštovanje se često mijenja“), skrivanje selfa (npr. „Mrzim tražiti pomoć“), obezvrjeđivanje (npr. „Ponekad se osjećam posramljeno zbog svojih očekivanja od drugih kad me oni razočaraju“), bijes zbog osjećaja polaganja prava na nešto (npr. „Razljutim se kad ljudi ne primjećuju sve što činim za njih“). U istraživanju je korištena standardizirana verzija instrumenta prevedena na hrvatski jezik (295). Konfirmatorne faktorske analize pokazale su dva faktora višeg reda; grandiozni i vulnerabilni narcizam (296). Supskale koje zajedno daju mjeru grandioznog narcizma su: grandiozne fantazije, samožrtvujuće samouzdanje i iskorištavanje. Supskale koje zajedno daju mjeru vulnerabilnog narcizma su: kontigentno samopoštovanje, skrivanje selfa, obezvrjeđivanje i bijes zbog osjećaja polaganja prava na nešto. S obzirom na različite duljine skala PNI-a, kao mjera svake skale koristi se aritmetička sredina zbog mogućnosti međusobne usporedbe. Prema Jakšiću i suradnicima (295) skala Vulnerabilnog narcizma pokazala je visoku pouzdanosti s Cronbach α koeficijentom 0,93, skala Grandioznog narcizma s Cronbach α koeficijentom 0,83, a za cjelokupni upitnik Cronbach α koeficijent iznosio je 0,93 (295). I u ovom istraživanju navedene skale su visoke pouzdanosti, za skalu vulnerabilnog narcizma Cronbach α koeficijent iznosi 0,911, za skalu grandioznog narcizma Cronbach α koeficijent iznosi 0,915, a za cjelokupni upitnik Cronbach α koeficijent iznosi 0,963. Prema nekim dosadašnjim istraživanjima pokazalo se kako je PNI posebno pouzdan u određivanju profila vulnerabilnog narcizma. (297).

4. ISPITANICI I METODE

3. Skala doživljaja srama (The Experience of Shame Scale – ESS) (161) je samoprocjenski mjerni instrument od 25 čestica koji procjenjuje učestalost doživljaja srama povezanih s karakterom, ("Jeste li se osjećali posramljeno zbog toga kakva ste osoba?"), ponašanjem ("Jeste li pokušali prikriti stvari koje ste učinili, a zbog kojih ste se osjećali posramljeno?") i tijelom ("Jeste li izbjegavali gledati se u ogledalu?"). Ispitanici ocjenjuju učestalost doživljavanja, razmišljanja i izbjegavanja bilo kojeg od tri oblika srama tijekom prošle godine na Likertovoj skali od 1 (nimalo) do 4 (vrlo često). Izvorna prospektivna studija provedena na studentima je test-retestom pokazala kako ESS ima visoku unutarnju konzistentnost i pouzdanost te također dobru diskriminativnu i konstruktivnu valjanost (161). Istraživanje provedeno na psihijatrijskim bolesnicima iz 2016. godine potvrdilo je prvotno predloženu tro-faktorsku strukturu (tj. sram vezan uz karakter, ponašanje i tijelo). Također je pokazalo adekvatnu unutarnju pouzdanost i vremensku stabilnost za sve tri supskale navedenog instrumenta (298). Dosadašnja istraživanja sugerirala su značajne veze s mjerama osobina temperamenta, depresije, poremećaja prehrane i simptoma graničnog poremećaja ličnosti (161, 299, 300, 298). Visoka pouzdanost instrumenta korištenog na ispitanicima u Hrvatskoj, potvrđena je od strane Jakšića i suradnika (150). U ovom istraživanju pouzdanost instrumenta je također vrlo visoka te prema Cronbach α koeficijentu iznosi 0,957.

4. Inventar smoozljeđujućeg ponašanja (The Self-harm inventory – SHI) (254) je samoprocjenska ljestvica koja mjeri sklonost različitim vrstama smoozljeđujućeg ponašanja/autodestruktivnosti. Sastoji se od 22 čestice na koje se odgovara s odgovorima da ili ne. Sve čestice započinju frazom: "Jeste li (se) ikad namjerno...". Pojedinačne čestice uključuju "rezali po tijelu, palili po tijelu, udarali..., grebali po tijelu" i "sprječavali rane da zarastu". Tri čestice vezane su uz poremećaje prehrane ("trudili se ozlijediti prilikom vježbanja, gladovali da si naškodite, zlouporabili laksative da si naškodite"), dvije čestice označavaju visok stupanj letalnosti (tj. "predozirali, pokušali samoubojstvo") i tri čestice koje se odnose na medicinske probleme (tj. "sprečavali rane da zarastu, otežavali zdravstveno stanje (npr. preskočili uzeti lijek), zlouporabili propisani lijek"). Ukupni rezultat SHI-a čini zbroj odgovora "da", s maksimalnim mogućim rezultatom od 22 boda. Svi potvrdni odgovori na upitniku označuju patologiju. Upitnik je izvorno razvijen kako bi se katalogizirala smoozljeđujuća ponašanja i u svrhu detekcije GPL-a. U početnim testiranjima, u usporedbi s Dijagnostičkim intervjuom za granične poremećaje, SHI je pokazao točnost dijagnoze od 84% pri pragu rezultata od 5 (pet ili više potvrdnih odgovora), te 85% i 88% pri pragovima rezultata od 6 i 7. U dosadašnjim istraživanjima na psihijatrijskim bolničkim ispitanicima upitnik se pokazao visoke pouzdanosti

4. ISPITANICI I METODE

(301, 302). U ovom istraživanju vrijednost Cronbachovog α koeficijenta od 0,869 ukazuje na činjenicu da je SHI upitnik prihvatljivo pouzdan u procjeni samoozljeđujućeg ponašanja.

5. Upitnik agresivnosti (The Agression Questionnaire – AQ) (303) je samoprocjenski mjerni instrument koji predstavlja reviziju Buss-Durkee inventara hostilnosti (BDHI). Upitnik se sastoji od 29 čestica od kojih se dvije obrnuto kodiraju. Ispitanici odgovaraju na pitanja izražavanjem stupnja slaganja sa sadržajem čestica na Likertovoj skali od 1 („Uopće se ne odnosi na mene“) do 5 („U potpunosti se odnosi na mene“). Upitnik se sastoji od 4 faktora (304): fizička agresivnost (npr. „Upadam u tučnjave češće nego većina drugih ljudi“), verbalna agresivnost (npr. „Moji prijatelji kažu da sam pomalo svadljiv/a“), ljutnja (npr. „Ponekad izgubim kontrolu nad sobom bez pravog razloga“) i hostilnost (npr. „Ponekad me izjeda ljubomora“). Rezultati supskala mogu se zbrojiti kako bi se dobila ukupna ocjena. Viši rezultati ukazuju na viši stupanj agresivnosti. Pouzdanost upitnika kreće se u rasponu od 0,72 do 0,89 (303). Npr. u hrvatskom istraživanju rađenom na velikom uzorku studenata, pouzdanost upitnika prema Cronbach α koeficijentu iznosila je 0,83, a cijelog upitnika 0,88 (305) U ovom istraživanju vrijednosti Cronbachovog α koeficijenta od 0,909 ukazuju na visoku pouzdanost skale u procjeni agresije, u analizama je korištena supskala ljutnja (AQ-A) koja prema vrijednosti Cronbach α koeficijenta 0,825 pokazuje prihvatljivu pouzdanost.

6. Beckov inventar depresivnosti verzija II (eng. The Beck Depression Inventory - Second Edition – BDI-II) (306) je samoprocjenski mjerni instrument kojim se ispituje prisutnost i izraženost simptoma depresije, odnosno stupanja depresivnosti. Sastoji se od 21 čestice koje opisuju depresivne simptome (npr. osjećaj žalosti, gubitak zadovoljstva, osjećaj uznemirenosti, gubitak energije, teškoće koncentracije i slično). Za svaki simptom ponuđene su četiri tvrdnje, a ispitanik mora označiti onu koja najbolje opisuje njegovo/njezino stanje unazad 2 tjedna, uključujući i taj dan. Odgovori se mjere na skali od 4 stupnja (0 – 3), pri čemu viši odgovori upućuju na veću težinu simptoma depresije. Teoretski raspon odgovora kreće se od 0 do 63. S obzirom na ukupni rezultat autori ovog upitnika ponudili su sljedeće razine depresivnosti: minimalna depresivnost (0 do 13), blaga depresivnost (14 do 19), umjerena depresivnost (20 do 28) i teška depresivnost (29 do 63). Domaće istraživanje provedeno na bolesnicima iz ordinacija obiteljske medicine uputilo je na adekvatnu konstruktnu, odnosno faktorsku i dijagnostičku valjanost hrvatske adaptacije ovog instrumenta (307). Upitnik je u ovom istraživanju pokazao visoku pouzdanost s Cronbachovim α koeficijentom 0,931.

4. ISPITANICI I METODE

7. Beckov inventar anksioznosti (Beck Anxiety Inventory –BAI) (308, 309) je samoprocjenski mjerni instrument koji služi za mjerenje generalizirane anksioznosti i razlikovanje simptoma anksioznosti od depresije. Sastoji se od 21 čestice na koje ispitanik odgovara na ljestvici od 0 do 3, pri čemu 0 označava neprisustvo određenog simptoma, a 3 jaku izraženost simptoma. Stupanj anksioznosti ispitanika određen je ukupnim rezultatom ljestvice, pri čemu veći rezultat upućuje na veći intenzitet anksioznosti. Namijenjena je odraslim osobama, a primjena zahtjeva 5-10 min. (310). Ljestvica je jednostavna za primjenu zbog čega je vrlo često korištena u svakodnevnoj kliničkoj praksi, a koristi se i u Hrvatskoj (311). Što se tiče njene konstruktne valjanosti, u brojnim studijama pokazalo se dobro poklapanje BAI s drugim instrumentima koje mjere anksioznosti, 10 uključujući Hamiltonovu ocjensku ljestvicu anksioznosti ($r=0,51$) i Upitnik anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti (STAI) ($r=0,47-0,58$) (312, 310). Unutarnja pouzdanost instrumenta je visoka, pri čemu se Cronbach alfa koeficijent kreće od 0.9 do 0.94, a testiranje je provedeno na velikim uzorcima psihijatrijskih bolesnika, studenata, zdravih odraslih osoba. Test-retest pouzdanost je zadovoljavajuća, a iznosi 0,62 (interval od sedam tjedana) i 0,93 (interval od tjedan dana) (313-315, 310). Pokazao se i u našem istraživanju visoke unutarnje pouzdanosti s Cronbachovim α koeficijentom 0,930.

8. Upitnik graničnog poremećaja ličnosti (Borderline Personality Questionnaire – BPQ (316) je samoprocjenski upitnik razvijen za procjenu GPL-a temeljeći se na kriterijima DSM-IV-TR, APA 2000). Sastoji se od ukupno 80 čestica, pitanja su u formatu točno/netočno i obuhvaćaju 9 supskala: impulzivnost, afektivna nestabilnost, strah od napuštanja, interpersonalni odnosi, slika o sebi, suicid/samoozljeđivanje, osjećaj praznine, bijes i kvazipsihotična stanja. Devet supskala odgovaraju devet kriterija GPL-a prema DSM IV. BPQ je reprezentativan i široko korišten upitnik, a istraživači su potvrdili da je pouzdano i valjano sredstvo za procjenu obilježja graničnog poremećaja ličnosti (317). Iako se BPQ temelji na kriterijima DSM-IV-TR, mnoge studije izvještavaju da nema razlika između definicija devet simptoma GPL-a u DSM-IV-TR i DSM-5 (318, 319), pa je BPQ i dalje značajan za mjerenje GPL-a. Koeficijent pouzdanosti Cronbach alfa u prethodnim stranim istraživanjima iznosio je 0,93 (320). U stranim istraživanjima supskale upitnika su pokazivale adekvatnu do vrlo visoku unutarnju konzistentnost (0,78 do 0,93) (317). U ovom istraživanju pouzdanost supskala upitnika, prema Cronbachovim α koeficijentima, kreće se u zadovoljavajućem rasponu od 0,708 do 0,869 i mogu se smatrati veoma pouzdanima. Ukupni rezultat je zbroj svih devet supskala. Pouzdanost upitnika određena je Cronbachovim α koeficijentom svih 80 čestica, nešto je viša od pouzdanosti sastavnica, 0,901 (Tablica 5.19).

4. ISPITANICI I METODE

4.2.3. Popis varijabli istraživanja

Varijable ovog istraživanja s pripadnim nazivima, njihovim kraticama, a u slučaju kategorijalnih i s pripadnim kodovima i nazivima kategorija, sustavno su navedene u Tablici 4.2. S obzirom na velik broj upitnika s ukupno 256 čestica one nisu uvedene u tablicu nego samo njihove supskale koji predstavljaju osnovne varijable za testiranje postavljenih hipoteza predmetnog istraživanja. Detaljni uvid u pojedine upitnike nalazi se u Prilozima.

Tablica 4.2. Varijable

Šifra	Varijabla	Kategorije	
	Naziv	Kod	Naziv
Opći podaci			
RB	Redni broj		
DOB	Godine života		
DOB-K3	Godine života	1	Najmlađi
		2	Odrasli
		3	Najstariji
SPOL	Spol	1	Muški
		2	Ženski
Sociodemografski i opći klinički status			
SES	Sociodemografski i opći klinički status		
SES-K	Kategorije sociodemografskog i općeg kliničkog statusa	1	Niski
		2	Srednji
		3	Visoki

4. ISPITANICI I METODE

Tablica 4.2. Varijable

Upitnik trauma u djetinjstvu – CTQ			
CTQ-1	Emocionalno zlostavljanje		
CTQ_2	Fizičko zlostavljanje		
CTQ-3	Seksualno zlostavljanje		
CTQ-4	Emocionalno zanemarivanje		
CTQ-5	Fizičko zanemarivanje		
CTQ-6	Minimalizacija / negiranje		
CTQ-Total	Ukupna trauma u djetinjstvu		
CTQ-Prosjeak	Prosječna trauma u djetinjstvu		
CTQ1-K	Emocionalno zlostavljanje	0	Nije
		1	Nisko
		2	Srednje
		3	Visoko
CTQ2-K	Fizičko zlostavljanje	0	Nije
		1	Nisko
		2	Srednje
		3	Visoko
CTQ3-K	Seksualno zlostavljanje	0	Nije
		1	Nisko
		2	Srednje
		3	Visoko
CTQ4-K	Emocionalno zlostavljanje	0	Nije
		1	Nisko
		2	Srednje
		3	Visoko
CTQ5-K	Fizičko zanemarivanje	0	Nije
		1	Nisko
		2	Srednje
		3	Visoko
Inventar patološkog narcizma – PNI			
PNI-1	Kontingentno samopoštovanje		
PNI-2	Iskorištavanje		
PNI-3	Samožrtvovajuće samouzdanje		
PNI-4	Skrivanje selfa		
PNI-5	Grandiozne fantazije		
PNI-6	Obezvrjeđivanje		
PNI-7	Bijes zbog osjećaja polaganja prava na nešto		
PNI-8	Grandioznost		
PNI-9	Vulnerabilnost		
PNI-10	Patološki narcizam		

4. ISPITANICI I METODE

Tablica 4.2. Varijable

Skala doživljaja srama – ESS			
ESS-1	Karakterološki sram		
ESS-2	Bihevioralni sram		
ESS-3	Tjelesni sram		
ESS-Total	Ukupni doživljaj srama		
Upitnik agresivnosti – AQ			
AQ-PA	Fizička agresivnost		
AQ-VA	Verbalna agresivnost		
AQ-A	Ljutnja		
AQ-H	Hostilnost		
AQ-Total	Ukupna agresivnost		
Inventar samoozljeđujućeg ponašanja – SHI			
SHI- Total	Ukupni inventar samoozljeđujućeg ponašanja		
Upitnik graničnog poremećaja ličnosti – BPQ			
BPQ-1	Impulzivnost		
BPQ-2	Afektivna nestabilnost		
BPQ-3	Strah od napuštanja		
BPQ-4	Interpersonalni odnosi		
BPQ-5	Slika o sebi		
BPQ-6	Suicid/samoozljeđivanje		
BPQ-7	Osjećaj praznine		
BPQ-8	Bijes		
BPQ-9	Kvazipsihotična stanja		
BPQ-Total	Upitnik graničnog poremećaja ličnosti ukupno		
Beckov inventar anksioznosti – BAI			
BAI-K	Kategorije Beckovog inventara anksioznosti	1	Minimalna
		2	Blaga
		3	Umjerena
		4	Teška
BAI-Total	Beckov inventar anksioznosti ukupno		
Beckov inventar depresivnosti ver. II – BDI-II			
BDI2-K	Kategorije Beckovog inventara depresivnosti ver. II	1	Minimalna
		2	Blaga
		3	Umjerena
		4	Teška
BDI2-Total	Beckov inventar depresivnosti ver. II ukupno		

4.3. Statistička obrada podataka

Valjanost svakog od korištenih upitnika procijenjena je Cronbachovim α koeficijentom. Za detaljno opisivanje varijabli i njihovih izvedenica, za svaki pojedini upitnik, primijenjena je deskriptivna statistika. Pojedine varijable upitnika opisivane su frekvencijama budući da su diskretnih vrijednosti, dok njihove izvedenice parametrima za kontinuirane varijable (npr. aritmetička sredina, standardna devijacija, minimalna i maksimalna vrijednost). Kontinuirane varijable testirale su se na normalnost raspodjele Kolmogorov-Smirnovljevom metodom o čijem ishodu je ovisio izbor metoda za testiranje postavljenih hipoteza. Hipoteze s normalno distribuiranim varijablama testirane su parametrijskim metodama, npr. u slučaju spola razlike s t-testom za nezavisne uzorke, zavisnost među parovima varijabli Pearsonovim koeficijentom korelacija. U slučaju nominalnih varijabli i skala, te kontinuiranih varijabli, koje ne ispunjavaju uvjet za normalnu raspodjelu, korištene su odgovarajuće neparametrijske metode, Mann-Whitney U test za dva nezavisna uzorka, a za zavisnost među parovima varijabli Spearmanov koeficijent korelacije, općenito s metodama koje se temelje na rangovima. Utjecaj pojedinih prediktora i medijatora na kriterijsku varijablu testiran je prikladnim *stepwise* regresijskim modelima (321-324). U svrhu zornog prikazivanja odnosa kriterija s prediktorom i medijatorima, tj. izravnih i posrednih utjecaja na kriterijsku varijablu, implementirani su i odgovarajući *path* modeli. Prag statističkog odlučivanja je uobičajenih 0,05. Obrada podataka izvedena je pomoću programskih paketa PASW Statistics 18, STATISTICA ver. 10 i *lavaan package in R programming language and environment*. S obzirom na činjenicu da je izbor entiteta bio sužen na relativno uski krug mogućih

ispitanika potrebna veličina uzorka provedena je tzv. a priori analizom pomoću programa G*Power (ver. 3.1.9.2). Analiza se ponajprije odnosila na najvažnije metode testiranja hipoteza istraživanja: korelacijsku i regresijsku analizu. Rezultati analiza su pokazala da je za potrebe ovog istraživanja dovoljno anketirati oko 100 ispitanika uz odgovarajuću veličinu učinka (za korelacijsku analizu 0,3 odnosno 0,15 za regresijsku). Od početnog broja od 121 ispitanika, istraživanje je realizirano sa 111 ispitanika, budući da 6 ispitanika nije do kraja ispunilo bateriju testova, a 4 ispitanika je odustalo od sudjelovanja u istraživanju. Proračun statističke snage za korištene statističke analize, uz a priori postavljenu razinu statističke značajnosti na $\alpha=0.05$, proveden je također uz pomoć G*Power (ver. 3.1.9.2). Za dvosmjerni test bivarijantne korelacije uz srednju veličinu utjecaja (0,3), sa 111 ispitanika, daje snagu istraživanja od 0,91 (91%). Za multivarijantnu regresijsku analizu s najvećim brojem prediktora (5 varijabli u modelu) i pretpostavljenu veličinu učinka od 0.15

4. ISPITANICI I METODE

(umjerena veličina učinka), snaga istraživanja iznosi 0.96 (96%). Analiza t-testa za nezavisne uzorke, omjera ispitanika 28/83, uz srednju veličinu utjecaja (0,5), pokazala je da snaga istraživanja iznosi 0,82 (82%). Za χ^2 test, uz srednju veličinu utjecaja (0,3), omjer $\beta/\alpha = 4$, uz stupnjeve slobode 2, za 111 ispitanika, je $\alpha = 0,048$, $\beta = 0,191$, što daje 0,81 (81%) snagu istraživanja.

5. REZULTATI

5.1. Sociodemografski i opći klinički status – SES

Upitnik sociodemografskog i općeg kliničkog statusa naveden je u prilogu 1.

U okviru analize sociodemografskih i općih kliničkih parametara dobiveni su sljedeći rezultati: Obrazovna struktura sačinjavala je: 4,5% ispitanika sa završenom osnovnom školom, 54,1%, sa završenom srednjom školom, 10,8% sa završenom višom školom, 26,1% s fakultetskom naobrazbom i 4,5% s akademskim stupnjem magistra ili doktora znanosti.

Distribucija bračnog statusa ispitanika ukazivala je na zastupljenost: 54,1% neoženjenih/neudatih ispitanika, 24,3% oženjenih/udatih ispitanika, 7,2% razvedenih, 1% ispitanika u registriranom partnerstvu, 10,8% ispitanika živi s partnerom/partnericom i 1,8% udovaca/udovica. 34,2% ispitanika imali su djecu.

Mjesečni dohodak ispitanika dijelio se po kategorijama: 36,9% ispitanika bili su u kategoriji do 2000 kn, 31,5% između 2000 i 5000 kn, 27% između 5000 i 10000 kn, a 4,5% iznad 10000 kn. Klinički podaci ispitanika s obzirom na oblike i vrste psihijatrijskog liječenja u koje su bili uključeni, mogu se prikazati: 51,4% liječeno je hospitalno, 47,7% putem dnevne bolnice, 100% ispitanika je u određenim periodima koristilo i ambulantno liječenje. Psihofarmakoterapija kao jedini oblik liječenja primijenjena je kod 39,63% ispitanika uz suport, dok je kombinirano liječenje uključujući psihofarmakoterapiju i neke oblike psihoterapijskih tehnika u kojima je dominirala suportivna psihoterapija, primijenjeno kod 60,36% ispitanika. Niti jedan ispitanik nije bio liječen isključivo psihoterapijom.

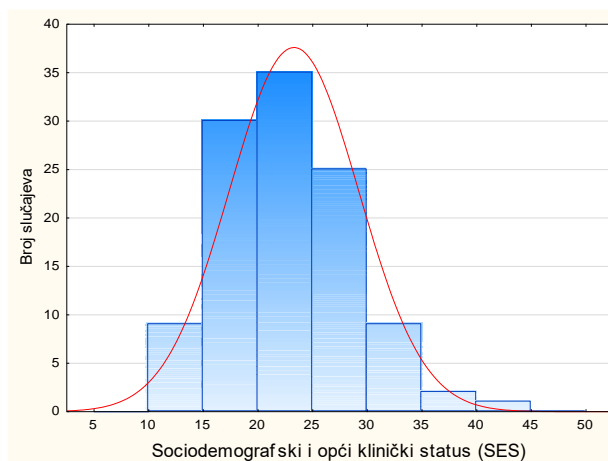
Prosjek trajanja psihijatrijskog liječenja iznosio je 103,39 dana, sa standardnom devijacijom od 8,35 dana. Medijalna vrijednost trajanja liječenja bila je 72 dana.

Na temelju analize sociodemografskih i općih kliničkih varijabli, nije utvrđena statistički značajna razlika između muškaraca i žena.

Nakon detaljne analize pojedinih čestica ustanovljeno je kako njihova pojavnost ne zavisi od spola ispitanika niti od dobnih skupina. Za konačni pokazatelj sociodemografskog i općeg kliničkog statusa korišten je zbroj kako slijedi: $SES = SES1 + (10 - SES2) + SES3 + SES3a + SES5 + SES7-K + SESA + SESB + SES8$. Pri tome je SES7-K dobiven trihotomizacijom, slično kao i dob ispitanika. Pri tome kod „1“ pridružen je onim ispitanicima koji su se liječili od psihičkih poteškoća od 181 do 360 dana, kod „2“ onima koji su se liječili od 25 do 180 dana a kod „3“ onima koji su liječeni od 0 do najviše 24 dana.

5. REZULTATI

Razdioba sociodemografskog i općeg kliničkog statusa prikazana je na Slici 5.1 s pripadnom normalnom razdiobom. Jasno je uočljivo da sociodemografski i opći klinički status ispitanika striktno prati odgovarajuću normalnu razdiobu što potvrđuje i rezultat analize Kolmogorov-Smirnovljevim testom ($N = 111$, $Z = 1,030$, $p = 0,239$).



Slika 5.1. Razdioba sociodemografskog i općeg kliničkog statusa (SES)

Razlika sociodemografskog i općeg kliničkog statusa nije statistički značajna prema spolu ispitanika. Muškarce u prosjeku nalazimo u sociodemografskom i općem kliničkom statusu s 23,1 boda ($N = 28$, $SD = 23,1$) a žene 23,2 ($N = 83$, $SD = 6,1$). Očekivano, najmlađe i najstarije skupine po sociodemografskom i općem kliničkom statusu postižu podjednaki rezultat: najmlađi u prosjeku 21,5 bodova ($N = 30$, $SD = 6,6$), najstariji 21,8 ($N = 24$, $SD = 5,3$). Odrasla skupina ima značajno bolji status s prosječnih 24,6 bodova ($N = 57$, $SD = 5,3$) što potvrđuje pripadni model analize varijance ($F = 3,66$, $p = 0,029$).

5.2. Upitnik trauma u djetinjstvu – CTQ -SF

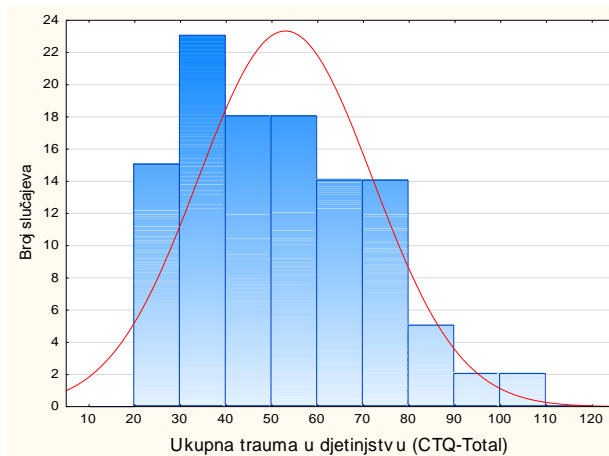
Upitnik trauma u djetinjstvu naveden je u prilogu 2.

Ukupna vrijednost upitnika dobivena je zbrojem svih njegovih čestica kako je navedeno u slijedećoj formuli:

$$\text{CTQ-Total} = \text{CTQ1} + (6 - \text{CTQ2}) + \text{CTQ3} + \text{CTQ4} + (6 - \text{CTQ5}) + \text{CTQ6} + (6 - \text{CTQ7}) + \text{CTQ8} + \text{CTQ9} + \text{CTQ11} + \text{CTQ12} + (6 - \text{CTQ13}) + \text{CTQ14} + \text{CTQ15} + \text{CTQ17} + \text{CTQ18} + (6 - \text{CTQ19}) + \text{CTQ20} + \text{CTQ21} + \text{CTQ23} + \text{CTQ24} + \text{CTQ25} + (6 - \text{CTQ26}) + \text{CTQ27} + (6 - \text{CTQ28}).$$

5. REZULTATI

Razdioba tako dobivene ukupne traume u djetinjstvu prikazana je na Slici 5.2 s pripadnom normalnom razdiobom. Jasno je uočljivo da ukupna trauma u djetinjstvu ispitanika ne prati idealnu normalnu razdiobu, no prema rezultatu analize Kolmogorov-Smirnovljevim testom ($N = 111$, $Z = 0,958$, $p = 0,318$) prihvatljiva je kao normalna razdioba.



Slika 5.2. Razdioba ukupne traume u djetinjstvu (CTQ-Total)

Prosjek ukupne traume u djetinjstvu muškaraca je 46,0 ($N = 28$, $SD = 15,1$) dok je u skupini žena 55,0 ($N = 83$, $SD = 19,7$) što je prema t-testu za nezavisne uzorke statistički značajna razlika ($t = -2,20$, $df = 109$, $p = 0,030$). Dobne skupine ne razlikuju se statistički značajno glede ukupne traume u djetinjstvu. Prosječna ukupna trauma u djetinjstvu najmlađih ispitanika iznosi 56,9 ($N = 30$, $SD = 3,2$), u odrasloj skupini 50,2 ($N = 57$, $SD = 19,7$), a u najstarijoj skupini 53,5 ($N = 24$, $SD = 18,4$). Prema analizi varijance razlike nisu statistički značajne ($F = 1,26$, $p = 0,288$). Sveukupni prosjek ukupne traume u djetinjstvu iznosi 52,7 ($N = 111$, $SD = 18,97$). Teoretski raspon CTQ-a je od 28 do 140.

Unutarnja konzistencija CTQ upitnika, sa svojih 25 čestica, mjerena Cronbachovim α koeficijentom u iznosu od 0,908, može se smatrati pouzdanim instrumentom za procjenu ukupne traume u djetinjstvu. Pri tome isključene su čestice CTQ10, CTQ16 i CTQ22.

Pouzdanim mjernim instrumentima mogu se smatrati supskale CTQ-a opisane u Tablici 5.1.

5. REZULTATI

Tablica 5.1. Supskale upitnika trauma djetinjstvu (CTQ-SF) (292)

Supskala		Zbroj čestica	Cronbach α
Šifra	Naziv		
CTQ-1	Emocionalno zlostavljanje	CTQ3+CTQ8+CTQ14+CTQ18+CTQ25	0,862
CTQ-2	Fizičko zlostavljanje	CTQ9+CTQ11+CTQ12+CTQ15+CTQ17	0,812
CTQ-3	Seksualno zlostavljanje	CTQ20+CTQ21+CTQ23+CTQ24+CTQ27	0,920
CTQ-4	Emocionalno zanemarivanje	(6-CTQ5)+(6-CTQ7)+(6-CTQ13)+(6-CTQ19)+(6-CTQ28)	0,876
CTQ-5	Fizičko zanemarivanje	CTQ1+(6-CTQ2)+CTQ4+CTQ6+(6-CTQ26)	0,651
CTQ-6	Minimalizacija /negiranje	Suma po jedan bod za svaki odgovor sa „5“ na čestice CTQ10, CTQ16 i CTQ22	0,855

Cronbach α koeficijenti supskala su određeni na osnovi njihovih sastavnica. Sve supskale imaju visoku pouzdanost, osim za supskalu fizičko zanemarivanje koja se nalazi na donjem pragu pouzdanosti.

Potrebno je istaknuti da CTQ supskale ne prate normalnu razdiobu. Iz tog razloga testiranje njihove moguće statistički značajne razlike po spolu i dobnim skupinama ispitanika provedeno je neparametrijskim testovima. Pokazali su kako se oni ne razlikuju statistički značajno niti po spolu niti po dobnim skupinama.

Upravo je izostanak normalne razdiobe CTQ supskala potaknula njihovu kategorizaciju u „Nije“, „Nisko“, „Srednje“ i „Izraženo“. Postupak kategorizacije naveden je u Tablici 5.2.

Tablica 5.2. Kategorizacija supskala upitnika trauma u djetinjstvu (CTQ-SF)

Supskala		Granična (cut-off) vrijednost			
Šifra	Naziv	Nije	Nisko	Srednje	Izraženo
CTQ-1-K	Emocionalno zlostavljanje	8	12	15	16+
CTQ-2-K	Fizičko zlostavljanje	7	9	12	13+
CTQ-3-K	Seksualno zlostavljanje	5	7	12	13+
CTQ-4-K	Emocionalno zanemarivanje	9	14	17	18+
CTQ-5-K	Fizičko zanemarivanje	7	9	12	13+

Učešće pojedinih kategorija CTQ supskala naveden je u Tablici 5.3. Analiza χ^2 testom je potvrdila njihove nezavisnosti o spolu i dobnim kategorijama ispitanika što je u skladu sa rezultatima dobivenim s izvornim varijablama.

5. REZULTATI

Tablica 5.3. Razdioba supskala upitnika trauma u djetinjstvu (CTQ-K)

Supskala		Kategorije			
Šifra	Naziv	Nije	Nisko	Srednje	Izraženo
CTQ-1-K	Emocionalno zlostavljanje	29 (26,1%)	23 (20,7%)	0 (0,0%)	59 (53,2%)
CTQ-2-K	Fizičko zlostavljanje	45 (40,5%)	21 (18,9)	13 (11,7)	32 (28,8%)
CTQ-3-K	Seksualno zlostavljanje	88 (79,3%)	8 (7,2%)	6 (5,4%)	9 (8,1%)
CTQ-4-K	Emocionalno zanemarivanje	29 (26,1%)	31 (27,9%)	13 (11,7%)	38 (34,2%)
CTQ-5-K	Fizičko zanemarivanje	58 (52,3%)	13 (11,7%)	18 (16,2%)	22 (19,8%)

Razdioba pojavnosti minimalizacije / negiranja (CTQ-6-K) je : 0 (89, 80,2%), 1 (16,14,4%), 2 (3, 2,7%), 3 (3, 2,7%). Također je varijabla koja ne zavisi o spolu i dobi ispitanika.

Osnovni parametri supskala i ukupne traume u djetinjstvu navedeni su na Tablici 5.4.

Tablica 5.4. Deskripcija supskala upitnika ukupnih trauma u djetinjstvu (CTQ)

Supskale i ukupno		N	Prosjek	Standardna devijacija	Raspon	
Šifra	Naziv				Min.	Maks.
CTQ-1	Emocionalno zlostavljanje	111	13,48	5,870	5	25
CTQ-2	Fizičko zlostavljanje	111	10,10	5,054	5	24
CTQ-3	Seksualno zlostavljanje	111	6,45	4,071	5	25
CTQ-4	Emocionalno zanemarivanje	111	13,96	5,558	5	25
CTQ-5	Fizičko zanemarivanje	111	8,72	3,573	5	18
CTQ-Total	Ukupna trauma u djetinjstvu	111	52,71	18,973	25	105

5. REZULTATI

5.3. Inventar patološkog narcizma – PNI

Inventar patološkog narcizma naveden je u prilogu 3.

Sastoji se od 52 čestice s odgovorima kodiranim od 0 do 5 što znači da je teoretski raspon bodova od 0 do 260. Prema rezultatima analiza njihove zavisnosti od spola i dobnih skupina, χ^2 testovima, statistički značajne zavisnosti nađene su samo kod nekoliko čestica, što je zanemarivo u odnosu na 104 provedenih testova. Vrijednost Cronbachovog α koeficijenta od 0,963 ukazuje na visoku pouzdanost upitnika u procjeni samoprocjene patološkog narcizma. Za procjenu sastavnica upitnika samoprocjene patološkog narcizma formirano je 10 supskala navedenih u Tablici 5.4. Pouzdanost tako agregiranih čestica neznatno je reducirana jer je i dalje iznad vrlo visokih 0,900 mjerena Cronbachovim α koeficijentom. Izostavljanje supskale ne mijenja pouzdanost upitnika samoprocjene patološkog narcizma (Tablica 5.5).

Tablica 5.5. Supskale Inventara patološkog narcizma (PNI) (294)

Supskala		Zbroj čestica	Cronbach α
Šifra	Naziv		
PNI-1	Kontingentno samopoštovanje	$(\text{PNI}2+\text{PNI}5+\text{PNI}8+\text{PNI}16+\text{PNI}19+\text{PNI}30+\text{PNI}32+\text{PNI}36+\text{PNI}40+\text{PNI}41+\text{PNI}47+\text{PNI}48)/12$	0,918
PNI-2	Iskorištavanje	$(\text{PNI}4+\text{PNI}10+\text{PNI}15+\text{PNI}23+\text{PNI}35)/5$	0,934
PNI-3	Samožrtvovajuće samouzdanje	$(\text{PNI}6+\text{PNI}22+\text{PNI}25+\text{PNI}33+\text{PNI}39+\text{PNI}43)/6$	0,925
PNI-4	Skrivanje selfa	$(\text{PNI}7+\text{PNI}9+\text{PNI}13+\text{PNI}28+\text{PNI}44+\text{PNI}46+\text{PNI}50)/7$	0,925
PNI-5	Grandiozne fantazije	$(\text{PNI}1+\text{PNI}14+\text{PNI}26+\text{PNI}31+\text{PNI}42+\text{PNI}45+\text{PNI}49)/7$	0,917
PNI-6	Obezvrjeđivanje	$(\text{PNI}3+\text{PNI}17+\text{PNI}21+\text{PNI}24+\text{PNI}27+\text{PNI}34+\text{PNI}51)/7$	0,940
PNI-7	Bijes zbog osjećaja polaganja prava na nešto	$(\text{PNI}11+\text{PNI}12+\text{PNI}18+\text{PNI}20+\text{PNI}29+\text{PNI}37+\text{PNI}38+\text{PNI}52)/8$	0,917
PNI-8	Grandioznost	$(\text{PNI}-5*7+\text{PNI}-2*5+\text{PNI}-3*6)/18$	0,915
PNI-9	Vulnerabilnost	$(\text{PNI}-1*12+\text{PNI}-4*7+\text{PNI}-6*7+\text{PNI}-7*8)/34$	0,911
PNI-10	Patološki narcizam	$(\text{PNI}-8*18+\text{PNI}-9*34)/52$	0,911

5. REZULTATI

Razdioba svake od supskala prati normalnu razdiobu, osim supskale obezvređivanje (PNI-6), prema Kolmogorov-Smirnovljevom testu. Prema analizi zavisnosti supskala o spolu i dobnim kategorijama ispitanika nije statistički značajna niti za jednu od njih.

Deskripcija supskala upitnika samoprocjene patološkog narcizma predstavljena je u Tablici 5.6. Kako je uočljivo supskale postižu podjednake prosječne vrijednosti, u rasponu između 2 i 3, kao i pripadne standardne devijacije koje su u rasponu od 1 do 2.

Tablica 5.6. Deskripcija supskala Inventara patološkog narcizma (PNI)

Supskala		N	Prosjek	Standardna devijacija	Raspon	
Šifra	Naziv				Min.	Maks.
PNI-1	Kontingentno samopoštovanje	111	2,68	1,29	0,00	5,00
PNI-2	Iskorištavanje	111	2,05	1,21	0,00	5,00
PNI-3	Samožrtvovajuće samouzdanje	111	2,96	1,23	0,00	5,00
PNI-4	Skriivanje selfa	111	2,90	1,12	0,00	5,00
PNI-5	Grandiozne fantazije	111	2,45	1,44	0,00	5,00
PNI-6	Obezvrjeđivanje	111	2,78	1,94	0,00	5,00
PNI-7	Bijes zbog osjećaja polaganja prava na nešto	111	2,45	1,46	0,00	5,00
PNI-8	Grandioznost	111	2,51	1,04	0,00	4,78
PNI-9	Vulnerabilnost	111	2,69	1,15	0,00	4,85
PNI-10	Patološki narcizam	111	2,63	1,06	0,25	4,60

5. REZULTATI

5.4. Skala doživljaja srama – ESS

Skala doživljaja srama navedena je u prilogu 4.

Sastoji se od 25 čestica s odgovorima kodiranim od 1 do 4 što znači da je teoretski raspon bodova od 25 do 100. Prema rezultatima analiza njihove zavisnosti od spola, χ^2 testovima, statistički značajne zavisnosti nađene su kod većeg broja čestica gdje odnos pojedinih kategorija odstupa od utvrđenog odnosa 25% : 75% u korist ispitanica (Tablica 4.1).

Analiza odnosa pojedinih čestica ESS-a prema spolu i dobnim skupinama rezultirao je manjim brojem statistički značajnih rezultata. Kod čestice pitanja ESS4 i ESS15 odgovor na „Pomalo se odnosi na mene“, u odnosu na ukupan broj odgovora u toj kategoriji, bira oko 50% muškaraca što je značajno veći od njihovog učešća u uzorku. U slučaju čestica ESS14, ESS20, ESS21, ESS22, ESS23 i ESS25 odgovor na „U velikoj mjeri se odnosi na mene“, u odnosu na ukupan broj odgovora u toj kategoriji, bira oko 50% najmlađih i manje od 20% najstarijih što je značajno veći odnosno manji od njihovog učešća u uzorku od oko 25%.

Vrijednost Cronbachovog α koeficijenta od 0,957 ukazuje na visoku pouzdanost skale u procjeni doživljaja srama. Za procjenu sastavnica Skale doživljaja srama formirane su tri supskale navedenih u Tablici 5.7. Pouzdanost tako agregiranih čestica neznatno je reducirana jer je i dalje iznad vrlo visokih 0,920 mjerena Cronbachovim α koeficijentom. U Tablici 5.7 navedeni su Cronbachovi α koeficijenti dobiveni na sastavnicama supskala. Izostavljanje čestica, niti u jednom od slučajeva, ne mijenja pouzdanost upitnika skale doživljaja srama.

Tablica 5.7. Supskale Skale doživljaja srama (ESS) (161)

Supskala		Zbroj čestica	Cronbach α
Šifra	Naziv		
ESS-1	Karakterološki sram	ESS1+ESS2+...+ESS12	0,922
ESS-2	Bihevioralni sram	ESS13+ESS14+...+ESS21	0,922
ESS-3	Tjelesni sram	ESS22+ESS23+ESS24+ESS25	0,924
ESS-Total	Ukupni doživljaj srama	ESS1+ESS2+...+ESS25	0,957

Vrijednosti supskala karakterološki sram (ESS-1), bihevioralni sram (ESS-2) i ukupni doživljaj srama (ESS-Total) prema Kolmogorov-Smirnovljenom testu normalne su razdiobe. To nije u slučaju supskale tjelesni sram (ESS-3) čiju razdiobu karakteriziraju visoke frekvencije krajnjih vrijednosti.

5. REZULTATI

Utjecaj spola i dobi ispitanika na supskale i ukupnu vrijednost tjelesnog srama testirana je dvofaktorskom analizom varijance sa spolom i dobi kao faktorima. Rezultati su prikazani deskriptivno s pripadnim komentaram rezultata provedenih analiza.

Deskripcija supskale karakterološki sram (ESS-1) navedena je u Tablici 5.8. Analizom je potvrđen samo značajni utjecaj dobi na karakterološki sram koji najviše pogađa najmlađu skupinu, podjednako kod oba spola.

Tablica 5.8. Karakterološki sram (ESS-1) - deskripcija

Spol	Dobne kategorije	Prosjek	St. dev.	N
Muški	1 Najmlađi (18-26 godina)	36,75	7,14	4
	2 Odrasli (27-49 godina)	30,26	9,09	19
	3 Najstariji (50-62 godine)	24,80	8,14	5
	Total	30,21	9,07	28
Ženski	1 Najmlađi (18-26 godina)	37,15	7,51	26
	2 Odrasli (27-49 godina)	30,37	9,89	38
	3 Najstariji (50-62 godine)	29,21	10,74	19
	Total	32,23	9,90	83
Total	1 Najmlađi (18-26 godina)	37,10	7,35	30
	2 Odrasli (27-49 godina)	30,33	9,55	57
	3 Najstariji (50-62 godine)	28,29	10,25	24
	Total	31,72	9,70	111

Bihevioralni sram (ESS-2) nešto jače osjeća najmlađa skupina kod oba spola, međutim statistički značajni utjecaj spola, dobnih skupina i njihove interakcije nije potvrđen (Tablica 5.9).

Tablica 5.9. Bihevioralni sram (ESS-2) - deskripcija

Spol	Dobne kategorije	Prosjek	St. dev.	N
Muški	1 Najmlađi (18-26 godina)	26,00	6,48	4
	2 Odrasli (27-49 godina)	22,89	5,96	19
	3 Najstariji (50-62 godine)	21,00	5,34	5
	Total	23,00	5,89	28
Ženski	1 Najmlađi (18-26 godina)	27,46	7,12	26
	2 Odrasli (27-49 godina)	23,42	8,41	38
	3 Najstariji (50-62 godine)	23,95	8,92	19
	Total	24,81	8,26	83
Total	1 Najmlađi (18-26 godina)	27,27	6,95	30
	2 Odrasli (27-49 godina)	23,25	7,63	57
	3 Najstariji (50-62 godine)	23,33	8,29	24
	Total	24,35	7,74	111

5. REZULTATI

Tjelesni sram (ESS-3), slično kao i karakterološki sram, značajno opterećuje najmlađu skupinu i to nešto više ispitanice. No, spolna razlika nije statistički potvrđena (Tablica 5.10).

Tablica 5.10. Tjelesni sram (ESS-3) - deskripcija

Spol	Dobne kategorije	Prosjek	St. dev.	N
Muški	1 Najmlađi (18-26 godina)	11,25	3,30	4
	2 Odrasli (27-49 godina)	8,05	3,21	19
	3 Najstariji (50-62 godine)	8,00	4,06	5
	Total	8,50	3,44	28
Ženski	1 Najmlađi (18-26 godina)	12,88	4,01	26
	2 Odrasli (27-49 godina)	10,50	4,45	38
	3 Najstariji (50-62 godine)	8,84	4,83	19
	Total	10,87	4,61	83
Total	1 Najmlađi (18-26 godina)	12,67	3,92	30
	2 Odrasli (27-49 godina)	9,68	4,21	57
	3 Najstariji (50-62 godine)	8,67	4,61	24
	Total	10,27	4,45	111

Ukupni doživljaj srama također potvrđuje statistički značajni utjecaj dobni skupina ističući najmlađu skupinu, kao onu koja pokazuje značajno veći doživljaj srama. I u ovom slučaju teže se manifestira kod mladih ispitanica (Tablica 5.11).

Tablica 5.11. Ukupni doživljaj srama (ESS-Total) - deskripcija

Spol	Dobne kategorije	Prosjek	St. dev.	N
Muški	1 Najmlađi (18-26 godina)	74,00	16,15	4
	2 Odrasli (27-49 godina)	61,21	15,62	19
	3 Najstariji (50-62 godine)	53,80	17,12	5
	Total	61,71	16,41	28
Ženski	1 Najmlađi (18-26 godina)	77,50	15,69	26
	2 Odrasli (27-49 godina)	64,29	20,69	38
	3 Najstariji (50-62 godine)	62,00	22,34	19
	Total	67,90	20,52	83
Total	1 Najmlađi (18-26 godina)	77,03	15,51	30
	2 Odrasli (27-49 godina)	63,26	19,06	57
	3 Najstariji (50-62 godine)	60,29	21,29	24
	Total	66,34	19,68	111

5. REZULTATI

5.5. Upitnik agresivnosti – AQ

Upitnik agresivnosti naveden je u prilogu 5.

Sastoji se od 29 čestica sa odgovorima kodiranim od 1 do 5 što znači da je teoretski raspon bodova od 29 do 145. Prema rezultatima analiza njihove zavisnosti od spola, χ^2 testovima, statistički značajne zavisnosti nađene su samo kod nekoliko čestica gdje odnos pojedinih kategorija odstupa od utvrđenog 25% : 75% omjera u korist ispitanica (Tablica 4.1). Ista analiza zavisnosti od dobnih skupina nije polučila niti jedan statistički značajan rezultat što dozvoljava zaključak da se glede agresivnosti dobne skupine ponašaju podjednako.

Prema vrijednosti Cronbachovog α koeficijenta od 0,909 ukazuje na visoku pouzdanost skale u procjeni agresivnosti. Za procjenu sastavnica Upitnika agresivnosti formirane su četiri supskale navedene u Tablici 5.12. U istoj tablici navedeni su i Cronbachovi α koeficijenti dobiveni na sastavnicama supskala. Pouzdanost tako agregiranih čestica znatno je reducirana posebno u slučaju verbalne agresije (AQ-VA), naime iznosi svega 0,658. Pouzdanost ostalih supskala također je smanjena ali su na zadovoljavajućoj razini.

Tablica 5.12. Supskale Upitnika agresivnosti (AQ) (303)

Supskala		Zbroj čestica	Cronbach α
Šifra	Naziv		
AQ-PA	Fizička agresivnost	AQ3+AQ5+AQ6+AQ9+AQ11+AQ14+(6-AQ17)+AQ22+AQ23	0,858
AQ-VA	Verbalna agresivnost	AQ10+AQ19+AQ21+AQ27+AQ29	0,658
AQ-A	Ljutnja	(6-AQ1)+AQ7+AQ16+AQ20+AQ24+AQ26+AQ28	0,825
AQ-H	Hostilnost	AQ2+AQ4+AQ8+AQ12+AQ13+AQ15+AQ18+AQ25	0,814
AQ-Total	Ukupna agresivnost	AQ-PA+AQ-VA+AQ-A+AQ-H	0,909

Utjecaj spola i dobi ispitanika na supskale i ukupnu vrijednost agresivnosti testiran je dvofaktorskom analizom varijance sa spolom i dobi kao faktorima. Statistički značajna razlika uzrokovana sa spolom, dobnim kategorijama i njihovom interakcijom nije registrirana u svih pet zavisnih varijabli, tj. supskala. Jasno je to uočljivo i u deskripciji u Tablicama 5.13 do 5.17.

5. REZULTATI

Tablica 5.13. Fizička agresivnost (AQ-PA) - deskripcija

Spol	Dobne kategorije	Prosjeak	St. dev.	N
Muški	1 Najmlađi (18-26 godina)	17,25	11,32	4
	2 Odrasli (27-49 godina)	20,11	8,05	19
	3 Najstariji (50-62 godine)	25,00	10,49	5
	Total	20,57	8,90	28
Ženski	1 Najmlađi (18-26 godina)	19,35	7,81	26
	2 Odrasli (27-49 godina)	18,53	8,20	38
	3 Najstariji (50-62 godine)	18,32	8,65	19
	Total	18,73	8,10	83
Total	1 Najmlađi (18-26 godina)	19,07	8,14	30
	2 Odrasli (27-49 godina)	19,05	8,11	57
	3 Najstariji (50-62 godine)	19,71	9,24	24
	Total	19,20	8,30	111

Tablica 5.14. Verbalna agresivnost (AQ-VA) - deskripcija

Spol	Dobne kategorije	Prosjeak	St. dev.	N
Muški	1 Najmlađi (18-26 godina)	15,50	5,45	4
	2 Odrasli (27-49 godina)	14,74	3,77	19
	3 Najstariji (50-62 godine)	17,60	3,65	5
	Total	15,36	3,99	28
Ženski	1 Najmlađi (18-26 godina)	14,65	4,19	26
	2 Odrasli (27-49 godina)	14,76	3,74	38
	3 Najstariji (50-62 godine)	15,47	5,47	19
	Total	14,89	4,28	83
Total	1 Najmlađi (18-26 godina)	14,77	4,27	30
	2 Odrasli (27-49 godina)	14,75	3,72	57
	3 Najstariji (50-62 godine)	15,92	5,15	24
	Total	15,01	4,20	111

Tablica 5.15. Ljutnja (AQ-A) - deskripcija

Spol	Dobne kategorije	Prosjeak	St. dev.	N
Muški	1 Najmlađi (18-26 godina)	20,00	8,60	4
	2 Odrasli (27-49 godina)	20,84	7,22	19
	3 Najstariji (50-62 godine)	21,80	6,14	5
	Total	20,89	6,99	28
Ženski	1 Najmlađi (18-26 godina)	21,85	7,40	26
	2 Odrasli (27-49 godina)	21,29	6,16	38
	3 Najstariji (50-62 godine)	21,68	7,26	19
	Total	21,55	6,74	83
Total	1 Najmlađi (18-26 godina)	21,60	7,44	30
	2 Odrasli (27-49 godina)	21,14	6,47	57
	3 Najstariji (50-62 godine)	21,71	6,91	24
	Total	21,39	6,78	111

5. REZULTATI

Tablica 5.16. Hostilnost (AQ-H) - deskripcija

Spol	Dobne kategorije	Prosjeak	St. dev.	N
Muški	1 Najmlađi (18-26 godina)	26,75	7,89	4
	2 Odrasli (27-49 godina)	24,05	9,03	19
	3 Najstariji (50-62 godine)	25,60	4,39	5
	Total	24,71	8,07	28
Ženski	1 Najmlađi (18-26 godina)	25,19	6,56	26
	2 Odrasli (27-49 godina)	24,29	7,07	38
	3 Najstariji (50-62 godine)	23,95	9,22	19
	Total	24,49	7,39	83
Total	1 Najmlađi (18-26 godina)	25,40	6,62	30
	2 Odrasli (27-49 godina)	24,21	7,70	57
	3 Najstariji (50-62 godine)	24,29	8,39	24
	Total	24,55	7,53	111

Tablica 5.17. Ukupna agresivnost (AQ-Total) - deskripcija

Spol	Dobne kategorije	Prosjeak	St. dev.	N
Muški	1 Najmlađi (18-26 godina)	79,50	31,96	4
	2 Odrasli (27-49 godina)	79,74	23,78	19
	3 Najstariji (50-62 godine)	90,00	20,60	5
	Total	81,54	23,87	28
Ženski	1 Najmlađi (18-26 godina)	81,04	21,82	26
	2 Odrasli (27-49 godina)	78,87	20,62	38
	3 Najstariji (50-62 godine)	79,42	25,41	19
	Total	79,67	21,90	83
Total	1 Najmlađi (18-26 godina)	80,83	22,72	30
	2 Odrasli (27-49 godina)	79,16	21,52	57
	3 Najstariji (50-62 godine)	81,63	24,46	24
	Total	80,14	22,32	111

5.6. Inventar samoozljeđujućeg ponašanja – SHI

Inventar samoozljeđujućeg ponašanja naveden je u prilogu 6. (254)

Odgovori na pitanja (čestica) Inventara samoozljeđujućeg ponašanja kodirani su tako da negiranje nosi „0“ vrijednosti a potvrda „1“ što znači da je teoretski raspon bodova od 0 do 22. Na taj način suma svih čestica, varijabla SHI-Total, ukazuje na broj namjernih postupaka samoozljeđujućeg ponašanja po ispitaniku.

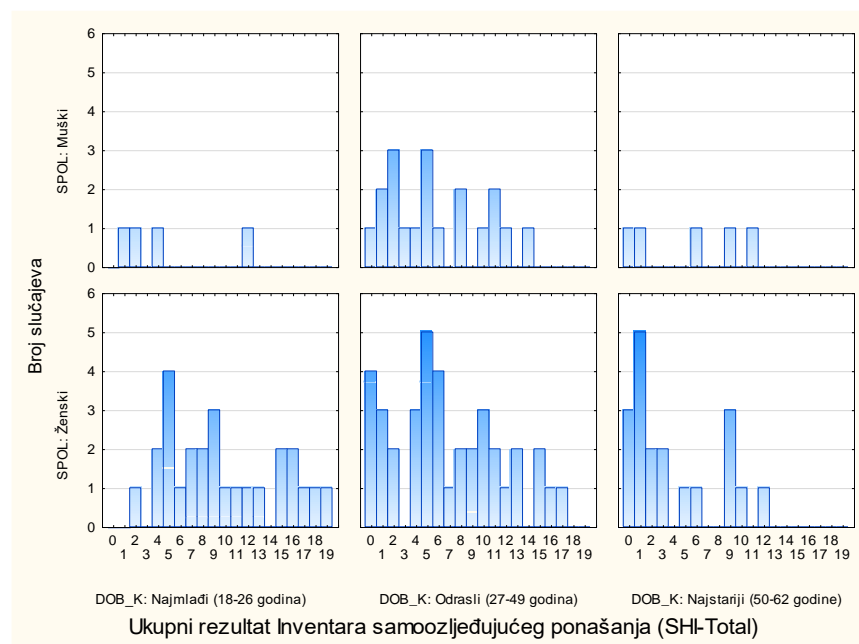
Prema vrijednosti Cronbachovog α koeficijenta od 0,869 ukazuje na činjenicu da je SHI upitnik prihvatljivo pouzdan u procjeni samoozljeđujućeg ponašanja. Potrebno je napomenuti da

5. REZULTATI

izostavljanje bilo kojeg od pitanja, preostala pitanja dostižu vrijednosti Cronbachovog α koeficijenta od 0,860 i više.

Analiza pojedinih čestica, tj. frekvencije pojedinih načina samoozljeđivanja, prema spolu i posebno prema dobnim skupinama, pokazuje kod većeg broja načina samoozljeđivanja statistički značajnu povezanost. No, pojedinačne prezentacije 44 mogućih analiza χ^2 testom teško je sažeto predstaviti kamo li integrirati u jedinstvenu ocjenu glede spolne i dobne strukture. Iz tog razloga, u ovom radu, analiziran je samo zbroj svi čestica, SHI-Total.

Na Slici 5.3 predstavljene su razdiobe ukupnog broja samoozljeđivanja po osobi prema spolu i dobnim skupinama. Na njima je uočljiv pomak ispitanica prema većem broju načina samoozljeđivanja i to najviše kod najmlađih, nešto manje kod odraslih i najmanje kod starijih.



Slika 5.3. Razdioba Inventara samoozljeđujućeg ponašanja (SHI-Total) po spolu i dobnim skupinama

Ovu tendenciju jasno pokazuju prosječne vrijednosti dokumentirane u Tablici 5.18. Kod ispitanika prosječan broj odgovora s „Da“ kreće se oko 5,5 dok je kod ispitanica u prosjeku oko 7. Osim toga, kod najmlađih ispitanica prosječan broj samoozljeđujućeg ponašanja je oko 10, gotovo 7 kod odraslih i znatno manje, oko 4, kod najstarijih. Problem je egzaktnog statističkog odlučivanja što dvofaktorska analiza varijance (po spolu i dobnim kategorijama) ne pokazuje „naslućene“ spolne i posebno dobne razlike u skupini ispitanica. Razlog tome je u velikoj varijabilnosti koja kod ispitanika dostiže oko 100%, a i kod ispitanica je od 50% za najmlađe i raste preko odraslih do najstarijih. Analiza spolne razlike t-testom, upravo radi velike

5. REZULTATI

varijabilnosti, nije se pokazala statistički značajnom ($t = -1,45$, $df = 109$, $p = 0,150$). Analiza razlike SHI-Totala po dobnim skupinama ispitanica, jednofaktorskom analizom varijance, potvrdila je značajne razlike između najmlađih i najstarijih ($F = 8,60$, $df1 = 2$, $df2 = 80$, $p < 0,001$), dok za ostale parove prema Bonferroni Post Hoc analizi nije potvrdila značajne razlike.

Tablica 5.18. Ukupni Inventar samoozljeđujućeg ponašanja (SHI-Total) - deskripcija

Spol	Dobne kategorije	Prosjek	St. dev.	N
Muški	1 Najmlađi (18-26 godina)	4,75	4,99	4
	2 Odrasli (27-49 godina)	5,79	4,24	19
	3 Najstariji (50-62 godine)	5,40	4,83	5
	Total	5,57	4,28	28
Ženski	1 Najmlađi (18-26 godina)	9,81	4,94	26
	2 Odrasli (27-49 godina)	6,89	4,88	38
	3 Najstariji (50-62 godine)	3,95	3,96	19
	Total	7,13	5,12	83
Total	1 Najmlađi (18-26 godina)	9,13	5,16	30
	2 Odrasli (27-49 godina)	6,53	4,66	57
	3 Najstariji (50-62 godine)	4,25	4,09	24
	Total	6,74	4,95	111

5.7. Upitnik graničnog poremećaja ličnosti – BPQ

Upitnik graničnog poremećaja ličnosti naveden je u prilogu 7. (316)

Sastoji se od 80 čestica s odgovorima kodiranim „0“ (netočno) i „1“ (točno) što znači da je teoretski raspon bodova od 0 do 80. Prema rezultatima analiza njihove zavisnosti o spolu, χ^2 testovima, statistički značajne zavisnosti nađene su samo kod tri čestice kod kojih se odstupa od utvrđenog 25% : 75% omjera (Tablica 4.1). Tako je na pitanje „Namjerno sam se ozljeđivao rezanjem“ (BPQ30) potvrdno odgovorilo 13,6% muškaraca i 86,4% žena od ukupno njih 44 ($\chi^2 = 5,190$, $df = 1$, $p = 0,026$). Na pitanje o „Događa mi se da se na prvom spoju upustim u seksualni odnos“ (BPQ34) potvrdno je odgovorilo 40,5% muškaraca i 59,5% žena od ukupno njih 37 ($\chi^2 = 6,902$, $df = 1$, $p = 0,011$). Treća značajna razlika je nađena kod pitanja „Želio bih da sam netko drugi“ (BPQ61): potvrdno je odgovorilo samo 16.1% muškaraca i 83.9% žena od ukupno njih 56 ($\chi^2 = 5,021$, $df = 1$, $p = 0,030$). Ista analiza zavisnosti od dobnih skupina polučila je veći broj statistički značajnih zavisnosti koje se odnose ponajviše na razlike u stavovima najmlađih odnosno najstarijih.

5. REZULTATI

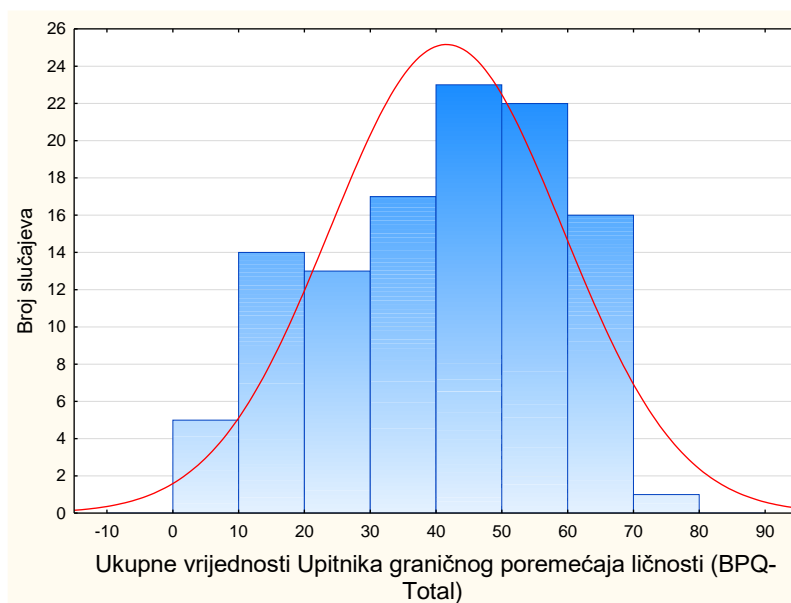
Prema proceduri analiza Upitnika graničnog poremećaja ličnosti (BPQ) sažima se zbrajanjem odabranih čestica u 9 supskala navedenih u Tablici 5.19. Uz svaku od njih navedene su čestice koje ih definiraju. Neke od čestica pritom ulaze u zbroj invertirane te su označene dodatno sa „-I“. Pouzdanost tih supskala, prema Cronbachovim α koeficijentima, kreće se u zadovoljavajućem rasponu od 0,708 do 0,869 i mogu se smatrati veoma pouzdanim. Ukupni skor (BPQ-Total) je zbroj svih devet supskala. Pouzdanost, određena Cronbachovim α koeficijentom svih 80 čestica, nešto je viša od pouzdanosti sastavnica, 0,901 (Tablica 5.19). Izostavljanjem pojedinih čestica pouzdanost se promijenila svega nekoliko stotinki.

Tablica 5.19. Supskale Upitnika graničnog poremećaja ličnosti (BPQ) (316)

Supskala		Zbroj čestica	Cronbach α
Šifra	Naziv		
BPQ-1	Impulzivnost	BPQ1+BPQ10-I+BPQ26+BPQ34+BPQ42+BPQ57+BPQ64+BPQ68+BPQ71	0,708
BPQ-2	Afektivna nestabilnost	BPQ2+BPQ11+BPQ19+BPQ27+BPQ35+BPQ43-I+BPQ49+BPQ58+BPQ65+BPQ72	0,831
BPQ-3	Strah od napuštanja	BPQ3+BPQ12+BPQ20+BPQ28-I+BPQ44+BPQ50+BPQ59+BPQ66+BPQ73+BPQ78	0,791
BPQ-4	Interpersonalni odnosi	BPQ4-I+BPQ13+BPQ21+BPQ29+BPQ36+BPQ45-I+BPQ51+BPQ60-I	0,887
BPQ-5	Slika o sebi	BPQ5+BPQ14+BPQ37+BPQ46+BPQ52-I+BPQ61+BPQ67-I+BPQ70+BPQ74	0,832
BPQ-6	Suicid/samoozljeđivanje	BPQ6+BPQ15+BPQ22+BPQ30+BPQ38+BPQ53-I+BPQ75	0,874
BPQ-7	Osjećaj praznine	BPQ7+BPQ16+BPQ23+BPQ31+BPQ39+BPQ54-I+BPQ62+BPQ69+BPQ76+BPQ79	0,822
BPQ-8	Bijes	BPQ8-I+BPQ17+BPQ24+BPQ32-I+BPQ40+BPQ47+BPQ55+BPQ63+BPQ77+BPQ80	0,869
BPQ-9	Kvazipsihotična stanja	BPQ9+BPQ18+BPQ25+BPQ33+BPQ41+BPQ48-I+BPQ56	0,747
BPQ-Total	Upitnik graničnog poremećaja ličnosti ukupno	BPQ-1+BPQ-2+BPQ-3+BPQ-4+BPQ-5+BPQ-6+BPQ-7+BPQ-8+BPQ-9	0,901

Tako definirane supskale ne ispunjavaju pretpostavku o normalnosti razdiobe, osim skale Straha od napuštanja (BPQ-3). Razdioba ukupne vrijednosti Upitnika graničnog poremećaja ličnosti (BPQ-Total) prati normalnu razdiobu prema Kolmogorov-Smirnovljevom testu ($N = 111$, $Z = 0,785$, $p = 0,567$) kako je vidljivo i na Slici 5.4.

5. REZULTATI



Slika 5.4. Razdioba ukupne vrijednosti Upitnika graničnog poremećaja ličnosti (BPQ-Total)

Kako je statistički značajni utjecaj spola registriran samo kod tri čestice Upitnika graničnog poremećaja ličnosti i kod nešto većeg broja utjecaja dobnih skupina, uputno je provjeriti utjecaj ta dva faktora na supskalama i ukupnom zbroju, dvofaktorskom analizom varijance. Pri tome pretpostavka o razdiobi tih zavisnih varijabli može se ispustiti radi poznate robusnosti metode analize varijance. Provedenim analizama statistički značajni utjecaj spola i dobnih kategorija, kao i njihovog interaktivnog utjecaja, nije potvrđeno niti za supskale niti za ukupan zbroj čestica Upitnika graničnog poremećaja ličnosti. Iz tog razloga u Tablicama od 5.20 do 5.29 navedene su samo deskripcije pojedinih supskala i totala ponajprije radi moguće usporedbe sa drugim srodnim istraživanjima.

Tablica 5.20. Impulzivnost (BPQ-1) - deskripcija

Spol	Dobne kategorije	Prosjek	St. dev.	N
Muški	1 Najmlađi (18-26 godina)	2,25	2,63	4
	2 Odrasli (27-49 godina)	3,53	2,12	19
	3 Najstariji (50-62 godine)	1,60	1,14	5
	Total	3,00	2,14	28
Ženski	1 Najmlađi (18-26 godina)	3,69	2,00	26
	2 Odrasli (27-49 godina)	2,82	2,33	38
	3 Najstariji (50-62 godine)	1,95	1,68	19
	Total	2,89	2,17	83
Total	1 Najmlađi (18-26 godina)	3,50	2,10	30
	2 Odrasli (27-49 godina)	3,05	2,27	57
	3 Najstariji (50-62 godine)	1,88	1,57	24
	Total	2,92	2,15	111

5. REZULTATI

Tablica 5.21. Afektivna nestabilnost (BPQ-2) - deskripcija

Spol	Dobne kategorije	Prosjek	St. dev.	N
Muški	1 Najmlađi (18-26 godina)	7,75	3,20	4
	2 Odrasli (27-49 godina)	6,63	3,48	19
	3 Najstariji (50-62 godine)	6,00	1,41	5
	Total	6,68	3,13	28
Ženski	1 Najmlađi (18-26 godina)	8,35	1,98	26
	2 Odrasli (27-49 godina)	6,89	2,87	38
	3 Najstariji (50-62 godine)	7,37	2,50	19
	Total	7,46	2,59	83
Total	1 Najmlađi (18-26 godina)	8,27	2,12	30
	2 Odrasli (27-49 godina)	6,81	3,06	57
	3 Najstariji (50-62 godine)	7,08	2,36	24
	Total	7,26	2,74	111

Tablica 5.22. Strah od napuštanja (BPQ-3) - deskripcija

Spol	Dobne kategorije	Prosjek	St. dev.	N
Muški	1 Najmlađi (18-26 godina)	6,25	3,50	4
	2 Odrasli (27-49 godina)	3,63	2,39	19
	3 Najstariji (50-62 godine)	4,20	1,10	5
	Total	4,11	2,48	28
Ženski	1 Najmlađi (18-26 godina)	5,62	3,24	26
	2 Odrasli (27-49 godina)	4,79	2,47	38
	3 Najstariji (50-62 godine)	4,95	2,66	19
	Total	5,08	2,76	83
Total	1 Najmlađi (18-26 godina)	5,70	3,22	30
	2 Odrasli (27-49 godina)	4,40	2,48	57
	3 Najstariji (50-62 godine)	4,79	2,41	24
	Total	4,84	2,72	111

Tablica 5.23. Interpersonalni odnosi (BPQ-4) - deskripcija

Spol	Dobne kategorije	Prosjek	St. dev.	N
Muški	1 Najmlađi (18-26 godina)	6,00	3,37	4
	2 Odrasli (27-49 godina)	3,89	2,73	19
	3 Najstariji (50-62 godine)	4,60	1,95	5
	Total	4,32	2,71	28
Ženski	1 Najmlađi (18-26 godina)	4,85	2,85	26
	2 Odrasli (27-49 godina)	4,74	3,06	38
	3 Najstariji (50-62 godine)	4,68	3,04	19
	Total	4,76	2,96	83
Total	1 Najmlađi (18-26 godina)	5,00	2,89	30
	2 Odrasli (27-49 godina)	4,46	2,96	57
	3 Najstariji (50-62 godine)	4,67	2,81	24
	Total	4,65	2,89	111

5. REZULTATI

Tablica 5.24. Slika o sebi (BPQ-5) – deskripcija

Spol	Dobne kategorije	Prosjek	St. dev.	N
Muški	1 Najmlađi (18-26 godina)	4,50	2,65	4
	2 Odrasli (27-49 godina)	4,37	2,43	19
	3 Najstariji (50-62 godine)	3,00	1,58	5
	Total	4,14	2,32	28
Ženski	1 Najmlađi (18-26 godina)	6,42	2,70	26
	2 Odrasli (27-49 godina)	5,21	2,84	38
	3 Najstariji (50-62 godine)	4,16	2,97	19
	Total	5,35	2,92	83
Total	1 Najmlađi (18-26 godina)	6,17	2,73	30
	2 Odrasli (27-49 godina)	4,93	2,72	57
	3 Najstariji (50-62 godine)	3,92	2,75	24
	Total	5,05	2,82	111

Tablica 5.25. Suicid/samoozljeđivanje (BPQ - deskripcija)

Spol	Dobne kategorije	Prosjek	St. dev.	N
Muški	1 Najmlađi (18-26 godina)	2,75	2,75	4
	2 Odrasli (27-49 godina)	2,37	2,31	19
	3 Najstariji (50-62 godine)	2,40	3,05	5
	Total	2,43	2,41	28
Ženski	1 Najmlađi (18-26 godina)	4,15	2,38	26
	2 Odrasli (27-49 godina)	3,00	2,55	38
	3 Najstariji (50-62 godine)	2,37	2,65	19
	Total	3,22	2,58	83
Total	1 Najmlađi (18-26 godina)	3,97	2,43	30
	2 Odrasli (27-49 godina)	2,79	2,47	57
	3 Najstariji (50-62 godine)	2,37	2,67	24
	Total	3,02	2,55	111

Tablica 5.26. Osjećaj praznine (BPQ-7) - deskripcija

Spol	Dobne kategorije	Prosjek	St. dev.	N
Muški	1 Najmlađi (18-26 godina)	6,00	3,16	4
	2 Odrasli (27-49 godina)	6,11	2,33	19
	3 Najstariji (50-62 godine)	4,00	2,55	5
	Total	5,71	2,52	28
Ženski	1 Najmlađi (18-26 godina)	7,31	2,59	26
	2 Odrasli (27-49 godina)	5,74	3,19	38
	3 Najstariji (50-62 godine)	4,89	3,35	19
	Total	6,04	3,15	83
Total	1 Najmlađi (18-26 godina)	7,13	2,65	30
	2 Odrasli (27-49 godina)	5,86	2,91	57
	3 Najstariji (50-62 godine)	4,71	3,17	24
	Total	5,95	3,00	111

5. REZULTATI

Tablica 5.27. Bijes (BPQ-8) - deskripcija

Spol	Dobne kategorije	Prosjek	St. dev.	N
Muški	1 Najmlađi (18-26 godina)	5,25	3,86	4
	2 Odrasli (27-49 godina)	5,00	3,02	19
	3 Najstariji (50-62 godine)	4,40	3,85	5
	Total	4,93	3,16	28
Ženski	1 Najmlađi (18-26 godina)	6,12	3,06	26
	2 Odrasli (27-49 godina)	5,26	3,19	38
	3 Najstariji (50-62 godine)	5,42	3,36	19
	Total	5,57	3,17	83
Total	1 Najmlađi (18-26 godina)	6,00	3,12	30
	2 Odrasli (27-49 godina)	5,18	3,11	57
	3 Najstariji (50-62 godine)	5,21	3,40	24
	Total	5,41	3,17	111

Tablica 5.28. Kvizipsihotična stanja (BPQ-9) - deskripcija

Spol	Dobne kategorije	Prosjek	St. dev.	N
Muški	1 Najmlađi (18-26 godina)	1,75	2,06	4
	2 Odrasli (27-49 godina)	2,89	2,45	19
	3 Najstariji (50-62 godine)	1,80	1,64	5
	Total	2,54	2,27	28
Ženski	1 Najmlađi (18-26 godina)	2,69	2,26	26
	2 Odrasli (27-49 godina)	1,76	1,68	38
	3 Najstariji (50-62 godine)	1,95	1,84	19
	Total	2,10	1,94	83
Total	1 Najmlađi (18-26 godina)	2,57	2,22	30
	2 Odrasli (27-49 godina)	2,14	2,02	57
	3 Najstariji (50-62 godine)	1,92	1,77	24
	Total	2,21	2,02	111

Tablica 5.29. Upitnik graničnog poremećaja ličnosti ukupno (BPQ-Total) - deskripcija

Spol	Dobne kategorije	Prosjek	St. dev.	N
Muški	1 Najmlađi (18-26 godina)	42,50	20,04	4
	2 Odrasli (27-49 godina)	38,42	17,94	19
	3 Najstariji (50-62 godine)	32,00	7,97	5
	Total	37,86	16,68	28
Ženski	1 Najmlađi (18-26 godina)	49,19	16,09	26
	2 Odrasli (27-49 godina)	40,21	17,26	38
	3 Najstariji (50-62 godine)	37,74	19,46	19
	Total	42,46	17,84	83
Total	1 Najmlađi (18-26 godina)	48,30	16,43	30
	2 Odrasli (27-49 godina)	39,61	17,35	57
	3 Najstariji (50-62 godine)	36,54	17,70	24
	Total	41,30	17,60	111

5. REZULTATI

5.8. Beckov inventar anksioznosti – BAI

Beckov inventar anksioznosti (309) naveden je u prilogu 8.

Pokazao se i u ovom istraživanju kao veoma pouzdan u ocjeni anksioznosti s Cronbachovim α koeficijentom 0,930. Gotovo su identični i koeficijenti kada se čestica izostavlja. Kako su čestice kodirane od 0 do 3 teoretski raspon im je od 0 do 63.

Analiza moguće zavisnosti pojedinih čestica o spolu nije polučila statistički značajni rezultat. Slična analiza po dobnim kategorijama je neizvediva radi malog broja ispitanika u uzorku.

Ukupan Beckov inventar anksioznosti (BAI-Total) u rasponu od 0 do 63 normalne je raspodjele prema Kolmogorov-Smirnovljevom testu ($Z = 0,691$, $p = 0,726$).

Analiza utjecaja spola i dobnih kategorija na Beckov inventar anksioznosti (BAI-Total), kao i njihovog interaktivnog utjecaja, dvofaktorskom analizom varijance, nije potvrđen statistički značajni rezultat. Iz tog razloga u Tablici 5.30 navedena je samo deskripcija ponajprije radi moguće usporedbe s drugim srodnim istraživanjima.

Tablica 5.30. Beckov inventar anksioznosti (BAI-Total) - deskripcija

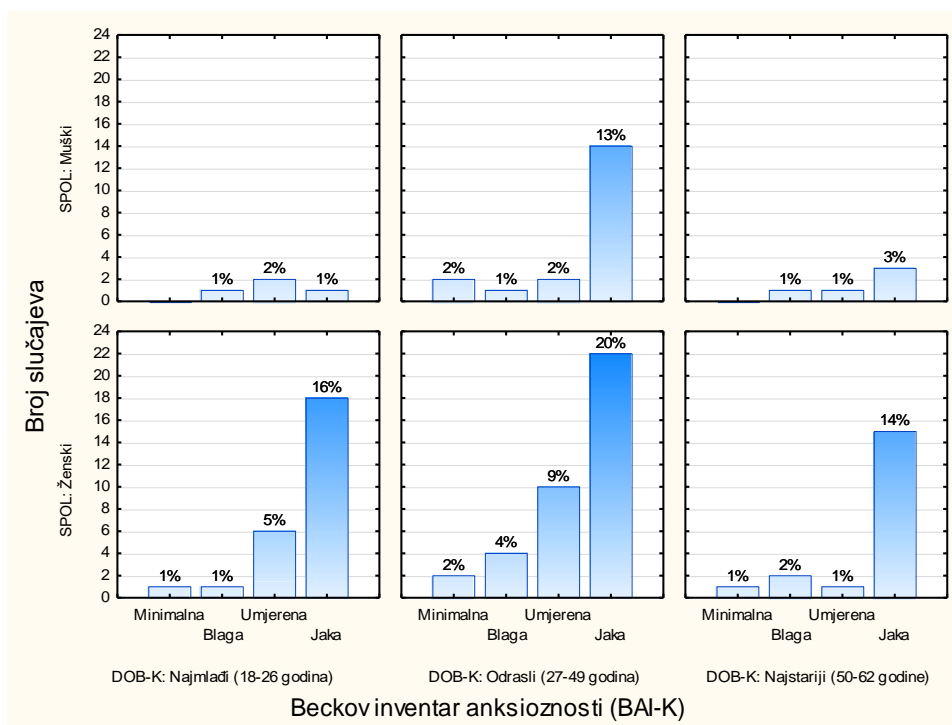
Spol	Dobne kategorije	Prosjek	St. dev.	N
Muški	1 Najmlađi (18-26 godina)	25,25	12,84	4
	2 Odrasli (27-49 godina)	34,00	15,62	19
	3 Najstariji (50-62 godine)	29,40	12,90	5
	Total	31,93	14,71	28
Ženski	1 Najmlađi (18-26 godina)	33,58	13,85	26
	2 Odrasli (27-49 godina)	30,95	14,74	38
	3 Najstariji (50-62 godine)	36,84	16,45	19
	Total	33,12	14,88	83
Total	1 Najmlađi (18-26 godina)	32,47	13,81	30
	2 Odrasli (27-49 godina)	31,96	14,97	57
	3 Najstariji (50-62 godine)	35,29	15,82	24
	Total	32,82	14,78	111

Beckov inventar anksioznosti (BAI-Total) (309) je kategoriziran kako slijedi:

BAI-Total	Raspon	Učešće
Minimalna	0 - 7	6 (5,4%)
Blaga	8 - 15	10 (9,0%)
Umjerena	16 - 25	22 (19,8%)
Teška	26 - 63	73 (65,8%)

5. REZULTATI

Razdioba tako definiranih kategorija podjednaka je po spolu (25% - 75%) i prema χ^2 testu nije statistički značajna. Udio ispitanika prema pojedinim dobnim skupinama i spolu ilustriran je na Slici 5.5.



Slika 5.5. Učestalost Beckovog inventara anksioznosti (BAI-K) po spolu i dobi

5.9. Beckov inventar depresivnosti ver. II – BDI-II

Beckov inventar depresivnosti ver. II – BDI-II (306) naveden je u prilogu 9.

Pokazao se i u ovom istraživanju kao veoma pouzdan u ocjeni depresivnosti s Cronbachovim α koeficijentom 0,931. Gotovo su identični i koeficijenti kada se čestica izostavlja. Čestice su kodirane od 0 do 3 što znači da je teoretski raspon ukupnog broja bodova od 0 do 63.

Analiza moguće zavisnosti pojedinih čestica o spolu nije polučila statistički značajni rezultat. Slična analiza po dobnim kategorijama je neizvediva radi malog broja ispitanika u uzorku.

Ukupan Beckov inventar depresivnosti (BAI2-Total) u rasponu od 0 do 63 normalne je raspodjele prema Kolmogorov-Smirnovljevom testu ($Z = 0,801$, $p = 0,543$).

Analiza utjecaja spola i dobnih kategorija na Beckov inventar depresivnosti (BDI2-Total), kao i njihovog interaktivnog utjecaja, dvofaktorskom analizom varijance, nije potvrdila statistički značajni rezultat. Iz tog razloga u Tablici 5.31 navedena je samo deskripcija ponajprije radi moguće usporedbe sa drugim srodnim istraživanjima.

5. REZULTATI

Tablica 5.31. Beckov inventar depresivnosti ver. II (BDI2-Total) - deskripcija

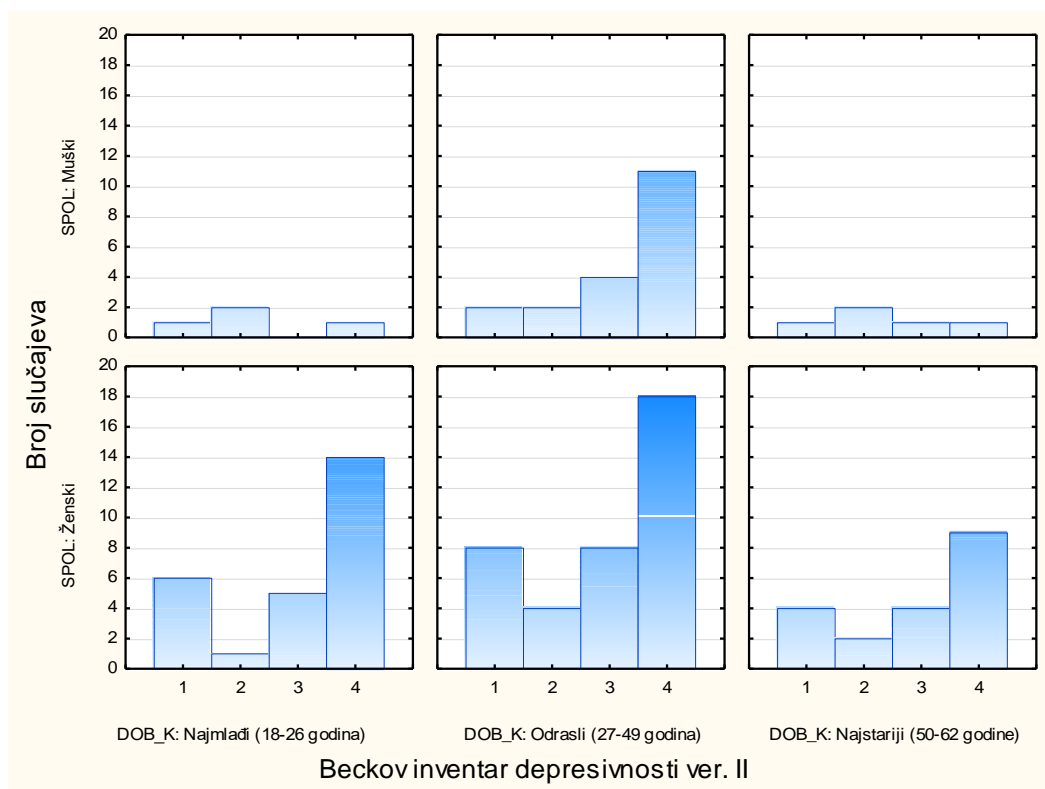
Spol	Dobne kategorije	Prosjek	St. dev.	N
Muški	1 Najmlađi (18-26 godina)	25,00	18,24	4
	2 Odrasli (27-49 godina)	29,53	13,63	19
	3 Najstariji (50-62 godine)	20,40	7,96	5
	Total	27,25	13,54	28
Ženski	1 Najmlađi (18-26 godina)	30,38	17,26	26
	2 Odrasli (27-49 godina)	27,13	14,06	38
	3 Najstariji (50-62 godine)	28,11	14,15	19
	Total	28,37	15,03	83
Total	1 Najmlađi (18-26 godina)	29,67	17,17	30
	2 Odrasli (27-49 godina)	27,93	13,85	57
	3 Najstariji (50-62 godine)	26,50	13,34	24
	Total	28,09	14,62	111

Beckov inventar depresivnosti (BDI2-Total) (306) je kategoriziran kako slijedi:

BDI2-Total	Raspon	Učešće
Minimalna	0 - 13	22 (19,8%)
Blaga	14 - 19	13 (11,7%)
Umjerena	20 - 28	22 (19,8%)
Teška	29 - 63	54 (48,6%)

Razdioba tako definiranih kategorija podjednaka je po spolu (25% - 75%) i prema χ^2 testu nije statistički značajna. Udio ispitanika prema pojedinim dobnim skupinama i spolu ilustrirana je na Slici 5.6.

5. REZULTATI



Slika 5.6. Učestalost Beckovog inventara depresivnosti (BDI2-K) po spolu i dobi
 „1“ Minimalna (0-13), „2“ Blaga (14-19), „3“ Umjerena (20-28), „4“ Teška (29-63)

5. REZULTATI

5.10. Komorbiditeti

Učestalost komorbidnih dijagnoza navedena je u Tablici 5.32.

Tablica 5.32. Učestalost komorbidnih dijagnoza

Dijagnoza		Učestalost	
Šifra	Naziv	Broj	%
F60 – F69	Poremećaji ličnosti i poremećaji ponašanja odraslih		
F60.3	Emocionalno nestabilna ličnost	111	100,0
F30 – F39	Poremećaji raspoloženja		
F31	Bipolarni afektivni poremećaj	11	9,9
F32	Depresivna epizoda	4	3,6
F33.2	Povratni depresivni poremećaj, sadašnja epizoda teška, bez psihotičnih simptoma	12	10,8
F34	Perzistirajući poremećaji raspoloženja [afektivni poremećaji]	13	11,7
F40 – F48	Neurotički poremećaji, poremećaji vezani uz stres i somatoformni poremećaji		
F41.0	Panični poremećaj [epizodna paroksizmalna anksioznost]	6	5,4
F41.1	Generalizirani anksiozni poremećaj	9	8,1
F41.2	Mješoviti anksiozni i depresivni poremećaj	38	34,2
F43.1	Posttraumatski stresni poremećaj	6	5,4
F43.2	Poremećaji prilagodbe	4	3,6
F44	Disocijativni [konverzivni] poremećaji	1	0,9
F45	Somatoformni poremećaji	2	1,8
F50	Bihevioralni sindromi vezani uz fiziološke poremećaje i fizičke čimbenike: Poremećaji hranjenja		
F50.0	Anorexia nervosa	3	2,7
F50.2	Bulimia nervosa	4	3,6
F50.9	Poremećaj hranjenja, nespecificiran	8	7,2
F10 – F19	Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom psihoaktivnih tvari		
F10.1	Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom, štetna uporaba	5	4,5
F10.2	Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom, sindrom ovisnosti	3	2,7
F12.1	Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem kanabinoida, štetna uporaba	5	4,5
F13.1	Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem sedativa i hipnotika, štetna uporaba	21	18,9
F19.1	Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem više droga ili uzimanjem ostalih psihoaktivnih tvari, štetna uporaba	1	0,9
F19.2	Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem više droga ili uzimanjem ostalih psihoaktivnih tvari, sindrom ovisnosti	2	1,8

5. REZULTATI

Učestalost broja komorbidnih dijagnoza po osobi navedena je u Tablici 5.33.

Tablica 5.33. Učestalost broja komorbidnih dijagnoza po osobi

Broj dijagnoza po osobi	Broj	%
1	12	10,8
2	57	51,4
3	26	23,4
4	15	13,5
5	1	0,9

5.11. Korelacije

Osnovu za testiranje postavljenih hipoteza čine korelacije između do sada analiziranih i detaljno prikazanih varijabli. U tablici 5.34, prikazana je interkorelacijska matrica Pearsonovih koeficijena korelacija za 41 potencijalnu agregiranu varijablu za testiranje mogućih medijacijskih efekata suglasno s pojedinim hipotezama koje čine okosnicu ovog istraživanja. U pet dijelova matrice interkorelacije, navedenih u Tablici 5.34, prikazani su samo koeficijenti Pearsonovih korelacija. Vjerojatnost da je korelacija statistički značajna označena je crvenom bojom. Svi „crveni“ koeficijenti su statistički značajni s pogreškom od 5% ili manje, između para varijabli iz pripadnog retka odnosno stupca, označeni pripadnim šiframa varijabli u kojoj se koeficijent nalazi. Kako je uočljivo, u Tablici 5.34 varijable agregiranih supskala i totalnih skala pojedinih korištenih upitnika gotovo bez iznimaka su u pozitivnoj međusobnoj korelaciji. Iznimku čini sociodemografski i opći klinički status ispitanika (SES) koji značajno korelira samo s varijablama CTQ-2, AQ-A, AQ-H, AQ-Total, SHI-Total, BPQ-1 i BAI-Total. Ta činjenica ograničava nas samo na mogućnost testiranja SES-a kao medijatora i to samo u odnosu na SHI-Total i BPQ-Total. Iz tog razloga testirane su moguće korelacije najbitnijih čestica sociodemografskog i općeg kliničkog statusa (sociodemografskih i kliničkih) sa svim varijablama iz Tablice 5.34. Ove korelacije su navedene u Tablici 35. Vidljivo je da od svih čestica samo SES-A (dužina hospitalnog liječenja - ležanje u bolnici) ima značajan broj korelacija s ostalim varijablama. Prema tome ona je jedina čestica sociodemografskog i općeg kliničkog statusa koja potencijalno može biti medijator odnosa parova varijabli u modelima za istraživanje postavljenih ciljeva istraživanja.

5. REZULTATI

Tablica 5.34. Korelacije – prvi dio

Varijable	SES	CTQ-1	CTQ-2	CTQ-3	CTQ-4	CTQ-5	CTQ-6	CTQ-Total
SES	1,000	0,045	0,286	0,182	0,050	0,183	0,013	0,178
CTQ-1	0,045	1,000	0,767	0,378	0,698	0,489	-0,369	0,891
CTQ-2	0,286	0,767	1,000	0,450	0,511	0,543	-0,216	0,852
CTQ-3	0,182	0,378	0,450	1,000	0,255	0,258	-0,062	0,575
CTQ-4	0,050	0,698	0,511	0,255	1,000	0,609	-0,421	0,815
CTQ-5	0,183	0,489	0,543	0,258	0,609	1,000	-0,295	0,718
CTQ-6	0,013	-0,369	-0,216	-0,062	-0,421	-0,295	1,000	-0,364
CTQ-Total	0,178	0,891	0,852	0,575	0,815	0,718	-0,364	1,000
PNI-1	0,107	0,420	0,280	0,137	0,277	0,171	-0,249	0,347
PNI-2	0,097	0,057	0,037	0,053	-0,103	0,009	0,092	0,010
PNI-3	0,030	0,342	0,210	0,078	0,176	0,149	-0,090	0,258
PNI-4	0,095	0,388	0,258	0,057	0,357	0,227	-0,107	0,349
PNI-5	0,160	0,320	0,236	0,110	0,182	0,079	-0,119	0,253
PNI-6	0,052	0,236	0,065	-0,004	0,282	0,065	-0,067	0,185
PNI-7	0,166	0,308	0,247	0,070	0,168	0,081	-0,094	0,241
PNI-8	0,130	0,326	0,222	0,107	0,134	0,104	-0,070	0,242
PNI-9	0,129	0,418	0,259	0,085	0,329	0,160	-0,171	0,343
PNI-10	0,136	0,409	0,260	0,097	0,280	0,149	-0,146	0,327
ESS-1	0,067	0,413	0,303	0,115	0,339	0,299	-0,233	0,389
ESS-2	0,022	0,314	0,240	0,081	0,275	0,196	-0,199	0,296
ESS-3	0,059	0,381	0,300	0,249	0,369	0,332	-0,209	0,422
ESS-Total	0,055	0,413	0,311	0,145	0,359	0,300	-0,240	0,403
AQ-PA	0,099	0,375	0,464	0,109	0,278	0,344	-0,073	0,410
AQ-VA	0,149	0,202	0,282	-0,042	0,151	0,184	0,082	0,208
AQ-A	0,205	0,311	0,323	-0,052	0,324	0,258	-0,110	0,315
AQ-H	0,194	0,438	0,397	0,083	0,415	0,270	-0,190	0,432
AQ-Total	0,193	0,420	0,458	0,045	0,371	0,332	-0,109	0,433
SHI-Total	0,191	0,508	0,446	0,320	0,377	0,396	-0,181	0,530
BPQ-1	0,194	0,302	0,281	0,159	0,341	0,396	-0,179	0,377
BPQ-2	0,059	0,271	0,256	0,147	0,241	0,181	-0,164	0,288
BPQ-3	0,046	0,527	0,423	0,234	0,398	0,295	-0,263	0,498
BPQ-4	0,084	0,373	0,375	0,140	0,271	0,223	-0,199	0,367
BPQ-5	-0,041	0,311	0,235	0,192	0,299	0,193	-0,181	0,324
BPQ-6	0,028	0,461	0,390	0,233	0,365	0,386	-0,179	0,476
BPQ-7	0,023	0,296	0,279	0,121	0,294	0,193	-0,157	0,314
BPQ-8	0,078	0,306	0,310	0,092	0,272	0,272	-0,171	0,328
BPQ-9	0,135	0,126	0,131	0,173	0,153	0,242	-0,134	0,201
BPQ-Total	0,085	0,458	0,414	0,223	0,402	0,355	-0,248	0,485
BAI-Total	0,198	0,298	0,412	0,242	0,199	0,352	-0,255	0,378
BDI2-Total	0,153	0,262	0,276	0,013	0,266	0,276	-0,147	0,287

5. REZULTATI

Tablica 5.34. Korelacije – drugi dio

Varijable	PNI-1	PNI-2	PNI-3	PNI-4	PNI-5	PNI-6	PNI-7	PNI-8
SES	0,107	0,097	0,030	0,095	0,160	0,052	0,166	0,130
CTQ-1	0,420	0,057	0,342	0,388	0,320	0,236	0,308	0,326
CTQ-2	0,280	0,037	0,210	0,258	0,236	0,065	0,247	0,222
CTQ-3	0,137	0,053	0,078	0,057	0,110	-0,004	0,070	0,107
CTQ-4	0,277	-0,103	0,176	0,357	0,182	0,282	0,168	0,134
CTQ-5	0,171	0,009	0,149	0,227	0,079	0,065	0,081	0,104
CTQ-6	-0,249	0,092	-0,090	-0,107	-0,119	-0,067	-0,094	-0,070
CTQ-Total	0,347	0,010	0,258	0,349	0,253	0,185	0,241	0,242
PNI-1	1,000	0,321	0,565	0,493	0,723	0,511	0,705	0,718
PNI-2	0,321	1,000	0,306	0,259	0,445	0,125	0,505	0,685
PNI-3	0,565	0,306	1,000	0,514	0,501	0,345	0,564	0,764
PNI-4	0,493	0,259	0,514	1,000	0,549	0,472	0,494	0,583
PNI-5	0,723	0,445	0,501	0,549	1,000	0,432	0,718	0,882
PNI-6	0,511	0,125	0,345	0,472	0,432	1,000	0,415	0,410
PNI-7	0,705	0,505	0,564	0,494	0,718	0,415	1,000	0,774
PNI-8	0,718	0,685	0,764	0,583	0,882	0,410	0,774	1,000
PNI-9	0,881	0,373	0,614	0,706	0,760	0,767	0,820	0,774
PNI-10	0,873	0,499	0,698	0,702	0,842	0,687	0,848	0,892
ESS-1	0,629	0,065	0,225	0,437	0,463	0,540	0,389	0,360
ESS-2	0,678	-0,002	0,336	0,516	0,480	0,495	0,414	0,391
ESS-3	0,464	0,032	0,136	0,375	0,362	0,387	0,165	0,260
ESS-Total	0,682	0,039	0,274	0,503	0,499	0,549	0,392	0,390
AQ-PA	0,214	0,216	0,014	0,281	0,236	0,022	0,391	0,203
AQ-VA	0,293	0,390	0,173	0,252	0,392	0,228	0,584	0,406
AQ-A	0,384	0,220	0,179	0,357	0,412	0,357	0,590	0,364
AQ-H	0,618	0,198	0,284	0,510	0,512	0,486	0,575	0,453
AQ-Total	0,460	0,287	0,188	0,432	0,459	0,323	0,629	0,416
SHI-Total	0,485	0,171	0,111	0,337	0,306	0,267	0,319	0,264
BPQ-1	0,361	0,251	0,126	0,241	0,378	0,220	0,317	0,335
BPQ-2	0,551	0,101	0,271	0,366	0,444	0,504	0,487	0,380
BPQ-3	0,544	0,106	0,253	0,367	0,300	0,423	0,470	0,296
BPQ-4	0,433	0,105	0,154	0,293	0,367	0,347	0,456	0,293
BPQ-5	0,561	-0,072	0,126	0,336	0,220	0,397	0,168	0,145
BPQ-6	0,439	0,096	0,097	0,287	0,285	0,227	0,290	0,223
BPQ-7	0,578	-0,057	0,191	0,359	0,308	0,412	0,298	0,223
BPQ-8	0,513	0,236	0,246	0,319	0,466	0,389	0,591	0,425
BPQ-9	0,313	0,261	0,133	0,257	0,321	0,304	0,238	0,311
BPQ-Total	0,665	0,145	0,248	0,435	0,472	0,499	0,515	0,400
BAI-Total	0,306	0,006	0,236	0,381	0,263	0,281	0,238	0,237
BDI2-Total	0,494	0,046	0,218	0,324	0,310	0,342	0,269	0,269

5. REZULTATI

Tablica 5.34. Korelacije – treći dio

Varijable	PNI-9	PNI-10	ESS-1	ESS-2	ESS-3	ESS-Total	AQ-PA	AQ-VA
SES	0,129	0,136	0,067	0,022	0,059	0,055	0,099	0,149
CTQ-1	0,418	0,409	0,413	0,314	0,381	0,413	0,375	0,202
CTQ-2	0,259	0,260	0,303	0,240	0,300	0,311	0,464	0,282
CTQ-3	0,085	0,097	0,115	0,081	0,249	0,145	0,109	-0,042
CTQ-4	0,329	0,280	0,339	0,275	0,369	0,359	0,278	0,151
CTQ-5	0,160	0,149	0,299	0,196	0,332	0,300	0,344	0,184
CTQ-6	-0,171	-0,146	-0,233	-0,199	-0,209	-0,240	-0,073	0,082
CTQ-Total	0,343	0,327	0,389	0,296	0,422	0,403	0,410	0,208
PNI-1	0,881	0,873	0,629	0,678	0,464	0,682	0,214	0,293
PNI-2	0,373	0,499	0,065	-0,002	0,032	0,039	0,216	0,390
PNI-3	0,614	0,698	0,225	0,336	0,136	0,274	0,014	0,173
PNI-4	0,706	0,702	0,437	0,516	0,375	0,503	0,281	0,252
PNI-5	0,760	0,842	0,463	0,480	0,362	0,499	0,236	0,392
PNI-6	0,767	0,687	0,540	0,495	0,387	0,549	0,022	0,228
PNI-7	0,820	0,848	0,389	0,414	0,165	0,392	0,391	0,584
PNI-8	0,774	0,892	0,360	0,391	0,260	0,390	0,203	0,406
PNI-9	1,000	0,977	0,639	0,666	0,442	0,677	0,265	0,420
PNI-10	0,977	1,000	0,579	0,608	0,403	0,616	0,258	0,438
ESS-1	0,639	0,579	1,000	0,835	0,549	0,946	0,253	0,151
ESS-2	0,666	0,608	0,835	1,000	0,589	0,938	0,183	0,033
ESS-3	0,442	0,403	0,549	0,589	1,000	0,729	0,132	-0,039
ESS-Total	0,677	0,616	0,946	0,938	0,729	1,000	0,227	0,078
AQ-PA	0,265	0,258	0,253	0,183	0,132	0,227	1,000	0,613
AQ-VA	0,420	0,438	0,151	0,033	-0,039	0,078	0,613	1,000
AQ-A	0,523	0,497	0,391	0,265	0,113	0,323	0,618	0,744
AQ-H	0,686	0,644	0,584	0,601	0,404	0,616	0,490	0,464
AQ-Total	0,568	0,547	0,438	0,358	0,213	0,405	0,840	0,799
SHI-Total	0,447	0,409	0,613	0,516	0,600	0,641	0,375	0,204
BPQ-1	0,362	0,372	0,507	0,388	0,385	0,490	0,341	0,288
BPQ-2	0,611	0,565	0,501	0,499	0,379	0,529	0,286	0,340
BPQ-3	0,575	0,511	0,571	0,540	0,389	0,582	0,394	0,319
BPQ-4	0,486	0,446	0,392	0,423	0,269	0,421	0,412	0,360
BPQ-5	0,477	0,389	0,607	0,626	0,529	0,665	0,168	0,047
BPQ-6	0,396	0,359	0,642	0,558	0,572	0,665	0,399	0,242
BPQ-7	0,532	0,455	0,605	0,610	0,458	0,642	0,270	0,152
BPQ-8	0,578	0,557	0,489	0,390	0,267	0,455	0,550	0,599
BPQ-9	0,351	0,356	0,241	0,234	0,311	0,281	0,270	0,205
BPQ-Total	0,677	0,619	0,702	0,660	0,540	0,728	0,476	0,396
BAI-Total	0,366	0,341	0,344	0,367	0,336	0,390	0,352	0,230
BDI2-Total	0,459	0,419	0,575	0,556	0,330	0,577	0,345	0,230

5. REZULTATI

Tablica 5.34. Korelacije – četvrti dio

Varijable	AQ-A	AQ-H	AQ-Total	SHI-Total	BPQ-1	BPQ-2	BPQ-3	BPQ-4
SES	0,205	0,194	0,193	0,191	0,194	0,059	0,046	0,084
CTQ-1	0,311	0,438	0,420	0,508	0,302	0,271	0,527	0,373
CTQ-2	0,323	0,397	0,458	0,446	0,281	0,256	0,423	0,375
CTQ-3	-0,052	0,083	0,045	0,320	0,159	0,147	0,234	0,140
CTQ-4	0,324	0,415	0,371	0,377	0,341	0,241	0,398	0,271
CTQ-5	0,258	0,270	0,332	0,396	0,396	0,181	0,295	0,223
CTQ-6	-0,110	-0,190	-0,109	-0,181	-0,179	-0,164	-0,263	-0,199
CTQ-Total	0,315	0,432	0,433	0,530	0,377	0,288	0,498	0,367
PNI-1	0,384	0,618	0,460	0,485	0,361	0,551	0,544	0,433
PNI-2	0,220	0,198	0,287	0,171	0,251	0,101	0,106	0,105
PNI-3	0,179	0,284	0,188	0,111	0,126	0,271	0,253	0,154
PNI-4	0,357	0,510	0,432	0,337	0,241	0,366	0,367	0,293
PNI-5	0,412	0,512	0,459	0,306	0,378	0,444	0,300	0,367
PNI-6	0,357	0,486	0,323	0,267	0,220	0,504	0,423	0,347
PNI-7	0,590	0,575	0,629	0,319	0,317	0,487	0,470	0,456
PNI-8	0,364	0,453	0,416	0,264	0,335	0,380	0,296	0,293
PNI-9	0,523	0,686	0,568	0,447	0,362	0,611	0,575	0,486
PNI-10	0,497	0,644	0,547	0,409	0,372	0,565	0,511	0,446
ESS-1	0,391	0,584	0,438	0,613	0,507	0,501	0,571	0,392
ESS-2	0,265	0,601	0,358	0,516	0,388	0,499	0,540	0,423
ESS-3	0,113	0,404	0,213	0,600	0,385	0,379	0,389	0,269
ESS-Total	0,323	0,616	0,405	0,641	0,490	0,529	0,582	0,421
AQ-PA	0,618	0,490	0,840	0,375	0,341	0,286	0,394	0,412
AQ-VA	0,744	0,464	0,799	0,204	0,288	0,340	0,319	0,360
AQ-A	1,000	0,623	0,884	0,340	0,403	0,532	0,485	0,450
AQ-H	0,623	1,000	0,796	0,474	0,397	0,513	0,635	0,656
AQ-Total	0,884	0,796	1,000	0,441	0,437	0,505	0,568	0,579
SHI-Total	0,340	0,474	0,441	1,000	0,571	0,438	0,624	0,395
BPQ-1	0,403	0,397	0,437	0,571	1,000	0,406	0,392	0,375
BPQ-2	0,532	0,513	0,505	0,438	0,406	1,000	0,570	0,565
BPQ-3	0,485	0,635	0,568	0,624	0,392	0,570	1,000	0,734
BPQ-4	0,450	0,656	0,579	0,395	0,375	0,565	0,734	1,000
BPQ-5	0,243	0,458	0,300	0,551	0,305	0,490	0,552	0,306
BPQ-6	0,402	0,540	0,499	0,834	0,513	0,425	0,639	0,443
BPQ-7	0,346	0,539	0,416	0,575	0,384	0,648	0,630	0,437
BPQ-8	0,795	0,567	0,750	0,440	0,467	0,690	0,564	0,503
BPQ-9	0,225	0,378	0,335	0,317	0,323	0,225	0,297	0,266
BPQ-Total	0,606	0,723	0,680	0,722	0,618	0,786	0,836	0,720
BAI-Total	0,340	0,451	0,429	0,384	0,229	0,455	0,434	0,395
BDI2-Total	0,421	0,520	0,475	0,538	0,364	0,487	0,594	0,388

5. REZULTATI

Tablica 5.34. Korelacije – peti dio

Varijable	BPQ-5	BPQ-6	BPQ-7	BPQ-8	BPQ-9	BPQ-Total	BAI-Total	BDI2-Total
SES	-0,041	0,028	0,023	0,078	0,135	0,085	0,198	0,153
CTQ-1	0,311	0,461	0,296	0,306	0,126	0,458	0,298	0,262
CTQ-2	0,235	0,390	0,279	0,310	0,131	0,414	0,412	0,276
CTQ-3	0,192	0,233	0,121	0,092	0,173	0,223	0,242	0,013
CTQ-4	0,299	0,365	0,294	0,272	0,153	0,402	0,199	0,266
CTQ-5	0,193	0,386	0,193	0,272	0,242	0,355	0,352	0,276
CTQ-6	-0,181	-0,179	-0,157	-0,171	-0,134	-0,248	-0,255	-0,147
CTQ-Total	0,324	0,476	0,314	0,328	0,201	0,485	0,378	0,287
PNI-1	0,561	0,439	0,578	0,513	0,313	0,665	0,306	0,494
PNI-2	-0,072	0,096	-0,057	0,236	0,261	0,145	0,006	0,046
PNI-3	0,126	0,097	0,191	0,246	0,133	0,248	0,236	0,218
PNI-4	0,336	0,287	0,359	0,319	0,257	0,435	0,381	0,324
PNI-5	0,220	0,285	0,308	0,466	0,321	0,472	0,263	0,310
PNI-6	0,397	0,227	0,412	0,389	0,304	0,499	0,281	0,342
PNI-7	0,168	0,290	0,298	0,591	0,238	0,515	0,238	0,269
PNI-8	0,145	0,223	0,223	0,425	0,311	0,400	0,237	0,269
PNI-9	0,477	0,396	0,532	0,578	0,351	0,677	0,366	0,459
PNI-10	0,389	0,359	0,455	0,557	0,356	0,619	0,341	0,419
ESS-1	0,607	0,642	0,605	0,489	0,241	0,702	0,344	0,575
ESS-2	0,626	0,558	0,610	0,390	0,234	0,660	0,367	0,556
ESS-3	0,529	0,572	0,458	0,267	0,311	0,540	0,336	0,330
ESS-Total	0,665	0,665	0,642	0,455	0,281	0,728	0,390	0,577
AQ-PA	0,168	0,399	0,270	0,550	0,270	0,476	0,352	0,345
AQ-VA	0,047	0,242	0,152	0,599	0,205	0,396	0,230	0,230
AQ-A	0,243	0,402	0,346	0,795	0,225	0,606	0,340	0,421
AQ-H	0,458	0,540	0,539	0,567	0,378	0,723	0,451	0,520
AQ-Total	0,300	0,499	0,416	0,750	0,335	0,680	0,429	0,475
SHI-Total	0,551	0,834	0,575	0,440	0,317	0,722	0,384	0,538
BPQ-1	0,305	0,513	0,384	0,467	0,323	0,618	0,229	0,364
BPQ-2	0,490	0,425	0,648	0,690	0,225	0,786	0,455	0,487
BPQ-3	0,552	0,639	0,630	0,564	0,297	0,836	0,434	0,594
BPQ-4	0,306	0,443	0,437	0,503	0,266	0,720	0,395	0,388
BPQ-5	1,000	0,559	0,788	0,394	0,260	0,725	0,449	0,649
BPQ-6	0,559	1,000	0,571	0,502	0,304	0,757	0,364	0,568
BPQ-7	0,788	0,571	1,000	0,464	0,289	0,813	0,464	0,657
BPQ-8	0,394	0,502	0,464	1,000	0,273	0,761	0,406	0,520
BPQ-9	0,260	0,304	0,289	0,273	1,000	0,463	0,398	0,381
BPQ-Total	0,725	0,757	0,813	0,761	0,463	1,000	0,553	0,711
BAI-Total	0,449	0,364	0,464	0,406	0,398	0,553	1,000	0,592
BDI2-Total	0,649	0,568	0,657	0,520	0,381	0,711	0,592	1,000

5. REZULTATI

Tablica 5.35. Spearmanove korelacije odabranih čestica SES-a

Varijable	SES1	SES2	SES3A	SES4	SES7	SES-A	SES-B
CTQ-1	-0,056	0,099	-0,108	0,075	-0,036	0,098	0,182
CTQ-2	-0,108	0,117	-0,004	-0,083	0,021	0,177	0,221
CTQ-3	0,032	0,070	-0,092	0,037	-0,110	0,070	0,056
CTQ-4	-0,101	0,064	-0,050	0,050	0,038	0,116	0,190
CTQ-5	-0,214	0,181	0,142	-0,076	0,091	0,247	0,172
CTQ-Total	-0,121	0,138	-0,042	-0,001	0,020	0,169	0,206
PNI-1	0,061	0,059	-0,156	0,151	0,026	0,277	0,132
PNI-2	0,042	-0,009	-0,091	0,184	-0,165	0,160	0,009
PNI-3	0,040	0,048	-0,008	0,033	-0,030	0,167	-0,037
PNI-4	-0,045	-0,103	-0,059	0,039	-0,056	0,204	-0,062
PNI-5	0,058	-0,027	-0,163	0,171	-0,149	0,295	0,061
PNI-6	-0,086	-0,046	-0,099	0,066	-0,046	0,126	-0,066
PNI-7	0,033	-0,045	-0,079	0,146	-0,098	0,275	-0,010
PNI-8	0,064	-0,011	-0,109	0,161	-0,134	0,278	0,042
PNI-9	-0,006	-0,044	-0,126	0,128	-0,054	0,274	0,013
PNI-10	0,018	-0,020	-0,129	0,137	-0,073	0,297	0,016
ESS-1	-0,116	0,023	-0,267	0,122	-0,023	0,217	0,238
ESS-2	-0,064	0,048	-0,237	0,121	0,066	0,245	0,173
ESS-3	-0,159	0,093	-0,159	0,153	0,100	0,219	0,181
ESS-Total	-0,123	0,054	-0,258	0,144	0,038	0,258	0,225
AQ-PA	-0,058	0,157	-0,153	0,050	-0,022	0,235	0,132
AQ-VA	0,007	0,072	-0,003	-0,067	-0,056	0,325	0,054
AQ-A	-0,100	-0,007	-0,096	-0,042	-0,024	0,320	0,194
AQ-H	-0,004	-0,042	-0,153	-0,061	0,053	0,262	0,212
AQ-Total	-0,037	0,032	-0,119	-0,036	-0,005	0,349	0,192
SHI-Total	-0,080	0,141	-0,221	0,190	0,071	0,439	0,190
BPQ-1	-0,186	0,071	-0,192	0,107	-0,018	0,389	0,170
BPQ-2	-0,263	0,076	-0,074	0,013	0,039	0,246	0,143
BPQ-3	-0,075	0,103	-0,176	0,065	0,043	0,269	0,145
BPQ-4	-0,109	0,047	-0,080	-0,022	0,014	0,221	0,140
BPQ-5	-0,117	0,101	-0,228	0,181	0,001	0,113	0,195
BPQ-6	-0,086	0,203	-0,276	0,122	0,101	0,420	0,178
BPQ-7	-0,184	0,121	-0,246	0,136	0,035	0,287	0,170
BPQ-8	-0,172	0,087	-0,143	0,042	-0,003	0,355	0,174
BPQ-9	-0,096	0,042	-0,104	0,071	-0,066	0,237	-0,049
BPQ-Total	-0,187	0,124	-0,226	0,085	0,040	0,379	0,182
BAI-Total	-0,189	0,049	0,073	-0,139	0,108	0,207	0,230
BDI2-Total	-0,188	0,080	-0,182	-0,035	0,132	0,378	0,298

5.12. Medijacijska analiza

Medijacijska analiza odnosi se na ukupni Inventar samoozljeđujućeg ponašanja (SHI-Total) kao kriterija (zavisne varijable) i traume u djetinjstvu (CTQ-Total) kao prediktora (nezavisne varijable) te narcistička vulnerabilnost (PNI-9), doživljaj srama (ESS-Total) i ljutnja (AQ-A) kao posredničke tj. medijacijske varijable. Detaljna analiza tih varijabli s prikazom njihovih osnovnih parametara navedeni su u Tablicama 5.2 (za CTQ-Total), 5.6 (za SHI-Total), 5.3. (PNI-9), 5.4 (za ESS-Total) i 5.5 (za AQ-A).

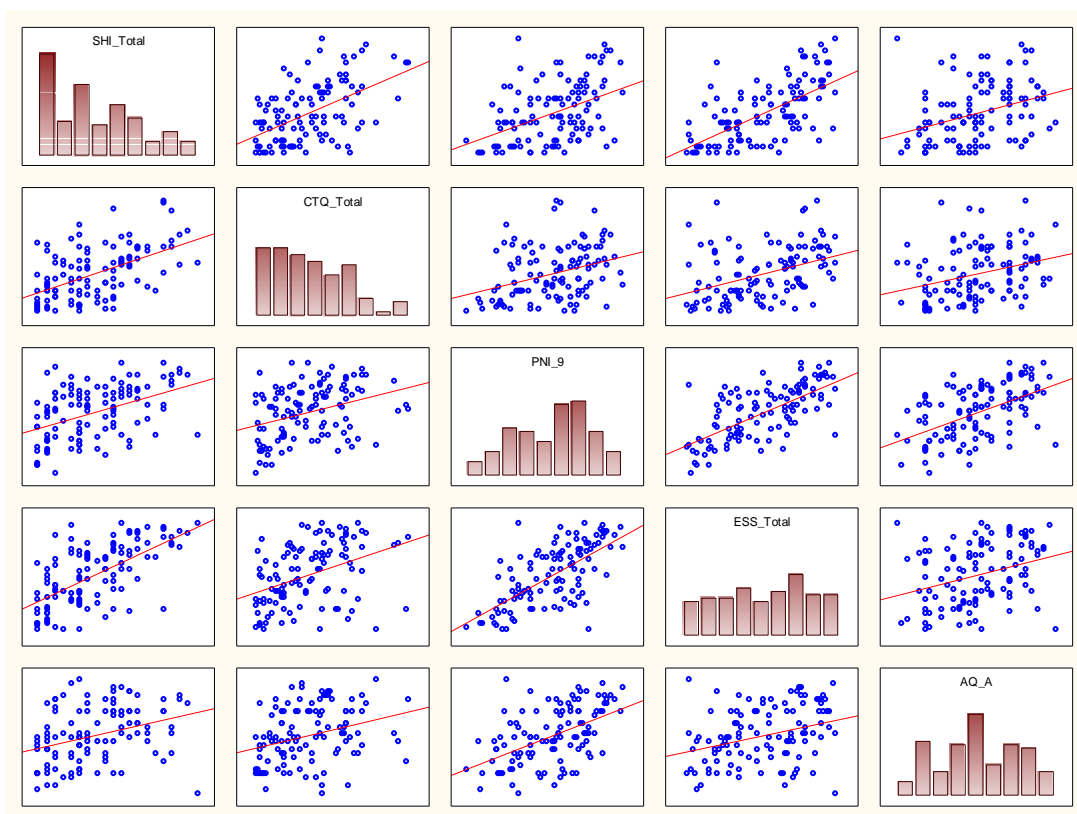
Osnovna je pretpostavka medijacijske analize da varijable u analizi budu međusobno u statistički značajnoj međusobnoj korelaciji što je u ovom slučaju u potpunosti ispunjeno (Tablica 36).

Tablica 5.36. Pearsonovi koeficijenti međusobne korelacije varijabli korištene u medijacijskim analizama

		SHI-Total	CTQ-Total	PNI-9	ESS-Total	AQ-A
SHI-Total Samoozljeđujuće ponašanje	r p n	1,000	0,530 0,000 111	0,447 0,000 111	0,641 0,000 111	0,340 0,000 111
CTQ-Total Trauma u djetinjstvu	r p n	0,530 0,000 111	1,000	0,343 0,000 111	0,403 0,000 111	0,315 0,001 111
PNI-9 Narcistička vulnerabilnost	r p n	0,447 0,000 111	0,343 0,000 111	1,000	0,677 0,000 111	0,523 0,000 111
ESS-Total Doživljaj srama	r p n	0,641 0,000 111	0,403 0,000 111	0,677 0,000 111	1,000	0,323 0,001 111
AQ-A Ljutnja	r p n	0,340 0,000 111	0,315 0,001 111	0,523 0,000 111	0,323 0,001 111	1,000

Na Slici 5.7 prikazani su dijagrami raspršenosti (eng. *scatter plot*) pojedinih parova varijabli vezanih uz pojedine koeficijente korelacije s ucrtanim pravcima pripadne linearne regresije. Raspršenost tih varijabli je očekivana. Koeficijent varijacije za samoozljeđujuće ponašanje (SHI-Total) je 14%, za traumu u djetinjstvu (CTQ-Total) 36%, za narcističku vulnerabilnost (PNI-9) 43%, za doživljaj srama (ESS-Total) 30% kao i za ljutnju (AQ-A) 30%.

5. REZULTATI



Slika 5.7. Dijagram raspršenosti (eng. *scatter plot*) za varijable uvrštene u medijacijske modele (N = 111)

U prva tri modela testiranje izravnog učinka (*direct effect*) traume u djetinjstvu (CTQ-Total) na samoozljeđujuće ponašanje (SHI-Total) i neizravni učinak narcističke vulnerabilnosti (PNI-9), doživljaja srama (ESS-Total) i ljutnje (AQ-A), kao medijatora, provedeno je nizom regresijskih analiza sa svakim medijatorom pojedinačno. Značajnost medijacije testirana je Sobelovim testom. U zadnjem, četvrtom modelu analiza je provedena simultano sa sva tri medijatora pomoću programskog paketa otvorenog koda *lavaan* u R programskom jeziku i okruženju.

5.12.1. Model medijacijske analize izravnog učinka traume u djetinjstvu (CTQ-Total) na samoozljeđujuće ponašanje (SHI-Total) uz neizravni učinak narcističke vulnerabilnosti (PNI-9) kao medijatora

Rezultat prve regresijske analize, naveden u Tablici 5.37, sa samoozljeđujućim ponašanjem (SHI-Total) kao kriterijem i s traumom u djetinjstvu (CTQ-Total) kao prediktorom potvrđuje signifikantan **ukupni učinak** ($c = 0,138$, $p = 0,000$) prediktora na kriterij.

5. REZULTATI

Tablica 5.37.

Koeficijenti^a

Model	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p
	B	St. greška	Beta		
	1 (Konstanta)	-,549	1,188		
CTQ_Total Trauma u djetinjstvu	c = 0,138	,021	,530	6,517	,000

a. Zavisna Varijabla: SHI_Total Samoozljeđujuće ponašanje

Rezultat drugog regresijskog modela, naveden u Tablici 5.38, s Narcističkom vulnerabilnošću (PNI-9) kao kriterijem i s traumom u djetinjstvu (CTQ-Total) kao prediktorom potvrđuje značajan **izravni učinak** prediktora na kriterij ($b_1 = 0,021$, $p = 0,000$).

Tablica 5.38.

Koeficijenti^a

Model	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p.
	B	St. greška	Beta		
	1 (Konstanta)	1,595	,306		
CTQ_Total Trauma u djetinjstvu	b1 = 0,021	,005	,343	3,811	,000

a. Zavisna Varijabla: PNI_9 Narcistička vulnerabilnost

Konačno, u treći regresijski model (Tablica 5.39.) uključena je i narcistička vulnerabilnost (PNI-9) u prethodni model kao prediktor koji pokazuje također značajan **izravni učinak** na Ukupno samoozljeđujuće ponašanje (SHI-Total).

5. REZULTATI

Tablica 5.39.

Koeficijenti^a

Model	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p	
	B	St. greška	Beta			
	1	(Konstanta)	-2,610			1,258
	CTQ_Total Trauma u djetinjstvu	b21 = 0,111	,021	,427	5,205	,000
	PNI_C9 Narcistička vulnerabilnost	b22 = 1,292	,353	,300	3,666	,000

a. Zavisna Varijabla: SHI_Total Samoozljeđujuće ponašanje

Rezultati učinaka su:

CTQ_total → PNI-9, $c = 0,021$, Std. Error 0,005, $\beta = 0,343$; $p = 0,000$,

PNI-9 → SHI-Total, $b22 = 1,292$, Std. Error 0,353, $\beta = 0,300$; $p = 0,000$,

CTQ-Total → SHI-Total, $b21 = 0,111$, Std. Error = 0,021, $\beta = 0,427$, $p = 0,000$.

Statistička značajnost neizravnog učinaka potvrđena je Sobelovom test statistikom u iznosu od 2,9344 i $p = 0,003$. Procijenjeni neizravni učinak je ($b1 \times b22$) $0,021 \times 1,292 = 0,027$. Prema tome narcistička vulnerabilnost (PNI-9) je statistički značajan medijator u odnosu traume u djetinjstvu (CTQ-Total) i samoozljeđujućeg ponašanja (SHI-Total).

5.12.2. Model medijacijske analize izravnog učinka traume u djetinjstvu (CTQ-Total) na samoozljeđujuće ponašanje (SHI-Total) uz neizravni učinak doživljaja srama (ESS-Total) kao medijatora

Rezultat prve regresijske analize, naveden u Tablici 5.40, sa samoozljeđujućim ponašanjem (SHI-Total) kao kriterijem i s traumom u djetinjstvu (CTQ-Total) kao prediktorom potvrđuje signifikantan **ukupni učinak** ($c = 0,138$, $p = 0,000$) prediktora na kriterij.

5. REZULTATI

Tablica 5.40.

Koeficijenti^a

Model		Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p
		B	St. greška	Beta		
1	(Konstanta)	-,549	1,188		-,462	,645
	CTQ_Total Trauma u djetinjstvu	c = 0,138	,021	,530	6,517	,000

a. Zavisna Varijabla: SHI_Total Samoozljeđujuće ponašanje

Rezultat drugog regresijskog modela, naveden u Tablici 5.41., s doživljajem srama (ESS-Total) kao kriterijem i s traumom u djetinjstvu (CTQ-Total) kao prediktorom potvrđuje značajan **izravni učinak** prediktora na kriterij.

Tablica 5.41.

Koeficijenti^a

Model		Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani Koeficijenti	t	p.
		B	St. greška	Beta		
1	(Konstanta)	44,283	5,090		8,700	,000
	CTQ_Total Trauma u djetinjstvu	b1 = 0,418	,091	,403	4,604	,000

a. Zavisna Varijabla: ESS_Total Doživljaj srama

Konačno, treći regresijski model (Tablica 5.42.) uključuje i doživljaj srama (ESS-Total) u prethodni model kao prediktor koji pokazuje također značajan **izravni učinak** na samoozljeđujuće ponašanje (SHI-Total).

5. REZULTATI

Tablica 5.42.

Koeficijenti^a

Model		Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p
		B	St. greška	Beta		
1	(Konstanta)	-6,235	1,297		-4,807	,000
	CTQ_Total Trauma u djetinjstvu	b21 = 0,085	,019	,324	4,346	,000
	ESS_Total Doživljaj srama	b22 = 0,128	,019	,510	6,848	,000

a. Zavisna Varijabla: SHI_Total Samoozljeđujuće ponašanje

Rezultati učinaka su:

CTQ_total → ESS-Total, $b_1 = 0,418$, Std. Error 0,091, $\beta = 0,403$, $p = 0,000$,

ESS-Total → SHI-Total, $b_{22} = 0,128$, Std. Error 0,019, $\beta = 0,510$, $p = 0,000$,

CTQ-Total → SHI-Total, $b_{21} = 0,085$, Std. Error = 0,019, $\beta = 0,324$, $p = 0,000$.

Statistička značajnost neizravnih učinaka potvrđena je Sobelovom test statistikom u iznosu od 3,7952 i $p = 0,000$. Procijenjeni neizravni učinak je $0,418 \times 0,128 = 0,054$. Prema tome doživljaj srama (ESS-Total) je statistički značajni medijator u odnosu traume u djetinjstvu (CTQ-Total) i samoozljeđujućeg ponašanja (SHI-Total).

5.12.3. Model medijacijske analize izravnog učinka traume u djetinjstvu (CTQ-Total) na samoozljeđujuće ponašanje (SHI-Total) uz neizravni učinak ljutnje (AQ-A) kao medijatora

Rezultat prve regresijske analize, naveden u Tablici 5.43., sa samoozljeđujućim ponašanjem (SHI-Total) kao kriterijem i sa traumom u djetinjstvu (CTQ-Total) kao prediktorom potvrđuje signifikantan ($p = 0,000$) **ukupni učinak** prediktora na kriterij.

5. REZULTATI

Tablica 5.43.

Koeficijenti^a

Model	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	T	p
	B	St. greška	Beta		
	1 (Konstanta)	-,549	1,188		
CTQ_Total Trauma u djetinjstvu	c = 0,138	,021	,530	6,517	,000

a. Zavisna Varijabla: SHI_Total Samoozljeđujuće ponašanje

Rezultat drugog regresijskog modela, naveden u Tablici 5.44., s ljutnjom (AQ-A) kao kriterijem i s traumom u djetinjstvu (CTQ-Total) kao prediktorom potvrđuje značajan **izravni učinak** prediktora na kriterij.

Tablica 5.44.

Koeficijenti^a

Model	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	Sig.
	B	St. greška	Beta		
	1 (Konstanta)	15,462	1,819		
CTQ_Total Trauma u djetinjstvu	b1 = 0,112	,032	,315	3,460	,001

a. Zavisna Varijabla: AQ_A Ljutnja

Konačno, treći regresijski model uključuje i ljutnju (AQ-A) u prethodni model kao prediktor koji pokazuje također značajan **izravni učinak** na samoozljeđujuće ponašanje (SHI-Total) (Tablica 5.45.).

5. REZULTATI

Tablica 5.45.

Koeficijenti^a

Model		Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p
		B	St. greška	Beta		
1	(Konstanta)	-2,720	1,503		-1,810	,073
	CTQ_Total Trauma u djetinjstvu	b21 = 0,122	,022	,469	5,585	,000
	AQ_A Ljutnja	b22 = 0,140	,061	,192	2,289	,024

a. Zavisna Varijabla: SHI_Total Samoozljeđujuće ponašanje

Rezultati učinaka su:

CTQ-total → AQ-A, $b_1 = 0,112$, Std. Error 0,032, $\beta = 0,469$, $p = 0,001$,

AQ-A → SHI-Total, $b_{22} = 0,140$, Std. Error 0,061, $\beta = 0,192$, $p = 0,024$,

CTQ-Total → SHI-Total, $b_{21} = 0,122$, Std. Error = 0,022, $\beta = 0,192$, $p = 0,000$.

Statistička značajnost neizravnih učinaka potvrđena je Sobelovom test statistikom u iznosu od 1,9192 i $p = 0,055$ što neznatno premašuje zahtijevanih 5%. Procijenjeni neizravni učinak je $0,112 \times 0,140 = 0,016$. Prema tome ljutnja (AQ-A) se uz navedenu graničnu, praktički zanemarivu, statističku pogrešku može smatrati značajnim medijatorom u odnosu traume u djetinjstvu (CTQ-Total) i samoozljeđujućeg ponašanja (SHI-Total).

5.12.4. Model medijacijske analize izravnog učinka traume u djetinjstvu (CTQ-Total) na samoozljeđujuće ponašanje (SHI-Total) uz neizravni učinak narcističke vulnerabilnosti (PNI-9), ukupnog doživljaja srama (ESS-Total) i ljutnje (AQ-A) kao potencijalnih medijatoria

Analiza je izvedena pomoću *lavaan* programskog paketa u R programskom jeziku i okolini. Predloženi model se oslanja na korelacije nultog reda (Tablica 5.34) i rezultata prethodna tri modela medijacijske analize (5.12.1 do 5.12.3). Kako je pojedinačna analiza potencijalnih medijatora ukazala na činjenicu da su sva tri pojedinačno značajni medijatori utjecaja traume u djetinjstvu (CTQ-Total) na samoozljeđujuće ponašanje (SHI-Total) što je za očekivati s obzirom na značajnu korelaciju među njima (Tablica 5.36). Za simultanu analizu medijacijskog potencija sva ta tri medijatora predložen je niže navedeni jednostavni model:

5. REZULTATI

```
# direktni efekt
SHI_Total ~ c*CTQ_Total

# medijatori
SHI_Total ~ b1*PNI_9 + b2*ESS_Total + b3*AQ_A
PNI_9 ~ a1*CTQ_Total
ESS_Total ~ a2*CTQ_Total
AQ_A ~ a3*CTQ_Total

# direktni efekt
direktni := c

# indirektni efekti
ind_PNI_9 := a1*b1
ind_ESS_Total := a2*b2
ind_AQ_A := a3*b3
indirektni_ukupno := a1*b1 + a2*b2 + a3*b3

# ukupni efekt
ukupni_efekt := c + a1*b1 + a2*b2 + a3*b3

# Razlike indirektnih efekata
ind_PNI_9_ESS_Total := a1*b1 - a2*b2
ind_PNI_9_AQ_A := a1*b1 - a3*b3
ind_ESS_Total_AQ_A := a2*b2 - a3*b3
```

Shematski prikaz regresijskih puteva prikazana je na Slici 5.8.

Sažetak analize medijacije koja predviđa samoozljeđujuće ponašanje (SHI-Total) u zavisnosti od traume u djetinjstvu (CTQ-Total) preko narcističke vulnerabilnosti (PNI-9), doživljaja srama (ESS-Total) i ljutnje (AQ-A) kao medijatora navedena je u Tablici 5.46. s pripadnim procjenama utjecaja zajedno sa 95%-nim intervalom pouzdanosti te njihovim vjerojatnostima.

5. REZULTATI

Tablica 5.46. Sažetak analize medijacije koja predviđa samoozljeđujuće ponašanje (SHI-Total) u zavisnosti od traume u djetinjstvu (CTQ-Total) preko narcističke vulnerabilnosti (PNI-9), doživljaja srama (ESS-Total) i ljutnje (AQ-A) kao medijatorima

Tablica 5.46. Model Procjene (lavaan):

	Procjena	(S.E.)	z	p	95% CI		Beta
Regresijski putevi (path)							
SHI-Total <- CTQ-Total (c)	0.080	(0.024)	3.296	<.001***	0.028	0.123	0.301
SHI-Total <- PNI-9 (b1)	-0.340	(0.466)	-0.731	.465	-1.297	0.551	-0.078
SHI-Total <- ESS-Total (b2)	0.135	(0.028)	4.728	<.001***	0.079	0.192	0.527
SHI-Total <- AQ-A (b3)	0.082	(0.063)	1.303	.193	-0.037	0.212	0.111
PNI-9 <- CTQ-Total (a1)	0.021	(0.006)	3.600	<.001***	0.011	0.033	0.343
ESS-Total <- CTQ-Total (a2)	0.418	(0.105)	3.997	<.001***	0.221	0.635	0.403
AQ_A <- CTQ-Total (a3)	0.112	(0.032)	3.547	<.001***	0.053	0.177	0.315
Definirani utjecaji:							
direktni	0.080	(0.024)	3.296	<.001***	0.028	0.123	0.301
ind_PNI-9	-0.007	(0.011)	-0.664	.507	-0.035	0.009	-0.027
ind_ESS-Total	0.056	(0.021)	2.708	.007**	0.025	0.109	0.213
ind_AQ-A	0.009	(0.008)	1.100	.271	-0.002	0.033	0.035
indirektni_ukupno	0.058	(0.020)	2.970	.003**	0.027	0.104	0.221
ukupni_efekt	0.138	(0.020)	6.829	<.001***	0.099	0.179	0.522
ind_PNI-9-ESS-Total	-0.063	(0.028)	-2.252	.024*	-0.135	-0.022	-0.239
ind_PNI-9-AQ-A	-0.016	(0.016)	-1.049	.294	-0.056	0.007	-0.062
ind_ESS-Total-AQ-A	0.047	(0.021)	2.274	.023*	0.016	0.099	0.178

Prema rezultatima analize utjecaja po regresijskim putevima vidljiv je izravni učinak traume u djetinjstvu (CTQ-Total) na samoozljeđujuće ponašanje (SHI-Total) ($c = 0,080$, $p < 0,001$), a od potencijalnih medijatora samo ukupno doživljaj srama (ESS-Total) ($b2 = 0,135$, $p < 0,001$). Izravni utjecaj traume u djetinjstvu (CTQ-Total) na potencijalne medijatore značajan je za svaki od njih: PNI-9 ($a1 = 0,021$, $p < 0,001$; ESS-Total ($a2 = 0,418$, $p < 0,001$; AQ-a ($a3 = 0,112$, $p < 0,001$).

Određivanje utjecaja dobiva se pomoću gore opisanih regresijskih koeficijenata. Naravno, samo je jedan direktni utjecaj i to preko puta SHI-Total \leftarrow CTQ-Total već predstavljeni $c = 0,080$.

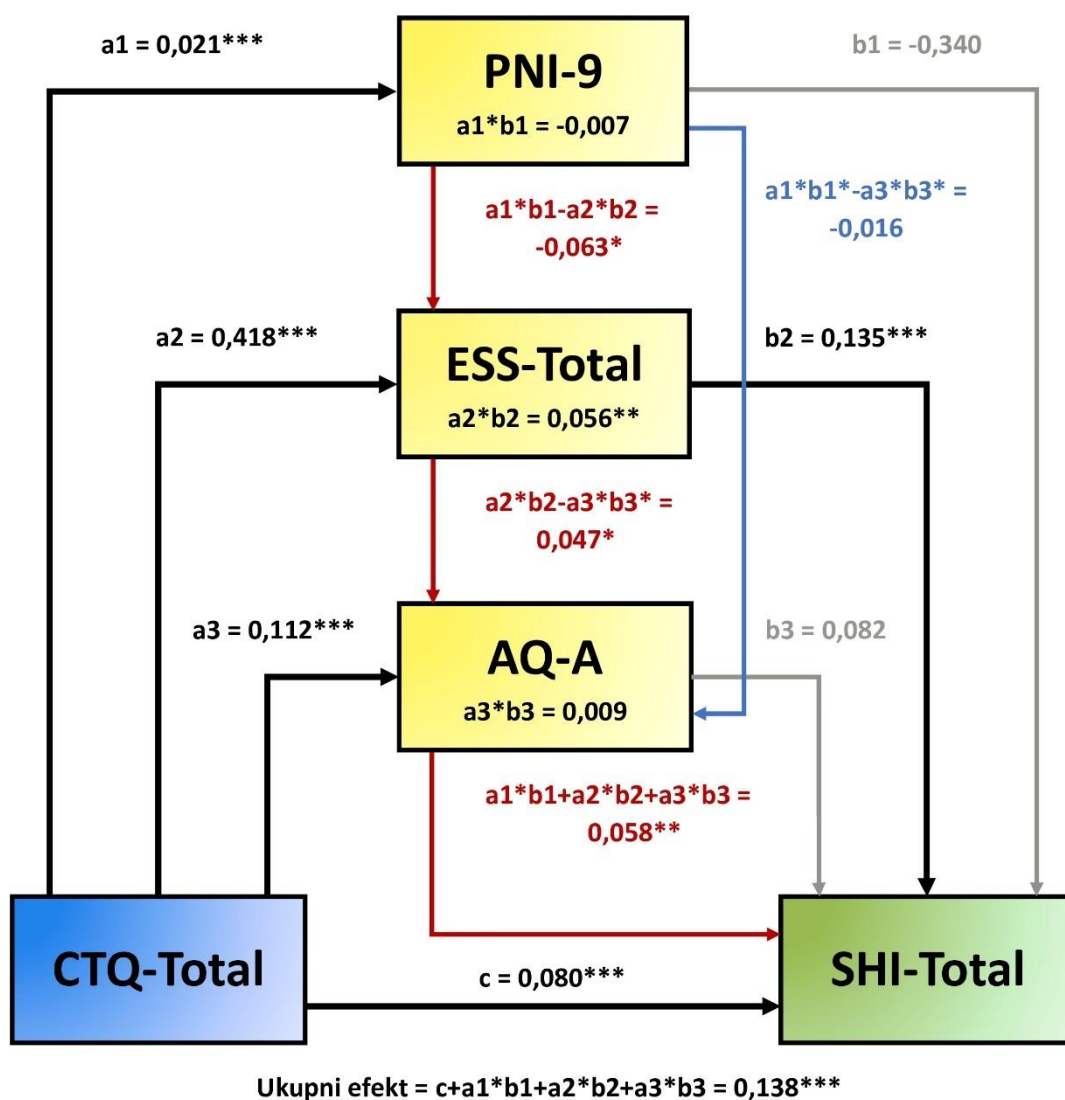
Neizravni utjecaji se izračunavaju preko odgovarajućih puteva pa tako i za potencijalne medijatore. Tako je neizravni utjecaj za narcističku vulnerabilnost (PNI-9) $a1*b1 = 0,007$ i nije statistički značajan ($p = 0,507$). Za ukupni doživljaj srama (ESS-Total) je $a2*b2 = 0,056$ i statistički je značajan ($p = 0,007$) neizravni utjecaj dok za ljutnju (AQ-A) $a3*b3 = 0,009$ i nije statistički značajan ($p = 0,257$) te nema značajni neizravni utjecaj. Ukupni neizravni utjecaj potencijalnih medijatora je zbroj njihovih neizravnih utjecaja $a1*b1 + a2*b2 + a3*b3 = 0,058$ koji je statistički značajan ($p = 0,003$). Prema tome ukupni utjecaj je $c + a1*b1 + a2*b2 + a3*b3 = 0,138$, te je statistički značajan ($p < 0,001$).

5. REZULTATI

U predloženom medijacijskom modelu značajnu informaciju pružaju i razlike neizravnih utjecaja. Razlika narcističke vulnerabilnosti (PNI-9) i ukupnog doživljaja srama (ESS-Total) je $a1*b1 - a2*b2 = 0,063$, i statistički je značajna ($p = 0,024$) kao i razlika ukupnog doživljaja srama (ESS-Total) i ljutnje (AQ-A) koja je $a2*b2 - a3*b3 = 0,047$, koje su također statistički značajno različite ($p = 0,023$). Razlika narcističke vulnerabilnosti (PNI-9) i ljutnje (AQ-A) koja iznosi $a1*b1 - a3*b3 = 0,016$, i nije statistički značajna ($p = 0,294$), nema statistički značajan neizravni utjecaj.

Konačno, od triju potencijalnih medijatora samo ukupni doživljaj srama (ESS-Total) može se smatrati značajnim, tj. varijablom koja u značajnoj mjeri utječe na formiranje odnosa između traume u djetinjstvu (CTQ-Total) i autodestruktivnog/samoozljeđujućeg ponašanja (SHI-Total), budući da je doprinos narcističke vulnerabilnosti (PNI-9) i ljutnje (AQ-A) ispod statističke pogreške.

5. REZULTATI



Slika 5.9. Prikaz puteva (eng. *path*) medijacijske analize koja predviđa samoozljeđujuće ponašanje (SHI-Total) u zavisnosti od traume u djetinjstvu (CTQ-Total) preko narcističke vulnerabilnosti (PNI-9), doživljaja srama (ESS-Total) i ljutnje (AQ-A) kao medijatora.

6. RASPRAVA

Ovaj rad temelji se na istraživanju uloge narcističke vulnerabilnosti, eksplicitnog srama i ljutnje u odnosu između traumatskih iskustava u djetinjstvu i autodestruktivnog ponašanja odraslih bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti (GPL). Svrha rada bila je povezati nekoliko modaliteta bitnih za psihičko funkcioniranje odraslih bolesnika s GPL-om. S jedne strane, naglasak je bio na čimbenicima traumatskih iskustava u djetinjstvu, a s druge strane na autodestruktivnom ponašanju odraslih bolesnika s GPL-om. Fenomeni narcističke vulnerabilnosti, eksplicitnog srama i ljutnje bili su u fokusu ovog rada, a s ciljem povezivanja površinskih-deskriptivnih (simptomatskih) fenomena s dubljim intrapsihičkim proživljavanjima. Pri tome su narcistička vulnerabilnost, sram i ljutnja korišteni radi dokaza u stručnoj i znanstvenoj literaturi o mogućim povezujućim obilježjima tih fenomena, između nepovoljnih čimbenika djetinjstva s autodestruktivnim elementima u odrasloj dobi. Prethodni radovi našeg tima ukazuju na važnost prepoznavanja narcističke vulnerabilnosti s ishodom depresije uz perfekcionizam kao medijatorom (201), kao i srama kao medijatora patološkog narcizma i suicidalnosti kod psihijatrijskih bolesnika (150). Ovaj rad je nastavak istraživanja modaliteta patologije ličnosti koji se opisuju u kontekstu raznih psihodinamskih fenomena i psihijatrijskih poremećaja, kao i u okviru procesa žalovanja, odnosa nasilja i dijaloga, odnosa ljubavi i mržnje, stresa, kao i trendova u suvremenom društvu i medicini. (206, 325, 326, 327, 328, 329)

Ukupni uzorak ovog istraživanja rađenog u Klinici za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb u razdoblju od godinu dana od početka istraživanja (od rujna 2021. do rujna 2022. godine), iznosio je 111 bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti od kojih su 28 (25,2%) bili muškarci, a 83 žene (74,8 %) u dobi od 19 do 62 godine. Prema nekim istraživanjima omjer GPL-a kod žena i muškaraca iznosi 3:1. Drugi autori smatraju da je takav omjer rezultat toga što žene češće traže psihosocijalnu pomoć. (39). Novije studije sugeriraju da nema bitnije razlike između pojavnosti GPL-a kod muškaraca i žena. Podatak da žene češće traže neki oblik psihosocijalne pomoći može proizlaziti iz kliničkih prezentacija GPL-a kod žena i muškaraca. U ovom istraživanju dominantan broj ispitanika bile su žene (žene: 74,8%, muškarci: 25,2%).

U razdoblju istraživanja muškarci su u prosjeku bili stari 41,2 godine, a žene 36,5 godina. Metodom trihotomizacije bolesnici su podijeljeni u 3 dobne skupine: najmlađi (od 18 do 26 godina), odrasli (od 27 do 49 godina) i najstariji (od 50 do 62 godine). Prema rezultatima

analize spola i dobi ustanovljeno je da je omjer spolova podjednak u svim dobnim skupinama (tablica 4.1), dominacija ženskih ispitanika ostala je jednaka za sve 3 dobne skupine.

6.1. Sociodemografski i opći klinički status

Sociodemografski i opći klinički status mjeren je zbrojem bodova pojedinih sastavnica upitnika. Oba spola su postigla podjednaki prosjek bodova, muškarci 23.1, a žene 23.2. Najmlađa i najstarija skupina pozicionirala se podjednako, najmlađi 21.5, a najstariji 21.8 bodova. Odrasla skupina imala je statistički bolji status u prosjeku s 24.6 bodova (poglavlje 5.1).

6.2. Upitnik trauma u djetinjstvu (CTQ-SF)

Upitnik trauma u djetinjstvu (CTQ-SF) (292) koristio se kao mjerni instrument za određivanje traumatskih iskustava u djetinjstvu kao najznačajnijeg prediktora u procjeni autodestruktivnog/samoozljeđujućeg ponašanja odraslih bolesnika s GPL-om. Prosjek ukupnih traumatskih iskustava bolesnica iznosio je 55,0 te je statistički značajno veći od 46,0 prosjeka u muških bolesnika. Isti podatak (prosjek) u najmlađoj skupini iznosio je 55,9, u odrasloj skupini 50,2, a u najstarijoj skupini 53,5. Te razlike vezane uz dob nisu statistički značajne. Upitnik trauma u djetinjstvu sastoji se od 6 supskala: emocionalno, fizičko i seksualno zlostavljanje, emocionalno i fizičko zanemarivanje te minimalizacija/negiranje. Pouzdanost svih supskala je visoka (iznad 0,8), izuzev supskale fizičko zanemarivanje koja je ispod 0,7. (tablica 5.1). Supskale CTQ-a kategorizirane su izuzev CTQ-6 supskale prema „cut off“ skorovima (292). Ove kategorizirane supskale ne razlikuju se statistički značajno niti po spolu niti po dobi. Isti zaključak vrijedi i za supskalu minimalizacija/negiranje. Nalaz statistički značajno viših vrijednosti traumatskih iskustava u djetinjstvu kod žena u odnosu na muškarce, kao najznačajnijeg prediktora u procjeni autodestruktivnog/samoozljeđujućeg ponašanja odraslih bolesnika s GPL-om, povezujemo i s time da su pokušaji suicida (kao krajnjih derivata autodestruktivnosti) u ovoj populaciji značajno češći kod žena nego kod muškaraca. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (330) kod žena je veći postotak suicidalnih ideacija i pokušaja suicida, dok je postotak izvršenih suicida veći kod muškaraca (285). Za očekivati je kako traumatska iskustva u djetinjstvu u značajnoj mjeri utječu na stvaranje deficita strukture ličnosti, što je temelj psihopatologije GPL-a.

6. RASPRAVA

U usporedbi s podacima istraživanja Elices, Pascuala i suradnika iz 2015. godine rađenog na uzorku od 100 bolesnika koji su zadovoljavali kriterije za GPL, uzorak bolesnika pokazao je različite trendove u frekvenciji teških oblika traumatskih iskustava u djetinjstvu (331). Dok je emocionalno zlostavljanje u uzorku ovog istraživanja nešto rjeđe (53,2%) nego u istraživanju Elices i Pascual i suradnika (63%), fizičko zlostavljanje u ovom uzorku je češće (28,8%) u odnosu na rezultat istraživanja navedenih autora (20%). Najznačajnija razlika primijećena je u frekvenciji seksualnog zlostavljanja, gdje je ispitivani uzorak pokazao znatno nižu prevalenciju (8,1%) u usporedbi s 45% u istraživanju Elices, Pascual i suradnika. Što se tiče emocionalnog i fizičkog zanemarivanja, oba su oblika bila rjeđa u uzorku ovog istraživanja, s prevalencijama od 34,2%, odnosno prevalencijom od 19,8%, u usporedbi s 51% i 35% u istraživanju Elices i Pascual.

6.3. Inventar patološkog narcizma (PNI)

Inventar patološkog narcizma (PNI) (294) kao mjerni instrument za određivanje vulnerabilnog i grandioznog te ukupnog patološkog narcizma vrlo je visoke pouzdanosti. Od 10 supskala koje su uvedene visoka pouzdanost je održana u svakoj od supskala. Razdioba svake od supskala prati normalnu razdiobu izuzev supskale obezvrijeđivanje (tablica 5.5). Ove kategorizirane supskale ne razlikuju se statistički značajno niti po spolu niti po dobnim skupinama. Uspoređujući rezultate PNI našeg istraživanja s istraživanjem Euler i suradnika iz 2018. godine koje je rađeno na uzorku 65 odraslih bolesnika s GPL-om (76.9% bilo je žena) koji su bolnički liječeni, u ovom istraživanju dobiveni su nešto niži rezultati prosjeka pojedinih supskala PNI (229). U 10 supskala ovog istraživanja prosjeci se kreću između rezultata 2 do 3. Euler i suradnici (229) su dobili različite rezultate po spolu, osim za supskale skrivanje selfa i kontigentno samopoštovanje dok ovo istraživanje nije pokazalo razlike po spolu ni po dobnim skupinama. Procijenjeni parametri mogu se vidjeti u tablici 5.6. Supskala „narcistička vulnerabilnost“ korištena je kao potencijalni medijator u ovom istraživanju.

6.4. Skala doživljaja srama (ESS)

Skala doživljaja srama (ESS) (161) korištena je kao mjerni instrument za određivanje ukupne razine eksplicitnog srama. Ukupna razina eksplicitnog srama jedan je od potencijalnih medijatora s obzirom na temu istraživanja. Pouzdanost mjernog instrumenta je vrlo visoka. Sve tri supskale (karakterološki, ponašajni i tjelesni sram) kao i ukupna skala eksplicitnog srama

nisu pokazale značajan utjecaj spola i dobnih kategorija ispitanika. U ovom istraživanju prosjek ukupne razine eksplicitnog srama za svih 111 bolesnika s GPL-om iznosio je 66,34 (tablica 5.11). Ukupna razina eksplicitnog srama se također koristila kao potencijalni medijator u ovom istraživanju.

6.5. Upitnik agresivnosti (AQ)

Pouzdanost Upitnika agresivnosti (AQ) (303) je visoka, izuzev supskale verbalna agresivnost čija pouzdanost nije dovoljna te je iznosila 0,658, što je malo niža vrijednost od zahtijevanih 0,7. Mjerni instrument u cjelini i u svojim supskalama nije pokazao značajne razlike po spolu i dobi (tablice 5.13. do 5.16.). Prosjek ukupnog rezultata upitnika za svih 111 bolesnika s GPL-om iznosio je 80,14 (tablica 5.17.). Supskala ljutnja (AQ-A) korištena je kao potencijalni medijator u ovom istraživanju čiji je prosjek iznosio 21,39. U istraživanju Sher, Rutter i suradnika (332) provedenom na znatno većem uzorku od 511 ispitanika, od čega je 348 bilo bolesnika s GPL-om (145 muškaraca i 203 žene), prosjek ukupnog rezultata AQ upitnika bio je nešto viši nego u ovom istraživanju, dok je za supskalu „ljutnja“ prosjek rezultata bio vrlo približnih vrijednosti ovog istraživanja.

6.6. Inventar samoozljeđujućeg ponašanja (SHI)

Inventar samoozljeđujućeg ponašanja (SHI) (254, 301) zadovoljavajuće je pouzdanosti. Nije značajno zavisano o utjecaju spola i dobnih kategorija. Prosjek ukupnog rezultata upitnika ovog istraživanja iznosio je za svih 111 bolesnika s GPL-om 6,74, a što je vrlo sličan rezultat kao u istraživanju Sellboma, Sansonea i Songera (302) koje je rađeno na uzorku od 145 bolnički liječenih psihijatrijskih bolesnika, koji su tijekom istraživanja svrstani u „visoku“ i „nisku“ GPL kategoriju na temelju rezultata dobivenih na upitnicima procjene ličnosti/GPL-a. Ukupna razina autodestruktivnog/samoozljeđujućeg ponašanja (SHI Total) koristila se kao kriterij u ovom istraživanju.

6.7. Upitnik graničnog poremećaja ličnosti (BPQ)

Pouzdanost Upitnika graničnog poremećaja ličnosti (BPQ) (316) je visoka osim za supskale imuplzivnost i kvazipsihotična stanja no navedene supskale su na rubu značajnosti. Supskale kao i ukupni rezultat nisu zavisni o utjecaju dobnih i spolnih kategorija. Prosjek

dobivenih ukupnih rezultata u ovom istraživanju iznosio je 41,30 (tablica 5.29.) što je nešto niža vrijednost ukupnog rezultata npr. u usporedbi s istraživanjem Martin, Graziana i Del-Montea (333) na uzorku od 101 bolesnika s GPL-om gdje je ukupni prosjek upitnika iznosio 52,01. S obzirom na nešto niže vrijednosti rezultata na navedenom upitniku važno je uzeti u obzir činjenicu da je veći broj ispitanika ovog istraživanja već duže vrijeme u psihijatrijskom tretmanu. Poznato je da se simptomatologija GPL često mijenja tijekom vremena, a tako i u skladu s terapijskim intervencijama. Psihijatrijski/psihoterapijski tretman može znatno doprinijeti smanjenju izraženosti simptoma GPL-a, posebno kada se tretman provodi dugoročno. U akutnim fazama bolesti, a kada je za očekivati najveću izraženost simptoma, očekuju se i više vrijednosti na upitniku. Budući da većina ispitanika ovog istraživanja nije bila akutnim fazama bolesti to može objasniti nešto niže rezultate.

6.8. Beckov inventar anksioznosti (BAI)

Pouzdanost upitnika Beckovog inventara anksioznosti (BAI) (308,309) je vrlo visoka i ukupne vrijednosti skala ne razlikuju se po spolu i dobi. U istraživanju Grambala, Praskog i suradnika iz 2016. godine na uzorku od 92 bolesnika s GPL s komorbidnim poremećajem anksioznog spektra i 40 zdravih kontrola (334), prosjek ukupnog rezultata za skupinu bolesnika s GPL-om je vrlo sličan prosjeku dobivenom u ovom istraživanju (tablica 5.30).

6.9. Beckov inventar depresivnosti ver. II (BDI-II)

Beckov inventar depresivnosti ver. II (BDI II, Beck) (306) je vrlo visoke pouzdanosti te također nije pokazao razlike po spolu i dobi. U već spomenutom istraživanju Grambala, Praskog i suradnika iz 2016. godine na uzorku od 92 bolesnika s GPL-om s komorbidnim poremećajem anksioznog spektra i 40 zdravih kontrola (334), prosjek ukupnog rezultata za skupinu bolesnika s GPL-om je vrlo sličan prosjeku dobivenom u ovom istraživanju (tablica 5.31).

6.10. Komorbiditeti

Ovo istraživanje dokazuje i važnost procjene komorbiditeta poremećaja ličnosti. Rezultati ukazuju kako koncept granične organizacije ličnosti (8) jasno opisuje sklonost ljudi s poremećajem ličnosti razvoju većeg broja komorbidnih stanja. Navedeno se može tumačiti

6. RASPRAVA

deficitom strukture ličnosti koji uz pojačanu vulnerabilnost za razvoj drugih psihičkih entiteta dovodi i do smanjenja rezilijencije (325). Ovo istraživanje pokazuje veću pojavnost anksiozno-depresivnog sindroma, što ukazuje da pojačana prisutnost simptoma anksioznosti i depresije odražava deficit selfa i nemogućnost optimalnog procesuiranja mentalnih konflikata, koji se slijedom toga prenose na razinu pojačanih simptoma anksioznosti i depresije.

Rezultati ovog istraživanja (Tablica 5.32.) usporedivi su i sa rezultatima istraživanja Skodola i suradnika iz 1999. godine (68). Kao što je u uvodu ovog rada navedeno, Skodol i suradnici su na 240 bolesnika s dijagnozom GPL-a, utvrdili da je skoro 40% njih zadovoljavalo kriterije za barem jedan poremećaj raspoloženja (31% veliki depresivni poremećaj, 16% distimiju, 9% bipolarni I i 4% bipolarni II poremećaj). Ovo istraživanje pokazuje rezultate slične istraživanju Skodola i suradnika u smislu više pojavnosti psihičkih smetnji iz kruga anksioznosti i depresije, dok je pojavnost bipolarnog afektivnog poremećaja bila manja. Česti depresivni poremećaji u komorbiditetu s GPL-om mogu otvoriti i problem određivanja primarne dijagnoze. Kernbergova teorija dvostruke depresije (335), govori o paralelnoj prisutnosti karakterološke depresije (koja se vezuje uz smetnje i poremećaj ličnosti) te depresivnog poremećaja. Za očekivati je kako osobe s poremećajem ličnosti radi deficita u strukturi ličnosti lakše razviju komorbiditet depresivnog poremećaja, a što pokazuju i rezultati ovog istraživanja. Poremećaji ličnosti u značajnoj mjeri odražavaju graničnu organizaciju ličnosti, o čemu govori visoko citirani rad Kernberga iz 1967. godine (8). U obilježja granične organizacije ličnosti ulaze deficiti više sustava ličnosti, od karaktera do morala i identiteta. Pri tome je vrlo bitna afektivna komponenta, jer upravo neravnoteža u regulaciji afekta vodi u razvoj afektivnih simptoma, kao što su depresija i promjene raspoloženja. U tom smislu, nepovoljni ishodi navedenog vode u autodestruktivna ponašanja, uz simptome suicidalnosti. Dio istraživača, npr. Akiskal i suradnici (69), su mišljenja da su GPL i drugi poremećaji skupine B poremećaja ličnosti moguća komplikacija primarnog afektivnog poremećaja. U prilog čestim komorbidnim poremećajima uz GPL također govori već u uvodu spomenuto izvješće Zimmermana i Mattia (70) o istraživanju 409 nepsihotičnih bolesnika od kojih je 59 dijagnosticirano kao GPL, a samo jedan od njih nije imao istovremenu dijagnozu na osi I (opaska, os I u DSM pokriva tzv. velike psihijatrijske poremećaje, dok je os II rezervirana za poremećaje ličnosti). Preko dvije trećine ispitivanih bolesnika su imali tri ili više dijagnoza na osi I: 61% su imali veliki depresivni poremećaj, 29% panični poremećaj s agorafobijom i 13% ovisnost o supstancama.

Prema dosadašnjim istraživanjima, većinom provedenim na bolesnicima s GPL-om iz kliničkog okruženja, koji su imali jako izražene simptome GPL-a, imali su visoke stope drugih mentalnih poremećaja kao što su poremećaji raspoloženja, anksiozni poremećaji, zlouporabe

6. RASPRAVA

supstanci i poremećaji prehrane (336, 70, 337,338). Autori navode kako bolesnici s GPL-om u izvankliničkim okruženjima vjerojatno imaju manje teška stanja osnovne bolesti, uz mogućnost manje komorbidnih poremećaja. Ovaj zaključak primijeniv je i na ovo istraživanje. Važno je naglasiti da je u ovom istraživanju u značajnom postotku (preko polovice ispitanika) dobivena druga psihijatrijska dijagnoza kao komorbidna, dok u značajno manjem postotku rezultati ovog istraživanja pokazuju postojanje tri ili više psihijatrijskih dijagnoza kod ispitanika.

Poremećaji raspoloženja su najčešći komorbidni poremećaji kod GPL-a te se procjenjuje kako 96% bolesnika s GPL-om u nekom trenutku tijekom svojega života trpi od poremećaja raspoloženja (337, 339). U nekoliko dosadašnjih presječnih studija pokazano je kako prevalencija komorbidne depresije kod bolesnika s GPL-om iznosi od 32% do 83% (340, 70, 337, 338, 341, 342). Manji broj istraživanja (341) pokazuje niže stope komorbidne depresije kod navedenih bolesnika no isto se može pripisati razlikama u populaciji istraživanja i veličini njihova uzorka. Rezultati ovog istraživanja u određenoj mjeri su u skladu s navedenim istraživanjima, s obzirom da smo u značajnijem postotku dobili dodatnu dijagnozu iz kruga depresije. Važno je naglasiti da rezultati ovog istraživanja ukazuju i na pojavnost distimije, koja se tradicionalno smatra blažom ili atenuiranom formom depresije.

Istraživanja provedena na bolesnicima s GPL-om liječenim u psihijatrijskim ustanovama pokazala su kako je 88% bolesnika imalo i neki oblik anksioznog poremećaja. Brojna presječna istraživanja prikazala su prevalenciju komorbidnih anksioznih poremećaja kod bolesnika s GPL-om te se stope za generalizirani anksiozni poremećaj kreću od 0% do 35%, za panični poremećaj s ili bez agorafobije od 2% do 48%, socijalnu fobiju od 3% do 46%, za opsesivno-kompulzivni poremećaj od 0% do 20% i posttraumatski stresni poremećaj od 25% do 56% (70,338 ,341, 343, 344). U velikom uzorku iz zajednice pronađeno je kako je životna prevalencija nekog od oblika anksioznih poremećaja iznosila 74,2%. Rezultati ovog istraživanja u skladu su s ranije navedenim istraživanjima, jer je u ovom istraživanju u značajnijem postotku dobivena dodatna dijagnoza iz kruga anksioznih poremećaja. Navedeno je u skladu s ranijim psihodinamskim teorijama poremećaja ličnosti koje su kao sinonim za poremećaje ličnosti koristile izraz polisimptomatska neuroza. Upravo prominencija polimorfnih simptoma anksioznosti, od fobičnih, preko generalizirane anksioznosti, panike, opsesivnih te kompulzivnih, do disocijativnih i konverzivnih simptoma odražava temeljni deficit u strukturi ličnosti uz kompenzatorno javljanje anksioznih simptoma iz čitavog spektra.

Prevalencija komorbidnih poremećaja zlouporabe supstanci kod bolesnika s GPL-om kreće se od 23% do 84% (340, 70, 337, 345). Stope zlouporabe alkohola ili ovisnosti o alkoholu

6. RASPRAVA

kreću se od 11,9% do 66%, a za zlouporabu droga ili ovisnosti o istima, od 3,4% do 87% (70, 337, 338, 341, 342, 346).

U ovom istraživanju dobivene su nešto niže vrijednosti rezultata vezanih uz zlouporabe navedenih supstanci.

Istraživanja komorbiditeta poremećaja prehrane i GPL-a pokazala su prevalenciju za bilo koji oblik poremećaja prehrane u rasponu od 14% do 53%. (340,70). Presječna istraživanja izvještavaju o komorbiditetu anoreksije nervoze koji varira od 0% do 21%, bulimije nervoze od 3% do 26%, dok se prevalencija za poremećaj prehrane koji nije drugačije specificiran kreće od 14% do 26% (340, 70, 337, 338, 342, 347). Rezultati ovog istraživanja isto tako ukazuju na pojavnost poremećaja prehrane kao dodatne psihijatrijske dijagnoze, no ta dijagnoza nije bila vodeća psihijatrijska dijagnoza u smislu komorbiditeta. Poremećaji prehrane bili su paralelno prisutni u manjoj pojavnosti u odnosu na psihičke smetnje iz kruga anksioznih ili afektivnih poremećaja. Važno je naglasiti da su kod oboljelih od poremećaja ličnosti, simptomi poremećaja prehrane katkad prisutni u subsindromalnoj mjeri, odnosno ne postoje uvijek puni kriteriji za dijagnozu nekog od poremećaja prehrane.

Longitudinalna istraživanja tijekom 10 godina prospektivnog praćenja sugeriraju da bolesnici s GPL-om s vremenom imaju manje stope os I poremećaja, no stope ovih poremećaja ostale su visoke u usporedbi s drugim poremećajima ličnosti. Kod bolesnika s GPL-om kod kojih su se s vremenom teškoće osnovnog poremećaja umanjile, umanjile su se i stope komorbidnih os I poremećaja. Nasuprot tome kod bolesnika s GPL-om čije se teškoće nisu umanjile, zadržane su stabilne stope komorbidnih poremećaja. Bolesnici s GPL-om s komorbidnim poremećajima raspoloženja, opsesivno-kompulzivnim poremećajem i generaliziranim anksioznim poremećajem prema istraživanjima imaju stabilne stope komorbiditeta tijekom vremena u usporedbi s bolesnicima s komorbidnim PTSP-om, poremećajima zlouporabe supstanci i poremećajima prehrane. Važno je naglasiti da smo kao jednu od vodećih komorbidnih dijagnoza u ovom istraživanju dobili i jednu dijagnozu iz kruga ovisnosti pod nazivom „Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uporabom sedativa i hipnotika“, a koja se verificira pod MKB-10 šifrom F13. Navedeno je u skladu s drugim autorima i ukazuje kako su sredstva ovisnosti čest maladaptacijski mehanizam nošenja sa stresom kod oboljelih od GPL-a.

6.11. Korelacije

U ovom istraživanju analizirane su korelacijske veze među različitim varijablama, no pažnja je usmjerena na određene korelacijske veze koje su prepoznate kao posebno značajne za temu doktorske disertacije. Naime, odlučio sam se fokusirati na varijable kao što su traumatska iskustava u djetinjstvu, autodestruktivno/samoozljeđujuće ponašanje, narcistička vulnerabilnost, eksplicitni sram i ljutnja. Smatrao sam da će navedene varijable pružiti najrelevantnije i najdublje uvide u kompleksne međuodnose između traume, srama, ljutnje, narcizma i autodestrukcije. Međutim, valja napomenuti da su i druge korelacijske veze analizirane i pronađene značajnima, iako nisu bile u središtu ovog istraživanja. Velik broj varijabli i njihovih korelacija posljedica je i korištenja cjelovitih upitnika, a iz Inventara patološkog narcizma i Upitnika agresivnosti korištene su samo pojedine supskale, a ne cjeloviti upitnik (za PNI – supskala narcistička vulnerabilnost, za AQ – supskala ljutnja). Korelacije koje nisu u samom fokusu istraživanja ipak pružaju dodatne uvide u složene međusobne odnose različitih varijabli. Na primjer, pronađene su visoko značajne korelacije između varijabli ukupnog rezultata Upitnika graničnog poremećaja ličnosti i narcističke vulnerabilnosti, ukupnog rezultata upitnika Beckovog inventara depresivnosti ver. II s ukupnim doživljajem srama, također i npr. između supskala Upitnika graničnog poremećaja ličnosti i Upitnika agresivnosti, tj. supskala bijes i ljutnja. Ove dodatne korelacije mogu biti predmet budućih istraživanja i analiza, a njihovo razumijevanje može također pomoći u boljoj kliničkoj praksi i intervencijama.

U ovom istraživanju postoji značajna pozitivna korelacija između traumatskih iskustava u djetinjstvu i autodestruktivnog/samoozljeđujućeg ponašanja s koeficijentom 0,530. Ovo sugerira da su pojedinci koji su doživjeli veće traumatske događaje u djetinjstvu skloniji samoozljeđujućem ponašanju. Povezanost između samoozljeđujućeg ponašanja je dobro utvrđena pogotovo s NSSO kao jednim od oblika autodestruktivnog/samoozljeđujućeg ponašanja (252). NSSO je uključen i kao kriterij u DSM-5. Sansone i suradnici 1998. godine govore da samoozljeđujuće ponašanje kod GPL-a postoji duž kontinuuma (254). Kod odraslih bolesnika s GPL-om empirijski je potvrđena funkcija NSSO u regulaciji afekta (263). Odnosi NSSO i disocijativnih simptoma, aleksitimije i seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu, empirijski su dokazani kod bolesnika s GPL-om (269). Prema istraživanju Gordona i suradnika iz 2016. godine, u kojem je sudjelovalo 125 žena s bulimijom nervozom, a koje je ispitalo medijacijsku ulogu emocionalne disregulacije i intenziteta afekta između različitih oblika zlostavljanja u djetinjstvu (emocionalnog, fizičkog i seksualnog) i ponašanja vezanih sa

6. RASPRAVA

samoozljeđujućim ponašanjem i samoubojstvom (348). U tu svrhu u istraživanju su korištene neke skale revidiranog Dijagnostičkog intervjua za granične poremećaje (DIB-R), a koje i odgovaraju određenim simptomima GPL-a. Dobiveni su rezultati značajne povezanosti seksualnog i emocionalnog zlostavljanja sa samoozljeđujućim ponašanjem što je bilo posredovano emocionalnom disregulacijom, ali ne i afektivnim intenzitetom. Navedeni rezultat može se tumačiti time da seksualno i emocionalno zlostavljanje ostavlja značajne posljedice na strukturu ličnosti, a pri tome je radi specifičnosti traume značajno pogođen subsistem identiteta i karaktera (348). S obzirom da se radi o jakim narcističkim povredama, simptomi su često vrlo intenzivni i vezani uz neuspješnu toleranciju negativnog afekta. Posljedično dolazi do ozbiljnih simptoma iz kruga samoozljeđivanja koji su odraz nepostojanja optimalne adaptacije. Psihodinamsko objašnjenje navedenog ide putem mehanizma obrane rascjepom, gdje osoba ne može integrirati jača traumatska iskustva koja ostaju nerazriješena te se impregniraju u karakterne crte dominantno negativnog afektivnog kolorita. U istraživanju nije pronađena povezanost između fizičkog zlostavljanja i samoozljeđujućeg ponašanja, no sva tri oblika zlostavljanja bila su značajno povezana s pokušajima samoubojstva. Podatak o tome da su sva tri oblika zlostavljanja značajno povezana s pokušajima suicida samo naglašava koliko traumatska iskustva i zlostavljanje imaju teške negativne implikacije na psihi, na žalost često uz suicidalnost koji se smatra jednim od najtežih simptoma u cijeloj psihijatriji. Navedeno ima i dijagnostičke i terapijske implikacije. Na dijagnostičkoj razini bitno je prepoznati i imenovati razne oblike zlostavljanja, a na terapijskoj razini iskoristiti brojne terapijske resurse da se pomogne bolje razumjeti i prevladati ova teška iskustva. Navedeno može smanjiti rizik suicidalnog ponašanja koje je u značajnoj pojavnosti kod osoba koje su bile žrtve zlostavljanja. Suicidalnost je fenomen koji se u značajnoj mjeri povezuje s nepovoljnim ishodom raznih oblika trauma, a navedeno potvrđuju i rezultati ovog istraživanja. Istraživanje Swannell i suradnika (349) otkrilo je da su različite vrste zlostavljanja u djetinjstvu, poput seksualnog zlostavljanja, emocionalnog zanemarivanja i tjelesnog zlostavljanja, povezane s povećanim rizikom od samoozljeđujućeg ponašanja. Analiza navedenog istraživanja otkrila je kako samokritika može djelovati kao posrednik između emocionalnog zlostavljanja u djetinjstvu i samoozljeđujućeg ponašanja u kasnijoj dobi. Impulzivnost je intrinzična karakteristika GPL-a i ona se može manifestirati na različite načine i u različitim područjima života, kao npr. u seksualnom, potrošnji, vožnji, upotrebi različitih supstanci, prehrani (26). Gardner i Cowdry (278) opisuju kako se samoozljeđujuća ponašanja kreću od agresivne mutilacije, udaranja glave i udova, čupanja rana do trovanja i pasivnog samozanemarivanja. Hull i suradnici 1993. godine u istraživanju na uzorku od 71 hospitalizirane bolesnice s GPL-om, utvrdili su da je 46% od

6. RASPRAVA

njih impulzivno stupalo u seksualne odnose s nepoznatim partnerima (250). Prema istraživanju Stonea (351), 25% njegovih ambulantno liječenih bolesnika s GPL-om ispoljavalo je promiskuitetno ponašanje, za razliku od bolesnika bez GPL-a kod kojih je ovakav tip seksualnog ponašanja bio rijedak. Prevalencije zlouporabe supstanci kod bolesnika s GPL-om su visoke i kreću se prema nekim istraživačima od 11 do 69% (352, 276, 277). Neki istraživači su pronašli da ambulantno liječeni bolesnici s GPL-om preferiraju alkohol, sedative i hipnotike (276). Dulit i suradnici (277) su kod hospitaliziranih bolesnika s GPL-om utvrdili da su bolesnici uz alkohol i sedative koristili i kanabis, kokain, opijate i stimulanse. Prema APA (26) kronična, ekscesivna upotreba supstanci i problemi uzrokovani ekscesivnom upotrebom istih, potencijalni su indikatori dijagnoze GPL-a, odnosno kriterija impulzivnosti navedene dijagnoze (26). Ponašanja vezana uz poremećaje prehrane mogu se također klasificirati kao samoozljeđujuća. Za razliku od NSSO gdje je primarna motivacija direktno samoozljeđivanje, kod poremećaja prehrane ona je indirektna i kod njih fizička šteta nastupa postupno (279, 247, 280). Opisana ponašanja kod poremećaja prehrane prema nekim autorima služe drugoj svrsi, kao npr. kontroli težine i oblika tijela, emocionalnoj regulaciji, a ne samoozljeđivanju (281, 282, 283).

Također je u ovom istraživanju utvrđena značajna pozitivna korelacija između traumatskih iskustava u djetinjstvu i narcističke vulnerabilnosti s koeficijentom 0,343. Iz ovoga se može zaključiti kako su osobe koje su doživjele traume u djetinjstvu sklonije pokazivanju znakova narcističke vulnerabilnosti. Prema nekim dosadašnjim istraživanjima zlostavljanje u djetinjstvu povezano je s vulnerabilnim narcizmom no intenzitet navedene veze znatno se razlikuje. Ovaj nalaz mojeg istraživanja tumačimo time da traumatska iskustva u djetinjstvu mogu utjecati na formiranje patoloških narcističkih crta ličnosti u koje spada i narcistička vulnerabilnost. Navedeno je razumljivo jer se vulnerabilnost bazira i na nedostatku temeljnog osjećaja sigurnosti koji može imati različite razloge. Dakle, nesigurnost koja može biti odraz neugodnih, traumatskih iskustava iz djetinjstva potiče disfunkcionalne i maladaptivne crte ličnosti gdje se posebno ističe narcistička vulnerabilnost. Navedeno se može tumačiti i time da traumatska iskustva u djetinjstvu stvaraju lošiju atmosferu, odnosno okvir za odrastanje, pa se narcistička vulnerabilnost razvija kao kompenzatorna evolucijska strategija (evolucijski poriv za sklanjanjem i prikrivanjem od atmosfere teških iskustava). Još uvijek nije u potpunosti razjašnjena poveznica između drugog tipa patološkog narcizma, grandioznog narcizma i zlostavljanja u djetinjstvu (353, 354, 355, 356, 357). Ovisnost, introvertiranost i preosjetljivost karakteriziraju osobe s izraženim vulnerabilnim narcizmom (294, 211), kao i svjesno iskustvo osjećaja nemoći, praznine, niskog samopouzdanja i srama (294). Navedene karakteristike kao

6. RASPRAVA

što su vulnerabilnost, ovisnost i preosjetljivost mogu pomagati u održavanju privrženosti zlostavljačkim skrbnicima te se s toga mogu široko uzevši smatrati strategijama za suočavanjem sa zlostavljanjem. Prisutnost i ponavljanje ovih osobina u odrasloj dobi može se manifestirati kao vulnerabilni narcizam (358, 359). Postoji nekonzistentnost vezana uz istraživanja povezanosti zlostavljanja u djetinjstvu i narcističke grandioznosti. Neka istraživanja sugeriraju kako grandiozni narcizam nije povezan s zlostavljanjem u djetinjstvu (354), dok druga sugeriraju navedenu povezanost, ali slabiju nego s vulnerabilnim narcizmom (353, 356, 357).

U ovom istraživanju postoji značajna pozitivna korelacija između traumatskih iskustava u djetinjstvu i ukupnog doživljaja srama s koeficijentom 0,403. To sugerira da su pojedinci koji su doživjeli više traumatskih događaja u djetinjstvu skloniji doživljaju srama. Traumatska iskustva potiču razvoj narcističke vulnerabilnosti, kao što je ranije objašnjeno. Narcistička vulnerabilnost kao parametar patološkog narcizma ima odraz i u „master emocijama“ (eng. *master emotions*). Jedna od vodećih „master emocija“ upravo je emocija srama. Ovo istraživanje pokazuje kako traumatska iskustva u djetinjstvu kod oboljelih od GPL-a rezultiraju i pojačanim ukupnim doživljajem srama. Za očekivati je da sram kao „master emocija“ patološkog narcizma ima maladaptivna te disfunkcionalna obilježja kod ovih bolesnika. Konkretnije, upravo rana traumatska iskustva, preko patološkog narcizma (kako je u prethodnom pasusu navedeno) i srama stvaraju modalitet disfunkcionalnosti i maladaptivnog oblika reagiranja kod osoba s GPL-om. Zaključci ovog istraživanja mogu imati i korisne terapijske implikacije. Rezultati ovog istraživanja ukazuju da kod bolesnika s poremećajima ličnosti puno više pozornosti u kliničkoj praksi treba biti usmjereno na emociju srama, koja je kompleksna i polivalentna, a varira od nesvjesne, do predsvjesne i svjesne razine. Poznavajući činjenicu da visoko disfunkcionalni, tzv. „toksični“ sram često vodi u samoozljeđivanje i suicidalnost. U svakodnevnoj kliničkoj praksi, radeći na prepoznavanju i smanjenju ovog maladaptivnog srama pomažemo oboljelima od poremećaja ličnosti na smanjenju, ne samo teških simptoma poremećaja, nego i na poboljšanju razumijevanja sebe i poticanju čimbenika rezilijencije. Rezultati istraživanja Jakšića, Marčinka i suradnika (360), a koje se bavilo sramom i ličnosti, ukazuju kako je razina organizacije ličnosti povezana s intenzitetom psihijatrijskih simptoma. Na uzorku od 321 psihijatrijskog bolesnika (64% žena, prosječna dob 38.67 godina) pokazano je kako razina organizacije ličnosti ima pozitivnu povezanost sa simptomima depresije i sa sve tri skale srama. Karakterološki, ponašajni i tjelesni sram imali su medijatorski učinak na povezanost organizacije ličnosti i depresije, uz uzimanje u obzir utjecaja dobi i spola. Razina organizacije ličnosti imala je direktnu i jaku povezanost s depresivnim smetnjama, a iskustvo srama je mehanizam putem kojeg su povezani.

6. RASPRAVA

Ovo istraživanje je pokazalo kako postoji umjerena pozitivna korelacija između traumatskih iskustava u djetinjstvu i ljutnje s koeficijentom 0,315. Osobe koje su doživjele traumatska iskustva u djetinjstvu sklonije su osjećajima ljutnje. Sram potičući ljutnju jača ekternalizirajuće ponašanje, a čime se može objasniti i veza između zlostavljanja u djetinjstvu i kasnijih emocionalnih i ponašajnih problema (361, 362). Ovo je vrlo bitan rezultat koji može imati implikacije i u kliničkoj praksi. Upravo prepoznavanje ljutnje, omogućuje preveniranje čitavog spektra reakcija acting-outa kod bolesnika s GPL-om. Važno je naglasiti da se iz pozicije forenzičke psihijatrije ljutnja smatra prekursorom mržnje (328), tako da rad na ljutnji može prevenirati i agresivna ponašanja oboljelih od poremećaja ličnosti, direktno povezana uz nekontroliranu mržnju.

Značajna pozitivna korelacija u ovom istraživanju nađena je između samoozljeđujućeg ponašanja i narcističke vulnerabilnosti s koeficijentom 0,447 što bi sugeriralo da pojedinci koji pokazuju više samoozljeđujućeg ponašanja također imaju tendenciju pokazivanja veće narcističke vulnerabilnosti. U istraživanju Jakšića, Marčinka i suradnika (150) utvrđena je pozitivna povezanost vulnerabilnog narcizma s akutnom suicidalnom ideacijom. Pincus i suradnici (363) i Ronningstam (188) navode da su disregulacija selfa i afekta nastali kao odgovori na dugotrajno nezadovoljene potrebe za prepoznavanjem i divljenjem te povećavaju rizik od pojave suicidalnih misli i osjećaja.

Snažna pozitivna korelacija između samoozljeđujućeg ponašanja i ukupnog doživljaja srama također je utvrđena u ovom istraživanju s koeficijentom 0,641. Ovo sugerira da su osobe koje se više samoozljeđuju također sklonije snažnim osjećajima srama. Isto se poklapa s teorijom da sram može biti medijator ili moderator između nepovoljnih crta ličnosti i samoozljeđujućeg ponašanja. Sram u negativnom spektru uključuje i posramljenost tako da se upravo posramljenost smatra rizičnim faktorom za teže forme samoozljeđujućih i suicidalnih stanja. Pozitivna korelacija između srama i suicidalnog ponašanja također je potvrđena u npr. istraživanju Jakšića, Marčinka i suradnika (150).

U ovom istraživanju potvrđena je umjerena pozitivna korelacija između samoozljeđujućeg ponašanja i ljutnje s koeficijentom 0,340. Isto sugerira kako osobe koje se više samoozljeđuju imaju tendenciju osjećati veću ljutnju. Prema Kleindienst i suradnicima (268). osjećaji ljutnje i krivnje mogu potaknuti NSSO kod GPL-a. Kod bolesnika s GPL-om naglašena je ljutnja okrenuta na sebe, koja češće može dovesti do pojave autodestruktivnog ponašanja, nego do agresivnog ponašanja okrenutog prema van, tj. prema drugima (364).

Snažna pozitivna korelacija utvrđena je u našem istraživanju između narcističke vulnerabilnosti i ukupnog doživljaja srama s koeficijentom 0,677, što bi sugeriralo kako su

6. RASPRAVA

osobe s višim stupnjem narcističke vulnerabilnosti sklonije osjećajima srama. Mnogi suvremeni teoretičari koncepta patološkog narcizma, npr. kao Horowitz (365), Kernberg (366), Ronningstam (188), smatraju da je upravo sram glavna komponenta narcističke vulnerabilnosti. Osobe s velikim stupnjem vulnerabilnog narcizma često ne izražavaju otvoreno pojačan osjećaj srama koristeći razne strategije kao što su grandiozne fantazije, perfekcionizam, agresija, umanjivanje drugih, itd. Autori Jakšić, Marčinko i suradnici (150) u svom radu komentiraju izostanak ranije prisutnog NPL kriterija „sklonosti sramu“ (eng. *shame proneness*), koji je uslijedio u kasnijim izdanjima DSM klasifikacije, a nakon DSM-III-R (367). Lansky (368) u svojim radovima govori o konceptu „skrivenog srama“ (eng. *hidden shame*) što ukazuje da sram uz svjesnu komponentu, ima i predsvjesnu te nesvjesnu.

Nathanson (369) opisuje kompas srama koji ilustrira različite obrane od pokazivanja srama. Ovo predstavlja negativne i nefunkcionalne reakcije na sram, ali i radnje koje su potrebne za očuvanje selfa.

U ovom istraživanju postoji značajna pozitivna korelacija između narcističke vulnerabilnosti i ljutnje s koeficijentom 0,523. Pojedinci s većom narcističkom vulnerabilnošću skloniji su osjećajima ljutnje. Istraživanja Krizana i Johara (370) o prirodi i izvorima narcističkog bijesa, rađena na uzorcima studenata i odraslih članova zajednice, pokazala su tri aspekta narcističkog bijesa. Klinička zapažanja autori su nastojali potkrijepiti empirijskim istraživanjima. Navedeni autori su utvrdili slabe i nekonzistentne veze između grandioznog narcizma i kronične ljutnje ili neprijateljstva kao i negativne veze sa sramom i osjećajem manje vrijednosti te su pronašli malo dokaza za neumjerenu i premještenu agresiju. Na temelju rezultata svojih istraživanja i nalaza nekih drugih istraživača, zaključili su da grandioznost ne pruža dovoljnu potporu ideji njegove povezanosti s narcističkim bijesom. Svi prikupljeni dokazi išli su u prilog pretpostavci da je vulnerabilni narcizam onaj uz kojeg treba vezati ideju nastanka narcističkog bijesa. Vulnerabilni narcizam je snažan pokretač bijesa, neprijateljstva i agresivnog ponašanja, potaknut sumnjičavošću, obeshrabrenošću i ljutitim ruminacijama. Istraživanja su pokazala kako za razliku od grandioznog narcizma, vulnerabilni narcizam predviđa više internalizacije i eksternalizacije ljutnje, kao i slabiju kontrolu ljutnje. Nadalje, potvrdili su i hipotezu da će osobe s višim stupnjem vulnerabilnog narcizma biti sklonije sramu i odgovoriti s više srama i depresivnih reakcija te konačno da će se vjerojatnije upustiti u agresivna ponašanja od osoba s grandioznim narcizmom. Krizan i Johar (370) također su uspjeli poduprijeti zaključke drugih istraživača, kao npr. Barrya i suradnika (223) i Fossatia i suradnika (371), da je za razliku od vulnerabilnih narcisa, agresija grandioznih proaktivna,

instrumentalna, odnosno da se radi o namjernim agresivnim postupcima koji su u funkciji promocije njihovog socijalnog statusa ili ostvarenja nekih drugih ciljeva.

Maciantowicz i Zajenkowski (372) su u svom istraživanju rađenom na četiri neovisna uzorka većinom studentske populacije, proučavali odnos između vulnerabilnog i grandioznog narcizma, neuroticizma i različitih aspekata dispozicijske ljutnje te su dobivenim rezultatima dokazali izraženiju povezanost vulnerabilnog narcizma s ljutnjom od njezine povezanosti s grandioznim narcizmom. Također su otkrili kako je neuroticizam medijator u vezi između narcizma i ljutnje.

Umjerena pozitivna korelacija između ukupnog doživljaja srama i ljutnje s koeficijentom 0,323, utvrđena je u ovom istraživanju. Navedena povezanost sugerira kako su osobe koje osjećaju veći sram također sklonije osjećajima ljutnje. Tangney, Wagner, Barlow i suradnici (373) utvrdili su značajne veze između srama i ljutnje koja se eksternalizacijom pripisuje negativnim vanjskim događajima. Nefokusirana ljutnja potaknuta jakim osjećajem srama može se lako pripisati drugim ljudima zbog njihove navodne nekorektnosti ili navodnoj nepravdi koja je pripisana različitim vanjskim situacijama. Ovaj odnos lako pobuđuje tendenciju prema doživljaju kritiziranosti koji također budi ljutnju i ova veza se pokazala jednosmjernom, od srama prema ljutnji (374, 375). Kod osoba s GPL-om je uspostavljen odnos između iskustva posramljenosti kao što je socijalno odbacivanje i reakcije ljutnje (240).

6.12. Medijacijska analiza

U ovom istraživanju provedena je medijacijska analiza kako bi se ispitali mehanizmi kojima traumatska iskustva u djetinjstvu mogu utjecati na autodestruktivno/samoozljeđujuće ponašanje u odrasloj dobi kod bolesnika s GPL-om. Analiza je razmatrala tri potencijalna medijatora, a to su narcistička vulnerabilnost, eksplicitni sram i ljutnja. Važno je napomenuti kako su sve analizirane varijable međusobno u statistički značajnoj korelaciji.

Pojedinačnom analizom sve su tri varijable (narcistička vulnerabilnost, eksplicitni sram i ljutnja) utvrđene kao značajni medijatori utjecaja traumatskih iskustava u djetinjstvu na autodestruktivno/samoozljeđujuće ponašanje, s napomenom da je već u pojedinačnim analizama ljutnja imala statistički graničan rezultat. Međutim, kada su sva tri medijatora analizirana simultano, samo je eksplicitni sram imao samostalan značajni medijacijski učinak. Dok su narcistička vulnerabilnost i ljutnja bili značajno povezani s traumatskim iskustvima i autodestruktivnim/samoozljeđujućim ponašanjem te imali do određenog stupnja izraženu medijacijsku ulogu u pojedinačnim analizama, u simultanim analizama eksplicitni sram je

6. RASPRAVA

marginalizirao njihov utjecaj. Eksplicitni sram se pokazao kao ključni medijator koji značajno utječe na odnos između traumatskih iskustava u djetinjstvu i autodestruktivnog/samoozljeđujućeg ponašanja u odraslih bolesnika s GPL-om.

Rezultati medijacijske analize sugeriraju da je eksplicitni sram kritičan čimbenik koji treba uzeti u obzir kada se razmatra na koji način traumatska iskustva u djetinjstvu mogu dovesti do autodestruktivnog/samoozljeđujućeg ponašanja u odrasloj dobi. Navedeno se može objasniti iz pozicije kompleksnosti srama, koji kao „master emocija“ ima snažnu nesvjesnu komponentnu te je spektar ove emocije, u rasponu od adaptivnog do duboko maladaptivnog te „toksičnog“ (primjer toga je suicidalnost). Primjer navedenog spektra je „kompas srama“ (369) koji uključuje četiri stanja: od agresije na sebe (koja vodi u acting-out), preko izbjegavajućeg ponašanja, napadaja na druge do povlačenja. Važno je naglasiti da određen broj istraživanja upravo sram označava kao medijator ili moderator suicidalnosti, a ne stavlja u prvi plan narcističku vulnerabilnost ili ljutnju. Sram očito nije statična emocija niti varijabla te ga je potrebno razumjeti u širem kontekstu, kao i iz pozicije više razina svjesnosti (od nesvjesne, preko predsvjesne do svjesne). Bolesnici s GPL-om imaju nedjelotvoran kapacitet za regulaciju srama kao i nedovoljan kapacitet za samoumirivanjem u suočavanju sa stresom. Granične strukture su opisane kao stabilna nestabilnost koje kad se susretnu s interaktivnim stresnim iskustvima koja potiču bijes pretjerane pobuđenosti ili sram i očaj pretjerano slabe pobuđenosti, moraju se osloniti na ranije formirane, manje djelotvorne cenestetičke-taktilne reprezentacije za unutarnju regulaciju afekta. Najčešća je pretpostavka da NSSO stoji u funkciji regulacije afekta (263). Bijeg od negativnih emocija ili uznemirujućih misli je primarni razlog koji prethodi npr. NSSO ponašanju (376). Ovi rezultati pružaju važne uvide za daljnja istraživanja i potencijalne kliničke intervencije usmjerene na osobe s povijesti traumatskih iskustava i autodestruktivnog/samoozljeđujućeg ponašanja.

Rezultati ovog istraživanja mogu utjecati na osmišljavanje i snažnije provođenje preventivnih mjera kada su u pitanju traumatska iskustva, osobito ona u djetinjstvu s jedne strane te autodestruktivna/samoozljeđujuća ponašanja često izražena u osoba s GPL-om u odrasloj dobi. Empirijski utemeljene spoznaje o važnosti narcističke vulnerabilnosti, srama i ljutnje mogu doprinijeti kako boljem razumijevanju same, a još nedovoljno objašnjene patologije GPL-a, tako bi mogle doprinijeti i većoj usredotočenosti na ove, često zanemarivane mentalne i emocionalne konstrukte u kliničkoj praksi.

6.13. Ograničenja istraživanja

Ovo istraživanje planirano je i provedeno kao presječno (eng. *cross-sectional*) čime je ograničeno zaključivanje o uzročno-posljedičnim povezanostima istraživanih fenomena. Za utvrđivanje uzročno-posljedičnih veza trebalo bi provesti longitudinalno istraživanje. Uzorak od 111 ispitanika (osoba s GPL-om) u istraživanju relativno je mali da bi se u potpunosti mogla razumjeti složenost problema, pogotovo kada se u istraživanju koriste medijacijske analize kod kojih je poželjna što veća statistička snaga. Samoocjenski upitnici korišteni u istraživanju mogu se smatrati nepotpuno pouzdanima, s obzirom da je navedeni tip upitnika podložan subjektivnoj procjeni, bez mogućnosti objektiviziranja. Također kod ovakvog tipa upitnika postoji mogućnost nesigurnosti u davanjima odgovora i potencijalnih pogreška zbog slabijeg razumijevanja postavljenih pitanja. Postoji mogućnost da postoje i druge, neispitane varijable a koje mogu utjecati na rezultate (kao što su npr. utjecaj u istraživanju neispitivane simptomatologije, određeni komorbidni ili sociodemografski faktori). Iako su pronađene značajne korelacije, one same po sebi ne ukazuju na kauzalnost. Moguće je da neki neispitani interakcijski efekti također mogu utjecati na rezultate. Postoji vjerojatnost kako rezultati nisu generalizirani za druge populacije ili kulturološke kontekste (377). Ograničenja medijacijske analize također mogu biti neispitivanje svih mogućih potencijalnih medijatora te postoji rizik od izostavljanja određenih varijabli koje mogu utjecati na odnos između prediktora i kriterija u medijacijskoj analizi.

7. ZAKLJUČCI

Temeljem provedenog istraživanja na uzorku od 111 bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti (GPL) od kojih su njih 28 (25,2%) bili muškarci a 83 (74,8%) žene u dobi od 19 do 62 godine, mogu se izvesti sljedeći zaključci:

1. Traumatska iskustva u djetinjstvu pozitivno su povezana s razinom autodestruktivnog ponašanja u odraslih bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti.
2. Traumatska iskustva u djetinjstvu pozitivno su povezana s narcističkom vulnerabilnošću, eksplicitnim sramom i ljutnjom u odraslih bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti.
3. Narcistička vulnerabilnost, eksplicitni sram i ljutnja pozitivno su povezani s razinom autodestruktivnog ponašanja u odraslih bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti.
4. Narcistička vulnerabilnost, eksplicitni sram i ljutnja pojedinačno su medijatori u odnosu između traumatskih iskustava u djetinjstvu i autodestruktivnog ponašanja u odraslih bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti. Međutim, u modelu simultane analize eksplicitni sram marginalizira utjecaj narcističke vulnerabilnosti kao i ljutnje te se u tom slučaju može smatrati jedinim značajnim medijatorom.

8. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Cilj ovog istraživanja bio je ispitati povezanost traumatskih iskustava u djetinjstvu s autodestruktivnim ponašanjem kao i s eksplicitnim sramom, narcističkom vulnerabilnošću i ljutnjom u odraslih bolesnika s GPL-om. Također je jedan od ciljeva istraživanja bio i ispitati medijacijsku ulogu narcističke vulnerabilnosti, eksplicitnog srama i ljutnje u odnosu između traumatskih iskustava u djetinjstvu i autodestruktivnog ponašanja.

Nacrt studije: Provedeno je presječno istraživanje u Klinici za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb.

Ispitanici i metode: Istraživanje je provedeno na uzorku od 111 bolesnika s GPL-om, liječenih u Klinici za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb, od kojih su 28 (25,2%) bili muškarci a 83 (74,8%) žene. Prosječna dob muškaraca iznosila je 41,2 godina, a žena 36,5 godina. U istraživanju su korišteni sljedeći instrumenti: Kratki međunarodni neuropsihijatrijski intervju (M.I.N.I.), Upitnik trauma u djetinjstvu (CTQ-SF), Inventar patološkog narcizma (PNI), Skala doživljaja srama (ESS), Upitnik agresivnosti (AQ), Upitnik samoozljeđujućeg ponašanja (SHI), Upitnik graničnog poremećaja ličnosti (BPQ), Beckov inventar anksioznosti (BAI), Beckov inventar depresivnosti ver. II (BDI II).

Rezultati: Prema rezultatima analize spola i dobi ustanovljeno je da je omjer spolova podjednaki u svim dobnim skupinama, dominacija ženskih ispitanika ostala je jednaka za sve 3 dobne skupine. Dobiveni rezultati pojedinih mjernih instrumenata komparabilni su i s rezultatima drugih istraživanja. Istraživanjem je utvrđena pozitivna povezanost traumatskih iskustava u djetinjstvu s autodestruktivnim ponašanjem kao i povezanosti s eksplicitnim sramom, narcističkom vulnerabilnošću i ljutnjom. Rezultati medijacijske analize pokazali su da su narcistička vulnerabilnost, eksplicitni sram i ljutnja pojedinačno medijatori u odnosu između traumatskih iskustava u djetinjstvu i autodestruktivnog ponašanja u odraslih bolesnika s GPL-om, no u modelu simultane analize eksplicitni sram je marginalizirao utjecaj narcističke vulnerabilnosti kao i ljutnje te se u tom slučaju mogao smatrati jedinim značajnim medijatorom.

Zaključak: Ovaj rad nudi pažljivo konstruiranu analizu te je provedeno istraživanje pokušalo povezati nekoliko modaliteta bitnih za psihičko funkcioniranje odraslih bolesnika s GPL-om. Istraživanjem je potvrđena međusobna povezanost traumatskih iskustava u djetinjstvu, autodestruktivnog ponašanja, narcističke vulnerabilnosti, srama i ljutnje. Simultanom medijacijskom analizom utvrđeno je kako je jedino sram od potencijalnih medijatora imao

8. SAŽETAK

dominantan i značajan utjecaj na odnos između traumatskih iskustava u djetinjstvu i autodestruktivnog ponašanja u odraslih bolesnika s GPL-om.

Ključne riječi: Trauma u djetinjstvu, Autodestruktivno ponašanje, Narcistička vulnerabilnost, Sram, Ljutnja, Granični poremećaj ličnosti

9. SUMMARY

Research Objective: The aim of this study was to investigate the association between childhood traumatic experiences and self-destructive behavior, as well as with explicit shame, narcissistic vulnerability, and anger in adults with BPD. Another objective of the study was to explore the mediating role of narcissistic vulnerability, explicit shame, and anger in the relationship between childhood traumatic experiences and self-destructive behavior.

Study Design: A cross-sectional study was conducted at the Department of Psychiatry and Psychological Medicine, University Hospital Centre Zagreb.

Participants and Methods: The study was conducted on a sample of 111 patients with BPD treated at the Department of Psychiatry and Psychological Medicine, University Hospital Centre Zagreb, of which 28 (25.2%) were male and 83 (74.8%) were female. The average age of the males was 41.2 years, while that of the females was 36.5 years. The following instruments were used in the study: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-SF), Pathological Narcissism Inventory (PNI), Experience of Shame Scale (ESS), Aggression Questionnaire (AQ), Self-Harming Behavior Questionnaire (SHI), Borderline Personality Disorder Questionnaire (BPQ), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Beck Depression Inventory ver. II (BDI II).

Results: The gender and age analysis results showed that the gender ratio was equal in all age groups, with the dominance of female participants remaining consistent across all three age groups. The obtained results of individual measurement instruments are comparable to the results of other studies. The study found a positive association between childhood traumatic experiences and self-destructive behavior, as well as associations with explicit shame, narcissistic vulnerability, and anger. Mediation analysis results indicated that narcissistic vulnerability, explicit shame, and anger individually mediated the relationship between childhood traumatic experiences and self-destructive behavior in adult patients with BPD. However, in the simultaneous analysis model, explicit shame marginalized the influence of narcissistic vulnerability and anger, in this case, being considered the only significant mediator.

Conclusion: This study offers a carefully constructed analysis, and the conducted research attempted to link several modalities crucial for the mental functioning of adults with BPD. The study confirmed a mutual correlation between childhood trauma, self-destructive behavior, narcissistic vulnerability, shame, and anger. Simultaneous mediation analysis determined that only shame among potential mediators had a dominant and significant impact on the

9. SUMMARY

relationship between childhood traumatic experiences and self-destructive behavior in adult patients with BPD.

Keywords: Childhood Trauma, Self-destructive Behavior, Narcissistic Vulnerability, Shame, Anger, Borderline Personality Disorder

10. LITERATURA

1. Kernberg O. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson; 1975.
2. Kernberg OF. *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press; 1984.
3. Kernberg OF. Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy: Contemporary controversies. *Int J Psychoanal*. 1999;80(6):1075-1091.
4. Kernberg OF. The basic components of psychoanalytic technique and derivative psychoanalytic psychotherapies. In: *Treatment of Severe Personality Disorders: Resolution of Aggression and Recovery of Eroticism*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2018.
5. Stern A. Borderline group of neuroses. *Psychoanal Q*. 1938;7:467-489.
6. Knight RP. Borderline states. *Bull Menninger Clin*. 1953;17(1):1-12. PMID: 13009379.
7. Kernberg O. Structural derivatives of object relationships. *Int J Psychoanal*. 1966;47:236-253.
8. Kernberg O. Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc*. 1967;15(3):641-85.
9. Kernberg OF, Michels R. Borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2009;166(5):505-508.
10. Gunderson JG. *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1984.
11. Rangell L. The borderline patient: A contribution to the concept of borderline states. *Psychoanal Q*. 1955;24(3):285-298.
12. Rosenfeld H. On the psychopathology of narcissism: A clinical approach. *Int J Psychoanal*. 1964;45(2-3):332-337.

10. LITERATURA

13. Robbins LL. The Borderline Case. *J Am Psychoanal Assoc.* 1956;4(3):550-562.
14. Frosch J. The psychotic character: Clinical psychiatric considerations. *Psychiatr Q.* 1964;38:81-96.
15. Zilboorg G. Further observations on ambulatory schizophrenias. *Am J Orthopsychiatry.* 1957;27(4):677-682.
16. Hoch P, Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatr Q.* 1949;23(2):248-276.
17. Hoch PH, Cattell JP. The diagnosis of pseudoneurotic schizophrenia. *Psychiatr Q.* 1959;33:17-43.
18. Deutsch H. Some Forms of Emotional Disturbance and their Relationship to Schizophrenia. *Psychoanal Q.* 1942;11(3):301-321.
19. Gitelson M. On ego distortion. *Int J Psychoanal.* 1958;39(2-4):245-257. PMID: 174973.
20. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry.* 2002;51(12):936-950.
21. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1993 Dec;50(12):971-4. Erratum in: *Arch Gen Psychiatry* 1994 May;51(5):422.
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., text rev. Washington DC: American Psychiatric Press; 2000.
23. Gurvits IG, Koenigsberg HW, Siever LJ. Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2000 Mar;23(1):27-40, vi.
24. Paris J. Childhood precursors of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2000 Mar;23(1):77-88, vii.
25. Svjetska zdravstvena organizacija. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.

10. LITERATURA

26. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC; 2013.
27. Skodol AE, Bender DS, Morey LC, Clark LA, Oldham JM, Alarcon RD, Krueger RF, Verheul R, Bell CC, Siever LJ. Personality disorder types proposed for DSM-5. *J Pers Disord.* 2011 Apr;25(2):136-69.
28. McDavid J, Pilkonis PA. The Stability of Personality Disorder Diagnoses. *J Pers Disord.* 1996;10:1-15.
29. Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry.* 2001;42(6):482-7.
30. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2006 May;163(5):827-32.
31. Paris J. Estimating the prevalence of personality disorders in the community. *Journal of Personality Disorders.* 2010; 24(4): 405–411.
32. Swartz M, Blazer D, George L, Winfield I. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Pers Disord.* 1990;4(3):257-72.
33. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry.* 2001 Jun;58(6):590-6.
34. Jaworska-Andryszewska P, Rybakowski J. Higher indexes of childhood trauma in borderline personality disorder compared with bipolar disorder. *Psychiatr Pol.* 2022 Feb 27;56(1):7-18. English, Polish.
35. Gross R, Olfson M, Gameroff M, Shea S, Feder A, Fuentes M, Lantigua R, Weissman MM. Borderline personality disorder in primary care. *Arch Intern Med.* 2002;14;162(1):53-60.
36. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry.* 2005; 162(10):1911-8.
37. Zimmerman M, Chelminski I, Young D. The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatr Clin North Am.* 2008; 31(3):405-20.

10. LITERATURA

38. Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
39. Kreisman JJ, Straus H. *Sometimes I act crazy: Living with borderline personality disorder*. New York: John Wiley & Sons; 2004.
40. Mahler M, Pine F, Bergman A. *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books; 1975.
41. Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. 1999. p. 520-54.
42. Gunderson JG. The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatry*. 1996 Jun;153(6):752-8.
43. Patrick M, Hobson RP, Castle D, Howard R, Maughan B. Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology*. 1994;6(2):375–388.
44. Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, Target M, Gerber A. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*. 1996 Feb;64(1):22-31.
45. Liotti G. Understanding the dissociative processes: the contribution of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry*. 1999;19:757–783.
46. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1989 Apr;146(4):490-5.
47. Widom CS, Czaja SJ, Paris J. A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *J Pers Disord*. 2009 Oct;23(5):433-46.
48. Cattane N, Rossi R, Lanfredi M, Cattaneo A. Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry*. 2017 Jun 15;17(1):221.

10. LITERATURA

49. Van Dijke A, Ford JD, van der Hart O, van Son M, van der Heijden P, Bühring M. Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation in patients with borderline personality disorder and somatoform disorder. *European Journal of Psychotraumatology*. 2011;2(1):5628.
50. Jang KL, Livesley WJ, Vernon PA, Jackson DN. Heritability of personality disorder traits: a twin study. *Acta Psychiatr Scand*. 1996 Dec;94(6):438-44.
51. Livesley WJ, Jang KJ, Vernon PA. Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1998;55:941-948.
52. Linnoila VM, Virkkunen M. Aggression, suicidality, and serotonin. *J Clin Psychiatry*. 1992 Oct;53 Suppl:46-51.
53. O'Keane V, Moloney E, O'Neill H, O'Connor A, Smith CK, Dinan TG. Blunted Prolactin Responses to d-Fenfluramine in Sociopathy. *British Journal of Psychiatry*. 1992;160:643 - 646.
54. Siever LJ, Buchsbaum MS, New AS, Spiegel-Cohen J, Wei T, Hazlett EA, Sevin E, Nunn M, Mitropoulou V. d,l-fenfluramine response in impulsive personality disorder assessed with [18F]fluorodeoxyglucose positron emission tomography. *Neuropsychopharmacology*. 1999 May;20(5):413-23.
55. New AS, Hazlett EA, Buchsbaum MS, Goodman M, Reynolds D, Mitropoulou V, Sprung L, Shaw RB Jr, Koenigsberg H, Platholi J, Silverman J, Siever LJ. Blunted prefrontal cortical 18fluorodeoxyglucose positron emission tomography response to meta-chlorophenylpiperazine in impulsive aggression. *Arch Gen Psychiatry*. 2002 Jul;59(7):621-9.
56. Markovitz PJ, Calabrese JR, Schulz SC, Meltzer HY. Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1991 Aug;148(8):1064-7.
57. Coccaro EF, Bergeman CS, Kavoussi RJ, Seroczynski AD. Heritability of aggression and irritability: a twin study of the Buss-Durkee aggression scales in adult male subjects. *Biol Psychiatry*. 1997 Feb 1;41(3):273-84.

10. LITERATURA

58. Leyton M, Okazawa H, Diksic M, Paris J, Rosa P, Mzengeza S, Young SN, Blier P, Benkelfat C. Brain Regional alpha-[11C]methyl-L-tryptophan trapping in impulsive subjects with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2001 May;158(5):775-82.
59. Schulz SC, Cornelius J, Schulz PM, Soloff PH. The amphetamine challenge test in patients with borderline disorder. *Am J Psychiatry*. 1988 Jul;145(7):809-14.
60. Steinberg BJ, Trestman R, Mitropoulou V, et al. Depressive response to physostigmine challenge in borderline personality disorder patients. *Neuropsychopharmacology*. 1997;17:264–273.
61. Coccaro EF, Kavoussi RJ, Hauger RL, et al. Cerebrospinal fluid vasopressin levels: correlates with aggression and serotonin function in personality-disordered subjects. *Archives of General Psychiatry*. 1998;55:708–714.
62. Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, et al. Serum cholesterol and leptin levels in patients with borderline personality disorder. *Neuropsychobiology*. 2002;45:167–171.
63. Zanarini MC, Frankenburg FR. Omega-3 fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160:167–169.
64. Rinne T, Van den Brink W, Wouters L, et al. SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159:2048–2054.
65. Masterson JF. *Treatment of the borderline adolescent: A developmental approach*. New York: Wiley-Interscience; 1972.
66. Masterson JF. *Psychotherapy of the Borderline Adult*. New York: Bruner/Mazel Inc; 1976.
67. Gunderson JG, Carpenter WT Jr, Strauss JS. Borderline and schizophrenic patients: A comparative study. *Am J Psychiatry*. 1975 Dec;132(12):1257-64.

10. LITERATURA

68. Skodol AE, Stout RL, McGlashan TH, Grilo CM, Gunderson JG, Shea MT, Morey LC, Zanarini MC, Dyck IR, Oldham JM. Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depress Anxiety*. 1999;10(4):175-82.
69. Akiskal HS, Hirschfeld RM, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1983 Jul;40(7):801-10.
70. Zimmerman M, Mattia JI. Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 1999 Jul-Aug;40(4):245-52.
71. Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW, Carr AC, Appelbaum AH. *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. Basic Books; 1989.
72. Linehan MM. Dialectical behavioral therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*. 1987;1(4):328-333.
73. Dawson DF. Treatment of the borderline patient, relationship management. *Can J Psychiatry*. 1988 Jun;33(5):370-4.
74. Ryle A, Leighton T, Pollock P. *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder: The model and the method*. John Wiley & Sons Inc; 1997.
75. Bateman A, Fonagy P. *Mentalization-Based Treatment*. *Psychoanal Inq*. 2013 Nov;33(6):595-613.
76. American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. Washington: American Psychiatric Association; 2010.
77. Maljuna I, Ostojić D, Jendričko T. PSIHO SOCIJALNI ASPEKTI GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI. *Annual of Social Work*; 2019.
78. Oud M, Arntz A, Hermens ML, Verhoef R, Kendall T. Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2018;4867418791257.
79. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017;74:319–28.

10. LITERATURA

80. Zanarini MC, Frankenburg FR, Bradford Reich D, Harned AL, Fitzmaurice GM. Rates of psychotropic medication use reported by borderline patients and axis II comparison subjects over 16 years of prospective follow-up. *J Clin Psychopharmacol.* 2015 Feb;35(1):63-7.
81. Paris J. *A Concise Guide to Personality Disorders.* American Psychological Association; 2015.
82. Herman JL. *Trauma and recovery: the aftermath of violence - from domestic abuse to political terror.* New York: BasicBooks; 1997.
83. Nicholson C, Irwin M, Dwivedi KN. Approaching trauma. In: *Children and Adolescents in Trauma: Creative Therapeutic Approaches. Community, Culture, and Change.* Jessica Kingsley Publishers; 2010. pp. 29-41. ISBN 9781843104377.
84. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.).* 1980.
85. Cook D. Making Sense of Marnie: Neurology, Film and Trauma. In: *Children and Adolescents in Trauma: Creative Therapeutic Approaches. Community, Culture, and Change.* Jessica Kingsley Publishers; 2010. pp. 63-79.
86. Varvin S, Volkan V, editors. *Violence or dialogue? Psychoanalytic insights on terror and terrorism.* International Psychoanalytic Association; 2003. 274 p. ISBN 0-952390-52-3.
87. Danieli Y. *The Trauma of Terrorism: Sharing Knowledge and Shared Care, An International Handbook.* 1st ed. Routledge; 2005.
88. Khan MMR. Das kumulative Trauma: The concept of cumulative trauma: the psychoanalytic study of the child. *Psychoanal Study Child.* 1963;18(1):286-306.
89. Lykken DT. The mechanism of emergences. *Genes, Brain and Behavior.* 2006;5:306-310.
90. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice.* 4th ed. American Psychiatric Publishing, Inc.; 2005.

10. LITERATURA

91. Knowlton L. Nature Versus Nurture: How Is Child Psychopathology Developed? *Psychiatric Times*. 2005 Jul;22(8):1, 8-9.
92. Pretorius MI. Genetic and environmental contributors to the intergenerational transmission of trauma and disorganized attachment relationships. In: Baradon T, editor. *Relational Trauma in Infancy: Psychoanalytic, Attachment and Neuropsychological Contributions to Parent-Infant Psychotherapy*. 1st ed. Routledge; 2010. pp. 6-19.
93. Varchevker A. Trauma in old age: "passengers, next station is old age—are you ready?". In: McGinley E, Varchevker A, editors. *Enduring Trauma Through the Life Cycle*. Routledge; 2013. pp. 121-135.
94. Bacciagaluppi M. The study of psychic trauma. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. 2011;39(3):525-538.
95. Lacan J. The ego in Freud's theory and in the technique of psychoanalysis, 1954-1955 (Book II). Miller JA, editor. Tomaselli S, translator. Cambridge University Press; 1988.
96. Bronstein C. Nobody died! trauma in adolescence. In: McGinley E, Varchevker A, editors. *Enduring Trauma Through the Life Cycle*. Routledge; 2013. pp. 43-62.
97. Kohut H. *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. University of Chicago Press; 1971.
98. Bowlby J. *Attachment and Loss, Vol. 1, Attachment*. Basic Books; 1969.
99. Bowlby J. *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger (Vol. 2)*. Basic; 1973.
100. Kernberg OF. *Internal World and External Reality: Object Relations Theory Applied*. Jason Aronson; 1980.
101. Kernberg OF. A Psychoanalytic Classification of Character Pathology. *Journal of the American Academy of Psychoanalytic Association*. 1970;18:800-822.
<https://doi.org/10.1177/000306517001800403>.

10. LITERATURA

102. Kernberg OF. The structural diagnosis of borderline personality organization. In: Hartocollis P, editor. *Borderline Personality Disorders*. International Universities Press; 1977.
103. Kernberg OF. *Aggression in personality disorders and perversions*. Yale University Press; 1992.
104. Zanarini MC, Dubo ED, Lewis RE, Williams AA. Childhood factors associated with the development of borderline personality disorder. In: Zanarini MC, editor. *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1997. p. 29-44.
105. Westen D. The self in borderline personality disorder: a psychodynamic perspective. In: Segal ZV, Blatt SJ, editors. *The self in emotional distress*. New York: Guilford Press; 1993. p. 334–360.
106. Fonagy P, Target M. *Psychoanalytic theories: Perspectives from developmental psychopathology*. Whurr Publishers; 2003.
107. Bowlby J. *Attachment and loss*. Basic Books; 1980.
108. Bowlby J. *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge; 1988.
109. Ainsworth MD, Wittig BA. Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In: Foss BM, editor. *Determinants of infant behavior*. Vol. 4. London: Methuen; 1969. p. 113-136.
110. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum; 1978.
111. Main M, Solomon J. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: Brazelton TB, Yogman MW, editors. *Affective development in infancy*. Ablex Publishing; 1986. p. 95–124.
112. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1985;50(1-2):66–104.

10. LITERATURA

113. Crittenden PM. Attachment, information processing, and psychiatric disorder. *World Psychiatry*. 2002;1(2):72–75.
114. Francis DD, Young LJ, Meaney MJ, Insel TR. Naturally occurring differences in maternal care are associated with the expression of oxytocin and vasopressin (V1a) receptors: gender differences. *J Neuroendocrinol*. 2002;14(5):349-53.
115. Champagne FA, Chretien P, Stevenson CW i sur. Variations in Nucleus Accumbens Dopamine Associated with Individual Differences in Maternal Behavior in the Rat. *Journal of Neuroscience*. 2004;24(17):4113–4123.
116. Pruessner JC, Champagne F, Meaney MJ, Dagher A. Dopamine release in response to a psychological stress in humans and its relationship to early life maternal care: a positron emission tomography study using [¹¹C]raclopride. *J Neurosci*. 2004;24(11):2825-31.
117. Mayes L, Fonagy P, Target M, editors. *Developmental science and psychoanalysis: Integration and innovation*. Karnac Books; 2007.
118. Strathearn Lane. Exploring the neurobiology of attachment. In: Mayes L, Fonagy P, Target M, editors. *Developmental science and psychoanalysis: Integration and innovation*. Karnac Books; 2007. p. 117-131.
119. Slade 2007 commentary on Strathearn Lane. Exploring the neurobiology of attachment. In: Mayes L, Fonagy P, Target M, editors. *Developmental science and psychoanalysis: Integration and innovation*. Karnac Books; 2007. p. 117-131.
120. Fonagy P, Bateman AW. Mentalizing and borderline personality disorder. *J Ment Health*. 2007;16(1):83-101.
121. Bureau JF, Martin J, Lyons-Ruth K. Attachment dysregulation as hidden trauma in infancy: early stress, maternal buffering, and psychiatric morbidity in young adulthood. In: Lanius RA, Vermetten E, Pain C, editors. *The impact of early life trauma on health and disease*. Cambridge University Press; 2010. p. 69-78.
122. Suter SE, Huggenberger HJ, Schächinger H. Cold pressor stress reduces left cradling preference in nulliparous human females. *Stress*. 2007;10(1):45-51.

10. LITERATURA

123. Schore AN. Relational trauma and the developing right brain: The neurobiology of broken attachment bonds. In: Baradon T, editor. *Relational trauma in infancy: Psychoanalytic, attachment and neuropsychological contributions to parent–infant psychotherapy*. Routledge/Taylor & Francis Group; 2010. p. 19-47.
124. Newman L, Stevenson C. Parenting and Borderline Personality Disorder: Ghosts in the Nursery. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2005;10(3):385-394.
125. Brown MR, et al. Corticotropin-releasing factor: actions on the sympathetic nervous system and metabolism. *Endocrinology*. 1982;111:928-931.
126. Kvetnanský R, Jezová D, Oprsalová Z, Földes O, Michajlovskij N, Dobrákovová M, Lichardus B, Makara GB. Regulation of the sympathetic nervous system by circulating vasopressin. *Adv Exp Med Biol*. 1990;274:113-34.
127. Hesse E, Main M. Second-generation effects of unresolved trauma in nonmaltreating parents: Dissociated, frightened, and threatening parental behavior. *Psychoanal Inq*. 1999;19(4):481-540.
128. Carlson V, Cicchetti D, Barnett D, Braunwald K. Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Dev Psychol*. 1989;25(4):525-531.
129. Schore AN. *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1994.
130. Dixon AK. Ethological strategies for defence in animals and humans: Their role in some psychiatric disorders. *Br J Med Psychol*. 1998;71(4):417-445.
131. Lane RD, Ahern GL, Schwartz GE, Kaszniak AW. Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? *Biol Psychiatry*. 1997;42(9):834-44.
132. Spitzer C, Willert C, Grabe HJ, Rizos T, Möller B, Freyberger HJ. Dissociation, hemispheric asymmetry, and dysfunction of hemispheric interaction: a transcranial magnetic stimulation approach. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2004;16(2):163-9.
133. Loewenstein RJ. Dissociative Amnesia and Dissociative Fugue. In: Michelson LK, Ray WJ, editors. *Handbook of Dissociation*. Springer; 1996.

10. LITERATURA

134. Schore AN. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J.* 2001;22(1-2):7-66.
135. Schore AN. Dysregulation of the Right Brain: A Fundamental Mechanism of Traumatic Attachment and the Psychopathogenesis of Posttraumatic Stress Disorder. *Aust N Z J Psychiatry.* 2002;36(1):9-30.
136. Schore AN. *Affect dysregulation and disorders of the self.* New York: W W Norton & Co; 2003.
137. Cohen JR, McNeil S, Menon SV. Childhood Maltreatment and Anhedonic Symptoms: Test of a Dual-risk Model in Emerging Adults. *J Interpers Violence.* 2022;37(9-10):NP7447-NP7469.
138. Schechter MD, Roberge L. "Sexual exploitation". In: Heifer RE, Kempe CH, editors. *Child Abuse and Neglect: The Family and the Community.* Ballinger Publishing Co; 1976. p. 127–142.
139. Trowell J. The emotional impact of abusive experiences in childhood, particularly sexual abuse. In: *Enduring trauma through the life cycle.* Karnac; 2013. p. 3-20. London.
140. Begić D. *Psihopatologija.* Medicinska Naklada; 2011.
141. Jukić V. Utjecaj stresova na kliničku sliku posttraumatskog stresnog poremećaja u hrvatskih ratnih stradalnika. [Doctoral dissertation]; 1997.
142. Luxenberg T, Spinazzola J, Hidalgo J, Hunt C, Van Der Kolk BA. Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, Part One: Assessment. *Directions in Psychiatry.* 2001;21:373–393.
143. Cloitre M, Garvert DW, Weiss B, Carlson EB, Bryant RA. Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *Eur J Psychotraumatol.* 2014;5.
144. Nathanson DL. A timetable for shame. In: Nathanson DL, editor. *The many faces of shame.* p. 1–63.
145. Izard CE. *Human Emotions.* Plenum Press; 1977. New York.

10. LITERATURA

146. Kohut H. *The restoration of the self*. University of Chicago Press; 1977.
147. Lopez FG, Gover MR, Leskela J, Sauer EM, Schirmer L, Wyssmann J. Attachment styles, shame, guilt, and collaborative problem-solving orientations. *Personal Relationships*. 1997;4:187-199.
148. Akbag M, Imamoglu SE. The prediction of gender and attachment styles on shame, guilt, and loneliness. *Educ Sci Theory Pract*. 2010;10(2):669–682.
149. Gross CA, Hansen NE. Clarifying the experience of shame: the role of attachment style, gender, and investment in relatedness. *Pers Individ Dif*. 2000;28:897-907.
150. Jaksic N, Marcinko D, Skocic Hanzek M, Rebernjak B, Ogrodniczuk JS. Experience of Shame Mediates the Relationship Between Pathological Narcissism and Suicidal Ideation in Psychiatric Outpatients. *J Clin Psychol*. 2017;73(12):1670-1681.
151. Atkins SAH. *The relationship between shame and attachment styles*. [Doctor of Philosophy (Counseling Psychology)]; 2016. 158 pp.
152. Mills RSL. Taking stock of the developmental literature on shame. *Dev Rev*. 2005;25(1):26-63.
153. Rüsç N, Lieb K, Göttler I, Hermann C, Schramm E, Richter H, Jacob GA, Corrigan PW, Bohus M. Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2007;164(3):500-8.
154. Unoka Z, Vizin G. To see in a mirror dimly. The looking glass self is self-shaming in borderline personality disorder. *Psychiatry Res*. 2017;258:322-329.
155. Lewis HB. *Shame and guilt in neurosis*. International Universities Press; 1971. New York.
156. Ritter K, Vater A, Rusch N, Schroder-Abe M, Schutz A, Fydrich T, Roepke S. Shame in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Res*. 2014;215(2):429-437.
157. Wall K, Kerr S, Nguyen M, Sharp C. The relation between measures of explicit shame and borderline personality features in adolescent inpatients. *J Affect Disord*. 2021;282:458-464.

10. LITERATURA

158. Lewis HB. Shame and the narcissistic personality. *Psychiatry*. 1987;50(3):177-189.
159. Scheff TJ. Shame in self and society. *Symbolic Interaction*. 2003;26:239-262.
160. Sabag-Cohen S. Implicit shame and the Emotional Stroop task: Regulation of shame in relation to attachment style and interpersonal rejection. [Unpublished dissertation]. Long Island University: Brooklyn; 2009.
161. Andrews B, Qian M, Valentine JD. Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The experience of shame scale. *Br J Clin Psychol*. 2002;41:29-42.
162. Scheel CN, Bender C, Tuschen-Caffier B, Brodführer A, Matthies S, Hermann C, Geisse EK, Svaldi J, Brakemeier EL, Philippsen A, Jacob GA. Do patients with different mental disorders show specific aspects of shame? *Psychiatry Res*. 2014;220(1-2):490-5.
163. Kaufman G. The Psychology of Shame: Theory and Treatment of Shame-Based Syndromes. Schoenleber M, Berenbaum H. Shame regulation in personality pathology. *J Abnorm Psychol*. 2012;121(2):433-46.
164. Klein M. *Love, Guilt, and Reparation & Other Works, 1921-1945*.
165. Schoenleber M, Berenbaum H. Shame regulation in personality pathology. *J Abnorm Psychol*. 2012;121(2):433-46.
166. Bilić V. Nisam dovoljno „savršen“ krivnja i sram. In: *Narcistični poremećaj ličnosti i njegova dijagnostička opravdanost, doprinos međunarodnoj raspravi*. Marčinko D, Rudan V, editors. Med. Naklada, Zagreb; 2013.
167. Tangney JP, Wagner P, Fletcher C, Gramzow R. Shamed into anger? The relation of shame and guilt to anger and self-reported aggression. *J Pers Soc Psychol*. 1992;62(4):669-675.
168. Tangney JP, Stuewig J, Mashek DJ. Moral Emotions and Moral Behavior. *Annu Psychol*. 2007;58:345-372.
169. Yang M, Yang C, Chiou W. When guilt leads to other orientation and shame leads to egocentric self-focus: Effects of differential priming of negative affects on perspective taking. *Soc Behav Pers*. 2010;38:605-614.

10. LITERATURA

170. Morrison AP. The eye turned inward: Shame and the self. In: Nathanson DL, editor. The many faces of shame. The Guilford Press; 1987. p. 271–291.
171. Lutwak N, Panish JB, Ferrari JR, Razzino BE. Shame and guilt and their relationship to positive expectations and anger expressiveness. *Adolescence*. 2001;36(144):641-53.
172. Peters JR, Geiger PJ, Smart LM, Baer RA. Shame and borderline personality features: the potential mediating role of anger and anger rumination. *Personal Disord*. 2014;5(1):1-9.
173. Yakeley J. *Working with Violence: A Contemporary Psychoanalytic Approach*. Macmillan Education UK; 2010.
174. Gilligan J. *Violence: Our deadly epidemic and its causes*. New York: G. P. Putnam's Sons; 1996.
175. Maccurdy JT. The biological significance of blushing and shame. *Br J Psychol Gen Sect*. 1930;21:174-182.
176. Buss AH. *Self-consciousness and social anxiety*. 1980.
177. Miller SB. *The shame experience*. Hillsdale: Analytic Press; 1985.
178. Stern D. *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books; 1985.
179. Izard CE. *The psychology of emotions*. Plenum Press; 1991.
180. Kohut H. Forms and Transformations of Narcissism. *J Am Psychoanal Assoc*. 1966;14(2):243-272.
181. Lewis M. *Shame: The exposed self*. Free Press; 1992.
182. Lester D. The role of shame in suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 1997;27(4):352-61.
183. Buchman-Wildbaum T, Unoka Z, Dudas R, Vizin G, Demetrovics Z, Richman MJ. Shame in Borderline Personality Disorder: Meta-Analysis. *J Pers Disord*. 2021;35(Suppl A):149-161.
184. Ellis H. Auto-eroticism: A psychological study. *Alienist Neurolog*. 1898;19:260–299.

10. LITERATURA

185. Näcke P. Die sexuellen perversitäten in der irrenanstalt [The sexual perversions in the mental hospital]. 1899.
186. Freud S. On Narcissism: An Introduction. In: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works. 1914. p. 67-102.
187. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2010.
188. Ronningstam E. Narcissistic personality disorder in DSM V—In support of retaining a significant diagnosis. *J Pers Disord*. 2011;25(2):248–259.
189. Skodol AE, Bender DS, Morey LC. Narcissistic personality disorder in DSM-5. *Personal Disord*. 2014;5(4):422-7.
190. Wright AGC. Integrating trait- and process-based conceptualizations of pathological narcissism in the DSM-5 era. In: Besser A, editor. *Handbook of the psychology of narcissism: Diverse perspectives*. 2014. p. 153–173.
191. Pincus AL, Roche MJ. Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability. In: Campbell WK, Miller JD, editors. *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments*. John Wiley & Sons, Inc.; 2011. p. 31–40.
192. Rustin M, Rustin MJ. States of narcissism. In: *Enduring loss: Mourning, depression and narcissism throughout the life cycle*. Karnac; 2010. p. 209-234.
193. Jones E. The God-Complex. In: *Essays in Applied Psychoanalysis*. Vol. 2. The Hogarth Press Ltd. and the Institute of Psycho-Analysis; 1909-1910.
194. Reich W. *The Mass Psychology of Fascism*. Farrar, Straus and Giroux; 1970.
195. Tartakoff H. The Normal Personality in Our Culture and the Nobel Prize Complex. In: Kernberg OF, editor. *Narcissistic Personality Disorder*. Vol. 12. W.B. Saunders; 1966. p. 776.

10. LITERATURA

196. Kernberg OF. A psychoanalytic classification of character pathology. In: Lax RF, editor. *Essential papers on character neurosis and treatment*. New York University Press; 1989. p. 191–210.
197. Cooper AM, Ronningstam E. Narcissistic personality disorder. *Am Psychiatr Press Rev Psychiatry*. 1992;11:80–97.
198. Akhtar S. Narcissistic personality disorder: Descriptive features and differential diagnosis. *Psychiatr Clin North Am*. 1989;12(3):505–529.
199. Akhtar S. The Shy Narcissist. In: *Changing Ideas In A Changing World: The Revolution in Psychoanalysis. Essays in Honour of Arnold Cooper*. 2000. p. 38:111-119.
200. Gabbard GO. Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bull Menninger Clin*. 1989;53(6):527-32.
201. Marčinko D, Jakšić N, Ivezić E, Skočić M, Surányi Z, Lončar M, Franić T, Jakovljević M. Pathological narcissism and depressive symptoms in psychiatric outpatients: mediating role of dysfunctional attitudes. *J Clin Psychol*. 2014;70(4):341-52.
202. Emde RN. Toward a psychoanalytic theory of affect: I. The organizational model and its propositions. In: Greenspan SI, Pollock GH, editors. *The course of life, Vol. 1. Infancy*. International Universities Press, Inc.; 1989. p. 165–191.
203. Mrzljak L, Uylings HB, Van Eden CG, Judás M. Neuronal development in human prefrontal cortex in prenatal and postnatal stages. *Prog Brain Res*. 1990;85:185-222.
204. De Bruin JPC. Social behavior and the prefrontal cortex. In: Uylings HBM, van Eden CG, de Bruin JPC, Feenstra MPG, editors. *Progr. Brain Res., Vol. 85, The Prefrontal Cortex: Its Structure, Function and Pathology*. Elsevier; 1990. p. 485-496.
205. Pincus AL, Lukowitsky MR. Pathological Narcissism and Narcissistic Personality Disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6:421-446.
206. Marčinko D, Rudan V. Narcistični poremećaj ličnosti i njegova dijagnostička opravdanost. *Medicinska naklada*; 2013. Zagreb.

10. LITERATURA

207. Miller JD, Lynam DR, Hyatt CS, Campbell WK. Controversies in Narcissism. *Annu Rev Clin Psychol.* 2017;13:291-315.
208. Jauk E, Weigle E, Lehmann K, Benedek M, Neubauer AC. The Relationship between Grandiose and Vulnerable (Hypersensitive) Narcissism. *Front Psychol.* 2017;8:1600.
209. Marčinko D, Jakšić N, Rudan D, Bjedov S, Rebernjak B, Skopljak K, Bilić V. Pathological Narcissism, Negative Parenting Styles and Interpersonal Forgiveness among Psychiatric Outpatients. *Psychiatr Danub.* 2020;32(3-4):395-402.
210. Miller JD, Dir A, Gentile B, Wilson L, Pryor LR, Campbell WK. Searching for a Vulnerable Dark Triad: Comparing Factor 2 Psychopathy, Vulnerable Narcissism, and Borderline Personality Disorder. *J Pers.* 2010;78(5):1529–64.
211. Wink P. Two faces of narcissism. *J Pers Soc Psychol.* 1991;61(4):590–597.
212. Cain NM, Pincus AL, Wright AG. Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability in psychotherapy. *Personal Disord.* 2014;5(4):439-43.
213. Miller JD, Campbell K. Comparing Clinical and Social Personality Conceptualizations of Narcissism. *J Pers.* 2008;76:449-476.
214. Pincus AL, Cain NM, Wright AG. Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability in psychotherapy. *Personal Disord.* 2014;5(4):439-43.
215. Marčinko D. Psychodynamics and psychopharmacotherapy in the treatment of difficult patients with personality and eating disorders. *Psychiatr Danub.* 2015;27(3):330-3.
216. Winnicott DW. The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development. International Universities Press; 1965.
217. Bion WR. Learning from Experience. Maresfield Reprints; 1962.
218. Rosenfeld H. A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: An investigation into the aggressive aspects of narcissism. *Int J Psychoanal.* 1971;52(2):169–178.

10. LITERATURA

219. Brown AA, Freis SD, Carroll PJ, Arkin RM. Perceived agency mediates the link between the narcissistic subtypes and self-esteem. *Pers Individ Dif*. 2016;90:124-129.
220. Miller JD, Lynam DR, McCain JL, Few LR, Crego C, Widiger TA, Campbell WK. Thinking Structurally About Narcissism: An Examination of the Five-Factor Narcissism Inventory and Its Components. *J Pers Disord*. 2016;30(1):1-18.
221. Millon T, Grossman S, Millon C, Meagher S, Ramnath R. *Personality Disorders in Modern Life*. Wiley; 2004.
222. Dickinson KA, Pincus AL. Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *J Pers Disord*. 2003;17(3):188-207.
223. Barry C, Frick P, Adler K, Grafeman S. The predictive utility of narcissism among children and adolescents: Evidence for a distinction between adaptive and maladaptive narcissism. *J Child Fam Stud*. 2007;16(4):508-521.
224. Horton RS, Tritch T. Clarifying the links between grandiose narcissism and parenting. *J Psychol*. 2014;148(2):133-43.
225. Brummelman E, Thomaes S, Nelemans SA, Orobio de Castro B, Overbeek G, Bushman BJ. Origins of narcissism in children. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2015;112(12):3659-62.
226. Carlson KS, Gjerde PF. Preschool Personality Antecedents of Narcissism in Adolescence and Emergent Adulthood: A 20-Year Longitudinal Study. *J Res Pers*. 2009;43(4):570-578.
227. Vernon PA, Villani VC, Vickers LC, Harris JA. A behavioral genetic investigation of the Dark Triad and the Big 5. *Pers Individ Dif*. 2008;44(2):445–452.
228. Bosson JK, Lakey CE, Campbell WK, Zeigler-Hill V, Jordan CH, Kernis MH. Untangling the links between narcissism and self-esteem: a theoretical and empirical review. *Soc Personal Psychol Compass*. 2008;2:1415–39.
229. Euler S, Stöbi D, Sowislo J, Ritzler F, Huber CG, Lang UE, Wrege J, Walter M. Grandiose and Vulnerable Narcissism in Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*. 2018;51(2):110-121.

10. LITERATURA

230. Fernandez E, Kerns RD. Anxiety, depression, and anger: The core of negative affect in medical populations. In: Boyle GJ, Matthews G, Saklofske D, editors. *International Handbook of Personality Theory and Testing: Vol. 1: Personality Theories and Models*. Sage Publications; 2008. p. 659-676.
231. Fernandez E, Johnson SL. Anger in psychological disorders: Prevalence, presentation, etiology and prognostic implications. *Clin Psychol Rev*. 2016;46:124–135.
232. Averill JR. Studies on anger and aggression: Implications for theories of emotion. *Am Psychol*. 1983;38(11):1145–1160.
233. Rosenblum KE. The in-depth interview: Between science and sociability. *Sociol Forum*. 1987;2(2):388–400.
234. Robertson J, Robertson J. Young children in brief separation: A fresh look. *Psychoanal Study Child*. 1971;26:264–315.
235. Weinfield NS, Sroufe LA, Egeland B, Carlson EA. The nature of individual differences in infant–caregiver attachment. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. The Guilford Press; 1999. p. 68–88.
236. Dozier M, Stovall KC, Albus KE. Attachment and psychopathology in adulthood. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. *Handbook of attachment*. Milford Press; 1999. p. 497–519.
237. Main M, Hesse E. Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, editors. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. The University of Chicago Press; 1990. p. 161–182.
238. Gunderson JG, Kerr J, Englund DW. The families of borderlines. A comparative study. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;37(1):27-33.

10. LITERATURA

239. Jacob GA, Guenzler C, Zimmermann S, Scheel CN, Rüscher N, Leonhart R, Nerb J, Lieb K. Time course of anger and other emotions in women with borderline personality disorder: a preliminary study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2008;39(3):391-402.
240. Berenson KR, Downey G, Rafaeli E, Coifman KG, Paquin NL. The rejection-rage contingency in borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol*. 2011;120(3):681-90.
241. Chapman AL, Dixon-Gordon KL. Emotional antecedents and consequences of deliberate self-harm and suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(5):543-552.
242. Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol*. 2002;111(1):198-202.
243. Rüscher N, Schiel S, Corrigan PW, Leihener F, Jacob GA, Olschewski M, Lieb K, Bohus M. Predictors of dropout from inpatient dialectical behavior therapy among women with borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2008;39(4):497-503.
244. Carpenter RW, Trull TJ. Components of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder: A Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;15(1).
245. Liu RT, Scopelliti K, Pittman SK, Zamora AS. Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(1):51-64.
246. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ, Lewis SP, Walsh B. *Nonsuicidal self-injury*. Hogrefe Publishing; 2011.
247. Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;79:283-289.
248. Herpertz S. Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;91(1):57-68.

10. LITERATURA

249. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry*. 1998;68(4):609-20.
250. Zlotnick C, Mattia JI, Zimmerman M. Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis*. 1999;187:296–301.
251. Klonsky ED, May AM, Glenn CR. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *J Abnorm Psychol*. 2013;122(1):231-237.
252. Levine AZ, Aljabari R, Dalrymple K, Zimmerman M. Nonsuicidal Self-Injury and Suicide: Differences Between Those With and Without Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord*. 2020;34(1):131-144.
253. Schaffer CB, Carroll J, Abramowitz SI. Self-Mutilation and the Borderline Personality. *J Nerv Ment Dis*. 1982;170:468–473.
254. Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. The Self-Harm Inventory (SHI): development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *J Clin Psychol*. 1998;54(7):973-83.
255. Dodd DR, Crosby RD, Cao L, Gordon KH, Wonderlich SA. Borderline personality disorder symptoms as mediational mechanisms linking childhood trauma and nonsuicidal self-injury among women with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2022;55(3):372-381.
256. Herpertz S, Sass H, Favazza A. Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings. *J Psychiatr Res*. 1997;31:451-465.
257. Haw C, Houston K, Townsend E, Hawton K. Deliberate self-harm patients with alcohol disorders: characteristics, treatment, and outcome. *Crisis*. 2001;22:93–101.
258. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *Am J Psychiatry*. 2003;160(8):1501-8.
259. Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V, Mann JJ. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *Am J Psychiatry*. 2001;158:427–432.

10. LITERATURA

260. Favazza A. *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Johns Hopkins University Press; 1996.
261. Roy A. Self-mutilation. *Br J Med Psychol*. 1978;51:201–203.
262. Parker A. The meaning of attempted suicide to young parasuicides: A repertory grid study. *Br J Psychiatry*. 1981;139:306–312.
263. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(2):226–39.
264. Favazza AR. Repetitive self-mutilation. *Psychiatr Ann*. 1992;22:60–63.
265. Gratz KL. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clin Psychol Sci Pract*. 2003;10:192–205.
266. Chowanec GD, Josephson AM, Coleman C, Davis H. Self-harming behavior in incarcerated male delinquent adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991;30:202–207.
267. Suyemoto KL. The functions of self-mutilation. *Clin Psychol Rev*. 1998;18:531–554.
268. Kleindienst N, Bohus M, Ludäscher P, Limberger MF, Kuenkele K, Ebner-Priemer UW, Chapman AL, Reicherzer M, Stieglitz RD, Schmahl C. Motives for nonsuicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2008;196(3):230-6.
269. Zlotnick C, Shea MT, Pearlstein T, Simpson E, Costello E, Begin A. The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Compr Psychiatry*. 1996;37(1):12-6.
270. Serafini G, Canepa G, Adavastro G, Nebbia J, Belvederi Murri M, Erbuto D, Poci B, Fiorillo A, Pompili M, Flouri E, Amore M. The Relationship between Childhood Maltreatment and Non-Suicidal Self-Injury: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2017;8:149.

10. LITERATURA

271. Guvendeger Doksat N, Zahmacioglu O, Demirci AC, Kocaman GM, Erdogan A. Association of suicide attempts and non-suicidal self-injury behaviors with substance use and family characteristics among children and adolescents seeking treatment for substance use disorder. *Subst Use Misuse*. 2017;52:604–613.
272. Schulze A, Cloos L, Zdravkovic M, Lis S, Krause-Utz A. On the interplay of borderline personality features, childhood trauma severity, attachment types, and social support. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2022;9(1):35.
273. Meloy JR. *Violent Attachments*. Jason Aronson; 1992.
274. Meloy JR. Communicated threats and violence toward public and private targets: discerning differences among those who stalk and attack. *J Forensic Sci*. 2001;46(5):1211-3.
275. Fonagy P. Relation of theory and practice in psychodynamic therapy. *J Clin Child Psychol*. 1999;28(4):513-20.
276. Akiskal HS, Yerevanian BI, Davis GC, King D, Lemmi H. The nosologic status of borderline personality: Clinical and polysomnographic study. *Am J Psychiatry*. 1985;142(2):192–198.
277. Dulit R. Substance use in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1990;147(8):1002–7.
278. Gardner DL, Cowdry RW. Suicidal and parasuicidal behavior in borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1985;8(2):389–403.
279. Claes L, Muehlenkamp J. *Non-suicidal self-injury in eating disorders: Advancements in etiology and treatment*. Heidelberg: Springer; 2014.
280. St. Germain SA, Hooley JM. Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction. *Psychiatry Res*. 2012;197(1-2):78-84.
281. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behav Res Ther*. 2003;41(5):509-528.
282. Haynos AF, Fruzzetti AE. Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clin Psychol Sci Pract*. 2011;18(3):183-202.

10. LITERATURA

283. Wang SB, Pisetsky EM, Skutch JM, Fruzzetti AE, Haynos AF. Restrictive eating and nonsuicidal self-injury in a nonclinical sample: Co-occurrence and associations with emotion dysregulation and interpersonal problems. *Compr Psychiatry*. 2018;82:128-132.
284. Durkheim E. *Suicide, a study in sociology*. London: Routledge and Kegan; 1897.
285. Brečić P. Suicidalnost u psihijatrijskim poremećajima. *Medicus*. 2017;26(2). Available from: <https://hrcak.srce.hr/189043#>.
286. McLean DJ. Commentary on: King RA, Apter A, Zohar A. Towards a typology of late adolescent suicide. In: *Developmental Science and Psychoanalysis*. Routledge; 2007.
287. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2018;373(1754): 20170268.
288. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379:2373–2382.
289. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387(10024):1227-39.
290. King R. Psychodynamic approaches to youth suicide. In: King R, Apter A, editors. *Suicide in Children and Adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003. p. 150-169.
291. Sheehan BV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59:22-33.
292. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*. 2003 Feb;27(2):169-90.

10. LITERATURA

293. Jaksic N, Tudor L, Nedic Erjavec G, Nikolac Perkovic M, Konjevod M, Svob Strac D, Pivac N, Uzun S, Kozumplik O, Repovecki S. Childhood trauma types and symptom severity in Croatian war veterans suffering from posttraumatic stress disorder (PTSD). *Psychiatry Res.* 2020;284: 112762.
294. Pincus AL, Ansell EB, Pimentel CA, Cain NM, Wright AGC, Levy KN. Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychol Assess.* 2009;21:365-379.
295. Jaksic N, Milas G, Ivezic E, Wertag A, Jokic-Begic N, Pincus AL. The Pathological Narcissism Inventory (PNI) in a transitional post-war society: factor structure and psychometric properties among Croatian university students. *J Psychopathol Behav Assess.* 2014;36:640-652.
296. Wright AG, Lukowitsky MR, Pincus AL, Conroy DE. The higher order factor structure and gender invariance of the Pathological Narcissism Inventory. *Assessment.* 2010;17:467-483.
297. Miller JD, McCain J, Lynam DR, Few LR, Gentile B, MacKillop J, Campbell WK. A comparison of the criterion validity of popular measures of narcissism and narcissistic personality disorder via the use of expert ratings. *Psychol Assess.* 2014;26:958-969.
298. Vizin G, Urbán R, Unoka Z. Shame, trauma, temperament and psychopathology: Construct validity of the Experience of Shame Scale. *Psychiatry Res.* 2016;246:62-69.
299. Harned MS, Korslund KE, Foa EB, Linehan MM. Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: development and preliminary evaluation of a dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol. *Behav Res Ther.* 2012;50:381-386.
300. Kelly AC, Carter JC. Why self-critical patients present with more severe eating disorder pathology: The mediating role of shame. *Br J Clin Psychol.* 2013;52:148-161.
301. Sansone RA, Chu JW, Wiederman MW. Body image and borderline personality disorder among psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry.* 2010;51:579-584.

10. LITERATURA

302. Sellbom M, Sansone RA, Songer DA. Elucidating the association between the Self-Harm Inventory and several borderline personality measures in an inpatient psychiatric sample. Manuscript submitted for publication.
303. Buss AH, Perry M. The Aggression Questionnaire. *J Pers Soc Psychol.* 1992;63(3):452-459.
304. García-León A, Reyes GA, Vila J, Pérez N, Robles H, Ramos MM. The Aggression Questionnaire: A Validation Study in Student Samples. *Span J Psychol.* 2002;5(1):45-53.
305. Svoboda T. Spolne razlike u agresivnosti, empatiji i emocionalnoj inteligenciji u studentskoj populaciji [Master's thesis]. Osijek: J.J. Strossmayer University, Faculty of Philosophy, Department of Psychology; 2013.
306. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio: Psychological Corporation; 1996. Croatian Edition. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2011.
307. Jakšić N, Ivezić E, Jokić-Begić N, Surányi Z, Stojanović-Špehar S. Factorial and diagnostic validity of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) in Croatian primary health care. *J Clin Psychol Med Settings.* 2013;20(3):311-322.
308. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(6):893-897.
309. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Anxiety Inventory. San Antonio: Psychological Corporation; 1993.
310. Julian L. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Psychol Measures.* 2011;63(S11):S467-S472.
311. Bajš M, Janović Š, Ivezić SŠ, Bajš M. Instrumenti u procjeni anksioznosti i anksioznih poremećaja. *Medix.* 2007;(71):75-78.
312. Morin C, Landreville P, Colecchi C, McDonald K, Stone J, Ling W. The Beck Anxiety Inventory: psychometric properties with older adults. *J Clin Geropsychol.* 1999;5:19-29.

10. LITERATURA

313. Fydrich T, Dowdall D, Chambless DL. Reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory. *J Anx Disord.* 1993;6:55–61.
314. Creamer M, Foran J, Bell R. The Beck Anxiety Inventory in a non-clinical sample. *Behav Res Ther.* 1995;33:477–85.
315. Osman A, Barrios FX, Aukes D, Osman JR. The Beck Anxiety Inventory: psychometric properties in a community population. *J Psychopath Behav Assess.* 1993;15:287-97.
316. Poreh AM, Rawlings D, Claridge G, Freeman JL, Faulkner C, Shelton C. The BPQ: a scale for the assessment of borderline personality based on DSM-IV criteria. *J Pers Disord.* 2006;20(3):247-60.
317. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Lemos-Giráldez S, Sierra-Baigrie S, González MP, García-Portilla, Bobes J, Muñiz J. Borderline Personality Traits in Nonclinical Young Adults. *J Pers Disord.* 2011;25(4):542-556.
318. Conway C, Hammen C, Brennan P. A comparison of latent class, latent trait, and factor mixture models of DSM-IV borderline personality disorder criteria in a community setting: Implications for DSM-5. *J Pers Disord.* 2012;26:793-803.
319. Iacono WG. Looking forward to the new personality disorder classification for DSM-5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment.* 2013;4:284-285.
320. Bianchi R, Rolland JP, Salgado JF. Burnout, depression, and borderline personality: A 1,163-participant study. *Front Psychol.* 2018;8:2336.
321. Petz B, Kolesarić V, Ivanec D. *Petzova statistika. Osnovne statističke metode za nematematičare.* Jastrebarsko: Naklada Slap; 2012.
322. Ivanković D, et al. *Osnove statističke analize za medicinare.* Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagreb; 1991.
323. Hill T, Lewicki P. *Statistics: methods and applications: a comprehensive reference for science, industry, and data mining.* Tulsa: StatSoft; 2006.
324. Mejovšek M. *Metode znanstvenog istraživanja.* Jastrebarsko: Naklada Slap; 2008.

10. LITERATURA

325. Marčinko D, Jakovljević M, Rudan V, i sur. Poremećaji ličnosti – stvarni ljudi, stvarni problemi. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
326. Marčinko D, Rudan V, i sur. Psihoanalitički modeli komunikacije u vremenu brzih promjena. Zagreb: Medicinska naklada; 2016.
327. Marčinko D, Rudan V, i sur. Histerija. Zagreb: Medicinska naklada; 2017. Marčinko D, Rudan V, et al. Nelagoda u kulturi 21. stoljeća – psihodinamska rasprava. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.
328. Marčinko D, Rudan V, Jakovljević M. Psihodinamika ljubavi i mržnje. Zagreb: Medicinska naklada; 2019.
329. Marčinko D, et al. Stres u kliničkoj medicini – biologijski, psihodinamski i socijalni faktori. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2021.
330. World Health Organization. Mental health: suicide prevention. 2017.
331. Elices M, Pascual JC, Carmona C, et al. Exploring the relation between childhood trauma, temperamental traits and mindfulness in borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*. 2015;15:180.
332. Sher L, Rutter SB, New AS, Siever LJ, Hazlett EA. Gender differences and similarities in aggression, suicidal behaviour, and psychiatric comorbidity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2019;139(2):145-153.
333. Martin S, Graziani P, Del-Monte J. Insight's level in borderline personality disorder, questioning consciousness. *J Affect Disord Rep*. 2021;3:100045.
334. Grambal A, Prasko J, Kamaradova D, et al. Quality of life in borderline patients comorbid with anxiety spectrum disorders - a cross-sectional study. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:1421-33.
335. Kernberg OF, Yeomans FE. Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: Practical differential diagnosis. *Bull Menninger Clin*. 2013;77(1):1–22.
336. Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, et al. Comorbidity of axis I and axis II disorders. *Am J Psychiatry*. 1995;152(4):571-8.

10. LITERATURA

337. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1998;155(12):1733-9.
338. McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102(4):256-64.
339. Biskin RS, Paris J. Comorbidities in borderline personality disorder. *Psychiatr Times*. 2013.
340. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR. Axis I phenomenology of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 1989;30(2):149-56.
341. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(4):533-45.
342. Coid JW. An affective syndrome in psychopaths with borderline personality disorder? *Br J Psychiatry*. 1993;162:641-50.
343. Silverman MH, Frankenburg FR, Reich DB, et al. The course of anxiety disorders other than PTSD in patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *J Pers Disord*. 2012;26(5):804-14.
344. Zanarini MC, Horz S, Frankenburg FR, et al. The 10-year course of PTSD in borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;124(5):349-56.
345. Frances A, Clarkin JF, Gilmore M, et al. Reliability of criteria for borderline personality disorder: a comparison of DSM-III and the diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psychiatry*. 1984;141(9):1080-4.
346. Swartz MS, Blazer DG, George LK, et al. Identification of borderline personality disorder with the NIMH Diagnostic Interview Schedule. *Am J Psychiatry*. 1989;146(2):200-5.
347. Pope HG Jr, Jonas JM, Hudson JI, et al. The validity of DSM-III borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(1):23-30.

10. LITERATURA

348. Gordon KH, Simonich H, Wonderlich SA, et al. Emotion Dysregulation and Affective Intensity Mediate the Relationship Between Childhood Abuse and Suicide-Related Behaviors Among Women with Bulimia Nervosa. *Suicide Life Threat Behav.* 2016;46(1):79-87.
349. Swannell S, Martin G, Page A, et al. Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child Abuse & Neglect.* 2012;36(7-8):572-84.
350. Hull JW, Clarkin JF, Yeomans F. Borderline personality disorder and impulsive sexual behavior. *Hosp Community Psychiatry.* 1993;44:1000-1002.
351. Stone MH. Disturbances in sex and love in borderline patients. In: Fine R, editor. *Current and Historical Perspectives on the Borderline Patient.* Philadelphia: Brunner/Mazel; 1989. pp. 282–313.
352. Baxter L, Edell W, Gerner R, et al. Dexamethasone suppression test and axis I diagnoses of inpatients with DSM-III borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry.* 1984;45:150-153.
353. Keene AC, Epps J. Childhood physical abuse and aggression: Shame and narcissistic vulnerability. *Child Abuse Negl.* 2016;51:276-83.
354. Miller JD, Dir A, Gentile B, et al. Searching for a vulnerable dark triad: Comparing factor 2 psychopathy, vulnerable narcissism, and borderline personality disorder. *J Personality.* 2010;78:1529-1564.
355. Schoenleber M, Roche MJ, Wetzel E, et al. Development of a brief version of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychol Assess.* 2015;27:1520-1526.
356. Nehrig N, Ho SSM, Wong PS. Understanding the Selfobject Needs Inventory: Its relationship to narcissism, attachment, and childhood maltreatment. *Psychoanalytic Psychology.* 2019;36(1):53-63.
357. Talmon A, Ginzburg K. The intricate role of dissociation in the relations between childhood maltreatment, self-objectification, and narcissism. *Psychol Trauma.* 2019;11(8):909-918.

10. LITERATURA

358. Howell EF. Narcissism, a Relational Aspect of Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2003;4(3):51-71.
359. Van Buren BR, Meehan KB. Child Maltreatment and Vulnerable Narcissism: The Roles of Shame and Disavowed Need. *J Am Psychoanal Assoc*. 2015;63(3):555-561.
360. Jakšić N, Marčinko D, Bjedov S, Mustač F, Bilić V. Personality Organization and Depressive Symptoms Among Psychiatric Outpatients: The Mediating Role of Shame. *J Nerv Ment Dis*. 2022;210(8):590-595.
361. Bennett DS, Sullivan MW, Lewis M. Young children's adjustment as a function of maltreatment, shame, and anger. *Child Maltreat*. 2005;10(4):311-23.
362. Harper FWK, Arias I. The role of shame in predicting adult anger and depressive symptoms among victims of child psychological maltreatment. *J Family Violence*. 2004;19:367-375.
363. Pincus AL, Roche MJ, Good EW. Narcissistic Personality Disorder and Pathological Narcissism. In: Blaney PH, Krueger RF, Millon T, editors. *Oxford textbook of psychopathology*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2015. p. 791-813.
364. Cackowski S, Krause-Utz A, Van Eijk J, et al. Anger and aggression in borderline personality disorder and attention deficit hyperactivity disorder - does stress matter? *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2017;4:6.
365. Horowitz M. Clinical phenomenology of narcissistic pathology. *Psychiatr Ann*. 2009;39(3):124-128.
366. Kernberg OF. Narcissistic personality disorders: Part 1. *Psychiatr Ann*. 2009;39(3):105-107, 110, 164-166.
367. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed., rev. Washington, DC: Author; 1987.
368. Lansky MR. Hidden Shame. *J Am Psychoanal Assoc*. 2005;53(3):865-890.
369. Nathanson DL. *Shame and pride*. New York: Norton; 1992.
370. Krizan Z, Johar O. Narcissistic rage revisited. *J Pers Soc Psychol*. 2015;108(5):784-801.

10. LITERATURA

371. Fossati A, Borroni S, Eisenberg N, Maffei C. Relations of proactive and reactive dimensions of aggression to overt and covert narcissism in nonclinical adolescents. *Aggress Behav.* 2010;36(1):21-7.
372. Maciantowicz O, Zajenkowski M. Is narcissistic anger fueled by neuroticism? *Curr Psychol.* 2020;39:1674-1681.
373. Tangney JP, Wagner PE, Hill-Barlow D, et al. Relation of shame and guilt to constructive versus destructive responses to anger across the lifespan. *J Pers Soc Psychol.* 1996;70(4):797-809.
374. Hejdenberg J, Andrews B. The relationship between shame and different types of anger: A theory-based investigation. *Personality and Individual Differences.* 2011;50:1278-1282.
375. Heaven PC, Ciarrochi J, Leeson P. Parental styles and religious values among teenagers: A 3-year prospective analysis. *J Genet Psychol.* 2010;171(1):93–99.
376. Nock MK, editor. *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment.* American Psychological Association; 2009. <https://doi.org/10.1037/11875-000>
377. Munson KA, Janney CA, Goodwin K, Nagalla M. Cultural Representations of Borderline Personality Disorder. *Front Sociol.* 2022;7:832497.

11. ŽIVOTOPIS

Duško Rudan

Savska cesta 8, 10000 Zagreb

00385955515845

dusko.rudan@gmail.com

ŽIVOTOPIS

Zovem se Duško Rudan. Rođen sam u Zagrebu, 31. listopada 1984. godine. Završio sam Privatnu klasičnu gimnaziju u Zagrebu. Diplomirao sam na Medicinskom fakultetu Osijek Sveučilišta Josipa Juraja Strossmayera u Osijeku 2003. godine. Nakon završenog studija odradio sam pripravnički staž u Domu zdravlja Zagreb-Zapad, a od 2014. do 2020. godine specijalizaciju iz psihijatrije te položio specijalistički ispit 20. ožujka 2020. godine. 2013. godine upisao sam poslijediplomski doktorski studij „Biomedicina i zdravstvo“ na Medicinskom fakultetu Osijek Sveučilišta Josipa Juraja Strossmayera u Osijeku. Od 2020. godine radim kao specijalist psihijatar u Klinici za psihijatriju i psihološku medicinu Kliničkog bolničkog centra Zagreb, gdje sam od 2021. godine na subspecijalizaciji iz biologijske psihijatrije. Član sam: Hrvatskog liječničkog zbora, Hrvatskog društva za medicinsku antropologiju Hrvatskog liječničkog zbora, Hrvatskog antropološkog društva, Hrvatskog psihijatrijskog društva, Hrvatskog društva za personologiju, poremećaje ličnosti i poremećaje hranjenja, Hrvatskog društva za psihofarmakoterapiju i biologijsku psihijatriju te Komisija za medicinsku antropologiju i epidemiologiju IUAES-a.

POPIS ZNANSTVENIH I STRUČNIH PUBLIKACIJA:

1. **Rudan D**, Marčinko D, Degmečić D, Jakšić N. Scarcity of research on psychological or psychiatric states using validated questionnaires in low- and middle-income countries: A ChatGPT-assisted bibliometric analysis and national case study on some psychometric properties. *J Glob Health*. 2023 Oct 2;13:04102. doi: 10.7189/jogh.13.04102. PMID: 37781994; PMCID: PMC10543016.

2. Marčinko D, Jakšić N, **Rudan D**, Bjedov S, Rebernjak B, Skopljak K, Bilić V. Pathological Narcissism, Negative Parenting Styles and Interpersonal Forgiveness among Psychiatric Outpatients. *Psychiatr Danub.* 2020 Autumn-Winter;32(3-4):395-402. doi: 10.24869/psyd.2020.395. PMID: 33370738.
3. Jaksic N, Šabić Džananović E, Aukst Margetic B, **Rudan D**, Cima Franc A, Bozina N, Ferić Bojić E, Kučukalić S, Džubur Kulenović A, Marjanović D, Avdibegović E, Babić D, Agani F, Kučukalić A, Bravo Mehmedbašić A, Kravic N, Muminović Umihanić M, Sinanović O, Babić R, Pavlović M, Haxhibeqiri S, Goci Uka A, Hoxha B, Haxhibeqiri V, Ziegler C, Wolf C, Warrings B, Domschke K, Deckert J, Jakovljevic M. A Candidate Gene Association Study of FKBP5 and CRHR1 Polymorphisms in Relation to War-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatr Danub.* 2019 Jun;31(2):269-275. doi: 10.24869/psyd.2019.269. PMID: 31291236.
4. Hoxha B, Goçi Uka A, Agani F, Haxhibeqiri S, Haxhibeqiri V, Sabic Džananovic E, Kucukalic S, Bravo Mehmedbasic A, Kucukalic A, Dzubur Kulenovic A, Feric Bojic E, Marjanovic D, Kravic N, Avdibegovic E, Muminovic Umihanić M, Jaksic N, Cima Franc A, **Rudan D**, Jakovljevic M, Babic R, Pavlovic M, Babic D, Aukst Margetic B, Bozina N, Sinanovic O, Ziegler C, Warrings B, Domschke K, Deckert J, Wolf C, Vyshka G. The Role of TaqI DRD2 (rs1800497) and DRD4 VNTR Polymorphisms in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Psychiatr Danub.* 2019 Jun;31(2):263-268. doi: 10.24869/psyd.2019.263. PMID: 31291235.
5. Goçi Uka A, Agani F, Blyta A, Hoxha B, Haxhibeqiri S, Haxhibeqiri V, Sabic Džananovic E, Kucukalic S, Bravo Mehmedbasic A, Kucukalic A, Dzubur-Kulenovic A, Feric Bojic E, Marjanovic D, Kravic N, Avdibegovic E, Muminovic Umihanic M, Jaksic N, Cima Franc A, **Rudan D**, Jakovljevic M, Babic R, Pavlovic M, Babic D, Aukst Margetic B, Bozina N, Sinanovic O, Ziegler C, Warrings B, Domschke K, Deckert J, Wolf C. Role of the Allelic Variation in the 5-Hydroxytryptamine Receptor 1A (HTR1A) and the Tryptophan Hydroxylase 2 (TPH2) Genes in the Development of PTSD. *Psychiatr Danub.* 2019 Jun;31(2):256-262. doi: 10.24869/psyd.2019.256. PMID: 31291234.
6. Haxhibeqiri S, Haxhibeqiri V, Agani F, Goci Uka A, Hoxha B, Dzubur Kulenovic A, Kučukalić A, Avdibegović E, Sinanović O, Babic D, Jakovljevic M, Kučukalić S, Bravo Mehmedbašić A, Kravić N, Muminović-Umihanić M, Babić R, Pavlović M,

- Jakšić N, Aukst Margetić B, **Rudan D**, Ferić Bojić E, Marjanović D, Ziegler C, Wolf C, Warrings B, Domschke K, Deckert J. Association of Neuropeptide S Receptor 1 and Glutamate Decarboxylase 1 Gene Polymorphisms with Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatr Danub.* 2019 Jun;31(2):249-255. doi: 10.24869/psyd.2019.249. PMID: 31291233.
7. Haxhibeqiri V, Haxhibeqiri S, Topciu-Shufta V, Agani F, Goci Uka A, Hoxha B, Dzubur Kulenovic A, Jakovljević M, Avdibegović E, Kravić N, Muminović Umihanić M, Sinanović O, Šabić Džananović E, Kučukalić A, Kučukalić S, Bravo Mehmedbašić A, Aukst Margetić B, Jakšić N, Cima Franc A, **Rudan D**, Pavlović M, Babić R, Ferić Bojić E, Marjanović D, Božina N, Ziegler C, Wolf C, Warrings B, Domschke K, Deckert J, Babić D. The Association of Catechol-O-Methyl-Transferase and Interleukin 6 Gene Polymorphisms with Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatr Danub.* 2019 Jun;31(2):241-248. doi: 10.24869/psyd.2019.241. PMID: 31291232.
8. Muminovic Umihanic M, Babic R, Kravic N, Avdibegovic E, Dzubur Kulenovic A, Agani F, Jakovljevic M, Babic D, Kucukalic A, Kucukalic S, Sabic Džananovic E, Bravo Mehmedbasic A, Goci Uka A, Haxhibeqiri S, Hoxha B, Haxhibeqiri V, Aukst Margetic B, Jaksic N, Cima Franc A, **Rudan D**, Pavlović M, Ferić Bojić E, Marjanovic D, Božina N, Ziegler C, Wolf C, Warrings B, Domschke K, Deckert J, Sinanovic O. Associations between Polymorphisms in the Solute Carrier Family 6 Member 3 and the Myelin Basic Protein Gene and Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatr Danub.* 2019 Jun;31(2):235-240. doi: 10.24869/psyd.2019.235. PMID: 31291231.
9. Ferić Bojić E, Kučukalić S, Džubur Kulenović A, Avdibegović E, Babić D, Agani F, Jakovljević M, Kučukalić A, Bravo Mehmedbašić A, Šabić Džananović E, Kravic N, Babić R, Pavlović M, Aukst Margetić B, Jaksic N, Cima Franc A, **Rudan D**, Haxhibeqiri S, Goci Uka A, Hoxha B, Haxhibeqiri V, Muminović Umihanić M, Sinanović O, Božina N, Ziegler C, Wolf C, Warrings B, Domschke K, Deckert J, Marjanović D. Associations of Gene Variations in Neuropeptide Y and Brain Derived Neurotrophic Factor Genes with Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatr Danub.* 2019 Jun;31(2):227-234. doi: 10.24869/psyd.2019.227. PMID:

10. Kučukalić S, Ferić Bojić E, Babić R, Avdibegović E, Babić D, Agani F, Jakovljević M, Kučukalić A, Bravo Mehmedbašić A, Šabić Džananović E, Marjanović D, Kravic N, Pavlović M, Aukst Margetic B, Jaksic N, Cima Franc A, **Rudan D**, Haxhibeqiri S, Goci Uka A, Hoxha B, Haxhibeqiri V, Muminović Umihanić M, Sinanović O, Božina N, Ziegler C, Wolf C, Warrings B, Domschke K, Deckert J, Džubur Kulenović A. Genetic Susceptibility to Posttraumatic Stress Disorder: Analyses of the Oxytocin Receptor, Retinoic Acid Receptor-Related Orphan Receptor A and Cannabinoid Receptor 1 Genes. *Psychiatr Danub.* 2019 Jun;31(2):219-226. doi: 10.24869/psyd.2019.219. PMID: 31291229.
11. Kravić N, Šabić Džananović E, Muminović Umihanić M, Džubur Kulenović A, Sinanović O, Jakovljević M, Babić D, Kučukalić A, Agani F, Kučukalić S, Bravo Mehmedbašić A, Goci Uka A, Haxhibeqiri S, Haxhibeqiri V, Hoxha B, Aukst Margetic B, Jakšić N, Cima Franc A, **Rudan D**, Pavlović M, Babić R, Ferić Bojić E, Marjanović D, Božina N, Ziegler C, Wolf C, Warrings B, Domschke K, Deckert J, Avdibegović E. Association Analysis of Maa0 and Slc6a4 Gene Variation in South East European War Related Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatr Danub.* 2019 Jun;31(2):211-218. doi: 10.24869/psyd.2019.211. PMID: 31291228.
12. Marčinko D, Radanović Ćorić S, Šeparović Lisak M, **Rudan D**, Jeleč V, Bilić V. The role of psychodynamic and personality assessment in psychopharmacotherapy of suicidal psychotic patients. *Psychiatr Danub.* 2018 Jun;30(Suppl 4):228-230. PMID: 29864765.
13. Ziegler C, Wolf C, Schiele MA, Ferić Bojić E, Kucukalic S, Sabic Džananovic E, Goci Uka A, Hoxha B, Haxhibeqiri V, Haxhibeqiri S, Kravic N, Muminovic Umihanic M, Cima Franc A, Jaksic N, Babić R, Pavlovic M, Warrings B, Bravo Mehmedbasic A, **Rudan D**, Aukst-Margetic B, Kucukalic A, Marjanovic D, Babić D, Božina N, Jakovljevic M, Sinanovic O, Avdibegovic E, Agani F, Dzubur-Kulenovic A, Deckert J, Domschke K. Monoamine Oxidase A Gene Methylation and Its Role in Posttraumatic Stress Disorder: First Evidence from the South Eastern Europe (SEE)-PTSD Study. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2018 May 1;21(5):423-432. doi: 10.1093/ijnp/pyx111. PMID: 29186431; PMCID: PMC5932467.

14. **Rudan D**, Jakovljevic M, Marcinko D. Manic Defences in Contemporary Society. The Psychocultural Approach. *Psychiatr Danub*. 2016 Dec;28(4):334-342. PMID: 27855423.
15. Kulenovic AD, Agani F, Avdibegovic E, Jakovljevic M, Babic D, Kucukalic A, Kucukalic S, Džananovic ES, Mehmedbasic AB, Uka AG, Haxhibeqiri S, Haxhibeqiri V, Hoxha B, Sinanovic O, Kravic N, Muminovic M, Aukst-Margetic B, Jaksic N, Franc AC, **Rudan D**, Pavlovic M, Babic R, Bojic EF, Marjanovic D, Bozina N, Ziegler C, Wolf C, Warrings B, Domschke K, Deckert J. Molecular Mechanisms of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) as a Basis for Individualized and Personalized Therapy: Rationale, Design and Methods of the South Eastern Europe (SEE)-PTSD study. *Psychiatr Danub*. 2016 Jun;28(2):154-63. PMID: 27287790.
16. **Rudan D**. On play and playing. *Coll Antropol*. 2013 Dec;37(4):1385-91. PMID: 24611363.
17. Karns R, Zhang G, Sun G, Rao Indugula S, Cheng H, Havas-Augustin D, Novokmet N, **Rudan D**, Durakovic Z, Missoni S, Chakraborty R, Rudan P, Dekar R. Genome-wide association of serum uric acid concentration: replication of sequence variants in an island population of the Adriatic coast of Croatia. *Ann Hum Genet*. 2012 Mar;76(2):121-7. doi: 10.1111/j.1469-1809.2011.00698.x. Epub 2012 Jan 9. PMID: 22229870; PMCID: PMC3302578.
18. Zhang G, Karns R, Sun G, Indugula SR, Cheng H, Havas-Augustin D, Novokmet N, **Rudan D**, Durakovic Z, Missoni S, Chakraborty R, Rudan P, Dekar R. Extent of height variability explained by known height-associated genetic variants in an isolated population of the Adriatic coast of Croatia. *PLoS One*. 2011;6(12):e29475. doi: 10.1371/journal.pone.0029475. Epub 2011 Dec 27. PMID: 22216288; PMCID: PMC3246488.

12. PRILOZI

Prilog 1. Sociodemografski i opći klinički status (SES)

Prilog 2. Upitnik trauma u djetinjstvu (CTQ)

Prilog 3. Inventar patološkog narcizma (PNI)

Prilog 4. Skala doživljaja srama (ESS)

Prilog 5. Upitnik agresivnosti (AQ)

Prilog 6. Inventar samoozljeđujućeg ponašanja (SHI)

Prilog 7. Upitnik graničnog poremećaja ličnosti (BPQ)

Prilog 8. Beckov inventar anksioznosti (BAI)

Prilog 9. Beckov inventar depresivnosti ver. II (BDI-II)

Redni brojevi čestica upitnika označeni su kraticom upitnika, za npr. CTQ (CTQ1, CTQ2...CTQ28), a tako isto i za ostale upitnike.

Prilog 1.

Sociodemografski i opći klinički status

BROJČANA OZNAKA ISPITANIKA

SPOL: M Ž

GODINA ROĐENJA: _____

1. Molimo Vas da navedete postignuti stupanj obrazovanja:

- a. Nezavršena osnovna škola
- b. Osnovna škola
- c. Srednja škola
- d. Viša škola
- e. Fakultet
- f. Magisterij ili doktorat

2. Radna aktivnost:

- a. U radnom odnosu
- b. Poljoprivrednik
- c. Obrtnik, privatni poduzetnik
- d. Učenik
- e. Student
- f. Domaćica
- g. Umirovljenik
- h. Nezaposlen
- i. Ostalo

3. Osobni dohodak:

- a. Manji od 2.000 kn mjesečno
- b. Između 2.000 kn i 5000 kn
- c. Između 5.000 kn i 10.000 kn
- d. Iznad 10.000 kn

3A. Kakav je trenutno Vaš bračni status?

- a. Neoženjen/neudana
- b. Oženjen/udana
- c. Udovac/udovica
- d. Razveden/razvedena
- e. Registrirano partnerstvo
- f. Živim s partnerom/partnericom

4. Imate li djece? DA NE

5. Ako imate, koliko? _____

Ponuđeni odgovori su kodirani (a = 1, b = 2 ...)

Prilog 1.

Sociodemografski i opći klinički status

6. Po pitanju vjere, kako biste se opredijelili:

- a. Vjernik koji prakticira svoju vjeru
- b. Vjernik koji ne prakticira svoju vjeru
- c. Neodlučan po pitanju vjere
- d. Ateist

7. Koliko se dugo liječite od psihičkih poteškoća? _____

8. Oblici liječenja:

- a. Hospitalno (ležanje u bolnici)
- b. Hospitalno (putem Dnevne bolnice)
- c. Ambulantno

Ukoliko ste hospitalno liječeni (ležali u bolnici), navedite u koliko navrata:

Ukoliko ste hospitalno liječeni (po programu Dnevne bolnice), navedite u koliko navrata.

Psihijatrijsko liječenje uključuje:

- a. Psihofarmakoterapiju
- b. Psihoterapiju
- c. Kombinaciju gore navedenih metoda

Prilog 2.

Upitnik trauma u djetinjstvu

UPITNIK TRAUMA U DJETINJSTVU

(CTQ-SF, Childhood Trauma Questionnaire-Short Form)

Upute za ispunjavanje upitnika: Pitanja u ovom upitniku odnose se na Vaša iskustva tijekom dječje dobi i adolescencije. Na svako pitanje, zaokružite po jedan broj koji najbolje opisuje kako se se tada osjećali. Iako su pitanja u ovom upitniku ponekad osobne prirode, molimo Vas da odgovorite što iskrenije. Vaši odgovori biti će povjerljivi.

	Tijekom odrastanja:	U potpunosti netočno	Rijetko kada točno	Ponekad točno	U većini slučajeva točno	U potpunosti točno
1.	Nisam imao/la dovoljno za jesti	1	2	3	4	5
2.	Znao/la sam da imam nekoga tko se brine za mene i tko me štiti	1	2	3	4	5
3.	Članovi obitelji znali su me nazivati „lijenim“, „ružnim“, „glupim“	1	2	3	4	5
4.	Moji roditelji su bili ili previše pijani ili pod utjecajem droga da bi se brinuli za mene	1	2	3	4	5
5.	U mojoj obitelji bilo je netko tko mi je pomogao da se osjećam važnim ili posebnim	1	2	3	4	5
6.	Morao/la sam nositi prljavu odjeću	1	2	3	4	5
7.	Osjećao/la sam se voljenim	1	2	3	4	5
8.	Imao/la sam osjećaj kako bi moji roditelji voljeli da se nisam nikada rodio/la	1	2	3	4	5
9.	Netko iz moje obitelji me je znao pretući tako jako da sam morao/la ići kod doktora ili u bolnicu	1	2	3	4	5
10.	Ne postoji ništa što bih voljeo/la promijeniti u mojoj obitelji	1	2	3	4	5
11.	Netko iz moje obitelji me znao tako jako istući da imao/la mokrice i ožiljke	1	2	3	4	5
12.	Bio/la sam kažnjavao/a s remenom, daskom, užetom (ili nekim drugim tvrdim predmetom)	1	2	3	4	5
13.	U mojoj obitelji pazili su jedni na druge	1	2	3	4	5

12. PRILOZI

Prilog 2.

Upitnik trauma u djetinjstvu

	Tijekom odrastanja:	U potpunosti netočno	Rijetko kada točno	Ponekad točno	U većini slučaja točno	U potpunosti točno
14.	U mojoj obitelji znali su mi reći uvredljive ili bolne stvari	1	2	3	4	5
15.	Vjerujem da sam bio/la fizički zlostavljan	1	2	3	4	5
16.	Imao/la sam savršeno djetinjstvo	1	2	3	4	5
17.	Tako su me jako tukli da su to primijetili moji učitelji, susjedi, liječnik, itd.	1	2	3	4	5
18.	Netko u mojoj obitelji me je mrzio	1	2	3	4	5
19.	U mojoj obitelji bili smo povezani jedni s drugima	1	2	3	4	5
20.	Netko iz moje obitelji me je dirao (seksualno) ili me tjerao da ja diram njih	1	2	3	4	5
21.	Netko mi je prijetio da će me ozlijediti ili reći laži o meni ukoliko neću imati seksualnu vezu s njim	1	2	3	4	5
22.	Imao/la sam najbolju obitelj na svijetu	1	2	3	4	5
23.	Netko me je natjerao da radim „seksualne“ stvari s njim ili da ih gledam	1	2	3	4	5
24.	Netko me je napastvovao (iskoristio seksualno)	1	2	3	4	5
25.	Smatram da sam bio/la emocionalno zlostavljan/a	1	2	3	4	5
26.	Netko bi me uvijek vodio liječniku ako je to bilo potrebno	1	2	3	4	5
27.	Mislim da sam bio/la seksualno zlostavljan/a	1	2	3	4	5
28.	Moja obitelj mi je bila izvor snage i podrške	1	2	3	4	5

Prilog 3.**Inventar patološkog narcizma****Inventar patološkog narcizma (Pathological Narcissism Inventory – PNI, Pincus et al., 2009)**

Upute: Pred Vama se nalaze 52 opisne tvrdnje. Molimo Vas da razmislite o svakoj i označite koliko Vas dobro opisuje. Nema točnih ili netočnih odgovora. Jednostavno označite koliko Vas dobro kao osobu opisuje svaka tvrdnja na slijedećoj skali od 6 stupnjeva:

	0 Uopće mi nije nalik	1 Djelomično mi nije nalik	2 U maloj mjeri mi nije nalik	3 Pomalo mi je nalik	4 Djelomično mi je nalik	5 Gotovo u potpunosti mi je nalik			
1	Često maštam o tome da mi se dive i poštuju me.			0	1	2	3	4	5
2	Moje samopoštovanje se često mijenja.			0	1	2	3	4	5
3	Ponekad se osjećam posramljeno zbog svojih očekivanja od drugih kad me oni razočaraju.			0	1	2	3	4	5
4	Obično se riječima mogu izvući iz bilo koje situacije.			0	1	2	3	4	5
5	Teško mi je biti zadovoljan sobom kada sam sam.			0	1	2	3	4	5
6	Brigom za druge mogu postići da se dobro osjećam.			0	1	2	3	4	5
7	Mrzim tražiti pomoć.			0	1	2	3	4	5
8	Kada me ljudi ne primjećuju, počinem osjećati nezadovoljstvo sobom.			0	1	2	3	4	5
9	Često skrivam svoje potrebe od drugih zbog straha da će me doživjeti zahtjevnim i ovisnim.			0	1	2	3	4	5
10	Svakoga mogu uvjeriti u ono što želim.			0	1	2	3	4	5
11	Razljutim se kad ljudi ne primjećuju sve što činim za njih.			0	1	2	3	4	5
12	Idu mi na živce ljudi koje ne zanima što govorim ili činim.			0	1	2	3	4	5
13	Ne bih otkrio sve svoje intimne misli i osjećaje nekome koga jako ne cijenim.			0	1	2	3	4	5
14	Često maštam o tome da imam golem utjecaj na svijet oko sebe.			0	1	2	3	4	5
15	Bez problema manipuliram ljudima.			0	1	2	3	4	5
16	Kad me drugi ne primjećuju, osjećam se bezvrijedno.			0	1	2	3	4	5
17	Ponekad izbjegavam ljude jer se brinem da će me razočarati.			0	1	2	3	4	5
18	Obično se jako naljutim kad od drugih ne mogu dobiti ono što želim.			0	1	2	3	4	5
19	Ponekad mi je potrebno da me važne osobe u mojem životu uvjere u moju vrijednost.			0	1	2	3	4	5

12. PRILOZI

Prilog 3.

Inventar patološkog narcizma

	0	1	2	3	4	5			
	Uopće mi nije nalik	Djelomično mi nije nalik	U maloj mjeri mi nije nalik	Pomalo mi je nalik	Djelomično mi je nalik	Gotovo u potpunosti mi je nalik			
20	Kad učinim nešto za druge, očekujem da će i oni učiniti nešto za mene.			0	1	2	3	4	5
21	Kad drugi ne ispune moja očekivanja, često se osjećam posramljeno zbog onog što sam želio.			0	1	2	3	4	5
22	Osjećam se važnim kad se drugi oslanjaju na mene.			0	1	2	3	4	5
23	Mogu ljude čitati poput otvorene knjige.			0	1	2	3	4	5
24	Kad me drugi razočaraju, često se naljutim na sebe.			0	1	2	3	4	5
25	Žrtvovanje za druge čini me boljom osobom.			0	1	2	3	4	5
26	Često maštam o postignućima koja su vjerojatno izvan mojih mogućnosti.			0	1	2	3	4	5
27	Ponekad izbjegavam ljude iz straha da neće učiniti ono što tražim od njih.			0	1	2	3	4	5
28	Teško mi je drugima otkriti slabosti koje osjećam u sebi.			0	1	2	3	4	5
29	Naljutim se kad me kritiziraju.			0	1	2	3	4	5
30	Teško mi je osjećati zadovoljstvo samim sobom ako ne znam da me drugi ljudi cijene.			0	1	2	3	4	5
31	Često maštam o tome da sam nagrađen za svoj trud.			0	1	2	3	4	5
32	Zakupljen sam mislima i brigama da me većina ljudi ne smatra zanimljivim.			0	1	2	3	4	5
33	Rado imam prijatelje koji se pouzdaju u mene jer se zbog toga osjećam važnim.			0	1	2	3	4	5
34	Ponekad izbjegavam ljude jer sam zabrinut da neće cijeliti ono što činim za njih.			0	1	2	3	4	5
35	Svatko voli slušati moje priče.			0	1	2	3	4	5
36	Teško mi je biti zadovoljan samim sobom ako nisam siguran da se sviđam drugima.			0	1	2	3	4	5
37	Ide mi na živce kad ljudi ne primjećuju koliko sam dobra osoba.			0	1	2	3	4	5
38	Neću biti zadovoljan dok ne dobijem sve što zaslužujem.			0	1	2	3	4	5
39	Pokušavam pokazati da sam dobra osoba kroz žrtve koje činim.			0	1	2	3	4	5
40	Razočaran sam kad me ljudi ne primjećuju.			0	1	2	3	4	5
41	Često zavidim drugima na njihovim postignućima.			0	1	2	3	4	5
42	Često maštam o tome da činim junačka djela.			0	1	2	3	4	5
43	Pomažem drugima kako bih dokazao da sam dobra osoba.			0	1	2	3	4	5
44	Važno mi je pokazati ljudima da nešto mogu sam učiniti, čak i ako sumnjam u to.			0	1	2	3	4	5

12. PRILOZI

Prilog 3.

Inventar patološkog narcizma

	0	1	2	3	4	5			
	Uopće mi nije nalik	Djelomično mi nije nalik	U maloj mjeri mi nije nalik	Pomalo mi je nalik	Djelomično mi je nalik	Gotovo u potpunosti mi je nalik			
45	Često maštam o dobivanju priznanja za svoja postignuća.			0	1	2	3	4	5
46	Ne mogu podnijeti oslanjanje na druge jer se zbog toga osjećam slabim.			0	1	2	3	4	5
47	Teško mi je biti zadovoljan sobom ako me ljudi ne dožive onako kako bih ja to želio.			0	1	2	3	4	5
48	Potrebno mi je da me drugi uvažavaju.			0	1	2	3	4	5
49	Želim postići nešto u očima svijeta.			0	1	2	3	4	5
50	Kad drugi uoče naznake mojih potreba, osjećam se uznemireno i posramljeno.			0	1	2	3	4	5
51	Ponekad je lakše biti sam nego suočiti se s tim da ne dobijem sve što želim od drugih ljudi.			0	1	2	3	4	5
52	Mogu se prilično naljutiti kad se drugi ne slažu sa mnom.			0	1	2	3	4	5

Prilog 4.**Skala doživljaja srama****SKALA DOŽIVLJAJA SRAMA** (The Experience of Shame Scale - ESS, Andrews, Qian, & Valentine, 2002.)

Svatko se ponekad osjeća neugodno ili posramljeno. Ova pitanja odnose se na takve osjećaje u proteklih godinu dana. Molimo Vas da za svaku tvrdnju zaokružite broj u stupcu koji najbolje opisuje te osjećaje.

	Uopće se nije odnosilo na mene	Pomalo se odnosilo na mene	Umjereno se odnosilo na mene	U velikoj mjeri se odnosilo na mene
1. Jeste li se osjećali posramljeno zbog nekih osobnih navika?	1	2	3	4
2. Jeste li se brinuli što drugi ljudi misle o nekim Vašim osobnim navikama?	1	2	3	4
3. Jeste li pokušali prikriti neke Vaše osobne navike?	1	2	3	4
4. Jeste li se osjećali posramljeno zbog Vašeg ophođenja s drugim ljudima?	1	2	3	4
5. Jeste li se brinuli što drugi misle o Vašem ophođenju s ljudima?	1	2	3	4
6. Jeste li izbjegavali druge zbog Vašeg ophođenja s ljudima?	1	2	3	4
7. Jeste li se osjećali posramljeno zbog toga kakva ste osoba?	1	2	3	4
8. Jeste li se brinuli što drugi ljudi misle o Vama kao osobi?	1	2	3	4
9. Jeste li pokušali prikriti od drugih kakva ste osoba?	1	2	3	4
10. Jeste li se osjećali posramljeno zbog vlastitih nesposobnosti obavljanja stvari?	1	2	3	4
11. Jeste li se brinuli što drugi ljudi misle o Vašim sposobnostima obavljanja stvari?	1	2	3	4
12. Jeste li izbjegavali ljude zbog Vaše nesposobnosti obavljanja stvari?	1	2	3	4
13. Osjećate li se posramljeno kad nešto pogriješite?	1	2	3	4
14. Jeste li se brinuli što drugi ljudi misle o Vama kada nešto pogriješite?	1	2	3	4
15. Jeste li pokušali prikriti stvari koje ste učinili, a zbog kojih ste se osjećali posramljeno?	1	2	3	4
16. Jeste li se osjećali posramljeno kad ste rekli nešto glupo?	1	2	3	4
17. Jeste li se brinuli što drugi ljudi misle o Vama kad ste rekli nešto glupo?	1	2	3	4
18. Jeste li izbjegavali kontakt sa svim ljudima koji su znali da ste rekli nešto glupo?	1	2	3	4
19. Jeste li se osjećali posramljeno kad niste uspjeli u nečemu što Vam je bilo važno?	1	2	3	4
20. Jeste li se brinuli što drugi ljudi misle o Vama kad niste uspjeli u nečemu?	1	2	3	4
21. Jeste li izbjegavali ljude koji su znali da niste uspjeli u nečemu?	1	2	3	4
22. Jeste li se osjećali posramljeno zbog vlastitog tijela ili nekih njegovih dijelova?	1	2	3	4
23. Jeste li se brinuli što drugi ljudi misle o Vašem izgledu?	1	2	3	4
24. Jeste li izbjegavali gledati se u ogledalu?	1	2	3	4
25. Jeste li željeli prikriti vlastito tijelo ili neki njegov dio?	1	2	3	4

12. PRILOZI

Prilog 5.

Upitnik agresivnosti

UPITNIK AGRESIVNOSTI

(AGRESSION QUESTIONNAIRE – AQ, Buss & Perry, 1992)

Molimo Vas da, na skali od 5 stupnjeva, odgovorite koliko se svaka od donjih tvrdnji odnosi na Vas. Uz svaku tvrdnju zaokružite samo jedan broj.

	Uopće se ne odnosi na mene	Uglavnom se ne odnosi na mene	Niti se odnosi, niti se ne odnosi na mene	Uglavnom se odnosi na mene	U potpunosti se odnosi na mene
1. Ja sam osoba stabilnog temperamenta.	1	2	3	4	5
2. Ponekad mi se čini da mi se ljudi smiju iza leđa.	1	2	3	4	5
3. Znao sam prijetiti ljudima koje poznajem.	1	2	3	4	5
4. Sumnjičav sam prema pretjerano prijateljski raspoloženim strancima.	1	2	3	4	5
5. Postoje ljudi koji su me toliko izazvali da je došlo do tučnjave.	1	2	3	4	5
6. Ako me netko udari, ja mu vratim.	1	2	3	4	5
7. Ponekad se osjećam kao "tempirana bomba" spremna da eksplodira.	1	2	3	4	5
8. Čini mi se da je drugim ljudima uvijek lakše.	1	2	3	4	5
9. Znao sam se toliko naljutiti da sam razbijao stvari.	1	2	3	4	5
10. Kad mi ljudi idu na živce, kažem im što mislim o njima.	1	2	3	4	5
11. Upadam u tučnjave češće nego većina drugih ljudi.	1	2	3	4	5
12. Kad su ljudi posebno ljubazni, pitam se što žele.	1	2	3	4	5
13. Znam da me prijatelji ogovaraju iza mojih leđa.	1	2	3	4	5

12. PRILOZI

Prilog 5.

Upitnik agresivnosti

14. Ponekad ne mogu kontrolirati poriv da udarim drugu osobu.	1	2	3	4	5
15. Ponekad me izjeda ljubomora.	1	2	3	4	5
16. Imam problema s kontroliranjem svog temperamenta.	1	2	3	4	5
17. Ne postoji niti jedan dobar razlog da se udari druga osoba.	1	2	3	4	5
18. Ponekad mi se čini da sam u životu izvukao "deblji kraj".	1	2	3	4	5
19. Često se ne slažem s mišljenjima drugih ljudi.	1	2	3	4	5
20. Brzo "planem", ali se brzo i "ohladim".	1	2	3	4	5
21. Kad se ljudi ne slažu samnom, gotovo uvijek se posvađamo.	1	2	3	4	5
22. Kad sam izazvan, mogu udariti drugu osobu.	1	2	3	4	5
23. Ako moram pribjeći nasilju kako bih zaštitio svoja prava, učinit ću to.	1	2	3	4	5
24. Neki moji prijatelji misle da sam "usijana glava".	1	2	3	4	5
25. Pitam se zašto ponekad osjećam toliku gorčinu.	1	2	3	4	5
26. Kad sam frustriran, otvoreno to pokazujem.	1	2	3	4	5
27. Prijateljima otvoreno kažem kad se ne slažem s njima.	1	2	3	4	5
28. Ponekad izgubim kontrolu nad sobom bez pravog razloga.	1	2	3	4	5
29. Moji prijatelji kažu da sam pomalo svadljiv.	1	2	3	4	5

Prilog 6.

Inventar samoozljeđujućeg ponašanja

INVENTAR SAMOOZLJEĐUJUĆEG PONAŠANJA (Self-harm Inventory – SHI)

Molimo Vas da za svaku tvrdnju zaokružite odgovor "DA" ili "NE", ovisno o tome jeste li imali takvo iskustvo. Odgovor "DA" odnosi se samo na stvari koja ste namjerno učinili. Molimo Vas da iskreno odgovarate na pitanja!

Jeste li (se) ikada <u>namjerno</u>....			
1. Predozirali?	DA	NE	Ako da, koliko puta
2. Rezali po tijelu?	DA	NE	Ako da, koliko puta
3. Palili po tijelu?	DA	NE	Ako da, koliko puta
4. Udarali sami sebe?	DA	NE	Ako da, koliko puta
5. Lupali glavom?	DA	NE	Ako da, koliko puta
6. Zluporabili alkohol?	DA	NE	
7. Nemarno vozili auto?	DA	NE	Ako da, koliko puta
8. Grebali po tijelu?	DA	NE	Ako da, koliko puta
9. Sprječavali rane da zarastu?	DA	NE	
10. Otežavali zdravstveno stanje (npr. preskočili uzeti lijek)?	DA	NE	
11. Bili promiskuitetni (npr. imali mnogo seksualnih partnera)?	DA	NE	Ako da, koliko puta
12. Trudili u ljubavnoj vezi da Vas se odbaci?	DA	NE	
13. Zluporabili propisani lijek?	DA	NE	
14. Kaznili sami sebe udaljavanjem od Boga?	DA	NE	
15. Upustili se u ljubavnu vezu punu emocionalnog zlostavljanja?	DA	NE	Ako da, koliko puta
16. Upustili se u ljubavnu vezu punu seksualnog zlostavljanja?	DA	NE	Ako da, koliko puta
17. Trudili se izgubiti posao?	DA	NE	Ako da, koliko puta
18. Pokušali samoubojstvo?	DA	NE	Ako da, koliko puta
19. Trudili se ozlijediti prilikom vježbanja?	DA	NE	
20. Mučili se samoporažavajućim mislima?	DA	NE	
21. Gladovali da si naškodite?	DA	NE	
22. Zluporabili laksative da si naškodite?	DA	NE	Ako da, koliko puta

Prilog 7.

Upitnik graničnog poremećaja ličnosti

BPQ

Oznaka: _____ Datum: __/__/____

Upute: Molimo Vas da za svaku tvrdnju zaokružite **odgovor koji Vas najbolje opisuje** (u posljednje dvije godine i ranije). **Zaokružite T ako mislite da tvrdnja vrijedi za Vas, a zaokružite N ako mislite da tvrdnja ne vrijedi za Vas.** Nema ispravnih niti pogrešnih odgovora, kao niti trik pitanja. Molimo Vas da odgovorite što **iskrenije**, ali nemojte predugo promišljati o pojedinoj tvrdnji.

Molimo Vas da odgovorite na svaku tvrdnju, premda će se kod nekih biti teško odlučiti za odgovor.

	Zaokružite	
1. Često činim stvari bez prethodnog promišljanja.	T	N
2. Često postanem potišten ili tjeskoban bez nekog posebnog razloga.	T	N
3. Ljudi me često napuštaju.	T	N
4. Prijatelji me rijetko razočaraju.	T	N
5. Osjećam se manje vrijednim od drugih ljudi.	T	N
6. U prošlosti je bilo situacija kada sam prijeto da ću se ozlijediti.	T	N
7. Čini mi se da nemam sposobnosti da učinim nešto od svog života.	T	N
8. Rijetko se naljutim na druge ljude.	T	N
9. Ponekad imam osjećaj kao da nisam stvaran.	T	N
10. Neću se upuštati u seksualni odnos ukoliko tu osobu ne poznajem dulje vrijeme.	T	N
11. Ponekad sam tjeskoban ili razdražljiv, a nekoliko sati kasnije postanem tužan.	T	N
12. Kada me bliske osobe ostave ili umru, osjećam se napušteno.	T	N
13. U početku često precijenjujem neko prijateljstvo, a kasnije shvatim da taj odnos nije dobar.	T	N
14. Da sam sličniji drugim ljudima više bih se svidao samom sebi.	T	N
15. Pokušao sam se namjerno ozlijediti, ali pritom nisam htio umrijeti.	T	N
16. Moj život je općenito prilično dosadan.	T	N
17. Često ulazim u fizičke sukobe.	T	N
18. Drugi ljudi mi ponekad žele naškoditi.	T	N
19. Prijatelji mi kažu da brzo mijenjam raspoloženja.	T	N
20. Bojim se biti sam.	T	N
21. Ljudi koji se čine pouzdanima često me kasnije razočaraju.	T	N
22. Pokušao sam se ubiti.	T	N
23. Često osjećam da nemam što pružiti drugima.	T	N

Prilog 7.

Upitnik graničnog poremećaja ličnosti

24. Teško kontroliram svoju narav.	T	N
25. Mogu čitati tuđe misli.	T	N
26. Probao sam teške droge (npr. kokain, heroin).	T	N
27. Tijekom dana u meni se često izmjenjuju osjećaji sreće, ljutnje, tjeskobe i tuge.	T	N
28. Kada moji prijatelji nekud odu, uvjeren sam da ću ih ponovno vidjeti.	T	N
29. Prijatelji me često razočaraju.	T	N
30. Namjerno sam se ozljeđivao rezanjem.	T	N
31. Često se osjećam usamljenim i napuštenim.	T	N
32. Bez poteškoća kontroliram svoju narav.	T	N
33. Ponekad vidim ili čujem stvari koje drugi ljudi ne vide ili ne čuju.	T	N
34. Događa mi se da se na prvom spoju upustim u seksualni odnos.	T	N
35. Ponekad se osjećam vrlo tužnim, ali taj osjećaj se lako može promijeniti.	T	N
36. Ljudi me često iznevjere.	T	N
37. Volio bih biti sličan nekim svojim prijateljima.	T	N
38. Znao sam se pokušati ozlijediti kako bih privukao pažnju.	T	N
39. Često se drugačije ponašam s različitim ljudima u različitim situacijama tako da ponekad nisam siguran tko sam ja zapravo.	T	N
40. Drugi ljudi me lako iznerviraju.	T	N
41. Ponekad mogu zaista čuti što drugi ljudi misle.	T	N
42. Drogiram se kad god to poželim.	T	N
43. Rijetko sam tužan ili tjeskoban.	T	N
44. Nitko me ne voli.	T	N
45. Kad nekome vjerujem, rijetko me ta osoba razočara.	T	N
46. Čini mi se da se drugim ljudima ne bih svidio kad bi me zaista dobro upoznali.	T	N
47. Lako se naljutim.	T	N
48. Nemoguće je čitati tuđe misli.	T	N
49. Ponekad se osjećam vrlo sretnim, ali taj osjećaj može brzo nestati.	T	N
50. Teško mi se osloniti na druge jer oni neće biti uz mene kad ih zatrebam.	T	N
51. Moji odnosi s bliskim osobama imaju puno uspona i padova.	T	N
52. Osjećam se ugodno u vlastitoj koži.	T	N
53. Nikad nisam pokušao ozlijediti samog sebe.	T	N
54. Rijetko se osjećam usamljenim.	T	N

Prilog 7.

Upitnik graničnog poremećaja ličnosti

55. Sitnice me mogu lako razljutiti.	T	N
56. Ponekad ne mogu razlikovati stvarnost od mašte.	T	N
57. Kada pijem, onda pijem previše.	T	N
58. Osoba sam promjenjivog raspoloženja.	T	N
59. Teško uspostavljam bliske odnose jer me ljudi često napuštaju.	T	N
60. Moji prijatelji su uvijek uz mene kad ih zatrebam.	T	N
61. Želio bih da sam netko drugi.	T	N
62. Čini mi se da moj život nije zanimljiv.	T	N
63. Kad se razljutim, ponekad udaram ili razbijam stvari.	T	N
64. Često dobijem kaznu za prebrzu vožnju.	T	N
65. Moje emocije često divljaju.	T	N
66. Osjećam da me je moja obitelj napustila.	T	N
67. Zadovoljan sam samim sobom.	T	N
68. Često stvari činim nepromišljeno.	T	N
69. Moj život je bez svrhe.	T	N
70. Nisam siguran što želim raditi u budućnosti.	T	N
71. Ponekad pojedem toliko da osjećam bol ili se moram prisiliti na povraćanje.	T	N
72. Drugi mi govore da sam osoba promjenjivog raspoloženja.	T	N
73. Ljudi koje volim često me napuste.	T	N
74. U društvu često imam osjećaj da će me drugi ljudi prozreti i shvatiti da nemam nešto posebno za pokazati.	T	N
75. Bio sam u bolnici jer sam si pokušao nauditi.	T	N
76. Često se osjećam praznim.	T	N
77. Drugi ljudi me često naljute.	T	N
78. Često se uznemirim kad pomislim da bi me netko blizak mogao napustiti.	T	N
79. Nemam jasne dugoročne ciljeve.	T	N
80. Drugi ljudi mi kažu da sam nagle naravi.	T	N

Prilog 8.

Beckov inventar anksioznosti

Beckov inventar anksioznosti

(Beck Anxiety Inventory - BAI)

- Ispod se nalazi lista tipičnih simptoma anksioznosti.
- Molimo Vas da pažljivo pročitate svaki simptom na listi.
- Označite koliko su Vas opterećivali popisani simptomi kroz posljednjih mjesec dana, (uključujući i današnji dan) tako što ćete zaokružiti broj koji se nalazi u stupcima pored simptoma, a koji upućuje na odgovarajući stupanj opterećenja koji za Vas predstavlja navedeni simptom

	Nimalo	Blago , ali me nije opterećivalo	Umjereno –na trenutke nije bilo ugodno	Izrazito – jako me opterećivalo
Ukočenost ili trnjenje	0	1	2	3
Osjećaj vrućine	0	1	2	3
Nesigurnost u nogama	0	1	2	3
Nemogućnost opuštanja	0	1	2	3
Strah od loših događaja	0	1	2	3
Vrtoglavica ili omamljenost	0	1	2	3
Kucanje/lupanje srca	0	1	2	3
Nesigurnost	0	1	2	3
Prestravljenost	0	1	2	3
Nervoza	0	1	2	3
Osjećaj gušenja	0	1	2	3
Drhtanje ruku	0	1	2	3
Drhtavost/klimavost/ nestabilnost	0	1	2	3
Strah od gubitka kontrole	0	1	2	3
Poteškoće sa disanjem	0	1	2	3
Strah od smrti	0	1	2	3
Uplašenost	0	1	2	3
Usporena probava	0	1	2	3
Osjećaj slabosti/omamljenosti	0	1	2	3
Crvenilo lica	0	1	2	3
Vruće/hladno preznojavanje	0	1	2	3

Prilog 9.**Beckov inventar depresivnosti ver. II**

0029759



Ime i prezime: _____ Dob: _____ Bračni status: _____

Zanimanje: _____ Obrazovanje: _____

Datum: _____

Uputa: Ovaj se inventar sastoji od 21 skupine tvrdnji. Molimo Vas da pažljivo pročitate svaku skupinu tvrdnji i tada odaberete onu **tvrdnju** koja najbolje opisuje kako ste se osjećali tijekom **protekla dva tjedna, uključujući i današnji dan**. Zaokružite broj koji se nalazi ispred tvrdnje koju ste odabrali. Ako Vam se čini da Vas podjednako dobro opisuje nekoliko tvrdnji u nekoj skupini, zaokružite tvrdnju uz veći broj. U svakoj od skupina odaberite samo jednu tvrdnju, što vrijedi i za česticu 16 (promjene u obrascu spavanja) ili česticu 18 (promjene u apetitu).

<p>1. Žalost</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Ne osjećam se žalosno. 1 Žalosna sam većinu vremena. 2 Stalno sam žalosna. 3 Toliko sam žalosna i nesretna da to ne mogu izdržati. <p>2. Pesimizam</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Nisam obeshrabrena u vezi sa svojom budućnošću. 1 Više sam obeshrabrena u vezi sa svojom budućnošću nego što sam to inače bila. 2 Ne očekujem da će mi život krenuti nabolje. 3 Mislim da je moja budućnost beznadna i da će mi biti samo gore. <p>3. Prošli neuspjesi</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Ne smatram se neuspješnom. 1 Imala sam više neuspjeha nego što je trebalo. 2 Kad gledam unatrag, vidim mnogo neuspjeha. 3 Mislim da sam potpuno neuspješna. <p>4. Gubitak užitka</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 I dalje uživam u onome što me veseli kao i uvijek. 1 Ne uživam u stvarima kao prije. 2 Stvari u kojima sam nekad uživala gotovo da me uopće više ne vesele. 3 Ne uživam više u onome što me nekad veselilo. <p>5. Osjećaj krivnje</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Ne osjećam neku posebnu krivnju. 1 Imam osjećaj krivnje zbog mnogo toga što sam učinila ili trebala učiniti. 2 Većinu vremena imam dosta velik osjećaj krivnje. 3 Stalno imam osjećaj krivnje. 	<p>6. Osjećaj kažnjavanja</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Ne smatram da me se kažnjava. 1 Mislim da bih mogla biti kažnjena. 2 Očekujem da ću biti kažnjena. 3 Osjećam da me se kažnjava. <p>7. Nesklonost prema sebi</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Prema sebi gajim iste osjećaje kao i do sada. 1 Izgubila sam samopouzdanje. 2 Razočarana sam sobom. 3 Ne volim samu sebe. <p>8. Samo-prigovaranje</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Ne kritiziram/ne optužujem samu sebe više nego inače. 1 Kritičnija sam prema sebi nego što sam bila. 2 Prigovaram sama sebi zbog svih svojih mana. 3 Krivim sebe zbog svega lošeg što se dogodilo. <p>9. Suicidalne misli ili želje</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Uopće ne razmišljam o samoubojstvu. 1 Razmišljam o samoubojstvu, ali te misli ne bih provela u djelo. 2 Rado bih se ubila. 3 Ubila bih se da imam prilike. <p>10. Plačljivost</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Ne plačem više nego inače. 1 Plačem više nego inače. 2 Plačem zbog svake sitnice. 3 Plače mi se, ali ne mogu zaplakati.
--	---



Prilog 9.**Beckov inventar depresivnosti ver. II**

<p>11. Uznemirenost</p> <p>0 Nisam nemirna ili uzrujana više nego inače.</p> <p>1 Više sam nemirna ili uzrujana nego inače.</p> <p>2 Toliko sam nemirna ili uznemirena da mi je teško ostati na jednom mjestu.</p> <p>3 Toliko sam nemirna ili uznemirena da se moram stalno kretati ili nešto raditi.</p> <p>12. Gubitak interesa</p> <p>0 Nisam izgubila interes za druge ljude ili aktivnosti.</p> <p>1 Drugi me ljudi ili stvari zanimaju manje nego prije.</p> <p>2 Drugi ljudi ili stvari gotovo da me više uopće ne zanimaju.</p> <p>3 Teško mi je zainteresirati se za bilo što.</p> <p>13. Neodlučnost</p> <p>0 Donosim odluke podjednako dobro kao i uvijek.</p> <p>1 Teže mi je donijeti odluku nego prije.</p> <p>2 Mnogo mi je teže donijeti odluku nego prije.</p> <p>3 Teško mi je donijeti bilo kakvu odluku.</p> <p>14. Bezvrijednost</p> <p>0 Ne smatram se bezvrijednom.</p> <p>1 Ne smatram sebe vrijednom i korisnom kao što sam to običavala.</p> <p>2 Osjećam se manje vrijednom od drugih ljudi.</p> <p>3 Osjećam se potpuno bezvrijednom.</p> <p>15. Gubitak energije</p> <p>0 Imam energije kao i inače.</p> <p>1 Imam manje energije nego što sam prije imala.</p> <p>2 Nemam dovoljno energije da bih mogla mnogo toga učiniti.</p> <p>3 Nemam dovoljno energije za bilo što.</p> <p>16. Promjene u obrascu spavanja</p> <p>0 Nisam zamijetila bilo kakve promjene u svom spavanju.</p> <hr/> <p>1a Spavam nešto više nego inače.</p> <hr/> <p>1b Spavam nešto manje nego inače.</p> <hr/> <p>2a Spavam mnogo više nego inače.</p> <hr/> <p>2b Spavam mnogo manje nego inače.</p> <hr/> <p>3a Spavam gotovo cijeli dan.</p> <hr/> <p>3b Budim se 1-2 sata ranije i više ne mogu zaspati.</p>	<p>17. Razdražljivost</p> <p>0 Nisam razdražljiva više nego inače.</p> <p>1 Više sam razdražljiva nego inače.</p> <p>2 Mnogo više sam razdražljiva nego inače.</p> <p>3 Stalno sam razdražljiva.</p> <p>18. Promjene apetita</p> <p>0 Nisam zamijetila bilo kakve promjene u svom apetitu.</p> <hr/> <p>1a Moj je apetit nešto slabiji nego inače.</p> <hr/> <p>1b Moj je apetit nešto jači nego inače.</p> <hr/> <p>2a Moj je apetit mnogo slabiji nego inače.</p> <hr/> <p>2b Moj je apetit mnogo jači nego inače.</p> <hr/> <p>3a Uopće nemam apetita.</p> <hr/> <p>3b Stalno mislim na hranu.</p> <p>19. Teškoće s koncentracijom</p> <p>0 Mogu se koncentrirati kao uvijek.</p> <p>1 Ne mogu se koncentrirati tako dobro kao inače.</p> <p>2 Teško mi je duže vrijeme ostati usredotočenom na bilo što.</p> <p>3 Nikako se ne mogu na bilo što koncentrirati.</p> <p>20. Umor ili iscrpljenost</p> <p>0 Nisam više umorna ili iscrpljena nego inače.</p> <p>1 Brže se umaram ili iscrpljujem nego inače.</p> <p>2 Previše sam umorna ili iscrpljena za mnogo toga čime sam se inače bavila.</p> <p>3 Previše sam umorna ili iscrpljena za većinu toga čime sam se inače bavila.</p> <p>21. Gubitak interesa za seks</p> <p>0 Nisam zamijetila neke promjene u svom interesu za seks.</p> <p>1 Seks me zanima manje nego inače.</p> <p>2 Seks me zanima mnogo manje nego inače.</p> <p>3 Potpuno sam izgubila interes za seks.</p>
--	---

**NAPOMENA:**

List za odgovore je otisnut u plavoj i crnoj boji.
Ako Vaš primjerak nije dvobojan, tada je kopiran protivno Zakonu o autorskom pravu.



_____ ukupno 2. stranica

_____ ukupno 1. stranica

_____ ukupan rezultat