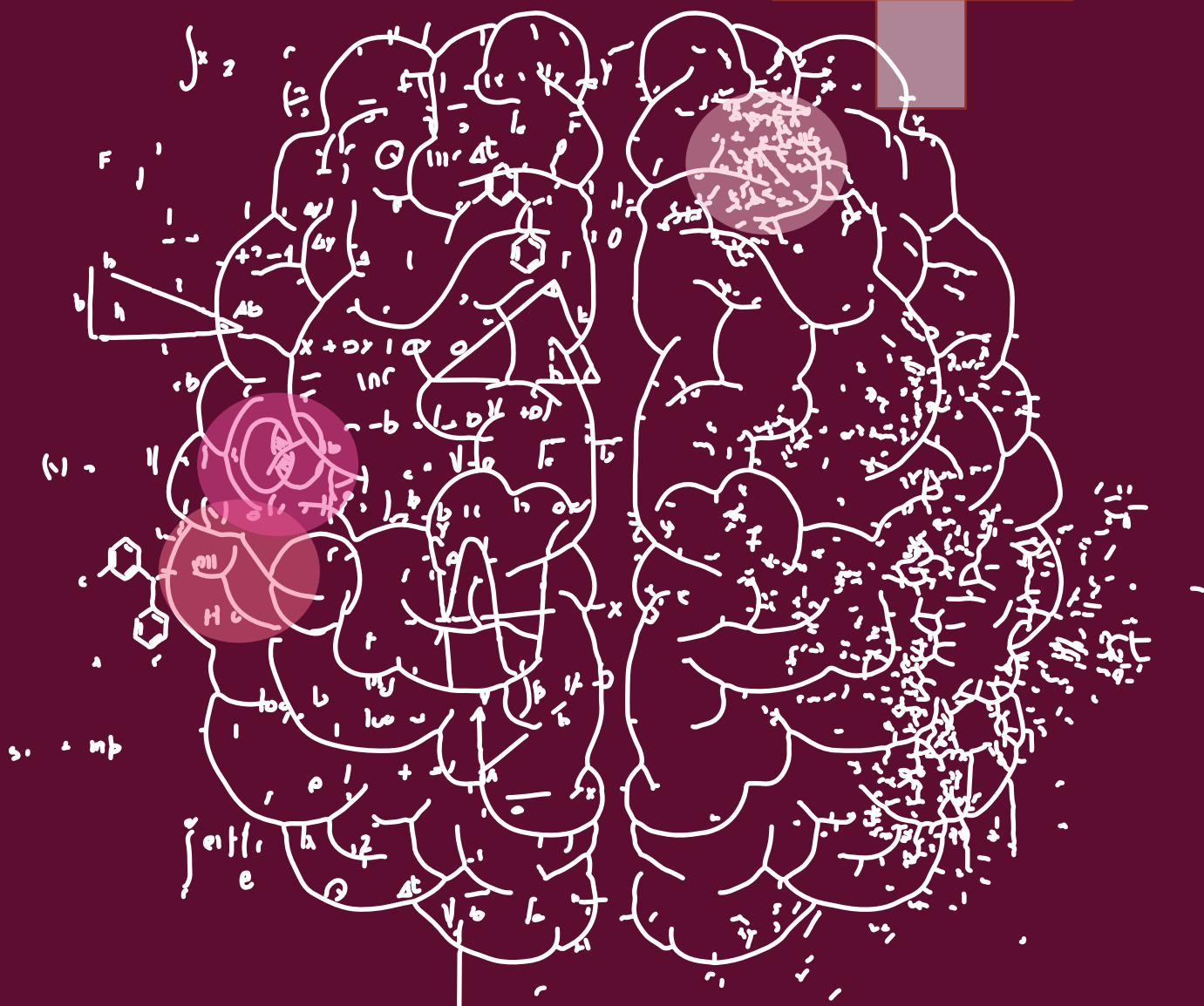


ψ psychē

VOL. 06



Klinička psihologija

PREGLEDNI RADVI/OSVRTI

Klinička psihologija

vol. 06

ψ psychē

ψ psychē

Časopis studenata psihologije

GLAVNA UREDNICA

Stefani Diatlovska

ZAMJENICA GLAVNE UREDNICE

Blanka Ivanović

UREDNICI

Lucija Kovačević

Jurja Jakob

Lara Mati

LEKTORI ZA HRVATSKI JEZIK

Anja Tonković

Ana-Marija Dautović

Matea Žnidarec

LEKTORI ZA ENGLLESKI JEZIK

Iris Delić

Nika Keserović

DIZAJN I PRIJELOM

Petra Rastić

POPIS RECENZENATA

Izv. Prof. Dr. Sc. Ana Butković

Doc. Dr. Sc. Inja Erceg

Katarina Faraguna, Asist.

Izv. Prof. Dr. Sc. Ivana Hromatko

Prof. Dr. Sc. Margareta Jelić

Prof. Dr. Sc. Nataša Jokić-Begić

Dr. Sc. Tanja Jurin

Dr. Sc. Mirna Kostović Srzentić

Prof. Dr. Sc. Gordana Kuterovac Jagodić

Marina Martinčević, Asist.

Dr. Sc. Iris Marušić

Jasmina Mehulić, Asist.

Prof. Dr. Sc. Meri Tadinac

Matea Šoštarić, Asist.

Sadržaj

Poruka uredništva [6]

Pregledni radovi

Marta Bosanac

Parkinsonova bolest – mogu li psiholozi pomoći? [8 - 27]

Patricia Rašan

Shizofrenija: tipovi, razvoj i liječenje [28 - 56]

Ena Magdić

Kontroverza disocijativnog poremećaja identiteta [57 - 82]

Veronika Idžojić

Neurobiologija graničnog poremećaja ličnosti [83 - 98]

Leda Lemaić

Narcizam i narcistički poremećaj ličnosti u današnjem svijetu [99 - 116]

Stela Jovetić

Kulturalno specifični sindromi [117 - 132]

Fabjan Petrić

Antidepresivi - istraživanja i primjena [133 - 155]

Maša Lipovac

Hiperseksualnost: mit ili poriv [156 - 174]

Andrej Mitić

Homoseksualnost iz evolucijske perspektive [175 - 196]

Rahela Markušić

Povezanost modela s pet širokih faktora ličnosti i ovisnosti [197 - 213]

Daniela Majcenić

Psihičke smetnje u starijoj životnoj dobi [214 - 239]

Iva Kosovel

Tugovanje u funkciji gubitka [239 - 254]

Anđela Aračić

The biopsychosocial effects of chronic pain on the patient: clinical implications [255 - 268]

Ida Zdilar

Always all the Rage: Anger and its Management [269 - 288]

Osvrti

Ena Magdić

Fenomen depersonalizacije u psihološkom trileru: Usporedba prikaza disocijativnih poremećaja u filmovima *Fight Club* i *Shutter Island* [289 - 297]

Martina Turk

Kuc kuc, ja čudak: Opsesivno- kompulzivni poremećaj u filmovima „*Toc Toc*“ i „*I WeirDo*“ [298 - 305]

Karlo Lovrić

Shizofrenija u filmovima: *Ja, ja i Irena (Me, Myself and Irene)* i *Donnie Darko* [306 - 312]

Tomislav Laljak

Vrtoglavica [313 - 317]

Poruka uredništva

Dragi čitatelji,

ponosni smo što vam nakon godine pune truda možemo predstaviti novo, šesto izdanje Psychēa!

Za krovnu temu odabrali smo jedno opširno i iznimno zanimljivo područje psihologije – kliničku psihologiju! Nadali smo se da će krovna tema pobuditi interes svih budućih kliničara i da će novi broj Psychēa biti ispunjen preglednim radovima koji će pobliže prikazati psihičke poremećaje (ali i mnoge druge relevantne teme) i osvrtima na popularne filmove psihološke tematike.

Rezultat nije razočarao. U ovom broju možete pročitati o tome zašto se zadnje vrijeme sve više priča o epidemiji narcizma u društvu, naučiti više o neurobiologiji graničnog poremećaja ličnosti te otkriti koji su to kulturalno-specifični sindromi. Osim mnogih preglednih radova, u ovom broju pronaći ćete i osvrte koji kritički analiziraju točnost prikaza psihičkih poremećaja u svima dobro poznatim filmovima.

Želimo se zahvaliti svim autorima koji su ove godine odlučili sudjelovati u stvaranju novog Psychēa. Za pisanje rada potrebno je puno strpljenja, motivacije, vremena i truda i hvala vam što ste ostali uz nas do kraja. Također se želimo zahvaliti našim lektorima i dizajnerima čija nam podrška i pomoć pomaže da svake godine objavimo što kvalitetnije izdanje.

Veliko hvala recenzentima koji nam svake godine pomažu da podignemo časopis na novu razinu uz pomoć njihov stručnih prijedloga. Za kraj, zahvalni smo na financijskoj pomoći koju smo ove godine dobili od Filozofskog fakulteta i Kluba studenata psihologije „STUP“ i koja omogućuje da Psychē ostaje besplatan i dostupan javnosti. Uživajte u čitanju, do sljedećeg broja!

Vaše uredništvo



Pregledni radovi

Parkinsonova bolest - mogu li psiholozi pomoći?

Marta Bosanac

Filozofski fakultet u Zagrebu

Odsjek za psihologiju

ORCID: 0000-0002-2708-7316

Sažetak

Parkinsonova je bolest druga najčešća neurodegenerativna bolest nakon Alzheimerove, a očituje se u heterogenim simptomima, koji se često dijele na motoričke, poput akinetičkog tremora, te nemotoričke, poput poremećaja spavanja. Glavna značajka ove bolesti je degeneracija dopaminergičkih neurona substantie nigre te degeneracija bazalnih ganglija, a sam uzrok bolesti još je uvijek nepoznat. Uobičajeni oblici medicinske terapije su farmakološka terapija te invazivne metode kada bolest uznapreduje. Osim medicinskih, koriste se i alternativni oblici terapija poput psihoterapije i kognitivnog treninga, kako bi se ublažili psihološki simptomi bolesti i nuspojave terapije. Istraživanja su pokazala da je kognitivno-bihevioralna terapija najdjelotvornija u liječenju anksioznih i depresivnih simptoma, a uz nju se često koriste i *mindfulness* terapija, psihodrama i psihodinamski pristup te art terapija glazbom, plesom i glinom. Osim psihološkim simptomima, psiholozi se u tretmanu oboljelih od Parkinsona bave i kognitivnim deficitima u domenama pamćenja, izvršnih funkcija i pažnje, koji su posljedice degeneracije neuroanatomskih struktura uzrokovane bolešću. Kognitivni trening pokazao se kao učinkovit rehabilitacijski tretman, koji pacijentima omogućuje povratak kognitivnih sposobnosti na razine prije oboljenja.

Ključne riječi: kognitivni trening, medicinska terapija, Parkinsonova bolest, psihoterapija

Uvod

Parkinsonova je bolest druga najčešća neurodegenerativna bolest nakon Alzheimerove bolesti (Vuletić, 2019). Prvi put je opisana još 1817. godine kao drhtava paraliza zbog jednog od najprepoznatljivijih simptoma bolesti – akinetičkog tremora. Od tada je opisana nebrojeno puta te je današnje shvaćanje Parkinsonove bolesti kao heterogene bolesti s raznolikim simptomima, koji ne obuhvaćaju samo motoričke, već i nemotoričke, odnosno psihološke simptome. Nažalost, za ovu bolest lijek još uvijek nije pronađen te se ne zna sam uzrok bolesti. Klasične terapije sastoje se od postupaka olakšanja simptoma s ciljem produljenja pacijentova života. Prosječna dob oboljenja je od 58 do 60 godina, 10% slučajeva su osobe ispod 50 godina, a od bolesti češće oboljevaju muškarci (Van Den Eeden, 2003). Procjenjuje se da danas 6.2 milijuna ljudi boluje od ove bolesti, što je dvostruko više nego 1990. godine (Dorsey i Bloem, 2018). Smatra se da je porast broja oboljelih od Parkinsonove bolesti potaknut starenjem stanovništva, povećanjem životnog vijeka, smanjenjem broja pušača, koji rjeđe oboljevaju od ove bolesti, te nusproduktima industrijalizacije poput pesticida i teških metala povezanih s pojavom bolesti (Dorsey i sur., 2018). Ovaj je broj još značajniji jer će se prema projekcijama, do 2040. godine povećati na čak 12.9 milijuna oboljelih (Dorsey i Bloem, 2018). Stoga je očita potreba za pronalaskom uspješnih terapija koje će oboljelima pružiti veću kvalitetu života i lakše nošenje s bolesti.

Najčešći motorički simptomi Parkinsonove bolesti su bradikinezija, rigor, akinetički tremor i posturalna nestabilnost (Rožmarić i sur., 2022). Starije shvaćanje Parkinsonove bolesti – propadanje crne tvari (*substantia nigra*) i nedostatak dopamina, bitnog za kontrolu pokreta – objašnjavalo je gotovo isključivo navedene motoričke simptome. Ove je simptome opisao još James Parkinson u 19. st. po kojemu je ova bolest dobila svoj naziv, a njegovi opisi bolesti još danas čine temelj simptomatologije Parkinsona (Obeso i sur., 2017). Klasičnim shvaćanjem, Parkinson se smatra neurodegenerativnom bolešću s primarno motoričkim simptomima, što je isključivo povezano s disfunkcijama u živčanom sustavu. Motorički simptomi nastaju kad propadne 50-70% stanica crne tvari te se zbog toga očituju nekontrolirani pokreti u vidu tremora (Damier i sur., 1999). Suvremena shvaćanja ponešto su drugačija jer se sama bolest shvaća mnogo složenije te obuhvaća i simptome poremećaja raspoloženja, poseban oblik demencije, vizualne halucinacije, poremećaje spavanja i još mnogobrojne psihološke simptome (Rožmarić i sur., 2022). Stoga današnji opis bolesti proširuje shvaćanje o propadanju crne tvari i nedostatku dopamina te uključuje djelovanje više različitih neurotransmitera i neurotransmitterskih sustava, mnogo veće zahvaćeno neuroanatomsko područje, različite rizične faktore te više faza razvoja same bolesti. Osim toga, današnja shvaćanja ne obuhvaćaju samo ulogu živčanog sustava u nastanku bolesti, već se ono proširuje i na probavni sustav (Vuletić, 2019).

Etiologija Parkinsonove bolesti još je uvijek nepoznata, iako se danas smatra da je posljedni međudjelovanje genskih i okolinskih čimbenika. Postoji više rizičnih okolinskih čimbenika koji bi mogli imati utjecaja. Prema metaanalizi Noycea i suradnika (2012), neki od tih čimbenika su različite traume glave, pesticidi, virusi, ruralna sredina te uporaba beta blokatora. Provede se uglavnom korelacijske studije ili studije blizanaca u kojima su uspoređivani okolinski faktori koji su mogli utjecati na razvoj bolesti. Ova je metaanaliza pronašla i značajne korelacije psiholoških varijabli (introvertiranosti, stidljivosti, pedantnosti, opsesivnosti, depresivnog raspoloženja) s pojavom bolesti. Također, bitno je naglasiti da postoji više oblika Parkinsonove bolesti te da se danas prepoznaju i mutacije povezane s monogenim tipom Parkinsona te geni povezani s kompleksnim fenotipom. Monogeni tip Parkinsona odnosi se na oblik bolesti kod kojeg je mutacija prisutna na jednom genu, a kod kompleksnog tipa radi se o mutacijama na više gena. Iako ovi genski oblici nisu vrlo česti, njihova je diferencijacija bitna jer je takav oblik bolesti primijećen kod mlađe oboljelih pacijenata (mlađi od 50 godina) (Corti i sur., 2011).

Neuroanatomske i fiziološke karakteristike Parkinsonove bolesti

Glavna je značajka bolesti degeneracija dopaminergičkih neurona *substantie nigre*. Zatim slijedi i degeneracija dvije strukture od kojih se dijelom sastoje bazalni gangliji – putamena i striatuma. S obzirom na to da su ove strukture dijelovi dopaminergičkog sustava, onemogućen je prijenos dopamina do ostalih struktura, što uzrokuje neravnotežu ekscitacijskih i inhibicijskih putova te neurotransmitera (Compta i sur., 2011). Propadanje dopaminergičkog sustava u mozgu očituje se nakupljanjem posebne vrste tjelešaca unutar neurona – Lewyjevih tjelešaca – koja se često povezuju s različitim oblicima demencija. Ta se tjelešca sastoje od alfa sinukleina – aberantnih agregacija proteina (Kordower i sur., 2008). U prvoj se fazi bolesti Lewyjeva tjelešca stvaraju u olfaktornom bulbusu i produženoj moždini, dok se u drugoj fazi proširuju na pons i dorsalni dio produžene moždine. Važno je razlikovanje početnih faza od ostalih jer se upravo tada javljaju neki od psiholoških simptoma poput anksioznosti i depresije. Oni se lako mogu pripisati nekim drugim uzrocima, a ne Parkinsonu. Motorički simptomi javljaju se tek kad je više od 50% dopaminergičkih neurona izgubljeno te se ova tjelešca nalaze u *substantii nigri* i mezencefalonu, što je i najčešća faza u kojoj se bolest prepoznaje kod pacijenata (Vuletić, 2019). U kasnijim fazama bolesti, Lewyjeva tjelešca proširuju se i na dijelove korteksa, degeneracija dopaminergičkih sustava se nastavlja, a posljedično se motorički simptomi vremenom pogoršavaju (Kordower i sur., 2008).

Novija istraživanja pokazuju da se, osim specifičnih simptoma Parkinsona, javlja i patologija Alzheimerove bolesti – amiloidni plakovi i neurofibrilarni tau proteinski snopići (Tsuboi i sur., 2007). Upravo je ova patološka slika zaslužna za specifičan tip demencije, koji se ponekad javlja i kod oboljelih od Parkinsonove bolesti. Pojavnost amiloidnih plakova i neurofibrilarnih tau proteinskih snopića kod takvih pacijenata korelira s bržim nastankom demencije. U istraživanju Compta i suradnika (2011) sudjelovalo je 56 oboljelih od Parkinsonove bolesti, od kojih je 29 pokazivalo simptome demencije. Istraživanje je pokazalo visoku pozitivnu korelaciju količine amiloidnih plakova i neurofibrilarnih tau proteinskih snopića te dobi razvoja bolesti s bržim napredovanjem simptoma demencije kod oboljelih. Konačno, prema recentnim spoznajama, sumnja se i da se bolest širi od crijeva, preko perifernog živčanog sustava, do mozga (Hawkes i sur., 2009, Tan et al., 2022). Smatra se da bi bolest mogla nastati u crijevima, izlaganjem toksinima ili patogenima, nakon čega se širi vagusnim živcem do produžene moždine (Holmqvist i sur., 2014).

Medicinska terapija

Uobičajeni oblik medicinske terapije za oboljele započinje farmakološkom terapijom i prati se napredovanje bolesti uz terapiju lijekovima, primjenjuju se i invazivne metode dubinskom mozgovnom stimulacijom, duodopnom pumpom (intestinalni gel koji sadržava levodopu i karbidopu) te apomorfinom pumpom i injekcijom (Vuletić, 2019). Zbog nepoznavanja uzroka bolesti, terapija se fokusira na kontrolu motoričkih simptoma i poboljšanje kvalitete života. Za primarnu farmakološku terapiju koristi se levodopa, koja je prekursor (kemijski spoj koji se metabolizira u dopamin) neurotransmitera dopamina i može proći kroz krvno-moždanu barijeru. Lijek tako ulazi u bazalne ganglije te se dekarboksilira, odnosno razgrađuje u dopamin. Levodopa se smatra najučinkovitijim lijekom jer poboljšava motoričke sposobnosti oboljelih za 40-50%, nadoknađujući neravnotežu razine dopamina, uzrokovanu degeneracijom dopaminergičkog sustava (Béné i sur., 2009). Alternativa levodopi su i agonisti dopamina koji se izravno vežu na postsinaptičke dopaminske receptore i na taj način mogu zaobići degenerirane dopaminske presinaptičke neurone u *substantii nigri* (Vuletić, 2019). Agonisti dopamina nešto su manje učinkoviti od levodope te poboljšavaju motoričke sposobnosti za 30%, ali se zato češće daju mlađim pacijentima (Béné i sur., 2009). Iako je ova terapija manje učinkovita od levodope, preporučuje se mlađim pacijentima, s obzirom na to da se terapija levodopom pokazala toksičnom za dopaminergičke neurone (Clarke i Guttman, 2002). Usto se koriste i MAO B inhibitori jer se mogu mnogo lakše prilagoditi pacijentu te, za razliku od već navedenih lijekova, imaju manje nuspojava poput halucinacija ili anksioznih poremećaja poput OKP-a (Nutt i Wooten,

2005). Njihova je uloga inhibicija razgradnje dopamina (Béné i sur., 2009). Invazivne se tehnike primjenjuju izravnim ugrađivanjem pumpi ili stimulatora u živčani sustav pacijenta. Duodopna pumpa kontrolira motoričke fluktuacije kontinuiranom stimulacijom dopaminergičkih receptora i tako nadomješta njihovu prirodnu stimulaciju. Jedna od najinvazivnijih tehnika je tzv. *Deep Brain Stimulation*, tehnika u kojoj se rabi visokofrekventna stimulacija područja talamusa, subtalamičke jezgre i *globusa pallidusa* (Vuletić, 2019). Ipak, problem su svih medicinskih terapija različite nuspojave, koje su često emocionalne i kognitivne prirode. Primjerice, posljedice farmakološke terapije levodopom su halucinacije, diskinezije, noćne more te skraćivanje djelovanja samog lijeka (Katzenschlager i sur., 2004). Posljedice invazivnih tehnika poput dubinske stimulacije mozga mogu biti još ozbiljnije i robusnije. Kod mnogih se pacijenata javljaju promjene ponašanja i kognitivne disfunkcije – česte su halucinacije, hipomanija, suicidalno ponašanje te depresija (Broen et al., 2011). Istraživanje D'Ursoa i suradnika (2022), koje je proučavalo psihijatrijske nuspojave dubinske stimulacije mozga (DBS) kod osoba oboljelih od Parkinsonove bolesti, pokazalo je konzistentnu pozitivnu korelaciju između DBS-a i poremećaja raspoloženja poput depresije, suicidalne ideacije i ponajviše apatije. Pokazalo se da, iako DBS statistički značajno smanjuje motoričke simptome i fiziološku anksioznost kod 14 sudionika, njihovi su se psihološki simptomi mjereni na skalama anksioznosti i depresije, poput Beckovog inventara depresivnosti (eng. BDI; Smarr i Keefer, 2011), pogoršali. Iako je mogućnost generalizacije zbog manjeg broja sudionika ograničena, zbog visokih troškova i nemogućnosti pronalaska većeg broja pacijenata koji bi mogli sudjelovati, većina istraživanja ovog tipa uključuje male uzorke (manje od 20 sudionika). Nadalje, sudionici su nakon 9 godina tretmana iskazivali i veće razine impulzivnosti, pogotovo vezane za procese pažnje. Konačno, pokazalo se i da je pozicija uređaja bila povezana sa simptomima sudionika – što je uređaj bio više anteriorno ili medijalno pozicioniran u subtalamičkom nucleusu, to su sudionici izvještavali o ozbiljnijim psihijatrijskim simptomima poput promjena u ponašanju i kognitivnih problema. izazvati nuspojave – apatiju i depresiju (Rožmarić i sur., 2022), zbog čega se moderne terapije okreću integrativnom pristupu. Ne koriste se samo medicinski tretmani, koji olakšavaju motoričke simptome bolesti, već i alternativni oblici terapija poput psihoterapije i kognitivnog treninga, koji bi umanjili psihološke simptome bolesti i nuspojave terapije te na taj način pacijentu omogućili veću kvalitetu života. Iako vrlo učinkovite za motoričke simptome Parkinsonove bolesti, medicinske terapije uzrokuju različite nuspojave, koje često uključuju psihološke simptome te posljedično narušavaju kvalitetu života oboljelih. Čak i ukidanje dopaminergičkih terapija može izazvati nuspojave – apatiju i depresiju (Rožmarić i sur., 2022), zbog čega se moderne terapije okreću integrativnom pristupu. Ne koriste se samo medicinski tretmani, koji olakšavaju motoričke simptome bolesti, već i alternativni oblici terapija poput psihoterapije i kognitivnog treninga, koji bi umanjili psihološke simptome bolesti i nuspojave terapije te na taj način pacijentu omogućili

Psihopatologija u pozadini Parkinsonove bolesti

Nemotorički simptomi Parkinsonove bolesti vrlo su prevalentni, iako ih se u sklopu opisa patologije bolesti često zanemaruje i podcjenjuje. Smatra se da su anksioznost i depresija najčešći nemotorički psihijatrijski simptomi Parkinsona, no izrazito su neprepoznati i loše tretirani zbog nedostatka specifičnog protokola tretmana (Hong i sur., 2021). Prevalencija ovih simptoma kod oboljelih iznimno je visoka – 60% oboljelih doživljava simptome anksioznosti te 75% depresivne simptome (Hong i sur., 2021), a čak oko četvrtine pacijenata razvije i veliki depresivni poremećaj (Xie i sur., 2015). Druga istraživanja pokazala su još veće prevalencije ovih psihijatrijskih simptoma te navode kako pacijenti izvještavaju o simptomima depresivnosti i anksioznosti u komorbiditetu s Parkinsonovom bolesti, visokima i do 75%, odnosno 92% (Dobkin i sur., 2019). Uz to, kod pacijenata se simptomi pogoršavaju tijekom tzv. "off perioda" kada se motorički simptomi Parkinsona vraćaju i pacijenti imaju osjećaj kao da dopaminergički tretman ne djeluje (Dobkin i sur., 2019).

Simptomi se rijetko prepoznaju kao zasebni fenomeni, pa se atribuiraju lošoj motoričkoj funkciji ili eratičnim odgovorima na lijekove, a u nekim slučajevima mogu i pogoršati motoričke simptome poput zastoja pokreta. Njihova je dijagnoza komplicirana upravo zbog preklapanja motoričkih, odnosno tjelesnih simptoma Parkinsona i psiholoških simptoma, kao što je čest slučaj kada pacijent doživljava i depresivne simptome. Ipak, pokazalo se kako su DSM-IV kriteriji za primjerice velike depresivne poremećaje poput gubitka energije, insomnije, gubitka apetita te sniženog raspoloženja, valjani i pouzdani za pacijente oboljele od Parkinsona te olakšavaju dijagnostiku kod ovih pacijenata (Starkstein i sur., 2012). Nadalje, pacijenti s većim intenzitetom depresivnih simptoma često imaju i simptome apatije i komorbiditet s anksioznošću, što može predstavljati specifičnu kliničku sliku kod oboljelih (Starkstein i sur., 2012). Ovi simptomi često su povezani s kognitivnim oštećenjem, propadanjem i neravnotežom neurotransmitera, ali i psihološkim faktorima poput crta ličnosti i samoregulacijskim strategijama te su jedna od glavnih odrednica kvalitete života pacijenata (Xie i sur., 2015).

Iako se psihijatrijski simptomi mogu gledati kao zasebni psihološki fenomeni koji su u komorbiditetu s Parkinsonovom bolešću, pronađeni su različiti korelati ovih simptoma s neurofiziološkim promjenama (Nagy i Schrag, 2019; Dujardin i sur., 2009; Reijnders i sur., 2010) i farmakološkim tretmanom kod pacijenata (Xie i sur., 2015; Hong i sur., 2015). Depresivni se simptomi kod pacijenata povezuju s disfunkcijama u dopaminergičkom sustavu. Naime, pacijenti s depresivnim simptomima imaju veću disfunkciju strijatalnih dopaminskih transportera čija je zadaća regulacija izlučivanja i reap-

sorbiranja dopamina. Također, pokazalo se kako su, osim dopaminergičkog sustava, zahvaćeni i serotonergički i noradrenergički sustavi (Nagy i Schrag, 2019). Pacijenti s depresivnim simptomima imaju više gubitaka u volumenu sive mase u orbitofrontalnom području nego oboljeli bez depresivnih simptoma te veći rizik od kognitivnog propadanja – pokazalo se kako su kod ovih pacijenata najveće poteškoće u izvršnim funkcijama i epizodičkom pamćenju (Nagy i Schrag, 2019).

S druge strane, pokazalo se kako su rizični faktori za razvoj anksioznih simptoma razvijanje Parkinsonove bolesti u ranoj dobi, ženski rod, veće kognitivno propadanje i oštećenja kod pacijenta te komorbiditet s depresijom i poremećajima spavanja (Nagy i Schrag, 2019). Od ostalih psihijatrijskih simptoma, česta je i apatija, koja se veže i za depresivne simptome i kognitivne deficite. Dujardin i suradnici (2009) pronašli su kako je kod oboljelih apatija bila značajan prediktor demencije u kasnijim stadijima bolesti, a Reijnders i suradnici (2010) pronašli su i vezu između apatije i deficita u kognitivnom funkcioniranju te težih depresivnih simptoma. Koristeći fMRI, pronašli su kako je veća razina apatije povezana sa smanjenom gustoćom sive tvari u određenim dijelovima korteksa i limbičkog sustava. Nadalje, psihoze su također visoko prevalentni simptomi bolesti, poglavito u kasnim stadijima bolesti, kao i različiti poremećaji kontrole impulsa, vjerojatno povezani s gubitkom veza između striatuma i cingulatnog *gyrusa*, kao rezultata degeneracije dopaminergičkog sustava (Starkstein i sur., 2012). Poremećaji kontrole impulsa često su u komorbiditetu s depresivnim i anksioznim simptomima jačeg intenziteta te većim opsesivno kompulzivnim simptomima poput intruzivnih negativnih misli i kompulzivnog kockanja. Ovaj nalaz upućuje na to da psihijatrijski komorbiditet može doprinosti razvoju poremećaja kontrole impulsa kod pacijenata s Parkinsonom, kod kojih je prevalencija tog poremećaja čak 14% (Starkstein i sur., 2012).

Klasični psihijatrijski farmakološki tretmani za psihološke simptome kod oboljelih od Parkinsona često nisu učinkoviti, a neki mogu i pogoršati ostale simptome. Primjerice, anksiolitici koji se koriste za liječenje anksioznih simptoma, mogu pogoršati motoričke simptome poput slabosti u mišićima, letargičnost i povećati uspavanost, pogotovo kod onih s poremećajima spavanja (Hong i sur., 2021). Nuspojave tricikličnih antidepresiva i inhibitora reapsorpcije serotonina izraženije su kod oboljelih i često uzrokuju anksiozne simptome, iako su efikasni za liječenje depresivnih simptoma (Hong i sur., 2021). Štoviše, neka su istraživanja pronašla i da je utjecaj simptoma kod ovih pacijenata kratkoročan i manji nego kod pacijenata bez Parkinsona te da su nuspojave poput halucinacija uzrokovane antidepresivima još značajnije kod onih s težim kognitivnim deficitima (Xie i sur., 2015).

S obzirom na opisane nuspojave farmakoloških tretmana i tretmana fokusiranih na liječenje motoričkih simptoma Parkinsonove bolesti, očita je potreba za alternativnim vrstama terapija koje bi učinkovitije tretirale psihološke simptome ove bolesti – psihijatrijske simptome. Terapije koje se najčešće preporučuju za pacijente s Parkinsonom su kognitivno bihevioralna terapija, psihodinamske psihoterapije, psihodrama, *mindfulness* terapija te različite vrste art terapije, no većina je istraživanja pokazala kako je ipak od svih navedenih za pacijente najefikasnija KBT (Hong i sur., 2021; Roper i sur., 2022).

Kognitivno bihevioralna terapija

Kognitivno bihevioralna terapija (KBT) je pristup orijentiran prema problemu te nastoji pomoći pacijentima lakše identificirati i modificirati negativne, odnosno disfunkcionalne misli, pretpostavke i obrasce ponašanja na način da terapeut modelira pacijentovu individualnu interpretaciju i evaluaciju vlastitih doživljaja (Hong i sur., 2021). Ova je terapija najviše proučavana u ove svrhe, relativno je kratkog trajanja i strukturiranog karaktera, što omogućuje lakšu interpretaciju rezultata te ima značajnu potporu u teoriji i ranijim istraživanjima na zdravim sudionicima. Manja brojnost i metodološka ograničenja onemogućuju interpretacije efekata nekih drugih terapijskih pristupa (Yang i sur., 2012). Provedeno je više metaanaliza (Hong i sur., 2021; Roper i sur., 2022) koje su pokazale kako je KBT uspješna u smanjivanju anksioznih i depresivnih simptoma kod pacijenata koji boluju od Parkinsonove bolesti. KBT ima generalizirani efekt, ne samo na depresivne i anksiozne simptome, već i na socijalno funkcioniranje te motoričke simptome (Starkstein i sur., 2012). Ipak, utvrdilo se kako je učinkovitija za depresivne simptome u usporedbi s anksioznim. Prema metaanalizi Zarottija i suradnika (2020), istraživanja utjecaja KBT-a na pacijente s Parkinsonom pokazala su različite efekte kod anksioznih simptoma – postoji određen broj istraživanja kod kojih je utjecaj ove terapije nejasan ili su efekti relativno mali. Autori naglašavaju i problem pogoršavanja simptoma kod kontrolne grupe. Naime, dobiveni efekti terapije, mogli bi se protumačiti i kao značajna deterioracija stanja kod kontrolne grupe, a ne kao poboljšanje kod eksperimentalne. S druge strane, sva su istraživanja iz analize pokazala kako je KBT značajno poboljšala depresivne simptome sudionika i na individualnoj i na grupnoj razini.

Ovakve je nalaze dobila i studija Rodgersa i suradnika (2019) koja je ispitivala učinkovitost MKBT-a kod sudionika s Parkinsonom. MKBT se razlikuje od klasičnog KBT-a na način da uz klasične kognitivne i bihevioralne tehnike uključuje i tehnike meditacije i opuštanja. Eksperimentalna je grupa sudjelovala u tretmanu koji se sastojao od osam

grupnih terapija tjedno i svakodnevne zadaće koja se sastojala od meditacije disanjem, hodanja i usredotočenosti na senzacije koje sudionik osjeća u vlastitom tijelu, što je i karakteristično za primjenu terapije na ovoj populaciji. Istraživanje je pokazalo značajno smanjenje depresivnih simptoma na grupnoj i individualnoj razini za eksperimentalnu skupinu u usporedbi s kontrolnom. Veća je vjerojatnost da će se simptomi u grupi koja ne dobiva tretman pogoršati. S druge strane, značajan efekt intervencije na anksiozne simptome nije ustanovljen, iako su sudionici u eksperimentalnoj skupini izvještavali o poboljšanju svojeg stanja i manjem intenzitetu anksioznosti. Autori objašnjavaju ove rezultate time da su obje grupe na početku istraživanja imale niske razine anksioznosti pa se iz tog razloga intervencija pokazala neefikasnom. Također, MKBT uobičajeno traje nešto duže nego tretman u sklopu istraživanja te bi se efekt na anksioznost potencijalno pokazao kad bi intervencija trajala duže.

Dva istraživanja Dobkina i suradnika (2011, 2019) također su pokazala efikasnost KBT-a za različite tipove depresivnih simptoma u pacijenata s Parkinsonom. Hipoteza istraživača bila je da će kognitivni (krivnja, ruminacija, negativno stajalište o sebi) i bihevioralni (izbjegavanje, prokrastinacija) simptomi imati najrobusniji odgovor jer upravo su oni najviše ciljani ovim oblikom psihoterapije. Najveći efekt pokazao se u kognitivnim i bihevioralnim simptomima, sukladno hipotezi, dok je uporaba anti-depresiva moderirala efekt KBT-a na somatske simptome poput neugodnih tjelesnih senzacija. Zanimljiv je i nalaz u oba istraživanja, koji je pokazao da je terapija imala generalizirani efekt te je poboljšala i neke druge psihološke simptome poput nošenja s bolešću, problema sa spavanjem te je ovo istraživanje pronašlo značajan efekt i na anksiozne simptome – terapija je bila uspješna u olakšavanju simptoma anksioznosti kod pacijenata. Ovo se istraživanje razlikuje od prethodno opisanog u tome što su svi sudionici, njih 80, prema kriterijima DSM-IV priručnika (Američka psihijatrijska udruga, 2014), bili klinički depresivni sa simptomima anksioznosti, što bi moglo objasniti uspješnost terapije, jer su sudionici izvještavali o značajnijim razinama anksioznosti nego u prethodnom istraživanju. Konačno, autori naglašavaju i važnost individualne prilagodbe tretmana na specifične simptome s kojima se pacijenti s Parkinsonom susreću. Primjerice, pacijenti kod kojih su primarni simptomi poremećaja neaktivnost i nedostatak motivacije, najviše će koristiti imati od bihevioralnih aktivacijskih tehnika, dok će kod onih s više izraženom krivnjom i pesimističnim mislima uspješnije biti tehnike kognitivnog restrukturiranja. Ipak, u buduća istraživanja trebalo bi uključiti više sudionika zbog veće mogućnosti generalizacije. Također, potrebno je procijeniti i razinu demencije pacijenata, koja bi mogla utjecati na rezultate istraživanja. Specifični protokol za pacijente s Parkinsonom trebao bi staviti veći naglasak na tehnike opuštanja i nošenja s bihevioralnom anksioznošću, poput strategije bolje higijene sna, koje su iznimno česte kod pacijenata (Dobkin i sur., 2019).

Druge vrste terapija

Nadalje, iako se kod ostalih terapija primjećuje mnogo veća heterogenost efekata i postoji neslaganje u nalazima istraživanja oko njihove učinkovitosti, značajan broj istraživanja ipak pokazuje moguću učinkovitost tih tretmana. Naglašava se i manja istraženost drugih tehnika te manji broj sudionika koji u njima sudjeluju, što može rezultirati prividno manjom efikasnošću ovih tehnika. Hong i suradnici (2021) naglašavaju da usprkos heterogenosti efekata, tretmani poput *mindfulness* terapije imaju pozitivne učinke na depresivne i anksiozne simptome. Također navode da je u istraživanjima ostalih tretmana najveći problem mali broj sudionika, što potvrđuje i metaanaliza Ropera i suradnika (2022). Istraživanja u kojima je korištena *mindfulness* terapija pokazala su kako je većina sudionika imala smanjene anksiozne simptome te su efekti u nekim istraživanjima bili prisutni i nakon dva, odnosno šest mjeseci, a efekti na depresivne simptome bili su raznovrsni i nisu pokazivali konzistentno smanjenje simptoma (Zarotti i sur., 2020).

S obzirom na to da se u nizu istraživanja i psihodrama pokazala kao mogući tretman za ublažavanje psiholoških simptoma kod pacijenata s Parkinsonom, valja proučiti i ovaj oblik intervencije. Sproesser i suradnici (2010) u svome su istraživanju proučavali utjecaj terapije psihodramom na kvalitetu života te anksiozne i depresivne simptome sudionika. Psihodrama je psihoterapijski pristup koji, kroz dramski prikaz i interakciju, istražuje probleme, poteškoće, brige, želje i odnose pojedinca i grupe. Koristi se kako bi sudionik pronašao zadovoljavajuće i prikladne metode realizacije određenih društvenih uloga. Sudionici su svakih 15 dana sudjelovali u 90-minutnoj grupnoj terapiji, a cjelokupni tretman se sastojao od 12 susreta. Prije tretmana, sudionici su izvještavali različite probleme u aktivnostima svakodnevnog života (oblačenje, kuhanje, održavanje higijene), osjećaj srama, osjećaj tuge i osjećaj ovisnosti o obitelji i prijateljima koji su im od početka bolesti pomagali u svakodnevnim aktivnostima. Pretpostavka je da će psihodrama biti efikasan tretman za pacijente jer pojedinci oboljeli od kronične bolesti često u odnosima zauzimaju ulogu bolesnika te kao strategiju nošenja s psihološkim simptomima i bolešću koriste socijalnu izolaciju. Psihodrama kao pristup nastoji promijeniti percepciju uloge pacijenta te promijeniti njegov odnos s bolešću. Istraživanje je pokazalo značajno poboljšanje za sve tri varijable – sudionici su nakon tretmana izvještavali manje razine depresivnih i anksioznih simptoma te veću kvalitetu života. Pacijenti su lakše obavljali svoje svakodnevne aktivnosti te bili manje anksiozni u vezi interpersonalnih odnosa, a njihovi su se odnosi prema vlastitim društvenim ulogama promijenili. Ipak, ograničenje ovog istraživanja iznimno je mali

broj sudionika ($N=16$), zbog čega je upitna generalizacija na cijelu populaciju oboljelih od ove bolesti. Također, u budućim istraživanjima trebao bi postojati strukturirani protokol specifično za pacijente s Parkinsonovom bolešću zbog specifičnih simptoma s kojima se susreću.

Nadalje, iako se KBT pravac smatra najefikasnijim kao intervencija kod pacijenata s depresivnim poremećajima, metaanaliza Xieja i suradnika (2015) pokazala je kako bi psihodinamski pristup mogao biti efikasniji od KBT-a kod pacijenata koji su nereceptivni na farmakološku terapiju, odnosno antidepresive. Naime, u nekolicini istraživanja pokazalo se kako je vrsta psihodinamskog pristupa tzv. "brief therapy", odnosno kratkotrajna terapija koja je često fokusirana na specifičan problem, iznimno povoljna za osobe oboljele od kroničnih bolesti. U ovakvom tipu terapije, terapeut se fokusira na utjecaj pacijentovih trenutnih disfunkcionalnih misli na njegovo ponašanje i funkcionalnost. No, glavni je problem kod ovih tretmana, kao i kod psihodrame, mali broj sudionika te manja strukturiranost koja otežava interpretaciju rezultata. Zbog prirode ovih terapijskih pristupa upitno je u kojoj mjeri bi se mogla postići strukturiranost. S obzirom na životne procjene oboljelih s Parkinsonom i postupna pogoršanja u bolesti, ova je promjena nužna.

Konačno, terapija koja je pokazala pozitivne učinke na kvalitetu života pacijenta, ali i generalizirani efekt, ne samo na psihološke, već i motoričke simptome bolesti, je art terapija. Vrste art terapije koje su najčešće proučavane su glazbena, terapija plesom, glinom te tai chi. Ova vrsta terapije povoljna je za oboljele s Parkinsonom jer pomaže u lakšoj verbalizaciji osjećaja, što je ovim pacijentima često otežano zbog poteškoća u govoru (Junaković i Telarović, 2021). Dva se aspekta terapije spominju kad se govori o art terapiji – odnosni aspekt, kod kojeg su u žarištu empatija, komunikacija i građenje odnosa s terapeutom, te rehabilitacijski aspekt, koji se fokusira na poboljšanje kognicije i motoričkih simptoma bolesti. Tako je primijećeno da primjerice glazbena terapija može poboljšati ravnotežu i posturalnu stabilnost kod pacijenata (Junaković i Telarović, 2021). Najčešći oblik glazbene terapije provodi se na način da se pacijenti izmjenjuju u sviranju instrumenta. Ovakav oblik terapije kod pacijenta aktivira limbički sustav, a pogotovo centre za nagradu u mozgu te moderira aktivnost prefrontalnog korteksa. Istraživanje Salimpoora i suradnika (2011), koristeći fMRI, pokazalo je kako slušanje glazbe otpušta dopamin u *striatum* za vrijeme visoke emocionalne pobuđenosti. Aktivacija *caudatusa* prilikom anticipacije slušanja te *nucleusa accumbensa* tijekom doživljaja emocionalne pobuđenosti za vrijeme slušanja, ukazuje da intenzivan odgovor živčanog sustava na glazbu može dovesti do pojačanog izlučivanja dopamina u strijatalni sustav – ovakav odgovor živčanog sustava mogao bi objasniti pogodan

učinak glazbene terapije na simptome uzrokovane smanjenom razinom dopamina kod pacijenata. Također, pokazano je da ritam pomaže s motoričkim poteškoćama jer osnažuje veze između motoričkih i auditornih sustava. Kompenzira degeneraciju u *cerebello-thalamo-kortikalnoj* mreži, zbog čega može poboljšati brzinu pokreta, dužinu koraka i vrijeme reakcije (Raglio, 2015). Centri povezani s percepcijom ritma usko su povezani s regulacijom pokreta (premotorički korteks, *cerebellum*, bazalni gangliji), a eksternalni znakovi u određenom ritmu mogu modelirati aktivnost u oštećenom sustavu za perceptivne reakcije. Ritmička pulsacija može stimulirati aktivnost putamena i tako facilitirati kretanje, dajući podražaj za sekvencijalne pokrete i oštećene automatske procese, odnosno može kompenzirati nedostatnu dopaminergičku stimulaciju (Raglio, 2015). Ritam omogućuje i sinkronizaciju, koordinaciju i regulaciju pokreta, pa pacijentima s Parkinsonom može pomoći u hodanju, koordinaciji udova, posturalnoj kontroli i ravnoteži, dok kod nemotoričkih simptoma glazba pomaže u poticanju neverbalne ekspresije, komunikacije i emocionalne regulacije pomoću spomenute tehnike glazbene improvizacije (Raglio, 2015).

Pozitivan utjecaj na mobilnost i ravnotežu pacijenata ima i terapija plesom, iako kod nje još nisu ispitane dugoročne posljedice (Junaković i Telarović, 2021). Ovaj oblik terapije pacijentima pruža veće zadovoljstvo od fizioterapije, no problem kod istraživanja koja su proučavala utjecaj plesne terapije je mali uzorak sudionika te slabi ili srednji simptomi Parkinsona, što otežava generalizaciju rezultata na pacijente s ozbiljnijim motoričkim smetnjama. Duncan i Earhart (2014) istražili su utjecaj dvogodišnjeg programa plesa na težinu bolesti i funkcionalnu mobilnost oboljelih od Parkinsona. Eksperimentalna grupa imala je redovite treninge argentinskog tanga, koji se pokazao povoljnim za vježbanje naglih pokreta, koji su otežani kod oboljelih od Parkinsona, te im je omogućio socijalizaciju. Rezultati istraživanja pokazala su statistički značajno manje motoričkih simptoma te poboljšanje u svakodnevnim životnim aktivnostima i govoru. Ipak, u istraživanju je sudjelovalo samo 10 pacijenata te su nepoznate dugoročne posljedice tretmana, odnosno nije provedeno *naknadno* mjerenje, kako bi se potvrdio dugotrajan povoljan utjecaj terapije. Ipak, nekoliko je istraživanja pružilo dobru teorijsku pozadinu o razlozima zašto bi terapija plesom mogla imati dugotrajne efekte. Ritmična glazba koja se koristi u plesnoj terapiji može aktivirati neurone odgovorne za motoričku kontrolu i povećati protok krvi u regije poput hipokampusu te frontalnog, temporalnog i parijetalnog korteksa. Kao posljedicu, ta aktivacija može facilitirati neuroplastičnost te poboljšati pokret, ravnotežu i kognitivne funkcije (Aguilar i sur., 2016).

Još jedna terapija čiji se utjecaj na simptome Parkinsona proučavao terapija je glinom. Slobodna manipulacija glinom koristi se u senzomotoričkoj rehabilitaciji pacijenata s različitim poremećajima te može smanjiti simptome tremora i ukočenosti kod pacijenata oboljelih od Parkinsonove bolesti (Elkis-Abuhoff i Gaydos, 2018). Smatra se kako terapija glinom smanjuje tremor i stres te podiže samopouzdanje i poboljšava društvenu interakciju. U istraživanju Baea i Kima (2018), ispitivao se utjecaj terapije glinom na motoričke i psihološke simptome Parkinsona. Ispitivane varijable bile su sposobnost pomicanja ruke, samoekspresija, depresija i kvaliteta života. 54 sudionika prolazilo je kroz strukturirani program terapije u 16 susreta. Program je uključivao pet stadija promjene prema Rice i Greenberg (Bae i Kim, 2018) – (1) samopercepcija i samoeksploracija; (2) samooktrivanje i unutarnje želje; (3) prisjećanje iskustava; (4) samoshvaćanje i samoprihvatanje; (5) samointegracija i samoravnoteža. Nakon tretmana, promjene na svim istraživanim varijablama bile su statistički značajne – sudionici su izvještavali značajno bolje pomicanje ruke, bolju samoekspresiju i kvalitetu života. Također, izvještavali su manje razine depresije, opsesivno kompulzivnih misli i fobija. Iako je broj istraživanja koji uključuju terapiju glinom ograničen, ova terapija konzistentno pokazuje obećavajuće nalaze za povećanje kvalitete života sudionika (Junaković i Telarović, 2021).

Kognitivni trening

U više je istraživanja primijećeno da farmakološki tretman levodopom kratkovremeno pomaže kod samo nekih kognitivnih funkcija poput radnog pamćenja i kognitivne fleksibilnosti, što potvrđuje hipotezu o heterogenim uzrocima kognitivnih disfunkcija kod oboljelih s Parkinsonom – oštećenja nisu povezana samo s nigrostrijatalnim, mezolimbičkim i mezokortikalnim dopaminergičkim sustavima, već i ostalim neurotransmitterskim sustavima (Biundo i sur., 2017). Stoga su se nefarmakološke intervencije pokazale efektivnima kod pacijenata s blažim i srednjim kognitivnim disfunkcijama. Kognitivni trening (KT) jedna je od najčešće korištenih i najrelevantnijih metoda tretmana u ovome području prema kojoj ponavljanje strukturiranih kognitivnih zadataka pomaže umanjiti različite kognitivne disfunkcije, između ostalog i kod pacijenata s kroničnim bolestima. KT se može provoditi na različite načine, primjerice pomoću zadataka papir-olovka ili kompjuterizirano, u vidu različitih zadataka nalik na videoigre. Budući da pacijenti s Parkinsonom često imaju poteškoća s motorikom ruku i pisanjem, za njih je prikladniji kompjuterizirani KT (Biundo i sur., 2017).

Dodatna je prednost kompjuteriziranih programa da su uglavnom koncipirani kao videoigre, što pozitivno motivira sudionike te sudjelovanje čini ugodnijim i zabavnijim. Pompeu i suradnici (2012) ispitivali su utjecaj KT-a na 32 pacijenata pomoću sportskih

igara na igraćoj konzoli Wii Fit. Sudionici su prolazili kroz motorički i kognitivni trening. Ovo je istraživanje pokazalo da su igre u kojima se od sudionika zahtijevalo da simetrično pomiču udove, kontroliraju pažnju te koriste pamćenje, uspjele imati statistički značajne efekte na njihovu pažnju, ravnotežu, pamćenje i svakodnevne životne aktivnosti te su se ovi efekti zadržali i 60 dana nakon tretmana. Adamski i suradnici (2016) provodili su KT pomoću programa BrainStim (Vogt i sur, 2008) koji sadrži tri modula – gradsku mapu, koja je dobra za vidno-prostorno pamćenje, igru pronalaska parova, koja poboljšava kratkoročno vidno pamćenje i (verbalno) radno pamćenje te igru zapamćivanja brojeva, također povoljnu za radno pamćenje. Rezultati su istraživanja pokazali statistički značajno poboljšanje srednjeg do velikog efekta, u verbalnom pamćenju te vidno-prostornom kratkoročnom i dugoročnom pamćenju.

Skupine zadataka programa kognitivnog treninga usmjerene su na poboljšanja u specifičnim domenama kognicije poput vidno-prostorne svijesti, pažnje, radnog pamćenja ili izvršnih funkcija, ključnim za izvršavanje svakodnevnih zadataka. Strategije kognitivne rehabilitacije najčešće se sastoje od restorativnih i kompenzacijskih tehnika (Calleo i sur., 2012). Cilj je restorativnih tehnika vraćanje kognitivnih funkcija na razinu na kojoj su bile prije početka bolesti, stoga se zadaci fokusiraju na poboljšanje pamćenja i pažnje. S druge strane, kompenzacijske tehnike osiguravaju vještine samoupravljanja, a pomoću njih pacijenti uče strategije poput korištenja dnevnika i podsjetnika za lakše pamćenje zadataka, koje im olakšavaju svakodnevne aktivnosti.

Specifični kognitivni obrasci koji bi najbolje opisivali kognitivno propadanje kod oboljelih od Parkinsona još nisu sasvim poznati. Klinički dokazi predlažu da se najveće propadanje očituje u vidno-perceptivnim prostornim sposobnostima i pamćenju te se često uspoređuju s onima kod pacijenata s Alzheimerom (Biundo i sur., 2017). Ovaj nalaz potvrđuje i istraživanje Domellöfa i suradnika (2015) u kojemu je pronađeno da se kod pacijenata sa značajnim oštećenjem u epizodičkom pamćenju i semantičkoj fluentnosti s blažim simptomima Parkinsona, nakon pet godina, kognitivne funkcije značajno pogoršavaju. Ovi rezultati idu u prilog hipotezi o barem dva postojeća kognitivna sindroma kod pacijenata s Parkinsonom – izvršni sindrom, koji je rezultat disfunkcije prednjeg strijatalnog područja zbog neravnoteže u dopaminergičkom sustavu, i posteriornog kortikalnog sindroma s pretežito vidno-prostornim i semantičkim deficitima, čija je zajednička posljedica demencija kod oboljelih (Kehagia i sur., 2012). Istraživanje Hindlea i suradnika (2018) pokazalo je važnost razvijanja specifičnih strategija KT-a za pacijente koji imaju demenciju specifičnu za Parkinsonovu bolest. U ovome su istraživanju sudionici s terapeutom razvijali strategije za ostvarenje ciljeva poput kalendara, alarma i podsjetnika te su vježbali različite mnemotehnike kako bi poboljšali vlastito pamćenje. Nakon tretmana sudionici su izvještavali o značajnim poboljšanjima

u planiranju, uzimanju lijekova i kompleksnim zadacima poput kuhanja i učenja novih vještina. Uz to, njegovatelji oboljelih izvještavali su o značajnom poboljšanju u navedenim varijablama, što je služilo za provjeru samoizvještaja pacijenata.

Kognitivni deficiti pacijenata bez demencije tipično su frontostrijatalni, zbog čega imaju oštećenja u izvršnim funkcijama, planiranju, kognitivnoj fleksibilnosti, verbalnoj fluentnosti i kontroli inhibicije te radnom pamćenju. Metaanaliza Leunga i suradnika (2015) pokazala je kako KT ima obećavajuće efekte na poboljšanje u ovim domenama te pomaže i u poboljšanju brzine obrade informacija. Također, istraživanja su pokazala povećanu aktivaciju frontalnih, temporalnih i parijetalnih područja, u usporedbi sa zdravim sudionicima, te je pronađena povezanost pretjerane kortikalne aktivacije s kognitivnim deficitima zbog pretjeranog otpuštanja neurotransmitera, uključujući dopamina, serotonina i noradrenalina (Nombela i sur., 2011). Stoga je moguće da je posljedica oštećene kortikalne inhibicije nepravilna aktivacija određenih dijelova mozga, konzistentna kod oboljelih s Parkinsonom. Nombela i suradnici (2011) proučavali su utjecaj KT-a baziranog na rješavanju sudoku križaljke te su nakon šestomjesečnog tretmana opazili značajno poboljšanje u vremenu reakcije i točnim rješenjima križaljki, praćeno drugačijim obrascem kortikalne aktivacije. Nakon treninga, obrasci aktivacije kod eksperimentalne grupe mnogo su više nalikovali onima zdravih sudionika, nego kontrolne grupe, koju je sačinjavao uzorak oboljelih od Parkinsona koji nisu sudjelovali u tretmanu.

Istraživanja pokazuju i dugoročne efekte KT-a (Diez-Cirarda i sur., 2017; Hindle i sur., 2018) – poboljšanje u kognitivnim vještinama u nekim je istraživanjima trajalo i više od godinu dana, što je značajno, jer većina pacijenata nakon provedenog tretmana ne nastavlja s programima KT-a. Diez-Cirarda i suradnici (2017) ispitivali su longitudinalne efekte tromjesečnog KT-a, evaluirajući kognitivne, bihevioralne i neuroanatomske promjene 18 mjeseci poslije tretmana. KT se fokusirao na različite kognitivne funkcije poput pažnje (zadržavanje, selektivna i dijeljena pažnja), pamćenja (verbalno i vidno pamćenje, prepoznavanje, dosjećanje), jezika (sinonimi, antonimi, verbalna fluentnost), socijalne kognicije (moralne dileme) i izvršnih funkcija (kognitivno planiranje, verbalno rezoniranje). Pokazalo se da su sudionici, usprkos značajnoj redukciji u svojoj tvari, uzrokovanoj degeneracijom zbog bolesti, imali značajna kognitivna poboljšanja. Nakon 18 mjeseci efekti su još uvijek bili statistički značajni – funkcionalna onemogućenost bila je smanjena, postojala je povećana funkcionalna mozgovna povezanost i aktivacija te su poboljšanja u kognitivnim zadacima ostala stabilna. Istraživanje Petrellija i suradnika (2014), osim dugoročnih efekata KT-a, ukazalo je i na važnost strukturiranog tretmana u usporedbi s nestrukturiranim. Istraživanje je pokazalo kako strukturirani KT, koji se sastoji od igara aktivacije, psihoedukacije o

aspektima i strategijama pamćenja, grupnih te individualnih kognitivnih zadataka, ima veće efekte na pažnju, izvršne funkcije i pamćenje sudionika. Dugoročno se kod sudionika smanjuje rizik od razvijanja blagog kognitivnog oštećenja (MCI), a sudionici istraživanja su nakon godinu dana, na ponovljenom testiranju, pokazali da je očuvan efekt poboljšanja kognitivnih funkcija.

Zaključak

Parkinsonova bolest jedna je od najčešćih kroničnih te neurodegenerativnih bolesti. Klasično shvaćanje liječenja bolesti uključivalo je gotovo isključivo medicinsku terapiju – farmakološke i invazivne tretmane – no danas, osim neurologa, u terapiji sudjeluju i ostali stručnjaci poput fizioterapeuta, kliničkog psihologa i psihijatra. Tretmani u kojima često sudjeluju psiholozi su različite vrste psihoterapije i kognitivnog treninga. Pokazalo se kako oboljeli često uz motoričke simptome boluju od anksioznih i depresivnih simptoma te poremećaja spavanja. Istraživanja su pokazala da je kognitivno bihevioralna terapija najefikasnija u liječenju ovih simptoma. Uz to, terapije koje se često koriste su *mindfulness* terapija, psihodinamske terapije te psihodrama. Iako pokazuju mješovite efekte, nude obećavajuće dokaze o efikasnosti u specifičnim područjima poput poboljšanja interpersonalnih odnosa oboljeloga sa svojom okolinom. Art terapija pokazuje generalizirane efekte, što znači da poboljšava ne samo psihološke, već i somatske simptome bolesti. Najpopularnije vrste art terapije za pacijente s Parkinsonom su glazbena terapija, plesna terapija, terapija glinom i tai chi. Ove su terapije povoljne za oboljele jer im omogućuju alternativni način emocionalne ekspresije, s obzirom na to da pacijenti često imaju poteškoće u govoru.

Efekti ne-KBT terapija pokazuju veću heterogenost, no potrebno je naglasiti značajno manji broj istraživanja koji je koristio takve tretmane i vrlo mali broj sudionika u mnogima. Jedan je od razloga za to i manja strukturiranost te nužno dulje trajanje nekih terapijskih tretmana. Stoga ostaje nejasno jesu li zaista ti pravci manje efikasni ili je zbog manjka istraživanja i iznimno malog broja sudionika u takvim istraživanjima zahtjevno dobiti jednoznačne rezultate. Također, gotovo da ne postoje istraživanja koja su ispitivala dugoročne efekte psihoterapije na pacijente, odnosno nepoznato je zadržavaju li se efekti poboljšanja simptoma i nakon prestanka tretmana. Konačno, kako bi se nalazi istraživanja mogli jasnije uspoređivati, kriteriji za odabir pacijenata sa psihijatrijskim simptomima trebali bi se unificirati jer u nekim je istraživanjima

nejasno koliki intenzitet simptoma doživljavaju sudionici.

Osim psiholoških simptoma, psiholozi se u tretmanu oboljelih od Parkinsona bave i različitim kognitivnim deficitima koji su posljedice degeneracije neuroanatomskih struktura uzrokovane bolešću. Najčešći je kognitivni simptom bolesti demencija, odnosno deficit u pamćenju, a uz to su česti problemi s pažnjom te izvršnim funkcijama. KT se pokazao kao efikasan rehabilitacijski tretman, koji omogućuje pacijentima povratak kognitivnih sposobnosti na razine prije oboljenja. Najpovoljniji oblik KT-a za pacijente onaj je pomoću kompjuteriziranih zadataka zbog poteškoća u motorici ruku, koji otežavaju oboljelima rješavanje zadataka u obliku papir-olovka. Kognitivni treninzi pokazali su i dugoročne efekte, odnosno pacijenti su zadržali pozitivno poboljšanje u procesima pamćenja, pažnje, izvršnih funkcija, u brzini reakcije te metakogniciji i do 18 mjeseci nakon tretmana. Ipak, longitudinalne studije trebale bi ispitati i kognitivno stanje pacijenta nakon duljeg vremena zbog toga što je Parkinsonova bolest napredujućeg tipa te je upitno koliko će se poboljšanja zadržati nakon duljeg vremena zbog porasta neurodegeneracije. Konačno, s obzirom na specifičnosti simptoma s kojima se susreću oboljeli, potreban je unificirani protokol za provođenje KT-a, koji bi osigurao lakše rješavanje kognitivnih zadataka te u trening inkorporirao kompenzacijske strategije koje olakšavaju svakodnevne aktivnosti pacijentima.

Literatura

- Adamski, N., Adler, M., Opwis, K. i Penner, I. K. (2016). A pilot study on the benefit of cognitive rehabilitation in Parkinson's disease. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, 9(3), 153–164. <https://doi.org/10.1177/1756285616628765>
- Aguiar, L. P. C., da Rocha, P. A. i Morris, M. (2016). Therapeutic dancing for Parkinson's disease. *International Journal of Gerontology*, 10(2), 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2016.02.002>
- Američka psihijatrijska udruga. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje* (5. izdanje). Naklada Slap.
- Bae, Y. i Kim, D. (2018). The applied effectiveness of clay art therapy for patients with Parkinson's disease. *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine*, 23. <https://doi.org/10.1177/2F2515690X18765943>
- Béné, R., Antić, S., Budišić, M., Lisak, M., Trkanjec, Z., Demarin, V. i Podobnik-Šarkanji, S. (2009). Parkinsonova bolest. *Acta clinica Croatica*, 48(3), 377–379. <https://hrcak.srce.hr/45288>
- Biundo, R., Weis, L., Fiorenzato, E. i Antonini, A. (2017). Cognitive Rehabilitation in Parkinson's Disease: Is it Feasible? *Archives of Clinical Neuropsychology*, 32(7), 840–860. <https://doi.org/10.1093/arclin/acx092>
- Broen, M. P. G., Duits, A., Visser-Vandewalle, V., Temel, Y., & Winogrodzka, A. (2011). Impulse control and related disorders in Parkinson's disease patients treated with bilateral subthalamic nucleus stimulation: A review. *Parkinsonism & Related Disorders*, 17(6), 413–417. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2011.02.013>
- Calleo, J., Burrows, C., Levin, H., Marsh, L., Lai, E. i York, M. K. (2012). Cognitive Rehabilitation for Executive Dysfunction in Parkinson's Disease: Application and Current Directions. *Parkinson's Disease*, 2012, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2012/512892>
- Clarke, C., & Guttman, M. (2002). Dopamine agonist monotherapy in Parkinson's disease. *The Lancet*, 360(9347), 1767–1769. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11668-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11668-0)
- Compta, Y., Parkkinen, L., O'Sullivan, S. S., Vandrovcova, J., Holton, J. L., Collins, C., Lashley, T., Kallis, C., Williams, D. R., de Silva, R., Lees, A. J. i Revesz, T. (2011). Lewy- and Alzheimer-type pathologies in Parkinson's disease dementia: which is more important? *Brain*, 134(5), 1493–1505. <https://doi.org/10.1093/brain/awr031>
- Corti, O., Lesage, S. i Brice, A. (2011). What Genetics Tells us About the Causes and Mechanisms of Parkinson's Disease. *Physiological Reviews*, 91(4), 1161–1218. <https://doi.org/10.1152/physrev.00022.2010>
- Damier, P., Hirsch, E. C., Agid, Y., & Graybiel, A. M. (1999). The substantia nigra of the human brain. *Brain*, 122(8), 1437–1448. <https://doi.org/10.1093/brain/122.8.1437>
- Diez-Cirarda, M., Ojeda, N., Peña, J., Cabrera-Zubizarreta, A., Lucas-Jiménez, O., Gómez-Esteban, J. C., Gómez-Beldarrain, M. i Ibarretxe-Bilbao, N. (2017). Long-term effects of cognitive rehabilitation on brain, functional outcome and cognition in Parkinson's disease. *European Journal of Neurology*, 25(1), 5–12. <https://doi.org/10.1111/ene.13472>
- Dobkin, R. D., Menza, M., Allen, L. A., Gara, M. A., Mark, M. H., Tiu, J., Bienfait, K. L. i Friedman, J. (2011). Cognitive-behavioral therapy for depression in Parkinson's disease: A randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 168(10), 1066–1074. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111669>
- Dobkin, R. D., Mann, S. L., Interian, A., Gara, M. A. i Menza, M. (2019). Cognitive behavioral therapy improves diverse profiles of depressive symptoms in Parkinson's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(5), 722–729. <https://doi.org/10.1002/gps.5077>
- Domellöf, M. E., Ekman, U., Forsgren, L. i Elgh, E. (2015). Cognitive function in the early phase of Parkinson's disease, a five-year follow-up. *Acta Neurologica Scandinavica*, 132(2), 79–88.
- Dorsey, E. R. i Bloem, B. R. (2018). The Parkinson Pandemic—A Call to Action. *JAMA Neurology*, 75(1), 9–10. <https://doi.org/10.1001/jamanuro.2017.3299>
- Dorsey, E. R., Sherer, T., Okun, M. S., i Bloem, B. R. (2018). The Emerging Evidence of the Parkinson Pandemic. *Journal of Parkinson's Disease*, 8(s1), S3–S8. <https://doi.org/10.3233/jpd-181474>
- Dujardin, K., Sockeel, P., Dellioux, M., Destée, A. i Defebvre, L. (2009). Apathy may herald cognitive decline and dementia in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 24(16), 2391–2397.
- Duncan, R. P. i Earhart, G. M. (2014). Are the effects of community-based dance on Parkinson disease severity, balance, and functional mobility reduced with time? A 2-year prospective pilot study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 20(10), 757–763. <https://doi.org/10.1089/acm.2012.0774>
- D'Urso, G., Somma, T., Scelzo, A., Patti, S., Scala, M. R., Baiano, C., Meglio, V., Iasevoli, F., Cavallo, L. M., Solari, D., De Bartolomeis, A., Cappabianca, P. i Esposito, F. (2022). Psychiatric symptoms in Parkinson disease patients before and after one year of subthalamic nucleus deep brain stimulation: role of lead positioning and total electrical energy delivered. *Psychiatria Danubina*, 34(suppl 3), 40–40. <https://hrcak.srce.hr/282402>
- Elkis-Abuhoff, D., i Gaydos, M. (2018). Medical Art Therapy Research Moves Forward: A Review of Clay Manipulation With Parkinson's Disease. *Art Therapy*, 35(2), 68–76. <https://doi.org/10.1080/07421656.2018.1483162>
- Hawkes, C. H., Del Tredici, K. i Braak, H. (2009). Parkinson's disease: the dual hit theory revisited. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1170(1), 615–622. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04365.x>
- Hindle, J. V., Watermeyer, T. J., Roberts, J., Brand, A., Hoare, Z., Martyr, A. i Clare, L. (2018). Goal-orientated cognitive rehabilitation for dementias associated with Parkinson's disease—A pilot randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(5), 718–728. <https://doi.org/10.1002/gps.4845>
- Holmqvist, S., Chutna, O., Bousset, L., Aldrin-Kirk, P., Li, W., Björklund, T., Wang, Z. Y., Roybon, L., Melki, R., i Li, J. Y. (2014). Direct evidence of Parkinson pathology spread from the gastrointestinal tract to the brain in rats. *Acta Neuropathologica*, 128(6), 805–820. <https://doi.org/10.1007/s00401-014-1343-6>
- Hong, J., Sha, S., Zhou, L., Wang, C., Yin, J. i Chen, L. (2015). Sigma-1 receptor deficiency reduces MPTP-induced parkinsonism and death of dopaminergic neurons. *Cell death & disease*, 6(7), 1832–1832.
- Hong, C. T., Tan, S. i Huang, T. W. (2021). Psychotherapy for the treatment of anxiety and depression in patients with Parkinson disease: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(11), 2289–2295. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.03.031>
- Junaković, A. i Telarović, S. (2021). Učinci art terapije na Parkinsonovu i Alzheimerovu bolest. *Medicina Fluminensis*, 57(3), 236–243. https://doi.org/10.21860/medflum2021_261184
- Katzenschlager, R., Hughes, A., Evans, A., Manson, A. J., Hoffman, M., Swinn, L., Watt, H., Bhatia, K., Quinn, N. i Lees, A. J. (2004). Continuous subcutaneous apomorphine therapy improves dyskinesias in Parkinson's disease: A prospective study using single-dose challenges. *Movement Disorders*, 20(2), 151–157. <https://doi.org/10.1002/mds.20276>
- Kordower, J. H., Chu, Y., Hauser, R. A., Freeman, T. B. i Olanow, C. W. (2008). Lewy body-like pathology in long-term embryonic nigral transplants in Parkinson's disease. *Nature Medicine*, 14(5), 504–506. <https://doi.org/10.1038/nm1747>
- Leung, I. H., Walton, C. C., Hallock, H., Lewis, S. J., Valenzuela, M. i Lampit, A. (2015). Cogni-

- tive training in Parkinson disease. *Neurology*, 85(21), 1843–1851. <https://doi.org/10.1212/wnl.0000000000002145>
- Nagy, A. i Schrag, A. (2019). Neuropsychiatric aspects of Parkinson's disease. *Journal of Neural Transmission*, 126(7), 889–896. <https://doi.org/10.1007/s00702-019-02019-7>
- Nombela, C., Bustillo, P. J., Castell, P. F., Sanchez, L., Medina, V. i Herrero, M. T. (2011). Cognitive Rehabilitation in Parkinson's Disease: Evidence from Neuroimaging. *Frontiers in Neurology*, 2, 82. <https://doi.org/10.3389/fneur.2011.00082>
- Noyce, A. J., Bestwick, J. P., Silveira-Moriyama, L., Hawkes, C. H., Giovannoni, G., Lees, A. J. i Schrag, A. (2012). Meta-analysis of early nonmotor features and risk factors for Parkinson disease. *Annals of Neurology*, 72(6), 893–901. <https://doi.org/10.1002/ana.23687>
- Nutt, J. G. i Wooten, G. F. (2005). Diagnosis and Initial Management of Parkinson's Disease. *New England Journal of Medicine*, 353(10), 1021–1027. <https://doi.org/10.1056/nejmcp043908>
- Obeso, J. A., Stamelou, M., Goetz, C. G., Poewe, W., Lang, A. E., Weintraub, D., Burn, D. J., Halliday, G. M., Bezdard, E., Przedborski, S., Lehericy, S., Brooks, D. J., Rothwell, J., Hallett, M., DeLong, M. R., Marras, C., Tanner, C. M., Ross, G. W., Langston, J. W., . . . Stoessel, A. J. (2017). Past, present, and future of Parkinson's disease: A special essay on the 200th Anniversary of the Shaking Palsy. *Movement Disorders*, 32(9), 1264–1310. <https://doi.org/10.1002/mds.27115>
- Petrelli, A., Kaesberg, S., Barbe, M. T., Timmermann, L., Rosen, J. B., Fink, G. R., Kessler, J. i Kalbe, E. (2014). Cognitive training in Parkinson's disease reduces cognitive decline in the long term. *European Journal of Neurology*, 22(4), 640–647. <https://doi.org/10.1111/ene.12621>
- Pompeu, J. E., dos Santos Mendes, F. A. D. S. da Silva, K. G. D., Lobo, A. M., de Paula Oliveira, T., Zomignani, A. P. i Piemonte, M. E. P. (2012). Effect of Nintendo Wii™-based motor and cognitive training on activities of daily living in patients with Parkinson's disease: A randomised clinical trial. *Physiotherapy*, 98(3), 196–204. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2012.06.004>
- Raglio, A. (2015). Music therapy interventions in Parkinson's disease: The state-of-the-art. *Frontiers in Neurology*, 6, 185. <https://doi.org/10.3389/fneur.2015.00185>
- Reijnders, J. S., Scholtissen, B., Weber, W. E., Aalten, P., Verhey, F. R. i Leentjens, A. F. (2010). Neuroanatomical correlates of apathy in Parkinson's disease: A magnetic resonance imaging study using voxel-based morphometry. *Movement Disorders*, 25(14), 2318–2325.
- Rodgers, S. H., Schütze, R., Gasson, N., Anderson, R. A., Kane, R. T., Starkstein, S., Morgan-Lowes, K. i Egan, S. J. (2019). Modified mindfulness-based cognitive therapy for depressive symptoms in Parkinson's disease: A pilot trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(4), 446–461. <https://doi.org/10.1017/s135246581800070x>
- Roper, A., Pacas Fronza, G., Dobkin, R. D., Beaudreau, S. A., Mitchell, L. K., Pachana, N. A., Thangavelu, K. i Dissanayaka, N. N. (2022). A systematic review of psychotherapy approaches for anxiety in Parkinson's disease. *Clinical Gerontologist*, 1–27. <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2074814>
- Rožmarić, G., Rački, V., Mašić, M. i Vuletić, V. (2022). Neurorehabilitacija oboljelih od Parkinsonove bolesti nakon ugradnje duboke mozgovne stimulacije. *Medicina Fluminensis*, 58(4), 368–374. https://doi.org/10.21860/medflum2022_284690
- Salimpoor, V. N., Benovoy, M., Larcher, K., Dagher, A. i Zatorre, R. J. (2011). Anatomically distinct dopamine release during anticipation and experience of peak emotion to music. *Nature Neuroscience*, 14(2), 257–262. <https://doi.org/10.1038/nn.2726>
- Smarr, K. L. i Keefer, A. L. (2011). Measures of depression and depressive symptoms: Beck depression Inventory-II (BDI-II), center for epidemiologic studies depression scale (CES-D), geriatric depression scale (GDS), hospital anxiety and depression scale (HADS), and patient health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis care & research*, 63(S11), S454–S466.
- Sproesser, E., Viana, M. A., Quagliato, E. M. i de Souza, E. A. P. (2010). The effect of psychotherapy in patients with PD: A controlled study. *Parkinsonism & Related Disorders*, 16(4), 298–300. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2009.08.008>
- Starkstein, S. E., Brockman, S. i Hayhow, B. D. (2012). Psychiatric syndromes in Parkinson's disease. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(6), 468–472. <https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e3283577ed1>
- Tan, A. L., Lim, S., & Lang, A. E. (2022). The microbiome–gut–brain axis in Parkinson disease — from basic research to the clinic. *Nature Reviews Neurology*, 18(8), 476–495. <https://doi.org/10.1038/s41582-022-00681-2>
- Tsuboi, Y., Uchikado, H. i Dickson, D. W. (2007). Neuropathology of Parkinson's disease dementia and dementia with Lewy bodies with reference to striatal pathology. *Parkinsonism & Related Disorders*, 13(suppl 3) S221–S224. [https://doi.org/10.1016/s1353-8020\(08\)70005-1](https://doi.org/10.1016/s1353-8020(08)70005-1)
- Vogt, A., Kappos, L., Stocklin, M., Gschwind, L., Opwis, K. i Penner, I. (2008). BrainStim-Wirksamkeit eines neu entwickelten kognitiven Trainingsprogramms bei MS. *Neurologie und Rehabilitation*, 14(2), 93.
- Van Den Eeden, S. K. (2003). Incidence of Parkinson's Disease: Variation by Age, Gender, and Race/Ethnicity. *American Journal of Epidemiology*, 157(>11), 1015–1022. <https://doi.org/10.1093/aje/kwg068>
- Vuletić, V. (2019). Parkinsonova bolest – nove spoznaje. *Medicus*, 28(1 Neurologija), 27–32. <https://hrack.srce.hr/216809>
- Xie, C. L., Wang, X. D., Chen, J., Lin, H. Z., Chen, Y. H., Pan, J. L. i Wang, W. W. (2015). A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioral and psychodynamic therapy for depression in Parkinson's disease patients. *Neurological Sciences*, 36(6), 833–843. <https://doi.org/10.1007/s10072-015-2118-0>
- Yang, S., Sajatovic, M. i Walter, B. L. (2012). Psychosocial interventions for depression and anxiety in Parkinson's disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 25(2), 113–121. <https://doi.org/10.1177/0891988712445096>
- Zarotti, N., Eccles, F. J., Foley, J. A., Paget, A., Gunn, S., Leroi, I. i Simpson, J. (2020). Psychological interventions for people with Parkinson's disease in the early 2020s: Where do we stand? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(3), 760–797. <https://doi.org/10.1111/papt.12321>

Abstract

Parkinson's disease is the second most common neurodegenerative disease after Alzheimer's, and the disease is manifested in heterogeneous symptoms, which are often divided into motor symptoms, like acinetic tremor, and non-motor symptoms, such as sleeping disorders. The main characteristic of the disease is the degeneration of dopamine-induced neurons, the substantia nigra, and the degeneration of basal ganglia, while the cause of the disease is still unknown. The usual form of medical therapy is pharmacological therapy and invasive methods when the disease progresses. In addition to medical therapy, alternative forms of therapy such as psychotherapy and cognitive training, which would reduce the psychological symptoms of the disease and the side effects of therapy, are also used. Research has shown that cognitive behavioral therapy is the most effective for treating anxiety and depressive symptoms. Furthermore, mindfulness therapy, psychodrama and the psychodynamic approach as well as music, dance and clay art therapy are often used in like manner. In addition to psychological symptoms, when treating patients with Parkinson's, psychologists deal with various cognitive deficits in the domains of memory, executive functions and attention, which are the result of the degeneration of neuroanatomical structures caused by the disease. Cognitive training, which allows patients to return their cognitive abilities to their pre-disease levels, has proven to be an effective rehabilitation treatment.

Keywords: cognitive training, medical therapy, Parkinson's disease, psychotherapy

Shizofrenija – tipovi, razvoj i liječenje

Patricia Rašan

Filozofski fakultet u Zagrebu

Odsjek za psihologiju

ORCID: 0000-0003-4613-8307

Sažetak

Shizofrenija se smatra kroničnim poremećajem čija je simptomatika karakterizirana pozitivnim i negativnim simptomima kao što su halucinacije i anhedonija, ali i sumanute misli te opadanje u kognitivnom funkcioniranju. Dokazano je da simptomi koji odgovaraju stanju shizofrenije postoje u ljudskoj populaciji već tisućama godina i zato je svrha ovog rada pružiti pregled povijesnog razvoja shizofrenije kao i aktualne dijagnostičke kriterije te aktualne tretmane simptoma. S obzirom na to da za postavljanje dijagnoze neki stručnjaci koriste stariju klasifikaciju, a neki noviju, u radu je pružen usporedni pregled dijagnostičkih kriterija opisanih u MKB-10 i MKB-11. Također, opisan je aktualan pristup procesu tretmana simptoma, odnosno pružene su informacije o tome kako kombinacija farmakoterapije, psihosocijalnih intervencija, obiteljske psihoedukacijske intervencije i profesionalne rehabilitacije doprinose smanjenu intenziteta simptoma i očuvanju kognitivnih sposobnosti pacijenta. Uz to, u radu je obrađena tema ranog javljanja simptoma shizofrenije čime se nastojalo objediniti informacije o razvoju i tretmanu shizofrenih simptoma kod djece i adolescenata. Zaključno, objedinjavanjem navedenih informacija otkriva se važnost ranog otkrivanja i tretmana simptoma, ali se i uočava potreba za dodatnim razvojem dijagnostičkih sredstava kao i nefarmakoloških tretmana koji bi bili primjenjiviji u praksi i povećavali kvalitetu života pacijenta.

Ključne riječi: shizofrenija, djeca i adolescenti, simptomi, klasifikacija, tretman

Uvod

Pretpostavlja se da genetska varijacija karakteristična za shizofreniju postoji između 137 000 i 250 000 godina, odnosno pretpostavlja se da ista potječe iz razdoblja kada je moderni *Homo sapiens* tek naseljavao prostor istočne Afrike (McKie i Stringer, 1996). O samoj starosti genetske varijacije govori i činjenica da je ista uočena analizom mitohondrijske DNK australskih Aboridžina koji su se odvojili od ostatka modernih *Homo sapiens* prije najmanje 50 000 godina (Stoneking i sur., 1992). Dakle, može se pretpostaviti da je do navedene genetske varijacije došlo u periodu razvoja današnjeg modernog čovjeka (Crow, 1997). S obzirom na to da postoje brojna istraživanja o raznim aspektima shizofrenije, Američka psihijatrijska udruga (eng. *American Psychiatric Association*) sažela je rezultate tih istraživanja i definirala shizofreniju kao kronični poremećaj čija simptomatika obuhvaća pozitivne psihotične simptome, negativne simptome, sumanute misli ili govor i kognitivne nedostatke (American Psychiatric Association, 2013). Prve incidencije shizofrenije naziru se još u razdoblju antike kada je Hipokrat terminom *paranoja* opisao kliničku sliku koja bi u današnje vrijeme odgovarala shizofreniji. Jedan od prvih liječnika koji je prepoznao shizofreniju kao psihičku bolest bio je francuski psihijatar Benedict Morel koji ju je 1845. godine imenovao terminom *démence précoce* (Karlović i sur., 2019). Tim terminom naglasio je skupinu simptoma kojima je do tada bilo definirano ludilo. Do značajnijeg napretka u klasifikaciji shizofrenije dolazi radom njemačkog psihijatra Emila Kraepelina koji je grupirao postojeće opise kliničkih slika i obuhvatio ih terminom *dementia praecox* (Karlović i sur., 2019). Kraepelinovu klasifikaciju nadopunio je švicarski psihijatar Eugen Bleuler koji je smatrao da *dementia praecox* ne dovodi nužno do demencije te stoga predlaže novi naziv *shizofrenija*, prema grčkim riječima *shizos* (rascjep) i *frenos* (duša). Bleuler shizofreniju ne smatra jedinstvenim kliničkim entitetom, već sindromom, odnosno skupinom patofizioloških/patomorfoloških poremećaja sa sličnom kliničkom slikom u čijoj srži nije nužno intelektualno propadanje pa može doći i do povoljnih ishoda (Karlović i sur., 2019). Krajem dvadesetog stoljeća, američki neuroznanstvenik Seymour Kety uvodi pojam *shizofreni spektar* koji obuhvaća *hard* (akutna ili kronična shizofrenija) i *soft* dio spektra (paranoidna stanja, paranoidni poremećaji ličnosti, shizoidni i shizotipni poremećaj ličnosti; Karlović i sur., 2019). Danas se znanstvenici većinom drže podjele koju je sastavio britanski psihijatar Timothy Crow tako što je ujedinio dimenzionalni pristup s nalazima neuroslikovnih metoda (prvenstveno CT-a) i opisao dva tipa shizofrenije - tip I i tip II. Shizofreniju tipa I karakterizira akutni početak i povoljniji ishod, a klinička slika sadržava uglavnom pozitivne simptome. Takvi pacijenti povoljnije reagiraju na liječenje antipsihoticima te rjeđe imaju oštećenja mozgovnih struktura. Shizofrenija tipa II započinje polako, a često završava nepovoljnijim ishodom. U kliničkoj slici sadržani su uglavnom negativni simptomi (Karlović i sur., 2019).

Razlika između pozitivnih i negativnih simptoma uočena je u neurološkim istraživanjima shizofrenije kojima je utvrđeno da pozitivni simptomi odražavaju prekomjernu ili iskrivljenu normalnu funkciju mišljenja i ponašanja (npr. zablude, halucinacije, neorganizirano ponašanje), a negativni simptomi ukazuju na smanjenje ili odsutnost normalnog ponašanja povezanog s motivacijom i interesom (npr. avolucija, anhedonija, asocijalnost) ili izražavanjem (npr. otupljenost, alogija; Galderisi i sur., 2018). Pozitivni simptomi obuhvaćaju paranoidne deluzije, halucinacije, bizarno ponašanje i poremećaj pozitivnog formalnog mišljenja (Bliksted i sur., 2017). Negativni simptomi smatraju se ključnim aspektom u proučavanju shizofrenije i obuhvaćaju pet konstrukata uključujući afektivno otupljivanje (otežano iskazivanje emocija i reaktivnosti), alogiju (smanjenje količine govora i spontane elaboracije), anhedoniju (smanjena sposobnost doživljavanja ugodnih emocija), asocijalnost (nedostatak motivacije za stvaranje bliskih odnosa s drugima) i avoluciju (smanjena potreba za započinjanjem i ustrajanjem u cilju usmjerenim aktivnostima; Marder i Galderisi, 2017). Kognitivni simptomi uključuju lošu koncentraciju, nedostatke u izvršnom funkcioniranju i oslabljeno radno pamćenje (Birnbau i Weinberger, 2017). Iako se pozitivni simptomi uglavnom mogu učinkovito liječiti dostupnim antipsihoticima, za negativne su simptome, uz sav znanstveni napredak, dostupne ograničene mogućnosti liječenja (Carbon i Correll, 2014). No, kako bi se simptomi shizofrenije mogli učinkovito liječiti, potrebno je detaljno proučiti čimbenike koji utječu na vjerojatnost pojave simptoma.

Rizični čimbenici za razvoj shizofrenije

Način na koji znanstvenici danas promatraju shizofreniju značajno se razlikuje od načina na koji se na taj poremećaj gledalo u fazama njegovog otkrivanja i to zahvaljujući brojnim novim znanstvenim spoznajama. S obzirom na te nove spoznaje, shizofrenija se više ne promatra kao ludilo, već su poznate mnoge potencijalne etiologije na temelju kojih se mogu postavljati preciznije dijagnoze i preporučiti učinkoviti tretmani simptoma. Znanstvena istraživanja pokazala su da je etiologija shizofrenije složena i da odražava interakciju između genetske ranjivosti i okolinskih čimbenika. Okolinski rizični čimbenici kao što su komplikacije u trudnoći i tijekom poroda, traume iz djetinjstva, migracija, društvena izolacija, stanovanje u urbanom središtu i zlouporaba supstanci utječu na vjerojatnost razvoja poremećaja kod pojedinca (Stilo i Murray, 2019).

Prvenstveno, važno je spomenuti da shizofrenija ima vrlo visok indeks heritabilnosti, odnosno vrlo je velika vjerojatnost da će geni koji sadrže nasljednu uputu za razvoj shizofrenije prijeći s roditelja na potomstvo. Srećom, razumijevanje genetske strukture shizofrenije uvelike se povećava već desetak godina zahvaljujući napretku tehnologije

molekularne genetike. Zahvaljujući tehnološkom razvoju, rezultati novijih istraživanja pružaju procjene indeksa heritabilnosti shizofrenije koje se temelje na obiteljskim istraživanjima i studijama blizanaca i razlikuju se s obzirom na metodologiju (Legge i sur., 2021). Prije su se procjene indeksa heritabilnosti kretale od 41% do 87% (Chou i sur., 2017), a trenutna procjena indeksa heritabilnosti shizofrenije iznosi otprilike 80% (Owen i sur., 2016.). Zanimljivo, u posljednja dva desetljeća veličina uzorka za genetske studije shizofrenije povećala se sa stotinu na stotine tisuća pojedinaca s razvijenim simptomima shizofrenije zbog čega danas postoje brojne spoznaje o genetskoj podlozi u njenom razvoju (Legge i sur., 2021). S obzirom na to da se dobiveni podaci u novijim istraživanjima temelje na većem uzorku sudionika, može se pretpostaviti da su procjene heritabilnosti preciznije i sličnije stvarnoj situaciji u općoj ljudskoj populaciji. U opsežnom genetskom istraživanju identificirano je 108 genetskih lokusa povezanih sa shizofrenijom (Pantelis i sur., 2014), a danas ih je poznato više od 200 (Legge i sur., 2021). Naime, genetski lokus predstavlja mjesto na kromosomu na kojem se nalazi određeni dio molekule DNK, odnosno u ovom slučaju dio koji prenosi nasljednu uputu za razvoj simptoma shizofrenije (Ladan, 1999). Identificirani lokusi obuhvaćaju gene uključene u sintezu dopamina, regulaciju kalcijevih kanala, imunitet i glutamatne neuroreceptore. U budućnosti se očekuje povećanje uzoraka u genetskim istraživanjima shizofrenije, kao i povećanje raznolikosti genetskih studija koje bi mogle identificirati nove regije, poboljšati mapiranje gena i tako pridonijeti razumijevanju bioloških mehanizama u podlozi shizofrenije. S obzirom na to da su poznati brojni geni koji su povezani sa shizofrenijom, funkcionalna istraživanja postat će ključna za bolje razumijevanje kako i kada simptomi shizofrenije najviše utječu na neurorazvoj moždanih struktura (Legge i sur., 2021). Međutim, ako pojedinac ima genetsku predispoziciju za razvoj simptoma shizofrenije, ne mora značiti da će nužno doći do razvoja simptoma tijekom života. Naime, genetsko nasljeđivanje objašnjava samo dio varijance pojavnosti shizofrenije u ljudskoj populaciji. Prema tome, moguće je da je razvoj simptoma shizofrenije posljedica interakcije gena i okoline ili epigenetskih mehanizama koji odražavaju učinak okolinskih čimbenika (Van Os i sur., 2008).

Postoje brojna istraživanja o povezanosti komplikacija tijekom trudnoće i poroda s pojavom shizofrenije koja su pokazala da takve komplikacije zaista predstavljaju faktor rizika za shizofreniju (Cannon i sur., 2002). Rezultati tih istraživanja uglavnom se slažu da će u slučaju hitnog carskog reza, krvarenja tijekom trudnoće, povišenog krvnog tlaka majke tijekom trudnoće (Mittal i sur., 2008) i niske porođajne težine djeteta vjerojatnost da će dijete razviti simptome shizofrenije biti veća (Abel i sur., 2010). Također, istraživanja su pokazala da je veća vjerojatnost da će dijete razviti simptome shizofrenije ako su roditelji u trenutku začeća djeteta starije životne dobi (Hubert i sur., 2011). Naime, porastom dobi muškarca veća je vjerojatnost mutacija muških spolnih

stanica što povećava rizik za razvoj raznih poremećaja kod djeteta, pa tako i shizofrenije (Torrey i sur., 2009). S druge strane, istraživanje je pokazalo da je vjerojatnost da će dijete razviti simptome shizofrenije veća ako je majka u trenutku začeća mlađa od 19 godina ili starija od 40 godina (Nosarti i sur., 2012). Također, Lopez-Castroman i suradnici (2010) potvrdili su da veća životna dob majke povećava vjerojatnost da će dijete razviti neki oblik shizofrenije. No, rezultati istraživanja koje su proveli Haukka i suradnici (2004) pokazuju da se vjerojatnost razvoja simptoma shizofrenije smanjuje kod djece čije su majke u vrijeme začeća imale više od 30 godina. Iako je dob roditelja utvrđeni faktor rizika za razvoj simptoma shizofrenije kod djeteta, potrebna su dodatna istraživanja o povezanosti tih dvaju konstrukata kako bi se dobili konzistentniji nalazi (Haukka i sur., 2004). Nadalje, postoji velik broj istraživanja različitih oblika traume, bilo tijekom djetinjstva ili odrasle dobi, koji su rizični čimbenici za razvoj simptoma shizofrenije. Prema rezultatima istraživanja koje su proveli Varese i suradnici (2012) traume u djetinjstvu (definirane kao seksualno zlostavljanje, fizičko zlostavljanje, emocionalno/psihološko zlostavljanje, zanemarivanje, smrt roditelja i *bullying*) povezane su s povećanim rizikom od psihoze u odrasloj dobi. Također, utvrđena je povezanost između trajnog odvajanja od jednog ili oba roditelja i razvoja psihoze kod djeteta (Stilo i sur., 2017). Utvrđena je i snažna veza između traume u djetinjstvu i najtežih oblika pozitivnih simptoma shizofrenije u odrasloj dobi poput halucinacija (Read i sur., 2005) i afektivnih simptoma (Matheson i sur., 2013). Prema svemu navedenom, očito je da rana iskustva mogu utjecati na razvoj simptoma shizofrenije u nekom periodu života, no potrebna su dodatna istraživanja koja bi pružila bolji uvid u odnos navedenih rizičnih čimbenika i potencijala za razvoj shizofrenije. Samim time, moglo bi se pravovremeno raditi na edukaciji roditelja, kao i na očuvanju zdravlja djeteta. Postoje istraživanja koja su ispitala socioekonomski status kao rizični čimbenik za razvoj shizofrenije. Neka od tih istraživanja pokazala su da je socioekonomski status (uglavnom procijenjen na temelju zanimanja roditelja) povezan s povećanim rizikom od pojave epizode psihoze (Castle i sur., 1993; O'Donoghue i sur., 2014). Također, veća je vjerojatnost da će pacijenti s prvom epizodom psihoze živjeti sami, biti nezaposleni, živjeti u unajmljenom smještaju i imati izrazito niske prihode (Stilo i sur., 2017). Rezultati istraživanja Svjetske zdravstvene organizacije pokazuju da se unatoč pristupačnijem biomedicinskom liječenju, više stope oboljelih od shizofrenije javljaju u zemljama s povoljnom ekonomskom situacijom nego u zemljama s nepovoljnom ekonomskom situacijom (Jablensky i Sartorius, 2008). Takvi nalazi mogli bi se objasniti činjenicom da države s povoljnom ekonomskom situacijom i/ili kvalitetnijim zdravstvenim sustavom pružaju svojim stanovnicima bolju zdravstvenu skrb koja omogućuje pravovremenu dijagnozu brojnih zdravstvenih stanja, pa tako i shizofrenije. Suprotno, države s nepovoljnom ekonomskom situacijom i/ili lošijim zdravstvenim sustavom ne mogu omogućiti svim stanovnicima jednak tretman, odnosno često se dešava da si neke osobe ne mogu pri-

uštiti odlazak liječniku kako bi se provjerilo njihovo zdravstveno stanje. Samim time, očekivano je da će u tim državama biti manje stope dijagnosticiranih osoba koje su razvile simptome shizofrenije. Međutim, postoji i određeni broj istraživanja koja pokazuju da ne postoji povezanost između pojave psihoze i socioekonomskog statusa pri rođenju. Moguće je da ti nalazi reprezentiraju stvarno stanje u populaciji, no treba ih oprezno interpretirati. Naime, istraživanja u kojima su dobiveni takvi nalazi često kao ograničenje navode da su podaci o socioekonomskom statusu sudionika bili nepotpuni (neki sudionici se ne žele izjasniti, neki ne znaju procijeniti, neki daju procjene koje nisu sukladne njihovom stvarnom socioekonomskom statusu i slično). Zbog etičkog kodeksa, prava na zaštitu podataka i prava na zaštitu privatnosti sudionici nisu dužni podijeliti informaciju o njihovom socioekonomskom statusu, a istraživači nemaju ovlasti pristupiti tim podacima kako bi provjerili njihovu vjerodostojnost (Morgan i sur., 2007). Dakle, socioekonomski status potencijalno predstavlja rizični čimbenik za razvoj simptoma shizofrenije, no svakako su potrebna dodatna istraživanja kako bi se utvrdilo na koji način i u kojoj mjeri su ta dva konstrukta povezana.

Razvoj shizofrenije

Simptomi shizofrenije mogu se pojaviti postupno ili naglo. Kod manjeg broja bolesnika simptomi se pojavljuju postupno od djetinjstva pa roditelji takve djece često tvrde da su ona već od rođenja bila drugačija od druge djece (Frančišković i Moro, 2009). Veći broj pacijenata u djetinjstvu nije pokazivao nikakve simptome shizofrenije, odnosno nisu bila utvrđena odstupanja u psihosocijalnom razvoju. Takvi pacijenti simptome su počeli razvijati tek u pubertetu ili prilikom odvajanja od primarne obitelji i to najčešće u obliku dezorganizacije i otuđenosti (Frančišković i Moro, 2009). Često se nakon toga počinju distancirati od prijatelja, vode razgovore sami sa sobom i pokazuju neuspjeh u ostvarivanju zadanih ciljeva i obavljanju zadataka. Prednost nagle pojave simptoma shizofrenije je što pacijenti vrlo brzo nakon njihove pojave potraže liječničku pomoć čime se povećava šansa za pozitivan ishod (Frančišković i Moro, 2009). Rezultati istraživanja pokazuju da se simptomi shizofrenije najčešće javljaju između 16. i 30. godine te da je njome zahvaćeno oko 1% ljudske populacije. Tumačenju podataka o pojavnosti i zastupljenosti shizofrenije u ljudskoj populaciji treba pristupati s oprezom jer se od otkrića bolesti do danas klasifikacija i definicija iste značajno mijenjala (Stepnicki i sur., 2018). Važno je utvrditi životnu dob osobe u vrijeme pojave simptoma shizofrenije kako bi se utvrdio uzrok i pratio tijek jer je utvrđeno da pojava simptoma u ranijoj životnoj dobi dovodi do negativnijih ishoda od pojave simptoma u kasnijoj životnoj dobi (DeLisi, 1992). Rezultati istraživanja koje su prov-

eli Cannon i suradnici (1999) pokazuju da se kod otprilike 4,7% zabilježenih slučajeva shizofrenije simptomi javljaju prije 18. godine života pacijenata. Također, uočeno je da se simptomi shizofrenije vrlo rijetko javljaju prije pete godine, dok između pete i 10. godine dolazi do blagog porasta. Nakon navršene 10. godine pa sve do 15. godine raste broj pacijenata kojima se počinju javljati simptomi shizofrenije, a nakon 15. godine dolazi do naglog porasta. Shizofrenija s kasnim početkom uglavnom se javlja između 40. i 45. godine (Torrey, 2006). S obzirom na to da su poznata kritična razdoblja života u kojima može doći do pojave prvih simptoma shizofrenije, provedbom edukacija u različitim dobnim populacijama ljudi moglo bi se omogućiti ranije otkrivanje simptoma i samim time osigurati učinkovitije liječenje.

Spolne razlike

Spolne razlike u kliničkoj slici shizofreniji uočene su u brojnim istraživanjima i čini se da one utječu na nekoliko domena uključujući početak bolesti, tijek bolesti i profile simptoma (Sun i sur., 2016). Muškarci obično doživljavaju vrhunac pojave simptoma između 18. i 25. godine, što je otprilike četiri godine ranije nego kod žena (Galderisi i sur., 2012). No, kod žena često dolazi do ponovne pojave simptoma shizofrenije između 45. i 49. godine što se pripisuje velikim hormonalnim promjenama zbog pojave menopauze (Sun i sur., 2016). Općenito, prema rezultatima provedenih istraživanja žene koje boluju od shizofrenije razvijaju manje kognitivnih poremećaja od muškaraca (Mendrek i Mancini-Marie, 2016). Znanstvenici smatraju da je taj rezultat posljedica zaštitnih učinaka reproduktivnih hormona estrogena (McGregor i sur., 2017) i progesterona (Sun i sur., 2016.). Naime, prema estrogenskoj hipotezi shizofrenije upravo estrogen ima neurozaštitnu ulogu u patofiziologiji shizofrenije kroz veze između estrogena i neurotransmitera, neuromodulatora, neuroupalnih čimbenika i luteinizirajućeg hormona (McGregor i sur., 2017). Rezultati istraživanja kojeg su proveli Halari i suradnici (2004) ukazuju na značajnu povezanost između viših razina cirkulirajućeg progesterona i slabijeg učinka u zadacima prostornog pamćenja. No, postoje istraživanja u kojima nije uočen utjecaj hormona na spolne razlike pacijenata koji pate od shizofrenije (Rubin i sur., 2010). Prema tome, spoznaje o učinku hormona u shizofreniji za sad su nejasne pa nije moguće donošenje čvrstih zaključaka o uzročno-posljedičnoj povezanosti bez dodatnih istraživanja. Spolne razlike također su uočene u napredovanju bolesti i prognozi, pri čemu muškarci pokazuju slabiji odgovor na antipsihotike pa su im potrebne veće doze da bi se postigao željeni učinak (Szymaniński i sur., 1995). Sukladno tome, muškarci također pokazuju veću ovisnost o drogama (Ochoa i sur., 2012), društvenu izolaciju i povlačenje od žena (Zhang i sur., 2012) koje se brže prilagođavaju socijalnoj okolini, uče poželjne obrasce ponašanja i teže poboljšanju bračnih i međuljudskih odnosa i zapošljavanju (Hafner, 2003; Vila-Rodriguez i

sur., 2011). Analize kliničkih slika pacijenata ukazuju na to da žene imaju veće stope remisije i oporavka od muškaraca (Carpiniello i sur., 2012). Rezultati istraživanja koje su proveli Mendrek i Mancini-Marie (2016) pokazuju da se spolne razlike mogu uočiti prije pojave klinički vidljivih simptoma poput halucinacija i alogije, pri čemu je kod muškaraca uočeno lošije premorbidno funkcioniranje nego kod žena, uključujući veću socijalnu povučenost, izolaciju i lošu brigu o sebi. Također, uočeno je da muškarci koji imaju razvijene simptome shizofrenije imaju više morfoloških abnormalnosti mozga od žena. Uočene morfološke abnormalnosti odnose se na odstupanje u strukturi i/ili funkciji određenih staničnih struktura (Ladan, 1999). To potvrđuju nalazi koji pokazuju veće ventrikularno proširenje (Narr i sur., 2001) i težu atrofiju frontalnog i temporalnog režnja kod muškaraca (Narr i sur., 2001). Uz to, kod muškaraca su uočene veće abnormalnosti u mikrostrukturi bijele tvari što ukazuje na to da bi se shizofrenija mogla smatrati poremećajem globalne mreže povezanosti mozgovnih struktura (Kelly i sur., 2018). Nedavna istraživanja potvrđuju da je shizofrenija poremećaj kod kojeg dolazi do oštećenja bijele tvari zbog čega može doći do oštećenja veza među raznim moždanim središtima što može dovesti do pojačanih simptoma raznih kognitivnih i motoričkih poteškoća (Klauser i sur., 2017). Nažalost, rezultati o spolnim razlikama u simptomatici shizofrenije pokazuju kontradiktorne rezultate, stoga su potrebna dodatna istraživanja koja bi ispitala i utvrdila postoje li uopće spolne razlike u simptomatici i u kojoj mjeri su one izražene. Primjerice, rezultati nekih istraživanja pokazuju da žene češće razvijaju pozitivne (Thorup i sur., 2007) i afektivne simptome nego muškarci (Ochoa i sur., 2012; Zhang i sur., 2012). Nadalje, postoje istraživanja čiji rezultati ukazuju na to da su kod žena često prisutni blaži simptomi poput manjih kognitivnih poremećaja i/ili deficita (Han i sur., 2012) i blaže izraženi negativni simptomi (Bakhshi i Chance, 2015; Galderisi i sur., 2012;). Suprotno tome, postoje istraživanja u kojima nisu identificirane spolne razlike u pozitivnim ili negativnim simptomima (Szymanski i sur., 1995). Primjerice, u istraživanju koje su proveli Han i suradnici (2012) nisu pronađene spolne razlike u govoru, vidnoprstornim sposobnostima i pažnji. Smatra se da su takvi nalazi rezultat općeg oštećenja mozgovnih struktura u području frontalnog režnja kao i promjena volumena hipokampusu što zajedno dovodi do razvoja kognitivnih deficita neovisno o spolu. Također, smatra se da je abnormalna ekspresija neurotransmiterskih receptora u područjima mozga koji su odgovorni za koncentraciju i pažnju odgovorna za utvrđene deficite u pažnji kod oba spola (Crook i sur., 2000). Uz to, uočeno je da i muškarci (Morgan i sur., 2008) i žene (Szymanski i sur., 1995) u podjednako mjeri pate od izraženijih simptoma depresije te da žene mogu imati izraženije negativne simptome od muškaraca (Galderisi i sur., 2012). Takvi kontradiktorni rezultati mogući su zbog raznih nepravilnosti u metodologiji istraživanja, ali i zbog promjena u klasifikaciji shizofrenije tijekom godina. Konačno, važno je naglasiti da spolne razlike u nekim kognitivnim i motoričkim vještinama nije moguće uočiti zato što shizofrenija uvjetuje podjednako propadanje određenih mozgovnih struktura kod

oba spola. Dakle, spolne razlike u nekim slučajevima nisu utvrđene jer su strukturalna oštećenja podjednaka za oba spola, a ne zato što ih nema, odnosno zato što ne dolazi do strukturalnih oštećenja.

Tipovi shizofrenije prema *MKB-10* i *MKB-11*

U *MKB-10* klasifikaciji (Svjetska zdravstvena organizacija, 1996; prema Mimica i sur., 2006) dolazi do značajnijih promjena u šifriranju shizofrenije kojom se postiže veća fleksibilnost, odnosno bolja mogućnost sistematizacije postojećih i potencijalnog uvrštavanja novih poremećaja u buduće klasifikacije. Prema tome, duševni se poremećaji i poremećaji ponašanja nalaze u kategoriji F00-F99, a shizofrenija, shizotipni i sumanutni poremećaji pod oznakom F20-F29 (Mimica i sur., 2006). U *MKB-10* klasifikaciji shizofrene poremećaje se opisuje kao poremećaje za koje su karakteristični poremećaji mišljenja i percepcije, a afekt je neprimjeren ili otupljen. Smatra se da su svijest i intelektualne sposobnosti u većini slučajeva očuvane, iako se u nekim slučajevima mogu pojaviti kognitivni deficiti (Svjetska zdravstvena organizacija, 1996). Također, česte su i slušne halucinacije tijekom kojih osoba čuje komentare na račun svog ponašanja i/ili razmišljanja. Uz to, percepcija može biti poremećena na razne načine pa tako osoba može jasnije i/ili drugačije vidjeti boje i čuti zvukove te pridavati veliku važnost inače beznačajnim obilježjima uobičajenih predmeta. Nadalje, u početnim stadijima karakteristično je da osoba djeluje izrazito zbunjeno uvjeravajući se da svakodnevne situacije imaju posebno, često negativno i opasno, značenje za nju. S vremenom, mišljenje postaje nejasno, eliptično i opskurno, a govor nerazumljiv. Dominantno raspoloženje uglavnom je plitko, hirovito ili neprimjerenost te dolazi do gubitka volje što se izražava kroz pasivnost, negativizam ili stupor. Zbog prisutnih promjena raspoloženja, shizofreniju ne bi trebalo dijagnosticirati kada su prisutni značajni depresivni ili manični simptomi, osim u slučajevima kada se može utvrditi da su shizofreni simptomi nastupili prije afektivnog poremećaja. Također, dijagnozu shizofrenije ne preporučuje se postavljati kada pacijent ima očite traume mozga te ako je pacijent u stanju intoksikacije drogom ili u fazi apstinencije od iste (Svjetska zdravstvena organizacija, 1996).

Svjetska zdravstvena organizacija u *MKB-10* dijeli shizofreniju na devet potkategorija koje će biti opisane u ovom odjeljku. Prva potkategorija obuhvaća *paranoidnu shizofreniju* (F20.0) koja se smatra najučestalijim oblikom shizofrenije u gotovo cijelom svijetu. U kliničkoj slici ističu se relativno trajne sumanute paranoidne ideje koje su često praćene slušnim i vidnim halucinacijama. U ovom stanju nisu prisutni ili su slabo uočljivi poremećaji afekta, volje i govora. Pacijenti često opisuju simptome poput sumanutosti proganjanja i posebnih misija te slušnih halucinacija koje im prijete ili naređuju.

Druga je potkategorija F20.1 koja se odnosi na *hebefrenu shizofreniju*, ali obuhvaća i *dezorganiziranu shizofreniju*. U kliničkoj slici ističu se afektivne promjene, a karakteristične su i prolazne i fragmentalne (disorganizirane) sumanutosti i halucinacije te neodgovorno i nepredvidivo ponašanje praćeno manirizmima. Kod pacijenata s ovim tipom shizofrenije prevladava površno i neprimjereno raspoloženje, dezorganizirano mišljenje i nekoherentan govor, a često se javlja i težnja socijalnoj izolaciji. Ovo stanje najčešće se dijagnosticira u adolescenciji i mlađoj odrasloj dobi, a praćeno je brzim razvojem negativnih simptoma pa prognoza za pacijente nije povoljna. Treća je potkategorija F20.2 koja se odnosi na *katatonu shizofreniju*, ali obuhvaća i *katatoni stupor*, *shizofrenu katalapsiju*, *shizofrenu katatoniju* te *flexibilitas cerea*. U kliničkoj slici ističu se psihomotorni poremećaji kod kojih se izmjenjuju dvije krajnosti, primjerice hiperkinezija (nevoljni tjelesni pokreti) i stupor (poremećaj svijesti u kojem dolazi do motoričke ukočenosti i osoba prestaje reagirati na podražaje u svojoj okolini). Pacijenti s tim tipom shizofrenije često imaju epizode snažnog uzbuđenja koje se izmjenjuju s oneroidnim stanjima (stanja nalik na san) prilikom čega dolazi do živih scenskih halucinacija (Svjetska zdravstvena organizacija, 1996).

Četvrta potkategorija je F20.3 koja se odnosi na *nediferenciranu shizofreniju*, a obuhvaća i *atipičnu shizofreniju*. Sam naziv temelji se na činjenici da ovaj oblik shizofrenije zadovoljava opće dijagnostičke kriterije shizofrenije, ali ga se ne može svrstati ni u jedan od podtipova F20.0-F20.2. Moguće je i da ovaj oblik shizofrenije ima obilježja koja se podudaraju s više podtipova, ali da ne prevladava ni jedan skup dijagnostičkih značajki. Peta potkategorija je *postshizofrena depresija* (F20.4) koja može biti posljedica shizofrene bolesti. U tom stanju moraju biti prisutni neki pozitivni ili negativni simptomi shizofrenije, ali oni nisu dugotrajno prisutni u kliničkoj slici. Također, depresivni simptomi nisu dovoljno teški ili ekstenzivni da bi se mogla dijagnosticirati velika depresivna epizoda. Kod ovog oblika treba biti izrazito oprezan u radu s pacijentom jer su depresivna stanja praćena povećanim rizikom od počinjenja samoubojstva (Mimica i sur., 2006). Šesta potkategorija se odnosi na *rezidualnu shizofreniju* (F20.5), ali obuhvaća i *kroničnu nediferenciranu shizofreniju*, *Restzustand (shizofreni)* i *shizofreno rezidualno stanje*. Ova kategorija predstavlja kronično stanje razvoja shizofrenije. Tijekom tog je stanja jasno vidljiva progresija bolesti karakterizirana dugotrajnim, ponekad ireverzibilnim, negativnim simptomima poput psihomotorne usporenosti, smanjene aktivnosti, otupjelosti afekta, pasivnosti ili nedostatka inicijative, smanjene količine verbalne i neverbalne komunikacije, nedovoljne brige o sebi i manjka socijalnih kontakata. Sedma potkategorija obuhvaća *shizofreniju simplex* (F20.6) kod koje dolazi do nemogućnosti ispunjavanja zahtjeva okoline i smanjenog cjelokupnog funkcioniranja. Također, bez prethodnih psihotičnih simptoma mogu se razviti obilježja rezidualne shizofrenije poput otupjelog afekta ili gubitka volje. Osmu potkategoriju

je F20.8 te obuhvaća *ostalu shizofreniju* u koju pripadaju cenestopatična shizofrenija i shizofreniformni poremećaj bez pobližeg objašnjenja (BPO). Konačno, deveta potkategorija je F20.9 koja obuhvaća *nespecificiranu shizofreniju* kod koje ne postoje specifikacije iz raznih razloga (Svjetska zdravstvena organizacija, 1996).

No, kako je Svjetska zdravstvena organizacija 2018. godine objavila 11. reviziju Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-11), danas je u zdravstvenom sustavu poznata drugačija klasifikacija psihotičnih poremećaja. Iako nije rijetko da se dijagnoze još uvijek postavljaju prema MKB-10 klasifikaciji, važno je ovdje istaknuti promjene do kojih je došlo u najnovijoj reviziji jer će se ista početi sve više upotrebljavati (Andrić-Petrović i Marić, 2019). Naime, nova klasifikacija još nije dostupna na hrvatskom jeziku što potencijalno može biti razlog tome što ista još nije ušla u standardnu upotrebu, stoga ovdje donosimo pregled najvažnijih promjena u MKB-11 u odnosu na MKB-10 po pitanju psihotičnih poremećaja. Prvenstveno, došlo je do promjene naziva kategorije u koju su svrstani psihotični poremećaji kao i do promjene šifre kojom se isti označavaju. Prema tome, psihotični poremećaji su u MKB-11 svrstani u kategoriju pod nazivom *Poremećaji iz spektra shizofrenije i drugi primarni psihotični poremećaji*, a dodijeljena šifra je 6A2- (Andrić-Petrović i Marić, 2019). U Tablici 1. usporedno su prikazane dijagnostičke kategorije u MKB-10 i MKB-11.

Tablica 1

Usporedni prikaz klasifikacije psihotičnih poremećaja u MKB-10 i MKB-11 (Andrić-Petrović i Marić, 2019).

<i>MKB-10: Shizofrenija, shizotipalni poremećaj i duševna oboljenja sa sumanutošću</i>	<i>MKB-11: Poremećaji iz spektra shizofrenije i drugi primarni psihotični poremećaji</i>
Shizofrenija (F20.0)	Shizofrenija (6A20)
Shizoafektivni poremećaj (F25.0)	Shizoafektivni poremećaj (6A21)
Shizotipalni poremećaj (F21.0)	Shizotipalni poremećaj (6A22)

Akutni i prolazni psihotični poremećaj (F23.0)	Akutni i prolazni psihotični poremećaj (6A23)
Akutni polimorfni psihotični poremećaj bez simptoma shizofrenije (F23.0)	
Stalni duševni poremećaj sa sumanutošću (F22.0)	Duševna oboljenja sa sumanutošću (6A24)
Druga akutna duševna oboljenja sa sumanutošću (F23.3)	
Inducirana sumanutost (F24.0)	
Akutni polimorfni psihotični poremećaj sa simptomima shizofrenije (F23.1)	Drugi primarno psihotični poremećaji (6A2Y/6A2Z)
Akutni psihotični poremećaj sličan shizofreniji (F23.2)	

Jedan od glavnih ciljeva kojem su autori težili prilikom sastavljanja nove klasifikacije je poboljšati kliničku primjenjivost iste tako što će se smanjiti broj dijagnostičkih kategorija i pojednostaviti dijagnostički kriteriji (Andrić-Petrović i Marić, 2019). Kao što je vidljivo iz Tablice 1, u klasifikaciji se koristi izraz *primarni psihotični poremećaj* koji pridonosi lakšem razlikovanju istih od *sekundarnih psihotičnih poremećaja* koji se razvijaju zbog zlorabe psihoaktivnih supstanci i od *sekundarnog psihotičnog sindroma* koji nastaje kao posljedica somatskog oboljenja (Andrić-Petrović i Marić, 2019). Zatim, jedna od najvećih promjena odnosi se na izostavljanje kliničkih subtipova shizofrenije – paranoidne, hebefreno-dezorganizirane, katatone, nediferencirane i rezidualne forme stanja. Do takve odluke je došlo iz nekoliko razloga: 1) smatra se da klinički subtipovi nisu primjeren pokazatelj heterogenosti shizofrenije; 2) smatra se da ti subtipovi ne predstavljaju dijagnostički stabilna stanja jer se baziraju na simptomima prisutnim u tom trenutku, a poznato je da se simptomi mogu mijenjati u daljnjem tijeku razvoja poremećaja; 3) smatra se da navedeni podtipovi nemaju nasljednu komponentu i 4) da je njihova prognostička valjanost vrlo ograničena (Linscott i sur., 2010; prema Andrić-Petrović i Marić, 2019). Nadalje, za postavljanje dijagnoze shizofrenije neophodno je da se kod pacijenta mogu uočiti barem dva temeljna simptoma (perzistentne sumanute ideje, perzistentne halucinacije, poremećaj mišljenja po formi (primjerice inkohherentan govor) ili poremećaj doživljavanja sebe (sumanutost kontrole ili pasivnosti). Pri tome, važno je utvrditi da navedeni simptomi nisu nastali kao manifestacija nekog drugog zdravstvenog stanja (npr. tumor) ili kao posljedica oštećenja središnjeg živčanog sustava zbog konzumacije raznih supstanci i/ili lijekova (npr. kortikosteroida; Andrić-Petrović i Marić, 2019).

Shizofrenija kod djece i adolescenata

Shizofrenija s vrlo ranim i ranim početkom. Znanstvenici sve više pažnje usmjeravaju na istraživanje kliničkih slika u kojima je do pojave simptoma shizofrenije došlo prilično rano, odnosno u razdoblju djetinjstva. Iako su shizofrene psihoze u dječjoj dobi rijetke, njihova se vrijednost ne smije umanjivati. Jednu od prvih klasifikacija shizofrenije s vrlo ranim početkom može se pronaći u radovima Karla Leonharda koji je takvo stanje nazvao *infantilna katatonija* (Remschmidt i Theisen, 2005). Na temelju analize kliničkih slika, Leonhard (1986; prema Remschmidt i Theisen, 2005) smatra da je infantilna katatonija karakterizirana motoričkim poteškoćama, izostankom ili slabim razvojem jezika, kognitivnim poteškoćama, negativizmom, periodičnim tijekom i većom prevalencijom među muškarcima. Međutim, do danas nije proveden dovoljan broj istraživanja koja bi ponovila i potvrdila njegove rezultate, stoga se njegova klasifikacija službeno ne koristi, ali predstavlja dobar temelj za daljnji razvoj i usmjeravanje novih istraživanja. Poznato je da se simptomi shizofrenije u većini slučajeva pojavljuju u ranoj odrasloj dobi, no važno je napomenuti da otprilike jedna trećina pacijenata može razviti prve simptome prije 19. godine (Madaan i sur., 2008). Ako se simptomi shizofrenije jave kod osoba mlađih od 13 godina tada se to definira kao shizofrenija s vrlo ranim početkom (eng. *very-early-onset schizophrenia*; VEOS) za koju se procjenjuje da se javlja kod jedne od 10000 osoba u populaciji oboljelih (Werry, 1992). Kod shizofrenije s ranim početkom (eng. *early-onset schizophrenia*, EOS) simptomi se počinju pojavljivati između 13. i 17. godine, a zahvaćaju otprilike 0,5% ukupnih pacijenata iz spektra shizofrenije. Procjenjuje se da je shizofrenija s ranim početkom približno 50 puta rjeđa od shizofrenije koja se počinje razvijati u odrasloj dobi, a također je rjeđa i od autizma. Također, postoji značajan porast pojave simptoma shizofrenije nakon 13. godine života (Remschmidt i sur., 1994).

Problematika postavljanja dijagnoze. U slučaju pojave simptoma prije adolescencije, dijagnoza se temelji na istim dijagnostičkim kriterijima koji se koriste za odrasle (Asarnow i sur., 2004). Dijagnoza se najčešće temelji na detaljnoj anamnezi i heteroanamnezi te temeljitom kliničkom intervjuiranju pacijenta, uz obavezno psihološko i neuropsihološko testiranje. Psihološko testiranje uglavnom uključuje mjerenja inteligencije, koncentracije, pamćenja, jezika i motoričkih funkcija, a važno je utvrditi i emocionalno stanje pacijenta. Depresivni simptomi često mogu prethoditi razvoju simptoma shizofrenije u razdoblju adolescencije što potvrđuje činjenica da je približno 20% takvih slučajeva započelo depresivnom epizodom (Remschmidt i sur., 1973). Zahvaljujući brojim istraživanjima, danas postoje i donekle standardizirani klinički intervjui i ljestvice koji se koriste za dijagnozu shizofrenije u razdoblju djetinjstva i adolescencije (Remschmidt i Theisen, 2005). Neki od najčešće korištenih instrumenata su: *Children's Psychiatric Rating Scale* (CPRS; Åsberg i sur., 1978), *Thought-Disorder-Scales* (TDS; Waring i sur., 2003), *Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Age Children* (K-SADS-E; Puig-Antich, i sur., 1980) i *Interview for Childhood Disorders and Schizophrenia* (ICDS; Russell i sur., 1989).

Unatoč činjenici da se simptomatika shizofrenije s vrlo ranim i ranim početkom poklapa sa simptomatikom shizofrenije kod odraslih, postoje poteškoće kada se kriteriji za dijagnozu odraslih primjenjuju na djeci kod koje postoji sumnja na shizofreniju. Što je pacijent mlađi, to su simptomi manje specifični i pokazuju značajno preklapanje s nizom razvojnih poremećaja. Zbog toga je izuzetno teško utvrditi točnu dijagnozu kod mlađe djece (Remschmidt i Theisen, 2005). Ta nesigurnost može se umanjiti tako da se stanje djeteta prati kroz neko vrijeme, no to može rezultirati gubitkom vremena za rano liječenje i usporavanje progresije simptoma. Naime, istraživanja sugeriraju da rani početak liječenja povećava šansu za pozitivan ishod, odnosno za smanjenje izraženosti simptoma i povećanje kvalitete života (Remschmidt i Theisen, 2005). Prema tome, utvrđeno je nekoliko poremećaja koje treba razlikovati od shizofrenije u razdoblju djetinjstva i adolescencije.

Jedan od tih poremećaja je autizam za koji je karakteristično da se simptomi manifestiraju u prvih 30 mjeseci života, dok za shizofreniju nema dokaza o tako ranoj pojavi simptoma. Uz to, kod autizma ne dolazi do pojave halucinacija i deluzija. Također, u tu skupinu pripada i dezintegrativni poremećaj koji se od shizofrenije razlikuje u tome što dolazi do gubitka stečenih vještina kao što je jezik te razvoja poteškoća u komunikaciji i ponašanju. Nadalje, važno je spomenuti i razvojne poremećaje koji su praćeni većim brojem negativnih simptoma i obuhvaćaju više poteškoća u socijalnom okruženju. Zanimljivo, u slučaju afektivnih psihoza često se dijagnosticira shizofrenija umjesto bipolarnog poremećaja, no diferencijacija je moguća tijekom polugodišnjeg opažanja simptoma (Remschmidt i Theisen, 2005). Pacijente s Aspergerovim sindromom može se razlikovati od shizofrenih pacijenata jer je za njih karakteristično da ne pokazuju pozitivne simptome te izostaje pogoršanje školskog i socijalnog funkcioniranja. No, važno je napomenuti da mogu razviti shizofreniju kasnije u životu (Wolff, 2020). Konačno, kod psihoza potaknutih konzumacijom droge potrebno je uraditi potpunu anamnezu i prikupiti informacije o supstancama koje je osoba konzumirala unazad godinu dana te zatražiti laboratorijsku analizu krvi i urina s ciljem razlikovanja od simptoma shizofrenije (Remschmidt i Theisen, 2005). Dijagnoza shizofrenija utvrđuje se ako simptomi perzistiraju i nekoliko mjeseci nakon prestanka konzumacije droge. Također, kod organskih poremećaja mozga kliničku sliku karakteriziraju poremećaji kretanja i progresivno pogoršanje kognitivnih funkcija (Remschmidt i Theisen, 2005).

Danas na temelju brojnih istraživanja većina istraživača razlikuje najmanje četiri skupine psihoza u djetinjstvu i adolescenciji s obzirom na dob i stupanj kognitivnog razvoja djeteta. U prvu skupinu psihoza svrstani su različiti psihotični sindromi za koje je karakterističan postupni početak, kronični tijek i manifestacija prije treće godine života. Nijedan od psihotičnih sindroma svrstanih u tu skupinu, s izuzetkom infantilne katatonije, nije dokazano povezan sa shizofrenijom (Remschmidt i Theisen, 2005). Primjerice, krajem dvadesetog stoljeća autizam je bio uvršten u kategoriju psihotičnih

sindroma, no zahvaljujući novim spoznajama pojam psihoze više se ne dovodi u vezu s autizmom, te se danas (atipični) autizam i Aspergerov sindrom (prije klasificiran kao autistična psihopatija) klasificiraju kao *pervazivni razvojni poremećaji*. U drugu skupinu uvrštena su psihotična stanja, od kojih većina ima akutni početak između treće i pete godine života te je karakterizirana regresivnim ponašanjem različitih vrsta (Remschmidt i Theisen, 2005). Za treću skupinu psihoza karakterističan je početak između kasnog djetinjstva i pretpuberteta, fluktuirajući ili subakutni tijek te jasna povezanost sa kliničkim slikama shizofrenije u razdoblju adolescencije i odrasle dobi (Eggers, 2013). U četvrtu skupinu psihoza uvrštena je adolescentna shizofrenija koja se manifestira u razdoblju puberteta i/ili adolescenciji. Osobe kod kojih je došlo do razvoja psihoze tijekom adolescencije, nisu nužno morale imati izražene simptome od ranog djetinjstva, već su se simptomi mogli pojaviti kasnije (Remschmidt, 1975).

Nove metode identifikacije rizičnih pojedinaca. Diskriminacijske abnormalnosti koje se mogu uočiti u moždanoj aktivnosti kod pojedinaca koji imaju određen rizik od razvoja psihičkih poremećaja mogu biti ključne za ranu intervenciju (Laurens i sur., 2010). Prema tome, znanstvenici rade na razvijanju novih metoda kojima bi mogli identificirati pojedince koji su potencijalno u premorbidnoj (Laurens i Cullen, 2016) i/ili prodromalnoj fazi bolesti (Fusar-Poli i sur., 2016), odnosno u fazama koje prethode pojavi psihoze. Tijekom prodromalne faze javljaju se nespecifični simptomi shizofrenije koji se mogu reducirati ranim intervencijama. Problem je u tome što prodromalna faza uglavnom započinje u ranoj životnoj dobi kada je zahtjevnije dijagnosticirati psihičke poteškoće zbog hormonalnih varijacija. Stoga se češće dijagnosticiraju poremećaji ponašanja nego sama shizofrenija, a samim time umanjuje se mogućnost rane intervencije (Berk i sur., 2007). Te se metode baziraju na funkcionalnim abnormalnostima mozgovnih struktura koje su uočene prilikom mjerenja električnog potencijala kod odraslih osoba s razvijenim simptomima shizofrenije (Niznikiewicz, 2019). Jedna od komponenata koji služi kao izvrstan pokazatelj rizičnog potencijala je amplituda neusklađenog negativnog potencijala (eng. *mismatched negativity potential*, MMN), kojom se detektira svako odstupanje dolaznog podražaja od senzornog traga pamćenja uspostavljenog prethodnim podražajima, a obično se izaziva tijekom pasivnog slušanja gdje se rijedak devijant (koji može varirati u trajanju ili učestalosti) prikazuje na pozadini čestih standardnih tonova. Neusklađeni negativni potencijal dokazano je povezan s težinom bolesti i služi kao biomarker za procjenu abnormalne funkcije mozga kod djece koja spadaju u rizičnu skupinu za razvoj shizofrenije (Bruggemann i sur., 2013).

Tretmani shizofrenije

S obzirom na to da ne postoji jedinstveni lijek za izlječenje shizofrenije, liječenje se svodi na ublažavanje simptoma i poboljšanje kvalitete života kroz ponovnu socijalizaciju. Kako bi bilo što učinkovitije, liječenje se dijeli po kliničkim fazama bolesti, odnosno na liječenje akutne faze, faze stabilizacije, faze održavanja i faze oporavka (Kučukalić i sur., 2006). Za optimalno liječenje farmakoterapija bi se trebala primjenjivati u svim fazama poremećaja, a preporučuje se i kombinacija sa psihosocijalnim intervencijama u obliku suportivne psihoterapije (kraća forma terapije za pružanje podrške osobama koje prolaze kroz krizno razdoblje u životu), obiteljske psihoedukacijske intervencije i profesionalne rehabilitacije (Kučukalić i sur., 2006).

Farmakoterapija. Najčešći oblik liječenja shizofrenije je farmakoterapija, stoga postoje brojna istraživanja koja pružaju informacije o djelotvornosti pojedinih lijekova u liječenju shizofrenije. Prema tim istraživanjima, kako bi se ublažili pozitivni simptomi shizofrenije preporučuje se koristiti konvencionalne antipsihotike poput klorpromazina, haloperidola i flufenazina (Kučukalić i sur. 2006). Ti antipsihotici pokazali su se vrlo učinkovitim u liječenju akutne faze bolesti, ali i u dugoročnoj terapiji za održavanje i prevenciju ponovne pojave simptoma. Nadalje, za ublažavanje negativnih simptoma preporučuje se korištenje novih atipičnih antipsihotika poput risperidona, ziprasidona i aripiprazola (Kučukalić i sur. 2006).

Kao veliki nedostatak konvencionalnih antipsihotika navodi se činjenica da iznimno slabo djeluju na ublažavanje negativnih simptoma, ali i dovode do neugodnih, ponekad onesposobljavajućih i opasnih nuspojava koje su uočene kod čak 40% pacijenata (Kučukalić i sur. 2006). Neke od tih nuspojava mogu biti akutna distonija (dugotrajne nevoljne mišićne kontrakcije), parkinsonizam (obuhvaća mišićni tremor, otežano kretanje, oslabljenu mimiku lica, nekontrolirane pokrete), tardivna diskinezija (učestali nevoljni pokreti mišića lica i ekstremiteta) i akatizija (obrazac nervoznih pokreta poput pomicanja nogu, ljuljanja, tapšanja rukama ili nogama). Tada je takva stanja potrebno liječiti tako što se reducira doza antipsihotika i počne terapija antikolinergicima ili antiparkinsonicima. Navedene nuspojave često budu krivo prepoznate kao pogoršanje psihotičnih simptoma zbog čega se pacijentima poveća doza antipsihotika što može dovesti do razvoja brojnih drugih zdravstvenih problema. Suprotno tome, novi atipični antipsihotici učinkoviti su u redukciji kako pozitivnih tako i negativnih simptoma te dovode do manjeg broja nuspojava (porast tjelesne težine, seksualna disfunkcija, sedacija) zbog čega su danas gotovo u potpunosti zamijenili konvencionalne antipsihotike u farmakoterapiji (Kučukalić i sur. 2006).

Antipsihotici se mogu primjenjivati u monoterapiji, ali se često rabe u kombinaciji sa stabilizatorima raspoloženja, benzodijazepinima, hipnoticima te drugim lijekovima (npr. niskim dozama tipičnih, konvencionalnih antipsihotika). Prije primjene lijeka u obzir je potrebno uzeti je li i koliko je pacijent spreman na suradnju. Prema tome, u situacijama kada pacijent nije u potpunosti spreman na suradnju rabi se, primjerice, lako topljiva tableta ili solucija kako bi se osiguralo da je pacijent uzeo lijek. Uz to, važno je u takvoj situaciji prepisati antipsihotik koji se uzima jednom, a ne više puta na dan i tako održati monoterapiju zbog lakše kontrole konzumacije iste. No, ukoliko je pacijent spreman na suradnju i voljan je konzumirati prepisane lijekove, tada se može prepisati lijek koji se konzumira više puta kroz dan. Naravno, važno je pomno razmotriti kliničku sliku pacijenta: prevladavaju li pozitivni ili negativni simptomi, radi li se o prvoj ili ponovljenoj epizodi, kakvo mu je raspoloženje, je li pacijent suicidalan ili agresivan, je li jako uznemiren i u pokretu, može li spavati, kakav mu je tek, kakvo je opće zdravstveno stanje, kako je pacijent reagirao na dosadašnju terapiju i koji je lijek uzimao. Kao i uvijek, terapija će se nastojati prilagoditi pacijentu kako tijekom akutnih faza bolesti tako i tijekom uglavnom potrebne terapije održavanja (Varda i Srkalović Imširagić, 2008).

Također, pojedine nuspojave lijeka mogu se iskoristiti kroz djelovanje na određene simptome: primjerice, sedaciju koju uzrokuje antipsihotik olanzapin iskoristiti ćemo protiv agitacije ili nesanice. Nadalje, tijekom farmakoterapije kod pacijenata može doći do povećanja apetita i tjelesne mase. U tom slučaju prepisana terapije neće se mijenjati, ali će se konstantno nadzirati njegovi metabolički rizici. Metabolički rizici (npr. inzulinska rezistencija, rizik od dijabetesa melitusa, povećanje tjelesne mase, hiperlipoproteinemija) se tijekom konzumiranja atipičnih antipsihotika moraju uzeti u obzir kod svakog pacijenta pojedinačno. Važno je od samog početka pacijenta informirati o zdravom načinu prehrane (Nasrallah, 2008). U konačnici, smatra se da su atipični antipsihotici doveli do značajnog poboljšanja kvalitete života kod mnogih pacijenata i njihovih obitelji, kao i ljudi kojih ih okružuju u svakodnevnom životu. Samim time, kvaliteta života pacijenata podignuta je na višu razinu. Uz to, pravilna primjena farmakoterapije može dovesti i do značajnih poboljšanja u kognitivnom funkcioniranju osoba koje su razvile simptome shizofrenije (Leucht i sur., 2009).

Shizofrenija otporna na liječenje (eng. Treatment resistant schizophrenia, TRS). Shizofrenija otporna na liječenje (TRS) karakterizirana je prisutnošću simptoma iako ih se pokušalo ublažiti kroz nekoliko praćenih terapija različitim antipsihoticima (Howes i sur., 2017). TRS se javlja kod otprilike 34% pacijenata sa shizofrenijom (Demjaha, 2017). Iako prisutni simptomi mogu biti i negativni i kognitivni, ono što određuje TRS je dominantna prisutnost pozitivnih simptoma (Farooq i sur., 2013). Međutim, neuspjeh umanjanja simptoma shizofrenije antipsihoticima nije dovoljan za definiranje TRS-a

jer se isti može razviti jednim od nekoliko neurobioloških puteva. Rezultati nekoliko istraživanja ukazuju na disfunkciju dopamina i glutamata prilikom razvoja TRS-a, iako postoje rezultati istraživanja koji ukazuju na to da bi disfunkcija serotoninskog puta također mogla igrati ulogu u razvoju navedenog stanja (Altamura i sur., 2005; Howes i sur., 2015). Još jedna od teorija razvoja TRS-a je hipoteza dopaminske supersenzitivne psihoze (DSP). Ta hipoteza objašnjava razvoj TRS-a kod pacijenata koji su na početku reagirali na liječenje antipsihoticima tako što pretpostavlja da kontinuirana blokada dopaminskih receptora antipsihoticima dovodi do preosjetljivosti na dopamin što posljedično uzrokuje TRS (Chouinard i Chouinard, 2008). Međutim, DSP hipoteza nije univerzalno prihvaćena ni dosljedno podržana kliničkim podacima. Još uvijek postoje mnoge nejasnoće u razumijevanju patofiziologije i putova koji vode do razvoja TRS-a. Razjašnjavanje tih nejasnoća moglo bi dovesti do razvoja novih i poboljšanih mogućnosti liječenja za pacijente koji ne reagiraju na liječenje antipsihoticima (Potkin i sur., 2020). Dakle, iako je identificirano nekoliko bioloških mehanizama koji bi mogli biti u podlozi TRS-a, do danas ni jedan nije potvrđen kao glavni uzročnik. Stoga je potrebno više istraživanja kako bi se ispitali različiti mogući uzroci u različitim populacijama pacijenata u različitim fazama bolesti.

Ostali tretmani shizofrenije. Psihosocijalne intervencije jednako su važne u procesu liječenja shizofrenije. Naime, tijekom aktivne faze shizofrenije lijekovi pomažu pacijentima da bolje prihvaćaju psihosocijalne intervencije, a u fazi održavanja te intervencije pomažu pacijentima da poboljšaju kvalitetu vlastitog života (Kučukalić i sur. 2006). Takve intervencije pokazale su se izrazito korisne u liječenju pacijenata koji lošije reagiraju na farmakoterapiju ili istu odbijaju uzimati. Često se potiče sudjelovanje u individualnoj ili grupnoj psihoterapiji, dok se obitelj poziva na psihoedukacije kako bi se pacijentu što efikasnije moglo pomoći da poboljša socijalne vještine kao i kvalitetu života. Također, rezultati istraživanja su pokazali da sudjelovanje u programima obiteljskih intervencija izrazito pozitivno utječe na oporavak pacijenta. U tim se intervencijama uči efikasnom rješavanju problema i vještinama komunikacije čime se smanjuju sukobi unutar obitelji. Nadalje, usluge psihosocijalne rehabilitacije i treninga vještina omogućuju pacijentima da uče verbalne i neverbalne komunikacijske vještine te ih kroz učenje vještina i ispunjavanje zadataka osposobljava za samostalan život u zajednici (Kučukalić i sur. 2006).

Tretmani shizofrenije u razvoju. Postoje brojni tretmani shizofrenije čiji se učinak još uvijek istražuje. Neki od poznatijih tretmana koji spadaju u tu skupinu su transkranijalna magnetska stimulacija (TMS; Hallett, 2007) i transkranijalna stimulacija istosmjernom strujom (tDCS; Utz i sur., 2010) To su neinvazivne metode neurostimulacije koje se primjenjuju na neuropsihijatrijske poremećaje poput shizofrenije. Te metode koriste se kao eksperimentalne metode kako bi se unaprijedilo razumijevanje fiziologi-

je i funkcionalne anatomije kortikalne mreže u kogniciji i pamćenju, ali i kao jedinstvena terapijska strategija kod pacijenata koji ne reagiraju na ostale farmakološke i psihološke tretmane (Minzenberg i Carter, 2012). Kod TMS-a se na tjeme postavlja žica kroz koju se propušta snažna i brzo promjenjiva struja. Tada se stvara magnetsko polje koje prodire u lubanju, što je prilično bezbolno. Posljedično, u mozgu se inducira vrtložna struja koja prodire kroz membrane neurona, što rezultira akcijskim potencijalom ili ekscitatornim (ili inhibitornim) postsinaptičkim potencijalom (Ziemann, 2004). Prednosti TMS-a za kogniciju mogu se procijeniti stimulacijom *online*, odnosno stimulacijom tijekom izvođenja zadatka ili stimulacijom *offline*, odnosno stimulacijom prije i nakon izvođenja zadataka (Minzenberg i Carter, 2012). Danas je prisutan rastući broj istraživanja koja ukazuju na terapijske učinke rTMS-a (više uzastopnih stimulacijskih podražaja) kod pacijenata sa shizofrenijom otpornom na liječenje, gdje do najvećeg učinka dolazi u tretmanu psihotičnih simptoma (Aleman i sur., 2007) i skromnijeg učinka u tretmanu negativnih simptoma (Dlabač-de Lange i sur., 2010). Ta istraživanja pokazala su poboljšanja nakon tretmana u procesima čije je odvijanje narušeno kod shizofrenije, uključujući interferenciju (Hausmann i sur., 2004), verbalnu fluentnost (Fabre i sur., 2004), kognitivnu fleksibilnost (Moser i sur., 2002) i dugoročno pamćenje (Schulze-Rauschenbach i sur., 2005).

Nadalje, tDCS je neuromodulacijska tehnika koja emitira istosmjernu struju niskog intenziteta u kortikalna područja čime se olakšava ili inhibira spontana neuronska aktivnost. Dakle, tDCS odstupa od ostalih neinvazivnih tehnika stimulacije mozga poput Transkranijalne električne stimulacije (TES) i TMS-a jer ne dovodi do aktiviranja neurona depolarizacijom neuronske membrane iznad njegovog praga, nego modulira spontanu aktivnost neuronske mreže (Nitsche i sur., 2008; Priori i sur., 2009). Odnosno, na neuronskoj razini, primarni mehanizam djelovanja tDCS je pomak, tj. polarizacija, potencijala membrane u mirovanju. Za razliku od TMS-a, tDCS ima manju prostornu i vremensku rezoluciju te je uz to ekonomičniji i relativno neosjetljiv na pokrete glave osobe zbog čega je moguća stimulacija tijekom spavanja (Priori i sur., 2009). TMS i tDCS su sigurne metode kada se koriste uz poštivanje propisanih smjernica, ne zahtijevaju značajne medicinske postupke i mogu se kombinirati s drugim mjerama poput kognitivnih zadataka, funkcionalnog neuroimaginga, EEG-a i farmakološke intervencije (Minzenberg i Carter, 2012).

Također, jedna od novih metoda čiji se učinci još istražuju je kognitivni trening osoba koje su razvile simptome shizofrenije. Naime, rezultati istraživanja ukazuju da terapijski pristupi koji provode kognitivne treninge s pacijentima koji su razvili simptome shizofrenije pokazuju značajan potencijal za prevenciju kognitivne disfunkcije. Razne analize primjene kognitivnih treninga u radu s pacijentima sa shizofrenijom ukazuju na poboljšanje koje se očituje u radnom pamćenju, rješavanju problema i drugim izvršnim

funkcijama, dugoročnom pamćenju i socijalnoj kogniciji (Kurtzi Richardson, 2012). Ta poboljšanja praćena su očuvanjem sive tvari temporalnog režnja dvije godine nakon treninga (Eack i sur., 2010), normalizacijom aktivnosti u slušnom korteksu tijekom slušne diskriminacije (Adcock i sur., 2009) i poboljšanom neuralnom aktivnosti u prefrontalnom korteksu tijekom radnog pamćenja (Wykes i sur., 2002).

Zaključno, liječenje shizofrenije uglavnom započinje standardnom kombinacijom antipsihotika i psihoterapije. No, u pojedinim slučajevima ti tretmani nisu dovoljni kako bi umanjili simptome koji su razvijeni kod pacijenata sa shizofrenijom pa su znanstvenici nastavili s istraživanjem kako bi došli do novih i učinkovitih metoda za tretmane tih simptoma. U tom procesu otkriveni su raznoliki tretmani koji ublažavaju pozitivne i negativne simptome, ali i usporavaju razvoj kognitivnih deficita. Svakako, svi ti tretmani iziskuju dodatna istraživanja kako bi se utvrdilo postoje li i negativne posljedice njihove primjene na zdravlje pacijenata, ali i kako bi se te metode dodatno istražile i unaprijedile.

Metode liječenja shizofrenije kod djece i adolescenata. Liječenje shizofrenije gotovo uvijek zahtijeva višestruki pristup, odnosno i farmakološke i nefarmakološke intervencije. Kao nefarmakološke intervencije podrazumijevaju se savjetovanje za pacijente i njihovu obitelj, pružanje psihološke podrške, tretmane usmjerene na prilagodbu ponašanja, socijalnu i kognitivnu rehabilitaciju, pomoć u društvenim i školskim aktivnostima te poboljšanje socijalnih vještina. S ciljem postizanja remisije i kontrole pozitivnih i negativnih simptoma, neophodna je učinkovita farmakoterapija koja posljedično povećava učinkovitost psihosocijalnih intervencija. Također, u slučaju kada ozbiljni psihotični simptomi i problematično ponašanje predstavljaju stvarnu opasnost za pacijenta i/ili druge, može biti korisna i hospitalizacija koja se provodi uz odgovarajuću uključenost i suradnju obitelji.

Neke od najvažnijih komponenata za liječenje i rehabilitaciju dječje i adolescentne shizofrenije su: liječenje antipsihoticima, psihoterapijske mjere, obiteljski orijentirane mjere i specifične mjere rehabilitacije (Remschmidt i Theisen, 2005). Prilikom psihofarmakološkog liječenja postoje najmanje tri fokusa: upravljanje akutnim psihotičnim stanjima, prevencija recidiva i kontrola nuspojava. Za akutna psihotična stanja uglavnom je nužna hospitalizacija gdje liječenje počinje s atipičnim antipsihotikom u slučaju teške agitacije i agresivnih ispada. Kako bi se prevenirao recidiv, potrebna je dugotrajna primjena atipičnih antipsihotika. Recidivi mogu biti potaknuti emocionalnim stresom, nepovoljnim životnim događajima, ali i pozitivnim emocionalnim iskustvima koje je nemoguće izbjeći, stoga je važna oralna terapija kojom će se održavati smanjena doza

antipsihotika u organizmu. U kontekstu kontrole nuspojava važno je spomenuti da se ekstrapiramidalni simptomi (nekontrolirane ili neželjene kretnje, trzaji, tremor, kontrakcije mišića) uzrokovanih tipičnim antipsihoticima češće javljaju kao nuspojava kod djece nego kod odraslih. Zbog većeg broja nuspojava prilikom tretmana tipičnim antipsihoticima, sve češće se koriste samo atipični antipsihotici. Međutim, neki atipični antipsihotici uzrokuju i druge nuspojave poput izrazitog povećanja tjelesne težine koje se javlja kod primjene klopapina i olanzapina. Takve spoznaje potakle su razvoj novih antipsihotika koji manje utječu na tjelesnu težinu, kao što je aripiprazol (Remschmidt i Theisen, 2005). S druge strane, postoje određene komponente koje se vežu uz psihoterapijsko liječenje, a odnose se na pažljivo i opsežno informiranje o poremećaju unutar psihoedukativnog pristupa, kognitivnu psihoterapiju, učenje upravljanja emocijama i grupne programe.

Također, kod uključivanja obitelji u cijeli proces liječenja treba biti oprezan te procijeniti situaciju za svakog pacijenta pojedinačno. Dakle, ne postoji opće pravilo, stoga se za svakog pacijenta mora odlučiti u kojoj mjeri obitelj treba integrirati u terapijski proces. Ta odluka ovisi o pacijentu, poremećaju, strukturi i stabilnosti obitelji, kao i iskustvu terapeuta (Remschmidt, 2001). Kod obiteljskog savjetovanja i psihoedukativnog pristupa glavni je cilj razvoj stabilnog odnosa između pacijenta i terapeuta koji podrazumijeva razmjenu informacija o tijeku liječenja i prognozi trenutnog stanja. Često se provodi suportivna i strukturna obiteljska terapija tijekom koje je glavni cilj neutralizacija i kontrola simptoma. Kako bi se to postiglo, radi se na sprječavanju sekundarnih problema, odnosno sukoba u socijalnoj okolini pacijenta. Prema tome, prvenstveno dolazi do obiteljskog savjetovanja gdje svaki član obitelji, uključujući i pacijenta dolazi na individualni razgovor kod terapeuta, a zatim slijede zajedničke suportivne i strukturne terapije u kojima aktivno sudjeluju svi članovi obitelji zajedno s pacijentom (Remschmidt i Theisen, 2005). Zanimljivo, navedena intervencija pokazala se učinkovitom samo kada su simptomi kod pacijenta značajno manje izraženi te kada obitelj pokazuje interes za suradnju. Također, često se provodi proširena obiteljska terapija usmjerena na razvoj tijekom koje se naglasak stavlja na obrazac odnosa između članova obitelji i njihovih sukoba koji mogu negativno utjecati na stanje pacijenta. Ta vrsta terapije može se provoditi vrlo rijetko u obiteljima sa psihotičnim djetetom ili adolescentom jer su potrebni vrloiskusni terapeuti, ali i dobrovoljna suradnja cijele obitelji (Remschmidt i Theisen, 2005).

Nažalost, analiza kliničkih slika pacijenata pokazuje da otprilike 40% djece i adolescenata s razvijenim simptomima shizofrenije nije u stanju nastaviti na razini na kojoj su bili prije psihoze u kontekstu škole, profesionalnog rada, komunikacije i socijalne integracije. Za takve pacijente može se propisati rehabilitacija koja uvelike pomaže

ukoliko je došlo do pojave negativnih simptoma nakon liječenja akutne epizode jer im je otežana ponovna integracija u obitelj. Program rehabilitacije traje otprilike dvije godine i uključuje dobro strukturiranu obrazovnu ustanovu sa stručnim znanjem za rješavanje posebnih potreba svakog pacijenta, individualnu suportivnu psihoterapiju i dodatni grupni rad koji uključuje trening socijalnih vještina, integraciju u radne aktivnosti za starije adolescente te individualno prilagođene lijekove kako bi se smanjio rizik od recidiva. (Remschmidt, 2001).

Zaključno o shizofreniji s vrlo ranim i ranim početkom. S obzirom na tijek i ishod, rezultati provedenih istraživanja dovode do nekoliko općih spoznaja. Prvenstveno, shizofreni poremećaji u kojima do pojave simptoma dolazi prije 14. godine života imaju vrlo lošu prognozu. Simptomi u većini slučajeva nastavljaju svoj razvoj kroz adolescenciju i odraslu dob (Asarnow i sur., 2004). Kao drugo, pacijenti s akutnom manifestacijom poremećaja i sa shizofrenim simptomima kao što su halucinacije i deluzije češće imaju bolju prognozu od onih sa sporom manifestacijom, podmuklim tijekom i s kontinuiranim oštećenjem kognitivnih funkcija (Remschmidt i sur., 1991). Treće, premorbidna osobnost je od velike važnosti. Bolesnici koji su u premorbidnoj fazi opisani kao društveno aktivna, inteligentna i dobro integrirana djeca i adolescenti imaju bolju prognozu od onih koji su prije manifestacije poremećaja imali kognitivnih poteškoća i bili sramežljivi, introvertirani i povučeni (Werry i sur., 1994). Četvrto, istraživanja pokazuju bolju prognozu kada je obitelj suradljiva što ubrzava smanjivanje intenziteta prisutnih simptoma kod pacijenta (Remschmidt i sur., 1991). U konačnici, veći broj istraživanja ukazuje na to da su prognoza i ishod shizofrenije u djetinjstvu i ranoj adolescenciji mnogo lošiji nego kod shizofrenije u odrasloj dobi (Fleischhaker i sur., 2005). Dakle, ključno je težiti razvoju metoda koje bi omogućile rano otkrivanje rizičnog potencijala i postojanje pozitivnih i/ili negativnih simptoma kako bi se što prije započelo farmakološko i nefarmakološko liječenje. Samim time povećala bi se kvaliteta života pacijenata i njihovih obitelji.

Zaključak

Shizofrenija je poremećaj koji ima bogatu povijest zbog čega je danas moguće sastaviti precizniju, a samim time i učinkovitiju klasifikaciju i opis simptomatologije. Poznato je da je shizofrenija praćena pozitivnim i negativnim simptomima, ali i opadanjem kognitivnih funkcija jer dolazi do oštećenja mozgovnih struktura. Do pojave navedenih simptoma može doći zbog genetskog uzroka s obzirom na to da je danas poznato da indeks heritabilnost shizofrenije iznosi oko 80%. No, daljnjim istraživanjem znanstvenici su uočili da postoje i drugi rizični čimbenici koji mogu biti uzročnici pojave simptoma i razvoja shizofrenije. Neki od tih uzroka odnose se na komplikacije tijekom trudnoće i poroda, dob roditelja u trenutku začeća djeteta, traume koje je dijete doživjelo rano u životu i socioekonomski status obitelji. Nadalje, uočene su spolne razlike u simptomatici shizofrenije prema kojima su muškarci podložniji za razvoj simptoma od žena. Također, muškarci će češće razvijati negativne simptome i slabo reagirati na liječenje zbog čega su im potrebne veće doze lijekova što u konačnici može izazvati pojavu ovisnosti. Kod žena češće dolazi do remisije i potpunog izostanka simptoma te one lakše usvajaju socijalno poželjna ponašanja kojima se mogu uklopiti u okolinu i socijalizirati kroz intimne, ali i radne odnose. Svakako je potrebno detaljnije istražiti spolne razlike, pogotovo one vezane uz hormonalni utjecaj u razvoju simptoma shizofrenije jer su dosadašnji rezultati nekonzistentni i ne omogućuju konkretne zaključke koji bi mogli utjecati na poboljšanje procesa liječenja.

S obzirom na brojna istraživanja i zapise o kliničkim slikama različitih pacijenata, znanstvenici su uspjeli razviti klasifikacije na temelju kojih se može postaviti dijagnoza shizofrenije, a priručnici poput MKB-10/MKB-11 i DSM-5 pružaju kvalitetne klasifikacije koje usmjeravaju stručnjake kod postavljanja dijagnoze i planiranja liječenja. Danas se u procesu liječenja sve češće koriste atipični antipsihotici jer imaju učinkovitije djelovanje od tipičnih, konvencionalnih antipsihotika. Odnosno, atipični antipsihotici djeluju i na pozitivne i na negativne simptome, a kao dodatna prednost je manji broj nuspojava koje izazivaju. Uz farmakoterapiju, izrazito se korisnom pokazala psihoterapija koja pacijentu pomaže razumjeti dijagnozu i razvijene simptome što mu olakšava svakodnevni život. Također, kroz psihoterapiju pacijent se ponovno socijalizira sa svojom okolinom, a nudi se i mogućnost obiteljskih terapija kojima se članovi uže zajednice senzibiliziraju na pacijentovo stanje i o istom educiraju. Nadalje, napretkom tehnologije i znanosti razvijene su nove metode kojima se mogu tretirati simptomi shizofrenije čak i kod pacijenata koji ne reagiraju na farmakoterapiju. Uz sve to, uočeno je i da se simptomi shizofrenije mogu razviti kod djece i adolescenata. U tom slučaju

dijagnoza se utvrđuje po kriterijima za odrasle osobe, no problem je što, zbog simptoma koja su slični drugim poremećajima koji su češći u djetinjstvu, prekasno dolazi do otkrivanja prave dijagnoze, odnosno dijagnoze shizofrenije. Liječenje je slično kao i kod odraslih osoba, koriste se atipični antipsihotici u kombinaciji sa psihoterapijom i raznim oblicima obiteljske terapije. S obzirom na osjetljivost i temperamentnost djece i adolescenata, ponekad je iznimno teško provesti obiteljske intervencije. Važno je napomenuti da je istražen vrlo mali broj potencijalnih nuspojava koje antipsihotici mogu izazvati kod djece, stoga se još uvijek ne može govoriti o njihovom učinku na motorički i kognitivni razvoj djece i adolescenata.

U konačnici, predviđa se veliki napredak u području razvoja novih tretmana simptoma shizofrenije jer se očekuje još veći tehnološki i znanstveni napredak koji će omogućiti kvalitetnija istraživanja i rezultate koji će potencijalno omogućiti konkretnije zaključke oko razvoja i tretmana shizofrenije. S takvim napretkom moguće je očekivati učinkovitije tehnike prevencije razvoja simptoma, ali i tehnike kojima bi se razvijeni simptomi mogli maksimalno ublažiti čime bi se povećala kvaliteta života pacijenata.

Literatura

- Abel, K. M., Wicks, S., Susser, E. S., Dalman, C., Pedersen, M. G., Mortensen, P. B. i Webb, R. T. (2010). Birth weight, schizophrenia, and adult mental disorder: is risk confined to the smallest babies?. *Archives of General Psychiatry*, 67(9), 923-930. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.100>
- Adcock, R. A., Dale, C., Fisher, M., Aldebot, S., Genevsky, A., Simpson, G. V., Nagarajan, S. i Vinogradov, S. (2009). When top-down meets bottom-up: auditory training enhances verbal memory in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(6), 1132-1141. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp068>
- Aleman, A., Sommer, I. E. i Kahn, R. S. (2007). Efficacy of slow repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of resistant auditory hallucinations in schizophrenia: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(3), 416-421. <https://doi.org/10.4088/jcp.v68n0310>
- Altamura, A. C., Bassetti, R., Cattaneo, E. i Vismara, S. (2005). Some biological correlates of drug resistance in schizophrenia: a multidimensional approach. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 6(2), 23-30. <https://doi.org/10.1080/15622970510030027>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. izdanje). American Psychiatric Association: Washington D.C., USA.
- Andrić-Petrović, S., i Marić, N. P. (2019). Klasifikacija psihotičnih poremećaja-aktuelnosti. *Engrami*, 41(1), 85-100.
- Asarnow, J. R., Tompson, M. C. i McGrath, E. P. (2004). Annotation: Childhood-onset schizophrenia: clinical and treatment issues. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 180-194. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00213.x>
- Åsberg, M. E., Perris, C. E., Schalling, D. E. i Sedvall, G. E. (1978). *CPRS: Development and applications of a psychiatric rating scale*. Acta Psychiatrica Scandinavica.
- Bakhshi, K. i Chance, S. A. (2015). The neuropathology of schizophrenia: a selective review of past studies and emerging themes in brain structure and cytoarchitecture. *Neuroscience*, 303, 82-102. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2015.06.028>
- Berk, M., Hallam, K., Lucas, N., Hasty, M., McNeil, C. A., Conus, P., Kader, L. i McGorry, P. D. (2007). Early intervention in bipolar disorders: opportunities and pitfalls. *Medical Journal of Australia*, 187(7), 11-14. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01328.x>
- Birnbaum, R. i Weinberger, D. R. (2017). Genetic insights into the neurodevelopmental origins of schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(12), 727-740. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.125>
- Bliksted, V., Videbech, P., Fagerlund, B. i Frith, C. (2017). The effect of positive symptoms on social cognition in first-episode schizophrenia is modified by the presence of negative symptoms. *Neuropsychology*, 31(2), 209-220. <https://doi.org/10.1037/neu0000309>
- Bruggemann, J. M., Stockill, H. V., Lenroot, R. K. i Laurens, K. R. (2013). Mismatch negativity (MMN) and sensory auditory processing in children aged 9–12 years presenting with putative antecedents of schizophrenia. *International Journal of Psychophysiology*, 89(3), 374-380. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2013.05.008>
- Cannon, M., Jones, P. B. i Murray, R. M. (2002). Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. *American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1080-1092. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.7.1080>
- Cannon, M., Jones, P., Huttunen, M. O., Tanskanen, A., Huttunen, T., Rabe-Hesketh, S. i Murray, R. M. (1999). School performance in Finnish children and later development of schizophrenia: a population-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 56(5), 457-463. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.5.457>
- Carbon, M. i Correll, C. U. (2014). Thinking and acting beyond the positive: the role of the cognitive and negative symptoms in schizophrenia. *CNS Spectrums*, 19(1), 35-53. <https://doi.org/10.1017/S1092852914000601>
- Carpiniello, B., Pinna, F., Tusconi, M., Zaccardo, E. i Fatteri, F. (2012). Gender differences in remission and recovery of schizophrenic and schizoaffective patients: preliminary results of a prospective cohort study. *Schizophrenia Research and Treatment*, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2012/576369>
- Castle, D. J., Scott, K., Wessely, S. i Murray, R. M. (1993). Does social deprivation during gestation and early life predispose to later schizophrenia?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 1-4. <https://doi.org/10.1007/BF00797825>
- Chou, I. J., Kuo, C. F., Huang, Y. S., Grainge, M. J., Valdes, A. M., See, L. C., Yu, K. H., Luo, S. F., Huang, L. S., Tseng, W. Y., Zhang, W. i Doherty, M. (2017). Familial aggregation and heritability of schizophrenia and co-aggregation of psychiatric illnesses in affected families. *Schizophrenia Bulletin*, 43(5), 1070-1078. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw159>
- Chouinard, G. i Chouinard, V. A. (2008). Atypical antipsychotics: CATIE study, drug-induced movement disorder and resulting iatrogenic psychiatric-like symptoms, supersensitivity rebound psychosis and withdrawal discontinuation syndromes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(2), 69-77. <https://doi.org/10.1159/000112883>
- Crook, J. M., Tomaskovic-Crook, E., Copolov, D. L. i Dean, B. (2000). Decreased muscarinic receptor binding in subjects with schizophrenia: a study of the human hippocampal formation. *Biological Psychiatry*, 48(5), 381-388. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)00918-5](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00918-5)
- Crow, T. J. (1997). Is schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language?. *Schizophrenia Research*, 28(2-3), 127-141. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(97\)00110-2](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(97)00110-2)
- DeLisi, L. E. (1992). The significance of age of onset for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18(2), 209-215. <https://doi.org/10.1093/schbul/18.2.209>
- Demjaha, A., Lappin, J. M., Stahl, D., Patel, M. X., MacCabe, J. H., Howes, O. D., Heslin, M., Reinheringhaus, U. A., Donoghue, K., Lomas, B., Charalambides, M., Onyejiaka, A., Fearon, P., Jones, P., Doody, G., Morgan, C., Dazzan, P. i Murray, R. M. (2017). Antipsychotic treatment resistance in first-episode psychosis: prevalence, subtypes and predictors. *Psychological Medicine*, 47(11), 1981-1989. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000435>
- Dlabač-de Lange, J. J., Knegeting, R. i Aleman, A. (2010). Repetitive transcranial magnetic stimulation for negative symptoms of schizophrenia: review and meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(4), 17473. <https://doi.org/10.4088/JCP.08r04808yel>
- Eack, S. M., Hogarty, G. E., Cho, R. Y., Prasad, K. M., Greenwald, D. P., Hogarty, S. S. i Keshavan, M. S. (2010). Neuroprotective effects of cognitive enhancement therapy against gray matter loss in early schizophrenia: results from a 2-year randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 67(7), 674-682. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.63>
- Eggers, C. (2013). *Verlaufsweisen kindlicher und präpubertärer Schizophrenien*. Springer-Verlag.
- Fabre, I., Galinowski, A., Oppenheim, C., Gallarda, T., Meder, J. F., De Montigny, C., Ollie, J. P. i Poirier, M. F. (2004). Antidepressant efficacy and cognitive effects of repetitive transcranial magnetic stimulation in vascular depression: an open trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(9), 833-842. <https://doi.org/10.1002/gps.1172>
- Farooq, S., Agid, O., Foussias, G. i Remington, G. (2013). Using treatment response to subtype schizophrenia: proposal for a new paradigm in classification. *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1169-1172. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt137>
- Fleischhaker, C., Schulz, E., Tepper, K., Martin, M., Hennighausen, K. i Renschmidt, H. (2005). Long-term course of adolescent schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 769-780. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbi014>
- Frančičković, T. i Moro, Lj. (2009). *Psihijatrija*. Medicinska naklada.
- Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., Schultze-Lutter, F., Keshavan, M., Wood, S., Ruhrmann, S., Seideman, L. J., Valmaggia, L., Cannon, T., Velthorst, E., De Haan, L., Cornblatt, B., Bonoldi, I., Birchwood, M., McGlashan, T., Carpenter, W., ... i Yung, A. (2013). The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry*, 70(1), 107-120. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.269>
- Galderisi, S., Bucci, P., Üçok, A. i Peuskens, J. (2012). No gender differences in social outcome in

- patients suffering from schizophrenia. *European Psychiatry*, 27(6), 406-408. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.01.011>
- Galderisi, S., Mucci, A., Buchanan, R. W. i Arango, C. (2018). Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. *The Lancet Psychiatry*, 5(8), 664-677. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30050-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30050-6)
- Hafner, H. (2003). Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 17-54. [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(02\)00125-7](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(02)00125-7)
- Halari, R., Kumari, V., Mehrotra, R., Wheeler, M., Hines, M. i Sharma, T. (2004). The relationship of sex hormones and cortisol with cognitive functioning in schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology*, 18(3), 366-374. <https://doi.org/10.1177/026988110401800307>
- Hallett, M. (2007). Transcranial magnetic stimulation: a primer. *Neuron*, 55(2), 187-199. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2007.06.026>
- Han, M., Huang, X. F., Xiu, M. H., Hui, L., Liu, H., Kosten, T. R. i Zhang, X. Y. (2012). Gender differences in cognitive function of patients with chronic schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 39(2), 358-363. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2012.07.010>
- Haukka, J. K., Suvisaari, J. i Lönnqvist, J. (2004). Family structure and risk factors for schizophrenia: case-sibling study. *BMC psychiatry*, 4(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-41>
- Hausmann, A., Pascual-Leone, A., Kemmler, G., Rupp, C. I., Lechner-Schoner, T., Kramer-Reinstadler, K., Walpoth, M., Mechtcheriakov, S., Conca, A. i Weiss, E. M. (2004). No deterioration of cognitive performance in an aggressive unilateral and bilateral antidepressant rTMS add-on trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(6), 772-782. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0608>
- Howes, O. D., McCutcheon, R., Agid, O., De Bartolomeis, A., Van Beveren, N. J., Birnbaum, M. L., Bloomfield, M. A. P., Bressan, R. A., Buchanan, R. W., Carpenter, W. T., Castle, D. J., Citrome, L., Daskalakis, Z. J., Davidson, M., Drake, R. J., Dursun, S., Ebdurp, B., El-kis, H., Falkai, P., ... i Correll, C. U. (2017). Treatment-resistant schizophrenia: treatment response and resistance in psychosis (TR-RIP) working group consensus guidelines on diagnosis and terminology. *American Journal of Psychiatry*, 174(3), 216-229. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16050503>
- Howes, O., McCutcheon, R. i Stone, J. (2015). Glutamate and dopamine in schizophrenia: an update for the 21st century. *Journal of Psychopharmacology*, 29(2), 97-115. <https://doi.org/10.1177/0269881114563634>
- Hubert, A., Szöke, A., Leboyer, M. i Schürhoff, F. (2011). Influence of paternal age in schizophrenia. *L'encephale*, 37(3), 199-206. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.12.005>
- Jablensky, A. i Sartorius, N. (2008). What did the WHO studies really find?. *Schizophrenia Bulletin*, 34(2), 253-255. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm151>
- Karlović, D., Peitl, V. i Silić, A. (2019). *Shizofrenije*. Naklada Slap.
- Kelly, S., Jahanshad, N., Zalesky, A., Kochunov, P., Agartz, I., Alloza, C., Andreassen, O. A., Arango, C., Banaj, N., Bouix, S., Bousman, C. A., Brouwer, R. M., Bruggemann, J., Bustillo, J., Cahn, W., Calhoun, V., Cannon, D., Carr, V., Catts, S., ... i Yamamori, H. (2018). Widespread white matter microstructural differences in schizophrenia across 4322 individuals: results from the ENIGMA Schizophrenia DTI Working Group. *Molecular psychiatry*, 23(5), 1261-1269. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.170>
- Klauser, P., Baker, S. T., Cropley, V. L., Bousman, C., Fornito, A., Cocchi, L., Fullerton, J. M., Rasser, P., Schall, U., Henskens, F., Michie, P. T., Loughland, C., Catts, S. V., Mowry, B., Weickert, T. W., Weickert, C. S., Carr, V., Lenroot, R., Pantelis, C. i Zalesky, A. (2017). White matter disruptions in schizophrenia are spatially widespread and topologically converge on brain network hubs. *Schizophrenia Bulletin*, 43(2), 425-435. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw100>
- Kučukalić, A., Džubur-Kulenović, A. i Bravo-Mehmedbašić, A. (2006). *Vodič za liječenje shizofrenije*. Ministarstvo zdravstva kantona Sarajevo.
- Kurtz, M. M. i Richardson, C. L. (2012). Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophrenia Bulletin*, 38(5), 1092-1104. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr036>
- Ladan, T. (1999). *Hrvatska enciklopedija*. Leksikografski zavod Miroslav Krleža.
- Laurens, K. R., Hodgins, S., Mould, G. L., West, S. A., Schoenberg, P. L., Murray, R. M. i Taylor, E. A. (2010). Error-related processing dysfunction in children aged 9 to 12 years presenting putative antecedents of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 67(3), 238-245. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.07.030>
- Laurens, K. R. i Cullen, A. E. (2016). Toward earlier identification and preventative intervention in schizophrenia: evidence from the London Child Health and Development Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51, 475-491. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1151-x>
- Legge, S. E., Santoro, M. L., Periyasamy, S., Okewole, A., Arsalan, A. i Kowalec, K. (2021). Genetic architecture of schizophrenia: a review of major advancements. *Psychological Medicine*, 51(13), 2168-2177. <https://doi.org/10.1017/S0033291720005334>
- Leucht, S., Corves, C., Arbet, D., Engel, R. R., Li, C. i Davis, J. M. (2009). Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *The Lancet*, 373(9657), 31-41. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61764-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61764-X)
- Lopez-Castroman, J., Gómez, D. D., Belloso, J. J. C., Fernandez-Navarro, P., Perez-Rodriguez, M. M., Villamor, I. B., Navarrete, F. F., Ginestar, C. M., Currier, D., Reyes Torres, M., Navio-Acosta, M., Saiz-Ruiz, J., Jimenez-Arriero, M. A. i Baca-Garcia, E. (2010). Differences in maternal and paternal age between schizophrenia and other psychiatric disorders. *Schizophrenia Research*, 116(2-3), 184-190. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.11.006>
- Madaan, V., Dvir, Y. i Wilson, D. R. (2008). Child and adolescent schizophrenia: pharmacological approaches. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 9(12), 2053-2068. <https://doi.org/10.1517/14656566.9.12.2053>
- Matheson, S. L., Shepherd, A. M., Pinchbeck, R. M., Laurens, K. R. i Carr, V. J. (2013). Childhood adversity in schizophrenia: a systematic meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43(2), 225-238. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000785>
- Marder, S. R. i Galderisi, S. (2017). The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry*, 16(1), 14-24. <https://doi.org/10.1002/wps.20385>
- McGregor, C., Riordan, A. i Thornton, J. (2017). Estrogens and the cognitive symptoms of schizophrenia: Possible neuroprotective mechanisms. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 47, 19-33. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2017.06.003>
- McKie, R. i Stringer, C. (1996). *African Exodus: the Origins of Modern Humanity*. Holt Paperbacks.
- Mendrek, A. i Mancini-Marie, A. (2016). Sex/gender differences in the brain and cognition in schizophrenia. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 67, 57-78. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.10.013>
- Mimica, N., Uzun, S., Kozumplik, O. i Folnegović-Šmalc, V. (2006). Klasifikacija shizofrenije. *Medix*, 62, 70-73.
- Minzenberg, M. J. i Carter, C. S. (2012). Developing treatments for impaired cognition in schizophrenia. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.11.017>
- Mittal, V. A., Ellman, L. M. i Cannon, T. D. (2008). Gene-environment interaction and covariation in schizophrenia: the role of obstetric complications. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1083-1094. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn080>
- Morgan, V. A., Castle, D. J. i Jablensky, A. V. (2008). Do women express and experience psychosis differently from men? Epidemiological evidence from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(1), 74-82. <https://doi.org/10.1080/00048670701732699>
- Morgan, C., Kirkbride, J., Leff, J., Craig, T., Hutchinson, G., McKenzie, K. W. A. M. E., Morgan, K., Dazzan, P., Doody, G. A., Jones, P., Murray, R. i Fearon, P. (2007). Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: a case-control study. *Psychological Medicine*, 37(4), 495-503. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009330>

- Moser, D. J., Jorge, R. E., Manes, F., Paradiso, S., Benjamin, M. L. i Robinson, R. G. (2002). Improved executive functioning following repetitive transcranial magnetic stimulation. *Neurology*, 58(8), 1288-1290. <https://doi.org/10.1212/WNL.58.8.1288>
- Narr, K. L., Thompson, P. M., Sharma, T., Moussai, J., Blanton, R., Anvar, B., Edris, A., Krupp, R., Rayman, J., Khaledy, M. i Toga, A. W. (2001). Three-dimensional mapping of temporo-limbic regions and the lateral ventricles in schizophrenia: gender effects. *Biological psychiatry*, 50(2), 84-97. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)01120-3](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(00)01120-3)
- Nasrallah, H. A. (2008). Atypical antipsychotic-induced metabolic side effects: insights from receptor-binding profiles. *Molecular Psychiatry*, 13(1), 27-35. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4002066>
- Nitsche, M. A., Cohen, L. G., Wassermann, E. M., Priori, A., Lang, N., Antal, A., Paulus, W., Hummel, F., Boggio, P. S., Fregni, F. i Pascual-Leone, A. (2008). Transcranial direct current stimulation: state of the art 2008. *Brain stimulation*, 1(3), 206-223. <https://doi.org/10.1016/j.brs.2008.06.004>
- Niznikiewicz, M. A. (2019). Neurobiological approaches to the study of clinical and genetic high risk for developing psychosis. *Psychiatry Research*, 277, 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.009>
- Nosarti, C., Reichenberg, A., Murray, R. M., Cnattingius, S., Lambe, M. P., Yin, L., MacCabe, J., Rifkin, L. i Hultman, C. M. (2012). Preterm birth and psychiatric disorders in young adult life. *Archives of General Psychiatry*, 69(6), 610-617. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1374>
- Ochoa, S., Usall, J., Cobo, J., Labad, X. i Kulkarni, J. (2012). Gender Differences in Schizophrenia and First-Episode Psychosis: A Comprehensive Literature Review. *Schizophrenia Research and Treatment*, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2012/916198>
- O'Donoghue, B., Lyne, J. P., Fanning, F., Kinsella, A., Lane, A., Turner, N., O'Callaghan, E. i Clarke, M. (2014). Social class mobility in first episode psychosis and the association with depression, hopelessness and suicidality. *Schizophrenia Research*, 157(1-3), 8-11. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.05.022>
- Owen, M. J., Sawa, A. i Mortensen, P. B. (2016). Schizophrenia. *The Lancet*, 25(10039), 2455-2467. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01121-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01121-6)
- Potkin, S. G., Kane, J. M., Correll, C. U., Lindenmayer, J. P., Agid, O., Marder, S. R., Olfson, M. i Howes, O. D. (2020). The neurobiology of treatment-resistant schizophrenia: paths to antipsychotic resistance and a roadmap for future research. *NPJ Schizophrenia*, 6(1), 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41537-019-0090-z>
- Priori, A., Hallett, M. i Rothwell, J. C. (2009). Repetitive transcranial magnetic stimulation or transcranial direct current stimulation?. *Brain Stimulation*, 2(4), 241-245. <https://doi.org/10.1016/j.brs.2009.02.004>
- Puig-Antich, J., Orvaschel, H., Tabrizi, M. A. i Chambers, W. (1980). *The schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children: Epidemiologic version (Kiddie-SADS-E)*. New York: New York State Psychiatric Institute and Yale University School of Medicine.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P. i Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330-350. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x>
- Remschmidt, H. (1975). Neuere Ergebnisse zur Psychologie und Psychiatrie der Adoleszenz. *Z Kinder Jugendpsychiatr*, 3, 67-101.
- Remschmidt, H. (2001). *Schizophrenia in children and adolescents*. Cambridge University Press.
- Remschmidt, H., Brechtel, B. i Mewe, F. (1973). Zum Krankheitsverlauf und zur Persönlichkeitsstruktur von Kindern und Jugendlichen mit endogen-phasischen Psychosen und reaktiven Depressionen. *Acta Paedopsychiatr*, 40, 2-17.
- Remschmidt, H., Martin, M., Schulz, E., Gutenbrunner, C. i Fleischhaker, C. (1991). The concept of positive and negative schizophrenia in child and adolescent psychiatry. *Negative Versus Positive Schizophrenia*, 219-242. https://doi.org/10.1007/978-3-642-76841-5_15
- Remschmidt, H. E., Schulz, E., Martin, M., Warnke, A. i Trott, G. E. (1994). Childhood-onset schizophrenia: history of the concept and recent studies. *Schizophrenia Bulletin*, 20(4), 727-745. <https://doi.org/10.1093/schbul/20.4.727>
- Remschmidt, H. i Theisen, F. M. (2005). Schizophrenia and related disorders in children and adolescents. *Neurodevelopmental Disorders*, 121-141. https://doi.org/10.1007/3-211-31222-6_7
- Rubin, L. H., Carter, C. S., Drogos, L., Pournajafi-Nazarloo, H., Sweeney, J. A. i Maki, P. M. (2010). Peripheral oxytocin is associated with reduced symptom severity in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 124(1-3), 13-21. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.09.014>
- Russell, A. T., Bott, L. i Sammons, C. (1989). The phenomenology of schizophrenia occurring in childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(3), 399-407. <https://doi.org/10.1097/00004583-198905000-00017>
- Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. (2014). Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. *Nature*, 511(7510), 421-427. <https://doi.org/10.1038/nature13595>
- Schulze-Rauschenbach, S. C., Harms, U., Schlaepfer, T. E., Maier, W., Falkai, P. i Wagner, M. (2005). Distinctive neurocognitive effects of repetitive transcranial magnetic stimulation and electroconvulsive therapy in major depression. *The British Journal of Psychiatry*, 186(5), 410-416. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.5.410>
- Stepnicki, P., Kondej, M. i Kaczor, A. A. (2018). Current concepts and treatments of schizophrenia. *Molecules*, 23(8), 1-29. <https://doi.org/10.3390/molecules23082087>
- Stilo, S. A., Gayer-Anderson, C., Beards, S., Hubbard, K., Onyejiaka, A., Keraite, A., Borges, S., Mondelli, V., Dazzan, P., Parlante, C., Di Forti, M., Murray, R. M. i Morgan, C. (2017). Further evidence of a cumulative effect of social disadvantage on risk of psychosis. *Psychological Medicine*, 47(5), 913-924. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002993>
- Stilo, S. A. i Murray, R. M. (2019). Non-genetic factors in schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, 21(10), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1091-3>
- Stoneking, M., Sherry, S. T., Redd, A. J. i Vigilant, L. (1992). New approaches to dating suggest a recent age for the human mtDNA ancestor. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 337(1280), 167-175. <https://doi.org/10.1098/rstb.1992.0094>
- Sun, J., Walker, A. J., Dean, B., van den Buuse, M. i Gogos, A. (2016). Progesterone: The neglected hormone in schizophrenia? A focus on progesterone-dopamine interactions. *Psychoneuroendocrinology*, 74, 126-140. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.08.019>
- Svjetska zdravstvena organizacija (1996). *Višeosna klasifikacija psihijatrijskih poremećaja u djece i adolescenata: MKB-10 klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja u djece i adolescenata*. Naklada Slap.
- Szymanski, S., Lieberman, J. A., Alvir, J. M., Mayerhoff, D., Loebel, A., Geisler, S., Chakos, M., Koren, A., Jody, D., Kane, J., Woerner, M. i Cooper, T. (1995). Gender differences in onset of illness, treatment response, course, and biologic indexes in first-episode schizophrenic patients. *The American journal of psychiatry*, 152(5), 698-703. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.5.698>
- Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Ohlenschläger, J., Christensen, T., Krarup, G., Jorgensen, P. i Nordentoft, M. (2007). Gender differences in young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the Danish OPUS study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(5), 396-405. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000253784.59708.dd>
- Torrey, E. F. (2006). *Surviving Schizophrenia: A Manual for Families, Patients, and Providers*. (5. izdanje) HarperCollins.
- Torrey, E. F., Buka, S., Cannon, T. D., Goldstein, J. M., Seidman, L. J., Liu, T., Hadley, T., Rosso, I. M., Bearden, C. i Yolken, R. H. (2009). Paternal age as a risk factor for schizophrenia: how important is it?. *Schizophrenia Research*, 114(1-3), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.06.017>
- Utz, K. S., Dimova, V., Oppenländer, K. i Kerkhoff, G. (2010). Electrified minds: transcranial direct current stimulation (tDCS) and galvanic vestibular stimulation (GVS) as methods of non-invasive brain stimulation in neuropsychiatry.

- chology—a review of current data and future implications. *Neuropsychologia*, 48(10), 2789-2810. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2010.06.002>
- Van Os, J., Rutten, B. P. i Poulton, R. (2008). Gene-environment interactions in schizophrenia: review of epidemiological findings and future directions. *Schizophrenia bulletin*, 34(6), 1066-1082. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn117>
- Varda, R. i Srkalović Imširagić, A. (2008). Atipični antipsihotici u kliničkoj praksi. *Medicus*, 17(2), 107-112. <https://hrcak.srce.hr/40830>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J. i Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661-671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Vila-Rodriguez, F., Ochoa, S., Autonell, J., Usall, J. i Haro, J. M. (2011). Complex interaction between symptoms, social factors, and gender in social functioning in a community-dwelling sample of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 82, 261-274. <https://doi.org/10.1007/s11126-011-9168-0>
- Waring, E. M., Neufeld, R. i Schaefer, B. (2003). *The Thought Disorder Questionnaire*. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(1), 45–51. <https://doi.org/10.1177/070674370304800109>
- Werry, J. S. (1992). Child and adolescent (early onset) schizophrenia: a review in light of DSM-III-R. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22(4), 601-624. <https://doi.org/10.1007/BF01046330>
- Werry, J. S., McClellan, J. M., Andrews, L. K. i Ham, M. (1994). Clinical features and outcome of child and adolescent schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20(4), 619-630. <https://doi.org/10.1093/schbul/20.4.619>
- Wolff, S. (2020). *Loners: The life path of unusual children*. Routledge.
- Wykes, T. I. L., Brammer, M., Mellers, J., Bray, P., Reeder, C., Williams, C. i Corner, J. (2002). Effects on the brain of a psychological treatment: cognitive remediation therapy: functional magnetic resonance imaging in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 181(2), 144-152. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.2.144>
- Zhang, X. Y., Xiu, M. H., De Yang, F., Haile, C. N., Kosten, T. A. i Kosten, T. R. (2012). Gender differences in never-medicated first-episode schizophrenia and medicated chronic schizophrenia patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(7), 1025-1033. <https://doi:10.4088/JCP.11m07422>
- Ziemann, U. (2004). TMS and drugs. *Clinical neurophysiology*, 115(8), 1717-1729. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2004.03.006>

Abstract

Schizophrenia is considered a chronic disorder, characterized by symptoms involving positive and negative aspects such as hallucinations, anhedonia, delusional thoughts, and cognitive decline. Evidence shows that symptoms resembling schizophrenia have existed in the human population for thousands of years. Therefore, the purpose of this paper is to provide an overview of the historical development of schizophrenia, as well as current diagnostic criteria and treatments for its symptoms. Given that some experts use older classifications while others use newer ones for diagnosis, this paper offers a comparative overview of diagnostic criteria described in ICD-10 and ICD-11. Additionally, the current approach to symptom treatment is described, including information on how a combination of pharmacotherapy, psychosocial interventions, family psychoeducational interventions, and professional rehabilitation contribute to reducing symptom intensity and preserving patients' cognitive abilities. Furthermore, the paper addresses the topic of early onset of schizophrenia symptoms, aiming to consolidate information about the development and treatment of schizophrenic symptoms in children and adolescents. In conclusion, by combining the mentioned information, the importance of early detection and treatment of symptoms is emphasized, while also recognizing the need for further development of diagnostic tools and non-pharmacological treatments that would be more applicable in practice and improve patients' quality of life.

Key words: schizophrenia, children and adolescents, symptoms, classification, treatment

Kontroverza disocijativnog poremećaja identiteta

Ena Magdić

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

ORCID: 0000-0002-4763-3871

Sažetak

Spektar disocijativnih poremećaja (DD) i danas predstavlja kontroverzno područje brojnih neslaganja u pogledu definiranja DD-a, njihove dijagnoze i tretmana pri čemu je kompleksnost tih pitanja najveća u slučaju disocijativnog poremećaja identiteta (DID). U početnom dijelu ovoga radu, u okviru biopsihosocijalnog modela, prikazani su etiološki čimbenici razvoja DID-a: razvojna traumatizacija kao najvažniji faktor, zatim utjecaj obitelji, društva i kulture i na koncu kognitivni i neuralni čimbenici. Nadalje, u središnjem dijelu rada objašnjeno je s kojim je poremećajima DID najčešće u komorbiditetu te je detaljnije razmotrena njihova diferencijalna dijagnoza s naglaskom na shizofreniju i granični poremećaj ličnosti. Iako neki znanstvenici i dalje osporavaju DID kao validnu dijagnozu, u radu su opisani instrumenti pomoću kojih se DID može validno i pouzdano razlikovati od ostalih poremećaja. Zaključno, u završnom dijelu predstavljene su mogućnosti tretmana DID-a s naglaskom na fazični model, osmišljen prema preporukama stručnjaka koji se za sada pokazao djelotvornim i obećavajućim. Sukladno rečenome, cilj je ovoga rada napraviti pregled istraživanja etiologije, dijagnoze i tretmana DID-a koji bi pridonio razjašnjavaanju do danas aktualne kontroverze postojanja i validnosti ovog poremećaja.

Ključne riječi: disocijativni poremećaji, disocijativni poremećaj identiteta

Uvod

Prepoznavanje, definiranje, dijagnoza i tretman predstavljaju izazovan put kojim moraju proći svi psihički poremećaji — uključujući disocijativni poremećaj identiteta, disocijativnu amneziju i poremećaj depersonalizacije/derealizacije koji prema DSM-V (2013) predstavljaju primarne poremećaje spektra disocijativnih poremećaja. U DSM-V (2013) istaknuto je da poremećaji ovog spektra ne podrazumijevaju pad u nekoj individualnoj konkretnoj funkciji, nego narušenost percepcije, pamćenja, svijesti identiteta i ponašanja kao i njihovog integriranog funkcioniranja.

Rijetki su slučajevi da unatoč istaknutoj ozloglašnosti i interesu opće populacije, poremećaj ostane poprilično neistražen, ostavljajući prostora za kontroverze koje opstaju do daljnjega. Možda najviše populariziran, ali svakako najkompliciraniji poremećaj iz spektra disocijacije jest disocijativni poremećaj identiteta (DID), prethodno poznat kao poremećaj višestruke ličnosti. Forrest (2001) definira DID kao neurorazvojni poremećaj uzrokovan traumatičnim događajima u djetinjstvu koji su suzbili integraciju djetetovih iskustava i interakcija. Osoba koja ima ovaj poremećaj izmjenjuje dva ili više identiteta koji naizmjenično preuzimaju kontrolu nad ponašanjem osobe te se javlja amnezija za periode u kojima je kontrolu preuzeo jedan od ostalih identiteta (Leigh, 2015). Autorica napominje i da alternativni identiteti često nisu svjesni jedni drugih, no kod nekih ta svijest može biti prisutna. Paris (2012) navodi zanimljivu činjenicu da je popularna kultura, a ne znanost, imala najviše utjecaja na početnu popularizaciju koncepta višestruke ličnosti. Godine 1954. američki psihijatri Thigpen i Cleckley opisali su slučaj višestruke osobnosti koji je kasnije pretvoren u knjigu i film — *The Three Faces of Eve*, a 1973. objavljena je i književna uspješnica *Sybil* koja je također pretvorena u film te upravo ovo djelo Paris (2012) smatra okidačem popularizacije ovog poremećaja. U skladu s time, autor ističe važnost toga da je u DSM-IV verziji (1994) termin višestrukog poremećaja ličnosti/podvojene ličnosti zamijenjen manje dramatičnim i znanosti bližem pojmom — disocijativni poremećaj identiteta.

Kako bi se disocijativni poremećaj identiteta mogao dijagnosticirati, koriste se sljedeći kriteriji: kod osobe su prisutna dva ili više različita, individualna, neovisna identiteta/stanja osobnosti/altera, svaki sa svojim relativno trajnim obrascem opažanja i razmišljanja o okolini i sebi, javlja se amnezija, tj. običnom zaboravljivošću ne može se objasniti nemogućnost prisjećanja važnih osobnih podataka ili praznine u sjećanju na svakodnevne događaje, zbog poremećaja se kod osobe javlja uznemirenost i teškoće funkcioniranja u jednom ili više životnih područja, karakteristike poremećaja nisu dio normalnih kulturnih ili vjerskih običaja, poremećaj nema uzrok u narušenom fiziološkom funkcioniranju ili općem zdravstvenom stanju te se kod djece uočeni simptomi ne mogu pripisati imaginarnim prijateljima (DSM-V, 2013).

Gillig (2009) opisuje tipičnog pacijenta s dijagnozom DID-a. Pacijentica je žena od oko trideset godina kod koje su se disocijativni simptomi prvi put pojavili u dobi od pet do deset godina te sada u odrasloj dobi prijavljuje do šesnaest različitih identiteta od kojih će većina postupno nestajati nakon početka liječenja. Pacijentica je u djetinjstvu bila fizički ili seksualno zlostavljana te kao neke od trenutnih poteškoća navodi smanjeni libido i nemogućnost doživljavanja orgazma. Izvještava i o „ekstrasenzornim iskustvima“ povezanim s disocijativnim simptomima (ponekad smatrani halucinacijama) poput javljanja glasova. Pacijentica ukazuje na određena razdoblja amnezije (susretanje ljudi koji ju poznaju, ali ih ona ne prepoznaje, odjeća za koju se ne sjeća da ju je kupila ili koju inače ne bi nosila i sl.) kao i na razdoblja depersonalizacije te koristi množinu („mi“ umjesto „ja“) govoreći o sebi. Ovaj kratki opis pobuđuje interes za razumijevanjem različitih aspekata disocijativnog poremećaja identiteta poput osnove njegova razvoja, razlikovanja od drugih poremećaja, prevalencije i potencijalno rizičnih skupina. U skladu s rečenim, cilj je ovoga rada razmatranje moguće etiologije DID-a, problematike uspostave njegove dijagnoze te različitih mogućnosti tretmana.

Etiologija disocijativnog poremećaja identiteta

Razvojna traumatizacija. Sar i suradnici (2017) ističu da je disocijativni poremećaj identiteta multifaktorski u svojoj etiologiji, odnosno ne možemo pripisati uzrok poremećaja samo jednom izoliranom faktoru. Etiološki čimbenici ovog poremećaja razmotrit će se u okviru biopsihosocijalnog modela te će ih se staviti u međuodnos s trenutno najšire prihvaćenim primarnim pokretačem ovog poremećaja – razvojnom traumatizacijom. Većina stručnjaka kao moguće uzroke javljanja disocijativnog poremećaja identiteta navodi izloženost nasilju i situacijama ekstremne ambivalentnosti u ranom djetinjstvu. U takvim situacijama djeca mogu razviti složeni obrambeni mehanizam poricanja kako bi uvjerali sami sebe da se nasilje događa nekom drugome (Gillig, 2009). Gentile i suradnici (2013) disocijaciju objašnjavaju kao „mehanizam gašenja“ koji se pokreće kada osoba ne može nastaviti biti emocionalno prisutna prilikom proživljavanja neke traume – traumatična situacija percipira se kao nepopravljiva i pojedinac se zaštićuje pomoću disocijacije, tj. procesa svjesnog ili nesvjesnog odvajanja od dijela svog doživljavanja, ponajprije osjećaja. Važno je napomenuti da disocijaciju treba razlikovati od derealizacije koja se odnosi na narušen doživljaj stvarnosti vanjskoga svijeta. Djeca su najranjivija i najosjetljivija upravo u periodu ranog djetinjstva jer tada dolazi do razvoja simboličkog mišljenja i simboličkih igara što potiče korištenje disocijacije kao obrambenog mehanizma (Gentile i sur., 2013). Liotti (2006) upozorava da su za razvoj disocijativne patologije najrizičnija djeca neorganiziranog

stila privrženosti koja su odrasla u okolini ekstremne ambivalentnosti. Štoviše, po autoru je sama neorganizirana privrženost disocijativni proces. Takva djeca različite aspekte svoje privrženosti koji „ne idu jedno s drugim“ uklapaju u različite osobnosti što povećava rizik od patološke disocijacije kao obrane od kasnijih životnih trauma. Neadekvatne interakcije traženja skrbi s primarnim skrbnicima mogu dovesti do toga da dijete razvije višestruke interne reprezentacije (interne radne modele) sebe i figura privrženosti. Kontradiktorni interni radni model figure privrženosti predstavlja ju kao opasnu i sigurnu u isto vrijeme – model se aktivira u kontekstu nesigurnosti ili opasnosti kako bi motivirao zaštitu od primarnog skrbnoga od kojeg se također traži sigurnost. (Sar i sur., 2017). Autori također ističu da je rani početak zlostavljanja i/ili zanemarivanja od strane figure privrženosti povezan s neorganiziranom privrženosti. Sukladno tome, dijete koje se razvija u disfunkcionalnoj okolini i doživljava sukobe svojih potreba i emocija, ne može stvoriti koherentan i integriran pojam o sebi. Sumirano, neorganizirana privrženost može se smatrati jednim od temelja razvoja DID-a. S navedenim se slažu i Doorah i suradnici (2014) koji tvrde da je DID povezan s nasilnim i traumatskim iskustvima iz djetinjstva čiji je inicijator obično djetetova figura privrženosti. Kao povoljne uvjete za razvoj DID-a navode izloženost fizičkom ili seksualnom zlostavljanju i formiranje neorganiziranog stila privrženosti za skrbnika koji potiče takve oblike zlostavljanja. U skladu s time, Leigh (2015) izvještava da više od 90% pacijenata s DID-om navodi da su u djetinjstvu doživjeli fizičko ili seksualno zlostavljanje. Nadovezujući se na prethodno rečeno, DePrince i suradnici (2015) proveli su istraživanje razlikovanja DID-a od PTSP-a na temelju kognitivne procjene. Dok su procjene srama, izdaje, samooptuživanja, ljutnje i straha bile slične kod oba poremećaja, sudionici s DID-om imali su značajno višu procjenu sebe kao onih koji doživljavaju alijenaciju (otuđenje) koja se povezuje s osjećajem usamljenosti, izoliranosti i različitosti. Zlostavljanje i zanemarivanje može aktivirati i održavati navedene osjećaje što dugoročno pogoduje razvoju DID-a.

Obitelj. Istraživanje Öztürka i Şara (2006) pokazalo je da su česte promjene raspoloženja, intenzivan bijes i nemogućnost kontrole bijesa, prolazna disocijativna iskustva, paranoidne ideje i konfuzija identiteta češći kod članova obitelji pacijenata s DID-om i povezanim disocijativnim poremećajima nego kod članova obitelji kontrolne skupine. U obitelji s takvim disocijativnim karakteristikama članovi mogu s vremenom izmjenjivati svoje uloge te naizmjenično biti žrtva, zlostavljač ili spasitelj. Promjenjivi stavovi roditelja i nesloga u braku često će kod djece izazvati kontradiktorne osjećaje. Autori ističu da nakon izravne traumatizacije u ranoj dobi, ovakve stalno promjenjive uloge u trajnom obiteljskom sustavu nastavljaju poticati djecu i adolescente da koriste disocijativne mehanizme prilagodbe. S time se slaže i Korol (2008), naglašavajući

da ako dijete nema socijalnu i obiteljsku podršku, veća je vjerojatnost da će biti sklonono korištenju disocijacije. Freyd (1994) iznosi tzv. teoriju traume izdaje u čijem je središtu koncept traume koju je izazvao netko na koga se žrtva oslanjala, često njezin primarni skrbnik. Ova teorija sugerira da je disocijativna amnezija adaptivni odgovor na zlostavljanje u djetinjstvu koji omogućuje preživljavanje na način da omogućuje djetetu da ostane privrženo svom zlostavljaču koji je nužan za djetetovo preživljavanje i razvoj. U kontekstu obitelji, također treba uzeti u obzir da roditelji često negativno reagiraju na djecu koja su drugačija od njihovih očekivanja, primjerice dijete koje je dosta neresponzivno ili ambivalentno. Ustrajanje u svojim očekivanjima dovodi do toga da roditelji dijete pokušavaju natjerati da se prilagodi okvirima njegove okoline umjesto da okolinu prilagode djetetovu temperamentu (Berk, 2007). Takvo ustrajanje dovodi do djetetova otpora i pojačavanja karakteristika koje roditeljima ne odgovaraju čemu slijedi stvaranje dodatnog pritiska na dijete. Taj se ciklus nastavlja, održavajući vrlo neadekvatan i problematičan kontekst djetetovog razvoja što u nekim slučajevima može prerasti u patologiju.

Kultura i društvo. Prilikom opisivanja etiologije DID-a, važno je osvrnuti se na utjecaje kulture i kulturalnih normi. Iako Stein i suradnici (2013) ističu da su patološki oblici disocijacije pronađeni u svim oblicima kulture, Dorahy i suradnici (2014) smatraju kulturu velikim izvorom izazova za empirijsku provjeru disocijativnog poremećaja identiteta. Kao glavni razlog navode neujednačenost međunarodnih dijagnostičkih klasifikacija – DSM-a i MKB-a (ICD-a) koja često onemogućuje smislene kros-kulturalne usporedbe. Primjerice, DSM-V sadrži kriterije i definicije klasifikacije isključivo za psihičke poremećaje dok ICD-10 uz psihičke poremećaje sadrži i kriterije i definicije klasifikacije stanja i bolesti povezane s cjelokupnom ljudskom fiziologijom te ne pokriva psihičke poremećaje jednako detaljno kao DSM-V (First, 2009). Nadalje, Dorahy i suradnici (2014) ukazuju i na razliku u definiranju pojma o sebi između individualističkih društava koja više naglašavaju autonomiju i nezavisnost te kolektivističkih u kojima se naglašava međuovisnost i grupna pripadnost. U disocijativnoj patologiji dimenzija individualizam-kolektivism pokazala se potencijalno utjecajnom u percepciji izvora alternativnih identiteta – jesu li oni nešto internalizirano što izvire iz osobe ili pak nešto eksternalizirano što „opsjeda“ osobu? Istraživanje Cardene i suradnika (2009) pokazuje da u nezapadnjačkim državama (npr. Uganda, Butan, Nigerija, Mozambik, Brazil, Havaji, Kuba) DID ima oblik patoloških iskustva opsjednutosti – zle vanjske sile uzrokuju promjene u svijesti i identitetu. S obzirom na to da se DID javlja kao oblik obrane od traumatičnih događaja koji se odvijaju u određenom socijalnom kontekstu koji je pod utjecajem kulture i kulturalnih normi, teško je odvojiti njihov utjecaj od procesa disocijacije. Ross (2011) izvještava da su u Turskoj i Sjevernoj Am-

erici također zabilježeni slučajevi u kojima pojedinci s DID-om porijeklo barem nekih od svojih alternativnih identiteta pripisuju određenoj spiritualnoj opsjednutosti. Autor naglašava da se DID ne može jasno dihotomno podijeliti na zapadnjački i ne-zapadnjački oblik. Drugim riječima, ne možemo zaključiti da pripadnici zapadnjačkih kultura svoje alternativne identitete doživljavaju kao nešto što izvire iz njih samih, a da pripadnici ne-zapadnjačkih kultura alternativne identitete smatraju vanjskim entitetima koji ih opsjedaju. DID je primarno povezan s time kako osoba doživljava samu sebe što može biti u manjoj ili većoj mjeri pod utjecajem kulture, primarno njene individualizam/kolektivizam komponente. Nadovezujući se na do sada rečeno, Lynn i suradnici (2012) predstavljaju sociokognitivni model (model fantazije) koji sugerira da medijski izvještaji, visoka razina društvenog znanja o DID-u, utjecajni i sugestivni terapeuti, sugestivnost pacijenata te kognitivne distorzije dovode do toga da ljudi pogrešno pretpostavljaju da imaju disocijativni poremećaj identiteta. Ovo stajalište u suprotnosti je s prethodno opisanim posttraumatskim modelom DID-a. Dok posttraumatski model uzrok DID-a pronalazi primarno u ranoj traumi i njezinim relacijskim, kognitivnim, emocionalnim i neurobiološkim posljedicama, sociokognitivni model uzrok pronalazi u društvenim i kognitivnim utjecajima. Međutim, Sar i suradnici (2013) ističu da dodirna točka ova dva modela leži u tome da model traume priznaje određeni utjecaj društvenih u kulturalnih čimbenika – ne na stvaranje disocijativnog identiteta, nego na njegovu prezentaciju. Dalenberg i suradnici (2012) proveli su istraživanje s ciljem provjere modela traume i modela fantazije. U istraživanju ovih autora, disocijacija je bila povezana s traumom i liječenjem traume te je bila povezana s poviješću traume i u slučaju kada je sklonost maštanju bila kontrolirana. Veličine učinka odnosa proživljenih trauma i disocijacije bile su velike među svim pojedincima s disocijativnim poremećajima, no odnos je najviše bio izražen kod pojedinaca s DID-om. Najjača povezanost pronađena je između disocijacije i seksualnog i fizičkog zlostavljanja. Nadalje, disocijacija nije bila pouzdano povezana sa sugestibilnošću, no bila je pozitivno povezana s poviješću oporavka sjećanja na traumu. Drugim riječima, rezultati ovog istraživanja idu u prilog modelu traume prema kojem pojava disocijacije predstavlja regulatorni mehanizam preživljavanja proživljavanja traume.

Kognitivni čimbenici. Sar i suradnici (2017) navode da su dva ponajviše narušena kognitivna procesa kod osoba s DID-om pamćenje i konstrukcija vlastitog identiteta što je u skladu s dijagnostičkim kriterijima postojanja dva ili više izdvojena identiteta te razdoblja amnezija za periode u kojima je jedan od identiteta preuzeo glavnu riječ (APA, 2013). Ova dva kognitivna procesa usko su povezana. Naša iskustva i spoznaje organiziraju se u dugoročnom pamćenju te se naše procjene i uvjerenja temelje na pohranjenim informacijama. Konstrukcija vlastitog identiteta temelji se na u pamćenju

pohranjenoj zbirci naših iskustava i spoznaja (primarno semantičko i autobiografsko pamćenje) koji su kodirana kao da su se dogodili sebstvu (Conway, 2005). Drugim riječima, osoba se prisjeti nekog događaja, zapamtila je da se to iskustvo dogodilo njoj i kad se prisjeća ima osjećaj da je to zaista i doživjela. Sar i suradnici (2017) dalje objašnjavaju da su kognitivni etiološki faktori DID-a povezani sa stvaranjem jaza između kodiranja doživljenih događaja (pohrana u pamćenje) i osobne percepcije tog događaja kao autobiografskog iskustva. Autori navode da je podrijetlo disocijativnih identiteta upravo u sjećanju na doživljene događaje koje doživljavaju autobiografski, tj. kao da su se dogodili njima. Ti se identiteti mogu oslanjati na različita sjećanja ili različite aspekte istog iskustva. Na temelju Beckove teorije, Kennedy i suradnici (2004) objašnjavaju kognitivnu perspektivu etiologije DID-a. Beck (1996) je predložio da je ličnost sastavljena od „modova“ koji sadrže kognitivne, afektivne, bihevioralne i fiziološke reprezentacije ili sheme za kodiranje iskustva te odgovaranje na interne zahtjeve i zahtjeve okoline. Svi modovi obuhvaćeni su „sustavom svjesne kontrole“ koji omogućuje integriranje modova u jedinstveni osjećaj sebstva, tj. osjećaj „ja“. DID nastaje kada modovi prestani biti pod sustavom svjesne kontrole te se odvoje i postoje u manjim, izoliranim jedinicama (npr. modovi privatnog života poput roditeljstva i partnerstva postaju razdvojeni od modova povezanih s profesionalnim funkcioniranjem). Te manje, izolirane jedinice svaka za sebe predstavljaju sustav svjesne kontrole koji obuhvaća određene modove te svaki od njih predstavlja određeni aspekt sebstva. Dakle, prema ovoj perspektivi, uzrok DID-a leži u razdvajanju jedinstvenog sustava svjesne kontrole na nekoliko zasebnih od kojih svaki obuhvaća određene modove, zbog čega se gubi povezanost između modova obuhvaćenih različitim sustavima. U skladu s razdvojenošću sustava svjesne kontrole, modovi se integriraju u nekoliko zasebnih osjećaja sebstva.

Neuralni čimbenici. Istraživanja neuralne osnove DID-a još su u povojima, međutim, dovela su do velikih pomaka u razumijevanju ovog kompleksnog poremećaja. Reinders i suradnici (2003), koristeći metodu PET snimanja (pozitronska emisijska tomografija), proveli su istraživanje specifičnih promjena lokalizirane moždane aktivnosti kod pojedinaca s DID-om. Rezultati ukazuju na to da, ovisno o prisutnom alternativnom identitetu, postoje različiti regionalni uzorci cerebralnog protoka krvi za svaki od identiteta. U skladu s time, autori su izveli zaključak da kod osoba s DID-om postoje specifične moždane funkcionalne razlike u medijalnom prefrontalnom korteksu (MPFC) i posteriornim asocijativnim područjima ovisno o alternativnom identitetu koji je prisutan u danom trenutku. Reinders i suradnici (2019) proveli su još jednu studiju – u ovom slučaju analizirali su mogućnost prepoznavanja uzoraka moždanih biomarkera kod osoba s DID-om. Promatrane su strukturalne slike mozga 75 sudioni-

ka od čega ih je 32 imalo DID, a ostatak je predstavljao kontrolnu skupinu zdravih pojedinaca. Rezultati su pokazali da se na temelju strukturalnih slika mozga, korištenjem metode prepoznavanja uzoraka moždanih biomarkera, s vrlo visokom osjetljivošću i specifičnošću, može razlikovati osobe s DID-om od kontrolne skupine. Autori preporučuju upotrebu ove metode u budućnosti kako bi osobe s DID-om dobile što točniju dijagnozu i kako bi ih se uspješno razlikovalo od osoba koje nemaju ovaj poremećaj. Iako neki stručnjaci pokazuju otvoren skepticizam po pitanju valjanosti i općeg postojanja ovoga poremećaja, smatrajući ga ozbiljnijom simulacijom bolesti (Davison i Neale, 2002), neuroznanost i njeni rezultati pobijaju taj skepticizam i daju niz potvrda validnosti disocijativnog poremećaja identiteta. Dvije strukture u kojima se uočavaju najdosljednije razlike su amigdala i hipokampus. Vermetten i suradnici (2006) izvještavaju da su pojedinci koji su se oporavili od DID-a imali veće hipokampuse od onih koji se nisu oporavili ili nisu završili terapiju. Poprilično dosljedno se pronalazi da su hipokampus i amigdala kod pacijenata s DID-om manji nego kod zdravih pojedinaca (Vermetten i sur., 2006; Ehling i sur., 2007; Chalavi i sur., 2015b). Pregledni rad Blihora i suradnika (2020) pokazuje da su dosadašnja istraživanja usporedbe mozgova pacijenata s DID-om i zdravih pojedinaca kod osoba s DID-om pronašla manje kortikalne i subkortikalne volumene u hipokampusu, amigdali, parijetalnim strukturama koje su uključene u percepciju i osobnu svijest te u frontalnim strukturama koje su uključene u izvođenje pokreta i učenje straha. Manje veličine različitih frontalnih regija kod DID pacijenata, uključujući Brocino područje i prednji cingularni korteks podupiru ideju da trauma negativno utječe na frontalni korteks. Kod DID pacijenata je također pronađen veći volumen bijele tvari koja je odgovorna za informacijsku komunikaciju između somatosenzornih asocijacijskih područja, bazalnih ganglija i prekuneusa. U kontekstu povezanosti hormonalnih i neurotransmiterskih promjena i DID-a, pronađeno je da farmakološka manipulacija serotonergičkim prijenosom može izazvati disocijativne simptome (Simeon i sur., 1995), (Lacy i Mathis, 2003). Također se pokazalo da su disocijativni poremećaji povezani s višim razinama oksitocina i prolaktina (Roydeva i Reinders, 2021) te da su razine noradrenalina i dopamina povišene u određenim disocijativnim stanjima (Kawai i sur., 2001). Ukazuje se i na to da su i patološka i nepatološka disocijativna iskustva povezana s posebnim promjenama u lučenju kortizola (Boulet i sur., 2022). Rajkumar (2022) nudi pregled dosadašnjih otkrića genetskih istraživanja disocijativnih poremećaja te naglašava da je ovaj spektar poremećaja nedovoljno proučavan iz genetske perspektive. U ovom radu prikazani su preliminarni dokazi o povezanosti disocijativne simptomatologije i varijacija u pojedinim genima. Genetske studije disocijativnog poremećaja (primarno obiteljske studije i studije blizanca) sugeriraju da disocijativna stanja imaju jasnu nasljednu komponentu (Jang i sur., 1998; Becker-Blease i sur., 2004). Geni za koje se pretpostavlja da imaju određenu povezanost s disocijativnim simptomima povezani su s monoaminergičkim

prijenosom (5-HTT, COMT), neuralnom plastičnošću (BDNF), neuropeptidnim receptorima (OXTR) i regulacijom osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda (FKBP5). Međutim, ovi rezultati nisu dosljedni (Grabe i sur., 1999; Waller i Ross, 1997) te je na budućim istraživanjima da razjasne opseg mogućnosti identificiranja bioloških mehanizama povezanih s ranjivošću na disocijativne simptome.

Diferencijalna dijagnoza

U kontekstu teškoća razlikovanja DID-a od ostalih poremećaja, Coons (1998) objašnjava da je DID najčešće u komorbiditetu s depresivnim poremećajima, somatskim poremećajima ličnosti i post-traumatskim stresnim poremećajem (PTSP-om). Istraživanje Ellasona i suradnika (1996) također je ispitalo komorbiditet DID-a s drugim poremećajima. Prema ovom istraživanju, DID je najčešće u komorbiditetu s depresijom, posttraumatskim stresnim poremećajem, paničnim poremećajem, opsesivno-kompulzivnim poremećajem, socijalnom fobijom, jednostavnom fobijom i somatizacijskim poremećajem. Detaljnije razmatrajući komorbiditet DID-a s anksioznim poremećajima u istraživanju Ellasona i suradnika (1996), najčešći je s PTSP-om, zatim paničnim poremećajem, opsesivno-kompulzivnim poremećajem i socijalnom fobijom, jednostavna fobija i agorafobija bile su srednje po učestalosti dok je DID najrjeđe u komorbiditetu s generaliziranom anksioznošću. Ovakvi rezultati u skladu su nalazima drugih istraživanja (Boon i Draijer, 1993). Čest je bio i komorbiditet sa somatoformnim poremećajima i poremećajima prehrane – gotovo polovica uzorka patila je od neke vrste somatoformnog poremećaja. Ovi rezultati idu u prilog nalazima prethodnih studija o somatskim simptomima osoba koje su preživjele seksualno zlostavljanje (Coons, 1984; Boon i Draijer 1993). Od poremećaja ličnosti, DID je najčešće u komorbiditetu s graničnim poremećajem, zatim izbjegavajućim i samoporažavajućim (u klasifikaciji DSM-III-R). Nadalje, kod velikog udjela osoba s dijagnozom DID-a pronađena je ovisnost o alkoholu i/ili drogama te je kod mnogih zlouporaba droga bila teška što je također u skladu s prethodnim istraživanjima (Putnam i sur., 1986). Mnogi su pacijenti prijavili početnu zlouporabu droga ili alkohola u adolescenciji, a dio je navodne zlouporabe droga ili alkohola započeo u ranom djetinjstvu. Zanimljiv je kontradiktorni nalaz turskog istraživanja Ilhana Yargıça i suradnika (1998) u kojem je u DID skupini sudionika, samo jedan sudionik bio ovisan o drogama te se DID skupina nije razlikovala od skupina schizofrenije, epilepsije i paničnog poremećaja po učestalosti i zloupotrebi alkohola i supstanci. Autori sugeriraju potencijalnu ulogu kulture i kulturoloških normi u osnovi ove razlike. Wing (1997) ukazuje na to da se zbog učestale povezanosti DID-a i zlouporabe alkohola, rupe u sjećanju često objašnjavaju gubitkom

svijesti zbog alkohola što u startu izolira opciju mogućnosti dijagnoze DID-a. Uzrok učestale zlouporabe supstanci pripisuje se dubokoj emocionalnoj boli koju domaćin (osnovni identitet) doživljava i želi iskorijeniti. Autor objašnjava da, s jedne strane, moguće je da se DID razvije nakon što pacijent započne liječenje alkoholizma jer bez alkohola pacijent može osjećati da mu treba drugi „zaštitnik“ dok s druge strane, ako je dijagnoza DID-a domaćinu već poznata, on može koristiti alkohol kako bi blokirao potencijalne okidače u okolini i tako spriječio disocijaciju.

Diferencijalna dijagnoza velika je prepreka pri uspostavljanju dijagnoze disocijativnog poremećaja identiteta. U jednu ruku zbog skeptičnosti znanstvenika i kliničara po pitanju postojanja ovog poremećaja, u drugu zato što je ovaj poremećaj u komorbiditetu s velikim brojem drugih kako je prethodno i opisano. U DSM-V (APA, 2013) objašnjene su najvažnije razlike DID-a i poremećaja s kojima je u komorbiditetu. Osobe s disocijativnim poremećajem identiteta često s vremenom mogu razviti i depresivne simptome koji mogu izgledati kao da zadovoljavaju kriterije za dijagnozu velike depresivne epizode. Ti kriteriji su: depresivnost većine dana gotovo svaki dan, kontinuiran izostanak interesa i užitka za bilo koju aktivnost, značajan gubitak/porast težine/apetita, svakodnevna insomnija ili hipersomnija, svakodnevna psihomotorička agitacija ili usporenost, kontinuiran umor i nedostatak energije, osjećaj bezvrijednosti ili izrazite krivnje, narušena sposobnost razmišljanja i koncentracije te razmišljanje o smrti, suicidalne misli, planovi i pokušaj suicida. Rigorozna procjena pokazuje da depresija kao popratni faktor DID-a u nekim slučajevima ne ispunjava sve navedene kriterije za veliki depresivni poremećaj. Specifičnost depresivnog poremećaja kod pojedinaca s disocijativnim poremećajem identiteta jest ta da depresivno raspoloženje i razmišljanja fluktuiraju i nisu konzistentna jer se doživljavaju u nekim stanjima identiteta, ali ne i u drugim. Primjerice, domaćin (osnovni identitet) može imati depresivne simptome, ali njegovi alteri ne ili neki od altera može imati simptome koje i okolina može zamijetiti, ali domaćin nije svjestan toga jer, kako je prethodno spomenuto, stanja identiteta nisu svjesna jedna drugih. Nadalje, umjesto dijagnoze disocijativnog poremećaja identiteta pojedincima se često pogrešno dijagnosticira bipolarni poremećaj, najčešće bipolarni poremećaj II. Primarna je razlika to što kod ovog poremećaja pronalazimo relativno brze promjene raspoloženja – obično unutar nekoliko minuta ili sati, dok kod osoba s bipolarnim poremećajem uočavamo sporije promjene raspoloženja. Uzrok promjena su brze, subjektivne promjene raspoloženja koje se obično javljaju u disocijativnim stanjima i koje su ponekad popraćene fluktuacijama u razinama aktivacije. Nadalje, kod DID-a izmjena identiteta može podrazumijevati i izmjenu raspoloženja u povišeno ili depresivno zbog čega jedno ili drugo raspoloženje može potrajati relativno dugo (često danima) ili se može pomaknuti unutar nekoliko minuta.

Kako je u osnovi i PTSP-a i DID-a iskustvo traume, neki pojedinci imaju i posttrau-

matsko stresni poremećaj i disocijativni poremećaj identiteta. Zbog toga je važno razlikovati osobe koje imaju samo PTSP i osobe koje imaju i PTSP i disocijativni poremećaj identiteta. Temelj diferencijalne dijagnoze jest utvrditi prisutnost ili odsutnost disocijativnih simptoma koji nisu karakteristični za akutnu stresni poremećaj ili PTSP. Neki disocijativni simptomi javljaju se i kod DID-a i kod PTSP-a: (a) amnezija za neke aspekte traume, (b) disocijativni *flashbackovi* (tj. ponovno proživljavanje traume, sa smanjenom sviješću o trenutnom stanju) i (c) simptomi nametljivosti i izbjegavanja, negativne promjene u kogniciji i raspoloženju te hiperuzbuđenost u fokusu koje je traumatski događaj. Međutim, s druge strane imamo disocijativne simptome koji se javljaju samo kod DID-a, odnosno nisu manifestacije PTSP-a: (a) amnezije za mnoge svakodnevne (netraumatske) događaje, (b) disocijativni *flashbackovi* koji mogu biti praćeni amnezijom za sadržaj *flashbacka*, (c) snažne intruzije altera (nepovezane s traumatskim materijalom) u individualni osjećaj sebe i d) rijetke, potpune promjene među različitim identitetskim stanjima. Konverzivni poremećaj jest poremećaj funkcionalnih neuroloških simptoma. Primarno se razlikuje od DID-a po odsutnosti poremećaja identiteta koji karakteriziraju dva ili više različitih stanja osobnosti ili iskustvo opsjednutosti. Također, disocijativna amnezija u konverzionom poremećaju je više ograničena (npr. amnezija za neepileptički napadaj). Jedan od kriterija dijagnoze DID-a jest da se simptomi ne mogu pripisati fiziološkim učincima tvari (npr. nesvjestica ili kaotično ponašanje tijekom opijanja alkoholom) ili drugom medicinskom stanju (npr. složeni parcijalni napadaji) Simptomi povezani s fiziološkim učincima tvari mogu se razlikovati od disocijativnog poremećaja identiteta ako se procijeni da je dotična supstanca etiološki povezana s poremećajem.

Alteri u disocijativnom poremećaju identiteta često predstavljaju identitete za koje se čini da sažimaju niz značajki teškog poremećaja osobnosti, što bi upućivalo na diferencijalnu dijagnozu poremećaja ličnosti, posebno graničnog poremećaja ličnosti. Važna razlika između ova dva poremećaja je u konzistentnosti – poremećaj ličnosti je sveprisutna i trajna disfunkcija u upravljanju afektima i međuljudskim odnosima dok se kod DID-a zbog izmjene identiteta javlja određena varijabilnost u stilu osobnosti (zbog nedosljednosti među identitetima). Nadovezujući se na ovu skupinu poremećaja, Laddis i suradnici (2017) u svome su istraživanju uočili jasno distinktivne razlike u procesima disocijacije između DID-a i graničnog poremećaja ličnosti. Autori su primjenom Višedimenzionalnog inventara disocijacije (MID) uočili da osobe s DID-om postižu značajno više rezultate na ovom inventaru. Rezultati ukazuju na to da DID i GPL imaju naizgled slične simptome – kod oba su prisutni konfuzija identiteta i problemi s pamćenjem dok je uz to za DID karakteristična prisutnost alternativnih identiteta, a za GPL retrospekcije, tj. prikazi sjećanja i prethodno proživljenih iskus-

tava. Unatoč sličnostima, autori ističu da su u osnovi ovih simptoma različiti procesi. Kod DID-a velika većina disocijativnih procesa generirana je iz pojave alternativnih identiteta dok je kod GPL-a to slučaj kod samo otprilike 24% pacijenata. Kao glavni mehanizmi zbog kojih se kod GPL-a javljaju disocijativna iskustva jesu brze, stresom uzrokovane promjene stanja svijesti (specifične za GPL), perceptivne narušenosti koje mogu biti popraćene dezintegracijom afektivnog funkcioniranja koja nalikuje disocijaciji i obrambeno distanciranje od nevolje. Alarmantan je nalaz Branda i suradnika (2012) koji ukazuje na višu stopu samoozljeđivanja i pokušaja samoubojstva kod osoba s DID-om u usporedbi s ostalim poremećajima što potvrđuje i Leigh (2015).

Na koncu, disocijativni poremećaj identiteta može se zamijeniti sa shizofrenijom ili drugim psihotičnim poremećajima. Prvo, personificirani, unutarjni glasovi disocijativnog poremećaja identiteta, posebno djeteta (npr. „Čujem djevojčicu kako plače u ormaru i bijesnog muškarca koji viče na nju”), mogu se zamijeniti s psihotičnim halucinacijama. Drugo, disocijativna iskustva fragmentacije identiteta i percipiranog gubitka kontrola nad mislima, osjećajima, impulsima i djelima može se zamijeniti sa znakovima formalnog poremećaj mišljenja. Treće, progoniteljski i pogrdni unutarjni glasovi povezani s depresivnom simptomatologijom kod DID-a mogu se pogrešno dijagnosticirati kao velika depresija sa psihotičnim značajkama. Četvrto, pojedinci s DID-om također mogu prijaviti vizualne, taktilne, olfaktorne, okusne i somatske halucinacije, koje su obično povezane s posttraumatskim i disocijativnim čimbenicima, kao što su djelomični *flashbackovi*. Razlika je u tome da pojedinci s disocijativnim poremećajem identiteta nemaju deluzivna objašnjenja za ove fenomene te njihov uzrok pripisuju alternativnim identitetima što se očituje u personificiranom načinu opisivanja simptoma. Također, moguće je razlikovati kaotičnu promjenu identiteta i akutne intruzije koje ometaju misaone procese od kratkotrajnog psihotičnog poremećaja po tome što kod DID-a prevladavaju disocijativni simptomi i amnezije za epizode izmjene identiteta. Istraživanje Footea i Parka (2008) detaljnije objašnjava glavne simptomatološke razlike između DID-a i shizofrenije. Autori ističu tri važna faktora na osnovi kojih se diferencijalna dijagnoza ne bi trebala oslanjati jer se s manjom ili većom učestalošću javljaju kod oba poremećaja, a to su traumatična iskustva u prošlosti, formalni poremećaj mišljenja, tj. nepovezan i nelogičan tijek misli te prisutnost deluzija. Ono u čemu se DID potencijalno razlikuje od shizofrenije jest to da je za DID karakteristično da su deluzije realističnije i manje bizarne u usporedbi s onima koje se javljaju kod shizofrenije, no ta distinkcija je li deluzija bizarna ili ne nije uvijek jednostavna. Primjerice, ideja da netko želi počinuti atentat na osobu gotovo je sigurno bizarna deluzija za nekog učitelja u srednjoj školi, no za neku politički aktivnu osobu poput predsjednika države, takva ideja može biti istinita, a ako nije onda govorimo o realističnoj deluziji.

Jedna od značajnijih, jasnih razlika po kojima možemo razlikovati DID od shizofrenije jesu amnezija i rupe u vremenu koje nisu jedan od kriterija za dijagnozu shizofrenije, ali jesu za DID, kao što je i navedeno u DSM-V priručniku. Nadalje, važna razlika jest i u javljanju halucinacija – za DID su primarno karakteristične auditorne halucinacije koje se opisuju personificirano, odnosno kada bi kliničar postavio pitanja poput „Ima li glas ime?“, „Kako izgleda?“, „Koliko ima godina?“, osoba s DID-om dala bi jasne odgovore. Autori se osvrću i na nalaze poput onih Moskowitza i Corstensa (2007) prema kojima osobe s DID-om auditorne halucinacije gotovo uvijek doživljavaju u svojoj glavi dok one kod shizofrenije mogu biti i izvan i unutar osobe. Upozoravaju da ove rezultate treba razmatrati sa skepticizmom i ne donositi konačne zaključke uslijed nedovoljne jednoznačnosti rezultata istraživanja ovog diferencijalnog aspekta. Također ističu da ni prethodno opisane distinkcije nisu uvijek dovoljne za razlikovanje DID-a od shizofrenije te da je jedina mogućnost za postizanje tog cilja kontinuiran rad terapeuta s pacijentom.

Dijagnoza disocijativnog poremećaja identiteta

Uslijed slabe i nedovoljne istraženosti teško je govoriti o prevalenciji poremećaja disocijativnog identiteta, no istraživanje Branda i suradnika (2016) upućuje na to da se ovaj poremećaj može pronaći u 0,4 – 6,0 % kliničkih uzoraka na kojima su provedeni rigorozni strukturirani klinički intervjui te da taj raspon, govoreći o općoj populaciji, varira od otprilike 1,1% do 1,5%. Friedl i suradnici (2000) kao nedostatak kliničkih studija navode da se, zbog korištenja različite metodologije, u različitim državama dobivaju različiti podaci o prevalenciji DID-a (raspon od 0,4% do čak 14%). Dorahy i suradnici (2014) tvrde da je prevalencija DID-a najveća u psihijatrijskim ustanovama te da obuhvaća približno 1% opće populacije. Spitzer i suradnici (2003) na uzorku od više od 2000 sudionika nisu pronašli spolne razlike u općim ili patološkim simptomima disocijacije te su taj nalaz potvrdili nekoliko godina kasnije (Spitzer i sur., 2008). U recentnijem istraživanju, autori predlažu da privid veće učestalosti disocijativnih poremećaja kod žena ima svoju osnovu u sociokulturnom kontekstu. Žene koje imaju disocijativni poremećaj vjerojatnije će ući u opći zdravstveni sustav jer su spremnije pokazati emocije/vulnerabilnosti i tražiti pomoć. Muškarci koji imaju disocijativni poremećaj češće će ući u pravni sustav (zatvor, forenzičke ustanove) jer su skloniji potiskivanju emocija, teže traže pomoć i njihovi problemi lakše i češće eskaliraju u agresiju. Ti se podaci odnose općenito na disocijativne poremećaje te ne možemo na osnovi njih donositi konkretne zaključke u kontekstu samo DID-a, ali zbog značajnog nedostatka istraživanja spolnih razlika u prevalenciji DID-a vrijedi ove prijedloge imati na umu. Cheng i suradnici (2022) proveli su istraživanje na skoro 2000 adolescenata s

ciljem istraživanja razlika u prevalenciji adolescentnih disocijativnih simptoma (ADS) u vrijeme Covid-19 pandemije. Neki od simptoma jesu teškoće praćenja uputa, ekstremne promjene raspoloženja, depersonalizacija, ekstremne bihevioralne promjene (npr. rukopis, način govora), regresivna ponašanja (ponašanja karakteristična za neki od prethodnih stadija razvoja), opetovana zbunjenost i dezorijentacija, korištenje „mi“ umjesto „ja“. Istraživanje je pokazalo da adolescenti imaju višu stopu izraženih adolescentnih disocijativnih simptoma u odnosu na adolescentice. Nadalje, autori ističu da postoji i značajna razlika u faktorima utjecaja na razvoj disocijativnih simptoma — kod muških sudionika značajan su utjecaj imali konfliktni odnos nastavnik-učenik te nekoliko čimbenika obiteljske dinamike: ekspresivnost, sukob, kohezija i organizacija dok su kod ženskih sudionika važnu ulogu imali individualna psihološka stanja, ponajviše paranoidne ideje te somatske tegobe. Ovakvi rezultati upućuju na to da spolne razlike u prevalenciji DID-a možda postoje u određenim dobnim skupinama, no zbog nedostatka istraživanja ne možemo donositi jasne zaključke. Pitanje prevalencije te spolnih i dobnih razlika svakako je jedno od područja kojemu bi se trebalo posvetiti više pažnje i početi provoditi valjana istraživanja dovoljno velikog i reprezentativnog uzorka što je trenutno jedan od primarnih nedostataka ovog aspekta istraživanja DID-a.

Kako bi se omogućila što jasnija identifikacija prisutnosti DID-a kod neke osobe, DSM-V kao ključne simptome po kojima se DID razlikuje od ostalih poremećaja navodi konfuziju i promjenu identiteta i amneziju (Spiegel i sur., 2011) te je u priručniku revizije DSM-IV Američke psihijatrijske udruge (2000) istaknuto da simptomi derealizacije i depersonalizacije nisu nužni za dijagnozu. Empirijska analiza Dorahya i suradnika (2014) koja obuhvaća istraživanja iz Europe, Australije, Azije i Sjeverne i Južne Amerike potvrđuju konzistentnost ovih pet simptoma. Kao visoko pouzdane instrumente dijagnoze DID-a autori navode SCID-D-Revised (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders Revised) i DDIS (Dissociative Disorders Interview Schedule) koji procjenjuju prethodno spomenutih pet kategorija te omogućuju dijagnozu DID-a. U skladu s time, Mychailyszyn i suradnici (2020) u svojoj meta-analizi opisuju SCID-D-R kao jedan od psihometrijski najboljih pristupa dijagnozi disocijativnih poremećaja. Prema autorima, SCID-D-R i njegov prethodnik, SCID-D, polustrukturirani su intervjui koji daju rezultate za pet subskala: amnezija, depersonalizacija, derealizacija, konfuzija identiteta i promjena identiteta te ukupni rezultat. Razlika između SCID-D i njegove revidirane verzije jest u tome što se u SCID-D verziji koristi zastarjeli termin „poremećaj višestruke ličnosti“ (prema DSM-III) dok se u SCID-D-R verziji koristi aktualan termin „disocijativni poremećaj identiteta“ (prema DSM-IV). Pitanjima se procjenjuje prisutnost ili odsutnost simptoma, kao i njihovo trajanje, učestalost, ozbiljnost i povezana oštećenja i uznemirenost. Viši rezultati ukazuju na više razine psihopatologije. Prednost SCID-D-a i SCID-D-R leži u

kombiniranju direktnih i indirektnih pitanja o prepoznavanju disocijacije u njenim različitim manifestacijama. Korištenje ovog instrumenta namijenjeno je obučanim dijagnostičarima koji su upoznati s razlikovanjem disocijativnih poremećaja od poremećaja koji se mogu zamijeniti s disocijativnima kao i lažnih i izmišljenih poremećaja. Pomoću SCID-D-R mogu se dijagnosticirati svi disocijativni poremećaji te ih i isključiti kao dijagnozu kada se disocijacija može bolje objasniti drugim fenomenom. Najčešći takvi slučajevi podrazumijevaju konzumaciju droge i alkohola, medicinsku bolest, prolazna disocijativna iskustva povezana sa stresom ili traumatsku ozljedu mozga. U prilog ovih mjernih instrumenata idu visoke procjene test-retest pouzdanosti — $\alpha = .72-.96$ (Kundakçi i sur., 2014; Şar i sur., 2013; Steinberg i sur., 1990). Međutim, Kundakçi i suradnici (2014) upozoravaju da su sudionici njihova istraživanja potencijalno imali težak oblik disocijativne psihopatologije te da bi uočeni simptomi vjerojatno bili manje izraženi kod sudionika blažeg oblika disocijativnog poremećaja. Također je zabilježena i dobra diskriminantna valjanost u razlikovanju DID-a od shizofrenije (Steinberg i sur., 1994), konverzivnih poremećaja (Bowman i Coons, 2000) i nedisocijativnih poremećaja mješovite psihijatrijske populacije (Kundakçi et al., 2014). Meta-analizom Mychailyszyna i suradnika (2020) utvrđene su velike veličine učinka za svih pet prethodno navedenih kategorija simptoma. Veličina agregiranog učinka izražena Hedgeovim g tumači se kao mala ako je g između 0,2-0,49, srednja ako je između 0,5-0,79 i velika ako je 0,8 i više. Najveće veličine učinka dobivene su za sveukupne usporedbe disocijativnih poremećaja s drugim psihijatrijskim poremećajima ($g = 3,12$), nakon čega slijede usporedbe promjene identiteta ($g = 2,87$) i disocijativne amnezije ($g = 2,16$). Ovo sugerira da općenito SCID-D intervjui mogu prilično dobro razlikovati disocijativne poremećaje od drugih poremećaja.

Nadalje, drugi predloženi instrument jest Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS). Na temelju DDIS-a uspostavlja se DSM-V dijagnoza disocijativnih poremećaja, poremećaja somatskih simptoma, graničnog poremećaja ličnosti i velike depresivne epizode te se također dobivaju informacije o fizičkom i seksualnom zlostavljanju u djetinjstvu (Ross i Browning, 2016). Pomoću DDIS-a moguće je razlikovanje disocijativnog poremećaja identiteta od niza drugih dijagnostičkih kategorije poput poremećaja prehrane, paničnog poremećaja i shizofrenije kao i od subjekata opće populacije (Ross i Ellason, 2005). Istraživanje Rossa i suradnika (2002) ukazuje na to da DDIS ima zadovoljavajuću pouzdanost kao i konkurentnu valjanost sa SCID-D-om te i da SCID-D ima jasnu pouzdanost i valjanost. Kao nedostatak DDIS-a, Mychailyszyn i suradnici (2020) navode da ovaj instrument ne daje informacije o težini, trajanju ili pojavi simptoma, niti zahtijeva toliko iskustvenog i subjektivnog opisa od pacijenata. Uzevši u obzir te nedostatke, DDIS može biti manje koristan u izazovnim dijagnostičkim kontekstima poput forenzičke procjene ili razmatranja krivotvorenja ili

lažne prezentacije. U skladu s time, meta-analiza ovih autora prednost daje SCID-D-R. Dorahy i suradnici (2014) osvrću se i na DES (Dissociative Experience Scale). DES je razvijen iz podataka intervjua koji su zadovoljili kriterije DSM-III za disocijativne poremećaje kako bi se povećala pouzdanost i učinkovitost disocijativne dijagnoze (APA, 2013). Sastoji se od skala samoprocjene za povišene disocijativne simptome koji mogu biti indikativni prisutnost disocijativnog poremećaja. Međutim, autori izvještavaju o uočenim kulturalnim razlikama u rezultatima koje vjerojatno imaju osnovu u subjektivnosti doživljaja proživljenoga i razlikama u prijevodima zbog čega favoriziraju upotrebu SCID-D-R i DDIS-a. S time se slažu i Blihar i suradnici (2020), ističući da mnogi smatraju da se ovaj instrument temelji na subjektivnom izvještavanju i tumačenju. Također, pokazalo se da DES ima zadovoljavajuću prediktivnu valjanost, ali nije utvrđena diskriminirajuća valjanost (van Ijzendoorn i Schuengel, 1996). U skladu sa svime rečenim, valja istaknuti zaključak empirijske analize Dorahyja i suradnika (2014) — disocijativni poremećaj identiteta validna je dijagnoza jer se pomoću uspješno razvijenih instrumenata poput SCID-D-R-a može pouzdano razlikovati od ostalih poremećaja, ima kompleksnu i jedinstvenu kliničku prezentaciju koja je jasno definirana te zadovoljava sadržajni, kriterijski i konstruktni aspekt valjanosti. Kao značajnu poteškoću u dijagnozi DID-a Myricka i suradnika (2012) navode podatak da je većina istraživanja u ovom području provedena na uzorku dobne skupine starijih od 35 godina te iako mlađi prijavljuju značajnije disocijativne simptome koji vode do raznih destruktivnih ponašanja, manja je vjerojatnost da će se mlađoj osobi uspostaviti dijagnoza disocijativnoga poremećaja identiteta. Coons (1998) također ističe da primarna osobnost osobe koja ima disocijativni poremećaj identiteta obično nije svjesna postojanja alternativnih identiteta dok alternativni identiteti možda imaju neku svijest jedni o drugima, međutim, manja je vjerojatnost da će se neki od njih pojaviti dok je prisutan psihijatar (vjerojatno zbog smanjene razine stresa u takvom okruženju). Autor takvo otežano opažanje alternativnih identiteta osobe smatra jednim od ključnih problema dijagnoze jer prema mišljenju većine stručnjaka o DID-u, psihijatar ne bi trebao davati dijagnozu DID-a ako ne uoči disocijacija ili ako ne dođe do pojavljivanja nekog od alternativnih identiteta. Kao dodatne komplikacije dijagnoze, pacijenti kao popratni faktor DID-a često imaju i somatske probleme poput glavobolje, pseudo-napadaja, gastrointestinalnih i genitourinarnih problema (Gentile i sur., 2013).

Tretman disocijativnog poremećaja identiteta

Farmakoterapija. Kao jedna od opcija tretmana disocijativnog poremećaja identiteta, istraženi su različiti oblici farmakoterapije. Burton i Lane (2001) daju pregled različitih mogućnosti farmakoterapije za osobe s DID-om koje u kombinaciji sa psihoterapi-

jom mogu utjecati na smanjenje simptoma. Prva opcija na koju se osvrću jesu antidepresivi i anksiolitici (npr. selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina, triciklički antidepresivi, benzodiazepini i sl.) koji stabiliziraju raspoloženje, smanjuju intruzivne simptome kao i pretjerano uzbuđenje i tjeskobu. Predlažu se i beta blokatori i antipsihotici (npr. aripiprazol, kvetiapin) koji djeluju na sličan način te naltrekson koji inhibirati samoozljeđujuće ponašanje. Također, Gentile i suradnici (2014) navode da se benzodiazepini, selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i antiepileptički lijekovi vrlo često pripisan tretman za disocijativne poremećaje. Primarna prednost anksiolitika i antidepresiva jest to što stabiliziraju raspoloženje i na taj način smanjuju vjerojatnost izmjene altera. Ako se kod osobe stabilizira raspoloženje, manja je šansa da će ispoljiti neki od altera kao posljedica osjećaja ugroženosti. Sutar i Sahu (2019) osvrću se na problematičnost komorbiditeta DD-a (disocijativni poremećaj) s ostalim psihičkim poremećajima poput PTSP-a, depresije i anksioznosti te da se zbog kompleksnosti kliničke slike DD-a, pacijentima pripisuje različite terapije lijekova za neki od poremećaja s kojima je DD u komorbiditetu i s kojim ima neke iste simptome. Pregledni rad Sutara i Saha (2019) ukazuje na to da su paroksetin i nalokson jedini lijekovi proučavani kroz RCT (randomizirana placebo-kontrolirana ispitivanja) za koje je utvrđeno da mogu skromno kontrolirati simptome depersonalizacije i disocijacije koji su u komorbiditetu s PTSP-om i GPL-om. Za fluoksetin i naltrekson nije pronađena značajna djelotvornost u suzbijanju disocijativnih simptoma. Kako je i vidljivo iz ovog kratkog pregleda, većina farmakoloških terapija fokusirana je na izazivanje promjene raspoloženja, smanjenje anksioznosti i uzbuđenja, ali kako Stern i suradnici (2008) i Somer i suradnici (2013) ističu, za sada nema terapije lijekovima koja bi izravno utjecala na disocijaciju.

Mindfulness. Govoreći o smanjenju i kontroli disocijacije, treba spomenuti mindfulness (Mindfulness-Based Cognitive Therapy – MBCT) — znanstveno utemeljena metoda meditacije koja poboljšava održavanje psihološke dobrobiti. Mindfulness je vrsta kognitivne psihoterapije u čijem je fokusu usredotočena svijest, odnosno svijest nastala usmjeravanjem pažnje na misli, emocije ili događaje koji su prisutni u sadašnjem trenutku (Creswell, 2017). Ova se terapija pokazala efikasnom u smanjenju disocijacije, primjerice, u istraživanju D’Antonija i suradnika (2021) u kojem su se proučavali efekti MOM treninga (Mindfulness Oriented Meditation) na disocijativno iskustvo zdravih pojedinaca i vještine mindfulnessa. Nakon sedam tjedana treninga, u usporedbi s kontrolnom skupinom, sudionici u MOM skupini pokazali su smanjenje disocijativnih tendencija i razvijanju vještinu mindfulnessa te su korelacijski rezultati pokazali da što su više MOM sudionici razvijali vještine mindfulnessa nakon treninga, to su više prijavljivali smanjeno disocijativno funkcioniranje. Zerubavel i Mess-

man-Moore (2015) ističu da mindfulness terapija klijentima može pomoći u razvijanju tehnika za poboljšanje predviđanja i kontrole nad disocijacijom kroz izgradnju svijesti o disocijativnim procesima te im pomaže ostati u sadašnjem trenutku. Također se smanjuje oslanjanje na izbjegavanje, što zauzvrat umanjuje potrebu za disocijacijom. Međutim, iako se pokazao kao efikasan tretman disocijacije, Forner (2018) ukazuje na to da za sada nema jasnih dokaza o potencijalnoj koristi mindfulness terapije u tretmanu disocijativnog poremećaja identiteta te ističe kako bi se neki benefiti mogli dobiti kada bi stručnjaci o DID-u znali više o mindfulnessu i kada bi mindfulness stručnjaci znali više toga o DID-u.

Kognitivno-bihevioralna terapija. Kao tretman DID-a, Gillig (2009) predlaže kognitivno-bihevioralnu terapiju (KBT). Kluft (2006) ističe da, s obzirom na to da su alternativni identiteti osnova DID-a, tijekom terapije im se ne treba pristupati kao preprekama koje je potrebno eliminirati, već terapeut treba raditi sa svim alternativnim identitetima. Autorica također napominje da velik broj alternativnih identiteta ne znači će osobi biti puno teže pomoći u usporedbi s onima koji imaju nekolicinu altera te da se takav kompleksan sustav alternativnih identiteta postepeno urušava kako liječenje napreduje. U situaciji koja se percipira kao određena psihosocijalna prijetnja, osobe s DID-om imaju tendenciju mijenjati identitet kako bi se onaj koji je u nevolji mogao povući na sigurno, a istupit će onaj koji je kompetentniji za suočavanje s tom situacijom (Gilling, 2009). U prethodno opisanom kontekstu, primjena KBT-a prije svega naglašava ostvarivanje učinkovite komunikacije između terapeuta i pacijenta. Cilj terapije jest pronalazak prilagodljivije strategije suočavanja od „prebacivanja“ kada je pacijent u nevolji i kada se osjeća psihosocijalno ugrožene. Terapija uključuje i podučavanje vježbi opuštanja i stjecanje kontrole nad kognitivnim distorzijama sebe i svijeta kako bi se integracija identiteta što uspješnije ostvarila.

Fazični model tretmana. Brand i suradnici (2012) pak predlažu fazični model tretmana DID-a koji je u skladu s preporukama Internacionalnog društva za proučavanje traume i disocijacije (ISSTD) (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011). Model sa sastoji od tri faze tretmana: (a) stabilizacija, smanjenje simptoma i izgradnja vještina, (b) tretman traumatskih sjećanja i (c) (re)integracija i rehabilitacija identiteta. U prvoj fazi naglasak je na tome da se s pacijentima uspostavi osjećaj sigurnosti i stabilnosti, tj. kliničari trebaju kroz taj proces ostvariti kvalitetno terapijsko povjerenje. Osjećaj sigurnosti i stabilnosti trebao bi se postići poboljšanjem emocionalne regulacije, kontrole impulsa, prizemljivanja i obuzdavanja intruzivnih misli. Stručnjaci u svojim preporukama upozoravaju da neuspjeh u prvoj fazi (neuspjela stabilizacija pacijenta ili prerano fokusiranje na detaljno istraživanje traumatskih sjećanja) obično rezultira pogoršanim funkcioniranjem te narušavanjem mogućnosti uspostave

osjećaja sigurnosti. U drugoj fazi, nakon što je uspostavljena sposobnost reguliranja afekata i upravljanja simptomima, pacijenti se mogu upustiti u proces tugovanja te je fokus ove faze na održavanju stabilnosti tijekom razrješavanja prethodnih traumatskih iskustava kao i problematičnih emocija, uvjerenja i ponašanja povezanih s tim traumama. U ovoj se fazi preporučuje korištenje tehnika izlaganja/abreakcije (modificiranih kako bi se izbjeglo preopterećenje pacijenata) kombiniranih s regularnim tretmanom. Konačno, u trećoj fazi, tretman naglašava integraciju disocirana stanja u jedinstven identitet, život i svakodnevno funkcioniranje bez oslanjanja na disocijaciju te povećanje društvenog angažmana. U zadnjoj fazi liječenje je više individualizirano u skladu sa simptomima i potrebama pacijenta. Nakon definiranja fazičnog modela tretmana DID-a, Brand i suradnici (2013) proveli su internacionalnu longitudinalnu studiju Top DD u kojoj su procjenjivali kako su 230 DID pacijenata i njihovi terapeuti u 19 država reagirala na tretman. Podaci su prikupljeni tokom 30 mjeseci u četiri vremenske točke te su rezultati pokazali da su pacijenti tijekom vremena pokazali značajno smanjenje disocijacije, PTSP-a, depresije, hospitalizacija, pokušaja samoubojstva, samoozljeđivanja i rizičnih ponašanja poput upotrebe droge. Međutim, i fazični model tretmana i svaka njegova faza ima svoje nedostatke koje Huntjens i suradnici (2019) opisuju u svome radu. U prvoj fazi, nemogućnost održavanja koncentracije na stabilizaciju i/ili prerano fokusiranje na detaljno izlaganje i obradu traumatskih sjećanja može imati kontra-efekt što bi se očitovalo u pogoršanju simptoma i pogoršanom svakodnevnom funkcioniranju. Nadalje, druga faza, u čijoj je osnovi fokus na traumu, započinje tek kada je osoba izložena manjem broju životnih stresora, ima dovoljno snage ega, socijalne podrške i ekonomskih resursa te je zaista predana svome liječenju kako bi se postigla neka promjena. Posljedično, pacijenti u prvoj fazi ovog tretmana mogu ostati dugo vremena, ponekad čak i tijekom cijelog tjeka liječenja što može biti i duže od 10 godina. Huntjens i suradnici (2019) ističu da su empirijski dokazi koji podupiru fazični pristup oskudni i nekvalitetani. Nadalje, autori ukazuje i na nedostatke i unutarne i vanjske valjanosti istraživanja tretmana DID-a: većina ne izvještava o tome jesu li promjene nakon liječenja klinički značajne, detalji programa liječenja su nedostatni što izrazito otežava replikaciju te se dijagnostički status često ne utvrđuje strukturiranim intervjuom. Ipak, možda najvažnije, u velikom broju studija nema usporednih skupina, tj. skupina bez tretmana ili s alternativnim tretmanom. Kao posljedica toga, ne može se jasno utvrditi bi li se pacijentu stanju poboljšalo bez liječenja i ako da, koliko točno. Drugim riječima, ne može se znati je li do promjene došlo zbog liječenja ili neke druge varijable (npr. samog protoka vremena ili čak placebo efekta).

EMDR terapija. Kao jednu od mogućnosti tretmana DID-a razmotrit ćemo i EMDR terapiju. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) terapijska je metoda tijekom koje se klijent prisjeća emocionalno uznemirujućeg sjećanja dok se

paralelno fokusira na neki vanjski podražaj. Vanjski su podražaj obično pokreti očima lijevo-desno kojima klijent prati terapeutove pokrete rukom. Svrha ove terapije jest umanjivanje neugodnih simptoma izazvanih traumatičnim sjećanjima kroz emocionalno procesiranje traumatskih sjećanja sve dok se u potpunosti ne obrade. Primarna razlika između standardnog EMDR protokola i EMDR protokola za DID je u tome što se u standardnom protokolu pokušava identificirati i desenzibilizirati bilo kakve povezanosti s traumom dok se u protokolu za DID vodi računa o tome da se pacijenta ne preplavi afektivno opterećenim materijalom (Lazrove i Fine, 1996). Van der Hart i suradnici (2014) naglašavaju da EMDR terapija DID-a mora biti ugrađena u sveobuhvatniju terapiju (fazno orijentirano liječenje čiji je tok prethodno opisan). Autori nadalje objašnjavaju da bi prema teoriji strukturalne disocijacije ličnosti (TSDP), glavni cilj tretmana trebalo bi biti prevladavanje specifičnih unutarnjih i vanjskih fobija koje održavaju disocijaciju identiteta. TSDP može osigurati učinkovitu i sigurnu praksu EMDR-a u fazno orijentiranom liječenju posebno u drugoj (tretman traumatskih sjećanja) i trećoj fazi ((re)integracija i rehabilitacija ličnosti). Suglasno tome, Twombly (2000) ističe da je EMDR prikladno uvesti tek nakon uspješno ostvarene prve faze (stabilizacija) jer se preuranjena upotreba može doživjeti kao invazivna. Općenito, što je klijentov integrativni kapacitet i energija niža to bi faza stabilizacije trebala teći sporije, a EMDR uvesti tek u fazi tretmana traumatskih sjećanja (Van der Hart i sur., 2014). Shapiro (2001) upozorava, ako disocijativni poremećaj osobe nije posljedica prethodne traume, EMDR se može smatrati neprikladnim. Nadalje, ako je traumu osoba doživjela nedavno, EMDR terapija može prebrzo osloboditi previše traumatskih osjećaja pri čemu i ova autorica naglašava važnost uspješnog prolaska kroz fazu stabilizacije prije početka bilateralne stimulacije. Nadovezujući se na prethodno spomenutu TSDP, autorica ističe AIP (adaptive information processing) model kojem je u cilju pronalazak prikladnog i prilagodljivog rješenja prezentiranih problema, uključivanje novih vještina, ponašanja i uvjerenja o sebi te optimiziranje sposobnosti klijenata za prilagođeno reagiranje. U terapiji ima važnost u identifikaciji traumatskih sjećanja i sadašnjih okidača te u konstrukciji pozitivnog budućeg predloška. Sumirano, Van der Hart i suradnici (2014) zaključuju da se, u kontekstu fazno orijentiranog tretmana vođenog AIP-om i TSDP-om, EMDR terapija može primijeniti na fleksibilan, siguran i učinkovit način. Terapijom se postiže integracija traumatskih sjećanja te disocijativni dijelovi postaju sve više i više ujedinjeni, a time i identitet u cjelini te klijent postaje sve sposobniji nositi se sa svakodnevnim životnim izazovima. Dakle, EMDR terapija, ispravno i pravovremeno provedena, može ubrzati proces liječenja DID-a, no njena preuranjena ili nepravilna upotreba može imati štetne učinke. U budućnosti bi bilo poželjno provesti istraživanja koja bi dodatno razjasnila širinu i dubinu efekata ove terapije pri tretmanu DID-a.

Shema terapija. Kao alternativu fazičnom modelu tretmana, Huntjens i suradnici (2019) predlažu shema terapiju (ST) koju je 1990. godine razvio Jeff Young. Shema terapija integrativni je pristup koji objedinjuje elemente kognitivno-bihevioralne terapije (KBT), teorije privrženosti, teorije objektnih odnosa, gestalta i iskustvene terapije te se smatra učinkovitim načinom tretmana poremećaja ličnosti. Rafaeli i suradnici (2011) objašnjavaju glavne prednosti shema terapije. Prije svega, ST, u usporedbi s tradicionalnim KBT-om, stavlja veći naglasak na razvoj trenutnih simptoma te naglašava odnos terapeut-pacijent kao i potencijal njegova utjecaja. Nadalje, cilj ST-a je pomoći pacijentima da razumiju svoje emocionalne potrebe i da nauče kako zadovoljavati te potrebe na adaptivan način. Također, ST veliki fokus stavlja na analizu sjećanja na averzivna iskustva iz djetinjstva pri čemu se koriste iskustvene tehnike kako bi se postigla promjena neugodnih emocija povezanih s takvim sjećanjima. U kontekstu tretmana DID-a, Huntjens i suradnici (2019) ističu da bi ST mogla biti efikasna opcija tretmana DID-a s obzirom na to da stavlja naglasak na posljedice zanemarivanja i zlostavljanja u ranom djetinjstvu. Za razliku od smjernica ISSTD-a prema kojima se održava ideja potpuno odvojenih identiteta koji nemaju svijest jedni o drugima, u cilju ST-a je normalizirati različite identitete osobe preoblikujući ih u moduse (ili dijelove modusa) koji su uobičajeni kod svih ljudi, iako se razlikuju u stupnju intenziteta. Kako bi se potvrdilo je li ova teorijska osnova ST-a uistinu „drži vodu“ i je li efikasna u tretmanu DID-a, u budućnosti je potrebno provesti pažljivo planirana i dobro provedena istraživanja kojima bi se to provjerilo.

Zaključak

Ovaj rad nudi pregled relevantnih saznanja o etiologiji, diferencijalnoj dijagnozi, dijagnozi i tretmanu disocijativnog poremećaja identiteta. U okviru biopsihosocijalnog modela, razmotreni su etiološki čimbenici ovog poremećaja s naglaskom na razvojnoj traumatizaciji. Predstavljeni su poremećaji s kojima je DID najčešće u komorbiditetu te je objašnjena diferencijalna dijagnoza DID-a i tih poremećaja s naglaskom na shizofreniju i granični poremećaj ličnosti. Prikazani su SCID-D-R i DDIS, trenutno najzastupljeniji dijagnostički instrumenti DID-a kao i nekoliko mogućnosti tretmana ovog poremećaja s naglaskom na fazični model kojeg stručnjaci smatraju najprikladnijom opcijom. Veliki nedostatak koji se sustavno javlja u različitim aspektima istraživanja disocijativnih poremećaja jest manjak istraživanja ovog kompleksnog spektra poremećaja. U budućnosti bi bilo poželjno provoditi što više longitudinalnih istraživanja kako bi se znanja o etiologiji DID-a dodatno proširila te kako bi se provjerila uspješnost korištenih tretmana. Većina istraživanja provedena su u prošleme stoljeću te je trenutno praktički nemoguće pronaći sustavan konsenzus po pitanju preva-

lencije disocijativnih poremećaja. Također postoji svega nekoliko istraživanja spolnih razlika u prevalenciji DID-a, a rezultati jednog od najnovijih studija ukazuju na to da bi se u obzir trebale uzeti i dobne razlike, odnosno upućuje se na mogućnost da su spolne razlike u prevalenciji DID-a pod utjecajem dobi. U kontekstu dobi, nedostatak istraživanja DD-a jest i odabir uzoraka sudionika koji su pretežno srednje odrasle dobi što predstavlja potencijalnu pristranost u uzorkovanju koja možda dovodi do nereprezentativnosti i ograničenosti interpretacija rezultata što pak neizbježno utječe na mišljenja stručnjaka i uspostavu dijagnoza. Drugim riječima, buduća istraživanja trebala bi proširiti dobni raspon odabranih sudionika te također proučavati i razlike u prevalenciji DID-a među različitim dobnim skupinama. Ono što zasigurno dovodi do ograničenosti interpretacija rezultata istraživanja jest razlika u korištenim metodama i načinima klasifikacije u različitim kulturama — postoji značajno nesuglasje zbog kojeg su otežane kros-kulturalne usporedbe rezultata studija. Potrebno je izjednačiti faktore klasifikacije simptoma u različitim kulturama te postići usklađenost u korištenoj metodologije kako bi usporedbe podataka dobivenih u različitim državama i kulturama imale određenu valjanost i omogućile zaključivanje o postojanju univerzalnosti neovisnih o kulturi ili pak o prisutnosti određenih utjecaja kulturalnih normi. Nadalje, iako je u različitim istraživanjima sustavno dokazano da je na osnovi neuralnih slika strukture mozga moguće razlikovati osobe s DID-om od onih koji nemaju ovaj poremećaj, rezultati nisu jednoznačni i ostaje nejasno jesu li posljedica razlika u korištenim metodama te bi u budućim istraživanjima bilo poželjno kombinirati različite metode. Govoreći o tretmanu DID-a, izrazit je nedostatak nepostojanje konkretne farmakološke terapije koja bi izravno utjecala na procese disocijacije, već je većina terapija lijekovima fokusirana na ublažavanje određenog aspekta DID-a koji je sličan nekom drugom psihičkom poremećaju za čiji je tretman je taj lijek primarno i osmišljen. Također, iako su prije više od deset godina predložene smjernice za terapijski tretman DID-a, trenutno nema ni približno dovoljno radova koji bi omogućili široku eksploraciju efikasnosti predloženih smjernica te potrebe za njihovim modifikacijama. U skladu s time, još uvijek nije osmišljen niti jedan efikasan tretman DID-a oko kojeg ne postoje opravdane i velike skepse. Sumirano, buduća istraživanja u području DID-a trebala bi se značajno brojačno povećati, trebalo bi prikupljati više longitudinalnih podataka, posebice o efikasnosti tretmana, koristiti međukulturalno ujednačenu klasifikaciju simptoma i metode te kombinirati više metoda kako bi se izbjegla problematika ovisnosti rezultata o korištenju specifične metode. Posvećenost farmakologa u razvijanju terapije lijekovima koja bi izravno utjecala na procese disocijacije također bi bila od ključne važnosti.

Literatura

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. U P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (str. 1–25). The Guilford Press.
- Becker-Blease, K. A., Deater-Deckard, K., Eley, T., Freyd, J. J., Stevenson, J., i Plomin, R. (2004). A genetic analysis of individual differences in dissociative behaviors in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 522–532. [doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00242.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00242.x)
- Berk, L. (2007). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Naklada Slap.
- Blihar, D., Delgado, E., Buryak, M., Gonzalez, M., i Waechter, R. (2020). A systematic review of the neuroanatomy of dissociative identity disorder. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 10(148). [doi:10.1016/j.ejtd.2020.100148](https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100148)
- Boon, S. i Draijer, N. (1993). Multiple personality disorder in the Netherlands: A clinical investigation of 71 patients. *The American Journal of Psychiatry*, 150(3), 489–494. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.3.489>
- Bowman, E. S., i Coons, P. M. (2000). The differential diagnosis of epilepsy, pseudoseizures, dissociative identity disorder, and dissociative disorder not otherwise specified. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(2), 164–180.
- Boulet, C., Lopez-Castroman, J., Mouchabac, S., Olić, E., Courtet, P., Thouvenot, E., Abbar, M. i Conejero, I. (2022). Stress response in dissociation and conversion disorders: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 132, 957–967. [doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.10.049](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.10.049)
- Brand, B.L., Lanius, R., Vermetten, E., Loewenstein, R. i Spiegel, D. (2012). Where are we going? An update an assessment, treatment, and neurobiological research in dissociative disorders as we move toward the DSM-5. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(1), 9–31. [doi: 10.1080/15299732.2011.620687](https://doi.org/10.1080/15299732.2011.620687)
- Brand, B.L., Stadnik, R. i Savoca, A. (2013). Personality assessment inventory profile and predictors of elevations among dissociative disorder patients. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14(5), 546–561. [doi:10.1080/15299732.2013.792310](https://doi.org/10.1080/15299732.2013.792310)
- Brand, B. L., Sar, V., Stavropoulos, P., Krüger, C., Korzekwa, M., Martínez-Taboas, A., i Middleton, W. (2016). Separating fact from fiction: An empirical examination of six myths about dissociative identity disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(4), 257–270. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000100>
- Burton, N. i Lane, R.C. (2001). The relational treatment of dissociative identity disorder. *Clinical Psychology Review*, 21(2), 301–320. [doi:10.1016/s0272-7358\(99\)00049-5](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00049-5)
- Cardeña, E., Van Duijl, M., Weiner, L. i Terhune, D.B. (2009). *Dissociation and Dissociative Disorders: DSM V and Beyond*. Routledge.
- Chalavi, S., Vissia, E. M., Giesen, M. E., Nijenhuis, E. R. S., Draijer, N., Cole, J. H. i Reinders, A. A. T. S. (2014). Abnormal hippocampal morphology in dissociative identity disorder and post-traumatic stress disorder correlates with childhood trauma and dissociative symptoms. *Human Brain Mapping*, 36(5), 1692–1704. [doi:10.1002/hbm.22730](https://doi.org/10.1002/hbm.22730)
- Cheng, Q., Zhao, G., Chen, J., Deng, Y., Xie, L. i Wang, L. (2022). Gender differences in the prevalence and impact factors of adolescent dissociative symptoms during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Scientific Reports*, 12(1). [doi:10.1038/s41598-022-24750-0](https://doi.org/10.1038/s41598-022-24750-0)
- Conway, M. A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53(4), 594–628. <https://doi.org/10.1016/j.jml.2005.08.005>
- Coons, P. M. (1984). The differential diagnosis of multiple personality: A comprehensive review. *Psychiatric Clinics of North America*, 7(1), 51–67.
- Coons, P.M. (1998). The dissociative disorders: rarely considered and underdiagnosed. *Psychiatric Clinics of North America*, 21(3), 637–648. [doi: 10.1016/s0193-953x\(05\)70028-9](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70028-9)
- Creswell, J. D. (2017). Mindfulness Interventions. *Annual Review of Psychology*, 68(1), 491–516. [doi:10.1146/annurev-psych-042716-051139](https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139)
- D'Antoni, F., Feruglio, S., Matiz, A., Cantone, D., i Crescentini, C. (2021). Mindfulness Meditation Leads To Increased Dispositional Mindfulness And Interoceptive Awareness Linked To A Reduced Dissociative Tendency. *Journal of Trauma & Dissociation*, 23(1), 1–16. [doi:10.1080/15299732.2021.1934935](https://doi.org/10.1080/15299732.2021.1934935)
- Davison, G.C. i Neale, J.M. (2002). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Naklada Slap.
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B., i Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138(3), 550–588. <https://doi.org/10.1037/a0027447>
- DePrince, A. P., Chu, A. T., Labus, J., Shirk, S. R., i Potter, C. (2015). Testing Two Approaches to Revictimization Prevention Among Adolescent Girls in the Child Welfare System. *Journal of Adolescent Health*, 56(2), S33–S39. [doi:10.1016/j.jadohealth.2014.06](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.06)
- Dorahy, M.J., Brand, B.L., Šar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas, A., Lewis-Fernández, R. i Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical overview. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 402–417. [doi:10.1177/0004867414527523](https://doi.org/10.1177/0004867414527523)
- Ehling, T., Nijenhuis, E.R.S. i Krikke, A.P. (2007). Volume of discrete brain structures in complex dissociative disorders: Preliminary findings. *Progress in Brain Research*, 167, 307–310. [doi:10.1016/S0079-6123\(07\)67029-0](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(07)67029-0)
- Ellason, J. W., Ross, C. A., & Fuchs, D. L. (1996). Lifetime Axis I and II Comorbidity and Childhood Trauma History in Dissociative Identity Disorder. *Psychiatry*, 59(3), 255–266. [doi:10.1080/00332747.1996.1102476](https://doi.org/10.1080/00332747.1996.1102476)
- Fine, C.G. (1999). The tactical-integration model for the treatment of dissociative identity disorder and allied dissociative disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 53(3), 361–376. [doi:10.1176/appi.psychotherapy.1999.53.3.361](https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1999.53.3.361)
- First, M.B. (2009). Harmonisation of ICD–11 and DSM–V: opportunities and challenges. *The British Journal of Psychiatry*, 195(5), 382 – 390. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.060822>
- Foote, B. i Park, J. (2008). Dissociative identity disorder and schizophrenia: differential diagnosis and theoretical issues. *Current Psychiatry Research and Reviews*, 10(3), 217–22. [doi:10.1007/s11920-008-0036-z](https://doi.org/10.1007/s11920-008-0036-z)
- Forner, C. (2018). What Mindfulness can learn about Dissociation and what Dissociation can learn from Mindfulness. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1–15. [doi:10.1080/15299732.2018.1502568](https://doi.org/10.1080/15299732.2018.1502568)
- Forrest, K. A. (2001). Toward an etiology of dissociative identity disorder: A neurodevelopmental approach. *Consciousness and Cognition*, 10(3), 259–293. [doi:10.1006/ccog.2001.0493](https://doi.org/10.1006/ccog.2001.0493)
- Friedl, M. C., Draijer, N., i de Jonge, P. (2000). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric in-patients: The impact of study characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(6), 423–428. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102006423.x>
- Freyd, J. (1994). Betrayal trauma: Traumatic amnesia as an adaptive response to childhood abuse. *Ethics & Behavior*, 4(4), 307–329. https://doi.org/10.1207/s15327019eb0404_1
- Gentile, J. P., Dillon, K. S., i Gillig, P. M. (2013). Psychotherapy and pharmacotherapy for patients with dissociative identity disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(2), 22–29. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3615506/>
- Gentile, J.P., Snyder, M., Gillig, P.M., (2014). Stress and trauma: psychotherapy and pharmacotherapy for depersonalization/derealization disorder. *Innovation in Clinical Neuroscience*, 11(7–8), 37–41. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4204471/>
- Gillig, P. M. (2009). Dissociative identity disorder: A controversial diagnosis. *Psychiatry*, 6(3), 24–29. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2719457/>
- Grabe, H.J., Spitzer, C. i Freyberger, H.J. (1999). Relationship of dissociation to temperament and character in men and women. *American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1811–1813. [doi:10.1176/ajp.156.11.1811](https://doi.org/10.1176/ajp.156.11.1811)
- Huntjens, R. J. C., Rijkeboer, M. M., i Arntz, A. (2019). Schema therapy for Dissociative Identity Disorder (DID): rationale and study protocol. *European Journal of Psychotraumatology*. [doi:10.1080/20008198.2019.157137](https://doi.org/10.1080/20008198.2019.157137)
- Ilhan Yargıç, L., Şar, V., Tutkun, H., & Alyanak, B. (1998). Comparison of dissociative identity disorder with other diagnostic groups using a structured interview in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 39(6), 345–351. [doi:10.1016/s0010-440x\(98\)90046-3](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(98)90046-3)
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision: summary version. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(12), 88–212. [doi:10.1080/15299732.2011.537248](https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537248)
- Jang, K.L., Paris, J., Zweig-Frank, H. i Livesley, W.J. (1998). Twin study of dissociative experience. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 186(6), 345–351. [doi:10.1097/00005053-199806000-00004](https://doi.org/10.1097/00005053-199806000-00004)

- Kawai, N., Honda, M., Nakamura, S., Samatra, P., Sukardika, K., Nakatani, Y. i Oohashi, T. (2001). Catecholamines and opioid peptides increase in plasma in humans during possession trances. *Neuroreport*, 12(16), 3419–3423. doi:10.1097/00001756-200111160-00009
- Kennedy, F., Clarke, S., Stopa, L., Bell, L., Rouse, H., Ainsworth, C. i Waller, G. (2004). Towards a cognitive model and measure of dissociation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(1), 25–48. doi:10.1016/j.jbtep.2004.01.002
- Kluft, R.P. (2006). Dealing with alters: a pragmatic clinical perspective. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 281–304. https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.010
- Korol, S. (2008). Familial and social support as protective factors against the development of dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 9(2), 249–267. https://doi.org/10.1080/152997320802048744
- Kundakçı, T., Şar, V., Kızıltan, E., Yargıç, İ. L., i Tutkun, H. (2013). Reliability and Validity of the Turkish Version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D): A Preliminary Study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(1), 24–34. doi:10.1080/15299732.2013.821434
- Lacy, T. i Mathis, M. (2003). Dissociative symptoms from combined treatment with sertraline and trazodone. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15(2), 241–242. doi:10.1176/jnp.15.2.241-a
- Laddis, A., Dell, P.F. i Korzekwa, M. (2017). Comparing the symptoms and mechanisms of “dissociation” in dissociative identity disorder and borderline personality disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(2), 139–173. doi:10.1080/15299732.2016.1194358
- Lazrove, S. i Fine, C.G. (1996). The use of EMDR in patients with dissociative identity disorder. *Dissociation*, 9(4), 289–299.
- Leigh, H. (2015). Dissociative disorders. U H. Leigh i J. Strltzer (Eds.), *Handbook of consultation-liaison psychiatry* (str. 259–264). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-3-319-11005-9_18
- Liotti, G. (2006). A Model of Dissociation Based on Attachment Theory and Research. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 55–73. https://doi.org/10.1300/J229v07n04_04
- Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., i van der Kloet, D. (2012). Dissociation and Dissociative Disorders. *Current Directions in Psychological Science*, 21(1), 48–53. doi:10.1177/0963721411429457
- Moskowitz, A. i Corstens, D. (2007). Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experience? *Journal of Psychological Trauma*, 6(2-3), 35–63. https://doi.org/10.1300/J513v06n02_04
- Mychailyszyn, M. P., Brand, B. L., Webermann, A. R., Şar, V., i Draijer, N. (2020). Differentiating Dissociative from Non-Dissociative Disorders: A Meta-Analysis of the Structured Clinical Interview for DSM Dissociative Disorders (SCID-D). *Journal of Trauma & Dissociation*, 1–16. doi:10.1080/15299732.2020.1760169
- Myrick, A.C., Brand, B.L., McNary, S.W., Classen, C.C., Laninus, R., Loewenstein, R.J., Pain, C. i Putnam, F.W.. (2012). An exploration of young adults’ progress in treatment for dissociative disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(5), 582–595. doi:10.1080/15299732.2012.694841
- Paris, J. (2012). The Rise and Fall of Dissociative Identity Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(12), 1076–1079. doi:10.1097/nmd.0b013e318275d285
- Putnam, F.W., Guroff, J.J., Silberman, E.K., Barban, L. i Post, R.M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47(6), 285–293.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., i Young, J. (2011). *Schema therapy: Distinctive features*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Rajkumar, R.P. (2022). The Molecular Genetics of Dissociative Symptomatology: A Transdiagnostic Literature Review. *Genes*, 13(5). https://doi.org/10.3390/genes13050843
- Reinders, A. A., Nijenhuis, E. R., Paans, A. M., Korf, J., Willmsen, A. T., i den Boer, J. A. (2003). One brain, two selves. *Neuroimage*, 20(4), 2119–2125. doi:10.1016/j.neuroimage.2003.08.021
- Reinders, A.A.T.S, Marquand, A.F., Schlumpf, Y.L., Chalavi, S., Vissia, E.L., Nijenhuis, E.R.S, Dazzan, P., Jäncke, L. i Veltman, D.J. (2019). Aiding the diagnosis of dissociative identity disorder: pattern recognition study of brain biomarkers. *The British Journal of Psychiatry*, 215(3), 536–544. doi:10.1192/bjp.2018.255
- Ross, C. A., Duffy, C. M. M., i Ellason, J. W. (2002). Prevalence, Reliability and Validity of Dissociative Disorders in an Inpatient Setting. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3(1), 7–17. doi:10.1300/j229v03n01_02
- Ross, C.A. i Ellason, J.W. (2005). Discriminating among diagnostic categories using the Dissociative Disorders Interview Schedule. *Psychological Reports*, 96(2), 445–453. doi:10.2466/pr0.96.2.445-453
- Ross, C.A. (2011). Possession experiences in dissociative identity disorder: A preliminary study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 393–400. doi:10.1080/15299732.2011.573762
- Ross, C. A. i Browning, E. (2016). The self-report Dissociative Disorders Interview Schedule: A preliminary report. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(1), 31–37. doi:10.1080/15299732.2016.1172538
- Roydeva, M. I., i Reinders, A. A. T. S. (2021). Biomarkers of Pathological Dissociation: A Systematic Review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 123, 120–202. doi:10.1016/j.neubiorev.2020.11
- Sar, V., i Ozturk, E. (2006). What Is Trauma and Dissociation? *Journal of Trauma Practice*, 4(1-2), 7–20. doi:10.1300/j189v04n01_02
- Şar, V., Krüger, C., Martinez-Taboas, A., Middleton, W. i Dorahy, M. (2013). Sociocognitive and posttraumatic models of dissociation are not opposed. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(5), 439–440. doi:10.1097/NMD.0b013e31828e112b
- Sar, V., Dorahy, M., i Krüger, C. (2017). Revisiting the etiological aspects of dissociative identity disorder: a biopsychosocial perspective. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 137–146. doi:10.2147/prbm.s13743
- Savitz, J.B., Soloms, M., Pietersen, E., Ramesar, R. i Flor-Henry, P. (2005). Dissociative identity disorder associated with mania and change in handedness. Cognitive and behavioral neurology: official journal of the Society for Behavioral and Cognitive Neurology, 17(4), 233–237.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). Guilford Press.
- Simeon, D., Hollander, E., Stein, D. J., DeCaria, C., Cohen, L. J., Saoud, J. B. i Hwang, M. (1995). Induction of depersonalization by the serotonin agonist meta-chlorophenylpiperazine. *Psychiatry Research*, 58(2), 161–164. doi:10.1016/0165-1781(95)02538-8
- Somer, E., Amos-Williams, T., i Stein, D.J., (2013). Evidence-based treatment for Depersonalisation-Derealisation disorder (DPRD). *BMC Psychology*, 1(1). https://doi.org/10.1186/2050-7283-1-20
- Spiegel, D., Loewenstein, R.J., Lewis-Fernández, R., Şar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardeña, E. i Dell, P.F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 824–52. https://doi.org/10.1002/da.20923
- Spitzer, C. i Freyberger, H.J. (2008). Gender differences in dissociative disorders. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 51(1), 46–52. doi:10.1007/s00103-008-0418-8
- Spitzer, C., Klauer, T., Grabe, H.J., Lucht, M., Stieglitz, R.D., Schneider, W. i Freyberger, H.J. (2003). Gender differences in dissociation. A dimensional approach. *Psychopathology*, 36(2), 65–70. doi:10.1159/000070360
- Stein, D.J., Koenen, K.C., Friedman, M.J., Hill, E., McLaughlin, K.A., Petukhova, M., Ruscio, A.M., Shahly, V., Spiegel, D., Borges, G., Bunting, B., Caldas-de-Almeida, J.M., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Florescu, S., Haro, J.M., Karam, E.M., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Matschinger, H., Mladenova, M., Posada-Villa, J., Tachimori, H., Viana, M.C. i Kessler, R.C. (2013). Dissociation in posttraumatic stress disorder: evidence from the world mental health surveys. *Biological Psychiatry*, 73(4), 302–312. doi:10.1016/j.biopsych.2012.08.022
- Steinberg, M., Rounsaville, B. i Cicchetti, D.V. (1990). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders: preliminary report on a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 147(1), 76–82. doi:10.1176/ajp.147.1.76
- Steinberg, M., Cicchetti, D., Buchanan, J., Rakfeldt, J. i Rounsaville, B. (1994). Distinguishing Between Multiple Personality Disorder (Dissociative Identity Disorder) and Schizophrenia Using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(9), 495–502. doi:10.1097/00005053-199409000-00004
- Sutar, R., i Sahu, S. (2019). Pharmacotherapy for dissociative disorders: A systematic review. *Psychiatry Research*, 281, Çlanak 112529. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.11252
- Twombly, J. H. (2000). Incorporating EMDR and EMDR Adaptations into the Treatment of Clients with Dissociative Identity Disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(2), 61–81. doi:10.1300/j229v01n02_05
- Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D., & Solomon, R. (2014). Dissociation of the Personality and EMDR Therapy in Complex Trauma-Related Disorders: Applications in Phases 2 and 3 Treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1), 33–48. doi:10.1891/1933-3196.8.1.33
- Van Ijzendoorn, M. H., i Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the

Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review*, 16(5), 365–382. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(96\)00006-2](https://doi.org/10.1016/0272-7358(96)00006-2)

- Vermetten, E., Schmahl, C., Lindner, S., Loewenstein, R. i Bremner, J.D. (2006). Hippocampal and Amygdalar Volymes in Dissociative Identity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 630-636. [10.1176/appi.ajp.163.4.630](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.4.630).Hippocampal
- Waller, N.G. i Ross, C.A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(4), 499–510. [10.1037//0021-843x.106.4.499](https://doi.org/10.1037//0021-843x.106.4.499)
- Wing, D. M. (1997). Caring for Alcoholic Patients with Dissociative Identity Disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 18(4), 303–313. [doi:10.3109/01612849709010333](https://doi.org/10.3109/01612849709010333)
- Zerubavel, N., i Messman-Moore, T. L. (2015). Staying present: Incorporating mindfulness into therapy for dissociation. *Mindfulness*, 6(2), 303–314. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0261-3>

Abstract

The spectrum of dissociative disorders (DD) still represents a controversial area of numerous disagreements regarding the definition of DD, their diagnosis and treatment. The complexity of these issues is greatest in the case of dissociative identity disorder (DID). The opening part of this paper considers the etiological factors of this disorder, presented within the context of the biopsychosocial model: developmental traumatization as the most important factor, then the influence of the family, society and culture and finally, cognitive and neural factors. Furthermore, the central part of the paper explains what other disorders are most frequently comorbid with DID and describes their differential diagnosis, primary schizophrenia and borderline personality disorder. Although some scientists still refuse to regard DID as a valid diagnosis, this paper describes the instruments which can validly and reliably distinguish DID from other disorders. In the final part, various possibilities of DID treatment are presented with an emphasis on the phase model, which was designed according to the recommendations of experts and has proven to be effective and promising so far. Accordingly, the aim of this paper is to provide a review of the research concerning etiology, diagnosis and treatment of DID, which would contribute to the clarification of the current controversy regarding the existence and validity of this disorder.

Key words: dissociative disorders, dissociative identity disorder

Neurobiologija graničnoga poremećaja ličnosti

Veronika Idžojić

Filozofski fakultet u Zagrebu

Odsjek za psihologiju

ORCID: 0000-0001-5311-0789

Sažetak

Granični poremećaj ličnosti (u daljnjem tekstu: GPL) pripada dramatičnoj skupini poremećaja ličnosti, a karakteriziraju ga emocionalna disregulacija, impulzivnost, autodestruktivna ponašanja te nestabilni interpersonalni odnosi u kojima je osoba izrazito osjetljiva na objektivne ili zamišljene znakove napuštanja. Cilj ovoga rada jest cjelovit pregled i sinteza neurobiologije GPL-a. U neurobiološkoj pozadini navedenih simptoma mogu se naći smanjeni volumen amigdala i hipokampusa te disfunkcija frontolimbickoga sustava, odnosno poremećaj hiperaktivnosti limbičkoga sustava u neugodnim situacijama koju kontrolira prefrontalni režanj – što zbog njegove hipoaktivnosti, a što zbog smanjene povezanosti tih dvaju područja. Postoje i nalazi abnormalne funkcije osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda (što rezultira doživljavanjem veće svakodnevnine razine napetosti i većim oprezom od potencijalnih prijetnji), endogenoga opioidnog sustava (preniska bazalna razina endogenih opioida i/ili smanjena osjetljivost endorfinskih receptora) te serotonergičkoga sustava (koji ima ulogu u impulzivnom ponašanju i reguliranju raspoloženja). Srećom, kvalitetna terapija, posebice dijalektička bihevioralna terapija, pokazuje moguće smanjenje simptoma, koje je vidljivo i na neuralnoj razini, što potvrđuje plastičnost ljudskoga mozga te tako daje nadu i alate osobama s GPL-om za uspješnije funkcioniranje i suočavanje sa svakodnevnim problemima.

Ključne riječi: granični poremećaj ličnosti, emocionalna disregulacija, endogeni opioidni sustav, frontolimbicka disfunkcija, neurobiologija

Uvod

Našu kompletnu psihičku strukturu – svakodnevno funkcioniranje, ponašanje i doživljavanje, odnosno relativno stabilne karakteristike koje nas čine međusobno različitima, ali i sličnima, te unutarnji mehanizmi koji utječu na našu prilagodbu u okolini – jednom riječju zovemo ličnost (Kljaić, 2005; Larsen i Buss, 2005). Kada osoba ima trajne, pervazivne i neadaptivne obrasce doživljavanja i ponašanja koji odudaraju od kulturalnih očekivanja njene sredine, govorimo o poremećajima ličnosti (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Ove osobe doživljavaju patnju, ali tu patnju pripisuju vanjskim uzrocima te zato rijetko traže pomoć. No, zbog njihovih neprilagođenih i, u nekim slučajevima, agresivnih ponašanja, katkad više od njih samih, pate njima bliske osobe (Begić, 2021). Američka psihijatrijska udruga (2014) dijeli poremećaje ličnosti u tri skupine: sklop A (ekscentrični – paranoidni, shizoidni i shizotipni poremećaj ličnosti), B (dramatični – antisocijalni, granični, histrionski i narcistički poremećaj ličnosti) i C (anksiozni – izbjegavajući, ovisni i opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti). Granični poremećaj ličnosti prema 10. reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti (Svjetska zdravstvena organizacija, 2012), naziva se emocionalno nestabilna ličnost, a osim toga, poznat je i često rabljen engleski termin *borderline*, kojim se prvi koristi Stern (1938) kako bi opisao pacijente na granici između neuroze i psihoze (shizofrenije). Međutim, današnji konstrukt ima drugačiju konotaciju.

Dijagnoza GPL-a postavlja se, prema petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje- DSM-5 (Američka psihijatrijska udruga, 2014), u slučaju kada osoba zadovoljava najmanje pet od sljedećih devet kriterija: mahniti napori kako bi se izbjeglo stvarno ili zamišljeno napuštanje, nestabilni i snažni interpersonalni odnosi koji fluktuiraju između ekstrema idealiziranja i podcjenjivanja, nestabilna slika o sebi, impulzivna ponašanja koja su potencijalno štetna za osobu u najmanje dvama područjima (npr. seks, zloraba psihoaktivnih tvari, prejedanje i slično), ponavljano suicidalno ili samoozljeđujuće ponašanje, afektivna nestabilnost (intenzivne reakcije, razdražljivost, izmjene raspoloženja), kroničan osjećaj praznine, neprimjereni intenzivni osjećaji ljutnje ili teško kontroliranje bijesa te teški disocijativni simptomi vezani uz stres ili prolazne paranoidne ideje.

Aviram i sur. (2006) u svome radu kritiziraju stigmatizaciju pacijenata s GPL-om koje terapeuti nerijetko opisuju „teškima“, „zahtjevnima“, „manipulativnima“. Uz to, navode da pacijenti pružaju otpor u liječenju. Takvo mišljenje o pacijentima zasigurno utječe na sam pristup i uloženi trud terapeuta te može imati negativne posljedice, poput samoispunjavajućega proročanstva. Na primjer, pacijent ima izljev bijesa, prijeti samoubojstvom, a terapeut to može shvatiti kao manipulaciju ili odbijanje pomoći te se distancirati, što pacijent može doživjeti kao napuštanje te burno reagirati samoozljeđivanjem i/ili napuštanjem terapije, a time i potvrditi terapeutova stereotipna razmišljanja. Autori uočavaju da je jedan od razloga različitih reakcija terapeuta na raznovrsne

poremećaje percepcija njihova biokemijskoga određenja, to jest, u slučaju GPL-a, percepcije da te osobe mogu kontrolirati svoje ponašanje i volju jer nemaju odgovarajuću biokemijsku podlogu. Smatraju da bi se stigmatizacija mogla smanjiti širim shvaćanjem da su emocionalni poremećaji poput GPL-a legitimne bolesti s ozbiljnim posljedicama. Istraživanja u području neurobiologije ovoga poremećaja zasigurno su korak prema njegovu boljem razumijevanju i destigmatizaciji, a samim time i kvalitetnijem tretmanu.

Epidemiologija

Procjenjuje se da oko 1 % opće populacije zadovoljava kriterije za dijagnosticiranje GPL-a, a da je među psihijatrijskim bolesnicima njegova prevalencija 12 % u ambulantnoj skrbi te 22 % u bolnički liječenih psihijatrijskih bolesnika (Ellison i sur., 2018). Taj broj u nekim istraživanjima raste čak do 55 % ako se promatra zatvorsku populaciju (Ellison i sur., 2018). Procjenjuje se da su 75 % dijagnosticiranih osoba žene (Američka psihijatrijska udruga, 2014), što bi moglo biti djelomično i posljedica toga da češće od muškaraca traže stručnu pomoć (Paris, 2008; Coid i sur., 2006).

Poremećaj se javlja češće u Afroamerikanaca i sjevernoameričkih domorodaca te malo rjeđe u azijskoj populaciji u SAD-u (Tomko i sur., 2014). Komorbiditeti su vrlo česta pojava – u 85 % također je dijagnosticiran neki od poremećaja iz anksioznoga spektra, 83 % poremećaj raspoloženja (često se pojavljuje istodobno s depresivnim ili bipolarnim poremećajem) te je u 78 % pacijenata zabilježena ovisnost o alkoholu ili psihoaktivnim tvarima (Tomko i sur., 2014). Pagura i sur. (2010) izvještavaju kako je u 30 % osoba s GPL-om jednom u životu dijagnosticiran i posttraumatski stresni poremećaj (PTSP). Prema provedenoj metaanalizi (Porter i sur., 2020) te osobe imaju 13 puta veću vjerojatnost prijavljivanja nepovoljnih okolnosti u djetinjstvu u odnosu na populaciju neurotipičnih osoba, a vrlo često su to emocionalno, fizičko i seksualno zlostavljanje ili zanemarivanje.

Zabrinjavajući je nalaz da 73 % osoba s GPL-om tijekom života pokuša počiniti samoubojstvo, a u prosjeku to učine tri puta (Soloff i sur., 1994). U deset godina dugom longitudinalnom istraživanju, Yen i sur. (2021) zaključili su da su, od svih kriterija za dijagnozu GPL-a, poremećaj identiteta, mahniti napori izbjegavanja napuštanja i kroničan osjećaj praznine najznačajnije povezani s pokušajima samoubojstva.

Etiologija i genetika

Opće je prihvaćeno stajalište da ne postoji samo jedan uzročnik GPL-a, već da se radi o složenoj interakciji nekolicine čimbenika u njegovoj pozadini (Lieb i sur., 2004). Jedan od najpoznatijih modela etiologije GPL-a biosocijalna je teorija psihologinje Linehan iz 1993. godine, koju je kasnije proširila s kolegama Crowel i Beauchaineom (2009). Prema toj teoriji, u razvoj GPL-a u pojedinca uključene su biološke komponente (genetske, strukturalne i neurokemijske disfunkcije) i okolinski rizični čimbenici (zanemarivanje, fizičko, emocionalno ili seksualno zlostavljanje). U skladu s time impulzivnost i urođena visoka emocionalna osjetljivost ključne su djetetove karakteristike, koje zajedno s nepodržavajućom okolinom dovode do pervazivne emocionalne disregulacije. Emocionalna disregulacija obrazac je emocionalnih iskustava i izražavanja koji ometaju ponašanje usmjereno prema cilju (Beauchaine i Gatzke-Kopp, 2012). Važno je napomenuti da okolina ne mora nužno biti zlostavljajuća: ključno je to da se pojedinac sa svojim karakteristikama ne uklapa u tu okolinu, a ona mu opetovano ne validira emocije i emocionalne reakcije. Ove karakteristike djeteta biološki su potkovanе čimbenicima poput genetske predisponiranosti, frontolimbicke i serotonergičke disfunkcije. Emocionalna disregulacija pak utječe na kompletan kognitivni stil u njihovu daljnjem razvoju (iskrivljeno procesiranje informacija, nemogućnost organiziranja ciljeva neovisnih o afektu i nemogućnost kontroliranja ponašanja koja ovise o afektu), što utječe na socijalni (izolacija, problemi s vršnjacima), kognitivni (niska samoeфикаsnost, mržnja samoga sebe, beznađe), emocionalni (ljutnja, sram, tuga) i bihevioralni (izbjegavanje, povlačenje, autodestruktivni postupci) aspekt života pojedinca te se ponavlja i potkrepljuje (Crowel i sur., 2009).

Brüne (2016) predlaže evolucionu teoriju GPL-a u sklopu teorije životne povijesti. Prema teoriji životne povijesti pojedinac će, ovisno o tome što mu je adaptivno, uložiti trenutno dostupnu energiju drugačije, u svrhu reprodukcije i somatskoga rasta. Tako postoji „brža” i „sporija” strategija koju osoba može razviti na temelju iskustava iz ranoga djetinjstva, kojom procjenjuje trenutnu i buduću dostupnost resursa. Prema ovom modelu, djeca koja odrastaju u nepodržavajućoj, gruboj i kaotičnoj okolini vjerojatnije će razviti unutarnju reprezentaciju vanjskoga svijeta u kojemu su resursi nepredvidivo dostupni, što će potaknuti razvoj „brže” strategije, odnosno brže sazrijevanje i ranije upuštanje u seksualne aktivnosti. Opisane će se osobe zato češće ponašati impulzivno, imati nesigurne obrasce privrženosti, više seksualnih partnera i općenito će se češće upuštanje u rizične situacije, a opisani obrasci i česta loša iskustva u djetinjstvu dio su kliničke slike GPL-a (Brüne, 2016).

Što se tiče genetske podloge, dosadašnja istraživanja ukazuju na postojanje znača-

jne genetske komponente ovoga poremećaja (Amad i sur., 2014). Morbiditet GPL-a u bliskih rođaka dijagnosticiranih osoba jest 11,5 %, što je mnogo više nego u općoj populaciji (Nigg i Goldsmith, 1994), a Distel i sur. (2008) pomoću studija blizanaca iz Belgije, Nizozemske i Australije izračunali su da se 42 % varijance u GPL-u može pripisati genetskim čimbenicima, što znači da jedinstveni okolinski utjecaji objašnjavaju ostalih 58 % varijance. U postojećoj literaturi gen koji kodira serotoninski prijenosnik (5-HTT) povezuje se s disfunkcionalnim ponašanjima, poput impulzivnosti (Cha i sur., 2018) i suicidalnosti (Lee i sur., 2015; Bondy i sur., 2000), često viđenima u osoba s GPL-om. Ni i sur. (2006) te Pascual i sur. (2007) u svojim istraživanjima upućuju na povezanost toga gena s GPL-om.

Neuralna oslikavanja

Do sada su amigdala, hipokampus, cingularni korteks i dijelovi prefrontalnoga korteksa strukture mozga najčešće dovedene u vezu s GPL-om. Amigdala, hipokampus i anteriorni cingularni korteks (ACK) dio su limbičkoga sustava te utječu na emocionalna stanja, učenje i pamćenje (Tadinac i Hromatko, 2012). Prema Niedtfeld i sur. (2013), postoji visoka negativna povezanost volumena amigdala i dorzalnog ACK-a s ozbiljnosti simptoma GPL-a, to jest, što su ta područja bila veća, to su osobe s GPL-om imale manje izražene znakove poremećaja. Što se volumena hipokampusa tiče, on je u negativnoj korelaciji s agresivnim crtama, odnosno, što je hipokampus manji, to su izraženija agresivna ponašanja (Zetsche i sur., 2007; Sala i sur., 2011).

Stoga činjenica da su najrobusniji nalazi u ovome području istraživanja smanjeni volumen hipokampusa i amigdala nije iznenađujuća (Brambilla i sur., 2004; Schmahl i Bremner, 2006; Tebartz van Elst i sur., 2007; Soloff i sur., 2008; Nunes i sur., 2009; Hall i sur., 2010; Rodrigues i sur., 2011; Ruocco i sur., 2012; Niedtfeld i sur., 2013; Schulze i sur., 2016). Tako su, na primjer, Schmahl i sur. (2003) pomoću MR snimaka izmjerili da pacijenti s GPL-om imaju u prosjeku 21,9 % manji volumen amigdala i 13,1 % manji volumen hipokampusa nego osobe iz kontrolne skupine, no Ruocco i sur. (2012) ipak metaanalizom dolaze do podataka da je prosječno smanjenje hipokampusa 11 %, a amigdala 13 %. Tebartz van Elst i sur. (2003), uz to, pronalaze i smanjeni volumen lijevoga orbitofrontalnog (OFK) i desnog ACK-a u osoba s GPL-om, a Soloff i sur. (2008) smanjenje sive tvari ventralnoga cingularnog girusa. New i sur. (2007) pak nisu pronašli razlike u volumenu amigdala, kao niti Kuhlmann i sur. (2013). Oni pronalaze više sive tvari hipotalamusa u osoba s GPL-om nego u kontrolne skupine, a volumen hipotalamusa bio je u visokoj pozitivnoj korelaciji s poviješću traumatskih iskustava pacijenata. Nedosljednost u rezultatima istraživanja potencijalno proizlazi iz malih uzoraka, uzimanja psihofarmaka te čestih i raznolikih komorbiditeta među pacijentima.

Hipoteza frontolimbicke disfunkcije

Osim navedenih limbičkih struktura, u regulaciju emocija uključena su i dorzolateralna i ventralna područja prefrontalnoga korteksa te inzula (Etkin i sur., 2015; Ochsner i Gross, 2014). Osobe koje imaju problema s reguliranjem emocija nemaju razvijenu sposobnost suzdržavanja od reagiranja na provokativne emocionalne podražaje (Eskander i sur., 2020), te često preintenzivno ili previše dugotrajno doživljavaju neugodne emocije (poput tuge, bijesa i tjeskobe), čime se gubi njihova adaptivna funkcija (Beauchaine i Gatzke-Kopp, 2012). Stručnjaci smatraju kako je taj problem jedna od temeljnih odrednica GPL-a koja utječe na nekolicinu ozbiljnih disfunkcionalnih obrazaca ponašanja (Linehan, 1993; Tragesser i sur., 2007; Southward i Cheavens, 2018).

Prefrontalni korteks takozvanim procesima „odozgo prema dolje“ kontrolira i inhibira amigdale i ostale strukture limbičkoga sustava. Ovaj filogenetski mlađi dio mozga zadužen je za analizu kompletne situacije, uključivanje cijeloga konteksta kada se odlučuje o reakciji i interpretaciji nekoga događaja (New i sur., 2007). Na primjer, oštećenje OFK-a iskazuje se raznolikim disfunkcijama u socio-emocionalnom funkcioniranju, kao što su povećano agresivno ponašanje i smanjena inhibicija, društveno neprikladno ponašanje i donošenje odluka, smanjeni uvid i poteškoće u zaključivanju o mentalnim stanjima drugih te oštećeno prepoznavanje emocionalnih izraza (Szczepanski i Knight, 2014). Nadalje, Sala i sur. (2011) pronašli su visoku negativnu korelaciju volumena sive tvari dorzolateralnoga prefrontalnog korteksa (DLPFK) i impulzivnosti osoba s GLP-om.

New i sur. (2007) uočili su smanjenu funkcionalnu povezanost PFK-a i amigdala u pacijenata s GPL-om u usporedbi sa zdravom skupinom, a osim smanjenoga volumena amigdala, u osoba s GPL-om ta struktura ne pokazuje normalnu mogućnost habituacije (Hazlett i sur., 2012; Koenigsberg i sur., 2014). To znači da se njena aktivacija prilikom ponovljene ili produljene izloženosti emocionalno nabijenom podražaju ne smanjuje. Ovi nalazi zajedno ukazuju na frontolimbicku disfunkciju osoba s GPL-om, odnosno nepotpunu kontrolu frontalnih dijelova nad hiperaktivnosti amigdala u situaciji negativne stimulacije.

Dodatni nalaz koji ide u prilog toj hipotezi istraživanje je Soloffa i sur. (2014), koji su ispitali povezanost stupnja letalnosti pokušaja samoubojstva osoba s GPL-om i volumena sive tvari pomoću MR-a. Osobe su bile podijeljene u dvije skupine ovisno o rezultatu na skali procjene smrtnosti (engl. *Lethality Rating Scale* (0-10), prema Soloffu i sur., 2014): oni s rezultatom 4 ili više pripadali su skupini visoke smrtnosti pokušaja

samoubojstva, a oni s nižim rezultatom pripadali su skupini niske smrtnosti. Rezultati na toj skali u negativnoj su korelaciji s volumenom sive tvari raznih područja mozga. Viši stupnjevi smrtnosti statistički su značajno povezani sa smanjenim volumenom sive tvari u više frontalnih, temporalnih i limbičkih područja.

Strukturalne i metaboličke disfunkcije, točnije hipometabolizam, pronalaze se u impulzivnih osoba s GPL-om u prefrontalnom korteksu. Zajedno s već spomenutom frontolimbikom disfunkcijom, prefrontalni hipometabolizam u tih osoba dodatno utječe na njihovo disfunkcionalno reagiranje i doživljavanje (impulzivno, agresivno ili emocionalno preintenzivno). Najznačajnije opisane disfunkcije vidljive su u OFK-u (Berlin i sur., 2005; Wolf i sur., 2012; Schulz i sur., 2013). Bertsch i sur. (2013) istraživali su neuralne strukturalne razlike između antisocijalnih prijestupnika s GPL-om i onih koji imaju izražene psihopatske osobine te kontrolne, zdrave skupine. Prijestupnici s GPL-om imaju manji volumen OFK-a, ventromedijalnoga PFK-a i Broadmannova područja 38 (engl. *temporal pole*) – područja uključenog u socio-emocionalno procesiranje, među ostalim i interpretaciju tuđih motiva.

Kunert i sur. (2003) baterijom neuropsiholoških testova (za inteligenciju, pažnju, planiranje, učenje i pamćenje) ispitali su frontalnu disfunkciju kognitivne obrade informacija i nisu pronašli značajne razlike u rezultatima između osoba s GPL-om i kontrolne skupine, no pronašli su umjerene do visoke negativne korelacije između impulzivnosti i različitih kognitivnih uradaka – što su sudionici bili impulzivniji, to su imali lošije rezultate na testovima inteligencije, pažnje, planiranja, učenja i pamćenja. Za konkluzivnije spoznaje o kognitivnim procesima osoba koje pate od GPL-a potrebno je provesti više istraživanja u tome području.

U istraživanju Ruoccoa i sur. (2021) sudjelovali su i članovi obitelji osoba s GPL-om (dvije skupine – osobe koje imaju povijest psihičkih poremećaja i one koje ih nemaju). Rezultati očekivano potvrđuju smanjenu aktivnost prefrontalnoga korteksa u zadatku inhibicije u skupini s GPL-om u usporedbi s njihovim rođacima i s kontrolnom skupinom. Iako se očekivalo da će članovi obitelji osoba s GPL-om imati povećanu aktivaciju PFK-a od pacijenata i malo manju od kontrolne skupine, ta hipoteza nije potvrđena. Iznenađujuće, ova skupina imala je najveću aktivaciju PFK-a (ponajviše osobe s poviješću poremećaja), a autori nude više interpretacija za tu pojavu, među kojima je i ta da se radi o mogućem mehanizmu neuropsihološke kompenzacije zato što je aktivacija povećana, a uradak u zadatku inhibicije nije značajno bolji ili lošiji od kontrolne skupine.

Stresna reakcija – HPA os

Os hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda (engl. *hypothalamic–pituitary–adrenal axis*, HPA os), jedan je od najbitnijih neuroendokrinih sustava, koji kontrolira našu reakciju na stres (Smith i Vale, 2006). Metaanaliza Drewsa i sur. (2019) jasno ukazuje na abnormalnu funkciju toga sustava u osoba s GPL-om. Zanimljiva je činjenica da se može uočiti povećano kontinuirano lučenje kortizola, međutim, u situacijama psihosocijalnoga stresa, lučenje toga hormona značajno je smanjeno. Povećano kontinuirano lučenje kortizola sugerira da osobe s GPL-om doživljavaju veće svakodnevne razine napetosti te da su više na oprezu od potencijalnih prijetnji (Drews i sur., 2019). Jedna od postojećih hipotezi jest da zlostavljanje i zanemarivanje u djetinjstvu (duže visoko stresno razdoblje) dovodi do sagorijevanja HPA osi, što se kasnije može očitovati kao hipokortizolizam u stresnim situacijama (Danese i McEwen, 2012). Prolongirano stresno razdoblje, odnosno izloženost glukokortikoidima (ključnim hormonima koji reguliraju jačinu i trajanje aktivacije HPA osi) povezano je s atrofijom hipokampusa (Sapolsky, 2000). Thomas i sur. (2019) povlače paralelu takva obrasca aktivacije HPA osi sa sličnim nalazima kod PTSP-a. Autori uočavaju kako se dijelovi kliničke slike kompleksnoga PTSP-a, poput čestih interpersonalnih konflikata i emocionalne disregulacije, preklapaju s onima kod GPL-a. Navode kako se čini da je značajna razlika između tih dvaju poremećaja dob u kojoj osoba doživi traumatski događaj. Traume u ranijem djetinjstvu povećat će vjerojatnost dijagnoze GPL-a, a one kasnije PTSP-a. Tim usporedbama dovodi se u pitanje sama klasifikacija GPL-a među poremećaje ličnosti. Zanimljiv je nalaz Cohena i sur. (2016) da dozom hidrokortizona (kortikosteroida koji potiskuje HPA os) postoji mogućnost prevencije PTSP-a. Naime, ukoliko se hidrokortizon primijeni neposredno nakon izlaganja i prije konsolidacije traumatskoga sjećanja, utoliko će potaknuti bolju sinaptičku plastičnost i pomoći vraćanju sustava u homeostazu (Cohen i sur., 2016). Potrebno je još istraživanja o toj temi kako bi se rezultati potvrdili, a bilo bi, naravno, korisno proširiti ju i u kontekstu GPL-a.

Serotonin i estrogen

Poznato je da serotonin ima važnu ulogu u impulzivno agresivnom ponašanju (Glick, 2015) i reguliranju raspoloženja (Jenkins i sur., 2016), no osim povezanosti GPL-a s genom koji kodira serotoninski prijenosnik, raznovrsna istraživanja aktivnosti serotonergičkoga sustava ne ukazuju na jasnu povezanost ovog neurotransmitera i GPL-a. Primjerice, Gurvits i sur. (2000) u svome preglednom radu o disfunkciji neurotransmitera u pacijenata s GPL-om navode nekoliko istraživanja mjerenja koncentracije serotoninškoga (5-HT) metabolita, 5-hidroksiindolactene kiseline u cerebrospinalnoj

tekućini, koja je statistički niža u nasilnih prijestupnika. Ta istraživanja ne uključuju osobe kojima je dijagnosticiran GPL, već samo one koje iskazuju impulzivno i agresivno ponašanje. U istraživanjima s osobama s GPL-om, nisu pronađene značajne razlike u koncentracijama ovog metabolita između pacijenata i kontrolne skupine (Gardner i sur., 1990; Chotai i sur., 1998). Liječenje selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina (SSRI) značajno utječe na smanjenje depresivnih i anksioznih simptoma GPL-a, no minimalno utječe na impulzivnu agresivnost (Ripoll, 2013). Novija istraživanja promjene u vezivanju 5-HT_{2A} receptora, 5-HT transportera i sinteze ipak ukazuju na važnu ulogu serotonergičkoga sustava u simptomatologiji GPL-a (Karas i sur., 2021).

DeSoto i sur. (2003) u trima su istraživanjima pronašli povezanost razine estrogena i jačine simptoma GPL-a: žene koje uzimaju estrogen u obliku oralnih kontraceptiva te općenito žene u vrijeme menstrualnoga ciklusa kada razine estrogena rastu, pokazuju ili izvještavaju o češćim simptomima. Povišene razine estrogena smanjuju broj 5-HT_{1A} receptora i povećavaju broj 5-HT₂ receptora (DeSoto, 2007). Carhart-Harris i Nutt (2017) predlažu hipotezu da je pasivno suočavanje, odnosno toleriranje stresa posredovano 5-HT_{1A} receptorima, a da je aktivno suočavanje sa stresom posredovano 5-HT_{2A} receptorima, te spominju kako je upravo takav obrazac aktivnosti/razina serotonergičkih receptora povezan s agresivnim i impulzivnim ponašanjem te povećanjem anksioznosti. To bi značilo da se za vrijeme povišenih razina estrogena mogu uočiti smanjena tolerancija stresnih situacija i češći pokušaji aktivnoga suočavanja sa stresom. U pojedinaca koji nisu naučili adaptivne načine suočavanja to razdoblje može biti kontraproduktivno i visoko konfliktno, odnosno predviđa češće obrasce ponašanja koji pripadaju simptomatologiji GPL-a (Carhart-Harris i Nutt, 2017). Ta modulacija dovodi u pitanje sva dosadašnja istraživanja i nalaze o GPL-u, pogotovo istraživanja serotonergičkog sustava, jer bi nekontroliranje razine estrogena kao varijable (odnosno dijela menstrualnoga ciklusa) u istraživanjima mogla potencijalno poništiti stvarne razlike u odgovoru na serotonin i rezultirati zaključkom da serotonin nema bitnu ulogu u ovome poremećaju.

Endogena opioidna teorija

Postoje tri vrste opioidnih receptora – receptori μ -, κ - i δ - na koje se vežu endogeni ligandi enkefalini, β -endorfini i dinorfini koji čine naš endogeni opioidni sustav. Najbitnija je funkcija toga sustava analgezija, no druge funkcije uključuju smanjenu svjesnost, osjećaj euforije, stimulaciju imunostnoga sustava te kardiovaskularnu kontrolu (Dhawan i sur., 1996; Akil i sur., 1984). Endorfini se luče tijekom ugodnih aktivnosti i doživljaja, poput fizičke bliskosti te seksualnih aktivnosti (Esch i Stefano, 2005), ali

i tijekom stresnih situacija (Akil i sur., 1984). S druge strane, stimulacija κ -opioidnih receptora povezuje se s problemima depersonalizacije, derealizacije, osjećaja straha i intenzivne nelagode te nekontroliranih neugodnih misli (Hambusch i sur., 2009).

Bandelow i sur. (2010) predlažu endogenu opioidnu teoriju graničnoga poremećaja ličnosti, koja na temelju dosadašnjih dokaza pronalazi uzrok neurobioloških promjena GPL-a u disregulaciji endogenoga opioidnog sustava. Autori razmatraju različite načine manifestiranja disregulacije – preniska bazalna razina endogenih opioida, smanjena osjetljivost endorfinskih receptora ili hiperaktivnost posredovana κ -receptorima za vrijeme stresnih stanja. Uočavaju kako se mnogi simptomi i disfunkcionalni obrasci ponašanja često uočeni u osoba s GPL-om mogu povezati s problemima toga sustava. Naime, smatra se da su β -endorfini ključni u procesu formiranja socijalnih veza. Uočeno je da je uznemirenost zbog odvajanja vrlo vjerojatno potencirana smanjenom koncentracijom endorfina, s obzirom na to da se može ublažiti morfijem i pojačati opioidnim antagonistom naloksonom (Panksepp i sur., 1978). Ti nalazi mogu se lako povezati s intenzivnim strahom od napuštanja i poremećenom interpersonalnom privrženosti, koje karakteriziraju GPL. Nadalje, česta i rizična seksualna ponašanja, traženje pažnje (engl. *acting out*), ovisnosti o drogama te samoozljeđivanje mogu se interpretirati kao pokušaj stimuliranja endogenoga opioidnog sustava i njemu blisko povezanoga dopaminergičkog sustava nagrađivanja osoba s GPL-om (Bandelow i sur., 2010). Zanimljivi su podaci da osobe koje pate od ovoga poremećaja imaju povišen prag boli, no neuralni odgovor osjetilnoga doživljaja te boli normalan je ili čak povišen (Schmahl i sur., 2004; Bohus i sur., 2000). Podaci istraživanja tolerancije na bol kod ovoga poremećaja ukazuju na bitnu ulogu njena trajanja. Naime, veća se tolerancija na bol vidi u akutnim slučajevima, poput samoozljeđivanja i izlaganja intenzivnoj toplini ili hladnoći u istraživanjima, no u slučaju endogene kronične boli ona se manje tolerira nego u kontrolne skupine (Sansone i Sansone, 2007). Postoje mnoge pretpostavke koje pokušavaju objasniti ovaj paradoks. Veća tolerancija akutne boli objašnjava se endogenom opioidnom teorijom i disocijacijom, a intolerancija na kroničnu bol mogla bi biti

Terapija

Gartlehner i sur. (2021) napravili su meta-analizu efikasnosti korištenih psihofarmaka pri tretmanu GPL-a. Pronašli su istraživanja na samo devet od 87 poznatih psihofarmaka korištenih u kliničkoj praksi, a ukupni su dokazi o njihovoj djelotvornosti ograničeni. Antikonvulzivi su se pokazali korisni u smanjenju simptoma agresije, ljutnje i emocionalne labilnosti, dok su antipsihotici općenito poboljšali kliničku sliku bez velikih učinaka na ozbiljnost pojedinih simptoma GPL-a. Ripollo (2013), čija je analiza u skladu s tim nalazima, dodaje kako antidepresivi imaju manje učinke na simptome GPL-a, ali su korisni kod komorbidnih poremećaja raspoloženja i anksioznosti. Navedeni auto-

ri zaključuju kako se niti jedan lijek do sada nije pokazao značajnim u liječenju GPL-a u cjelini, nego da se farmakoterapija treba prilagoditi specifičnoj situaciji i simptomima određene osobe.

Što se tiče psihoterapije, najučinkovitija se do sada pokazala dijalektička bihevioralna terapija (DBT), koju je osmislila Marsha Linehan, koja je i sama patila od ovoga poremećaja (Carey, 2011). U ovoj vrsti terapije pokušava se pomoći pacijentima da usavrše važne vještine: toleranciju na nevolju, *mindfulness*, regulaciju emocija i međuljudsku učinkovitost (Linehan, 2015). Iskric i Barkley-Levenson (2021) analizirali su postojeća istraživanja o učinku DBT-a na neurobiologiju GPL-a. Postoje dokazi o smanjenju hiperaktivnosti amigdala, reduciranoj pobuđenosti ACK-a te čak i povećanju volumena sive tvari toga područja (Mancke i sur., 2018, prema Iskric i Barkley-Levenson, 2021). Navedeni nalazi u smjeru neuroplastičnosti i psihoterapijskoga učinka smanjenja simptoma GPL-a daju nadu osobama s tom dijagnozom te pridonose smanjenju stigme ovog kompleksnog poremećaja.

Zaključak

Iz pregleda ovoga područja vidljive su jasne strukturalne i funkcionalne neuralne razlike između osoba s GPL-om i zdravih pojedinaca. Smanjeni volumen amigdala i hipokampusa, disfunkcija frontolimbickoga, endogenoga opioidnog i serotonergičkoga sustava te HPA osi ukazuju na neurobiološku osnovu ovog poremećaja. Srećom, razvoj tehnologija i mjernih instrumenata omogućuje preciznije i bolje zaključke koji pomažu da bolje razumijemo postupke, kognicije i emocije osoba koje od njega pate. Dakako, bolje razumijevanje podloge GPL-a pomaže u smanjenju stigme te razvitku kvalitetnijih i učinkovitijih tretmana.

Evolucijska perspektiva omogućuje novo i drugačije obrazloženje dosadašnjih neurobioloških nalaza GPL-a. Brüne (2016) kritizira već uvriježeno stajalište da je sve što odstupa od prosjeka deficit, odnosno argumentira da se na istražene razlike ne bi trebalo gledati kao da su „oštećenje” mozga, nego svojevrsna prilagodba na nepovoljna rana iskustva. Takve prilagodbe vrlo su disfunkcionalne u sigurnoj okolini, ali možda bi bile korisne za funkcioniranje pojedinca u nepredvidivoj i opasnijoj okolini. Stoga je važno da terapeut i osoba s dijagnozom GPL-a znaju da kvalitetna terapija, posebice DBT, može dovesti do značajnih promjena na neuralnoj razini te adaptivnijih načina funkcioniranja i suočavanja sa svakodnevnim problemima.

Potrebno je naglasiti kako je velika većina istraživanja u ovome području provedena na vrlo malim uzorcima, što zasigurno utječe na smanjenu mogućnost generalizacije zaključka u populaciji. Problem u zaključivanju česti su komorbiditeti osoba s GPL-om te činjenica da osobe koje pate od GPL-a nerijetko uzimaju raznovrsne psihofarmake.

Osim toga, manji je broj istraživanja proveden na muškarcima. Nadalje, neka su se istraživanja radila na adolescentima mlađima od 18 godina te, iako je dijagnoza GPL-a dozvoljena za maloljetnike, ipak treba uzeti u obzir činjenicu da se mozak, pogotovo prefrontalni korteks, u toj dobi još razvija, što može utjecati na javljanje simptoma sličnih GPL-u. Na kraju, potreban je i oprez što se tiče spolnih razlika i činjenice da u žena fluktuacije razine estrogena utječu na serotonergički sustav, a preko njega na impulzivnost i afektivnu nestabilnost. Zato bi u budućim istraživanjima, osim prikupljanja većega uzorka, trebalo uzeti u obzir u kojem su dijelu ciklusa bile žene kada se radilo mjerenje te bi bilo poželjno više puta tijekom mjeseca vršiti mjerenja kako bi se utvrdilo kakvi su simptomi i neurobiološke razlike tijekom ciklusa.

Literatura

- Akil, H., Watson, S. J., Young, E., Lewis, M. E., Khachaturian, H. i Walker, J. M. (1984). Endogenous opioids: biology and function. *Annual review of neuroscience*, 7, 223–255. <https://doi.org/10.1146/annurev.ne.07.030184.001255>
- Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R. i Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline personality disorder: systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 40, 6–19. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.01.003>
- Američka psihijatrijska udruga. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje* (5. izdanje). Naklada Slap.
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S. i Stanley, B. (2006). Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249–256. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>
- Bandelow, B., Schmahl, C., Falkai, P. i Wedekind, D. (2010). Borderline personality disorder: A dysregulation of the endogenous opioid system? *Psychological Review*, 117(2), 623–636. <https://doi.org/10.1037/a0018095>
- Beauchaine, T. P. i Gatzke-Kopp, L. M. (2012). Instantiating the multiple levels of analysis perspective in a program of study on externalizing behavior. *Development and psychopathology*, 24(3), 1003–1018. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000508>
- Begić, D. (2021). *Psihopatologija*. Medicinska naklada.
- Berlin, H. A., Rolls, E. T. i Iversen, S. D. (2005). Borderline personality disorder, impulsivity, and the orbitofrontal cortex. *The American journal of psychiatry*, 162(12), 2360–2373. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2360>
- Bertsch, K., Grothe, M., Prehn, K., Vohs, K., Berger, C., Hauenstein, K., Keiper, P., Domes, G., Teipel, S. i Herpertz, S. C. (2013). Brain volumes differ between diagnostic groups of violent criminal offenders. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 263(7), 593–606. <https://doi.org/10.1007/s00406-013-0391-6>
- Bohus, M., Limberger, M., Ebner, U., Glocker, F. X., Schwarz, B., Wernz, M. i Lieb, K. (2000). Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry research*, 95(3), 251–260. [https://doi.org/10.1016/s0165-1781\(00\)00179-7](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(00)00179-7)
- Bondy, B., Erfurth, A., de Jonge, S., Krüger, M. i Meyer, H. (2000). Possible association of the short allele of the serotonin transporter promoter gene polymorphism (5-HTTLPR) with violent suicide. *Molecular psychiatry*, 5(2), 193–195. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4000678>
- Brambilla, P., Soloff, P. H., Sala, M., Nicoletti, M. A., Keshavan, M. S. i Soares, J. C. (2004). Anatomical MRI study of borderline personality disorder patients. *Psychiatry research*, 131(2), 125–133. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.04.003>
- Brüne, M. (2016). Borderline Personality Disorder: Why 'fast and furious'? *Evolution, medicine, and public health*, 2016(1), 52–66. <https://doi.org/10.1093/emph/eow002>
- Carey, B. (2011, lipanj 23). *Expert on Mental Illness Reveals Her Own Fight*. The New York Times. <https://www.nytimes.com/2011/06/23/health/23lives.html>
- Carhart-Harris, R. L. i Nutt, D. J. (2017). Serotonin and brain function: a tale of two receptors. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*, 31(9), 1091–1120. <https://doi.org/10.1177/0269881117725915>
- Cha, J., Guffanti, G., Gingrich, J., Talati, A., Wickramaratne, P., Weissman, M. i Posner, J. (2018). Effects of Serotonin Transporter Gene Variation on Impulsivity Mediated by Default Mode Network: A Family Study of Depression. *Cerebral cortex*, 28(6), 1911–1921. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhx097>
- Chotai, J., Kullgren, G. i Asberg, M. (1998). CSF monoamine metabolites in relation to the diagnostic interview for borderline patients (DIB). *Neuropsychobiology*, 38(4), 207–212. <https://doi.org/10.1159/00026542>
- Cohen, H., Kaplan, Z. i Zohar, J. (2016). [Can post-traumatic stress disorder be prevented with glucocorticoids?]. *Harefuah*, 155(12), 757–761.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A. i Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 188, 423–431. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.5.423>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P. i Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135(3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Danese, A. i McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & behavior*, 106(1), 29–39. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.08.019>
- DeSoto, M. C. (2007). Borderline Personality Disorder, Gender and Serotonin: Does Estrogen Play a Role?. U M. T. Czerbska (Ur.), *Psychoneuroendocrinology Research Trends* (str. 149–160). Nova Science Publishers. ISBN 978-1-60021-665-7.
- DeSoto, M. C., Geary, D. C., Hoard, M. K., Sheldon, M. S. i Cooper, L. (2003). Estrogen fluctuations, oral contraceptives and borderline personality. *Psychoneuroendocrinology*, 28(6), 751–766. [https://doi.org/10.1016/s0306-4530\(02\)00068-2](https://doi.org/10.1016/s0306-4530(02)00068-2)
- Dhawan, B. N., Cesselin, F., Raghuraj, R., Reisine, T., Bradley, P. B., Portoghese, P. S. i Hamon, M. (1996). International Union of Pharmacology. XII. Classification of opioid receptors. *Pharmacological reviews*, 48(4), 567–592.
- Distel, M. A., Trull, T. J., Derom, C. A., Thiery, E. W., Grimmer, M. A., Martin, N. G., Willemsen, G. i Boomsma, D. I. (2008). Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychological medicine*, 38(9), 1219–1229. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002024>
- Drews, E., Fertuck, E. A., Koenig, J., Kaess, M. i Arntz, A. (2019). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis functioning in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 96, 316–334. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.11.008>
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A. i Zimmerman, M. (2018). Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 41(4), 561–573. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008>
- Esch, T. i Stefano, G. B. (2005). The Neurobiology of Love. *Neuroendocrinology letters*, 26(3), 175–192.
- Eskander, N., Emamy, M., Saad-Omer, S. M., Khan, F. i Jahan, N. (2020). The Impact of Impulsivity and Emotional Dysregulation on Comorbid Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder. *Cureus*, 12(8), e9581. <https://doi.org/10.7759/cureus.9581>
- Etkin, A., Büchel, C. i Gross, J. J. (2015). The neural bases of emotion regulation. *Nature reviews: Neuroscience*, 16(11), 693–700. <https://doi.org/10.1038/nrn4044>
- Gardner, D. L., Lucas, P. B. i Cowdry, R. W. (1990). CSF metabolites in borderline personality disorder compared with normal controls. *Biological psychiatry*, 28(3), 247–254. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(90\)90580-u](https://doi.org/10.1016/0006-3223(90)90580-u)
- Gartlehner, G., Crotty, K., Kennedy, S., Edlund, M. J., Ali, R., Siddiqui, M., Fortman, R., Wines, R., Persad, E. i Viswanathan, M. (2021). Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *CNS drugs*, 35(10), 1053–1067. <https://doi.org/10.1007/s40263-021-00855-4>
- Glick, A. R. (2015). The role of serotonin in impulsive aggression, suicide, and homicide in adolescents and adults: a literature review. *International journal of adolescent medicine and health*, 27(2), 143–150. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2015-5005>
- Gurvits, I. G., Koenigsberg, H. W. i Siever, L. J. (2000). Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 27–40. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70141-6](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70141-6)
- Hall, J., Olabi, B., Lawrie, S.M. i McIntosh, A.M. (2010). Hippocampal and amygdala volumes in borderline personality disorder: A meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *Personality*, 4, 172–179. <https://doi.org/10.1002/pmh.128>
- Hambusch, B., Landgraf, R., Czibere, L. i Touma, C. (2009). Genetic transmission of behavior and its neuroendocrine correlates. U D.W. Pfaff, A.P. Arnold, A.M. Etgen, S.E. Fahrbach i R.T. Rubin (Ur.), *Hormones, brain and behavior (Second Edition)*. (str. 2633–2673). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-008088783-8.00084-X>.
- Hazlett, E. A., Zhang, J., New, A. S., Zelmanova, Y., Goldstein, K. E., Haznedar, M. M., Meyer-son, D., Goodman, M., Siever, L. J. i Chu, K. W. (2012). Potentiated amygdala response to repeated emotional pictures in borderline personality disorder. *Biological psychiatry*, 72(6), 448–456. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.03.027>
- Iskric, A. i Barkley-Levenson, E. (2021). Neural Changes in Borderline Personality Disorder After Dialectical Behavior Therapy—A Review. *Frontiers in psychiatry*, 12, 772081. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.772081>
- Jenkins, T. A., Nguyen, J. C., Polglaze, K. E. i Bertrand, P. P. (2016). Influence of Tryptophan and Serotonin on Mood and Cognition with a Possible Role of the Gut-Brain Axis. *Nutrients*, 8(1), 56. <https://doi.org/10.3390/nu8010056>
- Karas, K. H., Baharikhoo, P. i Kolla, N. J. (2021). Borderline personality disorder and its symptom clusters: A review of positron emission tomography and single photon emission computed tomography studies. *Psychiatry research. Neuroimaging*, 316, 111357. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.111357>
- Kljaić, S. (2005). Ličnost. U B. Petz (Ur.), *Psihologijski rječnik* (str. 217–219). Naklada Slap.
- Koenigsberg, H. W., Denny, B. T., Fan, J., Liu, X., Guerrieri, S., Mayson, S. J., Rimskey, L., New, A. S.,

- Goodman, M. i Siever, L. J. (2014). The neural correlates of anomalous habituation to negative emotional pictures in borderline and avoidant personality disorder patients. *The American journal of psychiatry*, 171(1), 82–90. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070852>
- Kuhlmann, A., Bertsch, K., Schmidinger, I., Thomann, P. A. i Herpertz, S. C. (2013). Morphometric differences in central stress-regulating structures between women with and without borderline personality disorder. *Journal of psychiatry i neuroscience : JPN*, 38(2), 129–137. <https://doi.org/10.1503/jpn.120039>
- Kunert, H. J., Druecke, H. W., Sass, H. i Herpertz, S. C. (2003). Frontal lobe dysfunctions in borderline personality disorder? Neuropsychological findings. *Journal of personality disorders*, 17(6), 497–509. <https://doi.org/10.1521/pe.17.6.497.25354>
- Larsen, R. J. i Buss, D. M. (2005). *Psilogija ličnosti*. Naklada Slap.
- Lee, H. Y., Hong, J. P., Hwang, J. A., Lee, H. J., Yoon, H. K., Lee, B. H. i Kim, Y. K. (2015). Possible Association between Serotonin Transporter Gene Polymorphism and Suicide Behavior in Major Depressive Disorder. *Psychiatry investigation*, 12(1), 136–141. <https://doi.org/10.4306/pi.2015.12.1.136>
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., i Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet (London, England)*, 364(9432), 453–461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2. izdanje). The Guilford Press.
- New, A. S., Hazlett, E. A., Buchsbaum, M. S., Goodman, M., Mitelman, S. A., Newmark, R., Trisdorfer, R., Haznedar, M. M., Koenigsberg, H. W., Flory, J. i Siever, L. J. (2007). Amygdala-prefrontal disconnection in borderline personality disorder. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 32(7), 1629–1640. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301283>
- Ni, X., Chan, K., Bulgin, N., Sicard, T., Bismil, R., McMain, S. i Kennedy, J. L. (2006). Association between serotonin transporter gene and borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, 40(5), 448–453. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.03.010>
- Niedtfeld, I., Schulze, L., Krause-Utz, A., Demirakca, T., Bohus, M. i Schmahl, C. (2013). Voxel-based morphometry in women with borderline personality disorder with and without comorbid posttraumatic stress disorder. *PLoS one*, 8(6), e65824. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0065824>
- Nigg, J. T. i Goldsmith, H. H. (1994). Genetics of personality disorders: perspectives from personality and psychopathology research. *Psychological bulletin*, 115(3), 346–380. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.115.3.346>
- Nunes, P.M., Wenzel, A., Borges, K.T., Porto, C.R., Caminha, R.M. i de Oliveira, I.R. (2009). Volumes of the hippocampus and amygdala in patients with borderline personality disorder: A meta-analysis. *Journal of Personality Disorders*, 23(4), 333–345. <https://doi.org/10.1521/pe.2009.23.4.333>
- Ochsner, K. N. i Gross, J. J. (2014). The neural bases of emotion and emotion regulation: A valuation perspective. U J. J. Gross (Ur.), *Handbook of emotion regulation* (str. 23–42). The Guilford Press.
- Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B. i Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *Journal of psychiatric research*, 44(16), 1190–1198. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.04.016>
- Panksepp, J., Herman, B., Conner, R., Bishop, P. i Scott, J. P. (1978). The biology of social attachments: opiates alleviate separation distress. *Biological psychiatry*, 13(5), 607–618.
- Paris, J. (2008). *Treatment of Borderline Personality Disorder: A Guide to Evidence Based Practice*. The Guilford Press.
- Pascual, J. C., Soler, J., Baiget, M., Cortés, A., Menoyo, A., Barrachina, J., Ropero, M., Gomà, M., Alvarez, E. i Perez, V. (2007). Association between the serotonin transporter gene and personality traits in borderline personality disorder patients evaluated with Zuckerman-Zuhman Personality Questionnaire (ZKPQ). *Actas espanolas de psiquiatria*, 35(6), 382–386.
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H. i Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 6–20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>
- Ripoll, L. H. (2013). Psychopharmacologic treatment of borderline personality disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 15(2), 213–224. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.2/ripoll>
- Rodrigues, E., Wenzel, A., Ribeiro, M. P., Quarantini, L. C., Miranda-Scippa, A., de Sena, E. P. i de Oliveira, I. R. (2011). Hippocampal volume in borderline personality disorder with and without comorbid posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 26(7), 452–456. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.07.005>
- Ruocco, A. C., Amirthavasagam, S. i Zakzanis, K. K. (2012). Amygdala and hippocampal volume reductions as candidate endophenotypes for borderline personality disorder: A meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 201(3), 245–252. <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2012.02.012>
- Ruocco, A. C., Rodrigo, A. H., Lam, J., Ledochowski, J., Chang, J., Wright, L. i McMain, S. F. (2021). Neurophysiological biomarkers of response inhibition and the familial risk for borderline personality disorder. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 111, 110115. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110115>
- Sala, M., Caverzasi, E., Lazzaretti, M., Morandotti, N., De Vidovich, G., Marraffini, E., Gambini, F., Isola, M., De Bona, M., Rambaldelli, G., d'Allio, G., Barale, F., Zappoli, F. i Brambilla, P. (2011). Dorsolateral prefrontal cortex and hippocampus sustain impulsivity and aggressiveness in borderline personality disorder. *Journal of affective disorders*, 131(1-3), 417–421. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.036>
- Sansone, R. A. i Sansone, L. A. (2007). Borderline personality and the pain paradox. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(4), 40–46.
- Sapolsky, R. M. (2000). Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. *Archives of general psychiatry*, 57(10), 925–935. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.10.925>
- Saxe, R. (2006). Uniquely human social cognition. *Current opinion in neurobiology*, 16(2), 235–239. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2006.03.001>
- Schmahl, C. G., Vermetten, E., Elzinga, B. M. i Bremner, J. D. (2003). Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. *Psychiatry research*, 122(3), 193–198. [https://doi.org/10.1016/s0925-4927\(03\)00023-4](https://doi.org/10.1016/s0925-4927(03)00023-4)
- Schmahl, C., Greffrath, W., Baumgärtner, U., Schlereth, T., Magerl, W., Philipsen, A., Lieb, K., Bohus, M. i Treede, R. D. (2004). Differential nociceptive deficits in patients with borderline personality disorder and self-injurious behavior: laser-evoked potentials, spatial discrimination of noxious stimuli, and pain ratings. *Pain*, 110(1-2), 470–479. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.04.035>
- Schmahl, C. i Bremner, J. D. (2006). Neuroimaging in borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, 40(5), 419–427. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.08.011>
- Schulz, S. C., Camchong, J., Romine, A., Schlesinger, A., Kuskowski, M., Pardo, J. V., Cullen, K. R. i Lim, K. O. (2013). An exploratory study of the relationship of symptom domains and diagnostic severity to PET scan imaging in borderline personality disorder. *Psychiatry research*, 214(2), 161–168. <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2013.05.007>
- Schulze, L., Schmahl, C. i Niedtfeld, I. (2016). Neural Correlates of Disturbed Emotion Processing in Borderline Personality Disorder: A Multimodal Meta-Analysis. *Biological psychiatry*, 79(2), 97–106. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.03.027>
- Smith, S. M. i Vale, W. W. (2006). The role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in neuroendocrine responses to stress. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(4), 383–395. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.4/ssmith>
- Soloff, P. H., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J. i Ulrich, R. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 151(9), 1316–1323. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.9.1316>
- Soloff, P. H., Meltzer, C. C., Becker, C., Greer, P. J. i Constantine, D. (2005). Gender differences in a fenfluramine-activated FDG PET study of borderline personality disorder. *Psychiatry research*, 138(3), 183–195. <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2005.02.008>
- Soloff, P., Nutche, J., Goradia, D. i Diwadkar, V. (2008). Structural brain abnormalities in borderline personality disorder: a voxel-based morphometry study. *Psychiatry research*, 164(3), 223–236. <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2008.02.003>
- Soloff, P., White, R. i Diwadkar, V. A. (2014). Impulsivity, aggression and brain structure in high and low lethality suicide attempters with borderline personality disorder. *Psychiatry research*, 222(3), 131–139. <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2014.02.006>
- Southward, M. W. i Cheavens, J. S. (2018). Identifying core deficits in a dimensional model of Borderline Personality Disorder features: A network analysis. *Clinical psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 6(5), 685–703. <https://doi.org/10.1177/2167702618769560>
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7(4), 467–489. <https://doi.org/10.1080/21674086.1938.1192>

- Svjetska zdravstvena organizacija. (2012). *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema* (10. izdanje). Medicinska naklada.
- Szczepanski, S. M. i Knight, R. T. (2014). Insights into human behavior from lesions to the prefrontal cortex. *Neuron*, 83(5), 1002–1018. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2014.08.011>
- Tadinac, M. i Hromatko, I. (2012). *Uvod u biološke osnove doživljavanja i ponašanja*. FF-press.
- Tebartz van Elst, L., Hesslinger, B., Thiel, T., Geiger, E., Haegele, K., Lemieux, L., Lieb, K., Bohus, M., Hennig, J. i Ebert, D. (2003). Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study. *Biological psychiatry*, 54(2), 163–171. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01743-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01743-2)
- Tebartz van Elst, L., Ludaescher, P., Thiel, T., Büchert, M., Hesslinger, B., Bohus, M., Rüsich, N., Hennig, J., Ebert, D. i Lieb, K. (2007). Evidence of disturbed amygdalar energy metabolism in patients with borderline personality disorder. *Neuroscience letters*, 417(1), 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2007.02.071>
- Thomas, N., Gurvich, C. i Kulkarni, J. (2019). Borderline personality disorder, trauma, and the hypothalamus-pituitary-adrenal axis. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 15, 2601–2612. <https://doi.org/10.2147/NDT.S198804>
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K. i Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of personality disorders*, 28(5), 734–750. <https://doi.org/10.1521/pepi.2012.26.093>
- Tragesser, S. L., Solhan, M., Schwartz-Mette, R. i Trull, T. J. (2007). The role of affective instability and impulsivity in predicting future BPD features. *Journal of personality disorders*, 21(6), 603–614. <https://doi.org/10.1521/pepi.2007.21.6.603>
- Wolf, R. C., Thomann, P. A., Sambataro, F., Vasic, N., Schmid, M. i Wolf, N. D. (2012). Orbitofrontal cortex and impulsivity in borderline personality disorder: an MRI study of baseline brain perfusion. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 262(8), 677–685. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0303-1>
- Yen, S., Peters, J.R., Nishar, S., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Shea, M. T., Zanarini, M. C., McGlashan, T. H., Morey, L. C. i Skodol, A. E. (2021). Association of Borderline Personality Disorder Criteria With Suicide Attempts: Findings From the Collaborative Longitudinal Study of Personality Disorders Over 10 Years of Follow-up. *JAMA Psychiatry*, 78(2), 187–194. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.3598
- Zetzsche, T., Preuss, U. W., Frodl, T., Schmitt, G., Seifert, D., Münchhausen, E., Tabrizi, S., Leinsinger, G., Born, C., Reiser, M., Möller, H. J. i Meisenzahl, E. M. (2007). Hippocampal volume reduction and history of aggressive behaviour in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry research*, 154(2), 157–170. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>

Abstract

Borderline personality disorder (BPD) belongs to the dramatic group of personality disorders, and is characterized by emotional dysregulation, impulsivity, self-destructive behaviors and unstable interpersonal relationships in which the person is extremely sensitive to objective or imagined signs of abandonment. The goal of this paper is to summarize and review current findings in the field of neurobiology of BPD. The neurobiological background of the mentioned symptoms can be found in the reduced volume of the amygdala and hippocampus and the dysfunction of the frontolimbic system, i.e., the inadequate control of the hyperactivity of the limbic system in unpleasant situations by the prefrontal lobe - either due to the hypoactivity of the PFC or due to the reduced connection of these two areas. There are also findings pointing to the abnormal function of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis (which results in experiencing a higher daily level of tension and greater vigilance against potential threats in these individuals), the endogenous opioid system (too low basal level of endogenous opioids and/or reduced sensitivity of endorphin receptors) and the serotonergic system in BPD (which plays a role in impulsive behaviour and mood regulation). Fortunately, quality therapy, especially dialectical behavioral therapy, has made some progress in possible reduction of symptoms that is also visible at the neural level, which confirms the potential plasticity of the human brain and gives hope and coping skills to people with BPD for more adaptive functioning and dealing with everyday life problems.

Keywords: borderline personality disorder, emotional dysregulation, endogenous opioid system, frontolimbic dysfunction, neurobiology

Narcizam i narcistički poremećaj ličnosti u današnjem svijetu

Leda Lemaić

Filozofski fakultet u Zagrebu

Odsjek za psihologiju

ORCID: 0000-0002-0373-2050

Sažetak

Normalan narcizam dio je ljudske svakodnevnice, a patološki narcizam, s narcističkim poremećajem ličnosti kao oblikom teže manifestacije, teško je i rijetko dijagnosticirano stanje. Patološki narcizam varijabilnog je prikaza kod većine ljudi, a uglavnom se dijeli na grandiozni i ranjivi oblik. Živimo u vremenu u kojem se sve više cijeni visoko samopouzdanje i ambicioznost, ljudi teže k tomu da budu bolji od drugih i ne srame se to pokazati, a društvene mreže služe kao platforma za promoviranje sebe i svojih uspjeha. No nije uvijek lako odrediti granicu visokog samopoštovanja i narcizma. Nalazi pokazuju da narcisoidne tendencije u svijetu naglo rastu, većinom pod utjecajem individualističke kulture, tehnološkog razvoja i utjecaja slavni osoba. Narcizam općenito utječe na odnose s drugima, a čak i mali broj pojedinaca može utjecati na pokretanje društvenih promjena. Zato je potrebno osmisliti intervencije koje će smanjiti narcizam, ali neće smanjiti samopoštovanje. Osobe s narcističkim poremećajem ličnosti zahtjevno je liječiti psihoterapijom zbog njihove smanjene kooperativnosti, ali akumulirana literatura omogućuje izdvajanje nekih načina koji će omogućiti jednostavnije liječenje.

Ključne riječi: narcizam, narcistički poremećaj ličnosti, samopoštovanje, psihoterapija

Uvod

Osnovni je problem svih definicija i istraživanja o narcizmu taj što je teško odrediti predmet mjerenja, odnosno postoji mnogo izoliranih i oprečnih empirijskih nalaza te različitih teorija koje otežavaju jasniju konceptualizaciju, definiciju i precizno mjerenje šireg konstrukta narcizma (Čuržik i Jakšić, 2012). Mnogo empirijske literature karakterizira narcizam kao crtu ličnosti koja može biti adaptivna ili otežavati adaptaciju na društvenu okolinu. Većina istraživanja oslanjala se na NPI (*eng. Narcissistic Personality Inventory*, Raskin i Hall, 1979), narcistički inventar ličnosti kojim se koristilo kao mjerom osobnosti za nekliničke razine narcizma. No taj je instrument često kritiziran zato što u isto vrijeme procjenjuje adaptivne komponente poput samopoštovanja, dobrobiti i vodstva kao i one koje nisu adaptivne poput grandioznosti i ovlaštenosti (*eng. entitlement*, osjećaj osobe da ima pravo na nešto) (Yakeley, 2018). Na temelju mnogih relevantnih istraživanja, opće je prihvaćena dihotomija manifestacije narcizma kao normalnog i patološkog (Yakeley, 2018). Pod utjecajem psihoanalitičara Kernberga i Kohuta raširena je uporaba koncepta patološkog narcizma kao posebnog tipa osobnosti, praćenog pojavom narcističkog poremećaja ličnosti u trećoj verziji DSM-a (*eng. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (Yakeley, 2018). No mnogi se ne slažu oko strukture konstrukta narcizma. Neki smatraju da se radi o dvama različitim dimenzijama ličnosti (Pincus i Lukowitsky, 2010) dok drugi smatraju da postoji spektar sa zdravim narcizmom na jednoj strani, narcisoidnim osobinama (normalnim narcizmom) koje variraju po ozbiljnosti u sredini i patološkim narcizmom te narcističkim poremećajem ličnosti na drugom kraju spektra (Rogoza i sur., 2018). Prema bilo kojoj od tih koncepcija normalan je narcizam osobina ličnosti koju karakterizira osjećaj nadmoći i želja za poštovanjem i divljenjem drugih (Brummelman i sur., 2016). S tom osobinom ličnosti mnogi žive i dolazi do izražaja samo povremeno (Rogoza i sur., 2018). Subklinički narcizam ili narcisoidne osobine poprimile su šire razmjere na razini društva s posljedicama poput veće razine pohlepe, opsjednutosti sobom, površnih odnosa, arogancije i taštine (MacDonald, 2014). Simptomi narcizma uključuju materijalizam, osjećaj jedinstvenosti, antisocijalno ponašanje i ovlaštenost (Twenge i Campbell, 2010). No subklinički narcizam strategija je koja može biti uspješna sve dok se previše ne proširi u općoj populaciji (Womick i sur., 2020). Istraživanja podupiru ideju da u određenim domenama narcizam može pridonijeti dobrobiti osobe jer je povezan s pozitivnim samopoimanjem (Morf i Rhodewalt, 2001). Rezultati istraživanja Womicka i suradnika (2020), u kojem je otkrivena povezanost narcizma i osjećaja smislenosti života, slaže se s prethodnim studijama koje pokazuju da su iskustva koja doprinose pozitivnom ljudskom funkcioniranju poput samopoštovanja, autentičnosti i ustrajnosti ka cilju povezane s narcizmom, a ne gube svoju važnost za dobrobit osobe. Paris (2014) navodi da nas moderno doba čini narcisoidnijima i da individualizam i nedostatak društvene podrške igraju ključnu ulogu u ovom porastu. No razumijevanje epidemije nar-

cizma te razumijevanje što stvarno jesu narcizam i narcistički poremećaj ličnosti važni su jer su dugoročne posljedice te rasprostranjenosti destruktivne za društvo (Twenge i Campbell, 2010). Neki od dokaza za epidemiju narcizma kao osobine ličnosti uključuju činjenicu da je stopa odobravanja izjave „ja sam važna osoba” porasla s 12 % 1963. godine na 77–80 % 1992. godine kod adolescenata (Newsom i sur., 2003). Također, korištenje narcisoidnih izjava poput „ja sam najbolji” povećalo se između 1960. i 2008. (Twenge i sur., 2013). Porast narcizma odražava se i u porastu važnosti slave, financijskog uspjeha i drugih individualističkih vrijednosti tijekom desetljeća (Uhls i Greenfield, 2011). Ta i mnoga druga zapažanja sugeriraju da su narcisoidni izrazi unutar individualističkih kultura postali češći (Vater i sur., 2018). Narcistički poremećaj ličnosti teško je i rijetko dijagnosticirano stanje (MacDonald, 2014). Sustavni pregled nekoliko objavljenih istraživanja prikazao je da je prevalencija narcističkoga poremećaja ličnosti otprilike jedan posto u populaciji (Dhawan i sur., 2010). Mnogi ljudi tijekom života razviju neka narcistička obilježja, ali ipak ne ispunjavaju dijagnostičke kriterije za narcistički poremećaj ličnosti (Rogoza i sur., 2018). Samo mali dio ljudi ima klinički dijagnosticiran narcistički poremećaj ličnosti (Choi-Kain, 2020). Narcistički poremećaj ličnosti teško je dijagnosticirati iz razloga što postoji vrlo varijabilna prezentacija poremećaja kod ljudi te široki raspon ozbiljnosti koji može karakterizirati narcističku patologiju (Caligor i sur., 2015). Nedosljednosti u konceptualizaciji narcističkog poremećaja ličnosti odrazile su se i u ograničenom opisu područja narcističkog poremećaja ličnosti (njegove prirode, fenotipa, izražaja i strukture) u DSM-u (Pincus i Lukowitsky, 2010). Ponašanje ljudi s ovim poremećajem ličnosti može se na različite načine očitovati kod različitih pojedinaca, a često se radi i o polarnim manifestacijama. Pojedinaac s narcističkim poremećajem ličnosti može biti društven ili društveno izoliran, odličan u svom poslu ili nesposoban održati stalno zaposlenje, uzoran građanin ili sklon asocijalnim aktivnostima (Caligor i sur., 2015). Bitno je istaknuti razlike između normalnog narcizma i narcističkog poremećaja ličnosti. Narcizam se često povezuje s dijagnozom narcističkog poremećaja ličnosti. Međutim, određeni stupanj narcizma može se smatrati bitnim kad se razmatra zdrava osobnost (McNeal, 2007). Ono što mnogi nazivaju zdravim oblikom narcizma, misleći na pozitivne aspekte normalnog narcizma, uključuje stabilan osjećaj vlastite vrijednosti, temeljen na istinskom postignuću, sposobnost oporavka od neuspjeha i pronalazak utjehe i podrške u odnosima s drugima (Horwitz, 2000). Rezultati pet istraživanja koja su proveli Sedikides i suradnici (2004) odbacili su prevladavajuće stajalište da narcisoidne osobe, s obzirom na svoje međuljudske deficite, moraju patiti od lošeg psihičkog zdravlja. Za dobro psihičko zdravlje zaslužne su, u znatnoj mjeri, njihove povišene razine samopoštovanja (Sedikides i sur., 2004). Naravno, „zdravo“ narcisoidno funkcioniranje može supostojati i s patološkim narcizmom te varirati ovisno o kontekstu i međuljudskim odnosima. No patološki narcizam definiran je krhkošću u samoregulaciji i samopoštovanju (Yakeley, 2018). Kod patološ-

kog narcizma mogu postojati ozbiljni poremećaji u samopoštovanju koji mogu zarobiti pojedinca u svijet opsjednutosti sobom i grandioznosti bez toplih međuljudskih odnosa (Paris, 2014). Na krajnjem ekstremu patološkog narcizma nalazi se narcistički poremećaj ličnosti, patološko stanje koje uključuje ozbiljnu nerazmjernu preokupaciju osobnom kompetencijom, potrebu za moći te posljedično mogućnost da osoba nema osjećaj kontrole nad svojim životom (Paris, 2014). Prema Pincusu i Roche (2011) postoji podjela narcisoidne disfunkcije. Narcistička grandioznost odražava preuveličanu sliku o sebi, dojam o vlastitoj posebnosti i ovlaštenosti, nedostatak empatije i opsesivnu potrebu za divljenjem od strane drugih (Čuržik i Jakšić, 2012). Ranjivi narcizam karakteriziran je osjećajima nesigurnosti, niskog samopoštovanja i preosjetljivosti na kritiku (Čuržik i Jakšić, 2012). Osobe s ovom vrstom patološkog narcizma imaju poteškoća u uspostavljanju smislenih odnosa te su skloniji odbacivanju istih. Mnogi pojedinci s narcističkim poremećajem ličnosti fluktuiraju između grandioznog i ranjivog stanja ovisno o životnim okolnostima dok drugi mogu imati mješovite karakteristike (Caligor i sur., 2015). U novijim istraživanjima otkriveno je kako je grandiozni narcizam visoko povezan sa psihopatijom. Kowalchuk i suradnici (2021) tvrde da bi i psihopatske i patološki narcisoidne osobe imale visoke rezultate na klasičnim mjerama narcizma, ali da će osobe s visoko izraženim psihopatskim osobinama preferirati ishode koji im daju moć dok će osobe s visoko izraženim narcisoidnim osobinama preferirati ishode koji im daju status. S obzirom na to da su u svijetu moć i status često povezani, teško je odrediti granicu te dolazi do nejasnoća u literaturi o narcizmu (Kowalchuk i sur., 2021). Međutim, većina literatura grandiozni narcizam i dalje kategorizira kao formu narcističkog poremećaja ličnosti, a i sami dijagnostički kriteriji DSM-IV usmjerili su se isključivo na kliničku sliku grandioznog narcizma (Čuržik i Jakšić, 2012). U međuvremenu izašao je i DSM-V, no kriteriji se nisu promijenili. Postoji i skupina pojedinaca s narcističkim poremećajem ličnosti koja je opisana kao funkcionalna, egzibicionistička i autonomna. Ove su osobe natjecateljski nastrojene i traže pažnju dok pokazuju prilagodljivo funkcioniranje i koriste svoje narcisoidne osobine kako bi uspjeli. Zbog njihove visoke razine funkcioniranja, na prvi pogled pojedinac iz te skupine ne djeluje kao da ima poremećaj ličnosti, a dijagnoza narcističkog poremećaja ličnosti biva zanemarenom pri dijagnostičkoj procjeni (Caligor i sur., 2015). Kako tradicionalne društvene strukture slabe, korijeni u obitelji i zajednici postaju krhki. Modernizacijom društva, kolektivne vrijednosti postaju manje važne, a individualne potrebe sve su istaknutije (Markus i Kitayama, 1994). Individualizam se povećao tijekom posljednjih nekoliko desetljeća (Santos i sur., 2017). Postoje mnogi međusobno povezani trendovi koji su značajka uspona narcisoidnog društva od kojih su neki nepovratne promjene u obiteljskom životu, tehnološki razvoj u formi društvenih mreža, stavovi prema smrti i umiranju te obožavanje slavnih osoba (MacDonald, 2014). Lasch (1979)

je sugerirao kako je društveni razvoj tijekom dvadesetoga stoljeća pojačao narcističke osobine, stvarajući krhko samopoimanje, strah od obveza i trajnih veza, a i strah od starenja te pretjerano divljenje slavnima. Razvoj narcizma evoluirao je i u 21. stoljeću, posebno zahvaljujući pojavi društvenih mreža i korištenju njima (Manne, 2015). U ovom će se radu prikazati rezultati istraživanja koja su proučavala razvoj normalnog i patološkog narcizma u današnjem dobu i mogućnosti tretiranja patološkog te ublažavanja normalnog narcizma.

Razvoj narcizma i samopoštovanja

Narcisoidne karakteristike i narcistički poremećaj ličnosti imaju nasljednu komponentu koja objašnjava 40 % varijance (Paris, 2014), što znači da je 40 % objašnjivo nasljeđem. Iz tog podatka proizlaze pretpostavke kako pojedinci ne mogu razviti narcistički poremećaj ličnosti ako za njega nemaju genetsku predispoziciju, no istraživanja iz područja bihevioralne genetike nalažu da je moguće da pojedinac razvije poremećaj zbog genetskih, ali i okolinskih utjecaja, kao i njihove kombinacije. Istraživanja koja zagovaraju učinak okolinskih utjecaja pokazala su da braća i sestre, premda su odrasli zajedno, nemaju neophodno slične osobine ni razine narcizma (Livesley i sur., 1998). Luo i Cai (2018) skupili su istraživanja o narcizmu koja su provedena na jednojajčanim blizancima te su iznijeli mnoge zaključke. Narcizam je nasljedan i to se odnosi na sve vrste narcizma, od narcizma kao osobine ličnosti sve do poremećaja ličnosti, a nasljednost varira od umjerene do visoke. Okolina može doprinijeti varijaciji narcizma, a ta varijacija proizlazi primarno iz nedijeljene okoline, a ne zajedničkog okruženja braće i sestara (Luo i Cai, 2018). Dakle, genetski faktori imaju ulogu u moduliranju varijacija narcizma, a utječu i na stabilnost narcizma te tendencije ponašanja.

Međutim, kao što je ranije spomenuto, okolina može imati i ima utjecaj na razvoj cijelog spektra narcizma. Twenge (2011) sugerira da sociokulturne promjene u roditeljskim praksama utječu na razinu narcizma. Roditeljska je popustljivost pozitivno povezana s patološkom mjerom narcizma, a to se odnosi i na ranjivi i na grandiozni narcizam (Campbell i Miller, 2011). Brummelman i suradnici (2015) prikazali su da se narcizam kod djece razvija roditeljskim precjenjivanjem, odnosno u slučaju kada roditelji vjeruju da je njihovo dijete posebnije i ima više prava od drugih. Također, otkriveno je da su emocionalna kontrola djeteta i hladnoća roditelja povezana s ranjivim narcizmom (Campbell i Miller, 2011). Takvi su dokazi često otkriveni korištenjem NPI testa. Postoje značajni dokazi koji povezuju roditeljsko ponašanje s dječjim narcizmom, a ti su dokazi u skladu s tradicionalnim kliničkim teorijama o etiologiji te osobine. Povećana rasprostranjenost narcizma može ovisiti o tome da su roditelji

sve popustljiviji, pretjerano ugađaju djetetu i promiču samopoštovanje neovisno o postignućima djeteta (Paris, 2014). Istraživanja su dokumentirala kako je u proteklim desetljećima grandiozni narcizam u porastu i na istoku i na zapadu (Cai i sur., 2012). Ti problemi nadilaze specifične obitelji i proizlaze iz kulture općenito, onemogućujući donošenje čvrstih zaključaka o narcizmu u djetinjstvu. Naime, roditeljstvo ne postoji kao zaseban ili izoliran slijed događaja, već je u sklopu složene mreže višesmjernih uzročnih utjecaja koji vjerojatno uključuju elemente makrokulture poput medija i društva, sustave vjerovanja, ali i mikrokulture kao što su utjecaji vršnjaka (Campbell i Miller, 2011).

Nalazi longitudinalnog istraživanja koje je provela Cramer (2011) pokazali su da je zdravi narcizam u mladoj odrasloj dobi povezan s ranim zadovoljenjem fizičkih i psihičkih potreba od strane roditelja. Pod zdravim narcizmom misli se na pozitivne dijelove normalnog narcizma koji su povezani sa samopoštovanjem. Ono što razlikuje narcizam i visoko samopoštovanje prisutnost je osjećaja superiornosti, negativne procjene drugih te iskorištavanje drugih što je povezano s narcizmom, ali ne nužno i s visokim samopoštovanjem (Newsom i sur., 2003). Prisutnost zdravih aspekata narcizma povezana je s roditeljskim korištenjem autoritativnim ili popustljivim stilom roditeljstva u kojima je roditelj osjetljiv na djetetove potrebe (Cramer, 2011). Korištenje autoritarnim stilom roditeljstva, koji nije osjetljiv na djetetove potrebe, bilo je negativno povezano sa zdravim aspektima narcizma. Neočekivan je bio nalaz da ravnodušni stil roditeljstva, pri kojem se ne reagira na djetetove potrebe, nije bio povezan s narcizmom (Cramer, 2011). Ovi rezultati sugeriraju da je kombinacija kontrolirajuće prirode roditelja s niskom razinom emocionalne topline povezana s razvojem narcizma (Cramer, 2011). U budućim istraživanjima bilo bi dobro ispitati dvosmjerne veze između roditeljstva i narcizma, odnosno kako razvoj djetetovog narcizma utječe na daljnje roditeljsko ponašanje te procijeniti nasljeđe, roditeljstvo i narcizam iz više izvora (Campbell i Miller, 2011). Ali neovisno o tome utječe li stil roditeljstva na narcizam, vrijedi se zapitati kako se treba odnositi prema djetetu da bi ono imalo visoko samopoštovanje koje ne graniči s narcizmom.

Zanimljivo je i razumjeti koje su razlike narcizma i samopoštovanja prema fenotipu, razvoju i posljedicama s obzirom na to da su vrlo slični, a posebno ih je teško razlikovati kod djece. Brummelman i suradnici (2016) predložili su razliku između narcizma i samopoštovanja koja se temelji na različitim socijalizacijskim iskustvima koja dovode do njih. Oni sugeriraju da narcizam i samopoštovanje razlikuje različita percepcija poštovanja od strane drugih. Narcizam je subklinička osobina ličnosti, a narcisi se osjećaju superiorno u odnosu na druge, vjeruju da imaju pravo na privilegije i žude za poštovanjem i divljenjem drugih (Brummelman i sur., 2016). Grandiozni tipovi

narcisa osjećaju se superiorno drugima po pokretačkim osobinama poput inteligencije, kompetencije i jedinstvenosti. Nasuprot tome, ljudi s visokim samopoštovanjem zadovoljni su sobom i svojom osobnošću, ali ne osjećaju se nužno superiorno drugima. I narcizam i samopoštovanje podrazumijevaju pozitivan pogled na sebe, ali ti su pogledi kvalitativno različiti (Brummelman i sur., 2016). Narcizam i samopoštovanje su, u skladu sa svojim različitim fenotipovima, slabo do umjereno povezani (Campbell i sur., 2002). Mnogi narcisi nemaju visoko samopoštovanje, nisu zadovoljni sami sa sobom, iako se vide izrazito boljima od svojih bližnjih. Suprotno tome, mnogi ljudi s visokim samopoštovanjem nisu narcisoidni jer cijene sebe, ali nemaju potrebu smatrati se boljima od drugih.

Narcizam i samopoštovanje prvi se put pojavljuju u djetinjstvu (Thomaes i sur., 2008) kada djeca steknu kognitivne sposobnosti za formiranje samoprocjena koje su u osnovi narcizma i samopoštovanja (Harter, 2012). Djeca te dobi također se koriste društvenim usporedbama kako bi procijenila sama sebe, omogućujući pojavu narcisoidnih samoprocjena poput „ja sam poseban/posebna, posebniji/a od ostalih“ (Harter, 2012). Narcizam i samopoštovanje manifestiraju se u istoj dobi, ali razlikuju se u svojim putanjama razvoja. Narcizam je na vrhuncu u adolescenciji, a zatim se postupno smanjuje u odrasloj dobi (Foster i sur., 2003), a samopoštovanje doseže najnižu točku u adolescenciji te se zatim postupno povećava tijekom odrasle dobi (Brummelman i sur., 2016). U osnovi je narcizma i samopoštovanja internalizacija poštovanja djeci bliskih ljudi. Dijete doživi riječi svojih roditelja i uklopi ih u svoju sliku o samome sebi. No roditelji znaju pokazivati različite oblike poštovanja. Mnogi roditelji hvale djecu čak i kad nema potrebe za tim u želji da se djeca osjećaju jedinstveno i posebno te da razviju visoko samopoštovanje. Takvo roditeljsko precjenjivanje moglo bi dovesti do porasta u narcizmu djeteta (Brummelman i sur., 2015). Vremenom takva praksa socijalizacije može dovesti do toga da djeca internaliziraju pogled na sebe kao superiornog pojedinca što je srž narcizma. Samopoštovanje je njegovano roditeljskom ljubavlju i zahvalnošću. Roditelji koji uspješno razvijaju samopoštovanje djeteta potiču u svom djetetu osjećaj da je ono važno. Ova praksa socijalizacije može navesti djecu da internaliziraju pogled na sebe kao vrijedne pojedince što je srž samopoštovanja. Prioritet budućih istraživanja trebao bi biti razvijanje odgojnih metoda koje istodobno podižu samopoštovanje i obuzdaju narcizam. Takvi bi roditeljski postupci onda mogli naučiti roditelje i odgojitelje da ističu zahvalnost i naklonost djeci bez da ih proglašavaju superiornima u odnosu na druge.

Razlike između narcizma i samopoštovanja često se pojavljuju i u društvenoj sferi jer narcisi nemaju želju za uspostavljanjem dubokih intimnih veza s drugima, već nastoje nadmašiti druge, koriste se drugima za postizanje društvenog statusa i teže

napredovanju (Campbell i sur., 2002). Ljudima visokog samopoštovanja važnije je slaganje nego napredovanje i žele uspostaviti duboke i intimne veze s drugima. Brummelman i suradnici (2016) navode da narcisi trebaju vanjsku validaciju jer im je njihov osjećaj nadmoći dragocjen. Iako svatko može biti vrijedan, ne može svatko biti superioran drugima. Otkriveno je i da je narcizam povezan sa subjektivnim blagostanjem i manjom razinom tjeskobe, depresije i usamljenosti. No ta se povezanost u potpunosti objašnjava samopoštovanjem koje je narcisima visoko, iako je ovisno o vanjskoj validaciji. Narcizam ima koristi za subjektivno blagostanje samo u mjeri u kojoj je povezan s visokim samopoštovanjem (Orth i sur., 2016). Precizno razumijevanje različitih korijena narcizma i samopoštovanja moglo bi omogućiti razvoj postupaka korisnih za podizanje samopoštovanja uz istovremeno smanjenje narcizma.

Narcizam i moderno doba

Za potrebe ankete iz 2006. djeca u Velikoj Britaniji trebala su imenovati najbolje stvari na svijetu. Najpopularniji su odgovori bili: „biti slavna osoba“, „dobar izgled“ i „biti bogat“ (Twenge i Campbell, 2010). Ti odgovori povezani su s cijelim spektrom narcizma jer su narcisi usmjereni na to da im se drugi dive, a karakteristike osoba u prethodnim odgovorima povećavaju vjerojatnost za tim. Kada je krajnji standard raditi ono što je dobro za sebe, a ne za obitelj ili zajednicu, ljudi procjenjuju svoje postupke na temelju osobnog zadovoljstva, a ne prema predanosti višim idealima (Paris, 2014). Povjesničar Christopher Lasch uveo je pojam , *kulturni narcizam* kako bi opisao način na koji pretjerano individualističke vrijednosti utječu na suvremeno društvo. Lasch (1979) je pretpostavio da moderno društvo potiče pojedince da se usredotoče na sebe i opuste veze sa zajednicom te da se suvremena kultura usredotoči na slavu i bogatstvo, a ne na dužnost i čast. Iako je Lasch (1979) bio u pravu, nije mogao predvidjeti da će se porast u rezultatima mjere narcizma poklapati s uvođenjem, usvajanjem i širokom upotrebom društvenih mreža kao što su Facebook i Twitter (Parambousis i sur., 2016). Društvene mreže omogućuju samopromociju, potičući višestruke plitke odnose u kojima nema empatije i topline (Twenge i Campbell, 2010). Grupni narcizam može biti duboko ugrađen u društvo što ga čini teškim za iskorijeniti, a produkt je kulture (MacDonald, 2014). Kolektivni prijezir, zajedno s osjećajem ovlaštenosti, poricanja i racionalizacije objašnjava korupciju koja se odvija, kako u manjim grupama, tako i u organizacijama. Ljudi tada postaju ranjivi i u nemogućnosti su vjerovati mnogim organizacijama. Odnos između osobina vezanih za kulturu i individualnih osobina vjerojatno je recipročan, odnosno narcistička kultura proizvodi individualce s višom razinom narcizma te narcistički individualci potiču veću rasprostranjenost narcizma u kulturi (Twenge, 2011).

McCain i Campbell (2018) proveli su metaanalizu istraživanja kako bi utvrdili povezanost narcizma i društvenih mreža, a koristili su se i mnogim moderatorima učinka poput kulture, kohorte, platforme i prosječne dobi. Analiza je ograničena time što se oslanja na individualnu razinu rezultata i temelji se na samoprocjenama pojedinaca o vlastitom iskustvu na mrežama. Rezultati su pokazali slabu, ali značajnu povezanost grandioznog narcizma i vremena provedenog na mrežama, brojem postavljenog sadržaja i brojem postavljenih fotografija sebe. Patološki narcizam povezan je s vremenom provedenim na društvenim mrežama na uzorcima temeljenim na Facebook platformi i na uzorcima ljudi rođenih od 1981. do 1996., većinom iz Sjedinjenih Američkih Država. Azijski uzorci pokazali su isti učinak kao i SAD i Europa, iako to nije u skladu s prošlim istraživanjima (Hofstede, 1980) koja navode da azijske zemlje uobičajeno imaju kolektivističku kulturu te drugačije odnose narcizma i upotrebe društvenih mreža. Potrebno je još istraživanja kako bi se potvrdila robusnost povezanosti u više konteksta. Pokazalo se da pojedinci visoko na grandioznom narcizmu imaju više prijatelja na mrežama, češće ažuriraju status i objavljuju više slika sebe na društvenim mrežama nego oni koji nisu narcisi (McCain i Campbell, 2018). Rezultati su ponovno bili značajni za prije spomenutu kohortu ljudi, dok za adolescente nisu. Zbog mnogih utjecaja moderatora teško je iznijeti interpretaciju.

Postoje čvrsti dokazi da je grandiozni narcizam povezan s društvenim umrežavanjem u mnogim, ali ne svim uvjetima. To može biti jer su grandiozni narcisi više ekstrovertirani i više motivirani nagradom nego kaznom, zbog čega su skloni promotivnom sadržaju. Ranjivi narcisi oprezniji su oko približavanja te im je stalo do privatnosti (Ahn i sur., 2015). U skladu s tim nije se pokazala povezanost ranjivog narcizma s frekvencijom korištenja društvenim mrežama. Parambous i suradnici (2016) usmjerili su pozornost na povezanost narcizma, samopoštovanja i društvene mreže Instagram. Temeljeno na integraciji prethodnih istraživanja tvrdi se da narcističke tendencije poput traženja pažnje i egzibicionizma mogu biti olakšane upotrebom Instagrama zbog njegovih specifičnih funkcija usmjerenih na dijeljenje slika, posebno u sklopu grandioznog narcizma. Rezultati istraživanja pokazali su da je ranjivi narcizam bio negativno povezan sa samopoštovanjem, a grandiozni pozitivno. Isto tako, oni koji su bili visoki na ranjivom narcizmu više su emotivno reagirali na povratne informacije s Instagrama dok su grandiozni narcisi pokušavali privlačiti pozornost na sebe u svrhu samopromocije i zadržavanja uzvišenog mišljenja o sebi (Parambous i sur., 2016). Buduća bi istraživanja trebala imati više longitudinalnih podataka te više pozornosti obratiti na kulturalne razlike jer sadašnja analiza pokazuje kako postoje barem neke razlike u korištenju društvenim mrežama među kulturama (McCain i Campbell, 2018).

Pinsky i Young (2010) iznose mišljenje da je ponašanje slavnih osoba medijski uzdignuto i prenosi se na širu populaciju. Kultura takvo ponašanje počinje smatrati normalnim i

počinje ga odražavati. Mnogi mladi žele ući u krug slavnih što u današnje vrijeme društvene mreže i omogućuju (Young i Pinsky, 2006). Slavne su osobe uzdignute i velika vrijednost pridaje se bogatstvu i slavi koje se vrednuje samo po sebi, a ne zbog istinskog postignuća (MacDonald, 2014). Budući da su slavne osobe visoko cijenjene u društvu, njihovo se ponašanje smatra poželjnim i oni postaju širitelji narcizma (Twenge i Campbell, 2010). Često se javlja i fenomen da su slavni ljudi narcisoidni, uspijevaju u industriji zabave jer su više ekstrovertirani, natjecateljski nastrojeni i šarmantni. Također, Erz i suradnici (2018) otkrili su da su potencijalne utjecajne osobe na društvenim mrežama (*eng. influencers*) narcisoidniji od svojih pratitelja i motiviraniji za sudjelovanje na Instagramu zbog traženja statusa. To dovodi do dvosmjernog odnosa koji je neraskidivo povezan: slava povećava narcizam te narcizam navodi pojedince da traže slavu (Wallace i Baumeister, 2002).

Teoretičari socijalnog učenja tvrde da trendovi u našem društvu pridonose porastu rizika za razvijanje narcističkog poremećaja (Goodman i Leff, 2011). Neki su od nabrojanih kulturalnih trendova mediji centrirani na slavne umjesto na prosječne ljude, važnost osobe temeljena na statusu i postignućima te slabljenje religioznih i društvenih institucija koje su poticale zajedništvo umjesto individualizma (Goodman i Leff, 2011). Individualizam je najveća rastuća kulturna vrijednost u Sjedinjenim Američkim Državama i mnogim drugim kulturama, a Campbell i Twenge (2015) narcizam smatraju tamnom stranom individualizma. Slava se može, umjesto kao posljedica talenta, promatrati kao dostupna svima koji su spremni biti primijećeni (Young i Pinsky, 2006). Primjer je toga razvoj društvenih mreža poput Tik Tok-a u sklopu kojeg su mnogi stekli slavu na različite načine koji nisu povezani s tradicionalnim shvaćanjem talenta. Mediji potencijalno igraju ulogu u povećanju kulturnog narcizma nudeći mogućnost grandiozne samopromocije (Campbell i Twenge, 2015).

Jauk i suradnici (2021) proveli su istraživanje na uzorku ljudi iz Japana i Njemačke, zemljama poznatim po kolektivističkoj, odnosno individualističkoj kulturi. Ranjivi narcizam bio je više prisutan u japanskoj kolektivističkoj kulturi, no međuljudski problemi u svezi s ranjivim narcizmom više su bili prisutni u Njemačkoj. Zaključak je toga da je narcizam povezan s međuljudskim problemima u objema kulturama, no teret za pojedince s visokom ranjivosti može biti veći u kulturnom kontekstu koji cijeni individualizam i asertivnost (Jauk i sur., 2021). Isto tako, grandiozni je narcizam bio više prisutan u individualističkoj kulturi, no povezan s više mentalnih problema u kolektivističkoj. Očito je da grandiozni narcizam više tereti kulture koje cijene skromnost i povezanost (Jauk i sur., 2021).

Postoje brojni dokazi da su se uobičajeni poremećaji mentalnog zdravlja, kao što su tjeskoba, depresija i napadaji panike, značajno proširili (MacDonald, 2014). Također, sve

je više konzumiranja opojnih sredstava, antisocijalnog ponašanja i površne seksualnosti (MacDonald, 2014). Raširen materijalizam, taština i krajnje nezadovoljstvo imaju sve gori utjecaj na dobrobit mladih ljudi (Sales, 2013). Takve društvene promjene ne čine nas sretnijima. Narcisoidni pojedinac često se osjeća usamljeno, ali, nažalost, rijetko traži pomoć s obzirom na to da je narcisoidna osoba sklona kriviti druge ljude za svoje poteškoće (MacDonald, 2014).

Čak i mali broj pojedinaca može ostvariti utjecaj. Budući da žele utjecati na druge, narcisoidni pojedinci mogu biti jedan od primarnih pokretača društvenih promjena. Iako individualističke kulture imaju mnoge prednosti poput manjka predrasuda i većih mogućnosti za uspjeh ljudi bez obzira na njihovu društvenu pozadinu, takve kulture mogu graničiti s narcizmom što dovodi do negativnih ishoda (Campbell i Miller, 2011). Stoga je potrebno odrediti kako, kao kultura, možemo smanjiti negativne učinke

Narcistički poremećaj ličnosti i terapija

Narcistički poremećaj ličnosti predstavlja disfunkciju koja utječe na život pojedinca, a ukorijenjen je kao osobina koju pacijenti smatraju normalnom (Ronningstam, 2011). Ako narcistički poremećaj ličnosti nije povezan s istaknutim simptomima, to može pojasniti zašto ti pacijenti, osobito oni s pretežno grandioznim karakteristikama, možda neće prihvatiti psihološku pomoć (Pincus i Lukowitsky, 2010). Paris (2014) iznosi problematiku toga da određene vrste terapija potiču višu zaokupljenost sobom. Razgovor o sebi s terapeutom koji pažljivo sluša i nudi podršku može se čak smatrati narcisoidnim ostvarenjem sna. Neki oblici psihološke pomoći riskiraju podržavanje upravo one osobine koja dovodi do disfunkcije narcisoidne osobe. No to nije slučaj u svim tretmanima, primjerice u kognitivno-bihevioralnoj i interpersonalnoj terapiji čiji je tijek više orijentiran na trenutno društveno okruženje. Identifikacija osobina koje mogu biti ciljne također može pomoći u definiranju elemenata koje je potrebno uključiti u specifične terapije za narcistički poremećaj ličnosti (Paris, 2014). Stoga bi se tijekom liječenja trebali pronaći načini za učinkovito suprotstavljanje grandioznosti i pružiti alati za smanjenje ranjivosti. Ljudima s narcističkim poremećajem ličnosti također može biti potrebna i bolja ravnoteža između individualnih ciljeva i društvenih odnosa te veza. Razvoj modela koji se temelji na ovim načelima trebao bi uslijediti kliničkim ispitivanjima kako bi se utvrdila njegova učinkovitost (Paris, 2014).

Posao je terapeuta da pomogne pacijentu identificirati konkretne, realistične i mjerljive ciljeve koje pacijent identificira kao svoje (Weinberg i Ronningstam, 2020). Ciljevi liječenja sidro su terapije te stvaraju motivaciju za promjenu i pomažu pacijentu da

nastavi s terapijom unatoč poteškoćama. Paris (2014) upozorava psihoterapeute i psihologe da moraju izbjegavati promicanje vrijednosti koje imaju potencijal podržati narcističke osobine. Većina vještih terapeuta koji rade s pacijentima s poremećajima ličnosti izbjegava stvaranje okruženja koje bi poslužilo za pogoršanje narcističke strategije. Čak i da terapija povisuje narcizam, taj utjecaj nije toliko velik koliki su kulturni utjecaji na koje se trebamo usredotočiti (Twenge i sur., 2014).

Povijesno je najstariji terapijski pristup psihodinamski (Campbell i Baumeister, 2006). Taj se pristup usredotočuje na negativna iskustva iz djetinjstva kao ključna za etiologiju narcističkog poremećaja ličnosti, a koriste se i dinamičkim tehnikama u terapiji. Iz psihodinamske perspektive, specifičan je oblik dinamike identiteta srž narcističke patologije. Umjesto objektivno utemeljenog doživljaja sebe koji karakterizira normalno formiranje identiteta, slika o sebi u narcističkom poremećaju ličnosti krhka je i donekle udaljena od stvarnosti (Caligor i sur., 2015). To se odnosi i na grandiozne i na ranjive podtipove jer su u tom slučaju osjećaji manje vrijednosti skriveni grandioznošću. Održavanje grandiozne slike o sebi može pružiti stabilan doživljaj sebe kao pojedinca s narcističkim poremećajem ličnosti, ali ima i cijenu, a to je da zahtijeva povlačenje od stvarnosti ili poricanje iste (Caligor i sur., 2015).

Noviji kognitivno-bihevioralni pristupi usredotočeni su na trenutačne manifestacije narcizma i spoznaje koje ih prate (Campbell i Baumeister, 2006). To se odnosi na grandiozni pogled na sebe, nedostatak empatije i burne reakcije na negativne povratne informacije (Campbell i Baumeister, 2006). Cilj je terapije ublažiti ta uvjerenja i ponašanje tehnikama koje mogu varirati od striktno kognitivnih do drugih koje uključuju naglasak na prošlost što je tipično za psihodinamsku terapiju (Campbell i Baumeister, 2006). Tim se pristupima koristilo kod narcističkog poremećaja ličnosti, no ne postoji puno istraživanja o ishodima liječenja.

Još je jedan od problema u dijagnosticiranju narcističkog poremećaja ličnosti to što se preklapa s drugim poremećajima poput antisocijalnog ili graničnog poremećaja ličnosti (Caligor i sur., 2015). Korisno je razlikovati ne samo grandiozni i ranjivi klinički podtip već i razine ozbiljnosti narcističkog poremećaja ličnosti. Oni koji imaju najizraženiji oblik poremećaja skloni su biti vidljivo agresivni prema drugima, deteriorira im međuljudsko, a nerijetko i moralno funkcioniranje. Često je potrebno pacijente spriječiti da budu destruktivni te je posljedično tome potrebno smanjiti sekundarne dobitke, odnosno dobrobiti koje proizlaze iz stanja „bolesti” (Caligor i sur., 2015). To uključuje inzistiranje na tome da pacijent potraži odgovarajuće zaposlenje, a može zahtijevati i uključivanje člana obitelji u liječenje. Najteži oblik, maligni narcizam, karakteriziran je zadovoljstvom svojom agresijom i sadizmom prema drugima. Njihov sadizam i užitak u kontroli često onemogućuje terapijski rad. Također, sekundarne dobiti, koje mogu

biti financijske ili međuljudske, pružaju snažnu motivaciju za održavanje kontinuiteta. U tom slučaju često nema nade za promjenu, osim ako tim za liječenje ne radi s pacijentovim društvenim sustavom kako bi ograničili sekundarni dobitak (Caligor i sur., 2015).

Procjena i dijagnoza najučinkovitije su u intervjuu u kojem pacijenti često otkriju izrazito površnu kvalitetu dojma drugih i odnosa s njima, odnosno otkrivaju da ne smatraju druge jednakima sebi te im odnosi s drugima nisu autentični (Caligor i sur., 2015). Česte su reakcije kliničara na osobe s narcističkim poremećajem ličnosti da se osjećaju pod pritiskom da nađu brzi lijek. Znaju se osjećati poniženo i obezvrijeđeno te kao da nisu sposobni. S obzirom na to da se narcistički poremećaj ličnosti preklapa s mnogim drugim poremećajima, potrebno je napraviti diferencijalnu dijagnozu, a pri tome je dobro osvrnuti se na međuljudske probleme pojedinca ili pojedinčevu sliku o sebi (Caligor i sur., 2015). Grandioznost i potreba za divljenjem karakteristike su koje najjasnije razlikuju narcistički poremećaj ličnosti od drugih dijagnostičkih skupina (Caligor i sur., 2015). Za pojedince s narcističkim poremećajem ličnosti preporučuje se terapija usmjerena na shemu i na razumijevanje mentalnog stanja, zato što to stvara realistična očekivanja pacijenta i otvara vrata za daljnji razgovor o liječenju. Prema dostupnoj literaturi Caligor i suradnici (2015) iznose neke prijedloge za rad s pojedincima s narcisoidnim tendencijama. Bitno je napraviti diferencijalnu dijagnozu, procijeniti ranjive i grandiozne oblike narcističke patologije, procijeniti patologiju moralnog funkcioniranja i antisocijalna obilježja te zajedno s pacijentom postaviti ciljeve liječenja. Također je važno probati se osvrnuti na riječi pacijenta kao potkrepljenje za vlastite argumente jer je vjerojatnije da će pacijent tada prihvatiti riječi terapeuta. Terapeut bi trebao pokušati što manje osuđivati pacijenta, ne reagirati emotivno na njega niti se dovoditi u konflikt s njegovom grandioznošću. Potrebno je i da terapeut pomogne razviti osjećaj djelovanja kod pacijenta tako da identificira njegove jake i slabe strane te ih pomogne integrirati s ciljevima liječenja (Weinberg i Ronningstam, 2020).

Liječenjem se želi postići koherentnija percepcija samoga sebe jer tako pacijent postaje sve sposobniji priznati i prihvatiti širi raspon unutarnjih iskustva i razviti osjećaj vlasništva nad njima. Kao rezultat toga pacijent je sposoban odmaknuti se od patološke izvjesnosti i doći k toleranciji neizvjesnosti te znatizelje o sebi i o drugima (Weinberg i Ronningstam, 2020). Uspostavljanje i održavanje terapijskog saveza s pacijentom s narcističkim poremećajem ličnosti otežano je, ali uz prihvaćanje, manjak osuđivanja i diskusiju moguće je doći do odgovora na to zašto pacijent negativno odgovara na druge, a ultimativno i na sebe (Caligor i sur., 2015).

Patološki narcizam, dakle, zahtijeva neku vrstu liječenja, no to nije nužno kod

subkliničkog, normalnog narcizma. S obzirom na to da svi imaju neke karakteristike narcizma, čak i ako su nisko izražene, korisno je znati da ima načina kako umanjiti tu tendenciju u svakodnevnicu. Jedan je od najboljih načina za borbu protiv osjećaja veće vrijednosti zahvalnost za ono što već imate jer je zahvalnost suprotna ovlaštenosti, usredotočujući se na ono što osoba ima umjesto na ono što zaslužuje, a nema (Twenge i Campbell, 2010). Ključ za vježbu osobnog razvoja postavljanje je cilja poput „želim doživjeti svijet bez konstantnog razmišljanja o sebi“ i uspostavljanje skupa akcijskih koraka poput „aktivno ću slušati druge“ ili „radit ću nešto što zahtjeva moju potpunu koncentraciju da ne mogu misliti o sebi“.

Twenge i Campbell (2010) opisuju narcizam kao epidemiju koja se rješava karantenom, odnosno izolacijom. Narcisima se najčešće prirodno dogodi da su izolirani od ostalih jer se izrazi njihova egocentričnost. Način na koji bi se svi mogli dodatno odmaknuti od vlastitog razvijanja narcizma jest izbjegavanje izvora narcizma, na primjer tračeva o slavnima (Twenge i Campbell, 2010). Isto tako, korisno je uključiti se u aktivnosti koje podržavaju vrijednosti zajednice. Općenito su skromni ljudi više povezani s drugima te manje usredotočeni na sebe što može dovesti do uspostavljanja boljih odnosa s drugima i širim svijetom (Twenge i Campbell, 2010). Bitno je imati empatije za sebe jer to povisuje empatiju za druge i ugodne emocije, a smanjuje doživljavanje ljutnje i nekontroliranih misli o sebi (Twenge i Campbell, 2010). Istraživanja kontinuirano otkrivaju da ljudi koji se usredotočuju na status i materijalizam imaju veću vjerojatnost razvitka depresije, a oni koji se usredotočuju na bliske odnose sretniji su. Zato je bitno koristiti se i strategijama koje su ustvari jednostavni načini pružanja pomoći i stvaranja zajednice. Radi se o predlaganju ili organiziranju okupljanja obitelji i prijatelja ili čuvanju djece mladih roditelja (Twenge i Campbell, 2010). Bitno je prisjetiti se beskrajnih veza koje dijelimo s toliko ljudi diljem svijeta i boriti se s narcističkim tendencijama usredotočujući se na to kako možemo dati zauzvrat onoliko koliko primamo (Twenge i Campbell, 2010).

Zaključak

Većina ljudi na svijetu ima neku od mnogih karakteristika narcizma. Dozu narcizma možemo ublažiti zahvalnošću, brižnošću i skromnošću. Ako imamo suosjećanja sami za sebe, bit ćemo manje ljuti i samokritični te više u mogućnosti suosjećati s drugima. Kako se naše društvo i kultura mijenjaju te, uz neke prednosti individualističkog društva, teže ka svijetu u kojem ima sve više narcizma, potrebno je to početi osvještavati. Grupni narcizam produkt je kulture, a razvoj medija sve više potiče na procjenu ljudi prema njihovim postignućima i statusu. Narcizam je u porastu, a to je najizraženije u individualističkim kulturama u kojima se pojedinci prvenstveno zalažu za ispunjavanje osobnih ciljeva, a manje su usredotočeni na ciljeve grupe ili zajednice. Normalan narcizam i narcistički poremećaj ličnosti različito se izražavaju kod različitih ljudi zbog čega je teško identificirati značajke koje ukazuju na njih. Također, mnoge se dijagnoze preklapaju s dijagnozama narcističkog poremećaja ličnosti što dodatno otežava proces. Narcističkom poremećaju ličnosti predstoji dug put do konkretnijih dijagnoza i otkrića načina liječenja. No neki su temelji postavljeni i jasno je da moderno doba dovodi do sve veće rasprostranjenosti narcizma kao osobine ličnosti i mnogih psihičkih poremećaja.

Kako bismo se što više informirali, bilo bi dobro da se buduća istraživanja usredotoče na longitudinalne podatke te na heterogene uzorke. Bitno je istražiti utjecaje nekih novijih društvenih mreža, roditeljskih strategija i utjecaja drugih pojedinaca na narcističke karakteristike osobe. Iako je otkriveno da je narcizam djelomično i genetski predisponiran, na razvoj narcizma utječe i okolina, a i različite odgojne strategije. Mnoga su istraživanja pokazala kako postoji razlika u razinama narcizma u različitim zemljama i kulturama te bi istraživanja o razlikama korištenja tehnologijama i raznim drugim utjecajnim čimbenicima mogla približiti mogućnost smanjenja narcizma. Također, iako smo sada sigurni da normalni oblik narcizma raste, nema mnogo istraživanja o tome kako spriječiti taj rast ili ga barem umanjiti pa bi bilo dobro da se buduće teorije usredotoče na načine suzbijanja narcizma bez istovremenog smanjenja samopoštovanja. Ishodi znanih metoda liječenja nisu pretjerano istraženi te nema mnogo informacija o tome uspijevaju li terapijske metode zaista poboljšati kvalitetu života narcisa i ljudi oko njih. Iako trend opsjednutosti slavnim osobama uvelike utječe na razvoj narcizma, doveo je do zaključka da percepcija sličnosti među ljudima smanjuje narcizam. Vrijeme uobičajeno provedeno na društvenim mrežama može se iskoristiti za doprinos zajednici ili ljudima oko sebe. Naposljetku, globalne pozitivne promjene započinju promjenom ponašanja tek nekolicine pojedinaca.

Literatura

- Ahn, H., Kwok, E., i Bowman, N. D. (2015). Two faces of narcissism on SNS: The distinct effects of vulnerable and grandiose narcissism on SNS privacy control. *Computers in Human Behavior*, 45, 375–381. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2014.12.032>
- Brummelman, E., Thomaes, S., Nelemans, S. A., Orobio de Castro, B., Overbeek, G., i Bushman, B. J. (2015). Origins of narcissism in children. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(12), 3659–3662. <https://doi.org/10.1073/pnas.1420870112>
- Brummelman, E., Thomaes, S., i Sedikides, C. (2016). Separating Narcissism From Self-Esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 25(1), 8–13. <https://doi.org/10.1177/0963721415619737>
- Bushman, B. J., i Baumeister, R. F. (1998). Threatened egotism, narcissism, self-esteem, and direct and displaced aggression: Does self-love or self-hate lead to violence? *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 219–229. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.1.219>
- Cai, H., Kwan, V. S. Y., i Sedikides, C. (2012). A Sociocultural Approach to Narcissism: The Case of Modern China. *European Journal of Personality*, 26(5), 529–535. <https://doi.org/10.1002/per.852>
- Caligor, E., Levy, K. N., i Yeomans, F. E. (2015). Narcissistic personality disorder: diagnostic and clinical challenges. *The American journal of psychiatry*, 172(5), 415–422. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14060723>
- Campbell, W. K., i Baumeister, R. F. (2006). Narcissistic Personality Disorder. *Practitioner's Guide to Evidence-Based Psychotherapy*, 423–431. https://doi.org/10.1007/978-0-387-28370-8_42
- Campbell, W. K., i Miller, J. D. (Eds.). (2011). *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments*. John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118093108>
- Campbell, W. K., Rudich, E. A., i Sedikides, C. (2002). Narcissism, Self-Esteem, and the Positivity of Self-Views: Two Portraits of Self-Love. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(3), 358–368. <https://doi.org/10.1177/0146167202286007>
- Campbell, K. W., i Twenge, J. M. (2015). Narcissism, Emerging Media, and Society. *The Wiley Handbook of Psychology, Technology, and Society*, 358–370. <https://doi.org/10.1002/9781118771952.ch20>
- Clifton, A. (2011). Narcissism and social networks. In W. K. Campbell & J. D. Miller (Eds.), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments* (pp. 360–370). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118093108>
- Choi-Kain L. (2020). Commentary on the Special Issue: Narcissistic Personality Disorder: A Coming of Age. *Journal of personality disorders*, 34(Suppl), 210–213. <https://doi.org/10.1521/pedi.2020.34.supp.210>
- Cramer, P. (2011). Young adult narcissism: A 20 year longitudinal study of the contribution of parenting styles, preschool precursors of narcissism, and denial. *Journal of Research in Personality*, 45(1), 19–28. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2010.11.004>
- Čuržik, D., & Jakšić, N. (2012). Patološki narcizam i narcistični poremećaj ličnosti - pregled suvremenih spoznaja. *Klinička Psihologija*, 5, 21–36. <http://hrckak.srce.hr/file/233774>
- Dhawan, N., Kunik, M. E., Oldham, J., i Coverdale, J. (2010). Prevalence and treatment of narcissistic personality disorder in the community: a systematic review. *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 333–339. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.09.003>
- Erz, A., Marder, B., i Osadchaya, E. (2018). Hashtags: Motivational drivers, their use, and differences between influencers and followers. *Computers in Human Behavior*, 89, 48–60. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.07.030>
- Foster, J. D., Keith Campbell, W., i Twenge, J. M. (2003). Individual differences in narcissism: Inflated self-views across the lifespan and around the world. *Journal of Research in Personality*, 37(6), 469–486. [https://doi.org/10.1016/s0092-6566\(03\)00026-6](https://doi.org/10.1016/s0092-6566(03)00026-6)
- Goodman, C. L., & Leff, B. (2011). *The Everything Guide to Narcissistic Personality Disorder: Professional, reassuring advice for coping with the disorder - at work, at home, and in your family*. Simon and Schuster.
- Harter, S. (2012). Construction of the self: Developmental and sociocultural foundations. Guilford Press.
- Hofstede, G. (1980). Culture's consequences. Beverly Hills, CA: Sage.
- Horton, R. S., Bleau, G., i Drwecki, B. (2006). Parenting Narcissus: What Are the Links Between Parenting and Narcissism? *Journal of Personality*, 74(2), 345–376. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00378.x>
- Horwitz, L. (2000). Narcissistic Leadership in Psychotherapy Groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 50(2), 219–235. <https://doi.org/10.1080/0027284.2000.11490999>
- Jauk, E., Breyer, D., Kanske, P., i Wakabayashi, A. (2021). Narcissism in independent and interdependent cultures. *Personality and Individual Differences*, 177, 110716. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110716>
- Konrath, S., Bushman, B. J., i Campbell, W. K. (2006). Attenuating the Link Between Threatened Egotism and Aggression. *Psychological Science*, 17(11), 995–1001. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01818.x>
- Kowalchuk, M., Palmieri, H., Conte, E., & Wallisch, P. (2021). Narcissism through the lens of performative self-elevation. *Personality and Individual Differences*, 177, 110780. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110780>
- Lasch, C. (1979). The culture of narcissism. New York, NY: Warner.
- Livesley, W. J., Jang, K. L., i Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and Genetic Structure of Traits Delineating Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55(10), 941. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.10.941>
- Luo, Y. L. L., i Cai, H. (2018). The Etiology of Narcissism: A Review of Behavioral Genetic Studies. *Handbook of Trait Narcissism*, 149–156. https://doi.org/10.1007/978-3-319-92171-6_6_16
- MacDonald, P. (2014). Narcissism in the modern world. *Psychodynamic Practice*, 20(2), 144–153. <https://doi.org/10.1080/14753634.2014.894225>
- Manne, A. (2015). *The Life of I Updated Edition: The New Culture of Narcissism*. Melbourne Univ. Publishing.
- Mark Young, S., i Pinsky, D. (2006). Narcissism and celebrity. *Journal of Research in Personality*, 40(5), 463–471. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.05.005>
- Markus, H. R., i Kitayama, S. (1994). A Collective Fear of the Collective: Implications for Selves and Theories of Selves. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(5), 568–579. <https://doi.org/10.1177/0146167294205013>
- McCain, J. L., i Campbell, W. K. (2018). Narcissism and social media use: A meta-analytic review. *Psychology of Popular Media Culture*, 7(3), 308–327. <https://doi.org/10.1037/ppm0000137>
- McNeal, S. (2007). Healthy Narcissism and Ego State Therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(1), 19–36. <https://doi.org/10.1080/00207140701672987>
- Morf, C. C., & Rhodewalt, F. (2001). Unraveling the Paradoxes of Narcissism: A Dynamic Self-Regulatory Processing Model. *Psychological Inquiry*, 12(4), 177–196. https://doi.org/10.1207/s15327965pl1204_1
- Newsom, C. R., Archer, R. P., Trumbetta, S. L., & Gottesman, I. I. (2003b). Changes in Adolescent Response Patterns on the MMPI/MMPI-A Across Four Decades. *Journal of Personality Assessment*, 81(1), 74–84. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8101_07
- Orth, U., Robins, R. W., Meier, L. L., i Conger, R. D. (2016). Refining the vulnerability model of low self-esteem and depression: Disentangling the effects of genuine self-esteem and narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 110(1), 133–149. <https://doi.org/10.1037/pspp0000038>
- Parambousis, O., Skues, J., i Wise, L. (2016). An Exploratory Study of the Relationships between Narcissism, Self-Esteem and Instagram Use. *Social Networking*, 05(02), 82–92. <https://doi.org/10.4236/sn.2016.52009>
- Paris, J. (2014). Modernity and narcissistic personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(2), 220–226. <https://doi.org/10.1037/a0028580>
- Pincus, A. L., i Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological Narcissism and Narcissistic Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 421–446. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131215>
- Pincus, A. L., i Roche, M. J. (2011). Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability. In W. K. Campbell & J. D. Miller (Eds.), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments* (pp. 31–40). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118093108>
- Pinsky, D., i Young, M. S. (2010). *The Mirror Effect: How Celebrity Narcissism Is Endangering Our*

Families-and How to Save Them (Reprint). Harper Perennial.

- Raskin, R. N., & Hall, C. S. (1979). A narcissistic personality inventory. *Psychological Reports, 45*(2), 590. <https://doi.org/10.2466/pr0.1979.45.2.590s>
- Rogoza, R., Żemojtel-Piotrowska, M., Kwiatkowska, M., & Kwiatkowska, K. (2018b). The Bright, the Dark, and the Blue Face of Narcissism: The Spectrum of Narcissism in Its Relations to the Metatraits of Personality, Self-Esteem, and the Nomological Network of Shyness, Loneliness, and Empathy. *Frontiers in Psychology, 9*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00343>
- Ronningstam, E. (2011). Narcissistic Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Practice, 17*(2), 89–99. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000396060.67150.40>
- Sales, N. J. (2013b). *The Bling Ring: How a Gang of Fame-Obsessed Teens Ripped Off Hollywood and Shocked the World*. It Books.
- Santos, H. C., Varnum, M. E. W., & Grossmann, I. (2017). Global Increases in Individualism. *Psychological Science, 28*(9), 1228–1239. <https://doi.org/10.1177/0956797617700622>
- Sedikides, C., Rudich, E. A., Gregg, A. P., Kumashiro, M., & Rusbult, C. (2004). Are normal narcissists psychologically healthy?: Self-esteem matters. *Journal of Personality and Social Psychology, 87*(3), 400–416. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.87.3.400>
- Thomaes, S., Stegge, H., Bushman, B. J., Olthof, T., & Denissen, J. (2008). Development and Validation of the Childhood Narcissism Scale. *Journal of Personality Assessment, 90*(4), 382–391. <https://doi.org/10.1080/00223890802108162>
- Tracy, J. L., Cheng, J. T., Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2009). Authentic and Hubristic Pride: The Affective Core of Self-esteem and Narcissism. *Self and Identity, 8*(2–3), 196–213. <https://doi.org/10.1080/15298860802505053>
- Twenge, J. M., Campbell, W. K., & Gentile, B. (2013). Changes in Pronoun Use in American Books and the Rise of Individualism, 1960-2008. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 44*(3), 406–415. <https://doi.org/10.1177/0022022112455100>
- Twenge, J. M. (2011). Narcissism and culture. In W. K. Campbell & J. D. Miller (Eds.), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments* (pp. 202–209). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118093108>
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2010). *The narcissism epidemic: Living in the age of entitlement*. Free Press.
- Twenge, J. M., Miller, J. D., & Campbell, W. K. (2014). The narcissism epidemic: Commentary on Modernity and narcissistic personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 5*(2), 227–229. <https://doi.org/10.1037/per0000008>
- Uhls, Y. T., & Greenfield, P. M. (2011). The Rise of Fame: An Historical Content Analysis. *Journal of Psychosocial Research, 5*(1). <https://cyberpsychology.eu/article/view/4243/3289>
- Vater, A., Moritz, S., & Roepke, S. (2018b). Does a narcissism epidemic exist in modern western societies? Comparing narcissism and self-esteem in East and West Germany. *PLOS ONE, 13*(1), e0188287. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188287>
- Wallace, H. M., & Baumeister, R. F. (2002). The performance of narcissists rises and falls with perceived opportunity for glory. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*(5), 819–834. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.5.819>
- Weinberg, I., & Ronningstam, E. (2020). Dos and Don'ts in Treatments of Patients With Narcissistic Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 34*(Supplement), 122–142. <https://doi.org/10.1521/pedi.2020.34.supp.122>
- Womick, J., Atherton, B., & King, L. A. (2020). Lives of significance (and purpose and coherence): subclinical narcissism, meaning in life, and subjective well-being. *Heliyon, 6*(5), e03982. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e03982>
- Yakeley, J. (2018). Current understanding of narcissism and narcissistic personality disorder. *BJPsych Advances, 24*(5), 305–315. <https://doi.org/10.1192/bja.2018.20>

Abstract

Normal narcissism is a part of everyday life, but pathological narcissism, with narcissistic personality disorder as the more severe form of manifestation, is a difficult and rarely diagnosed condition. Pathological narcissism has a variable presentation in most people and is mainly divided into the grandiose and vulnerable form of narcissism. We live in a time where having a lot of self-confidence and ambition is increasingly valued, where people strive to be better than others and are not ashamed to show it, and where social media serve as platforms where people can promote themselves and their successes. However, it is not always easy to determine the line between high self-esteem and narcissism. Findings show that narcissistic tendencies are on the rise worldwide, mostly due to the influence of an individualistic culture, technological development and celebrities. In general, narcissism affects one's relationships with others, and even a small number of individuals can initiate a social change. That is why it is necessary to create interventions that will reduce narcissism but will not reduce self-esteem. People with narcissism and narcissistic personality disorder are difficult to treat with therapy because of their reduced cooperativeness, but the accumulated literature makes it possible to single out some ways that will allow easier treatment.

Keywords: narcissism, narcissistic personality disorder, self-esteem, therapy

Kulturalno-specifični sindromi: izazov za kliničku praksu

Stela Jovetić

Filozofski fakultet u Zagrebu

Odsjek za psihologiju

ORCID: 0000-0002-8361-8572

Sažetak

Kultura je snažna odrednica doživljavanja emocionalnih nevolja i prikladnih načina njihova izražavanja, a usmjerava i način na koji osobe koje pate traže pomoć. Kulturalno-specifični sindromi obrasci su psihičkih smetnji i abnormalnog ponašanja koji se smatraju jedinstvenima za određenu kulturu i ne pripadaju u kategorije standardnih klasifikacija psihijatrijskih poremećaja. *Hikikomori* sindrom u Japanu i *dhat* sindrom u Indiji samo su neki od mnogih primjera tih sindroma. Jedna je od hipoteza da su navedeni sindromi zapravo samo različite manifestacije već opisanih psihičkih smetnji u standardnim klasifikacijskim sustavima koje su nastale zbog utjecaja jezika i kulture pa se čine jedinstvenima za određenu kulturu. U ovome radu navest će se dokazi koji podržavaju tu hipotezu, ali i argumenti koji podržavaju hipotezu o njihovoj specifičnosti i jedinstvenosti za kulturu unutar koje su prvotno opisani. Također, u radu će biti objašnjene razlike u opisivanju i imenovanju tih sindroma u dvama glavnim psihijatrijskim klasifikacijskim sustavima: Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM) i Međunarodnoj klasifikaciji mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (ICD). Nadalje, bit će opisani problemi klasificiranja, dijagnosticiranja i istraživanja kulturalno-specifičnih sindroma te štetne posljedice njihovog pogrešnog dijagnosticiranja. Na kraju će biti navedeni prijedlozi i smjernice za buduća istraživanja kulturalno-specifičnih sindroma.

Ključne riječi: *dhat* sindrom, DSM-5, ICD-11, *hikikomori*, kulturalno-specifični sindromi.

Uvod

Pojam kultura odnosi se na posebne običaje, vrijednosti, vjerovanja, znanje, umjetnost i jezik društva ili zajednice koji se prenose s generacije na generaciju i temelj su svakodnevnog ponašanja ljudi u određenom društvu ili zajednici (Američka psihijatrijska udruga [APU], 2014). Kultura oblikuje način na koji ljudi doživljavaju emocionalne smetnje, kako ih izražavaju te kako i od koga traže pomoć. U zapadnjačkim kulturama anksioznost i depresija ubrajaju se u psihičke poremećaje, no u nekim kulturama one se smatraju uobičajenim problemima s kojima se ljudi susreću u životu. Primjerice, u kineskoj kulturi smatra se da su uzroci tih poremećaja loše misli i slaba osobnost (Sun i sur., 2018). Jedno od mogućih objašnjenja za umanjivanje značaja ovih poremećaja u odnosu na njihovo shvaćanje u zapadnjačkim kulturama jest povećana stigma prema psihičkim poremećajima u kineskoj kulturi. Psihička bolest loše se odražava i utječe na ugled obiteljske linije oboljele osobe, stoga je moguće da Azijati, svjesno ili nesvjesno, psihičku nevolju više izražavaju kroz somatske, tjelesne simptome (Chun i sur., 1996). Primjerice, kineski Amerikanci vjerojatnije će pokazivati somatske simptome depresije nego Afroamerikanci ili bijelci (Chang, 1985), a Kinezi s poremećajima raspoloženja pokazuju više somatskih simptoma nego bijeli Amerikanci (Hsu i Folstein, 1997).

Kulturalno-vezani ili kulturalno-specifični sindromi obrasci su psihičkih bolesti i abnormalnog ponašanja koji su jedinstveni za određenu etničku ili kulturnu populaciju i nisu u skladu sa standardnim klasifikacijama psihijatrijskih poremećaja (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Neki su od primjera ovih sindroma *hikikomori* i *dhat* sindrom. *Hikikomori* sindrom definira se kao psihosocijalno stanje koje karakterizira dugotrajno i ozbiljno društveno povlačenje od najmanje šest mjeseci (Pozza i sur., 2019). To stanje otkriveno je i najprije proučavano u japanskom društvu ili kulturi. Kriteriji su za njegovo dijagnosticiranje: pojedinac vodi životni stil usredotočen na dom (rijetko ili uopće ne izlazi), nema interesa ili volje pohađati školu ili raditi, ne može ili se ne bavi društvenim aktivnostima (npr. ide u školu ili radi, ali nema bliskih prijatelja), isključena je mentalna retardacija, shizofrenija ili drugi psihički poremećaj (Ministry of Health, Labour & Welfare, 2003, prema Teo, 2010). Osobe koje pate od *hikikomori* sindroma razočarane su školom i društvom, nemaju motivaciju da se uključe u svijet i žele se pobuniti protiv društvenih načela, ali povlače se u sebe zbog tjeskobe i straha od osude društva (Ogino, 2004). Koriste se izolacijom kao obranom od prijelaza iz adolescencije u odraslu dob u društvu s kojim se ne slažu. U prosjeku četiri puta češće pogađa muškarce u odnosu na žene i uglavnom pogađa starije sinove obitelji višeg socioekonomskog statusa koji su u mlađoj odrasloj dobi (Pozza i sur., 2019). *Dhat* sindrom definira se kao zabrinutost zbog pretjeranog gubitka sjemena, što onda uzrokuje niz tjelesnih i psihičkih simptoma, uključujući slabost, umor, gubitak apetita, bol, tjeskobu i seksualne disfunkcije (Rajkumar i Bharadwaj, 2014). Ti se simptomi pripisuju gubitku sjemena tijekom noćnog izlučivanja, masturbacije ili spolnog odnosa prije

braka. Sindrom je uobičajen u medicinskim i psihijatrijskim okruženjima na indijskom potkontinentu, kao i među imigrantima iz ove regije u drugim zemljama.

Postoje li uistinu kulturalno-specifični sindromi poput *hikikomorija* i *dhata* ili su to samo drugačiji nazivi za iste psihičke poremećaje s kojima se susrećemo u zapadnjačkim klasifikacijskim sustavima? Kulturalno-specifični sindromi često se slabo razumiju i pogrešno dijagnosticiraju, što dovodi do neučinkovitog liječenja i nepotrebne patnje. Ovaj rad pruža pregled kulturalno-specifičnih sindroma, njihovo podrijetlo, simptome i tretmane, kao i šire implikacije ovih sindroma, njihov utjecaj na zdravstvene sustave i ulogu kulturne kompetencije u pružanju učinkovite skrbi. Cilj je ovoga rada prikaz aktualnih problema u dijagnosticiranju i klasifikaciji psihičkih poremećaja s obzirom na utjecaj kulture te povećanje svijesti i razumijevanja kulturalno-specifičnih sindroma. Povećavanjem svijesti i razumijevanja kulturalno-specifičnih sindroma i njihovog utjecaja na pogođene pojedince i zajednice, moguće je promicati međukulturalno razumijevanje te poboljšati ishode zdravstvene skrbi za različite populacije. Svrha je ovoga rada pružanje alata čitatelju za kritički pristup pri razmatranju psihičkih poremećaja te promicanje kulturno osjetljivijih pristupa mentalnom zdravlju.

Povijest istraživanja i razvoj naziva kulturalno-specifičnih sindroma

Transkulturalna je psihijatrija grana psihijatrije koja istražuje utjecaj kulture na uzroke, kliničku sliku, liječenje i učestalost psihičkih i psihijatrijskih poremećaja, kao i primjenu zapadne psihijatrijske prakse u drugim kulturama (Leksikografski zavod Miroslav Krleža, n.d.). Emil Kraepelin, njemački psihijatar 19. stoljeća, objavio je članak *Usporedna psihijatrija* (1904), u kojem je opisao učestalost i simptome afektivne psihoze na Javi, u Keniji, Nigeriji, Južnoj Africi i na Haitiju. Uz taj članak veže se početak transkulturalne psihijatrije koja je usko vezana uz proučavanje kulturalno-specifičnih sindroma. Kraepelin je također razvio sustav klasifikacije psihičkih bolesti koji je snažno utjecao na kasnije klasifikacije (Ebert i Bär, 2010). Podijelio je psihičke bolesti na egzogene poremećaje, za koje je smatrao da su uzrokovani vanjskim uvjetima i da se mogu liječiti, i endogene poremećaje, koji su imali biološke uzroke kao što su organsko oštećenje mozga, metaboličke disfunkcije ili nasljedni čimbenici i stoga su se smatrali neizlječivima (Ebert i Bär, 2010). On i mnogi njegovi suvremenici usmjerili su se na psihoze bioloških uzroka te je smatrao da je karakteristično obilježje takvih psihoza univerzalnost (jednake su za sve pacijente, bez obzira na kulturu) (Littlewood, 1990). Psihijatri 19. stoljeća smatrali su da kulturalni čimbenici zamagljuju „stvaran“ opis poremećaja koji je univerzalan i biološki uzrokovan. Kod pacijenata iz vlastite kulture nisu imali problema s nalaženjem univerzalnih kategorija psihičkih poreme-

ćaja jer nisu uočavali utjecaj kulture (Littlewood, 1990), stoga se društveni kontekst zapadnjačkih pacijenata zanemarivao pri objašnjavanju interpersonalnih varijacija u poremećajima. No kada su te kategorije primjenjivali u drugim društvima, naišli su na teškoće jer obrasci koji su na Zapadu prepoznati kao abnormalni nisu uvijek lokalno prepoznati kao neobični i nepoželjni (Littlewood, 1990). S obzirom na to da je europska psihijatrija imala najsnažniji utjecaj, lokalni psihijatrijski sustavi ispitivani su ne samo kao samostalni, značajni i funkcionalni kulturni obrasci već kao više ili manje točne aproksimacije „stvarne“ (zapadne) klasifikacije (Littlewood, 1990). Psihijatri i mnogi antropolozi ignorirali su postojeće autohtone sustave zdravstvene skrbi i terapijske intervencije kojima se koriste te populacije (Ventriglio i sur., 2015).

Ključni problem transkulturalne psihijatrije u vrijeme njezinog nastanka bio je nedostatak iskustva mnogih psihijatara u problemima kliničke prakse u kulturalno raznolikim zajednicama, a mnogi psihijatri nisu priznavali vrijednost epidemioloških istraživanja u različitim kulturama. Međutim, taj stav psihijatara uskoro se mijenja s objavom Yapova klasičnog rada (1962) koji je pokrenuo val istraživanja u tome području i tako značajno doprinio razvoju transkulturalne psihijatrije. Yap (1962) prvi opisuje kulturalno vezane psihogene ili reaktivne psihoze i naglašava da su one različite od onih koje se obično nalaze kod zapadnjačkih pacijenata i u psihijatrijskim kliničkim priručnicima. Izraz ‘psihogeno’ odnosi se na proces u kojem mentalno iskustvo dovodi do abnormalne reakcije u osobe, a ako je osoba predisponirana za takvo iskustvo, tada se ‘psihogeno’ poklapa s ‘reaktivnim’ (Yap, 1967). Yap (1967) stoga naizmjenično koristi izraz psihogeno i reaktivno u opisivanju kulturalno vezanih psihoza te ističe da stupanj u kojem je iskustvo traumatično ovisi o učinku sociokulturnih čimbenika u oblikovanju odgovora pojedinca na podražaje. U svojem kasnijem radu Yap mijenja naziv psihogene psihoze u kulturalno-vezane sindrome i taj se naziv zadržao i danas u dijelu literature, posebice na engleskom jeziku (eng. *cultural-bound syndromes*), a pojavljuje se i u DSM-4 (APU, 1996). Međutim, u ICD-10 se upotrebljava izraz ‘kulturalno-specifični poreme-

DSM i ICD vs. kultura

Dva glavna psihijatrijska klasifikacijska sustava, DSM i ICD, drugačije opisuju kulturalno-specifične sindrome (Ventriglio i sur., 2015). ICD-10 i ICD-11 prepoznaju važnost razumijevanja i uzimanja u obzir kulturnih čimbenika u dijagnozi i liječenju poremećaja mentalnog zdravlja, no različito im pristupaju. ICD-10 u Dodatku 2 navodi nekoliko kulturalno-specifičnih sindroma koji dijele dvije zajedničke značajke: nije ih lako smjestiti u utvrđene i međunarodne dijagnostičke kategorije te su inicijalno opisani u određenoj populaciji ili kulturnom području, a njihov kasniji opis povezan

je s tom zajednicom ili kulturom (SZO, 1999). Ventriglio i suradnici (2015) tvrde da se ti sindromi pojavljuju i u drugim kulturama, odnosno, nisu specifični za kulturu u kojoj su inicijalno opisani. Nadalje, ICD-10 upozorava kliničke psihologe i psihijatre da se potreba za zasebnom kategorijom poremećaja kao što su *latah*, *amok*, *koro* i drugi poremećaji specifični za kulturu posljednjih godina „rjeđe izražava“. Paniagua (2018) kritizira taj izbor riječi jer to implicira da stručnjaci mentalnog zdravlja pri dijagnostici-ranju ne bi trebali obratiti pozornost na razmatranje poremećaja specifičnih za kulturu. Navodi da su kulturalno-specifični poremećaji trenutno temeljno dijagnostičko pitanje u kliničkoj praksi s pacijentima različitih kultura (npr. razne afričke i azijske kulture, Latinoamerikanci) kojima su dijagnosticirani mentalni poremećaji pomoću ICD-a ili DSM-5 (Paniagua, 2018). U odnosu na ICD-10, ICD-11 sadrži smjernice za razmatranje kulture pri korištenju ICD-11 koje bi trebale pomoći kliničkim psiholozima i psihijatrima u donošenju informiranih odluka. Glavni je cilj smjernica osigurati „zajednički jezik“ koji bi poslužio kao osnova za lakšu komunikaciju i donošenje odluka u zaštiti mentalnog zdravlja (Gureje i sur., 2019).

Kao i ICD, DSM-4 i DSM-5 prepoznaju važnost razumijevanja i uzimanja u obzir kulturnih čimbenika u dijagnozi i liječenju poremećaja mentalnog zdravlja. DSM-4 kulturalno-specifične sindrome definira kao ponavljajuće obrasce aberantnog ponašanja i problematičnog iskustva, specifične za lokalitet, koji mogu, ali ne moraju biti povezani s određenom dijagnostičkom kategorijom DSM-4 (APU, 1996). Također navodi niz karakteristika koje se smatraju ključnima za kulturalno-vezane sindrome: kultura unutar koje su definirani smatra ih bolestima ili tegobama (priznanje unutar društva kao odstupanje od normalnog ili zdravog); imaju lokalne nazive; simptomi, tijekom poremećaja i društveni odgovor na poremećaj često su pod utjecajem lokalnih kulturalnih čimbenika (npr. postoje narodni sustavi liječenja simptoma); sindrom je ograničen na određena društva ili kulturna područja i lokaliziran (Ventriglio i sur., 2015). DSM-4 pri opisu svakog poremećaja navodi odjeljak koji pruža smjernice pri dijagnosticiranju u svezi s varijacijama u prezentaciji poremećaja s obzirom na kulturu, dob i rod/spol. Osim toga, u Dodatku 1, DSM-4 opisuje *Nacrt za kulturalnu formulaciju* koji služi kao pomoć kliničkim psiholozima i psihijatrima u sustavnoj procjeni utjecaja kulturnog konteksta na pojedinca te *Rječnik kulturalno-specifičnih sindroma*.

DSM-5 odbacuje koncept kulturalno-specifičnih sindroma dajući prednost nazivu ‘kulturalni koncepti uznemirenosti’. Oni se definiraju kao načini na koje kulturne skupine doživljavaju, razumiju i komuniciraju patnju, probleme u ponašanju ili uznemirujuće misli i emocije. Također su navedena tri kulturalna koncepta: sindromi (nakupine simptoma i atribucija koje se javljaju među pojedincima u određenim kulturama); idiomi uznemirenosti (zajednički načini komuniciranja, izražavanja ili dijeljenja nevolje); i

objašnjenja (oznake, atribucije koje sugeriraju uzročnost simptoma ili nevolje) (APU, 2014). DSM-5 naglašava da su sve psihičke nevolje pod utjecajem kulture: različite populacije nose kulturalno uvjetovane načine komuniciranja nevolje, objašnjenja uzročnosti, metode suočavanja i ponašanja traženja pomoći (APU, 2014). Nadalje, DSM-5 upozorava kliničke psihijatre i psihologe na razmatranje kulturalnih varijabli prije dijagnosticiranja pacijenta s određenim DSM-5 psihičkim poremećajem. Primjeri su ovih varijabli problemi u odnosima (prvenstveno obiteljski odgoj), zlostavljanje i zane-marivanje, obrazovni i profesionalni problemi, osobna povijest, stambeni i ekonomski problemi te ostali problemi društvene okoline među kojima su, u kontekstu kulture, najznačajniji problemi akulturacije i diskriminacije (APU, 2014).

Osim skretanja pozornosti na važnost kulturalnih varijabli, DSM-5 daje smjernice za procjenu kulturalnih značajki problema mentalnog zdravlja pojedinca. Te su smjernice raspoređene u tri dijela: dio koji se bavi dijagnostičkim pitanjima povezanim s kulturom u većini psihičkih poremećaja u DSM-5; kulturalna formulacija koja predstavlja okvir za procjenu informacija o kulturalnim značajkama problema mentalnog zdravlja pojedinca i kako se to odnosi na društveni i kulturni kontekst i povijest; te intervju o kulturalnoj formulaciji koji liječnici mogu koristiti tijekom procjene mentalnog zdravlja. Kada se uspoređuju dva spomenuta dijagnostička sustava, DSM-5 detaljnije pristupa kulturalnim problemima pri dijagnosticiranju i procjeni mentalnih poremećaja. DSM-5 sadrži rječnik kulturnih koncepata uznemirenosti (tj. kulturalno-specifičnih sindroma; npr. *ataques de nervios*, *dhat*, *susto* itd.). Također sadrži dijagnoze i kliničko liječenje s naglaskom na kulturalnoj formulaciji (npr. prepoznavanje kulturnog identiteta pacijenta te kulturalne razlike između pacijenta i stručnjaka za mentalno zdravlje). Time DSM-5 naglašava kulturalnu definiciju problema, kulturalnu percepciju uzroka, kontekst i ostale sociokulturne varijable (Lewis-Fernández i Kirmayer, 2019). Zbog navedenih argumenata može se reći da DSM-5 prikladnije pristupa pitanju utjecaja kulture na klasificiranje i dijagnosticiranje mentalnih poremećaja. Prepoznata je potreba za razmatranjem kulturalno-specifičnih sindroma u nekim mentalnim poremećajima (npr. *taijin kyofusho* u slučaju društvenog anksioznog poremećaja) te općenito naglašava kulturalne varijacije u većini poremećaja (APU, 2014). U tome je obuhvatniji u odnosu na ICD sustave, s obzirom na to da niti jedna varijanta ICD-a ne uzima opisane varijacije u obzir. Ipak, nedostatak definiranja kulturalno-specifičnih poremećaja u DSM-5 jest to što se ne navodi utjecaj kulturalnih varijabli na, primjerice, narcisoidni poremećaj osobnosti, seksualni sadizam i trajni depresivni poremećaj (distimija). U budućim revizijama trebalo bi navesti utjecaj kulture na sve mentalne poremećaje (Alarcón, 2010; Paniagua, 2018). Nadalje, kultura je dinamičan i promjenjiv sustav, stoga se javlja pitanje kako je pravilno uključiti u klasifikacijski sustav DSM-5 čije su kategorije statične. Drugim riječima, u DSM-5 sustavu kultura se poistovjećuje s etničkom pripadnošću, a

rasa ili etnička pripadnost rabe se kao zamjena za kulturne čimbenike. Korištenje grubo definiranih etničkih skupina kao što su Afroamerikanci, Hispanoamerikanci ili Azijati u epidemiološkim studijama ne pomaže pri objašnjenju utjecaja kulture na psihopatološke procese jer su čak i naizgled dobro definirane etničke skupine vrlo heterogene (Bredström, 2017). Također, u današnje vrijeme pojedinac je na društvenim mrežama i internetu te mogućnostima međunarodnih putovanja izložen različitim kulturama koje utječu na njegov osobni identitet i način razmišljanja. Zbog tih obilježja kulture važno je izbjegavati generaliziranje kulturnih informacija ili stereotipnih skupina u smislu fiksnih kulturnih obilježja.

Problemi dijagnosticiranja, klasificiranja i proučavanja kulturalno-specifičnih sindroma

Iako i ICD i DSM sustavi prepoznaju važnost kulturalnih čimbenika u dijagnozi i liječenju psihičkih poremećaja, kulturalno-specifični sindromi nisu uvijek shvaćeni ili prihvaćeni od strane šire medicinske zajednice te su za bolje razumijevanje tih poremećaja i učinkovitih načina njihova liječenja potrebna daljnja istraživanja. Međutim, postoje brojni problemi s istraživanjem kulturalno-specifičnih sindroma, a posljedično i s njihovim dijagnosticiranjem i klasificiranjem. Prvi je problem dijagnostičko preklapanje simptoma kulturalno-specifičnih sindroma sa simptomima postojećih psihijatrijskih poremećaja. Mnogi stručnjaci vjeruju da oni nisu specifični za određenu kulturu, već se nalaze u mnogim različitim kulturama, ali se drugačije nazivaju; svaka kultura ima lokalni naziv za određeni poremećaj (Sahoo i sur., 2021). Problem se javlja i pri shvaćanju kulturalno-specifičnih sindroma kao zasebnih entiteta. Razlike u emocionalnim, simptomatskim i kontekstualnim aspektima tih sindroma ukazuju na različite komorbidne odnose s psihijatrijskom dijagnozom ili čak nedostatak takvog odnosa. Kako bi se omogućilo istraživanje i klinička praksa, međunarodni klasifikacijski sustavi imaju krute, fenomenološke granice poremećaja. Međutim, pripajanje kulturalno-specifičnih sindroma kategorijama deskriptivno orijentiranih klasifikacijskih sustava dovelo bi do gubitka njihovog jedinstvenog značenja iz kulturne perspektive. Kraepelin (1904) naglašava da se u različitim kulturama ne izvještava o različitim psihijatrijskim poremećajima, već da različite kulture modificiraju njihovu fenomenologiju. To podržava koncepciju kulturalno-specifičnih sindroma kao varijanti kategorija u DSM ili ICD klasifikacijskom sustavu koje se jednostavno različito shvaćaju i izražavaju u različitim kulturama.

Klasificiranje kulturalno-specifičnih poremećaja problematično je i zbog određivanja prevladavajućih simptoma: različite kulture i stručnjaci pridaju veću važnost različitim simptomima kulturalno-specifičnih sindroma. Primjerice, *koro* je kulturalno-specifični sindrom koji se javlja u jugoistočnoj Aziji, a karakterizira ga intenzivan strah da se

penis smanjuje ili uvlači i da će nestati u abdomenu. Često je popraćen uvjerenjem da će to rezultirati vlastitom smrću (APU, 2014). Neki stručnjaci smatraju *koro* somatoformnim poremećajem dok drugi smatraju da pripada grupi anksioznih poremećaja. *Koro* obuhvaća simptome disocijativnih, seksualnih, anksioznih i somatoformnih poremećaja (Sahoo i sur., 2021). Pri opisivanju *dhat* sindroma, neki se stručnjaci usredotočuju na depresiju, a drugi na somatske simptome. Dakle, grupiranje prevladavajućih simptoma ne rješava problem klasifikacije zbog nejasnih granica raznolike prezentacije tih simptoma.

Istraživanje kulturalno-specifičnih sindroma otežano je iz više razloga. Da bi proveo istraživanje o određenom sindromu u svezi s kulturom koji je ograničen na određeno zemljopisno područje, istraživač mora opažati slučajeve. Vjerojatno će morati putovati i oslanjati se na prevoditelje da bi razumio ponašanje opaženih, kao i kontekst u kojem se ono javlja. Prepričavajući simptome tih poremećaja, domoroci ili regionalni tumači mogu nenamjerno iskriviti činjenice i izostavljati neke informacije zbog čega se dobivaju netočni opisi sindroma i teže ih je klasificirati (Sahoo i sur., 2021). Osim toga, postoje problemi u svezi s objavljivanjem istraživanja o različitim kulturalno-specifičnim sindromima. Istraživanja su ovih sindroma ograničena, posebice iz nezapadnih zemalja iz kojih većina njih potječe. Postoji veća vjerojatnost da će članci iz zemalja s niskim i srednjim dohotkom biti odbijeni (Patel i Kim, 2007). Dohodak je određen klasifikacijom Svjetske banke i temelji se na bruto nacionalnom dohotku (BND) po glavi stanovnika (The World Bank, n.d.). Usto, u zemljama s niskim i srednjim dohotkom općenito je niska znanstvena produkcija te nedostaju radna snaga i financijski resursi za znanstvena istraživanja relevantnih pitanja u svezi s različitim kulturalno-specifičnim sindromima (Sahoo i sur., 2021). Zbog navedenih poteškoća u razradi odgovarajućih istraživačkih strategija za različite kulturalno-specifične sindrome istraživanja vezana uz ovo područje neadekvatna su, a potrebno je provesti više studija o svakom kulturalno-specifičnom sindromu kako bi se utvrdio učinak na određenu pogođenu populaciju.

Konačno, mogu postojati etička razmatranja kada se provode istraživanja o kulturalno-specifičnim sindromima, osobito kada se radi o ranjivim populacijama ili u kulturama s tradicionalnim praksama liječenja. Istraživač se mora detaljno informirati o kulturi kojoj pripadaju sudionici njegova istraživanja i pristupiti im s poštovanjem i uvažavanjem. Istraživači bi trebali uzeti u obzir i postojanje stigme oko poremećaja mentalnog zdravlja u nekim kulturama, što pojedincima može otežati traženje liječenja ili sudjelovanje u istraživačkim studijama (Sahoo i sur., 2021). Navedeni problemi mogu otežati točno dijagnosticiranje, klasificiranje i istraživanje kulturalno-specifičnih sindroma te posljedično spriječiti napore za poboljšanje mentalnog zdravlja i dobrobiti pojedinaca pogođenih ovim poremećajima.

Posljedice pogrešnog dijagnosticiranja i liječenja kulturalno-specifičnih poremećaja

Pripisivanje pogrešne dijagnoze ima niz kaskadnih posljedica. Pogrešna dijagnoza može dovesti do neodgovarajućeg liječenja koje može biti neučinkovito ili čak štetno te može dovesti do pretjeranog oslanjanja na lijekove. Za neke je tretmane malo vjerojatno da će imati negativne nuspojave (npr. kognitivno-bihevioralna terapija za anksiozne poremećaje) dok drugi tretmani mogu imati opasne nuspojave kao što su antipsihotici druge generacije koji se daju odraslim osobama s dijagnozom shizofrenije (Clark i sur., 2017). Moguća je posljedica uporabe psihofarmaka i pojava otpornosti na njihovo djelovanje. Neodgovarajuće liječenje, pogoršanje simptoma te kašnjenje u primanju odgovarajućeg liječenja mogu dovesti do osjećaja beznada i očaja te osoba može odustati od tretmana i prestati tražiti pomoć. Kod dijagnosticiranja kulturalno-specifičnih sindroma postoji još veći rizik pripisivanja pogrešne dijagnoze zbog neupoznatosti pružatelja zdravstvenih usluga s kulturalnim kontekstom u kojem se sindromi pojavljuju te nedostatka iskustva u njihovom prepoznavanju i liječenju. Pružatelj zdravstvene skrbi može zamijeniti kulturalno-specifični sindrom za općenitiji poremećaj mentalnog zdravlja, što dovodi do nepravilnog liječenja (Kar i Sarkar, 2015). Naprimjer, posljedice neadekvatne dijagnoze i liječenja *hikikomori* sindroma mogu biti još veća izolacija oboljele osobe i još manja povezanost s obitelji i zajednicom, što može dovesti do osjećaja beznada i očaja. Produljena društvena i fizička izolacija mogu dovesti do problema fizičkog zdravlja, kao što su pretilost, hipertenzija i dijabetes zbog nedostatka tjelesne aktivnosti i loše prehrane (Yuen i sur., 2018). Također, neadekvatno liječenje *hikikomori* sindroma može povećati opterećenje članova obitelji osobe jer se *hikikomori* pojedinci često oslanjaju na članove obitelji za svoje dnevne potrebe poput hrane, skloništa i financijske potpore. To može dovesti do sukoba i napetosti unutar obitelji jer se članovi obitelji mogu osjećati frustrirano i bespomoćno u svojim pokušajima da pomognu pojedincu.

Dijagnosticiranje pogrešnog mentalnog poremećaja umjesto *hikikomori* sindroma može dovesti do stigme i diskriminacije jer pojedinci mogu biti označeni netočnim dijagnozama kao što su shizofrenija ili depresija, što se može povezati s negativnim stereotipima. U Japanu, kao i u većini azijskih zemalja, postoji velika stigma oko dijagnosticiranja psihičkih poremećaja koja se, osim oboljelog pojedinca, može odnositi i na njegovu obitelj, što šteti samopoštovanju oboljele osobe i njegovim obiteljskim odnosima (Wahl i Harman, 1989). Međutim, upravo zbog stigme oko psihičkih poremećaja u azijskim zemljama dolazi do smanjenog dijagnosticiranja težih psihičkih poremećaja kao što je shizofrenija (Rubinstein i Sakakibara, 2020). U tom slučaju češće se dijagnosticira *hikikomori* sindrom. Neki liječnici i roditelji oboljelih osoba smatraju

hikikomori eufemizmom za psihičku bolest, to jest, načinom na koji ljudi mogu normalizirati ono što bi se s pravom trebalo smatrati patološkim ponašanjem. Roditelji mogu tolerirati ili zanemariti aberantno ponašanje djece koja pate od spomenutog sindroma jer ih ne smatraju bolesnima te smatraju opravdanim ne odvesti svoju djecu u bolnicu, što bi bio dugotrajan, naporan i stigmatizirajući proces koji pogađa cijelu obitelj (Rubinstein i Sakakibara, 2020). Potrebno je oprezno pristupati dijagnosticiranju poremećaja jer pogrešne dijagnoze mogu imati brojne i nepovoljne posljedice.

Iako sada u ICD-11 i DSM-5 postoje smjernice za probleme dijagnosticiranja kulturalno-specifičnih poremećaja, upitno je koriste li ih pružatelji zdravstvene skrbi u praksi. Jedno od rješenja, osim educiranja liječnika kliničke prakse o utjecaju kulture i o samoj kulturi pacijenata, moglo bi biti uključivanje kulturnih intervencija u okviru „klasične“ terapije kakvom se koristilo u zapadnjačkoj kulturi. Primjerice, liječenje kulturno vezanih sindroma može uključivati kombinaciju savjetovanja, psihofarmaka i uključivanje tradicionalnih praksi liječenja. Kar i Sarkar (2015) predlažu integrirani pristup liječenju *dhat* sindroma, pri čemu se razvija dijalog između psihijatrije i srodnih disciplina (npr. psihologije), drugih medicinskih disciplina (npr. opća medicina i neurologija) te alternativnih sustava liječenja i tradicionalnih iscjelitelja (suradnja s ajurvedskim, homeopatskim, Unnani i Siddha praktičarima). Navode da se liječnici obučeni u zapadnom sustavu medicine ne susreću s *dhat* sindromom u svom nastavnom planu i programu, što njihovo znanje o prezentaciji i liječenju ovog poremećaja povezanog s kulturom čini manjkavim. Nasuprot tomu, tradicionalnim iscjeliteljima medicinska konceptualizacija *dhat* sindroma može se činiti suprotnom učenjima Ayurvede i Siddhe koje naglašavaju očuvanje sjemena. Integracija tih pristupa trebala bi pomoći u pružanju sveobuhvatnog, usredotočenijeg i kulturno prihvatljivijeg načina liječenja *dhat* sindroma. Istovremeno, mogla bi pomoći u smanjenju stigme povezane s *dhat* sindromom, kao i u prenošenju informacija o seksualnom zdravlju (Kar i Sarkar, 2015).

Prijedlozi i smjernice za istraživanja kulturalno-specifičnih sindroma

Među ključnim područjima za buduća istraživanja kulture i psihopatologije utjecaji su promjenjivih konfiguracija kulture, što uključuje pojavu novih oblika kulturne hibridnosti omogućene globalizacijom, međunarodnom migracijom i elektroničkim komunikacijama. Društvene odrednice mentalnog zdravlja povezane s urbanizacijom, prisilnom migracijom, klimatskim promjenama, ratom i političkim nasiljem ključne su za razumijevanje ranjivosti suvremenog stanovništva. Nove informacijske tehnologije i društveni mediji također vjerojatno mijenjaju značenja kulture i zajednice, stvarajući nove oblike identiteta i nove vrste psihopatologije (Kirmayer i Ryder, 2016). Nadalje,

potrebno je provesti istraživanja koja ispituju interakcije između društvenih i neurobioloških procesa. Kirmayer i Ryder (2016) navode da kulturalna neuroznanost obećava objašnjenje nekih aspekata kulturnih varijacija u psihopatologiji, u smislu razvojnih i kontekstualnih učinaka na neurobiološke osnove specifičnih funkcija. Međutim, psihopatologija ne prebiva samo na razini neuralnih sklopova već uključuje psihološke, društvene i kulturne procese. Stoga će razumijevanje podrijetla i odrednica mnogih oblika psihopatologije zahtijevati društvene i razvojne neuroznanstvene modele koji uključuju interakcije s drugima tijekom vremena u određenim kulturnim kontekstima. Integracija znanja o kulturnim utjecajima na psihopatologiju u kliničku praksu zahtijeva pomak prema društveno-kontekstualnom pogledu na osobu. Društveno-kontekstualni pogled može pružiti konceptualni okvir za kulturno kompetentno prevođenje znanja i prilagodbu modela, mjera i intervencija. Prepoznavanje načina na koje kultura i kontekst oblikuju psihopatologiju također može utjecati na dinamiku istraživanja i kliničkih primjena, omogućujući istraživačima i praktičarima da se uključe u dublju razmjenu znanja, učeći od autohtonih psihologija o cijelom nizu problema mentalnog zdravlja, kao i različite putove prilagodbe, ozdravljenja i oporavka (Kirmayer i Ryder, 2016).

Prince i Tchong-Laroche (1987) predlažu redefiniciju kulturalno-specifičnih sindroma kako bi se omogućilo njihovo istraživanje. Sindrom se definira kao skup simptoma i znakova koji se redovito pojavljuju zajedno i tvore kliničku sliku tipičnu za neki poremećaj ili neku bolest (Leksikografski zavod Miroslav Krleža, n.d.). U kontekstu kulturalno-specifičnih sindroma, sindromi (skupovi znakova i simptoma koji su opisi prirode bolesti) ostaju prilično konstantni tijekom vremena i potencijalno ih mogu identificirati svi istraživači. Međutim, predodžbe o uzrocima sindroma uvelike se razlikuju u kulturama (npr. „Bol je u mojim prsima zbog probavnih smetnji“ nasuprot „Bol je u vašim prsima zbog začepljenja koronarnih žila“ ili „Bol je u vašim prsima zbog vrijeđanja vještica“). Vrlo su varijabilne i oznake za sindrome koje često uključuju njihove uzroke (npr. malarija = tal. *mal'aria*, ‘loš zrak’ kao uzrok sindroma). Dakle, želi li se utvrditi javlja li se bolest u nekim kulturama, ali ne i u drugim, treba zanemariti pojmove uzroka i oznaka bolesti, a usredotočiti se na skup znakova i simptoma, tj. sindrome.

Kaiser i Weaver (2019) radije koriste naziv *idiomi uznemirenosti* umjesto *kulturalno-specifični sindromi* jer su neki od tih sindroma, za koje se smatralo da su ograničeni na određene skupine ljudi na određenim lokacijama, postali globalizirani utjecajem medija i širenjem biomedicinske psihijatrije. Autori smatraju da konstrukt idiom uznemirenosti omogućuje proučavanje kulturalno-specifičnih sindroma bez pribjegavanja kategorizaciji i reifikaciji te da je vodeći princip istraživanja idioma uznemirenosti ispitivanje kako ljudi govore o nevolji i kako se ponašaju u vezi s njom. Nadalje, Kaiser

i Weaver (2019) navode nekoliko neriješenih pitanja unutar literature idioma uznemirenosti. Jedno je od njih pitanje u kojoj su mjeri idiomi uznemirenosti nužno jezične konstrukcije za razliku od ponašanja. Kada je izvorno skovao izraz *idiom uznemirenosti*, Nichter (1981) je opisivao načine ponašanja putem kojih su Havik brahmanske žene izražavale nevolju ili nezadovoljstvo kao odgovor na ponašanje članova obitelji. Druge studije također su se usredotočile na ponašajnu sastavnicu idioma uznemirenosti, primjerice, Snodgrass i suradnici (2019) opisuju intenzivnu uključenost u *online* videoigre kao ponašajnu ovisnost. Unatoč tome, ključan način na koji se idiomi uznemirenosti opisuju u literaturi jezični su izrazi (eng. *linguistic expressions*). Baš kao što idiomi uznemirenosti pružaju put za izražavanje uznemirenosti, Snodgrass i suradnici (2019) tvrde da isto vrijedi i za pozitivna unutarnja iskustva koje osoba doživljava igranjem videoigara te predlažu postojanje *idioma dobrobiti*. U primjeru *online* igranja Snodgrassa i suradnika (2019) mogli bismo se zapitati je li ponašanje (igranje videoigara) samo po sebi izraz nevolje, oblik suočavanja ili kombinacija navedenog. Također, pitanje je jesu li takve razlike uopće važne i, ako jesu, kako prosuđujemo što čini „uobičajena“ ponašanja, a što specijalizirana „idiomatska“ ponašanja. Kaiser i Weaver (2019) navode da se literatura o idiomima uznemirenosti mora baviti sljedećim pitanjima: Prvo, postoji potreba za jasnom teoretizacijom o tome što su idiomi uznemirenosti, kako se oni izražavaju i koje su granice u njihovom definiranju, kako bi se izbjeglo pomicanje tih granica. Zatim, važno je istraživanjima uspostaviti načine za produktivnu kritiku psihijatrije i razvijati održive, klinički relevantne alate (što je već u tijeku s najnovijim izdanjima ICD-11 i DSM-5). Konačno, postoji potreba za većim uključivanjem globalnih autora i autora iz podzastupljenih sredina, osobito s globalnog juga. Globalni jug je koncept nastao nakon Drugog svjetskog rata koji obuhvaća zemlje koje, općenito govoreći, imaju nezapadnu kulturnu pozadinu i koje su patile od nerazvijenosti i iskorištavanja tijekom kolonijalnog doba (Pomeranz, 2000). Globalni jug također obuhvaća kulture autohtonih ljudi u regijama svijeta kojima su nekoć (prije zapadne kolonizacije) dominirali njihovi preci, naprimjer u Australaziji i Americi (Fernando i Moodley, 2018). Suvremene društvene znanosti nastoje biti raznolike i uključive, ali tragovi povijesne dominacije zapadnoeuropskih i sjevernoameričkih akademskih institucija i dalje postoje u znanstvenim praksama. Jedna od takvih praksi je formuliranje naslova članaka: Torres i Alburez-Gutierrez (2022) tvrde da je manje vjerojatno da će članci koje izdaju istraživači globalnog sjevera u svom naslovu spominjati ime zemlje koju proučavaju u usporedbi s člancima o globalnom jugu. To potencijalno predstavlja neopravdanu tvrdnju o univerzalnosti i može dovesti do manjeg priznavanja studija o globalnom jugu. Pretpostavlja se da su dokazi proizvedeni na globalnom sjeveru i o njemu više univerzalni dok se dokazi s globalnog juga ili proizvedeni na istome smatraju valjanima samo za specifične kontekste (tj. lokalizirani su) (Torres i Alburez-Gu-

tierrez, 2022). Konvencije o imenovanju članaka tek su jedan od činitelja neravnoteže u proizvodnji znanja između globalnog sjevera i juga. Nadalje, Cummings i Hoebink (2017) utvrdili su da su akademici u zemljama u razvoju marginalizirani u proizvodnji akademskog znanja i kao autori i kao članovi uredništva. Autori ukazuju da bi odgovorna i pravednija proizvodnja znanja trebala uključivati veću suradnju s kolegama u

Zaključak

Kulturalno-specifični sindromi obrasci su abnormalnog ponašanja i iskustava koji su specifični za određenu kulturnu skupinu. Ti su sindromi često rezultat složene interakcije između kulturnih uvjerenja, društvenih normi te psiholoških i bioloških čimbenika. Mogu se manifestirati na različite načine, uključujući somatske tegobe, abnormalna ponašanja i abnormalna psihološka stanja. Unutar različitih kulturalno-specifičnih sindroma postoje spolne i rasne razlike. Primjerice, *hikikomori* sindrom četiri puta češće pogađa muškarce nego žene, a Kinezi s poremećajima raspoloženja češće će iskazivati somatske simptome nego bijeli Amerikanci. Psihijatri 19. stoljeća smatrali su da kulturalni čimbenici ometaju opisivanje psihičkih poremećaja. Europska je psihijatrija imala najsnažniji utjecaj pa su lokalni psihijatrijski sustavi ispitivani kao aproksimacije „stvarne“ (zapadne) klasifikacije. Mnogi psihijatri nisu priznavali vrijednost epidemioloških istraživanja u različitim kulturama. Val istraživanja u tome području pokrenuo je Yapov (1962) klasični rad u kojemu opisuje kulturalno vezane psihogene ili reaktivne psihoze koje su različite od onih koje su opisane kod zapadnjačkih pacijenata i u psihijatrijskim kliničkim priručnicima. U kasnijem radu Yap mijenja naziv tih psihoza i one su danas poznate kao kulturalno-vezani sindromi. Postoji niz problema pri dijagnosticiranju, klasificiranju i istraživanju tih sindroma, kao što je dijagnostičko preklapanje simptoma kulturalno-specifičnih sindroma sa simptomima postojećih psihijatrijskih poremećaja, manjak istraživanja tih sindroma te etički prijedor oko pristupanja različitim kulturama pri dijagnosticiranju i istraživanju psihičkih poremećaja. Međutim, ti problemi ne smiju sprječavati istraživanje ovih sindroma jer oni su važno područje proučavanja za antropologiju, psihologiju i psihijatriju. Važno ih je prepoznati i razumjeti jer pružaju uvid u načine na koje kultura oblikuje naše razumijevanje i doživljaj bolesti i zdravlja te mogu imati značajan utjecaj na mentalno zdravlje i dobrobit pojedinca. Istraživanje ovih sindroma nužno je za razvoj kulturno osjetljivijih i inkluzivnijih pristupa mentalnom zdravlju. Budući da ovi sindromi mogu biti povezani s duboko ukorijenjenim kulturnim uvjerenjima i praksama, potrebno im je pristupiti s kulturalnom osjetljivošću. Kulturalni čimbenici mogu imati značajnu ulogu u razvoju i održavanju poremećaja mentalnog zdravlja te je ključno da pružatelji zdravstvenih usluga uzmu te čimbenike u obzir prilikom dijagnosticiranja i pružanja liječenja. Mentalno je zdravlje univerzalna briga, stoga je nužno prepoznati i poštivati različitost kulturnih uvjerenja i praksi.

Literatura

- Alarcón, R. D. (2010). Cultural issues in the Coordination of Dsm-V and iCD-11. U Millon, T., Krueger, R. F. i Simonsen, E. (ur.), *Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11* (str. 97–110). The Guilford Press.
- Američka psihijatrijska udruga. (1996). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje* (4. izdanje). Naklada Slap.
- Američka psihijatrijska udruga. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje* (5. izdanje). Naklada Slap.
- American Psychological Association. (n.d.). APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/culture-bound-syndrome>
- Bredström, A. (2017). Culture and Context in Mental Health Diagnosing: Scrutinizing the DSM-5 Revision. *Journal of Medical Humanities*, 40(3), 347–363. <https://doi.org/10.1007/s10912-017-9501-1>
- Chang, W. C. (1985). A cross-cultural study of depressive symptomatology. *Culture, Medicine, and Psychiatry: An International Journal of Cross-Cultural Health Research*, 9(3), 295–317.
- Chun, C. A., Enomoto, K. i Sue, S. (1996). Health Care Issues among Asian Americans. U P. M. Kato i T. Mann (ur.), *Handbook of Diversity Issues in Health Psychology* (str. 347–365). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-585-27572-7_18
- Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W. E. i Reed, G. M. (2017). Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest*, 18(2), 72–145. <https://doi.org/10.1177/1529100617727266>
- Cummings, S. i Hoebink, P. (2017). Representation of Academics from Developing Countries as Authors and Editorial Board Members in Scientific Journals: Does this Matter to the Field of Development Studies? *The European Journal of Development Research*, 29(2), 369–383. <https://doi.org/10.1057/s41287-016-0002-2>
- Ebert, A. i Bär, K. J. (2010). Emil Kraepelin: A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology. *Indian journal of psychiatry*, 52(2), 191–192. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.64591>
- Fernando, S. i Moodley, R. (2018). Introduction to Global Psychologies: Mental Health and the Global South. U: Fernando, S. i Moodley, R. (ur.), *Global Psychologies*: Palgrave Macmillan, str. 1–17. https://doi.org/10.1057/978-1-349-95816-0_1
- Gureje, O., Lewis-Fernandez, R., Hall, B. J. i Reed, G. (2019). Systematic inclusion of culture-related information in ICD-11. *World Psychiatry*, 18(3), 357–358. <https://doi.org/10.1002/wps.20676>
- Hsu, L. K. G. i Folstein, M. F. (1997). Somatoform disorders in Caucasian and Chinese Americans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(6), 382–387. <https://doi.org/10.1097/00005053-199706000-00004>
- Kaiser, B. N. i Weaver, L. J. (2019). Culture-bound syndromes, idioms of distress, and cultural concepts of distress: New directions for an old concept in psychological anthropology. *Transcultural Psychiatry*, 56(4), 589–598. <https://doi.org/10.1177/1363461519862708>
- Kar, S. K. i Sarkar, S. (2015). Dhat syndrome: Evolution of concept, current understanding, and need of an integrated approach. *Journal of human reproductive sciences*, 8(3), 130–134. <https://doi.org/10.4103/0974-1208.165143>
- Kirmayer, L. J. i Ryder, A. G. (2016). Culture and psychopathology. *Current Opinion in Psychology*, 8, 143–148. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2015.10.020>
- Kraepelin, E. (1904). Vergleichende psychiatrie [Usporedna psihijatrija]. *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 27, 433–441.
- Leksikografski zavod Miroslav Krleža. (n.d.). Sindrom. U Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. <https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=56097>
- Leksikografski zavod Miroslav Krleža. (n.d.). Transkulturalna psihijatrija. U Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=62044>
- Lewis-Fernández, R. i Kirmayer, L. J. (2019). Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: Understanding symptom experience and expression in context. *Transcultural Psychiatry*, 56(4), 786–803. <https://doi.org/10.1177/1363461519861795>
- Littlewood, R. (1990). From Categories to Contexts: A Decade of the 'New Cross-Cultural Psychiatry.' *British Journal of Psychiatry*, 156(3), 308–327. <https://doi.org/10.1192/bjp.156.3.308>
- Nichter, M. (1981). Idioms of distress: Alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from South India. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5(4), 379–408. <https://doi.org/10.1007/bf00054782>
- Ogino, T. (2004). Managing categorization and social withdrawal in Japan: rehabilitation process in a private support group for hikikomori. *International Journal of Japanese Sociology*, 13(1), 120–133. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6781.2004.00057.x>
- Paniagua, F. A. (2018). ICD-10 Versus DSM-5 on Cultural Issues. *SAGE Open*, 8(1). <https://doi.org/10.1177/2158244018756165>
- Patel, V. i Kim, Y. (2007). Contribution of low- and middle-income countries to research published in leading general psychiatry journals, 2002–2004. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 77–78. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025692>
- Pomeranz, K. (2000). *The Great Divergence: China, Europe, and the Making of the Modern World Economy*. Princeton University Press.
- Pozza, A., Coluccia, A., Kato, T., Gaetani, M. i Ferretti, F. (2019). The 'Hikikomori' syndrome: worldwide prevalence and co-occurring major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis protocol. *BMJ Open*, 9(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025213>
- Prince, R. i Tcheng-Laroche, F. (1987). Culture-bound syndromes and international disease classifications. *Culture, Medicine, and Psychiatry: An International Journal of Cross-Cultural Health Research*, 11(1), 3–19. <https://doi.org/10.1007/BF00055003>
- Rajkumar, R. P. i Bharadwaj, B. (2014). Dhat syndrome: Evidence for a depressive spectrum subtype. *Asian Journal of Psychiatry*, 9, 57–60. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.01.007>
- Rubinstein, E. B. i Sakakibara, R. V. (2020). Diagnosing hikikomori. *Medicine Anthropology Theory*, 7(2). <https://doi.org/10.17157/mat.7.2.684>
- Sahoo, S., Rai, B., Mehra, A., Grover, S., Mishra, E. i Parveen, S. (2021). Conundrum of the Critiques Related to Culture Bound Syndromes and the Way Forward. *Journal of Psychosexual Health*, 3(4), 361–366. <https://doi.org/10.1177/26318318211051265>
- Satcher, D. (2001). *Mental health: Culture, Race, and Ethnicity - A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://doi.org/10.13016/jela-clxw>
- Snodgrass, J. G., Dengah, H. J. F., Polzer, E. i Else, R. (2019). Intensive online videogame involvement: A new global idiom of wellness and distress. *Transcultural Psychiatry*, 56(4), 748–774. <https://doi.org/10.1177/1363461519844356>
- Sun, K. S., Lam, T. P. i Wu, D. (2018). Chinese perspectives on primary care for common mental disorders: Barriers and policy implications. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(5), 417–426. <https://doi.org/10.1177/0020764018776347>
- Svjetska zdravstvena organizacija. (1999). *Međunarodna klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja* (10. izdanje). Medicinska naklada.
- Svjetska zdravstvena organizacija. (2019). *Međunarodna klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja* (11. izdanje). <https://icd.who.int/>

- Teo, A. R. (2010). A new form of social withdrawal in Japan: a review of hikikomori. *The International journal of social psychiatry*, 56(2), 178–185. <https://doi.org/10.1177/0020764008100629>
- The World Bank. (n.d.) *How does the World Bank classify countries?*. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/378834-how-does-the-world-bank-classify-countries>
- Torres, A. i Alburez-Gutierrez, D. (2022). North and South: Naming practices and the hidden dimension of global disparities in knowledge production. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 119(10). <https://doi.org/10.1073/pnas.2119373119>
- Ventriglio, A., Ayonrinde, O. i Bhugra, D. (2015). Relevance of culture-bound syndromes in the 21st century. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(1), 3–6. <https://doi.org/10.1111/pcn.12359>
- Wahl, O. F. i Harman, C. R. (1989). Family Views of Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15(1), 131–139. <https://doi.org/10.1093/schbul/15.1.131>
- Yap, P. M. (1962). Words and things in comparative psychiatry with special reference to the exotic psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 38, 163–169. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14002481/>
- Yap, P. M. (1967). Classification of the Culture-Bound Reactive Syndromes. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 1(4), 172–179. <https://doi.org/10.3109/00048676709159191>
- Yuen, J., Yan, Y., Wong, V., Tam, W., So, K. W. i Chien, W. (2018). A Physical Health Profile of Youths Living with a “Hikikomori” Lifestyle. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2), 315. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020315>

Abstract

Culture is a strong determinant in experiencing emotional distress and the appropriate ways of expressing it, in addition to influencing the way in which sufferers seek help. Culture-specific syndromes are patterns of mental distress and abnormal behavior which are considered unique to a certain culture and are not included in the categories of standard classifications of psychiatric disorders. *Hikikomori* syndrome in Japan and *dhat* syndrome in India are only some of the many examples of these syndromes. There is a hypothesis that these syndromes are in fact just different manifestations of already described psychological disorders in the standard classification systems, manifestations which arose due to the influence of language and culture, therefore seeming unique to a certain culture. In this paper, the evidence that supports this hypothesis will be presented and contrasted with the arguments that support the hypothesis of their specificity and uniqueness for the culture in which they were originally described. Additionally, the paper will explain the differences in the description and naming of these syndromes in the two main psychiatric classification systems (DSM and ICD). Furthermore, the problems of classifying, diagnosing, and researching culture-specific syndromes and the harmful consequences of their misdiagnosis will be described. Finally, suggestions and guidelines for future research into culture-specific syndromes will be listed.

Keywords: culture-specific syndromes, *dhat* syndrome, DSM-5, ICD-11, *hikikomori*.

Antidepresivi – istraživanja i primjena

Fabjan Petrić
Filozofski fakultet u Zagrebu
Odsjek za psihologiju
ORCID: 0000-0002-3309-4299

Sažetak

Jedni od najkorištenijih psihofarmaka zasigurno su antidepresivi – lijekovi koji se koriste u liječenju depresije, ali i anksioznih smetnji, poremećaja ličnosti, psihoza, poremećaja hranjenja, pa čak i neuralgija. U radu se nalazi kratka povijest i podjela antidepresiva, opis mehanizama njihovog djelovanja na primjeru SIPPS antidepresiva (selektivni inhibitor ponovne pohrane serotonina) te prikaz istraživanja efikasnosti antidepresiva kod različitih patologija. Također, izneseni su potencijalni prediktori dobrog terapijskog odgovora, od kojih se posebno ističu polimorfizmi određenih gena. Razmatraju se i različite strategije pri odabiru i provođenju terapije antidepresivima uz poseban naglasak na kombinaciju sa psihoterapijom (najviše s onim pravcima koji se temelje na kognitivno – bihevioralnim paradigmama). Dan je i kratki prikaz nuspojava koje se vezuju uz različite antidepresive. Na koncu se donosi sažeti prikaz smjernica britanske NICE za terapiju antidepresivima te se razmatraju određeni razlozi otpora prema terapiji antidepresivima i psihofarmacima općenito.

Ključne riječi: antidepresivi, geni, monoamini, psihoterapija, prediktori, serotonin, terapijski odgovor

Postoji više načina kako se mogu podijeliti antidepresivi, no većina suvremenih podjela temelji se na različitim mehanizmima djelovanja. Stoga se i u ovom radu donosi jedna takva podjela (Tablica 1). Primjećuje se kako većina antidepresiva utječe na monoaminske sustave. Monoamini su amini koji u sebi imaju jednu amino skupinu (NH_2), te su nastali iz različitih aminokiselina. Monoamini se dijele u dvije velike skupine: katekolamini i indolamini. Katekolaminima (nastaju iz aminokiseline tirozin) pripadaju adrenalin, noradrenalin i dopamin, dok u indolamine spadaju serotonin (nastaje iz aminokiseline triptofan), histamin i melatonin, iako se histamin ponekad ubraja u zasebnu skupinu jer sadrži imidazolski prsten (Karlović, 2016). Valja napomenuti kako ova podjela proizlazi iz određenih strukturalnih kemijskih značajki navedenih spojeva, no ona nije definitivna te se u različitoj literaturi mogu pronaći i drugačije klasifikacije (Lacković, 2005).

Smatra se kako je prvi antidepresiv bio triciklički antidepresiv (nazivaju se tako jer njihovi spojevi imaju tri atomska prstena) imipramin koji je sintetiziran 1945. godine pod nazivom G22355 (Pereira i Hiroaki-Sato, 2018). Bila je riječ prvenstveno o antihistaminiku, koji je zbog sličnosti s nekim spojevima koji su djelovali kao antipsihotici testiran upravo u psihijatrijskom okruženju te se, iako nije imao antipsihotični učinak, pokazao kao jako učinkovit tretman za one s endogenom (biološki uzrokovanom) depresijom (Pereira i Hiroaki-Sato, 2018). Prva ovakva istraživanja proveo je Roland Kuhn 1956., a svoje je rezultate obznanio 1957. godine u jednom njemačkom časopisu i na svjetskoj konferenciji psihijatara u Zürichu, stoga ovu godinu možemo uzeti kao početak primjene antidepresiva (López-Muñoz i Alamo, 2009). Iza imipramina uslijedio je period sinteze i korištenja čitavog niza različitih tricikličkih i tetracikličkih antidepresiva. Drugi razlog zašto je 1957. godina ključna za povijest antidepresiva je i činjenica da su te iste godine trojica američkih psihijatara na skupštini Američke psihijatrijske asocijacije iznijela dokaze o antidepresivnom učinku iproniazida, koji pripada u inhibitore monoaminooksidaze (MAOI) i koji se inače koristio kao lijek za tuberkulozu (López-Muñoz i Alamo, 2009). Vjerojatno je, upravo prilikom ranijih testiranja jednog sličnog spoja, izoniazida, koji se također koristio kao lijek za tuberkulozu, američki psihijatar Max Lurie skovao naziv „antidepresiv“ (Pereira i Hiroaki-Sato, 2018). Također, ovo je bio tek prvi spoj iz ove skupine lijekova koja se nastavila razvijati velikom brzinom.

Sinteza, otkriće antidepresivnih učinaka i početak masovne primjene ovih dvaju lijekova u 1950-im godinama donijeli su veliki napredak u psihijatrijskoj praksi, ali i sintezi novih psihofarmaka te općenito napredak u razumijevanju neurotransmisije i njenih učinaka na psihičke procese. Uporaba ovih dvaju lijekova potaknula je razvoj monoaminske

teorije depresije, odnosno katekolaminske teorije, prema kojoj je biološka osnova depresije nedostatak adrenalina i noradrenalina u sinapsama središnjeg živčanog sustava. Ipak, već od 1960-ih počinje se raspravljati o tome kako MAOI i triciklički antidepresivi svoj učinak ostvaruju prvenstveno preko serotonina (5-hidroksitriptamin ili 5-HT) i njegovih receptora. Ova su istraživanja kulminirala sintezom fluoksetina, prvog selektivnog inhibitora ponovne pohrane serotonina, koji se, za razliku od svojih prethodnika, sintetizirao i istraživao ciljano kao antidepresiv (López-Muñoz i Alamo, 2009). On je bio jednako učinkovit kao i njegovi triciklički prethodnici, ali nije poput njih djelovao antikolinergički niti je ugrožavao rad srca te ga je, nakon niza istraživanja 1980-ih, konačno 1987. godine američka Agencija za hranu i lijekove (*Food and Drug Administration*, FDA) odobrila pod komercijalnim imenom *Prozac*. Nakon njega, različite su kompanije vrlo brzo počele proizvoditi vlastite selektivne inhibitore ponovne pohrane serotonina s ponešto različitim svojstvima. Uskoro je uslijedila sinteza, razvoj, testiranje i stavljanje na tržište drugih selektivnih inhibitora ponovne pohrane različitih monoamina. Tako postoje selektivni inhibitori ponovne pohrane noradrenalina (SIPPN), selektivni inhibitori ponovne pohrane noradrenalina i serotonina (SIPPNS), selektivni inhibitori ponovne pohrane noradrenalina i dopamina (SIPPND), serotoniniski antagonisti/inhibitori ponovne pohrane (SAPP) te serotoniniski parcijalni agonisti i inhibitori ponovne pohrane (SPAIPP), a vjerojatno će se razviti i novi (Stahl, 2017).

Danas se sve više razvijaju antidepresivi koji se ne temelje na katekolaminima (noradrenalin, epinefrin, dopamin) ili serotoninu, već na ostalim monoaminima ili čak drugim neurotransmitorskim sustavima. Tako primjerice modulator glutamatskog sustava ketamin (inače anestetik koji se često zlorabi), koji djeluje na NMDA receptore, pokazuje antidepresivna svojstva (Pereira i Hiroaki-Sato, 2018). Isto tako antagonisti receptora oslobađajućeg faktora kortikotropina, antagonisti određenih receptora tahikinina, oreksini, melatonin kao i oksitocin i vazopresin te čitav niz spojeva u središnjem živčanom sustavu imaju potencijalnu ulogu u depresivnim i anksioznim stanjima te su potencijalna augmentacija ili čak zamjena trenutnih antidepresiva i psihofarmaka općenito (Karlović, 2016). Od biljnih pripravaka posebno se često primjenjuje i istražuje gospina trava (*Hypericum perforatum L.*), poznata i kao kantarion ili *St. John's wort*.

Tablica 1. Podjela antidepresiva prema mehanizmima djelovanja uz primjere nekih spojeva iz pripadajućih kategorija te najčešće patologije za koje se navedeni spojevi propisuju (prema DeBattista, 2011; Begić 2021)

Inhibitori monoaminooksidaze (MAOI)	moklobemid	Veliki depresivni poremećaj (kada drugi lijekovi nemaju učinka)
Inhibitori ponovne pohrane monoamina (IPPMA)	amitriptilin, imipramin	Veliki depresivni poremećaj, mješoviti anksiozni i depresivni poremećaj, noćna enureza
Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS)	fluvoksamin, fluoksetin, paroksetin, sertralin, citalopram, escitalopram	Veliki depresivni poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, mješoviti anksiozni i depresivni poremećaj, panični poremećaj, OKP, PTSP, poremećaji prehrane
Selektivni inhibitori ponovne pohrane noradrenalina (SIPPN)	maprotilin, reboksetin, edivoksetin, atomoksetin	Veliki depresivni poremećaj, ADHD
Inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (IPPSN)	venlafaksin, desvenlafaksin, duloksetin, milnacipran	Veliki depresivni poremećaj, kronični bolni poremećaj, fibromialgija
Inhibitori ponovne pohrane noradrenalina i dopamina (IPPND)	bupropion	Veliki depresivni poremećaj, prestanak pušenja
Antagonisti serotonina i noradrenalina	mianserin, mitrazapin	Veliki depresivni poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, kronična bol
Dualni serotoninergički antidepresivi – antagonisti serotoninergičkih receptora i inhibitori ponovne pohrane serotonina (SAPP)	trazodon, nefazodon	Veliki depresivni poremećaj, sedacija

Pojačivači ponovne pohrane serotonina (PPPS)	tianeptin	Veliki depresivni poremećaj, mješoviti anksiozni i depresivni poremećaj, liječenje alkoholizma
Serotoninergički antidepresivi s multimodalnim djelovanjem	vortioksetin	Veliki depresivni poremećaj
Agonisti melatonina	agomelatin	Veliki depresivni poremećaj (kod odraslih)
Serotoninski parcijalni agonisti/ inhibitori ponovne pohrane (SPAIPP)	vilazodon	Veliki depresivni poremećaj (kod nekih pojačava učinkovitost i podnošljivost drugih antidepresiva)
Triciklički antidepresivi	klomipramin, imipramin, amitriptilin	Veliki depresivni poremećaj (kada drugi lijekovi nemaju učinka), OKP, kronični bolni poremećaj, inkontinencija
Tetraciklički antidepresivi	mitrazapin	Veliki depresivni poremećaj, sedacija

Mehanizmi djelovanja antidepresiva – monoaminski sustavi

Kao što je već istaknuto, većina antidepresiva svoj antidepresivni, ali i anksiolitički, analgetički i svaki drugi učinak ostvaruje utječući na neurotransmisiju – proces komunikacije između neurona posredovan kemijskim tvarima, neurotransmiterima. Prema monoaminskoj teoriji depresije, glavni uzrok njenog nastanka, ali i nastanka nekih drugih psihopatoloških fenomena, poremećaj je nekog monoaminskog sustava (Stahl, 2017). Ipak, pretpostavke o kakvom se točno poremećaju monoaminskog sustava radi, razvijale su se tijekom vremena. Prvo je prevladavalo mišljenje, koje se i danas može čuti u popularnim raspravama na ovu temu, kako je jednostavno riječ o premaloj koncentraciji monoamina (npr. serotonina). Zatim da je riječ o nefunkcioniranju receptora za monoamine. Ipak, ovo je objašnjenje previše jednostavno te su ga zamijenile ideje o nefunkcioniranju određenih receptora te o poremećenoj regulaciji sinteze receptora, kao i o poremećaju sinaptičke plastičnosti (Stahl, 2017).

Zbog čestine njihove uporabe, valja razmotriti djelovanje spojeva koji blokiraju monoaminske prijenosnike, odnosno time sprečavaju ponovnu pohranu (engl. *reuptake*) neurotransmitera u presinaptički neuron. Naime, određeni spojevi blokiraju rad prijenosnika za serotonin, noradrenalin i dopamin (tzv. SERT, NERT i DAP), što automatski dovodi do povećanja koncentracije ovih monoamina u mozgu, odnosno sinapsama (Stahl, 2017). No, njihov psihofarmakološki učinak najčešće nastaje nakon nekoliko tjedana, a znaju mu prethoditi neugodne nuspojave i pogoršanje simptoma. Upravo ovo, prema Stahlu (2017), upućuje na objašnjenje mehanizma njihovog djelovanja. Naime, antidepresiv koji djeluje na serotoninski sustav blokira djelovanje proteina SERT-a (serotoninski transporter ili pumpa koja vraća serotonin natrag u presinaptički neuron) tako što se veže na njega i to odmah dovodi do povećanja koncentracije serotonina u sinapsi (Stahl, 2017). Od glavnog je značenja ovo povećanje serotonina za 5-HT_{1A} receptore, koji se nalaze na dendritima i staničnom tijelu presinaptičkog neurona i čijom se aktivacijom obustavlja daljnja sinteza i otpuštanje serotonina u sinaptičku pukotinu (Karlović, 2016). Zatim, ta povećana koncentracija serotonina na 5-HT_{1A} autoreceptorima uzrokuje tzv. *down* regulaciju (stanica sintetizira manje receptora) somatodendritičkih 5-HT_{1A} autoreceptora (Stahl, 1994). Odnosno, zbog njihove pojačane aktivnosti šalje se poruka jezgri stanice da nema potrebe za sintezom novih 5-HT_{1A} receptora jer ovi postojeći „hvataju“ dovoljno serotonina. Kada se njihova aktivnost smanji, odnosno kad se smanji njihov broj, povećava se šansa za nastanak i učestalost otpuštanja serotonina u sinaptičku pukotinu, što uzrokuje daljnje živčane impulse u drugim serotoninskim neuronima koji se sinaptički nadovezuju na ovaj. Vrijeme potrebno da se smanji broj 5-HT_{1A} autoreceptora može se poklopiti s vremenom potrebnim da se postigne antidepresivni

učinak, a pogoršanje simptoma i neugodne nuspojave mogu se poklopiti s periodom u kojem je, zbog povećane aktivnosti inhibicijskih autoreceptora, broj živčanih impulsa u ovim neuronima dodatno smanjen. Iz ovoga proizlazi da uzrok depresije zapravo nije manjak serotonina ili neispravnost serotoninskih receptora, nego *up* regulacija, odnosno prekomjeran broj 5-HT_{1A} receptora. Stoga možemo reći kako se, prema ovom objašnjenju, antidepresivni učinak postiže mehanizmom negativne povratne sprege. MAOI, odnosno inhibitori monoaminoooksidaze, isto ostvaruju svoj terapijski učinak tako što povećavaju količinu monoaminskih neurotransmitera u mozgu, samo što, za razliku od selektivnih inhibitora ponovne pohrane, ne djeluju na pumpe (transportere) različitih neurotransmitera, nego inhibiraju djelovanje enzima monoaminoooksidaze (točnije MAO A) koja razgrađuje monoaminske neurotransmitore (Stahl, 2017). Možemo pretpostavljati da, kada se poveća koncentracija monoamina, događaju se slični procesi kao i kod selektivnih inhibitora, odnosno dolazi do *down* regulacije određenih receptora. Triciklički antidepresivi djeluju slično kao i selektivni inhibitori, odnosno blokiraju ponovni unos serotonina i noradrenalina, ali uz ometanje rada transportera za ponovni unos vezuju se i kao kompetitivni antagonisti (vezuju se na receptor, ali ga ne aktiviraju) muskarinskih kolinergičkih receptora, histaminskih H₁ receptora, alfa 1 adrenergičkih receptora i naponskih natrijevih kanala (Stahl, 2017). Opet, nakon što izvrše svoj utjecaj na prijenosnike, možemo pretpostavljati da dolazi do *down* regulacije. Ipak, valja napomenuti kako postoje nalazi da TCA, kao i elektrokonvulzivna terapija, čine osjetljivijima 5-HT_{1A} receptore koji nisu autoreceptori te upravo na taj način pospješuju serotoninsku transmisiju i ostvaruju antidepresivni učinak (Blier i Abbott, 2001).

Postoji i neurotrofna hipoteza depresije, odnosno teorija koja etiologiju i/ili patogenezu depresije prvenstveno traži u smanjenju broja neurona i sinaptičkih veza u određenim dijelovima mozga. Naime, neurotrofni moždani čimbenik (*Brain-derived neurotrophic factor*, BDNF) je protein ključan za održavanje te nastanak i diferencijaciju neurona i sinaptičkih veza (Purves i sur., 2016). Postoji puno nalaza koji potvrđuju smanjenje volumena mozga u određenim regijama kod depresivnih bolesnika te da je količina BDNF-a u likvoru i serumu također smanjena, dok dolazi do povećanja njegove koncentracije uslijed terapije antidepresivima (DeBattista, 2011). Valja napomenuti da se ova teorija ne kosi s neurotransmisijom teorijama, dapače, povećana neurotransmisija koja nastaje uslijed *down* regulacije inhibicijskih autoreceptora isto pospješuje stvaranje novih sinaptičkih veza (Purves i sur., 2016).

Učinkovitost terapije antidepresivima

Učinkovitost ove vrste psihofarmaka predmet je žustrih rasprava. Treba naglasiti kako je odgovor na općenito pitanje o njihovoj učinkovitosti nemoguć jer ona ne ovisi samo o skupini antidepresiva, već i o pojedinom spoju te patologiji koja se njime pokušava tretirati (jer se antidepresivi, kako je već rečeno, primjenjuju za čitav niz psihijatrijskih i nepsihijatrijskih tegoba). Problem postaje još kompleksniji ako uzmemo u obzir metodološke probleme kao što su oni vanjske valjanosti, kriterija uzimanja studija u metaanalize, neobjavljivanja radova koji sugeriraju neučinkovitost, probleme mjerenja terapijskog odgovora i sumnje u lažne nalaze učinkovitosti (zbog činjenice da veliki broj studija naručuju i provode farmaceutske tvrtke). Nemoguće je u ograničenom prostoru dati popis svih značajnijih radova na ovu temu, no možemo kratko razmotriti za koje se sve tegobe provjeravala učinkovitost ove skupine psihofarmaka i ilustrirati nepostojanje konsenzusa oko ovog problema. Radovi čije zaključke i rezultate donosimo, odabrani su na temelju relativno visoke citiranosti (ovisno o bazi podataka koja se pretražuje), po tome što se bave različitim patologijama ili donose neočekivane ideje, nalaze i zaključke u raspravu (npr. Moncrieff i sur., 2022).

Tako primjerice Zhou i suradnici (2020), u svojoj metaanalizi zaključuju kako je fluoksetin (lijek iz SIPPS skupine) sam ili u kombinaciji s kognitivno-bihevioralnom terapijom (KBT) najbolje i učinkovito rješenje za depresiju kod djece i adolescenata. Strawn i suradnici (2015) tvrde kako su SIPPS i SIPPNS antidepresivi učinkovitiji od placeba kod liječenja generaliziranog anksioznog poremećaja u pedijatrijskoj populaciji. Del Castale i suradnici (2019) potvrđuju učinkovitost antidepresiva u liječenju opsesivno-kompulzivnog poremećaja (OKP), dok Hoskins i suradnici (2021) nalaze da su učinkoviti u tretmanu posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP). De Menezes i suradnici (2011) nalaze da su učinkoviti u tretmanu socijalne fobije, a Andrisano i suradnici (2013) tvrde kako su našli da su učinkoviti u tretmanu paničnog poremećaja. Zanimljiva je i metaanaliza Arrolla i suradnika (2005), koji su našli kako su SIPPS i triciklički antidepresivi učinkovitiji od placeba kod liječenja depresije. Levkovitz i suradnici (2011) u svojoj metaanalizi tvrde kako su antidepresivi učinkovit tretman distimičnog poremećaja.

Häuser i suradnici (2009) u svojoj metaanalizi zaključuju kako su antidepresivi učinkoviti tretman boli (te određenih psihijatrijskih simptoma) kod pacijenata s fibromialgijom. Jackson i suradnici (2011) ustvrđuju kako su triciklički i SIPPS antidepresivi učinkovit tretman za liječenje kronične glavobolje, dok Dharmshaktu i suradnici (2012) tvrde kako su učinkoviti za čitav niz bolnih stanja. Međutim, ima i nalaza koji govore da antidepresivi nisu učinkoviti u brojnim patologijama. Na primjer, Sidor i MacQueen (2010) u svojoj metaanalizi zaključuju kako antidepresivi nisu učinkoviti u liječenju

bipolarnog depresivnog poremećaja. Offidani i suradnici (2013) su ustvrdili kako triciklički antidepresivi nisu bolji od benzodiazepina u tretmanu anksioznih poremećaja. Posebno je interesantan nedavni krovni pregled (*umbrella review*) brojnih metaanaliza i preglednih radova, koji iznosi zaključak da nema znanstvene potvrde da se depresija uopće može povezati sa serotoninским sustavom (Moncrieff i sur., 2022).

Od svih studija koje su se bavile istraživanjem učinkovitosti antidepresiva, možda je najznačajnija i najobuhvatnija ona Ciprijanijeve i suradnika (2018). U svojoj su velikoj metaanalizi ustvrdili da su svi antidepresivi (njih 21), čija se efikasnost istraživala u 522 studije koje su uzeli u obzir, učinkovitiji od placeba u liječenju odraslih koji pate od velikog depresivnog poremećaja. Međutim, ovoj se metaanalizi prigovara što je uzela u obzir studije u kojima je prosječno trajanje tretmana bilo 8 tjedana (što je puno kraće od trajanja uobičajenog tretmana), mogućnost da su nuspojave antidepresiva koje izostaju kod placeba povećale očekivanje terapijskog odgovora, arbitrarnost koncepta terapijskog odgovora (poboljšanje simptoma za barem 50 %) i problemi njegovog mjerenja, mogućnost da su neki ispitanici placebo grupa počeli primati placebo nakon što su, zbog sudjelovanja u istraživanju, prestali s pravom terapijom antidepresivima, pa je to dovelo do pogoršanja simptoma i smanjilo prosječno poboljšanje placebo grupe i slično (Moncrieff, 2018).

Iz ovoga se mogu izvesti smjernice za daljnja istraživanja koja bi bila metodološki kvalitetnija i stoga nas približila konsenzusu oko ovog pitanja. Tako bi se istraživanja trebala provoditi na sudionicima koji nisu prije uzimali nikakve psihofarmake (kako bi se izbjeglo pogoršanje pri prelasku s lijekova na placebo i kako ne bi došlo do kumulativnih učinaka zbog prethodnih terapija), paziti da se terapija provodi u različitim trajanjima i to onima koji se zaista poklapaju s terapijom u pravoj kliničkoj praksi, kada je moguće provoditi ih puno više u kontekstu kliničkog liječenja (npr. da sudionici dobivaju aktivnu tvar ili placebo od liječnika u klinikama u realističnom pakiranju lijeka) umjesto laboratorijskog istraživanja. Isto tako, od izrazite je važnosti izjednačavanje grupa koje primaju aktivnu i placebo tvar po što većem broju karakteristika (podnaslov o prediktorima), uspoređivanje razlika u promjenama simptoma između grupa umjesto usredotočenosti na terapijski odgovor kao takav, davanje tvari (ako je izvedivo) umjesto placeba koja će u istoj mjeri dovesti do nuspojava kao i aktivna tvar, da istraživanja provode isključivo od farmaceutskih kompanija neovisna i nefinancirana tijela, poticanje objavljivanja radova koji daju nalaze suprotne od onih većine istraživanja. Treba naglasiti kako bi ovakve studije bile znatno složenije i dugotrajnije te skuplje od onih koje se uglavnom provode. Isto tako, ako bi se istraživanja provodila više u kliničkom kontekstu (radi vanjske valjanosti) to bi lako značilo žrtvovanje metodologije dvostruko slijepog istraživanja te bi se otvorili novi metodološki problemi. Ipak, presudan problem istraživanja vjerojatno je kratkotrajnost provedene terapije, odnosno

vrijeme mjerenja rezultata vrlo brzo nakon početka terapije, kao i relativni nedostatak *follow-up* mjerenja.

Prediktori i moderatori uspješnosti i podnošljivosti terapije antidepresivima

S obzirom na to da je općenita učinkovitost antidepresiva još uvijek predmet râsprava, a nuspojave i kontraindikacije za njihovu primjenu ne izostaju, može biti korisno razmotriti različite odrednice uspješnosti terapije pojedinih simptoma pojedinim lijekovima, kako bi se mogla odrediti personalizirana terapija za svakog pacijenta. Od bihevioralno-doživljajnih varijabli, početna tuga, nemogućnost osjećanja, anksioznost, pesimizam i neodlučnost objašnjavaju nešto manje od 4 % varijance terapijskog odgovora, s time da su zadnje dvije negativno povezane s predviđanjem terapijskog odgovora (Iniesta i sur., 2016). Isti istraživači dobili su i bolje predviđanje za konkretan spoj, escitalopram (SIPPS). Važno je istraživanje Uhera i suradnika (2012), koji su dobili da su simptomi vezani uz interes i aktivnosti prediktori lošeg terapijskog odgovora kod depresije čak i kad se kontroliraju varijable poput težine depresije, vrste antidepresiva i mjernog instrumenta. Neki su dobili da su manje izraženi simptomi depresije i anksioznosti, izostanak kompliciranog tugovanja, bolja kvaliteta života i bolje psihičko zdravlje pozitivno povezani s vjerojatnošću remisije depresivnih i anksioznih stanja, odnosno vjerojatnošću smanjenja ili nestanka znakova kronične bolesti (Zisook i sur., 2009). Čini se kako oni koji postižu bolji terapijski odgovor na antidepresive (ali i psihoterapiju) imaju niži neuroticizam te višu ekstraverziju i otvorenost prema iskustvu od onih koji ne postižu odgovor, a neuroticizam (negativno) i savjesnost (pozitivno) korelira s odgovorom na tretman te kod visoke savjesnosti bolji odgovor daju oni visoko na ekstraverziji i ugodnosti (Quilty i sur., 2008). Ipak, neki dobivaju da je ugodnost najbolji prediktor uspješnosti terapije antidepresivima (Du i sur., 2002). Čini se kako je nepostojanje ranih razvojnih trauma prediktor remisije uslijed terapije antidepresivima (Zisook i sur., 2019). Također, posebno su štetna zlostavljanja prije i tijekom sedme godine života (Williams i sur., 2016). Interesantno, prema nekim nalazima, slabiji terapijski odgovor predviđa previše zaštitničku majku i oca koji zanemaruje dijete, a ne konkretna iskustva zlostavljanja (Johnstone i sur., 2009).

Postoje nalazi da se slabiji terapijski odgovor na neke antidepresive pojavljuje kod osoba s vrlo visokim indeksom tjelesne mase (Uher i sur., 2009). Također, neki sugeriraju da dodavanje bupropiona SIPPS antidepresivima smanjuje šansu remisije u odnosu na terapiju samo SIPPS antidepresivima kod onih prosječne ili niže tjelesne mase, dok je kod jako pretilih situacija obrnuta (Jha i sur., 2018). Čini se kako postojanje upala smanjuje terapijski odgovor na SIPPS antidepresive, pa neki smatraju

kako bi pacijenti u tim slučajevima uz njih trebali uzimati psihofarmake koji djeluju na druge neurotransmitske sustave ili protuupalne lijekove kao što je aspirin (Arteaga-Henríquez i sur., 2019). Neki su dobili i, barem naizgled, suprotne nalaze koji govore u prilog tome da određeni protuupalni lijekovi poput ibuprofena smanjuju antidepresivni učinak, stoga je ovdje potrebno provesti dodatna istraživanja, a u praksi djelovati s oprezom (Kronenberg, 2014). Neki autori, naime, sugeriraju kako kod anksioznih pacijenata povećan broj otkucaja srca predviđa bolji terapijski odgovor, dok je kod neanksioznih situacija obrnuta (Kircanski sur., 2018).

Postoje dokazi da veća povezanost alfa EEG valova i manja povezanost gama EEG valova u parijetalnom režnju predviđa bolji terapijski odgovor na placebo, a lošiji na antidepresiv (Rolle i sur., 2020). Možda su najzanimljiviji upravo rezultati dobiveni temeljem slikovnog prikazivanja mozga te se osobito čini važnim nalaz o povezanosti između povećane aktivnosti u anteriornom cingularnom korteksu i terapijskog odgovora na primjenu jednog SIPPS antidepresiva (Phillips i sur., 2015). Isti autori navode kako postoje studije koje potvrđuju bolji terapijski odgovor na antidepresive kod onih koji su imali veću aktivnost mjerenu funkcionalnom magnetskom rezonancijom (fMRI) u anteriornom cingularnom korteksu i medijalnom prefrontalnom korteksu tijekom obrade emocionalno stimulirajućih vizualnih podražaja. Čini se kako anteriorni cingularni korteks ima presudnu ulogu u motrenju, evaluaciji i regulaciji emocionalnih odgovora te u slučaju neadekvatnog odgovora „obavještava“ prefrontalni korteks i upućuje ga na promjenu ponašanja (Deak, 2011). U psihološkom smislu, možemo reći da su ova područja povezana s emocionalnom inteligencijom i samoregulacijom.

Možda najviše istraživani prediktori uspjeha terapije antidepresivima jesu polimorfizmi određenih gena i to onih vezanih uz serotoninski sustav. Tako se čini da određeni polimorfizmi TPH1 gena (kodira enzim koji sudjeluje u sintezi serotonina) i SLC6A4 gena (utječe na SERT) smanjuju šansu za terapijski odgovor kod antidepresiva koji utječu na serotoninski sustav (Peters i sur., 2004). Stahl (2017) još navodi kako za predviđanje uspješnosti terapije može biti korisno poznavanje mutacija gena zaduženih za kodiranje 5-HT_{2C} receptora, DRD2 (zadužen za kodiranje dopaminskih D2 receptora), te COMT Val (sudjeluje u inaktivaciji katekolamina) i MTHFR T varijacije gena koji kodiraju određene enzime. Vrlo je iscrpan rad Porcellija i suradnika (2011), koji daje detaljan prikaz svih istraživanja polimorfizama gena koji bi mogli imati veze s terapijskim odgovorom na terapiju antidepresivima. Tako se istraživanja, koja navode, bave genima koji kodiraju citokrome P450 (CYP-enzime uključene u metabolizam brojnih lijekova), P-glikoproteine (nalaze se kao transporteri u krvno-moždanoj barijeri), triptofan hidroksilaze (TPH), COMT enzime (COMT Val), MAO A, SERT (uz navedeni SLC6A4 važan i 5-HTTLPR), NERT i DAP, razne monoaminske receptore

(uključujući gen DRD2), elemente hipotalamo-hipofizno-adrenalne osi te čitav niz drugih važnih bioloških elemenata. Čini se da je predviđanje uspješnosti, pa samim time i određivanje terapije antidepresivima uz pomoć genetskog testiranja, obećavajuće, a svakako puno popularnije od ostalih navedenih prediktora i moderatora. Osim što je sama tema genetike jako aktualna u modernoj znanosti i bliska propisivačima lijekova, postaje još zanimljivija s obzirom da postoje nalazi koji ukazuju na vrlo visok stupanj heritabilnosti vjerojatnosti terapijskog odgovora na antidepresive, prema nekima čak 42 % (Tansey i sur., 2013).

Iako se čini kako ne postoje stabilne spolne razlike u vjerojatnosti terapijskog odgovora na antidepresive općenito, LeGates i suradnici (2019) navode kako postoji više studija koje pokazuju da muškarci bolje reagiraju na TCA nego žene te da obratno vrijedi za SIPPS-e. Što se tiče rasnih razlika, ni tu ne postoje jednoznačni nalazi, no postoje istraživanja koja ukazuju na razlike u terapijskom odgovoru između pojedinih rasnih skupina na pojedine antidepresive. Tako jedna studija nalazi da su crnci imali lošiji terapijski odgovor na citalopram nego bijelci i da se ta veza, iako je dijelom bila posredovana socioekonomskim razlikama i drugim faktorima, bolje može objasniti genetskim naslijeđem nego samoidentifikacijom s rasnim identitetom, što nas opet vodi k ideji terapije određene genetskim testiranjem (Murphy i sur., 2013). Što se tiče radnog statusa, neki tvrde kako zaposleni postižu bolji terapijski odgovor (Zisook i sur., 2019), što je vjerojatno modulirano višim socioekonomskim statusom (SES). Općenito, socioekonomski status pokazao se kao dobar prediktor terapijskog odgovora na antidepresive, na način da što su neke njegove odrednice više (poput prestižnosti mjesta stanovanja), to je veća šansa za terapijski odgovor (Cohen i sur., 2009; Viglione i sur., 2019). Ovo je obeshrabrujući podatak, s obzirom na to da se antidepresivi češće propisuju osobama nižeg socioekonomskog statusa (von Soest i sur., 2012; Hansen i sur., 2004). Taj podatak ne čudi jer nizak socioekonomski status dovodi do niza problema s kojima se osoba mora suočiti, djeluje štetno na psihički razvoj tijekom cijelog života, a kao takav može biti djelomično uzrokovan osobinama pojedinca koje su i same po sebi rizičan faktor za razvijanje depresije i sličnih stanja. Čini se kako stariji imaju manju šansu terapijskog odgovora (Calati i sur., 2013), a Stahl (2017) tvrdi kako odrasli između 25 i 64 godine imaju najveću vjerojatnost terapijskog odgovora i dobrog podnošenja nuspojava.

Također, izgleda da postoje i neke veze ne samo između simptoma i osobina ličnosti, nego i određenih, relativno stabilnih, kognitivnih sposobnosti s vjerojatnošću povoljnog odgovora na terapiju antidepresivima. Tako postoje nalazi kako ispodprosječna verbalna fluentnost i produljeno vrijeme reakcije predviđaju slabiji terapijski odgovor na SIPPS antidepresive, iako je situacija donekle obrnuta kod bupropiona, jednog atipičnog antidepresiva (Bruder i sur., 2014). Bolje izvršne funkcije također značajno predviđaju

bolji odgovor na sertralin (SIPPS) u odnosu na placebo, što sugerira postojanje veze između djelovanja aktivne tvari i kognicije (Webb i sur., 2019) te postavlja niz pitanja koja su vrlo zanimljiva više iz teorijskih nego praktičnih pobuda.

Sve u svemu, vidimo kako se istražuju najrazličitiji načini koji bi mogli predviđati uspjeh terapije antidepresivima. Uzevši u obzir gore navedena istraživanja zaključuje se kako većina pojedinačnih prediktora slabo predviđa terapijski odgovor, a situacija je još gora ukoliko se uzme u obzir raznolikost metodologija raznih istraživanja, raznolikost antidepresiva koji su se koristili i načini na koji su se koristili te patologije koje su se tretirale. Ako bi i postojala dobra jednadžba koja bi predviđala terapijski odgovor na određene lijekove za određene dijagnoze, opet bi se nametnuo problem mogućnosti mjerenja svih tih varijabli u stvarnom kliničkom okruženju, ali i problem relativnog nepostojanja alternativa antidepresivima. Isto tako, većina metodoloških problema koji se tiču same učinkovitosti antidepresiva u odnosu na placebo prati i istraživanja prediktora stupnja uspješnosti terapije. Može se pretpostaviti i kako velik broj ovih prediktora međusobno korelira te se mogu svesti na nekoliko fundamentalnijih faktora. Odnosno, po nalazima gore navedenih istraživanja, čini se kako bilo kakva teškoća ili otežavajući faktor (nizak SES, nedostatak interesa, zlostavljanja, niska savjesnost, niže kognitivne sposobnosti...) smanjuje šansu dobrog terapijskog odgovora. No, s obzirom na to da su prediktori, kako se čini, lošijeg terapijskog odgovora ujedno i prediktori težeg depresivnog stanja, dolazi se do zaključka kako su onima za koje se predviđa najlošiji terapijski odgovor antidepresivi upravo najpotrebniji. Stoga, barem za sada, većina ovih konkretnih nalaza ostaje više na razini (potencijalnih) teorijskih spoznaja i vodilja budućih istraživanja koja bi trebala kliničarima pružiti kvalitetnije smjernice u propisivanju lijekova.

Korištenje antidepresiva u praksi

Podatci o propisivanju antidepresiva u Hrvatskoj poprilično su oskudni. Tako jedno istraživanje sugerira da se oko 70 % antidepresiva propisuje zbog depresije dok se ostalih 30 % izdaje radi drugih problema (Pisek, 2021). Poznato je kako je escitalopram (ali i drugi SIPPS-i) općenito najviše izdavan antidepresiv zbog svog djelovanja na čitav niz depresivnih, anksioznih i opsesivno-kompulzivnih stanja te možda najbolje podnošljivosti (Stahl, 2017; Pisek, 2021). Prilikom propisivanja antidepresiva propisivač mora pažljivo razmotriti potencijalne nuspojave. Tako su često spominjane nuspojave selektivnih inhibitora serotonina bolovi u trbuhu, proljev, zatvor, povraćanje, glavobolja, mučnina, poremećaji spavanja i čudni snovi, problemi s kožom, suha usta, smanjenje seksualne želje i smanjenje ili potpuna nemogućnost seksualnog odgovora, umor, produljenje QT intervala (jedan od parametara EKG-a) te različiti bolovi i naravno početno pogoršanje psihijatrijskih simptoma (Uzun i sur., 2005; DeBattista, 2011; Stahl, 2017).

Najčešće kontraindikacije za uzimanje antidepresiva su niska dob (uglavnom ispod 18 godina), prethodno uzimanje nekih drugih psihofarmaka (pogotovo MAOI-a), suicidalnost, dijabetes, kardiovaskularne bolesti, trudnoća i dojenje. Treba naglasiti kako većina nuspojava nestane nakon nekog vremena, uglavnom onda kada se počne pojavljivati terapijski učinak te ih većina ljudi uspješno prebrodi, ponekad uz dodatna sredstva (npr. za liječenje glavobolje). Također, valja naglasiti kako se nuspojave ne pojavljuju kod svih koji primaju terapiju, pogotovo ne velik broj njih kod iste osobe. Što se tiče MAOI-a, oni se danas rijetko koriste i to dijelom upravo zbog njihovih nuspojava, odnosno zahtjeva za određenom dijetom. Naime, treba izbjegavati određene vrste sireva, sušeno meso, bilo što pokvareno, bob, soju, točeno pivo i još nekoliko vrsta hrane (Gardner i sur., 1996). Što se tiče TCA, i oni, jer dodatno blokiraju četiri vrste receptora, uzrokuju pospanost, porast tjelesne težine, zatvor, zamagljen vid, suha usta, vrtoglavicu, sniženi krvni tlak te, zbog blokade naponskih natrijevih kanala, mogu dovesti i do smrti u slučaju predoziranja (Stahl, 2017). Važno je napomenuti kako neki antidepresivi povećavaju šansu suicida. Vjeruje se kako je to posljedica početnog pogoršanja simptoma.

Nije loše razmotriti za pojedine bolesnike i primjenu različitih selektivnih inhibitora te primjenu drugih skupina antidepresiva te psihofarmaka, kao i različite augmentacijske terapije te psihoterapijske intervencije. Stahl (2017) predlaže liječenje temeljeno na simptomima. Iako navodi kako ne postoje dokazi da je ovakva strategija superiorna, ona je intuitivna i logična. On smatra kako bi propisivač nakon što je konstruirao dijagnozu trebao ponovno dekonstruirati na simptome i uključiti sva potencijalna odstupanja

od uobičajenog ponašanja i doživljavanja, iako ona sama nisu dio ni jedne dijagnoze koju je dao. Nakon što je spoznao sve teškoće svoga pacijenta, liječnik bi trebao te simptome povezati s neuralnim krugovima koji su u osnovi tih teškoća i propisati jedan ili više psihofarmaka koji će djelovati na neurotransmitske sustave kojih su ti krugovi dio. Pri tome treba paziti da se jednim lijekom koji pomaže kod jedne skupine simptoma ne pogoršava druga skupina simptoma te naravno na potencijalne nuspojave i kontraindikacije. Ispoštovavši prvo ovu strategiju, upućeni bi psihijatar mogao, ako se pojavi dvojba u kojoj mu ne pomaže poznavanje simptoma, posegnuti za nekim posebnim prediktorima uspješnosti i/ili podnošljivosti određenog lijeka kod pacijenta. Ipak, vjerojatno će ovdje prevladati općenita znanja o podnošljivosti određenog antidepresiva.

Neki smatraju kako bi se bez obzira na simptome odmah trebalo ciljati na dva ili sva tri važna neurotransmitska sustava (noradrenalin, serotonin i dopamin), pa preporučuju da se već na početku liječenja da kombinacija SIPPS-a i SIPPSN-a, ili SIPPSN-a i SIPPND-a, ili neka kombinacija s atipičnim antidepresivima i drugim spojevima (Stahl, 2017). U poglavlju o živčanom sustavu *Farmakoterapijskog priručnika*, Ivančan i suradnici (2014) također se zalažu za individualizirani pristup svakom pacijentu te navode da se prilikom određivanja antidepresiva mora voditi briga o drugim bolestima i poremećajima, aktualnoj terapiji, suicidalnosti te prijašnjem odgovoru na antidepresive. Odnosno, smatraju kako primarna vodilja u odluci mora biti profil nuspojava i tjelesno stanje pacijenta, a tek onda učinkovitost. Nadalje, navode kako su selektivni inhibitori ponovnog unosa monoamina (od kojih se posebno ističu SIPPS-i) lijekovi prvog izbora. Također, navode i kako u slučaju potpunog izostanka terapijskog odgovora treba selektivne inhibitore zamijeniti s TCA ili MAOI, koji imaju prednost kod depresija s atipičnom slikom. Depresija s atipičnom slikom ili atipična depresija depresija je koja uz uobičajene simptome može imati i psihomotoričko povišenje, hipervigilnost pažnje, ubrzan govor, pojačan tek, pospanost i hiperseksualnost (Begić, 2021). Kao bitno svojstvo atipične depresije navodi se i pozitivno reagiranje, odnosno, navode se prikladne pozitivne emocije na pozitivan događaj iz okoline, a treba spomenuti i preosjetljivost na interpersonalno odbijanje i tzv. „olovnu paralizu“ („*leaden paralysis*“) koja je vrlo bliska osjećaju velikog umora i nedostatku interesa (Łojko i Rybakovski, 2017). Zanimljivo je i kako je stanje bolesnika s atipičnom depresijom uglavnom bolje navečer nego ujutro (Begić, 2021). Istraživanja pokazuju da je prevalencija ove depresije među depresivnim bolesnicima, kad se koriste kriteriji iz DSM-5, od 15 do 29%, dok se u kliničkim studijama kreće od 18 do 36% (Łojko i Rybakovski, 2017).

Ivančan i suradnici (2014) nadalje navode kako je izrazito važno upozoriti pacijenta na odgođeno djelovanje antidepresiva te navode kako je subdoziranje čest razlog terapijske

rezistencije, a prijevremeni prestanak terapije razlog učestale pojave novih depresivnih epizoda. Zimmerman i suradnici (2004) našli su da su kod skupine američkih psihijatara faktori koji su najviše utjecali na to koji će antidepresiv propisati bile nuspojave određenih lijekova, komorbiditeti i specifični simptomi kod pacijenata, a pratili su ih prijašnji tretmani koje su pacijenti primali i prijašnji odgovor na antidepresive. Zanimljivo je kako interakcije s drugim lijekovima nisu bile faktor koji se često uzimao u obzir, što može biti opasno. Ipak, iz svega ovoga da se zaključiti kako propisivači u velikoj mjeri slijede naputke kakve nalazimo u navedenim izvorima.

Osim terapijesamimantidepresivima, liječnik morarazmotritisveoneoblikeaugmentacije i alternativne terapije koji će maksimalno poboljšati učinkovitost antidepresiva i umanjiti nuspojave. Tako bi mogao propisati druga farmakološka sredstva koja sudjeluju u sintezi neurotransmitora na koje se djeluje uz oprez od određenih kombinacija poput kombinacije triptofana i SIPPS-a, koja može dovesti do serotoninskog sindroma. Sasvim je racionalno propisivanje lijekova koji će pomoći oko nuspojava, primjerice analgetika za glavobolju i benzodiazepina kod početnog pogoršanja anksioznosti kod primjene SIPPS-a. Valja naglasiti kako antidepresivi, iako su od farmakoloških pristupa liječenju depresivnih i anksioznih poremećaja najčešće odabirani, nikako nisu jedini način kojim se može pristupiti ovim problemima, odnosno njihova primjena ne isključuje druge postupke. Tako se od, u užem smislu, kemijskih terapija može pribjeći i terapijama koje utječu na hormonske sustave, drugim psihofarmacima (poput stabilizatora raspoloženja litija, nekim antipsihoticima ili anksioliticima), vitaminskim i mineralnim dodatcima prehrani, probioticima, prebioticima itd. Naravno, teško da će suplementacija vitaminima iz B skupine postići isti učinak kao npr. escitalopram, ali može pridonijeti većem terapijskom učinku. Od drugih bioloških metoda liječenja tu su i elektrokonvulzivna terapija (EKT), transkranijalna magnetna stimulacija (TMS), duboka transkranijalna magnetska stimulacija, fototerapija, deprivacija spavanja i dr. Ove su metode, a pogotovo EKT, terapija izbora kod terapijski rezistentne depresije. Terapijski rezistentna depresija je čiji se simptomi ne smanjuju uslijed primjene barem dva antidepresiva iz različitih skupina, koji su primjenjivani dovoljno dugo u dovoljno jakoj dozi (Begić, 2021). Istraživanja su pokazala kako su litij, trijodtironin (hormon štitnjače) i antipsihotici druge generacije, uz navedenu EKT i ostale oblike stimulacije mozga, dobra augmentacija ili samostalna terapija kod ove vrste depresije (Voineskos i sur., 2020). Smatra se kako oko 30% ljudi s depresijom boluje upravo od terapijski rezistentne depresije (Voineskos i sur., 2020). Ponekad se navodi na koje je medikamente rezistentna nečija depresija, pa se tako govori o npr. SIPPS – rezistentnoj depresiji (Papakostas i sur., 2008). Prema Voineskos i suradnicima (2020), terapijski rezistentna depresija često se pojavljuje u komorbiditetu s poremećajima ličnosti što može biti uzrokom neuspjeha s inicijalnom farmakoterapijom, ali i poticaj na dodavanje

psihoterapije, za koju navedeni autori navode niz istraživanja koja potvrđuju njenu učinkovitost kod ove vrste depresije.

Od psihosocijalnih se intervencija ističe psihoterapija. Većina stručnjaka i istraživača slaže se da je ona od velike koristi, bez obzira na mehanizme njezinog djelovanja. Ipak, ne smije se zanemariti ni psihoedukacija koja isto može biti od koristi, kao i uključivanje u grupe podrške i slične aktivnosti, te duhovnu/religijsku dimenziju određenih psihopatoloških stanja. Od psihoterapijskih pravaca, najčešće su istraživani kognitivno-bihevioralni modaliteti, te postoji čitav niz nalaza koji potvrđuju njihovu efikasnost u tretmanu različitih problema koji se inače tretiraju antidepresivima (npr. Beck, 2011, pp. 1-2). Psihoterapija i farmakoterapija ne primjenjuju se nezavisno, već mogu stajati u izvjesnoj interakciji. Tako terapeut može pomoći klijentu/pacijentu oko odluke o antidepresivima (ako ima psihofarmakološkog znanja), pomoći mu u oslobađanju od neispravnih uvjerenja vezanih uz psihofarmake, pružiti mu podršku kod nuspojava i kod prestanka s terapijom. Posebno su zanimljivi nalazi koji sugeriraju da antidepresivi stimuliraju sinaptogenezu, pa čak i neurogenezu, odnosno da stimuliraju neuroplastičnost i koji zapravo depresiju i vide prvenstveno kao poremećaj neuroplastičnosti (tzv. neurotrofna hipoteza depresije) odnosno neuralnih struktura (Bambico i Belzung, 2013; Purves i sur. 2016). Shodno tome, čini se jako korisnim da se psihoterapija pridoda antidepresivima koji povećavaju neuroplastičnost jer psihoterapija i djeluje tako da bilo kroz mijenjanje uvjerenja, uvide ili snažna emocionalna iskustva dovodi do stvaranja novih i gašenja starih veza između neurona. Proveden je i niz istraživanja koja su ispitivala efikasnost kombinacije psihoterapije i terapije antidepresivima. Naravno, kao i kod provjeravanja učinkovitosti samih antidepresiva, i ovdje valja naglasiti ograničenu mogućnost generalizacije nalaza s obzirom na različite vrste antidepresiva, načine mjerenja i psihoterapijske pravce/tehnike s kojima se istraživalo. Tako primjerice De Jonghe i suradnici (2001), nalaze kako je došlo do većeg smanjenja simptoma depresije u grupi koja je primala kombiniranu terapiju (antidepresivi i kratka suportivna psihodinamska terapija) nego u grupi koja je primala samo farmakoterapiju. Zanimljivi su i njihovi nalazi da je pacijentima kombinirana terapija znatno prihvatljivija nego samo farmakoterapija i kako je znatno manji broj onih koji su primali kombiniranu terapiju odustao od daljnje terapije, u odnosu na one koji su uzimali samo antidepresive. Također, De Jonghe i suradnici (2004) nalaze kako je kombinacija antidepresiva i kratke suportivne psihodinamske terapije superiorna u odnosu na samu psihoterapiju kada je riječ o liječenju depresije. Ipak, s obzirom na to da je ponekad nepraktično ili neizvedivo primjenjivati ovakvu kombinaciju (npr. iz financijskih razloga), neki smatraju kako treba istražiti koje varijable upućuju na prikladnost vrsta terapije (samo farmakoterapija, samo psihoterapija ili kombinacija) za različite bolesnike (Craighead i Dunlop, 2014). Tako, primjerice, nalazi sugeriraju

da pacijenti dugotrajnijim velikim depresivnim poremećajem imaju najveću šansu za ubrzano akutno poboljšanje kad se primijeni kombinirani pristup liječenju (Craighead i Dunlop, 2014). Petersen (2006) smatra kako psihoterapija može biti učinkovita kod rezidualnih simptoma (npr. krivnja, iritabilnost, nisko samopoštovanje) koji ostaju nakon inače jako uspješne terapije antidepresivima, a koji mogu dovesti do povrata simptoma. Također, navodi kako istraživanja koja uključuju slikovno prikazivanje mozga sugeriraju da antidepresivi i psihoterapija drugačijim procesima utječu na mozak, ali da zajedno moduliraju iste važne dijelove i tako dovode do poboljšanja.

Zaključak

Britanska NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) donosi smjernice za liječenje depresije, koje uključuju i naputke o primjeni antidepresiva („*Depression in Adults*“, 2022). Tako savjetuju primjenu antidepresiva (SIPPS) kod blažih oblika depresije tek nakon što su isprobane izvjesne metode samopomoći, različiti kognitivno – bihevioralni modaliteti (grupno ili individualno), određene tehnike mindfulnessa i meditacije, vježbanje i interpersonalna terapija. Kod ponovne epizode težeg oblika depresije kombinacija KBT-a i antidepresiva je terapija izbora (s naglaskom na antidepresive i terapijom u drugom planu), dok su kod teške depresije nužni medikamenti i intenzivne psihološke intervencije. NICE također daje smjernice o tome kako odabrati najbolju terapiju za svakog pacijenta te napominje kako se ne trebaju savjetovati antidepresivi kao prvi tretman kod blažeg oblika depresije, osim ako je to preferencija samoga pacijenta, dok je naglasak na intenzivnim psihološkim intervencijama („*Depression in Adults*“, 2022). Također, daju se i smjernice u slučaju da se antidepresiv ne pokaže učinkovitim u periodu od četiri, odnosno šest tjedana. Tako se savjetuje da se prvo otklone mogući faktori koji su doveli do neuspješnosti (ovo vrijedi za sve oblike tretmana), dok se kod antidepresiva specifično savjetuje dodavanje grupnog vježbanja, dodavanje ili prelazak na neki oblik psihoterapije, povećanje doze ili prelazak na drugi antidepresiv („*Depression in Adults*“, 2022.). Općenito, koji će se oblik tretmana ili koja kombinacija tretmana preporučiti, ovisi o ozbiljnosti problema, prošlim iskustvima pacijenta s različitim tretmanima i njegovim preferencijama („*Depression in Adults*“, 2022). Valja naglasiti kako i u Hrvatskoj postoje *Kliničke smjernice za liječenje depresivnog poremećaja* (Begić i sur., 2013) koje između ostalog pružaju i osnovne naputke o primjeni antidepresiva.

Možemo pretpostaviti kako kod nekih može postojati stanovita averzija prema antidepresivima, a osobito među onima koji nisu dovoljno upoznati s biološkim osnovama doživljavanja i ponašanja. Ovo, nažalost, ponekad može vrijediti ne samo za opću populaciju, nego i za stručnjake za mentalno zdravlje, pogotovo ako je npr. riječ o psihoterapeutima koji nisu liječnici ili psiholozi te onima kojima kroz obrazovanje

biološki aspekt psihopatologije i njenog tretmana nije bio dovoljno (perceptivno) istaknut. Naravno, racionalno je zaključiti da je psihofarmake uputno izdati svaki put kada se procijeni da je ukupni dobitak veći od ukupnog gubitka (tzv. eficijentnost). Iz ovoga slijedi da postoji jako puno osoba koje *ne trebaju nužno antidepressive* i koje ih ne uzimaju, već su u nekom drugom obliku tretmana (npr. psihoterapija), a koje bi svejedno imale koristi i kojima bi se dodatno isplatila terapija antidepressivima. S druge pak strane, ne smije se dogoditi da farmakoterapija postane jedini oblik tretmana i da se antidepressivi, kao i ostali psihofarmaci, propisuju bez pravilne procjene stručnjaka, neodgovorno i bez konstantnog praćenja pacijenta. Ovdje problem predstavlja i zloraba ostalih psihofarmaka, odnosno uzimanje lijekova bez liječničke preporuke. Za kraj, ne može se prenamagati važnost nuspojava i kontraindikacija. Liječnik mora ne samo detaljno ispitati može li određeni spoj uzrokovati vrlo neugodne ili čak, rijetke, ali zabilježene, fatalne nuspojave korištenja antidepressiva (suicid kod nekih ili predoziranje s TCA). Isto tako, mora uzeti u obzir mogućnost da lijek koji pomaže kod jednih simptoma pogoršava one druge, ali i da poneke nuspojave (poput onih vezanih uz apetit i tjelesnu težinu) ponekad mogu biti poželjne.

Literatura

- Andrisano, C., Chiesa, A., i Serretti, A. (2013). Newer antidepressants and panic disorder: a meta-analysis. *International clinical psychopharmacology*, 28(1), 33-45. 10.1097/YIC.0b013e32835a5d2e
- Arroll, B., Macgillivray, S., Ogston, S., Reid, I., Sullivan, F., Williams, B., i Crombie, I. (2005). Efficacy and tolerability of tricyclic antidepressants and SSRIs compared with placebo for treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *The Annals of Family Medicine*, 3(5),449-456. <https://doi.org/10.1370/afm.349>
- Arteaga-Henriquez, G., Simon, M. S., Burger, B., Weidinger, E., Wijkhuijs, A., Arolt, V., Birkenhager, T. K., Musli, R., Muller, R. i Drexhage, H. A. (2019). Low-grade inflammation as a predictor of antidepressant and anti-inflammatory therapy response in MDD patients: a systematic review of the literature in combination with an analysis of experimental data collected in the EU-MOODINFLAME consortium. *Frontiers in psychiatry*,10,458. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00458>
- Bambico, F. R., i Belzung, C. (2013). Novel insights into depression and antidepressants: a synergy between synaptogenesis and neurogenesis?. *Neurogenesis and Neural Plasticity*, 243-291. 10.1007/7854_2012_234
- Beck, J. (2011). *Kognitivna terapija*. Naklada Slap.
- Begić, D. (2021). *Psihopatologija*. Medicinska naklada.
- Begić, D., Begovac, I., Bokić-Sabolić, A., Brataljenović, T., Degmečić, D., Filaković, P., Frančišković, T., Hrabal-Žerjavić, V., Ivanušić, J., Jakovljević, M., Koić, E., Kušan Jukić, M., Muck-Šeler, D., Kozumplik, O., Majić, G., Peles, A., Mihanović, M., Mimica, N., Pivac, N. i Zivković, M. (2013). Kliničke smjernice za liječenje depresivnog poremećaja – Hrvatski liječnički zbor; Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju; Hrvatsko psihijatrijsko društvo; Hrvatsko društvo za psihofarmakoterapiju i biološki psihijatriju. *Medix*, 19, 1-23.
- Blier, P., i Abbott, F. V. (2001). Putative mechanisms of action of antidepressant drugs in affective and anxiety disorders and pain. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 26(1), 37.
- Bruder, G. E., Alvarenga, J. E., Alschuler, D., Abraham, K., Keilp, J. G., Hellerstein, D. J., Stewart, J. W., i McGrath, P. J. (2014). Neurocognitive predictors of antidepressant clinical response. *Journal of affective disorders*, 166, 108-114. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.057>
- Calati, R., Signorelli, M. S., Balestri, M., Marsano, A., De Ronchi, D., Aguglia, E., i Serretti, A. (2013). Antidepressants in elderly: meta-regression of double-blind, randomized clinical trials. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.053>
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Leucht, S., Ruhe, H. G., Turner, E. H., Higgins, J. P. T., Egger, M., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Imai, H., Shinohara, K., Tayika, A., Ioannidis, J. P. A., i Geddes, J. R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Focus*, 16(4), 420-429. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.16407>
- Cohen, A., Gilman, S. E., Houck, P. R., Szanto, K., i Reynolds, C. F. (2009). Socioeconomic status and anxiety as predictors of antidepressant treatment response and suicidal ideation in older adults. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44, 272-277. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0436-8>
- Craighead, W. E., i Dunlop, B. W. (2014). Combination psychotherapy and antidepressant medication treatment for depression: for whom, when, and how. *Annual review of psychology*, 65, 267-300. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych.121208.131653>
- Deak, A. (2011). Brain and emotion: Cognitive neuroscience of emotions. *Review of psychology*, 18(2), 71-80.
- DeBattista, C. (2011). Antidepresivi. U Katzung, B. G., Masters, S., B., Trevor, A., J. (Ur.), *Temeljna i klinička farmakologija* (11. izdanje, pp. 509-530). Medicinska naklada.
- De Jonghe, F., Hendricksen, M., Van Aalst, G., Kool, S., Peen, V., Van, R., Van Den Eijnden, E. i Dekker, J. (2004). Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *The British Journal of Psychiatry*, 185(1), 37-45. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.1.37>
- De Jonghe, F., Kool, S., Van Aalst, G., Dekker, J., i Peen, J. (2001). Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *Journal of affective disorders*, 64(2-3), 217-229. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00259-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00259-7)
- de Menezes, G. B., Coutinho, E. S. F., Fontenelle, L. F., Vigne, P., Figueira, I., i Versiani, M. (2011). Second-generation antidepressants in social anxiety disorder: meta-analysis of controlled clinical trials. *Psychopharmacology*, 215(1), 1-11. <https://doi.org/10.1007/s00213-010-2113-3>
- Dharmshaktu, P., Tayal, V., i Kalra, B. S. (2012). Efficacy of antidepressants as analgesics: a review. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 52(1), 6-17. <https://doi.org/10.1177/0091270010394852>
- Du, L., Bakish, D., Ravindran, A. V., i Hrdina, P. D. (2002). Does fluoxetine influence major depression by modifying five-factor personality traits?. *Journal of Affective Disorders*, 71(1-3), 235-241. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00370-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00370-6)
- Gardner, D. M., Shulman, K. I., Walker, S. E., i Taylor, S. A. (1996). The making of a user friendly MAOI diet. *The Journal of clinical psychiatry*, 57(3), 99-104.
- Hansen, D. G., Søndergaard, J., Vach, W., Gram, L. F., Rosholm, J. U., Mortensen, P. B., i Kragstrup, J. (2004). Socio-economic inequalities in first-time use of antidepressants: a population-based study. *European journal of clinical pharmacology*, 60, 51-55. <https://doi.org/10.1007/s00228-003-0723-y>
- Häuser, W., Bernardy, K., Üçeyler, N., i Sommer, C. (2009). Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. *Jama*, 301(2), 198-209. doi:10.1001/jama.2008.944
- Hoskins, M., Pearce, J., Bethell, A., Dankova, L., Barbui, C., Tol, W. A., i Bisson, J. I. (2015). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 206(2), 93-100. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.148551>
- Iniesta, R., Malki, K., Maier, W., Rietschel, M., Mors, O., Hauser, J., Henigsberg, N., Dernovsek, M. Z., Souery, D., Stahl, D., Dobson, R., Aitchison, K., J., Farmer, A., Lewis, C. M., McGuffin, P., i Uher, R. (2016). Combining clinical variables to optimize prediction of antidepressant treatment outcomes. *Journal of psychiatric research*, 78, 94-102. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.03.016>
- Ivančan, V., Makar-Aušperger, K., Bilušić, M., Lovrenčić-Huzjan, A., i Herceg, M. (2014). Živčani sustav. U I. Francetić, K. Makar-Aušperger i Ž. Reiner (Ur.), *Farmakoterapijski priručnik*. (7. izdanje, pp. 597-707). Medicinska naklada.
- Jackson, J. L., Shimeall, W., Sessums, L., DeZee, K. J., Becher, D., Diemer, M., Berbano, E., i O'Malley, P. G. (2010). Tricyclic antidepressants and headaches: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 341. <https://doi.org/10.1136/bmj.e5222>
- Jha, M. K., Wakhlu, S., Dronamraju, N., Minhajuddin, A., Greer, T. L., i Trivedi, M. H. (2018). Validating pre-treatment body mass index as moderator of antidepressant treatment outcomes: Findings from CO-MED trial. *Journal of affective disorders*, 234, 34-37. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.089>
- Johnstone, J. M., Luty, S. E., Carter, J. D., Mulder, R. T., Frampton, C. M., i Joyce, P. R. (2009). Childhood neglect and abuse as predictors of antidepressant response in adult depression. *Depression and Anxiety*, 26(8), 711-717. <https://doi.org/10.1002/da.20590>
- Karlović, D. (2016). *Neurokemija ponašanja s osnovama psihofarmakologije*. Medicinska naklada.
- Kircanski, K., Williams, L. M., i Gotlib, I. H. (2019). Heart rate variability as a biomarker of anxious depression response to antidepressant medication. *Depression and anxiety*, 36(1), 63-71. <https://doi.org/10.1002/da.22843>
- Kronenberg, S. (2011). Anti-inflammatory drugs as moderators of antidepressant effects, especially those of the selective serotonin-reuptake inhibitor class. Expert Review of *Clinical Pharmacology*, 4(5), 575-578. <https://doi.org/10.1586/ecp.11.47>
- Lacković, Z. (2005). Neurotransmitori i poremećaji ponašanja. U G. Krznarić-Vohalski (Ur.) *Biološke osnove i terapija ponašanja* (1. izdanje, pp. 45-62). Školska knjiga.
- LeGates, T. A., Kvarata, M. D., i Thompson, S. M. (2019).

- Sex differences in antidepressant efficacy. *Neuropsychopharmacology*, 44(1), 140-154. <https://doi.org/10.1038/s41386-018-0156-z>
- Levkovitz, Y., Tedeschini, E., i Papakostas, G. I. (2011). Efficacy of antidepressants for dysthymia: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *The Journal of clinical psychiatry*, 72(4), 5964. doi:10.4088/JCP.09m05949blu
- Łojko, D., i Rybakowski, J. K. (2017). Atypical depression: current perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2447-2456. <https://doi.org/10.2147/NDT.S147317>
- López-Muñoz, F., i Alamo, C. (2009). Monoaminergic neurotransmission: the history of the discovery of antidepressants from 1950s until today. *Current pharmaceutical design*, 15(14), 1563-1586. <https://doi.org/10.2174/138161209788168001>
- Moncrieff, J. (2018). What does the latest meta-analysis really tell us about antidepressants?. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(5), 430-432. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000240>
- Moncrieff, J., Cooper, R.E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M., P., i Horowitz, M., A. (2022). The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Molecular Psychiatry*, 1-14. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>
- Murphy, E., Hou, L., Maher, B. S., Woldehawariat, G., Kassem, L., Akula, N., Laje, G., i McMahon, F. J. (2013). Race, genetic ancestry and response to antidepressant treatment for major depression. *Neuropsychopharmacology*, 38(13), 2598-2606. <https://doi.org/10.1038/npp.2013.166>
- National Institute for Health and Care Excellence (Great Britain). (2022). *Depression in adults: treatment and management*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- Offidani, E., Guidi, J., Tomba, E., i Fava, G. A. (2013). Efficacy and tolerability of benzodiazepines versus antidepressants in anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(6), 355-362. <https://doi.org/10.1159/000353198>
- Papakostas, G. I., Fava, M., i Thase, M. E. (2008). Treatment of SSRI-resistant depression: a meta-analysis comparing within-versus across-class switches. *Biological psychiatry*, 63(7), 699-704. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.08.010>
- Pereira, V. S., i Hiroaki-Sato, V. A. (2018). A brief history of antidepressant drug development: from tricyclics to beyond ketamine. *Acta neuropsychiatrica*, 30(6), 307-322. <https://doi.org/10.1017/neu.2017.39>
- Peters, E. J., Slager, S. L., McGrath, P. J., Knowles, J. A., i Hamilton, S. P. (2004). Investigation of serotonin-related genes in antidepressant response. *Molecular psychiatry*, 9(9), 879-889. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001502>
- Petersen, T. J. (2006). Enhancing the efficacy of antidepressants with psychotherapy. *Journal of psychopharmacology*, 20(3_suppl), 19-28. <https://doi.org/10.1177/1359786806064314>
- Phillips, M. L., Chase, H. W., Sheline, Y. I., Etkin, A., Almeida, J. R., Deckersbach, T., i Trivedi, M. H. (2015). Identifying predictors, moderators, and mediators of antidepressant response in major depressive disorder: neuroimaging approaches. *American Journal of Psychiatry*, 172(2), 124-138. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14010076>
- Pisek, A. (2021). *Znanja i stavovi bolesnika o primjeni antidepressiva – iskustva iz javne ljekarne*. [Završni specijalistički rad, Sveučilište u Zagrebu, Farmaceutsko - biokemijski fakultet]. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:163:096570>
- Porcelli, S., Drago, A., Fabbri, C., Gibino, S., Calati, R., i Serretti, A. (2011). Pharmacogenetics of antidepressant response. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 36(2), 87-113. <https://doi.org/10.1503/jpn.100059>
- Purves, D., Augustine, G. J., Fitzpatrick, D., Hall, W. C., LaMantia, A., i White, L. E. (2016). *Neuroznanost* (5. izdanje). Medicinska naklada.
- Quilty, L. C., De Fruyt, F., Rolland, J. P., Kennedy, S. H., Rouillon, P. F., i Bagby, R. M. (2008). Dimensional personality traits and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 108(3), 241-250. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.022>
- Rolle, C. E., Fonzo, G. A., Wu, W., Toll, R., Jha, M. K., Cooper, C., Chib-Fatt, C., Pizzagalli, D. A., Trombello, J. M., Deckersbach, Fava, M., Weissman, M., M., Trivedi, M., H., i Etkin, A. (2020). Cortical connectivity moderators of antidepressant vs placebo treatment response in major depressive disorder: secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 77(4), 397-408. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.3867
- Sidor, M. M., i MacQueen, G. M. (2010). Antidepressants for the acute treatment of bipolar depression: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(2), 953. doi:10.4088/JCP.09r05385gre
- Stahl, S. M. (1994). 5-HT1A receptors and pharmacotherapy. Is serotonin receptor down-regulation linked to the mechanism of action of antidepressant drugs? *Psychopharmacology Bulletin*, 30(1):39-43.
- Stahl, S. M. (2017). *Stahlovi temelji psihofarmakologije*. Naklada Slap.
- Strawn, J. R., Welge, J. A., Wehry, A. M., Keshin, B., i Rynn, M. A. (2015). Efficacy and tolerability of antidepressants in pediatric anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depression and anxiety*, 32(3), 149-157. <https://doi.org/10.1002/da.22329>
- Tansley, K. E., Guipponi, M., Hu, X., Domenici, E., Lewis, G., Malafosse, A., Wendland, J. R., Lewis, C. M., McGuffin, P., i Uher, R. (2013). Contribution of common genetic variants to antidepressant response. *Biological psychiatry*, 73(7), 679-682. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.10.030>
- Uher, R., Mors, O., Hauser, J., Rietschel, M., Maier, W., Kozel, D., Heingsberg, N., Souery, D., Placentino, A., Perroud, N., Dernovsek, M., Z., Strohmaier, J., Larsen, E., R., Zobel, A., Leszczynska-Rodziewicz, A., Kalember, P., Pedrini, L., Linotte, S., Gunasinghe, C., ... Farmer, A. (2009). Body weight as a predictor of antidepressant efficacy in the GENDEP project. *Journal of affective disorders*, 118(1-3), 147-154. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.013>
- Uher, R., Perlis, R. H., Henigsberg, N., Zobel, A., Rietschel, M., Mors, O., Hauser, J., Dernovsek, M. Z., Souery, D., Bajs, M., Maier, W., Aitchison, K. J., Farmer, A., i McGuffin, P. (2012). Depression symptom dimensions as predictors of antidepressant treatment outcome: replicable evidence for interest-activity symptoms. *Psychological medicine*, 42(5), 967-980. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001905>
- Uzun, S., Kozumplik, O., Mimica, N., i Folnegović-Šmalc, V. (2005). *Nuspojave psihofarmaka* (1. izdanje). Medicinska naklada.
- Viglione, A., Chiarotti, F., Poggini, S., Giuliani, A., i Branchi, I. (2019). Predicting antidepressant treatment outcome based on socioeconomic status and citalopram dose. *The pharmacogenomics journal*, 19(6), 538-546. <https://doi.org/10.1038/s41397-019-0080-6>
- Voineskos, D., Daskalakis, Z. J., i Blumberger, D. M. (2020). Management of treatment-resistant depression: challenges and strategies. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 221-234. <https://doi.org/10.2147/NDT.S198774>
- Von Soest, T., Bramness, J. G., Pedersen, W., i Wichstrøm, L. (2012). The relationship between socio-economic status and antidepressant prescription: a longitudinal survey and register study of young adults. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 21(1), 87-95. <https://doi.org/10.1017/S2045796011000722>
- Webb, C. A., Trivedi, M. H., Cohen, Z. D., Dillon, D. G., Fournier, J. C., Goer, F., Fava, M., McGrath, P. J., Weissman, M., Parsey, R., Adams, P., Trombello, J. M., Coope, C., Deldin, P., Oquendo, M. A., McInsi, M. G., Huys, Q., Bruder, G., Kurian, B. T., ... i Pizzagalli, D. A. (2019). Personalized prediction of antidepressant v. placebo response: evidence from the EMBARC study. *Psychological medicine*, 49(7), 1118-1127. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001708>
- Williams, L. M., DeBattista, C., Duchemin, A. M., Schatzberg, A. F., i Nemeroff, C. B. (2016). Childhood trauma predicts antidepressant response in adults with major depression: data from the randomized international study to predict optimized treatment for depression. *Translational psychiatry*, 6(5), e799-e799. <https://doi.org/10.1038/tp.2016.61>
- Zhou, X., Teng, T., Zhang, Y., Del Giovane, C., Furukawa, T. A., Weisz, J. R., Li, X., Cuijepres, P., Coghill, D., Xiang, Y., Hetrick, S. E., Leucht, S., Quin, M., Barth, J., Ravindran, A., Yang, L., Curry, J., Fan, L., Silva, S. G., Cipriani, A., i Xie, P. (2020). Comparative efficacy and acceptability

of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 581-601. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30137-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30137-1)

Zimmerman, M., Posternak, M., Friedman, M., Attiullah, N., Baymiller, S., Boland, R., Berlowitz, S., Rahman, S., Uy, K., i Singer, S. (2004). Which factors influence psychiatrists' selection of antidepressants?. *American Journal of Psychiatry*, 161(7), 1285-1289. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.7.1285>

Zisook, S., Johnson, G. R., Tal, I., Hicks, P., Chen, P., Davis, L., Thase, M., Zhao, Y., Vertrees, i J., Mohamed, S. (2019). General predictors and moderators of depression remission: a VAST-D report. *American Journal of Psychiatry*, 176(5), 348-357. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18091079>

Abstract

One of the most widely used psychopharmaceuticals are certainly antidepressants - drugs used in the treatment of depression, but also anxiety disorders, personality disorders, psychosis, eating disorders and even neuralgia. This paper contains a brief history and division of antidepressants, a description of their mechanisms based on an example of SSRI antidepressants (selective serotonin reuptake inhibitor), and a presentation of research dealing with the effectiveness of antidepressants in various pathologies. Also, potential predictors of a good therapeutic response are presented, of which polymorphisms of certain genes stand out. Different strategies in the selection and implementation of antidepressant therapy with special emphasis on the combination with psychotherapy (mostly with those directions based on cognitive-behavioral paradigms) are also considered. A brief description of side effects associated with different antidepressants is also given. At the end, a summary of the British NICE guidelines for antidepressant therapy is given, and certain reasons for resistance to antidepressant therapy and psychopharmaceuticals in general are considered.

Key words: antidepressants, genes, monoamines, predictors, psychotherapy, serotonin, therapeutic response

Hiperseksualnost – mit ili poriv

Maša Lipovac

Filozofski fakultet u Zagrebu

Odsjek za psihologiju

ORCID: 0000-0002-8764-1657

Sažetak

Hiperseksualnost označava prekomjernu seksualnu želju ili ponašanje koje uključuje normativne seksualne fantazije, porive i aktivnosti. Karakteristiku hiperseksualnih osoba čini snažna seksualna želja koja se teško ili uopće ne može kontrolirati. Prekomjerno seksualno ponašanje šteti partnerskim, obiteljskim i socijalnim odnosima. Hiperseksualnost češće se pojavljuje kod muškaraca. Terminologija i konceptualizacija hiperseksualnosti je kontroverzna što se odražava u nedostatku dijagnostičkih kriterija, terapijskih smjernica, teorijskih modela i etiologiji. Hiperseksualnost se najčešće konceptualizira kroz modele impulzivnosti, kompulzivnosti i ovisnosti. Zajednička karakteristika modela jest korištenje seksualnih aktivnosti s ciljem smanjenja i regulacije neugodnih emocija i raspoloženja. S druge strane, sve je češći dimenzionalni pogled koji seksualnu aktivnost svrstava na kontinuum, a hiperseksualno ponašanje čini ekstremni dio normativnog seksualnog ponašanja. Istraživanja upućuju na utjecaj prisutnosti drugih psihičkih poremećaja i doživljavanje seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu u razvoju hiperseksualnog ponašanja. Nemogućnost ovladavanja vlastitim seksualnim nagonima kod osoba izaziva osjećaje tjeskobe, srama i krivnje. U terapijskim intervencijama učinkovitima su se pokazale kognitivno-bihevioralna terapija, terapija prihvaćanja i poistovjećivanja i art terapija. Glavni je cilj terapija pomaganje klijentu u kontroli impulsa i pronalasku novih strategija nošenja sa stresom i lošim raspoloženjem.

Ključne riječi: hiperseksualnost, seksualna impulzivnost, seksualna kompulzivnost, seksualna ovisnost

Uvod

Lars von Triero film *Nimfomanka* (2013) tematizira život protagonistice Joe u obliku njezinog razgovora s Martinom, muškarcem koji sluša i analizira Joeine priče. Joe samu sebe naziva nimfomankom, a njezini ispričani životi događaji prepuni su s raznolikim, čestim i impulzivnim seksualnim iskustvima. Termin nimfomanka prije se koristio za označavanje ženske osobe s nezasićenim seksualnim apetitom, dok bi *Don Juanizam* bila muška inačica takvog ponašanja (Kingston i Fireston, 2008). Danas se, za ponašanje osoba poput Joe, najčešće koristi termin hiperseksualnost. Hiperseksualnost se odnosi na učestalo ili prekomjerno seksualno ponašanje koje uključuje ponavljajuće normativne seksualne fantazije, porive i aktivnosti koje se ne mogu kontrolirati (Walton i sur., 2017). Hiperseksualne osobe karakterizira snažna seksualna želja koja ih može ometati u svakodnevnom životu i nepovoljno utječe na njihove romantične odnose, posao, socijalni život i financijsku situaciju (Spenhoff i sur., 2013). One ne uspijevaju u kontroliranju vlastitih nagona i koriste seks kao sredstvo regulacije raspoloženja (Hallberg i sur., 2019). Potrebno je naglasiti da visoka seksualna želja nije nužno problematična, no kod ponekih ljudi s visokim libidom može dovesti do negativnih posljedica – narušavanja osobnog, poslovnog i socijalnog aspekta života. Ovisno o konceptualizaciji ili polaznoj istraživačkoj hipotezi, za opis takvog ponašanja se koriste i termini poput seksualne impulzivnosti (Erez i sur., 2014), seksualne ovisnosti (Riemersma i Sytsma, 2013), seksualne kompulzivnosti (Raymond i sur., 2003) i seksualnog ponašanja izvan kontrole pojedinca (Kaplan i Krueger, 2010). Nesuglasje oko korištenja jedinstvene terminologije rezultat je neslaganja oko konceptualizacija i etiologije hiperseksualnosti, nedostatak ispitivanja etiologije i manjak neuroloških istraživanja (Reid i Kafka, 2014). Hiperseksualnost, usprkos predlaganju njezinog uključivanja kao zasebnog poremećaja, ne postoji unutar klasifikacije seksualnih disfunkcija u Dijagnostičkom i statističkom priručniku mentalnih poremećaja (DSM-5; APA, 2013). Predložene dijagnostičke smjernice hiperseksualno ponašanje karakteriziraju ponavljajućim i intenzivnim seksualnim fantazijama, porivima i ponašanjima koje su povezane s negativnim raspoloženjem i oštećenjem u socijalnim, poslovnim i drugim domenama funkcioniranja, a ne mogu se pripisati uzimanju opojnih tvari ili lijekova (Kafka, 2010). Temeljem smjernica unutar DSM-5 (APA, 2013), hiperseksualnost najčešće se dijagnosticira i povezuje s domenom nespecificiranih seksualnih disfunkcija (Hook i sur., 2013). Unutar Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (*MKB*; WHO, 2019) postoji klasifikacija poremećaja kompulzivnog seksualnog ponašanja koje uz DSM-5 predložene kriterije uključuje nemogućnost kontrole vlastitog seksualnog ponašanja unatoč ne dobivanju zadovoljstva iz njega (Kraus i sur., 2018). Važno je istaknuti da se u posljednje vrijeme češće koristi izraz kompulzivnog seksualnog ponašanja od izraza hiperseksualnosti, no u ovom radu bit će korišten izraz hiperseksualnost jer se on češće koristi u člancima koji su korišteni pri izradi ovog rada. Po potrebi naglašena je konceptualizacija ili termin koji je upotrijebljen u izvornom

radu. Bitno je razlikovati hiperseksualnost od parafilicnih poremećaja koji uključuju ponašanja i fantazije potaknute seksualnom privlačnošću prema nenormativnim aktivnostima ili preferencijama (Davis i Knight, 2019). Parafilicni poremećaji uključuju jak i trajan seksualni interes prema seksualnim ponašanjima koja ne uključuju genitalnu stimulaciju ili seksualno dodirivanje s fizički zrelim, fenotipski normativnim i pristajućim partnerima (APA, 2013). Pojedinci s parafilicnim poremećajem nezadovoljni su svojim seksualnim preferencijama te spomenute preferencije stvaraju teškoće ili štetu njima i drugima oko njih. U parafilicne poremećaje ubrajaju se fetišizam, seksualni mazohizam i seksualni sadizam (APA, 2013). Primjerice, fetišizmi se mogu smatrati dijelom parafilicnog poremećaja ukoliko izazivaju štetne posljedice pojedincu ili drugima. S druge strane, hiperseksualnost se iskazuje u učestalim seksualnim aktivnostima koja su najčešće normativna, ali kod hiperseksualnih pojedinaca mogu biti prisutne nenormativne seksualne preferencije. Kaplanova i Krueger (2010) navode pornografske sadržaje, internetski seks, masturbaciju, seks s drugim osobama, telefonski seks i odlaske u striptiz klubove kao najčešće korištene aktivnosti i medije hiperseksualnih osoba za utaživanje svojih seksualnih želja i nagona. Hiperseksualne osobe najčešće navode poteškoće s kompulzivnom masturbacijom i ovisnošću o pornografiji, izvanbračnim aferama, rizičnim seksualnim ponašanjima s više partnera i čestim odlascima seksualnim radnicima (Reid, 2010, Scanavino i sur., 2013). Pretpostavlja se da je učestalost hiperseksualnosti u ukupnoj populaciji između 0.6 do 1.8% (Kafka i Reid, 2014), pri čemu je ona češća kod muškaraca nego kod žena (Kaplan i Krueger, 2010; Boethe i sur., 2018). Hiperseksualnost je posebice česta i rizična kod populacija homoseksualnih muškaraca i seksualnih zlostavljača (Boethe i sur., 2018; Davis i Knight, 2019). Žene u odnosu na muškarce izvještavaju o rjeđoj frekvenciji masturbacije. Dok muškarci izvještavaju o masturbaciji na tjednoj bazi, žene izvještavaju na mjesečnoj (Boethe i sur., 2018). Ujedno, muškarci prijavljuju gledanje pornografskih sadržaja na tjednoj bazi, a žene na godišnjoj bazi (Boethe i sur., 2018). U istraživanju Arafata i Cottona (1973) 61% žena je izjavilo da masturbira dok je u istraživanju Burriove i Carvalheirove (2019) to izjavilo 85% žena. Povećani udio žena koje izjavljuju o masturbaciji može biti posljedica smanjenja stigme oko ženske masturbacije i seksualnosti i jačanja svijesti o njihovoj važnosti u ženskom životu. Međutim, negativni društveni stav prema masturbaciji i sram mogu utjecati na odgovore žena koje izvještavaju o svojem masturbacijskom ponašanju. Hiperseksualne osobe češće izvještavaju o problemima u romantičnim odnosima, spolno prenosivim bolestima i parafilicnim interesima (Langstrom i Hanson, 2006). Ovaj rad obuhvatit će najčešće modele konceptualizacije hiperseksualnosti i moguće uzorke razvoja hiperseksualnosti. Također, osvrnut će se na ostale psihološke fenomene i karakteristike koje su povezane s hiperseksualnim ponašanje i terapijske intervencije usmjerene na tretman hiperseksualnosti. Zaključno, bit će prezentirane neke od metodoloških kritika usmjerene na određenje konstrukta hiperseksualnosti.

Modeli konceptualizacije hiperseksualnosti

Prisutno je više vrsta konceptualizacije hiperseksualnosti, premda niti jedna nije široko prihvaćena. Korištenje određene konceptualizacije ima svoje implikacije u operacionalizaciji konstrukta hiperseksualnosti i terapijskom pristupu njenog liječenja. Hiperseksualnost je moguće promatrati i definirati kao zasebni konstrukt, više povezanih dimenzija ili podtipova (Knight i Du, 2021). Hiperseksualnost se pretežito povezuje i tumači pomoću drugih konstrukta i modela impulzivnosti, kompulzivnosti i ovisnosti (Walton i sur., 2017).

Model seksualne kompulzivnosti interpretira i povezuje hiperseksualnost s karakteristikama opsesivno-kompulzivnog poremećaja (OKP). Patologiju opsesivno-kompulzivnog poremećaja čini prisutnost kompulzija koje se pojavljuju u obliku učestalih i ponavljajućih ponašanja ili misli koja se odvijaju temeljem specifičnih pravila ili na stereotipan način. Kod kompulzivne hiperseksualnosti one se manifestiraju u obliku konstantno ponavljajućih seksualnih fantazija, nagona i ponašanja koje štete osobnom, obiteljskom, socijalnom, obrazovnom i drugim područjima funkcioniranja (Garcia i Thibaut, 2010). Kompulzivno seksualno ponašanje povezano je s vjerovanjem osobe da njezine potrebe neće biti zadovoljene što paradoksalno može utjecati na veću ovisnost i korištenje drugih ljudi za zadovoljavanje potreba (Efrati i sur., 2021). Ponavljajuće i intruzivne seksualne misli i nagoni uzrokuju tjeskobu i nelagodu, a seksualno ponašanje je motivirano pokušajem umanjivanja tih neugodnih emocija (Reid i sur., 2017). Seksualne misli kod hiperseksualnih osoba izazivaju seksualnu uzbuđenost dok su kod osoba s OKP-om one neželjene i povezane s reakcijama izbjegavanja (Schwartz i Abmowitz, 2003). Kalichman i Cain (2004) su, na uzorku muškaraca i žena (većinski Afroamerikanaca) koji koriste usluge klinike za spolno prenosive infekcije, istražili odnos indikatora seksualne kompulzivnosti i rizičnih seksualnih ponašanja. Seksualnu su kompulzivnost odredili korištenjem skale seksualne kompulzivnosti (SCS, prema Kalichman i Cain, 2004) koja sadrži 10 čestica i ispituje stupanj slaganja sudionika s tvrdnjama povezanim sa seksualno kompulzivnim ponašanjem. Sudionici koji su postigli rezultat iznad 80. percentila kategorizirani su u grupu visoko kompulzivnih. 80. je percentil odabran kako bi između ekstremno visoke i ekstremno niske grupe bila razlika od bar jedne standardne devijacije. Visoko kompulzivna grupa je sadržavala 85 muškaraca i 38 žena. Visoko seksualno kompulzivne osobe u odnosu na nisko kompulzivne više se upuštaju u usputne nezaštićene seksualne odnose, imaju veći broj različitih dugoročnih ili kratkoročnih partnera i češće su bile dijagnosticirane s dvije ili više spolno prenosivih infekcija tijekom protekla tri mjeseca (Kalichman i Cain, 2004). Također su češće koristili alkohol i droge u seksualnim situacijama zbog po-

boljšanja seksualnog iskustva. Međutim, karakteristike uzorka nisu bile reprezentativne (prevelika zastupljenost osuđivanih osoba, Afroamerikanaca i osoba sa spolno prenosivim bolestima) stoga nije moguće razlučiti povezanosti nekih drugih varijabli, osim seksualne kompulzivnosti s rizičnim seksualnim ponašanjima. Povezanost seksualnog interesa i želje s povećanjem negativnog raspoloženja kod muškaraca sugerira da bi kod muškaraca seksualna aktivnosti mogla biti povezana s regulacijom negativnog raspoloženja (Lykins i sur., 2006). Međutim, karakteristično je za OKP da ponavljajuće radnje rijetko imaju nagrađivajući učinak za pojedinca, osim u slučaju korištenja ponavljajućih radnji s ciljem otklanjanja neugodnosti, dok hiperseksualne osobe osjećaju užitak i nagradu iz seksualnih ponašanja (Stein, 2008). Raymondova i suradnici (2003) proveli su istraživanje na uzorku osoba za koje se temeljem kliničkog intervjuja zaključilo da zadovoljavaju kriterije za dijagnozu seksualno kompulzivnog ponašanja. Seksualno kompulzivno ponašanje bilo je definirano ponavljajućim i intenzivnim seksualnim porivima, fantazijama ili ponašanjima u trajanju od minimalno šest mjeseci usmjerenim na veći broj dostupnih i nedostupnih seksualnih partnera i masturbaciju koji uzrokuju nezadovoljstvo i ne mogu se pripisati drugim psihološkim ili medicinskim stanjima. Većina je sudionika izvijestila o osjećaju zadovoljstva i otpuštanja napetosti nakon seksualnog ponašanja, ali i želju za prestankom kompulzivnog seksualnog razmišljanja i ublažavanjem seksualnih nagona (Raymond i sur., 2003). Nemogućnost kontrole seksualnih fantazija i ponašanja može biti povezana s poteškoćama seksualno kompulzivnih ljudi u postavljanju internalnih i interpersonalnih granica poput kontrole emocija i impulsa, kooperaciji i prihvaćanju obaveza (Efrati i sur., 2021)

Model seksualne impulzivnosti povezuje hiperseksualnost sa skupinom poremećaja kontrole impulsa. Prema navedenom modelu, hiperseksualnost karakterizira nemogućnost kontrole vlastitih seksualnih nagona i žudnji te nepromišljeno i naglo reagiranje u skladu s tim nagonima i žudnjama (Walton i sur., 2017). Kod poremećaja kontrole impulsa prije ponašanja osoba osjeća napetost koja se otpušta prilikom izvođenja ponašanja, a potom osjeća krivnju zbog počinjene radnje (Garcia i Thiabaut, 2010). Impulzivnost, kao jedan od simptoma poremećaja kontrole impulsa, mogla bi biti povezana s željom i potrebom za zadovoljstvom i užitkom, a impulzivna seksualna ponašanja imaju ulogu nagrade u tom obrascu ponašanja (Reid i sur., 2015). Ponavljanje ugodnih seksualnih aktivnosti potaknuto je niskom kontrolom ponašanja i visokim nagonom. Impulzivnost može biti operacionalizirana kao crta ličnosti ili karakteristika ponašanja (Derefinko i sur., 2014) i povezana je s drugim konstruktima poput traženja senzacija, nedostatka promišljanja i ustrajnosti te pozitivne i negativne hirovitosti (Reid i sur., 2015). Muškarci koji postižu veće rezultate u traženju senzacija i preuzimanju rizika imaju veću vjerojatnost sudjelovanja u riskantnim seksualnim ponašanjima poput spavanja s nepoznatom osobom (Derefinko i sur., 2014). Problematično korištenje por-

nografije, definirano temeljem samoprocjena utjecaja korištenja pornografije na funkcionalne aspekte života, povezano je s impulzivnošću, višim seksualnim potrebama, pozitivnim i negativnim efektima upotrebe pornografije i izbjegavanjem negativnih iskustva (Wetterneck i sur., 2012). Moguće je da impulzivniji pojedinci zbog većih seksualnih potreba koriste pornografiju za dobivanje užitka s ciljem ublažavanja nekih neugodnih emocija, unatoč tome što osjećaju negativne efekte nakon korištenja. Međutim, pronađena je i povezanost između impulzivnosti i kompulzivnosti, zbog čega se ne može isključiti preklapanje ili zajednička podloga ta dva konstrukta (Kingston i Fireston, 2008). U takvom međuodnosu impulzivnost potiče učestalije korištenje pornografije, a kompulzivnost utječe na zadržavanje i ponavljanje tog oblika ponašanja u svrhu smanjivanja neugodnih emocija (Wetterneck i sur., 2012). Usto moguće je da se tijekom vremena kompulzivna ponašanja zbog učestalog ponavljanja pretvore u naviku koja se koristi za pozitivno ili negativno potkrepljenje, primjerice za dobivanje užitka ili smanjenje neugodnih emocija. Seksualna impulzivnost povezana je s većom učestalošću poremećaja raspoloženja, anksioznih poremećaja, poremećaja zloupotrebe supstanci i poremećaja ličnosti. Kod žena je seksualna impulzivnost snažnije povezana sa socijalnom fobijom, ovisnosti i zloupotrebom alkohola, paranoičnim, shizotipnim, antisocijalnim, graničnim, narcističkim, izbjegavajućim i opsesivno-kompulzivnim poremećajem ličnosti (Erez i sur., 2014).

Model ovisnosti hiperseksualnost određuje kao ovisnost o seksualnom ponašanju. Za ovisničko ponašanje je karakteristična nemogućnost kontrole, fiziološka ovisnost, socijalni problemi i riskantna upotreba predmeta ovisnosti (APA, 2013). Seksualna je ovisnost povezana s kompulzivnim seksualnim ponašanjem koje doprinosi razvoju tolerancije (potrebno je više podražaja ili aktivnosti za postizanje istog učinka), gubitku kontrole, učestalom ponavljanju i povećavanju frekvencije ponašanja unatoč štetnim posljedicama (Riemersma i Sytsma, 2013). Seksualno ponašanje u modelu ovisnosti dijeli sličnosti s kompulzivnim i impulzivnim seksualnim ponašanjem, pri čemu se seksualno ponašanje koristi za ublažavanje neugodnih emocija i dobivanje zadovoljstva. Zaokupljenost seksualnim nagonima i utaživanjem istih stvara nelagodu prilikom pokušaja smanjivanja i regulacije seksualnog ponašanja, što posljedično otežava pružanje pomoći osobi (Stein, 2008). Pokušaji su regulacije seksualnog ponašanja popraćeni osjećajem nezadovoljstva i depresivnim mislima što potiče ponovno upuštanje u stimulirajuća seksualna ponašanja (Garcia i Thiabut, 2010). Prema Riemarsmi i Sytsmu (2013), seksualna ovisnost povezana je s ranom i učestalom izloženosti seksualnim materijalima, zlostavljanjem, nesigurnim stilom privrženosti, depresijom i anksioznošću. Davisova i Knight (2019) su, na uzorku maloljetničkih seksualnih zlostavljača, pronašli povezanost seksualnog zlostavljanja i hiperseksualnosti, pri čemu je seksualno zlostavljanje počinjeno od strane muških skrbnika bio statistički najznača-

jniji prediktor hiperseksualnosti. Osobe koje zadovoljavaju kriterije za neki od modela hiperseksualnosti često zadovoljavaju i kriterije za druge poremećaje poput depresije, bipolarnog poremećaja ličnosti i anksioznosti (Erez i sur., 2014). Nastanak hiperseksualnosti unutar modela ovisnosti specifični su za svaku osobu što otežava suglasnost oko jedinstvenog uzroka hiperseksualnosti. U podlozi razvoja seksualne ovisnosti mogu biti neki vanjski poticaji, primjerice trauma uzrokovana zlostavljanjem ili nepovoljnim okolinskim uvjetima u djetinjstvu može biti ublažavana i regulirana ponavljajućim upuštanjem u seksualne aktivnosti. Seksualna ovisnost može biti predisponirana facetama ličnosti poput traženja seksualnih senzacija (Burri, 2017) ili impulzivnosti (Reid i sur., 2012).

S druge strane, neki istraživači preporučuju proučavanje hiperseksualnosti i tipičnih ponašanja i karakteristika povezanih s njom putem dimenzija (Carvalho i sur., 2015; Knight i Du, 2021). Walters i sur. (2011) ispitivali su latentnu strukturu hiperseksualnosti na referentnim uzorcima Švedana i američkih osuđenih seksualnih zlostavljača. Frekvencija masturbacije, broj seksualnih partnera, gledanje pornografije i interes za impersonalni seks korišteni su kao indikatori hiperseksualnosti u uzorku švedskih pojedinaca. Na uzorku američkih seksualnih zlostavljača, indikatori hiperseksualnosti mjereni su korištenjem skale samoprocjene hiperseksualnog ponašanja (*HR*, prema Walters i sur., 2011) i skala mutidimenzionalne procjene seksualnih i agresivnih ponašanja (*MASA*, prema Walters i sur., 2011) koja ispituje kontrolu opisanog ponašanja, raspon seksualnog ponašanja od prosječnog do devijantnog, impulzivnost i agresivnost. Rezultati istraživanja ukazuju da učestalo seksualno ponašanje i hiperseksualnost nisu dvije različite kategorije seksualnog ponašanja, nego čine distorziju normativnog seksualnog ponašanja. Individualne razlike u pretjeranom seksualnom ponašanju i hiperseksualnosti povezane su s razlikama u stupnju, a ne vrsti ponašanja, primjerice hiperseksualne osobe navode češću frekvenciju masturbacije i veći interes u impersonalne seksualne od ne hiperseksualnih osoba. Carvalhova i suradnici (2015) identificirali su problematičnu seksualnost i visoku seksualnu želju kao dvije odvojene komponente koje zajedno čine hiperseksualnost. Suprotno najraširenijem i najučestalijim konceptualizacijama, prema provedenom istraživanju problematično seksualno ponašanje nije nužno produkt visoke intenzivne seksualne želje ili čestih seksualnih odnosa. Izvještavanje o češćim nepovoljnim posljedicama seksualnog ponašanja bilo je povezano sa slabijom mogućnosti kontrole seksualnih nagona, misli i aktivnosti što upućuje da je hiperseksualnost povezana s karakteristikama, a ne učestalošću ponašanja. Percepcija vlastite seksualnosti više utječe na posljedice seksualnog ponašanja nego seksualna želja, odnosno vlastita seksualnost može se smatrati problematičnom, iako ona nije karakterizirana visokom seksualnom željom ili frekvencijom seksualnih odnosa (Carvalho i sur., 2015). Wernerova i suradnici (2018) su korištenjem analize mreže identifi-

cirali psihološku nelagodu zbog vlastite seksualnosti (personalni problemi) i nelagodne osjećaje povezane sa seksualnošću (sram) kao središnje simptome u mreži hiperseksualnosti. Kod žena u središtu se još nalazio nedostatak kontrole seksualnog ponašanja, dok se kod muškaraca nalazile seksualne potrebe. Taj nalaz dodatno upućuje na precijenjenost visoke seksualne želje kao glavnog simptoma i mehanizma u podlozi hiperseksualnosti i naglašava važnost percepcije vlastite seksualnosti i osjećaja povezanih s njom. Posljednja dva istraživanja bila su provedena na hrvatskom uzorku i prilikom oglašavanja bio je istaknut njihov fokus na pornografiji i seksualnom zdravlju, što je moglo utjecati na privlačenje sudionika koji su upoznati s pornografijom ili otvoreniji u davanju informacija o vlastitoj seksualnosti. Usto, moguće je da se sudionici koji su pristali sudjelovati o istraživanju hiperseksualnosti razlikuju od sudionika koji nisu pristali zbog osjetljivosti i sveprisutne stigmatizacije seksualnosti. U tome je kontekstu i izvan njega potrebna replikacija istraživanja na različitim populacijama.

Etiologija hiperseksualnosti

Problemi s prekomjernim seksualnim ponašanjem najčešće se pojavljuju u mlađoj odrasloj dobi i povezani su s odvajanjem od roditelja u ranom djetinjstvu i ranijim stupanjem u seksualne odnose (Langstrom i Hanson, 2006). Nedostatak odnosa s roditeljima potiče pojedinca da potraži intimu i prisnost na druge načine kako bi umanjio osjećaje usamljenosti ili regulirao neugodne emocije (Fontanesi i sur., 2021). Jepsen i Brzankova (2022), na uzorku mlađih odraslih ljudi, pronašli su povezanost većeg rezultata na skali hiperseksualnog ponašanja (*HBI*, prema Jepsen i Brzankova, 2022) s usamljenošću, niskim samopouzdanjem i nepovoljnim socijalizacijskim utjecajima u ranijim životnim razdobljima. Kod adolescenata, ovisnost o internetu ili njegovo problematično korištenje mogu biti rizični za razvoj seksualno kompulzivnog ponašanja (Lawal i Idemudia, 2017). S obzirom na to da je hiperseksualnost povezana s prisutnošću drugih psihičkih poremećaja, nameće se pitanje je li hiperseksualnost samo simptom nekog drugog poremećaja ili ona čini zasebni fenomen (Erez i sur., 2014). Hiperseksualno ponašanje i seksualne kompulzije mogu biti simptomi poremećaja raspoloženja. Hiperseksualnost može biti indikator manične faze kod bipolarnog poremećaja ili reaktivni oblik problematične seksualnosti kod depresivnog poremećaja (Ciocca i sur., 2021). Kod manične faze može doći do pojačavanja seksualne želje i upuštanje u riskantna seksualna ponašanja poput nezaštićenih odnosa (Kopeykina i sur., 2016). Simptom hiperseksualnosti može biti posljedica zlostavljanja, pretjerane seksualne stimulacije ili neprimjerenih obiteljskih seksualnih granica kod djece i adolescenata s bipolarnim poremećajem (Adelson, 2010). U okvirima depresivnih poremećaja raspoloženja, problematična seksualnost može služiti kao ponašajni način nošenja s unutrašnjom

tjeskobom i neugodnim osjećajima (Ciocca i sur., 2021). Hiperseksualnost se također može pojaviti kao simptom uzimanja supstanci, lijekova, ili neuroloških bolesti poput demencije ili Parkinsonove bolesti (Walton i sur., 2017).

S druge strane, pronađena je povezanost seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu ili odrasloj dobi s hiperseksualnošću kod muškaraca i žena (Slavin i sur., 2020; Davis i Knight, 2019). Salvinova i suradnici (2020) upotrebom regresijske analize su pronašli da seksualno zlostavljanje u djetinjstvu, odrasloj dobi ili u oba životna razdoblja ponajviše može predvidjeti hiperseksualnost kod muškaraca i žena. Iako je korelacija prediktorske (iskustvo sa seksualnim zlostavljanjem) i kriterijske varijable (mjera hiperseksualnosti) niske vrijednosti, one su ukazivale na veću mogućnost predviđanja hiperseksualnosti kod muškaraca temeljem prijašnjih iskustava seksualnog zlostavljanja. Ti nalazi sugeriraju da bi seksualno zlostavljanje u djetinjstvu mogao biti jedan od

Karakteristike hiperseksualnih osoba

Iako je prekomjerno seksualno ponašanje jedna od glavnih osobina i prediktora hiperseksualnosti, ona može utjecati na i biti povezana s emocionalnim karakteristikama osobe, crtama ličnosti i odnosima s drugima ljudima. Hiperseksualne osobe u prosjeku izvještavaju o većem broju seksualnih partnera te većoj učestalosti masturbacije i partnerskih seksualnih odnosa (Klein i sur., 2014; Spenhoff i sur., 2013). Na populacijskom uzorku 2450 muškaraca i žena (od 18. do 60. godine), Langstrom i Hanson (2006) istraživali su korelate i prediktore hiperseksualnosti unutar zdrave populacije. Hiperseksualnost je bila definirana temeljem indikatora impersonalnog seksa (frekvencija masturbacije, godišnje korištenje pornografije, godišnji broj seksualnih partnera, preferencija povremenih odnosa, imanje seksualnog odnosa izvan partnerskog odnosa, trenutna veća količina stalnih partnera i grupni seks). Sudionici koji su imali visok rezultat ili potvrdno odgovorili na tri ili više indikatora bili su kategorizirani u grupu visoke hiperseksualnosti, ispitanici s nula indikatora su kategorizirani u grupu niske hiperseksualnosti, a ostali su kategorizirani u grupu umjerene hiperseksualnosti. U istraživanju je ispitana povezanost takve mjere hiperseksualnosti sa sociodemografskim karakteristikama, zdravljem i korištenjem supstanci, seksualnošću i odnosima (učestalost partnerskih seksualnih odnosa, seksualnim zlostavljanjem, istospolnim seksualnim iskustvima, parafilijama i slično) i zadovoljstvom (kod sudionika u monogamnoj stabilnoj vezi). Frekvencija seksualnih odnosa i učestalost masturbacije najbolje su predviđali hiperseksualnost. Visoka stopa impersonalnog seksa povezana je s nepovoljnim obiteljskim situacijama, štetnim zdravstvenim ponašanjima (konzumacija duhana, znatna konzumacija alkohola, nezadovoljstvom psihičkim zdravljem i slično) i nezadovoljstvom životom, a visoka stopa masturbacije je povezana s općim

nezadovoljstvom životom i nezadovoljstvom seksualnim životom (Langstrom i Hanson, 2006). Uz to, sudionici koji prijavljuju češće korištenje pornografije, veći broj seksualnih odnosa s više partnera i češću masturbaciju izvještavaju o višim razinama neugodnih emocija i tjeskobe (Vaillancourt-Morel i sur., 2017). Moguće je da učestalo korištenje pornografije i masturbacije ima ulogu mehanizma suočavanja s problemima u partnerskim odnosima i sklonosti dosadi seksualnim aspektom partnerskog odnosa (Klein i sur., 2015).

Hiperseksualnost je povezana s visokim neuroticizmom, niskom ugodnošću i niskom savjesnošću (Walton i sur., 2017; Rettenberger i sur., 2015). U istraživanju razlika u facetama ličnosti kod hiperseksualnih muškaraca i žena pronađeno je da žene u prosjeku postižu niže rezultate na faceti povjerenja, a više rezultate na facetama dužnosti i kompetentnosti u odnosu na muškarce (Reid i sur., 2012). Hiperseksualni muškarci i žene prosječno postižu više rezultate na dimenzijama neuroticizma i impulzivnosti koje su povezane s emocionalnim problemima, teškoćama u suočavanju sa stresom i međuljudskom osjetljivošću, u odnosu na zdrave muškarce i žene. Također, postigli su slične rezultate na facetama impulzivnosti, samo-discipline i promišljanja što može objasniti potrebu hiperseksualnih osoba za brzim zadovoljstvom, prokrastinacijom i nepromišljenošću (Reid i sur., 2012). Faceta traženja seksualnih senzacija pozitivno je povezana sa seksualnim funkcioniranjem žena (manja seksualna bol, bolja lubrikacija i orgazmi) i muškaraca (bolja erektilna funkcija), a negativno je povezana s rezultatima samoprocjene seksualne kompulzivnosti (Burri, 2017). Botheova i suradnici (2020) pronašli su razliku u osjetljivosti na dosadu, koja čini dio facete traženja senzacija, između problematičnih i neproblematičnih korisnika pornografije. Problematično korištenje pornografije bilo je određeno korištenjem skale problematičnog korištenja pornografije (*PPCS*, prema Bothe i sur., 2020) koja problematično ponašanje određuje prema faktorima regulacije raspoloženja, tolerantnosti, ponašanja povlačenja, svadljivosti. Problematični korisnici pornografije više su osjetljivi na dosadu što može ukazivati na korištenje pornografije u svrhu ukidanja monotonije i oslobađanja od dosade.

Za hiperseksualnu populaciju karakteristično je veće i intenzivnije osjećanje emocija krivnje i srama. Krivnja i sram povezani su s niskim samopouzdanjem i negativnom slikom o sebi (Walton i sur., 2017). Naglašeniji osjećaji srama mogli bi biti posljedica korištenja seksualnih aktivnosti kao mehanizama otklanjanja već prisutnih osjećaja srama (Gilliland i sur., 2011). Osjećaj srama ometa u pokušajima regulacije i umanjanja ovisničkih obrazaca ponašanja i potiče njihovo nastavljanje (Kingston i Fireston, 2008). Povećani seksualni interes tijekom negativnih raspoloženja povezan je s upuštanjem u seksualne odnose popraćene osjećajem žaljenja (Janssen i sur., 2013). Dhuffar i Griffith (2014) istraživali su povezanost osjećaja srama i hiperseksualnog

ponašanja i negativnih posljedica tog ponašanja na uzorku zdravih žena. Na njihovom uzorku štetne posljedice hiperseksualnog ponašanja najbolje su predvidjele osjećaje srama. Moguće je da se osjećaji srama pokušavaju regulirati seksualnim ponašanjem, no ono ne dovodi do trajnog smanjenja te emocije. Gilliland i suradnici (2011), na većinskom uzorku muškaraca koji se liječe od problematične uporabe pornografije, ispitali su ulogu osjećaja srama i krivnje s hiperseksualnim ponašanjem, motivacijom za promjenu ponašanja i proaktivnom promjenom ponašanja. Hiperseksualnost sudionika procijenila se korištenjem indeksa hiperseksualnog ponašanja (*HBI*, prema Gilliland i suradnici, 2011) koji mjeri stupanj nemogućnosti kontrole seksualnog ponašanja, korištenja seksualnog ponašanja kao regulacije neugodnih osjećaja i negativnih posljedica seksualnog ponašanja. Sram i krivnja izmjereni su korištenjem upitnika *TOSCA-3-e* (prema Gilliland i sur., 2011) u kojem sudionici procjenjuju vjerojatnost svoje reakcije na opisane pozitivne ili negativne situacije. Korištenjem analize putanje, vrste strukturalnog modeliranja (*SEM*), Gilliland i suradnici (2011) pronašli su da osjećaj krivnje negativno korelira s hiperseksualnošću, a pozitivno korelira s motivacijom za promjenu i proaktivne promjene ponašanja. Krivnja i motivacija za proaktivne promjene ponašanja imaju slabiju povezanost nego krivnja i motivacija prema promjeni, što naznačuje da osjećaj krivnje samostalno nije dovoljno snažan poticaj za promjenu ponašanja. Samo-hostilnost, koja se može konceptualizirati kao dimenzija srama i karakterizira ju samokritičnost, također je statistički značajan prediktor hiperseksualnosti (Reid, 2010). Naglašeniji osjećaji krivnje kod hiperseksualnih osoba eventualno su posljedica kognitivne disonance između njihovog seksualnog ponašanja i društvenih normi (Reid, 2010).

Nalazi koji upućuju na povezanost krivnje i srama s hiperseksualnošću podigli su pitanje povezanosti kulture s osjećajima srama i seksualnim ponašanjem. Kultura utječe na oblikovanje vrijednosti i stavova o seksualnom ponašanju. Primjerice, istočnoazijske žene izvještavaju o većim razinama seksualne krivnje i seksualnog konzervatizma u usporedbi sa ženama bijele rase (Woo i sur., 2011). Različita društva i kulture razlikuju se u svojem poimanju normativnog seksualnog ponašanja (Heineman i sur., 2016). U kontekstu hiperseksualnosti, stavovi prema seksualnom ponašanju mogu utjecati na mišljenja ljudi o prihvatljivoj frekvenciji seksualne aktivnosti, masturbacije, broja partnera i slično. U istraživanju Lewczukove i suradnika (2023) permisivnost prema seksualnosti (otvoreni i liberalniji pristup seksu i seksualnim aktivnostima) bila je povezana s višim rezultatima na upitniku hiperseksualnosti (*HBI*, prema Lewczuk i sur., 2023) i upitniku problematičnog korištenja pornografije (*BPS*, prema Lewczuk i sur., 2023) i višom frekvencijom seksualnih odnosa kod muškaraca i žena. Opisani rezultati sugeriraju permisivnost kao rizik nastanka hiperseksualnosti. S druge strane, kontrola trudnoće (stavovi o odgovornoj seksualnosti i jednakoj partnerskoj brizi o uporabi kon-

trancepcije) bila je negativno povezana s hiperseksualnošću kod žena, dok takva povezanost nije pronađena s problematičnim korištenjem pornografije. Taj rezultat može biti objašnjen činjenicom da je upotreba kontracepcije direktno povezana uz seksualne odnose što nije slučaj kod korištenja pornografije. Uz kulturu, na percepciju vlastite seksualnosti utječu moralne vrijednosti o primjerenosti vlastitog seksualnog ponašanja, što može utjecati na osjećaje nelagode oko vlastitog seksualnog ponašanja ako se ono percipira pretjeranim, krivim ili nekontroliranim (Karaga i sur., 2016). Religioznija društva imaju negativniji pogled prema seksualnosti što može utjecati na rigoroznije procjenjivanje odrednica hiperseksualnog ponašanja. Religioznost i moralno neprihvatanje internetske pornografije povezano je s nižim pragom percipirane ovisnosti o internetskoj pornografiji (Grubbs i sur., 2015). Religiozne osobe će vlastito seksualno ponašanje vjerojatnije percipirati kao ovisnost. Utjecaj kulture i moralnih vrijednosti na poimanje seksualnosti može utjecati na terapijske intervencije hiperseksualnosti. Seksualni bi psihoterapeuti trebali biti osviješteni o karakteristikama seksualnih stavova unutar kulture hiperseksualne osobe. U svrhu zaključivanja o generalnim indikatorima hiperseksualnosti, nužno je provesti istraživanja i na uzorcima hiperseksualnih osoba iz različitih kultura. Spoznaje o karakteristikama i sličnostima hiperseksualnih osoba pridonose razvoju terapijskih intervencija usmjerenih na olakšavanje simptoma i smanjenje hiperseksualnog ponašanja i omogućuju bolje razumijevanje konstrukta hiperseksualnosti.

Terapijski tretman hiperseksualnosti

Hiperseksualnost se najčešće dijagnosticira kao nespecifična seksualna disfunkcija zbog nedostatka službene klasifikacije i dijagnostičkih kriterija (Hook i sur., 2013). Prilikom dijagnosticiranja bitno je isključiti nastanak hiperseksualnosti kao simptoma nekog drugog komorbiditeta poput poremećaja raspoloženja ili uzimanja supstanci, pošto se u tim situacijama razlikuje način pristupanja liječenju (Ciocca i sur., 2018). Tijekom terapije korisno je da osoba shvati zašto, kako i zbog čega koristi seks kao mehanizam obrane od stresa ili neugodnih emocija (Reid, 2010). Prije terapije, korisno je uzeti u obzir karakteristike seksualnog ponašanja, odnosno može li se ono bolje konceptualizirati impulzivnošću ili kompulzivnošću. Primjerice, kod impulzivnijih osoba motivacijski usmjerena terapija bi bila uspješnija, u usporedbi s kompulzivnijim osobama (Kingstone i Firestone, 2008). Zbog kompleksnosti hiperseksualnosti, preporučuje se više vrsta terapije uključujući kognitivno-bihevioralnu terapiju, grupnu terapiju, program 12 koraka i psihofarmakološku terapiju (Hook i sur., 2013; Kaplan i Krueger, 2010).

Kognitivno-bihevioralna terapija usredotočuje se na izmjenjivanje vjerovanja povezanih sa sramom, promjenom kognitivnih distorzija (Rimersma i Sytsma, 2013) i jačanju samokontrole u riskantnim situacijama (Kapla i Krueger, 2010). Hallberg i suradnici (2019) istraživali su efikasnost grupne kognitivno-bihevioralne terapije (KBT) u trajanju od 7 tjedana na ublažavanje simptoma hiperseksualnosti. Terapijska intervencija usmjerila se na povezivanje obrazaca razmišljanja s ponašanjima, poticanjem preispitivanja disfunkcionalnih misli i vjerovanja i razvoju interpersonalnih sposobnosti poput asertivnosti i upravljanja sukobima. U njihovom istraživanju sudjelovalo je 137 hiperseksualnih muškaraca koji su nasumično bili podijeljeni u terapijsku i kontrolnu grupu. Nakon 7 tjedana terapije, sudionici terapijske grupe u prosjeku su izvještavali o manje simptoma hiperseksualnosti nego na početku terapije, u odnosu na sudionike iz kontrolne grupe. Takvi rezultati dobiveni su tri i šest mjeseci nakon terapije (Hallberg i sur., 2019). Moguće je da KBT kod sudionika utječe na osvještavanje i zamjenu disfunkcionalnih načina razmišljanja koji potiču hiperseksualno ponašanje. Drugim riječima, nošenje s neugodnim osjećajima u određenoj se mjeri prestalo regulirati korištenjem seksa. Uz to, provedba terapije u grupnom okružju mogla je utjecati na smanjivanje osjećaja srama koji su često prisutni kod hiperseksualnih osoba (Gilliland i sur., 2011; Dhuffar i Griffith, 2014). Također, terapija umjetnošću se pokazala korisnom u smanjivanju osjećaja srama i simptoma hiperseksualnosti kod kliničke populacije (Wilson i Fischer, 2018). Crosby i Thowig (2016) su provodili terapiju prihvaćanja i posvećenosti (eng. *ACT*), s ciljem smanjivanja problematičnog korištenja internetske pornografije. Kombiniranjem rezultata svih sudionika terapijske skupine pri završetku terapije- došlo je do 92% smanjenja gledanja pornografije, a nakon tri mjeseca taj se stupanj zadržao na 86% na grupnoj razini. Program 12 koraka prvotno se koristio za liječenje ovisnosti, a zbog konceptualiziranja hiperseksualnosti kao ovisnosti počelo se razmatrati njegovo korištenje za intervencije hiperseksualnosti. (Kaplan i Krueger, 2010). Program se temelji na interakciji i radu u grupama koje omogućuju ojačavanje vlastitih socijalnih vještina, stvaranju zdravih odnosa i prihvaćanju odgovornosti (Rimersma i Sytsma, 2013). Program je usmjeren na kontrolu i prestanak problematičnog seksualnog ponašanja i pronalazak novih strategija nošenja sa stresom (Kaplan i Krueger, 2010). Međutim, iako se ovaj program koristi kao terapija hiperseksualnosti, nedostaju empirijski podaci koji bi potvrdili njegovu efikasnost (Stewart i Fedoroff, 2014).

Hook i suradnici (2013) naglasili su postojanje metodoloških problema u ispitivanju utjecaja psihoterapija na intervenciju hiperseksualnosti. Metodološki problemi povezani su s korištenjem nereprezentativnog uzorka, rijetkom upotrebom kontrolnih grupa, nedostatak follow-upa i nekonzistentnost korištenih tretmana. Na uspješnost terapije također mogu utjecati crte ličnosti (Reid i sur., 2012), motivacija za liječenje (Gillil-

and i sur., 2013) i prisutnost drugih psihičkih smetnji (Erez i sur., 2014). Problematiku proučavanja hiperseksualnosti čini korištenje različitih skala i dijagnostičkih kriterija koji umanjuju mogućnost uspoređivanja rezultata. U istraživanjima učinkovitosti terapija treba paziti na podtip hiperseksualnog ponašanja koji se istražuje i karakteristike povezane s njim. Ujedno, bilo bi korisno u istraživanja uključiti partnere ili bliske osobe hiperseksualnih osoba, s obzirom na to da se istraživanja najčešće temelje na samoprocjenama i samoizvještajima hiperseksualnih osoba koji su podložni utjecaju socijalno poželjnog odgovaranja, što može naškoditi zaključivanju o zakonitostima koje vrijede za širu populaciju hiperseksualnih osoba. Buduća istraživanja trebala bi

Kritike određenju hiperseksualnosti

Problematika hiperseksualnosti povezana je s nedostatkom patoloških i epidemioloških ispitivanja te manjkom neuropsiholoških istraživanja (Reid i Kafka, 2014). Nedostatak jedinstvene i zajedničke klasifikacije i teoretskih modela otežava usporedbu između različitih istraživanja i psihometrijskih tehnika mjerenja mozgovne aktivacije i upitnika. Terminom i definicijama hiperseksualnosti nameće se pitanje što čini normativno seksualno ponašanje, odnosno postoji li granica kada seksualno ponašanje postaje patološko. Prilikom konstrukcije DSM-5 (APA, 2013) razmatralo se o uključivanju hiperseksualnosti u skupinu seksualnih poremećaja, a Kafkini dijagnostički kriteriji (2010) bili su predloženi kao moguće dijagnostičke smjernice. Kafkini kriteriji uključuju: (1) ponavljajuće i intenzivne seksualne fantazije, nagone i ponašanja, (2) vrijeme zaokupljeno seksualnim ponašanjima, nagonima i fantazijama interferira s drugim aspektima života, (3) seksualna ponašanja, fantazije i nagoni se koriste kao odgovor na disforična stanja i stresne situacije, (4) učestale, ali propale pokušaje kontrole seksualnih ponašanja, fantazija i nagona, (5) ponavljanje seksualnih ponašanja, fantazija i nagona unatoč šteti nanošenoj sebi ili drugima, (6) poteškoće u funkcioniranju povezane s frekvencijom i intenzitetom seksualnih aktivnosti i (7) seksualna aktivnost nije posljedica uzimanja lijekova ili supstanci. Premda su Kafkini kriteriji bili korisni u operacionalizaciji hiperseksualnosti u istraživanjima, zbog nedostatka neuroloških istraživanja kriteriji bili su odbačeni, a hiperseksualnost se nije uključila u DSM-5 kao zaseban poremećaj seksualnosti. Moser (2011) kritizira Kafkine kriterije i opisuje ih previše širokima i nedovoljno specifičnima, što bi moglo uzrokovati lažne dijagnoze. Kafka (2010) je u svojim dijagnostičkim kriterijima predložio da se problematično seksualno ponašanje određuje prema tjednom seksualnom odušku (*total sexual outlet/week*, TSO), odnosno brojem postignutih orgazama tijekom jedne ili više seksualnih aktivnosti. Rezultat od 7 ili više TSO-a pripadao bi kategoriji problematične seksualnosti. Međutim, takva arbitrarna podjela ne mora biti pouzdano mjerilo hiperseksualnosti.

Primjerice, žene općenito izvješćuju o rjeđoj masturbaciji i manjem broju seksualnih partnera od muškaraca (Boethe i sur., 2018) te temeljem te mjere moguće je da neke hiperseksualne žene ne bi zadovoljile uvjete dijagnoze hiperseksualnosti. Takva podjela također isključuje osobe koje ne doživljavaju orgazme usprkos čestim seksualnim aktivnostima. Uključivanje romantičnih partnera ili bliskih osoba u procjenjivanje hiperseksualnosti moglo bi pridonijeti realističnoj procjeni simptome hiperseksualnosti, posebice u kontekstu masturbacije i prekomjernog gledanja pornografije. S druge strane, kriteriji za dijagnozu kompulzivnog seksualnog ponašanja u MKB-11 (WHO, 2019), uz postavke Kafkinih kriterija, sadrže drugačiju isključujuću dijagnozu, odbacuju korištenje seksualnog ponašanja u svrhu emocionalne regulacije i mehanizma suočavanja s problemima kao kriterij i uvode prisutnost moralne inkongruentnosti između seksualnog ponašanja i stavova i smanjeno seksualno zadovoljstvo kao kriterije (Gola i sur., 2020).

Obrasci ponašanja i etiologija hiperseksualnosti razlikuju se unutar populacije hiperseksualnih osoba (Giugliano, 2008; Kingston, 2017), stoga bi bilo potrebno više se usmjeriti na razlikovanje karakteristika različitih manifestacija, odnosno podtipova hiperseksualnosti poput prekomjernih partnerskih seksualnih odnosa i prekomjerne masturbacije i otkrivanje individualnih uzroka hiperseksualnog ponašanja. U suštini, istraživanja hiperseksualnosti preispituju kako određujemo što je normativno, a što nije, odnosno kada neki obrazac ponašanja počnemo smatrati psihičkim poteškoćama ili poremećajem. Moguće je da se učestalo seksualno ponašanje smatra problematičnim zbog ne slaganja s društvenim stavovima i očekivanjima oko seksualnog ponašanja, no to ne mora značiti da ono predstavlja i čini poteškoću ili poremećaj (Walters i sur., 2011). Neki istraživači odbacuju arbitrarno i kategorijalno promatranje hiperseksualnosti te predlažu proučavanje i dijagnosticiranje hiperseksualnosti temeljem dimenzija seksualne aktivnosti. Drugim riječima, potrebno je odrediti točke na kontinuumu seksualne aktivnosti koje ukazuju na potencijalno problematično seksualno ponašanje (primjerice rezultat na indikatorima pretjerane seksualne aktivnosti) i eventualnu potrebu pružanja pomoći u nošenju s vlastitim seksualnim ponašanjem (Walters i sur., 2011; Kingston, 2017). Dakako i takvo gledište opet zahtijeva definiranje granica normativne seksualnosti, što se pokazalo problematičnim. Kaplanova i Krueger (2010) potiču na opreznost pri korištenju termina i koncepta hiperseksualnosti zbog mogućnosti obilježavanja normativnog ponašanja patološkim. Patologiziranje normativnog seksualnog ponašanja može dovesti do stigmatizacije i krivog dijagnosticiranja što posljedično negativno utječe na osobe i društvo.

Zaključak

Hiperseksualno ponašanje povezano je s češćim upuštanjem u rizična ponašanja, oštećenjima u funkcionalnim aspektima života i nezdravim strategijama regulacija raspoloženja. Češće se pojavljuje kod muškaraca nego kod žena. Iako seksualne aktivnosti omogućuju utaživanje seksualnih nagona i poriva, prekomjerno upuštanje u seksualna ponašanja i nemogućnost kontrole vlastitih želja i poriva uzrokuje osjećaje srama, krivnje i slabijeg zadovoljstva. Hiperseksualnost se može proučavati kao seksualna ovisnost, poremećaj kontrole impulsa ili opsesivno-kompulzivni poremećaj. S druge strane, sve je češći dimenzijski pristup hiperseksualnosti nasuprot kategorijskom koji tretira hiperseksualnost kao ekstremni dio distribucije normativnih seksualnih ponašanja.

Pretpostavlja se da je razvoj hiperseksualnosti povezan s prisutnošću drugih psihičkih problema i doživljavanjem traumatičnih iskustava u djetinjstvu. Hiperseksualno ponašanje povezano je s doživljavanjem neugodnih emocija, posebice srama i tjeskobe. Hiperseksualne osobe prosječno postižu više rezultate na facetama neuroticizma, impulzivnosti i osjetljivosti na dosadu što bi moglo pridonijeti češćim emotivnim problemima i potrebom za brzim zadovoljavanjem nagona kod hiperseksualnih osoba. Hiperseksualni muškarci i žene razlikuju se prema rezultatima na facetama povjerenja, kompetentnosti i dužnosti, a postižu slične rezultate na faceti impulzivnosti.

Za potrebe terapijskih intervencija hiperseksualnosti najefikasnije su kognitivno-bihevioralna terapija, grupne terapije, terapija prihvatanja i posvećenosti. Najveći nedostatak za intervencije hiperseksualnosti čini nedostatak formalne klasifikacije, nesuglasje oko konceptualizacije, manjak informacija i istraživanja o etiologiji, neurofiziologiji i patologiji. Neupitno je postojanje populacije čije pretjerano i često upuštanje u seksualne aktivnosti štetno utječe na druge aspekte njihovog života. Unatoč neslaganjima oko prirode i kategorizacije hiperseksualnosti, potrebno je nastaviti istraživati i usmjeriti se na otkrivanje neurobiološke i etiološke podloge nastanka hiperseksualnosti, ali i efikasnosti preporučenih terapijskih intervencija.

Literatura

- Adelson, S. (2010). Psychodynamics of Hypersexuality in Children and Adolescents with Bipolar Disorder. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 38(1), 27–45. doi:10.1521/jaap.2010.38.1.27
- Arafat, I. S., i Cotton, W. L. (1974). Masturbation practices of males and females. *The Journal of Sex Research*, 10(4), 293–307. doi:10.1080/00224497409550863
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: *DSM-5* (5. izd.). American Psychiatre Association. doi:10.1176/appi.books.9780890425596
- Bóthe, B., Tóth-Király, I., Potenza, M. N., Orosz, G., Demetrovics, Z. (2020). High-Frequency Pornography Use May Not Always Be Problematic. *The Journal of Sexual Medicine*, 17 (4), 793–811. doi:10.1016/j.jsxm.2020.01.007
- Bóthe, B., Bartók, R., Tóth-Király, I., Reid, R. C., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., i Orosz, G. (2018). Hypersexuality, Gender, and Sexual Orientation: A Large-Scale Psychometric Survey Study. *Archives of Sexual Behavior*, 47(8), 2265–2276. doi:10.1007/s10508-018-1201-z
- Burri, A. (2017). Sexual Sensation Seeking, Sexual Compulsivity, and Gender Identity and Its Relationship With Sexual Functioning in a Population Sample of Men and Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(1), 69–77. doi:10.1016/j.jsxm.2016.10.013
- Burri, A., i Carvalheira, A. (2019). Masturbatory Behavior in a Population Sample of German Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(7), 963–974. doi:10.1016/j.jsxm.2019.04.015
- Carvalho, J., Štulhofer, A., Vieira, A. L., i Jurin, T. (2015). Hypersexuality and High Sexual Desire: Exploring the Structure of Problematic Sexuality. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(6), 1356–1367. doi:10.1111/jsm.12865
- Ciocca, G., Solano, C., D'Antuono, L., Longo, L.R., Limoncin, E., Bianciardi, E., Niotu, C., Siracusano, A., Jannini, E.A., i Lorenzo, G.D. (2018). Hypersexuality: the controversial mismatch of the psychiatric diagnosis. *Journal of Psychopathology*, 24, 187–191. doi:
- Ciocca, G., Pelligrini, F., Mollaioli, D., Limoncin, E., Sansone, A., Colonnello, E., Jannini, E. A., i Fontanesi, L. (2021). Hypersexual behavior and attachment styles in a non-clinical sample: The mediation role of depression and post-traumatic stress symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 293, 399–405. doi:10.1016/j.jad.2021.06.064
- Crosby, J. M., i Twhig, M. P. (2016). Acceptance and Commitment Therapy for Problematic Internet Pornography Use: A Randomized Trial. *Behavior Therapy*, 47(3), 355–366. doi:10.1016/j.beth.2016.02.00
- Davis, K.A. i Knight, R.A. (2019). The Relation of Childhood Abuse Experiences to Problematic Sexual Behaviors in Male Youths Who Have Sexually Offended. *Archives of Sexual Behavior* 48, 2149–2169 . doi:10.1007/s10508-018-1279-3
- Derefinko, K. J., Peters, J. R., Eisenlohr-Moul, T. A., Walsh, E. C., Adams, Z. W., i Lynam, D. R. (2014). Relations Between Trait Impulsivity, Behavioral Impulsivity, Physiological Arousal, and Risky Sexual Behavior Among Young Men. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 1149–1158 . doi:10.1007/s10508-014-0327-x
- Dhuffar, M., i Griffiths, M. (2014). Understanding the role of shame and its consequences in female hypersexual behaviours: A pilot study. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(4), 231–237. doi:10.1556/jba.3.2014.4.4
- Efrati, Y., Shukron, O., i Epstein, R. (2021). Early Maladaptive Schemas Are Highly Indicative of Compulsive Sexual Behavior. *Evaluation & the Health Professions*, 44(2), 142–151. doi:10.1177/0163278720983428
- Erez, G., Pilver, C. E., i Potenza, M. N. (2014). Gender-related differences in the associations between sexual impulsivity and psychiatric disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 55, 117–125. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.04
- Fontanesi, L., Marchetti, D., Limoncin, E., Rossi, R., Nimbi, F. M., Mollaioli, D., Sansone, A., Colonnello, E., Simonelli, C., Di Lorenzo, G., Jannini, E. A., i Ciocca, G. (2021). Hypersexuality and Trauma: a mediation and moderation model from psychopathology to problematic sexual behavior. *Journal of Affective Disorders*, 281, 631–637. doi:10.1016/j.jad.2020.11.100
- Garcia, F. D., i Thibaut, F. (2010). Sexual Addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 254–260. doi:10.3109/00952990.2010.503823
- Gola, M., Lewczuk, K., Potenza, M. N., Kingston, D. A., Grubbs, J. B., Stark, R., i Reid, R. C. (2022). What should be included in the criteria for compulsive sexual behavior disorder? *Journal of Behavioral Addictions*, 11(2), 160–165. doi:10.1556/2006.2020.00090
- Grubbs, J. B., Exline, J. J., Pargament, K. I., Hook, J. N., i Carlisle, R. D. (2014). Transgression as Addiction: Religiosity and Moral Disapproval as Predictors of Perceived Addiction to Pornography. *Archives of Sexual Behavior*, 44(1), 125–136. doi:10.1007/s10508-013-0257-z
- Guigliano, J. R. (2008) Sexual impulsivity, compulsivity or dependence: an investigative inquiry. *Sex Addict Compulsivity*, 15(2), 139– 57, doi:10.1080/10720160802035600
- Hallberg, J., Kaldo, V., Arver, S., Dhejne, C., Jokinen, J., i Öberg, K. G. (2019). A Randomized Controlled Study of Group-Administered Cognitive Behavioral Therapy for Hypersexual Disorder in Men. *The Journal of Sexual Medicine*. doi:10.1016/j.jsxm.2019.03.005
- Heinemann, J., Atallah, S., i Rosenbaum, T. Y. (2016). The Impact of Culture and Ethnicity on Sexuality and Sexual Function. *Current Sexual Health Reports*, 8(3), 144–150. doi:10.1007/s11930-016-0088-8
- Hook, J. N., Reid, R. C., Penberthy, J. K., Davis, D. E., i Jennings, D. J. (2013). Methodological Review of Treatments for Nonparaphilic Hypersexual Behavior. *Journal of Sex i Marital Therapy*. 40(4), 294–308. doi:10.1080/0092623x.2012.751075
- Kafka, M.P. Hypersexual Disorder: A Proposed Diagnosis for DSM-V. (2010). *Archives of Sexual Behavior* 39, 377–400 . doi:10.1007/s10508-009-9574-7
- Kalichman, S. C., i Cain, D. (2004). The relationship between indicators of sexual compulsivity and high risk sexual practices among men and women receiving services from a sexually transmitted infection clinic. *The Journal of Sex Research*, 41(3), 235–241. doi:10.1080/00224490409552231
- Kaplan, M., S. i Krueger, R., B. (2010) Diagnosis, Assessment, and Treatment of Hypersexuality. *The Journal of Sex Research*, 47 (2-3), 181-198. doi: 10.1080/00224491003592863
- Karaga, S., Davis, D. E., Choe, E., i Hook, J. N. (2016). Hypersexuality and Religion/Spirituality: A Qualitative Review. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 23(2-3), 167–181. doi:10.1080/10720162.2016.1144116
- Kingston, D. A., i Firestone, P. (2008). Problematic Hypersexuality: A Review of Conceptualization and Diagnosis. *Sexual Addiction i Compulsivity*, 15(4), 284–310. doi:10.1080/10720160802289249
- Kingston, D.A. Moving Forward on Hypersexuality. *Archive of Sexual Behaviour*; 46, 2257–2259 (2017). doi: 10.1007/s10508-017-1059-5
- Klein, V., Jurin, T., Briken, P., i Štulhofer, A. (2015). Erectile Dysfunction, Boredom, and Hypersexuality among Coupled Men from Two European Countries. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2160–2167. doi:10.1111/jsm.13019
- Klein, V., Rettenberger, M., i Briken, P. (2014). Self-Reported Indicators of Hypersexuality and Its Correlates in a Female Online Sample. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(8), 1974–1981. doi:10.1111/jsm.12602
- Kopeykina, I., Kim, H.-J., Khatun, T., Boland, J., Haeri, S., Cohen, L. J., i Galynker, I. I. (2016). Hypersexuality and couple relationships in bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 195, 1–14. doi:10.1016/j.jad.2016.01.035
- Kraus S.W., Krueger R.B., Briken P., First M.B., Stein D.J., Kaplan M.S., Voon V., Abdo C.H.N., Grant J.E., Atalla E. i Reed, G. M. (2018) Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry*; 1,109–110. doi: 10.1002/wps.20499.
- Janssen, E., Macapagal, K. R., i Mustanski, B. (2013). Individual differences in the effects of mood on sexuality: the revised Mood and Sexuality Questionnaire (MSQ-R). *Journal of sex research*, 50(7), 676–687. doi: 10.1080/00224499.2012.684251
- Jepsen, D., i Brzank, P.J. (2022). Hypersexual behaviour among young adults in Germany: characteristics and personality correlates. *BMC Psychiatry* 22, 804. doi: 10.1186/s12888-022-04370-8
- Långström, N., i Hanson, R. K. (2006). High Rates of Sexual Behavior in the General Population: Correlates and Predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 35(1), 37–52. doi:10.1007/s10508-006-8993-y
- Lawal, A. M., i Idemudia, E. S. (2017). Gender difference, class level and the role of internet addiction and loneliness on sexual compulsivity among secondary school students. *International Journal of Adolescence and Youth*, 1–9. doi:10.1080/02673843.2017.1406380
- Lewczuk, K., Wizła, M. i Gola, M. (2023). The Relation of Sexual Attitudes to Hypersexuality and Prob-

- lematic Pornography Use. *Archive of Sexual Behavior*, 52, 411–430. doi:10.1007/s10508-022-02358-9
- Lykins, A. D., Janssen, E., i Graham, C. A. (2006). The relationship between negative mood and sexuality in heterosexual college women and men. *Journal of Sex Research*, 43(2), 136–143. doi:10.1080/00224490609552308
- Moser C. (2011). Hypersexual disorder: just more muddled thinking. *Archives of sexual behavior*, 40(2), 227–232. doi:10.1007/s10508-010-9690-4
- Raymond, N. C., Coleman, E., i Miner, M. H. (2003). Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Comprehensive Psychiatry*, 44(5), 370–380. doi:10.1016/s0010-440x(03)00110-x
- Reid, R. C. (2010). Differentiating Emotions in a Sample of Men in Treatment for Hypersexual Behavior. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 10(2), 197–213. doi:10.1080/15332561003769369
- Reid, R. C., Dhuffar, M. K., Parhami, I., i Fong, T. W. (2012). Exploring Facets of Personality in a Patient Sample of Hypersexual Women Compared with Hypersexual Men. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(4), 262–268. doi:10.1097/01.pra.0000416016.379
- Reid, R.C. i Kafka, M.P. (2014). Controversies About Hypersexual Disorder and the DSM-5. *Curr Sex Health Rep*, 6, 259–264 . doi:10.1007/s11930-014-0031-9
- Reid, R.C., Berlin, H.A. i Kingston, D.A. (2015). Sexual Impulsivity in Hypersexual Men. *Current Behavioral Neuroscience Reports* 2, 1–8 . doi:10.1007/s40473-015-0034-5
- Rettenberger, M., Klein, V. i Briken, P. (2016) The Relationship Between Hypersexual Behavior, Sexual Excitation, Sexual Inhibition, and Personality Traits. *Archives of Sexual Behavior* 45, 219–233. doi: 10.1007/s10508-014-0399-7
- Riemersma, J., i Sytsma, M. (2013). A New Generation of Sexual Addiction. *Sexual Addiction i Compulsivity*, 20(4), 306–322. doi:10.1080/10720162.2013.843067
- Scanavino, M.deT., Ventuneac, A., Abdo, C. H., Tavares, H., do Amaral, M. L., Messina, B., dos Reis, S. C., Martins, J. P., i Parsons, J. T. (2013). Compulsive sexual behavior and psychopathology among treatment-seeking men in São Paulo, Brazil. *Psychiatry Research*, 209(3), 518–524. doi:10.1016/j.psychres.2013.01.02
- Schwartz, S. A., i Abramowitz, J. S. (2003). Are nonparaphilic sexual addictions a variant of obsessive-compulsive disorder? A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(4), 372–377. doi:10.1016/s1077-7229(03)80054-8
- Slavin, M. N., Blycker, G. R., Potenza, M. N., Böthe, B., Demetrovics, Z., i Kraus, S. W. (2020). Gender-Related Differences in Associations Between Sexual Abuse and Hypersexuality. *The journal of sexual medicine*, 17(10), 2029–2038. doi:10.1016/j.jsxm.2020.07.008
- Spenhoff, M., Kruger, T. H. C., Hartmann, U., i Kobs, J. (2013). Hypersexual Behavior in an Online Sample of Males: Associations with Personal Distress and Functional Impairment. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(12), 2996–3005. doi:10.1111/jsm.12160
- Stein, D. J. (2008). Classifying Hypersexual Disorders: Compulsive, Impulsive, and Addictive Models. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(4), 587–591. doi:10.1016/j.psc.2008.06.007
- Stewart, H., i Fedoroff, J.P. (2014). Assessment and Treatment of Sexual People with Complaints of Hypersexuality. *Current Sexual Health Reports*, 6, 136-144. doi: 10.1007/s11930-014-0017-7
- Vaillancourt-Morel, M.-P., Blais-Lecours, S., Labadie, C., Bergeron, S., Sabourin, S., i Godbout, N. (2017). Profiles of Cyberpornography Use and Sexual Well-Being in Adults. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(1), 78–85. doi:10.1016/j.jsxm.2016.10.016
- Walters, G.D., Knight, R.A. i Långström, N. (2011). Is Hypersexuality Dimensional? Evidence for the DSM-5 from General Population and Clinical Samples. *Archives of Sexual Behavior* 40, 1309–1321. doi:10.1007/s10508-010-9719-8
- Walton, M. T., Cantor, J. M., Bhullar, N., i Lykins, A. D. (2017). Hypersexuality: A Critical Review and Introduction to the “Sexhavior Cycle”. *Archives of Sexual Behavior* 46, 2231–2251 . doi:10.1007/s10508-017-0991-8
- Werner, M., Štulhofer, A., Waldorp, L., i Jurin, T. (2018). A Network Approach to Hypersexuality: Insights and Clinical Implications. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(3), 373–386. doi:10.1016/j.jsxm.2018.01.009
- Wetterneck, C. T., Burgess, A. J., Short, M. B., Smith, A. H., i Cervantes, M. E. (2012). The Role of Sexual Compulsivity, Impulsivity, and Experiential Avoidance in Internet Pornography Use. *Psychol Rec* 62, 3–18 . doi:10.1007/BF03395783
- Wilson, M., i Fischer, B. (2018). Drawing out the shame: A comparative study on the effectiveness of art therapy with hypersexual adults. *The Arts in Psychotherapy*, 60, 19–25. doi:10.1016/j.aip.2018.03.002
- Woo, J.S.T., Brotto, L.A. i Gorzalka, B.B. (2011). The Role of Sex Guilt in the Relationship Between Culture and Women’s Sexual Desire. *Archive of Sexual Behavior* 40, 385–394. doi:10.1007/s10508-010-9609-0
- World Health Organization. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11. izdanje). <https://icd.who.int/>

Abstract

Hypersexuality denotes excessive sexual behavior involving normative sexual fantasies, urges and activities. Hypersexuality is characterized by a strong sexual desire that is difficult or impossible to control. Excessive sexual behavior harms romantic, familial and social relationships. Hypersexuality is more common in men. The term and conceptualization of hypersexuality is controversial, which is reflected in the lack of diagnostic criteria, therapeutic guidelines, theoretical models and etiology. Hypersexuality is commonly conceptualized through impulsivity, compulsivity and addiction models. A common characteristic of the models is the use of sexual activities with the aim of reducing and regulating unpleasant emotions and moods. On the other hand, there is a dimensional view that conceptualizes sexual activity as a continuum, and hypersexual behavior constitutes as a form of normative sexual behavior. Research suggests that prevalence of other mental disorders and childhood sexual abuse could lead to the development of hypersexuality. The inability to control one's own sex drive causes feelings of distress, shame and guilt. Therapeutic interventions which seem to be effective in dealing with hypersexuality are cognitive-behavioral therapy, acceptance and commitment therapy and art therapy. The main goal of therapy is to help the client control their impulses and find new and healthy coping strategies.

Key words: hypersexuality, sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity

Homoseksualnost iz evolucijske perspektive

Andrej Mitić

Filozofski fakultet u Zagrebu

Odsjek za psihologiju

ORCID: 0000-0003-3677-3390

Sažetak

Iako je homoseksualnost prisutna u velikome broju društava, tek je nedavno na Zapadu postala uglavnom prihvaćena, normalna i depatologizirana. Kako bismo razumjeli homoseksualnost, važan aspekt koji nas može zanimati su i njena evolucijska prošlost i podrijetlo, što je i tema ovoga rada. Rad se bavi dvjema granama objašnjenja ljudske homoseksualnosti: neposrednim (proksimalnim) i krajnjim (ultimativnim). Neposredna objašnjenja odgovaraju na pitanje „kako?“ te se odnose na genetske, neurobiološke i hormonalne čimbenike, a krajnja objašnjenja odgovaraju na pitanje „zašto?“ – zašto se određeno ponašanje razvilo i, najvažnije, koja je njegova (adaptivna) funkcija. Homoseksualnost je umjereno heritabilna osobina, pod utjecajem većega broja gena, a važnu ulogu imaju i prenatalne razine hormona koje su povezane s neuroanatomskim promjenama. Funkcija homoseksualnosti nije u potpunosti razjašnjena, ali čini se da je mogla evoluirati kao adaptacija koja je pomagala u preživljavanju srodnika, reproduktivnom uspjehu homoseksualaca ili njihovih bližih rođaka. U žena je najviše istražena seksualna fluidnost, a njena bi funkcija mogla biti vezana uz preživljavanje potomaka te smanjenje sukoba u poliginim brakovima. Cilj je ovoga rada izložiti trenutno dostupne spoznaje o homoseksualnosti, ali i predložiti moguća poboljšanja u tome području te potaknuti dodatna istraživanja.

Ključne riječi: evolucijska psihologija, homoseksualnost, seksualna fluidnost, seksualna orijentacija.

Uvod

Seksualna orijentacija pojam je koji je teško definirati. Među autorima ne postoji suglasje o tome što je, koje aspekte ponašanja i doživljavanja obuhvaća, niti kako je uopće mjeriti. Definicije najčešće obuhvaćaju samo jedan dio seksualne orijentacije, te tako izostavljaju važne spoznaje o njoj. Na primjer, Roselli (2018, str. 1) definira seksualnu orijentaciju kao „trajan obrazac emocionalne, romantične i/ili seksualne privlačnosti prema muškarcima, ženama ili oba spola“. Tim objašnjenjem dobro obrađuje aspekt privlačnosti u seksualnoj orijentaciji, ali izostavlja druge važne aspekte navodeći samo tri vrste seksualne orijentacije. Ellis i Mitchell (2000, str. 197) opisuju seksualnu orijentaciju kao „konzistentnu i postojanu usmjerenost pojedinca prema predmetu ili aktivnosti koja mu donosi seksualno zadovoljstvo“. Ta definicija, međutim, naglašava seksualno zadovoljstvo, iako je seksualna orijentacija mnogo više od isključivo intimnoga odnosa između dviju ili više osoba. Dodatni problem jest i to što je seksualna orijentacija višedimenzionalan konstrukt, a različiti autori navode različiti broj komponenti (Golden, 1999). Suvremeni autori ističu da je seksualna orijentacija, prije svega, kompozit četiriju fenomena: seksualnoga ponašanja, seksualnoga identiteta, seksualne privlačnosti i fiziološke pobuđenosti (primjerice, Bailey i sur., 2016; Kanazawa, 2012). Većina istraživanja najčešće obrađuje samo komponentu seksualne privlačnosti, a rjeđe se uključuju mjere seksualnoga ponašanja ili seksualnoga identiteta, što smanjuje mogućnost valjane usporedbe rezultata i donošenje zaključaka (Tasos, 2021). Sljedeći je veliki problem i činjenica da su različite komponente često ortogonalne (Bailey i sur., 2016). Na primjer, osobu mogu privlačiti pripadnici oba spola, ali da ima seksualne odnose samo s jednim spolom, ili ima fantazije o odnosima s oba spola, a identificira se kao heteroseksualna.

Posljedično se otvara i pitanje prikladnoga načina mjerenja seksualne orijentacije. Jedna od najčešće rabljenih ljestvica za mjerenje seksualne orijentacije jest Kinseyjeva ljestvica (Kinsey i sur., 1948), za koju se može reći da je među poznatijim ljestvicama u psihologiji općenito. Ljestvica ima sedam stupnjeva i osmišljena je kao dio velikoga istraživačkog projekta u kojemu se seksualna orijentacija mjerila aspektima seksualne privlačnosti i ponašanja osobe na kontinuumu od isključive heteroseksualnosti (0) do isključive homoseksualnosti (6), a sredina se (3) odnosila na osobe koje su „podjednako“ homoseksualne i heteroseksualne (u današnjim terminima: biseksualne) (Kinsey i sur., 1948). Važno je napomenuti da Kinseyjeva ljestvica nije upitnik, već služi kodiranju seksualne povijesti pojedinaca, na temelju čega se zaključuje o njihovoj seksualnoj orijentaciji. Iako se najviše rabi u tome području, Kinseyjeva ljestvica ima i neke nedostatke. Različita istraživanja smišljaju *ad hoc* pitanja na temelju kojih kategoriziraju sudionike (bilo da osmisle veći broj pitanja i onda ukupni rezultat transformiraju na ljestvicu od 0 do 6 ili jednostavno traže samoprocjenu ispitanika o tome gdje se nalaze od 0 do 6). Na temelju toga teško je utvrditi relativni udio homoseksualnosti

i heteroseksualnosti osobe, a velik je problem i činjenica da svodi dvije nezavisne dimenzije na jedan rezultat, zbog čega se gube vrijedne informacije (Zietsch i Sidari, 2020). Prethodne komentare dodatno podupire istraživanje Ganne i sur. (2019), koje jasno pokazuje da na genetskoj razini ne postoji jedna dimenzija seksualnosti u rasponu od heteroseksualnoga do homoseksualnoga, što je u suprotnosti s glavnom pretpostavkom Kinseyjeve ljestvice. Stoga treba razmisliti o njezinoj valjanosti te možda poći od Stormsova (1980) koncepta dvodimenzionalnosti seksualne orijentacije – s heteroseksualnim i homoseksualnim osima koje mogu preciznije detektirati i biseksualne, ali i aseksualne osobe. To bi bila prednost u odnosu na Kinseyjevu ljestvicu, koja ih uopće ne detektira (Kinsey i sur., 1948, prema Wang i sur., 2019). Od ostalih mjera koje se rabe važno je još istaknuti Kleinovu mrežu seksualne orijentacije (engl. *Klein Sexual Orientation Grid*, KSOG), koja zahvaća niz korelata seksualne orijentacije (Klein i sur., 1985), fiziološke mjere poput penilne pletizmografije (PPG) i vaginalne fotopletizmografije (VPP), mjere širenja zjenica te sve češće rabljenu funkcionalnu magnetsku rezonanciju (engl. *functional magnetic resonance imaging*, fMRI), primarno u istraživanjima neurobioloških korelata seksualne orijentacije.

Već je napomenuto da se osobe najčešće svrstavaju u jednu od triju kategorija: heteroseksualne osobe (one koje privlači suprotni spol), biseksualne osobe (one koje privlači i isti i suprotni spol) te homoseksualne osobe (one koje privlači isti spol). Ono što povijesno znamo jest da je odnos društva prema homoseksualcima često bio negativan – od Biblije, koja u nizu tekstova osuđuje istospolne seksualne odnose, pa nadalje (Locke, 2004). Sličnu ideju možemo vidjeti i u grčkih stoika, koji su se protivili onome što je za većinu njihovih suvremenika bilo normalno – istospolni seksualni odnos između *erastes*, odrasloga, dominantnoga muškarca, i *eromenos*, mlađega, pasivnoga, adolescentnoga muškarca (Mondimore, 2003). Posljedica je toga da su zapadna, kršćanska društva na homoseksualce stoljećima gledala kao na bolesne i poremećene osobe. Zahvaljujući empirijskim istraživanjima u 20. i 21. stoljeću mijenja se pogled na homoseksualnost, pa tako 1973. godine Američka psihijatrijska udruga uklanja homoseksualnost kao mentalni poremećaj iz DSM priručnika (Greene, 1999). Kinsey i sur. (1948) provode prvu opsežnu studiju seksualnosti i homoseksualnosti te dolaze do zapanjujućih podataka: 37 % muškaraca priznaje da je imalo barem jedno homoseksualno iskustvo, većinom tijekom adolescencije, a 10 % muškaraca više je ili manje isključivo homoseksualno tijekom proteklih triju godina. Drugi se podatak pogrešno interpretira i navodi kao postotak homoseksualaca u populaciji, iako je u samoj studiji jasno naznačeno da je postotak isključivo homoseksualnih muškaraca u populaciji 4 % (Kinsey i sur., 1948). Kinseyjev je nalaz blizu današnjim procjenama homoseksualnosti u populaciji: 2 – 5 % muškaraca izjašnjava se kao isključivo homoseksualno, a za žene je taj postotak nešto niži, najčešće 1 – 2 % (Apostolou, 2016;

Bailey i sur., 2016). Važno je imati na umu da su to procjene te da različita istraživanja dobivaju različite postotke s obzirom na rabljenu metodologiju, ali na razini trenda moguće je tvrditi da su prethodno navedeni podaci reprezentativni za populaciju, i to u većini kultura (Vasey i sur., 2020).

Ono što je za ovaj rad mnogo važnije jest činjenica da je učestalost homoseksualnosti u žena niža nego u muškaraca, ali su zato procjene biseksualnosti u žena značajno više nego u muškaraca (Bailey i sur., 2016). Razlog je taj što su žene seksualno fluidnije od muškaraca – njihovi seksualni odgovori situacijski su prilagodljivi, pa mogu doživjeti seksualnu želju i uzbuđenje koje je neovisno o njihovoj seksualnoj orijentaciji (Diamond, 2009). Tako 30 % studentica u SAD-u i 23 % mladih žena na Novom Zelandu izjavljuje da ih privlače žene iako su heteroseksualne orijentacije (Hoburg i sur, 2004, Dickson i sur, 2003, oboje prema Apostolou, 2016). U novijem radu Mishel (2019) je, koristeći se podacima iz istraživanja na nacionalno reprezentativnom uzorku žena i muškaraca od 15 do 45 godina u SAD-u, pokazala da 11,6 % heteroseksualnih žena i 3,7 % heteroseksualnih muškaraca barem u nekoj mjeri privlače pripadnici istoga spola. Iako nedostaju podaci za druge kulture, navedeni nalazi vrlo su važni za evolucijske teorije homoseksualnosti, koje mušku i žensku homoseksualnost promatraju kao zasebne entitete, te za rješenja koja su evoluirala radi različitih adaptivnih problema. Krajnja objašnjenja, zajedno s neposrednim (proksimalnim) objašnjenjima muške i ženske homoseksualnosti, mogu doprinijeti boljemu shvaćanju tih fenomena, ali imaju i utilitarnu funkciju. Ona pomažu u ostvarivanju društvene ravnopravnosti seksualnih manjina. Govoreći o neposrednim uzrocima nekoga ponašanja, oni objašnjavaju *kako* se neko ponašanje javlja i razvija, često kroz prizmu različitih procesa, od fiziologije do učenja. Krajnja (ultimativna) uzročnost odnosi se na razlog *zašto* je pojedino ponašanje evoluiralo, tj. koju je ono funkciju i adaptivnu prednost imalo za preživljavanje i razmnožavanje naših predaka (Scott-Phillips i sur., 2011). Na to pitanje nastoji odgovoriti evolucijska psihologija, pristup koji se javio osamdesetih godina radi sinteze psihologije i evolucijske biologije u svrhu objašnjenja ljudskog ponašanja (Buss, 2012). Nažalost, dugi niz godina u psihologiji (i društvenim znanostima općenito) bio je dominantan tzv. standardni model društvenih znanosti (engl. *Standard Social Science Model*, SSSM), koji je pretpostavljao da je ljudsko ponašanje gotovo u potpunosti određeno kulturom i okolinom, a ne biologijom i ljudskom prirodom (Tooby i Cosmides, 1992). Jedan od zadataka evolucijske psihologije bio je promijeniti takav pristup, olakšati povezivanje spoznaja iz psihologije s drugim znanostima i „produbiti“ naše razumijevanje ljudskoga ponašanja. Kad govorimo o homoseksualnom ponašanju, devedesetih godina prošloga stoljeća u psihologiji se smatralo da ono nema adaptivnu funkciju i da nije evoluiralo (Muscarella, 2000). Jedan od razloga za takav stav jest činjenica da je za evolucijsku znanost homoseksualnost oduvijek predstavljala tzv. „darvinovski paradoks“ (Zietsch

i sur., 2008; Adriaens i De Block, 2006). Naime, dva su velika adaptivna problema koja svaki pojedinac mora riješiti: preživjeti do reproduktivne dobi i reproducirati se. Homoseksualnost onemogućava uspješno razrješenje drugoga adaptivnog problema, stoga se postavlja pitanje kako je takav oblik ponašanja mogao opstati. Velik je izazov u objašnjenju toga i spoznaja da su ljudi gotovo pa jedina vrsta koja poznaje ekskluzivnu homoseksualnost, tj. isključive odnose s pripadnicima istoga spola (LeVay, 2011; Roselli, 2018). Predloženo je mnogo teorija koje objašnjavaju homoseksualnost na različitim razinama i iz različitih gledišta, a Poiani (2010) ih navodi pedesetak. Ovaj će rad prikazati teorije iz područja evolucijske psihologije koje su dobile najviše pažnje i potpore u znanstvenoj zajednici. Samim time, cilj je ovoga rada predstaviti trenutno dostupne spoznaje o homoseksualnosti, s naglaskom na evolucijsku perspektivu, bez koje svako objašnjenje ponašanja, fenomena ili procesa nije potpuno.

Osnovni proizvodi evolucijskoga procesa

Za razumijevanje različitih teorija homoseksualnosti ključno je navesti osnovne proizvode evolucije, s obzirom na to da je različite teorije objašnjavaju iz različitih gledišta. Adaptacije, nusprodukti adaptacija i šumovi tri su osnovna proizvoda evolucijskih procesa (Buss, 2012). „Adaptacija je naslijeđeno svojstvo koje se pouzdano razvija, a nastalo je prirodnim odabirom jer je pomagalo u rješavanju problema preživljavanja i razmnožavanja u razdoblju svoje evolucije“, objašnjava Buss (2012, str. 39). Iz navedene definicije slijedi da su za adaptaciju potrebni geni, da se mora javljati pouzdano, tj. javiti se u određeno vrijeme u svih ili gotovo svih pripadnika određene vrste (iznimke su specifični mehanizmi koji se javljaju samo u jednoga spola i sl.), te je ona u nekom trenutku evolucijskoga razvoja morala pomagati našim precima u rješavanju osnovnih adaptivnih problema (Buss, 2012). Govoreći o genima, u radu će biti prikazani nalazi istraživanja iz područja bihevioralne genetike koja jasno pokazuju umjerenu heritabilnost homoseksualnosti, sve aktualnija cjelogenomska asocijacijska istraživanja (engl. *Genome Wide Association Studies*, GWAS), koja pronalaze nekoliko gena povezanih s homoseksualnošću, te istraživanja koja su pokušala pronaći tzv. „gay“ gen. Važno je napomenuti da je homoseksualnost rezultat genetskih, kulturoloških, razvojnih, psiholoških, ali i drugih čimbenika, te se ne može u potpunosti objasniti genima (Muscarella, 2007; Wang i sur., 2019). Kao što je već napomenuto, homoseksualnost se pouzdano razvija kod određenog postotka ljudi u svim populacijama, a neki od pokazatelja moguće homoseksualnosti vidljivi su već od ranoga djetinjstva. Dodatna potpora ideji da je homoseksualnost adaptacija jest činjenica da su postoci homoseksualaca međukulturalno slični, unatoč razlikama u definiranju i izražavanju homoseksualnoga ponašanja, npr. između istočnih i zapadnih

kultura (Vasey i sur., 2020). Kad govorimo o nusproduktima adaptacija, govorimo o „svojstvima koja ne rješavaju adaptivne probleme i nemaju funkcionalni dizajn“ te se „prenose uz svojstva koja imaju funkcionalni dizajn jer su povezana s tim adaptacijama“ (Buss, 2012, str. 39). Hutchinson prvi iznosi sličnu ideju vezanu uz homoseksualnost (1959, prema Apostolou, 2013), tvrdeći da ona opstaje u populaciji zato što se pojavljuje uz neku drugu osobinu koja ima određenu adaptivnu korist, no izostavlja specifikaciju te adaptivne osobine. Konačno, šumovi ili slučajni učinci mogu imati neutralan učinak, ali i poboljšati ili pogoršati funkcioniranje organizma, primjerice, specifičan oblik pupka (Buss, 2012). S obzirom na to da su slučajni i nisu povezani s adaptivnim dizajnom, u području homoseksualnosti ne postoji teorija povezana s njima. Na kraju, važno je spomenuti egzaptacije i trompe, koje se ne smatraju osnovnim proizvodom evolucijskoga procesa, ali se spominju u literaturi (npr. Ross i Wells, 2000; Vasey, 1995). Pojam egzaptacije uvode Gould i Vrba (1982, str. 4) te ga definiraju kao „osobinu koja danas poboljšava prilagođenost (engl. *fitness*), ali koju prirodni odabir nije odabrao za trenutnu ulogu“. Najčešće je citiran primjer s ptičjim perjem – ono je prvo evoluiralo kako bi pomoglo pticama u termoregulaciji, a kasnije se počelo koristiti za drugu funkciju – letenje. Pojam trompi (engl. *spandrel*) uvode Gould i Lewontin (1979). On se odnosi na slučajni nusprodukt adaptacije koji s vremenom postaje adaptacija. Na primjer, Gould (1987, prema Buss, 2012) smatra da je jezik nusprodukt silnoga rasta ljudskoga mozga, a tek kasnije postaje i adaptacija zbog svojih koristi za pojedinca (komunikacija, suradnja i sl.). Važno je napomenuti da se u literaturi često rabi termin *egzaptacija* koji ima dvije definicije – obje su navedene u ovome radu, pri čemu se druga definicija odnosi na trompe. Problem je nastao jer se i sam autor termina, Gould, naizmjenično koristio različitim definicijama (za više, vidi Buss i sur., 1998). U ovome radu nastojalo se razlikovati egzaptaciju i trompu, kao dva zasebna termina i pojave.

Homoseksualnost u životinja

Ljudi su jedna od rijetkih životinjskih vrsta koja pokazuje isključivo homoseksualno ponašanje te su jedini među primatima koji ga pokazuju (Muscarella, 2007; Tasos, 2021). Osim ljudi, isključivo homoseksualno ponašanje primijećeno je i u manjem broju drugih vrsta, npr. jednoj vrsti crnih labudova i domaće ovce, i to u oba spola, iako češće u mužjaka (Bagemihl, 1999, prema Jeffery i sur., 2019; Luoto i sur., 2019). Možda bi se u tim slučajevima moglo reći da oni imaju homoseksualnu „orijentaciju“, iako i tu treba biti oprezan jer nije jasno u kojim su uvjetima ti zaključci izvedeni. Na primjer, često se u zoološkim vrtovima može naići na homoseksualne odnose, ali se pritom zanemaruje činjenica da je kontekst u kojemu te životinje žive takav da su oni nužni. Dakle, valjanost zaključaka o homoseksualnosti u životinja na temelju promatranja u

zoološkim vrstama izrazito je upitna (Peters, 2006). Međutim, u divljini se redovno pojavljuje povremeno homoseksualno ponašanje, ali se ono uvijek javlja usporedno s heteroseksualnim ponašanjem (Sommer i Vasey, 2006, prema Jeffery i sur., 2019). Po svemu sudeći, čini se da je u većini životinjskih vrsta moguća biseksualnost koja se izražava ovisno o različitim čimbenicima.

Koja je funkcija homoseksualnoga ponašanja? Seksualno ponašanje svake životinjske vrste ovisi o različitim hormonalnim utjecajima, ali i o kontekstu u kojem se nalazi te o dobi. Dok je seksualno ponašanje većine životinja regulirano hormonalnim ciklusima (npr. odvija se u vrijeme ovulacije) i najčešće isključivo u reproduktivne svrhe, ljudi i primati specifični su po tome što imaju nereproduktivni ili socijalni seks (Tate, 2013). Fascinantna je informacija da je u bonobo majmuna samo 1 % seksualnih odnosa u reproduktivne svrhe (Wrangham, 1993, prema Kirkpatrick, 2000). Prema toj procjeni 99 % seksualnih odnosa ima druge funkcije, a velik je postotak tih odnosa između pripadnika istoga spola. Tako je 55 % seksualne aktivnosti između istospolnih jedinki, a od toga samo 4,2 % između mužjaka (Fruth i Hohmann, 2006, prema Luoto i sur., 2019). Uz taj podatak važno je napomenuti da su bonobo majmuni među rijetkim primatima u kojima su ženke dominantne, pa iz toga razloga postoji ta velika spolna razlika, iako ni tu ne postoji potpuni konsenzus (White i Wood, 2007). Starije su ženke najčešće i dominantne, dok mlađe dominaciju mogu steći seksualnim odnosima sa starijima (Pallardy, n.d.). Usto, Pallardy (n.d.) ističe da je muška dominacija „nasljedna“, tj. da se stvara afilijacijom s dominantnim ženkama. Znanstvenici se slažu s time da u bonobo majmuna socijalni seks ima homosocijalnu funkciju, tj. funkciju stvaranja i održavanja saveza, penjanja po socijalnoj ljestvici, kao i osiguravanja sigurnosti i resursa (Kirkpatrick, 2000; Muscarella, 2000; Kuhle i Radtke, 2013; Luoto i sur., 2019; Barron i Hare, 2020). U bonobo majmuna ženke koje dosegnu adolescenciju napuštaju svoju grupu te odlaze u grupu u kojoj nemaju socijalne kontakte. Kako bi preživjele i bile prihvaćene, upuštaju se u homoseksualne odnose s dominantnim ženkama, najčešće u obliku genito-genitalnoga trljanja, takozvanog tribadizma (Muscarella, 2000). Kad govorimo o mužjacima primata, čini se da homoseksualno ponašanje ima sličnu funkciju. U čimpanza je primijećeno da između marginaliziranih pojedinaca često nastaju koalicije koje se učvršćuju timarenjem (engl. *grooming*), koje je seksualno uzbuđujuće (De Waal, 1982, prema Muscarella, 2000). Usto se homoseksualno ponašanje može vidjeti i između pasivnih i dominantnih mužjaka, a takvi odnosi mogu pozitivno utjecati na reproduktivni uspjeh pasivnoga jer dominantni mužjaci ponekad dopuštaju kopulaciju sa svojim ženkama (De Waal, 1982, prema Muscarella, 2000). Većina autora ističe da je potreban oprez pri usporedbi ljudskoga seksualnog ponašanja s onim primata ili još nižih životinjskih vrsta. No budući da dijelimo velik postotak gena

s primatima te su nam oni najbliži „rođaci“ (Wong, 2014), očekivano je u njima tražiti moguća objašnjenja našega seksualnog ponašanja. Upravo iz toga razloga prethodno navedeni fenomeni dijelom utječu na evolucijske teorije. Ipak, nalazi iz komparativnih studija mogu služiti samo kao ideje, ali ne i objašnjenja ljudskoga homoseksualnog

Homoseksualnost – neposredna objašnjenja

Genetski utjecaji. Homoseksualnost je moguće barem djelomično objasniti genetskim utjecajima. Ta je spoznaja vrlo važna za evolucijsku psihologiju jer omogućava da na homoseksualnost gledamo kao na jedan od proizvoda evolucijskih procesa. Istraživanja u području bihevioralne genetike (posebno na blizancima) nastoje utvrditi heritabilnost tj. stupanj fenotipske varijance određenoga ponašanja ili svojstva koji je moguće objasniti genetskim razlikama između pojedinaca (Larsen i Buss, 2005). Važno je znati da je indeks heritabilnosti populacijska procjena, promjenjiva tijekom vremena i u različitim okolinama te nije u potpunosti precizna zbog pogreške ili nepouzdanosti mjerenja (Larsen i Buss, 2005). Procjene indeksa heritabilnosti seksualne orijentacije za muškarce iznose od 0,3 do 0,6, a za žene su one u rasponu od 0,2 do 0,7 (Jeffery i sur., 2019). Kad govorimo specifično o homoseksualnosti, studije najčešće dobivaju indeks heritabilnosti u rasponu od 0,3 do 0,4 (Sanders i sur., 2021). Långström i sur. (2010) u studiji blizanaca u Švedskoj utvrđuju indeks heritabilnosti od 0,4 za muškarce te 0,2 za žene. Autori ističu da se procjene heritabilnosti za homoseksualnost primarno odnose na aditivne genetske čimbenike (Barron i Hare, 2020; Zietsch i sur., 2021), tj. one čiji su učinci nezavisni te posljedično utječu na genetsku varijancu u populaciji na aditivan način, a važno je napomenuti da ih nasljeđujemo od roditelja (Knopik i sur., 2017). Velik postotak varijance moguće je objasniti okolinskim čimbenicima, ponajprije nedijeljenima (Långström i sur., 2010). Kanazawa (2017) ističe da bi to najvjerojatnije mogle biti razlike u prenatalnoj okolini, poglavito hormonalne prirode. Ti nalazi govore da je homoseksualnost umjereno heritabilna te se zato postavlja pitanje o tome gdje se nalaze geni za homoseksualnost. Jedno od poznatijih istraživanja, ono Hamera i sur. (1993), otkrilo je područje na X-kromosomu Xq28 koje prema njima sadrži gen povezan s homoseksualnosti. U uzorku od četrdeset parova homoseksualne braće, trideset i tri para imala su identično područje Xq28. Uz to, istraživači su pronašli povećan udio homoseksualaca u ujaka i muških rođaka po majčinoj liniji u odnosu na procijenjenu učestalost u populaciji, a takav trend nisu pronašli po očevoj liniji. Te spoznaje služe kao mogući dokaz da se homoseksualnost prenosi po majčinoj liniji (tj. X-kromosomu), što je važno za evolucijske teorije, ali je replikabilnost takvih nalaza upitna (npr. Hu i sur., 1995; Rice i sur., 1999). Novija istraživanja, poput onoga Ganne i sur. (2019), ne pronalaze takav trend. U GWAS-u nije pronađen nijedan jednonukleotidni

polimorfizam (engl. *Single-nucleotide Polymorphisms*, SNP) koji bi bio povezan s X-kromosomom u homoseksualaca. SNP je izvor varijacija u ljudi; genetska varijanta na jednome mjestu u genetskom kodu. Tako umjesto citozina u jedne osobe može biti timin te uzrokovati određenu bolest, ali i neku prednost zbog koje osoba može biti otpornija. Ganna i sur. (2019) pronalaze pet SNP-a na autosomnim kromosomima koji zajedno objašnjavaju od 8 do 25 % varijance u istospolnome seksualnom ponašanju (raspon je rezultat različitih metoda i pretpostavki). Zanimljivo je da je jedan od tih SNP-a u blizini područja koje kodira hormonalnu regulaciju u muškaraca. To je važno jer se bliži SNP-ovi najčešće nasljeđuju zajedno (Biesecker, 2023). Sanders i sur. (2017) u GWAS-u pronalaze nekoliko SNP-a, a jedan od njih u blizini gena *SLITRK6*, koji ima važnu ulogu u razvoju *diencephalona* (gdje se nalazi i *INAH3* jezgra!). Zaključno, homoseksualnost ne kodira jedan gen, već je u pitanju više gena (poligenija), od kojih svaki pojedinačno doprinosi malo, ali zajedno vidljivo djeluju na ljudsko ponašanje (Barron i Hare, 2020; Jeffery i sur., 2019; Zietsch i sur., 2021).

Hormonalni utjecaji i neurobiološki korelati. Hormoni su kemijske tvari od iznimne važnosti za razvoj i funkcioniranje čovjeka. Upravo zbog toga mnogi znanstvenici polaze od pretpostavke da bi homoseksualnost moglo uzrokovati djelovanje hormona. Starije teorije govore o razinama testosterona u odrasloj dobi, međutim, mnogo jaču potporu dobivaju teorije o prenatalnim, tzv. organizacijskim utjecajima hormona, posebice testosterona (Bailey i sur, 2016). Osnovna je pretpostavka sljedeća: muškarci koji pokazuju homoseksualnu orijentaciju prenatalno su izloženi nižim razinama androgena te im je posljedično mozak „feminiziran“, a u žena homoseksualne orijentacije prenatalne su razine androgena iznad očekivanih te „maskulinizirajuće“ (Bailey i sur., 2016). Dokaz za takve pretpostavke moguće je pronaći u neurobiološkim istraživanjima, od kojih je najpoznatija LeVayeva studija (1991, prema Tasos, 2021). LeVay je utvrdio da je treća intersticijska jezgra anteriornoga hipotalamusa (*INAH3*) homoseksualnih muškaraca značajno manja u odnosu na heteroseksualne muškarce, ali slične veličine kao *INAH3* heteroseksualnih žena. Za *INAH3* pretpostavlja se da ima istu funkciju kao seksualno dimorfna jezgra u preoptičkom području hipotalamusa (*SDN-POA*) u drugih životinjskih vrsta – regulira seksualno ponašanje (Tasos, 2021). Na primjer, veličina *SDN-POA*-e u ovnova pokazuje sličan obrazac kao *INAH3* (Bailey i sur., 2016). Uz to, istraživanja pokazuju da su upravo razine prenatalnih hormona one koje utječu na veličinu tih struktura (Bailey i sur., 2016). Neka istraživanja upućuju i na ulogu estrogena i progesterona u homoseksualnoj orijentaciji, pa tako Luoto i sur. (2019) navode studije na glodavcima koje pokazuju da bi maskulinizaciju *SDN-POA*-e mogao uzrokovati estrogen koji se aromatizira iz androgena, a ne testosteron sam po sebi.

Osim neurobioloških studija, vrijedan su izvor informacija o utjecaju hormona i osobe s različitim hormonalnim poremećajima. Jedan od najpoznatijih jest kongenitalna adrenalna hiperplazija (engl. *congenital adrenal hyperplasia*, CAH). Za taj je poremećaj svojstvena mutacija gena koja onemogućava sintezu enzima u nadbubrežnim žlijezdama, važnoga za sintezu hormona (Mayo Clinic, 2022). To može uzrokovati preniske razine kortizola ili aldosterona, ali i visoke razine androgena. Istraživanja pokazuju da je među ženama s CAH-om značajno veći udio onih s homoseksualnom ili biseksualnom orijentacijom u odnosu na žene koje nemaju taj poremećaj (Luoto i sur., 2019; Roselli, 2018). Uz takvu seksualnu orijentaciju te žene pokazuju i maskulinizirano ponašanje – preferiraju „grubu igru“, druženje s dječacima i sl. Pretpostavci o razinama prenatalnih androgena suprotstavljaju se spoznaje poput one o muškarcima koji imaju Klinefelterov sindrom. Te su osobe prenatalno izložene nižim razinama androgena, ali nije primijećen veći udio homoseksualnih osoba (Tasos, 2021).

Važna spoznaja povezana s „feminizacijom“ mozga jest i ona o učinku redosljeda rođenja braće (engl. *Fraternal birth order effect*, FBOE). Istraživanje Blancharda i Bogaerta (1996) pokazuje da svaki stariji brat povećava vjerojatnost homoseksualne orijentacije mlađega za 33 %, iako su procjene u drugim istraživanjima u rasponu od 20 % pa sve do 48 % (Blanchard i sur., 1998; Schwartz i sur., 2010). Mehanizam za koji se pretpostavlja da je u pozadini jest imunizacijske prirode. Čini se da majke tijekom trudnoće s muškim djetetom proizvode antitijela na muške antigene H-Y, što onemogućava maskulinizaciju mozga (Blanchard i sur., 2020). Posljedično, u svakoga sljedećega muškog potomka razina je tih antitijela viša, te se maskulinizacija mozga odvija manje uspješno, što može povećati vjerojatnost pojave homoseksualne orijentacije (ali i ne mora). FBOE je potvrđen međukulturalno te u velikom broju studija (Apostolou, 2020). Istraživanja pokazuju da je oko 20 % varijance u muškoj homoseksualnoj orijentaciji objašnjivo ovim efektom (Blanchard, 2004, prema Apostolou, 2013).

Homoseksualnost – krajnja objašnjenja

Sve što je dosad rečeno ključno je za razumijevanje glavne teme rada – evolucijskih objašnjenja homoseksualnosti. Zasebno ćemo prikazati teorije koje objašnjavaju mušku homoseksualnost i one koje objašnjavaju žensku. Tek se u zadnjem desetljeću znanstvena zajednica usredotočila na žensku homoseksualnost, potaknuta spoznajom da je nemoguće objasniti mušku i žensku homoseksualnost univerzalnom i jedinstvenom teorijom – kao što muškarci i žene imaju različite seksualne preferencije zbog različitih adaptivnih problema koje su morali razriješiti, tako je nužno da su i adaptivne funkcije homoseksualnih odnosa različite. Važno je imati na umu da se različite teorije međusobno ne isključuju i najvjerojatnije je kombinacija različitih selekcijskih pritisaka oblikovala homoseksualnost.

Teorije koje objašnjavaju mušku homoseksualnost. Wilsonova (1975) teorija odabira srodnika (engl. *Kin Selection Theory*, KST) jedna je od prvih teorija u području evolucijske psihologije i homoseksualnosti. E. O. Wilson utemeljitelj je sociobiologije, područja biologije koje nastoji objasniti ljudsko socijalno ponašanje i društvene institucije evolucijskom teorijom (Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2021). Teorija odabira srodnika u osnovi je vrlo jednostavna: homoseksualnost može opstati u populaciji i postati adaptacija jedino ako je prednost za reproduktivni uspjeh pojedinca. S obzirom na to da homoseksualci nemaju potomke (ili ih imaju manje od ostalih), homoseksualnost pomaže u ukupnome reproduktivnom uspjehu pojedinca (engl. *inclusive fitness*), i to tako da homoseksualci vjerojatnije više pomažu svojim genetskim rođacima, posebice djeci svoje/ih braće/sestara. To shvaćanje nameće nekoliko pitanja. Kao prvo, Trivers (1985, prema Adriaens i De Block, 2006) ističe da nema razloga da evolucija favorizira homoseksualnost nad aseksualnošću – aseksualne osobe također mogu više pomagati svojim rođacima, a bez izlaganja potencijalnim opasnostima homoseksualnih odnosa. Autor zanemaruje mogućnost da je homoseksualnost mogla i na druge načine koristiti pojedincu, a ne samo u smislu pomaganja rođacima (npr. poboljšano stvaranje saveza, o kojemu ćemo nešto više reći kasnije). Drugi je problem te teorije manjak empirijske podrške, zbog čega je krajem devedesetih godina prošloga stoljeća i odbačena (Muscarella, 1999). Velik je problem svih istraživanja u području evolucijskoga podrijetla homoseksualnosti tzv. „modernistička zabluda“ (Ross i Wells, 2000). O homoseksualnosti se zaključuje na temelju zapadnih istraživanja i WEIRD uzoraka (sudionici iz bijelih, obrazovanih, industrijaliziranih, bogatih i demokratskih društava). Nužno se što više približiti društvima i okolini koja je slična onoj u kojoj je homoseksualnost mogla evoluirati – jedan je od takvih primjera i narod na otoku Samoa u Tihom Oceanu. Osim muškaraca i žena, na otoku postoje i pripadnici tzv. trećeg roda – *fa'afafine* („na ženski način“). To su muškarci koji odmalena pokazuju rodno atipično ponašanje, feminiziranost, povećan separacijski strah i sl. (VanderLaan i sur., 2012; Vasey i sur., 2020) Kad odrastu, u društvu imaju visok ugled, ali ono zbog čega su zanimljivi jest to da redovno imaju homoseksualne odnose s drugim muškarcima (no nikad s drugim *fa'afafine*!) koji su heteroseksualne orijentacije. Važno je napomenuti da većina *fa'afafine* zapravo pokazuje transrodnu androfiliju – seksualno ih privlače muškarci, a njihov rodni identitet nije u skladu s njihovim spolom. Iako oni jesu muškarci koji pokazuju najčešće feminiziran obrazac ponašanja, treba biti oprezan s terminologijom jer transrodnost najčešće povezujemo s binarnom rodnom podjelom i nelagodnom koja u velike većine njih ne postoji (Vasey i Bartlett, 2007). S druge strane, u zapadnim državama više prevladava egalitarni homoseksualni odnos između dviju cisrodnih osoba u kojih su spol i rod kongruentni (VanderLaan i sur., 2012; Vasey i sur., 2020). Upravo je transrodna androfilija oblik za koji se smatra da je bio karakteristika pradavnih, lovačko-sakupljačkih društava, u kojima se mogao i razviti kao adaptacija

(VanderLaan i sur., 2013). Isti autori navode da su za takva društva bile svojstvene povezane i malene grupe, egalitaran politički sustav, prihvaćanje istospolnoga seksualnog ponašanja, izražen altruizam prema srodnicima, veći broj potomaka i dr. Jedan od naroda koji je u pradavnim vremenima, čini se, bio sličan onome prethodno opisanom jest i narod na otoku Samoa (VanderLaan i sur., 2013). Doug VanderLaan i Paul Vasey provedbom istraživanja o KST-u na Samoi jasno pokazuju da model ima empirijsku podršku. Tako Vasey i VanderLaan (2010) pokazuju da *fa'afafine* pokazuje više tzv. naklonosti ujaka/stričeva (engl. *avuncular tendencies*) prema svojim nećacima i nećakinjama nego ginefilni muškarci (muškarci koje seksualno privlače žene), a veličina učinka izražena kao Cohenov d iznosi 0,57, tj. umjerene je veličine (korišten je t -test iako nije bila zadovoljena pretpostavka o jednakosti varijanci). Kao mjera naklonosti korišten je *Kin Selection Questionnaire* (Bobrow i Bailey, 2001) koji prikuplja osnovne sociodemografske i socioekonomske podatke te *Avuncular Tendencies Subscale* (Bobrow i Bailey, 2001), skala koja sadrži pitanja vezana uz volju da se ulože resursi u nećake i nećakinje. Slična istraživanja (Vasey i sur., 2007; VanderLaan i sur., 2017) repliciraju te nalaze. Uz to, *fa'afafine* ulažu resurse u nećake i nećakinje neovisno o tome jesu li u vezi ili ne, više ulažu u djecu sestara nego braće (što je moguća posljedica nesigurnosti u očinstvo) te više ulažu u mlađu djecu, što možemo objasniti i većom „koristi“ od ulaganja u mlađu nego stariju djecu (Vasey i sur., 2020). Takvi trendovi nisu pronađeni u društvima u kojima je dominantna egalitarna homoseksualnost, bilo na Zapadu ili u drugim sličnim društvima (Vasey i sur., 2020). To možemo objasniti utjecajem kulture; primjerice, obitelji su u zapadnom svijetu manje, s manjim brojem djece, a usto postoje velike razlike u izražavanju i prihvaćenosti homoseksualnosti na Zapadu i na Samoi. Na kraju, činjenica je da na Samoi obitelji većinom žive zajedno ili vrlo blizu, a na Zapadu nije rijetko da su rođaci udaljeni tisuće kilometara.

Teorija seksualno antagonističkog odabira (engl. *Sexually antagonistic selection*, SAS) u obzir uzima genetsku osnovu homoseksualnosti, a među prvima je iznose Hammer i Copeland (1994, prema Apostolou, 2013). Prema njoj je homoseksualnost mogla opstati u populaciji zato što bi geni koji uzrokuju homoseksualnost u muškaraca, kad su izraženi u ženskih rođakinja, pozitivno utjecali na njihov reproduktivni uspjeh (engl. *fitness*), ponajprije na povećanu plodnost. Osnovna je pretpostavka koja mora biti zadovoljena za tu teoriju da se „geni za homoseksualnost“ prenose na X-kromosomu. Miller (2000) tvrdi da je homoseksualnost najvjerojatnije kodirana upravo na X-kromosomu jer je Y-kromosom manji od X-kromosoma i ne može nositi puno informacija. Već je napomenuto da homoseksualnost ima genetsku osnovu (iskazanu indeksom heritabilnosti), ali da studije koje nastoje pronaći specifične gene za homoseksualnost na X-kromosomu nisu odviše uspješne. Ganna i sur. (2019) u svom GWAS istraživanju pronalaze samo pet SNP-a povezanih s istospolnim seksualnim

ponašanjem, tj. bili su zastupljeniji u ljudi koji su imali istospolne seksualne odnose nekad u životu, a od toga samo dva značajno koreliraju s muškim istospolnim seksualnim ponašanjem. Bilo bi zanimljivo proučiti jesu li ta dva SNP-a zastupljena i u njihovih rođakinja te jesu li povezani s čimbenicima koji utječu na plodnost žena i sl. Na Zapadu istraživanja pokazuju da žene koje imaju homoseksualnu rodbinu imaju više potomaka od žena koje ju nemaju (Camperio Ciani i sur., 2008). Za tu je teoriju ključno istraživanje Camperia Ciani i sur. (2004), koje pokazuje da homoseksualci imaju više homoseksualnih rođaka s majčine nego s očeve strane, da imaju više starije braće te da rođakinje homoseksualaca s majčine strane imaju višu plodnost (izmjerenu kao broj djece) u usporedbi s rođakinjama heteroseksualaca. Uz to, 14 % varijance u seksualnoj orijentaciji objašnjava broj homoseksualnih rođaka s majčine strane, a 6,7 % varijance objašnjava broj starije braće. S druge strane, nedavni rad Blancharda i sur. (2020) ne pronalazi razliku u plodnosti majki homoseksualaca i heteroseksualaca. Neka istraživanja čak pronalaze suprotan učinak – veću plodnost ženskih rođakinja s očeve strane u plemenu Istmo Zapotec u Meksiku, gdje također postoje osobe trećeg roda - *muxe gunaa* (Gómez Jiménez i sur., 2020). U slučaju *fa'afafine* pronađena je povećana plodnost njihovih baka i majki (VanderLaan i sur., 2012). Ukratko, potrebno je još istraživanja kako bi se ta hipoteza u potpunosti provjerila.

Teoriju slične paradigme iznosi Miller (2000), koji govori da je homoseksualnost nastala kao nusprodukt povećanoga varijabiliteta na rasponu maskulnosti i femininosti. Za muškarce je adaptivno da postoji veći varijabilitet u potomaka jer se tako povećava raznolikost genotipa te smanjuje natjecanje između potomaka. Posljedično, u muškaraca će postojati veći udio isključivih homoseksualaca nego u žena, što studije i pokazuju. Miller smatra da je homoseksualnost feminina karakteristika te da nastaje u pojedinaca koji imaju previše „feminizirajućih“ gena. S druge strane, „mala doza femininosti“ adaptivna je jer pomaže muškarcima u ostvarivanju reproduktivnoga uspjeha s obzirom na to da sadrži osobine koje su privlačne ženama (npr. povećana briga za djecu i obitelj i sl.). Jedno od objašnjenja toga fenomena jest tzv. heterozigotna prednost (Jeffery i sur., 2019), prema kojoj bi homoseksualne osobe mogle biti homozigoti za „feminizirajuće“ gene, a heteroseksualne osobe heterozigoti. Zietsch i sur. (2008) pokazuju da su maskuline žene i feminini muškarci u većoj mjeri homoseksualni, a kad su heteroseksualni, imaju i više partnera, što podupire Millerovu teoriju. Neposredno objašnjenje za tu teoriju bile bi razlike u hormonima koje kodiraju „feminizirajući“ geni. Neki autori kritiziraju Millerovu pretpostavku da je homoseksualnost (tj. seksualna privučenost muškarcima) feminina karakteristika (npr. Muscarella, 2007). To je posebno problematično ako uzmemo u obzir mogućnost da je biseksualni potencijal inherentan dio ljudske seksualnosti koji se izgubio zbog utjecaja kulture i različitih

društvenih normi (slično kao poligamija).

Niz autora predlaže da je homoseksualno ponašanje ključno za stvaranje saveza, što posljedično ima adaptivnu korist za pojedince (Kirkpatrick, 2000; Muscarella, 2000; Muscarella i sur., 2005; Ross i Wells, 2000). Ovo nazivamo teorijom stvaranja saveza (engl. *Alliance Theory*, AT). Općenito je poznato da seksualno ponašanje pojačava afilijativne veze, posebice zbog otpuštanja hormona oksitocina (Kuhle i Radtke, 2013). S obzirom na to da seks osnažuje heterosocijalne veze, za očekivati je da bi trebao imati i ulogu u pojačavanju homosocijalnih veza. Naime, u primata su adolescenti često segregirani u društvu te „osuđeni“ da se „popnu“ po socijalnoj ljestvici i zauzmu svoj položaj u društvu (Muscarella, 2000). Upravo je homoseksualno ponašanje moglo biti medij za stvaranje i učvršćivanje saveza, kako između adolescenata tako i između adolescenata i onih koji su zauzimali viši položaj u hijerarhiji, ali i općenito između mužjaka. Time oni osiguravaju povećanu vjerojatnost za preživljavanje, ali i povećanu vjerojatnost reprodukcije. Zanimljiv je nalaz Smuts i Watanabeja (1990, prema Bailey i sur., 2016) da se istospolno seksualno ponašanje u bonobo mužjaka javlja prije izazivanja protivničkoga mužjaka, očito kao pokušaj ojačavanja saveza i prikupljanja podrške za borbu koja slijedi, ali i stvaranja povjerenja. U ljudi, istraživanja pokazuju da je u razdoblju adolescencije česta istospolna seksualna privlačnost i ponašanje, a takav je fenomen i međukulturalno potvrđen (Muscarella, 2000). Naravno, moguće je da je to posljedica razvojnih specifičnosti adolescencije, poglavito istraživanja vlastite seksualnosti, a ne nužno evolucijske udešenosti za stvaranja saveza.

Za Kirkpatricka (2000) je homoseksualnost posljedica individualnoga odabira za recipročni altruizam. Ona je oblik razmjene od koje profitiraju oba pojedinca. Uz to što je nastala kao nusprodukt recipročnoga altruizma, s vremenom je postala adaptivna jer je omogućila uspješnije stvaranje saveza, stoga homoseksualnost možemo nazvati egzaptacijom (točnije, trompom) – obilježjem koje je u početku bilo neutralni nusprodukt, ali s vremenom postalo adaptivno. Važno je napomenuti da zbog toga Kirkpatrick (2000) gleda na biseksualnost kao adaptivnu seksualnu orijentaciju jer s jedne strane omogućava reprodukciju, a s druge strane povećano preživljavanje zbog veće dostupnosti resursa, sigurnosti, zaštite i sl.

Sličnu paradigmu predlažu Ross i Wells (2000), koji kažu da je homoseksualnost egzaptacija homosocijalnoga ponašanja tj. stvaranja istospolnih saveza, a Muscarella (2007) i Vasey (1995, prema Muscarella, 2000) tvrde da je homoseksualnost egzaptacija socioseksualnoga ponašanja. Barron i Hare (2020) smatraju da se istospolna privlačnost razvila samodomestikacijom; ona je njen nusprodukt (potencijalno i trompa). Samodomestikacija je proces koji se odnosi na razvoj prosocijalnoga ponašanja razvojem kognicije, socijalnih sposobnosti i sl. te je obilježje nedavne ljudske povijesti.

Ona je slična pripitomljavanju životinja, koje dovodi do smanjenja agresije, ali, zanimljivo, i do viših postotaka istospolnoga seksualnog ponašanja (Barron i Hare, 2020). Neki autori kritiziraju njihovu teoriju (npr. Luoto, 2020) zato što hipoteze koje bi se mogle generirati nemaju podršku (npr. da su homoseksualci prosocijalniji od heteroseksualaca).

Empirijskih dokaza za teoriju stvaranja saveza je malo – jedina studija koja je provedena ona je Muscarelle i sur. (2005). Oni su sudionicima dali tri scenarija u kojima su se pojedinci upuštali u homoseksualni odnos s različitim ishodima – u jednom je osoba povećala socijalni status, u drugom nije, a u trećem je homoseksualni odnos čak negativno utjecao na socijalni status. U situaciji pozitivnoga ishoda homoseksualni pojedinci su procijenjeni da su višega socijalnog statusa i imaju veće reproduktivne mogućnosti. Naravno, moguće je da su rezultati posljedica samih ishoda scenarija, a ne nužno homoseksualnih odnosa *per se*, pa rezultate treba uzeti s oprezom.

Može li se izvršiti sinteza tih teorija? Možda. Homoseksualnost je pod utjecajem više gena, te bi bilo zanimljivo vidjeti jesu li geni koji su povezani s homoseksualnom orijentacijom povezani i s povećanom brigom za druge, socijalnim vještinama i sl. Ako jesu, to bi moglo objasniti ekskluzivnu homoseksualnost: ona nastaje kao mehanizam kojim osobe dolaze do resursa i zaštite, i za sebe i za svoje bliske rođake (vidi teoriju odabira srodnika). Usto se homoseksualnost možda pojavila kako bi smanjila sukobe između više braće zbog potencijalnih partnerica (efekt bratskoga reda rođenja), a i dalje omogućava ostvarivanje ukupnoga reproduktivnog uspjeha. Posljedično, veća količina resursa omogućava veći broj potomaka i veću vjerojatnost preživljavanja potomaka. Postavlja se pitanje je li povećana plodnost rođakinja *fa'afafine* upravo rezultat toga.

Teorije koje objašnjavaju žensku homoseksualnost. Znanstvena zajednica tek se odnedavno usmjerava na žensku homoseksualnost, temu koja se dugo zapostavljala. Kad govorimo o ženskoj homoseksualnosti, ona je čak i veći misterij od muške, posebice jer nedostaje istraživanja o njezinim neposrednim uzrocima. Ono što je primijećeno u većine homoseksualnih žena jest maskulinizacija, bilo u interesima, ponašanju ili na neurobiološkoj razini. Međutim, efekti poput FBOE-a i drugih nisu potvrđeni. Velik „problem“ jest i činjenica da su žene seksualno fluidnije od muškaraca, pa tako čak 10 – 30 % žena heteroseksualne orijentacije izjavljuje da su ih seksualno privlačile žene (Apostolou, 2016; Jeffery i sur., 2019). Upravo je to ključno za evolucijske teorije jer pokazuje da je u žena, više nego u muškaraca, izražen biseksualni potencijal koji potječe iz pradavnih vremena čovjeka. Gay i Goldfoot (1975, prema Bailey i sur., 2016) pokazuju da je u mnogih vrsta sisavaca biseksualnost dimorfno obilježje koje se javlja samo u jednoga spola, nikad u oba. Važno je napomenuti da zato teorije mogu objasniti biseksualnu orijentaciju, ali ne i ekskluzivnu homoseksualnost, za koju još ne postoji

valjano evolucijsko objašnjenje.

Ideju seksualne fluidnosti prva iznosi Diamond (2009, str. 3), koja je definira kao „situacijski ovisnu fleksibilnost u ženskoj seksualnoj responzivnosti“. Ona je nusprodukt činjenice da je u žena proceptivnost („požuda“, tj. oblik seksualne motivacije uzrokovan primarno autonomnim sustavima i hormonima) odvojena od pobudljivosti (mogućnosti osobe da je uzbude određeni podražaji ili situacije). U vrijeme ovulacije u žena prevladava proceptivnost, a kasnije pobudljivost, što nije slučaj u muškaraca, u kojih uvijek prevladava proceptivnost. Posljedično, seksualne želje žena trebale bi biti mnogo fleksibilnije i fluidnije od onih u muškaraca. Autori poput Kanazawe (2020) tvrde da je seksualna fluidnost adaptacija koja ženama omogućava funkcioniranje u poliginim zajednicama; preživljavanje, ali i veću privlačnost za potencijalne partnere. Istraživanja pokazuju da je za dio muškaraca lezbijski seksualni odnos uzbuđujući i privlačan (Apostolou i sur, 2017; Apostolou i sur., 2018). Zanimljiv je podatak da žene koje imaju odnose s drugim ženama imaju još veći broj odnosa s muškarcima (u odnosu na žene koje nemaju odnose s drugim ženama), što upućuje na to da bi u žena možda bilo prikladnije govoriti o socioseksualnoj nego seksualnoj orijentaciji (Kanazawa, 2020). Dok muškarce s višim seksualnim nagonom u većoj mjeri privlače ili muškarci ili žene, to nije slučaj kod žena – podjednako ih, istovremeno, privlače i muškarci i žene (Lippa, 2006, 2007, prema Kanazawa, 2017). U skladu je s tim i nalaz da su fiziološke reakcije u genitalnom području indikativne za seksualnu orijentaciju muškaraca, ali ne i žena – one doživljavaju uzbuđenje na različite seksualne podražaje koji mogu, ali ne moraju biti u skladu s njihovom seksualnom orijentacijom (Bailey i sur, 2016; Howard i Perilloux, 2016). Stoga se predlaže da bi žensku seksualnu orijentaciju trebalo podijeliti na ograničenu i neograničenu, a ne na tradicionalne kategorije. Obilježje neograničene socioseksualne orijentacije upuštanje je u usputni seks, a u ograničenoj orijentaciji karakteristična je usmjerenost na dugotrajnu vezu (Gangestad i Simpson, 1990, prema Kanazawa, 2020). Postavlja se pitanje je li biseksualna orijentacija češća u pojedinaца sa strategijama brze životne povijesti (engl. *fast life history strategies*, FLHS), čije je obilježje i neograničena socioseksualna orijentacija, tj. upuštanje u usputne seksualne odnose, i sa ženama i s muškarcima. S jedne strane to omogućuje dobivanje potomaka, ali s druge strane i ono što podrazumijeva hipoteza zajedničkoga odgajanja djece (engl. *alloparenting*), a to je veća vjerojatnost preživljavanja potomaka. Iz toga slijedi da u obiteljima nižega socioekonomskog statusa, razvedenih roditelja i sl. valja očekivati veći postotak kćeri biseksualne i neograničene orijentacije zbog prevladavajućega FLHS-a. Sličnu pretpostavku testira Kanazawa (2020) te pokazuje da je u djevojaka odraslih bez oca značajno veća vjerojatnost da budu homoseksualne u ranoj odrasloj dobi. Povezanost je u potpunosti moguće objasniti socioseksualnom orijentacijom tj. odsutnost oca povezana je s neograničenom socioseksualnom orijentacijom, što se

onda odražava u većoj vjerojatnosti homoseksualne orijentacije. Treba imati na umu da su veličine učinka male te da su korelacije moguća posljedica i trećih varijabli (npr. visokih razina testosterona). Nalazi su u skladu s radom Luotoa i sur. (2019), koji među prvima iznose ideju da je ženska neheteroseksualnost rezultat FLHS-a koja je posredovana hormonalnim učincima (primarno maskulinizirajući, tj. androgeni, što se onda očituje u nizu psihobihevioralnih, kognitivnih i osobinskih karakteristika, poput povišene socioseksualnosti, ranije reprodukcije, većega broja partnera, veće sklonosti konzumaciji alkohola i drugih).

Kuhle i Radtke (2013) iznose hipotezu zajedničkoga odgajanja djece (engl. *alloparenting hypothesis*) prema kojoj je seksualna fluidnost adaptacija koja ženama omogućuje upuštanje u veze s drugim ženama, koje im onda pomažu u odgajanju djece i posljedično povećavaju vjerojatnost njihova preživljavanja. Takva adaptacija posebice je važna u uvjetima kad bi muškarac napustio ženu i djecu, poginuo u sukobima i sl. Zajedničko odgajanje djece vidljivo je u različitim životinja, ali posebno u japanskih makakija, bonobo majmuna i dr. (Kuhle i Radtke, 2013) Naravno, postavlja se pitanje zašto bi bio potreban seksualni odnos za stvaranje saveza, a, osim toga, žene koje pomažu drugim ženama s djecom narušavaju svoj reproduktivni uspjeh (Apostolou, 2016). Objašnjenje je u činjenici da seksualni odnosi produbljuju povezanost između dviju osoba, a usto ne smijemo zaboraviti da je altruizam ključan za funkcioniranje unutar zajednice – načelo reciprociteta, tj. vraćanja usluge vjerojatan je razlog za pomaganje.

Kanazawa (2017) unutar okvira hipoteze o poliginiji smatra da je seksualna fluidnost adaptacija koja je nastala kao rezultat poligininih društava, a cilj je bio smanjenje napetosti i sukoba između žena. Etnografski dokazi pokazuju da u narodima Afrike, Azije i Amerike postoje primjeri seksualnih odnosa između žena u poliginim zajednicama. Nažalost, za tu teoriju nedostaje empirijska podrška jer su poligine zajednice u većini svijeta rijetke (< 0,5 %) (Kramer, 2020), a tamo gdje su česte (npr. Zapadna Afrika), istraživanja se rijetko provode. Odgovor bi možda mogle dati poliamorne zajednice, ali uz problem operacionalizacije reproduktivnoga uspjeha javlja se i pitanje o tome kako uspoređivati poliamorne zajednice gdje postoje seksualni odnosi između žena s onima gdje ne postoje (ako takvih uopće ima).

Na kraju, važno je navesti teorije koje je iznio Apostolou. Prva je teorija slaboga odabira (engl. *weak selection hypothesis*), prema kojoj je varijabilitet u seksualnoj orijentaciji žena rezultat činjenice da je u prošlosti ženska seksualnost bila izrazito regulirana te su selekcijski pritisci bili izrazito slabi (Apostolou, 2016). Posljedično je vidljiv veći postotak homoseksualnih i biseksualnih žena s obzirom na to da su one vjerojatno imale muške partnere i djecu, te je evolucijski trošak biseksualne orijentacije za žene mnogo manji nego za muškarce. Druga teorija koju iznose Apostolou i sur. (2017) jest

hipoteza muškoga izbora (engl. *male choice hypothesis*), koja objašnjava istospolno seksualno ponašanje žena činjenicom da je ono za muškarce uzbuđujuće, ali i time što smanjuje vjerojatnost nevjere s drugim muškarcima. Njegovo istraživanje pokazuje da je za dio muškaraca lezbijski odnos njihove partnerice privlačan i seksualno uzbuđujući, ponajprije u kratkoročnim vezama, s time da ipak većina muškaraca (55 – 85 %, ovisno o vrsti veze) ne izražava takve preferencije (Apostolou i sur., 2017).

Zaključak

Cilj ovoga rada bio je prikazati dosadašnje spoznaje o homoseksualnosti, s posebnim naglaskom na evolucijsku teoriju. Homoseksualno ponašanje prisutno je u velikom broju vrsta, ali čini se da je ekskluzivna homoseksualna orijentacija karakteristika tek nekolicine vrsta, između ostalog i ljudi. Kako bismo je objasnili, u radu su prvo izložena neposredna objašnjenja, koja jasno pokazuju da je ona rezultat više čimbenika – genetskih, neurobioloških, hormonalnih i drugih. No kako je glavna tema ovoga rada evolucijska perspektiva, velik dio posvećen je najznačajnijim evolucijskim teorijama.

Teorija odabira srodnika dobila je veliku potporu zahvaljujući proučavanju *fa'afafine* na otoku Samoa, iako je devedesetih čak odbačena kao malo vjerojatna. Od drugih teorija, važno je istaknuti i teoriju seksualno antagonističkog odabira, za koju je ipak potrebno još dokaza, ali pomaže objasniti dio fenomena povezanih s homoseksualnošću, te teoriju stvaranja saveza. Vrlo je moguće da je u slučaju muške homoseksualnosti posrijedi utjecaj različitih selekcijskih pritisaka, te nije nemoguća i sinteza tih teorija, kao što ističu neki autori. Žensku homoseksualnost autori su počeli proučavati tek relativno nedavno, a evolucijske teorije usmjeravaju se na objašnjenje seksualne fluidnosti. Za objašnjenje toga fenomena važan je konstrukt socioseksualnosti, te neki autori čak predlažu da je on prikladniji za opisivanje ženske seksualne orijentacije. Hipoteze vezane uz seksualnu fluidnost usmjerene su na reprodukciju, pa tako teorija zajedničkog odgajanja djece i hipoteza o poliginiji impliciraju da je seksualna fluidnost u poliginim zajednicama pomagala u preživljavanju potomaka zajedničkim odgojem, smanjenju sukoba, većoj dostupnosti resursa i sl. Nažalost, isključivu žensku homoseksualnost teško je objasniti, ali je moguće da se radi o ekstremnoj varijaciji seksualne fluidnosti, iako istraživanja to tek trebaju provjeriti. Različite teorije homoseksualnosti mogu se međusobno upotpunjavati, ali jedinstvena teorija malo je vjerojatna. Uvijek je važno imati na umu činjenicu da je homoseksualnost rezultat različitih čimbenika, a evolucijske teorije objašnjavaju neke od mnogih. Čini se vjerojatnim da je homoseksualnost pružala adaptivnu prednost, te je zbog toga opstala do danas, i to u različitim društvima. Ona je stoga prirodan i inherentan dio ljudske prirode te je na svima nama kolektivna odgovornost da osvijestimo tu činjenicu i omogućimo ravnopravnost seksualnim manjinama.

Literatura

- Adriaens, P. R. i De Block, A. (2006). The evolution of a social construction: the case of male homosexuality. *Perspectives in biology and medicine*, 49(4), 570–585. <https://doi.org/10.1353/pbm.2006.0051>
- Apostolou, M. (2013). Interfamily conflict, reproductive success, and the evolution of male homosexuality. *Review of General Psychology*, 17(3), 288–296. <https://doi.org/10.1037/a0031521>
- Apostolou, M. (2016). The evolution of female same-sex attractions: The weak selection pressures hypothesis. *Evolutionary Behavioral Sciences*, 10(4), 270–283. <https://doi.org/10.1037/ebs0000072>
- Apostolou, M. (2020). Does Fraternal Birth Order Predict Male Homosexuality, Bisexuality, and Heterosexual Orientation with Same-Sex Attraction? Evidence from a Greek-Speaking Sample from Greece. *Archives of sexual behavior*, 49(2), 575–579. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01466-3>
- Apostolou, M., Shialos, M., Khalil, M. i Paschali, V. (2017). The evolution of female same-sex attraction: The male choice hypothesis. *Personality and Individual Differences*, 116, 372–378. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.05.020>
- Apostolou, M., Wang, Y. i O, J. (2018). Do men prefer women who are attracted to women? A cross-cultural evolutionary investigation. *Personality and Individual Differences*, 135, 31–39. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.06.052>
- Bailey, J. M., Vasey, P. L., Diamond, L. M., Breedlove, S. M., Vilain, E. i Epprecht, M. (2016). Sexual Orientation, Controversy, and Science. *Psychological science in the public interest: a journal of the American Psychological Society*, 17(2), 45–101. <https://doi.org/10.1177/1529100616637616>
- Barron, A. B. i Hare, B. (2020). Prosociality and a Sociosexual Hypothesis for the Evolution of Same-Sex Attraction in Humans. *Frontiers in psychology*, 10, 2955. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02955>
- Biesecker, L. G. (2023, 23. veljače). *Haplotype*. National Human Genome Research Institute. <https://www.genome.gov/genetics-glossary/haplotype>
- Blanchard, R. i Bogaert, A. F. (1996). Homosexuality in men and number of older brothers. *American Journal of Psychiatry*, 153(1), 27–31. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.1.27>
- Blanchard, R., Krupp, J., VanderLaan, D. P., Vasey, P. L. i Zucker, K. J. (2020). A method yielding comparable estimates of the fraternal birth order and female fecundity effects in male homosexuality. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 287(1923), 20192907. <https://doi.org/10.1098/rspb.2019.2907>
- Blanchard, R., Zucker, K. J., Siegelman, M., Dickey, R. i Klassen, P. (1998). The relation of birth order to sexual orientation in men and women. *Journal of Biosocial Science*, 30(4), 511–519. <https://doi.org/10.1017/s0021932098005112>
- Bobrow, D. i Bailey, J. M. (2001). Is male homosexuality maintained via kin selection? *Evolution and Human Behavior*, 22(5), 361–368. [https://doi.org/10.1016/S1090-5138\(01\)00074-5](https://doi.org/10.1016/S1090-5138(01)00074-5)
- Burri, A., Spector, T. i Rahman, Q. (2015). Common genetic factors among sexual orientation, gender nonconformity, and number of sex partners in female twins: implications for the evolution of homosexuality. *The journal of sexual medicine*, 12(4), 1004–1011. <https://doi.org/10.1111/jsm.12847>
- Buss, D. M. (2012). *Evolucijska psihologija: Nova znanost o umu*. Naklada Slap.
- Buss, D. M., Haselton, M. G., Shackelford, T. K., Bleske, A. L. i Wakefield, J. C. (1998). Adaptations, exaptations, and spandrels. *The American psychologist*, 53(5), 533–548. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.53.5.533>
- Camperio-Ciani, A., Corna, F. i Capiluppi, C. (2004). Evidence for maternally inherited factors favouring male homosexuality and promoting female fecundity. *Proceedings. Biological sciences*, 271(1554), 2217–2221. <https://doi.org/10.1098/rspb.2004.2872>
- Camperio Ciani, A., Cermelli, P. i Zanzotto, G. (2008). Sexually antagonistic selection in human male homosexuality. *PLoS one*, 3(6), e2282. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0002282>
- Diamond, L. M. (2009). *Sexual fluidity: Understanding women's love and desire*. Harvard University Press.
- Ellis, A. L. i Mitchell, R. W. (2000). Sexual orientation. U. L. T. Szuchman i F. Muscarella (Ur.), *Psychological perspectives on human sexuality* (str. 196–231). John Wiley & Sons, Inc.
- Ganna, A., Verweij, K., Nivard, M. G., Maier, R., Wedow, R., Busch, A. S., Abdellaoui, A., Guo, S., Sathirapongsasuti, J. F., 23andMe istraživački tim, Lichtenstein, P., Lundström, S., Långström, N., Auton, A., Harris, K. M., Beecham, G. W., Martin, E. R., Sanders, A. R., Perry, J., Neale, B. M., ... i Zietsch, B. P. (2019). Large-scale GWAS reveals insights into the genetic architecture of same-sex sexual behavior. *Science*, 365(6456), eaat7693. <https://doi.org/10.1126/science.aat7693>
- Golden, C. (1999). Naša politika i naši odabiri: Feministički pokret i seksualna orijentacija. U B. Greene, i G. M. Herek (Ur.), *Psihologija ženske i muške homoseksualnosti: Teorija, znanstvena istraživanja i kliničke primjene* (str. 83–101). Naklada Jesenski i Turk i Hrvatsko sociološko društvo.
- Gómez Jiménez, F. R., Semenyna, S. W. i Vasey, P. L. (2020). Offspring Production Among the Relatives of Isthmo Zapotec Men and Muxes. *Archives of sexual behavior*, 49(2), 581–594. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01611-y>
- Gould, S. J. i Lewontin, R. C. (1979). The Spandrels of San Marco and the Panglossian Paradigm: A Critique of the Adaptationist Programme. *Proceedings of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 205(1161), 581–598. <http://www.jstor.org/stable/77447>
- Gould, S. i Vrba, E. (1982). Exaptation - a Missing Term in the Science of Form. *Paleobiology*, 8(1), 4–15. <https://doi.org/10.1017/S0094837300004310>
- Greene, B. (1999). Ženska i muška homoseksualna orijentacija: Implikacije u kliničkoj edukaciji, praksi i znanstvenom radu. U B. Greene i G. M. Herek (Ur.), *Psihologija ženske i muške homoseksualnosti: Teorija, znanstvena istraživanja i kliničke primjene* (str. 19–46). Naklada Jesenski i Turk i Hrvatsko sociološko društvo.
- Hamer, D. H., Hu, S., Magnuson, V. L., Hu, N. i Pattatucci, A. M. (1993). A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science*, 261(5119), 321–327. <https://doi.org/10.1126/science.8332896>
- Howard, R. M. i Perilloux, C. (2016). Is mating psychology most closely tied to biological sex or preferred partner's sex? *Personality and Individual Differences*, 115, 83–89. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.009>
- Hu, S., Pattatucci, A. M., Patterson, C., Li, L., Fulker, D. W., Cherny, S. S., Kruglyak, L. i Hamer, D. H. (1995). Linkage between sexual orientation and chromosome Xq28 in males but not in females. *Nature genetics*, 11(3), 248–256. <https://doi.org/10.1038/ng1195-248>
- Jeffery, A. J., Shackelford, T. K., Zeigler-Hill, V., Vonk, J. i McDonald, M. (2019). The evolution of human female sexual orientation. *Evolutionary Psychological Science*, 5(1), 71–86. <https://doi.org/10.1007/s40806-018-0168-2>
- Kanazawa, S. (2012). Intelligence and homosexuality. *Journal of biosocial science*, 44(5), 595–623. <https://doi.org/10.1017/S00219320110000769>
- Kanazawa, S. (2017). Possible evolutionary origins of human female sexual fluidity. *Biological reviews of the Cambridge Philosophical Society*, 92(3), 1251–1274. <https://doi.org/10.1111/brv.12278>
- Kanazawa, S. (2020). Father absence, sociosexual orientation, and same-sex sexuality in women and men. *International journal of psychology: Journal internationale de psychologie*, 55(2), 234–244. <https://doi.org/10.1002/ijop.12569>
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B. i Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Saunders.
- Kirkpatrick, R. C. (2000). The Evolution of Human Homosexual Behavior. *Current Anthropology*, 41(3), 385–413. <https://doi.org/10.1086/300145>
- Klein, F., Sepeckoff, B. i Wolf, T. J. (1985). Sexual orientation: A multi-variable dynamic process. *Journal of Homosexuality*, 11, 35–42.
- Knopik, V. S., Neiderhiser, J. M., DeFries, J. C. i Plomin, R. (2017). *Behavioral Genetics*. Worth Publishers.
- Kramer, S. (2020, prosinac 7.). *Polygamy is rare around the world and mostly confined to a few regions*. Pew Research Center. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2020/12/07/polygamy-is-rare-around-the-world-and-mostly-confined-to-a-few-regions/>

- Kuhle, B. X. i Radtke, S. (2013). Born both ways: the alloparenting hypothesis for sexual fluidity in women. *Evolutionary psychology : an international journal of evolutionary approaches to psychology and behavior*, 11(2), 304–323.
- Långström, N., Rahman, Q., Carlström, E. i Lichtenstein, P. (2010). Genetic and environmental effects on same-sex sexual behavior: a population study of twins in Sweden. *Archives of sexual behavior*, 39(1), 75–80. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9386-1>
- Larsen, R. J. i Buss, D. M. (2005). *Psihologija ličnosti*. Naklada Slap.
- Leksikografski zavod Miroslav Krleža (2021). Sociobiologija. U *Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje*. <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=56942>
- LeVay, S. (2011). *Gay, Straight, and The Reason Why: The Science of Sexual Orientation*. Oxford University Press.
- Locke K. A. (2004). The Bible on homosexuality: exploring its meaning and authority. *Journal of homosexuality*, 48(2), 125–156. https://doi.org/10.1300/j082v48n02_07
- Luoto S. (2020). Did Prosociality Drive the Evolution of Homosexuality? *Archives of sexual behavior*, 49(7), 2239–2244. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01749-0>
- Luoto, S., Krams, I. i Rantala, M. J. (2019). A Life History Approach to the Female Sexual Orientation Spectrum: Evolution, Development, Causal Mechanisms, and Health. *Archives of sexual behavior*, 48(5), 1273–1308. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1261-0>
- Mayo Clinic (2022, svibanj 14.). *Congenital adrenal hyperplasia - Symptoms and causes*. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/congenital-adrenal-hyperplasia/symptoms-causes/syc-20355205>
- Miller E. M. (2000). Homosexuality, birth order, and evolution: toward an equilibrium reproductive economics of homosexuality. *Archives of sexual behavior*, 29(1), 1–34. <https://doi.org/10.1023/a:1001836320541>
- Mishel, E. (2019). Intersections between Sexual Identity, Sexual Attraction, and Sexual Behavior among a Nationally Representative Sample of American Men and Women. *Journal of Official Statistics*, 35(4), 859–884. <https://doi.org/10.2478/jos-2019-0036>
- Mondimore, F. M. (2003). *Prirodna povijest homoseksualnosti*. Antibarbarus.
- Muscarella, F. (1999). The homoerotic behavior that never evolved. *Journal of Homosexuality*, 37(3), 1–18.
- Muscarella F. (2000). The evolution of homoerotic behavior in humans. *Journal of homosexuality*, 40(1), 51–77. https://doi.org/10.1300/J082v40n01_03
- Muscarella, F. (2007). The Evolution of Male-Male Sexual Behavior in Humans. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 18(4), str. 275–311. https://doi.org/10.1300/J056v18n04_02
- Muscarella, F., Cevallos, A. M., Siler-Knogl, A. i Peterson, L. M. (2005). The alliance theory of homosexual behavior and the perception of social status and reproductive opportunities. *Neuro endocrinology letters*, 26(6), 771–774.
- Pallardy, R. (n. d.). *The Scandalous Social Lives of Bonobos*. Encyclopedia Britannica. <https://www.britannica.com/explore/savingearth/the-scandalous-social-lives-of-bonobos>
- Peters, N. J. (2006). *Conundrum: The Evolution of Homosexuality*. AuthorHouse.
- Poiani, A. (2010). *Animal Homosexuality: A Biosocial Perspective*. Cambridge University Press.
- Rice, G., Anderson, C., Risch, N. i Ebers, G. (1999). Male homosexuality: absence of linkage to microsatellite markers at Xq28. *Science*, 284(5414), 665–667. <https://doi.org/10.1126/science.284.5414.665>
- Ross, M. W. i Wells, A. L. (2000). The modernist fallacy in homosexual selection theories: Homosexual and homosocial exaptation in South Asian society. *Psychology, Evolution & Gender*, 2(3), 253–262. <https://doi.org/10.1080/14616660010024580>
- Roselli C. E. (2018). Neurobiology of gender identity and sexual orientation. *Journal of neuroendocrinology*, 30(7), e12562. <https://doi.org/10.1111/jne.12562>
- Russock, H. I. (2011). An evolutionary interpretation of the effect of gender and sexual orientation on human mate selection preferences, as indicated by an analysis of personal advertisements. *Behaviour*, 148(3), 307–323. <https://doi.org/10.1163/000579511X556600>
- Sanders, A. R., Beecham, G. W., Guo, S., Dawood, K., Rieger, G., Badner, J. A., Gershon, E. S., Krishnappa, R. S., Kolundzija, A. B., Duan, J., MGS Collaboration, Gejman, P. V., Bailey, J. M. i Martin, E. R. (2017). Genome-Wide Association Study of Male Sexual Orientation. *Scientific reports*, 7(1), 16950. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-15736-4>
- Sanders, A. R., Beecham, G. W., Guo, S., Dawood, K., Rieger, G., Krishnappa, R. S., Kolundzija, A. B., Bailey, J. M. i Martin, E. R. (2021). Genome-Wide Linkage and Association Study of Childhood Gender Nonconformity in Males. *Archives of sexual behavior*, 50(8), 3377–3383. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02146-x>
- Schwartz, G., Kim, R. M., Kolundzija, A. B., Rieger, G. i Sanders, A. R. (2010). Biodemographic and physical correlates of sexual orientation in men. *Archives of Sexual Behavior*, 39(1), 93–109. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9499-1>
- Scott-Phillips, T. C., Dickins, T. E. i West, S. A. (2011). Evolutionary Theory and the Ultimate-Proximate Distinction in the Human Behavioral Sciences. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 6(1), 38–47. <https://doi.org/10.1177/1745691610393528>
- Sell, R. L. (1997). Defining and measuring sexual orientation: a review. *Archives of sexual behavior*, 26(6), 643–658. <https://doi.org/10.1023/a:1024528427013>
- Storms, M. D. (1980). Theories of sexual orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(5), 783–792. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.38.5.783>
- Tasos, E. (2021). To What Extent are Prenatal Androgens Involved in the Development of Male Homosexuality in Humans? *Journal of homosexuality*, 1–36. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1933792>
- Tate, C. C. (2013). Another meaning of Darwinian feminism: Toward inclusive evolutionary accounts of sexual orientations. *Journal of Social, Evolutionary, and Cultural Psychology*, 7(4), 344–353. <https://doi.org/10.1037/h0099184>
- Tooby, J. i Cosmides, L. (1992). The psychological foundations of culture. U: J. H. Barkow, L. Cosmides i J. Tooby (Ur.), *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture* (str. 19–136). Oxford University Press.
- VanderLaan, D. P., Forrester, D. L., Petterson, L. J. i Vasey, P. L. (2012). Offspring production among the extended relatives of Samoan men and fa'afafine. *PloS one*, 7(4), e36088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036088>
- VanderLaan, D. P., Ren, Z. i Vasey, P. L. (2013). Male androphilia in the ancestral environment: An ethnological analysis. *Human Nature*, 24, 375–401.
- VanderLaan, D. P., Petterson, L. J. i Vasey, P. L. (2017). Elevated Kin-Directed Altruism Emerges in Childhood and Is Linked to Feminine Gender Expression in Samoan Fa'afafine: A Retrospective Study. *Archives of sexual behavior*, 46(1), 95–108. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0884-2>
- Vasey, P. L. (1995). Homosexual behavior in primates: A review of evidence and theory. *International Journal of Primatology*, 16(2), 173–203.
- Vasey, P. L. i Bartlett, N. H. (2007). What can the Samoan “Fa'afafine” teach us about the Western concept of gender identity disorder in childhood? *Perspectives in biology and medicine*, 50(4), 481–490. <https://doi.org/10.1353/pbm.2007.0056>
- Vasey, P. L., Pocock, D. S. i VanderLaan, D. P. (2007). Kin selection and male androphilia in Samoan fa'afafine. *Evolution and Human Behavior*, 28(3), 159–167. <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2006.08.004>
- Vasey, P. L. i VanderLaan, D. P. (2010). Avuncular tendencies and the evolution of male androphilia in Samoan fa'afafine. *Archives of sexual behavior*, 39(4), 821–830. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9404-3>
- Vasey, P., Petterson, L., Semenyna, S., Gómez Jiménez, F. i VanderLaan, D. (2020). Kin Selection and the Evolution of Male Androphilia. U L. Workman, W. Reader i J. Barkow (Ur.), *The Cambridge Handbook of Evolutionary Perspectives on Human Behavior* (str. 366–377). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108131797.031>
- Wang, Y., Wu, H. i Sun, Z. S. (2019). The biological basis of sexual orientation: How hormonal, genetic, and environmental factors influence to whom we are sexually attracted. *Frontiers in neuroendocrinology*, 55, 100798. <https://doi.org/10.3389/fnec.2019.00079>

[org/10.1016/j.yfme.2019.100798](https://doi.org/10.1016/j.yfme.2019.100798)

White, F. J. i Wood, K. D. (2007). Female feeding priority in bonobos, *Pan paniscus*, and the question of female dominance. *American Journal of Primatology*, 69(8), 837–850. <https://doi.org/10.1002/ajp.20387>

Wilson, E. O. (1975). *Sociobiology: the new synthesis*. Harvard University Press.

Wong, K. (2014). The 1 Percent Difference. *Scientific American*, 311(3), 100. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican0914-100>

Zietsch, B. P., Morley, K., Shekar, S. N., Verweij, K. J. H., Keller, M. C., Macgregor, S., Wright, M. J., Bailey, J. M. i Martin, N. G. (2008). Genetic factors predisposing to homosexuality may increase mating success in heterosexuals. *Evolution and Human Behaviour*, 29(6), 424–433. <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2008.07.002>

Zietsch, B. P. i Sidari, M. J. (2020). The Kinsey scale is ill-suited to most sexuality research because it does not measure a single construct. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 117(44), 27080. <https://doi.org/10.1073/pnas.2015820117>

Zietsch, B. P., Sidari, M. J., Abdellaoui, A., Maier, R., Långström, N., Guo, S., Beecham, G. W., Martin, E. R., Sanders, A. R. i Verweij, K. (2021). Genomic evidence consistent with antagonistic pleiotropy may help explain the evolutionary maintenance of same-sex sexual behaviour in humans. *Nature human behaviour*, 5(9), 1251–1258. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01168-8>

Abstract

Even though homosexuality has been a characteristic of numerous societies worldwide, only recently has it for the most part been accepted, normalized, and depathologized. An important aspect of homosexuality that could be of interest is its evolutionary past and origin, which is the topic of this paper. This article explains human homosexuality from two main perspectives: proximal and ultimate causation. Proximal explanations tackle the „how?“, i. e., the genetic, neurobiological, and hormonal factors, while the ultimate explanations refer to the „why?“, i. e., why did some behavior evolved and what were its' (adaptive) functions were. Homosexuality is moderately heritable, influenced by multiple genes and prenatal hormone levels which correlate with neuroanatomic changes. The function of homosexuality is not completely understood, but it seems that it could have evolved because it helped in the survival of kin and contributed to the reproductive success of homosexuals. Regarding women's homosexuality, most of the work tackles sexual fluidity, the function of which could be the survival of offspring and the reduction of conflict in polygynous marriages. The main goal of this work was to review and present current data and theories regarding homosexuality, propose potential improvements in the field, and bolster new research.

Keywords: evolutionary psychology, homosexuality, sexual fluidity, sexual orientation.

Povezanost modela s pet širokih faktora ličnosti i ovisnosti

Rahela Markušić
Filozofski fakultet u Zagrebu
Odsjek za psihologiju
ORCID: 0000-0001-6323-8428

Sažetak

Ovisnosti možemo podijeliti na ovisnosti o psihoaktivnim tvarima i na bihevioralne ovisnosti. Budući da mnoge bihevioralne ovisnosti nisu priznate u službeni klasifikaciju, važno je utvrditi njihove sličnosti s ovisnostima o psihoaktivnim tvarima kako bi se utvrdilo je li moguće klasificirati ovisnosti o ponašanjima u jednak skup poremećaja kao i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima. Jedna je od sličnosti koja bi se mogla utvrditi sličnost u ličnosti osoba koje razvijaju bihevioralne ovisnosti i onih koje razvijaju ovisnosti o psihoaktivnim tvarima te se istraživanja ovisnosti često bave ispitivanjem povezanosti dimenzija ličnosti i ovisnosti. Model kojim se koristi za određivanje crta ličnosti u mnogim istraživanjima je model s pet širokih faktora ličnosti koji je trenutno jedan od najznačajnijih modela ličnosti u psihologiji zbog svoje jednostavnosti i valjanosti u različitim područjima istraživanja. Postoji pretpostavka da bi se određeni profil ličnosti mogao povezati s razvijanjem ovisnosti ili da se s različitim ovisnostima povezuju različite crte ličnosti, ali se autori ne slažu oko postojanja određenog tipa ličnosti koji bi se mogao nazvati ovisničkim niti se slažu o sustavnoj povezanosti određenih crta ličnosti s određenim ovisnostima. Iako istraživanja pokazuju da ne postoji jedan određeni tip ličnosti koji predviđa javljanje svih ovisnosti, postoje određene crte ličnosti poput neuroticizma, savjesnosti i ugodnosti koje su češće povezane s razvijanjem različitih ovisnosti.

Ključne riječi: bihevioralne ovisnosti, model s pet širokih faktora ličnosti, ovisnosti o psihoaktivnim tvarima.

Uvod

Prema rječniku Američke psihološke udruge (bez datuma), ovisnost (eng. *addiction*) obuhvaća psihološku ili tjelesnu ovisnost (eng. *dependence*) o uporabi alkohola ili drugih psihoaktivnih tvari, no termin ovisnost odnosi se i na bihevioralne poremećaje kao što su ovisnost o kockanju, internetu ili seksu. Iako se termin ovisnost uobičajeno upotrebljava u vezi s alkoholom, pušenjem ili drogama, u znanosti se javilo pitanje jesu li bihevioralni poremećaji povezani s istim mehanizmima kao i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima te može li se ovisnost smatrati jedinstvenim poremećajem koji se kod različitih ljudi očituje na različite načine. Ovisnost o kockanju trenutno je jedina ovisnost o ponašanju koja se nalazi u DSM-V priručniku, a iako ne postoje u službenoj klasifikaciji, neka od ponašanja koja su do sada istraživana u sklopu ovisnosti su kompulzivno prejedanje, hiperseksualnost, kompulzivno kupovanje, ovisnost o internetu, ovisnost o videoigrama, ovisnost o poslu, ovisnost o vježbanju i patološka privrženost (Karim i Chaudhri, 2012). Ipak, pitanje je: je li opravdano istraživati ta ponašanja u sklopu istraživanja ovisnosti s obzirom na to da trenutno nema dovoljno znanstvenih dokaza da neka ponašanja, osim kockanja, mogu izazvati ovisnost koja se može usporediti s ovisnostima o psihoaktivnim tvarima.

U DSM-V klasifikaciji poremećaja (American Psychiatric Association [APA], 2013) navedene su četiri skupine kriterija za određivanje poremećaja uzimanja psihoaktivnih tvari: oštećenje kontrole uzimanja psihoaktivnih tvari, socijalno oštećenje, rizično uzimanje psihoaktivne tvari i farmakološki kriteriji. Oštećenje kontrole uzimanja psihoaktivnih tvari uključuje uzimanje u većim količinama od planiranog, neuspješne pokušaje neuzimanja psihoaktivne tvari, provođenje veće količine vremena u traženju i konzumaciji psihoaktivnih tvari te žudnju za psihoaktivnim tvarima. Socijalno oštećenje uključuje neuspješno obavljanje zadataka, nastavljanje uzimanja psihoaktivne tvari unatoč problemima koje je uzimanje uzrokovalo te smanjenje ili prekid društvenih aktivnosti radi uzimanja psihoaktivne tvari. Rizično uzimanje psihoaktivne tvari uključuje uzimanje tvari u situacijama u kojima ono predstavlja tjelesnu opasnost i uzimanje unatoč psihičkim i tjelesnim problemima koji se javljaju. Zadnja skupina kriterija, farmakološki kriteriji, uključuju toleranciju i sindrom sus-tezanja, ali oni ne moraju biti prisutni kako bi se dijagnosticirao poremećaj uzimanja psihoaktivnih tvari (APA, 2013). U Dijagnostičkom priručniku DSM-V (APA, 2013) ne koristi se riječju ovisnost iako je ona česta u kliničkoj praksi kako bi se naglasila ozbiljnost poremećaja i pojednostavila komunikacija. U nastavku ovog rada koristit će se nazivom ovisnost za poremećaje koji uključuju navedene kriterije za određivanje poremećaja uzimanja psihoaktivnih tvari.

Ranija istraživanja o ovisnostima često su pokušavala povezati određeni tip ličnosti s ovisničkim ponašanjem i pronaći takozvanu ovisničku ličnost, ali to se do sad nije us-

pjelo postići te mnogi autori opovrgavaju postojanje profila ličnosti koji predviđa razvijanje ovisnosti (Griffiths, 2017). Jedan od vodećih načina gledanja na ličnost model je pet širokih faktora ličnosti kojemu pripadaju ekstraverzija, ugodnost, neuroticizam, savjesnost i otvorenost prema iskustvu. Taj model pokazao se korisnim u ispitivanju povezanosti različitih kliničkih simptoma i ličnosti. Pronađen je tipičan obrazac osobina ličnosti kod kliničkih poremećaja koji uključuje nisku ekstraverziju, ugodnost i savjesnost te visok neuroticizam (Malouff i sur., 2005). Za ispitivanje velikih pet faktora ličnosti razvijeno je nekoliko različitih upitnika u sklopu pet-faktorskog modela ličnosti (McCrae i John, 1992), a najpoznatiji su: *NEO Personality Inventory Revised* (NEO-PI-R; Costa i McCrae, 1992), *NEO Five Factor Inventory* (NEO-FFI; Costa i McCrae, 1992), *NEO Five-Factor Inventory-Revised* (NEO-FFI-R; (McCrae i Costa, 2004). Jedan od upitnika kojim se također često koristilo u istraživanjima je i *Big Five Inventory* (BFI; John i Srivastava, 1999) koji nije operacionalizacija pet-faktorskog modela, ali mjeri pet širokih faktora. Zbog navedenih svojstava modela velikih pet faktora ličnosti i lakše usporedbe nalaza različitih istraživanja, u daljnjem pregledu predstavljena su istraživanja koja su se bazirala na ovom modelu.

U razmatranju istraživanja koja se bave povezanosti ovisnosti i dimenzija ličnosti važno je uzeti u obzir način definiranja konstrukta "ovisnosti". U mnogim istraživanjima koriste se kriterijima za dijagnozu ovisnosti, međutim, postoje i istraživanja koja se bave ponašanjima za koja ne postoje kriteriji za dijagnozu, primjerice problematičnom uporabom Interneta. Istraživanja uključena u ovaj pregled izvijestila su o načinu ispitivanja ovisnosti koji se temelji na navedenim kriterijima za dijagnozu ovisnosti. U izboru istraživanja za pregled vodilo se računa i o tome da odabrana istraživanja sadrže kvalitetnu metodologiju (dovoljan broj sudionika, standardizirani postupci mjerenja itd.) iako imaju i određena ograničenja koja će se razmatrati u nastavku. Naposljetku, u pregled su uvrštena istraživanja objavljena od 2010. godine pa nadalje zbog toga što je cilj ovog pregleda iznijeti nalaze suvremenih istraživanja u području povezanosti ovisnosti i ličnosti.

Ličnost i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima

Autore je odavno zanimalo postoji li povezanost određenog tipa ličnosti i ovisnosti. Dolaskom pet-faktorskog modela ličnosti (McCrae i John, 1992) povećao se broj istraživanja koja ispituju povezanost dimenzija ličnosti i ovisnosti. U slučaju sustavnog pronalaska korelacija između određenih crta ličnosti i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima u različitim istraživanjima moguće je da bi se prevencija mogla preciznije usmjeriti na dio populacije rizičan za razvoj ovisnosti.

DordiNejad i Shiran (2011) ispitivali su povezanost pet-faktorskog modela ličnosti i ovisnosti o drogama pomoću korelacijskog nacrta. Uzorak se sastajao od 200 nasumično odabranih osoba prijavljenih u centre za rehabilitaciju, od kojih su svi bili muškarci, što predstavlja problem u generalizaciji nalaza na žensku populaciju. Konstrukt koji su autori ispitivali nazvali su ovisnost o drogama te su ga ispitivali pomoću upitnika o uporabi droga koji je izradilo iransko ministarstvo dobrobiti. Nije navedeno na koje se sve droge upitnik odnosi te o kojim je drogama njihov uzorak bio ovisan, što predstavlja problem prilikom generalizacije nalaza na različite ovisnosti. Ličnost sudionika procijenjena je pomoću NEO-FFI (Costa i McCrae, 1992) te su oba upitnika kojima se koristilo u istraživanju pokazala dobru valjanost. Pronašli su da savjesnost ima najveću negativnu povezanost s ovisnosti o drogama. Ekstraverzija i ugodnost također su pokazale negativnu, a neuroticizam pozitivnu povezanost s ovisnosti o drogama, dok otvorenost prema iskustvu nije pokazala značajnu povezanost. Pomoću regresijskog modela pokušali su predvidjeti ovisnost o drogama na temelju pet-faktorskog modela ličnosti te su pronašli da se 49 % varijance ovisnosti može objasniti ekstraverzijom, savjesnosti i stavovima o drogama, dok se druge crte ličnosti nisu pokazale kao značajni prediktori.

Raketić i suradnici (2017) pokušali su utvrditi razliku u osobinama ličnosti između žena ovisnih o alkoholu i žena ovisnih o heroinu te razlike između skupine kojoj je dijagnosticirana ovisnost te ekvivalentne skupine koja nema dijagnosticiran nijedan poremećaj. Za procjenu ličnosti upotrebljavan je NEO-PI-R (Costa i McCrae, 1992) kod osoba ovisnih o alkoholu, osoba ovisnih o heroinu i skupine kojoj nije dijagnosticiran nijedan poremećaj. Uzorak su činile isključivo žene te je uzorak prikupljen u bolnici za ovisnosti gdje je sudionicama dijagnosticirana ovisnost o alkoholu ili heroinu. Ta činjenica predstavlja jedno od ograničenja ovog istraživanja jer moguće je da su osobe koje su dijagnosticirane i koje se vjerojatno nalaze u nekom tretmanu razlikuju od osoba ovisnih o nekoj psihoaktivnoj tvari, ali kojima ovisnost nije dijagnosticirana. Rezultati grupne usporedbe pokazuju da skupina kojoj je dijagnosticirana ovisnost (i o alkoholu i o heroinu) postiže viši neuroticizam i manju savjesnost od skupine kojoj nisu dijagnosticirani poremećaji. Žene ovisne o heroinu pokazuju višu ekstraverziju i manju ugodnost nego druge dvije skupine, a one ovisne o alkoholu pokazuju manji neuroticizam i veću savjesnost nego žene ovisne o heroinu. Nalazi tog istraživanja pokazuju da se žene kojima je dijagnosticirana ovisnost, neovisno je li riječ o ovisnosti o alkoholu ili o heroinu, razlikuju od žena kojima nije dijagnosticirana ovisnost, što upućuje na sličnost u crtama ličnosti osoba ovisnih o različitim psihoaktivnim tvarima. Suprotno tome, pronađene su i razlike između sudionica ovisnih o alkoholu i sudionica ovisnih o heroinu, što opovrgava hipotezu o postojanju jednog tipa ovisničke ličnosti.

Lackner i suradnici (2013) pokušali su pronaći razliku u crtama ličnosti između osoba ovisnih o alkoholu, osoba ovisnih o više psihoaktivnih tvari i opće populacije na uzorku muškaraca. Kao i u istraživanju Rakić i suradnika (2017) u uzorku se nalaze osobe kojima je dijagnosticirana ovisnost te koje su u tretmanu za ovisnosti, što može biti čimbenik koji utječe na rezultate upitnika ličnosti (Malouff i sur., 2007). Kriterij ulaska u uzorak bila je dijagnoza poremećaja ovisnosti o alkoholu ili poremećaja uzrokovanih upotrebom više droga, a za procjenu ličnosti koristilo se njemačkom verzijom NEO-PI-R upitnika (Ostendorf i Angleitner, 2004). Rezultati su pokazali viši neuroticizam i nižu otvorenost prema iskustvu za obje skupine osoba kojima je dijagnosticirana ovisnost u usporedbi s općom populacijom. Osobe ovisne o alkoholu nisu pokazivale druge značajne razlike od opće populacije, dok su osobe ovisne o više psihoaktivnih tvari pokazivale smanjenu ugodnost i smanjenu savjesnost u odnosu na opću populaciju. Jedan je od problema ovog istraživanja dijagnoza poremećaja uzrokovanih uporabom više psihoaktivnih tvari jer nije određeno o kojim se točno tvarima radi te postoje li razlike između osoba ovisnih o različitim psihoaktivnim tvarima. Ipak, nalazi pokazuju da postoje razlike između osoba ovisnih o samo jednoj psihoaktivnoj tvari (alkoholu) i osoba ovisnih o više različitih psihoaktivnih tvari, što ukazuje na to da bi crte ličnosti mogle biti različito povezane s različitim kategorijama ovisnosti.

Istraživanja o povezanosti ličnosti i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima pokazuju različite nalaze. Jedan od nalaza koji se provlači kroz ta tri istraživanja pozitivna je povezanost neuroticizma i ovisnosti o drogama (DordiNejad i Shiran, 2011), odnosno viši neuroticizam kod osoba kojima je dijagnosticirana ovisnost u odnosu na skupinu iz zdrave populacije (Rakić i sur., 2017; Lackner i sur., 2013). Taj je nalaz u skladu s očekivanjima s obzirom na to da se za neuroticizam općenito pretpostavlja da je čimbenik koji pridonosi pojavi psihičkih smetnji (Winter i Kuiper, 1997). Rakić i suradnici (2017) istražili su i ulogu pojedinih faceta neuroticizma te njihovi nalazi pokazuju da su kod osoba ovisnih o nekoj psihoaktivnoj tvari u usporedbi sa zdravom populacijom izraženije facete srdite hostilnosti, depresivnosti, impulzivnosti i vulnerabilnosti, dok kod facete anksioznosti nije pronađena razlika. Viša impulzivnost kod osoba ovisnih o psihoaktivnim tvarima u odnosu na kontrolnu skupinu u skladu je i s nalazima drugih istraživanja (Kale i sur., 2018). Impulzivniji pojedinci mogli bi manje promišljati o lošim posljedicama svojih odluka zbog čega su potencijalno skloniji isprobavanju različitih psihoaktivnih tvari što može dovesti do ovisnosti. Također, nalazi istraživanja pokazuju da je hostilnost kod osoba ovisnih o psihoaktivnim tvarima viša nego kod opće populacije (Ilyuk i sur., 2012). Viša hostilnost uglavnom podrazumijeva manju ugodnost (McCrae i Costa, 1997) što bi moglo značiti da ljudi koji imaju višu razinu hostilnosti potencijalno imaju slabiju socijalnu mrežu te bi mogli razviti ovisnost kao oblik utjehe umjesto socijalne potpore. Moguće je da su depresivnost i vulnerabilnost

izraženije kod osoba kojima je dijagnosticirana ovisnost u odnosu na zdravu populaciju zbog posljedica koje je ovisnost imala na njihov život, ali isto tako je moguće da su depresivnije i vulnerabilnije osobe posegnule za psihoaktivnim tvarima kao oblikom samopomoći te na taj način razvile ovisnost.

Osim neuroticizma savjesnost je crta ličnosti koja je u ta tri istraživanja bila negativno povezana s ovisnosti o psihoaktivnim tvarima (DordiNejad i Shiran, 2011), odnosno savjesnost je bila niža kod osoba kojima je dijagnosticirana ovisnost u odnosu na populaciju kojoj nije dijagnosticiran poremećaj (Raketić i sur., 2017; Lackner i sur., 2013). DordiNejad i Shiran (2011) pretpostavljaju da pojedinci smanjene savjesnosti nemaju osjećaj dužnosti prema društvu te imaju osjećaj da se „smiju“ upustiti u ovisnost o drogama. Raketić i suradnici (2017) izvještavaju o značajno nižim rezultatima na facetama odgovornosti, samodiscipline i promišljenosti kod osoba ovisnih o psihoaktivnim tvarima u odnosu na opću populaciju. Manje izražena odgovornost može se povezati s osjećajem manje dužnosti prema društvu koju spominju DordiNejad i Shiran (2011), dok bi niža promišljenost i samodisciplina mogle pridonijeti tome da ovi pojedinci lakše razviju ovisnost jer manje promišljaju o posljedicama i imaju slabiju mogućnost kontroliranja impulsa. Mogli bismo očekivati da su smanjena promišljenost i samodisciplina povezane s razvojem ovisnosti zbog sličnosti niže izraženosti tih faceta s višom izraženosti crte impulzivnosti te u skladu s tim rezultati istraživanja McCraea i Coste (1997) pokazuju negativnu povezanost facete impulzivnosti s crtom savjesnosti.

Ugodnost također postiže negativnu povezanost s ovisnostima o psihoaktivnim tvarima (DordiNejad i Shiran, 2011), odnosno rezultati pokazuju nižu ugodnost kod osoba kojima je dijagnosticirana ovisnost o psihoaktivnim tvarima u odnosu na opću populaciju iako je važno naglasiti da ove razlike nisu pronađene kad je riječ o ovisnosti o alkoholu (Raketić i sur., 2017). U istraživanju Raketić i suradnika (2017) facete povjerenja i pomirljivosti bile su značajno niže kod osoba ovisnih o psihoaktivnim tvarima u odnosu na opću populaciju. S obzirom na ranije razmotrenu povišenu hostilnost kod osoba ovisnih o psihoaktivnim tvarima, očekivan je niži rezultat na crti ugodnosti te facetama pomirljivosti i povjerenja.

Ekstraverzija je crta ličnosti kod koje su u različitim istraživanjima dobiveni proturječni nalazi. Dok je u istraživanju DordiNejad i Shiran (2011) ekstraverzija negativno povezana s ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, u istraživanju Raketić i suradnika (2017) ekstraverzija je bila viša kod osoba ovisnih o heroinu nego kod opće populacije i osoba ovisnih o alkoholu. Taj nalaz DordiNejad i Shiran (2011) objašnjavaju pretpostavkom da kod introverta dolazi do nakupljanja problema koje ne dijele s drugima te je ovisnost pokušaj samopomoći. U istraživanju Raketić i suradnika (2017) traženje

uzbuđenja je faceta ekstraverzije koja je bila značajno povišena kod osoba ovisnih o heroinu u odnosu na opću populaciju i osobe ovisne o alkoholu. Taj nalaz bi se mogao objasniti pretpostavkom da će osobe koje su sklone tražiti uzbuđenja biti spremnije probati psihoaktivne tvari i postati ovisne jer će psihoaktivne tvari u tom slučaju predstavljati uzbuđenje.

Nakraju, otvorenost prema iskustvu pokazala se značajno nižom kod osoba ovisnih o psihoaktivnim tvarima u odnosu na kontrolnu skupinu samo u istraživanju Lackner i suradnika (2013) koji pretpostavljaju da smanjena otvorenost znači i smanjenu mogućnost odgovora na različite emocije, što bi mogao biti jedan od uzroka ili posljedica ovisnosti.

Nalazi slični već navedenima pronađeni su i u metaanalizi Kotova i suradnika (2010). Istraživali su povezanost pet velikih faktora ličnosti i različitih psihopataloških stanja, između ostalih i poremećaja uzrokovanog psihoaktivnim tvarima. U analizu je uključeno 175 istraživanja koja su se koristila valjanim mjerama faktora ličnosti te mjerama poremećaja prema kriterijima službene klasifikacije. Pronađeno je da je poremećaj uzorkovan psihoaktivnim tvarima pozitivno povezan s neuroticizmom te negativno sa savjesnosti i ugodnosti. Otvorenost nije bila značajno povezana s poremećajem uzorkovanim psihoaktivnim tvarima dok su nalazi za ekstraverziju u različitim istraživanjima uključenim u metaanalizu bili nekonzistentni. Zanimljivo je da se skupina s poremećajem uzrokovanim psihoaktivnim tvarima razlikovala od skupine s poremećajima raspoloženja i skupine s anksioznim poremećajima na način da je kod nje zabilježen niži neuroticizam. Također, kad su se razdvojile korelacije faktora ličnosti i ovisnosti o alkoholu te ovisnosti o drogama, ugodnost je bila negativno povezana s ovisnosti o drogama dok za ovisnost o alkoholu nije pronađena takva povezanost što nam može reći da je moguće da su različite ovisnosti različito povezane s faktorima ličnosti.

Važno je naglasiti da ovisnosti o psihoaktivnim tvarima obuhvaćaju širok spektar psihoaktivnih tvari, od kofeina i nikotina do kokaina i heroina te u ovim istraživanjima nisu obuhvaćene sve tvari zbog čega nije moguće generalizirati ove nalaze na sve ovisnosti o psihoaktivnim tvarima. Suprotno tome, očito je da se neki nalazi ponavljaju. U tim istraživanjima crte su ličnosti koje su opetovano pokazale značajnu povezanost ili razliku kod osoba ovisnih o psihoaktivnim tvarima: neuroticizam, savjesnost i ugodnost. Može se pretpostaviti da bi se ti nalazi ponovili kod svih ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, ali tu pretpostavku potrebno je provjeriti daljnjim istraživanjima.

Ovisnosti o psihoaktivnim tvarima imaju dužu povijest istraživanja od bihevioralnih ovisnosti te su se prvi radovi o ovisnostima o psihoaktivnim tvarima javili još u 19. stoljeću, a bihevioralne ovisnosti počinju se više istraživati tek krajem 20. stoljeća. Autori pokušavaju utvrditi postoje li temelji za proglašavanje nekih ponašanja bihevioralnim ovisnostima te to uključuje i istraživanje povezanosti ličnosti s problematičnim ponašanjima koja bi mogla uzrokovati ovisnosti. Ukoliko se utvrdi podudarnost između ličnosti osoba ovisnih o psihoaktivnim tvarima i osoba ovisnih o ponašanjima, moguće je da bi i mnoge ovisnosti o ponašanjima mogle ući u službenu klasifikaciju poremećaja.

Za sada se u klasifikaciji DSM-V (APA, 2013) nalazi samo ovisnost o kockanju. Mann i suradnici (2017) ispitali su razlike u osobinama ličnosti između osoba ovisnih o kockanju i zdrave populacije. Uzorak osoba ovisnih o kockanju sačinjavalo je 515 muškaraca kojima je dijagnosticirana ovisnost o kockanju te je tu dijagnozu još dodatno potvrdio psiholog. Dodatno su pazili da uzorak osoba kojima je dijagnosticirana ovisnost o kockanju nema drugih komorbiditeta kako bi bili sigurniji da se razlike u osobinama ličnosti mogu povezati s ovisnosti o kockanju. Kontrolni uzorak sačinjavalo je 269 ispitanika koji su se podudarali s ovisnim uzorkom u dobi i etnicitetu. Ličnost je procjenjivana NEO-FFI upitnikom (Costa i McCrae, 1992). Osobe ovisne o kockanju imale su viši neuroticizam i nižu ekstraverziju, ugodnost, otvorenost i savjesnost od kontrolne skupine. Uz to, ispitana je i jačina ovisnosti o kockanju upitnikom *The South Oaks Gambling Screen* (SOGS; Lesieur i Blume, 1987) tako da se ispitalo vrijeme provedeno kockajući, negativne posljedice kockanja i broj kockarskih aktivnosti. Dobiveno je da je viši rezultat bio povezan s nižom ugodnosti i nižom savjesnosti. Moguće je da su ugodnost i savjesnost svojevrsni zaštitni faktori koji osiguravaju da, ako se ovisnost i pojavi, jačina ovisnosti bude manja u slučaju da je pojedinac ugodniji i savjesniji. Najviše ograničenja ovog istraživanja proizlazi iz uzorka. S obzirom na to da je uzorak isključivo muškog roda, te je nalaze teško generalizirati na žene ovisne o kockanju. Također, s obzirom na to da se čini kako kontrolni uzorak nije isključivo muškog roda, moguće je da su razlike između uzoraka nastale zbog rodnih razlika. Drugi problem ponovno je u regrutiranju sudionika koji su dijagnosticirani i u tretmanu, što može biti povezano s njihovim osobinama ličnosti te nije moguće znati kakvi bi rezultati bili da je ovo istraživanje rađeno na istom uzorku prije nego što su započeli tretman.

Rezultati metaanaliza Kayış i suradnika (2016), Marengo i suradnika (2020) te Rajesh i Rangaiyah (2022) prikazani su u Tablici 1. Kayış i suradnici (2016) ispitali su povezanost ovisnosti o Internetu i crta ličnosti. Istraživanja uključena u metaanalizu morala su se koristiti instrumentima koji mjere dimenzije ličnosti prema modelu pet širokih

faktora ličnosti (što uključuje i pet-faktorski model), kao i mjere korištenja Internetom u sklopu ovisnosti o Internetu. Međutim, nije navedeno koje bi sve dimenzije trebala sadržavati mjera ovisnosti o Internetu, stoga nije sigurno da su sve mjere sadržavale sve kriterije ovisnosti. Marengo i suradnike (2020) zanimala je povezanost velikih pet crta ličnosti i ovisnosti o mobitelu. U metaanalizu su uključena istraživanja koja su se isključivo bavila ovisnosti o mobitelu (eng. *smartphone use disorder*), a ne samo učestalosti korištenja mobitelom ili sličnim mjerama. Također, bilo je važno da istraživanja sadrže informacije o uporabi mjera za ispitivanje petfaktorskog modela ličnosti. Rajesh i Rangaiah (2022) istraživali su povezanost velikih pet crta ličnosti i ovisnosti o Facebooku. Uključena su istraživanja koja su istraživala ovisnost o Facebooku, što znači da autori nisu uključili istraživanja koja su se bavila samo navikama korištenja Facebooka. Nalazi ovih metaanaliza predstavljeni su u Tablici 1., gdje se može vidjeti da je ovisnost o internetu povezana sa svih pet crta ličnosti, ovisnost o mobitelu sa svim crtama osim ekstraverzije dok je ovisnost o Facebooku povezana s otvorenosti prema iskustvu, ugodnosti i savjesnosti. Iako značajne, mnoge od ovih korelacija vrlo su niske. Najviše korelacije možemo vidjeti između ovisnosti i savjesnosti te ovisnosti i neuroticizma, ali ni te korelacije ne dostižu umjerenu veličinu.

Hawi i Samaha (2019) proveli su istraživanje u kojem su uspoređivali izraženost crta ličnosti kod ovisnosti o internetu i ovisnosti o društvenim mrežama. Ličnost su ispitivali pomoću *The Ten Item Personality Inventory* (TIPI; Gosling i sur., 2003) koji se koristi dvama česticama za ispitivanje svake crte ličnosti. Iako TIPI skala ima zadovoljavajuća psihometrijska svojstva i visoko korelira s BFI (John i Srivastava, 1999), ona je svejedno kratka te daje veću mogućnost pogreške u procjenjivanju ličnosti. Ovisnost o internetu i o društvenim mrežama ispitivane su skalom za ispitivanje ovisnosti o internetu *The Internet Addiction Test* (IAT; Young, 1998) i skalom za ispitivanje ovisnosti o društvenim mrežama *The Social Media Addiction Questionnaire* (SMAQ; Hawi i Samaha, 2017). Prediktori obje ovisnosti bili su niža ugodnost, niža savjesnost, niža emocionalna stabilnost i niža otvorenost prema iskustvu dok je niža ekstraverzija bila prediktor samo ovisnosti o internetu.

Tih pet istraživanja bihevioralnih ovisnosti pokazalo je da je za ovisnost o kockanju i ovisnost o Internetu važno svih pet crta ličnosti dok su za druge ovisnosti prikazane važne samo neke crte ličnosti. S ovisnosti o mobitelu i ovisnosti o društvenim mrežama sve su crte ličnosti osim ekstraverzije značajno povezane, a s ovisnosti o Facebooku neuroticizam i ekstraverzija nisu značajno povezane. Ugodnost, savjesnost i otvorenost značajno su negativno povezane sa svim ovim ovisnostima. Iako je moguće izvesti neke zaključke uspoređujući ova istraživanja, potrebno je imati na umu da su rezultati dobiveni različitim istraživanjima pa je razlike moguće pripisati i različitoj

metodologiji, a ne samo različitim ovisnostima.

U navedenim istraživanjima nalazi za neuroticizam, savjesnost i ugodnost slični su nalazima dobivenim u istraživanjima povezanosti ovisnosti o psihoaktivnim tvarima i ličnosti. Neuroticizam je u većini istraživanja pozitivno povezan s različitim bihevioralnim ovisnostima (Marengo i sur., 2020), odnosno povišen je kod osoba ovisnih o ponašanju u odnosu na opću populaciju (Mann i sur., 2017). Taj nalaz nije iznenađujući s obzirom na već spomenutu vezu neuroticizma i pojave psihičkih smetnji (Winter i Kuiper, 1997). Savjesnost i ugodnost također su u većini istraživanja negativno povezane s različitim bihevioralnim ovisnostima (Marengo i sur., 2020), odnosno niže su kod osoba ovisnih o ponašanju u odnosu na opću populaciju (Mann i sur., 2017). Negativnu povezanost savjesnosti i ovisnosti Rajesh i Rangaiah (2022) objašnjavaju potrebom savjesnih pojedinaca za produktivnosti i ostvarivanjem ciljeva, što će biti narušeno u slučaju razvijanja ovisnosti. Također, Rajesh i Rangaiah (2022) objašnjavaju negativnu povezanost ugodnosti i ovisnosti karakteristikama suradljivosti i društvenosti ugodnih pojedinaca te činjenicom da ne žele narušavanje interpersonalnih odnosa koji bi mogli biti ugroženi pojavom ovisnosti. Iako ova istraživanja pokazuju značajnu povezanost bihevioralnih ovisnosti i ove tri crte ličnosti, svejedno treba imati na umu da rezultati nisu konzistentni u svim istraživanjima.

Kod bihevioralnih ovisnosti otvorenost prema iskustvu dobiva na većem značaju u usporedbi s ovisnostima o psihoaktivnim tvarima. Otvorenost prema iskustvu u većini je istraživanja negativno povezana s različitim bihevioralnim ovisnostima (Kayış i sur., 2016; Marengo i sur., 2020; Hawi i Samaha, 2019), odnosno niža je kod osoba ovisnih o ponašanju u odnosu na opću populaciju (Mann i sur., 2017). Rajesh i Rangaiah (2022) taj nalaz objašnjavaju time da će otvoreni pojedinci vjerojatno tražiti nova uzbuđenja i zato neće toliko vremena provesti u jednoj aktivnosti. Međutim i Rajesh i Rangaiah (2022) izvještavaju o općenito ambivalentnim nalazima o povezanosti ovisnosti i otvorenosti prema iskustvu u istraživanjima.

Ekstraverzija je u ovim istraživanjima negativno povezana s različitim bihevioralnim ovisnostima (Hawi i Samaha, 2019), odnosno snižena je kod osoba ovisnih o ponašanju u odnosu na kontrolnu skupinu (Mann i sur., 2017). Kayış i suradnici (2016) smatraju da je ekstraverzija negativno povezana s ovisnosti o internetu jer će ekstrovertirani pojedinci uspješno zadovoljavati svoje potrebe za odnosima s drugim ljudima uživo te će se manje okretati internetu. Međutim u istraživanjima Rajesh i Rangaiah (2022) te Marenga i suradnika (2020) ekstraverzija nije značajno povezana s bihevioralnim ovisnostima. Nalazi ovih istraživanja pokazuju da povezanost ekstraverzije i bihevioralnih ovisnosti nije uvijek istog smjera te se ne dobivaju konzistentni nalazi o povezanosti ekstraverzije i istovrsnih bihevioralnih ovisnosti.

Ličnost i različite ovisnosti

Mnoga se istraživanja bave povezanosti dimenzija ličnosti i ovisnosti, ali malo se istraživanja bavi usporedbom različitih profila ličnosti kod različitih ovisnosti. Iako su već navedena istraživanja koja su se bavila dvjema različitim ovisnostima o psihoaktivnim tvarima (Raketić i sur., 2017; Lackner i sur., 2013), rijetka su istraživanja koja se istovremeno bave ispitivanjem ličnosti kod bihevioralnih ovisnosti i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima. Takva istraživanja potrebna su kako bi se moglo sa sigurnošću reći da postoji (ili ne postoji) razlika u povezanosti dimenzija ličnosti kod bihevioralnih ovisnosti i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima. Također, utvrđivanje razlika i sličnosti u profilima ličnosti osoba ovisnih o psihoaktivnim tvarima i osoba ovisnih o ponašanjima pružilo bi dodatne dokaze za uvrštavanje ili neuvrštavanje različitih bihevioralnih ovisnosti u klasifikaciju poremećaja. Ukoliko se pronađu značajne sličnosti u ličnostima osoba ovisnih o psihoaktivnim tvarima i ovisnih o različitim ponašanjima, uz uvjet da su te ličnosti različite od ličnosti opće populacije, s većom sigurnošću moglo bi se tvrditi da bihevioralne ovisnosti spadaju u isti spektar poremećaja kao i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima.

Zilberman i suradnici (2018) pokušali su utvrditi razliku u ličnosti između osoba ovisnih o drogama, alkoholu, kockanju i seksu. Upitnici kojima se koristilo za ispitivanje ovisnosti o drogama, alkoholu, kockanju i seksu bili su redom: *Abuse Screening Test* (DAST; Skinner, 1982), *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST; Selzer, 1971), *The South Oaks Gambling Screen* (SOGS; Lesieur i Blume, 1987) i *Individual-Based Compulsive Sexual Behavior* (I-CSB; Efrati i Mikulincer, 2018). Za procjenu ličnosti upotrebljavali su BFI (John i Srivastava, 1999). U istraživanju su se koristili i skupinom zdrave populacije za usporedbu te rezultati pokazuju da su osobe ovisne o kockanju imale viši neuroticizam od zdrave skupine, a osobe ovisne o alkoholu pokazale su viši neuroticizam i nižu ekstraverziju, ugodnost, savjesnost i otvorenost od zdrave skupine. Osobe ovisne o drogama i osobe ovisne o seksu pokazale su viši neuroticizam i nižu ugodnost i savjesnost u odnosu na kontrolnu skupinu. Nadalje, pronađene su i razlike u ličnosti između različitih ovisnosti. Osobe ovisne o alkoholu imali su značajno nižu ekstraverziju od osoba ovisnih o drogama i kockanju te nižu otvorenost od osoba ovisnih o seksu. Također, osobe ovisne o kockanju imale su niži neuroticizam i višu savjesnost od osoba ovisnih o seksu te višu ugodnost od osoba ovisnih o drogama i ovisnih o seksu. To istraživanje pokazuje da se ličnost osoba s ovisnostima općenito razlikuje od ličnosti populacije koja nema ovisnosti te je neuroticizam sustavno viši kod osoba s ovisnostima nego kod osoba bez ovisnosti, što je i dalje u skladu s povezanosti neuroticizma sa psihičkim smetnjama općenito. Shodno tome, očite su

i razlike u ličnosti dobivene kod osoba ovisnih o različitim psihoaktivnim tvarima, odnosno ponašanjima. Razlike se mogu dobiti na svim crtama ličnosti, stoga se prema ovom istraživanju može zaključiti da ne postoji jedna crta ličnosti koja bi mogla biti rizična za razvoj ovisnosti bilo koje vrste.

Kräplin i suradnici (2022) proveli su istraživanje kojem je cilj bio ispitati veze između osobina ličnosti i ovisničkih ponašanja te razlikovanje prediktivnih veza između ovisničkih ponašanja koja nisu povezana s tvarima i onih koja su povezana s tvarima, odnosno bihevioralnih ovisnosti i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima. Uzorak je činilo 338 slučajno odabranih sudionika koji su podijeljeni u tri skupine: skupina ovisna o tvarima, skupina ovisna o ponašanjima i skupinu bez DSM-5 poremećaja ovisnosti. Za ispitivanje ličnosti koristilo se NEO-FFI upitnikom, a proučavani ishodi praćeni tijekom tri godine bili su različiti aspekti ovisničkog ponašanja, uključujući količinu i učestalost uporabe tvari/ponašanja i broj DSM-5 kriterija. Rezultati su pokazali umjereno do visoku mogućnost predikcije povećanja ovisničkog ponašanja tijekom vremena pomoću višeg neuroticizma, niže savjesnosti, niže ugodnosti, veće ekstraverzije i niže otvorenosti. Međutim, smjer veze ovisio je o aspektu predviđanog ponašanja i o vrsti ovisnosti. Primjerice viši neuroticizam bolje predviđa količinu ponašanja nego količinu tvari te niža otvorenost predviđa veću količinu ponašanja dok viša otvorenost predviđa veću količinu psihoaktivnih tvari. Također, viši neuroticizam bolje predviđa frekvenciju ponašanja nego tvari dok viša ekstraverzija bolje predviđa frekvenciju uporabe tvari, nego ponašanja. Niža ugodnost i otvorenost predviđa veću frekvenciju ponašanja dok viša ugodnost i otvorenost predviđaju veću frekvenciju uporabe tvari. Što se tiče DSM-V kriterija, niža ugodnost i otvorenost bolje predviđaju povećanje kriterija kod bihevioralnih ovisnosti nego kod ovisnosti o psihoaktivnim tvarima. Jedino je niža savjesnost u svim situacijama i bez obzira na ponašanje ili tvar predviđala povećanje ovisničkog ponašanja. Iako su osobine ličnosti pokazale prediktivnu vrijednost u vezi s ovisničkim ponašanjem, veze su bile niže od očekivanog.

Ograničenja i prijedlozi za buduća istraživanja

Istraživanja opisana u ovom radu sadržavala su kvalitetnu metodologiju u vidu broja sudionika i korištenja mjerama za ispitivanje ovisnosti i crta ličnosti. Ipak, postoje ograničenja tih istraživanja koja uglavnom proizlaze iz uzorka. U nekim je istraživanjima uzorak isključivo ženski ili muški, što predstavlja problem u generalizaciji na drugi rod. Moguće je da neke osobine ličnosti značajno koreliraju s ovisnostima samo kod jednog roda, odnosno moguće je da rod ima moderacijski utjecaj na povezanost između ovisnosti i osobina ličnosti. Moderacijski utjecaj roda ispitali su Arpac i

Kocadag Unver (2020) u svom istraživanju povezanosti ovisnosti o mobitelu i dimenzija ličnosti. Za procjenu ličnosti koristili su se BFI upitnikom (John i Srivastava, 1999), a za ispitivanje ovisnosti o mobitelu *Smartphone Addiction Inventory* (SPAI; Lin i sur., 2014). Njihovi rezultati pokazuju moderacijski utjecaj roda na povezanost ovisnosti i neuroticizma, točnije, samo je kod žena pronađena značajna pozitivna korelacija između ovisnosti o mobitelu i neuroticizma dok isti nalaz nije potvrđen kod muškaraca. Moguće je da bi se i u ostalim istraživanjima pronašao moderacijski utjecaj roda te da miješani uzorci prikrivaju stvarne povezanosti dimenzija ličnosti i ovisnosti. Tu pretpostavku donekle potvrđuju Malouff i suradnici (2007) koji su metaanalizom ispitivali povezanost dimenzija ličnosti i pijenja alkohola te su utvrdili da su povezanosti dobivene na miješanim uzorcima uglavnom niže od povezanosti dobivenih na istorodnim uzorcima. Te bi pretpostavke bilo dobro ispitati daljnjim istraživanjima o moderacijskom utjecaju roda na povezanost dimenzija ličnosti i ovisnosti.

Osim moderacijskog utjecaja roda, Malouff i suradnici (2007) ispitivali su moderacijski utjecaj tretmana te su pronašli taj utjecaj za otvorenost, savjesnost, ekstraverziju i neuroticizam. Dok je skupina koja je bila u tretmanu imala umjerenu negativnu povezanost otvorenosti, visoku negativnu povezanost savjesnosti, nisku negativnu povezanost ekstraverzije i visoku pozitivnu povezanost neuroticizma s pijenjem alkohola, skupina koja nije bila u tretmanu imala je samo umjerenu negativnu povezanost savjesnosti i nisku pozitivnu povezanost ekstraverzije i neuroticizma. Jednostavnije, Malouff i suradnici (2007) opisuju ličnost tretmanske skupine kao negativniju. S obzirom na to da su se u ovom pregledu našla istraživanja gdje su uzorak sačinjavale osobe kojima je dijagnosticirana ovisnost i koje su u tretmanu, moguće je da su nalazi tih istraživanja pod utjecajem tretmana koji sudionici primaju. U istraživanju Malouffa i suradnika (2007) postoji nedostatak u načinu definiranja ovisnosti. U tom se istraživanju kao konstruktom koristilo pijenje alkohola. Neka od istraživanja uključena u metaanalizu ispitivala su ovisnost, ali neka su ispitivala samo učestalost pijenja alkohola. Općenito, u ispitivanju ovisnosti važno je napraviti razliku između ovisnosti koja je određena prema kriterijima za dijagnozu ovisnosti i navike, u ovom slučaju pijenja alkohola. Upravo zbog toga, u budućnosti bi bilo zanimljivo ispitati moderacijske utjecaje na uzorku sudionika/ica kojima je dijagnosticirana ovisnost. Osim problema uzorkovanja postoji i problem usporedbe rezultata istraživanja. Iako je moguće usporediti rezultate istraživanja koja su ispitivala povezanosti različitih ovisnosti s dimenzijama ličnosti, kod uspoređivanja istraživanja o različitim ovisnostima uvijek postoji mogućnost da je do razlike u povezanosti došlo zbog metodologije, naprimjer korištenja različitim instrumentima ili razlikama u veličini i tipu uzorka. Neka od istraživanja predstavljenih u radu ispitivala su razlike u ličnosti kod različitih ovisnosti te su u svakom od tih istraživanja pronađene razlike u osobinama ličnosti kod osoba ovisnih o različitim

ponašanjima ili psihoaktivnim tvarima. Zbog te činjenice bilo bi dobro usmjeriti se u budućnosti na utvrđivanje razlika između osobina ličnosti kod različitih ovisnosti.

Nakraju, važno je znati da ova istraživanja većinski izvještavaju o korelaciji, a neka i o grupnoj usporedbi te na temelju toga nije moguće sa sigurnošću zaključivati o kauzalnosti. Nije ispravno reći da se ovisnost kod neke osobe razvila jer ta osoba ima određeni profil ličnosti, niti je moguće reći da osoba pokazuje određeni profil ličnosti jer je ovisna o nekoj psihoaktivnoj tvari ili ponašanju. Te postavke bilo bi zanimljivo ispitati longitudinalnim istraživanjem u kojem bi se promatrala ličnost sudionika prije razvoja ovisnosti i nakon razvoja ovisnosti te bi bilo moguće vidjeti je li se ličnost osoba koje imaju neku ovisnost razlikovala od opće populacije i prije razvoja ovisnosti ili su se dogodile promjene u ličnosti nakon razvoja ovisnosti. Longitudinalno istraživanje Slutske i sur. (2005) koje je ispitivalo povezanost nekih faktora ličnosti i ovisnosti o kockanju dobili su rezultate koji pokazuju da je skupina koja je kasnije razvila ovisnost o kockanju u ranijoj dobi postizala više rezultate na dimenziji negativne emocionalnosti i niže rezultate na dimenziji ograničavanja (eng. *Constraint*). Prema tom nalazu mogli bismo pretpostaviti da bi i velikih pet faktora ličnosti moglo biti različito u ranijoj dobi kod skupine koja će kasnije razviti ovisnost u odnosu na skupinu koja neće razviti ovisnost. Međutim, tu pretpostavku potrebno je ispitati daljnjim istraživanjima. Iako ni u slučaju potvrde te pretpostavke longitudinalnim istraživanjem uzročnost ne bi bila potvrđena, takvo istraživanje bilo bi korisno u stvaranju daljnjih hipoteza o utjecaju ličnosti na razvoj ovisnosti, odnosno utjecaj ovisnosti na promjene u ličnosti.

Zaključak

U navedenim istraživanjima uglavnom se dobiva pozitivna povezanost neuroticizma s ovisnostima. Taj nalaz ne iznenađuje zbog česte povezanosti neuroticizma s raznim psihičkim poremećajima. Nešto što se također često javlja u istraživanjima negativna je povezanost savjesnosti i ovisnosti. Moguće je pretpostaviti da se savjesni pojedinci neće upuštati u korištenje ilegalnim psihoaktivnim tvarima te da će se koristiti samokontrolom kako neko ponašanje ili uzimanje tvari ne bi prešlo u ovisnost. Ugodnost je također često bila negativno povezana s ovisnostima. Taj nalaz mogao bi se objasniti pomirljivošću ugodnih pojedinaca što nije u skladu s hostilnosti koja se često povezuje s ovisnostima. Ekstraverzija i otvorenost nisu sustavno bile negativno ili pozitivno povezane s ovisnostima u raznim istraživanjima, što može značiti da su one različito povezane s različitim ovisnostima ili da ne postoji povezanost ekstraverzije i otvorenosti s ovisnostima. Postoji mogućnost i da su različite facete tih faktora povezane u različitim smjerovima što bi bilo zanimljivo istražiti budućim radovima koji bi se usmjerili na ispitivanje različitih faceta ekstraverzije i otvorenosti kod osoba ovisnih

o ponašanjima ili psihoaktivnim tvarima.

U ovom pregledu istraživanja moguće je zaključiti kako ne postoji jedan određeni profil ličnosti za koji se sustavno pronalazi povezanost s razvojem ovisnosti u različitim istraživanjima. Iako se primjerice neuroticizam pokazuje kao značajna crta ličnosti u većini istraživanja, ipak to nije istina za sva istraživanja. Moguće je da su različite ovisnosti u svezi s različitim profilima ličnosti, što nam i pokazuju istraživanja koja su istraživala razlike u povezanosti crta ličnosti s različitim ovisnostima. Suprotno tome, ni to se ne može tvrditi sa sigurnošću jer se u različitim istraživanjima dobivaju različiti nalazi u vidu povezanosti crta ličnosti s jednom ovisnosti. Bilo bi zanimljivo provesti daljnja istraživanja usmjeravajući se na razlike u dimenzijama ličnosti kod osoba ovisnih o različitim psihoaktivnim tvarima ili ponašanjima.

Za kraj važno je naglasiti da mnoga od ovih istraživanja imaju i značajna ograničenja koja su najčešće proizlazila iz uzorka. Također, jedan od problema koji se često javlja u istraživanjima način je definiranja ovisnosti. Važno je nastaviti ovakva istraživanja uz kontrolu ograničenja istraživanja kako bi se odgovorilo na pitanja o povezanosti modela s pet širokih faktora ličnosti i ovisnosti. Važno je znati kod kakvih se tipova ličnosti najčešće javlja ovisnost kako bi se definirale rizične skupine za razvoj ovisnosti i odredili uspješni preventivski programi. Također, tad bi se mogli formirati tretmani koji bolje odgovaraju osobama s određenim izraženim crtama ličnosti što bi moglo dovesti do uspješnijeg liječenja ovisnosti.

Literatura

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (peto izdanje). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association (bez datuma). *Addiction*. Preuzeto s <https://dictionary.apa.org/addiction>
- Arpaci, I. i Kocadag Unver, T. (2020). Moderating role of gender in the relationship between big five personality traits and smartphone addiction. *Psychiatric Quarterly*, 91(2), 577–585. <https://doi.org/10.1007/s1126-020-09718-5>
- Costa, P. T. i McCrae, R. R. (1992). *Professional manual: Revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI)*. Psychological Assessment Resources.
- DordiNejad, F. G., i Shiran, M. A. G. (2011). Personality traits and drug usage among addicts. *Literacy Information and Computer Education Journal*, 2(2), 402–405. <https://doi.org/10.20533/licej.2040.2589.2011.0056>
- Efrati, Y. i Mikulincer, M. (2018). Individual-based Compulsive Sexual Behavior Scale: Its development and importance in examining compulsive sexual behavior. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(3), 249–259. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1405297>
- Gosling, S. D., Rentfrow, P. J. i Swann Jr, W. B. (2003). A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality*, 37(6), 504–528. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(03\)00046-1](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(03)00046-1)
- Griffiths, M. D. (2017). The myth of 'addictive personality'. *Global Journal of Addiction & Rehabilitation Medicine (GJARM)*, 3(2). <https://doi.org/10.19080/GJARM.2017.03.555610>
- Hawi, N. S. i Samaha, M. (2017). The relations among social media addiction, self-esteem, and life satisfaction in university students. *Social Science Computer Review*, 35(5), 576–586. <https://doi.org/10.1177/0894439316660340>
- Hawi, N. i Samaha, M. (2019). Identifying commonalities and differences in personality characteristics of Internet and social media addiction profiles: Traits, self-esteem, and self-construal. *Behaviour & Information Technology*, 38(2), 110–119. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2018.1515984>
- Ilyuk, R. D., Gromyco, D. I., Kiselev, A. S., Torban, M. N. i Krupitsky, E. M. (2012). Hostility and anger in patients dependent on different psychoactive drugs. *Activitas Nervosa Superior*, 54(3-4), 125–134. <https://doi.org/10.1007/BF03379590>
- John, O. P. i Srivastava, S. (1999). The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. U L. A. Pervin i O. P. John (ur.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 102–138). Guilford Press.
- Kale, D., Stautz, K. i Cooper, A. (2018). Impulsivity related personality traits and cigarette smoking in adults: A meta-analysis using the UPPS-P model of impulsivity and reward sensitivity. *Drug and alcohol dependence*, 185, 149–167. <https://doi.org/10.1016/j.drugaldep.2018.01.003>
- hr/10.1016/j.eurpsy.2016.12.002
- Marengo, D., Sindermann, C., Häckel, D., Settanni, M., Elhai, J. D. i Montag, C. (2020). The association between the Big Five personality traits and smartphone use disorder: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(3), 534–550. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00069>
- McCrae, R. R. i Costa Jr, P. T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52(5), 509. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.5.509>
- McCrae, R. R. i Costa Jr, P. T. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 587–596. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00118-1](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00118-1)
- McCrae, R. R. i John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60(2), 175–215. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x>
- Ostendorf, F. i Angleitner, A. (2004). *Neo-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae: Neo-PI-R*. Hogrefe.
- Rajesh, T. i Rangaiah, B. (2022). Relationship between personality traits and facebook addiction: A meta-analysis. *Heliyon*, 8(8), e10315. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e10315>
- Raketić, D., Barišić, J. V., Svetozarević, S. M., Gazibara, T., Kisić Tepavčević, D. i Milovanović, S. D. (2017). Five-factor model personality profiles: The differences between alcohol and opiate addiction among females. *Psychiatria Danubina*, 29(1), 74–80.
- Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127(12), 1653–1658. <https://doi.org/10.1176/ajp.127.12.1653>
- Skinner, H. A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive Behaviors*, 7(4), 363–371. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90005-3](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90005-3)
- Slutske, W. S., Caspi, A., Moffitt, T. E. i Poulton, R. (2005). Personality and problem gambling: A prospective study of a birth cohort of young adults. *Archives of general psychiatry*, 62(7), 769–775.
- Winter, K. A. i Kuiper, N. A. (1997). Individual differences in the experience of emotions. *Clinical Psychology Review*, 17(7), 791–821. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00057-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00057-3)
- Young, K. S. (1998). Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *Cyber Psychology & Behavior*, 1, 237–244. <https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237>
- Zilberman, N., Yadid, G., Efrati, Y., Neumark, Y. i Rassovsky, Y. (2018). Personality profiles of substance and behavioral addictions. *Addictive Behaviors*, 82, 174–181. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.03.007>
- Karim, R. i Chaudhri, P. (2012). Behavioral addictions: An overview. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(1), 5–17. <https://doi.org/10.1080/0279107.2012.662859>
- Kayış, A. R., Satici, S. A., Yılmaz, M. F., Şimşek, D., Ceyhan, E. i Bakioğlu, F. (2016). Big five-personality trait and internet addiction: A meta-analytic review. *Computers in Human Behavior*, 63, 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.05.012>
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. i Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768–821. <https://doi.org/10.1037/a0020327>
- Kräplin, A., Kupka, K. F., Fröhner, J. H., Krönke, K. M., Wolff, M., Smolka, M. N., Bühlinger, G. i Goschke, T. (2022). Personality traits predict non-substance related and substance related addictive behaviours. *Sucht*. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000780>
- Lackner, N., Unterrainer, H.-F. i Neubauer, A. C. (2013). Differences in Big Five personality traits between alcohol and polydrug abusers: Implications for treatment in the therapeutic community. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(6), 682–692. <https://doi.org/10.1007/s11469-013-9445-2>
- Lesieur, H. R. i Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144(9), 1184–1188. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.9.1184>
- Lin, Y. H., Chang, L. R., Lee, Y. H., Tseng, H. W., Kuo, T. B. i Chen, S. H. (2014). Development and validation of the Smartphone Addiction Inventory (SPAI). *PLoS One*, 9(6), e98312. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098312>
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B. i Schutte, N. S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(2), 101–114. <https://doi.org/10.1007/s10862-005-5384-y>
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Rooke, S. E. i Schutte, N. S. (2007). Alcohol involvement and the five-factor model of personality: A meta-analysis. *Journal of Drug Education*, 37(3), 277–294. <https://doi.org/10.2190/de.37.3.d>
- Mann, K., Lemenager, T., Zois, E., Hoffmann, S., Nakovics, H., Beutel, M., Vogelgesang, M., Wölfling, K., Kiefer, F. i Fauth-Bühler, M. (2017). Comorbidity, family history and personality traits in pathological gamblers compared with healthy controls. *European Psychiatry*, 42, 120–128. <https://doi.org/ezproxy.nsk>

Abstract

While research on substance addiction began as early as the 19th century, research on behavioural addiction is just gaining popularity. Addiction research often examines the relationship between personality dimensions and addiction. The five-factor personality model is one of the most significant personality models at the moment because of its simplicity and validity in various fields of research. Authors do not agree on the existence of a certain type of personality that can be called addictive, nor do they agree on the systematic connection of specific personality traits with specific addictions. It is possible that there is one type of personality that predicts addiction in general, and it is also possible that for each type of addiction there is a unique correlation between particular personality traits and that type of addiction. Since many behavioural addictions are not recognized in the official classification, it is important to determine their similarities to substance addiction in order to determine whether we can classify behavioural addiction in the same set of disorders as substance addiction. Research shows that there is no one specific personality type that predicts the occurrence of all addiction, but there are certain personality traits, such as neuroticism, conscientiousness and agreeableness, that are more frequently associated with various addictions.

Keywords: behavioural addiction, five-factor model of personality, substance addiction.

Prilog

Tablica 1. Prikaz korelacija različitih ovisnosti s pet velikih crta ličnosti u istraživanju Kayış i suradnika (2016), Marengo i suradnika (2020) i Rajesh i Rangaiah (2022).

	Ovisnost o Internetu (<i>r</i>) (Kayış i sur., 2016)	Ovisnost o mobitelu (<i>r</i>) (Marengo i sur., 2020)	Ovisnost o Face- booku (<i>r</i>) (Rajesh i Rangaiah, 2022)
Neuroticizam	.18**	.25**	.03
Ekstraverzija	-.15**	.02	.01
Otvorenost	-.06**	-.08**	-.05*
Ugodnost	-.17**	-.06**	-.07*
Savjesnost	-.21**	-.16**	-.15**

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Psihičke smetnje u starijoj životnoj dobi

Daniela Majcenić
Filozofski fakultet u Zagrebu
Odsjek za psihologiju
ORCID: 0000-0002-3827-8484

Sažetak

Zbog napretka medicine i smanjenja nataliteta udio osoba starije životne dobi u populaciji u stalnom je porastu. Psihičke smetnje narušavaju samostalnost, tjelesno zdravlje te kvalitetu života i funkcioniranje općenito. No psihičke se smetnje starijih često podcjenjuju i olako shvaćaju zbog predrasuda i neznanja o starenju te normativnim i patološkim promjenama koje ono nosi. Znakovi narušenog mentalnog zdravlja starijih ponekad se zanemaruju zbog pripisivanja simptoma somatskim bolestima, kao i zbog krivog vjerovanja da je stavove i obrasce mišljenja i osjećaja starijih nemoguće promijeniti jer su se kroz godine ustalili. Psihičke se smetnje kod osoba starije životne dobi također ponekad drugačije manifestiraju nego kod mladih pa je svrha ovoga rada pružiti pregled nekih smetnji prisutnih kod starije populacije. Opisani su neurokognitivni poremećaji delirij i demencija koji su najčešći uzročnici kognitivnih smetnji starijih te čiji simptomi mogu biti slični simptomima psihičkih poremećaja zbog čega se ponekad krivo dijagnosticiraju. Također su opisani i depresija, sumanutni poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, poremećaji u svezi sa psihoaktivnim tvarima i fobični poremećaji.

Ključne riječi: delirij, psihologija starenja, subklinička depresija, sumanutni paranoidni poremećaj, zlouporaba lijekova

Uvod

Svjetsko stanovništvo sve više stari. Očekuje se da će se u cijelom svijetu broj osoba starijih od 65 od 2019. do 2050. više nego udvostručiti; sa 703 milijuna 2019. narast će na više od 1.5 milijardi 2050. (United Nations, 2019). U Europskoj je Uniji postotak stanovništva starijeg od 65 godina 2021. godine iznosio 20.8 %, a 2050. će, prema procjenama, iznositi 29.5 %. To znači da će gotovo trećina stanovništva današnjih država Europske Unije 2050. godine imati više od 65 godina, a Eurostat predviđa da će oko pola milijuna njih biti starije od 100 godina (European Commission i sur., 2020). U SAD-u je 1900. godine očekivano trajanje života bilo je 47 godina, a medijan dobi svih stanovnika iznosio je nešto manje od 23 godine. Dakle, osobe stare tek 23 godine pripadale su „starijoj“ polovici stanovništva. Najbrojnija dobna skupina bila su djeca mlađa od 15 godina, a postotak starijih od 65 godina iznosio je samo 4.1 % (Hobs i sur., 2002). Do 2021. godine taj se postotak i više nego učetverostručio te je iznosio 17 % (World Bank, 2022d). Hrvatska je, pak, po dobnoj strukturi nešto starija od SAD-a i prosjeka Europske Unije te već sada ima kao najbrojniju dobnu skupinu stanovništva one starije od 65 (Državni zavod za statistiku, 2022). Udio starog stanovništva kroz godine za EU-27, SAD, Hrvatsku i svijet prikazan je u prilogu 1.

Starenje stanovništva događa se zbog smanjenja nataliteta i napretka medicine koja spašava od prerane smrti i poboljšava kvalitetu života (United Nations, 2022). S obzirom na to da većina ljudi nakon 65. godine nije radno aktivna, barem ne na puno radno vrijeme te jer je u prosjeku bolesnija i manje samostalna, značajni će resursi biti potrebni kako bi se starim sugrađanima osiguralo dostojanstveno starenje i primjerena zdravstvena skrb. No, iako je istina je da povećanje proporcije starijih ljudi donosi opterećenje na socijalne ustanove i javni proračun, bilo bi neispravno zaključiti da su starije osobe teret društvu zato što one drugima pridonose na razne načine. Mnogi od njih nastavljaju raditi dugo nakon propisane dobi umirovljenja, a većina ih živi samostalno. Svojim obiteljima često pomažu brinuti o djeci i uskaču im kada ih netko treba pričuvati, a ako ne žive sami, drugim članovima obitelji pomažu oko kućanskih poslova kao što je kuhanje obroka. Mnogi od njih se također bave i volontiranjem te aktivizmom nastoje donijeti pozitivne promjene u svojem društvu (Reynolds i sur., 2022).

Starije se osobe obično definiraju kao oni koji imaju više od 65 godina. Ova se dobna granica ne koristi zato što je to kritična dobna točka nakon koje počinju fiziološki i psihološki procesi starenja, već poglavito zbog socijalnih politika (Davidson i Neale, 1999) poput politika zdravstvenih osiguranja te očekivane dobi umirovljenja ili barem prestanka rada punog radnog vremena (Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), 2017). Budući da je ta dobna granica donekle arbitrarna, neki se istraživači prilikom istraživanja specifičnosti problema starijih osoba koriste nekom drugom dobnom definicijom starosti, kao što je 60 ili 70 godina, što je i u nekim ovdje

spomenutim radovima slučaj. Postoji zabluda da se u starosti događa samo propadanje sposobnosti. Starije osobe na testovima inteligencije postižu lošije rezultate od mladih, pogotovo kada su testovi vremenski ograničeni jer stariji ljudi zadatke rješavaju sporije. Međutim, većina se autora slaže da dolazi do svojevrsne kompenzacije nagomilanim iskustvom. Izloženost i otvorenost novim iskustvima tijekom dugo vremena dovode do razvijanja jedinstvenih sposobnosti starije životne dobi: mudrosti. Također, starije osobe mogu nastaviti učiti i imaju sposobnost usvajanja novih sadržaja, primjene znanja i to na visokom stupnju postignuća (Schaie i Willis, 2001).

Među mladima postoji predrasuda da su svi stari ljudi međusobno vrlo slični, a to je daleko od istine. Baltes (1987) predlaže tri najvažnije skupine čimbenika koji mogu djelovati na razvoj odraslih: normativni dobni faktori, povijesno normativni faktori i nenormativni faktori. Dobno normativni faktori biološki su i okolinski čimbenici koji su visoko korelirani s kronološkom dobi, kao što su pubertet, menopauza ili umirovljenje. Normativni povijesni faktori događaji su koje su iskusili mnogi ljudi dane kulture u određenom vremenu, što ih čini sličnima. To su primjerice rat, ekonomska kriza, epidemije i značajne političke promjene. Nenormativni su faktori događaji koji su značajni u životu određene osobe, no koje ne doživljavaju svi ljudi, npr. gubitak posla, preseljenje ili teška bolest. U funkciji dobi raste broj takvih događaja te se s godinama iskustva kumuliraju i postaju vrlo značajan čimbenik razvoja u starijoj dobi. Mnogi žive puno duže od 65 godina i ovisno o dobi njihovo se zdravlje može značajno razlikovati. Zbog toga se starije osobe mogu podijeliti barem u tri skupine: mladi-stari (osobe starosti od 65 do 75 ili 80 godina), stari-stari (osobe starosti od 75 ili 80 do oko 90 godina) i vrlo stari/najstariji-stari (oni stariji od 85 ili 90 godina) (Schaie i Willis, 2001). Također, budući da starost obuhvaća tako dugačak period ljudskog života, u tu dobnu skupinu spadaju osobe koje su većinu života provele u vrlo različitim okolnostima, čak i ako su živjeli u istoj kulturi. Na zapadnoeuropskom primjeru, osoba koja sada ima 90 godina rodila se u periodu Velike depresije, tj. najveće svjetske gospodarske krize 20. stoljeća, a gotovo cijelo svoje mladenaštvo provela je u periodu obilježenom Drugim svjetskim ratom, dok je osoba od 65 godina svoje mladenaštvo provela u takozvanom Zlatnom dobu Europe, koje su obilježili velik ekonomski rast i oporavak (Crafts, 1994). Moguće je pretpostaviti da će se pripadnici ovih dviju generacija (tj. kohorte) značajno razlikovati.

U istraživanjima utjecaja starenja na mentalno zdravlje bitno je razlikovati učinke dobi od učinka kohorte, odnosno pripadnosti određenoj generaciji. Kao što je ranije rečeno, zbog povijesno normativnih čimbenika pripadnici se različitih kohorti mogu značajno razlikovati – različite kohorte živjele su u vremenima različitih političkih uvjeta, u vremenima kada se razlikovao stupanj razvijenosti medicine i dostupnost medicinskih usluga i u vremenima kada su dostupnost i opća razina obrazovanja bile

drugačije, kao i zdravstvene navike i sl. Razlikovanje dobi i kohorte posebno je bitno u transverzalnim istraživanjima u kojima se uspoređuju pripadnici različitih dobnih skupina u istoj vremenskoj točki prema nekoj konkretnoj varijabli. Primjerice, ako se uspoređuju politički stavovi punoljetnih osoba mlađih od 30 godina i osoba starijih od 65 i rezultat bude da su stariji sudionici konzervativniji, ne može se zaključiti da ljudi starenjem postaju više konzervativni, zato što takva istraživanja ispituju razlike između različitih ljudi koji pripadaju različitim kohortama, a ne prate promjene kod istih ljudi tijekom vremena, stoga razlike u kohortama mogu odražavati njihova jedinstvena iskustva povezana s povijesnim trenutkom u kojem je svaka različita skupina odrastala (Berk, 2006). U longitudinalnim se istraživanjima sudionici prate dugi niz godina da bi se saznalo kako se mijenjaju kroz dob. Međutim, zaključci izvedeni iz longitudinalnih istraživanja također su ograničeni na odabranu kohortu (Berk, 2006). Primjerice, ako pratimo skupinu osoba rođenih u 60-im godinama prošloga stoljeća i kao rezultat dobijemo da oni u starosti često obolijevaju od demencije, ne možemo odmah zaključiti da će i osobe rođene 2000. u starosti obolijevati od demencije u podjednakoj mjeri. Već sada postoje istraživanja koja ukazuju da se učestalost Alzheimerove demencije smanjuje (Wolters i sur., 2020), a moguće je da će u vremenima kada osobe rođene 2000. godine dosegnu starost demencija biti rijetka zbog, primjerice, napretka medicine, a i zato što pripadnici ove kohorte prolaze kroz sasvim drugačija iskustva - dulje se obrazuju, manje puše cigarete i općenito imaju drugačije zdravstvene navike, itd. Još je jedan problem longitudinalnih istraživanja tzv. *selektivni mortalitet*, često osipanje sudionika s najvećim poteškoćama i najmanjim sposobnostima. Posljedično, sudionici koji tijekom svih godina ostanu u istraživanju često su zdraviji od opće populacije te su stoga nalazi utemeljeni na longitudinalnim istraživanjima preoptimistični (Davidson i Neale, 1999). Lako je zamisliti da će sudionici kojima je teško rješavati testove i koji se suočavaju s brojnim zdravstvenim i psihičkim problemima biti manje skloni dolaziti na ponovna testiranja tijekom dugog niza godina. Osim toga, osobe koje se nose s brojnim zdravstvenim, psihološkim i životnim problemima u prosjeku imaju kraći životni vijek pa možda ni ne dožive iduće ispitivanje. Treba uzeti u obzir i učinke vremena mjerenja. Primjerice, zbog kampanja o koronarnim rizicima 1980-ih godina, mnogi ljudi u tadašnjoj generaciji možda su prestali pušiti cigarete. Ako su sudjelovali u longitudinalnom istraživanju i ispitivani 1970. i 1985. godine, njihovo se tjelesno zdravlje, koje obično s godinama slabi, u vremenu kasnijeg mjerenja moglo poboljšati. No do poboljšanja zdravlja nije dovela dob već prestanak pušenja (Davidson i Neale, 1999). Kako bi prevladali neka ograničenja longitudinalnih i transverzalnih nacrti, ponekad istraživači ta dva pristupa kombiniraju. Jedan od načina na koji to čine je korištenje sekvencijalnog nacrti u kojem se tijekom više godina prati nekoliko skupina sudionika različite dobi. Dakle, pripadnici različitih generacija ispituju se kako stare

tijekom brojnih vremenskih točaka. To omogućava usporedbu osoba različite dobi u istoj vremenskoj točki i osoba iste dobi u različitim vremenskim točkama, što pomaže otkriti utjecaj vremena testiranja i kohorte (Berk, 2006; Milas, 2005).

Budući da je udio starog stanovništva vrlo velik i nastavit će se povećavati, važno je usmjeriti resurse u istraživanja specifičnosti njihovog fizičkog, ali i mentalnog zdravlja, specifičnosti tretmana te kako da im se što efikasnije pomogne. No, čak su i stručnjaci za mentalno zdravlje donedavno zanemarivali emocionalne i bihevioralne probleme starijih, vjerojatno zbog pogrešnih uvjerenja prema kojima su duševne poteškoće u starosti, kao što su ekstremno opadanje intelektualnih sposobnosti, stalna tuga i mrzovolja i depresija normalni ili čak očekivani dio starenja pa da se njima ne treba puno baviti (Davidson i Neale, 1999). Postoji i krivo vjerovanje da stari ljudi nisu fleksibilni i da je njihove stavove i obrasce mišljenja i osjećaja nemoguće promijeniti jer su se tijekom godina ustalili pa da su, stoga, mentalni poremećaji kod njih neizlječivi (Graham i sur., 2003). Nužna je edukacija o razlikovanju normalnog i patološkog procesa starenja kako bi se ovakvi štetni mitovi razbili. Istraživanja pokazuju da mnogi zdravstveni djelatnici koji rade sa starijim pacijentima ne znaju dovoljno o gerijatrijskom mentalnom zdravlju (Committee on the Mental Health Workforce for Geriatric Populations, Institute of Medicine, 2012). Uz to, postoji manjak stručnjaka koji se bave psihološkim zdravljem starijih osoba, a kako broj starih ljudi raste, oni će biti sve potrebniji (Karel i sur., 2012). Valja spomenuti da se često previđa pritisak na osobe koje se brinu o bolesnim članovima obitelji. Primjerice, za starije osobe oboljele od depresije najčešće se brine ženski član obitelji (npr. majka ili kćer), ponekad bez ikakve pomoći. Često je na njima i većina roditeljske skrbi za djecu, ako ih imaju. Zbog pritiska, stresa i vremena koje provode brinući se o bolesnom članu obitelji, mogu izgubiti posao i kontakt s prijateljima pa onda ostati izolirane od društva. Stoga ne čudi da članovi obitelji koji pružaju skrb imaju i sami povećan rizik od nastanka depresije i anksioznosti (Eckardt, 2020). Ovaj će rad dati pregled nekoliko psihičkih smetnji koji se javljaju kod starijih osoba. Najprije će se opisati dva najčešća uzroka kognitivnih smetnji u starosti – delirij i demenciju, a zatim će biti opisano nekoliko psihičkih poremećaja koji su prisutni među starijima, s naglaskom na usporedbe s mlađom populacijom. Cilj je rada opisati psihičke smetnje starijih radi njihova lakšeg prepoznavanja, ukazati na neke probleme prilikom njihovog prepoznavanja, istaknuti njihove specifičnosti jer se ponekad drugačije manifestiraju nego kod mlađih, a namijenjen je studentima i svima zainteresiranima za ovu temu. Za literaturu se koristilo udžbenicima i radovima na hrvatskom i engleskom jeziku pa je stoga većina referenciranih istraživanja provedena na uzorcima iz Sjeverne Amerike i Europe, a nekoliko njih provedeno je u drugim državama. U radu je u svrhu klasifikacije korištena primarno peta revizija Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-V).

Starenje i neurokognitivni poremećaji

Klasifikacija mentalnih poremećaja formalizirana je tek 1952. godine, kada je Američka psihološka asocijacija objavila prvi službeni sustav klasifikacije: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-I) (Nietzel i sur., 2001). Od tada pa do sada, DSM je revidiran više puta, a DSM-V uvodi kategoriju neurokognitivnih poremećaja. To su poremećaji koje primarno karakterizira slabljenje kognitivnih sposobnosti: učenja, pamćenja, percepcije, pažnje, izvršnih funkcija, socijalne kognicije, jezika te perceptivnih i motoričkih sposobnosti (Sachdev i sur., 2014). Uzrok tome uglavnom su patološki procesi u mozgu ili moždane abnormalnosti (npr. opća atrofija korteksa kod Alzheimerove demencije ili nakupljanje priona u mozgu), a neurokognitivni poremećaji se u većini slučajeva mogu objektivno mjeriti, primjerice neuropsihološkim testovima (Sachdev i sur., 2014). Prema DSM-V tu skupinu poremećaja čine: delirij, veliki neurokognitivni poremećaj, blagi neurokognitivni poremećaj i njihovi etiološki podtipovi (APA, 2022). Veliki neurokognitivni poremećaj djelomično je zamijenio naziv demencija, premda DSM-V ne isključuje njegovo korištenje, pogotovo za etiološke podtipove u kojima je on uobičajen (APA, 2022). U ovom će se preglednom radu koristiti pojmom *demencija* umjesto velikog neurokognitivnog poremećaja iz razloga što se on i dalje često upotrebljava u komunikaciji s pacijentima, zato što je poznatiji (APA, 2022) (jer se njime koristilo u DSM-IV koji je bio na snazi 20 godina i jer se i dalje upotrebljava prema najnovijoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti MKB-11) te zato što se njime koristilo u svim ovdje citiranim istraživanjima. Najčešći su uzročnici kognitivnih smetnji starijih delirij i demencija (Huang, n. d.; Fong i sur., 2015).

Delirij. Prema Davidson i Neale (1999) delirij se često opisuje kao „zamračeno stanje svijesti“, a neki su od simptoma nesаница, živi snovi (dugački, ponekad emocionalno nabijeni snovi s detaljnim scenarijem kojeg se osoba jasno sjeća nakon buđenja (Cochen i sur., 2005)) i noćne more, obrnut ciklus spavanja zbog kojih je bolesnik uzbuđen i nemiran po noći, a po danu umoran, teškoće koncentracije i usmjeravanja pozornosti, nemogućnost zadržavanja suvislog i usmjerenog tijeka misli. S osobama u deliričnom stanju gotovo je nemoguće razgovarati jer im pozornost toliko lako odluta da skaču s jedne misli na drugu. Mogu biti toliko zbunjeni da ne prepoznaju bliske osobe i izgube orijentaciju u vremenu i prostoru (ne znaju gdje se nalaze i npr. koja je godina). Mogu se javiti perceptivne smetnje (halucinacije), primjerice, objekte u prostoru vide izobličanima ili mnogo manjim ili većim nego što jesu. Kada su u bolnici, mogu izjavljivati da su zapravo u hotelu, a da je njihova medicinska sestra sobarica. Paranoidne sumanutosti pojavljuju se kod 40 do 70 % starijih deliričnih osoba, (Davidson i Neale, 1999), primjerice bolesnik može vjerovati da ga medicinsko

osoblje i obitelj žele otrovati, iako za to nemaju nikakvih indicija. Mogu brzo prelaziti iz jednog emocionalnog stanja u drugo; u jednom trenu mogu biti depresivni pa nakon toga euforični, zatim bijesni, itd. Specifičnost je delirija da oboljeli mogu u razdoblju od 24 sata imati poneke „bistre“ trenutke kada postaju razumljivi i to pomaže da ga stručnjaci razlikuju od demencije (Davidson i Neale, 1999). Patofiziologija delirija još uvijek nije sasvim razjašnjena, no vjeruje se da uključuje abnormalnosti cerebralnog metabolizma i brojnih neurotransmitera te stvaranja upalnih markera. Neki su od uzročnika delirija metabolička neravnoteža (npr. dehidracija, hipoglikemija, hipoksija), infekcije i upale (npr. meningitis, upala pluća, sepsa, urinarne infekcije), hormonalni poremećaji kao što je hipotireoza, tumori mozga, cerebrovaskularni udari, ozljede (npr. opekline), hipotermija (Marcantonio, 2017), povreda glave (Maneewong i sur., 2017), smanjenje konzumacije psihoaktivnih tvari (npr. nagli prekid konzumacije alkohola kod alkoholičara), itd. (Ali i sur., 2011). Kod starijih je osoba najčešći pojedinačni uzrok trovanje propisanim lijekovima, ali uglavnom ima više uzroka koji zajedno dovode do delirija. Neki od rizičnih lijekova su benzodiazepini, opioidni analgetici, antihistaminici, triciklički antidepresivi, barbiturati i antipsihotici (Marcantonio, 2017). Može se reći da je delirij često osjetljiv, ali nespecifičan indikator bolesti (Schapira i sur., 2007), što znači da pojava delirija može ukazivati na postojanje neke bolesti ili patološkog stanja, ali ne daje informaciju o kakvoj se točno bolesti ili patološkom procesu radi.

Klinička se slika delirija može značajno razlikovati od osobe do osobe. Delirij često traje od jednog do četiri tjedna, no neki imaju simptome i nakon godinu dana (McCusker i sur., 2003). Kada se pojavi, obično se razvija brzo, unutar nekoliko sati ili dana, no ako je posljedica infekcije ili metaboličkog poremećaja, simptomi se pojavljuju postepeno, tijekom duljeg vremenskog razdoblja. Neki delirij dožive samo jednom, a nekima se vraća. Potpuni je oporavak moguć ako je sindrom ispravno identificiran i ako je uzročnik u pozadini pravovremeno liječen (Davidson i Neale, 1999). Rizični su čimbenici za pojavu delirija: dob (što je pacijent stariji ima veću šansu da razvije delirij), moždani poremećaji (kao što su demencija i Parkinsonova bolest), velik broj drugih zdravstvenih tegoba, zlouporaba alkohola te senzorna oštećenja (kao što je loš vid). Kada osoba ima velik rizik za razvitak delirija, kod hospitalizacije se treba izbjegavati senzorna deprivacija pacijenta - soba mu mora biti dobro osvijetljena, slušno pomagalo mu treba biti funkcionalno (npr. da nije prazna baterija), uši mu ne smiju biti zaštopane voskom, a naočale trebaju biti nadohvat ruke i čiste. Budući da je smanjena orijentacija karakteristična za delirij, u sobi mu trebaju biti dostupne informacije o orijentaciji (tko je, gdje se nalazi, koje je doba), npr. sat, kalendar i slike obitelji. Okruženje općenito treba biti ugodno i tiho, a obitelj i medicinsko osoblje trebaju biti strpljivi, biti mu podrška i ne stvarati mu dodatan stres (Huang, 2022a).

Kod starijih osoba delirij mogu potaknuti i relativno benigni uzroci kao što su bol, neispavanost, dehidracija i uporaba katetera za urin. Ako je pacijent visokorizičan, piće mu treba stajati nadohvat ruke ako je nepokretan, a kateter treba izbjegavati, ukoliko nije krajnje nužan (Schapira i sur., 2007).

Delirij je u općoj populaciji rijedak, ali incidencija je viša kod osoba starije životne dobi. Česta je pojava nakon zahtjevnijih operacija kada se pojavljuje između 10 do 50 % slučajeva (Huang, 2022a; Millar, 1981; Lipowski, 1983). Dobivena incidencija i mortalitet delirija dramatično se razlikuju ovisno o metodologiji i ispitivanim uzorcima (Schapira i sur., 2007). Prema meta-analizi iz 2010. godine koja je obradila 51 rad iz Sjedinjenih Američkih Država i Europe objavljenih između 1981. i 2010., pojava delirija kod starijih osoba povezana je s većim mortalitetom, većim rizikom od institucionalizacije i pojave demencije tijekom praćenja, neovisno o dobi, spolu i zdravstvenom stanju sudionika (Witlox i sur., 2010). U istraživanju Leslie i sur. (2005) istraživači su godinu dana pratili 919 pacijenata starijih od 70 godina koji nikada ranije nisu doživjeli delirij, ali koji su imali umjeren ili visok rizik od razvitka delirija prema prediktivnom modelu Inouyeove i sur. (1993). Prema tom modelu postoje četiri glavna rizična čimbenika za razvoj delirija kod hospitaliziranih pacijenata starijih od 70 godina: slabovidnost, prisustvo teške bolesti, narušeno kognitivno funkcioniranje te velik urea/kreatinin omjer u krvi. Osobi se dodjeljuje onoliko bodova koliko rizičnih faktora ima, ako nema niti jedan bod, rizik je za razvijanje delirija nizak. Ako ima jedan ili dva boda, rizik je srednji, a ako ima tri ili četiri boda, njen rizik je visok. Istraživači su mjerili sljedeće karakteristike svakog sudionika: demografske podatke (dob, spol, bračni status, trajanje obrazovanja, je li zaprimljen iz doma za starije i nemoćne, pripada li nekoj manjinskoj skupini), mjere mentalnog statusa (rezultat u procjeni mentalnog statusa (*The mini mental state examination* (Folstein i sur., 1979)), je li se za vrijeme praćenja javio delirij, je li na početku istraživanja imao demenciju), mjere funkcioniranja (*The Katz Index of Independence in Activities of Daily Living* (Katz i sur., 1963)) i *The Lawton Instrumental Activities of Daily Living* (Lawton i Brody, 1969)), mjere toga koliko su opterećeni svojom bolešću (korištene skale *APACHE II - Acute Physiology and Chronic Health Evaluation score* (Knaus i sur., 1985), *Charlson Comorbidity Index* (Charlson i sur., 1987) i *Burden of Illness Score for Elderly Persons* (Inouye i sur., 2003)) i karakteristike njihovog boravka u bolnici (koliko je ukupno hospitalizacija koštala, koliko je dugo bio hospitaliziran, je li medicinsko osoblje primjenjivalo mjere za prevenciju pojave delirija, kao što je izbjegavanje uporabe katetera). Cilj istraživanja Leslie i sur. (2005) bio je usporediti stopu preživljavanja osoba koje su po ranije navedenim varijablama slične, a koje se razlikuju samo po tome jesu li tijekom istraživanja oboljeli od delirija ili ne. Tijekom dvanaestomjesečnog istraživanja, 18.5 % sudionika bez delirija preminulo je. Postotak

preminulih za sudionike s blagim delirijem iznosi 30.3 %, a čak 40 % za sudionike koji su razvili težak delirij. Također, sudionici koji razvili delirij i preminuli živjeli su 13 % kraće nego preminuli sudionici koji ga nisu razvili (Leslie i sur., 2005). Ukoliko različiti pacijenti sličnih demografskih karakteristika i ponašanja djeluju kao da je im je zdravstveno stanje vrlo slično, pojava delirija kod samo jednog od njih može ukazivati da je njegovo zdravlje ipak lošije, da je aktivnost njegove bolesti veća i da je osjetljiviji od pacijenta koji nije razvio delirij. Možda je upravo to razlog veće smrtnosti pacijenata s delirijem. Također, ako delirij dugo traje, osoba može umrijeti od iscrpljenosti, zato što delirij uzrokuje nesanicu i nemir (Davidson i Neale, 1999). Druge su moguće komplikacije delirija nehranjenost i dehidracija jer pacijenti zaborave jesti i piti, upala pluća, dekubitus koji se razvije od pretjeranog ležanja i sjedenja, duža hospitalizacija i rehabilitacija i općenit pad funkcija (Schapira i sur., 2007).

Demencije. Demencije se u DSM-V nazivaju velikim neurokognitivnim poremećajem. Demencija je postupno pogoršanje intelektualnih sposobnosti do mjere da je narušeno svakodnevno funkcioniranje. Teškoće pamćenja (posebno nedavnih događaja) najistaknutiji su simptom. Ponekad osobe zaboravljaju dovršiti zadatke koje su započele. Primjerice, osoba koja pati od demencije može staviti obrok u pećnicu i u potpunosti zaboraviti da je to napravila i otići u posjetu prijateljima. Može zaboraviti imena djece i kasnije da uopće ima djecu. Može izgubiti kontrolu nad porivima i biti prosta u razgovoru, pričati uvredljive šale, spolno se nametati neznancima i krasti stvari. Uobičajene su emocionalne smetnje, kao što su agresivni ispadi i preslab afekt. Vremenom osoba postaje apatična i povučena, a u završnoj fazi gubi sposobnost gutanja, hodanja i govora, a na kraju više ni ne primjećuje okolinu i pada u komu (Huang, 2022b; Davidson i Neale, 1999). Blage poteškoće pamćenja smatraju se normativnim, tj. uobičajenim dijelom starenja i većina ljudi ih iskusi. Stariji mogu imati poteškoća u dosjećanju i može im trebati više vremena da se dosjete nečega nego kada su bili mladi, no ovo se ne smatra demencijom jer ne narušava svakodnevno funkcioniranje (eng. *mild cognitive impairment*) (Huang, 2022b). Ipak, najraniji stadiji demencije mogu se manifestirati na isti ovakav način (Jessen i sur., 2020; Huang, 2022b). S obzirom na uzrok postoji više vrsta demencija, no najčešća je Alzheimerova demencija, a nakon nje vaskularna demencija (Begić, 2014).

Vaskularna demencija (prema DSM-V naziva se vaskularni neurokognitivni poremećaj) najčešće se javlja nakon više malenih ishemijskih ili hemoragijskih moždanih udara, iako postoje i drugi razlozi. Pojedinačni su moždani udari obično toliko maleni da njihovi simptomi nisu ozbiljni pa mnogi ni ne primijete da ih imaju. No nakon većeg broja tih moždanih udara, njihova zbirna šteta na mozgu bit će velika te će narušiti njegovo funkcioniranje. Ako su uzrok višestruki moždani udari, ova se demencija razvija na specifičan način, u malenim diskretnim koracima. Svaki moždani udar

prati pad kognitivnih sposobnosti te ponekad i skromni oporavak, a nakon svake iduće epizode simptomi demencije postaju sve gori (Huang, 2022c). Češća je kod muškaraca i obično se javlja nakon 70. godine života. Budući da su uzrok vaskularne demencije moždani udari, rizični su čimbenici isti kao i za druge cerebrovaskularne bolesti (npr. visok krvni tlak i kolesterol, pušenje, dijabetes, srčane bolesti, manjak tjelesne aktivnosti, pretilost). Ishod ovisi o lokalizaciji i zahvaćenosti moždanog tkiva, kao i o kontroli kardiovaskularnih rizičnih čimbenika jer oni mogu dovesti do novih moždanih udara. Vaskularna demencija obično traje pet godina te završava smrtnim ishodom (Begić, 2014). Smrtnost je brža i veća nego kod drugih demencija, vjerojatno zato što je u pozadini vaskularne demencije kardiovaskularna bolest (Huang, 2022c), a kardiovaskularne su bolesti glavni uzrok smrti u razvijenim zemljama (World Health Organisation, 2020).

Alzheimerova demencija (prema DSM-V naziva se neurokognitivni poremećaj uzrokovan Alzheimerovom bolešću) (AZ) spora je i progresivna bolest (Begić, 2014). Na nju otpada 60 do 80 % demencija starih ljudi. Procjenjuje se da u Americi oko 10 % osoba starijih od 65 boluje od nje (Alzheimer's Association, 2020). Rizik se povećava s dobi i procjena je da se u Americi javlja u 3,1 % osoba dobi između 65 i 74 godine, u 16,7 % između 75 i 84 godine, a čak u 32,2 % osoba nakon 84. godine (Hebert i sur., 2013). Više je oboljelih žena od AZ-a, no vjeruje se da je to primarno zato što one u odnosu na muškarce žive duže. Kada se promatraju žene i muškarci istih godina, rezultati su oprečni i nije sigurno imaju li žene veći rizik za obolijevanjem. Ako imaju, onda je moguće da je to zbog genetskih i hormonalnih razloga, a neki su potencijalni društveni razlozi slabije obrazovanje žena u prošlosti jer je niska razina obrazovanja jedan od prediktora za razvitak AZ-a i drugih demencija (Langa i sur., 2017). Još jedna teorija je i ta da postoji tzv. *pristranost preživljavanja* (eng. *survivor bias*) za muškarce. Budući da su muškarci skloniji bolestima i da žive kraće od žena, oni koji dožive starost generalno su zdraviji i otporniji od opće populacije pa je moguće da zato rjeđe obole od AZ-a (Mielke i sur., 2014). Također, u istraživanju koje je promatralo sudionike starije od 55 u Americi od 1999. do 2019. godine pronađene su statistički značajne rasne razlike u pojavljivanju demencija. U ispitivanju je inicijalno bilo 1 869 090 sudionika, a najveću incidenciju demencije imali su Latinoamerikanci, pa Afroamerikanci, osobe azijskog porijekla, autohtoni stanovnici Sjeverne Amerike i na kraju bijelci. Nije sasvim jasno koji je uzrok ovih razlika, ali se pretpostavlja socioekonomski status manjinskih skupina, manja razina obrazovanja, lošije zdravlje, poglavito kardiovaskularno zdravlje, koje je inače povezano sa siromaštvom, ali i s demencijama (Kornblith i sur., 2022). Moguće je da na sve ove čimbenike utječe stigmatizacija manjinskih skupina u društvu. Primjerice, zbog stresa uzrokovanog diskriminacijom pripadnici tih skupina mogu razviti psihosomatske bolesti ili biti

skloniji konzumirati alkohol. Također, zbog diskriminacije možda teže pronalaze dobro plaćene poslove pa posljedično tome imaju i manje resursa za obrazovanje svoje djece ili za kupovinu zdravih prehrambenih namirnica.

Glavna je fiziološka promjena mozga opća atrofija korteksa, primarno zbog gubitka živčanih stanica (dendrita, i tijela neurona) (Kowall i Beal, 1988). Moždane vijuge postaju uže i plosnatije, a brazde se između njih proširuju. Moždane se ventrikule povećavaju. Također, u izvanstaničnom prostoru šire se senilni plakovi, nakupine amiloida koje se stvaraju pri poremećenoj sintezi proteina. U staničnim tijelima neurona nakupljaju se neurofibrilarni čvorovi, nakupine zapletenih odumrlih vlakana živčanih stanica koje onemogućuju provođenje impulsa među neuronima (Begić, 2014). Te patološke nakupine dovode do gubitka neurona i sinapsi, ali točan mehanizam nije sasvim jasan (Huang, 2022b).

Navedene patološke nakupine nalaze se po čitavom korteksu i hipokampusu, ali mali mozak, leđna moždina i senzorna kortikalna područja manje su pogođena zbog čega oboljeli ne djeluju kao da imaju neki tjelesni poremećaj sve do kasne faze bolesti. Oni hodaju normalno, a prenaučene navike, kao što je čavrljanje, neko vrijeme ostaju neoštećene pa prilikom kratkog susreta neupućena osoba ne mora primijetiti da nešto nije u redu (Davidson i Neale, 1999). Bolest obično završava smrću do koje od dijagnoze obično prođe od 4 do 8 godina, no poneki oboljeli žive i mnogo dulje od toga (Alzheimer's Association, 2020; Ganguli i sur., 2005; Todd i sur., 2013)

Incidencija AZ-a raste s godinama, a ostali su rizični čimbenici: ženski spol, srodstvo s oboljelim, traumatska ozljeda mozga uzrokovana udarcem ili probadanjem lubanje, niska razina društvene i mentalne aktivnosti, niska razina formalnog obrazovanja te kardiovaskularni rizici, kao što su pretilost, visok krvni tlak i kolesterol (Alzheimer's Association, 2020; Begić, 2014). Dobra je vijest da se učestalost AZ-a smanjuje. Istraživanje Woltersa i suradnika (2020) pratilo je promjenu incidencije u Sjevernoj Americi i Europi između 1988. i 2015. i pokazalo je da postotak osoba oboljelih od AZ-a pada za 13 % po desetljeću, a pad je nešto veći za muškarce nego žene. Ova se promjena pripisuje većoj kontroli kardiovaskularnih rizika, kao što je smanjenje pušenja i konzumiranja velike količine masti.

2019. je godine WHO objavio preporuke za životne intervencije s ciljem prevencije svake vrste kognitivnog propadanja u starosti (što uključuje i demencije), a to su povećanje fizičke aktivnosti, prestanak pušenja, zdrava i uravnotežena prehrana, kontrola tjelesne težine, kognitivna angažiranost, prestanak unosa prekomjernih količina alkohola. Ukoliko osoba pati od hipertenzije, dijabetesa i povišenih masnoća u krvi, preporuča se kontrola istih lijekovima i/ili životnim intervencijama (World Health Organization, 2020).

Starost i psihički poremećaji

Depresija. Depresija uključuje simptome kao što su: sniženo raspoloženje, oskudne emocionalne reakcije, gubitak volje, inicijative, energije i interesa i smetnje nagona (Begić, 2021). Također uključuje i kognitivne, psihomotorne i somatske smetnje, kao što su umor, glavobolje, vrtoglavice, smetnje koncentracije i spavanja, a mogu se pojaviti i suicidalne ideje (Begić, 2021; Coryell, n. d.). Riječ depresija upotrebljava se kada da se govori o raznim depresivnim poremećajima poput velikog depresivnog poremećaja i distimije (Coryell, n. d.). Prema DSM-V, osim navedenih, u depresivne poremećaje spadaju i disruptivni poremećaj raspoloženja, predmenstrualni disforični poremećaj, supstancama ili lijekovima induciran depresivni poremećaj, depresivni poremećaj zbog drugog medicinskog stanja, drugi depresivni poremećaji i neodređeni depresivni poremećaj (American Psychiatric Association, 2022). Ako osoba uz depresiju ima i halucinacije i/ili sumanutosti (npr. kada bolesnik sebi pripisuje krivicu za globalna zbivanja, kao što su rat ili epidemije), tada se radi o psihotičnoj depresiji. Depresivne se epizode mogu izmjenjivati s manijom te se tada radi o bipolarnom afektivnom poremećaju, a za stanje koje je samo depresivno upotrebljava se i naziv unipolarna depresija (Begić, 2021). Unipolarna je depresija među starijima puno češća od bipolarne, čiji je početak općenito rijedak nakon 65. godine (Oostervink i sur., 2009; Judd i Kunovac, 1998). Za razliku od depresije mlađih osoba, unipolarnu depresiju onih starijih od 65 karakterizira više kognitivnih i tjelesnih (somatizacijskih) smetnji. No neki misle da je za gerijatrijsku psihijatriju karakteristična i veća razina hipohondrijaze, psihomotorne usporenosti i agitiranosti, a mogu se javiti i psihotični simptomi (Rodda i sur., 2011).

Prema dosadašnjim saznanjima depresija je manje zastupljena među populacijom starijom od 65 godina nego među mlađima. (Beekman i sur., 2000). Međutim, neki istraživači smatraju da je postotak depresije kod starijih ljudi podcijenjen. Depresija se dijagnosticira kategorijalno, dakle pacijent ili ima depresiju, ili ju nema, ne postoji kontinuum. Neki smatraju da bi se na depresiju trebalo gledati kao na spektar, zato što dugotrajni depresivni simptomi i patnja postoje i povezani su sa psihosocijalnom disfunkcijom i ovisnostima, čak i ako osoba ne zadovoljava DSM kriterije za dijagnozu depresije (Lewinsohn i sur., 2000). Judd i Akishal (2002) te Lewinsohn i sur. (2000) govore o subkliničkoj depresiji (depresija čiji simptomi ne zadovoljavaju kriterije za dijagnozu) kod starijih. Prema Judd i Akishal (2002) za nju je karakteristična dominacija somatskih smetnji, distimija i kognitivne smetnje. Najčešći su simptomi nesanica, psihomotorno usporavanje, umor, učestale misli o smrti i umiranju. Simptomi traju dugo te su prisutni 60 % vremena, dakle fluktuirajući su, odnosno nisu prisutni cijelo vrijeme (Judd i sur., 1998). Judd i Kunovac (1998) proučavali

su incidenciju raznih vrsta depresije unutar jednog mjeseca među različitim dobnim skupinama odraslih ($N=10256$) koji nisu smješteni u domu ni bolnici i zaključili su da je incidencija velikog depresivnog poremećaja zaista mnogo niža kod sudionika starijih od 65 godina u usporedbi s drugim dobnim skupinama. Međutim, simptomi subkliničke depresije kod njih su bili gotovo tri puta učestaliji nego veliki depresivni poremećaj. Njihova je incidencija iznosila 18.1 % te je bila slična incidenciji među mlađima. Prema rezultatima metaanalize iz 2011. godine subklinička je depresija među starima barem dva do tri puta učestalija nego veliki depresivni poremećaj, a prosječna prevalencija iznosi 9.8 % (Meeks i sur., 2011).

Neki ukazuju na mogućnost da su starije osobe manje spremne sudjelovati u istraživanjima te priznati depresivne simptome strancima te da možda veći dio depresivnih starijih živi u domovima za starije i nemoćne pa da zato ne sudjeluju u istraživanjima epidemiologije depresije (Schoevers i sur., 2009; Snowden, 1997). Starije osobe generalno rjeđe traže psihološku pomoć od drugih dobnih skupina (Bogner i sur., 2009; Karlin i sur., 2008) pa postoji mogućnost da su stariji manje spremni potražiti liječničku ili psihološku pomoć zbog depresivnih simptoma, pogotovo zato što među njima postoji vjerovanje da su anksioznost i depresija znakovi krhkog karaktera i osobne slabosti (Graham i sur., 2003; Bogner i sur. 2009). Također postoji i mogućnost da će ih zdravstveni radnici olako shvatiti zbog krivog mišljenja da su depresivni simptomi normalan dio starosti zato što sa starošću najčešće dolaze zdravstvene tegobe i gubitak bližnjih ljudi. Bitno je razdvojiti tugovanje i depresiju, koja nije normativan dio starenja (Salzman, 2006). Uz to, zato što je somatizacija veoma izražena kod gerijatrijske depresije, moguće je da zdravstveni stručnjaci važnost pridaju samo somatskim tegobama te previde mogućnost postojanja depresije u pozadini. Također, zato što gerijatrijska depresija uzrokuje kognitivne smetnje, ona se često pogrešno dijagnosticira kao demencija. Diferencijalna je dijagnostika važna zato što se depresija i demencija tretiraju na drugačiji način te je depresiju općenito moguće izliječiti, a demenciju nije. Također, ako se radi o depresiji, vjeruje se da se simptomi koji liče na demenciju liječenjem mogu poboljšati, barem donekle i kod nekih (Egerházi i sur., 2013; Abas i sur., 1990; Sternberg i Jarvik, 1976). Ovakvi kognitivni deficiti uzrokovani depresijom ponekad se nazivaju *depresivnom pseudodemencijom* (Fischer i sur., 2002). Simptomi delirija, demencije i depresije ponekad se preklapaju, osoba istovremeno može bolovati od svih triju bolesti, a pojava jedne rizičan je čimbenik za pojavu drugih. Tretman i pristup njima vrlo je različit, a one su među najčešćim dijagnozama u gerijatrijskoj psihijatriji i često se krivo dijagnosticiraju zbog preklapanja simptoma pa se popularno nazivaju i *tri „D“ gerijatrijske psihijatrije* (Downing i sur., 2013). Čimbenici su rizika za razvitak depresije: loše zdravstveno stanje, društvena izolacija, stresni događaji i stresni životni uvjeti (Vink i sur., 2008), a

za subkliničku su depresiju čimbenici rizika: ženski spol, invaliditet, loše zdravstveno stanje i slaba podrška (Meeks i sur., 2011).

Stope suicida za osobe starije od 65 godina više su nego za mlađe osoba (Shah, 2007). Prema istraživanju Conwella i suradnika (2002) koje je proučavalo podatke deset istraživanja iz Amerike i Europe između 71 i 95 % osoba starijih od 65 godina koje su umrle od samoubojstava u vrijeme smrti imale su ozbiljan psihijatrijski poremećaj, a većinom se radilo o velikom depresivnom poremećaju. Depresija starije pojedince izlaže većem riziku od suicida nego one mlađe te je ona za ovu populaciju glavni rizičan čimbenik (Conwell i sur., 2002; Conwell i sur., 1996). Neki su od ostalih rizičnih čimbenika društvena izolacija i narušeno zdravlje (O'Connell i sur., 2004). Za žene u Americi stopa suicida najveća je između 45. i 64. godine, a zatim opada, dok je za muškarce daleko najveća nakon 75. godine života. Tijekom cijelog života stope su više za muškarce nego za žene, no razlika je najočiglednija u starosti. Stopa suicida po spolu i dobi u 2020. godini u SAD-u može se vidjeti u prilogu 2. Stariji rjeđe priopćavaju svoje namjere za izvršenje samoubojstva nego mlađi i čine manje neuspješnih pokušaja, a osobe starije od 65 godina gotovo se uvijek uspiju ubiti kada pokušaju (Conwell i sur., 2011). Budući da je depresija čimbenik rizika za suicid, važno je da se uspješno dijagnosticira i liječi. Intervencije protiv suicida starijih obično se bave pitanjem društvene izolacije i depresije, a korisne bi bile i prevencije u svezi s narušenim kognitivnim funkcioniranjem i nošenjem s bolestima i boli (Lapierre i sur., 2011). Moguć je problem prevencije suicida starijih taj što se zaposleni stručnjaci za mentalno zdravlje, koji su mlađi i zdraviji, mogu nehotice manje truditi da spriječe pokušaj suicida stare osobe nego što se trude za mlađe. No, čak je i starija osoba nakon krize obično zahvalna što ima još jednu šansu za život (Davidson i Neale, 1999).

Poremećaji u svezi sa psihoaktivnim tvarima i poremećajima ovisnosti. Lijekovi i razne psihoaktivne tvari mogu se upotrebljavati u medicinske svrhe iz navike (npr. kofein) ili rekreativno. Zloupotreba lijekova i psihoaktivnih tvari, ovisnosti i drugi poremećaji u svezi sa psihoaktivnim tvarima mogu se javiti kada osoba uzimanjem supstance postigne osjećaj ugođe mijenjajući svoje fizičko i/ili psihičko stanje. Pri tome psihoaktivna supstanca, prije ili kasnije, dovodi do štetnih psihičkih, socijalnih, tjelesnih ili drugih posljedica (Begić, 2021; Khan, n. d.). Alkohol je nakon kofeina i nikotina najčešće upotrebljavana psihoaktivna tvar (Begić, 2021), no alkoholizam je manje zastupljen među starijim nego među mlađim generacijama. Jedan je od razloga za to činjenica da mnogi alkoholičari ne prežive do starosti. Također, starije osobe mogu razviti fiziološku nepodnošljivost na alkohol, što djeluje suprotno pozitivnim učincima alkohola na raspoloženje (Gurland i Cross, 1982). Zloupotreba nedopuštenih droga također je rjeđa među starijima nego mlađima (Degenhardt i sur., 2007; Blazer i

Wu, 2009; Regier i sur., 1988). Isti su podaci dobiveni i u hrvatskim istraživanjima u kojima su bilježene karakteristike osoba s problemom ovisnosti i počinitelja prekršaja zlouporabe opojnih droga (Andreć, 2021; Cvitanović i sur., 2010). Međutim, neki vjeruju da će zlouporaba ilegalnih droga među starijima postajati veći problem kako generacija mlađih korisnika droga stari. Budući da su starije osobe ranjivije i imaju sporiji metabolizam, droge bi kod njih mogle proizvesti veće neurotoksične učinke i neželjene nuspojave (Wu i Blazer, 2011; Dowling i sur., 2008; Colliver i sur., 2006). Zlouporaba lijekova na recept i lijekova u slobodnoj prodaji među starijima mnogo je učestalija nego zlouporaba alkohola i droga. Očekivano, pripadnici ove populacije uzimaju više lijekova nego bilo koja druga dobna skupina (Onder i sur., 2014; Christensen, 2019). Neispravno korištenje lijekova može biti namjerno, ali i slučajno. Neki ne uzimaju lijekove onako kako su propisani zbog nerazumijevanja i neznanja. Primjerice, starijim pacijentima koji žive sami zbog slabog vida može biti teško pročitati upute o lijeku ako su sitno otisnute (a najčešće jesu). Također, ako je osoba zaboravna, može zaboraviti da je već uzela lijek i onda ga ponovno popiti. Ovo može predstavljati veliki problem za osobe koje piju velik broj različitih lijekova. Koristan savjet je da u tablicu na uočljivom mjestu pišu svaki put kada su uzeli neki lijek. Moguć je i razvitak ovisnosti o lijekovima, posebno ako osoba pati od depresije, anksioznosti i hipohondrije. Kod starijih su osoba sve faze uzimanja lijeka izmijenjene - apsorpcija, distribucija, metabolizam i izlučivanje pa imaju veću mogućnost da razviju štetne nuspojave na lijek, čak i kada se njime koriste u propisanim i ispravnim količinama. Stoga je za starije neprimjerena konzumacija lijekova posebno opasna. Neke od štetnih nuspojava, kao što su konfuzija ili delirij, mogu se pogrešno dijagnosticirati kao demencija, a letargija kao depresija (Davidson i Neale, 1999).

Sumanuti poremećaj naziva se još i paranoidna psihoza ili perzistirajući sumanuti poremećaj (Begić, 2014). Prema DSM-V spada u shizofrene i druge psihotične poremećaje. Sumanutom su poremećaju dominantni simptom deluzije čudna uvjerenja i zablude koje se od lažnih vjerovanja razlikuju po tome što osobu nikako ne možemo razuvjeriti od njezine deluzije, bez obzira što postoje jasni dokazi da je u krivu (Tamminga, 2022). Sumanutosti su najčešće (pogotovo kod starijih) paranoidne prirode pa tako osoba vjeruje da joj netko želi nauditi, da se protiv nje kuje zavjera ili da ju se špijunira (González-Rodríguez i sur., 2022). Varner i Gaitz (1982) opisuju ženu od 66 godina koja je vjerovala da njezin muž stalno šprica kuću tekućinom koja smrdi po zagorjeloj hrani, iako ga nikada nije vidjela da to radi. Osim toga, vjerovala da on ima odnose s drugim ženama čije je otiske stopala viđala u blizini kuće. Također je i vjerovala da netko namjerno bacao cigle i kamenje na njenu kuću. Deluzije dio kliničke slike i shizofrenije i shizofreniformnog poremećaja, no sumanuti se poremećaj od njih razlikuje po karakteristikama deluzijama. Kod shizofrenije one pokazuju veću

dezorganiziranost (manje su logične, internalno konzistentne i sistematizirane), a osobe oboljele od sumanutog poremećaja više su zaokupljene svojim deluzijama, u većoj mjeri vjeruju da su njihove deluzije zaista istinite te njihove deluzije prosežu veći dio njihova života i životnih situacija. Osim toga, u sumanutom se poremećaju obično ne pojavljuju simptomi tipični za shizofreniju (APA, 2022), kao što su alogija, afektivna otupjelost i formalni poremećaj mišljenja.

Prilikom dijagnostike sumanutog poremećaja treba isključiti organski uzrokovana sumanuta stanja čiji su uzroci metaboličke, upalne, cirkulacijske i traumatske promjene mozga (Begić, 2021) koje se mogu javiti kao posljedica tjelesnih bolesti, kao što su tumori, moždani udari i endokrini poremećaji (Tamminga, 2022). Sumanutosti se mogu javiti i kao posljedica uzimanja ili prekida uzimanja raznih psihoaktivnih tvari i lijekova, kao što su anksiolitici, sedativi, hipnotici, anestetici, kortikosteroidi i nesteroidni antireumatici, a rizik je veći za starije osobe koje uzimaju više lijekova za različite bolesti. Delirij i demencija također mogu uzrokovati sumanutost (Begić, 2021).

Vjeruje se da je paranoidna simptomatologija opća tegoba mnogih starijih psihijatrijskih bolesnika. U jednom je istraživanju hospitaliziranih gerijatrijskih bolesnika dobiveno da je čak 32% njih imalo paranoidne simptome povezane s različitim drugim oblicima psihičkih bolesti (Livingston i sur., 2001). Postoji zanimljiva razlika između paranoidnih sumanutosti starijih i mlađih ljudi. Sumanutosti starijih prizemnije su i odnose se na osobe u njihovoj neposrednoj blizini, kao što su supružnik ili susjedi. Progonitelji mlađih paranoidnih osoba često su u daljini, u FBI-u, vladi ili svemiru (Davidson i Neale, 1999). Tako starija osoba može misliti da ju susjeda špijunira, a mlađa da ju prate vanzemaljci. Češći je kod žena, kao i druge psihoze koje se prvi puta pojave u starosti (Jumaa i Brown, 2006). Sumanuti paranoidni poremećaj u starosti može biti i nastavak poremećaja koji je započeo ranije u životu (Davidson i Neale, 1999). Prosječna dob javljanja je 40 godina (Begić, 2014), a kada se prvi put pojavi u starosti, najčešće je uzrok u pozadini demencija, delirij, zlouporaba droge ili depresija (Brown, 1998). Osobi koja pati od demencije paranoidne ideje mogu popunjavati praznine uzrokovane gubitkom pamćenja pa umjesto da priznaju „ponovno sam zaboravio gdje sam stavio ključeve“, oni misle „netko je ušao i uzeo mi ključeve“. Paranoidne su ideje također povezane sa senzornim oštećenjima, pogotovo gubitkom sluha, koji je učestao kod starih ljudi. Starija osoba koja slabo čuje neće moći čuti što ljudi oko nje govore pa će misliti da oni zapravo šapuću o njoj namjerno kako ih ne bi čula. Pa tako paranoidne ideje mogu predstavljati pokušaj da se popune praznine izazvane senzornim gubitkom. Ako loše vidi, u mutnoj slici koju vidi može joj se početi pričinjavati neki čovjek koji joj želi nauditi (Zarit i Zarit, 2007). Međutim, valja uzeti u obzir da su stari ljudi, kao ranjiva skupina društva, naročito osjetljivi na sve vrste zlostavljanja od strane drugih

te da ih se zbog ranjivosti može iskorištavati na razne načine. Trebamo stoga paziti da ne odbacimo olako svaku pritužbu starijih samo kao znak staračke paranoje jer bi pritužba mogla biti točna. Prilikom terapije paranoidnog pacijenta važno je da terapeut ili zdravstveni djelatnik uspostavi prijateljski i topao odnos kako bi zadobio njegovo povjerenje. Važno je da bude strpljiv i pokaže empatijsko razumijevanje za njegove brige, bez direktnog odbacivanja sumanutih ideja odmah na početku. Sumanutosti se mogu postupno početi dovoditi u pitanje tek onda kada pacijent ima povjerenja u terapeuta i osjeća se sigurno. Također, ako osoba ima senzorni problem kao što su oslabljen vid ili sluh, uporaba slušnog i vidnog pomagala može pomoći ublažiti problem. Ukoliko je pacijent društveno izoliran, treba uložiti napor za povećanjem količine međuljudskih kontakata (Davidson i Neale, 1999).

Anksiozni poremećaji. Anksiozne poremećaje karakterizira prisutnost pretjeranog straha i anksioznosti koji narušavaju ponašanje i funkcioniranje (APA, 2022). Prema DSM-V u anksiozne su poremećaje svrstane specifične fobije, separacijski anksiozni poremećaj, selektivni mutizam, socijalni anksiozni poremećaj, panični poremećaj, agorafobija, generalizirani anksiozni poremećaj, anksiozni poremećaj zbog drugog zdravstvenog stanja, ostali anksiozni poremećaji i neodređeni anksiozni poremećaj (APA, 2022). Anksiozni su poremećaji starijih u znanosti dugo bili zanemarivani te su istraživanja više bila usmjerena na proučavanje depresije i demencije. Unatoč tome, oni su jedni od najučestalijih psihičkih poremećaja starijih osoba (Bryant i sur., 2013), a najučestaliji od njih je generalizirani anksiozni poremećaj (Beekman i sur., 1998; Bryant i sur., 2008; Subramanyam i sur., 2018). Za njega su karakteristični kronični strah i zabrinutost koji narušavaju funkcioniranje te koje obično prate nemir, problemi s koncentracijom i spavanjem i napetost u mišićima. Predmet su brige kod starijih pojedinaca često zdravlje, strah od bolesti i invaliditeta za sebe ili bračnog partnera te financije (Pary i sur., 2019). Kod starijih je osoba, kao i za depresiju, češći subsindromski (subklinički) oblik bolesti (Mihaljević-Peješ i Šagud, 2019) u kojem su simptomi prisutni, međutim ne u mjeri da zadovolje DSM kriterije za dijagnozu generaliziranog anksioznog poremećaja. No i subsindromski je oblik bolesti značajan jer on, kao i sindromski oblik, narušava kvalitetu života i stvara rizik od nastanka somatskih i drugih psihičkih bolesti te je čimbenik rizika za suicid i uporabu psihoaktivnih tvari (Volz i sur., 2021).

Prema Beekman i sur. (1998) i Subramanyam i sur. (2018) drugi najučestaliji poremećaji su fobični poremećaji u koje spadaju specifične fobije, socijalna fobija i agorafobija. Socijalni anksiozni poremećaj (ili socijalna fobija), koju karakterizira strah od društvenog izlaganja gdje bi osoba mogla doživjeti evaluacije (Begić, 2021), rjeđa je među pojedincima starije životne dobi nego među mlađima (Pary i sur., 2019), što se ponekad objašnjava dobno normativnim razvojem ličnosti, a može se objasniti

i time da starijim osobama lakše izbjegavati društvene situacije koje im izazivaju anksioznost zbog različitih životnih okolnosti (npr. većina ih je umirovljena te su završili obrazovanje za razliku od mlađih) (Bryant i sur., 2008). Kada su u pitanju specifične fobije, istraživanje Fredriksona i sur. (1996) pokazalo je da starije osobe češće imaju strah od neživih objekata nego mlađi (npr. strah od munje). Smatra se da je najučestaliji strah kod starijih strah od pada (Bryant i sur., 2013) te se njegova prevalencija kreće od 20 do 39 % za starije osobe koje nisu institucionalizirane (Whipple i sur., 2017). Strah od pada inicijalno je bio definiran kao fobija od hodanja ili stajanja zbog mogućnosti od pada, a kasnije je taj koncept proširen i na snižen osjećaj samoeфикаsnosti održavanja ravnoteže. Strah od iščekivanja pada i izbjegavanje situacija u kojima bi osoba mogla pasti (Mackay i sur., 2021). Taj je strah specifičan za stariju populaciju jer su padovi među njima česti (zbog primjerice vrtoglavica, slabosti, problema s vidom, poremećaja hoda i ravnoteže i konzumacije lijekova koji povećavaju rizik od padova) te jer češće izazivaju ozbiljne posljedice po fizičko zdravlje nego kod mlađih osoba zbog veće sklonosti ozljedama (npr. zbog osteoporoze) i zbog dobro normativnih fizioloških promjena (npr. smanjeni zaštitni refleksi) (Rubenstein, 2006). Strah od pada za posljedice može imati gubitak neovisnost, prestanak sudjelovanja u društvenim aktivnostima, nižu kvalitetu života, smanjenje fizičke aktivnosti što pak može dovesti do narušenog zdravlja i povećati rizik od padova u budućnosti (Bryant i sur., 2008; Whipple i sur., 2017; Chang i sur., 2016). Taj strah ima mnoga obilježja fobije, primjerice povećana fiziološka pobuđenost u prisutnosti situacija koje izazivaju strah i izbjegavanje istih (Bryant i sur., 2013). Međutim, osobe koje imaju taj strah često nisu zadovoljavale DSM kriterije fobije, posebno zbog kriterija da osoba prepoznaje da je njezin strah pretjeran i nerazuman, koji je bio prisutan u DSM-IV verziji, no koji je u DSM-V verziji zamijenjen kriterijem da strah nije proporcionalan stvarnoj opasnosti koju objekt ili situacija u datom sociokulturnom kontekstu predstavljaju (Bryant i sur., 2013; APA, 2022). Zbog tog straha osobe ponekad izbjegavaju napustiti dom zbog čega se ponekad može zamijeniti za agorafobiju (Bryant i sur., 2013). Agorafobija je strah i izbjegavanje mjesta ili situacija iz kojih bi strah bio otežan ili nemoguć (Begić, 2021). Osoba s agorafobijom može izbjegavati koristiti se javnim prijevozom, biti na mjestima s puno ljudi ili izlaziti bez pratnje. U težim oblicima, osoba može u potpunosti odbijati izaći iz kuće (Ritchie i sur., 2013). U istraživanju su dobivene vrlo različite prevalencije agorafobije kod starijih osoba (Bryant i sur., 2008; Ritchie i sur., 2013), a neki vjeruju da kliničari često previđaju agorafobiju kod starijih pacijenata, zato što njihovo odbijanje da izlaze iz kuće pripisuju lošijem zdravlju i manjku društvenih veza među starijima. No detekcija i ispravna dijagnoza agorafobije važne su jer malo je vjerojatno da će se oboljele osobe spontano oporaviti bez tretmana (Ritchie i sur., 2013).

Zaključak

Poremećaji kod starijih osoba imaju svoje specifičnosti u odnosu na poremećaje ostalih dobnih skupina. Primjerice, iako se delirij i demencija mogu pojaviti u svim godinama, najčešće se javljaju među starijima. Veliki je depresivni poremećaj, pak, najrjeđi u starijih. Mnogo je češća subklinička depresija koja ima blaže, ali dugotrajnije simptome. U starijih osoba somatske i kognitivne smetnje često dominiraju kliničkom slikom pa im umjesto depresije može biti dijagnosticirana demencija ili neka tjelesna bolest. Međutim, važno je da se depresija ispravno dijagnosticira, zato što se ona može uspješnije liječiti od demencije, a i zato što je stopa suicida za starije muškarce visoka. Uz to, lijekovi koje bi mogli uzimati za neispravno dijagnosticiranu tjelesnu bolest mogli bi imati neželjene nuspojave jer su im stariji skloniji nego drugi, a također su i osjetljiviji na njih. Generalizirani se anksiozni poremećaj kod starijih također češće javlja u subkliničkom obliku. Kada su u pitanju fobije najčešći je predmet straha kod starijih strah od pada. Ovaj se strah općenito veže uz stariju životnu dob jer padovi češće imaju ozbiljne posljedice za fizičko zdravlje nego kod mlađih te zato jer su kod starijih padovi česti zbog zdravstvenih tegoba. Paranoidna je simptomatologija opća tegoba mnogih starijih psihijatrijskih bolesnika, a kada je u pitanju sumanutni paranoidni poremećaj, sumanute ideje starijih prizemnije su od sumanutih ideja drugih odraslih osoba. Starija osoba može vjerovati da ju njen susjed prisluškuje, a mlađa da ju prisluškuju vanzemaljci. Bitno je promovirati preventivne aktivnosti koje umanjuju šansu da osoba oboli od mentalnog poremećaja. Neke od njih, kao što su kontrola tjelesne težine, veća društvena uključenost i prestanak pušenja, spomenute su ranije u tekstu. Rana i ispravna dijagnoza poremećaja važna je kako bi pacijent imao što bolje šanse za pozitivan ishod. Zato je važno da se pravovremeno jave za psihološku pomoć, a oni se javljaju rjeđe od mlađih ljudi. Također je važno i da pacijenti i njihova obitelj barem donekle znaju prepoznati znakove bolesti. Primjerice, moglo bi ih se educirati putem plakata i letaka o simptomima u bolnicama i drugim državnim ustanovama koje stariji često posjećuju. Kao što je ranije rečeno, među pacijentima, članovima obitelji, ali i zdravstvenim djelatnicima postoje štetni mitovi i manjak znanja o psihičkim poremećajima kod starih osoba te ih je potrebno educirati. Općenito su u društvu prisutne negativne predrasude prema starijima, no stigmatizacija starenja i *ageizam* pomalo su ironični jer je starenje privilegija koju mnogi nažalost nisu mogli doživjeti. Povećanje brojnosti osoba starije životne dobi zapravo je civilizacijski uspjeh. S obzirom na to da je nekada smrtnost od bolesti i ozljeda bila mnogo veća, činjenica da danas toliko velik broj ljudi uspijeva doživjeti starost pokazatelj je napretka medicine, opće dostupnosti zdravstvenih usluga, ekonomskog rasta i napretka društva. Spomenuta istraživanja u ovom radu provedena su gotovo isključivo na uzorcima iz Europe i SAD-a, što ugrožava njihovu vanjsku valjanost, odnosno mogućnost poopćavanja tih rezultata na ostale dijelove svijeta je upitna jer bi se radovi stoga trebali osvrnuti na istraživanja koja uključuju sudionike iz raznih dijelova svijeta.

Literatura

- Abas, M. A., Sahakian, B. J. i Levy, R. (1990). Neuropsychological deficits and CT scan changes in elderly depressives. *Psychological medicine*, 20(3), 507–520. <https://doi.org/10.1017/s0033291700017025>
- Ali, S., Patel, M., Jabeen, S., Bailey, R. K., Patel, T., Shahid, M., Riley, W. J. i Arain, A. (2011). Insight into delirium. *Innovations in Clinical Neuroscience*. 8(10): 25–34. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22132368>
- Andrejić, J. (2021). *Projekt Procjena rizika od predoziranja (opioidnim) drogama kod osoba s problemom ovisnosti - Istraživačko izvješće*. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2023/04/Istraživačko-izvješće-web_3.pdf
- Alzheimer's Association. (2020). *2020 Alzheimer's disease facts and figures*. <https://doi.org/10.1002/alz.12068>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611–626. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- Beekman, A. T. F., Bremmer, M. A., Deeg, D. J. H., Van Balkom, A. J. L. M., Smit, J. H., De Beurs, E., Van Dyck, R. i Van Tilburg, W. (1998). Anxiety disorders in later life: a report from the longitudinal aging study Amsterdam. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(10), 717–726. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1166\(199810\)13:10%3C717::aid-gps857%3E3.0.co;2-m](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1166(199810)13:10%3C717::aid-gps857%3E3.0.co;2-m)
- Beekman A. T. F., de Beurs, E., van Balkom A. J., Deeg D. J., van Dyck R. i van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *The American journal of psychiatry*, 157(1), 89–95. <https://doi.org/10.1176/ajp.157.1.89>
- Begić, D. (2014). *Psihopatologija, drugo, dopunjeno i obnovljeno izdanje*. Medicinska naklada.
- Begić, D. (2021). *Psihopatologija, četvrto, dopunjeno i obnovljeno izdanje*. Medicinska naklada.
- Berk, L. (2006). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Naklada Slap.
- Blazer, D. G. i Wu, L. (2009). The Epidemiology of Substance Use and Disorders Among Middle Aged and Elderly Community Adults: National Survey on Drug Use and Health. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(3), 237–245. <https://doi.org/10.1097/jgp.0b013e318190b8ef>
- Bogner, H. R., de Vries, H. F., Maulik, P. K. i Unützer, J. (2009). Mental health services use: Baltimore Epidemiologic Catchment Area Follow-up. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(8), 706–715. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e318190b8ef>
- Brown F. W. (1998). Late-life psychosis: making the diagnosis and controlling symptoms. *Geriatrics*, 53(12), 26–42.
- Bryant, C., Jackson, H. J. i Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 109(3), 233–250. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.11.008>
- Bryant, C., Mohlman, J., Gum, A., Stanley, M. A., Beekman, A. T., Wetherell, J. L., Thorp, S. R., Flint, A. J. i Lenze, E. J. (2013). Anxiety Disorders in Older Adults: Looking to DSM5 and Beyond. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(9), 872–876. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.01.011>
- Chang, H. T., Chen, H. i Chou, P. (2016). Factors Associated with Fear of Falling among Community-Dwelling Older Adults in the Shih-Pai Study in Taiwan. *PLOS ONE*, 11(3), e0150612. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150612>
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L. i MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of chronic diseases*, 40(5), 373–383. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)
- Christensen, L. D., Reilev, M., Juul-Larsen, H. G., Jørgensen, L. M., Kaae, S., Andersen, O., Pottegård, A. i Petersen, J. (2019). Use of prescription drugs in the older adult population—a nationwide pharmacoepidemiological study. *European journal of clinical pharmacology*, 75(8), 1125–1133. <https://doi.org/10.1007/s00228-019-02669-2>
- Cohen, V., Arnulf, I., Demeret, S., Neulat, M. L., Gourlet, V., Drouot, X., Moutereau, S., Derenne, J. P., Similowski, T., Willer, J. C., Pierrot-Deseilligny, C. i Bolgert, F. (2005). Vivid dreams, hallucinations, psychosis and REM sleep in Guillain-Barré syndrome. *Brain*, 128(11), 2535–2545. <https://doi.org/10.1093/brain/awh585>
- Colliver, J. D., Compton, W. M., Gfroerer, J. C. i Condon, T. P. (2006). Projecting Drug Use Among Aging Baby Boomers in 2020. *Annals of Epidemiology*, 16(4), 257–265. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2005.08.003>
- Committee on the Mental Health Workforce for Geriatric Populations; Board on Health Care Services; Institute of Medicine. (2012). *The mental health and substance use workforce for older adults: In whose hands?* The National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK201410/>
- Conwell, Y., Duberstein, P. R. i Caine, E. D. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 52(3), 193–204. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01347-1](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01347-1)
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J. H., Forbes, N. T. i Caine, E. D. (1996). Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1001–1008. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.8.1001>
- Conwell, Y., Van Orden, K. i Caine, E. D. (2011). Suicide in older adults. *The Psychiatric clinics of North America*, 34(2), 451–468. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.02.002>
- Coryell, W. (n. d.). *Depressive Disorders*. MSD Manual Professional Edition. <https://www.msdmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/mood-disorders/depressive-disorders>
- Cvitanović, L., Rogić-Hadžalić, D. i Mrčela, M. (2010). *Zlouporaba opojnih droga 1998–2007. Studije i analize*. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. https://podaci.dzs.hr/media/22w1za3n/studije-i-analize_107.pdf
- Crafts, N. F. R. (1994). The Golden Age of Economic Growth In Western Europe, 1950–73. *Economic History Review*, 48(3), 429–447.
- Davidson, G. C. i Neale, J. M. (1999). *Psihologija abnormalnog ponašanja i starenja*. Naklada Slap.
- Degenhardt, L., Chiu, W. T., Sampson, N., Kessler, R. C. i Anthony, J. C. (2007). Epidemiological patterns of extra-medical drug use in the United States: Evidence from the National Comorbidity Survey Replication, 2001–2003. *Drug and Alcohol Dependence*, 90(2–3), 210–223. <https://doi.org/10.1016/j.drugaldep.2007.03.007>
- Dowling, G. J., Weiss, S. R. i Condon, T. P. (2008). Drugs of abuse and the aging brain. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 33(2), 209–218. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301412>
- Downing, L. J., Caprio, T. V. i Lyness, J. M. (2013). Geriatric psychiatry review: differential diagnosis and treatment of the 3 D's - delirium, dementia, and depression. *Current psychiatry reports*, 15(6), 365. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0365-4>
- Državni zavod za statistiku. (2022, 22. rujana). *Objavljeni konačni rezultati Popisa 2021*. <https://dzs.gov.hr/vijesti/objavljeni-konacni-rezultati-popisa-2021/1270>
- Eckardt, J. P. (2020). Caregivers of people with severe mental illness in the COVID-19 pandemic. *The lancet. Psychiatry*, 7(8), e53. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30252-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30252-2)
- Egerházi, A., Balla, P., Ritzl, A., Varga, Z., Frecska, E. i Berecz, R. (2013). Automated Neuropsychological Test Battery in depression—preliminary data. *Neuropsychopharmacologia Hungarica: a Magyar Pszichofarmakologiai Egyesület lapja*, 15(1), 5–11.
- European Commission, Eurostat, Corselli-Nordblad, L. i Strandell, H. (2020). *Ageing Europe: looking at the lives of older people in the EU: 2020 edition*. The Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2785/628105>
- Eurostat. (2021). *Population on 1st January by age, sex and type of projection*. Data Browser. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/PROJ_19NP_custom_4475233/default/table?lang=en
- Fischer, P., Bailer, U., Hilger, I. i Leitner, E. (2002).

- Depressive Pseudodemenzen. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 152(3-4), 62-65. <https://doi.org/10.1046/j.1563-258x.2002.01125.x>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. i McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Fong, T. G., Davis, D., Growdon, M. E., Albuquerque, A., i Inouye, S. K. (2015). The interface between delirium and dementia in elderly adults. *Lancet Neurology*, 14(8), 823-832. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(15\)00101-5](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(15)00101-5)
- Fredrikson, M., Annas, P., Fischer, H., i Wik, G. (1996). Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 34(1), 33-39. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00048-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00048-3)
- Ganguli, M., Dodge, H. H., Shen, C., Pandav, R. S. i DeKosky, S. T. (2005). Alzheimer disease and mortality: a 15-year epidemiological study. *Archives of neurology*, 62(5), 779-784. <https://doi.org/10.1001/archneur.62.5.779>
- González-Rodríguez, A., Seeman, M. V., Izquierdo, E., Natividad, M., Guàrdia, A., Román, E. i Monreal, J. A. (2022). Delusional Disorder in Old Age: A Hypothesis-Driven Review of Recent Work Focusing on Epidemiology, Clinical Aspects, and Outcomes. *International journal of environmental research and public health*, 19(13), 7911. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137911>
- Hebert, L. E., Weuve, J., Scherr, P. A. i Evans, D. A. (2013). Alzheimer disease in the United States (2010-2050) estimated using the 2010 census. *Neurology*, 80(19), 1778-1783. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31828726f5>
- Hobs, D. i Stroops, N. (2002). *Demographic Trends in the 20th Century, Census 2000 Special Reports*. U. S. Government Printing Office. <https://grist.org/wp-content/uploads/2005/04/censr-4.pdf>
- [a] Huang, J. (n.d.). *Delirium*. MSD Manual Professional Edition. <https://www.msmanuals.com/professional/neurologic-disorders/delirium-and-dementia/delirium>
- [b] Huang, J. (n.d.). *Dementia*. MSD Manual Professional Edition. <https://www.msmanuals.com/professional/neurologic-disorders/delirium-and-dementia/dementia#v1036581>
- [c] Huang, J. (n.d.). *Vascular dementia* MSD Manual Professional Edition. <https://www.msmanuals.com/professional/neurologic-disorders/delirium-and-dementia/vascular-dementia>
- Garnett, M. F., Curtin, S. C. i Stone, D. M. (2022). *NCHS Data Brief: Suicide mortality in the United States, 2000-2020* (Br. izvještaja 433). Centers for Disease Control and Prevention. <https://dx.doi.org/10.15620/cdc:114217>
- Graham, N., Lindsay, J., Katona, C., Bertolote, J. M., Camus, V., Copeland, J. R. M., de Mendonça Lima, C., Gaillard, C., Gély Nargeot, M. C., Grey, J., Jacobsson, L., Kingma, M., Kühne, N., O'Loughlin, A., Rutz, W., Saraceno, B., Taintor, Z. i Wancata, J. (2003). Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders: a technical consensus statement. *International journal of geriatric psychiatry*, 18(8), 670-678. <https://doi.org/10.1002/gps.876>
- Gurland, B. J. i Cross, P. S. (1982). Epidemiology of psychopathology in old age: Some implications for clinical services. *Psychiatric Clinics of North America*, 5(1), 11-26. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30884-0](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30884-0)
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Vitagliano, G., Desai, M. M., Williams, C. S., Grady, J. N. i Scinto, J. D. (2003). Burden of illness score for elderly persons: risk adjustment incorporating the cumulative impact of diseases, physiologic abnormalities, and functional impairments. *Medical care*, 41(1), 70-83. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000039829.60382.12>
- Inouye, S. K., Inzucchi, S. E., Horwitz, R. I., Hurst, L. D. i Tinetti, M. E. (1993). A Predictive Model for Delirium in Hospitalized Elderly Medical Patients Based on Admission Characteristics. *Annals of Internal Medicine*, 119(6), 474-481. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-119-6-199309150-00005>
- Jessen, F., Amariglio, R. E., Buckley, R. F., van der Flier, W. M., Han, Y., Molinuevo, J. L., Rabin, L., Rentz, D. M., Rodríguez-Gomez, O., Saykin, A. J., Sikkes, S. A. M., Smart, C. M., Wolfsgruber, S. i Wagner, M. (2020). The characterisation of subjective cognitive decline. *The Lancet Neurology*, 19(3), 271-278. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30368-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30368-0)
- Judd, L. L., i Akiskal, H.S. (2002). The Clinical and Public Health Relevance of Current Research on Subthreshold Depressive Symptoms to Elderly Patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(3), 233-238. <https://doi.org/10.1097/00019442-200205000-00002>
- Judd, L. L. i Kunovac, J. (1998). Bipolar and Unipolar Depressive Disorders in Geriatric Patients. *Mental Disorders in the Elderly: New Therapeutic Approaches*, 13, 1-10. <https://doi.org/10.1159/000061381>
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Maser, J. D., Zeller, P. J., Endicott, J., Coryell, W., Paulus, M. P., Kunovac, J. L., Leon, A. C., Mueller, T. I., Rice, J. A. i Keller, M. B. (1998). A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Archives of general psychiatry*, 55(8), 694-700. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.8.694>
- Jumaa, S. i Brown, F. W. (2006). Delusional disorders in the elderly. *Current Psychosis & Therapeutics Reports*, 4(2), 92-96. <https://doi.org/10.1007/bf02629329>
- Karlin, B. E., Duffy, M. i Gleaves, D. H. (2008). Patterns and predictors of mental health service use and mental illness among older and younger adults in the United States. *Psychological Services*, 5(3), 275-294. <https://doi.org/10.1037/1541-1559.5.3.275>
- Karel, M. J., Gatz, M. i Smyer, M. A. (2012). Aging and mental health in the decade ahead: what psychologists need to know. *The American psychologist*, 67(3), 184-198. <https://doi.org/10.1037/a0025393>
- Katz, S. A., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. i Jaffe, M. W. (1963). Studies of Illness in the Aged. *JAMA*, 185(12), 914. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
- Khan, M. (n. d.). *Substance use disorder*. MSD Manual Professional Edition. <https://www.msmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/substance-related-disorders/substance-use-disorders>
- Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P. i Zimmerman, J. E. (1985). APACHE II: a severity of disease classification system. *Critical care medicine*, 13(10), 818-829.
- Kornblith, E., Bahorik, A., Boscardin, W. J., Xia, F., Barnes, D. E. i Yaffe, K. (2022). Association of Race and Ethnicity with Incidence of Dementia Among Older Adults. *JAMA*, 327(15), 1488-1495. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.3550>
- Kowall, N. W. i Beal, M. F. (1988). Cortical somatostatin, neuropeptide Y, and NADPH diaphorase neurons in Alzheimer's disease. *Annals of neurology*, 23(2), 105-114. <https://doi.org/10.1002/ana.410230202>
- Langa, K. M., Larson, E. B., Crimmins, E. M., Faul, J. D., Levine, D. A., Kabeto, M. U. i Weir, D. R. (2017). A Comparison of the Prevalence of Dementia in the United States in 2000 and 2012. *JAMA internal medicine*, 177(1), 51-58. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.6807>
- Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., Gallo, J., Szanto, K., Conwell, Y., Draper, B. i Quinnett, P. (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*, 32(2), 88-98. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000076>
- Lawton, M. P. i Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Leslie, D. L., Zhang, Y., Holford, T. R., Bogardus, S. T., Leo-Summers, L. S. i Inouye, S. K. (2005). Premature Death Associated With Delirium at 1-Year Follow-up. *Arch Intern Med*, 165(14), 1657-1662.
- Lewinsohn, P. M., Solomon, A., Seeley, J. R., i Zeiss, A. (2000). Clinical implications of "subthreshold" depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 345-351. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.2.345>
- Lipowski, Z. J. (1983). Transient cognitive disorders (delirium, acute confusional states) in the elderly. *The American journal of psychiatry*, 140(11), 1426-1436. <https://doi.org/10.1176/ajp.140.11.1426>
- Livingston, G., Kitchen, G., Manela, M., Katona, C. i Copeland, J. (2001). Persecutory symptoms

- and perceptual disturbance in a community sample of older people: the Islington study. *International journal of geriatric psychiatry*, 16(5), 462–468. <https://doi.org/10.1002/gps.362>
- Marcantonio, E. R. (2017). Delirium in Hospitalized Older Adults. *The New England journal of medicine*, 377(15), 1456–1466. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1605501>
- MacKay, S., Ebert, P., Harbidge, C. i Hogan, D. B. (2021). Fear of Falling in Older Adults: A Scoping Review of Recent Literature. *Canadian Geriatrics Journal*, 24(4), 379–394. <https://doi.org/10.5770/cgj.24.521>
- Meeks, T. W., Vahia, I. V., Lavretsky, H., Kulkarni, G. i Jeste, D. V. (2011). A tune in “a minor” can “b major”: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of affective disorders*, 129(1-3), 126–142. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.015>
- McCusker, J., Cole, M., Dendukuri, N., Han, L. i Belzile, E. (2003). The course of delirium in older medical inpatients: a prospective study. *Journal of general internal medicine*, 18(9), 696–704. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20602.x>
- Mielke, M. M., Vemuri, P. i Rocca, W. A. (2014). Clinical epidemiology of Alzheimer’s disease: assessing sex and gender differences. *Clinical epidemiology*, 6, 37–48. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S37929>
- Mihaljević-Peleš, A., i Šagud, M. (2019). Anksiozni poremećaji u starijih osobna. *Socijalna Psihijatrija* 7(3), 283–291. <https://doi.org/10.24869/spsih.2019.283>
- Milas, G. (2005). *Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima*. Naklada Slap.
- Millar, H. R. (1981). Psychiatric morbidity in elderly surgical patients. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 138, 17–20. <https://doi.org/10.1192/bjp.138.1.17>
- Nietzel, M. T., Bernstein, D. A. i Milich, R. (2001). *Uvod u kliničku psihologiju*. Naklada Slap.
- O’Connell, H., Chin, A., Cunningham, C., i Lawlor, B. A. (2004). Recent developments: Suicide in older people. *BMJ*, 329(7471), 895–899. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7471.895>
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). (2017). *Pensions at a Glance 2017: OECD and G20 Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/pension-glance-2017-en>
- Onder, G., Vetrano, D. L., Cherubini, A., Fini, M., Mannucci, P. M., Marengoni, A., Monaco, A., Nobili, A., Pecorelli, S., Russo, P., Vitale, C. i Bernabei, R. (2014). Prescription drug use among older adults in Italy: a country-wide perspective. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(7), e1–e5. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.04.005>
- Oostervink, F., Boomsma, M. M., Nolen, W. A. i EMBLEM Advisory Board. (2009). Bipolar disorder in the elderly; different effects of age and of age of onset. *Journal of affective disorders*, 116(3), 176–183. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.11.012>
- Our World in Data. (n.d.). *Projected population by broad age group, World, 2022 to 2100*. <https://ourworldindata.org/grapher/population-by-age-group-to-2100?stackMode=relative>
- Pary, R., Sarai, S. K., Micchelli, A. N., MLIS MAT i Lippmann, S. (2019). Anxiety Disorders in Older Patients. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 21(1). <https://doi.org/10.4088/pcc.18nr02335>
- Regier, D. A., Boyd, J. M., Burke, J., Rae, D. S., Myers, J. L., Kramer, M., Robins, L. N., George, L. K., Karno, M., i Locke, B. Z. (1988). One-Month Prevalence of Mental Disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 45(11), 977. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800350011002>
- Reynolds, C. F., Jeste, D. V., Sachdev, P. S. i Blazer, D. G. (2022). Mental health care for older adults: recent advances and new directions in clinical practice and research. *World Psychiatry*, 21(3), 336–363. <https://doi.org/10.1002/wps.20996>
- Ritchie, K., Norton, J., Mann, A., Carrière, I. i Ancelin, M. (2013). Late-Onset Agoraphobia: General Population Incidence and Evidence for a Clinical Subtype. *American Journal of Psychiatry*, 170(7), 790–798. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12091235>
- Rodda, J., Walker, Z. i Carter, J. (2011). Depression in older adults. *The BMJ*, 343, 683–687. <https://doi.org/10.1136/bmj.d5219>
- Rubenstein, L. Z. (2006). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age And Ageing*, 35(2), 37–41. <https://doi.org/10.1093/ageing/aff084>
- Sachdev, P. S., Blacker, D., Blazer, D. G., Ganguli, M., Jeste, D.V., Paulsen, J. S., i Petersen, R. C. (2014). Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach. *Nature Reviews Neurology*, 10(11), 634–642. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2014.181>
- Salzman, B. (2006). Myths and Realities of Aging. *Care Management Journals*, 7(3), 141–150. <https://doi.org/10.1891/cmj-v7i3a006>
- Schaie, K. W. i Willis, S. L. (2001). *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Naklada Slap.
- Schapiro, A. H. V., Byrne, E., DiMauro, E., Frackoviak, R. S. J., Johnson, R. T., Mizno, Y., Samuels, M. A., Silberstein, S. D. i Wszolek, Z. K. (2007). *Neurology and Clinical Neuroscience*. Mosby.
- Schoevers, R. A., Geerlings, M. I., Deeg, D. J., Holwerda, T. J., Jonker, C., i Beekman, A. T. (2009). Depression and excess mortality: evidence for a dose response relation in community living elderly. *International journal of geriatric psychiatry*, 24(2), 169–176. <https://doi.org/10.1002/gps.2088>
- Shah, A. (2007). The relationship between suicide rates and age: an analysis of multinational data from the World Health Organization. *International Psychogeriatrics*, 19(06). <https://doi.org/10.1017/s1041610207005285>
- Snowdon, J. (1997). Depression in old age: Questions concerning prevalence studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(10), 1043–1045. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199710\)12:10<1043::AID-GPS682>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199710)12:10<1043::AID-GPS682>3.0.CO;2-W)
- Sternberg, D. E. i Jarvik, M. E. (1976). Memory functions in depression. *Archives of general psychiatry*, 33(2), 219–224. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770020055009>
- Subramanyam, A. A., Kedare, J., Singh, O. P. i Pinto, C. (2018). Clinical practice guidelines for geriatric anxiety disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(3), 371–382. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.224476>
- Tamminga, C. (n. d.). *Delusional disorder*. MSD Manual Consumer Version. <https://www.msmanuals.com/home/mental-health-disorders/schizophrenia-and-related-disorders/schizoaffective-disorder>
- Todd, S., Barr, S., Roberts, M. i Passmore, A. P. (2013). Survival in dementia and predictors of mortality: a review. *International journal of geriatric psychiatry*, 28(11), 1109–1124. <https://doi.org/10.1002/gps.3946>
- U.S. Census Bureau. (2017). *National Population Projections*. <https://www.census.gov/data/datasets/2017/demo/popproj/2017-popproj.html>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2022). *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs. (2019). *World Population Ageing 2019: Highlights*. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
- Varner, R. V. i Gaitz, C. M. (1982). Schizophrenic and Paranoid Disorders in the Aged. *Psychiatric Clinics of North America*, 5(1), 107–118. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(18\)30892-x](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(18)30892-x)
- Vink, D., Aartsen, M. J. i Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *Journal of affective disorders*, 106(1-2), 29–44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.06.005>
- Volz, H., Saliger, J., Kasper, S., Möller, H., i Seifritz, E. (2021). Subsyndromal generalised anxiety disorder: operationalisation and epidemiology – a systematic literature survey. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 26(3), 277–286. <https://doi.org/10.1080/1365-1501.2021.1941120>
- Whipple, M. O., Hamel, A., & Talley, K. M. (2018).

Fear of falling among community-dwelling older adults: A scoping review to identify effective evidence-based interventions. *Geriatric Nursing*, 39(2), 170–177. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.08.005>

Witlox, J., Eurelings, L. S., de Jonghe, J. F., Kalisvaart, K. J., Eikelenboom, P. i van Gool, W. A. (2010). Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA*, 304(4), 443–451. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1013>

Wolters, F. J., Chibnik, L. B., Waziry, R., Anderson, R., Berr, C., Beiser, A., Bis, J. C., Blacker, D., Bos, D., Brayne, C., Dartigues, J. F., Darveesh, S. K., Davis-Plourde, K., De Wolf, F., Debette, S., Dufouil, C., Fornage, M., Goudsmit, J., Grasset, L., . . . i Hofman, A. (2020). Twenty-seven-year time trends in dementia incidence in Europe and the United States: The Alzheimer Cohorts Consortium. *Neurology*, 95(5), e519–e531. <https://doi.org/10.1212/wnl.0000000000010022>

[a] World Bank. (2022). *Population ages 65 and above (% of total population)*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS>

[b] World Bank. (2022). *Population ages 65 and above (% of total population) - Croatia*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?locations=HR>

[c] World Bank. (2022). *Population ages 65 and above (% of total population) – European Union*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?locations=HR>

[d] World Bank. (2022). *Population ages 65 and above (% of total population) - United States*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?locations=US>

World Health Organization. (2019). *Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia: WHO Guidelines*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550543>

World Health Organization. (2020). *WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2019*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghc2019_cod_methods.pdf?sfvrsn=37bcfacc_5

Wu, L. T. i Blazer, D. G. (2011). Illicit and nonmedical drug use among older adults: a review. *Journal of aging and health*, 23(3), 481–504. <https://doi.org/10.1177/0898264310386224>

Zarit, S. H. i Zarit, J. (2007). *Mental Disorders in Older Adults, Fundamentals of Assessment and Treatment*. The Guilford Press.

Abstract

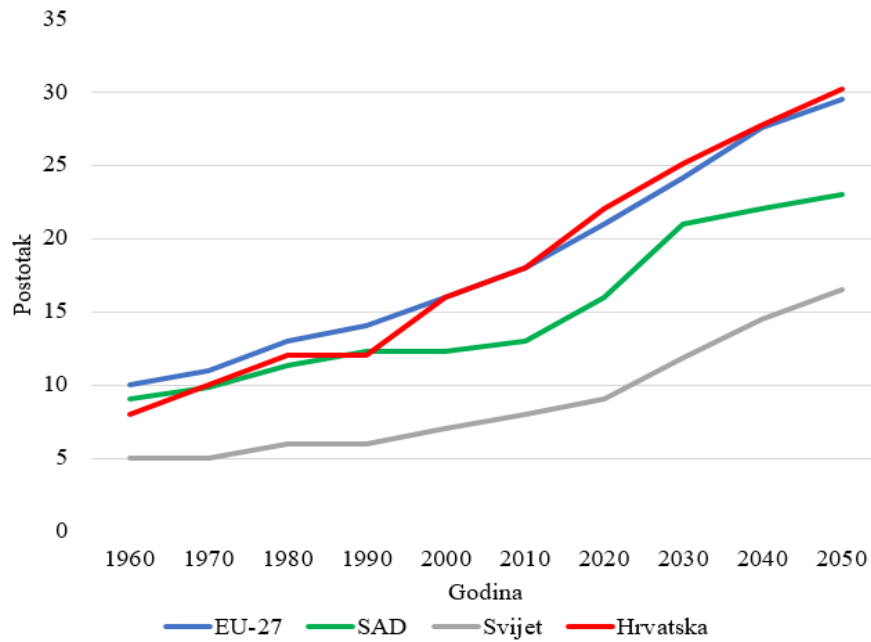
Due to improved healthcare, advances in medicine, and declining birth rates, the proportion of the elderly population is constantly increasing. Mental disorders impair independence, physical health, quality of life and overall functioning. However, mental health problems of the elderly are often underestimated and not taken seriously due to prejudices and lack of knowledge about aging and the normative and pathological changes it brings. Signs of impaired mental health in older adults are sometimes overlooked or ignored, as symptoms are attributed to somatic illnesses. There is also a false belief that the attitudes, thought patterns, and feelings of older individuals are impossible to change because they have become firmly established and solidified over the years. Mental disorders in the elderly can also often manifest differently than in younger individuals, so the aim of this paper is to provide an overview of some disorders present in the older population. The neurocognitive disorders delirium and dementia, which are the most common causes of cognitive impairments in the elderly, are described. Additionally, depression, delusional disorder, generalized anxiety disorder, phobic disorders, substance related and addictive disorders are also discussed.

Key words: delirium, delusional disorder, gerontopsychology, prescription and OTC drug abuse, sub-threshold depression

Prilog

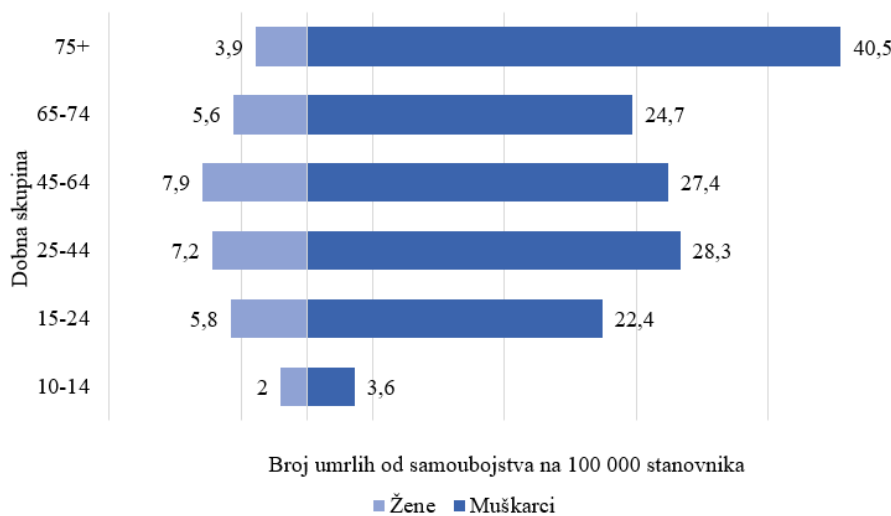
Slika 1

Grafički prikaz postotka osoba starijih od 65 u ukupnom stanovništvu (World Bank, 2022c; Eurostat, 2021; World Bank, 2022d; World Bank, 2022a; Our World in Data (n.a.); World Bank, 2022b).



Slika 2

Grafički prikaz stope suicida po spolu i dobi na 100 000 stanovnika u SAD-u 2020. godine (Garnett i sur., 2022).



Tugovanje u funkciji gubitka

Iva Kosovel
Filozofski fakultet
Odsjek za psihologiju
ORCID: 0000-0002-4915-8381

Sažetak

Osjećaj tuge zbog gubitka bliske osobe gotovo je neizbježan dio života. Međutim, postoje velike razlike u nošenju s gubitkom ovisno o različitim okolnostima. Iako je provedeno puno istraživanja na ovu temu, još uvijek ne postoje univerzalni odgovori kako se ljudi nose s gubitkom, koje su tipične reakcije ili faze tugovanja i što može pomoći u suočavanju s gubitkom. Različiti podaci ukazuju da su reakcije tugovanja različite kod djece, adolescenata i odraslih, da ovisе o osobinama ličnosti i različitim situacijskim čimbenicima. Problematika istraživanja tugovanja javlja se iz različitih razloga zbog čega su česta teorijska objašnjenja koja nisu istražena i nemaju empirijsku podlogu te konstatacije temeljene na opažanjima i radu s tugujućim osobama. Iako još uvijek ne postoji dovoljno istraživanja koja bi u potpunosti mogla razjasniti ovu tematiku, ovom području se sve više pridaje pažnja te su do sada razvijeni različiti protokoli, smjernice i savjeti koji mogu pomoći onima koji se nose s gubitkom i osobama koje su u neposrednom kontaktu s ožalošćenom osobom. U ovom radu ponuđen je kratki pregled nekih od najčešćih reakcija koje se javljaju, opisane su reakcije djece i mladih na gubitak te se pokušava objasniti uloga tuge kao emocije u procesu tugovanja. Ponuđene su i osnovne preporuke koje mogu pomoći kod procesa tugovanja, pogotovo kada se radi o djeci i adolescentima.

Ključne riječi: gubitak, mentalno zdravlje, reakcije na gubitak, smrt, tugovanje

Uvod

U modernom se svijetu sve više naglašavaju ugodne emocije, poput sreće ili uzbuđenja, a istovremeno se neugodne emocije, poput tuge, straha ili srama, nerijetko nastoje zaniijekati i prikriti. Često si ne dozvoljavamo prihvatiti manje ugodne emocije iako su i one važan dio nas, posebice u teškim trenucima poput gubitka. Prema Parrottu (2001), različite emocije imaju (ili su imale u prošlosti) adaptivnu funkciju, pri čemu njihova funkcionalnost ovisi o kognitivnoj procjeni situacije, o sposobnosti kontrole ponašanja te o točnosti predviđanja učinka emocija i ponašanja na druge. Primjerice, Forgas (2014) navodi pozitivne učinke neugodnih emocija poput tuge, koja može poboljšati točnost prosudbe tako što osoba koja tuguje obraća pozornost na detalje i razmišlja opreznije, povećati motivaciju, tj. ustrajnost u zahtjevnijim zadacima, unaprijediti način komunikacije koji postaje pristojniji, razrađeniji, uvjerljiviji te pozitivno utjecati na pamćenje. To je samo jedan od primjera radova gdje se pridaje važnost neugodnim emocijama i ističe njihova uloga u nošenju sa svakodnevnim situacijama.

Pitanje je koja je funkcija tuge u teškim životnim trenucima, poput gubitka. Naime, problematika tugovanja u situacijama poput nošenja s gubitkom voljene osobe još uvijek nije do kraja istražena iako o njoj postoje brojna istraživanja (Corr, 2021; Stroebe i sur., 2017; Vuletić i sur., 2017). Treba uzeti u obzir kako je područje tugovanja prilično teško istraživo iz etičkih razloga te kako i teorijske perspektive mogu pomoći u razumijevanju tugovanja i nošenja s gubitkom. Sami pojmovi smrti i gubitka bliske osobe u razgovorima odraslih osoba često su nepoželjni i smatraju se neprimjerenima te se posebno izbjegavaju u razgovoru s djecom (Lundgren i Houseman, 2010). Prisutan je i problem komunikacije medicinskoga osoblja (Buglass, 2010), učitelja i stručnih suradnika u školi (Veronika i Arambašić, 2021), koji bi prvi trebali moći pokazati suosjećanje i pružiti podršku, a nerijetko o tim temama nisu dovoljno educirani. Taj problem posebno dolazi do izražaja za vrijeme kriza ili pandemija s obzirom na povećan broj osoba koje doživljavaju gubitak i tuguju. Pokazalo se važnim razviti prikladne i učinkovite protokole koji će pomoći ožalošćenim osobama i onima koji su s njima u kontaktu (Tang i sur., 2021).

Iako je tugovanje neizbježno iskustvo koje svaka osoba doživi u životu, prilagodba na gubitak značajno se razlikuje među pojedincima ovisno o njihovoj dobi, spolu, socijalnoj podršci koju imaju, osobinama ličnosti i drugim okolnostima (Arambašić, 2005). Osim toga, velika je razlika u tome o kakvom se gubitku radi. Svaka je neugodna emocija različita i jedinstvena ovisno o pojedincu koji ju doživljava i situaciji u kojoj se on nalazi. Vrlo bi teško bilo uspoređivati gubitak roditelja u odrasle osobe ili djeteta, kao što bi i teško mogli poistovjetiti tugu nakon gubitka bliskoga prijatelja, romantičnoga partnera ili daljega rođaka. Na sreću, posljednjih nekoliko desetljeća pridaje se više pažnje toj tematici i poremećajima nastalima kao posljedice tugovanja i nošenja s gubitkom drage osobe (Tang, 2021). U nekim situacijama traumatsko iskust-

vo gubitka može pridonijeti napretku i osobnom rastu osobe koja je bila izložena traumi – posttraumatskom rastu (Shaw i sur., 2005). To su samo neke od hipoteza, pitanja i problema stručnjaka iz područja psihičkoga zdravlja i istraživača koji su pokušali doći do zaključaka o tugovanju i objasniti njegovu ulogu.

Cilj ovoga preglednog rada jest dati uvid u različite oblike tugovanja, objasniti njihove različite okolnosti te pružiti kraći pregled osnovnih savjeta koji mogu pomoći u oporavku. Iako se pojam gubitka može odnositi na različita živa bića, odnose, događaje ili čak predmete, kada govorimo o gubicima i tugovanju, najčešće se misli na gubitke zbog smrti voljene osobe te će se tako i pojam „gubitak“ u ovome radu prvenstveno odnositi na gubitak voljene osobe.

Tugovanje kao proces i otežano tugovanje

Znanstvenici, liječnici i psiholozi ponudili su različite teorije koje opisuju faze tugovanja koje bi trebale omogućiti lakše razumijevanje toga procesa te olakšati rad stručnoga osoblja koje se s tom problematikom najčešće susreće (Shear, 2015). Stadiji ili faze tugovanja obuhvaćaju karakteristične obrasce ponašanja koji se pojavljuju nakon što osoba doživi gubitak voljene osobe (Stroebe i sur., 2017). Jednu od najpoznatijih teorija faza tugovanja predstavila je Kübler-Ross (1969, prema Kübler-Ross, 2008) u knjizi „O smrti i umiranju“. Prema Kübler-Ross (1969, prema Kübler-Ross 2008) faze umiranja ili tugovanja služe kao alat pomoću kojega se može lakše razumjeti što pacijent osjeća. Negiranje (poricanje) i osamljenost, ljutnja, pregovaranje, depresija i prihvaćanje pet su faza koje umirući pacijenti prolaze, ali i koje prolaze njihovi bližnji koji gube voljenu osobu. Važno je istaknuti da autorica napominje kako ne prolaze svi pacijenti sve navedene faze te da ih često ne prolaze navedenim redoslijedom, već da to ovisi o individualnim karakteristikama osobe, specifičnostima bolesti, socijalnoj potpori i drugim čimbenicima (Kübler-Ross, 2008).

Iako neki znanstvenici ističu značajnost rada Kübler-Ross i njezin doprinos razumijevanju tugovanja i brige o umirućim pacijentima (Dugan, 2019), drugi naglašavaju brojne nedostatke njezine teorije. Saxon i suradnici (2015) naglašavaju kako se suočavanje sa smrću ne može opisati samo pomoću pet faza ili pet obrambenih mehanizama, već da je ono znatno složenije i da zahtijeva uzimanje u obzir svih situacijskih, kontekstualnih i individualnih karakteristika pojedinca i njegove kulture. Nadalje, jedan od najvećih nedostataka teorije autorice Kübler-Ross jest to što nedostaje empirijskih istraživanja koja bi ju mogla poduprijeti (Corr, 2021). Kao što je već navedeno, faze tugovanja prema Kübler-Ross imaju samo teorijsku osnovu s manjkom empirijskih dokaza i nedostatkom podataka o uzorku, a koncepti tuge i žalovanja u njoj su obja-

šnji na složen i, u pojedinim dijelovima, teško razumljiv način. Nadalje, Buglass (2010) naglašava da, iako različite teorije tugovanja mogu pomoći pri oblikovanju znanja, tugovanje je ipak jedinstven proces koji svaka ožalošćena osoba doživljava drugačije. Osim toga, u teoriji tugovanja Kübler-Ross nedostaje objašnjenja uzroka pojedinih faza – one nisu univerzalne. Zanimljivo je da se utjecaj konteksta i varijacija u reagiranju te se ne uzimaju u obzir strategije suočavanja, zbog čega dio znanstvenika preispituje korisnost te teorije (Stroebe i sur., 2017).

U većine pojedinaca tugovanje obično završi nakon određenoga razdoblja (tijekom jedne do dvije godine), međutim, u manjem broju slučajeva razviju se teži oblici koje je teško razlikovati. Arambašić (2005) navodi četiri oblika otežanoga tugovanja: kronično, odgođeno, prikriveno i zakočeno. Kronično tugovanje javlja se kao pojačana reakcija u trajanju i intenzitetu te nemogućnost nastavljanja svakodnevnoga života. U odgođenome pak tugovanju reakcije na gubitak pojavljuju se sa značajnim vremenskim odmakom te se ono najčešće javlja kao posljedica šoka zbog gubitka, npr. nakon smrti djeteta ili samoubojstva. Nadalje, u pojedinaca s „prikrivenim” oblikom tugovanja emocionalna patnja očituje se u različitim tjelesnim i psihičkim simptomima koje oni sami ne povezuju s gubitkom. Na kraju, kada se pojedinac suzdržava od emocionalnoga doživljavanja i/ili izražavanja ili kada dolazi do nagloga prestanka tugovanja, riječ je o zakočenom obliku tugovanja. Zakočeno se tugovanje može javiti u djece u koje postoji strah od ismijavanja ili nerazumijevanja, no češće se radi o djetetovoj potrebi da prikrivanjem vlastitoga straha poštedi roditelje (Arambašić, 2005). Teži i složeniji oblici tugovanja nakon gubitka pogađaju 2 – 3 % populacije te ih karakterizira dulje razdoblje tugovanja (dulje od dvije godine) i otežano obavljanje svakodnevnih obaveza (Prigerson i sur., 2021). Obično se pojavljuju u slučaju gubitka romantičnoga partnera, u roditelja koji su izgubili dijete te kada se radi o tugovanju za osobom koja je počinila samoubojstvo (Prigerson i sur., 2021).

Utjecaj gubitka bliskih osoba na psihičko zdravlje

Bliski ljudi pružaju nam potporu u teškim životnim trenucima, doprinose osobnoj identifikaciji pojedinca i osjećaju pripadanja, zbog čega je njihov gubitak težak događaj u životu osobe (Shear, 2015). Ožalošćena osoba nakon gubitka može postati zbunjena u vezi sa svojim identitetom i svojom socijalnom ulogom, često izbjegavati uobičajene i svakodnevne aktivnosti ili doživljavati osjećaje poput nevjerice ili šoka (Shear i Skritskaya, 2012). To su neki od razloga zbog kojih je tugovanje nakon smrti voljene osobe jedan od najboljih događaja u životu te gotovo uvijek ostavlja posljedice na psihičko, ali i tjelesno zdravlje osobe. Često se uz njega veže i problem uspostavljanja i/ili održavanja socijalnih odnosa s bliskim osobama (Shear, 2015). Rezultati različitih

istraživanja ukazuju na to da je smrt bliskoga člana obitelji jedan od najtraumatičnijih prirodnih stresnih događaja u ljudi. Još su 70-ih godina prošloga stoljeća Holmes i Rahe (1967), znanstvenici s Američkoga instituta za stres, metodom intervjua i upitnika istraživali koji su životni događaji povezani s razvojem bolesti. Smrt supružnika bila je najstresniji životni događaj i nalazila se na prvom mjestu, a smrt bliskoga člana obitelji nalazila se na visokom petom mjestu. Međutim, u tome su istraživanju dobiveni samo podaci o vrstama stresnih događaja, a načini reakcija i ostali čimbenici nisu detaljnije istraženi.

Neposredno nakon gubitka u nekih se osoba može javiti osjećaj da još uvijek mogu čuti glas preminule osobe, osjetiti njegovu/njezinu prisutnost ili čak vidjeti preminuloga, što su oblici bezopasnih halucinacija. Ukoliko one nakon određenoga razdoblja nestanu same, utoliko nisu znak za zabrinutost (Grimby, 1993). Nadalje, u razdoblju akutnoga gubitka, koje slijedi neposredno nakon spoznaje da je voljena osoba umrla, dolazi do odgovora na separaciju, odnosno specifičnih reakcija nakon odvajanja od bližnje osobe te reakcije na stres izazvane separacijom (Shear, 2015). Neki od simptoma akutnoga gubitka povezani sa psihološkim promjenama jesu disforija, anksioznost, depresija i ljutnja, a od fizioloških promjena javlja se povećani broj otkucaja srca ili povišeni krvni tlak, povišene razine kortizola, poremećaji sna te promjene u imunološkom sustavu (Shear i Skritskaya, 2012). Kada je u osobe vjerojatan razvoj psihičkih poremećaja zbog neadekvatnoga nošenja s gubitkom, važno je tijekom liječenja ili psihoterapije uzeti u obzir i anamnezu ranijih bolesti osobe te spriječiti mogućnost samoubojstva (Prigerson i sur., 2021; Shear, 2015). Buduća istraživanja trebala bi se više usmjeriti na ispitivanje pravovremenoga diferenciranja i dijagnosticiranja težih oblika tugovanja kako bi se moglo pomoći osobama u kojih se oni razvijaju.

Važnost tuge u procesiranju gubitka

Većina istraživanja pokazuje da je tugovanje dugotrajan proces koji se ne smije sprječavati, ubrzavati ili zanemarivati (Robin i Omar, 2014). Važno je da se nakon gubitka osobi koja tuguje da dovoljno prostora, ali i podrške. Kako doživljaj gubitka ne bi ostavio trajne posljedice na pojedinca, neophodno je da za taj proces osoba uzme dovoljno vremena kako bi ga mogla što lakše i bezbolnije proći. Uspješnim svladavanjem tugovanja olakšava se prihvaćanje stvarnosti smrti i povezanost s vlastitim osjećajima, omogućava se prepoznavanje vlastitih osjećaja, kao i osvještavanje da je u tome procesu ponekad potrebna pomoć drugih ili čak stručna pomoć (Kovačević, 2012). Kao i u drugih traumatičnih događaja, aktivno slušanje osobe koja se nosi s gubitkom može uvelike olakšati bol i patnju koju osoba osjeća tako što dijeli svoje emocije i osjeća da ih ne treba proživljavati sama (Arambašić, 2005). Osim toga, omogućavanjem i

poticanjem sjećanja na voljenu osobu olakšava se i tugovanje. Dakle, za taj je proces potrebno puno razumijevanja i strpljenja, a za osjećaje, doživljaje i ponašanja tugujuće osobe važno je i poštovanje i suosjećanje (Worden, 2018). Pritom je i potrebno uzeti u obzir vlastita ograničenja te osobnu ranjivost i tugu (Worden, 2018). Prema Fisheru i suradnicima (2020), ovisno o različitim strategijama suočavanja s gubitkom, pojedinci će se razlikovati u intenzitetu doživljaja tuge i postizanju posttraumatskog rasta nakon nje. Posttraumatski rast uključuje opis iskustva pozitivne životne promjene, poput promjena u osobnoj snazi, odnosima s drugima i životnoj filozofiji, a događa se nakon traumatskog iskustva (Zoellner i Maercker, 2006). Događa se osobama koje traumu upotrijebe kao priliku za vlastiti razvoj. Međutim, to ne označava kraj simptoma traume, nego interpretiranje traume na drugačiji način, što poboljšava psihološko funkcioniranje (Zoellner i Maercker, 2006). *Online* istraživanje Fishera i suradnika (2020), provedeno na uzorku sudionika ožalošćenih zbog samoubojstva, nesreće ili smrti bliske osobe, ispitalo je načine suočavanja, intenzitet tuge, depresije i posttraumatski rast. Posttraumatski rast, kao mjera pozitivnih promjena ili rasta nakon traumatskoga događaja, procijenjen je kraćim oblikom Inventara posttraumatskog rasta (PTGI-SF; 42, prema Fisheru i sur., 2020). Faktorskom analizom odgovora na pitanja o načinima suočavanja utvrđene su tri strategije suočavanja: izbjegavajuće suočavanje (poricanje, nesudjelovanje u aktivnostima i samooptuživanje), podržavajuće suočavanje (emocionalna i instrumentalna podrška) i aktivno suočavanje (strategije usmjerene na rješavanje problema, planiranje i pozitivan način razmišljanja). Rezultati su pokazali kako su svaka od strategija suočavanja i uzrok smrti bili različito povezana s intenzitetom tuge, depresijom i posttraumatskim rastom. Podržavajuće i aktivno suočavanje bili su povezani samo s većim posttraumatskim rastom, a izbjegavajuće je suočavanje bilo povezano i s većom ozbiljnošću tugovanja i s više simptoma depresije te s nižim posttraumatskim rastom. Spoznaje dobivene tim istraživanjem ukazuju na opravdanost usmjeravanja na strategije aktivnoga i podržavajućega suočavanja s gubitkom u terapijskom radu s ožalošćenim osobama kako bi se smanjila ozbiljnost tuge i izraženost depresivnih simptoma. Međutim, treba uzeti u obzir kako rezultati toga istraživanja ne omogućuju donošenje uzročno-posljedičnih zaključaka. Osim toga, u istraživanju je sudjelovalo približno 80 % ženskih sudionika, zbog čega je moguće da se rezultati istraživanja ne mogu generalizirati i na populaciju muškarca. Također, nije se kontrolirala varijabla dobi.

Povezanost religioznosti s tugovanjem

Pri nošenju s gubitkom pojedinci mogu primijeniti različite metode kako bi olakšali bol koju osjećaju. Religioznost često postaje značajan čimbenik u nošenju s gubitkom nakon smrti voljene osobe (Stelzer i sur., 2020). Ponekad religioznost može pomoći

pri nošenju s posljedicama traumatičnoga gubitka, ali i sam gubitak može povećati religioznost osobe (Shaw i sur, 2005). Prema istraživanju Milasa (2010), provedenoga anketiranjem licem u lice, na probabilističkom uzorku punoljetnih građana Hrvatske pokazalo se da religioznost može posredovati u smanjenju stresa, odnosno znakova traume nakon gubitka djeteta. Prema rezultatima istoga istraživanja iskustvo gubitka djeteta može povećati religioznost roditelja, iako je dobivena korelacija niska. Podaci o povezanosti religioznosti s iskustvom gubitka roditelja ili partnera nisu dobiveni. Moguće je da je dobivena samo povezanost nakon iskustva gubitka djeteta zbog toga što je ono najintenzivniji traumatski događaj ispitan u tome istraživanju, odnosno iskustvo koje od pojedinca zahtijeva najveće napore u suočavanju (Milas, 2010). Naime, očekivano je da prvo umiru stariji, a potom mlađi pojedinci. Stoga je iznenađujuće i iznimno bolno kada roditelj izgubi svoje dijete. Osim toga, dijete simbolički stvara budućnost roditelja: povezuje roditelje i sebe u društvenu zajednicu, tj. obitelj, te daje priliku roditeljima da ispune svoja osobna i društvena očekivanja. Gubitkom djeteta nestaje obitelj kakva je postojala, roditelji gube svoju roditeljsku ulogu, te se narušavaju psihološki temelji osobe (Arambašić, 2005).

Nadalje, spremnost na suočavanje s egzistencijalnim pitanjima pomoću religioznosti povezuje se s lakšim posttraumatskim oporavkom te rastom i osobnim napretkom pojedinca nakon gubitka ili traume (Shaw i sur, 2005). Istraživanjem Stelzer i suradnika (2020), provedenoga metodama intervjua i upitnika, nastojalo se ispitati kako su osobna religioznost i religioznost u zajednici povezane sa suočavanjem i nošenjem s gubitkom i tugovanjem. Osobna religioznost u tome istraživanju odnosila se na podatak koliko često sudionici u intervjuima i upitnicima navode svoja religiozna uvjerenja, vjerovanje u život nakon smrti, osjećaj Božje ili duhovne prisutnosti, vjerske navike te daje li im vjera utjehu. Religioznost u zajednici odnosila se na navode o dobivanju potpore u tugovanju od svećenika, uključenost u vjersku zajednicu i povezivanje s Crkvom te dobivanje utjehe od zajednice. Rezultati su pokazali da su osobna religioznost i religioznost u zajednici povezane s povećanom primjenom pozitivnoga religioznog suočavanja s gubitkom, u kojemu je vjera izvor utjehe i podrške, a glavni se učinak između osobne ili religioznosti u zajednici te negativnoga religioznog suočavanja, u kojem je vjera izvor patnje i kazne, nije pokazao statistički značajnim. Međutim, u sudionika koji su u intervjuima navodili smanjenu religioznost u zajednici, osobna religioznost pokazala se pozitivno povezana s negativnim religioznim suočavanjem. Osim toga, negativno religijsko suočavanje, u kojem vjernik gubitak doživljava kao izvor boli ili kazne, pokazalo se pozitivno povezano s težinom tugovanja. Navedeni podaci ukazuju na to da religioznost sama po sebi nema nužno zaštitnu ulogu, već da prisutnost i jedne i druge religioznosti pridonosi uspješnom suočavanju s gubikom i smanjuje vjerojatnost otežanoga tugovanja. U određenih pojedinaca neizražena reli-

giznost u zajednici može ukazivati na ranjivost tijekom nošenja s gubitkom. No kako bismo mogli generalizirati dobivene nalaze o utjecaju religioznosti u suočavanju s gubitkom, potrebne su replikacije istraživanja i dobivenih rezultata u tome području.

Razvoj pojma smrti tijekom djetinjstva i učinak gubitka na djecu i adolescente

Stresni događaji, poput gubitka voljene osobe, teško pogađaju odrasle osobe, ali se s njima posebno teško nose djeca, koja ovisno o uzrastu na različite načine doživljavaju pojam smrti (Fitzgerald i sur., 2021). Djeca u dobi od prve do treće godine nemaju razvijen pojam vremena, ne mogu razumjeti pojam budućnosti niti imaju sposobnost razumijevanja dugoročnoga značenja događaja, već su pretežno usredotočena na zadovoljavanje trenutnih potreba. Osim toga, još nisu razvila sposobnost prepoznavanja i imenovanja emocija. Kako još nemaju dovoljno razvijene kognitivne sposobnosti da shvate gubitak, moglo bi se reći da smrt i odsutnost za njih imaju isto značenje i isti učinak (Berk, 2008). Mlađa djeca u dobi do sedme godine života još uvijek ne mogu razumjeti značenje pojma gubitka, ali se u dobi od treće do sedme godine pojavljuje svjesnost o konceptu gubitka te su sklona postavljanju pitanja, npr., „Tko je kriv?“ (Dyregrov, 2005). Iako su u toj dobi sposobna izražavati svoje emocije, još uvijek nisu razvila rječnik kojim bi mogla izraziti sve svoje osjećaje i misli. Za njih smrt predstavlja nešto misteriozno, te su ju sklona personificirati i često je doživljavaju kao kaznu (Berk, 2008), a na gubitak bliske osobe nerijetko reagiraju tjelesnim simptomima ili imaju poteškoće spavanja (Profaca i Puhovski, 2005). Prema Dyregrovu (2005), način na koji djeca reagiraju na smrt drage osobe ovisi i o tome je li smrt bila očekivana ili ne. Naime, kada se djetetu prikladno objasni da osoba u njegovoj blizini boluje od neke bolesti i kada ono ima vremena pripremiti se za gubitak te početi tugovati unaprijed, što Dyregrov (2005) naziva anticipiranim tugovanjem, njegove će reakcije biti manje intenzivne. S druge strane kada je smrt nagla i neočekivana, djetetove reakcije bit će izraženije. Što se tiče ishoda nošenja s gubitkom roditelja, prema istraživanju Cerela i suradnika (2006), u djece je ono povezano s visinom socioekonomskoga statusa obitelji i emocionalnoga stanja preživjeloga roditelja. Prema rezultatima istoga istraživanja gubitak već i samo jednoga roditelja u djece je povezan s češćom pojavom psihičkih smetnji koje se razvijaju unutar dviju godina od gubitka roditelja. Ipak, većina djece uspješno proradi gubitak bliske osobe unutar toga razdoblja (Worden, 2018).

Što se tiče različitih aspekata pojma smrti, Berk (2008) razlikuje trajnost ili ireverzibilnost, univerzalnost te konačnost smrti, koji se razvijaju do desete godine života. Kao prijelazno razdoblje za shvaćanje univerzalnosti smrti često se smatra sedma godina života kada djeca shvaćaju da je smrt nepovratna te da s njome prestaju sve životne funkcije (Arambašić, 2005). U toj životnoj dobi na smrt i gubitak često reagi-

raju povlačenjem u sebe, mogu se javiti poteškoće u koncentraciji i dosjećanju, tjelesni simptomi poput poremećaja spavanja, osjećaj gubitka kontrole u životu, gubitak samopoštovanja, zabrinutost za svoje bližnje te zaokupljenost ispravnošću vlastitih postupaka (Profaca i Puhovski, 2005). Međutim, djeca u toj dobi često ne mogu spoznati i mogućnost vlastite smrti. Tek nakon desete godine života djeca uviđaju da je smrt nepovratna te da može postati i osobna stvar (Berk, 2008).

Jedna od najvećih kontroverzi što se tiče smrti i razgovora s djecom o njoj jest slučaj kada su pacijenti djeca u terminalnim stadijima bolesti, osobito kada se radi o pacijentima palijativne skrbi na odjelima pedijatrije. Prema Vuletić i suradnicima (2017), iako mala djeca nisu sposobna opisati ili verbalizirati svoju bol, imaju svoje načine priopćavanja straha od smrti, poput želje za neprestanom blizinom roditelja, plakanjem, povlačenjem u sebe i slično. Informacije o stadiju njihove bolesti ne treba skrivati od djece jer ona često predosjećaju ili već znaju da su bolesna ili da će umrijeti, što može rezultirati osjećajem otuđenosti ako im roditelj ne pruža informacije ili ne omogući razgovor o bolesti, smrti i strahovima (Dyregrov, 2005; Vuletić i sur, 2017). Djetetu je također važno u razgovoru naglasiti da roditelji i zdravstveni djelatnici rade sve što mogu kako bi mu pomogli da ozdravi (Worden, 2018).

Kako bismo mogli pomoći djetetu koje doživljava gubitak, potrebno je razlikovati prirodne od netipičnih reakcija na gubitak i traumu (Robin i Omar, 2014). Netipične reakcije obično se vežu uz neki od ranije navedenih oblika otežanoga tugovanja (Arambašić, 2005). Osim toga, nužno je uzeti u obzir i određene terapijske tehnike te pokušati razumjeti važnost i značenje različitih rituala u određenoj kulturi koji mogu pomoći u tugovanju (Oatley i Jenkins, 2003). Tugovanje zahtijeva strpljenje osobe koja se bavi djetetom, ali treba poticati i razvijanje strpljenja u samoga djeteta (Longbottom i Slaughter, 2018). Osim toga, djetetovi skrbnici i oni koji se o njemu brinu (odgojitelji ili učitelji) trebaju imati razumijevanja za njegove osjećaje te prepoznati i prihvatiti teškoće s kojima se dijete nosi (Kovačević, 2012). Nakon tugovanja važno je ponovno uspostavljanje psihofizičke ravnoteže i uredan nastavak razvoja, pri čemu je ključna podržavajuća i sigurna okolina koja djetetu omogućuje osjećaj povjerenja, strpljenja, predvidljivosti i sigurnosti (Worden, 2018). Potrebno je uzeti u obzir kako djeca mogu doživjeti tugu u kratkim naletima te se zatim vrlo brzo vratiti svojim svakodnevnim aktivnostima i veselom raspoloženju. U mlađe djece opisano je ponašanje odraz njihove emocionalne nezrelosti i nemogućnosti da razumiju značenje događaja, što je očekivano za njihovu dob (Dyregrov, 2005). Djeca starija od sedam godina, koja već razumiju većinu aspekata pojma smrti, mogu ponekad svojim ponašanjem nastojati ispuniti očekivanja odraslih koji ih okružuju i slijediti obrazac ponašanja „kao da se ništa nije dogodilo“. Osim toga, moguće je da ne žele razgovarati o svojim osjećajima kako ne bi rastužila odrasle oko sebe (Profaca i Puhovski, 2005).

U razdoblju predadolescencije i rane adolescencije razvija se potpuno shvaćanje konačnosti života i prirode smrtnosti. Uz simptome slične onima koji se javljaju i u ranijoj dobi, u adolescenata se može pojaviti i osjećaj besmislenosti ili želje za osvetom, agresivno ponašanje, osjećaj krivnje ili nemogućnost odlučivanja, s posebnim naglaskom na izraženu tjeskobu (Robin i Omar, 2014). Nadalje, kako adolescenciju obilježava i mladenački egocentrizam, adolescenti često imaju dojam da im nitko ne može pomoći ili razumjeti što doživljavaju, zbog čega često i potiskuju svoje osjećaje (Robin i Omar, 2014). Osim toga, adolescenti smrt člana obitelji ponekad doživljavaju kao stigmatu i nešto čega se trebaju sramiti ili skrivati (Robin i Omar, 2014). S druge strane, prema Gaspar i Estevesu (2022) očekivano je da djeca pri prijelazu u adolescenciju razviju sposobnost suosjećanja s drugima, zbog čega adolescenti koji sami boluju od bolesti u terminalnom stadiju često pokazuju veću zabrinutost za svoju obitelj i bližnje nego za sebe (Vuletić i sur., 2017).

Preporuke za način komunikacije s djecom tijekom tugovanja

Za djecu je bitno da roditelji ili ostali članovi obitelji otvoreno razgovaraju s njima uzimajući u obzir dob i emocionalno stanje djeteta te situaciju (Arambašić, 2005). Kada bliska osoba djeteta boluje od neizlječive bolesti i kada bolest uznapreduje, razumljivo je da će dijete željeti dobiti dodatne informacije i te informacije ne treba skrivati, već mu je potrebno omogućiti postavljanje pitanja i ponuditi mu prikladne odgovore u pravo vrijeme (Rochat i sur., 2017). Isto tako, odrasli ne bi smjeli skrivati svoju tugu, jer na taj način dijete može stvoriti pogrešnu pretpostavku o njima: da su ravnodušni, bezosjećajni i da smrti voljene osobe ne pridaju nikakvu važnost ili da život nema nikakvu vrijednost (Melhem i sur., 2011). Osim toga, kako su moguće različite reakcije djeteta na takvu vrstu vijesti, potrebno je osigurati i prikladan prostor u kojemu dijete može izraziti svoje osjećaje (Worden, 2018). Nadalje, preporuča se normaliziranje djetetovih osjećaja, naglašava važnost dopuštanja djetetu da izrazi svoje osjećaje i poticanje istih te davanje vremena i prostora da se na iste osjećaje navikne (Dalton i sur., 2019). Roditelji koji sami boluju od nekoga oblika neizlječive bolesti ponekad ne znaju kako i kada razgovarati s djecom o tome, zbog čega mogu izbjegavati teme povezane sa smrću pokušavajući na taj način zaštititi djecu. Međutim, djeca često znaju ili predosjećaju da se nešto događa te žele i trebaju iskrene i točne informacije (Dalton i sur., 2019). Osim toga, izbjegavanje davanja iskrenih informacija o takvim temama može rezultirati izoliranjem djeteta koje biva prepušteno samome sebi, a samim time u potrazi za informacijama može razviti iracionalne, opasne i krive stavove o smrću i umiranju (Longbottom i Slaughter, 2018). Štoviše, dobivanje krivih ili nedostatak točnih informacija vezanih uz smrt i umiranje doprinosi razvoju brojnih psihičkih problema u djeteta, poput depresije, anksioznosti, doživljaja izoliranosti, raz-

voja poteškoća u stvaranju prijateljstava ili romantičnih odnosa u odrasloj dobi, pojave raznih psihijatrijskih poremećaja, pa čak i suicidalnih misli (Testoni i sur., 2020). Pri odgovaranju na djetetova pitanja o smrti, važno je ne biti brzoplet i neoprezan, nego nastojati zadovoljiti djetetovu znatiželju te istovremeno ne izazvati dodatnu bojazan ili povrijediti njegove osjećaje (Dyregrov, 2005). Djeca koja su već doživjela smrt bliske osobe, a kojima su objašnjene okolnosti smrti, bolje razumiju njezino značenje i lakše ju prebole od djece kojoj nisu ponuđena objašnjenja ili mogućnost razgovora (Dyregrov, 2005). Prema Vuletić i suradnicima (2017) djeca kojoj je pružena kvalitetna potpora u tugovanju lakše prolaze to razdoblje od djece kojoj nije pružena podrška. Pri razgovoru ne preporuča se rabiti izraze poput „san“ ili „on/ona je zaspao“ jer djeca mogu dobiti dojam da se to može dogoditi i njima odlaskom u krevet „na spavanje“, što može prouzročiti poteškoće spavanja. Takvi izrazi djecu često zbunjuju i plaše te ih je bolje izbjegavati (Hendricks i sur., 2014). Osim toga, što se tiče komunikacije između djeteta i odrasle osobe kada je riječ o temama poput smrti i umiranja, treba uzeti u obzir da je zbog praktičnih i etičkih razloga teško istražiti kako se ona točno odvija (Longbottom i Slaughter, 2018), već se dobiveni podaci uglavnom temelje na teorijama i opisima. Iako su i ti podaci vrijedni, oni se, nažalost, ne mogu s potpunom sigurnošću provjeriti te treba uzeti u obzir da opisi i retrospektivna sjećanja sudionika istraživanja mogu biti pod utjecajem različitih situacijskih čimbenika.

Istraživanje Renauda i suradnika (2015) provedeno na djeci uzrasta od druge do sedme godine pokazuje da s djecom o smrti razgovara 75 % roditelja, od kojih je većina o tome razgovarala kada su djeca imala 3 do 3,5 godina. U istraživanju se analizirao opis razgovora koji su dali roditelji. S porastom dobi djeteta roditelji su bili skloniji navoditi koncept egzistencije (npr. život nakon smrti), a u razgovoru s manjim uzrastima češće su objašnjavali općenitost smrti (npr. svi jednoga dana umru). Rezultati pokazuju kako roditelji koji navode kako postoji nastavak postojanja i nakon smrti (poput zagrobnoga života) izvještavaju o značajno većoj razini zadovoljstva s objašnjenjem pojma smrti od onih roditelja koji se nisu osvrtni na postojanje nakon smrti. Osim toga, roditelji u razgovoru s djecom o smrti osjećaju veće zadovoljstvo kada su izbjegavali njezina biološka objašnjenja (Renaud i sur., 2015). Istraživanja pokazuju da postoje različiti čimbenici povezani s načinom komunikacije između roditelja i djece kada se radi o temi umiranja ili priopćavanja bolesti nekoga od članova obitelji, poput dobi djeteta, spola, socioekonomskih i demografskih čimbenika, zdravstvenoga stanja osobe koja je bolesna te vjerovanja i poznavanja činjenica članova obitelji o toj bolesti (Dalton i sur., 2019). Kako bismo bolje razumjeli ulogu koju imaju sociodemografski i zdravstveni čimbenici tijekom razgovora o toj temi, potrebna su daljnja istraživanja.

Uloga medicinskoga osoblja i odgojno-obrazovnih ustanova u tugovanju

Zdravstveni djelatnici često imaju ključnu ulogu u izvještavanju vijesti o bolesti ili smrti te izravno ili neizravno utječu na osobe koje se nose s gubitkom ili su u fazi tugovanja (Schuelke i sur., 2021). Ožalošćene osobe od medicinskoga osoblja žele doznati što očekivati i koliko će dugo njihova neizvjesnost o ishodima bolesti trajati (Stroebe i sur., 2017), a na dobivene informacije mogu reagirati različito. Informiranje članova obitelji o iznenadnoj smrti voljene osobe vrlo je stresno i neugodno iskustvo i za samo medicinsko osoblje. Iako su obično upoznati s emocionalnim reakcijama svojih pacijenata ili njihovih bližnjih, medicinsko osoblje često nema dovoljno znanja, iskustva ili stručne prakse kako se prema njima odnositi. Naime, prema istraživanju Lenkiewicz i suradnika (2022) u kojem su sudjelovali studenti pete i šeste godine medicine u Poljskoj čak 75,1 % sudionika izjavilo je kako se ne osjeća dovoljno pripremljenim za priopćavanje loše vijesti obiteljima, a 86,3 % da im je potrebno više vremena za edukaciju o vještinama priopćavanja loših vijesti. Kako se premalo pažnje i vremena pridaje tim temama, niti zdravstveni radnici u Hrvatskoj nisu dovoljno educirani za odgovarajuće priopćavanje dijagnoza terminalnih bolesti ili smrtnoga ishoda. Iako bi to trebao biti apsolutno nužan dio njihova primarnoga obrazovanja, studenti medicine u Hrvatskoj nemaju dovoljno stručnih predmeta iz područja psihologije ili komunikacijskih vještina koje bi ih pripremile na takve situacije (Kovačević, 2012). Upravo bi oni koji prvi priopćavaju vijesti o smrti trebali imati najviše razumijevanja i poštovanja prema reakcijama ožalošćenih osoba, osvijestiti da njihove reakcije ovise o različitim čimbenicima te prvi ponuditi prikladnu pomoć i potporu (Buglass, 2010). Osim toga, trebali bi se zalagati za iskren pristup u radu s djecom i mladima, s naglaskom na odgovarajuće informiranje djece o njihovoj bolesti (Schuelke i sur., 2021).

Što se tiče djece i obrazovnoga sustava, nakon smrti bliske osobe preporučljivo je da se dijete što prije vrati na nastavu jer povratak školi ujedno je i povratak rutinama, normalnom životu gdje je dijete zaokupljeno svakodnevnim brigama, te mu preostaje manje vremena da se prepusti samo sebi i nastavi razmišljati o onome što se dogodilo (Kovačević, 2012). U svome istraživanju Testoni i suradnici (2020) izvijestili su o brojnim prednostima provođenja edukacija o smrti i gubitku u školama, poput normaliziranja osjećaja straha, naglašavanja pozitivnih pogleda na budućnost, smanjenja aleksitimije (stanja nedostatka razumijevanja, procesiranja i opisivanja emocija), lakšega razumijevanja i komunikacije o emocijama, pa čak i pozitivnih učinaka na osobni razvoj pojedinca; njegovu psihološku dobrobit i zadovoljstvo životom. Nadalje, rezultati istraživanja Veronike i Arambašić (2021) pokazali su postojanje niske pozitivne korelacije uvjerenja učitelja o korisnosti poučavanja o gubicima i uvjerenja o vlastitoj kompetentnosti za poučavanje učenika. Također, zamijećena je niska pozitivna korelacija uvjerenja učitelja o korisnosti poučavanja o gubicima i znanja učitelja

o tugovanju djece i mladih. S obzirom na dobivene rezultate na pojedinim česticama toga istraživanja, može se pretpostaviti kako učitelji strahuju od negativnih posljedica razgovora s učenicima o gubicima. Kao primjer za navedeno može se uzeti čestica „Zgražam se pri pomisli na štetu koju bi poučavanje o smrti i drugim gubicima donijelo učenicima osnovne škole.“, na koju je većina učitelja na skali od 1 (uopće se ne slažem) do 4 (u potpunosti se slažem) odgovorila da se u potpunosti slaže s njom. Isto tako, prema rezultatima istraživanja može se primijetiti kako su zastupljena i brojna netočna uvjerenja o tugovanju i nošenju s gubitkom u djece i mladih, što je vidljivo iz rezultata na testu znanja za učitelje. Primjerice, 79,7 % učitelja tvrdnju „Ako je doživljeni gubitak rezultat samoubojstva, poželjno bi bilo djetetu reći da se radi o nesreći ili bolesti kako ne bi postalo previše anksiozno i zabrinuto zbog toga da bi se i druge bliske osobe mogle ubiti.“ protumačilo je kao točnu iako je ona zapravo netočna. To istraživanje samo je jedan od primjera gdje se uviđa važnost obrade toga sadržaja i u školama te potreba za dodatnom edukacijom stručnih suradnika i djelatnika škole. Osim toga, kako poučavanje o smrti i drugim gubicima nije dio kurikuluma, njegovo uključivanje ovisi isključivo o volji i kompetencijama nastavnika (Veronika i Arambašić, 2021). Upravo zbog toga što se radi o temi teškoj za djecu, ali i za odrasle, osim same edukacije važno je naglasiti i spomenute prednosti te uvesti inicijative kojima bi se poticao otvoreni razgovor o temama smrti i tugovanja, kako bi se izbjegla pogrešna uvjerenja i smanjio strah od negativnih posljedica.

Zaključak

Smrt, gubitak i tugovanje u svakom su pogledu teške teme te se zbog toga u svakodnevnim situacijama nerijetko izbjegavaju. Međutim, s njima se svi u jednome dijelu života moraju suočiti. Do danas su provedena brojna istraživanja, predložene su različite teorije tugovanja, ponuđeni su odgovori na mnogobrojna pitanja i osmišljeni savjeti kako ublažiti bol i patnju pri suočavanju s gubitkom, no nema sveopćega lijeka ili pomoći kako se s gubitkom nositi. Na temelju dosadašnjih spoznaja tugovanje i pojam gubitka ovise o različitim okolnostima i osobinama pojedinca. Osim toga, isti savjeti ne mogu se univerzalno primijeniti, već se u obzir trebaju uzeti dob, spol i vrsta odnosa ožalošćene osobe. Toj se temi u zadnjih nekoliko desetljeća pridala zaslužena pažnja i različiti radovi potvrđuju kako pojedincima, koji su u fazi tugovanja, treba pružiti potporu, suosjećanje, strpljenje i dovoljno vremena da prebole smrt ili gubitak voljene osobe. Osim toga, stavlja se naglasak na pružanje i traženje stručne pomoći u slučaju težih oblika tugovanja kako ono ne bi ostavilo trajne posljedice. Poseban fokus stavlja se na najugroženije populacije, poput djece, te na one koji su već ranije imali

problem s psihičkim zdravljem.

Tugovanje i gubitak još uvijek nisu do kraja istražene teme, a istraživanja toga područja posebno su osjetljiva zbog etičkih razloga, međutim, te su teme vrlo značajne. U budućnosti se naglasak treba posebno staviti na educiranje medicinskoga osoblja i stručnih suradnika koji bi trebali prvi moći ponuditi suosjećanje i utjehu. Jedna osoba ne može znati i učiniti sve kako bi pomogla, ali zato svatko može učiniti barem nešto značajno za svakoga ožalošćenog.

Literatura

- Arambašić, L. (2005). *Gubitak, tugovanje, podrška*. Naklada Slap.
- Berk, L. E. (2008). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Naklada Slap.
- Buglass, E. (2010). Grief and bereavement theories. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*, 24(41), 44–47. <https://doi.org/10.7748/ns2010.06.24.41.44.e7834>
- Cerel, J., Fristad, M. A., Verducci, J., Weller, R. A. i Weller, E. B. (2006). Childhood bereavement: Psychopathology in the 2 years postparental death. *Journal of the American Academy for Child & Adolescent Psychiatry*, 45 (6), 681–690. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000215327.58799.05>
- Corr, C. A. (2021). Should We Incorporate the Work of Elisabeth Kübler-Ross in Our Current Teaching and Practice and, If So, How?. *Omega*, 83(4), 706–728. <https://doi.org/10.1177/0030222819865397>
- Dalton, L., Rapa, E., Ziebland, S., Rochat, T. J., Kelly, B., Hanington, L., Bland, R. M., Yousafzai, A. K. i Stein, A. (2019). Communication with children and adolescents about the diagnosis of a life-threatening condition in their parent. *The Lancet*, 393(10176), 1164–1176. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)33202-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)33202-1)
- Dugan, D. O. (2019). Appreciating the Legacy of Kübler-Ross: One Clinical Ethicist's Perspective. *The American Journal of Bioethics : AJOB*, 19(12), 5–9. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1676591>
- Dyregrov, A. (2005). *Tugovanje u djece: priručnik za odrasle*. Eduka
- Fitzgerald, D. A., Nunn, K. i Isaacs, D. (2021). What we have learnt about trauma, loss and grief for children in response to COVID-19. *Pediatric Respiratory Reviews*, 39, 16–21. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2021.05.009>
- Forgas, J. P. (2014). *Four Ways Sadness May Be Good for You*. Dostupljeno 3.1.2023. https://greatergood.berkeley.edu/article/item/four_ways_sadness_may_be_good_for_you
- Fisher, J. E., Zhou, J., Zuleta, R. F., Fullerton, C. S., Ursano, R. J. i Cozza, S. J. (2020). Coping Strategies and Considering the Possibility of Death in Those Bereaved by Sudden and Violent Deaths: Grief Severity, Depression, and Post-traumatic Growth. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00749>
- Gaspar, A. i Esteves, F. (2022). Empathy development from adolescence to adulthood and its consistency across targets. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.936053>
- Grimby, A. (1993). *Bereavement among elderly people: grief reactions, post-bereavement hallucinations and quality of life*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(1), 72–80. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03332.x>
- Hendricks, N. L., Jee, E. H. i Robbins, T. E. (2014). Talking with children about potentially sensitive topics: birth, sex, death, and Santa. Doctoral Dissertation, San Luis Obispo, California Polytechnic State University. <https://digitalcommons.calpoly.edu/psycdp/46>
- Holmes, T. H. i Rahe, R. H. (1967). *The Social Readjustment Rating Scale*. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Kovačević, M. (2012). Djeca osnovnoškolske dobi i stres izazvan gubitkom drage osobe - nepoznavanje, razumijevanje, potpora i pomoć. *Školski vjesnik*, 61(1-2), 213–232. <https://hrcak.srce.hr/81032>
- Kovačević, M. (2012). *Komunikacija s onkološkim bolesnicima*. Završni rad. Osijek: Filozofski fakultet u Osijeku. <https://core.ac.uk/download/pdf/197550159.pdf>
- Kübler-Ross, E. (2008). *O smrti i umiranju*. MISL.
- Lenkiewicz, J., Lenkiewicz, O., Trzciński, M., Sobczak, K., Plenikowski, J., Przeniosło, J. i Kotłowska, A. (2022). Delivering Bad News: Self-Assessment and Educational Preferences of Medical Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2622. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052622>
- Longbottom, S. i Slaughter, V. (2018). Sources of children's knowledge about death and dying. *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 373(1754), 1–7. <https://www.jstor.org/stable/26486391>
- Lundgren, B. S. i Houseman, C. A. (2010). Banishing death: The disappearance of the appreciation of mortality. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 61(3), 223–249. <https://doi.org/10.2190/OM.61.3.d>
- Melhem, N. M., Porta, G., Shamseddeen, W., Walker Payne, M. i Brent, D. A. (2011). Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Archives of General Psychiatry*, 68(9), 911–919. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.101>
- Milas, G. (2010). Smrt u obitelji i religioznost. *Društvena istraživanja*, 19(1-2(105-106)), 29–45. <https://hrcak.srce.hr/52186>
- Oatley, K. i Jenkins M. J. (2003). *Razumijevanje emocija*. Naklada Slap.
- Parrott, W. G. (2001). *Emotions in social psychology: Essential readings*. Psychology Press.
- Prigerson, H. G., Kakarala, S., Gang, J., i Maciejewski, P. K. (2021). History and Status of Prolonged Grief Disorder as a Psychiatric Diagnosis. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 109–126. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093600>
- Profaca, B. i Puhovski, S. (2005). *Kako pomoći tugujućem djetetu*. Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba.
- Renaud, S., Engarhos, P., Schleifer, M. i Talwar, V. (2015). Children's Earliest Experiences with Death: Circumstances, Conversations, Explanations, and Parental Satisfaction. *Inf. Child. Dev.*, 24, 157–174. <https://doi.org/10.1002/icd.1889>
- Robin, L. i Omar, H.A. (2014). Adolescent Bereavement. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 3(3), 331–340. https://uknowledge.uky.edu/pediatrics_facpub/121/
- Rochat, T.J., Mitchell, J., Lubbe, A.M., Stein, A., Tomlinson, M. i Bland, R.M. (2017). Communication about HIV and death: maternal reports of primary school-aged children's questions after maternal HIV disclosure in rural South Africa. *Soc Sci Med*, 172, 124–34. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.10.031>
- Saxon, S. V., Etten, M. J. i Perkins, E. A. (2015). *Physical Change and Aging: A Guide for the Helping Professions* (6th ed.). Springer.
- Schuelke, T., Crawford, C., Kentor, R., Eppelheimer, H., Chipriano, C., Springmeyer, K., Shukraft, A. i Hill, M. (2021). Current Grief Support in Pediatric Palliative Care. *Children (Basel, Switzerland)*, 8(4), 278. <https://doi.org/10.3390/children8040278>
- Shaw, A., Joseph, S. i Linley, P. A. (2005). Religion, spirituality, and posttraumatic growth: A systematic review. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/1367467032000157981>
- Shear M. K. (2015). Clinical practice. Complicated grief. *The New England Journal of Medicine*, 372(2), 153–160. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>
- Shear, M. K. i Skritskaya, N. A. (2012). Bereavement and anxiety. *Current Psychiatry Reports*, 14(3), 169–175. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0270-2>
- Stelzer, E. M., Palitsky, R., Hernandez, E. N., Ramirez, E. G. i O'Connor, M. F. (2020). The role of personal and communal religiosity in the context of bereavement. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 48(1), 64–80. <https://doi.org/10.1080/10852352.2019.1617523>
- Stroebe, M., Schut, H. i Boerner, K. (2017). Cautioning Health-Care Professionals: Bereaved Persons Are Misguided Through the Stages of Grief. *Omega*, 74(4), 455–473. <https://doi.org/10.1177/0030222817691870>
- Tang, R., Xie, T., Jiao, K., Xu, X., Zou, X., Qian, W. i Wang, J. (2021). Grief Reactions and Grief Counseling among Bereaved Chinese Individuals during COVID-19 Pandemic: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial Combined with a Longitudinal Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9061. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179061>
- Testoni, I., Tronca, E., Biancalani, G., Ronconi, L. i Calapai, G. (2020). Beyond the wall: death education at middle school as suicide prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2398. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072398>
- Veronika, D. i Arambašić, L. (2021). Poučavanje učenika o smrti i drugim gubicima. *Croatian Regional Development Journal*, 2(2), 18–35. <https://doi.org/10.2478/crdj-2021-0011>
- Vuletić, S., Karačić, S. i Jurić, K.A. (2017). Percepcija smrti i žalovanja iz dječje perspektive u pedijatrijskoj palijativnoj skrbi. *Jahr*, 8(2), 209–226. <https://hrcak.srce.hr/193833>
- Worden, J. W. (2018). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. Springer publishing Company.
- Zoellner, T. i Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology — a critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626–653. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>

Abstract

The feeling of sadness due to the loss of a loved one is an almost inevitable part of life and we all face it sooner or later. However, there are distinct differences in dealing with that loss depending on different circumstances. Even though numerous research has been conducted on this topic, there are still no universal answers to the questions of how people deal with loss, what the typical reactions or stages of grief are and what can aid the person facing loss. Different data showcases that grieving reactions are different in children, adolescents, and adults, and that they depend on personality traits and different situational factors. The problem of research dealing with grief arises due to various reasons which lead to numerous theoretical explanations that have not been researched and have no empirical foundation, as well as statements based on observation and working with persons dealing with grief. Furthermore, we still do not have sufficient research which could fully shed the light on this topic. However, there is more and more attention being paid to this area and so far, many protocols, guidelines and advice have been developed with an aim to help those dealing with loss and persons in direct contact with a grieving individual. This paper offers a short overview of the most common reactions that occur, describes reactions of children and young people to loss and attempts to explain the role of sadness as an emotion within the grieving process. Fundamental guidelines which can help with the grieving process, especially in the context of younger population, are also provided.

Key words: death, grief, loss, mental health, reaction to loss

The biopsychosocial effects of chronic pain on the patient: clinical implications

Andela Aračić
University of Zagreb
Faculty of Humanities and Social Sciences
Psychology Department
ORCID: 0000-0002-7824-5644

Abstract

Chronic pain is a widespread medical and social issue, yet it remains deeply misunderstood by many medical professionals. The biomedical model of pain fails to differentiate between acute and chronic conditions of pain, which often leads to unsuccessful treatment of patients. Unlike acute pain, chronic pain is associated with functional and structural changes in the brain. Structural and functional brain changes might make it more difficult for chronic pain patients to ignore uncomfortable sensations and make them prone to misattributing harmless sensations to tissue damage. Chronic pain conditions also carry certain psychological and social burdens which are often ignored in modern medicine despite research clearly showing there is a need to address them. Chronic pain patients often suffer from depression and anxiety, which makes them more prone to having irrational thoughts about the nature of their condition. Maladaptive thoughts impede the patient's ability to be consistent with their therapy and see improvement. These issues are often exacerbated by a lack of social support. Cognitive-behavioural therapy and its alternatives have proven useful in many cases of chronic pain, and something as simple as a short education program by primary physicians might improve the patient's symptoms. However, education of medical professionals on the intricacies of chronic pain is severely lacking. They are the first line of defence against the patient's warped perception after the initial injury, and it is necessary to change their approach to one which considers psychological and social aspects of the condition, and not merely biomedical. This review considers some of the major elements which add to the complexity of chronic pain conditions and aims to draw clinical implications based upon them.

Key words: biomedical model, biopsychosocial model, chronic pain, clinical implications

Introduction

Chronic pain has now been studied for decades, yet the cure for it seems as elusive as ever. It is estimated that at least 10% of the world's population suffers from chronic pain, while in certain countries this percentage climbs to 25% (Goldberg and McGee, 2011). That is millions of people who are suffering from chronic pain worldwide, with no clear knowledge of how to improve their condition. Chronic pain is most often defined as pain which lasts for more than three months and may be persistent or recurring (Scholz et al., 2019). Although it might seem logical to conclude that chronic pain is simply a prolonged version of acute pain, this does not seem to be the case. Unlike its acute form, chronic pain seems to lose its protective survival-enhancing purpose, hindering the patient's activity and becoming a disease of its own, separate from the injury which had caused the pain in the first place (Cohen et al., 2021). In other words, chronic pain often persists long after the initial injury has healed, and it might sometimes occur even when there has never been an apparent injury at all (such as in the example of fibromyalgia).

There is a growing body of evidence showing that the mechanisms involved in the experience of chronic pain (e.g., chronic lower back pain) are distinct from those in cases of acute pain (e.g., a sprained ankle) (Kuner and Flor, 2017). For example, it seems that there are patterns of brain activity observed in chronic pain patients which are not ordinarily observed in the presence of acute pain (Apkarian et al., 2005). Certain cortical and subcortical regions in the brain, commonly known as the "pain matrix", seem to be less active in chronic pain patients (Henry et al., 2011). Included in these areas are the anterior cingulate cortex and the insular cortex, which are responsible for high-level functions such as impulse control, attention allocation, and emotional regulation (Yang and Chang, 2019). The dysfunction of these, as well as other brain structures involved in nociception, indicates a suboptimal regulation of painful stimuli in chronic patients as opposed to the healthy subjects. Conversely, the activation in the areas of the prefrontal cortex (PFC) seems to heighten, indicating there might be a cognitive as well as an emotional and a memory component to the experience of chronic pain (Apkarian et al., 2005). It seems then that the response to painful stimuli in the mind of a patient who has been experiencing it for a long time shifts from a simple uncomfortable sensation to an emotional experience.

The aim of this review is to summarize the key structural and functional changes that happen in the brain as the pain becomes chronic, and to delve deeper into the psychosocial implications of chronic pain. The distinction between acute and chronic pain needs to be on the mind of every physician who is treating a long-suffering patient, since the usual medical treatments which seem to be highly effective in acute conditions fall short in the chronic ones (Cheatle, 2016). The awareness that chronic pain changes things on a neurological level, and seems to relate to malfunctioning emotion-

al regulation, as well as anxiety (Asmundson and Katz, 2009), is growing in the medical world, but it is often forgotten that these connections go both ways. In other words, it is important to remember that the relationship between maladaptive cognitive and emotional functioning is bidirectional, and the maladaptation could have existed long before the development of any chronic symptoms, predisposing the person for chronic pain. Bearing that in mind, it becomes clear why for some people the current medical model of focusing exclusively on pathophysiology of their condition is simply not enough. Shifting the focus to the whole person - including their biology, psychology, and sociology, as the biopsychosocial model suggests - might lead to better outcomes for the suffering patient (Cohen et al., 2021).

Functional and structural changes in the brain

To understand what cortical representation is, we can think of it as a network of neurons in the brain which represent something else, such as a word, or a part of the body (Wand et al., 2011). In that sense, when a person thinks about a particular word or experiences sensation in a particular part of the body, the brain shows activity in the areas which serve as the representation of those things. Researchers have long been aware that the brain allows functional reorganisation when an injury occurs. Due to its plasticity, the brain can allocate function previously held by an injured region to other healthy regions, such as in cases of brain injury (Wieloch and Nikolich, 2006). However, this ability of the brain is not necessarily beneficial. For example, the functional reorganisation is often seen in patients with phantom limb pain. In those patients, the brain's representations of the areas surrounding the amputated limb seem to seep into the representations of the non-existent limb, causing the patient to potentially interpret stimuli from surrounding parts of the body as painful and centred in the limb which is no longer there. These reorganisations are also seen in chronic back pain patients (May, 2008). The part of the brain which represents the back expands into the leg and foot areas, thereby confusing the interpretation of any stimuli coming from these regions (Wand et al., 2011). In a sense, the painful area seems to grow with the chronicification of pain, engulfing previously healthy regions, and it seems that this functional reorganization increases with time spent in chronic pain.

Besides the functional changes, it also appears that chronic pain can change the very structure of the brain regions (Kuner and Flor, 2017). The "pain matrix" is a term commonly used for regions in the brain which seem to be heavily involved in processing pain. These areas consist of the primary somatosensory cortex (S1), secondary somatosensory cortex (S2), anterior cingulate cortex (ACC), insular cortex (IC), prefrontal cortex (PFC), thalamus and the cerebellum (Bushnell et al., 2013). While these regions activate under both chronic and acute pain, as pain becomes chronic, the neurons un-

dergo synaptic changes which make them misfire at inappropriate times (Urien and Wang, 2019). For example, these regions might show activity which does not correlate with the peripheral stimuli being applied. In other words, the brain responds as though the body is in pain, when there might be no external nociceptive stimuli at all. Besides the unusual activity, there is also evidence of grey matter thinning in chronic pain patients in these regions of the brain (Rodriguez-Raecke et al., 2009). Interestingly, despite the wide range of chronic pain conditions and different parts of the body being affected, chronic pain patients all show similar abnormalities in the regions of the “pain matrix” (Henry et al., 2011).

Since the brain regions which seem to degenerate under chronic pain are also involved in nociception, i.e., the detection of painful stimuli, it can be assumed that chronic pain patients have more difficulties in ignoring uncomfortable sensations. Additionally, due to their proclivity to catastrophize (Naylor et al., 2017), as well as the changes in the activation of the prefrontal cortex which indicate an emotional and cognitive component of pain, they might be more likely to interpret the detected stimuli as harmful. This interpretation could further lead to the patient avoiding activities which might benefit their recovery long-term (such as walking vs. being inactive) out of fear of worsening their symptoms. Or if they have engaged in the activity, they might conclude that since the activity has led to pain, they must be doing something that is harmful to them. This positive association between fear avoidance beliefs (especially regarding work-related fears) and chronic pain disability has been observed for some time (Waddell et al., 1993). More recently, in a study by Fujii et al. (2019), nurses with chronic lower back pain who showed pain avoidance beliefs related to physical activity were 1.8 times more likely to have pain-related disability which interfered with their work. This association remained even after adjusting for pain severity or work hours. It seems that avoiding activities that patients regard as “potentially harmful” might lead to more long-term disability, not less (Zale and Ditre, 2015).

The question of whether these changes are permanent naturally presents itself. In a study conducted by Rodriguez-Raecke et al. (2009), 32 patients with chronic pain due to osteoarthritis were investigated for structural changes in the brain. As expected, they found a decrease in grey matter of these patients in the areas of ACC, insular cortex, the dorsolateral prefrontal cortex, amygdala, and the brainstem. Ten of these patients were followed up on after a surgery which made them completely pain-free, and grey matter in these patients significantly increased in comparison to their chronic pain imaging. This indicates that the structural changes in the brain are at least in part reversible with the cessation of pain, which is excellent news for any chronic condition that can be directly treated. If medical treatment is not possible or if it does not yield satisfactory

results in terms of pain reduction, there are other methods by which grey matter in the brain could be revitalized. For example, cognitive behavioural therapy (CBT) seems to be able to influence grey matter in the prefrontal cortex and somatosensory regions, and these changes also correlate with reduced pain catastrophizing (Seminowicz et al., 2013). Less catastrophizing might make it more likely for the patient to engage in beneficial activity (breaking the fear-avoidance cycle), and through positive reinforcement of non-catastrophic outcomes of these activities, it might increase the probability of engagement in further activities and the patient's ultimate recovery.

Psychological implications

Chronic pain is associated with significant psychological distress (Burke et al., 2015). Patients suffering from chronic pain conditions are more likely to also be suffering from depression (Fishbain et al., 1997). Some studies have also noted identical maladaptive neuroplasticity changes in both conditions, although the nature of the relationship between the two still is not fully understood (Sheng et al., 2017). It is possible that the demands of a chronic condition trigger the depressive episodes, but it might also be the case that depression makes people more susceptible to chronic pain in the first place. This bidirectional relationship is why it is so important to be aware of the psychological state the patient is in, even as early as the acute stage of pain. In the longitudinal study by Lerman et al. (2015), anxiety and depression in patients suffering from chronic pain predicted both pain and pain-induced disability in those patients. These results clearly demonstrate the importance of dealing with psychological issues in chronic patients. Furthermore, in a meta-analysis by Burke et al. (2015), researchers found that chronic pain strongly correlated with high levels of anxiety (even more strongly than with depression), that is, specifically with anxiety related to physical symptoms. The chronic pain groups often had higher incidence of pain-anxiety, fear of movement, catastrophizing, and somatization (extreme focus on physical symptoms). Interestingly, pain-related anxiety was not transferrable to regular pain outside of their condition (such as the fear of hitting their head), which led the authors to conclude that pain-related anxiety in these individuals was specifically tied to the chronicity of their pain.

When it comes to psychological factors, whether it is fear of pain which is part of general anxiety, or the learned helplessness we see in the depressive states, it seems that the central issue lies in the chronic patient's perception of their condition. Catastrophizing is a term which was already mentioned a few times, and it is a core example of maladaptive reaction to pain and disease. It can be defined as a negative cognitive response to perceived or anticipated painful stimuli, often leading to sub-optimal pain-related outcomes (Quartana et al., 2009). The catastrophizing scale typically con-

sists of a rumination component (“I keep thinking how badly it hurts”), a magnification component (“I wonder whether something serious may happen”), and a helplessness component (“I think it is never going to get any better”) (Sullivan et al., 1995). In one study, catastrophizing was strongly associated with both depression and anxiety, as well as decreased quality of life in children with chronic pain (Miller et al., 2018). Of course, correlation between these variables tells us nothing about their causality. The interconnectedness of anxiety, depression and catastrophizing makes it difficult to understand in what way they might influence one another and what the best way to address them is. In a meta-analysis by Marshall et al. (2017), the authors tried to elucidate the relationship between pain, fear, and disability in chronic pain by searching for mediating factors. The mediation model seeks to explain the way two variables influence one another indirectly, through the existence of a third, mediator variable. Their results show that fear and depression significantly mediate the relationship between pain and disability, and catastrophizing mediates the relationship between pain and fear, explaining 53% of the total effect that pain has on the experience of fear. Therefore, in this analysis, the sensation of pain might trigger a person’s catastrophizing thought patterns which, in turn, trigger a reaction of fear. This starts a vicious cycle in which the person tries to avoid pain out of fear (through fear avoidance behaviours) and depression (“Things cannot improve”), and in turn exacerbates their own disability. In that case, working on dismantling the patient’s catastrophic thinking and helping them learn more grounded and helpful interpretations of their condition (“It is just a sensation in my brain, it does not mean my body is being harmed” or “My body is able to heal”), might be the first line of defence against both depression and anxiety present with this population. Considering that most chronic conditions are not only painful, but debilitating, it is not surprising we would find such a host of psychological issues accompanying them. While dealing with the discomforts of recurring or even constant pain, patients must also go through the process of mourning for the loss of function which came naturally to them before the onset of the disease. It is obvious so far that the psychological comorbidities with chronic pain demand adequate psychological intervention, but it is important to remember that the patient’s experiences need to be validated. If the practitioner is not careful with how they approach the topic of psychotherapeutic intervention, the patient might feel as though it is implied that their pain is “only psychological” and therefore “not real” (Cheatle, 2016). It should be clear to anyone who reads this review that pain being influenced by psychological factors does not make it in any way “imaginary”. It is as “imaginary” as any other sensation; in that it is the product of our perception, processed and interpreted in the brain. There would be no sensation at all, had the brain not produced it. The better the patient understands this, the more likely they are to accept help.

Social support

In the meta-analysis by Che et al. (2018), the researchers concluded that perceived social support aids in ameliorating pain in chronic pain patients through the process of buffering negative effects of stress on the body. The feeling of social support might make patients perceive themselves as being able to cope with the condition better. There is also some evidence that social support (such as holding someone's hand while receiving painful stimuli) suppresses the physiological stress response when pain is present (lower blood-pressure and heart rate, even changes in cortical fMRI-observed activity) (Che et al., 2018). The feeling of safety, which is created by a good support system, might serve as a signal to the brain to change the perception of the painful stimuli from threatening to non-threatening, from something life-endangering to something the patient can handle well. Another recent analysis explored the association between social support, adherence to treatment, and disability in chronic back pain patients (Oraison and Kennedy, 2021). They found that patients who lived alone had a significantly higher degree of disability and did not participate in treatment as frequently as the patients who lived with others. The authors argue that a more multidisciplinary approach needs to be taken with chronic back pain patients. Such an approach would take into account both their physical and psychosocial attributes. Unfortunately, it seems that even when a biopsychosocial intervention is introduced, the social component of pain is inadequately explored in comparison to psychological or biological aspects (van Erp et al., 2019). That might be because the patient's social life is perceived to be the most outside of the therapist's or even the patient's control, and it therefore seems difficult to encourage a positive change. Still, that does not detract from its importance in regards to understanding and treating chronic pain conditions.

It is essential that physicians understand the importance of other people when it comes to their patient's improvement. If a patient is presumed to lack social support (which does not necessarily mean they live alone but may include unsupportive or abusive households) they need to be considered higher risk for disability and a lack of adherence to treatment. It might be good practice to spend more time engaging with such patients on a more individual level and to clarify the importance of following through on therapy. Ideally, medical environment would play the role of a support group for such individuals. Another important implication here is that chronic conditions are isolating in their very nature, since they often carry a certain level of disability which might discourage activity and social engagement. Therefore, even if the patient has good social support at the onset of their symptoms (such as a close friend group), there is a risk of losing that support with time. This might be important to keep in mind, since it may be enough to simply encourage the patients to continue engaging in social activities with their family and friends as much as they can. This would go hand in hand with work-

ing on dismantling their fear-avoidance beliefs if they exist, and making sure that they understand such activities will not harm them but aid their recovery.

Clinical implications

CBT has long been used as a psychotherapeutic approach to chronic pain, with new, more integrative iterations of it continually emerging (McCracken et al., 2022). Considering the host of cognitive issues associated with chronic pain conditions, it is not surprising that CBT interventions benefit patient recovery, with positive effects in relieving pain, and reducing disability and psychological distress (de C Williams et al., 2020). Interestingly, when working with chronic pain patients, it seems that CBT is more effective when it is group-based rather than individual (Niknejad et al., 2018), possibly accounting for their need for social support which is a crucial element in the biopsychosocial model of pain. Being able to engage with other patients of similar diagnosis might be an incredibly helpful experience, making the patients feel understood in their struggles. It would also be beneficial in the sense that when someone in the group recovers, it would send a clear signal to the others that healing is indeed possible. That said, the group approach might not work equally well for every patient, especially for those who might not feel as comfortable sharing personal information with other people in a clinical setting. Besides CBT, there are many other alternative therapies which show positive effects on chronic pain. There is some evidence that something as relatively simple as practicing mindfulness might reduce pain as well as symptoms of depression in chronic pain patients (Hilton et al., 2017). Mindfulness is a practice in which the practitioner strives to perceive their thoughts and sensations while at the same time separating themselves from them. The simplicity and the individual approach of this method might make it a viable solution for patients more inclined towards solitude, but more high-quality studies are needed to be able to fully understand the effect of this practice (Hilton et al., 2017).

Another CBT alternative is a relatively new therapy called the pain reprocessing therapy (PRT), which borrows some of the principles from CBT and narrows down on changing the perception regarding pain's harmfulness. In a randomized clinical trial carried out by Ashar et al. (2022), the authors posed the question of whether a psychological intervention which changes the patient's perception about the origin and meaning of their pain (pain reprocessing therapy) can lead to a significant pain relief in chronic back pain patients. Pain reprocessing therapy focuses on understanding chronic pain as a "misfiring" of signals in the central nervous system. One of the main aims of this therapy is to change the perception of pain in the mind of the patient, so that when pain occurs it is not automatically interpreted as peripheral tissue-damage. The results of the study showed that 66% of chronic back pain patients who participated in the pain

reprocessing therapy were pain-free or nearly pain-free by the end of the four-week treatment period, and the effect was largely maintained at one-year follow-up. Their results significantly differed from the results of the placebo group (which received a saline injection) where 20% of participants were pain-free and the control group (which received the usual medical care) where 10% of participants were pain free at the end of the treatment period. It is important to mention that PRT is still relatively new and so high-quality research on it is extremely scarce. That said, these results seem very promising.

Other ways to educate patients while trying to incorporate the biopsychosocial approach are multi-disciplinary (MD) interventions carried out by more than one specialist. These MD programs were recently explored in a meta-analysis by Joypaul et al. (2019). The analysis looked at 27 randomized controlled trial studies in which specialists (primarily physiotherapists, psychologists, and nurses) carried out weekly didactic education in the form of group seminars targeting any type of chronic pain, with most studies providing at least one supplementary tool like educational books, telephone calls with patients etc., to help participants revisit the content of the program. The sessions lasted for a minimum of two hours and spanned over a four-to-ten-week period. They covered aspects of physical activity and cognitive-behavioural strategies and were shown to have significant benefits for chronic pain patients of any aetiology which were either sustained or improved at follow-up. It is mentioned in the meta-analysis that the MD team in most of these studies could use additional members, such as social workers. As mentioned before, the social aspect is often forgotten when dealing with chronic pain patient. A social worker in this case might be useful in helping patients navigate their new social landscape (especially considering that many patients lose their jobs due to disability) and should therefore constitute a part of the team. Interestingly, pharmacists were involved in only two interventions the authors analysed. It is important not to forget the importance medication can have in allowing patients to live a more functional life. While we should be striving to widen the understanding of chronic pain, we should not neglect the value of classical medicine.

Despite the promising results on many of these interventions, they might not be available to everyone who would greatly benefit from them. Multi-disciplinary teams are not common in most state hospitals, and seeking out a private clinic or a specialized therapist, which can be expensive, is simply not an option for many people. The current state of the medical system therefore makes it even more important to ensure that primary physicians are aware of the intricacies of chronic pain, since they are likely to be the only professional the patient meets regarding their condition. The way they decide to speak to the patient about their condition and the prospect of improvement might make the difference between recovery and total regression.

In a meta-analysis performed by Tegner et al., (2018), the researchers found evidence that neurophysiological pain education for patients (NPE) improves symptoms of pain immediately after the intervention, as well as symptoms of pain and disability at 3-month follow-up. NPE is an intervention performed by a medical professional, in an individual or a group setting, where the goal is to provide information on neurophysiology of pain and, in doing so, reconceptualize the patient's beliefs about their pain and illness (such as removing catastrophizing thoughts, "This is a chronic condition, therefore it can never improve"). The most likely psychological disturbance in chronic patients is in physically focused areas (pain anxiety and movement anxiety) which involve catastrophizing (Burke et al., 2015), so it makes sense that focusing on that aspect would lead to less disability. In these studies, NPE was mostly combined with other medical treatment, and there was a tendency towards stronger effects when NPE was more intensive, pointing to the need for one-on-one interaction between the physician and the patient, and for multiple sessions. Multiple sessions might be particularly beneficial if an invasive surgical procedure is also involved in the treatment since surgery on its own poses a risk for the development of chronic pain (Fregoso et al., 2019). Similar studies have found biopsychosocial interventions by primary care physiotherapists more effective than standard advice given to patients, and at least as effective as physical activity interventions in reducing pain and functional disability in the short, medium and long-term (van Erp et al., 2019). These physician-patient conversations might be beneficial for a wide profile of patients because they touch upon all three cornerstones of the biopsychosocial model: the psychological (pain reprocessing, reducing catastrophic thinking), social (individualized contact with the physician and assurance; they are not going through this alone), as well as the physiological (being able to prescribe highly individualized therapy and medication with higher likelihood of success). Possible issues with the meta-analysis by Tegner et al., (2018), as also mentioned by the authors, is the small sample of studies that fit the criteria. Only seven studies were included, and among them only one had high-quality evidence. Even when the researchers lowered the criteria, no new studies could be acquired, pointing to the lack of quality research in this area. It was also noted that NPE was carried out on patients who were less disabled and experienced less pain than those that would be typically found in hospital settings. It would be interesting to test whether the effect would be greater or lower on the hospital patient population. Perhaps patients who end up in a hospital setting have a more impaired cognitive functioning and interpretation of pain, so the shift in the attitude around pain which is received through education might have a stronger impact than in those patients who are not as preoccupied with their pain in the first place.

It is important to mention that despite researching the biopsychosocial model of pain

for decades now, the progress of transforming our findings into real-life clinical results is slow. McCracken et al. (2023) argues this is because we need more personalized pain management. Results achieved on a group of people are not the same results we should expect to see in the individual. The biopsychosocial approach cannot be a generalization. Thinking of it as a template (or a single therapeutic approach) which should be successfully applied to every patient is illogical, since the biological, psychological, and social aspects of pain widely differ from person to person. Not every chronic pain patient is the same, just as not every person is the same. McCracken argues that the process needs to be more dynamic, with the therapist constantly adapting his approach based on continual assessments of the patient. Instead of trying to find the one right protocol which will perfectly fit everyone, the therapist must keep the patient at the forefront, utilizing whatever technique is most beneficial for that patient at that time, with the patient's personal goals as a measure of success.

Conclusion

Considering the comprehensive structural and functional changes, as well as the psychosocial effects of chronic pain on the patient, it is evident that aiding individuals in navigating through it is extremely challenging. It has become clear, however, that the current biomedical model which primarily focuses on treating bodily symptoms is not enough, seeing as how chronic conditions are intimately connected to misperception, pain anxiety, and other psychosocial issues, often disrupting the patient's core beliefs about themselves and the world. Ideally, we would want to screen these patients for maladaptive perception, depression and anxiety, and work with a multidisciplinary team to give all components of the chronic condition thoughtful and expert attention. The biopsychosocial model is currently the most holistic model for understanding chronic pain conditions, as it encompasses all the relevant domains of healthy functioning, treating physical symptoms as the outcome of a powerful interplay between biology, psychology and social factors (Cohen et al., 2021). Ideal treatment under such a model should include some sort of psychotherapy (ideally, one most suited for the individual patient), social support, physical therapy and exercise, pharmacological regimens, as well as advice on low-inflammatory nutrition (Cheatle, 2016). In combining these interventions, the chance of reducing pain, or at least altering maladaptive pain perception and normalizing the degenerated structures in the brain, might be significantly increased.

Understandably, while the biopsychosocial model seems to be the most effective way of treatment for chronic pain so far (Booth et al., 2017), what is ideal is not always practical or indeed possible to carry out. Issues in terms of healthcare funding and understaffing might make it impossible for a well-functioning multidisciplinary team

to exist in every hospital department that deals with chronic patients. To add to this issue, medical professionals are typically inadequately educated on chronic pain. Medical students mostly focus on the biomedical model of disease, ignoring psychological or social implications, and are not well educated on the difference between acute and chronic pain and how the former can regress into the latter (Loeser and Schatman, 2017). Chronic pain and acute pain are not one and the same, therefore chronic and acute patients should not be receiving the same treatment. That said, the knowledge on how and why the pain becomes chronic in some patients while it does not in others is useful even when dealing with initial acute injuries. It is at that stage that prevention is key, and understanding these mechanisms can allow us to predict a patient who might tilt towards the side of chronicity, and help us prevent it (Lavand'homme, 2011). Therefore, it is imperative to consider patient's psychology and social support, not only their primary medical complaint (Cheatle, 2016).

However, changes in the education and healthcare systems take time, money, and a genuine desire for improvement. It is not likely that these changes are going to occur on a large scale any time soon. That is why it is important to mention that there are ways in which medical professionals can improve their patient's outcome on their own, with something as simple as good communication and empathy. As discussed in the "Clinical implications" section, educating patients about their symptoms and the underlying mechanisms is a simple, time and cost-efficient method of potentially spontaneously resolving their maladaptive thinking and response to illness. Better communication between physicians and patients has been shown before to have a positive impact on patients' subjective and objective measures of health, outside of illness-specific interventions (Riedl and Schüßler, 2017). It is not a fix, but chronic pain is complex and this might be a small piece of the larger puzzle. Even without following any specific program, simply asking the patient to talk about their condition beyond their primary symptoms should help the well-educated physician to notice in what psychosocial state their patient is in. Questions such as, "Do you believe you can get better?" seem crucial to ask before starting any therapy program. If the answer to that question is, "No", as it often is in chronic pain patients with maladaptive thinking, how can we expect them to ever truly heal and regain control of their life? Changing people's core beliefs about their condition is the first step in the long road to recovery, and it is a necessary one.

References

- Apkarian, A. V., Bushnell, M. C., Treede, R. D., & Zubieta, J. K. (2005). Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *European Journal of Pain*, 9(4), 463-484. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2004.11.001>
- Ashar, Y. K., Gordon, A., Schubiner, H., Uipi, C., Knight, K., Anderson, Z., Carlisle, J., Polisky, L., Geuter, S., Flood, T. F., Kragel, P. A., Dimidjian, S., Lumley, M. A., & Wager, T. D. (2022). Effect of pain reprocessing therapy vs placebo and usual care for patients with chronic back pain: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 79(1), 13-23. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.2669>
- Asmundson, G. J., & Katz, J. (2009). Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state-of-the-art. *Depression and Anxiety*, 26(10), 888-901. <https://doi.org/10.1002/da.20600>
- Booth, J., Moseley, G. L., Schiltenswolf, M., Cashin, A., Davies, M., & Hübscher, M. (2017). Exercise for chronic musculoskeletal pain: a biopsychosocial approach. *Musculoskeletal Care*, 15(4), 413-421. <https://doi.org/10.1002/msc.1191>
- Burke, A. L., Mathias, J. L., & Denson, L. A. (2015). Psychological functioning of people living with chronic pain: A meta-analytic review. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 345-360. <https://doi.org/10.1111/bjc.12078>
- Bushnell, M. C., Čeko, M., & Low, L. A. (2013). Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(7), 502-511. <https://doi.org/10.1038/nrn3516>
- Cheatle, M. D. (2016). Biopsychosocial approach to assessing and managing patients with chronic pain. *Medical Clinics*, 100(1), 43-53. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2015.08.007>
- Che, X., Cash, R., Ng, S. K., Fitzgerald, P., & Fitzgibbon, B. M. (2018). A systematic review of the processes underlying the main and the buffering effect of social support on the experience of pain. *The Clinical Journal of Pain*, 34(11), 1061-1076. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000624>
- Cohen, S. P., Vase, L., & Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*, 397(10289), 2082-2097. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7)
- de C Williams, A. C., Fisher, E., Hearn, L., & Eccleston, C. (2020). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.pub4>
- Fishbain, D. A., Cutler, R., Rosomoff, H. L., & Rosomoff, R. S. (1997). Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *The Clinical Journal of Pain*, 13(2), 116-137. <https://doi.org/10.1097/00002508-199706000-00006>
- Fregoso, G., Wang, A., Tseng, K., & Wang, J. (2019). Transition from acute to chronic pain: evaluating risk for chronic postsurgical pain. *Pain Physician*, 22(5), 479-488. <https://doi.org/10.36076/ppj/2019.22.479>
- Fujii, T., Oka, H., Takano, K., Asada, F., Nomura, T., Kawamata, K., Okazaki, H., Tanaka, S., & Matsudaira, K. (2019). Association between high fear-avoidance beliefs about physical activity and chronic disabling low back pain in nurses in Japan. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 20(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2965-6>
- Goldberg, D. S., & McGee, S. J. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*, 11(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-770>
- Henry, D. E., Chiodo, A. E., & Yang, W. (2011). Central nervous system reorganization in a variety of chronic pain states: a review. *PM&R*, 3(12), 1116-1125. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2011.05.018>
- Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, Colaiaco, B., Ruelaz Maher, A., Shanman, R. M., Sorbero, M. E., & Maglione, M. A. (2017). Mindfulness meditation for chronic pain: systematic review and meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(2), 199-213. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9844-2>
- Joypaul, S., Kelly, F., McMillan, S. S., & King, M. A. (2019). Multi-disciplinary interventions for chronic pain involving education: A systematic review. *PLOS ONE*, 14(10), e0223306. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223306>
- Kuner, R., & Flor, H. (2017). Structural plasticity and reorganisation in chronic pain. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(1), 20-30. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.162>
- Lavand'homme, P. (2011). The progression from acute to chronic pain. *Current Opinion in Anesthesiology*, 24(5), 545-550. <https://doi.org/10.1097/coa.0b013e32834a4f74>
- Lerman, S. F., Rudich, Z., Brill, S., Shalev, H., & Shahar, G. (2015). Longitudinal associations between depression, anxiety, pain, and pain-related disability in chronic pain patients. *Psychosomatic Medicine*, 77(3), 333-341. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000158>
- Loeser, J. D., & Schatman, M. E. (2017). Chronic pain management in medical education: a disastrous omission. *Postgraduate Medicine*, 129(3), 332-335. <https://doi.org/10.1080/00325481.2017.1297668>
- Marshall, P. W., Schabrun, S., & Knox, M. F. (2017). Physical activity and the mediating effect of fear, depression, anxiety, and catastrophizing on pain related disability in people with chronic low back pain. *PLOS ONE*, 12(7), e0180788. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180788>
- May, A. (2008). Chronic pain may change the structure of the brain. *PAIN®*, 137(1), 7-15. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.02.034>
- McCracken, L. M., Yu, L., & Vowles, K. E. (2022). New generation psychological treatments in chronic pain. *BMJ*, 376. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-057212>
- McCracken, L. M. (2023). Personalized pain management: Is it time for process-based therapy for particular people with chronic pain? *European Journal of Pain*. <https://doi.org/10.1002/ejp.2091>
- Miller, M. M., Meints, S. M., & Hirsh, A. T. (2018). Catastrophizing, pain, and functional outcomes for children with chronic pain: a meta-analytic review. *Pain*, 159(12), 2442. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001342>
- Naylor, B., Boag, S., & Gustin, S. M. (2017). New evidence for a pain personality? A critical review of the last 120 years of pain and personality. *Scandinavian Journal of Pain*, 17(1), 58-67. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2017.07.011>
- Niknejad, B., Bolier, R., Henderson, C. R., Delgado, D., Kozlov, E., Löckenhoff, C. E., & Reid, M. C. (2018). Association between psychological interventions and chronic pain outcomes in older adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 178(6), 830-839. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0756>
- Oraison, H. M., & Kennedy, G. A. (2021). The effect of social support in chronic back pain: number of treatment sessions and reported level of disability. *Disability and Rehabilitation*, 43(11), 1526-1531. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1668969>
- Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(5), 745-758. <https://doi.org/10.1586/ern.09.34>
- Riedl, D., & Schüßler, G. (2017). The influence of doctor-patient communication on health outcomes: a systematic review. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 63(2), 131-150. <https://doi.org/10.13109/zptm.2017.63.2.131>
- Rodriguez-Raecke, R., Niemeier, A., Ihle, K., Ruether, W., & May, A. (2009). Brain gray matter decrease in chronic pain is the consequence and not the cause of pain. *Journal of Neuroscience*, 29(44), 13746-13750. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.3687-09.2009>
- Scholz, J., Finnerup, N. B., Attal, N., Aziz, Q., Baron, R., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Cruccu, G., Davis, K. D., Evers, S., First, M., Giambardino, M. A., Hansson, P., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., ... & Treede, R. D. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *Pain*, 160(1), 53. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001365>
- Seminowicz, D. A., Shpaner, M., Keaser, M. L., Krauthamer, G. M., Mantegna, J., Dumas, J. A., Newhouse, P. A., Filippi, C. G., Keefe, F. J., & Naylor, M. R. (2013). Cognitive-behavioral therapy increases prefrontal cortex gray matter in patients with chronic pain. *The Journal of Pain*, 14(12), 1573-1584. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.07.020>
- Sheng, J., Liu, S., Wang, Y., Cui, R., & Zhang, X. (2017). The link between depression and chronic pain: neural mechanisms in the brain. *Neural plasticity*. <https://doi.org/10.1155/2017/9724371>
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524>
- Tegner, H., Frederiksen, P., Esbensen, B. A., & Juhl, C. (2018). Neurophysiological pain education for patients with chronic low back pain. *The Clinical Journal of Pain*, 34(8), 778-786. <https://doi.org/10.1097/ajp.0000000000000594>
- Urien, L., & Wang, J. (2019). Top-down cortical control of acute and chronic pain. *Psychosomatic Medicine*, 81(9), 851. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000744>
- van Erp, R. M., Huijnen, I. P., Jakobs, M. L., Kleijnen, J., & Smeets, R. J. (2019). Effectiveness of primary care interventions using a biopsychosocial approach in chronic low back pain: a systematic review. *Pain Practice*, 19(2), 224-241. <https://doi.org/10.1111/papr.12735>
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D., & Main, C. J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52(2), 157-168. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(93\)90127-b](https://doi.org/10.1016/0304-3959(93)90127-b)
- Wand, B. M., Parkitny, L., O'Connell, N. E., Luomajoki, H., McAuley, J. H., Thacker, M., & Moseley, G. L. (2011). Cortical changes in chronic low back pain: current state of the art and implications for clinical practice. *Manual Therapy*, 16(1), 15-20. <https://doi.org/10.1016/j.math.2010.06.008>
- Wieloch, T., & Nikolich, K. (2006). Mechanisms of neural plasticity following brain injury. *Current Opinion in Neurobiology*, 16(3), 258-264. <https://doi.org/10.1016/j.cob.2006.06.008>

org/10.1016/j.conb.2006.05.011

Yang, S., & Chang, M. C. (2019). Chronic pain: structural and functional changes in brain structures and associated negative affective states. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(13), 3130. <https://doi.org/10.3390/ijms20133130>

org/10.3390/ijms20133130

Zale, E. L., & Ditre, J. W. (2015). Pain-related fear, disability, and the fear-avoidance model of chronic pain. *Current Opinion in Psychology*, 5, 24-30. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2015.03.014>

Always all the Rage: Anger and its Management

Ida Zdilar
University of Zagreb
Faculty of Humanities and Social Sciences
Department of Psychology
ORCID: 0000-0001-7604-6855

Abstract

Anger is one of the basic human emotions and every person, almost certainly, has experienced it at least once in their lifetime. Anger arises as a result of a perceived threat, frustration or offense. Neuropsychological research has detected several brain areas responsible for excessive anger expression (e.g., anterior cingulate cortex, insula and amygdala), and poor anger management (e.g., orbital and prefrontal cortexes). Some studies show that neurotransmitters norepinephrine and dopamine also play a significant role in this emotion. Despite its classification as a negative emotion, anger, if properly expressed, can be beneficial to the individual and thus considered as beneficial from an evolutionary standpoint - primarily enabling the angered to resolve conflicts in their favor. If one's anger, however, interferes with everyday functioning, many people decide to seek professional help to prevent further consequences. Since anger cannot be separated from its social environment, anger management approaches range from pharmacological to cognitive-behavioral agents, relaxation therapy, psychodynamic and other approaches. The importance of adequate anger management is supported by the negative consequences of maladaptive anger coping strategies, most notably hypertension and coronary heart disease, as well as deterioration of social relationships.

Keywords: anger, anger management, neuropsychology of anger

Introduction

You just stubbed your little toe on the leg of a chair. You might, of course, blame yourself for being so clumsy and continue with your life as per usual, but it is much more plausible that you would at least let out a little scream. It is possible, based on the severity of the critical hit, that you would curse, perhaps lie down, and try not to cry, or you might even, following Newton's third law of motion, kick the chair over and break its kneecaps. The emotion felt in the described example would be none other than anger itself. Reeve (2018) considers anger one of the primary emotions and, as such, instinctive, universally induced by specific factors and unique to other emotions in its manifestation and physiological pattern. According to Averill's (1983) social-constructionist theory, anger cannot simply be divided into psychological, cognitive, behavioral, or any other aspects - it is unitary and only ever fully understood in its social context. Such social context gives before mentioned elements the singular unitary frame for understanding it as an integrated construct which cannot be replaced by any of them. In other words, before we know the complete reaction of a person as a whole - the circumstances of the onset of this emotion, the thought process which led to it, the physiological and physical response of the body, or the affective response that was triggered, we cannot recognize it as the emotion of anger. Gilam and Hendler (2015) discern three possible factors, stemming from the social context, influencing the onset of anger: a) rational or irrational, direct or indirect physical or psychological threat in the environment, b) frustration caused by goal obstruction, and c) perceived personal offense such as unfair treatment, infraction of norms, or insults towards oneself or one's loved ones or their group. Blair (2011) found that not all norms cause the same level of anger when broken, pointing out that people are most sensitive about conventional and fairness/cooperation norms. Regarding the example from the beginning of the introduction, one might feel anger because a) they interpreted the chair as being a tripping hazard, b) they felt frustrated after hitting and hurting themselves, or c) they inferred that the chair was put in their path and with malicious intent by another person, respectively.

More often than not, anger is easily recognized by observing a person's face - stubbing one's toe on a chair, as previously described, might make one furrow their eyebrows (activating their corrugator muscles, causing the eyebrows to sink and center), squint their eyes (orbicularis oculi pulling the lower eyelid upwards) and purse their lips (orbicularis oris pressing them together; Reeve, 2018). However, it is not just the facial muscles that reveal anger - the whole body tenses up (Berkowitz & Harmon-Jones, 2004). Stemmler (2009) also acknowledges an acceleration in respiration, an increase in blood pressure and heart rate, along with an increase in body temperature as physiological anger responses.

The general, widespread assumption appears to be that anger is condemnable and

should be avoided at all costs. This is not surprising, as anger is known to cause deterioration of social relationships – whether it be with work colleagues, friends, or romantic partners (Lench, 2004). It can also interfere with physical well-being, leading to health problems like hypertension and coronary diseases (Williams, 2009). When a person perceives a threat and reacts aggressively, this conventional anger response is often likened to the emotion itself. However, aggression is neither necessarily caused by anger, nor is anger necessarily accompanied by aggressive behavior (Gilam & Hendler, 2015). Along with the negative consequences anger harbors, those being the deterioration of social relationships, most prominently through mediation of aggressive anger outbursts, or direct physical repercussions of the emotional response, it is, with all of its various expressions, in a sense, a negative consequence by itself. That is, it is frequently considered not just by itself, but as just one aspect, it being a symptom or a manifestation, of a much broader problem, as well. For example, although Intermittent Explosive Disorder, characterized by disproportionate impulsive and aggressive outbursts, is listed in the newest edition of The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM–5; American Psychiatric Association, 2013), anger and anger attacks are more commonly regarded as a comorbid disorder or as symptoms of other mental disorders, such as post-traumatic stress disorder, major depressive disorder, borderline personality disorder (Lench, 2004), and psychopathy (Blair, 2011). According to Lench (2004), this is the main cause of difficulty with diagnostic separation of anger from mental disorders such as depression and anxiety, and as such furthers the increasingly negative stereotyping of anger as an emotion.

However, anger is not necessarily maladaptive - not every anger-prone person has comorbid disorders relating to depression or anxiety and not everyone expresses their anger in a socially unacceptable manner. According to Berkowitz and Harmon-Jones (2004), anger can motivate towards goal attention, decreasing the chances of a flight response and withdrawal upon encountering an obstacle. Depending on how it is regulated and how the situation is handled, anger can be quite adaptive and largely effective in obtaining benefits without jeopardizing others. One theory that expands on this is the *recalibrational theory of anger* (Sell et al., 2009), which proposes that anger is a neurocognitive product that evolved as a bargaining tactic to ensure a positive outcome for the angered individual. According to this theory, anger appears when a person observes there are not enough resources. Based on the angered person's perception of self-worth in respect to fitness, an evolutionary term referring to capabilities of an individual to adapt, survive and reproduce, they might resort to a withdrawal of benefits, for example refusing to socialize with the “victim” (the one whose resource delivery is regarded as unsatisfactory), or infliction of costs, such as spreading gossip about them, similar to negative reinforcement and punishment in

instrumental conditioning. This reasoning results in the hypothesis that individuals with a greater amount of benefits, and whose cost infliction might be crucial to those surrounding them, regard they should receive more resources, thus having a lower tolerance threshold for the provision of resources. Finally, they should presumably resolve conflicts more easily and with less damage, due to their fitness value. That is, since they are regarded as more evolutionary necessary to their social environment, they should be more seldomly “provoked” and more swiftly indulged once being provoked with inadequate resource provision. This was confirmed in a study by Sell et al. (2009) that investigated these premises in relation to strength and attractiveness, measured, respectively, with lifting strength, self and other perception of strength, flexed bicep circumference, direct measure of arm/chest strength and comparisons with others of the same gender in attractiveness. Results of the self-report measures, measuring variables such as history of fighting, utility of personal and political aggression, entitlement and more, lead these researchers to conclude that the theory could be true, especially for men who consider themselves physically stronger and women who consider themselves more attractive. These two categories angered more easily and felt entitled to better treatment, while men also showed greater proneness to and personal history of interpersonal aggression, as well as, on a more global scale, condoning greater use of military force. However, they also appeared to be more efficient in resolving their conflicts than their less anger-prone counterparts. This is certainly not always the case - anecdotal evidence suggests that it is not only the (self-perceived) attractive women and strong men who get angry and commit violent crimes. There are also other variables, a shortcoming even the authors of the article propose, that might influence the tolerance threshold, such as intelligence, financial status and other. It is possible these other variables might moderate the fundamental process proposed by the recalibrational theory. For example, financial status can strengthen or weaken the relation between strength and tolerance as viewed, and in the study shown, by the recalibrational theory. Still, the conclusions stemming from the theory, compared to real-life cases, seem relatively logical and are a valid argument for the adaptive aspect of anger.

This review will, however, consider the more predominant and initially mentioned, negative side of anger. Firstly, the corresponding neural mechanisms of anger will be revealed. Following the view of biopsychology and neuroscience on adaptive and maladaptive anger, its management will be discussed using several psychotherapy approaches, with a special focus on therapy of cognitively impaired patients following brain injury. Finally, both negative and positive consequences of anger will be considered.

Neural mechanisms of anger

Neuroanatomy of anger. Before the cognitive appraisal and attribution of anger, following the progress of time there occurs, according to Berkowitz (1990), a kind of primitive anger that automatically provokes an associative network including feelings and thoughts, but also more tangible components such as physiological and motor responses. When one thinks of emotions, they think of the amygdala, and such is the case with anger, as well. The core neural system activated in response to threat consists of the medial amygdala, stria terminalis, medial hypothalamus, and periaqueductal gray matter. This seems to be a suitable explanation for both animals and humans, and is posited by the affective neuroscience personality theory (Panksepp & Panksepp, 2013) and its description of the so-called RAGE system, a basic emotion system found in all mammals, which includes the dorsal periaqueductal gray matter, medial amygdala, ventral medial forebrain bundle and the prefrontal cortex, and explains both the neurological and neurochemical basis of anger.

According to Gilam and Hendler (2015), one of the most used paradigms in neuropsychological research of anger is the self-generation of anger by remembering and picturing authentic autobiographical memories marked with and recognized by feelings of anger or immersing oneself in an experiment-generated anger inducing scenario. Some studies pair this paradigm with Positron Emission Tomography (PET), a neuroimaging technique used to create a two-dimensional moving picture of the horizontal slice of the brain in color. Regions identified as crucial using such pairing were the ventral (VPFC) and orbital prefrontal cortexes (OPFC), the anterior cingulate cortex (ACC), the thalamus and hypothalamus, the medial temporal lobe, the insula, regions of the cerebellum and the brainstem, and the temporal poles (Damasio et al., 2000). It is hypothesized that the temporal poles are involved in *mentalizing*, i.e. the assessment of another's emotional state to judge the nature of the event and the other's intent for moderating the anger one ought to be feeling (Denny et al., 2012). They are also, along with the medial temporal lobe, implicated in the recall of declarative information from memory (Squire et al., 2004). According to structural 3D and functional neuroimaging techniques, it appears that during anger control, either via cognitive reappraisal or rumination, brain areas such as the orbitofrontal cortex, the inferior frontal gyrus, the caudate nucleus and the putamen, the insula, the thalamus, and the amygdala are activated. More specifically, the inferior frontal gyrus, along with the amygdala and the thalamus, plays a key role in the continuous negative reappraisal, repetitive thinking focused on the causes and consequences of a past action or situation (Sukhodolsky et al., 2001), also known as *rumination*. In the context of anger, rumination manages, suppresses, and inhibits the intensity and implications of

the anger experience (Martino et al., 2015). The longer a person contemplates the event, the longer they feel anger and, possibly, the higher the intensity of said anger, interfering with processes of emotional and cognitive regulation (Denson et al., 2012). When the participant in an anger-inducing paradigm loses self-control, or perhaps does not have it in the first place, they exhibit aggressive behavior characterized by reduced activity in the ventromedial prefrontal cortex, and an increased activity of the anterior cingulate cortex, as can be seen in Pietrini et al. (2000) study with PET and MRI, a neuroimaging technique used to create brain images via detection of magnetic brain signals.

A paradigm with a greater internal validity than the previously described one is the direct induction of anger, most prominently by implementing personal offense within a study of a seemingly different objective (Gilam & Hendler, 2015). This paradigm introduces sterner control over interpersonal variability of anger-inducing situations (every participant is exposed to the same anger-inducing situation) and has the benefit of observing immediate reactions instead of recollections. Here, increased activity was observed in the medial and lateral areas of the prefrontal cortex, the insula, the thalamus, the hippocampus, and both the posterior and the anterior cingulate cortex. The dorsal anterior cingulate cortex activity reflected the intensity of subjective estimate of anger and trait aggression, while the rostral anterior cingulate cortex and posterior cingulate cortex, combined with the hippocampus and the insula, reflected the self-reported rumination tendency operationalized by the frequency with which one thought of their performance after being disrupted by the experimenter to induce anger (Denson et al., 2009).

Grecucci et al. (2012) asked their participants to use reappraisal as a positive anger-decreasing strategy in a social interaction-based paradigm of the “ultimatum game”. The paradigm consists of two players splitting a large sum of money in which the first subject gives an offer the other decides to refuse or accept, depending on how fair the offer is interpreted. The authors found both increased activity in the dorsolateral prefrontal cortex and decreased activity in the insula as their participants were making a rational decision regarding the anger-inducing situation. In a provocative negotiation paradigm, essentially an ultimatum game paradigm with the addition of a scripted provocation by the offer-giver after each round of negotiations, Gilam et al. (2015) discovered, using the MRI technique, that rational decision-making was associated with the activation of the ventromedial prefrontal cortex and orbitofrontal cortex and inhibition of brainstem activity (likely locus coeruleus).

As far as facial recognition of emotion manifestation and subsequent emotional and cognitive response goes, studies have shown that it is associated with activity in the

middle frontal gyrus, the inferior frontal gyrus, the anterior cingulate cortex, the middle temporal gyrus, the parahippocampal gyrus, the claustrum, the insula, the fusiform gyrus, and the occipital gyrus (Fusar-Poli et al., 2009), and increased activity in the amygdala. The latter (Beaver et al., 2008), along with reduced connectivity to the ventromedial prefrontal cortex (Passamonti et al., 2008), determines the individual behavioral response to the recognition of the angered person. It appears that the prefrontal region of the brain, especially the ventromedial prefrontal cortex and the orbitofrontal cortex, are responsible for the general control of anger and aggression. Activity of the prefrontal cortex (PFC) is negatively correlated with aggressive behavior upon viewing angered faces (Beyer et al., 2014), and it is generally associated with regulatory behavior and cognitions (Buhle et al., 2013). Likhtik et al. (2005) claim that certain areas of the PFC have excitatory connections to the inhibitory neurons in the amygdala, therefore suppressing its activation upon threat perception. When one fails to handle intense anger, Blair (2011) suggests that it is because the PFC failed in its task due to reduced efficiency after being overpowered by emotion. Mega et al. (1997) posed that the medial orbitofrontal cortex along with the limbic system might play a role in motivational and affective operating, while the lateral orbitofrontal cortex, a component of the prefrontal circuit, may be responsible for the mediation of behavior in response to the social context. In their PET study on healthy adult males, Dougherty et al. (1999) found activation in the lateral orbitofrontal cortex, but not in the medial orbitofrontal cortex, hypothesizing that behavioral inhibition of anger took place. The subjective feeling of anger is commonly associated with the insula, linked to emotional experience, and the (dorsal) anterior cingulate cortex, linked to control and modification of behavior in situations that are in any way perceived as difficult. The two are also hypothesized to be involved in the perception of both social and physical pain (Gasquoin, 2013; Iannetti & Mouraux, 2010). It has also been found that the rostral affective division of the anterior cingulate, due to its connections to the hippocampus, the amygdala, the insula, the prefrontal areas, and the inferior temporal pole (Mega et al., 1997) is more involved in processing emotional information than in the experience of emotion itself (Lane et al., 1997).

Other than threat perception, anger, as has previously been described, can be induced by experiencing a frustrating event, especially when reinforcement principles are changed - behavior is no longer rewarded, or is even punished. The former paradigm is called behavioral extinction, and the latter reversal learning (Blair, 2011). When anger is induced in such a way, parts of the striatum are activated (Abler et al., 2005). The orbital/ventromedial (Brodmann's Area 10 and 11), inferior (Brodmann's Area 47 and 45) and dorsolateral frontal cortex and the anterior cingulate cortex (Brodmann's area 32) have also been identified as key areas (Budhani et al., 2007). The ventromedial

frontal cortex shows reduced activity during the reception of information about the omission of reward, while the dorsomedial, lateral, and especially inferior frontal cortexes appear to direct the subsequent change in behavioral response (Budhani et al., 2007). The situation is not too different from experiencing social frustration, and it was demonstrated that when fairness/cooperation norms are broken, the anterior insula, the dorsomedial and lateral frontal cortexes exhibit an increase in activation (Sanfey et al., 2003).

Autonomic nervous system. Proneness to anger and anger itself cause not only cortical activation, but influence the autonomic nervous system as well. Compared to other emotional states, anger has a greater arrhythmogenic effect - that is, pathologic irregularity of the heartbeat (Taggart et al., 2011). Taggart et al. (2011), however, still leave open the question of whether this is the case because of a specific pattern of activation in the autonomic nervous system or simply because of a greater arousal state in comparison with other emotions. Both hypotheses are scientifically supported, albeit the evidence for the former appears to be stronger, reporting an increase in heart rate and sympathetic dominance due to an unchanged high frequency component of heart rate variability (Rainville et al., 2006). Anger has also been known to increase the plasma catecholamines volume (Lampert et al., 2005) and decrease the activity of the X nerve - the vagus (Bernardi et al., 2000), eliciting an overall rise in sympathetic and a drop in parasympathetic activity. The vagus relation demonstrates that the autonomic nervous system is not entirely independent of the cortical activities regarding anger and emotion. For example, in patients with ICD diagnoses, anger induced T wave ECG alternans, which were predictive of later arrhythmic irregularities (Lampert, 2009).

Biochemistry of anger. Concerning the biochemical basis of anger, the higher the levels of norepinephrine and dopamine, the higher the chances of an aggressive response, a common occurrence following an anger outburst (Reuter et al., 2009). Additionally, noteworthy is the MAOA gene, specifically its product monoamine oxidase A, which regulates enzymatic metabolism of the neurotransmitters serotonin, dopamine and norepinephrine (Fowler et al., 1987). The lower the activity of the MAOA gene in the brain was, the higher the self-reports of aggression on Spielberger's (1988) State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2) were, regardless of the low/high genotype classification (Alia-Klein et al., 2007). Thus, even the aggression predicting low MAOA genotype cannot by itself be responsible for violent behavior. Rather, it is a part of a complex interaction of nature within itself and with the environment (Widom & Brzustowicz, 2006).

Even though genes play a part in the probability of an anger response to a stimulus, hormones may play an even more significant role. Arita (2009) claims that stress hormones such as the adrenocorticotrophic hormone and cortisol do not directly inhibit

the serotonergic circuit in the raphe nucleus. Rather, based on the observations of rodents, a neural circuit that indirectly inhibits the serotonergic circuit via corticotropin-releasing factor neurons within the hypothalamic paraventricular nucleus, which then directly projects to the dorsal raphe nucleus and inhibits serotonin neurons via gamma aminobutyric acid GABA-ergic neurons has been proposed (Waselus et al., 2004). One might assume that the greater the stress a person experiences, the lower the activity of serotonin - therefore directly affecting the onset and the processing of the emotion of anger.

Anger management

Everyone experiences anger occasionally. Nevertheless, the ways people express anger and cope with it vary substantially. Heather Lench (2004) investigated these differences in her study that compared both a student and an anger management program sample. In both groups, those who scored higher on anger affection on Spielberger's (1996) STAXI test, on average used more maladaptive strategies (avoidance, aggressive action, antisocial action, instinctive action, indirect action, and expression of anger inwards) than adaptive strategies (support seeking, social joining, cautious action and control over the expression of anger), and vice versa. The only exception was assertive action, typically regarded as a positive strategy, where no significant differences were found. The participants also reported different outward expressions regarding their proneness to anger, the high-anger group reporting more physical, verbal, and nonverbal assault on people and objects and the low-anger group using more adaptive anger-out techniques like time-out and reciprocal communication.

Growing in popularity of maladaptive anger management are several folk remedies. Some of them are more Freudian, dealing with anger in cathartic ways, like rage rooms where one smashes plates against a wall and breaks TVs with a bat, paintball and axe-throwing arenas, or miscellaneous martial arts training. Some are more peaceful, like running, or art therapy. Still, this paper will focus on those more scientifically validated. Considering the biological foundation of anger in the brain, it is not irrational to assume medicating to be one of the most prominent approaches in managing maladaptive expression of anger. However, not only is it not as ground-breaking as one would at first believe, but it is also used with extreme caution and is one of the least commonly implemented strategies of anger management. Nevertheless, several pharmacological agents have proven effective and are occasionally used, especially when treating underlying disorders behind anger episodes, like those mentioned in the introduction. The most commonly used ones are the well-known psychostimulant Adderall, antianxiety agents Xanax and Valium, and sleep medication (Potter-Efron,

2012). Mood stabilizers lithium and valproic acid, anticonvulsant carbamazepine, antihypertensive agents beta-blockers in patients with lesions, antipsychotics risperidone and clozapine, serotonin reuptake inhibitors anxiolytic agent buspirone and antidepressant trazodone are also occasionally prescribed. However, benzodiazepines, pharmacological agents that have been previously used, should be avoided at all costs, as they have been proven to be counter effective (Glancy et al., 2017). Which medicine to implement in addition to another anger management technique is most often decided by means of trial and error, while it is highly emphasized that any medicine should not be used further than is needed for the client to learn adaptive anger management skills (Potter-Efron, 2012), or even be used as the last resort, especially in the case of patients with brain injury (Demark & Gemeinhardt, 2002).

The most widespread anger management approaches are cognitive therapy, cognitive behavioral therapy (CBT), cognitive relaxation therapy, stress inoculation approach, relaxation coping skills, social skills training, psychoeducation, psychodynamic therapy and acceptance and mindfulness (Glancy et al., 2017). Cognitive therapy attempts to instruct the client to rise above automatic appraisals and cognitive distortions by means of cognitive restructuring and reappraisal during affect-charged events (Beck, 1964). It does so through several steps including evaluation of the nature of the client's anger and identification of triggering environmental factors, self-monitoring instructions and differentiation of adaptive versus maladaptive cognitive appraisals and coping mechanisms. Finally, a healthy response in anger's stead is rehearsed (Deffenbacher et al., 2000). This is sometimes done using an interesting technique called instructional self-talk, which implies that the client's own verbal statements can control the behavioral response in an anger episode (Demark & Gemeinhardt, 2002). From this approach stem both cognitive behavioral therapy and cognitive relaxation therapy. Cognitive behavioral therapy additionally incorporates behavioral alteration through improving interpersonal and problem-solving skills in hopes of easing the controversial situation before the anger response even ensues (Glancy et al., 2017), while cognitive relaxation therapy adds relaxation techniques on top of the cognitive base as a form of a setup for successful implementation of restructuring techniques (Deffenbacher et al., 1988). Relaxation coping skills, the same as those used in cognitive relaxation techniques, target overwhelming emotional and physiological arousal, minimizing the stress response during an anger episode, and encourage self-control. Techniques such as relaxing imagery, deep breathing, either progressive muscle relaxation or muscle relaxation without tensing, cue-controlled relaxation and more are learned, practiced, and perfected in a relaxing environment of the therapist's office (Deffenbacher & Stark, 1992).

The stress inoculation strategy focuses on recognition of stress cues in the environment

and during rehearsals works on positive inner dialogue, cognitive reappraisal, and acquisition of a behavioral skillset (Meichenbaum & Deffenbacher, 1988; Novaco, 1977). Social skills training, as the name itself suggests, concerns both intrapersonal and interpersonal skill acquisition in service of de-escalating conflicts and regulating emotions that arise as a product. The most practiced skills being developed are active listening, negotiation, problem-solving, assertiveness, and positive feedback (Deffenbacher et al., 1987), as well as self-regulation over verbal and nonverbal expressiveness. Psychodynamic psychotherapy helps the client become conscious of their unconsciousness that supposedly stems from childhood. This approach heightens their responsiveness to their own feelings in hope of maintaining emotional self-regulation and developing verbal self-expression instead of channeling the suppressed energy through angry and violent outbursts (Lanza et al., 2009). The acceptance-mindfulness approach tries to boost self-awareness and acceptance of one's own feelings, thoughts and physiology in the present, without fixating either on the mistakes of the past or the uncertainty of the future through, among other - meditation, breathing exercises and yoga (Wright et al., 2009), in order to attain the ability to express anger in an adaptive, healthy way (Borders et al., 2010).

Most of these interventions can be implemented both individually, and in a group setting, and have been shown to be effective in various populations battling anger problems - from angry students, drivers, parents, and more (Glancy, 2017). Most of these approaches have similar effects, but CBT is the most widespread. Nevertheless, the psychodynamic approach at times shows enviable results, even in comparison to cognitive behavioral therapy (Lanza et al., 2009). The mindfulness-approach integrated with CBT in dialectical behavior therapy yields similar results (Frazier & Vela, 2014). But, there are a few exceptions - social skills training has an effect only on mild anger and cannot help with environmental factors and either direct or indirect hostility (Schippers et al., 2001), and psychoeducation - an approach most often used in an attempt to rehabilitate batterers - has been shown to be ineffective in the long run, and appears to work only superficially, under supervision that is most often temporary (Maxwell et al., 2010). Authors conclude that, while longer treatments do, in fact, appear to produce better results in comparison with shorter programs, it is simply because the supervision time is significantly longer. Ergo, neither of those permanently change the cognitive-behavioral pattern of the court mandated attendees of therapy. Nonetheless, it is more likely the lack of remorse and adequate motivation to change which halts the lasting betterment of such a population, rather than the approach itself. Regarding the successful approaches, they are mostly appointed in combination rather than applying just one approach, to reach maximum potential (Demark & Gemeinhardt, 2002).

A special line of anger management clients are people with an acquired brain injury

(ABI). Antonak et al. (1993) distinguish between two versions of anger in patients with a brain injury: internalized (directed towards themselves since they are blaming themselves for their condition) and externalized (directed outwards since they blame others for their injury). Prigatano (1992) differentiates between anger, preceded by frustration (both psychological factors), and *episodic dyscontrol*, an unprovoked violent assault (along with *agitation* - constant uninhibited movement, neurologically based and characteristic of brain injury patients). Anger in the ABI population is most commonly recognized by aggressive behavior persistently linked to damage in the frontal lobes and the prefrontal cortex (Tateno et al., 2003). Each instance of aggressive behavior is thought to be a result of a combination of pre-morbid internal and post-morbid external factors, but also cognitive impairments and damaged neural connections which is why pharmacological treatment is used more often than psychotherapy (Hicks et al., 2019). However, as there are no FDA approved medications in this field, all medication is prescribed off-label - that is, for purposes other than those it is intended for, which results in a diverse spectrum of treatments that may not always solve the problem and carry certain risks as heavy as, for instance, depression (Hicks et al., 2019). Some of them, namely propranolol, have worsened the BI patients' state, and only a few of them, such as methylphenidate, have had an effect on anger (Hicks et al., 2019). Several pharmacological agents were, however, effective in treating aggression and frustration in a brain injury sample. On the other hand, as most of used medications better the psychological wellbeing and cognition on a more extensive level, Hicks et al. (2019) justifiably pose a question of whether the medicine even has a direct and specific impact on aggression and anger itself, so much as on general lowering of other pathologies and then consequently, inadvertently, on anger. Be it as it may, the use of pharmacotherapy will continue to be necessary at least in the most difficult cases of BI where it indeed has produced the best results, regardless of the overall mixed findings and sometime brief and weak effects. On the other hand, the psychotherapeutic approach most used in treating anger issues within this population is CBT because of its very detailed structure and achievable goals in redefining the strategies distinctive to their personalities (Whitehouse, 1994), but also because of its behavioral aspect which can help structure their lives with the help of therapists and close people (Demark & Gemeinhardt, 2002). Demark and Gemeinhardt (2002) also imply that simpler relaxation techniques might be appropriate for patients with acquired brain injury other than those whose anger is neurologically caused. They also recommend not combining approaches with patients with brain injury so as not to overload their cognitive capacities. Additionally, while individual therapy has its advantages considering attention and motivation deficits in patients with brain injury (McGlynn, 1990), group therapy might have its benefits too, especially for patients with brain injury, since it, besides being economical, encourages social comparison

and instills hope (Delmonico et al., 1998).

In the case of patients with a brain injury, cognitive behavioral therapy has been shown to be the best choice. However, one cannot overlook the enormous attention it receives from both the scientific and non-scientific public in comparison with other approaches on a non BI population. Approaches such as psychodynamic therapy and dialectical therapy, but also mindfulness have been helpful, if not just as effective. One of those is certainly Shepherd's (2020) anger management treatment with a mindfulness/transactional analysis basis. Yet, they are still underrepresented in the public eye. As not one person is the same as the other, in addition to combining strategies from different approaches, it might be beneficial for patients to choose the course of action according to their own discretion after assessing the situation and being introduced to options other than the mainstream ones. For them to be able to adequately evaluate the options, those options must be available and validated, which calls for more reviews on the effects of anger management approaches other than those based on cognitive behavioral therapy. Furthermore, current data suggests that psychoeducation is not a suitable solution for rehabilitation of batterers which leaves open the space for improvement and even innovation in the anger management field, as battery is a consistent problem in aggressive anger. Lastly, although there is a myriad of instances of people using rage rooms, running and martial arts training as a form of anger management, either continuously or as a one-time solution, there have not been enough studies investigating the effects they actually have on anger and aggressive actions that may follow it. An issue like that should be pursued given the popularity of such "remedies" and the mixed evidence it has produced so far, especially in martial arts training, including the abundance of variables influencing the outcomes of such activities such as age, time spent training and the level of traditionality and philosophy behind the martial art, together with accompanying meditation practices (Lafuente et al., 2021).

Whichever modifications needed - simplifications of concepts, concrete examples, repetition and homework (Walker et al., 2010) - it is important to note that anger management does help healthy individuals as well as the brain injured and that, although it is easier and more effective when cutting at the root of the problem, anger management can be helpful at any time during the anger experience and should be attempted before having to deal with the consequences (Demark & Gemeinhardt, 2002).

Consequences of the (in)ability to control anger

Anger is known to have a negative impact on overall well-being. Lench's (2004) study showed that those attending an anger management program and students scoring high on anger on Spielberger's (1996) STAXI test showed fewer and less fulfilling romantic, social and work relationships. Their friendships ended in conflict more often than of those scoring low on anger, and those among them with longer-lasting relationships reported more frequent verbal and physical aggression within said relationships. Nevertheless, Candelaria et al. (2012) exhibited how school-based CBT problem-solving anger management interventions are the most effective in reducing negative *emotional* and social outcomes of poor anger management, such as aggressive behavior and subjective feeling of anger, in school-aged children. Valizadeh et al. (2010) implemented a 10-session anger management skill training with a *group* of adolescents and showed it can reduce angry thoughts and aggressive behavior. Buş et al. (2009) showed that in the population of prisoners in Romania, anger management training lead not only to a reduction in state anger and verbal and physical attacks, measured by Spielberger's (1988) STAXI and evaluations of the prison staff, but also a substitution of maladaptive coping styles with assertiveness, and that progress remained constant even two months after the program took place.

One's interpersonal relationships are without question an aspect that particularly suffers when one exhibits anger management issues - but it is certainly not the only one. Fortunately, anger management has proven effective in minimizing the negative consequences even in those cases. One of the negative consequences on health is, whether as a result of anger *suppression* or the lack of it, an increased risk of cardiovascular diseases, notably hypertension or coronary heart disease (Williams, 2009) and heart-attack (Player et al., 2007). Larkin and Zayfert (1996) demonstrated, however, that Novaco's (1977) multicomponent stress inoculation anger management approach, an approach characterized by three phases: the first, in which they're introduced to the underlying cognitive basis of their anger, the second, which aims to develop relaxation, assertiveness and problem-solving skills, and the third, in which previously learned knowledge is implemented and practiced on a variety of anger-inducing hypothetical situations in a hierarchical order (Demark & Gemeinhardt, 2002), resulted in lower diastolic blood pressure in patients. Another increased risk is a smoking *addiction* (Gehricke et al., 2007) - it is possible that angry people are more inclined to start smoking and become dependent on nicotine trying to manage the stressful circumstances they keep finding themselves in. Gehricke et al. (2009) even propose that generalized cortical and subcortical activation *upon* nicotine use may reflect task performance (in)efficiency of higher cortical and subcortical functioning in charge of planning and processing *emo-*

tional anger stimuli. Laitano et al. (2021) conclude in their review that psychoactive substance abusers also score higher on anger, experiencing it more often and more strongly. They attribute this partially to withdrawal symptoms causing frustration and *agitation* during abstinence, not excluding the possibility of long-term cortical changes throwing the reward system out of balance - primarily in drug users and secondarily in alcoholics. Comorbid with anger issues, in this population particularly and possibly due to substance-induced neurological dysfunctions, are particularly anxiety, depression and impulsivity (Aksu et al., 2020). It was also suggested that substance abuse, typically comorbid with anger expression issues, might precede aggressive behavior (Glancy et al., 2017), but anger management interventions provide evidence that even such situations where one's anger is induced and even amplified by substance use and dependency might be resolvable (Fernandez & Scott, 2009). In conclusion, anger management can not only decrease both individual and societal costs of poor anger control, whether *emotional*, behavioral, social, health-wise, or financial (Glancy et al., 2017), but anger, when correctly articulated, can improve negotiation abilities (van Dijk et al., 2008) resulting in financial (Grecucci & Sanfey, 2014), or moral benefits (Salerno & Peter-Hagene, 2013).

Conclusion

Anger is known to have a negative impact on overall well-being. Lench's (2004) study showed that those attending an anger management program and students scoring high on anger on Spielberger's (1996) STAXI test showed fewer and less fulfilling romantic, social and work relationships. Their friendships ended in conflict more often than of those scoring low on anger, and those among them with longer-lasting relationships reported more frequent verbal and physical aggression within said relationships. Nevertheless, Candelaria et al. (2012) exhibited how school-based CBT problem-solving anger management interventions are the most effective in reducing negative emotional and social outcomes of poor anger management, such as aggressive behavior and subjective feeling of anger, in school-aged children. Valizadeh et al. (2010) implemented a 10-session anger management skill training with a group of adolescents and showed it can reduce angry thoughts and aggressive behavior. Buş et al. (2009) showed that in the population of prisoners in Romania, anger management training lead not only to a reduction in state anger and verbal and physical attacks, measured by Spielberger's (1988) STAXI and evaluations of the prison staff, but also a substitution of maladaptive coping styles with assertiveness, and that progress remained constant even two months after the program took place.

One's interpersonal relationships are without question an aspect that particularly suffers

when one exhibits anger management issues - but it is certainly not the only one. Fortunately, anger management has proven effective in minimizing the negative consequences even in those cases. One of the negative consequences on health is, whether as a result of anger suppression or the lack of it, an increased risk of cardiovascular diseases, notably hypertension or coronary heart disease (Williams, 2009) and heart-attack (Player et al., 2007). Larkin and Zayfert (1996) demonstrated, however, that Novaco's (1977) *multicomponent stress inoculation anger management approach*, an approach characterized by three phases: the first, in which they're introduced to the underlying cognitive basis of their anger, the second, which aims to develop relaxation, assertiveness and problem-solving skills, and the third, in which previously learned knowledge is implemented and practiced on a variety of anger-inducing hypothetical situations in a hierarchical order (Demark & Gemeinhardt, 2002), resulted in lower diastolic blood pressure in patients. Another increased risk is a smoking addiction (Gehricke et al., 2007) - it is possible that angry people are more inclined to start smoking and become dependent on nicotine trying to manage the stressful circumstances they keep finding themselves in. Gehricke et al. (2009) even propose that generalized cortical and subcortical activation upon nicotine use may reflect task performance (in)efficiency of higher cortical and subcortical functioning in charge of planning and processing emotional anger stimuli. Laitano et al. (2021) conclude in their review that psychoactive substance abusers also score higher on anger, experiencing it more often and more strongly. They attribute this partially to withdrawal symptoms causing frustration and agitation during abstinence, not excluding the possibility of long-term cortical changes throwing the reward system out of balance - primarily in drug users and secondarily in alcoholics. Comorbid with anger issues, in this population particularly and possibly due to substance-induced neurological dysfunctions, are particularly anxiety, depression and impulsivity (Aksu et al., 2020). It was also suggested that substance abuse, typically comorbid with anger expression issues, might precede aggressive behavior (Glancy et al., 2017), but anger management interventions provide evidence that even such situations where one's anger is induced and even amplified by substance use and dependency might be resolvable (Fernandez & Scott, 2009). In conclusion, anger management can not only decrease both individual and societal costs of poor anger control, whether emotional, behavioral, social, health-wise, or financial (Glancy et al., 2017), but anger, when correctly articulated, can improve negotiation abilities (van Dijk et al., 2008) resulting in financial (Grecucci & Sanfey, 2014), or moral benefits (Salerno & Peter-Hagene, 2013)

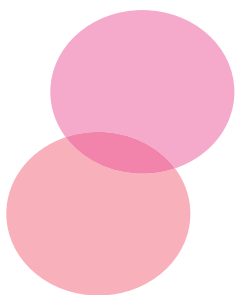
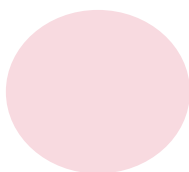
References

- Abler, B., Walter, H., & Erk, S. (2005). Neural correlates of frustration. *NeuroReport*, 16(7), 669–672. <https://doi.org/10.1097/00001756-200505120-00003>
- Aksu, M. H., Sahiner, S. Y., Şahiner, İ. T., Koparal, B., Utku, C., Coşar, B., & Arikan, Z. (2020). Relationship between somatization and psychiatric symptoms, especially anxiety, depression, alexithymia, and severity of addiction in male patients with alcohol and heroin addiction. *Düşünen Adam PsikiyatriVeNörolojikBilimlerDergisi*. <https://doi.org/10.14744/dajpns.2020.00071>
- Alia-Klein, N., Goldstein, R. Z., Tomasi, D., Woicik, P. A., Moeller, S. J., Williams, B. F., Craig, I. W., Telang, F., Biegan, A., Wang, G., Fowler, J. S., & Volkow, N. D. (2009). Neural mechanisms of anger regulation as a function of genetic risk for violence. *Emotion*, 9(3), 385–396. <https://doi.org/10.1037/a0015904>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Antonak, R. F., Livneh, H., & Antonak, C. (1993). A review of research on psychosocial adjustment to impairment in persons with traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 8(4), 87–100. <https://doi.org/10.1097/00001199-199312000-00009>
- Arita, H. (2009). Brain Mechanisms of Poor Anger Management. *Journal of the Japan Medical Association*, 52(3), 184–190.
- Averill, J. R. (1983). Studies on anger and aggression: Implications for theories of emotion. *American Psychologist*, 38(11), 1145–1160. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.38.11.1145>
- Beaver, J. D., Lawrence, A. D., Passamonti, L., & Calder, A. J. (2008). Appetitive Motivation Predicts the Neural Response to Facial Signals of Aggression. *Journal of Neuroscience*, 28(11), 2719–2725. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.0033-08.2008>
- Beck, A. T. (1964). Thinking and Depression. *Archives of General Psychiatry*, 10(6), 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720240015003>
- Berkowitz, L. (1990). On the formation and regulation of anger and aggression: A cognitive-neoassociationistic analysis. *American Psychologist*, 45(4), 494–503. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.45.4.494>
- Berkowitz, L., & Harmon-Jones, E. (2004). Toward an Understanding of the Determinants of Anger. *Emotion*, 4(2), 107–130. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.4.2.107>
- Bernardi, L., Wdowczyk-Szulc, J., Valenti, C., Castoldi, S., Passino, C., Spadacini, G., & Sleight, P. (2000). Effects of controlled breathing, mental activity and mental stress with or without verbalization on heart rate variability. *Journal of the American College of Cardiology*, 35(6), 1462–1469. [https://doi.org/10.1016/s0735-1097\(00\)00595-7](https://doi.org/10.1016/s0735-1097(00)00595-7)
- Beyer, F., Münte, T. F., Göttlich, M., & Krämer, U. M. (2014). Orbitofrontal Cortex Reactivity to Angry Facial Expression in a Social Interaction Correlates with Aggressive Behavior. *Cerebral Cortex*, 25(9), 3057–3063. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhu101>
- Blair, R. J. R. (2011). Considering anger from a cognitive neuroscience perspective. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 3(1), 65–74. <https://doi.org/10.1002/wcs.154>
- Borders, A., Earleywine, M., & Jajodia, A. (2010). Could mindfulness decrease anger, hostility, and aggression by decreasing rumination? *Aggressive Behavior*, 36(1), 28–44. <https://doi.org/10.1002/ab.20327>
- Budhani, S., Marsh, A., Pine, D., & Blair, R. (2007). Neural correlates of response reversal: Considering acquisition. *NeuroImage*, 34(4), 1754–1765. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2006.08.060>
- Buhle, J. T., Silvers, J. A., Wager, T. D., Lopez, R., Onyemekwu, C., Kober, H., Weber, J., & Ochsner, K. N. (2013). Cognitive Reappraisal of Emotion: A Meta-Analysis of Human Neuroimaging Studies. *Cerebral Cortex*, 24(11), 2981–2990. <https://doi.org/10.1093/cercor/bht154>
- Buş, I., Ştefan, E., & Visu-Petra, G. (2009). Anger Management in the Penitentiary: An Intervention Study. *Cognitie, Creier, Comportament*, 13(3), 329–340.
- Candelaria, A. M., Fedewa, A. L., & Ahn, S. (2012). The effects of anger management on children's social and emotional outcomes: A meta-analysis. *School Psychology International*, 33(6), 596–614. <https://doi.org/10.1177/0143034312454360>
- Damasio, A. R., Grabowski, T. J., Bechara, A., Damasio, H., Ponto, L. L., Parvizi, J., & Hichwa, R. D. (2000). Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions. *Nature Neuroscience*, 3(10), 1049–1056. <https://doi.org/10.1038/79871>
- Davidson, G. C., & Neale, J. M. (2001). *Abnormal Psychology* (8th ed.). John Wiley.
- Deffenbacher, J. L., Dahlen, E. R., Lynch, R. S., Morris, C. D., & Gowensmith, W. N. (2000). An application of Beck's cognitive therapy to general anger reduction. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 689–697. <https://doi.org/10.1023/a:1005539428336>
- Deffenbacher, J. L., & Stark, R. S. (1992). Relaxation and cognitive-relaxation treatments of general anger. *Journal of Counseling Psychology*, 39(2), 158–167. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.39.2.158>
- Deffenbacher, J. L., Story, D. A., Brandon, A. D., Hogg, J. A., & Hazaleus, S. L. (1988). Cognitive and cognitive-relaxation treatments of anger. *Cognitive Therapy and Research*, 12(2), 167–184. <https://doi.org/10.1007/bf01204929>
- Deffenbacher, J. L., Story, D. A., Stark, R. S., Hogg, J. A., & Brandon, A. D. (1987). Cognitive-relaxation and social skills interventions in the treatment of general anger. *Journal of Counseling Psychology*, 34(2), 171–176. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.34.2.171>
- Delmonico, R. L., Hanley-Peterson, P., & Englander, J. (1998). Group Psychotherapy for Persons with Traumatic Brain Injury: Management of Frustration and Substance Abuse. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 13(6), 10–22. <https://doi.org/10.1097/00001199-199812000-00004>
- Demark, J., & Gemeinhardt, M. (2002). Anger and it's management for survivors of acquired brain injury. *Brain Injury*, 16(2), 91–108. <https://doi.org/10.1080/02699050110102059>
- Denny, B. T., Kober, H., Wager, T. D., & Ochsner, K. N. (2012). A Meta-analysis of Functional Neuroimaging Studies of Self- and Other Judgments Reveals a Spatial Gradient for Mentalizing in Medial Prefrontal Cortex. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 24(8), 1742–1752. <https://doi.org/10.1162/jocn.a.00233>
- Denson, T. F., Moulds, M. L., & Grisham, J. R. (2012). The Effects of Analytical Rumination, Reappraisal, and Distraction on Anger Experience. *Behavior Therapy*, 43(2), 355–364. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.08.001>
- Denson, T. F., Pedersen, W. C., Ronquillo, J., & Nandy, A. S. (2009). The Angry Brain: Neural Correlates of Anger, Angry Rumination, and Aggressive Personality. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 21(4), 734–744. <https://doi.org/10.1162/jocn.2009.21051>
- D'Esposito, M., Zarahn, E., & Aguirre, G. K. (1999). Event-related functional MRI: Implications for cognitive psychology. *Psychological Bulletin*, 125(1), 155–164. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.1.155>
- Dougherty, D. D., Shin, L. M., Alpert, N. M., Pitman, R. K., Orr, S. P., Lasko, M., Macklin, M. L., Fischman, A. J., & Rauch, S. L. (1999). Anger in healthy men: a PET study using script-driven imagery. *Biological Psychiatry*, 46(4), 466–472. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(99\)00063-3](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(99)00063-3)
- Fernandez, E., & Scott, S. (2009). Anger Treatment in Chemically-Dependent Inpatients: Evaluation of Phase Effects and Gender. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(4), 431–447. <https://doi.org/10.1017/s1352465809990075>
- Fowler, J. S., MacGregor, R. R., Wolf, A. P., Arnett, C. D., Dewey, S. L., Schlyer, D., Christman, D., Logan, J., Smith, M., Sachs, H., Aquilonius, S. M., Bjurling, P., Hallidin, C., Hartvig, P., Leenders, K. L., Lundqvist, H., Oreland, L., Stålnacke, C. G., & Långström, B. (1987). Mapping Human Brain Monoamine Oxidase A and B with ¹⁴C-Labeled Suicide Inactivators and PET. *Science*, 235(4787), 481–485. <https://doi.org/10.1126/science.3099392>
- Frazier, S. N., & Vela, J. (2014). Dialectical behavior therapy for the treatment of anger and aggressive behavior: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 19(2), 156–163. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.02.001>
- Fusar-Poli, P., Placentino, A., Carletti, F., Landi, P., Allen, P., Surguladze, S., Benedetti, F., Abbamonte, M., Gasparotti, R., Barale, F., Perez, J., McGuire, P., & Politi, P. (2009). Functional atlas of emotional faces processing: a voxel-based meta-analysis of 105 functional magnetic resonance imaging studies. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 34(6), 418–432.
- Gasquoin, P. G. (2013). Localization of function in anterior cingulate cortex: From psychosurgery to functional neuroimaging. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(3), 340–348. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.01.002>
- Gehricke, J. G., Loughlin, S. E., Whalen, C. K., Potkin, S. G., Fallon, J. H., Jamner, L. D., Belluzzi, J. D., & Leslie, F. M. (2007). Smoking to self-medicate attentional and emotional dysfunctions. *Nicotine & Tobacco Research*, 9(Suppl_4), S523–S536. <https://doi.org/10.1080/1462200701685039>
- Gehricke, J. G., Potkin, S. G., Leslie, F. M., Loughlin, S. E., Whalen, C. K., Jamner, L. D., Mbogori, J., & Fallon, J. H. (2009). Nicotine-induced brain metabolism associated with anger provocation. *Behavioral and Brain Functions*, 5(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/1744-9081-5-19>
- Gilam, G., & Hendler, T. (2015). Deconstructing Anger

- in the Human Brain. *Social Behavior From Rodents to Humans*, 257–273. https://doi.org/10.1007/97854_2015_408
- Gilam, G., Lin, T., Raz, G., Azrielant, S., Fruchter, E., Ariely, D., & Hendler, T. (2015). Neural substrates underlying the tendency to accept anger-infused ultimatum offers during dynamic social interactions. *NeuroImage*, *120*, 400–411. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2015.07.003>
- Glancy, G., Saini, M., & Treffers, S. (2017). Anger Management. *The Wiley Handbook of Violence and Aggression*, 1–14. <https://doi.org/10.1002/9781119057574.wbv064>
- Grecucci, A., Giorgetta, C., van'tWout, M., Bonini, N., & Sanfey, A. G. (2012). Reappraising the Ultimatum: an fMRI Study of Emotion Regulation and Decision Making. *Cerebral Cortex*, *23*(2), 399–410. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhs028>
- Grecucci, A., & Sanfey, A. G. (2014). Emotion regulation and decision making. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 140–153). The Guilford Press.
- Hicks, A. J., Clay, F. J., Hopwood, M., James, A. C., Jayaram, M., Perry, L. A., Batty, R., & Ponsford, J. (2019). The Efficacy and Harms of Pharmacological Interventions for Aggression After Traumatic Brain Injury—Systematic Review. *Frontiers in Neurology*, *10*. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.01169>
- Iannetti, G. D., & Mouraux, A. (2010). From the neuromatrix to the pain matrix (and back). *Experimental Brain Research*, *205*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1007/s00221-010-2340-1>
- Izquierdo, A., Suda, R.K., & Murray, E. A. (2004). Bilateral Orbital Prefrontal Cortex Lesions in Rhesus Monkeys Disrupt Choices Guided by Both Reward Value and Reward Contingency. *Journal of Neuroscience*, *24*(34), 7540–7548. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.1921-04.2004>
- Lafuente, J. J., Zubiaur, M., & García, C. G. (2021). Effects of martial arts and combat sports training on anger and aggression: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, *58*, 101611. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101611>
- Laitano, H. V., Ely, A. L., Sordi, A. O., Schuch, F. B., Pechansky, F., Hartmann, T. C., Hilgert, J. B., Wendland, E. M., Von Dimen, L., Scherer, J. N., Calixto, A. M., De Magalhães Narvaez, J. C., Ornell, F., & Kessler, F. (2021). Anger and substance abuse: a systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, *44*(1), 103–110. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1133>
- Lampert, R. (2009). Emotion and sudden cardiac death. *Expert Review of Cardiovascular Therapy*, *7*(7), 723–725. <https://doi.org/10.1586/erc.09.75>
- Lampert, R., Shusterman, V., Burg, M. M., Lee, F. A., Earley, C. E., Goldberg, B. S. A., McPherson, C. A., Batsford, W. P., & Soufer, R. (2005). Effects of Psychologic Stress on Repolarization and Relationship to Autonomic and Hemodynamic Factors. *Journal of Cardiovascular Electrophysiology*, *16*(4), 372–377. <https://doi.org/10.1046/j.1540-8167.2005.40580.x>
- Lane, R. D., Fink, G. R., Chau, P. M. L., & Dolan, R. J. (1997). Neural activation during selective attention to subjective emotional responses. *NeuroReport*, *8*(18), 3969–3972. <https://doi.org/10.1097/00001756-199712220-00024>
- Lanza, M. L., Anderson, J., Boisvert, C. M., LeBlanc, A., Fardy, M., & Steel, B. (2009). Assaultive Behavior Intervention in the Veterans Administration: Psychodynamic Group Psychotherapy Compared to Cognitive Behavior Therapy. *Perspectives in Psychiatric Care*, *38*(3), 89–97. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2002.tb00662.x>
- Larkin, K. T., & Zayfert, C. (1996). Anger management training with mild essential hypertensive patients. *Journal of Behavioral Medicine*, *19*(5), 415–433. <https://doi.org/10.1007/bf01857676>
- Lench, H. C. (2004). Anger Management: Diagnostic Differences and Treatment Implications. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *23*(4), 512–531. <https://doi.org/10.1521/jsecp.23.4.512.40304>
- Likhtik, E., Pelletier, J. G., Paz, R., & Paré, D. (2005). Prefrontal Control of the Amygdala. *Journal of Neuroscience*, *25*(32), 7429–7437. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.2314-05.2005>
- Martino, F., Caselli, G., Berardi, D., Fiore, F., Marino, E., Menchetti, M., Prunetti, E., Ruggiero, G. M., Sasdelli, A., Selby, E., & Sassaroli, S. (2015). Anger rumination and aggressive behaviour in borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, *9*(4), 277–287. <https://doi.org/10.1002/pmh.1310>
- Maxwell, C. D., Davis, R. C., & Taylor, B. G. (2010). The impact of length of domestic violence treatment on the patterns of subsequent intimate partner violence. *Journal of Experimental Criminology*, *6*(4), 475–497. <https://doi.org/10.1007/s11292-010-9106-4>
- McGlynn, S. M. (1990). Behavioral approaches to neuropsychological rehabilitation. *Psychological Bulletin*, *108*(3), 420–441. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.3.420>
- Mega, M. S., Cummings J. L., Salloway, S., & Malloy, P. (1997). The limbic system: an anatomic, phylogenetic, and clinical perspective. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, *9*(3), 315–330. <https://doi.org/10.1176/jnp.9.3.315>
- Meichenbaum, D. H., & Deffenbacher, J. L. (1988). Stress Inoculation Training. *The Counseling Psychologist*, *16*(1), 69–90. <https://doi.org/10.1177/0011000088161005>
- Novaco, R. W. (1977). Stress inoculation: A cognitive therapy for anger and its application to a case of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *45*(4), 600–608. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.45.4.600>
- Panksepp, J., & Panksepp, J. B. (2013). Toward a cross-species understanding of empathy. *Trends in Neurosciences*, *36*(8), 489–496. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2013.04.009>
- Passamonti, L., Rowe, J. B., Ewbank, M., Hampshire, A., Keane, J., & Calder, A. J. (2008). Connectivity from the ventral anterior cingulate to the amygdala is modulated by appetitive motivation in response to facial signals of aggression. *NeuroImage*, *43*(3), 562–570. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2008.07.045>
- Pietrini, P., Guazzelli, M., Basso, G., Jaffe, K., & Grafman, J. (2000). Neural Correlates of Imaginal Aggressive Behavior Assessed by Positron Emission Tomography in Healthy Subjects. *American Journal of Psychiatry*, *157*(11), 1772–1781. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1772>
- Player, M. S., King, D. E., Mainous, A. G., & Geesey, M. E. (2007). Psychosocial Factors and Progression From Prehypertension to Hypertension or Coronary Heart Disease. *The Annals of Family Medicine*, *5*(5), 403–411. <https://doi.org/10.1370/afm.738>
- Potter-Efron, R. (2012). *Healing the Angry Brain: How Understanding the Way Your Brain Works Can Help You Control Anger and Aggression*. New Harbinger Publications.
- Prigatano, G. P. (1992). Personality disturbances associated with traumatic brain injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(3), 360–368. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.60.3.360>
- Rainville, P., Bechara, A., Naqvi, N. H., & Damasio, A. R. (2006). Basic emotions are associated with distinct patterns of cardiorespiratory activity. *International Journal of Psychophysiology*, *61*(1), 5–18. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2005.10.024>
- Reeve, J. (2018). *Understanding Motivation and Emotion* (7th ed.). Wiley.
- Remijnse, P., Nielen, M., Uylings, H., & Veltman, D. (2005). Neural correlates of a reversal learning task with an affectively neutral baseline: An event-related fMRI study. *NeuroImage*, *26*(2), 609–618. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2005.02.009>
- Reuter, M., Weber, B., Fiebach, C. J., Elger, C., & Montag, C. (2009). The biological basis of anger: Associations with the gene coding for DARPP-32 (PPP1R1B) and with amygdala volume. *Behavioural Brain Research*, *202*(2), 179–183. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2009.03.032>
- Salerno, J. M., & Peter-Hagene, L. C. (2013). The Interactive Effect of Anger and Disgust on Moral Outrage and Judgments. *Psychological Science*, *24*(10), 2069–2078. <https://doi.org/10.1177/0956797613486988>
- Sanfey, A. G., Rilling, J. K., Aronson, J. A., Nystrom, L. E., & Cohen, J. D. (2003). The Neural Basis of Economic Decision-Making in the Ultimatum Game. *Science*, *300*(5626), 1755–1758. <https://doi.org/10.1126/science.1082976>
- Schippers, G. M., Märker, N., & De Fuentes-Merillas, L. (2001). Social Skills Training, Prosocial Behavior, and Aggressiveness in Adult Incarcerated Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *45*(2), 244–251. <https://doi.org/10.1177/0306624x01452009>
- Sell, A., Tooby, J., & Cosmides, L. (2009). Formidability and the logic of human anger. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *106*(35), 15073–15078. <https://doi.org/10.1073/pnas.0904312106>
- Shepherd, G. (2020). “Normally I’d get really agitated, but I just laughed!”: what do participants reflect upon in a transactional analysis/mindfulness based anger management programme? *British Journal of Guidance & Counselling*. <https://doi.org/10.1080/03069885.2020.1730303>
- Spielberger, C. (1988). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory*. Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C. (1996). *State-Trait Anger Expression Inventory Professional Manual*. Psychological Assessment Resources.

- Squire, L. R., Stark, C. E., & Clark, R. E. (2004). The medial temporal lobe. *Annual Review of Neuroscience*, 27(1), 279–306. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.27.070203.144130>
- Stemmler, G. (2009). Somatovisceral Activation During Anger. In M. Potegal, G. Stemmler, & C. Spielberger (Eds.), *International handbook of anger: Constituent and concomitant biological, psychological, and social processes* (pp. 103–121). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-0-387-89676-2_7
- Sukhodolsky, D. G., Golub, A., & Cromwell, E. N. (2001). Development and validation of the anger rumination scale. *Personality and Individual Differences*, 31(5), 689–700. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(00\)00171-9](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00171-9)
- Taggart, P., Boyett, M. R., Logantha, S. J. R. J., & Lambiase, P. D. (2011). Anger, Emotion, and Arrhythmias: From Brain to Heart. *Frontiers in Physiology*, 2. <https://doi.org/10.3389/fphys.2011.00067>
- Tateno, A., Jorge, R. E., & Robinson, R. (2003). Clinical Correlates of Aggressive Behavior After Traumatic Brain Injury. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15(2), 155–160. <https://doi.org/10.1176/jnp.15.2.155>
- Valizadeh, S., Davaji, R. B. O., & Nikamal, M. (2010). The effectiveness of anger management skills training on reduction of aggression in adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 1195–1199. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.260>
- van Dijk, E., van Kleef, G. A., Steinel, W., & van Beest, I. (2008). A social functional approach to emotions in bargaining: When communicating anger pays and when it backfires. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(4), 600–614. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.94.4.600>
- Walker, A. J., Nott, M. T., Doyle, M., Onus, M., McCarthy, K., & Baguley, I. J. (2010). Effectiveness of a group anger management programme after severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 24(3), 517–524. <https://doi.org/10.3109/02699051003601721>
- Waselus, M., Valentino, R. J., & Van Bockstaele, E. J. (2004). Ultrastructural evidence for a role of γ -aminobutyric acid in mediating the effects of corticotropin-releasing factor on the rat dorsal raphe serotonin system. *The Journal of Comparative Neurology*, 482(2), 155–165. <https://doi.org/10.1002/cne.20360>
- Whitehouse, A. M. (1994). Applications of cognitive therapy with survivors of head injury. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 8(2), 141–160.
- Widom, C. S., & Brzustowicz, L. M. (2006). MAOA and the “Cycle of Violence:” Childhood Abuse and Neglect, MAOA Genotype, and Risk for Violent and Antisocial Behavior. *Biological Psychiatry*, 60(7), 684–689. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.039>
- Williams, J. E. (2009). Anger/Hostility and Cardiovascular Disease. *International Handbook of Anger*, 435–447. https://doi.org/10.1007/978-0-387-89676-2_25
- Wright, S., Day, A., & Howells, K. (2009). Mindfulness and the treatment of anger problems. *Aggression and Violent Behavior*, 14(5), 396–401. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.06.008>

Osvrti



Fenomen depersonalizacije u psihološkom trileru: Usporedba prikaza disocijativnih poremećaja u filmovima *Klub boraca (Fight Club) i Otok Shutter (Shutter Island)*

Ena Magdić

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

ORCID: 0000-0002-4763-38713

Sažetak

Interes za čovjekove psihičke procese, njegovo afektivno, kognitivno i bihevioralno funkcioniranje, nije izoliran na područje znanstvenog proučavanja. Umjetnost i popularna kultura jednako revno proučavaju i istražuju dubine čovjekove psihe i ponašanja, ponekad dosljedno znanosti, ponekad umjetnički eksperimentalno. U kontekstu psihologije, popularna kultura možda i najviše pažnje posvećuje različitim patološkim devijacijama i stanjima, pokušavajući ih približiti i objasniti ciljanoj publici. Od filma *Vječni sjaj nepobjedivog uma (Eternal Sunshine of the Spotless Mind)* i razbijanja stigme o depresiji preko *Mementa* i akcijskog prikaza anterogradne amnezije, do filma *Brooklyn bez majke (Motherless Brooklyn)* koji prikazuje život s Touretteovim sindromom. Moderna kinematografija značajno iskorištava svoj veliki utjecaj s ciljem razbijanja stigme o psihičkim poremećajima i bolestima općenito, no taj utjecaj ne djeluje uvijek u željenom smjeru. Tanka je granica između razbijanja stigme i popularizacije te romantiziranja toksičnih oblika ponašanja i razmišljanja. Dok gledamo filmove, na svojevrsan način ulazimo u drugi svijet te je upravo pitanje gubitka doticaja sa stvarnošću i vlastitim identitetom potaknulo brojne redatelje i scenariste na stvaranje onoga što su vremenom postala kulturna filmska djela. Dva takva filma u kojima je realnost vlastitog identiteta važan motiv radnje, ali ne i stvarnost glavnih likova jesu *Klub boraca* Davida Finchera i *Otok Shutter* Martina Scorsesea.

Ključne riječi: disocijativni poremećaji, disocijativni poremećaj identiteta, Shutter Island, Fight Club

Uvod

Pripovjedač u *Klubu boraca* (koji nije imenovan tijekom cijelog filma) pati od kronične insomnije i pokazuje znakove depresije kontinuiranim nezadovoljstvom svojim poslom, životom općenito i društvom u kojem živi. Upoznaje Tylera Durdena, prodavača sapuna koji ga zaintrigira pričama o konzumerizmu današnjeg društva te Pripovjedač s Tylerom ubrzo razvije prisno prijateljstvo. Protagonist *Otoka Shutter*, Teddy Daniels, američki je maršal koji je sudjelovao u oslobađanju koncentracijskog logora Dachaua u Drugom svjetskom ratu. Teddy je pozvan na otok Shutter na kojem se nalazi Ashcliffe, psihijatrijska ustanova za počinitelje kaznenih djela, kako bi istražio nestanak pacijentice Rachel Solando. Naizgled zanimljive priče, no obje sadrže još zanimljiviji zaplet radnje. Kako se Pripovjedač sprijatelji s Tylerom i potom osnuju tzv. Klub boraca koji se iz organiziranih tučnjava u podrumu razvije u planirane čino ve vandalizma u znak protesta modernom društvu, sazna se da su Pripovjedač i Tyler zapravo ista osoba. Također, kako Teddy istražuje Rachelin nestanak i Ashcliffe općenito u pokušaju razotkrivanja nehumanih eksperimenata koji se navodno provode na tamošnjim pacijentima, ispostavi se da je Teddy zapravo također pacijent u Ashcliffeu imena Andrew Laeddis koji je stvorio identitet Teddyja Danielsa te da je cijela njegova istraga zapravo bila pokušaj tretmana i razbijanja Andrewove deluzije. Obj e priče prate prikaz psihičkog poremećaja zbog kojeg osoba „gubi“ vlastiti identitet, no značajna razlika između Pripovjedača i Teddyja/Andrewa jest (dis)kontinuitet gubitka poimanja vlastitog identiteta. Pripovjedač *Kluba boraca* kontinuirano izmjenjuje svoj identitet i identitet Tylera dok je Andreweva deluzija konstantna te, kako njegov psihijatar napominje, u jednoj se prilici uspio vratiti u vlastiti identitet, no Teddy je ubrzo nakon toga opet preuzeo kontrolu. Također, uslijed prestanka tretmana lijekovima, Andrew pati od vividnih halucinacija i raznih somatskih simptoma poput migrene i treskavice ruku. Poremećaj koji je Fincher nastojao prikazati u *Klubu boraca* likom Pripovjedača jest disocijativni poremećaj identiteta (eng. *DID*), neurorazvojni poremećaj uzrokovan traumatičnim događajima u djetinjstvu koji su suzbili integraciju djetetovih iskustava i interakcija (Forrest, 2001). Poremećaj prikazan likom Andrewa Leaddisa jest deluzijski poremećaj, psihotični poremećaj čije su glavne karakteristike jedna ili više deluzija, tj. ustrajno, lažno uvjerenje utemeljeno na netočnoj interpretaciji vanjske stvarnosti unatoč dokazima koji govore suprotno (Joseph i Siddiqui, 2022). Poremećaj je obilježen deluzijama koje nisu neobične (lažna uvjerenja), a koje traju barem jedan mjesec (MSD, 2014). Postoji sedam tipova deluzija (Spitzer, 1990) te protagonist *Otoka Shutter* ima mješoviti tip: kombinaciju progoniteljskog (tjeskoba, razdražljivost, agresivnost te vjeronanje u određenu teoriju zavjere) i grandioznog tipa (povećan osjećaj vlastite važnosti, Andrew kao Teddy sam razotkriva mjesto vršenja nehumanih eksperimenata na pacijentima).

Etiologija deluzijskog poremećaja i disocijativnog poremećaja identiteta

Točan uzrok deluzijskog poremećaja nije poznat (Mendez i sur., 2019), no društveni čimbenici rizika uključuju nizak socioekonomski status, stariju dob, obiteljsku povijest psihijatrijskih poremećaja, imigraciju, senzorni deficit i izloženost stresnim događajima (De Portugal i sur., 2008). Uzevši u obzir da je Andrew sudjelovao u Drugom svjetskom ratu, da su ga i dalje progonila sjećanja na rat (npr. ubojstvo njemačkih vojnika u Dachauu), da je njegova supruga utopila njihovu djecu koju je on kasnije pronašao te da je na koncu ubio svoju suprugu da joj „skrati muke“, jasno je da je Andrew do svoje srednje odrasle dobi proživio veliku količinu stresnih i traumatičnih događaja. Iako u filmu to nije eksplicitno izrečeno, Andrew vjerojatno ima posttraumatski stresni poremećaj. Maina i suradnici (2001) također izvještavaju da je deluzijski poremećaj značajno češći kod osoba koje su proživjele kronične stresne događaje. Nadovezujući se na pogubne posljedice traumatičnih iskustava, većina stručnjaka za disocijativni poremećaj identiteta uzrok javljanja ovog poremećaja vidi u izloženosti nasilju u ranom djetinjstvu i situacijama ekstremne ambivalentnosti: djeca razvijaju složeni mehanizam preživljavanja u obliku poricanja kako bi uvjerali sami sebe da se nasilje događa nekom drugome (Gillig, 2009). Dorahy i suradnici (2014) tvrde da je DID osobito povezan s nasilnim i traumatskim iskustvima iz djetinjstva čiji je inicijator obično djetetova figura privrženosti. Kao povoljne uvjete za razvoj DID-a, ovi autori navode izloženost fizičkom/seksualnom zlostavljanju i formiranje neorganiziranog stila privrženosti za skrbnika koji potiče takve oblike zlostavljanja. Pripovjedač u *Klubu boraca* navodi da je odrastao bez oca te da mu je u životu nedostajala očinska figura na koju bi se ugledao i oslonio, no drugi detalji njegova djetinjstva ostaju nepoznati te ne možemo jasno povezati razvoj DID-a s događajima u djetinjstvu. Ono što je poznato jest da Pripovjedač proživljava visoke razine anksioznosti, da se osjeća zatočenim u okovima društva u kojem živi te posljedično pati i od insomnije. Andrew stvara Teddyja jer nije mogao živjeti s krivnjom za ubojstvo svoje žene kao ni s boli zbog smrti njihove djece dok Pripovjedač kreira Tylera kako bi počeo živjeti život u kojem uživa, kako bi se pobunio protiv svega što mu predstavlja izvor nezadovoljstva (poput njegova posla). Važno je istaknuti da disocijacija kao odvojen simptom nije neuobičajena i javlja se kod prosječne osobe u stresnoj situaciji ili nakon nje. Tyler se također obično pojavljuje nakon nekog stresnog događaja poput svađe s Marlom. Dok je Andrewov okidač razvoja deluzijskog poremećaja vrlo jasan (smrt supruge i njihove djece), u *Klubu boraca* se ne može jasno odrediti što je bio konačan okidač da Pripovjedač stvori identitet Tylera. Potencijalan uzrok jest upoznavanje Marle koja je vrlo opuštena i direktna te se Pripovjedač možda osjećao nesposobnim osvojiti ju.

Dijagnoza deluzijskog poremećaja i disocijativnog poremećaja identiteta

U petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (DSM-V) navedeni su kriteriji za dijagnozu i disocijativnog poremećaja identiteta i deluzijskog poremećaja (American Psychiatric Association, 2013). Prvi kriterij za dijagnozu deluzijskog poremećaja jest prisutnost jedne ili više deluzija u trajanju od minimalno jedan mjesec. Prema psihijatru Cawleyju, Andrew je pacijent Ashcliffea već dvije godine tijekom kojih se samo nakratko vratio u svoj pravi identitet, tj. ovaj kriterij je zasigurno zadovoljen. Nadalje, unatoč deluzijama ponašanje pacijenta ne bi trebalo biti čudno ili bizarno te njegovo općenito funkcioniranje ne bi trebalo biti oštećeno. Andrew se kao Teddy Daniels ponaša potpuno u skladu sa svojim stvorenim identitetom te funkcionira kao naizgled potpuno psihički zdrava osoba. Dakle, Andrew ispunjava i ovaj kriterij. Također, ako su se dogodile neke manične ili depresivne epizode, njihovo ukupno trajanje trebalo bi biti kraće u odnosu na trajanje razdoblja deluzija. U filmu je objašnjeno da je Andrew kao pacijent Teddy izrazito agresivno napao drugog pacijenta jer ga je on uporno zvao pravim imenom (Laeddis, ne Daniels), no nakon tučnjave epizoda je završila, štoviše, Teddy je se kasnije nije ni sjećao. Izuzev ovog primjera kojeg bi potencijalno mogli protumačiti kao maničnu epizodu, u filmu nisu prikazane ni manične ni depresivne epizode. Andrew je kao Teddy duboko žalostan zbog smrti svoje supruge, no to ne možemo okarakterizirati kao depresiju. Zbog nedostatka scena koje bi ovaj kriterij zadovoljile ili opovrgnule, ne možemo jasno raspravljati o njegovoj ispunjenosti. Nadalje, poremećaj se ne bi trebao moći pripisati fiziološkim učincima nekih tvari ili drugom medicinskom stanju kao ni bolje objasniti drugim mentalnim poremećajem. Andrew je prije smrti svoje obitelji imao tendenciju ka alkoholu, no nakon primanja u Ashcliffe nije imao pristup piću te je njegova deluzija svejedno opstala. Štoviše, Andrew kao Teddy odbija piti alkohol i samo puši cigarete. Lijekovi koje je primao u Ashcliffeu smanjivali su njegove agresivne tendencije i bili su namijenjeni poboljšanju njegovog deluzivnog stanja. Ovaj kriterij također je ispunjen. Kao zadnji kriterij, ako pacijent ima halucinacije, one ne bi trebale biti istaknute i trebale bi biti povezane s glavnom deluzijom. Andrewove halucinacije se s vremenom pogoršavaju i postaju sve češće: prikazuje mu se njegova mrtva žena Dolores, kći Rachel koja ga uporno ispituje zašto ju nije spasio te, pred kraj filma, Andrew kao Teddy halucinira da je pronašao Rachel Solando (koja nije pacijentica, već bivša psihijatrica Ashcliffea) u špilji na otoku. U skladu s rečenim zaključili bismo da je i ovaj kriterij zadovoljen te kako Andrewovo stanje ide u prilog bar 4 od 5 navedenih kriterija, vjerojatno ga ne bismo bolje objasnili drugim psihičkim poremećajem.

Nadovezujući se na posljednji kriterij dijagnoze deluzijskog poremećaja, važno je spomenuti da su deluzije i halucinacije pozitivni simptomi i kod shizofrenije. Međutim,

značajna razlika deluzijskog poremećaja i shizofrenije jest da halucinacije karakteristične za deluzijski poremećaj nisu bizarne (Kendler i sur., 1983) dok kod shizofrenije ta opcija nije isključena. Kako je Andrew uistinu bio američki maršal, njegova deluzija poprilično je realistična. Također, osim halucinacija, osobe s deluzijskim poremećajem nemaju druge simptome shizofrenije poput neorganiziranog govora i ponašanja, osjećajne otupjelosti, tj. ograničenog raspona emocija, spoznajnih ispada (poremećeno zaključivanje i rješavanje problema) te profesionalne i društvene disfunkcije (MSD, 2014). Andrew uistinu nema nijedan od navedenih simptoma te je njegovo funkcioniranje potpuno normalno zbog čega gledatelj i uspijeva biti zavaravan tijekom cijeloga filma.

Nadalje, valja istaknuti važnost posttraumatskog stresnog poremećaja koji bi Andrewu vjerojatno bio dijagnosticiran još prije smrti njegove obitelji i razvijanja deluzijskog poremećaja. Za PTSP ključan je traumatičan događaj poput pretrpljene teške ozljede ili prijetnje smrću ili svjedočenje kako su drugi teško ozlijeđeni, kako im se prijetilo smrću ili su ubijeni (MSD, 2014). Zanimljivo je da je PTSP jedan od rijetkih poremećaja za koji se može reći da mu se zna točan uzrok te, kako je prethodno rečeno, točan uzrok deluzijskog poremećaja nije poznat, ali se proživljeni stresan događaj smatra jednom od mogućnosti. Traumatski događaj kao okidač javljanja poremećaja zajednička je karakteristika ova dva poremećaja. Također, kod PTSP-a mogu se javiti prolazna budna disocijativna stanja kod kojih se traumatično iskustvo ponovno proživljava (MSD, 2014), no naglasak je na prolaznosti tih stanja dok je za dijagnozu DD-a nužno da je deluzija opstala barem mjesec dana te je u filmu jasno istaknuto da Andrewova deluzija traje oko dvije godine. Osim navedenog, ta dva poremećaja imaju poprilično različite kriterije dijagnoze te ih se može jasno razlikovati. Uz prethodno spomenute bljeskove sjećanja, karakteristični su simptomi PTSP-a izbjegavanje podražaja povezanih s traumatskim zbivanjem, noćne more, emocionalna otupljenost i nezainteresiranost za dnevne aktivnosti (MSD, 2014). Andrew ima učestale noćne more, no nije emocionalno otupio te je vrlo zainteresiran za svoj posao maršala. Moguće je da je razvijeni deluzijski poremećaj potisnuo manifestacije nekih simptoma PTSP-a.

Prvi kriterij dijagnoze disocijativnog poremećaja identiteta jest postojanje dvaju ili više različitih stanja osobnosti (u nekim kulturama može biti opisano kao opsjednutost). Pripovjedač ima jednu alternativnu osobnost — Tylera, tj. prisutna su dva stanja osobnosti. Također, karakteristične su promjene u afektu, ponašanju, svijesti, pamćenju, percepciji, kogniciji i/ili senzorno-motoričkom funkcioniranju te ove znakove i simptome mogu primijetiti i drugi. Pripovjedač je identitet Tylera stvorio kako bi preuzeo kontrolu onda kada se on osjeća nedoraslo situaciji (Tyler je sve što bi Pripovjedač sam želio biti, njegova snažnija, asertivnija i slobodnija verzija). Značajan kontrast između Pripovjedača i Tylera jedina uočava Marla, žena s kojom Tyler (zapravo Pripovjedač)

ima turbulentan i isprekidan odnos te je jedna od naznaka da su Tyler i Pripovjedač ista osoba upravo činjenica da se nikada ne pojavljuju u isto vrijeme kada je Marla prisutna. Dakle, po svemu sudeći, kriterij postojanja dvaju ili više različitih stanja osobnosti zadovoljen je.

Nadalje, drugi je kriterij javljanje ponavljajućih praznina u prisjećanju svakodnevnih događaja, važnih osobnih podataka i/ili traumatičnih događaja koji nisu u skladu s običnim zaboravljanjem. Upravo zbog ovoga javljaju se prvi problemi s Marlom: Pripovjedač se ne sjeća njihovih seksualnih odnosa što ih je imao s njom kao Tyler. Za ovaj kriterij ne možemo sa sigurnošću reći je li zadovoljen jer je potencijalno važan uzrok Pripovjedačevih rupa u pamćenju njegovo redovito sudjelovanje u tučnjavama u kojima može pretrpjeti ozbiljne ozljede te koje mogu uzrokovati poteškoće s pamćenjem. Idući kriterij odnosi se na štetan utjecaj simptoma disocijacije u društvenim, profesionalnim ili drugim važnim područjima funkcioniranja. Kako je prethodno rečeno, Pripovjedačev je odnos s Marlom narušen zbog njegovog prebacivanja na alternativni identitet Tylera. Također, nakon osnivanja Kluba boraca, pod utjecajem Tyler-ličnosti, Pripovjedač daje otkaz te čak ucjenjuje svoga šefa i organizira veliki projekt vandalizma koji konačno rezultira eksplozijom nekoliko zgrada. Dakle, Pripovjedač zadovoljava i ovaj kriterij. Nadalje, ometeno funkcioniranje zbog simptoma ne bi trebalo biti normalan dio široko prihvaćene kulturne ili vjerske prakse. Štoviše, Tyler kao svojevrsni obrambeni mehanizam Pripovjedača u potpunosti je posvećen anarhičnom narušavanju društva i njegovog funkcioniranja koje se vrti oko konzumerizma, tj. krši mnoge društvene i kulturalne norme društva u kojem Pripovjedač živi. Drugim riječima, ovaj je kriterij također zadovoljen. Kao zadnji kriterij, simptomi DID-a ne bi se trebali moći pripisati fiziološkim učincima tvari (npr. kaotično ponašanje tijekom opijanja alkohola) ili drugom medicinskom stanju (npr. složeni parcijalni napadaji). Nadovezujući se na drugi kriterij, učinci drugih tvari ne mogu se u potpunosti eliminirati zbog načina života koji Pripovjedač vodi (kontinuirane ekstremne tučnjave, redovita konzumacija alkohola), štoviše, Pripovjedač konzumira alkohol na dan kada „upoznaje“ Tylera. Sažeto, možemo reći da lik Pripovjedača zasigurno zadovoljava barem tri kriterija za dijagnozu DID-a.

Kako je prethodno opisana važnost razlikovanja deluzijskog poremećaja i shizofrenije, valja se osvrnuti na to i kod DID-a. Foote i Park (2008) objašnjavaju glavne simptomatološke razlike između DID-a i shizofrenije. Autori ističu da postoje tri važna čimbenika na koja se diferencijacija DID-a od shizofrenije ne bi trebala oslanjati jer se s manjom ili većom učestalošću javljaju kod oba poremećaja. Ti su čimbenici traumatična iskustva u prošlosti, formalni poremećaj mišljenja, tj. nepovezan i nelogičan tijek misli te prisutnost deluzija. Autori se osvrću na vrstu deluzija te objašnjavaju da je za

DID karakteristično da su deluzije više stvarne i manje bizarne u usporedbi s onima koje se javljaju kod shizofrenije, no ta distinkcija je li deluzija bizarna ili ne nije uvijek jednostavna. Mogli bismo zaključiti da je Tyler kao Pripovjedačev alternativni identitet nebizaran i stvaran jer, kako Tyler napominje, on je sve što bi Pripovjedač želio biti, dakle ne ulazi se u sferu teorija zavjere, apokaliptičnih svjetonazora i slično. Jedna od značajnijih razlika po kojima možemo razlikovati DID od shizofrenije jesu amnezija i rupe u vremenu koje nisu jedan od kriterija za dijagnozu shizofrenije, ali jesu za DID. Upravo ovaj diferencijalni kriterij zadovoljava Pripovjedač koji nakon svakog prijelaza identiteta nema sjećanja o tome što je radio kao Tyler. Nadalje, važna razlika jest i u javljanju halucinacija. Za DID su primarno karakteristične personificirane auditorne halucinacije, odnosno kada bi kliničar postavio pitanja poput „Ima li glas ime?“, „Kako izgleda?“, „Koliko ima godina?“, osoba s DID-om dala bi jasne odgovore. Kako Pripovjedač nema auditorne halucinacije, već jasne vizualne (halucinira Tylera cijelo vrijeme), ne možemo reći da je ova distinkcija zadovoljena te da bi Pripovjedač mogao vrlo jasno opisati Tylera samo na temelju njegova glasa. Ovakav prikaz halucinacija (halucinira se osoba koja je ujedno i alternativni identitet onoga koji halucinira) nije uobičajen niti za DID niti za shizofreniju. Šar i suradnici (2013) ukazuju i na to da se DID od shizofrenije razlikuje po boljem kognitivnom uvidu pacijenta te višoj razini samorefleksije, tj. efikasnijem načinu razmišljanja o samome sebi, svojoj osobnosti i postupcima. Tijekom filma nisu dane naznake da je kognitivni uvid Pripovjedača narušen, štoviše, pred kraj filma, kada shvati da je zapravo on Tyler, pokazuje visoku razinu samorefleksije. Također, vrijedno je istaknuti da iako Pripovjedač pokazuje znakove depresije, njegova alternativna ličnost Tylera nipošto ne pokazuje takve znakove. Ta distinkcija, uzevši u obzir to da se alternativni identitet stvara kako bi preuzeo kada osoba smatra da je ugrožena i bespomoćna, ide u prilog izvještaju Sutara i Saha (2019) koji se osvrću na to da je upravo depresija jedan od najčešćih komorbiditeta disocijativnih poremećaja.

Zaključak

Prema analizi Andrewovih i Pripovjedačevih simptoma po kriterijima DSM-V rekli bismo da su kod obojice poremećaji vjerno prikazani. Međutim, *Otok Shutter* puno konkretnije i jasnije prikazuje zašto je Andrew razvio deluzijski poremećaj. Štoviše, pred kraj filma psihijatar Cawley koherentno sažima tijekom Andrewova života kao Teddy što olakšava gledatelju razumijevanje sadržaja. U *Klubu boraca* uzrok DID-a kod Pripovjedača ne može se jasno odrediti te bi bilo dijagnostički smislenije da je gledatelju dano do znanja da je Pripovjedač proživio neka traumatična iskustva u djetinjstvu. Takva bi promjena sadržaja bila značajna i za povećanje svijesti o tome da traumatska iskustva u djetinjstvu mogu imati vrlo ozbiljne i dugoročne posljedice. Gentile i surad-

nici (2013) ističu da su djeca najranjivija i najosjetljivija upravo u ranom djetinjstvu jer dolazi do razvoja simboličkog mišljenja i simboličkih igara što potiče korištenje disocijacije kao obrambeni mehanizam. Drugim riječima, DID se često javlja u djetinjstvu što je u ovom filmu opovrgnuto pojavom Tylera tek u odraslom životu Pri-povjedača. U *Otoku Shutter* nedostatak ovakvog prikaza deluzijskog poremećaja bile bi vividne halucinacije koje nisu toliko česta karakteristika ovog poremećaja. Hsiao i suradnici (1999) te Maina i suradnici (2001) ističu kako su za deluzijski poremećaj najkarakterističnije auditorne halucinacije te bi, teorijski gledano, bilo vjerodostojnije da je Andrew čuo glasove svoje žene i kćeri umjesto da su mu se prikazivale. Nadalje, možemo razmatrati kulturalnu važnost ovih filmova uzevši u obzir njihov širi kontekst. *Otok Shutter* daje prikaz kako se svijet odnosio prema psihičkim bolesnicima u 50-im godinama prošloga stoljeća kada je transorbitalna lobotomija, jedna od najvećih sramota u povijesti psihijatrije, bila aktualna. Film možemo shvatiti kao podsjetnik i upozorenje da se tretmani psihičkih bolesti kakvi su bili u ne tako dalekoj prošlosti nikada ne smiju ponoviti te se likovima doktora Cawleyja i doktora Sheehana potiče na human pristup pacijentima i gradnju njihova povjerenja. *Klub boraca*, poput *Jokera* iz 2019. godine, upozorava na štetne utjecaje modernoga društva na psihičko zdravlje prosječnog građanina, no to upozorenje prezentira se u kombinaciji s promoviranjem toksičnog maskuliniteta i vandalizma što može imati suprotne efekte. U filmu se pokazivanje emocija smatra slabošću, fizičko nasilje adekvatnim načinom rješavanja problema, zastupljeni su mizoginični stavovi kao i uništavanje imovine u trgovinama, razbijanje auta, postavljanje šiljaka na cestu i slično. Drugim riječima, s jedne strane daje doprinos u razbijanju stigme psihičkih poremećaja, no s druge strane potencijalno stvara pritisak na muške gledatelje, potiče uzlaznu socijalnu komparaciju i osjećaj nedovoljne muškosti.

Zaključno, možemo reći da popularna kultura, posebice kinematografija, ima značajnu ulogu u širenju svijesti i razbijanju stigme u različitim aspektima života pa tako i po pitanju mentalnoga zdravlja. To oruđe utjecaja ne iskorištava se uvijek do svog maksimuma, štoviše nekada može ići i u suprotnom smjeru kako je prikazano i u ovoj kratkoj analizi. Ni deluzijski poremećaj ni disocijativni poremećaj identiteta, kao ni mnogi drugi psihički poremećaji, nisu ni približno dovoljno istraživani te je upravo zbog toga utjecaj popularne kulture još važniji. Kada je znanost spora u razbijanju stigme, umjetnost je tu da ju pogura na svoj način.

Literatura

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- De Portugal, E., González, N., Haro, J. M., Autonell, J. i Cervilla, J. A. (2008). A descriptive case-register study of delusional disorder. *European Psychiatry*, 23(2), 125-133. doi:10.1016/j.eurpsy.2007.10.001
- Dorahy, M. J., Brand, B. L., Şar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas, A., Lewis-Fernández, R. i Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical overview. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 402–417. doi:10.1177/0004867414527523
- Foote, B. i Park, J. (2008). Dissociative identity disorder and schizophrenia: Differential diagnosis and theoretical issues. *Current Psychiatry Reports*, 10(3), 217–222. doi:10.1007/s11920-008-0036-z
- Forrest, K. A. (2001). Toward an etiology of dissociative identity disorder: A neurodevelopmental approach. *Consciousness and Cognition*, 10(3), 259–293. <https://doi.org/10.1006/ccog.2001.0493>
- Gentile, J. P., Dillon, K. S. i Gillig, P. M. (2013). Psychotherapy and pharmacotherapy for patients with dissociative identity disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(2), 22–29. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3615506/>
- Gillig, P. M. (2009). Dissociative identity disorder: A controversial diagnosis. *Psychiatry*, 6(3), 24–29. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2719457/>
- Hsiao, M. C., Liu, C.Y., Yang, Y.Y. i Yeh, E. K. (1999). Delusional disorder: retrospective analysis of 86 Chinese outpatients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53(6), 673–676. doi: 10.1046/j.1440-1819.1999.00624.x.
- Joseph, S. M. i Siddiqui, W. (2022). *Delusional Disorder*. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539855/>
- Kendler, K. S., Glazer, W. M. i Morgenstern, H. (1983). Dimensions of delusional experience. *The American Journal of Psychiatry*, 140(4), 466–469. <https://doi.org/10.1176/ajp.140.4.466>
- Maina, G., Albert, U., Badà, A. i Bogetto, F. (2001). Occurrence and clinical correlates of psychiatric co-morbidity in delusional disorder. *European Psychiatry*, 16(4), 222–228. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(01\)00568-5](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(01)00568-5)
- Mendez, I., Axelson, D., Castro-Fornieles, J., Hafeman, D., Goldstein, T. R., Goldstein, B. L., Diler, R., Borrás, R., Merranko, J., Monk, K., Hickey, M. B. i Birmaher, B. (2019). Psychotic-Like Experiences in Offspring of Parents With Bipolar Disorder and Community Controls: A Longitudinal Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(5), 534–543. doi: 10.1016/j.jaac.2018.09.440.
- Şar, V., Krüger, C., Martínez-Taboas, A., Middleton, W. i Dorahy, M. (2013). Sociocognitive and posttraumatic models of dissociation are not opposed. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(5), 439–440. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31828e112b>
- Spitzer, M. (1990). On defining delusions. *Comprehensive Psychiatry*, 31(5), 377–397. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(90\)90023-L](https://doi.org/10.1016/0010-440X(90)90023-L)
- Sutar, R. i Sahu, S. (2019). Pharmacotherapy for dissociative disorders: A systematic review. *Psychiatry Research*, 281, Članak 112529. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.11252>

Kuc kuc, ja čudak: Opsesivno-kompulzivni poremećaj u filmovima „*Toc Toc*“ i „*I WeirDo*“

Martina Turk
Filozofski fakultet u Zagrebu
Odsjek za psihologiju
ORCID: 0009-0007-8133-6743

Sažetak

Opsesivno-kompulzivni poremećaj ili OKP karakterizira prisutnost opsesija i/ili kompulzija. Opsesije su ponavljajuće misli, porivi ili slike koje se doživljavaju kao nametljive i nepoželjne te izazivaju nelagodu i tjeskobu. Kompulzije su opetovane radnje koje pojedinac motivirano vrši kao odgovor na opsesiju, posebno kako bi se smanjila tjeskoba. Većina medijskih prikaza OKP oslikava kao poremećaj gdje pojedinac strahuje od zaraze te prekomjerno pere ruke ili je opsjednut redom i simetrijom, ili pak oboje. Iako su to česti simptomi OKP-a u stvarnosti, sam poremećaj može se manifestirati i na razne druge načine, kao što je zaokupljenost intruzivnim tabu mislima ili strah od povređivanja drugih ljudi. Tajvanska romantična komedija *I WeirDo* prati priču mladog romantičnog para kojeg spaja njihov OKP, specifično ekstreman strah od kontaminacije i prekomjerno čišćenje. Sam je film problematičan zbog stereotipnih prikaza poremećaja te površnog pristupa izlječenju. S druge strane, španjolska komedija *Toc Toc* publici pruža sliku o raznovrsnosti manifestacija simptoma OKP-a te precizniju ideju o liječenju u odnosu na *I WeirDo*. Radnja filma prati grupnu psihoterapiju šestoro pacijenata, od kojih petero ima OKP.

Ključne riječi: germofobija, *I WeirDo*, opsesivno-kompulzivni poremećaj, *Toc Toc*

„Ja nisam član dezinfekcijskog osoblja. Ja sam samo OKP pacijent.“ (Ming-yi, 2020, 0:00:23). Po-Ching, jedan od glavnih likova tajvanske romantične drame *I WeirDo* uvodi gledatelje u film opisujući svoj život s dijagnosticiranim opsesivno-kompulzivnim poremećajem. Uvodna naracija prati prikaz rutinske nabave namirnica 15. dana u mjesecu. Po-Ching ima mizofobiju, odnosno patološki strah od zaraze bakterijama ili virusima. Poznatiji naziv za mizofobiju je germofobija. Najprominentniji simptomi germofobije su izbjegavanje mjesta percipiranih kao potencijalni izvori zaraze, pretjerano pranje ruku i saniranje prostora. Po-Ching prekomjerno pere ruke te se ne usuđuje izaći iz kuće više od jednom mjesečno. Ako izađe van, obavezno nosi zaštitnu kabanicu, masku i gumene rukavice. Ljudi ga doživljavaju kao čudaka. Otuda i sam naslov filma *I WeirDo*. Tokom jednog od svojih posjeta supermarketu, Po-Ching susreće djevojku Chen Ching koja ima gotovo identične probleme. Zbog svojih sličnosti zbližavaju se u kratkom roku i započinju romantičnu vezu. Chen Ching se doseli njemu te dane provode čisteći i dezinficirajući svaki kutak kuće, više puta dnevno. Obećavaju si da se nikada neće promijeniti. Žive u harmoniji sve dok jednog jutra Po-Ching ne izađe na dvorište, zaboravi mizofobiju i krene dirati prljave površine. Po-Chingov OKP magično je nestao. Izbeumljena Chen Ching preklinje razne doktore da vrate OKP njenom partneru, ali on se postepeno pretvara u „normalnu“ osobu te ju napušta. „Normalnu“ osobu pod navodnicima jer se u filmu inzistira na takvoj terminologiji. Iako se kroz radnju filma ispostavi da je to bila samo njena noćna mora, isto jutro Chen Ching slučajno izađe van iz kuće i nesvjesno počne dirati prljave predmete. Sada je ona magično izliječena te film završava nedorečeno. Film je napisao i režirao Liao Ming-yi, a objavljen je 2020. godine.

Prema službenom dijagnostičkom i statističkom priručniku za psihičke poremećaje (APA, 2013), opsesivno-kompulzivni poremećaj ili OKP karakterizira prisutnost opsesija i/ili kompulzija. Opsesije su ponavljajuće misli, porivi ili slike koje se doživljavaju kao intruzivne i nepoželjne te većinom uzrokuju izraženu tjeskobu i nelagodu. Pojedinaac pokušava ignorirati ili potisnuti takve misli, porive ili slike, ili ih neutralizirati nekom mišlju ili radnjom. Kompulzije su ponašanja ili mentalni činovi koje pojedinac motivirano vrši kao odgovor na opsesiju ili specifična pravila. Cilj je tih kompulzivnih radnji smanjenje anksioznosti. DSM-V dijagnoza (APA, 2013) opsesivno-kompulzivnog poremećaja iziskuje prisutnost opsesija, kompulzija ili oboje. Potonje treba oduzimati puno vremena ili značajno remetiti važna područja funkcioniranja. Oba lika drame *I WeirDo* imaju dijagnosticiran OKP. Primaju farmakološku terapiju i redovito posjećuju psihijatra. Izuzev konzumacije lijekova, ne postoje naponi da ikoji član para ublaži simptome poremećaja. Niti efekti lijekova nisu eksplicitno vidljivi gledatelju. Psihijatar govori Po-Chingu da je prekidač za OKP u njemu i da sam treba pronaći način da ga isključi. Ova ideja samostalnog isključivanja OKP-a suviše pojednostavl-

juje kompleksnost poremećaja. Mnogobrojne meta-analize pokazuju učinkovitost ERP terapije za OKP (Rosa-Alcázar i sur., 2008). ERP je kognitivno-bihevioralna tehnika izlaganja strahovima i sprečavanja odgovora na te strahove. Kognitivno-bihevioralna terapija i farmakoterapija mogu omogućiti kontroliranje simptoma i dovesti do oporavka. Prikazi čudesnih izlječenja u *I WeirDo* gledateljima mogu pružiti potpuno krive ideje o mogućnosti i trajanju oporavka.

Prezentacija OKP simptoma u *I WeirDo* nije netočna. Likovi imaju opsesije (poriv izbjegavanja kontaminacije) i razne kompulzije kao što su čišćenje, pranje ruku, brojanje, krađa, itd. Te radnje oduzimaju mnogo vremena i remete važna područja funkcioniranja. Po-Ching i Chen Ching nemaju uobičajene poslove, nego rade kod kuće. Nemaju prijatelje zbog izolacije koju donosi njihov strah od prljavštine i zaraze. Ne mogu se ni ljubiti zbog tih strahova, makar su u romantičnom odnosu. Problem ne leži u točnosti određenih prikaza, već u cjelokupnoj kompoziciji likova. Doima se kao da je netko nabacao sve moguće stereotipe poremećaja na jedno mjesto i odlučio snimiti film. Stereotipna osoba s OKP-om konstantno pere ruke i čisti, neurotično pazi na simetriju i drži se stroge rutine – upravo ono što se veže uz karaktere ovoga ljubavnog para. Sam stereotip OKP-a zanemaruje šaroliki raspon simptoma u stvarnosti. Šira podjela dimenzija OKP simptoma uključuje četiri potkategorije: kontaminacija, simetrija/nepotpunost, odgovornost za štetu i intruzivne (tabu) misli (Abramowitz i sur., 2010). Kontaminacijski OKP karakteriziraju strahovi od zaraze i pretjerane radnje izbjegavanja zaraze. Dodirivanje naizgled bezopasnih predmeta poput kvaka već može izazvati znatnu nelagodu i rezultirati pretjeranim pranjem ruku, čak i do krvarenja. (Jalal i sur., 2022). Dimenziju simetrije ili nepotpunosti obilježava potreba da stvari budu savršene, točne, „baš kako treba“, simetrične ili ispravno poravnate. Povezane kompulzije su poravnavanje, redanje i slaganje predmeta te dodirivanje, tapkanje ili slijeđenje određenih rituala (Lochner i sur., 2015). Kategoriju odgovornosti za štetu karakterizira strah od pogrešaka, sumnja u vlastita sjećanja te preuveličani osjećaj odgovornosti za sigurnost, uglavnom tuđu, ali i vlastitu. Pojedinač je često okupiran stvarima koje su izvan njegove kontrole, kao što su prometne nesreće i prirodne katastrofe ili strahuje da će direktno nauditi drugim ljudima. Tipične su kompulzije provjeravanja, poput provjeravanja jesu li vrata zaključana kako ne bi došlo do provale (Foa i sur., 2001; Abramowitz i sur., 2010; Ferguson, 2021). Na posljetku, dimenzija intruzivnih (tabu) misli podrazumijeva opsesivne misli nasilnog, religijskog ili seksualnog sadržaja. Kompulzije su rijetko vidljive drugim ljudima jer su pretežito mentalne radnje, kao što je potiskivanje intruzivnih misli nekim prikladnijim i poželjnijim mislima (Abramowitz i sur., 2010). Pojedinač u nekim slučajevima može pokazivati simptome više dimenzija istovremeno. *I WeirDo* prvenstveno ilustrira kontaminacijsku potkategoriju poremećaja. Scena u kojoj Chen Ching krivo namješta sliku kako bi

provjerila ima li Po-Ching još uvijek OKP implicira i tendencije simetriji (Ming-yi, 2020, 0:44:22). Osim nekih kratkih scena, kao što je pedantno ravnjanje plahti (Ming-yi, 2020, 0:01:20), Po-Chingove opsesije simetrijom nisu posebno naglašene. Skoro kao da je umetnuto u film samo zato jer stereotip predlaže da je OKP „ono kada voliš da je sve uredno i simetrično“.

Jedna analiza medijskih prikaza opsesija i kompulzija pokazuje najveću zastupljenost prikaza kompulzivnih radnji uređivanja ili slaganja predmeta te pranja ili čišćenja (Fennell i Boyd, 2014). Također je ispitano doživljavanje medijskih prikaza u uzorku osoba koje imaju OKP. Rezultati analize i iskazi sudionika impliciraju ograničenu reprezentaciju poremećaja. Činjenica da dio sudionika ističe učestalost medijskih prikaza kontaminacijskih opsesija te kompulzija pranja i čišćenja ide u prilog tvrdnji da su medijski prikazi suviše stereotipni. *I WeirDo* nastavlja ovu tradiciju medijskih prikaza poremećaja. Scenarist Naff (2019) tvrdi da korijen filmskih stereotipa leži u личности slavnoga filmskog producenta i milijardera Howarda Hughesa. Nakon njegove smrti, povjesničari su zaključili da je imao nedijagnosticirani OKP. Živio je s germofobijom zbog koje je bio jako ustrajan u čistoći. Uz to, bio je i izraziti perfekcionista. Naff ističe trend baziranja likova s OKP-om na Hughesovom karakteru među filmskim umjetnicima. Koji god bio pravi uzrok, postoji rizik da mediji svojim jednodimenzionalnim prikazima potiču i održavaju stereotipe među publikom.

Stigma i manjkavo razumijevanje mentalnih poremećaja velike su prepreke pri traženju psihološke pomoći. Većina ljudi može shvatiti razloge za zabrinutost i traženje pomoći kada čuju opis osobe s OKP-om, ali dvije trećine ljudi ne shvaća koji je poremećaj zapravo u pitanju (Coles i sur., 2013). Stope prepoznavanja dimenzija kontaminacije i simetrije kao OKP-a znatno su veće nego prepoznavanje dimenzija odgovornosti za štetu i intruzivnih (tabu) misli te ljudi pokazuju značajno više stigme prema dimenziji intruzivnih (tabu) misli (McCarty i sur., 2017). Općenito, ta strana poremećaja mnogo je manje poznata. Pojedinci koji doživljavaju intruzivne misli tabu sadržaja manje su motivirani potražiti pomoć zbog neznanja i neugode. K tome, rijetko se ta strana poremećaja može vidjeti u medijima (Fennell i Boyd, 2014).

Među popularnijim filmovima o OKP-u, osim *I WeirDo*, Internet Movie Database (IMDb, nepoznat datum) predlaže: *Aviator*, *Matchstick Men*, *Color of Night*, *Straight Up*, *Blacklight*, *As Good as it Gets*, *Final Analysis*, *Mr. Hubolt* i *Toc Toc*. Više od polovice njih uključuje neku varijaciju kontaminacijskog OKP-a (*I WeirDo*, *Aviator*, *Matchstick Men*, *Color of Night*, *Straight Up*, *As Good as it Gets*, *Toc Toc*). Filmovi *Mr. Hubolt*, *Final Analysis* i *Blacklight* stavljaju veći fokus na kompulzivne radnje provjeravanja te radnje općenito vezane uz dimenziju simetrije/nepotpunosti. *Blacklight* aludira na intruzivne misli, ali ne specificira jesu li uistinu u pitanju takve misli ili

simptomi neke druge dimenzije poremećaja Tek se *Toc Toc* izravno dotiče postojanja intruzivnih tabu misli u sklopu OKP-a. Opažanje da većina ovih filmova naglašava simptome kontaminacijskog OKP-a, dok zanemaruje ostale dimenzije, dodatno potvrđuje prethodno spomenutu ograničenost medijskih prikaza simptoma.

Španjolska komedija *Toc Toc* pokriva širok raspon simptoma ovog nedovoljno shvaćenog poremećaja, za razliku od mnogih drugih filmskih prikaza. Objavljena je 2017. godine i distribuirana od strane Warner Brosa. Režisera Vicente Villanueva inspirirala je francuska kazališna komedija Laurenta Baffiea. Naslov je igra riječi španjolske kratice TOC za opsesivno-kompulzivni poremećaj (šp. *trastorno obsesivo compulsivo*) i onomatopeje „kuc“ (*toc*). Radnja prati susret šestero ljudi. Petero njih ima OKP: Blanca, Ana Maria, Emilio, Otto i Lili. Šesti pacijent, Federico, ima Tourettov sindrom. Premda su tražili individualnu terapiju, tajničinom pogreškom svima je zakažan isti termin psihijatrijskog sastanka. Čekajući liječnika koji satima kasni, upoznaju se i odlučuju sami složiti grupnu terapiju. Seansa biva toliko uspješna da su svi pacijenti na trenutak nadvladali svoje kompulzije. Motivirani tim uspjehom, dogovaraju daljnje grupne sastanke. Kraj filma prikazuje oporavak svakog OKP pacijenta. Uz to, otkriva se da je Federico liječnik koji redovno vodi grupne terapije, prikriven kao pacijent.

Svaki lik pokazuje različiti oblik poremećaja. Blanca ima kontaminacijski OKP. Prekomjerno pere ruke i izbjegava dodirivanje bilo kakvih površina, čak i ljudi. Ana Marijin OKP kombinacija je dimenzija odgovornosti za štetu i intruzivnih (tabu) misli. Uz to ima i religijski OKP. Strahuje da ne počini svetogrđe, često se križa i ponavlja molitve. Zbog tjeskobe od odgovornosti za štetu, kompulzivno provjerava je li zaključala kuću, ponijela ključeve, isključila štednjak i slično. Pretežito su vidljive njezine radnje provjeravanja, ali tokom upoznavanja otkriva i svoje intruzivne misli. Nakon prvotnog oklijevanja, kaže da ju slušanje vijesti o ubojstvima potiče da misli kako je i ona sama sposobna počinuti takav zločin (Villanueva, 2017, 0:56:35). Ana Maria smatra da je zla osoba zbog svojih misli. Atmosfera među likovima na tren postaje neugodna, što naglašava jeziva filmska glazba, no likovi se trude biti utješni. Sljedeći pacijent, Emilio, je aritmoman. Zbog aritmomanije broji sve u svojoj percepciji i ne može se oduprijeti porivu brojanja (Villanueva, 2017, 0:20:04). Uz to ima poremećaj patološkog gomilanja (eng. *hoarding disorder*), koji DSM-V svrstava u poremećaje vezane uz OKP. Emilio skuplja nepotrebne predmete u nedogled umjesto da ih baci. Otto, simetričnog imena koje je sam odabrao, predstavlja simetrijsku dimenziju OKP-a. Boji se hodati po linijama i kompulzivno slaže predmete. Jedna scena prikazuje trenutak u kojem je pokvario spoj time što je izvadio sve stvari iz djevojčine torbe i poslagao ih u redove na stol u kafiću (Villanueva, 2017, 0:34:48). U kontekstu filma, to je najapsurdniji primjer. Lili, zadnji OKP lik, stalno ponavlja vlastite i tuđe rečenice, sve zbog straha od smrti.

Emilijevi i Lilini simptomi ne uklapaju se nužno u podjelu na četiri kategorije, ali to dodatno pokazuje koliko OKP simptomi mogu biti raznovrsni.

Film jasno oslikava opsesije i kompulzije svakog lika, koje im oduzimaju znatan dio vremena te remete bitna područja funkcioniranja. Iako su simptomi Blance i Otta preuveličani, prednost filma je ta što su oni očigledno različite osobe. Stereotip opsesivno-kompulzivnog poremećaja miješa dimenzije kontaminacije i simetrije/nepotpunosti. Za razliku od toga, u filmu je jasno da osoba s OKP-om ne mora ujedno biti opsjednuta simetrijom i strahovati od zaraze. *Toc Toc* humoristično prikazuje većinu likova. Pošto su tako prikazani, ne radi se o direktnom ismijavanju poremećaja. Ipak, većina likova koji su komično prikazani imaju OKP. Stoga se film svejedno može shvatiti kao ismijavanje poremećaja. Nadalje, humoristično prikazivanje OKP-a dvosjekli je mač. S jedne strane može ublažiti stigmatu, dok s druge strane može umanjiti razumijevanje poremećaja među ljudima (Fennell i Boyd, 2014). Osim toga, psihijatar Federico pristupa svojem Tourettovom sindromu kao OKP-u kako bi pomogao pacijentima. To može zbuniti gledatelje i dovesti do zamjene simptoma Tourettovog sindroma i OKP-a.

Filmski prikazi OKP-a često uključuju neku varijaciju stereotipa osobe koja je opsjednuta higijenom, čistoćom, simetrijom ili rutinom. *I WeirDo* ekstreman je prikaz kontaminacijskog OKP-a. Uzevši u obzir da je film nastao za vrijeme pandemije 2020., simbolički se može tumačiti kao komentar na drastične pandemijske mjere i njihov utjecaj na društvene odnose. Neovisno o tome, u psihološkom kontekstu ovaj je film štetno širenje stereotipa i ismijavanje samog poremećaja. K tome, suviše pojednostavljuje tretman poremećaja. S druge strane *Toc Toc*, bez obzira na svoje mane, ima pozitivan doprinos reprezentacije raznih manifestacija OKP-a. Osim što podiže svijest o tome da se OKP javlja na razne načine među ljudima, pokazuje i koliko može biti teško živjeti s ovim poremećajem. Likovi se žale na to kako zapravo nemaju život. Ipak, *Toc Toc* daje nadu za ublažavanje simptoma kroz konzistentnu terapiju i socijalnu potporu. Film dotiče i slabije poznatu temu intruzivnih misli tabu sadržaja u sklopu OKP-a. Zahtjevnije je vizualno prikazati takvu vrstu opsesija na filmskom platnu, no već samo progovaranje o njima napredak je u osvještavanju publike. Mediji ponekad mogu biti jedini izvor informacija o mentalnim poremećajima. Zato bi se filmski umjetnici trebali više informirati o prirodi i kompleksnosti opsesivno-kompulzivnog poremećaja kada odluče stvoriti film na tu temu.

Literatura

- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., Timpano, K. R., McGrath, P. B., Riemann, B. C., Adams, T., Björgvinsson, T., Storch, E. A. i Hale, L. R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychol Assess*, 22(1), 180-198. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0018260>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5. izdanje). American Psychiatric Publishing.
- Coles, M. E., Heimberg, R. G., i Weiss, B. D. (2013). The Public's Knowledge and Beliefs about Obsessive Compulsive Disorder. *Depression and Anxiety*, 30(8):778-785. DOI:10.1002/da.22080
- Fennell, D., i Boyd, M. (2014). Obsessive-Compulsive Disorder in the Media. *Deviant Behavior*, 35(9), 669-686. DOI:10.1080/01639625.2013.872526
- Ferguson, S. (30. rujna 2021). *OCD and Hyper-Responsibility: What's the Link?* Psych Central. <https://psychcentral.com/ocd/ocd-and-hyper-responsibility#what-is-hyper-responsibility>
- Foa, E. B., Amir, N., Bogert, K. V., Molnar, C., & Przeworski, A. (2001). Inflated perception of responsibility for harm in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(4), 259-275. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(01\)00062-7](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(01)00062-7)
- Internet Movie Database. (n.d.). *The Most Popular Movies and TV-Shows about Obsessive-Compulsive Disorder*. Amazon.com. <https://www.imdb.com/search/keyword/?keywords=obsessive-compulsive-disorder>
- Jalal, B., Chamberlain, S.R., Robbins, T.W. i Sahakian, B.J. (2022) Obsessive-compulsive disorder-contamination fears, features, and treatment: novel smartphone therapies in light of global mental health and pandemics (COVID-19). *CNS Spectr*, 27(2), 136-144. doi: 10.1017/S1092852920001947.
- Lochner, C., McGregor, N., Hemmings, S., Harvey, B.H., Breet, E., Swanevelder, S. i Stein, D.J. (2016). Symmetry symptoms in obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates. *Braz J Psychiatry*, 38(1), 17-23. doi: 10.1590/1516-4446-2014-1619.
- McCarty, R. J., Guzick, A. G., Swan, L. K. i McNamara, J. P. H. (2017). Stigma and recognition of different types of symptoms in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 12, 64-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.12.006>
- Ming-yi, L. (Režiser). (2020). *I WeirDo* [Film]. Activator Marketing Company.
- Naff, M. (31. srpnja 2019). Howard Hughes and OCD: How One Man Affected the Portayal of OCD. *Screenage Wasteland*. <https://screenagewasteland.com/howard-hughes-and-ocd-how-one-man-affected-the-portrayal-of-ocd/>
- Rosa-Alcázar, A.I., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A. i Marin-Martínez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1310-1325. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2008.07.001>
- Villanueva, V. (Režiser). (2017). *Toc Toc* [Film]. Atresmedia Cine, La Zona, Lazonafilms i Wind Films.

Abstract

Obsessive-compulsive disorder or OCD is characterized by the presence of obsessions and/or compulsions. Obsessions are reoccurring thoughts, urges or images experienced as intrusive and unwanted, which cause discomfort and anxiety. Compulsions are repetitive behaviors driven by obsessions, specifically aimed at reducing anxiety. Most media portrayals of OCD focus on individuals who fear contamination and engage in excessive handwashing or exhibit an obsession with order and symmetry. Although these are common OCD symptoms in reality, the disorder can manifest in various other ways, such as the preoccupation with intrusive taboo thoughts or fear of causing harm to others. The Taiwanese romantic comedy *I WeirDo* follows the story of a young romantic couple brought together by their OCD, specifically, an extreme fear of contamination and excessive cleaning. The movie is problematic because it relies on stereotypes and takes a superficial approach to the concept of recovery. In contrast, the Spanish comedy *Toc Toc* offers the audience a more nuanced perspective by showcasing the diverse manifestations of OCD symptoms and provides a more accurate idea of treatment. The movie's plot follows the group psychotherapy of six patients, five of whom have OCD.

Keywords: germophobia, *I WeirDo*, obsessive-compulsive disorder, *Toc Toc*

Shizofrenija u filmovima: *Ja, ja i Irena (Me, Myself and Irene)* i *Donnie Darko*

Karlo Lovrić
Filozofski fakultet u Zagrebu
Odsjek za psihologiju
ORCID: 0000-0002-6421-0969

Sažetak

Shizofrenija je psihička bolest koja čini posebnu skupinu psihotičnih poremećaja prema petom izdanju DSM-a (APU, 2014). Karakterizira ju gubitak kontakta sa stvarnošću te poremećaji misli i percepcije. Usprkos tomu što joj prevalencija iznosi oko 1 % u općoj populaciji, vrlo je bogato, ali i pogrešno prikazana u popularnoj kulturi i medijima. Ovaj osvrt bavi se prikazom shizofrenije u filmovima *Donnie Darko* i *Ja, ja i Irena* koji su nastali početkom ovoga stoljeća. U filmu *Donnie Darko* shizofrenija je prikazana na opasan i jeziv način dok je u filmu *Ja, ja i Irena* prikazana smiješno. Analizom i usporedbom simptoma u oba filma sa simptomima navedenim u petom izdanju DSM-a (APU, 2014), zaključili smo da netočno prikazuju bolest, premda je film *Donnie Darko* ipak pravilnijeg prikaza od filma *Ja, ja i Irena*. Međutim, jednako je moguće da su oba filma samo etiketirana kao da govore o shizofreniji iako simptomi u njima odgovaraju drugim poremećajima poput deluzijskog poremećaja i disocijativnog poremećaja identiteta. To ukazuje na nedovoljnu informiranost medija o mentalnim bolestima što za posljedicu ima širenje dezinformacija o njima u javnost.

Ključne riječi: *Donnie Darko*, *Ja, ja i Irena*, shizofrenija, stigmatizacija

Osvrt

Shizofrenija je psihička bolest čije ime dolazi iz grčkog jezika, a označava ‘rascjep ličnosti’. U prošlosti često je bila tumačena kao opsjednutost zlim duhovima, a liječila se na razne, danas nehumane načine (Grmek i Fišter, 1970). To je bolest kojoj je prevalencija u općoj populaciji oko 1 %, a češće se javlja kod osoba nižeg socioekonomskog statusa i inteligencije te kod osoba koje žive u većim gradovima (Wicks-Nelson i Israel, 2021). Postoji nekoliko tipova shizofrenije od kojih je najučestaliji paranoidni tip koji karakteriziraju nepovjerenje prema drugima i vjerovanja da osobu netko uporno proganja što rezultira pojavom čudnih i fantastičnih uvjerenja (Begić, 2021). Bolest se obično pojavljuje u adolescenciji ili dvadesetim godinama života pri čemu njeni simptomi mogu biti pozitivni i negativni (Wenar, 2003). Pozitivni simptomi ili simptomi prisutnosti uključuju pojave deluzija i halucinacija, a negativni simptomi ili simptomi odsutnosti odnose se na odsutnost onoga što bi zdrava osoba u određenom periodu života trebala imati. Primjerice, shizofrenija utječe na kognitivne sposobnosti, stoga shizofrena osoba često ima disocirani govor (Wicks-Nelson i Israel, 2021). Prema petom izdanju DSM-a (APU, 2014) za dijagnozu shizofrenije potrebna je pojava najmanje dva simptoma koji ometaju svakodnevni život (pozitivni, negativni, jako katatono/dezorganizirano ponašanje, sumanutosti) tijekom jednog mjeseca. Liječenje shizofrenije odvija se uz pomoć antipsihotika, neuroleptika i psihoterapije, no ono ne mora uvijek biti uspješno te se mogu pojaviti remisije (Wenar, 2003). Otprilike polovica shizofrenih osoba oporavi se od bolesti ili se njeno stanje poboljša dok druga polovica zahtijeva skrb u ustanovama (Wenar, 2003) gdje se o njima najčešće brinu posebno educirane medicinske sestre.

Zbog svoje burne prošlosti i neobičnosti koja je okružuje, shizofrenija je često pogrešno predstavljena u medijima, slično kao i druge mentalne bolesti. Postoje brojni filmovi koji shizofreniju pretjerano i često pogrešno povezuju s nasiljem i opasnošću (npr. filmovi strave ciklusa *Noći vještica (Halloween)* u kojem ubojica bježi iz mentalne bolnice), pa čak i s paranormalnim aktivnostima (Owen, 2012). Shizofrenija je u filmovima često predstavljena stereotipno, a karakteriziraju je dezinformacije o simptomima, uzrocima i liječenju. Ovu pojavu Owen (2012) naziva kinematografskom shizofrenijom, a dogodi se da se i neki drugi poremećaji poput antisocijalnog poremećaja ličnosti ili paranoidnog poremećaja proglašavaju kao shizofrenija. Mogući je razlog tome nedovoljna informiranost medija i javnosti o bolesti što kao posljedicu može imati veću stigmatizaciju oboljelih.

Tako je shizofrenija u filmovima *Donnie Darko* i *Ja, ja i Irena* prikazana na posve različite načine. *Donnie Darko* znanstveno-fantastični je film s elementima drame i trilera iz 2001. godine redatelja Richarda Kellyja koji prati tinejdžera Donnija (kojeg glumi Jake Gyllenhaal) kojemu je dijagnosticirana paranoidna shizofrenija. *Donnie*

ima povremene halucinacije čudovišnog antropomorfnog zeca koji ga navodi na razne bizarne radnje kojima nastoji spasiti svijet od uništenja. Drugi film, *Ja, ja i Irena*, komedija je koju su režirala braća Farrelly u kojoj Jim Carrey glumi mentalno oboljelog policajca Charlija. Njega u filmu povremeno opsjeda vlastita druga ličnost koja mu pomaže i odmaže vratiti Irene (koju glumi Renée Zellweger) u njen rodni grad. U filmu se navodi kako on boluje od „progresivne deluzijske shizofrenije s nenamjernim bijesnim narcističkim ispadima“. Ovaj se osvrt bavi analizom i usporedbom simptoma i točnosti prikaza bolesti u navedenim filmovima što može biti posebno zanimljivo jer su drugačijeg žanra i prikazuju shizofreniju na sasvim različite načine.

Radnja filma *Donnie Darko* prati delikventnog Donnija koji ima povremene halucinacije čudovišnog antropomorfnog zeca Franka. On mu govori kako Donnie mora u mjesec dana spasiti svijet od uništenja pa ga navodi na destruktivna ponašanja poput poplavljanja škole ili podmetanja požara. Nekoliko puta kaže kako „su ga natjerali“ da učini nešto što on nije htio, premda u filmu počinitelj tih djela ostaje neotkriven. Osim tih halucinacija Donnie također viđa neke druge halucinacije u obliku vodenih vijuga koje izviru iz osoba i pokazuju u kojem smjeru će se osoba kretati. Zbog njih se Donnie zainteresira za istraživanje putovanja kroz vrijeme. Njegova obitelj zna da Donnie boluje od shizofrenije te je prikazano kako ga psihijatrica pokušava liječiti lijekovima, psihoterapijom i hipnozom.

U filmu *Ja, ja i Irena*, Charlie je predstavljen kao blagi i nepoštovani policajac koji obožava svoju djecu, a i ona njega. Kao jedini uzrok njegova poremećaja navodi se potiskivanje emocija, odnosno trauma proizašla iz toga da ga je supruga ostavila. Moguće je da postoji i drugi nespomenuti uzrok, a to je ponižavanje od drugih osoba u njegovoj okolini. Ono je u filmu vrlo izraženo, ali se o tome ne govori, a možda je i to utjecalo na pojavu bolesti koja se u filmu izlaže. Jednog dana u trgovini neka ga žena zamoli da joj prepusti mjesto u redu za blagajnu što na njega djeluje kao okidač pa se pojavljuje njegova druga ličnost koju on zove Hank. Ta druga ličnost potpuna je suprotnost Charliju, bezobrazan je, nasilan i ne ustručava se kazati ono što misli. To njegovo stanje najčešće završava nekom ozljedom zbog koje bude hospitaliziran pa se ponovo „vratiti“ kao Charlie koji se ne sjeća ničega što je radio kao Hank. U filmu se Hank javlja naizgled nepredvidivo, međutim, najčešće se pojavi kad Charlie bude emocionalno povrijeđen. Kako bi spriječio pojavljivanje Hanka, Charlie mora redovito uzimati lijek. Taj poremećaj traje sve dok Charlie na kraju filma ne odluči zauvijek odbaciti Hanka i ne postane asertivniji.

Ta dva kratka pregleda manifestacije poremećaja u oba filma upućuju na to da se shizofrenija u njima razlikuje. Za početak, Donnie pokazuje više simptoma shizofrenije po petom izdanju DSM-a (APU, 2014) od Charlija. On ima česte auditorne i vizualne

halucinacije. Kod shizofrenije auditorne su halucinacije češće od vizualnih, a kod Donnija se prikazuju kao razgovori s Frankom koji mu govori što mora učiniti. Još je jedan simptom poremećaj spavanja, somnambulizam ili hodanje u snu, koji prema petom izdanju DSM-a (APU, 2014) također može biti simptom bolesti. Osim toga ponekad pokazuje simptome neodgovarajućeg afekta. Rijetko pokazuje emocije i većinu vremena ima tupi izraz lica, a katkad se i smije bez odgovarajućeg podražaja. Međutim, ne pokazuje ostale važne simptome poput sumanutosti, disociranog govora i katatonog ponašanja.

Za razliku od Charlija, kod Donnija se ne zna što je točno uzrok njegove shizofrenije. Može biti da ju je naslijedio od oca jer u jednom dijelu filma njegov otac kaže Donniju kako je „on običavao biti lud“, ali u filmu se to ne spominje dublje. Možda zbog toga Donnijev otac često brani Donnija i čini mu se zabavnim kad Donnie radi nešto neprilično poput vrijeđanja nastavnice u školi. Za shizofreniju dokazano je postojanje nasljedne predispozicije (Smith i sur. 2007). Istraživanja na jednojajčanim blizancima pokazuju kako će u slučaju da jedan blizanac oboli od shizofrenije, drugi oboljeti u 46 % slučajeva. To pokazuje kako doista postoji genetska predispozicija, ali veliku važnost u njenom pojavljivanju imaju psihosocijalni čimbenici, tj. utjecaj okoline i iskustva (Smith i sur., 2007). Primjerice, Smith i suradnici (2007) opisuju kako stres, posebno obiteljski, može potaknuti razvoj bolesti kad već postoji genetska predispozicija. Zanimljivo je da je jedna od takve vrste stresa snažno dugotrajno izražavanje pozitivnih i negativnih emocija u obitelji. Naime, članovi obitelji mogu biti previše zaštitnički prema oboljelom članu, no istovremeno se ponašaju hostile jer teško podnose negativne simptome poput manjka motivacije.

Ono što je u filmu pogrešno prikazano jest Donnijeva inteligencija. Donnie je percipiran kao inteligentan mladić koji ne razmišlja konvencionalno. Primjerice, u jednoj situaciji on se posvađa s nastavnicom oko zadatka da smjeste neki životni događaj na „liniju života“ koja se sastoji od ljubavi na jednom i straha na drugom kraju jer smatra da ta linija nije tako jednostavna. Također, zbog svojeg načina razmišljanja jedna djevojka naziva Donnija čudnim, dajući mu pritom kompliment. Osobe koje boluju od shizofrenije obično su niže inteligencije i smanjenih kognitivnih sposobnosti što uzrokuje redukciju pozornosti, sporije procesiranje informacija i slabije izvršne funkcije (prema DSM-5; APU, 2014). Možda je on iznimka ili pokušaj da se shizofrenija prikaže u pozitivnijem svjetlu, odnosno da uz svoje nedostatke shizofrenija može imati i neke dobre strane. Osim toga, liječenje shizofrenije isto je pogrešno prikazano. Donnija liječi psihijatrica propisujući mu lijekove (isprva mu je davala samo placebo tablete), a kasnije ga liječi hipnozom što je prilično zastarjela i neučinkovita metoda liječenja. Danas se u liječenju koriste lijekovi (antipsihotici) koji služe samo za smanjenje halucinacija i smetenosti dok drugi simptomi poput emocionalne otupjelosti i dalje postoje (Smith i sur., 2007).

Uz njih, važno je liječenje odgovarajućim oblikom psihoterapije.

Za razliku od toga, Charlie ne pokazuje nikakve halucinacije ili bilo koje druge simptome karakteristične za shizofreniju osim derealizacije (subjektivni doživljaj svijeta kao nestvarnog) i depersonalizacije (osjećaj promatranja svijeta kao da je osoba „odvojena“ od svog tijela). Charlie nije spreman prihvatiti stvarnost godinama nakon što ga je supruga ostavila i ne želi prihvatiti da ga drugi ne poštuju, iako je toga svjestan. Prema narativnoj komponenti filma, zbog toga što se Charlie nije suočavao sa svojim problemima, razvio mu se shizofreni poremećaj. On se godinama koristi negiranjem kao obrambenim mehanizmom kojim se brani od stvarnosti te potiskuje svoje emocije i probleme što dovodi do pojave shizofrenije. Hank u jednom trenutku kaže da se pojavio kako bi pomogao Charliju, no njegova pomoć najčešće završi nekom tjelesnom ozljedom. Pri kraju filma, Charlie konačno prihvaća stvarnost i savladava samog sebe što rezultira izlječenjem od poremećaja. Ovakav način prikaza izlječenja čini se magičnim i momentalnim, a to se ne događa u stvarnosti. Također je prenaplašeno kako je za liječenje ovako ozbiljnog poremećaja potrebna volja. Liječenje shizofrenije ovisi o više čimbenika poput uzimanja lijekova i o broju psihotičnih napadaja, ali i podržavajućoj okolini. Što je oblik bolesti teži, odnosno što ima više psihotičnih epizoda, potrebno je dulje vremena za njegovo izlječenje (prema DSM-5; APU, 2014). Čak i uz redovito uzimanje lijekova, velika je vjerojatnost pojave remisije te je potrebno više od godinu dana kako bi se bolest mogla kontrolirati.

Postoje nesuglasice oko identificiranja poremećaja u ovim filmovima. Owen (2012) navodi da su oba filma etiketirana kao da govore o shizofreniji, iako prikazuju simptome drugih poremećaja. Donnie pokazuje simptome deluzijskog poremećaja koji se od shizofrenije razlikuje po postojanju iluzija bez drugih simptoma shizofrenije. Charlie ima simptome disocijativnog poremećaja identiteta, prije nazivan poremećajem višestruke ličnosti, o čemu detaljnije pišu Siregar i suradnici (2021). Navode kako kod jedne osobe postoji više ličnosti koji se nepravilno izmjenjuju, a simptomi su mu depersonalizacija, amnezije (nemogućnost dosjećanja podataka o drugoj ličnosti) i trauma.

Prikazivanje različitih poremećaja na takav način pokazuje nesvjesnost o njihovom razlikovanju. Međutim, treba imati na umu da su oba filma nastala početkom ovoga stoljeća kada je moguće da su postojali ponešto drugačiji kriteriji za određivanje poremećaja. Doista, početkom ovoga stoljeća aktualan je bio DSM-4 (APU, 1995) u kojem se navodi da se simptomi shizofrenije mogu pojaviti u „bilo kojem obliku k cilju usmjerenog ponašanja“ što se može činiti prilično neodređeno. Kasnije autori priručnika upozoravaju da se kriteriji za dijagnozu ne primijene preširoko, iako opet ne navode koliko široko. Ipak, malo je vjerojatno da su redatelji filmova prolazili kroz

DSM-4 (APU, 1995) koji, unatoč tim nejasnim kriterijima, navodi i prilično jasne ostale kriterije koji su gotovo identični onima u DSM-5 (APU, 2014).

Poistovjećivanje shizofrenije s nekim drugim poremećajima i njezino prikazivanje kao strašne (kod Donnija) i smiješne (kod Charlja) može imati štetne posljedice kod gledatelja. Istraživanje na studentima koje su proveli Perciful i Meyer (2017) bavilo se upravo prikazom shizofrenije u filmu i posljedicama koje ono donosi za gledatelje. Pretpostavka je bila da netočni prikazi bolesti u filmu, koliko god bili privlačni za gledatelje, ne povećavaju dobronamjerno ponašanje prema bolesnicima i pridonose većoj stigmatizaciji, za razliku od filmova u kojima je bolest prikazana realistično. Za nerealan prikaz shizofrenije autori rada odabrali su film *Donnie Darko* u kojem je shizofrenija prikazana kao strašna i potencijalno opasna. Drugi film netočnog prikaza bio je *Ja, ja i Irena* u kojem je bolest prikazana kao smiješna. Ispunivši nekoliko upitnika koji su mjerili stav i vjerojatnost za pomoć shizofrenim osobama te emocionalno stanje, autori su potvrdili svoju hipotezu. Sudionici koji su gledali film *Donnie Darko* najviše su se osjećali rastuženo, uplašeno i hostilno te su imali najnegativnije stavove prema shizofrenim osobama. Također, oni su najmanje tvrdili da bi dobrovoljno pomogli nekome tko ima shizofreniju. Sudionici koji su gledali drugi film također su imali negativan stav prema shizofreniji, ali su zato najviše tvrdili da su spremni pomoći nekom bolesniku. Zanimljivo, oni koji su gledali film u kojem je shizofrenija prikazana realistično nisu imali negativni stav, ali su ipak bili manje spremni pomoći oboljelom od onih koji su gledali *Ja, ja i Irena*.

Kao što je vidljivo u prethodnom istraživanju, netočan prikaz shizofrenije vodi do veće stigmatizacije oboljelih. Ta dva filma ne samo da pokazuju shizofreniju kao potpuno drugačiji poremećaj, već ju prikazuju opasnom za sebe i okolinu. Oboljela osoba najopasnija je za sebe, a rijetko je opasna za okolinu. Osim toga, veća stigmatizacija može samo još više pridonijeti strahu oboljelih osoba jer bi se možda ustručavale same potražiti pomoć. Budući da su mediji danas vrlo rašireni, trebali bi prikazivati stvarno stanje bolesti ili barem upozoriti da je sadržaj koji prikazuju rađen na fikciji, a ne na stvarnosti.

Literatura

- Američka psihijatrijska udruga (1995). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje*. Naklada Slap.
- Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje*. Naklada Slap.
- Begić, D. (2021). *Psihopatologija*. Naklada Slap.
- Grmek, M. D. i Fišter, V. (1970). *Medicinska enciklopedija*. Jugoslavenski leksikografski zavod.
- Owen, P. R. (2012). Portrayals of schizophrenia by entertainment media: a content analysis of contemporary movies. *Psychiatric Services*, 63(7), 655–659. Preuzeto s: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100371> (29.12.2022.)
- Perciful, M. S., i Meyer, C. (2017). The impact of films on viewer attitudes towards people with schizophrenia. *Current Psychology*, 36(3), 483–493. Preuzeto s: <https://doi.org/10.1007/s12144-016-9436-0> (29.12.2022.)
- Siregar, A., Alfian, A., i Firdiansyah, F. (2021). *Dissociative Identity Disorder of The Main Character as Seen in Me, Mysel, And Irene Movie by Bobby Ferrelly and Petter Ferrelly* (Doctoral dissertation, UIN Sultan Thaha Saifuddin Jambi).
- Smith, E. E., Nolen-Hoeksema, S., Frederickson, B. L., Loftus, G. B., Bem, D. J. I Maren, S. (2007). *Atkinson/Hilgard Uvod u psihologiju*. Naklada Slap.
- Wenar, C. (2003). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija: od dojenačke dobi do adolescencije*. Naklada Slap.
- Wicks-Nelson, R. i Israel, A. C. (2021). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja djece i adolescenata s dopunama iz DSM-a-V*. Naklada Slap.

Vrtoglavica (1958)

Tomislav Laljak
Filozofski fakultet u Zagrebu
Odsjek za psihologiju
ORCID: 0000-0001-5280-8763

Sažetak

Vrtoglavica (engl. Vertigo) triler je redatelja Alfreda Hitchcocka, nastao 1958. godine. Glavni je lik u filmu Scottie, bivši detektiv koji na zamolbu staroga prijatelja počinje pratiti njegovu ženu Madeleine. Naime, ona se u zadnje vrijeme ponaša neuobičajeno i sumnjivo. Istragu mu međutim otežava ekstreman strah od visina – akrofobija – koji mu se pojavio nakon proživljene traumatske situacije u kojoj mu je poginuo kolega. Osim toga, Scottie proživljava i depresivnu epizodu. Film se dotiče i tretmana navedenih poremećaja, što pruža uvid u to što se u području promijenilo u proteklih 65 godina, a što se zadržalo do danas.

Ključne riječi: akrofobija, Alfred Hitchcock, trauma, tretman fobija, triler, Vrtoglavica

Osvrt

Vrtoglavica (Vertigo) je triler redatelja Alfreda Hitchcocka, nastao 1958. godine. Glavni je lik u filmu umirovljeni detektiv John Ferguson, zvan Scottie, a njegovu ulogu tumači James Stewart, oskarovac i jedan od Hitchcockovih miljenika koji se pojavljuje u čak četirima njegovih filmova. Scottie, na zamolbu staroga prijatelja, počinje pratiti njegovu ženu Madeleine koja se u zadnje vrijeme ponaša neuobičajeno i sumnjivo. Lik Madeleine portretira Kim Novak, također velika holivudska zvijezda prošloga stoljeća, koja ostaje najbolje upamćena upravo po toj ulozi. Uz sjajnu glumačku postavu, ali i odličnu kameru te zvuk, Hitchcock je ponovo opravdao svoju neslužbenu titulu „majstora napetosti“. *Vrtoglavica* je prožeta obratima i uzbuđenjima, ali i psihičkim smetnjama i poremećajima poput fobije, traume i depresivne epizode. Gotovo kao da je cijeli film simbolika svoga naziva.

Film započinje scenom u kojoj Scottie zajedno s još jednim policajcem juri kriminalca po krovovima San Francisca. Scottie se prilikom skoka s jednoga krova na drugi posklizne, no uspijeva se uhvatiti za oluk. Pokušavajući ga spasiti, kolega policajac nesretno pada sa zgrade i umire. Taj je događaj bio traumatsko iskustvo za glavnoga junaka. Prema Američkoj psihološkoj udruzi (1994, prema Kozarić Kovačić i sur., 2007) trauma uključuje proživljavanje, prisustvovanje ili suočavanje s događajem koji predstavlja izravnu ili potencijalnu smrtnu opasnost, ranjavanje ili ugroženost osobnoga ili tuđega integriteta. Najčešći psihički simptomi koji se mogu javiti nakon traumatskoga događaja su ponovno proživljavanje samoga događaja (iznenadna i nekontrolirana sjećanja, noćne more), izbjegavanje podražaja povezanih s događajem, otupljenost osjećaja te pojačana pobuđenost (poteškoće s koncentracijom i pamćenjem, razdražljivost, smetnje spavanja) (Davison i Neale, 2002). Scottie spominje česta buđenja noću prilikom kojih vidi svojega kolegu kako pada sa zgrade što je tipičan primjer ponovnoga proživljavanja, no u njegovu ponašanju ne mogu se uočiti drugi opisani simptomi. Stoga se može pretpostaviti kako Scottie jednostavno doživljava akutnu stresnu reakciju, s kojom se suočava većina ljudi nakon proživljene traume. Ona uglavnom traje od nekoliko dana do četiri tjedna, a simptomi se povlače spontano (Begić, 2011). Ako svi ranije opisani simptomi potraju dulje od mjesec dana zadovoljeni su uvjeti da se dijagnosticira posttraumatski stresni poremećaj (PTSP). Scottie ne razvija PTSP, no suočava se s drugim izazovom – akrofobijom, ekstremnim strahom od visina.

Davison i Neale (2002) fobije definiraju kao neutemeljene strahove prouzročene prisutnošću (ili očekivanom prisutnošću) specifičnoga objekta ili situacije. Također, navode kako se specifična fobija može razviti nakon nekoga izrazito bolnoga iskustva. U Scottiejevom slučaju, gubitak kolege u padu sa zgrade, bio je okidajući čimbenik razvoja akrofobije. On opisuje kako sada pri susretu s visinama dobiva vrtoglavicu, što

je u filmu prikazano scenom kada se pokušava stepenicama uspeti na zvonik crkve. Tada možemo vidjeti kako se Scottie trese, gubi dah te kako mu lice oblijeva znoj. Zaista, vrtoglavica je često praćena mučninom, bljedilom u licu, znojenjem, pa čak i povraćanjem (Baloh, 1998). Visinska vrtoglavica promatra se i kao zaseban fenomen, koji može i ne mora biti povezan s akrofobijom. Ona se javlja kao znak upozorenja kada udaljenost između osobe i promatranoga predmeta postane prevelika za osobu, a urokuje ju gubitak kontrole ravnoteže (Coelho i Wallis, 2010). Scottie izjašnjava da bi mu jednostavna situacija, primjerice, pad olovke sa stola pa onda saginjanje da ju podigne, mogla lako potaknuti akrofobiju. Današnjim znanjem o obama fenomenima opisano bi možda više odgovaralo visinskoj vrtoglavici. No, tu ne prestaju Scottiejevi uvidi o njegovu stanju jer čini se kako je on osmislio i način kako si pomoći. Naime, uvjeren je da će akrofobiju izliječiti postepenim privikavanjem na visinu. Svoju teoriju demonstrira penjanjem na sve viši i viši stolac, pritom svaki put kratko svraćajući pogled prema gore i prema dolje. Čini se kako je Scottie izvorni tvorac tehnike postepenoga izlaganja, oblika bihevioralne terapije koji se i danas koristi pri liječenju fobija. Zanimljivo kako je tu tehniku u literaturi prvi opisao psihijatar Joseph Wolpe, pogađate, 1958. godine.

Suočen s navedenim problemima, Scottie se odlučuje umiroviti. Ipak, kao uslugu starome prijatelju Gavinu, pristaje obaviti još jedan posao – pratiti njegovu ženu Madeleine. Gavin primjećuje neuobičajeno ponašanje Madeleine u zadnje vrijeme; u nekim trenucima ona postaje druga osoba, koju ne prepoznaje. Budući da su događaji koji slijede vrhunac filma, onima koji film tek namjeravaju pogledati neću uskratiti doživljaj napetosti te ću preskočiti velik dio radnje. Ipak, brojne zagonetke, misteriji i obrati ponovo pogađaju jadnoga Scottieja, te je smješten u psihijatrijsku bolnicu. Možemo ga vidjeti kako mirno i tiho sjedi u naslonjaču, tupa pogleda, minimalnih i sporih pokreta. Liječnik u filmu njegovo stanje naziva akutnom melankolijom te prognozira kako će trajati minimalno šest mjeseci, a možda i godinu dana. S obzirom na to da se radi o prvoj takvoj epizodi, možemo ju nazvati akutnom. Davison i Neale (2002) navode kako se depresivna epizoda, pogotovo ako je neliječena, može protegnuti na šest do osam mjeseci. Ako se ponavlja, može postati kronična, a tada osoba između dviju epizoda ne uspijeva održati prethodnu razinu funkcioniranja. Ipak, danas se melankolija ne prepoznaje kao zaseban poremećaj, ali specificira se melankolični podtip depresivnoga poremećaja (Američka psihološka udruga, 2013, prema Karlović, 2017). Prikazano je kako Scottie, između ostaloga, prima glazbenu terapiju. U njegovoj sobi tako svira Mozart, a spominje se kako u bolnici imaju posebnu vrstu glazbe i za druge skupine pacijenata, poput alkoholičara ili hipohondara. Iako takva terapija pomalo podsjeća na poznati Mozart efekt, on se prvi puta spominje tek 1993. godine. Povezanost bismo ipak mogli pretpostaviti s tzv. Tomatis metodom.

Alfred Tomatis bio je francuski liječnik koji je aktivno djelovao upravo 50-ih i 60-ih godina prošloga stoljeća. Tomatis je istraživao terapiju zvukom pri tretmanu raznih poremećaja i smetnji, kao što su autizam, teškoće u učenju, disleksija, ali i depresija, a pritom se uglavnom koristio Mozartovom glazbom i gregorijanskim koralima (Šarić, 2020). Metoda se u nekim centrima upotrebljava i danas, a dio ju stručnjaka svrstava pod pseudoznanost. Ipak, u filmu je prikazano kako se Scottie oporavlja, spreman za nove pustolovine i intrige.

Film *Vrtoglavica* naizgled se temelji na jednostavnoj priči – detektiv dobiva zadatak pratiti ženu koja se ponaša neuobičajeno te otkriti uzrok njezina ponašanja. Ipak, išarana psihičkim smetnjama i poremećajima poput fobije, traume i depresije, priča je sve samo ne jednostavna. Prikaz tih fenomena donekle je realističan te na trenutke vjerno prikazuje osobu koja pati od vrtoglavice. U drugim aspektima, poput prikaza liječenja depresije, film nam se može učiniti naivnim te netočnim prikazom struke, no pritom ne smijemo zaboraviti činjenicu da je sniman prije 65 godina. *Vrtoglavica* Alfreda Hitchcocka ispunjava svoju primarnu svrhu - napeta je, iznenađuje te šokira gledatelja, no valja priznati i kako je svojevremeno hrabro oslikala neke psihičke fenomene o kojima su saznanja tada bila oskudna.

Literatura

- Baloh, R. W. (1998). Vertigo. *The Lancet*, 352, 1841-1846. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)05430-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)05430-0)
- Begić, D. (2011). *Psihopatologija*. Medicinska naklada.
- Coelho, C. M. i Wallis, G. (2010). Deconstructing acrophobia: physiological and psychological precursors to developing a fear of heights. *Depression and anxiety*, 27, 864-870. <https://doi.org/10.1002/da.20698>
- Davison, G. C. i Neale, J. M. (2002). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Naklada Slap.
- Karlović, D. (2017). Depresija: klinička obilježja i dijagnoza. *Medicus*, 26 (2), 161-165. <https://hrcak.srce.hr/189041>
- Kozarić Kovačić, D., Kovačić, Z. i Rukavina, L. (2007). Posttraumatski stresni poremećaj. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 13 (71), 102-106. <https://hrcak.srce.hr/file/34464>
- Šarić, L. (2020). Primjena Tomatis metode u edukaciji, rehabilitaciji i terapiji [Diplomski rad, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu]. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:152347>

Upute za autore

Za Psychē mogu pisati studenti psihologije te studenti drugih struka zainteresirani za psihologijske teme. U daljnjem tekstu pronaći ćete informacije o temama i vrstama članaka koji se objavljuju u Psychēu, opis procesa koji članci prolaze prije objave te tehničke specifikacije vezane za izgled članka i referenciranje. Ako imate dodatnih pitanja, možete nam se obratiti putem e-maila psyche.stup@gmail.com ili Facebook stranice “Psychē”.

Teme

Svaki broj časopisa ima temu broja. Uz tu temu, u broj ulaze i članci koji se bave drugim temama. Svaki urednik predlaže svoje uže teme radova (neke od njih su vezane za temu broja, a druge su po izboru urednika) koje autori mogu izabrati i pisati o njima, ali autori su pozvani i osmisliti vlastitu temu rada. Sve su teme predstavljene u online tablici dostupnoj na našoj Facebook stranici. Svatko može odabrati ono što mu najviše odgovara.

Vrste članaka i specifikacije po vrsti

Psychē objavljuje nekoliko vrsta članaka: izvorne studentske znanstveno-istraživačke radove, studentske pregledne radove, izvještaje ili osvrte na nova istraživanja, kritike knjiga ili filmova, izvještaje o nekom aktualnom događaju i intervju. Niže su navedene specifikacije za svaku od vrsta radova.

Studentski znanstveno-istraživački rad

Studenti u Psychēu mogu objaviti vlastite znanstveno-istraživačke radove. Naslovi ulomaka generalno trebaju pratiti uobičajenu strukturu znanstveno-istraživačkog rada: uvod, metode (mjerni instrumenti, sudionici, postupak), rezultati, rasprava (metodološki nedostaci i preporuke za buduća istraživanja), zaključak. Za takve radove broj riječi nije ograničen. Rad treba sadržavati sažetke (150-200 riječi) na hrvatskom i engleskom jeziku te 3-6 ključnih riječi navedenih abecednim redom ispod svakog sažetka.

Studentski pregledni rad

U studentskom preglednom radu važno je što detaljnije prikazati određenu temu. Ovakav rad predstavlja cjelovit pregled nekog problema ili područja istraživanja na osnovi već objavljenih radova, ali sadrži originalne analize, sinteze ili prijedloge za daljnja istraživanja. Ima opsežniji uvod i raspravu nego izvornik.

ni istraživački rad. Naglasak je na povezivanju teorija i rezultata dobivenih u većem broju istraživanja na određenu temu kako bi se dobila šira slika o području istraživanja. Također se potiče da se u radu kritički evaluiraju metoda istraživanja i korišteni statistički postupci, osobito ako različita istraživanja dobivaju oprečne rezultate. Pregledni rad nije samo opisivanje radova koje smo našli na određenu temu. Potrebno je promisliti na što želimo dati odgovor, odnosno koje je istraživačko pitanje o materijalu.

Cilj preglednog rada je iz već poznatoga izvući neke nove zaključke. Za razliku od istraživačkih radova, ovi se radovi oblikuju u strukturu „uvod – središnji dio – zaključak“, s tim da središnji dio autor samostalno organizira u manje smislene odlomke čiji su naslovi vezani za specifične koncepte koji se u njima razrađuju. Uvod treba pratiti tzv. strukturu lijevka, gdje se iz općenitog prelazi u specifično i dolazi do cilja rada. Treba minimizirati pristranost u odabiranju podataka koji se citiraju te transparentno objasniti zašto su odabrane baš te informacije i s kojim ciljem. Tvrdnje se trebaju ilustrirati i potkrijepiti s više nezavisnih dokaza odnosno znanstvenih radova, a veliki oprez treba primijeniti kod kauzalnog zaključivanja: ono je dopušteno samo ako se citira eksperimentalni rad, inače se govori o predikciji ili povezanosti.

Općenito treba prednost davati hrvatskim izrazima (npr. psihičko umjesto mentalno, samoubojstvo umjesto suicid). Preferirana dužina je 5-6 kartica teksta (ne uključujući popis literature), ali rad može biti i dulji i kraći od navedenog. Rad treba sadržavati sažetke (150-200 riječi) na hrvatskom i engleskom jeziku te 3-6 ključnih riječi navedenih abecednim redom ispod svakog sažetka. Ova vrsta članka mora sadržavati više od deset referenci.

Osvrt na knjigu ili film

Knjiga ili film odabran za kritiku ne mora sam po sebi biti direktno vezan za psihologiju, no nužno je da se ono na što se autor osvrće odnosi na psihologiju. Potiče se i pisanje kritike na filmove koji se gledaju u STUP-ovoj Umjetničkoj sekciji. Kritika smije biti dugačka maksimalno pet stranica teksta.

Specifikacije izgleda članka

Specifikacije su pravila o izgledu članka te molimo sve autore da ih poštuju. Margine 2,5 cm sa svih strana, stil Times New Roman i prored 1,5 s razmakom iza odlomka. Font sažetka i abstracta 11, font teksta u radu 12, fontovi naslova članka te naslova i podnaslova ulomaka 14. Naslov poravnat na sredinu. Informacije o autoru, naslovi i podnaslovi ulomaka te literatura poravnati na lijevo. Tekst članka ima obostrano poravnanje.

Informacije o autoru uključuju: ime i prezime, fakultet i odsjek, ORCID. Informacije trebaju biti napisane jedna ispod druge i poravnate na lijevo. Ako članak ima više autora, informacije navodite prvo za jednu pa za drugu osobu itd. Svaki odlomak u radu treba biti uvučen tabulatorom. Ostavlja se prazan red prije naslova idućeg odlomka (nakon naslova odlomka i odgovarajućeg odlomka se ne ostavlja prazan red).

Ako se referenca u popisu literature proteže u više redova, svi osim prvog reda se trebaju uvući za 1 cm i prored je tada jednostruk.

Svaka tablica i slika imaju naslove (naslov stoji iznad tablice, a ispod slike). Tablice i slike prilažu se na samom kraju članka, a u tekstu treba naznačiti gdje se nalazi koja tablica ili slika.

orcid je digitalni kôd istraživača kojeg možete besplatno i brzo izraditi na orcid.org/register.

Raspored u članku treba biti sljedeći (ako vaš članak ne sadrži neki dio, preskačete ga):

1. Naslov
2. Informacije o autoru
3. Sažetak na hrvatskom
4. Rad
5. Literatura
6. Sažetak na engleskom
7. Prilog – sve tablice i slike (uključujući grafove) koje idu uz članak

Ako vam neke specifikacije nisu jasne, možete pogledati već objavljene članke u prošlom broju časopisa ili se obratiti svome uredniku.

Referenciranje

Prilikom navođenja referenci poštuju se APA-ina pravila o referenciranju (apastyle.apa.org, bibme.org/citation-guide/apa) i maksimalno se izbjegava navođenje sekundarnih izvora. Više o referenciranju možete saznati iz dokumenta Upute za referenciranje i na radionici za autore.

Plagiranje i autorska prava

Iako vjerujemo da studenti znaju kako je plagiranje etički neprihvatljivo-ponašanje koje zabranjuje i Kodeks etike psihološke djelatnosti, naglašavamo da je u Psychēu plagiranje najstrože zabranjeno. Autori su odgovorni za originalnost i autorstvo svojeg rukopisa. Uz to, naglašavamo da se prevođenje rečenica ili ulomaka također smatra plagiranjem. Napominjemo da autor mora biti upoznat s izvorom literature kojeg navodi te je tako zabranjeno sekundarne izvore navoditi kao primarne ako ih autor nije pročitao. Radovi će biti analizirani softverom za detektiranje plagiranja.

Autori zadržavaju autorska prava za članke objavljene u časopisu, a svojim pristankom na objavljivanje daju časopisu pravo prvog objavljivanja u tiskanom ili elektroničkom formatu. Članci objavljeni u časopisu se, uz prikladno navođenje izvora, smiju besplatno koristiti u obrazovne i druge nekomercijalne svrhe.

Proces do objave

Autor šalje prvu verziju članka na urednikovu adresu e-pošte. Molimo da se prilikom slanja prve verzije članka uredniku dokument nazove „Prezimeautora_V1“. Kada se šalje nova verzija, molimo da se mijenja broj verzije (npr. V2). Urednik komentira rad i vraća ga uz povratnu informaciju. Autor shodno sugestijama doručuje članak i vraća ga uredniku. Po završetku procesa doručivanja članka s urednikom nastaje finalna autorska verzija rada. Ona se zatim šalje na peer review i recenziju, a potom na lekturu. Recenzije su dvostruko slijepe, odnosno recenzent dobiva članak bez osobnih informacija o autorima, a autori ne znaju tko je recenzirao njihov rad. Shodno komentarima recenzenta, od autora se mogu zahtijevati dodatne preinake u članku. Usavršeni članak koji je prošao lekturu, recenziju i prijelom spreman je za objavu.