

SADRŽAJ / CONTENTS

PREGLEDI / REVIEWS	K. Kalebić Jakupčević, I. Živčić-Bećirević 185 Kognitivni i metakognitivni procesi u depresivnom poremećaju <i>/ Cognitive and metacognitive processes in depressive disorder</i> M. Nedić, D. Marčinko, L. Postružin 196 Socijalni, biološki i psihodinamski aspekti nasilja <i>/ Social, biologic and psychodynamic aspects of violence</i> A. Mindoljević Drakulić, S. Keleuva 208 Psihološki aspekti iskustva kliničke smrti <i>/ Psychological aspects of near-death experience</i>
STRUČNI RADOVI / PROFESSIONAL PAPERS	I. Erceg, G. Kuterovac Jagodić 219 Spolne razlike u nezadovoljstvu tijelom i strategijama promjene tjelesnog izgleda u adolescenciji <i>/ Gender differences in body dissatisfaction and body change strategies in adolescence</i> M. Šarić, V. Grgić, M. Bolanča Erak, Z. Verzotti, B. Begovac 234 Psihoanalitička psihoterapija i grupna analitička psihoterapija u svakodnevnoj kliničkoj praksi <i>/ Psychoanalytic psychotherapy and group analytic psychotherapy in everyday clinical practice</i>
PRIKAZ KNJIGE / BOOK REVIEW	A. Mindoljević Drakulić 247 Glen O. Gabbard: Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis <i>/ Granice i povrede granica u psihoanalizi</i>
VIJEST / NEWS	N. Jokić-Begić 251 Konferencija međunarodnog udruženja za istraživanje stresa i anksioznosti (STAR) <i>/ Stress and Anxiety Research Society (STAR) Conference</i> 255 Upute autorima / Instructions to authors

Kognitivni i metakognitivni procesi u depresivnom poremećaju

/ *Cognitive and metacognitive processes in depressive disorder*

Katija Kalebić Jakupčević, Ivanka Živčić-Bećirević¹

Klinički bolnički centar Split, Klinika za psihijatriju, Split, ¹Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju, Rijeka, Hrvatska

/ *University Hospital Center Split, Department of Psychiatry, Split, ¹University of Rijeka, Faculty of Humanities and Social Sciences, Department of Psychology, Rijeka, Croatia*

Depresija je vrlo učestala bolest suvremenog svijeta koja ima najvišu stopu povrata bolesti zbog čega je liječenje često teško i dugotrajno. U ovom radu se pokušalo predstaviti kognitivne i metakognitivne procese za koje se u dosadašnjim istraživanjima pokazalo da imaju veliko značenje za razvoj, održavanje, ali i liječenje depresivnog poremećaja. Prikazani su teorijski modeli koji opisuju povezanost kognitivnih konstrukata i stupnja depresivnosti među kojima je posebno istaknuta ruminacija, metakognitivna vjerovanja, usredotočena svjesnost i potiskivanje misli. Opisana je uloga navedenih konstrukata i kognitivnih procesa kroz njihov samostalni, ali i zajednički doprinos stupnju depresivnosti, te su objašnjeni njihovi specifični međusobni odnosi.

/ Depression is very common disease in the modern world, with the highest relapse rate and with treatment that is very long and difficult. This paper attempts to present the cognitive and metacognitive processes for which current studies have showed great significance for the development, maintenance and treatment of depressive disorder. We present theoretical models demonstrating connection between cognitive constructs and depression level with a special contribution of rumination, metacognitive beliefs, mindfulness and thought suppression. We describe the role of those constructs and processes through their independent and joint contribution to depression level as well as their specific interrelationships.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Katija Kalebić Jakupčević
Šime Ljubića 19
21 000 Split, Hrvatska
E-pošta: katijakalebic@net.hr

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

depresija / *depression*
ruminacija / *rumination*
usredotočena svjesnost / *mindfulness*
potiskivanje misli / *thought suppression*

Depresija je jedna od najčešćih bolesti suvremenog svijeta pri čemu broj oboljelih prelazi 350 milijuna ljudi u cijelom svijetu. Uzroci depresivnog poremećaja su najčešće kombinacija bioloških, socijalnih i genetskih čimbenika te su kombinacija endogenih i egzogenih faktora. Studije pokazuju da je depresija bolest s najvišom stopom povrata bolesti te da 50 % do 80 % osoba oboljelih od depresivnog poremećaja ima ponovljenu depresivnu epizodu. Novije spoznaje na području kognitivnih tretmana ističu važnost misaonih procesa koji sudjeluju u pojavnosti, održavanju i trajanju depresivnih simptoma (1), a među njima treba istaknuti ruminaciju, usredotočenu svjesnost i potiskivanje misli.

RUMINACIJA

Ruminacija definirana kao učestalo, ponavljajuće depresivno razmišljanje je česta reakcija na negativno raspoloženje (2). U sklopu Teorije vrste odgovora koju je razvila Nolen-Hoeksema (3) ruminacija se definira kao ponavljajuće, pasivno razmišljanje o simptomima depresije i o mogućim uzrocima i posljedicama tih simptoma. Ruminiranje kao reakcija na negativno raspoloženje ili neki drugi simptom depresije je način razmišljanja, misli i ponašanja koja se ponavljaju i koja usmjeravaju pažnju osobe na vlastite negativne osjećaje i na uzroke tih negativnih osjećaja.

Značajni dokazi o posljedicama ruminacije većinom dolaze iz eksperimentalnih studija u kojima se depresivne osobe potiče na ruminiranje u laboratorijskim uvjetima na način da ih se usmjerava na vlastite osjećaje i/ili tjelesne simptome nakon čega se od njih traži da procjenjuju vlastito raspoloženje, misli ili ponašanje (4-6). Koristi se metoda ponovljenih mjerenja pri čemu se uspoređuju rezultati dobiveni prije i nakon poticanja sudionika na rumina-

ciju. Kod većine ovakvih studija utvrđen je porast depresivnog raspoloženja zbog potaknute ruminacije kod depresivne skupine u odnosu na ne-depresivnu skupinu (4,6,7). Rezultati navedenih studija ukazuju da kod osoba koje su procijenile vlastito raspoloženje kao depresivno ruminacija u odnosu na distrakciju utječe na povećanje njihovog stupnja depresivnosti. Osobe koje su bile poticane na ruminaciju značajno češće su se dosjećale negativnih životnih događaja nego osobe koje su poticane na distrakciju. S obzirom na aktualne životne događaje, depresivne osobe eksperimentalno potaknute na ruminaciju češće su navodile svoje probleme te poteškoće unutar obiteljskih i poslovnih odnosa od ne-depresivnih osoba (5). Osobe koje depresivno ruminiraju više su negativistične, samokritične i češće se smatraju odgovornima i krivima za svoje probleme, imaju sniženo samopouzdanje, nisu optimistične u pogledu budućnosti kao ni u procjeni svojih sposobnosti za rješavanje problema. U situacijama kada su im prezentirani hipotetski negativni životni događaji, osobe sklone depresivnoj ruminaciji navode negativističnije interpretacije tih događaja.

Ove eksperimentalne studije ukazale su i na važnost motivacije i inicijative kod osoba sklonih depresivnim ruminacijama. Naime, ruminacija zadržava fokus, usmjerenost osobe na depresivne simptome čime potiče vjerovanje depresivne osobe u vlastiti neuspjeh i na povlačenje umjesto djelovanje u svrhu rješavanja problema. Premda depresivne osobe često navode adekvatne načine rješavanja problema, ne odlučuju se na njihovo provođenje. Poticanje ruminacije kod depresivnih osoba utječe na porast intenziteta njihovog depresivnog raspoloženja. Suprotno tome, kod ne-depresivnih osoba ovakva manipulacija ne pokazuje značajan utjecaj na samu pojavnost depresivnog raspoloženja što upućuje da je kombinacija depresije i ruminacije presudna u nastanku i održavanju depresivnog raspoloženja.

Depresivnim ruminacijama bavile su se i longitudinalne studije u kojima se najčešće mjere stupnjevi ruminacije i depresivnosti na nekom početnom razdoblju te tijekom i nakon određenog razdoblja. Ove se studije većinom razlikuju u trajanju perioda praćenja sudionika i često pokazuju jednaki trend rezultata kao i kod studija koje uključuju usporedbe između grupa. Dok je u nekima utvrđena pozitivna povezanost ruminacije i depresivnosti (8-11) u drugima ona nije potvrđena (12-16). Ovakvi kontradiktorni rezultati mogu se dijelom objasniti različitim mjerama korištenim za procjenjivanje stupnja ruminacije i depresivnosti, no ipak većim dijelom specifičnostima tretmana (zbog različitih farmakoloških ili psihoterapijskih metoda) korištenih tijekom razdoblja praćenja.

Prospektivne longitudinalne studije pokazale su također da osobe koje ruminiraju kada su pod stresom imaju duža razdoblja depresivnog raspoloženja i imaju veći rizik za razvoj depresivnog poremećaja (10,17-21) što ukazuje da ruminacija potiče klinički depresivne osobe na negativnije razmišljanje o prošlosti, sadašnjosti i budućnosti. Ruminacija negativno utječe na učinkovite strategije rješavanja problema jer smanjuje motivaciju za aktivno djelovanje i reagiranje. Naime, depresivne osobe imaju negativistične interpretacije događaja, minimaliziraju vlastite uspjehe, a previše generaliziraju neuspjehe. U predviđanju budućnosti imaju niska očekivanja pozitivnih ishoda, neučinkovite strategije suočavanja te visoku stopu pesimizma (5). Ward, Lyubomirsky, Sousa i Nolen-Hoeksema (21) su utvrdili da osobe koje imaju izraženu tendenciju ruminaciji navode više negativističnih misli u testu slobodnih asocijacija, kao i u procjenjivanju sebe i članova svojih obitelji. Također pokazuju tendenciju prisjećanja više negativnih iskustava i događaja te pokazuju nisko povjerenje u učinkovitost provedbe vlastitih planova i ciljeva. Dakle, može se za-

ključiti da studije o depresivnosti i ruminaciji ukazuju da među njima postoji povezanost te da često dolazi do njihovog preklapanja. Naime, kombinacija ruminacije i depresivnog raspoloženja aktivira „začarani krug“ negativističnog razmišljanja, neučinkovitih načina rješavanja problema, snižene motivacije i spremnosti na reakciju, snižene koncentracije te povišene razine stresa. Svaki pojedini dio kruga može utjecati jedan na drugoga te na taj način pojačavati njihovo pojedinačno djelovanje.

TEORIJA VRSTE ODGOVORA

Jedna od ranijih i značajnijih teorija emocionalnih poremećaja svakako je Teorija vrste odgovora (*Response Styles Theory*) Nolen-Hoeksema (3). U njoj se navodi da je ruminacija način reakcije, odgovor na stres koji uključuje opetovano i pasivno fokusiranje na simptome stresa i na moguće uzroke i posljedice tih simptoma. Pri tome ne vodi aktivnom rješavanju problema čime bi se mogle promijeniti okolnosti vezane uz simptome stresa, već osobe ruminirajući ostaju fiksirane na svoje probleme i na emocije koje su povezane s tim problemima. Ruminacija pojačava i produžuje stanje stresa, posebno kod depresivnih osoba i to preko nekoliko mehanizama. Prvo, pojačava utjecaj depresivnog raspoloženja na razmišljanje, povećavajući pojavnost negativnih misli i sjećanja pri pokušajima razumijevanja vlastitih poteškoća. Drugo, ometa učinkovite strategije suočavanja time što razmišljanje čini pesimističnijim i negativnijim. Treće, ruminacija utječe na ponašanje koje se onda često odvija pod stresnim okolnostima. Prema ovoj teoriji, način na koji osobe reagiraju na simptome depresije određuje trajanje i izraženost simptoma. Osobe koje imaju tendenciju ruminativnih odgovora pokazuju i puno izraženije i dugotrajnije depresivne simptome od onih koji nemaju tendenciju ruminaciji.

Pretpostavka je da ruminaciju najčešće koriste osobe kada su pod utjecajem stresa, kada su depresivne ili anksiozne. Dakle, osobe sklone ruminaciji, ruminirat će i u manje stresnim situacijama, dok će osobe manje sklone ruminaciji, u stresnim uvjetima, vrlo malo ili nimalo ruminirati. Osobe sklone ruminiranju navode da im ruminacija pomaže u dobivanju boljeg uvida u sebe i svoje emocije te da im daje jasniju, realističniju sliku o vlastitim problemima. Međutim, kada osobe sklone ruminaciji trebaju reagirati, učinkovito se suočavajući s problemnom situacijom, pokazuju mnogo više nesigurnosti i nepovjerenja u sebe od osoba koje nisu sklone ruminaciji (22). Osobe sklone ruminiranju često navode da imaju kronične životne probleme te da imaju više izvora stresa tijekom života (23). Izloženost učestalim stresorima kao što su loše materijalno stanje, nezadovoljstvo bračnom zajednicom i nezadovoljstvo radnim mjestom povezano je s većim rizikom za ruminiranje. Autori ukazuju da osobe koje su pod stalnim utjecajem stresa neprestano traže objašnjenja i uzroke svojih problema, što se posljedično manifestira učestalim ruminiranjem.

Premda su na postavkama teorije vrste odgovora nastala brojna istraživanja, ova teorija ipak nije uspjela objasniti što vodi tendenciji ruminacije i zašto osobe nastavljaju ruminirati unatoč njenim negativnim posljedicama. Također je ostalo nejasno je li ruminacija posljedica ili ipak uzrok depresivnog raspoloženja pa su Wells i Mathews 1996. g. (24) predložili dodatna objašnjenja svojim metakognitivnim S-REF modelom.

METAKOGNITIVNI MODEL EMOCIONALNIH POREMEĆAJA

Svojim modelom samoregulirajućih izvršnih funkcija (S-REF) Wells i Mathews (24) su pokušali ukazati na važnost i ulogu koju imaju kognitivni i metakognitivni faktori na

održavanje emocionalnih poremećaja. S-REF modelom opisali su 3 razine procesiranja: razina nižeg stupnja procesiranja informacija, izvršna razina i razina vlastitih znanja, vjerovanja i načina suočavanja. Na nižoj razini procesiranje informacija je automatsko, u obliku refleksnog reagiranja na vanjske podražaje; uključuje informacije o vanjskim podražajima te o vlastitim kognitivnim i tjelesnim iskustvima. Na ovoj razini doživljavamo automatske misli koje su oblik unutarnjeg govora i koje kada su negativne postaju presudne za pojavu i održavanje depresivnog poremećaja. Na izvršnoj razini procjenjuju se vanjski događaji i unutarnja iskustva te izbor strategija suočavanja. Ovo procesiranje informacija nadalje ovisi o interakciji s trećom razinom, onom naših vlastitih znanja i vjerovanja (24).

Prema modelu, osnovu psiholoških poremećaja čini neučinkovit, odnosno štetan, način razmišljanja koji se naziva sindrom kognitivne pažnje (engl. *cognitive attentional syndrome*). On predstavlja perseverativni način razmišljanja u obliku brige ili ruminacije, usmjeravanja pažnje na prijetnju te neučinkovitih strategija suočavanja u obliku potiskivanja misli ili ponašanja izbjegavanja. Ovaj sindrom nastaje iz metakognitivnih znanja i vjerovanja te produžuje i intenzivira negativna emocionalna iskustva putem nekoliko mehanizama. Naime, sindrom kognitivne pažnje je pretjerana pažnja usmjerena na sebe odnosno konceptualno procesiranje informacija u obliku brige i ruminacije. Ovo procesiranje odvija se putem lanca misli kojim osoba nastoji odgovoriti na pitanja o značenju nekog događaja ili iskustva. Briga i ruminacija čine osobu usmjerenom na negativne informacije što vodi iskrivljenom poimanju sebe i svijeta oko sebe. Dok je briga umjerenost na potencijalnu opasnost u budućnosti, pri čemu je u vrlo neznatnoj vezi sa stvarnom vjerojatnosti da će se ta opasnost zaista i dogoditi, ruminacija pak traži odgo-

vore na pitanja „Zašto ja?“ pri čemu postoji diskrepanca između onoga što osoba zaista zna i onoga što želi znati. U želji da smanji diskrepancu osoba započinje potiskivanje, koje pak jedino ometa normalno emocionalno procesiranje, nije učinkovito u zaustavljanju neželjenih smisli, te osoba doživljava gubitak kontrole (25).

Prema ovom modelu, važna odrednica hoće li osoba koristiti ruminaciju, jest vjerovanje o korisnosti ruminiranja. Naime, ruminacija potječe iz dijela modela u kojem se nalaze metakognitivna vjerovanja koja određuju upotrebu ruminacije kao strategije suočavanja i samo-regulacije. Izbor ruminacije kao strategije suočavanja usmjerene na emocije u odnosu na alternativne strategije usmjerene na rješavanje problema, posljedica je dostupnosti i raspoloživosti vlastitih znanja kojima procjenjujemo značajnost i korisnost koju imaju naše misli (25). Navedene pretpostavke istraživali su Pappageorgiou i Wells (26) te su 2001. g. predložili svoj klinički model.

KLINIČKI METAKOGNITIVNI MODEL RUMINACIJE I DEPRESIJE

Uzevši u obzir postavke S-REF modela, Pappageorgiou i Wells (26) su u svom istraživanju krenuli od pretpostavke da je kod osoba s emocionalnim poteškoćama upravo razina znanja i vjerovanja povezana s ruminiranjem. Naime, njihova pretpostavka jest da je perseverativno negativno razmišljanje povezano s metakognitivnim vjerovanjima o korisnosti i o posljedicama takvog razmišljanja.

U preliminarnoj studiji autori su koristili polustrukturirani intervju kako bi istražili prisustvo i sadržaj metakognitivnih vjerovanja o ruminaciji kod osoba oboljelih od depresivnog poremećaja. Rezultati su pokazali da su svi oboljeli imali pozitivna i negativna vjerovanja o ruminaciji. Sadržaj pozitivnih

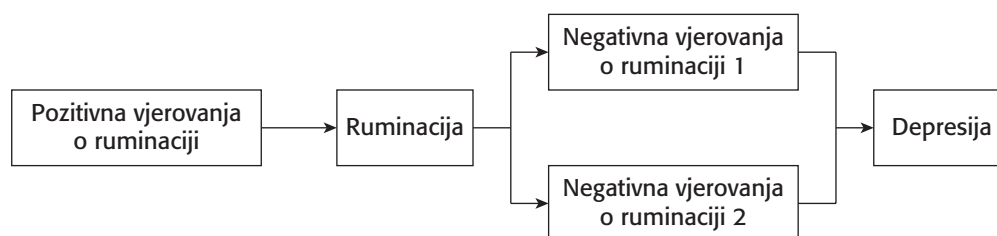
metakognitivnih vjerovanja odnosio se na ruminaciju kao strategiju suočavanja („Trebam ruminirati o svojim problemima kako bih našao odgovore o mojoj depresiji“). Negativna metakognitivna vjerovanja o ruminaciji odnosila su se na nekontrolabilnost i moguću štetu zbog ruminacije („Ruminiranje me može navesti da si učinim nešto loše“) te na interpersonalne i socijalne posljedice ruminacije („Ljudi će me odbaciti ako ruminiram“). Na temelju svojih nalaza autori su sastavili instrumente za mjerenje pozitivnih i negativnih metakognitivnih vjerovanja o ruminaciji. Za pozitivna metakognitivna vjerovanja predložili su Ljestvicu pozitivnih vjerovanja o ruminaciji – PBRS (engl. *Positive Beliefs about Rumination Scale*), a za negativna vjerovanja Ljestvicu negativnih vjerovanja o ruminaciji – NBRS (engl. *Negative Beliefs about Rumination Scale*). Ljestvica PBRS je jednofaktorska ljestvica koja se sastoji od 9 čestica visoke unutarne pouzdanosti (Cronbach alfa= 0,89). Ljestvica NBRS je dvofaktorska ljestvica koja se sastoji od 13 čestica. Jedan faktor se odnosi na nekontrolabilnost i štetnost ruminacije, a drugi na interpersonalne i socijalne posljedice ruminacije. Obje podljestvice imaju visoku unutarnju pouzdanost (Cronbach alfa= 0,80; 0,83). Empirijski dokazi provedenih studija (26-28) pokazuju da su pozitivna metakognitivna vjerovanja o ruminaciji značajno i pozitivno povezana s ruminacijom i depresijom kod kliničkog i ne-kliničkog uzorka ispitanika te da su oba negativna metakognitivna vjerovanja o ruminaciji značajno i pozitivno povezana s ruminacijom i depresijom kod kliničkog i ne-kliničkog uzorka ispitanika. Pozitivna metakognitivna vjerovanja o ruminaciji vode većoj učestalosti ruminacije kao strategije suočavanja sa stresom. Međutim, negativne posljedice ovakvog načina procesiranja vode negativnim procjenama o kontrolabilnosti i štetnosti ruminacije koje su se pokazale vrlo značajnim medijatorom u povezanosti ruminacije i depresije (26- 29).

Prema rezultatima svoje studije, Papageorgiou i Wells (26) su predložili klinički model ruminacije i depresije u kojem pozitivna vjerovanja o koristi i prednostima ruminacije potiču motivaciju osobe da ruminira. Npr. depresivna osoba koja vjeruje „Ruminiranje o mojoj depresiji pomaže mi razumjeti moje pogreške i propuste“, češće će ruminirati, no kada se ruminacija aktivira, osoba je počinje procjenjivati kao nekontrolabilnu i štetnu i kao nešto što će imati negativne interpersonalne i socijalne posljedice. Upravo ta aktivacija negativnih vjerovanja o ruminaciji doprinosi porastu stupnja depresivnosti. Navedeni rezultati u skladu su s teorijom S-REF prema kojoj pozitivna vjerovanja utječu na pojavu ruminacije čija je povezanost s depresijom značajno posredovana njenim negativnim procjenama.

U svojoj drugoj studiji Papageorgiou i Wells (28) su potvrdili navedene pretpostavke na uzorku klinički depresivnih osoba. No, na ne-kliničkom studentskom uzorku dobili su nešto drugačije rezultate i to ponajprije o povezanosti ruminacije, negativnih vjerovanja i depresivnosti. Naime, za razliku od kliničkog uzorka, na ne-kliničkom uzorku utvrđena je direktna povezanost ruminacije i depresivnosti. Moguće objašnjenje ove povezanosti jest da je ruminativno razmišljanje kod blagih emocionalnih smetnji direktno povezano s negativnim mislima i sa sniženom motivacijom

za reakciju dok kod depresivnih osoba, zbog njihove pretjerane negativne usmjerenosti na sebe, povezanost ruminacije i depresivnosti može biti posredovana upravo tim negativnim metakognicijama. Papageorgiou i Wells (28) su istaknuli da je jedno od važnijih ograničenja njihove studije odabir sudionika te da bi u daljnjim istraživanjima trebalo obratiti pažnju na veću homogenost uzoraka.

Njihov model su nešto kasnije provjeravali Roelofs i sur. (29), no premda su u studiju uključili samo klinički depresivne osobe i koristili nešto drugačije statističke metode obrade rezultata, neke od postavki kliničkog modela su potvrđene. Naime, utvrđena je direktna povezanost ruminacije s depresivnim simptomima što je u skladu s rezultatima koje su Papageorgiou i Wells (28) dobili na ne-kliničkom uzorku. Naime, negativna metakognitivna vjerovanja o kontrolabilnosti i štetnosti ruminacije nisu se pokazala značajno povezanima s depresivnošću kao ni kod njihove ne-kliničke skupine što su autori objasnili većom povezanošću ovih metakognitivnih vjerovanja i anksiozne, ali ne i depresivne simptomatologije. Negativna metakognitivna vjerovanja o interpersonalnim i socijalnim posljedicama ruminacije pokazala je dakle, na jedan način, dvojaku povezanost sa stupnjem depresivnosti što ukazuje da osobe mogu započeti ruminaciju kao reakciju na svoje misli o socijalnim i interpersonalnim posljedicama



Legenda:

Negativna vjerovanja o ruminaciji 1: negativna vjerovanja o nekontrolabilnosti i štetnosti ruminacije

Negativna vjerovanja o ruminaciji 2: negativna vjerovanja o interpersonalnim i socijalnim posljedicama ruminacije

SLIKA 1. Klinički metakognitivni model ruminacije i depresije (Papageorgiou & Wells, 2001.)

ruminacije što su Papageorgiou i Wells (28) nazvali meta-ruminacija. Prema njima, negativna metakognitivna vjerovanja mogu direktno ali i indirektno, putem meta-ruminacije, doprinijeti pojavnosti i intenzitetu depresivnih simptoma.

Istražujući druge metakognitivne procese u podlozi depresivnosti, posebnu pažnju istraživača privukla je i usredotočena svjesnost (engl. *mindfulness*). Naime, kognitivne teorije koje su se bavile ovim konstruktom, opisale su je kao oblik svjesnosti koji se odnosi na opažanje nekog iskustva, bez reakcije u bilo kojem smislu (30). Usredotočena svjesnost, promatrana kao jedan metakognitivni proces pažnje, ukazuje nam na to kako se osobe odnose prema sadržaju vlastitih misli. Za ovaj specifični proces se pretpostavlja da umanjuje ruminativne aspekte depresije time što mijenja način na koji osobe doživljavaju vlastite procese misli.

Pojam usredotočenosti odnosno usredotočene svjesnosti potekao je iz budističke filozofije („*sati*“=engl. *remembering*) i premda postoji više načina konceptualizacije ovog pojma, najčešće se opisuje kao objektivna iskustvena svjesnost (31). Smatra se da osobe koje su više usredotočene imaju veću sposobnost svjesnog preusmjeravanja pažnje s neugodnih sjećanja iz prošlosti ili s pretjeranih briga o budućim događajima, u odnosu na osobe koje imaju nižu usredotočenu svjesnost (32). Ovaj oblik namjernog fokusiranja na „ovdje i sada“ razlikuje se od naizgled nekontrolabilnog kognitivnog lanca misli, odnosno od ruminacije. Dok je ruminacija rigidna, pretjerana usmjerenost pažnje na sebe i svoje negativne misli, usredotočena svjesnost je karakterizirana kognitivnom fleksibilnošću i mogućnošću odvratanja i preusmjeravanja pažnje od ovakvih rigidnih misaonih procesa. Usredotočene osobe stoga mogu opaziti više događaja u određenom trenutku, a da pri tome ne analiziraju vlastite negativne misli ili osjećaje (33,34).

POVEZANOST USREDOTOČENE SVJESNOSTI, RUMINACIJE I DEPRESIVNOSTI

Dosadašnja istraživanja ukazala su na negativnu povezanost ruminacije i usredotočene svjesnosti (34-36) pri tome sugerirajući medijsku ulogu ruminacije u odnosu usredotočenosti te depresivnih i anksioznih simptoma. Pokazalo se da je usredotočena svjesnost povezana s više vrsta pozitivnih ishoda, od većeg zadovoljstva životom i pozitivnog raspoloženja, do smanjenja doživljaja stresa. Osobe koje su visoko usredotočene mogu opaziti i iskusiti brojne unutarnje i vanjske podražaje čime uspijevaju zaustaviti ili prevenirati eventualna razmišljanja o svojim negativnim mislima i emocijama (30). Također, veća razina usredotočene svjesnosti povezana je s manjom impulzivnosti i s većom svjesnosti pri odabiru reakcija i načina ponašanja koja su u skladu s potrebama i vrijednostima pojedinca (35). Borders i sur. (34) su utvrdili da je usredotočena svjesnost u negativnoj korelaciji s hostilnosti, ljutnjom i verbalnom agresijom te da tom odnosu posreduje ruminacija. Povećanje usredotočene svjesnosti utječe na smanjenje ruminacije i agresivnosti što se pokazalo važnim i u kliničkoj praksi. Naime, relaksacija kao važan dio tehnike treninga usredotočene svjesnosti značajno utječe na smanjenje agresivnosti i tjelesne podražljivosti. Trening usredotočene svjesnosti jednim dijelom smanjuje tendenciju agresivnom ponašanju zbog postizanja većeg stupnja opuštenosti, no ipak većim dijelom zbog postizanja veće sposobnosti emocionalne regulacije ponašanja (35).

Utjecaj usredotočene svjesnosti na emocionalnu regulaciju utvrđen je i u studiji Coffey i Hartman (36). Emocionalna regulacija pokazala se značajnim medijatorom u odnosu usredotočenosti i depresivnih simptoma. Naime, uobičajene strategije regulacije emocija uključuju mijenjanje misli i ponašanja što za cilj ima bolje suočavanje s negativnim emo-

cijama. Veća usredotočena svjesnost utječe na smanjenje agresivnog ponašanja zbog svog pozitivnog učinka na odabir adekvatnijih strategija suočavanja, kao i zbog smanjenja tendencije impulzivnog ponašanja.

Za usredotočenu svjesnost možemo također reći da je alternativa distrakciji, kao strategiji suočavanja. Za razliku od distrakcije kojom se privremeno odmiču neželjene misli ili ih se zamjenjuje drugima, usredotočenost je sposobnost da se u potpunosti dožive negativne misli i osjećaji bez negativne emocionalne reakcije na njih (37). Uspoređujući učinke eksperimentalno potaknute ruminacije, distrakcije i treninga usredotočene svjesnosti, pokazalo se da ruminacija pojačava depresivno raspoloženje, dok ga distrakcija i veća usredotočenost smanjuju. Učinak treninga usredotočene svjesnosti na smanjenje depresivnog raspoloženja pokazao se značajno većim nego učinak distrakcije stoga se može zaključiti da u usporedbi ova dva konstrukta, usredotočenost je puno bolja alternativa ruminaciji nego distrakcija.

Frewen i sur. (30) su u svojoj studiji utvrdili da osobe koje izvještavaju o višem stupnju usredotočene svjesnosti rjeđe doživljavaju negativne misli od osoba s nižom razinom usredotočenosti. Osobe s višom razinom usredotočene svjesnosti nisu imune na negativno razmišljanje nego imaju veći kapacitet „otpuštanja“ negativnih misli te ih procjenjuju kontrolabilnijima i manje intruzivnima. Kapacitet za „otpuštanje“ misli može povećati kapacitet kognitivne fleksibilnosti čime osoba lakše usmjerava pažnju adaptivnijim mislima, rješavanju problema i adekvatnijim načinima reagiranja. Neki autori (32, 38) ukazuju da je usredotočena svjesnost jedan oblik mentalnog treninga koji potiče sposobnost samoregulacije pažnje i povećava kognitivnu fleksibilnost te unapređuje izvršne funkcije čime djeluje na smanjenje tendencije impulzivnom i agresivnom ponašanju.

Kako se depresija pokazala kao bolest s najvišom stopom povrata bolesti; naime, 50-80 %

oboljelih osoba ima novu depresivnu epizodu, većina metakognitivnih istraživanja se usmjerila na tehnike kojima bi se ta stopa smanjila. Ponavljajući rizik za povratak depresivne epizode može se povezati s povišenom kognitivnom reaktivnošću na male promjene u depresivnom raspoloženju (39,40). Osjećaji niskog samopoštovanja, beznađa, neuspjeha i odbacivanja nastaju iz općenitog negativnog razmišljanja o sebi tijekom ranijih epizoda depresije. Ove ranije epizode rezultat su kombinacije genetske predispozicije i brojnih vanjskih okolnosti. Depresivne osobe često nastoje izbjegavati negativne misli i emocije te su često pretjerano usmjerene na sebe što je važan mehanizam održavanja i trajanja depresivnog poremećaja. Potiskivanje misli i izbjegavanje suočavanja i rješavanja problema pokušaji su regulacije negativnog emocionalnog stanja koji na kraju jedino doprinose održavanju depresivnosti (16).

Vrlo učinkovitom tehnikom za povećanje kognitivne fleksibilnosti pokazala se tehnika treninga usredotočene svjesnosti kojom se također značajno utječe na produljenje razdoblja remisije bolesti. Chambers i sur. (38) su na uzorku od 20 depresivnih osoba proveli trening usredotočene svjesnosti tijekom 10 dana i utvrdili da je skupina koja je prošla trening, u odnosu na kontrolnu skupinu koja nije bila u treningu, izvijestila o smanjenju depresivnih simptoma i smanjenju stupnja ruminacije. Rezultati ukazuju da povećanje stupnja usredotočene svjesnosti smanjuje tendenciju ruminacije što onda za posljedicu ima smanjenje depresivnih i anksioznih simptoma.

POTISKIVANJE MISLI

Depresivne osobe često navode da su njihove negativne misli uzrok njihovog nezadovoljstva te da se s njima suočavaju pokušavajući ne misliti na njih (41). Kada osoba potiskuje određene misli, to postiže misleći o nečem drugom, što onda indirektno postaje povezano s tim mi-

slima. Kontinuirano potiskivanje misli na taj način čini te misli stalno prisutnima (42, 43). U odnosu na osobe koje nikada nisu imale depresivnu epizodu, osobe koje su bile depresivne imaju značajno višu razinu kroničnog potiskivanja misli te ulažu mnogo više truda u pokušaju regulacije emocija kako bi postigli i zadržali pozitivno mentalno stanje (44). Unatoč tome što trenutno nisu depresivni, osobe koje imaju iskustvo depresije pokazuju tendenciju potiskivanja negativnih misli. Premda bi nastojanjem da zadrže mentalnu kontrolu trebali kontrolirati i neželjene misli, često se događa upravo suprotno i negativne misli postaju učestalije (45). Objašnjenje ove pojave nalazi se u teoriji ironičnih procesa (46) koja ukazuje da potiskivanje misli uključuje dva mehanizma: namjerni proces distrakcije kojim se odvraćaju pažnja od neželjenih misli i promatrajući mehanizam kojim se opažaju neželjene misli koje zahtijevaju distrakciju. Premda je proces distrakcije svjestan i često učinkovit, promatrajući sistem je često nesvjestan i ne zahtijeva mnogo mentalnog napora. U normalnim okolnostima, ova dva procesa se odvijaju paralelno pri čemu se distrakcijom odvraćaju pažnja s neželjenih misli, a promatrajućim sistemom se upozorava i navodi na distrakciju. S jedne strane, ova dva procesa pomažu zadržavanju neželjenih misli izvan razine svjesnosti, no s druge strane, promatrajućim sistemom se održava usmjerenost na te neželjene misli, koje u uvjetima kada je distrakcija onemogućena, postaju problematične. U tim uvjetima osobe su mnogo češće i mnogo više svjesne neželjenih misli nego što bi bile da nisu ni pokušale potiskivati svoje misli.

Potvrda ove teorije dolazi i iz longitudinalnih studija (47) koje navode da je potiskivanje misli povezano s višim razinama ruminacije i depresivnosti. Naime, kada su izvori uspješne distrakcije slabi zbog depresivnog raspoloženja i kada propadnu pokušaji da se potisnu neželjene misli, frekvencija ruminativnih misli se

povećava. Ruminacija stoga može biti ironični učinak potiskivanja tih misli.

Wenzlaff i Luxton (16) su utvrdili da kad pod utjecajem stresa slabi mentalna kontrola, potiskivanje misli potiče depresivnu ruminaciju. Potiskivanje misli u osnovi ima za cilj eliminiranje opasnih, neželjenih misli, dok ruminacija upravo usmjerava pažnju na njih. Depresivna ruminacija uključuje učestalo podsjećanje na osobne neuspjehe i pogreške pri čemu se osoba fokusira na osjećaje osamljenosti, niske kvalitete života i vlastite neadekvatnosti. Navedeni rezultati su u skladu s ranijim studijama koje ukazuju da osobe često griješe koristeći kontraproduktivne strategije kao što su ruminacija (6) i potiskivanje misli (48). Ruminacija kao proces usmjeravanja pažnje na uzroke i posljedice depresivnih simptoma često prolongira i povećava te simptome. S druge strane, potiskivanje misli uzrokuje češću pojavu ruminativnih misli, pa će stoga osobe koje kronično potiskuju misli vjerojatnije i ruminirati (41).

Pozitivnu povezanost potiskivanja misli i depresije te ruminacije i depresije u svom istraživanju potvrdio je i Szasz (49). Medijacijskom analizom je utvrdio da je povezanost potiskivanja misli i depresije kod klinički depresivnih osoba potpuno posredovana ruminacijom (kao ironičan učinak potiskivanja misli). Naime, autor navodi da depresivne osobe suočene s negativnim posljedicama depresivne ruminacije koriste potiskivanje kako bi se riješile vlastitih ruminativnih misli no na taj način često produžuju i pojačavaju vlastito depresivno stanje. Prema teoriji ironičnog procesa, kada su izvori učinkovite distrakcije slabi zbog depresivnog raspoloženja i kada su pokušaji potiskivanja depresivnih misli neuspješni, ruminativne misli se pojavljuju s većim intenzitetom i s većom učestalošću nego ranije. U slučajevima težih oblika depresije, kronično potiskivanje misli može dodatno potaknuti ruminaciju koja onda postaje ironični učinak potiskivanja misli.

Dosadašnja istraživanja depresivnih ruminalacija uglavnom potvrđuju da je ruminacija prediktor depresivne simptomatologije, da negativno utječe na strategije rješavanja problema, pažnju, koncentraciju i motivaciju te da kod depresivnih osoba ruminacija utječe na trajanje depresivnog raspoloženja.

Depresija i ruminacija zajedno aktiviraju krug u kojem važnu ulogu ima više psiholoških konstrukata. Jedan od vrlo važnih i značajnih konstrukata svakako su metakognicije za koje se pokazalo da mogu biti značajan izvor neučinkovitih strategija suočavanja, izvor pretjerane samokritičnosti te potrebe za kontrolom i potiskivanjem misli, ali i vrlo važan izvor ruminalacije. Neučinkovite strategije suočavanja mogu potaknuti nezadovoljstvo koje osoba osjeća na subjektivnom planu, dok ruminacija nadalje sprječava uspješnu kognitivnu restrukturaciju i kao takva je jedan od najvažnijih kognitivnih procesa u razumijevanju nastanka i održavanja depresivnosti.

Navedene spoznaje svakako imaju veliku važnost, kako u postizanju jasnijeg i sveobuhvatnijeg teorijskog pristupa objašnjenju nastanka i razvoja depresivnog poremećaja, tako i u njegovom još uspješnijem psihoterapijskom tretmanu. Jedna od suvremenih terapija depresivnog poremećaja, metakognitivna terapija, posebnu važnost pridaje socijalizaciji klijenta na ideju da je ruminacija jedan od izvora problema, postupno smanjenje učestalosti ruminalacije, jačanje kontrole nad mislima, osvještavanje metakognitivnih vjerovanja i promjenu negativnih vjerovanja koja doprinose povećanom riziku za povratak depresivne epizode. Metakognitivna terapija ističe važnost rada na misaonim procesima pri čemu se ovladava načinima prekidanja ruminalacije i jačanja metakognitivnih vještina kojima se klijent distancira od negativnih misli.

Opisane dosadašnje spoznaje u ovom radu ukazuju na važnost metakognicija u nastanku i objašnjenju depresije te imaju svoje značajne implikacije na unaprjeđenje psihoterapijskog rada s depresivnim osobama.

LITERATURA

1. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Kognitivno-bihevioralna terapija za psihijatrijske probleme. Psihoterapijski niz. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2008.
2. Rippere V. What is the thing to do when you are feeling depressed?: A pilot study. *Behav Res Ther* 1977; 15: 185-91.
3. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 569-582.
4. Lybomirsky S, Caldwell ND, Nolen-Hoeksema S. Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *J Pers Soc Psychol* 1998; 75: 166-77.
5. Lybomirsky S, Tucker KL, Caldwell ND, Berg K. Why ruminators are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *J Pers Soc Psychol* 1999; 77: 1041-60.
6. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cogn Emot* 1993; 7: 561-70.
7. Park RJ, Goodyer IM, Teasdale JD. Effects of induced rumination and distraction on mood and overgeneral autobiographical memory in adolescent major depressive disorder and controls. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45: 996-1006.
8. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster. *J Pers Soc Psychol* 1991; 61: 115-21.
9. Robinson LA, Alloy LB. Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: A prospective study. *Cogn Ther Res* 2003; 27: 275-91.
10. Kuehner C, Weber I. Responses to depression in unipolar depressed patients: An investigation of Nolen-Hoeksema response styles theory. *Psychol Med* 1999; 29: 1323-33.
11. Jones NP, Siegle GJ, Thase ME. Effects of Rumination and Initial Severity on Remission to Cognitive Therapy for Depression. *Cogn Ther Res* 2008; 32: 591-604.
12. Arnow BA, Spangler D, Klein DN, Burns DD. Rumination and distraction among chronic depressives in treatment: A structural equation analysis. *Cogn Ther Res* 2004; 28: 67-83.

13. Bagby RM, Rector NA, Bacchiochi JR, McBride C. The Stability of the Response Styles Questionnaire Rumination Scale in a Sample of Patients With Major Depression. *Cogn Ther Res* 2004; 28: 527-38.
14. Bagby RM, Parker JDA. Relation of rumination and distraction with neuroticism and extraversion in a sample of patients with major depression. *Cogn Ther Res* 2001; 25: 91-102.
15. Ciesla JA, Roberts JE. Self-directed thought and response to treatment for depression: A preliminary investigation. *J Cogn Psychother* 2002; 16: 435-53.
16. Wenzlaff RM, Luxton DD. The role of thought suppression in depressive rumination. *Cogn Ther Res* 2003; 27: 293-308.
17. Just N, Alloy LB. The response style theory of depression: Tests and extension of the theory. *J Abnorm Psychol* 1997; 106: 221-9.
18. Roberts JE, Gilboa E, Gotlib IH. Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism and episode duration. *Cogn Ther Res* 1998; 22: 401-23.
19. Sarin S, Abela JRZ, Auerbach RP. The response styles theory of depression: A test of specificity and causal mediation. *Cogn Emot* 2005; 19: 751-61.
20. Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C. Explaining the gender difference in depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1999; 77: 1061-72.
21. Ward AH, Lyubomirsky S, Sousa L, Nolen-Hoeksema S. Can't quite commit: Rumination and uncertainty. *Pers Soc Psychol Bull* 2003; 29: 96-107.
22. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science* 2008; 3: 400-24.
23. Nolen-Hoeksema S, Davis CG. Thanks for sharing that: Ruminators and their social support networks. *J Pers Soc Psychol* 1999; 77: 801-14.
24. Wells A, Matthews G. Modelling Cognition in Emotional Disorder: The S-REF Model. *Behav Res Ther* 1996; 34: 881-888.
25. Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: The Guilford Press, 2009.
26. Papageorgiou C, Wells A. Positive beliefs about depressive rumination: Development and Preliminary validation of a self-report scale. *Behav Therapy* 2001a; 32: 13-26.
27. Papageorgiou C, Wells A. Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cogn Behav Pract* 2001; 8: 160-4.
28. Papageorgiou C, Wells A. An Empirical Test of a Clinical Metacognitive Model of Rumination and Depression. *Cogn Ther Res* 2003; 27: 261-73.
29. Roelofs J, Huibers M, Peeters F, Arntz A, van Os J. Positive and Negative Beliefs About Depressive Rumination: A Psychometric Evaluation of Two Self-Report Scales and a Test of a Clinical Metacognitive Model of Rumination and Depression. *Cogn Ther Res* 2010; 34: 196-205.
30. Frewen PA, Evans EM, Maraj N, Dozois DJA, Partridge K. Letting Go: Mindfulness and Negative Automatic Thinking. *Cogn Ther Res* 2008; 32: 758-74.
31. Williams JMG. Mindfulness, Depression and Modes of Mind. *Cogn Ther Res* 2008; 32: 721-33.
32. Bishop SR, Lau M, Shapiro S. i sur. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin Psychol Sci Pract* 2004; 11: 230-41.
33. Shapiro SL, Carlson LE, Astion JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol* 2006; 62: 373-86.
34. Borders A, Earleywine, M, Jajodia A. Could Mindfulness Decrease Anger, Hostility and Agression by Decreasing Rumination? *Aggressive Behaviour* 2010; 36: 28-44.
35. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003; 84: 822-48.
36. Coffey KA, Hartman M. Mechanisms of action in the inverse relationship between mindfulness and psychological distress. *Complemental Health Practice Review* 2008; 13: 79-91.
37. Broderick PC. Mindfulness and Coping with Dysphoric Mood: Contrasts with Rumination and Distraction. *Cogn Ther Res* 2005; 29: 501-10.
38. Chambers R, Lo BCY, Allen NB. The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style and affect. *Cogn Ther Res* 2008; 32: 303-22.
39. Hollon SD, Thase ME, Markowitz JC. Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest* 2002; 3: 39-77.
40. Kessing LV, Hansen MG, Andersen PK, Angst J. Recurrence of bipolar disorders and major depression: a life-long perspective. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 339-44.
41. Wegner DM, Zanakos S. Chronic Thought Suppression. *J Pers* 1994; 62: 615-40.
42. Spinhoven P, van der Does W. Thought suppression, dissociation and psychopathology. *Personality and Individual Differences* 1999; 27: 877-86.
43. Purdon C. Thought suppression and psychopathology. *Behav Res Ther* 1999; 37: 1029-54.
44. Wenzlaff RM, Rude SS, West LM. Cognitive vulnerability to depression: The role of thought suppression and attitude certainty. *Cogn Emot* 2002; 27: 533-48.
45. Beevers CG, Wenzlaff RM, Hayes AM, Scott WD. Depression and the ironic effects of thought suppression: Therapeutic strategies for improving mental control. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1999; 6: 133-48.
46. Wegner DM. Ironic Processes of Mental Control. *Psychol Rev* 1994; 101: 34-52.
47. Rude SS, Wenzlaff RM, Gibbs B, Vane J, Whitney T. Negative interpretative biases predict subsequent depressive symptoms. *Cogn Emot* 2002; 16: 423-40.
48. Wenzlaff RM, Wegner DM. Thought Suppression. *Annu Rev Psychol* 2000; 51: 59-91.
49. Szasz PL. Thought suppression, depressive rumination and depression: a mediation analysis. *J Cogn Behav Psychother* 2009; 9: 199-209.

Socijalni, biološki i psihodinamski aspekti nasilja

/ *Social, biological and psychodynamic aspects of violence*

Matej Nedić, Darko Marčinko, Lovorka Postružin

Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

/ *University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia*

Svrha ovog rada je prikazati temu nasilja iz različitih perspektiva uzimajući u obzir psihodinamske, biološke i socijalne uzroke nasilja u našem društvu. Osim toga, ovaj članak daje pregled različitih definicija nasilja, razmatra vezu nasilja i srama te psihodinamiku grupnog nasilja i suicidalnog stanja uma. Posebni naglasak se stavlja na terapiju nasilnog pojedinca stavljajući u prvi plan mentalizacijski orijentiranu psihoterapiju (MBT), namijenjenu poboljšanju mentalizacije u nasilnih pojedinaca kod kojih je otkriveno da imaju poremećaj mentalizacije, uz kratki osvrt i na ostale terapijske intervencije u svrhu suzbijanja nasilja. U zaključku autori naglašavaju ulogu pozitivnih emocija u sprječavanju nasilja. Uz neminovnu prisutnost nasilja u našim životima naglašava se uloga radosti kao osjećaja vlastitog otkrića sebe, nade kao unutarnjeg osjećaja koji nas uvjerava da je potpora predominantan osjećaj, te naposljetku humora kao oblika zrele obrane, blage ironije i svjesnosti o prolaznosti i konačnosti života. Suzbijanje nasilja uključuje sveobuhvatan, multidisciplinarni pristup problemu s namjerom razvoja emocionalno zdravog, neotuđenog društva koje teži uravnoteženim i zdravim međuljudskim odnosima, društva sposobnog prepoznati nasilje i potencijal za nasilje te na vrijeme spriječiti njegovo ostvarenje. U članku je prikazan presjek dosadašnjih istraživanja o nasilju.

/ The purpose of this paper is to present studies about violence from different perspectives with regard to psychodynamic, biological and social causes of violence in our society. In addition, this review article provides an overview of different definitions of violence as well as the relationship between violence and shame, psychodynamics of group violence and the suicidal state of mind. Special emphasis is given to the therapy of violent individuals with mentalization-based therapy (MBT), aimed at improving the ability of violent individuals who are known to have a problem with mentalization to mentalize better, but other therapeutic interventions are also presented. At the end of this review article authors highlight the role of positive emotions in the prevention of violence. Although violence is unfortunately inevitably present in our lives, we highlight the function of joy as a feeling of discovering ourselves once again, hope as feeling of internal belief which assures us that support is the predominant feeling, and humor as form of a mature defense mechanism, mild irony and awareness of transience and finality of life. Prevention of violence involves a comprehensive, multidisciplinary approach to the problem with intent to develop a healthy, non-alienated society that emphasizes balanced and healthy interpersonal relationships, a society that is capable of recognizing violence and the potential for violence as well as prevent fulfilment of that potential; this review article presents studies about violence and related issues.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Matej Nedić, dr. med.

Školska 50a

33 520 Slatina, Hrvatska

Tel: +385919280076

E-pošta: matej.nedi@gmail.com

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

socijalni, biološki, psihodinamski aspekti nasilja

/ *social, biological, psychodynamic, aspects of violence*

mentalizacija / *mentalization*

sram / *shame*

Nasilje, kao bitan sociološki problem današnjice, iziskuje veću angažiranost zajednice u razumijevanju uzroka, prepoznavanju suptilnih oblika nasilja i rehabilitaciji pojedinaca sklonih nasilnim reakcijama, a sve u korist razvoja zdravoga, empatičnog društva neopтереćenog traumama, koje teži prosperitetnoj i sretnoj budućnosti. Preduvjet za takav pristup jest cjelovito sagledavanje problema sa znanstvenog gledišta i raščlanjivanje uzroka nasilja u kontekstu socioloških, kulturnih i bioloških osobitosti promatranih populacija. Tek će takvim sveobuhvatnim pristupom i implementacijom znanja u praksu nasilje doći u domenu prevencije, a ne saniranja već nastale štete.

UVOD: DEFINICIJA NASILJA

Jednoznačno definirati nasilje nije jednostavan zadatak. U kolokvijalnom jeziku riječ nasilje isprepliće se s mnoštvom pojmova sličnog ili istog značenja, a koji sami po sebi s više ili manje preciznosti odnosno nepreciznosti, razmatraju ovu kompleksnu pojavu. Iz dosadašnjih istraživanja na temu nasilja izdvajaju se dvije skupine definicija: bihevioralne i motivacijske. Glasser je, u okviru opisa nasilja kao bihevioralnoga fenomena, definirao nasilje kao „tjelesnu reakciju s namjerom nanošenja ozljede drugoj osobi, a koji uključuje tijela izvršitelja i žrtve“ (1). Definiciji se zamjera zanemarivanje autoagresije kao oblika nasilja i naglašavanje tjelesne reakcije kao esencijalne za nastanak fenomena, zanemarujući ulogu mentalnih stanja u nastanku i provedbi nasilja. Još jedna definicija iz skupine bihevioralnih definicija je Taylorova koji ograničava definiciju nasilja na akciju koja uključuje motornu aktivnost (2). Jednako kao i u slučaju Glasserove definicije i ova definicija usredotočena je na parcijalni opis značenja pojma te uključuje samo jedan dio cjelokupne pojave, tj. fokusira se na opazajni prikaz nasi-

lja i opisuje ga u okviru najslikovitijeg prikaza, nasilja kao destrukcije vanjskog objekta. S druge strane, definicije koje naglašavaju značenje motivacije su ponešto drukčije koncipirane. One stavljaju naglasak na psihičke procese koje prethode samom nasilnom činu ili koje uvjetuju razvitak nasilnoga stava. Tako primjerice psihijatrica Perelberg proširuje Glasserovu definiciju nasilja i naglašava donošenje „nasilnih mentalnih reprezentacija i fantazija“ kao integrativni dio nasilnog čina (3). Međutim, većina autora teži sveobuhvatnoj definiciji nasilja koja će uključivati kako motivacijske aspekte tako i bihevioralne. Meltzer u tom smjeru daje definiciju nasilja kao „fizičku i psihičku povredu“ (4). Daljnji problem u definiranju nasilja je često poistovjećivanje pojma s ostalim pojmovima koji se u kolokvijalnom jeziku rabe gotovo kao sinonimi. Ovdje je naročito važno razjasniti koncept agresije. Najjednostavnije rečeno, agresija ima šire značenje te se može reći da je nasilje manifestacija agresije u određenom obliku. Tijekom povijesti mijenjale su se rasprave o agresiji no većina psihijatara uključujući Freuda, Kleina i Junga smatra da je agresija instinkt, povezujući s njom nasilje i destruktivnost u jednu homogenu emociju koja ima instinktivnu bazu. Tako Freud smatra da agresija nastaje kao „frustracija gratifikacije principa ugođe“ (2), odnosno uključuje narcističku povredu ličnosti. Tek kasnijim istraživanjima javljaju se i teorije o agresiji kao afektivnoj komponenti unutar instinkta, odnosno urođenoj nesvjesnoj fantaziji koja ima specifičnu funkciju. Na temelju ovoga moguće je razumjeti nasilje kao „manifestaciju agresije odnosno tip akcije s određenom psihološkom funkcijom, ponajviše namijenjenoj oslobođenju od neželjenih mentalnih sadržaja“ (2). Ovaj posljednji dio definicije koji kaže da je funkcija nasilja namijenjena oslobođenju od neželjenih mentalnih sadržaja referira se na koncept „*splittinga*“ i projekcije. Iz te perspektive nasilje se može smatrati odgovorom na nepodnošljivo afektivno stanje koje prijeti da će postati nepodnošljivo psihičko iskustvo

odnosno na dio identiteta koji smatramo stranim (*alien self*). Definirajući nasilje tako, ono poprima „evakuacijsku“ funkciju. Naglašavajući psihološku dimenziju nasilja preciznije ograničavamo pojam koji nije puka uporaba fizičke sile, kako se to smatra u kolokvijalnom jeziku, već se radi o kompleksnijem pojmu kojemu se psihička podloga ne smije zanemariti. Time olakšavamo i kliničku i teorijsku neodređenost na tome području.

BIOLOŠKE OSNOVE NASILNOG PONAŠANJA

U zadnja dva desetljeća došlo je do naglog povećanja znanja o utjecaju bioloških faktora na nasilno i antisocijalno ponašanje temeljenog na, među ostalima, genetičkim, biokemijskim i slikovnim studijama mozga. Faktore koji su uočeni kao rizični za razvoj nasilnog ponašanja možemo podijeliti na prenatalne, oštećenja nastala nutritivnim deficitima i toksičnim tvarima, ozljede mozga te na promjene neurotransmitora i hormona (5). Tijekom prenatalnog razvoja mozak ploda se nalazi u stanju povećane vulnerabilnosti na okolišne čimbenike. Stoga će izloženost ploda tvarima poput alkohola, nikotina i droga tijekom trudnoće uvjetovati strukturne i funkcionalne promjene SŽS-a koje kasnije mogu rezultirati promjenama ponašanja uključujući i nasilno ponašanje. Konkretno, za nasilno ponašanje razne studije su ukazale na povezanost majčine navike pušenja cigareta i promijenjene dinamike razvoja mozga tijekom trudnoće (6,7). Studije na životinjama pokazuju da je noradrenergički sustav u takvih pojedinaca oštećen ugljikovim monoksidom i nikotinom, snižene su razine dopamina i serotonina, a na strukturnoj razini oštećeni su bazalni gangliji, cerebralni i cerebelarni korteks (8,9). Fetalna izloženost alkoholu je već dugo poznata kao rizični čimbenik za razvoj ploda. Dokazano je da izloženost ploda alkoholu utječe na visinu

rezultata na IQ testu inteligencije te na fizičke abnormalnosti. U mozgu je slikovnim pretragama uočena promjena strukture korpusa kalozuma u majki koje su ekscesivno pile tijekom trudnoće te povezanost s poremećajima ponašanja i psihijatrijskim problemima (10). Sve je to doprinijelo shvaćanju da je alkohol predisponirajući čimbenik poremećaja ponašanja u odrasloj dobi. Iste i slične studije, provedene i na majkama ovisnicama o kokainu, dokazale su pozitivnu povezanost između konzumiranja kokaina tijekom trudnoće i razvoja delinkvencije djeteta kasnije tijekom života (11). Osim toga, postoje i dokazi o povezanosti između opstetričkih komplikacija u kombinaciji s odbacivanjem djeteta od strane majke i nasilnog ponašanja u odrasloj dobi (12). Poremećaji tijekom fetalnog razvoja također mogu biti povezani s nasiljem. Nekoliko studija je pokazalo poveznicu između minor anomalija u djece i kasnije delinkvencije i nasilnog ponašanja (13). Nutritivni faktori imaju posebno značenje zbog činjenice da se na neke od njih može utjecati ako ih se na vrijeme otkrije. Kao jedan od njih spominje se utjecaj smanjene koncentracije kolesterola u organizmu. Studije koje su proučavale utjecaj kolesterola na ponašanje upućuju na to da smanjena koncentracija kolesterola može povećati rizik za nasilno ponašanje, a da su dijeta s niskim sadržajem proteina i aminokiselina te malnutricija povezani s povećanom agresivnošću pojedinaca u usporedbi s kontrolama (5). Također, kao rizični faktori su navedeni i dokazani nedostatak željeza i cinka, a u studijama grupa pojedinaca intoksiciranih teškim metalima uočene su povećane razine agresivnosti što se tumači zapaženim promjenama u razini neurotransmitora u mozgu kod takvih osoba (5). Značajnim se smatra i otkriće ozljeda mozga i s njima povezane moždane disfunkcije kod ljudi s opaženim nasilnim ponašanjem i antisocijalnim poremećajem ličnosti. Istraživanja su otkrila konzistentnu povezanost s čak i malim ozljedama mozga i nasiljem. Slikovne pretrage mozga utvrdile su

smanjenu utilizaciju glukoze u prefrontalnim regijama mozga kod nasilnih prijestupnika te da su čak i male, vizualno neprimjetne promjene u iskoristivosti glukoze u prefrontalnim regijama mozga značajno povezane s antisocijalnim poremećajem ličnosti (14). Svakako stoji tvrdnja da su strukturni i funkcionalni deficiti u mozgu povezani s nasilnim ponašanjem. Takvi se nalazi tumače ulogom prefrontalne regije mozga u kontroli i regulaciji impulsa koji ishodište imaju u dubljim, limbičkim regijama mozga kao što su amigdale. Ako je prefrontalna moždana kora disfunkcionalna, bit će one-mogućena inhibicija agresivnih impulsa iz dubljih regija mozga (5). Istraživanje povezanosti razine neurotransmitora s ponašanjem je široko područje istraživanja no ukratko se može reći da su dosadašnja istraživanja pokazala da je niska razina serotonina nađena u agresivnih prijestupnika koji su se ponašali nasilno. Istraživanja s lijekovima također govore u prilog tog tvrdnji. Prozac (fluoksetin), lijek koji povećava razinu serotonina, dokazano smanjuje razinu agresivnosti u ljudi (15). Istraživanja sa spolnim hormonima su utvrdila da je visoka razina testosterona povezana s nasilnim ponašanjem i socijalnom izolacijom muškaraca (5). No čini se da se agresivnost ne može promatrati direktno u svezi s povećanim testosteronom već se pretpostavlja da će agresivnost biti potaknuta kombiniranim djelovanjem povećane razine testosterona i smanjene razine serotonina (16). S druge strane, što se ženskih spolnih hormona tiče, ustanovljena je veća izglednost da će ženske prijestupnice počiniti kriminalno djelo u menstrualnoj fazi menstrualnog ciklusa kada je progesteron nizak u usporedbi s ovulacijskom fazom kada su razine estrogena i progesterona povišene (5). Zanimljivo je spomenuti i da je smanjena fiziološka pobuđenost utvrđena kao korelat agresivnog ponašanja (17). Pod smanjenom fiziološkom pobuđenosti smatra se niži puls, više sporih valova u EEG nalazu i smanjena provodljivost kože. Na temelju svih tih nalaza predložen je biopsihocijalni model

agresivnog ponašanja koji nastanak agresivnog ponašanja interpretira kao interakciju različitih čimbenika. S jedne strane radi se o upravo nabrojanim biološkim prediktorima agresivnog ponašanja, a s druge je strane riječ o psihosocijalnim prediktorima koji uključuju zlostavljanje, obiteljsko nasilje, ranu trudnoću, loše roditeljstvo, socijalnu imitaciju i učenje, nasilje u školi te nasilje na televiziji. Interakcijom ovih prediktora i medijatorima ponašanja kao što je primjerice smanjena kognitivna sposobnost, ishod interakcija bit će nasilno ponašanje (5).

SOCIJALNI ASPEKTI GRUPNOG NASILJA

Na polju istraživanja grupne psihologije velikim autoritetom smatra se Vamik Volkan, istaknuti profesor psihijatrije, autor i koautor više od 30 knjiga i začetnik novih teorija o psihodinamici velikih grupa u ratnim sukobima i miru. Na temelju svog ekstenzivnog rada osmislio je koncept grupnog identiteta. Grupni identitet se po njemu može definirati kao „osjećaj jednakosti ili istovjetnosti među pripadnicima određene grupe“ (18). Dobra metafora za bolje razumijevanje grupnog identiteta može se ilustrirati ako zamislimo grupni identitet kao šatorsko platno koje nadsvođuje pripadnike grupe koji se broje u stotinama tisuća. U njima se nalaze pojedine podgrupe ljudi koji dijele zajedničke interese, ali se svi oni zajedno nalaze pod istim šatorskim platnom. Stup šatora predstavlja političkog vođu određene grupe koji ima ulogu držati šator podignutim kako bi sačuvao i zaštitio identitet grupe. Svaki pojedinac unutar grupe ima svoj osobni identitet, ali također svi zajedno dijele zajednički identitet kojega nisu cijelo vrijeme niti svjesni. Na temelju toga Volkan tvrdi: „ako se naš šator počne tresti ili pojedini njegovi dijelovi raspadati postanemo opsesivni u vezi našeg zajedničkog identiteta i učinit ćemo sve da ga popravimo, održimo i zaštitimo do te mjere da ćemo dovesti pod

rizik svoj vlastiti život i bit ćemo spremni tolerirati ekstremni sadizam i mazohizam zbog zaštite grupnog identiteta“ (18). U svezi s time možemo govoriti o psihodinamici grupe, koja reflektira individualnu psihologiju, ali ima i svoju vlastitu dinamiku. Kod gubitka značajne osobe u životu, individualni proces žaljenja je normalan psihobiološki odgovor na, za tu osobu, značajan gubitak. Osoba koja doživi gubitak u svom životu kao ožalošćena prolazi kroz proces koji ima jasno predvidljive i definirane faze, u kojem osoba prolazi kroz sva iskustva koja je proživjela s izgubljenom osobom sve dok proces žaljenja ne završi i osoba za kojom se žali psihološki „umre“ u umu ožalošćenoga. Jednako se tako i proces žaljenja može ekstrapolirati na grupu s time da ga se onda treba promatrati kao sociološki proces žaljenja za izgubljenim ljudima, zemljom i dobrima u ratu, a kao takav isto ima prirodni tijek u kojem se grupa oprašta od izgubljenog. Usprkos tome, „normalna psihodinamika žaljenja može imati i narušen prirodni tijek, odnosno može se „inficirati““ (18). Primjer za takvu „infekciju“ je izabrana trauma. Reaktivacija takve traume ima za cilj povezati članove grupe, a može poslužiti političkim vođama za promoviranje novih masovnih društvenih pokreta. Izabrana trauma je podijeljena mentalna reprezentacija događaja iz prošlosti grupe u kojem je grupa doživjela katastrofalni gubitak, poniženje ili osjećaj bespomoćnosti u rukama neprijatelja (18). Na taj način mentalna reprezentacija događaja postaje značajno obilježje grupnog identiteta, a percepcije, osjećaji i očekivanja koja su bila vezana za prošli događaj sada se aktualiziraju i vežu za trenutnog „neprijatelja“ uveličavajući njegovu prijetnju. Podijeljeni osjećaj viktimizacije u grupi stvara osjećaj prava na osvetu. Kada je grupni identitet ugrožen, primjerice zbog potencijalnog napada od strane neprijatelja, etničke, nacionalne, religijske i ideološke grupe ulaze u stanje regresije. „Ulaskom grupe u stanje regresije započinje sociološki proces koji za cilj ima održati, zaštititi i popraviti

identitet grupe“ (18). Stanje grupne regresije pokazuje određene znakove, a jedan od njih je okupljanje oko vođe čija osobnost i unutar-nji svijet sada poprimaju veliko značenje, što otvara prostor političkom vođi za manipulaciju grupom. Jedan od znakova grupne regresije je cijepanje (engl. *splitting*). „Prvo cijepanje se događa između „nas“ i „njih“ kojim „oni“ postaju predmet dehumanizacije. Drugo cijepanje je cijepanje unutar grupe koje prati „okupljanje oko vođe“ (18). To se osobito događa kada vođa nije u sposobnosti procijeniti gdje stvarna prijetnja završava, a umišljena počinje, već prijetnjom počne smatrati i pripadnike unutar svoje grupe. Regresivno ponašanje grupe vidljivo je i u korištenju primitivnih mentalnih mehanizama u suočavanju s vanjskim svijetom. To je vidljivo „introjekcijom kojom grupa bez prethodne validacije političke propagande postaje podložna doktrini političkog vođe ili skupine koja upravlja grupom, a i procesom projekcije kojim se grupa nastoji riješiti neželjenih mentalnih sadržaja“ (18). U regresivnom društvu političke, legalne i tradicionalne granice simboliziraju i granice grupnog identiteta. Granice poprimaju bitno psihološko značenje u umu pripadnika grupe i ljudi postaju preokupirani nastojanjem da ih zaštite. Kada je grupni identitet povrijeđen od strane „neprijatelja“, male razlike postaju nepremostive i dobivaju značenje kakvo prije nisu imale. Sociološka slika društva također se mijenja i kulturni običaji dobivaju ulogu u podsjećanju pripadnika na unikatno i drugačije u odnosu na tuđe, olakšavajući anksioznost koju pripadnici grupe dijele zbog osjećaja bespomoćnosti, ljutnje, poniženja i patnje kao posljedice kompliciranog procesa žaljenja. Imajući to na umu, očito je da grupni procesi imaju svoju pravilnost i karakteristike. Usprkos tome, svaka će grupa imati i svoje osobitosti u načinu izražavanja agresije i sposobnosti kontroliranja sposobnosti ovisno o kulturi i sociološkim posebnostima. Postupnim napredovanjem grupne dinamike i uspješnim dovršenjem procesa žaljenja grupa će biti sposobna

za oprost. Prema Gruchyju, „pomirenje počinje kada bez odricanja od vlastita identiteta, onoga što jesmo, otvarajući se prema ‚drugome‘, ulazimo u međuprostor, zamjenjujući mjesta s drugima, u konverzaciji koja nas vodi iznad nas samih“ (19). Siassi piše: „Jedan od plodova oprosta jest ‚opraštajuće stajalište‘, što je i razvojno postignuće, omogućujući nekima da budu spremniji opraštati nego neki drugi, u odnosu na same sebe i ostatak svijeta. Kako proces žalovanja vodi osobu od ljutnje prema tuzi, superego se ublažuje“ (20). Urlić pak smatra da je oslobođenje sebe i jednog društva od mržnje proces od 4 faze: konfrontacija, žalovanje, opraštanje, pomirenje (21). Da bi se proces uspio završiti potrebno je postati svjestan kompleksnosti problema, razviti dublje razumijevanje, proraditi novostečeni uvid, odustati od osvete te obnoviti sposobnost za vjerovanje. Na taj način grupa izlazi iz stanja regresije i sposobna je za daljnji razvoj i otvaranje svojih mentalnih kapaciteta prema svijetu.

PSIHODINAMIKA SUICIDALNOG STANJA UMA

Freud je istraživao agresiju usmjerenu prema sebi u svome djelu „Žaljenje i melankolija“. Tada je uočio da „u melankoliji nakon gubitka ili razočaranja od strane osobe prema kojoj postoje ambivalentni osjećaji, mržnja koju osoba osjeća prema osobi koju je izgubila ili koja ju je razočarala, sada može biti preusmjerena na dio sebe koji se identificirao s tom osobom. Umjesto prežaljenja osobe, ambivalentni osjećaji pridonose regresiji ega i identifikaciji dijela ega s tom osobom. Upravo taj „sadržaj rješava zagonetku koja čini melankoliju toliko zanimljivom i opasnom“. Analiza melankolije pokazuje da ego može sebe ubiti tek ako se može promatrati kao objekt, ako je sposoban prema sebi preusmjeriti neprijateljstvo koje je izvorna reakcija ega prema objektu u vanjskom okruženju“ (22). Kod suicidalnih po-

jedinaca tijelo postaje objektom agresije zbog identifikacije dijela ega s izgubljenom i omraženom osobom. Kod takvih pacijenata događa se razdvajanje ega gdje kažnjavajući i kritični superego pridonosi percepciji jednog dijela ega kao opasnog, zlog i zastrašujućeg objekta. Suicid služi kao funkcija razrješenja od očaja i očajanja. Osoba ulazi u presuicidalno stanje gdje je normalni instinkt samoočuvanja prevladan, a tijelo postaje potrošno. Tijekom presuicidalnog stanja osoba je, u različitim stupnjevima, pod utjecajem suicidalnih fantazija temeljenih na odnosu prema svom tijelu i primarnim objektima. Fantazija može i ne mora postati svjesna, ali je u vrijeme izvršenja suicida iskrivila realnost. Sama motivacijska sila za izvršenje suicida je suicidalna fantazija i sve dok ona nije razrađena i razjašnjena u okviru psihološkog tretmana osoba je pod rizikom da će pribjeći suicidu kao rješenju u anksioznim, bolnim i konfliktnim situacijama (23). Iako svoj izlaz traže u smrti, osobe koje su sklone suicidu i koje ga izvršavaju svjesne su da će njihovo tijelo umrijeti, ali istodobno zamišljaju da će njihov drugi dio nastaviti živjeti u svjesnom, bestjelesnom stanju izvan utjecaja smrti ili svoga tijela. To je sve dio suicidalne fantazije, psihotične fantazije koja uvjetuje preživljenje dijela selfa u fuziji s idealiziranom majkom, fantazije vječnog mira bez frustracije i boli. To je također izraz primitivne preedipske fantazije u kojoj je majka potpuno posjedovana od strane djeteta, a otac je u potpunosti izuzet od takve veze. Za suicidalne bolesnike smrt znači preživljenje esencijalnog dijela selfa, nazvanog i preživljavajući self, self koji će preživjeti u drugoj dimenziji. Preživljenje tog selfa je ovisno o destrukciji vlastitog tijela. Na taj način je paradoks suicida „žrtva suicida koja nalazeći smrt u životu, traži život u smrti“ (24). U analizi suicidalnih bolesnika ustanovilo se da je u nastajanju presuicidalnog stanja bila bitna uloga oca do neke granice. Tijekom razvoja otac se pojavljuje kao bitna treća osoba sposobna facilitirati separaciju od majke i

razvitak koherentnog osjećaja selfa. Postupno prepoznavanje drugog objekta u životu djeteta opaža kao niz neočekivanih i zbunjujućih promjena na majci kada preedipska, svemoguća majka, upraviteljica života i smrti biva prožeta edipskom seksualnom majkom. Emocionalna nedostupnost oca ili njegova odsutnost igraju bitnu ulogu u sklonosti razvoju nasilja prema sebi i drugima čime se potvrđuje uloga oca u procesu separacije i individuacije. Utemeljeno na tvrdnji o suicidu kao poremećenom procesu separacije od primarnih objekata, na suicid možemo gledati kao na „neuspjeli proces žaljenja infantilne veze s majkom, koji vodi do dubokog osjećaja napuštenosti, očaja i praznine“ (23). Razni obrambeni mehanizmi nastoje umanjiti taj osjećaj, primjerice poricanje, koje tada vodi do iskrivljenja realnosti. Povećana stopa suicida među adolescentima i mladima upućuje nas na razloge koje treba tražiti u razvojnoj krizi koja korijenje vuče iz neuspjelog procesa separacije od primarnih objekata. Tjelesne promjene u pubertetu često postaju izvor straha od gubitka kontrole agresivnih i seksualnih impulsa. U sklopu anksioznosti uvjetovane nesigurnim osjećajem identiteta i naglih tjelesnih promjena može se razviti mržnja prema vlastitom tijelu koja ima potencijal precipitirati suicidalni napad. Neporeciva je istina da je suicid, pokušaj suicida, planiranje ili samo razmišljanje o suicidu i samoozljeđivanje veliki epidemiološki problem hrvatskog društva. Sagledavanjem psihodinamskih aspekata i pravodobnom psihološkom intervencijom može se utjecati na procese koji su promjenjivi ako se na vrijeme prepoznaju.

VEZA NASILJA I SRAMA

Govoriti o sramu i povezanosti srama s nasiljem nije bespredmetno. Razvojni preduvjet srama je pojavljivanje selfa. Prvi psihički doživljaj individue kao jedinice je doživljaj vlastitog postojanja (25). Stoga je tijekom ranog

razvoja vrlo bitna okolina koja okružuje dijete kako bi se u njemu mobilizirali elementi potrebni za izgrađivanje vlastitog selfa i svjesnosti o vlastitoj postojanosti. Tijekom ranog razvoja bitno je razviti dobar doživljaj vlastitog selfa. Naime, već je sama činjenica da je prvi doživljaj selfa bio loš zabrinjavajuća, jer upućuje na probleme koji mogu perzistirati kasnije u budućnosti u interakciji majke i djeteta. Poticajna, dobra okolina očituje se radošću djeteta zbog svoje vlastite egzistencije. „Tijekom niza interakcija s dovoljno dobrom okolinom, koju najviše predstavlja majka, dolazi do postupne konsolidacije selfa pomoću integracije mnogobrojnih reprezentacija selfa u koherentnu cjelinu. Prvi doživljaj svog postojanja je ugrađen u reprezentaciju selfa. Nova pozitivna iskustva mogu poboljšati i korigirati prvobitni doživljaj selfa ukoliko je bio loš“ (26). Sram je afekt povezan s cijelom „vizijom, percepcijom i prezentacijom samoga sebe, koji se javlja kada se vlastita slika sebe pokaže pogrešnom“ (27). Iz toga proizlazi da će loš doživljaj vlastitoga selfa biti povezan s emocijom srama. Ovisno o tome koliko je narušena slika vlastitog selfa, i intenzitet srama će varirati od blage zbunjenosti, gubitka spontanosti i nelagodne svjesnosti sebe, do osjećaja koji ima traumatski intenzitet i potpuno blokira osobu. „Signalni sram je upozorenje i poticaj na promjenu ponašanja kako bi se izbjegle ponižavajuće okolnosti. Ako sram naglo eskalira uobičajene obrane postaju neučinkovite i više ne uspijevaju udaljiti od svjesne percepcije dotada nesvjesne aspekte selfa koje ego ne može integrirati u koherentnu reprezentaciju selfa. Dotadašnja koherentna reprezentacija selfa postaje nestabilna“ (26). Nestabilnost reprezentacije selfa možemo u pozitivnom smislu gledati kao preduvjet nove integracije, koja će uključiti do tada isključene aspekte i zamijeniti nerealne realnijim reprezentacijama selfa. S obzirom na razornu moć koju sram kao emocija uzrokuje u psihičkom aparatu osobe, kao sredstvo za obranu od srama mobiliziraju se mehanizmi obrane. Jedan

od važnijih je disocijacija pri kojoj se „aspekt selfa u kojem osoba doživljava sebe kao defektnog i bezvrijednog disocira od ostalih dijelova selfa. Prikriven od sebe i okoline, u latentnom stanju, čeka okolnosti u kojima se manifestira kad postaje dominantan. Osoba ne može integrirati ni prihvatiti neku svoju osobinu koju disocira, a dodatno se brani naglašenim isticanjem suprotne osobine ili ponašanja. Umjesto integracije obezvrijeđenih osobina selfa, pokušava se osloboditi bolnog srama tako što se prikazuje kao jaka, zavodljiva, bez greški. Osjećaj bijes prema drugima radi projekcije na druge bijesa prema sebi, odnosno zbog nesposobnosti prihvatanja realnog sebe. Kronični sram je često prikriven kroničnim bijesom i ljutnjom kojih je bolesnik obično svjesniji“ (26). Sram je često popratna emocija mnogih poremećaja ličnosti koji u svojoj osnovi imaju poremećenu sliku sebe. Primjerice, „bolesnici s graničnom strukturom ličnosti internaliziraju teški i problematični model odnosa s prvim objektom pri čemu loše postaje unutrašnji model, obrazac odnosa prema kojem se nesvjesno ravnaju i usklađuju sve interakcije graničnog bolesnika“ (26). Takvi bolesnici se od osjećaja srama brane raznim regresivnim mehanizmima obrane od kojih se ističu *splitting*, projekтивna identifikacija, projekcija, *acting out* agresije, negacija, idealizacija, poricanje. Jedan od načina na koji će se osoba boriti protiv osjećaja srama jest nasilje, koje će omogućiti redukciju emocije srama na prihvatljiviju razinu. Krivnja je emocija više vezana uz akciju, odnosno može se smatrati korelatom odluke koja se pokazala pogrešnom. Krivnja kao afekt podrazumijeva određeni stupanj kontrole nad situacijom i parcijalna je emocija u usporedbi sa sramom koji je potpun i sveobuhvatan osjećaj. Osjećaj srama se javlja kada osoba propusti doseći ideale svoga ega i kada je prisiljena prihvatiti sebe inferiornom. Za ljude je krivnja prihvatljivija emocija od srama, jer osjećati se kriv, a ne posramljen, znači „reducirati univerzalno na parcijalno, te dobiti mogućnost kazne, ali i

oprost“ (27). Agresija kao posljedica osjećaja srama oslobađa izvršioca nasilnog čina iskustva srama. Naime, kada je samopouzdanje fatalno povrijeđeno interakcijom s ljudima u okolini, čovjek ne gleda posljedice, jer je „jedin put za ponovnu potvrdu svog povrijeđenog selfa uništenje onih koji su bili svjedoci njegovog uništenja“ (27). No, osjećaj krivnje kao posljedica donošenja pogrešne odluke ima svoje prednosti te čini život lakšim jer postignuta je kontrola, a vraćena sloboda i samopoštovanje. Nasilje može dobiti izraz i verbalnim vulgarnim ispadima i arogancijom u komunikaciji kao izrazom nasilne obrane protiv napada na vulnerabilni self. Evidentno je da je sram emocija koja nosi opsežne implikacije na psihičko funkcioniranje pojedinca i u danim uvjetima može značajno smanjiti kapacitet osobe za suočavanje s realnošću. Uspješnost prevladavanja emocije srama odraz je zrelosti psihičkog aparata osobe i danog naslijeđa iz ranih interakcija s nama značajnim osobama. Izražavanje srama u obliku agresije ima bitnu evakuacijsku funkciju i njihova povezanost u uzročno-posljedičnom odnosu je svojevrsna karika prema uspostavljanju teško povrijeđenog osjećaja samopouzdanja.

TERAPIJSKI PRISTUP NASILNOM POJEDINCU S NAGLASKOM NA MENTALIZACIJU

Tretman nasilnog pojedinca odvija se s ciljem razvijanja punog potencijala za bolje razumijevanje i savladavanje elemenata koji uvjetuju razvitak nasilnog ponašanja kod pacijenta. Jedan od psihoterapijskih pristupa nasilnom pojedincu je i tehnika poboljšanja mentalizacije (MIT) kao i mentalizacijska psihoterapija (MBT) primjenjiva kod pacijenata koji imaju poremećaj mentalizacije. Princip ove vrste terapije temelji se na uspostavi terapijskog saveza unutar kojega postupno nastupaju promjene s ciljem poboljšanja mentalizacije u

bolesnika. Ciljevi takve vrste terapije su poticanje implicitne mentalizacije, koja se najbolje razvija u okviru sigurnog obiteljskog okruženja, eksplicitne mentalizacije, poticanjem self monitoringa, adaptacije na nove okolnosti i probleme te njihovo fleksibilno rješavanje, te poboljšanje afektivne mentalizacije i regulacije u kontekstu sigurnog obiteljskog okruženja i sigurne privrženosti (28). Psihoterapija bazirana na mentalizaciji (*mentalization-based treatment* ili MBT), psihoterapija koja u glavni fokus liječenja stavlja mentalizaciju, jest inicijalno osmišljena kao psihotretman osoba koje boluju od graničnog poremećaja ličnosti. U međuvremenu se razvijala terapija koja uključuje mentalizaciju kao ključnu komponentu i danas se koristi u tretmanu različitih poremećaja uključujući antisocijalni poremećaj ličnosti, zlorabu opojnih sredstava, poremećaje hranjenja itd. (29). Fokus tretmana baziranog na mentalizaciji sastoji se u stabilizaciji osjećaja vlastitog selfa, nastojanja osnaživanja mentalizacije unutar interpersonalnog konteksta terapije i pomaganju pacijentu da održi optimalnu razinu pobuđenosti tijekom interakcije s drugima. Ishod MBT-a je dosada podržan sa samo dva istraživanja koja su proveli znanstvenici koji su sam tretman i osmislili. Istraživanja su pokazala da MBT smanjuje impulzivne simptome graničnog poremećaja ličnosti uključujući suicidalnost i samoozljeđivanje, te depresiju (30). U MBT-u je bitna refleksivna funkcija terapeuta koja stvara preduvjet za razvijanje bolje samorefleksije u bolesnika, a terapeutove interpretacije odraz su razvoja „treće pozicije“ čime se uvodi triangulacija u simbiotsku prirodu transferno-kontratransfernog odnosa (31,32). Bitno je i da terapeut ne bude preaktivan, odnosno da ne preuzme ulogu razmišljanja i osjećanja umjesto bolesnika kojima bolesnik razvija mentalizaciju. Korisnije je da terapeut jednostavno prati promjene emocionalnih stanja kod bolesnika i da elaborira emocionalno stanje kod bolesnika koje može „trigerirati“ odigravanje (28). Bitna uloga

psihoterapeuta je prihvaćanje i obrada masivnih projekcija koje se razvijaju kao posljedica formiranja *alien selfa* u strukturi ličnosti u kojem se kumuliraju osjećaji bijesa, mržnje i straha. Svrha psihoterapije bazirane na mentalizaciji jest oporavak mentalizacije terapijskim odnosom u kojem se aktivira sustav privrženosti, a internalizira terapeutova briga za pacijenta kojom se u pacijentu povećava kapacitet za razumijevanje i obradu sličnih iskustava kod sebe. U psihoterapijskom radu s agresivnim i destruktivnim pacijentom kojem je naglašena regresivna struktura njegove ličnosti terapeut može imati ozbiljnih problema s kontratransferom. Naime, mehanizmom projektivne identifikacije pacijent u terapeuta ubacuje svoj zdravi dio dok za sebe zadržava regresivnu strukturu koja mu omogućuje lišavanje ega bolnih frustracija. Pacijentov odnos prema terapeutu tada postaje odnos prema zdravom dijelu vlastite osobnosti i tada terapeut ima priliku izravno promatrati što pacijent zapravo sam sebi radi napadajući svoj zdravi dio (terapeuta) kao izvor bolnih frustracija. Ovdje je bitna terapeutova funkcija „integracije zdravog dijela pacijentove osobnosti s njegovim regresivnim dijelom i odolijevanja regresivnim dekompenzacijama i napadima u svrhu onemogućavanja integracije zdravog dijela s regresivnim“ (28). Zbog toga agresivno ponašanje psihotraumatiziranih osoba možemo često smatrati jedinim oblikom komunikacije koji govori o pacijentovu unutrašnjem svijetu pri čemu terapeut ima ulogu da primi u sebe i razmišlja o pacijentovim projekcijama pomažući time i samom pacijentu da razumije, prihvati i integrira. Ovdje govorimo o *acting outu* kojemu je specifična kvaliteta „nakana da se napadne terapija i da se ona učini nemogućom te smješta analitičara u kompromitirajuću situaciju koja uvijek stvara jaki kontratransferni konflikt“ (33). Grupni tretman nasilnika često počinje u grupi regresivne strukture u kojoj članovi grupe ne primjećuju jedni druge, a još ne postoji osjećaj povjerenja i sigurno-

sti među članovima. Postupnim napredovanjem grupnog procesa javlja se jača kohezija i povjerenje među članovima, a grupa na neki način postaje prijelazni objekt za njezine članove, objekt koji im daje osjećaj sigurnosti ali i ovisnosti. Tada se razvija potreba za integracijom zdravog i regresivnog dijela pacijenta u grupnom terapijskom savezu i pokušaj obnove veze sa stvarnošću koja je zbog regresivnog povlačenja na idealizirane objekte odbačena s agresivnim impulsima u svrhu zadržavanja osjećaja sigurnosti i superiornosti koje pruža narcistička, regresivna organizacija, a izbjegavanja osjećaja boli i straha koje sa sobom donosi stvarnost. Rascjep definiran s jedne strane dobrim introjiciranim i idealiziranim objektom, a s druge vanjskim zastrašujućim i proganjajućim objektom, koji grupa doživljava kao odraz svoje regresivne pozicije može se razvojem grupnih procesa u terapiji razriješiti i time dovesti pripadnike grupe do značajnih pomaka u svom odnosu sa stvarnošću (28). U grupnom tretmanu nerijetko su psihoterapijskom tretmanu podvrgnuti traumatizirani bolesnici sa sindromom PTSP-a. U njihovom životu traumatski ih je događaj suočio sa situacijom koja u vrijeme percepcije podiže ekstremnu emocionalnu uzbuđenost, koja ometa neposrednu proradu događaja. „Reprezentacije emocionalnih stanja povezanih s tim stimulusima zadržavaju se u sjećanju zbog njihove posebne kvalitete i zbog teškoća koje otežavaju njihovu asimilaciju uz druge već pohranjene reprezentacije. Mnogi od ovih simptoma, kada se ponovno izlože stimulaciji bilo u individualnoj psihoterapiji bilo u grupnoj areni i zaštićeni terapijskom (grupnom) strukturom i diskrecijom mogu se ponovno proživjeti, pokazati i prepoznati, imenovati i približiti im se i na kraju proraditi ih na način različit od uobičajenog za svakog pojedinca“ (28). S obzirom na čestu udruženost nasilja s poremećajima ličnosti potrebno je na ovom mjestu spomenuti kako se „poremećaji ličnosti mogu liječiti“ (26), a time i nasilje koje se nalazi u kliničkoj

slici poremećaja ličnosti. Uz to, na kraju treba naglasiti da u radu s nasilnim bolesnikom terapeut treba biti empatičan s jedne strane, ali i konzistentan s druge te spreman na poricanje i minimalizaciju nasilnog i antisocijalnog ponašanja kod mnogih bolesnika. Unatoč svemu, terapijska očekivanja trebala bi biti limitirana, ako se u obzir uzme ozbiljna psihopatologija većine nasilnih pacijenata. Ponavljane regresije na primitivna stanja svijesti trebaju se očekivati tijekom dužeg razdoblja liječenja s posljedičnim povećanim rizikom od nasilnog odigravanja. Zbog toga bi uporaba psihofarmakološkog tretmana trebala biti uvijek opcija u namjeri da se bolesniku olakša kontrola afekata i impulsa.

ZAKLJUČAK

Nasilje u današnjem društvu pod zajedničkim nazivnikom obuhvaća cijelu paletu momenata u intersubjektivnim odnosima koji svojim diskretnim oblikom ponekad ni ne odaju psihodinamske korijene koje vuku iz osobnosti aktera koje se promatra. Psihodinamika nasilja u današnjem društvu vuče korijene iz kulturnoloških, socioloških i psihopatoloških silnica društva koja svoje putanje križa s adaptivnom sposobnošću pojedinca da se odupre bremenu stvarnosti u kojem živi. Zadatak društva je da prepozna potencijal za nasilje i preventivnom akcijom cijele zajednice djeluje na pojedince sklone nasilju, a poticanjem zdravih odnosa u društvu spriječi razvoj potencijala za nasilje. Govoreći o ulozi negativnih emocija kao što su anksioznost, sram, krivnja, ljutnja, strah u nastanku nasilnog ponašanja, u ovom radu nije spomenuta uloga pozitivnih emocija u njihovom obratu. Pozitivne emocije imaju veliku ulogu u razvoju zdravog pojedinca. Heisterkamp tvrdi da se „radost može smatrati osnovnim oblikom rezonancije. Psihodinamski se na radost može gledati kao na osjećaj komplementaran osjećaju anksioznosti. Dok

anksioznost reflektira psihički distres kod problema sa strukturiranjem, radost je izraz uspješnog strukturiranja. To je osjećaj vlastitog otkrića sebe, novog početka, obnove sebe samoga“ (34). Emocija radosti je sposobna promijeniti učinak svih negativnih emocija. Buechler naziva radost „univerzalnim antidotom“ (35). Upoznavanje samoga sebe korak je dalje od nasilja, a korak bliže kontroli svojih afekata, prepoznavanju svojih slabosti i bliže osjećaju radosti. Zato Fromm kaže: „Radost je ono što osjećamo jače kako se više približavamo cilju da postanemo ono što jesmo“ (36). Osjećaj inferiornosti i srama koji često prati nasilnike, prati i osjećaj beznadnosti. Nada se stječe rano u djetinjstvu kao „osjećaj unutarnjeg uvjerenja koji se razvija u odnosima sa najvažnijim ljudima u životu, koji nas uvjeravaju da su podrška i potpora predominantne,

a ne povreda“ (37). Osjećaj nade, da će čak i najveća patnja proći uz realna očekivanja od života, te spremnost za odricanje od nekih želja, a prihvaćanje drugih aspiracija koje život donosi emocija je koja oponira razvoju nasilja i umanjuje učinke negativnih emocija. I naposljetku humor, kao oblik zrele obrane, blage ironije i svjesnosti o prolaznosti i konačnosti života, omogućava oslobođenje od iluzija i otvorenost prema drugima. Razvoj zdravog i nenasilnog, tolerantnog i progresivnog društva ovisi o kapacitetu zajednice za promicanje zdravih emocija razvojem kohezije, smanjivanjem predrasuda te nultom tolerancijom za nasilno ponašanje. Zajedničkom akcijom svih pripadnika zajednice, aktivnim stavom prema suzbijanju nasilja i obratom vrijednosti koje u društvu vladaju nasilje može postati manji problem nego što je to sada.

LITERATURA

1. Glasser M. On violence: A preliminary communication. *Int J Psychoanal* 1998; 79: 887-902.
2. Mizen R. A contribution towards an analytic theory of violence. *J Anal Psychol* 2003; 48: 285-305.
3. Perelberg RJ. Narcissistic configurations: violence and its absence in treatment. *Int J Psychoanal* 2004; 85: 1065-79.
4. Meltzer D. The problem of violence. The apprehension of beauty: the role of aesthetic conflict in development, art and violence. Strath Tay Perthshire: Clunie Press, 1988.
5. Liu J, Wuerker A. Biosocial bases of aggressive and violent behavior-implications for nursing studies. *Int Jo Nursing Studies* 2005; 42: 229-41.
6. Ajarem JS, Ahmad M. Prenatal nicotine exposure modifies behavior of mice through early development. *Pharmacol, Biochem, Behav* 1998; 59: 313-8.
7. Stoff DM, Breiling J, Maser JD. *Handbook of Antisocial Behavior*. New York: Wiley, 1997.
8. Raine A. Annotation: the role of prefrontal deficits, low autonomic arousal, and early health factors in the development of antisocial and aggressive behavior in children. *J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43: 417-34.
9. Olds D. Tobacco exposure and impaired development: a review of the evidence. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Res Rev* 1997; 3: 257-69.
10. Roebuck TM, Mattson SN, Riley EP. Behavioral and psychosocial profiles of alcohol-exposed children. *Alcohol Clin Exp Res* 1999; 23: 1070-6.
11. Delaney-Black V, Covington C, Templin T i sur. Teacher-assessed behavior of children prenatally exposed to cocaine. *Pediatrics* 2000; 106: 782-91.
12. Raine A, Brennan P, Mednick SA. Birth complications combined with early maternal rejection at age 1 year predispose to violent crime at age 18 years. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 984-8.
13. Pine DS, Shaffer D, Schonfeld IS, Davies M. Minor physical anomalies: modifiers of environmental risks for psychiatric impairment? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 395-403.
14. Raine A, Lencz T, Bihle S, LaCasse L, Colletti P. Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 119-27; discussion 28-9.
15. Coccaro EF, Kavoussi RJ, Hauger RL. Serotonin function and antiaggressive response to fluoxetine: a pilot study. *Biol Psychiatry* 1997; 42: 546-52.
16. Anderson GS. *Biological influences on criminal behavior*. Boca Raton, Fla.: CRC Press, 2007.
17. Maliphant R, Watson SA, Daniels D. Disruptive Behaviour in School, Personality Characteristics and Heart Rate (HR) Levels in 7- to 9-year-old Boys. *Educ Psychol* 1990;10: 199-205.
18. Volkan VD. Large-group psychodynamics and massive violence. *Ci ncia & Saúde Coletiva*. 2006; 11: 303-14.
19. De Gruchy JW. *Reconciliation: restoring justice*. Minneapolis: Fortress Press; 2002.

20. Siassi S. Forgiveness, acceptance and the matter of expectation. *Int J Psycho-anal* 2007; 88: 1423-40.
21. Urlic I. Trauma and Reparation, Mourning and Forgiveness: The Healing Potential of the Group. *Group Analysis* 2004; 37: 453-71.
22. Freud S. On murder, mourning, and melancholia. London; New York: Penguin Books, 2005.
23. Perelberg RJ. Psychoanalytic understanding of violence and suicide. London; New York: Routledge, 1999.
24. Maltzberger JG, Buie DH. 'The devices of suicide'. *Int Rev Psychoanal* 1980; 7: 61-72.
25. Harding C. Agression and destructiveness: psychoanalytical perspectives. London and New York: Routledge, 2006.
26. Marčinko D, Jakovljević M, Rudan V i sur. Sram i poremećaji ličnosti. U: Raič A, ur. Poremećaji ličnosti: stvarni ljudi, stvarni problemi. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
27. Nauta R. Cain and Abel: Violence, Shame and Jealousy. *Pastoral Psychol* 2009; 58: 65-71.
28. Rudan V, Marčinko D i sur. Od nasilja do dijaloga. Zagreb: Medicinska naklada, 2014.
29. Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 1355-64.
30. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1563-9.
31. Green A. On private madness. London: Hogarth Press, 1986.
32. Kernberg OF. The nature of interpretation: intersubjectivity and the third position. *Am J Psychoanal* 1997; 57: 297-312; discussion 3-6.
33. Etchegoyen RH. The fundamentals of psychoanalytic technique. London: Karnac books, 2005.
34. Heisterkamp G. Is psychoanalysis a cheerless (Freud-less) profession? Toward a psychoanalysis of joy. *Psychoanalytic Quarterly* 2001; 70: 839-70.
35. Buechler S. Making a difference in patients' lives: emotional experience in the therapeutic setting. New York: Routledge, 2008.
36. Fromm E. To have or to be? New York: Harper & Row, 1976.
37. Erikson EH. Insight and responsibility; lectures on the ethical implications of psychoanalytic insight. New York: WW Norton, 1964.

Psihološki aspekti iskustva kliničke smrti

/ *Psychological aspects of near-death experiences*

Aleksandra Mindoljević Drakulić, Slobodanka Keleuva¹

Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, ¹Nastavni zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba, Zagreb, Hrvatska

/ *University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences, ¹City of Zagreb, Teaching Institute of Emergency Medicine of the City of Zagreb, Zagreb, Croatia*

Izložene su sve relevantne psihološke teorije kojima se pokušava definirati iskustvo kliničke smrti. Međutim, u proučavanju ovog fenomena psihologija je kao znanstvena disciplina više suočena s opovrgavanjem dogmatskog pogleda transcendentnih i parapsiholoških obilježja, a manje je orijentirana na fenomenologiju. Sve to upućuje na kompleksnost, jedinstvenost i zagonetnost tematike koju zasigurno nije moguće promatrati odvojeno od pristupa drugih znanstvenih disciplina. Zbog svega toga, u razumijevanju ovog konstrukta teško je zadržati poziciju strogog, neutralnog i kritički raspoloženog promatrača, bez upletanja spekulacija, zabluda i predrasuda. Stoga, sljedeći se retci mogu shvatiti kao prinos znanju i uspješnijem razumijevanju i mjerenju intrigantnog fenomena kliničke smrti. Također, u ovom je tekstu skriveno univerzalno pitanje o ljudskom životu: kako podnosimo kraj i je li doista moguće smrt prihvatiti kao pozitivni aspekt života – čemu nas uči iskustvo kliničke smrti.

/ This article presents all the relevant psychological theories that attempt to define near-death experiences. However, in the study of this phenomenon, psychology as a scientific discipline is primarily faced with the refutation of dogmatic views of transcendental and psychic characteristics than oriented towards phenomenology. All of this points to the complexity, uniqueness and mystery of the themes that certainly cannot be considered separately from the approach of other scientific disciplines. For all these reasons, in the understanding of this construct it is difficult to hold the position of a strict, neutral and critical observer without the interference of speculation, misconceptions and prejudices. Therefore, this article can be seen as a contribution to knowledge and successful understanding of intriguing near-death phenomena. Additionally, this text addresses the universal question of human life: how we endure the end of life and if it is really possible to accept death as a positive aspect of life – the fact that the experience of near-death phenomena teaches us.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Doc. dr. sc. Aleksandra Mindoljević
Drakulić
Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Lučićeva 3
10 000 Zagreb, Hrvatska
E-pošta: amindolj@ffzg.hr

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

klinička smrt / *near-death experience*
psihološke teorije/objašnjenja o nastanku
fenomena kliničke smrti / *psychological theories/*
explanations
testiranje fenomena kliničke smrti / *testing of near-*
death experiences

UVODNA RAZMATRANJA - TERMINOLOGIJA, DEFINICIJA I ELEMENTI FENOMENA KLINIČKE SMRTI: OD MITA DO ZNANOSTI

Još se od prapovijesti pojam smrti definirao ponajprije metafizički, pa se o tom univerzalnom događaju u religijskim, antropološkim ili filozofskim raspravama govorilo kao o snu, putovanju (u nepoznato), uroku, neizlječivoj bolesti, nesretnom slučaju i/ili o konačnom ulasku čovjeka u onostrani svijet predaka.

I u antičkoj je mitologiji smrt prikazivana slično: u liku Tanatosa (grč. *Thanatos*, lat. *Mors*) krilatog mladića sa srcem od željeza koji nije znao za milosrđe ili sućut. Naime, Tanatosu nitko od ljudi, pa ni bogova nije mogao pobjeći. Doletio bi, ščepao čovjekovu dušu i odnio je u podzemni svijet predavši je Hadu, vladaru podzemnoga svijeta. Tanatos je bio personifikacija same smrti i surovog zakona kojim se označavao apsolutni kraj života svakog smrtnika.

No, u antičkim su legendama ipak postojale stanovite iznimke povratka iz mrtvih. Tako je ljudima nekoliko puta pošlo za rukom previriti Tanatosa. Nadmudrio ga je korintski kralj Sizif koji se svojom rječitosti, dalekovidnošću i lukavstvom uspio izbaviti iz podzemnoga svijeta. Prvo mu je spretno izmaknuo iz ruku te ga je svezao i zatvorio u željeznu bačvu. Kada se Tanatos uspio izbaviti, zgrabio je Sizifa, oteo njegovu dušu i ipak odnio u podzemni svijet. Sizif se u međuvremenu dogovorio sa svojom ženom da u slučaju njegove smrti ne prinosi Hadu nikakve darove. Budući da su Had i njegova žena Perzefona uzalud čekali darove koji im po pravilima pripadaju, naredili su da Sizifa dovedu pred njih. To je bio ključan trenutak kojega je Sizif iskoristio za pregovore s Hadom. Predložio mu je da će porazgovarati sa svojom ženom i podsjetiti je da prema bogovima mora izvršavati svoju

dužnost te da im mora prinijeti žrtvu. To je značilo da ga Had i Perzefona moraju nakratko pustiti natrag u svijet živih. Had se dao nagovoriti. Pustio je Sizifa koji se vratio u Korint i nastavio mirno živjeti. I Semela, kći tebanškoga kralja Kadma, koja je umrla u gorućim ruševinama svoje palače istodobno rađajući dijete (boga Dioniza) uspjela se vratiti iz podzemnoga svijeta. Kada je Dioniz odrastao i postao moćan bog, oslobodio je svoju majku iz podzemlja i poveo je k sebi na Olimp. Alkestida, žena koja je među antičkim junakinjama simbolizirala ljubav i neograničenu odanost prema mužu, jedina se od svih spremno žrtvovala za svog supruga Admeta. Pozvala je Tanatosa, sklopila oči i ubrzo se rastala od života. Spasio ju je Heraklo koji se izravno od boga smrti izborio za njezinu dušu i vratio je ponovno u život (1).

Iako se smrt oduvijek shvaćala kao apsolutni, statični završetak, u potonjim je legendama smrt ovih junaka opisana gotovo kao cikličko, dinamičko djelovanje. Naime, spomenuti su junaci antičkih mitova doista uživali posebnu povlasticu da mogu sići u podzemlje te se iz njega vratiti među žive. To im je poslužilo da pređu prag nepoznatoga, što im je neizostavno promijenilo živote. Stoga je njihova smrt opisana kao prolazni aspekt njihova postojanja koji ih je uveo u neki novi, manje poznati svijet (raja ili pakla) i koji im je otvorio pristup drugačijem životu nakon smrti. Baš kao u stilu latinske izreke *mors janua vitae* (smrt donosi život). Etimološki riječ smrt staroga je slavenskoga podrijetla (engl. *death*, franc. *mort*, tal. *morte*, njem. *Tod*) te se sastoji od osnove *mor*, srodne s latinskom riječi *mors* i prefiksa „s“. Riječ *mor* u prošlosti je označavala opći pomor, epidemiju, a ne pojedinačnu smrt, a početno slovo „s“ potječe od pridjevske zamjenice *svoj* što na svim slavenskim jezicima označava vlastitu smrt (2).

Odgovori na pitanje što je smrt nisu se mogli izvesti na deduktivan način ni iz jednog reli-

gijskog načela, pa je s vremenom prihvaćeno znatno jasnije medicinsko određenje.

Prema Medicinskoj enciklopediji smrt je stanje organizma koje nastaje nakon prestanka životnih funkcija, ponajprije funkcija središnjeg živčanog sustava te kardiovaskularnog i respiratornog sustava. Međutim, kolikogod je dijagnoza totalne biološke smrti morfološki i funkcionalno jasna, u kliničkoj je smrti (engl. *near-death experience* ili kratica NDE) moguće ostvariti reverzibilnost. To znači da u čovjekovom organizmu, u tkivu i organima još postoje stanovite životne rezerve, pa je moguća njegova revitalizacija i ponovno produženje života. Stoga je katkada teško povući oštru granicu između dvije komplementarne faze koje se međusobno isključuju: života i smrti (3). Prema Bruceu Greysonu, američkom liječniku koji je najviše pisao na temu iskustva kliničke smrti, taj se fenomen definira kao afektivno snažan psihološki doživljaj s transcendentnim i mističnim elementima koji se javlja prilikom osjećaja nadolazeće smrti ili u situacijama jake tjelesne ili psihološke opasnosti (4). Iako se mnogi autori slažu u tome da postoje jasni elementi/karakteristike iskustva kliničke smrti, dio znanstvene javnosti smatra da je to iskustvo zapravo diskretan, osobni fenomen koji kod svakog pojedinačno ima svoje specifičnosti. Ipak, prevladalo je stajalište da se NDE sastoji od veoma sličnih razina pojavnosti. Tako je Kenneth Ring u svom istraživanju na 102 osobe koje su proživjele iskustvo kliničke smrti zaključio da postoji pet stadija iskustva kliničke smrti. Prvi stadij jest saznanje da je osoba umrla. To saznanje ispitanici ne vezuju uz bolest ili bol, nego uz osjećaj konačno postignutog unutarnjeg mira. Drugi stadij vezuje se uz različite autokopske doživljaje koji idu sve do osjećaja izvantjelesnog iskustva (engl. *out of body experience*). Treća razina označava tranziciju: izlazak iz života i ulazak u svijet tame,

što se često ponavlja u obliku putovanja kroz mračni tunel. Četvrti stadij karakterizira jaka svjetlost na kraju tunela koja se uglavnom doživljava kao pozitivno iskustvo (primjerice poistovjećuje se s bezgraničnom ljubavi, početkom novoga života i sl.). Peti, posljednji stadij nastavak je četvrtog, u kojemu se naglašava ljepota misteriozne svjetlosti te se javljaju i druge boje i osjeti što pridonosi slikovitosti i kasnijem emocionalnom značenju tog doživljaja (5). Ringova istraživanja provedena su na američkom uzorku ispitanika, pa nisu reprezentativna za ostala društva koja su kulturološki drugačija od zapadnih. Stručnjaci koji podupiru samo biologijsko i neuropsihologijsko objašnjenje fenomena NDE slažu se s idejom da je iskustvo kliničke smrti identično za sve ljude. No, postoje stanovite razlike između istočnog i zapadnog svijeta. O tim je sličnostima i razlikama pisao australski sociolog Allan Kellehear. U svojim je radovima naglašavao razliku između tzv. materijalističkog društva i tzv. transcendentnog društva te je smatrao kako (utopijska) koncepcija „transcendentnog“ društva može zaživjeti uz pomoć osoba koje su doživjele NDE. Utvrdio je da se iskustvo kliničke smrti može i treba definirati kao kroskulturalni fenomen. Pritom je pronašao dva temeljna elementa/karakteristike NDE koje se javljaju u svim kulturama: tranzicija u mrak i susreti s drugim bićima u nekom drugom svijetu. Također, utvrdio je da postoje četiri sličnosti u kognitivnom funkcioniranju svih ljudi iz svih kultura koji su doživjeli kliničku smrt: uvjerenje da je ono što su doživjeli bilo doista stvarno iskustvo, a ne halucinacija; osjećaj transcendencije u smislu ulaska u onostrano, u drugi svijet; iskustvo NDE koje im je ponudilo važne emocionalne i spiritualne uvide te promijenilo pogled na život; i vrijednost i originalnost iskustva kliničke smrti za sve koji su je proživjeli bila je jedno od najjačih doživljaja u njihovom životu (6,7).

PSIHOLOŠKE TEORIJE RAZUMIJEVANJA FENOMENA KLINIČKE SMRTI

Iskustvo kliničke smrti kao simptom depersonalizacije

Depersonalizacijski/derealizacijski poremećaj u okviru DSM-V spada u disocijativne poremećaje za koje je zajednička karakteristika raskol u obično cjelovitim funkcijama svijesti, pamćenja, identiteta ili opažanja okoline. Depersonalizacija je trajni ili ponavljani doživljaj osjećaja odvojenosti ili osjećaj da je osoba izvanjski promatrač vlastitih duševnih zbivanja ili vlastitoga tijela pri čemu je očuvana sposobnost provjere realnosti, a derealizacija je doživljaj nerealnosti ili gubitka kontakta u odnosu na okolinu (8). Depersonalizacija je i proces gubitka osjećaja osobnoga identiteta kao i osjećaj otuđenja od samoga sebe (osoba se osjeća ispražnjeno, doživljava sebe i druge kao automate bez emocija i sl.) što se može javiti i u normalnim stanjima. Stoga je okvirna procjena stručnjaka mentalnoga zdravlja da tijekom života čak polovica odrasle populacije doživi barem jednu kratku epizodu depersonalizacije. Analitičari poput Freuda, Pfistera i drugih smatrali su da se fenomen NDE može objasniti upravo depersonalizacijom. Naime, čovjekov um nije spreman prihvatiti činjenicu o skoroj smrti, pa regredira na način da se tješi povlačenjem i otcjepljenjem od tijela te stvara infantilne fantazije o vlastitoj besmrtnosti. Pretpostavili su da su osjećaj mira, blaženstva, dobrobiti i ponovnog proživljavanja scena iz života, što nastaje u stanjima NDE, zapravo obrambeni mehanizmi kojim se ego izolira od moguće dekompenzacije pred skorim uništenjem.

No, ova je teorija razumijevanja iskustva kliničke smrti naišla na sljedeće prigovore: osobe sa simptomima depersonalizacije imaju osjećaj smetenosti, panike, anksioznosti i konfuzije kada je riječ o doživljavanju njihovog vla-

stitog *selfa*. Osobe s iskustvom kliničke smrti sebe doživljavaju bez smetenosti i ostalih negativnih osjećaja, i to sa znatno jasnijom i snažnijom slikom vlastitog *selfa*. Također, istraživanja su pokazala da djeca koja još nisu doživjela diferencijaciju ega te imaju posve drugačije poimanje smrti od odraslih, doživljavaju iskustva kliničke smrti veoma slično iskustvima odraslih (9). Istraživači su utvrdili da se NDE kao i depersonalizacija mogu javiti u situacijama iznimnog stresa, primjerice u stanjima kada je osobi gotovo nemoguće integrirati intruzivna sjećanja na traumu u svakodnevni život. Međutim, osobe koje su imale iskustvo kliničke smrti nemaju potrebu za izbjegavanjem čestih sjećanja na događaj te su sjećanja obojena pozitivnim afektom, što kod osoba s PTSP-em nije slučaj (10). Također, u studijama se otkrilo da je među odraslim osobama koje su iskusile stanje kliničke smrti bilo znatno više onih s ranim iskustvom zanemarivanja i zlostavljanja. Greyson, Irwin i drugi istraživači koji su se bavili ovom problematikom zaključili su da je sposobnost disocijacije kod takvih osoba bila snažnija, jer im je nudila sigurnost i otklon od surove traumatske realnosti koju su proživjeli.

Iskustvo kliničke smrti kao obrana od straha od smrti

Iako nije kliničar, evangelik i pisac Richard Abanes proučavao je fenomen kliničke smrti te je u svojoj knjizi (1996.) iznio zanimljivu tezu da je iskustvo kliničke smrti zapravo iskustvo čovjekovog straha od smrti. Stoga je koncepciju NDE preimenovao u tzv. *Fear-Death Experience* (FDE). Prema Abanesu, fenomen FDE se javlja u trenucima samrti, točnije kada je osoba svjesna da će uskoro umrijeti, pa je afekt straha od završetka života dodatni stimulus koji potiče postojanje svih transcendentnih elemenata NDE. Budući da se u svom radu i sam susretao s umirućima, smatrao je da se osobe na samrti koje se veoma boje smrti

razlikuju od osoba na smrti koje su se pomirile sa skorim krajem života. Ova prva skupina više izvještava o doživljenim elementima fenomena NDE, a slično je i s osobama koje nisu vitalno ugrožene, ali su ipak uvjerene da će umrijeti (9,11). Od svih psiholoških teorija o razumijevanju koncepcije NDE, ova je možda najnevjerodostojnija budući da nije nađen način za njezino znanstveno dokazivanje.

Iskustvo kliničke smrti kao sindrom lažnog sjećanja

Richard Abanes je pisao i o iskustvu kliničke smrti kao sindroma lažnog sjećanja. Smatrao je da osoba koja doživljava iskustvo kliničke smrti uz mistične vizualizacije postaje smetena i zbunjena, što u stanju izlaska iz kliničke smrti i oporavka može rezultirati dodavanjem novih informacija ili kondenzacijom postojećih (kao u radu sna). Ovoj situaciji, prema Abanesovom mišljenju, mogu pridonijeti i razgovori s obitelji i bliskim prijateljima, posebice odmah nakon što se osoba probudila iz stanja kliničke smrti (11). Drugi su autori dopunili Abanesovo razmišljanje te potkrepu našli u činjenici da čovjekovu imaginaciju i percepciju, kao dva različita psihonervna procesa, aktivira isti centar mozgovne strukture. U situacijama kada nedostaju sjećanja na neke događaje ili pak kad sjećanja ne odgovaraju ili se ne uklapaju u doživljeno iskustvo, dolazi do preoblikovanja sadržaja koji su pohranjeni u mašti ili pamćenju u nove cjeline. Pritom je važna komponenta kreativnosti, tj. rekreiranja konfabulirane memorije u koju se počinje vjerovati kao da je stvarno doživljena (12). Slične su situacije opisivali i analitičari govoreći o fenomenu tzv. snova na javi, odnosno maštanja u budnom stanju koji su izraz psihološke krize ili uskraćenosti realnoga zadovoljstva te se često pretvaraju i preuređuju u bajkovite priče u kojima osoba ima glavnu ulogu.

Ovime svakako možemo pridodati i motivacijsku fantaziju. Naime, fantazije su u ovom

slučaju shvaćene kao tvorevine mašte ili imaginacije, kao priče stvorene maštom kojom se zanemaruje (surova) stvarnost.

A stvarnost kod osoba s iskustvom kliničke smrti jest da su doista blizu kraja života. Stoga se javlja fantazija motivirana različitim vrijednosnim i religijskim sustavima, osobnim očekivanjima vezanim uz smrt, narcizmom, težnjom za negacijom smrti i temeljnim strahopoštovanjem prema katastrofičnom kraju života.

Iskustvo kliničke smrti kao sjećanje na vlastito rođenje

Slike mračnog tunela na čijem je kraju blještava svjetlost koja osobu s iskustvom kliničke smrti vodi u drugi svijet, mnogim su istraživačima dale naslutiti psihološko (točnije psihoanalitičko) objašnjenje fenomena NDE kao sjećanja na (traumu) vlastitog rođenja. Naime, psihoanalitičari su pojam traume rođenja opisali kao trenutak prijelaza iz stabilne, zaštitene, tople i mračne sredine (kao uzrok najvećeg blaženstva) u neki novi svijet koji počinje bukom i velikom svjetlosti. Smatrali su da su sve kasnije psihološke teškoće na stanovit način određene ovom kobnom i najranijom traumom kao i težnjom čovjeka da se vrati u sigurno i blaženo intrauterino postojanje. Trauma rođenja je kasnije tumačena manje kruto, ali i dalje kao praobrazac svakog ljudskog straha koji se filogenetski programirao tijekom tisuća godina razvoja ljudske vrste (13). Ipak, dva su nedostatka ove teorije: u istraživanju Satwant Pasricha i Iana Stevensona iz 1986. godine, stanovnici Indije i Tajlanda koji su imali iskustvo kliničke smrti (N=16) nisu doživjeli ovaj ključan element: putovanje kroz mračan tunel kao ni izvantjelesno iskustvo (14). U istraživanju engleske psihologinje Susan Blackmore (koja je i sama imala iskustvo kliničke smrti) nađeno je da su osobe koje su rođene carskim rezom izvještavale o putovanju kroz tunel podjednako

kao i osobe koje su rođene vaginalnim putem (12,15). S druge strane, neki su autori psihološku teoriju sjećanja na vlastito rođenje proširili na shvaćanje fenomena NDE kao arhetipske slike rođenja čovjeka kao univerzalnog, mitološkog prizora karakterističnog za sve kulture što objašnjava zajedničko, ljudsko podrijetlo. No, unatoč razumljivosti ove teze, nije nađena ni jedna prihvatljiva istraživačka metoda kojom bi se znanstveno potvrdilo postojanje izvornih modela (engl. *near-death archetypes*) koji su zajednički svim ljudima s iskustvom kliničke smrti.

Iskustvo kliničke smrti kao autoskopija

Autoskopija (grč. *autós* - sam, grč. *skopéo* - gledam) je vizualna halucinacija u kojoj osoba vidi samoga sebe (lice i/ili tijelo) s vanjske strane, odnosno pred sobom ili pak vidi sebe s unutrašnje strane, točnije vidi svoje unutarnje organe (16). Prvu medicinsku studiju slučaja o fenomenu autoskopije godine 1844. objavio je britanski liječnik Arthur Landbroke Wigan u svojoj knjizi „*New view of insanity: The duality of the mind*“ (17). U današnje vrijeme mnogo je istraživanja koja podupiru tezu kliničke smrti kao stanja autoskopije. Tako je švicarski neuroznanstvenik Peter Brugger jedan od prvih autora koji je istraživao fenomen autoskopije. Predložio je klasifikaciju autoskopije prema fenomenološkim kriterijima razvrstavši spomenuti fenomen u nekoliko kategorija: 1. negativnu heautoskopiju (engl. *the negative heautoscopy*) (osoba ima teškoće, odnosno djelomično se vidi ili se uopće ne može vidjeti iako se primjerice izravno gleda u ogledalu); 2. unutarnju heautoskopiju (engl. *the inner heautoscopy*) (osoba vidi svoje unutarnje organe u izvantjelesnom prostoru, a svoje tijelo pritom može percipirati praznim); 3. osjećaj prisutnosti (engl. *the feeling of a presence*) (osoba osjeća tjelesnu prisutnost druge osobe ili bića u svojoj blizini bez vizualnih halucinacija); 4. autoskopsku/reduplikativnu halucina-

ciju (engl. *the autoscopic hallucination*) (osoba na nekoliko minuta ili sekundi potpuno vidi samoga sebe u ogledalu, ova se autoskopska vizija naziva i tzv. zrcalna halucinacija (engl. *mirror hallucination*). Jedino u ovoj vrsti autoskopije nisu prisutni simptomi depersonalizacije; 5. he-autoskopiju (engl. *he-autoscopy* ili *heautoscopy proper*) (autoskopska vizija koja je rjeđa od gore opisane autoskopske halucinacije. Razlika je u tome što osoba s he-autoskopijom vidi svoga dvojnika bez boje i nejasno. Dvojnici osobi može djelovati autonomno, ali može zrcaliti njegovu pojavnost. Osoba ga slabije vidi, kao blijedu ili prozirnu sliku i kao da ga promatra sa strane kroz veo ili maglu). Klinička istraživanja studija slučajeva potvrđuju da se pritom osobe uglavnom ne sjećaju svojih emocija ili pak izvještavaju o prisutnosti tuge. Česta je i pojava tzv. heautoskopske ehopraksije odnosno dvojnिकove imitacije pokreta osobe); i 6. izvantjelesno iskustvo (engl. *out of body experience* ili kratica *OBE*) [osoba vidi sebe izvan svog tijela pri čemu dominira osjećaj bestjelesnosti (engl. *disembodiment*) uz promatranje sebe iz daljine te s uzdignute vizualno-spacijalne perspektive] (18).

Brugger je smatrao da uz nabrojane kategorije postoji niz različitih varijacija autoskopskog fenomena što se ponajprije očituje u: duljini trajanja vizija (od nekoliko sekundi pa do nekoliko sati), jačini realističnosti doživljenog/viđenog i kontinuumu pozitivnog odnosno negativnog doživljavanja dvojnika (od osjećaja potpunog prihvatanja do osjećaja otvorene agresije, nasilnog i emocionalno prijetećeg sadržaja). Nadalje, opisao je i da se osoba koja ima autoskopske doživljaje osjeća slično kao i bolesnik s amputiranom rukom ili nogom s tzv. fantomskim udom.

U svojim je istraživanjima pokazao i da pojedine autoskopske vizije (primjerice izvantjelesno iskustvo) mogu nastati stimulacijom određenih dijelova moždanih struktura, zbog moždanih lezija, u uvjetima nedostatka kisika (kod

alpinista na visokoj nadmorskoj visini) kao i u posebnim situacijama iznimno jakih afekata i proživljavanja intenzivnog psihološkog stresa. Također, autoskopski doživljaji mogući su kod zdravih ljudi, i to ponajprije u situacijama socijalne deprivacije ili socijalne izolacije te pri usnivanju (tzv. hipnagogne) ili buđenju (tzv. hipnopompne halucinacije) kada je razina svijesti kvalitativno drugačija nego u budnom stanju.

Uz različite varijacije autoskopskih vizija česti su nejasni ili pak slikoviti kinestetski i somatski osjeti, a ekstremna verzija autoskopije vezuje se za Doppel-Gängerov fenomen (ili fenomen tzv. dvojnika) kada osoba vidi svoga dublera te elaborira i objašnjava halucinaciju s deluzijskom pričom. Autoskopija je još povezana i s epilepsijom, poremećajima parieto-okcipitalnog korteksa i s toksičnim stanjima (19).

TESTIRANJE ISKUSTVA KLINIČKE SMRTI

U posljednjih 50-ak godina u pokušaju objašnjavanja koncepcije NDE postoji mnogo literature. Suvremena su istraživanja tog fenomena počela još potkraj 1977. godine kada je službeno osnovano udruženje za znanstvena istraživanja kliničke smrti (engl. *Association for the Scientific Study of Near-Death Phenomena*) kasnije preimenovano u *IANDS* (engl. *International Association for Near-Death Studies*). Uz Raymonda Moodyja, u toj su se organizaciji ponajviše istaknuli dr. Kenneth Ring, dr. Bruce Greyson i dr. Charles Flynn. Osim u SAD, slične organizacije osnivale su se i u drugim zemljama zapadne, a kasnije i istočne provenijencije. Osim društava, djelovali su i stručni časopisi. Najpoznatiji su bili *Omega* i *Anabiosis*, kasnije preimenovan u *Journal of Near-Death Studies*. Međutim, sve to nije bilo dovoljno za točno definiranje dijagnostičkih kriterija fenomena kliničke smrti,

pa je u skladu s tim bilo teško donijeti i jasne metodološke postavke za psihologijska mjerenja. Naime, dosadašnja su istraživanja kliničke smrti bila znatno više retrospektivnog, a manje prospektivnog karaktera. Uz rijetke su iznimke provedena uglavnom na bjelačkom stanovništvu, ponajprije među protestantima i katolicima. Također, u brojnim su radovima istraživači intervjuirali ispitanike sa znatnim vremenskim odmakom što je pridonijelo neadekvatnim ili nepotpunim opisima iskustava kliničke smrti. Istraživanja su često rađena i na malom uzorku te nije postojala (adekvatna) usporedna skupina ispitanika (9). Prvobitno su provedena kvalitativna istraživanja, tj. rabile su se informacije iz kliničkih intervjuja. No, kolikogod bili vješti i senzibilizirani za osjetljiva pitanja iskustava kliničke smrti, autori su se uz fleksibilnost uporabe takvih, polustrukturiranih ili strukturiranih intervjuja, susretali s nizom problema. Najčešći nedostatak intervjuja bio je u opsežnosti i kompleksnosti pojedinih pitanja. To je znatno demotiviralo ispitanike ili ih je dodatno uznemirivalo. Tek nakon konstrukcije upitnika američkoga liječnika Brucea Greysona (engl. *Near-Death Experience Scale*) počele su se koristiti i kvantitativne mjere uz kombinaciju oba pristupa. Budući da je praksa pokazala kako se osobe s iskustvom kliničke smrti često svrstavaju u stroge psihijatrijske klastere, Greyson je sugerirao da dijagnostičke postupke i psihologijska mjerenja trebaju provoditi profesionalci mentalnoga zdravlja koji nisu samo psihoterapeuti, nego i praktični poznavatelji fenomena kliničke smrti. Također, kliničaru je pritom dobrodošlo znanje iz psihopatologije kako bi mogao razlučiti je li riječ o mentalno zdravoj ili bolesnoj osobi. Nadalje, Greyson je iznio stajalište da takvi eksperti trebaju potpuno razumjeti (eshatološka) vjerovanja iz različitih kulturnih sredina, i to od ideje života poslije smrti do drugih, manje uobičajenih transcendentnih iskustava. Evo što današnja znanost predlaže za mjerenje iskustva kliničke smrti:

Intervju - Nakon što se kliničar uvjeri da je klijentu koji je doživio kliničku smrt ugodno te da će se povjerljivost kao bazični element intervju potpuno poštivati, može se početi s intervjuom. Prvobitni je cilj uspostaviti i razviti preliminarno povjerenje, tj. alijansu između intervjuera i klijenta, dati jasne upute zbog čega se radi intervju, dobiti (pismeni) pristanak klijenta za ispitivanje, utvrditi postojanje ili nepostojanje psihijatrijske simptomatologije i općenito uspostaviti empatijsku interpersonalnu relaciju s osobom koja je doživjela kliničku smrt.

Pritom je dobro rabiti unaprijed pripremljeni protokol za bilježenje odgovora ispitanika. Intervju je dobro početi s općim sociodemografskim pitanjima, anamnestičkim podatcima, pitanjima o ranom razvoju i cjelokupnom dosadašnjem obiteljskom, osobnom i profesionalnom životu klijenta.

Posebnu pozornost još treba dati dvjema vrstama pitanja: činjenicama i znanju koje klijent raspolaže o fenomenu kliničke smrti (gdje se o tome informirao, što je konkretno čitao i sl.) te o pitanjima vezanim uz njegova/njezina religiozna vjerovanja i ponašanja, i to prije i nakon iskustva kliničke smrti (20). Sva pitanja koja intervjuer postavlja zahtijevaju odgovore koji su specifični, detaljni, veoma osobni i autentični, pa u tom smislu treba stalno hrabriti i poticati klijenta na iskreno i otvoreno komuniciranje. Na kraju intervju klijentu treba dati mogućnost da postavi pitanja i da mu se, ako zaželi, omogući ponovni susret s intervjuerom uz (pismeni) uvid u eventualne rezultate preliminarnih istraživanja.

Prijedlog protokola s pitanjima za klijentovu religioznost:

- Prije ovog iskustva, jeste li bili religiozni i koliko? (prilično, srednje, malo, nimalo)
- Ako niste bili religiozni, jeste li se smatrali agnostikom, ateistom ili biste se nazvali neka-ko drugačije?

- Kako biste svoju religioznost sada definirali?

- Koliko ste, prije ovog iskustva, snažno vjerovali u Boga? (prilično, srednje, malo, nimalo)

- Koliko sada vjerujete u Boga?

- Jeste li, prije ovog iskustva, vjerovali u život poslije smrti? (potpuno ste vjerovali u život poslije smrti, niste bili baš posve sigurni, sumnjali ste u to, ili pak niste nimalo vjerovali)

- Vjerujete li u to danas, nakon proživljenog iskustva?

- Jeste li prije iskustva vjerovali u postojanje pakla i raja?

-Vjerujete li danas u to?

Prijedlog protokola s pitanjima o iskustvu kliničke smrti:

- Je li iskustvo koje ste proživjeli teško opisati riječima? Zašto?

- Možete li ga ipak pokušati opisati?

- Je li bilo slično snu ili različito?

- Kada se počela događati ta epizoda, je li vam se činilo da umirete ili da ste blizu smrti?

- Jeste li mislili da ste mrtvi?

- Jeste li u tom trenutku čuli da netko govori da ste mrtvi?

- Što ste još čuli?

- Kako ste se tada osjećali?

- Jeste li pritom čuli neke zvukove ili buku?

- Jeste li u bilo kojem trenutku tog iskustva imali dojam da se mičete ili da putujete?

- Jeste li u bilo kojem trenutku tog iskustva imali osjećaj razdvojenosti sa svojim fizičkim tijelom (stanje bestjelesnosti)? Jeste li bili svjesni svog tijela da je drugdje ili ste ga možda drugdje vidjeli? Možete li opisati to iskustvo? Kako ste se osjećali? Sjećate li se jeste li tada o nečemu razmišljali? Dok je vaše tijelo bilo drugdje, gdje ste bili vi? Jeste li imali drugo tijelo? Jeste li osjećali bilo kakvu poveznicu sebe

s vašim odvojenim tijelom? Dok ste bili u tom stanju, jeste li imali osjećaj vremena? Prostora oko vas? Vlastite težine? Sjećate li se, što ste sve mogli činiti? Jeste li bili svjesni kakvih osjeta (mirisa, okusa, sluha, vida)? Što ste čuli i vidjeli? Jeste li se osjećali osamljeno? Zbog čega?

- Jeste li susretali druge osobe? Jesu li to bili živi ili mrtvi? Tko su bili ti ljudi/bića? Što se događalo kada ste ih sreli? Jeste li komunicirali? Na koji način i o čemu? Kako ste se osjećali u njihovoj prisutnosti?

- Jeste li proživjeli iskustvo iznimne svjetlosti, iluminacije? Opišite kako je to izgledalo? Je li vam svjetlost nešto poručivala? Kako ste se osjećali?

- Jeste li se susreli s anđelima ili duhovnim učiteljima? Jeste li se susreli s vragom ili demonima? Je li za vas taj susret bio zastrašujući?

- Jesu li vam se prošla sjećanja iz života odvrtjela kao film pred očima? Kako ste se tada osjećali? Jeste li nešto naučili iz tog iskustva i što?

- Jeste li u bilo kojem trenutku tog iskustva imali osjećaj da se približavate točki od koje nema povratka nazad? Možete li to opisati? Kako ste se osjećali?

- Kako ste se osjećali kada ste znali da se bliži vaša smrt? Jeste li se željeli vratiti u svoje tijelo, svoj život? Sjećate li se kako vam je uspjelo vratiti se u život? Imate li ikakvu ideju zašto tada ipak niste umrli?

- Je li vas ovo iskustvo promijenilo? Na koji način?

- Je li ovo iskustvo promijenilo vaš odnos prema životu? Kako? Koja su vaša sadašnja stajališta prema životu? Jeste li postali više ili manje empatični, vulnerabilni, znatiželjni, ustrašeni...)

- Bojite li se smrti kao i prije ili se i to promijenilo?

- Kakva su vaša stajališta prema suicidu? (ako je osoba prije bila suicidalna)

- Što sada za vas znači smrt? Kakvo je danas vaše poimanje smrti? (primjerice: smrt kao tranzicijsko stanje, smrt kao sjedinjenje s univerzalnom svjesnošću, smrt kao reinkarnacija ideja, smrt kao mir, smrt kao putovanje, smrt kao ništavilo i sl.)

- Želite li još nešto reći što vam se čini važnim?

Ovakav način prikupljanja podataka (strukturiranim ili polustrukturiranim intervjuom) najbolje je primjenjivati u izravnom (verbalnom) kontaktu s osobom koja je imala iskustvo kliničke smrti. Pitanja bi trebala potaknuti osobu na odgovarajuću reakciju, na iznošenje stajališta i doživljaja vezanih za iskustvo kliničke smrti koje se i ispituje.

Također, važno je biti svjestan da intervjuer nikada ne može potpuno „pokriti“ temu, što je jedan od bitnih metrijskih nedostataka ovog načina ispitivanja, pa se i zaključci iz intervjua izvode samo na temelju odgovarajućeg uzorka pitanja.

Smanjivanju pouzdanosti intervjuiranja može pridonijeti manje iskusan kliničar i intervjuer: i to ponajprije zbog načina postavljanja pitanja (više pitanja odjednom, višeznačna ili nejasna pitanja i sl.) ili krivog redoslijeda prilikom postavljanja pitanja.

Iako je u predloženom protokolu s pitanjima stanovit broj onih koji bi mogli navesti intervjuirane na odgovor, ipak bi trebalo izbjegavati pitanja koja su sadržajno sugestivna, posebice stoga što je riječ o veoma osobnoj i osjetljivoj temi razgovora. Upravo je zato važno da osoba koju se intervjuira stekne dojam da u onome što bi mogla govoriti nema nečeg neuobičajenog, pa time i osuđujućeg.

Upitnik – The Near-Death Experience Scale – autor upitnika NDE je američki psihijatar Bruce Greyson koji ga je sastavio 1983. godine. Greysonov je upitnik isprva konstruiran kao 33-čestična ljestvica u kojoj je bilo uključeno čak 80 karakteristika/simptoma kliničke smr-

ti. Nakon preliminarnih istraživanja, upitnik je skraćen na konačnih 16 čestica.

Ovaj veoma praktični psihodijagnostički instrument uz 16 čestica sadržava i tri stupnja odgovora. Ispitanici odgovaraju zaokružujući odgovarajuću znamenku (0, 1 ili 2) na ljestvici s tri stupnja, a ukupni se rezultat formira kao linearna kombinacija procjena. Rezultati se tako kreću od 0 do 32, a viši rezultat označava višu prisutnost iskustva kliničke smrti. Kao kriterij za određivanje postojanja iskustva kliničke smrti određen je najniži rezultat: 7, što je jedna standardna devijacija manje od prosjeka u većini istraživanja (prosjeck je prema većini istraživanja 15, a standardna je devijacija 8). Budući da su istraživanja fenomena kliničke smrti provedena među ispitanicima koji su prema velikom broju osobina međusobno bili različiti, ne čudi ovako visok varijabilitet. Za iduća istraživanja i moguću komparaciju to može biti stanovita prepreka u dokazivanju postojanja elemenata iskustva kliničke smrti, a dosadašnja istraživanja, upravo zbog različitosti ispitanika, svakako upućuju na povećanu eksperimentalnu grešku.

Greysonov upitnik, osim ukupnog rezultata mjeri i četiri zasebne facete/komponente iskustva kliničke smrti. Rezultat na svakoj pojedinoj faceti/komponenti može biti od 0 do 8. To su: kognitivna komponenta (čestice od 1 do 4) koja reflektira misaone promjene tijekom iskustva; afektivna komponenta (čestice od 5 do 8) koja reflektira osjećajne promjene; paranormalna komponenta (čestice od 9 do 12) koja objašnjava paranormalne fenomene vezane u svjetovnu sferu; i transcendentalna komponenta (čestice od 13 do 16) koja objaš-

njava iskustva iz domene nesvjetovne dimenzije čovjekove egzistencije.

Daljnijim je istraživanjima nađeno da upitnik razlikuje zdrave osobe koje su doista imale iskustvo kliničke smrti od bolesnika s moždanim disfunkcijama i čije je iskustvo kliničke smrti uzrokovano organitetom (4).

ZAKLJUČAK

Od antičkih legendi do današnjih dana dobro su poznata i u literaturi opisana različita iskustva kliničke smrti. Prema Bruceu Greysonu, koji je najviše istraživao ovaj intrigantan fenomen, iskustvo kliničke smrti jest afektivno snažan psihološki doživljaj s transcendentnim i mističnim elementima koji se javlja kod ljudi na samrti ili u situacijama iznimno jakog psihološkog stresa ili traume.

Smatra se da je iskustvo kliničke smrti i transkulturalan fenomen te da ima karakteristike koje su zajedničke svim društvima i dobnim skupinama.

Iskustvo kliničke smrti može se shvatiti putem nekoliko psiholoških teorija: kao simptom depersonalizacije, kao obrana od straha od smrti, kao sindrom lažnog sjećanja, kao sjećanje na vlastito rođenje i kao stanje autoskopije.

Što se tiče psihologijskog mjerenja/testiranja fenomena kliničke smrti, isprva su se rabili klinički intervjui, tj. osobe su u izravnom kontaktu s kliničarem anketirane uz pomoć polustrukturiranih i strukturiranih protokola s pitanjima, a 80-ih godina 20. stoljeća konstruiran je jedan od najprimjenjivanijih psihodijagnostičkih instrumenata: Greysonov upitnik *Near-Death Experience Scale*.

LITERATURA

1. Zamarovsky V. Junaci antičkih mitova. Zagreb: Školska knjiga, 1985.
2. Erić Lj. Rečnik straha. Beograd: Arhipelag – Biblioteka Reč, 2007.
3. Medicinska enciklopedija. Zagreb: Jugoslavenski leksikografski zavod, 1970.
4. Greyson B. The near-death experience scale: Construction, reliability and validity. *Lancet* 2000; 355: 460-3.
5. Ring K. Life at death: A scientific investigation of the near-death experience. New York: Quill, 1982.
6. Kellehear A. Experiencing near-death: Beyond medicine and religion. Oxford: Oxford University Press, 1996.
7. Kellehear A. Census of non-western near-death experiences to 2005: Overview of the current data. *J Near Death Stud* 2008; 26, 249-65.
8. Američka psihijatrijska udruga. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2014.
9. Sheikh AA, Sheikh KS. Healing with death imagery. New York: Baywood Publishing Company, 2007.
10. Greyson B. Posttraumatic stress symptoms following near-death experiences. *Am J Orthopsychiatry* 2001; 71: 368-73.
11. Abanes R. Journey into the light: Exploring near-death experiences. Grand Rapids: Baker Books, 1996.
12. Blackmore S. Birth and OBE: An unhelpful analogy. *J Am Soc Psych Res* 1983; 77: 29-238.
13. Trebješanin Ž. Leksikon psihoanalize. Beograd – Podgorica: Službeni glasnik i Nova knjiga, 2007.
14. Pasricha S, Stevenson I. Near-death experiences in India: A preliminary report. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174: 165-70.
15. Blackmore S. Near-death experiences in India: They have tunnels, too. *J Near Death Stud* 1993; 11: 205-17.
16. Anzelotti F, Onofrij V, Maurotti V, Ricciardi L, Franciotti R, Bonanni L. Autoscopy phenomena: case report and review of literature. *Behav Brain Funct* 2011; 7: 2.
17. Wigan AL. New view of insanity: The duality of the mind. Malibu: Joseph-Simon (reprint iz 1844.), 1985.
18. Brugger P, Regard M, Landis T. Illusory reduplication of one's own body: Phenomenology and classification of autoscopic phenomena. *Cogn Neuropsychiatry* 1997; 2: 19-38.
19. Degmečić D. Halucinacije. Zagreb: Medicinska naklada, 2012.
20. Perera M, Jagadheesan K, Peake A. Making sense of near-death experience: A handbook for clinicians. London: Jessica Kingsley Publishers, 2012.

Spolne razlike u nezadovoljstvu tijelom i strategijama promjene tjelesnog izgleda u adolescenciji

/Gender differences in body dissatisfaction and body change strategies in adolescence

Inja Erceg, Gordana Kuterovac Jagodić

Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju, Zagreb, Hrvatska

/ University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences, Department of Psychology, Zagreb, Croatia

Slika tijela je subjektivna reprezentacija vlastitog tjelesnog izgleda koja odražava doživljaje, misli i osjećaje osobe vezane uz svoje tijelo. Nezadovoljstvo tijelom odnosi se na raskorak između trenutnog i idealnog tjelesnog izgleda te je snažan rizični čimbenik zaokupljenosti tijelom i poremećaja hranjenja. Cilj ovog istraživanja bio je ispitati spolne razlike u nezadovoljstvu tijelom, važnosti slike tijela te čestini primjene strategija promjene tjelesnog izgleda, kao i utvrditi njihove međusobne odnose kod djevojaka i mladića u adolescenciji. Prilagođenu verziju Inventara slike tijela i promjene tjelesnog izgleda (*Body Image and Body Change Inventory* - Ricciardelli i McCabe, 2002) ispunilo je 530 učenica i učenika 3. i 4. razreda srednjih škola dobnog raspona od 16 do 19 godina. Indeks tjelesne mase (ITM) bio je značajno niži kod djevojaka ($M=20,8$) nego kod mladića ($M=22,7$). Što imaju viši ITM, djevojke su nezadovoljnije svim aspektima svog tjelesnog izgleda osim visinom, dok su mladići zadovoljniji samo čvrstoćom svojih mišića. Mladići su općenito zadovoljniji svojim tijelom: težinom i visinom, čvrstoćom i veličinom mišića te oblikom tijela, a svojoj visini, čvrstoći i veličini mišića pridaju veću važnost od djevojaka. U odnosu na djevojke mladići češće primjenjuju strategije dobivanja na težini te učvršćivanja i povećanja mišića, dok djevojke češće primjenjuju strategije mršavljenja.

/ Body dissatisfaction can be defined as a discrepancy between the ideal and the current body size and is a strong risk factor for body preoccupation and eating disorders. The aim of this study was to determine differences between adolescent girls and boys in body dissatisfaction, body image importance and various body change strategies, as well as to determine their relations. 530 high school students aged 16 to 19 filled in the modified Body Image and Body Change Questionnaire (McCabe & Ricciardelli, 2002). The Body mass index (BMI) was significantly lower in girls ($M=20.8$) than in boys ($M=22.7$). The higher the BMI was in girls, the lower their body satisfaction, satisfaction with weight, height, body shape, muscle tone and size. The higher the BMI was in boys, the higher their satisfaction with muscle tone. The results show that adolescent boys are more satisfied with their bodies in general, as well as with weight, height, body shape and muscle tone and size. They also give more importance to their height, muscle tone and size than girls and practice more strategies to increase weight, muscle tone and size in contrast to girls who practice more strategies to lose weight.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Dr. sc. Inja Erceg, prof. psih.
Odsjek za psihologiju
Filozofski fakultet
Sveučilište u Zagrebu
Ivana Lučića 3
10 000 Zagreb, Hrvatska
E-pošta: inerceg@ffzg.hr

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

nezadovoljstvo tijelom / *body dissatisfaction*
važnost slike tijela / *body image importance*
strategije promjene tjelesnog izgleda / *body change strategies*
indeks tjelesne mase / *body mass index*
adolescencija / *adolescence*

Slika tijela višedimenzionalan je konstrukt koji je subjektivna reprezentacija vlastitog tjelesnog izgleda i tjelesnih iskustava odražavajući percepciju, misli i osjećaje osobe vezane uz vlastito tijelo. Uvjetovana je unutrašnjim (biološkim i psihološkim) i vanjskim (kulturalnim i socijalnim) čimbenicima u čijoj se složenoj interakciji razvija i održava (1,2).

Jedan od aspekata slike tijela je nezadovoljstvo tijelom. Ono predstavlja subjektivnu negativnu procjenu vlastitog tjelesnog izgleda, dijelova tijela ili njegovih pojedinih karakteristika, poput, primjerice, veličine i/ili oblika tijela, čvrstoće i veličine mišića (1). U srži nezadovoljstva tijelom leži raskorak između percipiranog i, unutarnjeg ili društveno uvjetovanog, idealnog tjelesnog izgleda (3) koji u adolescenciji postaje izraženiji. S obzirom da adolescenti ulaskom u ovo razvojno razdoblje postaju svjesniji samih sebe, često drastične promjene u tjelesnom izgledu i izgledu pojedinih dijelova tijela zauzimaju značajnu ulogu u njihovim životima (4,5), a tjelesni izgled postaje jedna od njihovih glavnih preokupacija (6).

Tijekom adolescencije nezadovoljstvo tijelom, zabrinutost za tjelesni izgled i pokušaji provođenja dijete imaju važnu ulogu kao rizični čimbenici razvoja depresije, niskog samopoštovanja i poremećaja hranjenja (7-10). Iako je najveći interes istraživača za nezadovoljstvo tijelom vezan upravo uz njegovu ulogu u nastanku poremećaja hranjenja, ono se javlja i kod značajnog dijela nekliničke populacije adolescenata, a u zapadnim se kulturama, zbog svoje učestalosti, može smatrati gotovo normativnim (11), posebice među djevojkama kod kojih je, u odnosu na mladiće, prevalencija nezadovoljstva tijelom veća kao i s njime povezani problemi prilagodbe (12) što se dovodi u vezu s većim sociokulturalnim pritiskom na tjelesnu privlačnost kod žena (13). Idealni tjelesni izgled današnjice podrazumijeva mr-

šavo žensko tijelo, a isticanje njegove važnosti dovodi do nezadovoljstva tijelom, sniženog samopoštovanja i primjene raznih strategija za dostizanje takvog izgleda (14). Strana istraživanja pokazuju kako je čak polovica djevojčica u završnim razredima osnovne škole nezadovoljna svojim tjelesnim izgledom i težinom (15).

Promjene u obliku i veličini tijela su kod djevojaka u adolescenciji praćene porastom tjelesne težine i nakupljanjem tjelesne masnoće na struku, bokovima, bedrima i stražnjici što ih udaljava od sociokulturalnog ideala tjelesnog izgleda i ideala mršavosti kojih tada postaju sve svjesnije. Nastale tjelesne promjene djevojke često doživljavaju negativno zbog čega počinju povećavati svoje napore nastojeći dostići idealan izgled mršavog ženskog tijela. Za razliku od onih kod djevojaka, pubertalne promjene kod mladića u većoj mjeri pridonose njihovom približavanju idealnom izgledu mišićavog muškog tijela jer uključuju rast u visinu, širenje ramena i dobivanje na mišićnoj masi. Rezultati brojnih istraživanja upućuju na povećanje nezadovoljstva tijelom kod djevojaka od rane do kasne adolescencije kada i njihova želja za vitkim tjelesnim izgledom postaje izraženija (3,5,16-18). S druge strane, rjeđa istraživanja na adolescentnim mladićima ukazuju na smanjenje njihova nezadovoljstva tijelom u tom razdoblju (5,16,17,19). U mnogim razvijenim zemljama Zapada čak 50 % do 80 % adolescentnih djevojaka želi biti mršavije, a više ih od 50 % izvještava o provođenju dijete (5). Istraživanjem na uzorku hrvatskih srednjoškola dobivaju se slični rezultati pri čemu oko 50 % ispitanih djevojaka vjeruje da bi njihova idealna težina trebala biti za prosječno tri do četiri kilograma niža od trenutne (20). Prema rezultatima drugog domaćeg istraživanja provedenog na učenicima i učenicama srednjih škola iz nekoliko hrvatskih gradova, oko 35 % djevojaka nezadovoljno je ili jako nezadovoljno svojom težinom, a gotovo ih 20 % svojim

izgledom, dok je težinom nezadovoljno ili jako nezadovoljno 13 % mladića, a izgledom oko 7 % (18). Nadalje, isto je istraživanje pokazalo kako oko 8 % djevojaka i oko 5,5 % mladića pokazuje odstupanja u navikama hranjenja, a dijetu provodi oko 40 % djevojaka i 14 % mladića. Dakle, između djevojaka i mladića postoje značajne razlike u nezadovoljstvu tijelom, provođenju dijetе i odstupajućim navikama hranjenja pri čemu su djevojke nezadovoljnije vlastitim izgledom, pokazuju veća odstupanja u navikama hranjenja te u većoj mjeri provode restriktivne dijetе od mladića (5,21-23). Međutim, unatoč spomenutim nalazima, razni psihosocijalni problemi vezani uz nezadovoljstvo tijelom nisu zanemarivi ni kod mladića u adolescenciji (24). Rezultati nekih istraživanja upućuju na visoku prevalenciju preokupacije i zabrinutosti zbog tjelesnog izgledа, tjelesne težine te veličine i oblika tijela kod adolescenata oba spola, a prema kojima čak 46 % djevojaka i 26 % mladića izvještava o zabrinutosti zbog tjelesnog izgledа (25,26).

U malobrojnijim istraživanjima nezadovoljstva tijelom kod mladića uglavnom su manje ispitivane strategije dobivanja na tjelesnoj težini i mišićnoj masi te učvršćivanja mišićа koje su od veće važnosti za postizanje kulturalno uvjetovanog idealnog izgledа mišićavog muškog tijela (23,27,28). Naime, rezultati istraživanja pokazuju kako su djevojke sklonije strategijama redukcije tjelesne težine koje će ih približiti idealnom izgledu mršavog ženskog tijela, a mladići strategijama povećanja tjelesne težine i povećanja mišićavosti (21,23,29,30) čija je čestina primjene kod mladića međusobno visoko pozitivno povezana (31). Izrazita zaokupljenost mišićavošću je kod mladića povezana s nižim samopoštovanjem i simptomima depresije te povećanim nezadovoljstvom tijelom (31), a značajno je viša među mladićima koji u kasnoj adolescenciji imaju niži indeks tjelesne mase (24,32). Međutim, čini se kako kod mladića nezadovoljstvu tijelom, uz zaokupljenost

mišićavošću, pridonosi i zaokupljenost težinom (27), posebice kod mladića višeg indeksа tjelesne mase (33,34). Takvi mladići izražavaju želju za mršavijim tijelom i primjenjuju više strategija redukcije tjelesne težine (23,34). Zabrinjavajući su nalazi nekih istraživanja koji ukazuju na postojanje ovih preokupacija i kod dječaka predadolescentne dobi (24,35).

CILJ ISTRAŽIVANJA

Premda mnogobrojna istraživanja konzistentno upućuju na veće nezadovoljstvo tijelom kod djevojaka nego mladića, neuspjeh u dostizanju nametnutog ideala tjelesnog izgledа može voditi do nastanka i razvoja nezadovoljstva tijelom neovisno o spolu (17). Stoga je cilj ovog istraživanja bio ispitati spolne razlike u nezadovoljstvu tijelom, važnosti slike tijela te čestini primjene različitih strategija promjene tjelesnog izgledа (strategije mršavljenja, dobivanja na tjelesnoj težini, učvršćivanja mišićа i povećanja mišićа), kao i utvrditi odnos različitih aspekata nezadovoljstva tijelom, važnosti slike tijela, indeksа tjelesne mase i strategija promjene tjelesnog izgledа kod adolescenata oba spola.

METODOLOGIJA

Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo 530 učenica i učenika 3. i 4. razredа srednjih škola s područja grada Zagreba i Velike Gorice dobnog raspona od 16 do 19 godina ($M=17,54$, $SD=.629$; 55 % djevojaka, 45 % mladića). Od ukupnog broja sudionika 18,9 % ($n=100$) činili su učenice i učenici Hotelijersko turističke škole u Zagrebu, 36,5 % ($n=193$) učenice i učenici Srednje strukovne škole Velika Gorica te 44,6 % ($n=237$) učenice i učenici IV. gimnazije u Zagrebu. Istraživanju su pristupili učenice i učenici koji su u dane njegove provedbe bili na nastavi.

Mjerni instrumenti

Za procjenu nezadovoljstva tijelom, važnosti slike tijela i čestine primjene strategija promjene tjelesnog izgleda primijenjena je, uz dozvolu autorica, prevedena i prilagođena verzija *Inventara slike tijela i promjene tjelesnog izgleda* (engl. *Body Image and Body Change Inventory*) (26).

Prilagođeni inventar sadrži šest ljestvica: (1) *Zadovoljstvo tijelom* (14 čestica); (2) *Važnost slike tijela* (14 čestica); (3) *Strategije mršavljenja* (9 čestica); (4) *Strategije dobivanja na tjelesnoj težini* (9 čestica); (5) *Strategije učvršćivanja mišića* (6 čestica) te (6) *Strategije povećanja mišića* (9 čestica). Ljestvicama *Zadovoljstvo tijelom* i *Važnost slike tijela* dodane su čestice za procjenu zadovoljstva i važnosti tjelesne visine, čvrstoće mišića te izgleda stražnjice i struka s obzirom da u originalnoj verziji oni nisu zastupljeni, a dio su preokupacija tjelesnim izgledom adolescenata. Sudionici odgovaraju na ljestvici Likertovog tipa od pet stupnjeva: od 1 = jako nezadovoljan/a do 5 = jako zadovoljan/a na ljestvici *Zadovoljstvo tijelom*; od 1 = uopće nije važno do 5 = jako važno na ljestvici *Važnost slike tijela* te na ljestvicama strategija promjene tjelesnog izgleda od 1 = nikad do 5 = gotovo uvijek. Na ljestvicama *Zadovoljstvo tijelom* i *Važnost slike tijela* prvih pet čestica odnose se na zadovoljstvo i važnost tjelesne težine, tjelesne visine, oblika tijela, čvrstoće te veličine mišića, dok se preostalih devet čestica odnosi na zadovoljstvo i važnost izgleda pojedinih dijelova tijela (veličina ili širina ramena, ruke u cjelini, prsni koš/grudi, trbuh, struk, bokovi, stražnjica, bedra i noge u cjelini). Primjer čestice za zadovoljstvo tijelom je: „*Koliko si zadovoljan/a svojom težinom?*“, za važnost slike tijela: „*Koliko ti je važna čvrstoća tvojih mišića?*“, za čestinu primjene strategije mršavljenja: „*Koliko često jedeš manje kako bi smršavio/la?*“, za strategiju dobivanja na tjelesnoj težini: „*Koliko često jedeš više kako bi dobio/la na težini?*“, za strategiju

učvršćivanja mišića: „*Koliko često vježbaš više kako bi učvrstio/la svoje mišiće?*“ te za strategiju povećanja veličine mišića: „*Koliko često uzimaš dodatke prehrani (npr. proteinske napitke, tablete, sokove) kako bi povećao/la svoje mišiće?*“. Ljestvice *Zadovoljstvo tijelom* i *Važnost slike tijela* daju pojedinačne rezultate o zadovoljstvu/važnosti tjelesne težine, tjelesne visine, oblika tijela, veličine i snage mišića te čvrstoće mišića (temeljem procjena na svakoj od čestica), kao i ukupan rezultat koji predstavlja mjeru općeg zadovoljstva tijelom odnosno mjeru važnosti slike tijela, a izračunava se kao jednostavna linearna kombinacija procjena sudionika na svih 14 čestica unutar svake od ljestvica.

Na svim primijenjenim ljestvicama viši rezultat upućuje na redom: veće opće zadovoljstvo tijelom ili zadovoljstvo nekim njegovim aspektom, veću važnost slike tijela ili važnost pojedinog aspekta tjelesnog izgleda te na veću učestalost primjene pojedine strategije promjene tjelesnog izgleda. Pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije na našem uzorku iznose redom: za ljestvicu *Zadovoljstvo tijelom* $\alpha=.90$; za ljestvicu *Važnost slike tijela* $\alpha=.86$; za ljestvicu *Strategije mršavljenja* $\alpha=.92$; za ljestvicu *Strategije dobivanja na tjelesnoj težini* $\alpha=.96$; za ljestvicu *Strategije učvršćivanja mišića* $\alpha=.89$ te za ljestvicu *Strategije povećanja mišića* $\alpha=.94$.

Također su prikupljeni podatci o spolu, dobi, školi, razredu te trenutnoj tjelesnoj težini i visini sudionika. Na temelju podataka o tjelesnoj težini i visini izračunat je *indeks tjelesne mase* dijeljenjem trenutne tjelesne težine izražene u kilogramima s kvadratom tjelesne visine izražene u metrima.

Postupak

Ispitivanje je provedeno grupno u školi za vrijeme sata razrednika u preko 30 razrednih odjeljenja. Prije primjene upitnika učenicima je objašnjena svrha istraživanja te je naglašeno

no kako je istraživanje u potpunosti anonimno te da mogu odustati od sudjelovanja u bilo kojem trenutku bez posljedica. Učenici su zamoljeni za suradnju i iskrenost pri odgovaranju. Ispunjavanje upitnika trajalo je između 20 i 30 minuta.

REZULTATI

Prije provedbe analiza u svrhu odgovaranja na istraživačke probleme, učinjeno je nekoliko potrebnih preliminarnih analiza.

U tablici 1. prikazani su deskriptivni podaci varijabli korištenih u ovom istraživanju na ukupnom uzorku. Prikazani su podaci o aritmetičkim sredinama, standardnim devijacijama, Kolmogorov-Smirnovljevom testu normalnosti distribucije te indeksima asimetričnosti i spljoštenosti. Podatci o aritmetičkim

sredinama i standardnim devijacijama za opće zadovoljstvo tijelom i važnost slike tijela, kao i za strategije promjene tjelesnog izgleda prikazane su u svojim relativnim vrijednostima odnosno vrijednostima za česticu. Vidljivo je kako se raspodjele rezultata statistički značajno razlikuju od normalne, međutim, odstupanja nisu velika zbog čega pretpostavljamo kako ona neće bitno utjecati na rezultate statističkih postupaka koji zahtijevaju normalitet distribucija. Naime, utvrđeno je da standardni postupci, koji zahtijevaju normalitet distribucija, daju neprihvatljive rezultate samo u slučaju kada podatci upućuju da su pretpostavke parametrijske statistike narušene u ekstremnom stupnju. U drugim slučajevima, iako distribucije odstupaju od normalnih, ovi postupci daju prihvatljive rezultate (36).

Prosječna tjelesna težina djevojaka u ovom istraživanju iznosila je $M=58,24$ kg ($SD=9,002$),

TABLICA 1. Deskriptivna statistika istraživačkih varijabli za ukupni uzorak ($N=530$)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>z</i> ^a	Indeks asimetričnosti	Indeks spljoštenosti
Opće zadovoljstvo tijelom	3,60	.684	.07**	-.35	-.20
Zadovoljstvo težinom	3,42	1,064	.22**	-.34	-.59
Zadovoljstvo visinom	3,88	.949	.27**	-.83	.53
Zadovoljstvo čvrstoćom mišića	3,37	1,049	.19**	-.20	-.61
Zadovoljstvo veličinom mišića	3,34	1,008	.19**	-.25	-.35
Zadovoljstvo oblikom tijela	3,56	1,019	.26**	-.47	-.41
Važnost slike tijela	3,69	.663	.05**	-.29	.41
Važnost težine	3,85	.939	.27**	-.82	.68
Važnost visine	3,55	1,021	.22**	-.49	-.11
Važnost čvrstoće mišića	3,49	1,106	.19**	-.45	-.32
Važnost veličine mišića	3,47	1,101	.18**	-.36	-.46
Važnost oblika tijela	4,07	.787	.27**	-.74	.74
Strategije mršavljenja	2,09	.970	.15**	.41	-.93
Strategije dobivanja na tjelesnoj težini	1,74	1,024	.25**	1,32	.72
Strategije učvršćivanja mišića	2,70	.994	.05*	.06	-.59
Strategije povećanja mišića	2,01	.951	.14**	.91	.30

Napomena: *M* – aritmetička sredina; *SD* – standardna devijacija; ^aKolmogorov-Smirnovljev test; * $p < .01$; ** $p < .001$.

a mladića $M=74,88$ kg ($SD=10,920$). Prosječni indeks tjelesne mase djevojaka iznosio je $M=20,8$ ($SD=2,812$), a mladića $M=22,7$ ($SD=2,929$) pri čemu je kod djevojaka on statistički značajno niži ($t=2,548$; $p<.001$). Odrasle se osobe prema ovom indeksu mogu podijeliti u sljedeće kategorije: pothranjene ($ITM <18,5$), normalno teške ($18,6-24,9$), prekomjerno teške ($25,0-29,9$) i pretile ($\geq 30,0$). Međutim, kada se indeks tjelesne mase koristi kao mjera uhranjenosti djece i adolescenata, primjena njegovih univerzalnih dijagnostičkih vrijednosti kao kod odraslih, može dovesti do pogrešaka jer se razvoj odvija različitom brzinom ovisno o spolu (37-39). Kod djece i adolescenata se do 18,5 godina života stupanj uhranjenosti određuje prema tablicama centilnih vrijednosti indeksa tjelesne mase djevojčica i dječaka (38). Indeks tjelesne mase manji od 5. centila za dob i spol upućuje na pothranjenost, između 5. i 85. centila na normalnu tjelesnu težinu, od 85. do 95. centila na prekomjernu tjelesnu težinu, a jednak ili veći od 95. centila na pretilost (39,40).

Prosječni indeksi tjelesne mase dobiveni na uzorcima djevojaka i mladića u ovom istraživanju upućuju na normalnu tjelesnu težinu, a postotci adolescenata koji su, prema vrijednostima indeksa tjelesne mase te s obzirom na dob i spol, pothranjeni, normalne tjelesne težine, prekomjerne tjelesne težine i pretili, prikazani su u tablici 2.

Prosječne vrijednosti i rezultati t-testova za nezavisne uzorke odnosno spolne razlike za opće zadovoljstvo tijelom i pojedinih aspekata tjelesnog izgleda, važnosti slike tijela i njenih aspekata te čestinu primjene strategija promjene tjelesnog izgleda kod djevojaka i mladića prikazane su u tablici 3. Prosječne vrijednosti prikazane su u svojim relativnim vrijednostima (vrijednostima za česticu). Kako bismo bolje prikazali razliku između distribucija rezultata djevojaka i mladića, izračunali smo i Cohenov d , odnosno veličinu učinka. Veličine učinka za većinu testiranih spolnih razlika u nezadovoljstvu tijelom, važnosti slike tijela i čestini primjene strategija promjene tjelesnog izgleda umjerene su do velike. Prosječno opće zadovoljstvo tijelom, kao i zadovoljstvo svim ispitanim aspektima tjelesnog izgleda kod djevojaka i mladića iznosi između 3,00 i 4,03 na ljestvici od 1 do 5 (1 = jako nezadovoljan/na do 5 = jako zadovoljan/na) što upućuje na srednje do umjereno visoko zadovoljstvo. Djevojke su, međutim, u odnosu na mladiće nezadovoljnije svojim tijelom i svim ispitanim aspektima tjelesnog izgleda: nezadovoljnije su tjelesnom težinom, visinom, čvrstoćom i veličinom mišića te oblikom tijela. Iako u cjelini nisu pronađene spolne razlike u važnosti koju djevojke i mladići pridaju svom tjelesnom izgledu, postoje razlike na razini pridavanja važnosti njegovim određenim aspektima i karakteristikama: mladići važnijima smatraju svoju tjelesnu vi-

TABLICA 2. Stupanj uhranjenosti djevojaka i mladića prema vrijednostima indeksa tjelesne mase s obzirom na dob

	Djevojke ($n=291$)				Mladići ($n=239$)			
	Dob (g.)				Dob (g.)			
	16 ($n=6$)	17 ($n=128$)	18 ($n=143$)	19 ($n=14$)	16 ($n=16$)	17. ($n=124$)	18. ($n=86$)	19. ($n=13$)
Pothranjenost	25 %	11,6 %	6,3 %	7,7 %	-	3,3 %	8,2 %	-
Normalna tjelesna težina	75 %	76 %	88,8 %	92,3 %	100 %	83,6 %	83,6 %	84,6 %
Prekomjerna tjelesna težina	-	6,2 %	4,2 %	-	-	9,8 %	5,8 %	15,4 %
Pretilost	-	6,2 %	.7 %	-	-	3,3 %	2,4 %	-

TABLICA 3. Deskriptivni podatci i rezultati t-testa za nezavisne uzorke za različite aspekte zadovoljstva tijelom i važnosti slike tijela te strategije promjene tjelesnog izgleda kod djevojaka i mladića

	Djevojke (n=291)		Mladići (n=239)		t	d
	M	SD	M	SD		
Opće zadovoljstvo tijelom	3,13	.621	3,58	.559	8,611**	.76
Zadovoljstvo težinom	3,22	1,087	3,64	.999	.418**	.40
Zadovoljstvo visinom	3,75	.918	4,03	.949	3,435**	.30
Zadovoljstvo čvrstoćom mišića	3,00	1,022	3,65	.958	7,481**	.66
Zadovoljstvo veličinom mišića	3,16	1,015	3,43	.973	3,143*	.27
Zadovoljstvo oblikom tijela	3,32	1,048	3,77	.923	5,218**	.46
Važnost slike tijela	3,66	.584	3,70	.738	.753	.06
Važnost težine	3,89	.913	3,77	.909	1,467	.13
Važnost visine	3,33	.987	3,77	1,020	4,929**	.44
Važnost čvrstoće mišića	3,11	1,081	3,99	.919	9,812**	.88
Važnost veličine mišića	3,01	1,008	4,06	.887	12,374**	1,11
Važnost oblika tijela	4,09	.708	4,05	.881	.569	.050
Strategije mršavljenja	2,38	.954	1,69	.864	8,631**	.79
Strategije dobivanja na tjelesnoj težini	1,38	.785	2,25	1,133	9,889**	.89
Strategije učvršćivanja mišića	2,56	.963	2,87	.978	3,518**	.32
Strategije povećanja mišića	1,59	.715	2,56	.978	12,478**	1,13

Napomena: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; t – vrijednost t-testa; d – Cohenov d; * $p < .01$; ** $p < .001$.

sinu te čvrstoću i veličinu mišića u odnosu na djevojke. U pogledu spolnih razlika u sklonosti primjeni strategija promjene tjelesnog izgleda, mladići češće primjenjuju strategije dobivanja na tjelesnoj težini te učvršćivanja i povećanja mišića u odnosu na djevojke koje češće primjenjuju strategije mršavljenja.

Postotci djevojaka i mladića nezadovoljnih i jako nezadovoljnih tijelom i njegovim aspektima (procjena zadovoljstva sa 1 = jako nezadovoljan/na i 2 = nezadovoljan/na), kao i postotci djevojaka i mladića koji slici tijela i ispitanim aspektima tjelesnog izgleda pridaju veliku važnost (procjena važnosti sa 4 = važno i 5 = jako važno), prikazani su u tablici 4. Na temelju procjena sudionika o njihovoj čestini primjene pojedinih strategija promjene tjelesnog izgleda izračunati su i postotci djevojaka i mladića koji spomenute strategije koriste

ponekad (procjena čestine primjene strategija promjene tjelesnog izgleda sa 3 = ponekad) te koji ih koriste često ili gotovo uvijek (procjena čestine primjene strategija promjene tjelesnog izgleda sa 4 = često i 5 = uvijek) (tablica 4).

Povezanosti indeksa tjelesne mase s općim zadovoljstvom tijelom (i zadovoljstvom njegovim različitim aspektima), važnosti slike tijela (i važnosti različitih aspekata tjelesnog izgleda) te čestinom primjene strategija promjene tjelesnog izgleda kod djevojaka i mladića prikazane su u tablici 5. Što imaju viši indeks tjelesne mase, djevojke su nezadovoljnije svojim tijelom, tjelesnom težinom, oblikom tijela te čvrstoćom i veličinom mišića, dok su mladići zadovoljniji samo čvrstoćom svojih mišića. Adolescenti oba spola što imaju viši indeks tjelesne mase, češće primjenjuju strategije mršavljenja i učvršćivanja mišića te rjeđe strate-

TABLICA 4. Zastupljenost različitih aspekata nezadovoljstva tijelom i važnosti slike tijela te učestalost primjene pojedinih strategija promjene tjelesnog izgleda kod djevojaka i mladića

	Djevojke (n=291)		Mladići (n=239)	
	<i>Nezadovoljne i jako nezadovoljne</i>		<i>Nezadovoljni i jako nezadovoljni</i>	
Opće nezadovoljstvo tijelom	13,4 %		3,2 %	
Nezadovoljstvo težinom	28 %		13 %	
Nezadovoljstvo visinom	9,1 %		7,2 %	
Nezadovoljstvo čvrstoćom mišića	32,6 %		12 %	
Nezadovoljstvo veličinom mišića	24 %		16 %	
Nezadovoljstvo oblikom tijela	25 %		9 %	
	<i>Važno i jako važno</i>		<i>Važno i jako važno</i>	
Važnost slike tijela	64,8 %		63,4 %	
Važnost težine	73,2 %		64,6 %	
Važnost visine	43,2 %		66,3 %	
Važnost čvrstoće mišića	36,3 %		72,6 %	
Važnost veličine mišića	30,6 %		75,6 %	
Važnost oblika tijela	83,7 %		77 %	
	<i>Ponekad</i>	<i>Često ili gotovo uvijek</i>	<i>Ponekad</i>	<i>Često ili gotovo uvijek</i>
Strategije mršavljenja	40 %	12 %	18%	3,5 %
Strategije dobivanja na tjelesnoj težini	3,8 %	4,5 %	23,5 %	17 %
Strategije učvršćivanja mišića	38,1 %	15 %	40 %	22,8 %
Strategije povećanja mišića	8,9 %	2,1 %	29,6 %	17,7 %

gije dobivanja na težini. Indeks tjelesne mase nije se pokazao povezanim s važnosti slike tijela, kao ni s važnosti bilo kojeg od ispitanih aspekata tjelesnog izgleda.

Povezanosti općeg zadovoljstva tijelom (i zadovoljstva njegovim različitim aspektima), važnosti slike tijela (i važnosti različitih aspekata tjelesnog izgleda) sa strategijama promjene tjelesnog izgleda kod djevojaka i mladića vidljivi su u tablici 6. Strategije mršavljenja djevojke rjeđe primjenjuju što su zadovoljnije tijelom, tjelesnom težinom, visinom, oblikom tijela, čvrstoćom i veličinom mišića te što svom tjelesnom izgledu u cjelini te tjelesnoj težini i visini pridaju manju važnost, a mladići što su zadovoljniji tijelom, tjelesnom težinom i oblikom tijela te što svom tjelesnom izgledu

u cjelini i obliku tijela pridaju manju važnost. Strategije dobivanja na tjelesnoj težini djevojke češće primjenjuju što su zadovoljnije svojim tijelom i oblikom tijela te što veličini svojih mišića pridaju veću važnost, dok ih, s druge strane, mladići češće primjenjuju što su nezadovoljniji svojom tjelesnom težinom i veličinom mišića te što veću važnost pridaju svim ispitanim aspektima svog tjelesnog izgleda.

Strategije učvršćivanja mišića djevojke rjeđe primjenjuju što su zadovoljnije svim ispitanim aspektima svog tjelesnog izgleda te što im pridaju manju važnost (osim važnosti oblika tijela), a mladići što su zadovoljniji svojim tijelom i tjelesnom težinom te što svim ispitanim aspektima tjelesnog izgleda pridaju manju važnost (osim važnosti visine). Naposljet-

TABLICA 5. Vrijednosti Pearsonovih koeficijenata korelacije između različitih aspekata zadovoljstva tijelom, važnosti slike tijela, strategija promjene tjelesnog izgleda te indeksa tjelesne mase (ITM) kod djevojaka i mladića

	Djevojke (n=291)	Mladići (n=239)
	ITM	
Opće zadovoljstvo tijelom	-.36**	-.02
Zadovoljstvo težinom	-.50**	-.07
Zadovoljstvo visinom	.01	.05
Zadovoljstvo čvrstoćom mišića	-.17**	.16*
Zadovoljstvo veličinom mišića	-.19**	.13
Zadovoljstvo oblikom tijela	-.27**	-.05
Važnost slike tijela	.08	.11
Važnost težine	.06	.08
Važnost visine	.03	-.11
Važnost čvrstoće mišića	.00	.10
Važnost veličine mišića	-.02	.08
Važnost oblika tijela	-.06	.12
Strategije mršavljenja	.52**	.60**
Strategije dobivanja na tjelesnoj težini	-.40**	-.42**
Strategije učvršćivanja mišića	.15*	.14*
Strategije povećanja mišića	-.02	.07

* $p < .01$; ** $p < .001$ **TABLICA 6.** Vrijednosti Pearsonovih koeficijenata korelacije različitih aspekata zadovoljstva tijelom i važnosti slike tijela sa strategijama promjene tjelesnog izgleda kod djevojaka i mladića

	Djevojke (n=291)				Mladići (n=239)			
	Strategija mršavljenja	Strategija dobivanja na težini	Strategija učvršćivanja mišića	Strategija povećanja mišića	Strategija mršavljenja	Strategija dobivanja na težini	Strategija učvršćivanja mišića	Strategija povećanja mišića
Opće zadovoljstvo tijelom	-.55**	.23**	-.27**	.00	-.30**	-.08	-.19**	-.18**
Zadovoljstvo težinom	-.53**	.11	-.20**	.03	-.21**	-.17**	-.25**	-.22**
Zadovoljstvo visinom	-.20**	.04	-.20**	-.02	.03	-.08	-.03	-.02
Zadovoljstvo oblikom tijela	-.41**	.14*	-.16**	.02	-.35**	.00	-.13	-.13
Zadovoljstvo čvrstoćom mišića	-.28**	.07	-.19**	.00	-.09	-.03	-.03	.02
Zadovoljstvo veličinom mišića	-.23**	.04	-.14*	-.11	-.07	-.13*	-.07	-.07
Važnost slike tijela	.25**	.00	.39**	.30**	.14*	.16*	.39**	.39**
Važnost težine	.37**	-.07	.27**	.13*	.10	.15*	.21**	.27**
Važnost visine	.14*	.03	.27**	.20**	-.12	.16*	.11	.14*
Važnost oblika tijela	-.02	.08	.10	.08	.14*	.15*	.41**	.39**
Važnost čvrstoće mišića	.11	.04	.47**	.35**	.10	.21**	.44**	.41**
Važnost veličine mišića	.03	.12*	.37**	.33**	.10	.20**	.46**	.44**

* $p < .01$; ** $p < .001$

TABLICA 7. Vrijednosti Pearsonovih koeficijenata korelacije između učestalosti primjene pojedinih strategija promjene tjelesnog izgleda

	Djevojke (<i>n</i> =291)			Mladići (<i>n</i> =239)		
	1.	2.	3.	1.	2.	3.
1. Strategije mršavljenja	-			-		
2. Strategije dobivanja na težini	-.55**	-		-.37**	-	
3. Strategije učvršćivanja mišića	.53**	-.08	-	.28**	.42**	-
4. Strategije povećanja mišića	.15*	.25**	.54**	.23**	.59**	.79**

* $p < .01$; ** $p < .001$

ku, strategije povećanja mišića adolescenti oba spola češće primjenjuju što veću važnost pridaju svim ispitanim aspektima tjelesnog izgleda (osim važnosti oblika tijela kod djevojaka). Mladići što su zadovoljniji svojim tijelom i tjelesnom težinom, ovu strategiju promjene tjelesnog izgleda primjenjuju rjeđe.

Interkorelacije strategija promjene tjelesnog izgleda kod djevojaka i mladića prikazane su u tablici 7. Adolescenti oba spola što češće primjenjuju strategije mršavljenja, češće primjenjuju i strategije učvršćivanja i povećanja mišića te, očekivano, rjeđe strategije dobivanja na tjelesnoj težini. Djevojke što češće primjenjuju strategije dobivanja na težini, češće primjenjuju strategije povećanja mišića, a mladići i strategije njihova učvršćivanja. I djevojke i mladići što češće primjenjuju strategije učvršćivanja mišića, češće primjenjuju i strategije njihova povećanja.

RASPRAVA

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati spolne razlike u nezadovoljstvu tijelom, važnosti slike tijela te čestini primjene različitih strategija promjene tjelesnog izgleda, utvrditi njihove međusobne odnose, kao i odnose s indeksom tjelesne mase kod djevojaka i mladića u adolescenciji.

Prema rezultatima istraživanja prosječni indeksi tjelesne mase djevojaka i mladića upu-

ćuju na normalnu tjelesnu težinu, iako je on kod djevojaka statistički značajno niži. S obzirom na stupanj uhranjenosti prema vrijednostima indeksa tjelesne mase te s obzirom na spol i dob pothranjeno je između 6,3 % i 25 % djevojaka te između 3,3 % i 8,2 % mladića, dok normalnu tjelesnu težinu ima između 75 % i 92,3 % djevojaka te između 83,6 % i 100 % mladića. Premda postotci djevojaka i mladića koji su pothranjeni, kao i onih s prekomjernom tjelesnom težinom ili pretilih, nisu zanemarljivi, najveći je postotak adolescenata oba spola normalne tjelesne težine. Prosječno opće zadovoljstvo tijelom, kao i zadovoljstvo svim ispitanim aspektima tjelesnog izgleda i kod djevojaka i kod mladića srednje je do umjerenog visoko. Djevojke su, međutim, u odnosu na mladiće nezadovoljnije svojim tijelom i svim ispitanim aspektima svog tjelesnog izgleda: tjelesnom težinom, visinom, čvrstoćom i veličinom mišića te oblikom tijela. Postotci djevojaka i mladića koji su nezadovoljni i jako nezadovoljni tijelom i različitim aspektima tjelesnog izgleda također upućuju na veću zastupljenost nezadovoljstva kod djevojaka nego mladića pri čemu je, primjerice, tijelom nezadovoljno i jako nezadovoljno 13,4 % djevojaka i 3,2 % mladića, tjelesnom težinom 28 % djevojaka i 13 % mladića, a oblikom tijela 25 % djevojaka i 9 % mladića. Nalaz o većem nezadovoljstvu tijelom kod djevojaka u skladu je s rezultatima dosadašnjih istraživanja prema kojima je prevalencija nezadovoljstva tijelom

kod njih veća (5,17,18,21,23), kao i sociokulturalni pritisak na tjelesnu privlačnost kod osoba ženskoga spola (13). Spolne razlike u nezadovoljstvu tijelom objašnjive su i u obliku pubertalnih promjena u obliku i veličini tijela koje su kod djevojaka praćene porastom tjelesne težine i nakupljanjem tjelesne masnoće na struku, bokovima, bedrima i stražnjici što ih udaljava od sociokulturalnog ideala mršavosti, dok su kod mladića praćene rastom u visinu, širenjem ramena i dobivanjem na mišićnoj masi što ih u većoj mjeri približava idealnom izgledu mišićavog muškog tijela. Međutim, iznenađujuće je kako su djevojke nezadovoljnije i veličinom (24 %) te čvrstoćom svojih mišića (čak 32,6 %) u odnosu na mladiće od kojih je veličinom mišića nezadovoljno 16 %, a čvrstoćom mišića 12 %. Ovi su nalazi zabrinjavajući jer mogu upućivati na izrazitu samokritičnost djevojaka u pogledu svih aspekata svog tjelesnog izgleda, a što bi se moglo objasniti sve većim imperativom ne samo mršavog, već i umjereno mišićavog ženskog tijela (5).

Iako u cjelini nisu pronađene spolne razlike u važnosti koju djevojke i mladići pridaju svom tjelesnom izgledu, postoje razlike na razini pridavanja važnosti njegovim određenim aspektima i karakteristikama. Mladići u odnosu na djevojke važnijima smatraju svoju tjelesnu visinu te čvrstoću i veličinu svojih mišića iako su njima nezadovoljnije djevojke. Čak 72,6 % mladića važnom i jako važnom procjenjuje čvrstoću (u odnosu na 36,3 % djevojaka), a 75,6 % veličinu svojih mišića (u odnosu na 30,6 % djevojaka). Ovi su nalazi u skladu sa sociokulturalnim idealom mišićavog muškog tijela koji kod mladića može voditi do zaokupljenosti mišićavošću (21,23,29,30). S druge strane, svojoj tjelesnoj težini i obliku tijela adolescenti oba spola pridaju jednaku važnost (73,2 % djevojaka i 64,6 % mladića važnom i jako važnom smatra svoju tjelesnu težinu, a 83,7 % djevojaka i 77 % mladića svoj oblik tijela), iako su ovim aspektima tjelesnog izgleda također nezadovoljnije djevojke. U prilog rezultatu da i

djevojke i mladići jednako važnom smatraju svoju tjelesnu težinu idu nalazi istraživanja prema kojima se kod mladića, osim zaokupljenosti mišićavošću, može javiti i zaokupljenost tjelesnom težinom bilo da je žele smanjiti ili povećati (23,27,31,34).

U pogledu strategija promjene tjelesnog izgleda, mladići u odnosu na djevojke očekivano češće primjenjuju strategije povećanja svoje tjelesne težine te čvrstoće i veličine mišića (povećan unos određenih namirnica, vježbanje s ciljem povećanja tjelesne težine i izgradnje mišića, konzumacija dodatka prehrani). Suprotno tome, djevojke češće od mladića primjenjuju strategije mršavljenja (restriktivne dijeta, tjelesna aktivnost s ciljem gubljenja na tjelesnoj težini, konzumacija dodatka prehrani – primjerice čajeva i tableta za mršavljenje). Te su razlike vidljive i u postotcima djevojaka i mladića na našem uzorku koji navedene strategije promjene tjelesnog izgleda koriste ponekad te često ili gotovo uvijek. Mnogi podaci iz literature podupiru navedene spolne razlike u primjeni strategija promjene tjelesnog izgleda na uzorcima djevojaka i mladića prema kojima su djevojke sklonije strategijama redukcije tjelesne težine koje će ih približiti idealnom izgledu mršavog ženskog tijela, a mladići strategijama povećanja tjelesne težine i povećanja mišićavosti (21,23,29,30). Dobiveni nalazi objašnjivi su, dakle, razlikama u idealima tjelesnog izgleda mršavog ženskog te mišićavog muškog tijela (28) zbog čega djevojke i mladići primjenjuju većinom različite strategije promjene tjelesnog izgleda kako bi ih dostigli. Međutim, ovdje je potrebno naglasiti kako djevojke, iako rjeđe od mladića, također razmjerno često primjenjuju i strategije učvršćivanja mišića što bi se moglo objasniti, već spomenutim, sve većim imperativom umjereno mišićavog ženskog tijela (5). U skladu s tim, čestina primjene većine strategija promjene tjelesnog izgleda je na neki način međusobno povezana. Djevojke i mladići što češće koriste strategije mršavljenja, češće koriste i strategi-

je učvršćivanja i povećanja mišića. Međutim, mladići, što češće koriste strategije učvršćivanja i povećanja mišića, također češće koriste i strategije dobivanja na težini što je u skladu s rezultatima dosadašnjih istraživanja (23,30).

Što su nezadovoljnije svojim tijelom, kao i svim ispitanim aspektima svog tjelesnog izgleda, djevojke su sklonije primjeni strategija mršavljenja i učvršćivanja mišića, a manje strategijama dobivanja na težini. Suprotno tome, ni jedan od aspekata zadovoljstva tijelom kod djevojaka nije povezan s primjenom strategija povećanja mišića. Ovakvi nalazi ne iznenađuju s obzirom da idealan izgled ženskog tijela, koji se nameće djevojkama, ne uključuje veličinu njihovih mišića već mršavost i čvrstoću tijela, no neobično je da čak 24 % djevojaka na našem uzorku izražava nezadovoljstvo veličinom svojih mišića. Nadalje, indeks tjelesne mase je kod djevojaka nisko do umjereno negativno povezan sa svim aspektima zadovoljstva tijelom, osim sa zadovoljstvom visinom. Dakle, djevojke su, što imaju niži indeks tjelesne mase, općenito zadovoljnije svojim tijelom: tjelesnom težinom, oblikom tijela te čvrstoćom i veličinom mišića, rjeđe primjenjujući strategije mršavljenja i učvršćivanja mišića. Ovaj je nalaz sukladan rezultatima istraživanja prema kojima su svojim tijelom najzadovoljnije djevojke nižeg indeksa tjelesne mase (41-44). Za razliku od djevojaka, kod mladića je indeks tjelesne mase nisko pozitivno povezan samo sa zadovoljstvom čvrstoćom mišića: što imaju viši indeks tjelesne mase, mladići su zadovoljniji čvrstoćom svojih mišića, češće primjenjujući strategije mršavljenja i učvršćivanja mišića, a rjeđe strategije dobivanja na tjelesnoj težini. Potporu ovim rezultatima možemo pronaći u nalazima drugih istraživanja prema kojima su mladići višeg indeksa tjelesne mase, kao i djevojke, skloniji strategijama redukcije tjelesne težine, a oni nižeg indeksa tjelesne mase, strategijama povećanja mišićavosti (23,33,34,45) koje ih mogu približiti idealnom izgledu mišićavog muškog tijela.

ZAKLJUČAK I ZAVRŠNA RAZMATRANJA

Rezultati ovog istraživanja pokazuju kako su djevojke u odnosu na mladiće, očekivano, nezadovoljnije svojim tijelom, međutim, iznenađujući je i zabrinjavajući nalaz kako pokazuju veće nezadovoljstvo čak i onim aspektima svog tjelesnog izgleda koje procjenjuju manje važnima od mladića, poput tjelesne visine te čvrstoće i veličine mišića. Ovaj nalaz može upućivati na izrazitu samokritičnost djevojaka u pogledu svih aspekata svog tjelesnog izgleda. Također, djevojke, iako imaju značajno niži indeks tjelesne mase od mladića (unatoč normalnoj tjelesnoj težini), češće primjenjuju strategije mršavljenja, a mladići, strategije dobivanja na tjelesnoj težini te povećanja čvrstoće i veličine mišića, a što je u skladu s razlikama u spolno uvjetovanim sociokulturalnim idealima tjelesnog izgleda.

Doprinos ovog istraživanja, osim na prikaz spolnih razlika u nezadovoljstvu različitim aspektima tjelesnog izgleda, odnosi se i na detaljniji uvid u spolne razlike u važnosti slike tijela – konceptu koji je u dosadašnjim istraživanjima rjeđe ispitan. Istraživanje također daje uvid u spolne razlike u čestini primjene različitih strategija promjene tjelesnog izgleda kojima su skloni ne samo djevojke već i mladići. Naime, strategije promjene tjelesnog izgleda u stranim su istraživanjima u posljednjih 15 do 20 godina razmjerno često ispitivane, no još je uvijek mali broj domaćih istraživanja koja su ih razmatrala, posebice strategije učvršćivanja i povećanja mišića.

U pogledu praktičnog doprinosa, dobivene spoznaje ovog istraživanja upućuju na važnost provedbe preventivnih aktivnosti i intervencijskih postupaka s ciljem pružanja pomoći te ublažavanja mnogobrojnih teškoća koje mogu nastati zbog izrazite zaokupljenosti tjelesnim izgledom i nezadovoljstva tijelom te primjene štetnih strategija promjene tjelesnog izgleda.

da (46). U takve se strategije ubrajaju stroge restriktivne dijetе (koje uključuju ekstremno izgladnjivanje), preskakanje obroka, uzimanje tableta za mršavljenje, kompenzacijske strategije nakon unosa hrane - uzimanje laksativa i/ili diuretika te povraćanje, pretjerana tjelesna aktivnost, kao i uzimanje steroida radi izgradnje mišićne mase (29). Primjena takvih strategija promjene tjelesnog izgleda posljedično može dovesti do poremećaja hranjenja zastupljenijih kod djevojaka te mišićne dismorfije za čiji su razvoj rizičniji mladići (47). Stroge dijetе mogu biti povezane i s drugim problemima tjelesnog i mentalnog zdravlja, poput depresivnosti, anksioznosti te metaboličkih i endokrinoloških poremećaja (48,49), a uzimanje steroida povezuje se s vrlo ozbiljnim zdravstvenim problemima poput hipertenzije, ateroskleroze, infarkta miokarda, moždanog udara, bolesti jetre, agresivnosti, promjena raspoloženja i depresivnosti (50). Nadalje, nezadovoljstvo tijelom kod mladića, iako manje izraženo nego kod djevojaka, često ostaje zanemareno ili neprepoznato, a može imati znatne negativne učinke na opće funkcioniranje kao i kod osoba ženskoga spola.

Potrebno je upozoriti i na neke metodološke nedostatke i ograničenja ovog istraživanja. Podatci o tjelesnoj visini i težini sudionika prikupljeni su na temelju samoiskaza zbog čega ne možemo u potpunosti biti sigurni u njihovu točnost. U budućim bi istraživanjima do ovih podataka bilo poželjno dolaziti primjenom

objektivnih metoda, odnosno vaganjem i mjerenjem tjelesne visine sudionika što u ovom istraživanju, zbog prostornih uvjeta, nije bilo moguće. Također, jedan od metodoloških nedostataka istraživanja je i korištenje mjera koje se sastoje od samo jedne čestice. Takve mjere korištene su za procjenu zadovoljstva i važnosti tjelesnom težinom, visinom, čvrstoćom i veličinom mišića te oblikom tijela. Nadalje, kako bi se dobio uvid u dobne razlike u nezadovoljstvu tijelom, važnosti slike tijela i čestini primjene strategija promjene tjelesnog izgleda, bila bi poželjna provedba transverzalnog istraživanja te podatke, osim na učenicama i učenicima završnih razreda srednje škole koji se nalaze razdoblju kasne adolescencije, prikupiti i na učenicama i učenicima viših razreda osnovne škole u razdoblju rane adolescencije. Radi utvrđivanja ne samo dobni razlika, već i razvojnih promjena, idealno bi bilo provesti mnogo zahtjevnije i dugotrajnije longitudinalno istraživanje. Naime, kako je već spomenuto, rezultati dosadašnjih istraživanja upućuju na povećanje nezadovoljstva tijelom kod djevojaka od rane do kasne adolescencije (3,5,16-18) te na smanjenje nezadovoljstva tijelom kod mladića u tom razdoblju (5,16,17,19). Uz navedeno, bila bi poželjna provedba kvalitativnog istraživanja primjenom polustrukturiranih intervjua ili fokusnih grupa radi dobivanja bogatijeg uvida u specifičnosti nezadovoljstva tijelom i njegovih posljedica kod djevojaka i mladića u adolescenciji.

1. Grogan S. Body image: understanding body dissatisfaction in men, women and children. 2. izd. New York: Routledge, 2008.
2. Sira N. Body image: Relationship to attachment, body mass index and dietary practices among college students. Blacksburg: Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University, 2003.
3. Gardner RM, Friedman BN, Stark K, Jackson NA. Body size estimation in children six through fourteen: A longitudinal study. *Perc Mot Skills* 1999; 88: 541-55.
4. Davison TE, McCabe MP. Adolescent Body Image and Psychosocial Functioning. *J Soc Psychol* 2006; 146: 15-30.
5. Levine MP, Smolak L. Body Image: Development in Adolescence. U: Cash TF, Pruzinsky T, ur. *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York: The Guilford Press, 2002, 74-82.
6. Ambrosi-Randić N. Razvoj poremećaja hranjenja. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2004.
7. Byely L, Archibald AB, Graber J, Brooks-Gunn J. A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *Int J Eat Disord* 2000; 28: 155-64.
8. Ferreira F, Seoane G, Senra C. Towards understanding the role of body dissatisfaction in the gender differences in depressive symptoms and disordered eating: A longitudinal study during adolescence. *J Adolesc* 2014; 37: 73-84.
9. Stice E, Bearman SK. Body-image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analyses. *Dev Psychol* 2001; 37: 597-607.
10. Wertheim EH, Koerner J, Paxton SJ. Longitudinal predictors of restrictive eating and bulimic tendencies in three different age groups of adolescent girls. *J Youth Adolesc* 2001; 30: 69-81.
11. Gondoli DM, Corning AF, Salafia EHB, Bucchianeri MM, Fitzsimmons EE. Heterosocial involvement, peer pressure for thinness, and body dissatisfaction among young adolescent girls. *Body Image* 2011; 8: 143-8.
12. Markey CN. Invited commentary: Why body image is important to adolescent development. *J Youth Adolesc* 2010; 39: 1387-91.
13. McKinley NM. Women and objectified body consciousness: Mothers' and daughters' body experience in cultural, developmental, and familial context. *Dev Psychol* 1999; 35: 760-9.
14. Forbes GB, Adam-Curtis L, Jobe RL i sur. Body Dissatisfaction in College Women and Their Mothers: Cohort Effects, Developmental Effects, and the Influences of Body Size, Sexism, and the Thin Body Ideal. *Sex Roles* 2005; 53: 281-98.
15. Murnen SK, Smolak L, Mills JA, Good L. Thin, sexy women and strong, muscular men: Grade-school children's responses to objectified images of women and men. *Sex Roles* 2003; 49: 427-37.
16. Fortes LS, Conti MA, Almeida SS, Ferreira MEC. Body dissatisfaction in adolescents: a longitudinal study. *Rev Psiq Clin* 2013; 40: 167-71.
17. Jones DC. Body Image among Adolescent Girls and Boys: A Longitudinal Study. *Dev Psychol* 2004; 40: 823-35.
18. Pokrajac-Bulian A, Mohorić T, Đurović D. Odstupajuće navike hranjenja, nezadovoljstvo tijelom i učestalost provođenja dijete kod hrvatskih srednjoškolaca. *Psihologijske teme* 2007; 16: 27-46.
19. Bearman SK, Presnell K, Martinez E, Stice E. The Skinny on Body Dissatisfaction: A Longitudinal Study of Adolescent Girls and Boys. *J Youth Adolesc* 2006; 35: 217-29.
20. Gladović B. Nezadovoljstvo vlastitim tjelesnim izgledom kod studenata i studentica. Diplomski rad. Rijeka: Filozofski fakultet, 1999.
21. Furnham A, Calnan A. Eating Disturbance, Self-Esteem, Reasons for Exercising and Body Weight Dissatisfaction in Adolescent Males. *Eur Eat Disord Rev* 1998; 6: 58-72.
22. Markey CN, Markey PM. Body Image. U: Levesque RJ, ur. *Encyclopedia of Adolescence*. New York: Springer, 2011, 310-20.
23. McCabe MP, Ricciardelli LA. Parent, peer, and media influences on body image and strategies to both increase and decrease body size among adolescent boys and girls. *Adolescence* 2001; 36: 225-40.
24. Smolak L, Levine MP, Thompson JK. The use of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire with middle school boys and girls. *Int J Eat Disord* 2001; 29: 216-23.
25. Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, Perry CL, Irving LM. Weight-related concerns and behaviors among overweight and nonoverweight adolescents: Implications for preventing weight-related disorders. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156: 171-8.
26. Ricciardelli LA, McCabe MP. Psychometric evaluation of the Body Change Inventory: An assessment instrument for adolescent boys and girls. *Eat Behav* 2002; 2: 1-15.
27. Jones DC, Crawford JK. The peer appearance culture during adolescence: Gender and body mass variations. *J Youth Adolesc* 2006; 32: 257-69.
28. Tiggemann M. Sociocultural perspectives on human appearance and body image. U: Cash TF, Smolak L, ur. *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. New York: The Guilford Press, 2011, 12-19.
29. McCabe MP, Ricciardelli LA. A longitudinal study of pubertal timing and extreme body change behaviors among adolescent boys and girls. *Adolescence* 2004; 39:145-66.
30. McCreary DR, Sasse DK. An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *J Am Coll Health* 2000; 48: 297-304.
31. Pelegrini A, Petroski E. The association between body dissatisfaction and nutritional status in adolescents. *Hum Mov* 2010; 11: 51-7.
32. Labre MP. Adolescent boys and the muscular male body ideal. *J Adolesc Health* 2002; 30: 233-42.
33. Jones DC, Vigfusdottir TH, Lee Y. Body image and the appearance culture among adolescent girls and boys: An examination of friend conversations, peer criticism, appearance magazines, and the internalization of appearance ideals. *J Adolesc Res* 2004; 19: 323-39.
34. Ricciardelli LA, McCabe MP, Lillis J, Thomas K. A longitudinal Investigation of the Development of Weight and Muscle Concerns Among Preadolescent Boys. *J Youth Adolesc* 2006; 2: 177-87.
35. McCabe MP, Ricciardelli LA. Body image and strategies to lose weight and increase muscle among boys and girls. *Health Psychol* 2003; 22: 39-46.

36. Aron A, Aron EN. Statistics for Psychology. New Jersey: Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1994.
37. Cheng YH., Landale NS. Adolescent overweight, social relationships and the transition to first sex: Gender and racial variations. *Perspect Sex Reprod Health* 2011; 43: 6-15.
38. Jureša V, Kujundžić Tiljak M, Musil V. Hrvatske referentne vrijednosti antropometrijskih mjera školske djece i mladih tjelesna visina, tjelesna masa, indeks tjelesne mase, opseg struka, opseg bokova . Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, 2011.
39. Jureša V, Musil V, Kujundžić Tiljak M. Growth Charts for Croatian School Children and Secular Trends in Past Twenty Years. *Coll Antropol* 2012; 36: 47-57.
40. Kukić M. Pretilost adolescenata – rizični i zaštitni čimbenici. Doktorska disertacija. Zagreb: Filozofski fakultet, 2012.
41. Lawler M, Nixon E. Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: the effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *J Youth Adolesc* 2011; 40: 59-71.
42. Calzo JP, Sonnevile KR, Haines J, Blood EA, Field AE, Austin SB. The development of associations among body mass index, body dissatisfaction, and weight and shape concern in adolescent boys and girls. *J Adolesc Health* 2012; 51: 517-23.
43. Mäkinen M, Puukko-Viertomies LR, Lindberg N, Siimes MA, Aalberg V. Body dissatisfaction and body mass in girls and boys transitioning from early to mid-adolescence: additional role of self-esteem and eating habits. *BMC psychiatry* 2012; 12: 35.
44. Pokrajac-Bulian A, Stubbs L, Ambrosi-Randić N. Različiti aspekti slike tijela i navike hranjenja u adolescenciji. *Psihologijske teme* 2004; 13: 91-104.
45. Ricciardelli LA, McCabe MP, Holt KE, Finemore J. A biopsychosocial model for understanding body image and body change strategies among children. *Appl Dev Psychol* 2003; 24: 475-95.
46. Buccianeri MM, Arikian AJ, Hannan PJ, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Body Image* 2013; 10: 1-7.
47. Vižintin M, Barić R. Ovisnost o vježbanju – spolne razlike. *Hrvatski športskomedicinski vjesnik* 2014; 28: 71-80.
48. Crow S, Eisenberg ME, Story M, Neumark-Sztainer D. Psychosocial and behavioral correlates of dieting among overweight and non-overweight adolescents. *J Adolesc Health* 2006; 38: 569-74.
49. Gutin B. Diet vs. exercise for the prevention of pediatric obesity: The role of exercise. *Int J Obes* 2011; 35: 29-32.
50. Cafri G, Thompson JK, Ricciardelli L, McCabe M, Smolak L, Yesalis C. Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clin Psychol Rev* 2005; 25: 215-39.

Psihoanalitička psihoterapija i grupna analitička psihoterapija u svakodnevnoj kliničkoj praksi

/ Psychoanalytic psychotherapy and group analytic psychotherapy in everyday clinical practice

Marija Šarić, Vesna Grgić, Marina Bolanča Erak, Zrinka Verzotti, Branka Begovac

Klinika za psihološku medicinu, Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

/ University Hospital Center Zagreb, Department of Psychologic Medicine, Zagreb, Croatia

U radu su prikazane osnovne teorijske postavke i terapijski principi psihoanalitičke psihoterapije i grupne analize (grupne analitičke psihoterapije) koji su proizašli iz psihoanalize. Cilj nam je bio naglasiti vrlo dobru primjenjivost tih psihoterapijskih tehnika u svakodnevnoj kliničkoj praksi uz neophodni uvjet educiranosti psihoterapeuta. Spremnost i motiviranost pacijenata za otvaranje bolnih i intimnih sadržaja i istraživanje nesvjesnih konflikata, te istodobna sposobnost terapeuta da taj materijal upotrijebi u terapijskom procesu mogu dovesti ne samo do redukcije simptoma već i do dubinskih i trajnih promjena osobnosti i poboljšanja ukupne kvalitete života naših pacijenata. Rad je potkrijepljen brojnim vinjetama nastalima tijekom psihoterapijskog rada u kliničkim uvjetima.

/ This article describes basic theoretic concepts and therapeutic principles of psychoanalytic psychotherapy and group analysis (group analytic psychotherapy) derived from psychoanalysis. Our goal was to emphasize the very good applicability of these psychotherapeutic techniques in clinical practice. A necessary prerequisite is the psychodynamic education of psychotherapists. The willingness and motivation of the patients to open painful and intimate contents of their minds as well as to explore unconscious conflicts, and the concurrent ability of the therapist to use that material in the therapeutic process may lead not only to the symptoms reduction, but also to lasting personality changes and improvement of the overall quality of life. The review is supported by a number of vignettes created during everyday psychotherapeutic practice in a clinical setting.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Dr. sc. Marija Šarić, dr. med.
Klinika za psihološku medicinu
KBC Zagreb
Kišpatićeva 12
10 000 Zagreb, Hrvatska
Tel: 01/ 2376449
E-pošta: marija.saric@kbc-zagreb.hr

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

psihoanalitička psihoterapija / *psychoanalytical psychotherapy*
grupna analitička psihoterapija / *group analytic psychotherapy*
grupna analiza / *group analysis*

PSIHOANALITIČKA PSIHOTERAPIJA

Psihoanalitička psihoterapija je metoda liječenja mentalnih poremećaja zasnovana na uspostavljanju specifičnog odnosa između pacijenta i psihoterapeuta u posebnim okolnostima ili psihoterapijskoj situaciji (1,2). Pacijent je u terapijskom odnosu partner, a ne samo pasivni objekt liječenja; uzima se u obzir njegovo objektivno i subjektivno (1). Unutrašnja psihička realnost se može spoznati samo putem susreta s drugom psihičkom realnosti, te terapijski odnos zapravo predstavlja odnos dva subjekta (3,4). Terapeut slijedi jedinstvenu subjektivnu istinu pacijenta, odnosno teži prepoznavanju i uvažavanju pravog selfa (2). To uključuje otklanjanje maske samozavaravanja, otkrivanje i suočavanje pacijenta s vlastitim aspektima koje doživljava sramotnim i bolnim (2). Suvremena psihoanalitička psihoterapija je plod više od stogodišnjeg procesa revizije i usavršavanja (1). Terapija posjeduje definirana pravila i zakonitosti, metodologiju i tehniku primjene. Brojne modifikacije klasične tehnike omogućile su njezinu primjenu izvan indikacija za klasičnu psihoanalizu kod skupina bolesnika s teškom psihopatologijom (5,6).

Cilj psihoanalitičke psihoterapije nije samo otklanjanje ili ublažavanje psihičkih simptoma već teži dubljim i obuhvatnijim promjenama intrapsihičkih procesa i ličnosti što ima dugotrajni učinak na kvalitetu života i prevenciju relapsa bolesti (2,7). Zbog toga je psihodinamski pristup jedinstven i ima specifičnu važnost u struci. U terapiji očekujemo razrješavanje nesvjesnih konflikata i stjecanje uvida, porast osjećaja vlastite kompetencije, učvršćivanje osjećaja identiteta i autentičnosti, uspostavljanje realnog samopoštovanja, poboljšanje sposobnosti prepoznavanja, razumijevanja

i nošenja s osjećajima, pojačanje ego snaga i kohezije selfa. Na završetku uspješne psihoanalitičke psihoterapije povećana je sposobnost osobe da voli, radi i odgovarajuće ovisi o drugima, život se doživljava s više zadovoljstva i vedrine. Obično nastupa i veća otpornost na stres i bolje tjelesno zdravlje (7). Pacijent postaje spremniji za ispunjen život u stvarnosti umjesto u fantaziji (2).

Temeljni principi

Psihoanalitička psihoterapija se zasniva na određenim temeljnim principima koji je izdvajaju od drugih (neanalitičkih) psiholoških pristupa u razumijevanju psihičkih poremećaja. Navest ćemo neke od njih: nesvjesno mentalno funkcioniranje, psihički determinizam, razvojna perspektiva, otpor, obrane, transfer, kontratransfer (1,2).

Nesvjesno i psihički determinizam

Težište na nesvjesnom, kao mjestu urođenih agresivnih i seksualnih nagona i potisnutih sjećanja i želja, je u samome središtu psihoanalitičke psihoterapije (2). Nesvjesni procesi ne slijede logiku, uzročno posljedične povezanosti, vremenske i prostorne zakonitosti. Uvelike oblikuju simptome, ponašanje, stavove, osjećaje i misli ljudi. Može se reći da su sve odluke i izbori izravno ili neizravno pod utjecajem nesvjesnih dinamskih motiva. Značenje ovog pristupa se potvrđuje novim neuroznanstvenim spoznajama koje pokazuju da je veći dio psihološkog funkcioniranja nesvjestan. O pacijentovom nesvjesnom saznajemo pretežito putem slobodnih asocijacija, snova i transfera. Dobar dio psihoanalitičkog djelovanja se odnosi na prevođenje nesvjesnih fantazija u svjesne misli (4).

Vinjeta 1 - terapeut M. Bolanča - početna faza psihoanalitičke psihoterapije, prikaz sna

M. 25 g., studentica posljednje godine studija, dolazi zbog paničnih napada koji se javljaju posljednjih mjeseci, te sniženog raspoloženja i bezvoljnosti. Na šestoj seansi M. opisuje san:

„Hodam nekim gradom, za ruku držim bivšeg dečka. Ne izgleda kao on, ali ja znam da je to on. Već dugo nismo zajedno, ne znam zašto sam ga sanjala, prekid s njim me nije pogodio. Bio je uvijek negdje drugdje, negdje drugdje mu je uvijek bilo bolje, uvijek je pokušavao biti na puno mjesta odjednom, to me je frustriralo. Bio je dobar i zabavan, ali... I u snu znam da on više nije moj dečko i čudim se zašto ga držim za ruku. Hodamo gradom i ja se žurim i vučem ga i on se smiješi i pokušava držati korak, ali se čudi. Kao da iz običnog grada ulazimo u lunapark... nije lunapark, kao dvorac, to je i dalje grad ali je sad šaren i veseo, nekako slastičarski i plastičan, sa šarenim žaruljama i muzikom, crveno-bijelim stupovima i dugačkim, žutim toboganima koji se spuštaju s visine. Niz jedan od tobogana spušta se moja prijateljica Jana, cikće od sreće i smije se, svi se smijemo... Janu nisam vidjela dugo, otkad je našla dečka... Ona je takva... Hodamo svi troje dalje i dvorac postaje kamen i siv, puno je sivih stepenica, i one se miču i preklapaju, nekako kao one u Harryu Potteru, znate? Nikad ne znaš gdje ćeš završiti, ali sigurno nećeš tamo gdje si krenuo. I one se miču i mi završimo malo zajedno, a malo odvojeno na tim stepenicama i penjemo se i gledamo i mašemo si... I više se ne smijem... ali hodam dalje... sve nestaje i onda se budim.“

M. svoj san razumijeva kao prikaz svojeg života i promjena kroz koje prolazi, no i sama ga tumači kao ambivalenciju prema psihoterapijskom procesu u koji ulazi s velikom motivacijom i nadom, no istovremeno i sa strepnjom i strahom.

Razvojna perspektiva

Psihoanalitička psihoterapija je uzročni oblik liječenja jer uzima u obzir podrijetlo psihičkih smetnji. Etiologija i patogeneza psihičkih poremećaja često su povezani s događajima iz djetinjstva i ranim iskustvima, što je klinička praksa nedvosmisleno potvrdila. Rana iskustva selfa s drugima, zajedno s pratećim afektivnim stanjima, su internalizirana i stvaraju reprezentacije interpersonalnih interakcija (1,2). Internalizirane relacije selfa i objekta nisu replika stvarnih iskustava u djetinjstvu već su transformirane pod utjecajem unutarnjih afektivnih stanja, nagona i nesvjesnih fantazija djeteta. Takve unutarnje objektne relacije se ponavljaju u životu i terapiji, a aktualne poteškoće obično potječu iz problema u odnosima koje su imali u djetinjstvu (2).

O transferu i kontratransferu

Transfer označava ponavljanje dječje psihičke stvarnosti u sadašnjoj situaciji odnosa s terapeutom. Upravo je terapijsko korištenje

transfera ono što je specifično za analitičke naspram neanalitičkih terapija. Prema Freudovim konceptima doživljavanje terapeuta prijenosom infantilnih roditeljskih imaga odražava edipsku razinu (8). Kasnijim razvojem psihoanalitičke teorije, posebice koncepta Melanie Klein (9), prošireno je shvaćanje transfera uz pomak prema ranim fazama objektnog razvoja (2,8). Prema konceptu projektivne identifikacije dijelovi unutarnje realnosti se projiciraju na terapeuta i pacijent se odnosi kao da je to istinito, istodobno čineći nesvjesni pritisak na terapeuta da se osjeća i ponaša u skladu s projiciranim sadržajem (2,4). U terapijskom odnosu, kao i u ranom odnosu majka-dijete, projektivnom identifikacijom se pretežito komuniciraju arhajska i nesimbolizirana iskustva. Regresivni pacijenti s težim poremećajem ličnosti i psihotični projektivnu identifikaciju koriste kao dominantan kanal prenošenja svojih zastrašujućih emocionalnih stanja s obezvrjeđujućom, idealizirajućom, agresivnom, seksualnom te persekutornom komponentom (4,10). U kohutovskoj self-psihologiji opisani su

self-objektni transferi (idealizirajući, zrcaleći, blizanački), u kojima terapeut ispunjava one funkcije za narcističnog pacijenta koje on sam ne može (2,11).

Kontratransfer označava ukupni emocionalni doživljaj terapeuta u odnosu na pacijenta (2). Kontratransfer je i reakcija na projektnu identifikaciju pacijenta, te može biti ključ za razumijevanje nesvjesnih procesa i objektnih odnosa aktiviranih u transferu. Ono što se ranije smatralo smetnjom terapiji danas se shvaća kao sama srž procesa, a uključuje intenzivna transferno-kontratransferna zbivanja (2). Sposobnost sadržavanja projiciranog sadržaja, koji sada terapeut doživljava, osjeća, sanjari i misli o njemu, odnosno empatizira s onim što pacijent ne može tolerirati u sebi, omogućuje pacijentu da reintroicira, sada u podnošljivijem obliku, ranije projicirane, odcijepljene aspekte reprezentacije selfa ili objekta (2,4,10).

Otpori i obrane

Pacijent je uvijek ambivalentan oko promjene. Iako može osjećati snažnu patnju tijekom života se vezao za svoj način nošenja sa životom. Ulazak u terapiju prijeti takvom ekvilibriju, pa se pacijent nesvjesno opire uvidu i promjeni. Promjena može biti zastrašujuća za osobe koje su zarobljene u specifičnom obrascu osjećaja, misli, ponašanja i odnosa (2,12). Karakteristične obrane pacijenta aktiviraju se u terapiji oblikujući otpor. Otpor može imati niz oblika kao što su šutnja, pričanje o površnim temama, skrivanje tajni, kašnjenje, izostajanje i sl. Jedan od najčešćih otpora je izbjegavanje kontinuiteta od jedne do druge seanse, kao da je svaka seansa novi početak. Mehanizmi obrane brane osvještavanje nesvjesnih seksualnih i agresivnih želja, štite samopoštovanje u susretu sa sramom i narcističkom povredom, osiguravaju osjećaj sigurnosti u situaciji ugroženosti napuštanjem i sl. (2). Obrambeni mehanizmi ne brane samo od afekata ili neprihvatljivih ideja, oni također mijenjaju odnos između se-

lfa i objekta. Specifične obrane su vezane uz određene tipove osobnosti ili u nekim slučajevima poremećaje osobnosti. Mehanizmi obrane se promatraju hijerarhijski od najprimitivnijih do zrelijih. Primitivne obrane, kao što su rascijep, projektna identifikacija, negacija i druge su obično povezane s granično organiziranim osobnostima npr. u graničnom, narcističnom ili shizoidnom poremećaju (2,7,12).

Indikacija i vrste psihoanalitičke psihoterapije

Indikacijsko područje za psihoanalitičku psihoterapiju obuhvaća psihičke poremećaje nastale na osnovi intrapsihičkog konflikta ili razvojnih deficita. To su poglavito sve vrste psihoneuroza (anksiozni, depresivni poremećaji), narcistični i granični poremećaji ličnosti i psihosomatski poremećaji.

Psihoanalitički proces uvijek započinje psihodinamskom evaluacijom, tijekom koje procjenjujemo može li se ovim pristupom pomoći kod specifične simptomatike, te ima li pacijent psihologijske osobine potrebne za ovu vrstu terapije. Pri tome je esencijalna procjena razine organizacije ličnosti što ima važne implikacije na odabir modaliteta psihoanalitičke psihoterapije (7). Psihodinamske psihoterapije obuhvaćaju terapije koje djeluju na suportivno-interpretativnom kontinuumu psihoterapijskih intervencija od savjeta i afirmacije, ohrabivanja na elaboraciju, prema klarifikaciji, konfrontaciji i konačno interpretaciji (13). Ekspresivnije intervencije povećavaju svjesnost pacijenta o ponavljajućim nesvjesnim konfliktima koji održavaju njihov problem sa svrhom uvida i prorade (2,13). Suportivne intervencije jačaju sposobnosti koje pacijent trenutno ne posjeduje zbog akutnog stresa ili ih nije ni razvio tijekom života. Kod neurotsko organiziranih osoba generalno je indiciran ekspresivniji pristup, dok se kod granično organiziranih osoba primjenjuje više suportivna terapija uz psiho-

edukacijske intervencije kako bi se pospješile reflektivne sposobnosti, premostili deficiti u pacijentovu egu i pomogli pacijentu da započne integraciju kontradiktornih aspekata selfa i objekata (2,6,7,12). Suportivne psihoterapije se koriste kod ozbiljne psihopatologije i kada postoje kontraindikacije za eksplorativnu psihoterapiju kao što su izražena fragilnost, nefleksibilnost i rigidne obrane. Suportivan pristup je neophodan kod pacijenata koji su usred teške krizne situacije, imaju slabu toleranciju frustracija, konkretnost u mišljenju, nisku inteligenciju, slabu sposobnost opservacije selfa, poteškoće stvaranja povjerenja (2,6,12).

Također se prilikom početne psihodinamske procjene promatra motivacija pacijenta za vlastito razumijevanje, patnju koju trpi, mogućnost tolerancije frustracija, sposobnost za

psihologijsko razumijevanje, kapacitet za mišljenje u metaforama i drugo. Uzima se u obzir i vanjski realitet (2,7).

Osim dugotrajne psihoanalitičke psihoterapije, provode se i kratkotrajne psihodinamske terapije koje su generalno indicirane za osobe na zrelijem (neurotskom) razvojnem spektru. Psihičke smetnje se kod njih obično pojavljuju nakon važnijeg životnog događaja, a problem je akutan i zaokružen. Mogu biti fokalne s unaprijed dogovorenim trajanjem, odnosno brojem seansi i bez takvog dogovora, no uvijek traju do 6 mjeseci odnosno 24 seanse (14). Psihoterapijski rad se usmjerava na konflikt neurotskog simptoma, a terapeut je u takvim terapijama mnogo aktivniji i direktivniji nego u drugim terapijama. Kratkotrajne psihoterapije nisu pogodne za pervazivne karakterološke smetnje.

Vinjeta 2 - terapeut M. Šarić - kratkotrajna fokalna psihoanalitička psihoterapija

Mijo je u kasnim 50-im godinama, visokobrazovan, zaposlen, razveden unatrag godinu i pol dana, otac dvoje odrasle djece, prvi puta dolazi psihijatru. Javlja da je zadnjih tjedana često tužan uz jaki osjećaj krivnje, te ambivalentan oko prekida nove (traje nekoliko mjeseci) emocionalne veze s kojom je sve više nezadovoljan. Na početku opisuje ljubavne osjećaje, no iznosi da je ubrzo partnerica počela s ispadima bijesa i ljutnje, te kako je isključivo usmjerena na sebe. Mijo prepoznaje partneričine osobine, ne želi biti u takvom odnosu, no ipak ga ne završava. Preispituje svoj život, te odnos sa ženama. Izvan toga dobro funkcionira, ima nekoliko bliskih prijatelja, zadovoljan je svojim poslom u kojem pomaže mladim ljudima, te ima razne aktivnosti i interese koji ga ispunjavaju. U odnosu s terapeutom je pažljiv, otvoren, zainteresiran, pokazuje dobar kapacitet za psihološko. Nakon početne psihodinamske evaluacije dogovoreno je deset seansi u kojima se ponajprije prorađivao odnos s novom partnericom, što je povezivano s ranijim odnosima sa suprugom i s majkom, kao i separacijska proživljavanja. Mijo je sklon supresiji agresije uz korištenje reaktivne formacije i samookrivljavanja čime je ponavljano konfrontiran. Prorađivalo se žalovanje za gubitkom te veze, žalovanje zbog razvoda i tuga zbog puno godina braka tijekom kojih nije osjećao povezanost i ljubav. Nakon završetka terapije stekao je bolje razumijevanje dinamike odnosa između sebe i važnih žena u svome životu, te iako je okončao vezu, osjećao se optimističnije oko budućnosti.

Psihoanalitička psihoterapija u kliničkoj praksi

Psihoanalitička psihoterapija je terapijski proces koji provodi psihoterapeut koji razumije i stavlja naglasak na dinamsko nesvjesno, transfer, kontratransfer, otpore i mehanizme

obrane, te je u mogućnosti održati *setting* (1). Važnost *settinga* nije samo tehničke prirode već ima važan terapijski utjecaj (1,2). Odnosi se na redovitost i kontinuiranost seansi, 1-3 puta tjedno, u trajanju 45-50 minuta i naknadne prorađivanja seanse 10-15 minuta. Psihoterapija se odvija uvijek u istom prostoru, pri čemu terapeut i

pacijent sjede „licem u lice.“ I pacijent i terapeut u psihoterapijskom procesu imaju niz obveza i zahtjeva. Pacijent redovito dolazi i slobodno asocira. Psihoanalitički terapeut je iz sata u sat izložen nesvjesnom pacijenta, često je izložen arhajskom silovitom sadržaju, bude se brojni strahovi i druge neugodne emocije, te terapeut mora posjedovati određene sposobnosti: slobodu i protočnost u vlastitim nesvjesnim procesima kako bi mogao biti u kontaktu s nesvjesnim kod pacijenta, spremnost i zrelost da u vlastitom životu i terapiji prihvati različite osjećaje: strah, krivnju, agresivnost, tugu i ljubav, da u obradi psihološkog materijala daje prednost emocionalnom, a ne intelektualnom i slično (1). S obzirom na trajanje seanse i zahtjevnost rada, broj psihoterapijskih seansi koje terapeut može obaviti je ograničen na šest do sedam na dan.

Razvoj psihoanalitičke psihoterapije u Hrvatskoj započeo je u okviru Neuropsihijatrijske klinike KBC-a Zagreb, a od 1969. g. nastavljen je u tadašnjem Centru za mentalno zdravlje, kasnije Klinici za psihološku medicinu (15). Psihoanalitička psihoterapija zahtijeva dobro educiranog stručnjaka iz kliničke i dinamske psihijatrije, iskusnog i vještog psihoterapeuta. To su uglavnom psihijatri, najčešće uži specijalisti psihoterapije, koji su u tijeku ili su završili trening iz individualne psihoanalitičke psihoterapije ili psihoanalize. Radi se o strukturiranim sustavima edukacija koji traju više godina. Potreban je veliki emocionalni, intelektualni, vremenski i financijski angažman da bi psihijatar postao i ustrajao kao psihoanalitički psihoterapeut.

Vinjeta 3 - terapeut B. Begovac - naglasak na uočavanju ambivalentnog transfera i obrana/otpora

61. seansa, frekvencija seansi 2x tjedno po 45 minuta, pacijentica R (pod promijenjenim imenom Ronja) u 30-im godinama, apsolutno umjetničkog fakulteta;

Primjer seanse u kojoj se pacijentica suočava i priprema za ljetnu separaciju uz otvaranje i bolnih tema u obliku „prljavog veša“. Radi se o vrlo slikovitoj pacijentici s histeričnim crtama osobnosti koja se javila u terapiju zbog psihosomatskih problema. U seansi se prati fluktuacija od negativnog ka pozitivnom transferu, te brojne obrane koje pacijentica koristi. Pred kraj terapije učvršćuje se opetovano terapijski savez.

R spuštene, „ispeglane“ kose, dotjerana, u tirkizno plavoj majici koja na sebi ima puno natpisa koje povremeno tijekom terapije pokušavam odgonetnuti no slova su pisana...

R: Danas nisam dobro, imam glavobolju, vrtoglavicu, tlak ... loše mi je ... (zastaje) ... mama je završila u bolnici (mama boluje od teškog psihičkog poremećaja) ... potjerala je muža baki i on je vjerojatno zvao policiju ... to uvijek ide na taj način ... i laknulo mi je na neki način. U zadnje vrijeme mi je pričala gadosti, prljavi veš iz svog intimnog života, i djedovog ...odvratno (prljavi veš!!! – osjećaj da skriva neki vlastiti prljavi veš od početka seanse) ... Rekla mi je da je govorila tati da se uda za bilo koga samo ne za tu k ... (maćehu).. pa je dodala da eto ja maćehu volim i zovem mamom ... kad ja sama promislim ima nešto u tome da je maćeha dvostruka, često to mislim u posljednje vrijeme, ne bi me izdala kad joj se povjerim, ali inače samo gleda svoj interes, meni stalno govori požuruje me ... stalno mi govori kad ću više završiti ... a ja joj kažem da će to biti onda kad budem spremna položiti završni ispit (opaska: pacijentica je nešto nakon samovoljnog završetka terapije položila završni ispit!!!). Oni su sada na moru i ne čujemo se baš često (negativni transfer ... i ja ću „na more“ uskoro i ona će mi biti zadnja stvar na svijetu ...)

T: Mama je nepouzdana, bolesna. Maćeha je na moru misli samo na sebe, a tata ne mari. Kako se nosite s time?

R: Sama ...trudim se ne izlagati ... razumski znam da je mama bolesna ... (dalje iznosi sadržaj iz djetinjstva.)

T: Dvije mame.

R: Prava i kriva da tako kažem ... (dalje sadržaj o nepouzdanosti ...verbalizira ponovno o maminom prljavom vešu, da se osjeća nezaštićenom, nesigurnom, samom ... jako se trudi da ne otvara previše duboke sadržaje ...) ... A recite mi Vi ... dugo već pričam.

T: Pitam se malo, jer toliko pričate o nepouzdanosti, da li se, odnosno koliko se i ovdje osjećate tako nesigurno?! Koliko je ovaj prostor za Vas nepouzdan. Možda sam ja na neki način nepouzdana poput mame jer me neće biti.

R: Da, na žalost (*kao da se osvjestila*) ... imate problem s osobom koja nema potpuno povjerenja u ljude ... ne želim se otvarati previše ... onda ne mogu funkcionirati....

T: Kao da je malo opasno ... ali ovdje nam je poželjno pričati o prljavom vešu (*ovu sintagmu je i ranije znala koristiti, a danas ju je u svojem početnom monologu nekoliko puta ponovila*)... ako možemo.

R: (*zastala, zamislila se, nasmijala podozrivo*) Kada već tako kažete sanjala sam prošlu i pretprošlu noć ... ono pretprošle noći bi bilo nešto što bi moglo odgovarati prljavom vešu (*iznosi san*) ... bakin krevet, na krevetu ja i neki muškarac dlakavih prsiju koji me podsjeća na oca ... dlakava prsa su u meni uvijek pobuđivala sigurnost ... Ja sam jedno vrijeme okrenuta leđima od muškarca, a potom mu se okrećem i primjećujem da on u ruci ima visak ... po hakli (privjesku) kojom ga drži podsjeća na Vaše naušnice ... i crne je boje... i taj muškarac mi govori da se ne bojim da će mi viskom pomoći na neki apstraktni način ... (*zastaje*). Ne znam što je pjesnik htio reći ... zavirila sam malo u sanjaricu ...

T: Ne znate što je pjesnik htio reći, a što ste Vi pomislili?

R: Ne znam.

T: Naušnica je podsjetila na moju naušnicu.

R: Samo po tom privjesku ... i imao je dva ista ta nekakva viska ...

T: I ja imam obično dvije iste naušnice (*u zadnje vrijeme imala velike vrlo uočljive naušnice koje se vjerojatno ljuljaju kako se ja pomičem tijekom sjedenja u seansi...*) ... kao da situacija u snu može malo imati veze s terapijom ... važna baka... (*uočavam pozitivni transfer ali ga ne forsiram, vraćam na primarni objekt*)

R: Da, zanimljivo kako se nisam sjetila bake ... nju sam strašno voljela ... ona je znala spakirati stvari, to je bio cijeli pothvat, i doći k nama ... Rekla bi samo idem ja svojoj Ronji ... baka me je jako voljela ... (*polako izviruje i pozitivni transfer ... ja bih mogla zamijeniti baku, biti kao baka ... no problem je što ću „umrijeti“ kroz separaciju...*)

T: Nešto u seansi podsjeća na terapiju i kao da osjećate bakinu podršku, jer i osobe ako i umru mogu u našoj unutrašnjosti biti podrška i tada nikada nismo sami.

R: (*zastaje malo i na svoj tipičan način bježi u novi sadržaj*) (*krača šutnja*)

T: Došli ste s glavoboljom, vrtoglavicom, tlakom ...kako je sada?

R: Možda malo lakše..

T: Možda je malo lakše zato što ste iznijeli „prljavi veš“?!

R: Ali nekako mi se ne da.

T: Možda je malo opasno iznositi dublje sadržaje kad nam opet slijedi odvajanje ... i ja ću možda otići na more ... nisam pouzdana.

R: („nevinašće“- *manje ili više svjesno se pravi da nema pojma*) .. Da stvarno, kada je to točno? ... Mislim, piše mi u kalendaru ali nisam pogledala.

T: Od 13 .08. do kraja osmog mjeseca.

R: (*okreće se kalendaru koji visi iza nje na zidu, čudi se*) ... pa ja neću onda moći otići drugoj baki (*zastaje*)

T: Pa će opet biti sve po mom ... ili je to dio ranijeg dogovora?!

R: Koliko Vas onda to nema, tri tjedna? ... A dobro...treba mi malo duži period da mogu u kontinuitetu vježbati (*sjajna obrana – „zaboravila je“, odnosno potiskuje, racionalizira*) (*šutnja ... ne podnosi je ... vrpolti se*)

R: Nije ugodno kad vam se vrti ... možda bi Kafetin mogao pomoći .. ili Lupocet, možda su to migrene.

T: Ne znam. Htjeli bi da Vas savjetujem?

R: Pa da ... već kad o tome razgovaramo..

T: Razgovaramo o nečem sasvim drugom... o tome kako glavobolja može i popustiti i kad se iznese neki sadržaj ovdje u terapiji, a ja sam sigurna da ćete si Vi znati pomoći nekim analgetikom ako zatreba... (*kraj seanse*)

Na sljedeću seansu R dolazi obučena kako slijedi: *Odmah pri ulazu uočavam njezinu bijelu majicu ispod dugačke plave veste na preklap ... na bijeloj majici maleni crtež – štrik na kojem se suši veš . Ovo mi plijeni pažnju kroz cijelu seansu i navlači lagani osmijeh ... „čisti veš“ ... opet sjajna obrana odmah na početku seanse ... poruka meni „ne diraj me, sve sam oprala i donijela oprano na seansu!“... danas neće biti razgovora o „prljavom vešu“.*

GRUPNA ANALIZA (GRUPNA ANALITIČKA PSIHOTERAPIJA)

Uvod

Grupna analiza je proces koji pokreće prirodne snage za razvoj čovjeka na način kao što on sazrijeva u dinamici odnosa sa svojim prirodnim grupama. Zbog svojih socijalnih interakcija grupna analitička situacija je moćna terapijska sredina jer može na mnogo načina ponavljati situacije u kojima čovjek kao ljudsko biće nalazi osobne početke i izvore smetnji. Utemeljitelj grupne analize S. Foulkes

smatra da je proces komunikacije identičan s terapijskim procesom. Svaki član izražava sebe jezikom koji treba biti razumljiv drugim članovima, da bi se postupno razlozi/poteškoće zbog kojih su došli, odnosno njihovi simptomi otkrivali (16). „Slobodno-lebdećom diskusijom“, stvaranjem kohezije i koherencije unutar grupnog matriksa, u situaciji „ovdje i sada“, odvijaju se na svjesnoj i manje svjesnoj razini brojni grupni fenomeni (zrcaljenje, *feedback*, prevođenje, trening ega u akciji, lokacija, rezonancija, žrtveni jarac i dr.) s lječidbenim učinkom (16-18).

Vinjeta 4 - terapeut V. Grgić - zrcaljenje i *feedback*

(Četvrta godina rada grupe, prisutno je pet članova, jedna članica javlja da će zakasniti, tijekom seanse razgovara se o autoritetima, vinjeta je s kraja seanse).

Ivan: ... Ja sam neki dan nešto napravio što me uplašilo. Vidim da sve češće gubim kontrolu i burno reagiram. Potukao sam se. To već dugo nisam napravio. Bilo je to na utakmici, igrali smo i jedan igrač iz drugog tima je udario jednog klinca, s leđa mu je prišao, kukavica, i udario ga u vrat. Ja sam poletio prema njemu i počeo ga udarati nogama. Nisam razmišljao, samo sam na njega navalio. I onda sam pobjegao. Dobro sam ga izudarao.

Petar: I meni nekada dođe da to napravim, potpuno te razumijem.

Sanja: Meni je to strašno, grozno, tako se tući.

Mladen: Mislim da nisi dobro postupio, kužim da te sve to razljutilo, ali baš se tući, to nije OK.

Mia: Mene je sram, zbog toga što je Ivan napravio, kao da sam ja to napravila.

Terapeut: Kao da se Mia poistovjetila s Ivanom, a Ivan s tim dečkom na utakmici.

Ivan: Jako me pogodila vaša reakcija, vas troje. Jedino me Petar podržao, a vi ostali ne. Baš me to povrijedilo što ste me iskritizirali.... Pogotovo ti Sanja, ti si sebična, gledaš samo sebe, nikoga drugog ne razumiješ. Sada me kritiziraš što sam se potukao. Drago mi je da sam ga istukao, tko bi inače obranio tog klinca.

Terapeut: Ovdje svatko ima pravo na svoje mišljenje, a vjerojatno nas jako povrijedi ako nas ne razumiju osobe koje su nam važne, npr. ovdje u grupi.

Mia: Mene je bilo sram jer sam se i ja jednom potukla s dečkom.

Petar: Samo da ti kažem Ivane. To se isto meni dogodi s mamom. Tako se na nju ljutim ako me ne razumije, budem strašno ljut zbog toga. Ali se ne tučem.

Mia: Tebi se Ivane zbog toga i veza raspala, jer te povrijedilo to što te cura nije razumjela.

Ivan: Da, točno.

Terapeut: Evo, došli smo do kraja, vidimo se slijedeći četvrtak.

Komentar na seansu: Zrcaljenje, kao fenomen grupe, omogućava da vidimo i prepoznamo vlastite aspekte, koji su često potisnuti, u drugima (Mia se posramila prepoznavši svoj postupak u Ivanovom reagiranju na utakmici, kada je ljutnja prerasla u tučnjavu). Ovaj fenomen grupe doprinosi samospoznaji i boljem razumijevanju aspekata selfa svakog pojedinca u grupi (19).

Feedback (fenomen povratne veze) podrazumijeva odgovor jedne osobe ili grupe na ponašanje druge osobe, obuhvaća povratnu informaciju od drugih (Sanji i Mladenu je Ivanovo ponašanje neprihvatljivo, Petar nudi razumijevanje, a Mia osjeća sram). Putem *feedbacka* osobno iskustvo jednog člana grupe postaje dio grupnog iskustva, povezujući članove grupe (16).

Setting, indikacije i učinkovitost

Analitičke grupe su male grupe i imaju 6-9 članova, podjednako i po dobi i spolu, i educiranog voditelja/grupnog analitičara (engl. *conductor*). Frekvencija seansi je 1-2 puta tjedno s trajanjem seansi 90 minuta. Prema karakteru to su „grupe odškrinutih vrata“ („*slow open*“) odnosno postepeno s izlaskom jednog člana ulazi novi. Tako jedan terapeut (ili ev. kotera-pijski par) tijekom 90 minuta obuhvati kvalitetnim psihoterapijskim radom 6-9 pacijenata. Pri tome valja naglasiti da grupni rad zahtijeva veliki stupanj vještine, znanja i koncentriranosti tijekom terapijskih seansi zbog vrlo složene mreže transferno-kontratransfernih odnosa u grupnom matriksu (16-20).

U početnoj fazi, nakon početnog privikavanja na grupni *setting*, pacijent obično stječe osjećaj: „nisam sam“, „netko me razumije“. Potom postepeno transfernim odnosima na brojnim razinama ponovno proživljava rivalitetne odnose, osjeća ljubomore, agresije, čežnje za dijadom, prisnošću i blizinom prisutne od najranijih odnosa u primarnoj obitelji, preko odrastanja u vršnjačkim grupama, do odnosa u radnom okruženju i/ili novoj obitelji te tako vrlo postepeno reparira pojedina iskustva. Pacijent stječe spoznaju da su konflikti zajednički svima. Terapijskim procesom prevođenja omogućuje se prepoznavanje konflikta u simptomu odnosno postepeno sve bolje razumijevanje jezika simptoma, simbola i snova (18,21).

Vinjeta 5 - terapeut B. Begovac - primjena snova u grupi – grupni san

Sonja: Sanjala sam noć nakon posljednje grupe. Sanjam da jašem na konju koji je jako udoban, mekan, očito bez sedla ... toliko mekan da me to podsjeća na odnos sa kćeri ... Jašemo jedan za drugim, vodi nas voditelj za uzdu (*terapeut pita da li idu u krug, ona kaže možda*)... a iza konja je drugi voditelj koji nešto radi, ne znam što ... Zatim stižemo do kraja i nailazimo na poligon, dječji ali nije šaren ... na kraju konj hoće ogrlicu od prednjeg voditelja, zlatnu, ja se nečkam i voditelj mi je na kraju daje...

Terapeut: Kakve su bili osjećaji u snu?

Sonja: (*neodređeno*) ... ugodna.

Terapeut: A asocijacije?

Sonja: Na kćer... i na grupu... (*šturo*)

Rado: Konj bi mogao biti ova tvoja stolica u grupi ... poligon veza s kćeri, ali nije šaren (*šutnja*)

Terapeut: (*povezivanje s grupom ... otvaranje negativnog transfera*) Prošlu grupu ste tvrdoglavo navodili kako bi mijenjali grupu jer ovdje ne vidite smisla. Moja asocijacija je da je voditelj koji daruje zlatnu ogrlicu potencijalni novi voditelj, a onaj koji prtlja otraga da sam ja.

(*pojedini članovi grupe se smijulje ... Sonja neodređeno kima glavom...*)

Komentar: Grupa je u razvijenoj fazi rada. Pacijentica donosi san kojim izražava svoju ambivalentnost oko uspješnosti u radu grupe, posebno terapeuta. Terapeut otvara negativni transfer kroz povezivanje sadržaja sna sa grupnim sadržajem iz prošle seanse.

U grupnom radu podjednak je naglasak na intrapsihičkom i interpersonalnom. Osim terapeuta, blagotvorne intervencije daju sami pacijenti i te su intervencije znatno lakše prihvatljive za osobu na koju se odnose. Važan je postepen izlazak člana grupe odnosno planirani završetak koji član koji izlazi i cijela grupa prorađuju nekoliko mjeseci. Prosječno trajanje grupne psihoterapije je nekoliko godina, a u svrhu dugotrajnog učinka terapije (22).

Indikacije za grupnu analizu su: neurotska problematika, depresija i poremećaji osobnosti. Uz određene modifikacije ona se vrlo uspješno primjenjuje i za psihotične poremećaje u stanju relativne remisije. Kao kontraindikacija najčešće se u literaturi navode: akutna stanja (akutno psihotični, suicidalni, akutna reakcija na stres i dr), psihopatska struktura, izražena narcistična struktura, osobe krutih vjerskih i političkih stavova, oštećenja mozga i stanje ovisnosti. To su ujedno i kontraindikacije za većinu drugih psihoterapijskih tehnika. Poman izbor članova ključan je za funkcioniranje grupe u cjelini i grupni terapeut ulaže mnogo promišljanja pri izboru člana za grupu (12,16,17).

O učinkovitosti psihodinamskih tehnika dosta je pisano (23-25). Metaanalize provedene zadnjih desetak godina pokazale su da su pacijenti uključeni u psihodinamsku grupnu psihoterapiju, u odnosu prema kontrolnim grupama s lista čekanja, pokazali znatno smanjenje smetnji (posebno depresivne smetnje, anksiozni poremećaji, poremećaji hranjenja i poremećaji osobnosti). Mjera učinka (engl.

effect size) bila je u srednjim vrijednostima za psihotične i ostale poremećaje, a u višim vrijednostima za granične poremećaje osobnosti. Nedavna istraživanja u radu analitičkih grupa osoba s posttraumatskim stresnim poremećajem pokazala su također smanjenje simptoma, ali i promjene u setu obrambenih mehanizama i mehanizama za suočavanje (26-28).

Modifikacije analitičke grupe vezano uz potrebu kliničke prakse

Ostale varijante dinamski orijentiranih grupnih psihoterapija izrastaju iz potrebe kliničke prakse (grupna psihoterapija majki u žalovanju za vlastitom djecom (18,29-31), grupna psihoterapija psihoza (18), grupna psihoterapija žena generativne životne dobi s depresivnim i poremećajima osobnosti (32), grupna psihoterapija pacijenata koji boluju od PTSP-a (33,34) i nerijetko predstavljaju rad s traumom (35). Ovakve grupe ovisno o procjeni educiranog terapeuta modificiraju svoj *setting* vezano uz broj (i do 15 članova – tzv. srednja grupa), frekvenciju (npr. 2 puta mjesečno) i duljinu trajanja seanse (60 -75 ili pak 90 minuta). Grupe koje rade s traumom trebale bi biti koterapijski vođene i imati mogućnost redovitih supervizija zbog brojnih kontratransfernih problema koji iscrpljuju terapeuta. Uvjeti za koterapijski rad i superviziju su organizacijski otežani. Ovakve grupe zahtijevaju posebno iskustvo u grupnom radu u smislu adekvatne procjene (ne)-intereniranja.

Vinjeta 6 - terapeut B. Begovac – modificirana grupa – analitički orijentirana grupna psihoterapija majki u žalovanju za vlastitom umrlom djecom)

(vinjeta se odnosi na razvijenu fazu rada grupe i ilustrira određene karakteristike u razvoju grupne dinamike, odnosa i uloge pojedinih članova u grupi) (imena članica su izmišljena)

Ema: Užasno sam se osjećala ... taj strah da ne doživim ponovno gubitak, da ne izgubim nju (opisuje potencijalno opasnu situaciju). Nešto se pokvarilo u autu koji ide na plin kad je točno pred Božić planirala doći i terapeutu predstaviti svoju malenu kćer) ... I zatim sam sanjala .. sanjala sam o mojem sinu (sinu kojeg je izgubila u prometnoj nesreći) ... prošle noći. On mi je došao i pokazao mi svoje zubno meso, imao je neku

vrstu upale, naslage koje su zaudarale... I pitao je za pomoć... I ja sam uzela bibo-štap i počistila mu to ... I nakon toga je otišao i ja sam se probudila ...

Terapeut: Pomogli ste mu! (*Ema tiho plače*)

Fiona: (*to je njezina prva seansa*): Smijem li? ... Čujem ovu gospođu da je izgubila sina. Ja sam također izgubila sina ... Moj Miro (*Cecilija počinje uzdisati, Miro je ime i njezinog pokojnog sina*) ... Ja također sanjam o njemu, i moja kćer također ... Kako ide kupovati, kako ide na biciklistički turnir ... I njegov djed, moj otac, jer ja sam razvedena tako da su on i djed bili vrlo bliski, ga često sanja... I u njegovom snu moj sin uvijek njemu šalje poruke da je dobro tamo negdje ... Jednom je moj otac ispričao san u kojem mu Miro govori da nema potrebe za lampašem koji uvijek gori u našoj kući jer je on sada dobro...

Terapeut: Cecilija?

Cecilija: Ne mogu ništa ... kad čujem ime Miro ...

Terapeut: Sanjate li i vi o njemu?

Cecilija: Rijetko ... sanjala sam ga češće kad je bio bolestan (*tišina*)

Terapeut: Ovako kako danas razgovaramo, iako je bolno, pokazuje nam najbolje kako grupa funkcionira. Vidimo se međusobno jedni u drugima. Bolno je, ali možemo čuti nešto za sebe.

Edukacija iz grupne analize

Edukacija iz grupne analize obuhvaća: vlastito iskustvo (tijekom kojeg tijekom približno 3 godine edukant jednom ili dvaput tjedno radi na vlastitim konfliktima u analitičkoj grupi u kojoj osim edukanata, u sličnom omjeru, participiraju i pacijenti), teorijske seminare, grupnu superviziju (dvije supervizije) i pisanje završnog rada iz područja grupne analize. Nakon

završetka edukacije koja traje 4-5 godina stječe se naziv „grupni analitičar“. Iz navedenog opisa edukacije vidljivo je veliko vremensko, emocionalno i financijsko ulaganje analogno edukaciji iz psihoanalitičke psihoterapije. Analitičke grupe se na Klinikama za psihološku medicinu odvijaju uglavnom u popodnevnim/večernjim satima kako bi bile dostupne zaposlenim osobama (16,26).

Vinjeta 7 - terapeut B. Begovac - uspješan završetak grupe – internaliziranje grupe

213. seansa, članica D izlazi iz grupe (*T=terapeut, ostalo izmišljeni inicijali članova*)

Svi prisutni, posljednja seansa članice D. Sljedeći put jedna stolica manje. (Na početku se terapeutica zafrkava kako je D napokon sjela na drugu stranu daleko od vrata i pored nje, te terapeut u šali premješta malo stolicu k njoj. M, ženska članica, otvara priču iz prošle grupe napominjući da zna da D izlazi i da će joj dati prostor ... potom kraća šutnja)

T: Pa D nam je prošli puta rekla da neće držati govore pa danas drži svoje obećanje.

D: Tako nekako. Recite vi (*govori grupi*).

M odmah to prihvaća i rekapitulira da je s D u početku bila u sukobu, a da je onda puno od nje naučila. (Terapeut danas intenzivno prati M i misli si hoće li više probiti otpor i početi grupno raditi, misli u ovom trenutku i donekle s olakšanjem da je D ipak došla u centar pažnje i da neće otići iz grupe repetirajući osjećaj odbačenosti.) Nadovezuje se ženska članica N izjavom da joj je D jedna od rijetko dragih osoba i da će ju takvu toplu i dragu pamtiti. Ženska članica G nešto dobacuje i potom kreće na muško-ženske odnose... grupa prihvaća, razvija se mnogo libidnog, živog.

(Muški član H se pokušava bezuspješno ubaciti ... H je dugotrajni član grupe koji je u dobi od 11 godina na vrlo traumatski način izgubio majku)

H: *(tu ponovo duboko udahne i progovori)* ...Ne znam zašto imam tremu... Sanjao sam dva sna, a tako mi ih je teško ispričati... noćas sam ih sanjao.. Prvi kako je u snu, napokon umrla moja baka i kako mi je laknulo.... Sjećate se da sam često sanjao san u kojem je baka živa *(terapeutova pomisao kako je kompletirao žalovanje)*... te kako izviruju nekakve zmijske, no to se sve počistilo i trava se kosiMalo mi je to bilo nelagodno. Potom sam u drugom snu sanjao mamu živu To nikad do sada nisam... U polju i ja s devet godina, iz onog vremena dok je bila živa *(zastaje)* .. Posebno nešto....*(tišina)*

T: To ste sanjali noćas Da li ste još nešto pomislili ... možda vezali uz grupu....

H: Palo mi je na pamet kako sam ljetos napokon s curom bio na groblju...

(tišina)

T: Što su drugi pomislili?

M: Jako toplo, mekano...

D: Tako mi je drago da sam to čula *(šutnja)*

T: Poklon za D

N: Ja sam pomislila - opet jedan član koji izlazi

H: Da, to se i meni učinilo... ne mislim da će to biti odmah *(terapeutov jaki osjećaj njegovog napretka)*

T: Dva sna... noćas...Vrijedno je prisjetiti se da nam je H donosio često, kako je i sam napomenuo, san o živoj baki.... Otpustili ste je ... Odradili ste nešto u grupi... A isto tako, sanjajući noćas, otpuštate i D koja danas izlazi... I kao da vidite da nakon mukotrpnog pospremanja, zmija i košnje dolazi vrijeme kada ćete moći biti u polju... dalje raditi na sebi... uz sjećanje pohranjeno u sebi na živu mamu.... Lijepi san... u polju se obično radi grupno... dakle kada i ne bude stvarno grupe ona će ipak biti tu negdje u nama *(okrećem se D)* ... U tom smislu složila bih se sa N da san nagovještava H sazrijevanje ka izlasku *(mnogo topline u terapeutu i u grupi ... kod H dojam mira...)*

(duža šutnja, po dojmu terapeuta promišljajuća – potom ponovno kreće libidni, šaljivi, seksualno obojeni sadržaj)

T: Tu ćemo stati *(isteklo vrijeme, terapeut daje prostor D da donese bombone, čavrljaju, D bi sada držala govor... G odlazi na usavršavanje u inozemstvo što je ranije dogovoreno)*...

T: G neću pružati ruku jer se vidimo , a D, Vama želim sve dobro *(stisak ruke)*

(Prije seanse D terapeutu malo nespretno uručuje poklon, bombonijeru. Tek kasnije terapeut shvaća izbor jer bombonijera nosi naziv fantazija!)

Doživljaj mikrosocija (6-9 ljudi sjedi u krugu okrenuto licem u lice - društvo u malom) koji omogućava grupni *setting* optimalni je način psihodinamskog rada u aktualnim životnim okolnostima stresa i vrlo brzog načina življenja jer reducira osjećaj usamljenosti, nedostatka vlastite vrijednosti i nedostatka bliskosti. „Nositi grupu“ u vlastitom unutarnjem prostoru i nakon završetka terapije znači imati sigurno mjesto, mjesto prihvaćenosti i razumijevanja kojemu se pacijent u svakoj novoj stresnoj situaciji može vraćati (17,18,36,37).

ZAKLJUČAK

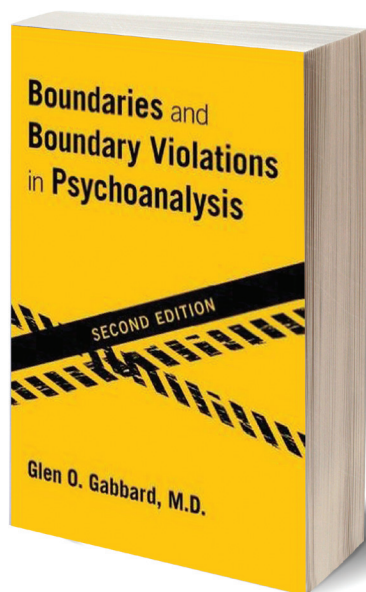
Psihoanalitička psihoterapija i grupna analitička psihoterapija se dugotrajno uspješno primjenjuju u Klinici za psihološku medicinu KBC-a Zagreb. Obje psihoterapijske tehnike zahtijevaju educiranog terapeuta koji je spreman učiti u odnose s pacijentom/ima u kojem, ako je proces uspješan, svi sudionici doživljavaju promjenu novim emocionalnim iskustvom. Potreban je veliki angažman i motiviranost, i psihoterapeuta i pacijenata, što u konačnici donosi trajni povoljan utjecaj na osobnost i ukupnu kvalitetu života naših pacijenata (38).

1. Erić Lj. Psihoterapija, 4. izd. Novi Sad: Psihopolis Institut, 2011.
2. Gabbard GO. Long-term Psychodynamic Psychotherapy: a Basic Text. 2. izd. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc., 2010.
3. Stolorow RD, Atwood GE. The Intersubjective Perspective. *Psychoanal Rev* 1996; 83: 181-94.
4. Zlopaša S. Subjektivnost u psihoanalizi i psihijatriji. *Engrami* 2015; 37: 63-74.
5. Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF, Levy KN. Transference Focused Psychotherapy: Overview and Update. *Int J Psychoanal* 2008; 89: 601-20.
6. Rockland LH. Supportive Therapy A Psychodynamic Approach Psychodynamic Supportive Psychotherapy. New York: Basic Book, 1989.
7. McWilliams N. Psychoanalytic Case Formulation. New York: The Guilford Press, 1999.
8. Brumen-Budanko Z. Novija istraživanja o prijenosu u psihoanalitičkoj psihoterapiji. U: Klain E, ur. Dometi psihoanalize i psihoanalitičkih psihoterapija u Hrvatskoj. Knjiga radova sa znanstvenog skupa, 2000.
9. Klein M. Notes on Some Schizoid Mechanisms. *Int J Psychoanal* 1946; 27: 99-110.
10. Ogden T. On Projective Identification. *Int J Psychoanal* 1979; 60: 357-73.
11. Kohut H. The Analysis of the Self. New York: International Universities Press, 1971.
12. Gabbard GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM-IV Edition, Washington DC: American Psychiatric Press, 1997.
13. Bilić V, Kezić S, Šarić M, Grah M. Konfrontacija regresivnog bolesnika u psihoanalitičkoj psihoterapiji. *Soc psihijat* 2006; 34: 148-53.
14. Moore BE, Fine BD. Psychoanalysis the Major Concepts. New Haven & London: Yale University Press, 1995.
15. Hrvatska psihoanalitička studijska grupa. Psihoanaliza u Hrvatskoj. Zagreb: Medicinska naklada, 2013.
16. Klain E i sur. Grupna analiza – analitička grupna psihoterapija. 2. izdanje, Zagreb: Medicinska naklada, 2008.
17. Brown D, Zinkin L. The Psyche and the Social World – Developments in Group-Analytic Theory. London and Philadelphia: Jassica Kingsley Publishers, 2008.
18. Begovac B, Begovac I. Grupna kohezija u grupnoj psihoterapiji. *Soc psihijat* 2011; 39: 19-24.
19. Grgić V, Nemčić Moro I. Transference of Frustration from the Therapist to the Small Group. U: 19th International Congress for Group Psychotherapy and Group Processes. Abstracts. IAGP, 2015.
20. Foulkes SH. Group-Analytic Psychotherapy-Method and Principles. London: Gordon and Beach, Science Publishers Ltd, 1978.
21. Ullman M. . Group Dream Work and Healing. *Contemp Psychoanal* 1984; 20: 120-30.
22. Begovac I, Majić G, Grgić V, Begovac B. The process of a Member's Planned Termination from an Analytic Group. *Group Analysis* 2013; 46: 18-32.
23. www.hpsg.hr; Matačić S. Zbog čega psihijatrija treba psihoanalizu. U: Šesti hrvatski psihijatrijski kongres s međunarodnim sudjelovanjem. Knjiga sažetaka, 2014.
24. Bateman A, Fonagy P. Randomized Controlled Trail of Outpatient Mentalization-based Treatment versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *Am. J. Psychiatry* 2009; 166:1355-1364.
25. www.johnthorcorneiusmd.com; The Evidence for Psychoanalytic Therapy.
26. Kozarić-Kovačić D, Frančišković T, ur. Psihoterapijski pravci. Zagreb: Medicinska naklada, 2014.
27. Blackmore C, Tantam D, Parry G, Chambers E. Report on Systematic Review of the Efficacy and Clinical Effectiveness of Group Analysis and Analytic/Dynamic Group Psychotherapy. *Group Analysis* 2012; 45: 46-69.
28. Parloff M, Dies R. Group Psychotherapy Outcome Research:1966-1975. *Int J Group Psychother* 1977; 27: 281-319.
29. Begovac B, Begovac I. Dreams of Deceased Children and Countertransference in the Group Psychotherapy of Bereaved Mothers: Clinical Illustration. *Death Studies* 2012; 36: 723-41.
30. Begovac B, Grubišin J, Begovac I. Komplicirano žalovanje jedne mame po gubitku „svih najmilijih“ U: Medved V, ur. Osmi hrvatski psihijatrijski dani. Zbornik Sažetaka. Zagreb: Hrvatsko psihijatrijsko društvo, Klinika za psihijatriju, KBC, 2011.
31. Begovac B, Begovac I. Grupna psihoterapija produženog žalovanja majki. U: Gregurek R, ur. Prvi hrvatski psihoterapijski kongres – Izazovi psihoterapije u stoljeću uma. Zbornik radova, 2008.
32. Begovac B, Begovac I. Grupna psihoterapija – usporedba grupne dinamike u trima malim grupama s naglaskom na utjecaj homogenosti grupe na dinamiku grupnog procesa U: Hotujac Lj, ur. Peti hrvatski psihijatrijski kongres s međunarodnim sudjelovanjem. Zbornik sažetaka, 2010.
33. Begovac B, Grubišin J, Begovac I. Otklanjanje potrebe za hospitalizacijom u bolesnika s teškom kliničkom slikom PTSP-a kombinacijom ponavljajućeg dnevnoambulantnog liječenja U: Hotujac Lj, ur. Peti hrvatski psihijatrijski dani. Zbornik sažetaka, 2008.
34. Begovac B, Grubišin J, Begovac I. Mogući modaliteti psihijatrijskog liječenja obitelji traumatizirane ratom – „Da su našli barem jednu kost!“. U: Hotujac Lj, ur. Sedmi hrvatski psihijatrijski dani. Zbornik sažetaka, 2010.
35. Beck R, Buchele B. In the Belly of the Beast: Traumatic Countertransference. *Int J Group Psychother* 2005; 55: 31-44.
36. Begovac B, Begovac I. Group Cohesion and Coherency and a Threat of Loss in the Analytic Group. *Group Analysis* 2013; 46: 211-24.
37. Begovac B, Jovanović N, Povalec Đ. Primjena grupne psihoterapije u općoj psihijatrijskoj ambulanti. U: Hotujac Lj, ur. Treći hrvatski psihijatrijski dani. Zbornik sažetaka, 2006.
38. Klain E i sur. O psihoanalizi sasvim otvoreno. Zagreb: Školska knjiga, 2014.

Glen O. Gabbard

Boundaries and boundary violations in psychoanalysis, 2nd Ed. / Granice i povrede granica u psihoanalizi, 2. izdanje

American Psychiatric Association, New York, 2016.



Jedan od najistaknutijih profesora psihijatrije u svijetu, američki trening psihoanalitičar Glen Gabbard svoju je knjigu „Boundaries and boundary violations in psychoanalysis“ napisao u koautorstvu s analitičarkom dr. Evom Lester. Godine 1995. objavio ju je u izdanju njujorške izdavačke kuće Basic Books. Uz stotine drugih relevantnih i utjecajnih radova koje je napisao od 90-ih godina do danas, nakon dvadeset godina, točnije 2016., profesor Gabbard je objavio i drugo izdanje spomenute knjige, i to ovoga puta u nakladi renomiranog izdavača psihoterapijske i psihijatrijske literature Američke psihijatrijske udruge.

Riječ je o veoma aktualnom djelu koje iskreno, vješto, autentično i jasno progovara o svim „slijepim pjegama“ psihoterapijskog (ne)profesionalizma te čitatelje, ponajprije profesional-

ce mentalnoga zdravlja raznih provenijencija upućuje na probleme kontratransfera u psihoanalizi i općenito u psihoterapiji u terapijskom odnosu psihoterapeut-klijent.

Ovu jedinstvenu i važnu tabu temu psihoterapijske prakse profesor Gabbard razložio je u 11 poglavlja, na 195 stranica, rabeći 310 literaturnih navoda od kojih je 45 novijega datuma (od 2006. do 2016.) uz kazalo imena i pojmova. Njegova knjiga dobiva još više na znanstvenoj i stručnoj važnosti kada se uzme u obzir da je drugo izdanje djela izraslo iz 40-godišnje terapijske prakse te iz više od 300 psihoterapijskih slučajeva kojima je osobno svjedočio kao analitičar ili kao supervizor.

Zaokupljen praktičnim pitanjima o različitim i veoma često suptilnim povredama granica u psihoterapijskom, psihoanalitičkom procesu, profesor Gabbardu u razradi te delikatne teme ništa nije izmaklo iz vidokruga, pa je u maniri preciznog analitičara secirao svaki detalj i dao instruktivne primjere o kršenju granica u psihoterapijskim seansama. Autor je jasno i bez moraliziranja prikazao kako podstrta tema o povredama granica u psihoterapiji i psihoanalizi nimalo ne zastarijeva te je na stanovit način trn u oku profesije psihoterapeuta potvrđujući time i golemu širinu prisutnosti tog problema.

U prvom poglavlju knjige profesor Gabbard pojašnjava što sve čini granice u psihoterapijskom, analitičkom procesu te uz primjere iz razvojne psihopatologije i svoje kliničke prakse definira analitički okvir u koji spada

odsutnost fizičkog kontakta, povjerljivost, sigurnost, mjesto i vrijeme susreta, pitanje plaćanja seansi, duljina seansi i čestina dolazaka terapeutu. Također, u analitički okvir zahvaća i druge važne komponente koje definiraju odnos terapeuta i klijenta, ponajprije pitanje (ne) prihvatljivih gratifikacija pacijenta u analizi. Uza sav purizam analitičke situacije, Gabbard naglašava da se analitički okvir ne smije iskarikirati jer postaje nefleksibilan, krut, hladan i na koncu neučinkovit. Pacijenti se onda mogu osjećati izgubljeno, izdano ili ostavljeno, pa metaforičkim rječnikom silaze s analitičkog operacijskog stola i napuštaju terapiju. Prema Gabbardu, cilj je da se analitički odnos dvoje ljudi odvija na način da obje osobe u dijadi imaju osjećaj sigurnosti i spontanosti s jedne strane, a s druge strane mogućnost psihološkog (simboličkog, a ne stvarnog) probijanja danih granica, što jest vječiti paradoks analitičke situacije.

Gabbard ističe sličan problem i s gratifikacijom u terapiji, pa se pred analitičara postavlja važno pitanje: koliko je potrebno optimalne gratifikacije te naglašava dilemu tzv. „*deprivation-in-intimacy*“ koju može ostvariti samo onaj terapeut koji analitički okvir postavlja s primjerenom dozom elastičnosti.

Na osnovi pisama i drugih dostupnih povijesnih dokumenata u drugom poglavlju knjige profesor Gabbard rekonstruira intrigantne i gotovo nevjerojatne primjere (seksualne) povrede granica u psihoanalizi što seže još od Freudovih slučajeva s početka 20. stoljeća preko Carla Junga, Sandora Ferenczija, Margaret Mahler, sve do priče o kontroverznom britanskom analitičaru Masudu Khanu. Autor knjige bez okolišanja metaforički znakovito zaključuje da su ormari psihoanalitičkih institucija prepuni takvih tajnih kostura.

Treće se poglavlje nastavlja baviti pitanjima povrede granica putem ostvarivanja seksualnih aktivnosti u dijadi pacijent-analitičar. Predstavljajući kulturalni mit o seksu kao do-

brodošloj terapijskoj aktivnosti profesor Gabbard ističe da su za takvu vrstu eksploatacije posebno ranjiva skupina pacijenti s anamnezom incesta i sličnih oblika zlostavljanja iz razdoblja ranog razvoja. Takve povrede granica izazivaju tzv. *love-sick* terapeuti (terapeuti koji imaju snažnu potrebu za pacijentovim prihvaćanjem i ljubavlju, što je zapravo reaktivna formacija iza koje je bijes i ogorčenost) ili terapeuti predatorske, narcističke ili mazohističke strukture kojima je zajednička „mentalna gimnastika“, tj. masivno racionaliziranje neetičnih postupaka uz binarno mišljenje, pojavu tzv. spasilačkih fantazija (engl. *rescue fantasies*) i fluidan superego.

U četvrtom se poglavlju profesor Gabbard osvrće na tragične i kobne posljedice seksualnih povreda granica u terapiji što prema američkim statistikama čak u polovici slučajeva završava pacijentovim pokušajima suicida. Naime, analitičarev poguban osjećaj onnipotencije, njegova nemogućnost testiranja realiteta (Gabbard rabi izraz „*nonpsychotic loss of reality testing*“), dojam da se na njega ne odnose etička pravila i principi te uvjerenje da će putem intimnih odnosa magično izliječiti pacijenta može dovesti do krajnjih oblika pacijentove destrukcije i autodestrukcije.

U petom i šestom poglavlju razmatra se o drugim vrstama kršenja granica u psihoterapiji: povredama povjerljivosti i tajnosti podataka, traćanju pacijenata, ulasku u poslovni odnos s pacijentom (zajedničkim investiranjem, prihvaćanjem donacija, usluga, različitim oblicima trgovanja i sl.), namjernim zajedničkim izlascima s pacijentom izvan analitičkog *settinga* kao i povredama granica u postterminacijskom razdoblju. U tom slučaju Gabbard potcrtava perzistentnost transfera i kontra-transfera što je svakako prisutno i nakon završetka terapije pa se gotovo može smatrati da ne postoji „bivši pacijent“ ili „bivši supervizant“.

Granicama u cyber-prostoru bavi se sedmo poglavlje Gabbardove knjige u kojemu se razglaba o njihovoj (nekontroliranoj) ekspanziji putem različitih suvremenih komunikacijskih kanala (poput mobitela ili elektroničke pošte) i društvenih mreža, pri čemu se tradicionalna analitička relativna anonimnost dovodi u pitanje. Gabbard naglašava i da se zbog mogućnosti instantnog validiranja pacijenata proces optimalne gratifikacije time umnogomu kompromitira. Ipak, njegov je zaključak kompromisan te smatra da nema povratka na staro i da se psihoterapeuti na stanovit način moraju pripremiti za život u cyber-eri, jer upravo takvo vrijeme i prostor (u kojemu su posjeti terapeutima dijelom i virtualni) dijele sa svojim pacijentima.

Od osmog do jedanaestog, posljednjeg poglavlja, profesor Gabbard progovara o povredi terapijskih granica u institucijama i klinikama, ponajprije među kolegama terapeutima i tijekom supervizijskog procesa. To se prema autoru knjige ponajprije očituje unutar stroge hijerarhijske ljestvice, u suptilnoj igri moći između supervizora i supervizanta, ali i u analitičarevoj želji da mu supervizant pokaže apsolutnu lojalnost, što nakon završetka psihoanalitičkog treninga katkada završava preuzimanjem brige o već ostarjelom trening analitičaru. U američkoj su novijoj stručnoj literaturi dokumentirani i slučajevi seksualnih odnosa supervizanta i analitičara, što se kasnije preuzima kao daljnji obrazac povrede terapijskih granica u analizi s pacijentima. Gabbard naglašava da sve slične situacije povrede granica u okviru institucija često prolaze „ispod radara“ te se transgeneracijski prenose na sljedeće naraštaje terapeuta i značajno utječu na čitavu stručnu zajednicu. Ipak, Gabbard kao umjereni pesimist zaključuje da je jedini mogući način borbe protiv povrede granica (ali ne i najučinkovitiji) daljnje, redovito odlaženje ili povratak u vlastitu terapiju i analizu (što nakon *acting-outa* podrazumijeva

temeljite stručne evaluacije od starijih kolega i kontinuirani oblik rehabilitacije koji bi trebao trajati do umirovljenja). Na kraju knjige Gabbard potcrtava da je svojevoljna profesionalna izolacija psihoterapeuta najveći neprijatelj te da je osim ispunjujućeg privatnog života važno održavati i kvalitetne profesionalne kontakte, posebice kada terapeut u analizi ima „teškog“ pacijenta.

Gabbardova knjiga, kao i čitav literarni opus, odraz je goleme širine njegovog kliničkog iskustva i specifičnog, minucioznog poznavanja struke u području psihoterapije i psihoanalize. Čitajući njegovo izazovno i uvjerljivo djelo katkada se čini kao da zaranjamo u kriminalistički roman ili pratimo filmske protagoniste suvremenog trilera koji se od pacijenta i terapeuta iznenada pretvaraju u žrtvu i zlostavljača. Ili u tom univerzalnom tekstu potpuno prepoznamo naše doživljaje te doživljaje i postupke naših klijenata.

Unatoč tome što Gabbard u knjizi ilustrira bolnu povijest povrede granica u psihoterapiji što se i danas stalno ponavlja, moto ovog djela je u kritičkom prihvaćanju, razumijevanju i analiziranju (a ne moraliziranju) o mnogim ograničenjima psihoterapeuta i psihoterapijske, psihoanalitičke struke. Za knjigu „*Boundaries and boundary violations in psychoanalysis*“ autora Glena Gabbarda može se reći da je već klasik psihoterapijske misli jer smjelo oblikuje dominantna pitanja iz struke. Iako joj je naslov star 20 godina, Gabbardova knjiga neće nikada zastarjeti, nego se naprotiv izdiže iznad vremena i postaje nominalna vrijednost kojom će se struka psihoterapeuta još više moći afirmirati. Nadalje, Gabbardova knjiga ništa ne obećava, ne nudi recepture izlječenja, ni s kime se ne obračunava, nego jednostavno iz pozicije ukotvljene u stvarnim događajima i stvarnim ljudskim problemima i (ne)zadovoljstvima jača čitateljevu introspekciju i eksploraciju što su poželjne vrijednosti svojstvene analitičkoj terapijskoj praksi.

U pokušaju nadvladavanja provokativnih pacijentovih *acting-outa* agresije i zavođenja, Gabbard u skladu sa zapadnom filozofijom i etikom od terapeuta ne traži nemoguće. Ne traži presmjere i temeljite promjene, nego posjedovanje samo jedne, ključne vrijednosti psihoterapeuta. Samokontrole – vrline koja je iznimno važna za borbu protiv povrede terapijskih granica i koja je još važnija ako uz nju stoji pluralizam ostalih etičkih principa struke poput autentične empatičnosti, afektivnog kontakta uzajamnosti s pacijentom i (samo)poštovanja.

Autor ove iznimne knjige potpuno je necenzurirano artikulirao sva relevantna psihoterapijska, analitička iskustva vezana za povrede granica. Opisao je najrazličitije, veoma kom-

pleksne i izazovne aspekte analitičkog rada koji se nerado otkrivaju, koje terapeuti drže tajnima, koje preskaču, preoblikuju, zanemaruju, kojih se srame ili zbog kojih im je neugodno. No, upravo zbog bremena skrivenosti, veoma je važno da ih se u nekom drugom, sigurnom i kolegijalnom okruženju otkrije, podijeli i analizira. Za takav zadatak potrebni su psihoterapeuti s integritetom koji su spremni skinuti masku strogosti kako bi bez cenzuriranja, zataškavanja ili pretjeranog poticanja, ponudili pomoć kolegama koji su zapeli u slijepoj ulici važnog alata analitičkog procesa – kontratransfera.

ALEKSANDRA MINDOLJEVIĆ DRAKULIĆ

Konferencija Međunarodnog udruženja za istraživanje stresa i anksioznosti (STAR)

/ *Stress and Anxiety Research Society (STAR) Conference*



U Zagrebu je od 6. do 8. srpnja 2016. održana 37. konferencija STAR pod pokroviteljском gradonačelnika Zagreba gosp. Milana Bandića.

STAR (*Stress and Anxiety Research Society*) je multidisciplinarna međunarodna organizacija koja okuplja istraživače koji se bave stresom i anksioznošću. Članovi ove organizacije, iz 35 zemalja, okupljaju se jednom godišnje s ciljem prezentiranja rezultata svojih istraživanja te razmjene iskustava u proučavanju anksioznosti i stresa, suočavanja s njima i metoda tretmana.

Tema ovogodišnje konferencije bila je „Stres i anksioznost u društvu koje se mijenja“. Sadržaj konferencije pokrivaio je istraživanja stresa i anksioznosti od neurobiološke razine do razine različitih socijalnih okruženja koja mogu biti stresogena kao što su škola, obitelj, zajednice zahvaćene ratom, nezaposlenost,

moderne tehnologije. Sama konferencija organizirana je simpozijima, oralnim i poster prezentacijama, radionicama, plenarnim i pozvanim predavanjima. Osim pozvanih i plenarnih predavanja ukupno je bilo 12 simpozija i 120 oralnih prezentacija koji su se održavali u 5 paralelnih ciklusa. U dva dana prikazan je 61 poster. Održano je i 7 radionica.

Pozvana predavanja održali su I. H. Meyer, R. Rosner i D. Maslić Seršić, a plenarna B. Hughes i N. Derakhshan.

Prof. Ilan H. Meyer, s *UCLA School of Law*, održao je predavanje o manjinskom stresu i zdravlju u LGBT populaciji. Prikazao je model nastanka manjinskog stresa te kako socijalna nejednakost ovih pojedinaca, uzrokovana stigmom i predrasudama, dovodi i do zdravstvenih teškoća. Prikazao je niz istraživanja koja su svoj teorijski oslonac našla u modelu manjinskog stresa. Na kraju je ukazao na moguću političku implikaciju rezultata ovog istraživanja, prije svega na sudske postupke koji se vode u ime ili protiv LGBT udruge.

Prof. Rita Rosner, s *Catholic University of Eichstätt-Ingolstadt*, održala je predavanje o produženom žalovanju kao kliničkom entitetu. Opisujući kliničke simptome prikazala je međusobne razlike između normalnog žalovanja, depresije, posttraumatskog stresnog poremećaja i produžene reakcije žalovanja, kao i različite načine konceptualiziranja u DSM-5 i budućoj MKB-11 klasifikaciji. Naglasila je značenje razlikovanja žalovanja, koje se javlja kao normalna reakcija na gubitak i koje

ne treba tretirati, od produženog žalovanja koje onemogućuje funkcioniranje i zahtijeva psihološki tretman. Ponudila je na dokazima temeljene kliničke smjernice za dijagnostiku i tretman produženog žalovanja.

Prof. Darja Maslić Seršić, s Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, imala je predavanje o osobnim i društvenim izazovima koje donosi nezaposlenost kao snažan izvor stresa i anksioznosti. Ekonomski dovela je do porasta nezaposlenosti, ali i do urušavanja kvalitete života, te negativnih posljedica na psihofizičko zdravlje. U predavanju je prikazala rezultate istraživanja u nekoliko zemalja s visokom stopom nezaposlenosti i analizirala posljedice nezaposlenosti na zdravlje, strategije suočavanja s gubitkom posla i socijalne varijable koje pomaže u pronalaženju posla.

Predsjednik STAR-a prof. Brian Hughes, s *National University of Ireland*, otvorio je konferenciju s predavanjem „*Good and bad science in psychology*“. Kao poznati istraživač biologije stresa i anksioznosti otvorio je intrigantnu temu o tome što je uopće znanstveni pristup ovom području, ali i psihološkim fenomenima općenito. Postavio je pitanja o utjecaju biološkog redukcionizma koji postaje prevladavajući pristup u istraživanjima u psihologiji. Također je otvorio pitanje političkog utjecaja na svim razinama istraživanja, od postavljanja istraživačkog pitanja do objavljivanja rezultata u časopisima. Ovo vrlo zanimljivo predavanje je prisutne potaknulo na razmišljanje o vjerodostojnosti onoga što danas smatramo „tvrdom“ znanosti.

Prof. Nazanin Derakhshan, s *Birkbeck University of London*, održala je predavanje pod naslovom „*Emotional Vulnerability and the Road to Resilience*“. Govorila je o predviđanjima kako će anksioznost i depresivnost 2020. i 2030. godine utjecati na invalidnost opće populacije. Iako se radi o fenomenima koji su sveprisutni i dobro istraženi, istodobno nisu do kraja objašnjeni mehanizmi nastanka emocionalne osjet-

ljivosti i ranjivosti, iz kojih proizlaze ograničenja psihoterapijskih tehnika. Sa svojim timom provela je niz istraživanja o neurobiologiji anksioznosti, te su u predavanju prikazani najnoviji rezultati. Glavni zaključak jest da prefrontalni mehanizmi kontrole pažnje mogu imati ulogu u oblikovanju i održavanju emocionalne vulnerabilnosti, ali i u stvaranju otpornosti prema anksioznoj i depresivnoj simptomatici.

Organizirano je 12 simpozija koji su pokrili različite aspekte istraživanja anksioznosti i stresa (epidemiološke, kliničke, terapijske, partnerske, društvene, ekonomske, edukacijske, sportske, interdisciplinarne itd.). To su: „*Death on Live – Media Exposure to Trauma and Posttraumatic Reactions*“, „*Psychosocial Contributors to Wellbeing*“, „*Psychological Dimensions of Economic Precarity*“, „*Aging in the Flames of War and Terrorism*“, „*Minority Stress Processes and Health in Lesbians, Gay Men and Bisexuals*“, „*Minority Stress and Mental Health in Transgender Individuals*“, „*Coping with Political Violence: Insights from Cultural and Life Cycles*“, „*Dealing with Stress and Anxiety in Learning Settings*“, „*Psychosomatic Influences on Health*“, „*From Cognition to Emotion*“, „*Measuring General Distress: Using the Clinical Outcomes in Routine Evaluation*“ i „*Stress and Intimate Relationships*“.

Oralne i poster prezentacije su pokrivala teme kao što su roditeljski stres, stres i anksioznost u različitim životnim razdobljima, zdravstvene posljedice stresa, stres i anksioznost u trećoj životnoj dobi, stres kod različitih zanimanja (stomatologa, učitelja, vatrogasaca, policajaca, vojnika), stres i anksioznost uzrokovani ratom i prirodnim katastrofama, socijalna anksioznost, anksiozni poremećaji i brojne druge.

U okviru konferencije održan je i godišnji sastanak upravnog odbora STAR-a kao i sastanak nacionalnih predstavnika ove organizacije.

Ovo je jedan od najvećih skupova te vrste ikada održanih u Hrvatskoj. Na ovogodišnjoj

konferenciji sudjelovalo je preko 300 stručnjaka (psihologa, psihijatara, liječnika obiteljske medicine i drugih specijalnosti, socijalnih radnika, medicinskih sestara pedagoga i drugih) iz 33 zemlje, sa svih kontinenata.

Predsjednica Organizacijskog i znanstvenog odbora bila je Nataša Jokić-Begić, s Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, koji je bio i domaćin konferencije. U suradnji s Odsjekom za etnologiju i Etnografskim muzejom u predvorju Fakulteta organizirana je interaktivna izložba s ciljem prikazivanja tradicijskog suočavanja sa stresom i anksioznošću. Zanimljivo je da se tek od moderniteta na ove emocije gleda kao na negativne, prije su one doživljavane kao normalne pratilje života koje su se ublažavale socijalnom podrškom. Izložba je izazvala veliki interes sudionika.

Članovi Organizacijskog odbora i 40 studenata psihologije, volontera, uspjeli su u naumu da konferencija bude uspješna ne samo u stručnom smislu. Nakon konferencije provedena je evaluacija čiji su nas rezultati učvrstili u uvjerenju da su sudionici bili iznimno zadovoljni. Više od 90 % ispitanih ocijenilo je konferenciju kao izvrsnu ili vrlo dobru, a kao glavnu karakteristiku ističu toplu i suradničku atmosferu te kvalitetu predavanja.

Iduća Konferencija STAR održat će se 2017. godine u Hong Kongu.

Vjerujem kako će hrvatski predstavnici i dalje biti aktivni u organizaciji STAR i na idućim konferencijama te tako doprinijeti ublažavanju negativnih posljedica stresa i anksioznosti u svijetu u kojem živimo.

NATAŠA JOKIĆ-BEGIĆ



Upute autorima

Časopis *Socijalna psihijatrija* objavljuje znanstvene, stručne i pregledne radove, prikaze bolesnika, lijekova i metoda, osvrte, novosti, prikaze knjiga, pisma uredništvu i druge priloge iz područja socijalne psihijatrije i srodnih struka, uz uvjet da već nisu objavljeni u drugim časopisima ili knjigama.

Iznimno redakcija može prihvatiti i drugu vrstu rada (prigodni rad, rad iz povijesti struke i sl.) ako ga ocijeni korisnim za čitateljstvo.

Radovi se tiskaju na hrvatskom ili engleskom jeziku.

Oprema rukopisa

Rad i svi prilozi dostavljaju se isključivo u elektroničkom obliku. Regularna duljina teksta iznosi do najviše 20 kartica (1 kartica sadrži 1800 znakova s razmacima). Tekstove treba pisati u Wordu, kontinuirano, istim fontom – onim koji je postavljen za stil Normal, bez isticanja unutar teksta, osim riječi koje trebaju biti u boldu ili italiku. Naslove pisati istim fontom kao osnovni tekst (stil Normal), u zaseban redak, a hijerarhiju naslova označiti brojevima (npr. 1., 1.1., 1.1.1. itd.). Brojevi se ne moraju zadržati u radu, ali su putokaz za veličinu odnosno važnost (hijerarhiju) naslova.

Znanstveni i stručni radovi sadrže ove dijelove: uvod, cilj rada, metode, rezultati, rasprava i zaključci.

Uvod je kratak i jasan prikaz problema; u njemu se kratko spominju radovi onih autora koji su u izravnoj vezi s istraživanjem što ga rad prikazuje.

Cilj je kratak opis cilja i svrhe istraživanja.

Metode se prikazuju tako da se čitatelju omogući ponavljanje opisana istraživanja. Metode poznate iz literature ne opisuju se, već se navode izvorni literaturni podatci. Ako se navode lijekovi, rabe se njihova generička imena (u zagradi se može navesti njihovo tvorničko ime).

Rezultate treba iznijeti jasno i logično. Značajnost rezultata treba prikazati statistički. Svi mjerni rezultati navode se u SI jedinicama.

Rasprava je završni dio rada u kojemu se opisuju i tumače rezultati te uspoređuju s postojećim spoznajama na tom području.

Zaključci moraju odgovoriti postavljenom cilju rada.

Početna stranica rada sadrži: naslov rada, puna imena i prezimena autora, ustanovu u kojoj je rad napravljen te adresu prvoga autora, preko kojeg će se obavljati korespondencija. Ako su autori iz različitih ustanova, treba ih sve navesti.

Sažetak treba sadržavati do 200 riječi. U sažetku treba navesti temu i svrhu rada, metodologiju, glavne rezultate i kratak zaključak. Ispod sažetka treba napisati 2 do 5 ključnih riječi koje su bitne za brzu identifikacijsku klasifikaciju sadržaja rada. Sažetak treba napisati na hrvatskom i engleskom jeziku.

Tablice treba formatirati unutar Word-dokumenta na mjestu na kojem se pojavljuju, na način da se i unutar osnovnog teksta označi poziv na tablicu – ako se tablica daje u formatu slike (tj. nije izrađena u Wordu), za nju vrijede upute kao za slike.

Slike treba priložiti kao posebni dokument u .tiff ili .jpg (.jpeg) formatu, minimalne rezolucije 300 dpi. Uz broj, svaka slika treba imati legendu, a svaka tablica naslov. Reprodukciju slika i tablica iz drugih izvora treba popratiti dopuštanjem njihova autora i izdavača.

U tekstu se literaturni podatak navodi arapskim brojem u zagradi. Popis literature piše se na posebnom papiru, rednim brojevima prema redoslijedu kojim se citat pojavljuje u tekstu. Literatura se citira prema Vancouverskom stilu:

a) rad

Skrzypińska D, Szmigielska B. What links schizophrenia and dreaming? Common phenomenological and neurobiological features of schizophrenia and REM sleep. *Arch Psych Psychoth* 2013; 2:29-35.

b) poglavlje u knjizi

Millon T. A Brief History of Psychopathology. In: Blaney PH, Millon T. (eds.) *Oxford Textbook of Psychopathology*. New York: Oxford University Press, 2009.

c) knjiga

Kring AM, Johnson SL, Davison GC, Neale JM. *Abnormal Psychology*. New York: Wiley, 2013.

Radovi se šalju na adresu Uredništva (socijalna.psihijatrija@kbc-zagreb.hr). Urednički odbor šalje prispjeli rad na anonimnu recenziju. Ako recenzent(i) predlože promjene ili dopune rada, kopija recenzije dostavlja se autoru radi ispravaka. Odluku o tiskanju ispravljenog rada donosi Uredništvo.

Redoslijed objavljivanja radova određuje Uredništvo. Prvi autor dobiva probni otisak rada na korekturu. Korigirani otisak treba vratiti na adresu Uredništva u roku od tri dana.

Objavljeni članci predstavljaju stavove i mišljenja autora koji preuzimaju punu odgovornost za sadržaj rada i točnost svih navedenih literaturnih podataka. Objavljeni materijal može biti reproduciran samo uz pismenu suglasnost Uredništva i Izdavača.

Instructions to authors

The journal *Socijalna psihijatrija* publishes scientific and professional papers, editorials, reviews, case reports, reports on drugs and methods of treatment, news and book reviews, letters to the editor, and other contributions in the field of social psychiatry and related professions, provided they have not been published or submitted for publication elsewhere.

Exceptionally, the Editorial Board may accept other forms of contributions if considered useful for the readers (special occasion papers, papers on the history of the profession, etc.).

The papers are published in Croatian or English.

Manuscript preparation

Manuscripts including figures and tables should be submitted in electronic form. Normally, manuscripts should be no longer than 20 standard pages (one standard page is 1800 keystrokes – characters with spaces). Texts should be written in Microsoft Word, in a continuous font and style: the one set under the Normal style, with no additional font effects used other than words that should be in bold or italic. Titles should be written in the same font as the rest of the text (Normal style) in a separate row, and title hierarchy should be shown using numbers (e.g. 1., 1.1., 1.1.1. etc.). These numbers need not be kept in the published article, but serve to indicate the proper size i.e. importance (hierarchy) of the titles.

Original scientific and professional papers should be arranged into sections as follows: Introduction, Aim, Methods, Results, Discussion, and Conclusion(s).

In the Introduction, studies directly related to the present study should be briefly described.

Aim should briefly describe the aim(s) and purpose of the study.

Methods should be presented so as to allow for the reader to replicate them without further explanation. Methods known from the literature need not be described but should simply be referred to by their generic names (trade names should be given in parentheses).

Results should be presented clearly and logically. Significance of the results should be expressed statistically. All measurement results should be listed in SI units.

Discussion is the final part of the paper in which the results are more extensively described and interpreted in the context of relevant literature reports and the state of the art in the field.

Conclusions should contain the answer to the issue stated in the Aim.

The title page should contain: the title of the article, full first and second names of all authors, the institution where the study was conducted, and the address of the corresponding author. If authors have different affiliations, all should be listed.

The article should contain a Summary not exceeding 200 words, briefly describing the topic and aim, the methods, main results, and conclusion. The summary should be followed by 2-5 key words for easy identification and classification of the contents of the article. The summary should be submitted in both Croatian and English, regardless of the language used in the text.

Tables should be placed in the Word document where they are to appear in the published article, and should be cited in the text – if the table is submitted as an image (i.e. it is not constructed in Microsoft Word), the same instructions as for figures apply.

Figures should be submitted as separate image files in .tiff or .jpg format, with a minimum resolution of 300 dpi. Every figure should have a number and caption, and every table should have a title. Reproduction of figures and tables from other sources should be accompanied by a full reference and authorization by their authors and publisher.

The list of references should be written on a separate page, numbered with Arabic numerals according to the first appearance in the text. The Vancouver style should be followed (see examples below).

a) Journal article

Skrzypińska D, Szmigielska B. What links schizophrenia and dreaming? Common phenomenological and neurobiological features of schizophrenia and REM sleep. *Arch Psych Psychoth* 2013; 2:29-35.

b) Book chapter

Millon T. A Brief History of Psychopathology. In: Blaney PH, Millon T. (eds.) *Oxford Textbook of Psychopathology*. New York: Oxford University Press, 2009.

c) Book

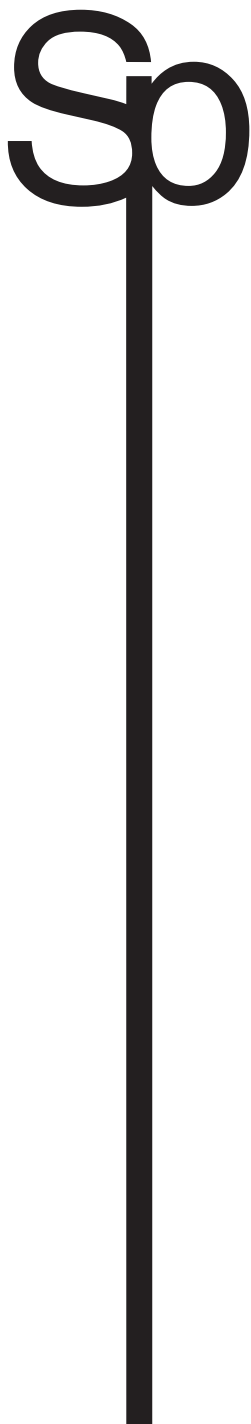
Kring AM, Johnson SL, Davison GC, Neale JM. *Abnormal Psychology*. New York: Wiley, 2013.

Manuscripts should be sent to the address of the Editorial Board (socijalna.psihijatrija@kbc-zagreb.hr). The Editorial Board sends manuscripts for anonymous review. If the reviewer(s) suggest amendments or changes to the paper, a copy of the reviewer's opinion is sent to the author for appropriate corrections. The decision whether to publish the corrected manuscript lies with the Editorial Board.

The sequence in which articles will be published in the journal is set by the Editorial Board.

Galley proofs are sent to the first/corresponding author for correction and should be sent back to the technical editor within three days.

Published articles represent the opinions and positions of the authors, who take full responsibility for their contents and the accuracy of all references. Published materials can be used only with written permission of the Editorial Board and the Publisher.



SOCIJALNA PSIHIJARIJA – ČASOPIS HRVATSKOGA PSIHIJATRIJSKOG DRUŠTVA

Izdavač/Publisher

Medicinska naklada

u suradnji s/in cooperation with

AKADEMIJOM MEDICINSKIH ZNANOSTI HRVATSKE/
CROATIAN ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES

UREDNIČKI ODBOR/EDITORIAL BOARD

Glavni urednici/Editors in Chief

MIRO JAKOVLJEVIĆ, DRAŽEN BEGIĆ

Počasni urednici/Honorary Editors

LJUBOMIR HOTUJAC, VASKO MUAČEVIĆ

Članovi Uredničkog odbora/Members of the Editorial Board

D. Begić, D. Beritić-Stahuljak, V. Đorđević, Lj. Hotujac, M. Jakovljević, V. Jukić, M. Kramarić, M. Mihanović, V. Muačević

Adresa Uredničkog odbora/Address of the Editorial Board

SOCIJALNA PSIHIJARIJA
Klinika za psihijatriju, Klinički bolnički centar Zagreb, Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb, Hrvatska

UREDNIČKI SAVJET/CONSULTING BOARD

D. Ajduković (Zagreb), G. Dodig (Split), P. Filaković (Osijek), R. Gregurek (Zagreb), I. Kostović (Zagreb), M. Kovač (Popovača), M. Krizmanić (Zagreb), Đ. Ljubičić (Rijeka), V. Pozaić (Zagreb), P. Rudan (Zagreb), V. Šendula-Jengi (Rab), B. Uglešić (Split), V. Vidović (Zagreb)

MEĐUNARODNI UREDNIČKI SAVJET/INTERNATIONAL CONSULTING BOARD

P. Baudiš (Praha), A. Bertelsen (Risskov), R. Cancro (New York), P. Chanoit (Paris), L. Ciompi (Bern), H. Häfner (Mannheim), M. Kastrup (Hvidovre), F. Lolas Stepke (Santiago de Chile), M. Maj (Napoli), L. Robins (St. Louis), N. Sartorius (Geneve), M. Tansella (Verona), R. Warner (Boulder), M. Weissmann (New York), H.G. Zapotoczky (Graz)

Tehnička urednica/Technical Editor

Dunja Beritić-Stahuljak

Oblikovanje korica/Cover design

Andrea Knapić

Prijelom/Layout

Marko Habuš

Tisak/Printed by

Medicinska naklada, Zagreb

Časopis je utemeljen 1973. u Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Zagreb i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Indeksiran je u bazama: SCOPUS, PsychINFO, EMBASE, Hrčak.

Izlazi četiri puta godišnje.

Godišnja pretplata za ustanove iznosi **300,00 kn**; za pojedince **150,00 kn**. Cijena pojedinačnog broja **50 kn** (u cijenu su uključeni poštanski troškovi).

IBAN: HR2223600001101226715, Medicinska naklada, Cankarova 13, 10000 Zagreb, Hrvatska (za časopis *Socijalna psihijatrija*).

The Journal is published four times a year. Orders can be made through our office-address above.

The annual subscription for foreign subscriber is: for institutions **40 €**, for individuals **20 €**, and per issue **10 €** (the prizes include postage).

Payment by check at our foreign currency account:

Zagrebačka banka d.d., Paromlinska 2, 10000 Zagreb, Croatia

IBAN: HR2223600001101226715, **SWIFT:** ZABHR2X (for *Socijalna psihijatrija*).

Kontakt/Contact

socijalna.psihijatrija@kbc-zagreb.hr

<http://www.kbc-zagreb.hr/soc.psi>