

Tajne dugovječnosti sadomazohističkih odnosa

Tomljanović, Mirta

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:628910>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-25**



Repository / Repozitorij:

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



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Mirta Tomljanović

**Tajne dugovječnosti sadomazohističkih
odnosa**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2018.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb Medicinskog Fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, pod vodstvom prof.dr.sc. Darka Marčinka i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2017./2018.

1. SAŽETAK	
2. SUMMARY	
3. UVOD	1
4. PARAFILIČNI POREMEĆAJI	3
4.1. Postavljanje dijagnoze parafilčnih poremećaja	3
4.2. Klasifikacija parafilčnih poremećaja	4
5. MAZOHIZAM.....	6
5.1. Dijagnostički kriteriji seksualnog mazohističkog poremećaja	6
5.2. Rani tijek, prevalencija i prognostički čimbenici seksualnog mazohističkog poremećaja.....	7
5.3. Teorije mazohizma	8
6. SADIZAM	10
6.1. Dijagnostički kriteriji seksualnog sadističkog poremećaja	10
6.2. Rani tijek, prevalencija i prognostički čimbenici seksualnog sadističkog poremećaja.....	11
6.3. Teorije o sadizmu	12
7. POREMEĆAJI LIČNOSTI.....	14
7.1. Klasifikacija i postavljanje dijagnoze poremećaja ličnosti.....	14
7.2. Antisocijalni poremećaj ličnosti	17
7.3. Granični poremećaj ličnosti.....	19
7.4. Histrionski poremećaj ličnosti	21
7.5. Narcistični poremećaj ličnosti	22
8. SADOMAZOHIZAM.....	24
8.1. Teorije sadomazohizma	24
8.2. Poremećaj ličnosti i sadomazohizam.....	28
9. LJUBAVNI ODNOSI.....	32
9.1. Zaljubljenost	32
9.2. Ljubav	35
10. ZAKLJUČAK	38
11. ZAHVALE	39
12. LITERATURA.....	40
13. ŽIVOTOPIS	46

1. SAŽETAK

TAJNE DUGOVJEČNOSTI SADOMAZOHISTIČKIH ODNOSA

Mirta Tomljanović

Seksualni sadistički i mazohistički poremećaji spadaju u parafilicne poremećaje prema DSM-5 klasifikaciji. Parafilicni poremećaji se definiraju kao perzistentni, intenzivni i atipični obrasci seksualnog uzbuđenja koji se pojavljuju s klinički značajnim funkcionalnim oštećenjem. Pod pojmovima sadizam i mazohizam podrazumijevaju se seksualne perverzije u kojima se seksualno zadovoljstvo ostvaruje ozljeđivanjem druge osobe ili podvrgavanjem boli ili patnji. Ti su termini prošireni i na emocionalni sadizam i mazohizam koji označavaju osjećanje emocionalnog zadovoljstva ili zbog dominacije nad drugom osobom ili zbog podređivanja drugoj osobi. Ovaj poremećaj počinje u ranoj dobi i većina sadista i mazohista su zapravo zadovoljni svojom nekonvencionalnom seksualnom djelatnošću. Dio simptomatike sadomazohizma preklapa se s onom poremećaja ličnosti. Poremećaji ličnosti dijele se u tri skupine: A, B, i C, na temelju opisnih sličnosti. Skupinu B u klasifikaciji poremećaja ličnosti čine antisocijalni, granični, histrionski i narcistični poremećaj ličnosti. Ljude koji spadaju u ovu skupinu karakterizira impulzivnost i emocionalna nestabilnost, u svom ponašanju su dramatični i hiroviti. Za razliku od prave ljubavi, zaljubljivanje nije voljna radnja niti svjesni izbor. Ljubav predstavlja voljni čin kojim pomažemo vlastiti i tuđi duhovni rast i sazrijevanje. Isto tako, ljubav je aktivnost, a ne osjećaj. U svim dugovječnim ljubavnim odnosima, pa tako i sadomazohističnim, veliku ulogu igraju međusobno poštovanje i poklanjanje pažnje.

KLJUČNE RIJEČI: mazohizam, sadizam, sadomazohizam, poremećaji ličnosti, ljubavni odnosi.

2. SUMMARY

THE SECRETS TO THE LONGEVITY OF SADOMASOCHISTIC RELATIONSHIPS

Mirta Tomljanović

Sexual sadistic and masochistic disorders fall into the paraphilic disorders according to the DSM-5 classification. Paraphilic disorders are defined as persistent, intense and atypical forms of sexual excitement that appear with clinically significant functional impairment. The original clinical use of the terms sadism and masochism was to describe the sexual perversions of attaining sexual pleasure by hurting or being hurt. These terms have been usefully expanded to mean emotional sadism and masochism: experiencing emotional satisfaction or comfort due to exercising power over another or submitting to another's power. This disorder begins at an early age and most sadists and masochists are actually satisfied with their unconventional sexual activity. Personality disorders are divided into three groups: A, B, and C, based on descriptive similarities. Group B in the classification of personality disorder is composed of an antisocial, histrionic, borderline and narcissistic personality disorder. People who fall into this group are characterized by impulsiveness and emotional instability, in their behavior they are dramatic and mischievous. Unlike true love, falling in love by itself is not a conscious choice nor a willing act. Love constitutes a voluntary act with which spiritual growth and maturity of ourselves and others is achieved. Similarly, love is action, not a feeling. In every long-lasting romantic relationship, including sadomasochistic ones, mutual respect and paying attention play a major role.

KEY WORDS: masochism, sadism, sadomasochism, personality disorder, love relations.

3. UVOD

Cilj ovog rada je prikazati ljubavne odnose u sadomazohizmu i razloge zbog kojih imaju tendenciju dugovječnosti. Seksualnost, seksualni poremećaji i ljubavni odnosi su oduvijek bili zanimljiva tematika, kako zbog česte prisutnosti u književnoj i filmskoj umjetnosti, tako i zbog njihovog utjecaja na svakodnevni život. Seksualni sadistički i mazohistički poremećaji spadaju u parafilicne poremećaje prema DSM-5 (1) klasifikaciji. Parafilicni poremećaji se definiraju kao perzistentni, intenzivni i atipični obrasci seksualnog uzbuđenja koji se pojavljuju s klinički značajnim funkcionalnim oštećenjem.

Pod pojmovima „sadizam“ i „mazohizam“ podrazumijevaju se seksualne perverzije u kojima se seksualno zadovoljstvo ostvaruje ozljeđivanjem druge osobe ili podvrgavanjem boli ili patnji. Ti su termini prošireni i na emocionalni sadizam i mazohizam koji označavaju osjećanje emocionalnog zadovoljstva ili zbog dominacije nad drugom osobom ili zbog podređivanja drugoj osobi. Svi seksualni sadisti i mazohisti su istovremeno i emocionalni sadisti ili mazohisti, ali obrnuto nije točno: emocionalni sadizam i mazohizam često ne idu zajedno sa seksualnim perverzijama (2). Sadist može doživjeti puni orgazmički užitek nanoseći bol svojem partneru, dok se mazohist može u potpunosti zadovoljiti time što mu je nanesena bol. S druge strane, za druge ljude je sadomazohistička djelatnost tek uvod u seksualni odnos ili jedan njegov oblik (3). Većina sadista i mazohista inače vodi konvencionalan život te su prema prihodima i obrazovnom statusu čak iznad prosjeka. Seksualni sadistički i mazohistički poremećaj se mogu naći i u heteroseksualnim i u homoseksualnim odnosima, iako je preko 85% ljudi s ovim poremećajem

zapravo heteroseksualne orijentacije (4). Ovaj poremećaj počinje u ranoj dobi i većina sadista i mazohista su zapravo zadovoljni svojom nekonvencionalnom seksualnom djelatnošću (5).

Zbog preklapanja određene simptomatike, u idućem dijelu rada obratit ću pažnju na povezanost sadomazohizma i poremećaja ličnosti. Poremećaji ličnosti dijele se u tri skupine (cluster): A, B, i C, na temelju opisnih sličnosti. Bazirat ću se na skupinu B u klasifikaciji poremećaja ličnosti u koju spadaju antisocijalni, granični, histrionski i narcistični poremećaj ličnosti. Ljude koji spadaju u ovu skupinu karakterizira impulzivnost i emocionalna nestabilnost, u svom ponašanju su dramatični i hiroviti te sam iz tog razloga htjela saznati više o njihovom funkcioniranju u ljubavnim odnosima.

Svi smo se barem jednom u životu zaljubili i svatko od nas bi drugačije definirao riječ ljubav. Stoga ću zadnji dio rada posvetiti toj tematici. Scott Peck (6) smatra da je jedna od najvećih zabluda vezanih za ljubav njeno poistovjećivanje sa zaljubljenošću. Za razliku od prave ljubavi, zaljubljivanje nije voljna radnja niti svjesni izbor, a ljubav za njega predstavlja voljni čin kojim pomažemo vlastiti i tuđi duhovni rast i sazrijevanje. Isto tako, ljubav je aktivnost, a ne osjećaj. Osnovni oblik djelovanja ljubavi je pažnja, a najvažniji način izvedbe pažnje je slušanje. Empatija i udovoljavanje željama partnera su najbolji način rasta u vezi. Ako se partneri razvijaju i njihova veza se razvija (7).

4. PARAFILIČNI POREMEĆAJI

4.1. Postavljanje dijagnoze parafilčnih poremećaja

Pod pojmom parafilija podrazumijeva se svaki intenzivni i perzistentni seksualni interes koji nije tipični interes za genitalnom stimulacijom fenotipski normalnih, fizički razvijenih partnera uz njihov pristanak. Neke parafilije se primarno odnose na erotske aktivnosti pojedinca dok se druge više bave erotskim objektom osobe. Primjeri takvih erotskih aktivnosti su intenzivan i trajan interes za bičevanjem, rezanjem, vezivanjem ili gušenjem druge osobe. Interes za te aktivnosti može biti jednak ili veći od interesa osobe za seksualnim odnosom. Primjeri potonjeg su intenzivni seksualni interes za djecu, trupla, životinje ili nežive stvari.

Prema DSM-5 (1), parafilčni poremećaj je parafilija koja trenutno uzrokuje značajne subjektivne ili funkcionalne smetnje pojedincu ili parafilija čije se ispunjenje povezuje s mogućom ozljedom za tu ili druge osobe. Parafilija sama po sebi nije dovoljan kriterij za postavljanje dijagnoze parafilčnog poremećaja i ne iziskuje kliničku intervenciju. Kriteriji za postavljanje dijagnoze parafilčnog poremećaja dijele se u dvije skupine: kriterij A i B. Kriterij A se odnosi na kvalitativnu prirodu parafilije (npr. erotski fokus na djecu ili na otkrivanje spolovila strancima). Kriterij B određuje negativne posljedice parafilije (štetnost za sebe i/ili druge osobe). Kako bi se održala razlika između parafilija i parafilčnog poremećaja, pri postavljanju dijagnoze se moraju uzeti u obzir i kriteriji A i kriteriji B (8).

Nije rijetkost da pojedinac ima dvije ili više parafilije. U nekim slučajevima objekti parafilije su međusobno povezani i njihova povezanost se može jasno razumijeti (npr. fetišizam za stopalo i fetišizam za cipele). S druge strane, povezanost između parafilija ne mora biti tako očita i prisutnost više parafilija može biti slučajna. Dijagnoza komorbiditetnih parafilčnih

poremećaja se postavlja ako su dvije ili više parafilija uzrokom oštećenja pojedinca ili neke druge osobe. Prilikom razmatranja jačine utjecaja parafilije na pojedinca, njegove parafilčne seksualne fantazije, potrebe i ponašanja procjenjuju se u usporedbi s onim što se smatra normalnim seksualnim fantazijama, potrebama ili ponašanjima. Prilikom uzimanja anamneze ili ispunjavanjem upitnika, kod pojedinaca se ispituje jesu li te parafilčne fantazije, potrebe i ponašanja slabija, jednaka ili jača nego normalni seksualni interesi i ponašanja.

4.2. Klasifikacija parafilčnih poremećaja

Prema DSM-5 (1) klasifikaciji u skupinu parafilčnih poremećaja spadaju: poremećaj vezan uz voajerizam, poremećaj vezan uz egzibicionizam, poremećaj vezan uz froterizam, seksualni mazohistički poremećaj, seksualni sadistički poremećaj, poremećaj vezan uz pedofiliju, fetišistički poremećaj, transvestitski poremećaj i drugi specifični i nespecifični parafilčni poremećaji. Ovi poremećaji su izabrani zbog dva glavna razloga; prvi je da taj da su relativno česti, a drugi je taj da neki od njih uključuju radnje kojima je svrha užitek, a te radnje su pri tom potencijalno štetne za druge i zbog toga se smatraju kriminalnim djelima.

Poremećaj vezan uz voajerizam označava ponavljajuće i intenzivno seksualno uzbuđenje nastalo promatranjem osobe koja ne zna da ju se promatra, a u tom trenutku je naga, razodijeva se ili je u seksualnom aktu. Poremećaj vezan uz egzibicionizam se odnosi na ponavljajuće i intenzivno seksualno uzbuđenje uzrokovano pokazivanjem spolnih organa osobi koja to ne očekuje. Poremećaj vezan uz froterizam uključuje ponavljajuće i intenzivno seksualno uzbuđenje nastalo dodirivanjem ili trljanjem o osobe koje nisu dale pristanak. Seksualni mazohistički poremećaj uključuje ponavljajuće i intenzivno seksualno uzbuđenje uzrokovano poniženjem, udaranjem, vezivanjem ili drugim načinima uzrokovanja patnje ili boli. Seksualni sadistički

poremećaj obuhvaća ponavljajuće i intenzivno seksualno uzbuđenje nastalo nanošenjem psihološke ili fizičke boli drugoj osobi. Pod poremećaj vezan uz pedofiliju spadaju ponavljajuće, intenzivne seksualne fantazije, potrebe ili seksualne aktivnosti s prepubertetskom djecom. Fetišistički poremećaj označava ponavljajuće i intenzivno seksualno uzbuđenje nastalo zbog jakog fokusa na predmete ili određene dijelove tijela u koje ne spadaju spolni organi. Transvestitski poremećaj (transvestitski fetišizam) očituje se ponavljajućim i intenzivnim seksualnim uzbuđenjem za vrijeme odijevanja u odjeću tradicionalno vezanu za suprotni spol.

5. MAZOHIZAM

5.1. Dijagnostički kriteriji seksualnog mazohističkog poremećaja

Prema DSM-5 (1) klasifikaciji za postavljanje dijagnoze seksualnog mazohističkog poremećaja osoba mora ispunjavati dva kriterija: A i B. Kriterij A se odnosi na to da tijekom najmanje šest mjeseci osoba ima ponavljajuća i intenzivna seksualna uzbuđenja nastala zbog fantazija, nagona ili ponašanja koja dovode do poniženja, udaranja, bičevanja, vezivanja ili drugih radnji kojima je svrha podnijeti patnju. Prema kriteriju B, te fantazije, nagoni ili ponašanja moraju uzrokovati znatno funkcionalno oštećenje ili subjektivne smetnje. S druge strane, ako osoba nema nikakvih teškoća (npr. anksioznost, krivnju, neugodu) zbog tih parafilčnih impulsa i nije spriječena u ostvarivanju drugih osobnih ciljeva, može se ustvrditi da takva osoba ima mazohistički seksualni interes, ali ne i mazohistički seksualni poremećaj (9).

Vezano uz samu dijagnozu, naglašene su i određene specifičnosti. Tako se unutar dijagnoze izdvajaju osobe koje se podvrgavaju seksualnoj autoerotskoj asfiksiji. To je postupak kojim se ostvaruje seksualno uzbuđenje restrikcijom disanja. Također se ističe važnost toga nalazi li se osoba u kontroliranim uvjetima, primjerice u instituciji u kojoj joj je onemogućeno prakticiranje mazohističkih aktivnosti. Kao zadnje je naglašeno nalazi li se osoba u remisiji, što znači da ne postoji poremećaj u funkcioniranju tijekom posljednjih pet godina. U DSM-5 (1) ističe se i to da je kriterij trajanja poremećaja šest mjeseci samo okvirno razdoblje i da se dijagnoza može postaviti i u kraćem vremenskom roku.

Mnoga stanja koja bi mogla biti diferencijalna dijagnoza za seksualni mazohistički poremećaj (npr. transvestitski fetišizam, seksualni sadistički poremećaj, alkoholizam i zlouporaba droga) također se pojavljuju i u komorbiditetu s ovim poremećajem. Zbog toga je bitno točno

odrediti pokazuje li osoba kriterije za utvrđivanje seksualnog mazohističkog poremećaja, imajući pritom na umu druge parafilije ili mentalne poremećaje kao moguće diferencijalne dijagnoze. Važno je u diferencijalnu dijagnozu uključiti i seksualni mazohizam bez oštećenja (nije riječ o poremećaju), jer pojedinci koji prakticiraju takve navike mogu biti zadovoljni sa svojom mazohističkom orijentacijom.

5.2. Rani tijek, prevalencija i prognostički čimbenici seksualnog mazohističkog poremećaja

Prema DSM-5 (1), kod pojedinaca s parafilijama zabilježen je početak mazohizma u dobi od 19,3 godine. Iako se kod mlađe dobi, uključujući pubertet i djetinjstvo, mogu uočiti počeci mazohističkih fantazija. Jako malo se zna o perzistenciji ovog poremećaja tijekom vremena. Seksualni mazohistički poremećaj prema definiciji mora imati neke faktore koji doprinose dijagnozi. U te faktore ubrajaju se: subjektivni stres (npr. krivnja, sram, intenzivna seksualna frustracija, usamljenost), psihijatrijski morbiditet, hiperseksualnost i seksualna impulzivnost te teškoće u psihosocijalnom funkcioniranju. Stoga se može zaključiti da će tijek seksualnog mazohističkog poremećaja s godinama varirati. Kao što starenje utječe na normalno seksualno ponašanje, tako će utjecati i na smanjenje sklonosti za seksualni mazohizam.

Prevalencija seksualnog mazohističkog poremećaja u populaciji je nepoznata. U Australiji se procjenjuje da su 2,2% muškaraca i 1,3% žena u zadnjih 12 mjeseci prakticirali seksualne aktivnosti poput vezivanja i kažnjavanja, sadomazohizma, dominacije i submisije. Osobe mogu prakticirati samo mazohizam ili se mogu upuštati i u sadističke postupke. Tako Sandnabba,

Santtila, Alison i Nordling (10) navode da se 22,7% njihovih ispitanika identificira i kao sadist i kao mazohist, s tim da se njih 27% primarno identificira kao sadist, a 50,2% kao mazohist.

5.3. Teorije mazohizma

Glickauf-Hughes i Wells (11) navode da je kod mazohizma prisutan problem u objektivnim relacijama (tj. međuljudskim odnosima i emocionalnim razmjenama). On potječe od tzv. patološke ljubavi u kojoj volimo osobu koja nam ne uzvraća ljubav, odnosno ne odgovara istom količinom pozitivnih osjećanja kojima je obasipamo. Smatrajući da je problem u nama, svoju volju pokušavamo maksimalno podrediti voljenoj osobi, čime prolazimo proces samoporicanja. Vlastitu pokornost smatramo činom ljubavi prema ciljanoj osobi, odnosno poistovjećujemo je sa samim procesom voljenja i zadobivanja ljubavi. Zbog toga su osobe sklone mazohizmu pretjerano brižne prema drugima (tretiraju osobe u svojoj okolini onako kako bi željeli da i sami budu tretirani). Mazohisti smatraju da su obavezni stalno pomagati drugima kako bi time zadobili zaštitu i neku pozitivnu emociju ili srdačanu gestu. Paradoksalno, oni nisu sposobni primiti od drugih, jer bi time dobili protuuslugu za svoje djelo i tako izgubili kontrolu nad situacijom. U nerecipročnom odnosu (tj. kada oni samo daju, a drugi primaju), mazohisti se osjećaju sigurno, zaštićeno i ugodno. Oni smatraju da ih drugi neće povrijediti zato što su bili dobri prema njima. Također imaju nisko samopoštovanje, a najvjerojatnije su rasli u nepredvidivoj i nesigurnoj okolini u kojoj su njihove potrebe za bliskošću i povezivanjem s drugima često bile osujećene.

Deleuze (12) dodaje da mazohistička ličnost nije uopće slaba i submisivna, niti teži vlastitoj nihilizaciji, već je sarkastična, prkosna, sklona preziru i podrugivanju. Drugim riječima, mazohist pokazuje da je spreman preživjeti ponižavanje, prisiljavanje, nanošenje boli i uvreda, čime omalovažava moć datih postupaka. Autor smatra da mazohist najviše uživa nakon izvršene

„kazne“ nad njim, što predstavlja jednu vrstu pobjede. S druge strane, ovo može biti odraz mazohističke dvoličnosti te prikrivenog hedonizma koji graniči sa sadizmom.

Shainess (13) iznosi zapažanje da su mazohisti osobe koje su sklone pretjeranom ispričavanju i u situacijama kada nisu krive. One su plašljive i mrze druge, a smatraju da je prikladno osvetiti se samima sebi. Glick i Meyers (14) mazohizam nazivaju „oružjem slabijih“, koje se stječe u procesu socijalizacije. Djevojčica može usvojiti majčin mazohistični odnos prema sebi i svijetu, a to usvajanje može biti potkrijepljeno od strane društva, koje podržava mušku nadmoć. Mazohistima su potrebni svjedoci njihove patnje, a to su im najčešće partneri. Njihova popustljivost uvijek uključuje prkos, a nježnost skriva bijes. Pomoću svog položaja poraženog, oni odnose tajnu pobjedu (15).

6. SADIZAM

6.1. Dijagnostički kriteriji seksualnog sadističkog poremećaja

DSM-5 (1) razlikuje dva kriterija za postavljanje dijagnoze seksualnog sadističkog poremećaja. Pod kriterijem A podrazumijeva se da je osoba najmanje šest mjeseci imala ponavljajuće i intenzivno seksualno uzbuđenje nastalo zbog fantazija, nagona ili ponašanja povezanih s fizičkom ili psihološkom patnjom druge osobe. Prema kriteriju B, osoba je djelovala u skladu s tim nagonima bez pristanka druge osobe ili su ti nagoni ili fantazije uzrokovali značajno oštećenje u socijalnom, radnom ili nekom drugom području funkcioniranja te osobe. U postavljanju dijagnoze važno je ako je osoba pri dijagnosticiranju bila u kontroliranim uvjetima u kojima nije mogla prakticirati sadističke aktivnosti. Također se naglašava da je osoba u remisiji ako u posljednjih pet godina nije djelovala u skladu sa svojim nagonima s nesuglasnom osobom te da nema značajnog funkcionalnog oštećenja. U DSM-5 (1) ističe se i to da je kriterij trajanja poremećaja šest mjeseci samo okvirno razdoblje i da se dijagnoza može postaviti i u kraćem vremenskom roku. Dodatna značajka za postavljanje dijagnoze je i ekstenzivno korištenje pornografije u kojoj se prikazuje nanošenje boli i patnje drugoj osobi.

Navedeni dijagnostički kriteriji za seksualni sadizam vrijede i za pojedince koji sami priznaju svoje parafilicne interese i za osobe koje negiraju seksualni interes za takve aktivnosti unatoč tome što postoje značajni dokazi za suprotno. Pojedincima koji sami priznaju interes za sadističke aktivnosti može se dijagnosticirati poremećaj ako imaju značajno oštećeno psihosocijalno funkcioniranje. U protivnom se radi samo o sadističkom seksualnom interesu, a ne o pravom poremećaju. Kod pojedinaca koji negiraju postojanje interesa za sadističke aktivnosti, ali je poznato da su uzrokovali patnju ili bol žrtvama u više odvojenih prilika, također se može

postaviti dijagnozu seksualnog sadističkog poremećaja. Njihovo ponavljajuće patološko ponašanje zahtijeva potporu kliničara (što zadovoljava kriterij A), a s druge strane takvo sadistički motivirano ponašanje uzrokuje značajnu štetu za druge ljude (što zadovoljava kriterij B).

Kod diferencijalne dijagnoze seksualnog sadističkog poremećaja moraju se uzeti u obzir razni drugi poremećaji (npr. antisocijalni poremećaj ličnosti, seksualni mazohistički poremećaj, hiperseksualnost) koji se mogu javiti u komorboditetu s njim. Poremećaji koji se najčešće nalaze u komorboditetu sa seksualnim sadističkim poremećajem su drugi parafilicni poremećaji.

Pri postavljanju dijagnoze treba se uzeti detaljna anamneza pacijenta s posebnim osvrtom na razvoj i sadržaj seksualnih fantazija, seksualnih iskustava ili prekršaja tijekom njegovog života. Također se ispituje učestalost samozadovoljavanja, gledanje pornografije, detaljna analiza sadističkih i drugih parafilicnih fantazija, ponašanje unutar i izvan veze te prijašnja kriminalna djela (9).

6.2. Rani tijek, prevalencija i prognostički čimbenici seksualnog sadističkog poremećaja

U istraživanju provedenom na seksualnim prijestupnicima iz Austrije, dijagnoza seksualnog sadizma prema DSM-IV postavljena je kod njih 6%, dok je kod silovatelja postotak poremećaja bio 10% (16). Nedovoljno podataka je prikupljeno o prevalenciji seksualnog sadizma izvan populacije kriminalaca. Općenito se može reći da je seksualni sadizam učestaliji u muškoj populaciji i da se pojavljuje početkom puberteta (9). Seksualni sadizam kao takav je vjerojatno doživotna karakteristika pojedinca, dok seksualni sadistički poremećaj može varirati ovisno o

subjektivnoj razini stresa te ovisno o sklonosti osobe za nanošenje štete drugoj osobi. Kao i kod seksualnog mazohističkog poremećaja, i ovdje se starenjem smanjuje utjecaj poremećaja na seksualno ponašanje pojedinca.

6.3. Teorije o sadizmu

Brojni istraživači tvrde da seksualno uzbuđenje kod ovog poremećaja potječe iz nasilnog ponašanja (17). Neki vjeruju da je suština poremećaja zapravo u žrtvinoj reakciji na nasilje i ponižavanje ili da potječe iz osjećaja moći i kontrole koje pojedinac dobiva takvim ponašanjem (18). Drugi pak smatraju da uzbuđenje nastaje zbog patnje i straha koje žrtva doživljava (19). Erich Fromm (20) određuje sadizam kao strast prema apsolutnoj i neograničenoj kontroli nad nekim živim bićem. Dodaje kako su ponižavanje žrtve, seksualno zlostavljanje i zadavanje boli isključivo manifestacije potpune vlasti nad objektom (osobom). Dakle, one same po sebi nisu cilj sadističkog čina.

Sadistička osoba je kao dijete živjela u obitelji s malo nježnosti, razumijevanja i skrbi, a odgoj joj nije omogućio osamostaljenje. Odnosi u obitelji su bili opterećeni sadomazohističkim elementima, prenaplašenom brigom i upornom borbom tko će koga nadvladati (21). Glavna pobuda koja pokreće sadista je osveta. Patnje koje je on pretrpio dok je bio žrtva sada želi priuštiti drugima, stoga se preobražava iz žrtve u mučitelja (22).

Herbert S. Stroom (23) je u izjavi jedne pacijentice prepoznao sadistički moto: „Tko voli, priznaje da je slabiji. Kako možete cijeniti takvu osobu?“. Za sadističku osobu ljubav ponekad znači gubitak vlasti. Prema tome, ona se brani od ljubavnih osjećaja pokušavajući nadvladati partnera. Kad je sadist voljen, on prezire onog tko ga voli. Sadist mrzi u drugima ono što nastoji

sakriti u sebi. Kako su sadističke i mazohističke crte zapravo neurotske posljedice neprimjerenog odgoja, često ih nalazimo u jednoj te istoj osobi (24).

Siomopoulos i Goldsmith (25) raspravljaju o pet kliničkih kategorija sadizma: sadizam sam po sebi gdje osoba uživa nanoseći drugima bol; sadizam kao neurotski simptom – sadizam je dio šire kliničke slike, odnosno mentalnog poremećaja, a sastoji se u tome da subjekt jednostavno mora pokazati agresivno ponašanje prema nekoj osobi ili objektu; to ne radi da bi izazvao patnju osobe, već kako bi kroz odabrani agresivni čin smanjio unutrašnji osjećaj napetosti i nelagode); sadizam povezan s izmijenjenim stanjem svijesti (nasilničko ponašanje se, dakle, može javiti pod utjecajem psihoaktivnih droga, stanja izazvanih hipnozom, suženjem ili proširenjem svijesti tijekom doživljaja seksualne ekstaze); sadizam povezan sa psihozom (najčešće u okviru paranoidne shizofrenije te manijakalne faze manično-depresivnih bolesnika); karakterološki sadizam (tzv. neseksualni sadizam: osoba je hostilna, zlonamjerna i osvetoljubiva prema ljudima generalno; riječ je o njenoj patološkoj crti ličnosti koja podrazumijeva pretjeranu potrebu za kontrolom situacije i moći nad drugima).

7. POREMEĆAJI LIČNOSTI

7.1. Klasifikacija i postavljanje dijagnoze poremećaja ličnosti

Prema DSM-5 (1) poremećaj ličnosti je dugotrajni model unutrašnjeg doživljavanja i ponašanja koji izrazito odstupa od očekivanog s obzirom na kulturalnu pripadnost osobe, sveprisutan je i nefleksibilan, ima početak u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, stabilan je tijekom vremena te dovodi do smetnji ili oštećenja.

Postoje dva pristupa dijagnostičkoj procjeni poremećaja ličnosti. Dijagnostički pristup koji se koristi u sekciji II novog DSM-5 je kategorijalni pristup, prema kojem poremećaji ličnosti predstavljaju kvalitativno različite sindrome. Prema dimenzionalnom gledištu u sekciji III u DSM-5, poremećaji ličnosti predstavljaju neprilagođene inačice crta ličnosti koje se neprimjetno stapaju s normalom i jedna s drugom. Uključivanje oba modela procjene (kategorijski i dimenzijski) u novom DSM-5, odražava podijeljene stavove američkih psihijatara koji su ga stvarali, u smislu da se s jedne strane nastavlja kontinuitet DSM-IV koji se koristi u kliničkoj praksi, ali i potrebu da se uvede alternativni pristup (26).

Poremećaji ličnosti dijele se u tri skupine (cluster): A, B, i C, na temelju opisnih sličnosti. U skupinu A spadaju paranoidni, shizoidni i shizotipni poremećaj ličnosti. Osobe iz skupine A okolini se doimaju kao čudne i ekscentrične. Paranoidna ličnost je karakterizirana emocionalnom hladnoćom. Takvi pojedinci obično su tajnoviti i sumnjičavi te često nalaze neprijateljske i zlobne motive u postupcima drugih. Shizoidna ličnost karakterizira emocionalna hladnoća, ali u ovom slučaju postoji i povlačenje iz društva te tendencija osamljivanju. Obilježja shizotipnog poremećaja ličnosti su ekscentričnost u ponašanju, izrazita nelagodnost u međuljudskim odnosima te promjene u percepciji stvarnosti: neobične, magične i paranoidne

misli. U skupinu B spadaju antisocijalni, granični, histrionski i narcistični poremećaj ličnosti. Osobe iz ove skupine se doživljavaju kao impulzivne, dramatične ili nestabilne. Antisocijalni poremećaj ličnosti je prepoznatljiv po zanemarivanju i nepoštivanju tuđih prava i potreba. Graničnu ličnost obilježava impulzivnost i nestabilnost u ponašanju, raspoloženju i interpersonalnim odnosima, ali i u slici o samome sebi. Histrionski poremećaj ličnosti karakteriziraju pretjerana emocionalnost i konstantna potreba za pažnjom drugih. Osobe s narcističnim poremećajem ličnosti nemaju empatiju. Sebe doživljavaju kao superiorne i zahtijevaju divljenje drugih ljudi. U skupinu C spadaju izbjegavajući, ovisni i opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti. Osobe iz ove skupine se smatra prestrašenima ili anksioznima. Osobe s izbjegavajućim poremećajem ličnosti imaju osjećaj manje vrijednosti, pretjerano su osjetljivi na kritiku ili neodobravanje, odbijaju stupiti u nove odnose ako nisu sigurne da će biti prihvaćene i voljene. Ovisni poremećaj ličnosti je karakteriziran podčinjavanjem, izbjegavanjem odgovornosti, nedostatkom samopouzdanja te pretjeranom potrebom da se drugi brinu o njima. Opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti obilježava zaokupljenost detaljima i time da se sve čini ispravno. To su rigidne osobe koje se teško prilagođavaju promjenama. Prevalencija osoba koje pripadaju skupini A iznosi 5,7%, za skupinu B iznosi oko 1,5%, dok su osobe iz skupine C zastupljene sa 6% (1).

Crte ličnosti su dugotrajni model percepcije, odnosa i razmišljanja o okolini i samom sebi, koji se izražava u širokom rasponu socijalnih i osobnih situacija. Samo kada su te crte nefleksibilne, neprilagođene i uzrokuju značajno funkcionalno oštećenje ili subjektivne smetnje, tvore poremećaj ličnosti. Dijagnoza poremećaja ličnosti zahtijeva prosudbu dugotrajnog modela funkcioniranja, a osobite crte ličnosti moraju se pokazati do rane odrasle dobi. Crte ličnosti kojima se definiraju ovi poremećaji također se moraju razlučiti od karakteristika koje se javljaju

kao odgovor na specifične stresore u nekim situacijama ili od prolaznih duševnih stanja (npr. anksiozni poremećaji, intoksikacija).

Kriteriji za postavljanje dijagnoze poremećaja ličnosti su:

- A. Dugotrajni model unutarnjeg doživljavanja i ponašanja koji izrazito odstupa od očekivanog s obzirom na kulturološku pripadnost osobe. Ovaj model se očituje na dva (ili više) od sljedećih područja:
 - 1. kognitivnom (tj. načini percipiranja i interpretiranja samoga sebe, drugih ljudi i događaja)
 - 2. emotivnom (tj. raspon, intenzitet, labilnost i prikladnost emotivnog odgovora)
 - 3. u interpersonalnom funkcioniranju
 - 4. u kontroli poriva
- B. Dugotrajni model je nefleksibilan i pervazivan u širokom rasponu osobnih i socijalnih situacija
- C. Dugotrajni model dovodi do klinički značajnog oštećenja socijalnog, radnog ili drugih važnih područja funkcioniranja
- D. Model je stabilan i dugotrajan, a početak se može pratiti unatrag do adolescencije ili rane odrasle dobi
- E. Dugotrajni model nije bolje opisan kao izražavanje ili posljedica drugog duševnog poremećaja
- F. Dugotrajni model ne nastaje zbog neposrednih fizioloških učinaka neke psihoaktivne tvari (zloupotreba droga ili primjena lijekova) ili općeg zdravstvenog stanja (26).

Kako bi dijagnoza poremećaja ličnosti bila pravilno postavljena, kod pojedinca se mora točno procijeniti dugotrajni model ponašanja, odnosno trajni i pervazivni obrasci emocionalne ekspresije, interpersonalnih odnosa, socijalnog funkcioniranja i percepcije samoga sebe i drugih.

Za dijagnosticiranje su u većini slučajeva ključne informacije koje se dobiju od okoline pacijenta. Takvi potencijalni izvori informacija su prijašnja evidencija (medicinska, školska, zatvorska) i iskazi drugih ljudi (obitelj, prijatelji) (27). Ti heteroanamnestički podaci su važni jer takvi pojedinci obično nemaju objektivni uvid u svoje ponašanje i njegove moguće posljedice.

Prilikom razmatranja ličnosti i poremećaja ličnosti, prvo trebaju biti opisane odlike crta ličnosti te osobe. Kod procjene ličnosti posebno su bitni interesi i aktivnosti, interpersonalni odnosi, emocije, stavovi (religijski, moralni), percepcija sebe i način nošenja s teškoćama. Zatim je potrebno, prema veličini stupnja oštećenja koje nastaje zbog tih karakteristika ličnosti, procijeniti da li je riječ o poremećaju ličnosti. Nakon toga se opisuju i navode te patološke crte ličnosti (27).

7.2. Antisocijalni poremećaj ličnosti

Antisocijalno ponašanje označava oblike ponašanja kao što su delikventna, nasilna i kriminalna ponašanja te antisocijalni poremećaji ponašanja i ličnosti (28). Prema DSM-IV, antisocijalni poremećaj karakteriziraju dvije glavne komponentne koje moraju biti zadovoljene kako bi se pacijentu dijagnosticirao navedeni poremećaj. Prva se odnosi na prisutnost poremećaja u ponašanju prije petnaeste godine. U navedeni kriterij spadaju sljedeća ponašanja: neopravdano izostajanje iz škole, bježanje od kuće, laganje, krađa te uništavanje tuđe imovine (3). Skoro 80% ljudi s dijagnozom antisocijalnog poremećaja ličnosti ima simptome do jedanaeste godine, s tim da se kod dječaka prikazuju ranije nego kod djevojčica koje ne moraju pokazivati antisocijalno ponašanje sve do puberteta (29). Drugi dio definicije antisocijalnog poremećaja odnosi se na ustrajnost tog obrasca i u odrasloj dobi. Odrasla osoba s antisocijalnim poremećajem ličnosti ponaša se neodgovorno prema svom poslu, krši zakone, laže, razdražljiva

je i fizički agresivna, ne vraća dugove i ne obazire se na opasnost. Takva osoba je impulzivna i ne razmišlja unaprijed. Osim toga, ne pridaje važnost istini niti se kaje zbog svojih nedjela. Danas većina istraživača psihopate identificira preko dva glavna skupa ponašanja. Prvi se odnosi na sebičnost, beščutnost te iskorištavanje drugih, a drugi na antisocijalni životni stil (pri čemu se više naglašava ponašanje) (3).

Za razliku od opisa poremećaja, prema DSM-IV koji se fokusira na antisocijalno ponašanje, bitno je sagledati poremećaj i s kognitivne i s emocionalne strane. Tako Cleckey (30) siromaštvo emocija (pozitivnih, ali i negativnih) navodi kao jedan od bitnijih aspekata antisocijalnog poremećaja. Takve osobe ne osjećaju sram, a čak i njihovi naizgled pozitivni osjećaji prema drugim ljudima su samo gluma.

DSM-5 (1) uz ove kriterije antisocijalnog ponašanja dodaje i naglašava doživljaj samoga sebe i interpersonalne odnose. Osobe s antisocijalnim poremećajem ličnosti identificiraju same sebe kroz egocentrizam, a samopoštovanje im proizlazi iz osjećaja moći ili zadovoljstva. Usmjerene su na sebe i glavni cilj im je postizanje osobne gratifikacije. U interpersonalnim odnosima DSM-5 (1) uvodi kategorije empatije i intimnosti. Nedostatak empatije kod tih osoba je vidljiv po tome što ne iskazuju zabrinutost za tuđe osjećaje niti mogu razumjeti potrebe drugih ljudi. Iz toga onda proizlazi i nedostatak kajanja za patnju i štetu koju su prouzročili svojim postupcima. Intimni odnosi su im narušeni jer druge ljude doživljavaju kao sredstva ostvarenja vlastite dobiti. U odnosima s drugom osobom koriste se lažima, prisilom i dominacijom. Sve to rade kako bi ostvarili osobnu korist, moć i užitek kroz koje jedino mogu dobiti osjećaj vrijednosti koji im kronično nedostaje.

Donald Black (29) je proveo istraživanje prema kojem antisocijalno ponašanje obično počinje prije osme godine života. Za djecu koja do petnaeste godine ne pokažu simptome smatra se da ga niti neće razviti tijekom života. DSM-5 (1), kako je već navedeno, postavlja dijagnozu tek nakon osamnaeste godine, ali je pritom potrebno ispitati jesu li prije toga postojale karakteristike poremećaja ponašanja. 25% djevojčica i 40% dječaka koji su tijekom odrastanja imali poremećaj ponašanja, nakon osamnaeste godine dobije dijagnozu antisocijalnog poremećaja ličnosti (29).

Ne može se točno predvidjeti kakav će biti ishod svakog pojedinca s antisocijalnim ponašanjem, ali se smatra da će daljnji tijek biti lošiji u onim slučajevima u kojima je takvo ponašanje počelo u ranijoj dječjoj dobi. Neki faktori ipak mogu utjecati na takve poremećaje te dovesti do njihovog ublaživanja. Tu spadaju bračni i obiteljski odnosi, veze pojedinca sa zajednicom, stupanj socijalizacije i okorjelost (obrazac ponašanja traje dugi niz godina) (29).

S obzirom na to da ljudi s antisocijalnim poremećajem ličnosti ipak pokazuju ponašanja koja su bezosjećajna i okrutna te uzrokuju značajne probleme u svojoj užoj okolini, ali i društvu u cjelini, možemo reći da prevalencija nije zanemariva. Ona u općoj populaciji iznosi 2 do 4% među muškarcima, a 0,5 do 1% među ženama (29).

7.3. Granični poremećaj ličnosti

Jedan od najizraženijih kriterija graničnog poremećaja ličnosti je nestabilnost. Nestabilnost u interpersonalnim odnosima, nestabilnost raspoloženja i slike o samome sebi. Tako, primjerice, stavovi i osjećaji prema drugim ljudima mogu značajno i bezrazložno varirati u kratkom razdoblju. Emocije se također lako promijene, posebice u smjeru srdžbe (3). Odnosi s

drugim ljudima su intenzivni. Djelomično zbog nestabilnosti osjećaja, stavova i ponašanja, granične ličnosti nisu razvile jasnu sliku o sebi i trajno su nesigurne u vezi vlastite vrijednosti. Takve osobe ne mogu podnijeti osamljenost i boje se biti napuštene. Zbog toga ulažu velike napore kako bi izbjegle stvarno ili zamišljeno napuštanje. Navedeni oblik razmišljanja i ponašanja dovodi do toga da su sklone imati intenzivne odnose koji traju privremeno i variraju između idealizacije i obezvjeđivanja (tzv. crno-bijeli svijet) (26).

Druga značajna karakteristika graničnog poremećaja ličnosti je sklonost suicidalnom ponašanju, a povezana je s ekstremnim emocijama koje te osobe doživljavaju. To je zapravo jedini poremećaj, uz depresiju, u čijim se kriterijima za dijagnozu nalazi sklonost samoozljeđivanju (31). Procjenjuje se da će 25 do 50% osoba s graničnim poremećajem pokušati izvršiti samoubojstvo barem jednom u životu, a da će 8 do 19% u tome uspjeti (32).

Impulzivnost se kod osoba s graničnim poremećajem očituje u rizičnim ponašanjima koja su za njih štetna, npr. rizično seksualno ponašanje, opasna vožnja, trošenje novca, uporaba psihoaktivnih tvari. U kriterije graničnog poremećaja ličnosti spadaju još kronični osjećaj praznine i neprimjeren bijes koji se teško kontrolira. Također se mogu javiti prolazne paranoidne ideje ili teški disocijativni simptomi koji su vezani uz stres. Za postavljanje dijagnoze graničnog poremećaja ličnosti trebaju biti prisutne barem četiri od sedam patoloških crta ličnosti, a minimalno jedna od njih mora biti impulzivnost, rizično ponašanje ili hostilnost. Međutim, vrijedi naglasiti da je granični poremećaj ličnosti sklon promjenama simptoma i kriterija, zbog čega osoba tijekom vremena može izgubiti kriterije za postavljanje dijagnoze ovog poremećaja (26).

Prvi simptomi graničnog poremećaja ličnosti javljaju se u kasnom djetinjstvu, jasno su prisutni u adolescenciji i imaju maksimum u ranoj odrasloj dobi. Adolescenti kod kojih se rano očituje poremećaj ličnosti, imaju visok rizik za ozbiljna oštećenja u odrasloj dobi. U ta oštećenja spadaju obrazovni i akademski neuspjeh, širok raspon interpersonalnih teškoća, kao i značajni problemi mentalnog zdravlja uz sam poremećaj ličnosti (33).

U općoj populaciji prevalencija graničnog poremećaja ličnosti iznosi 2% (26). Ono što je specifično za ovaj poremećaj je to da ga u čak četiri petine čine žene. S obzirom na to da je kod antisocijalnog poremećaja ličnosti distribucija suprotna – 80 % su muškarci, može se reći da su ova dva poremećaja zapravo međusobno zrcalna (34).

7.4. Histrionski poremećaj ličnosti

Osobe s histrionskim poremećajem ličnosti pretjerano su dramatične, teatralne i usredotočene na sebe. Stalno traže pažnju drugih i osjećaju nelagodu kada nisu u središtu pozornosti. Emocije izražavaju na ekstravagantan i preuveličan način, a zapravo se te emocije često doimaju plitkima. Takve osobe imaju ekscesivan način govora a u govoru često izostavljaju ključne pojedinosti. Veliku važnost pridaju fizičkom izgledu kao jednom od glavnih načina kojim privlače pažnju drugih ljudi. Sklone su neprimjerenj seksualnoj provokativnosti u interakciji s drugima, zaokupljene su vlastitom seksualnošću te ju prenose na svoj način ponašanja i oblačenja. Vjeruju da su njihovi odnosi s drugima intimniji nego što stvarno jesu (3). Za histrionske ličnosti karakteristična je sugestibilnost, što znači da su izrazito podložni tuđim utjecajima (31). DSM-5 (1) navodi da je učestalost histrionskog poremećaja ličnosti 1,84%,

prema podacima Nacionalnog epidemiološkog istraživanja o alkoholizmu i srodnim stanjima iz 2001.-2002. godine.

Kod postavljanja dijagnoze ovog poremećaja također je bitno uzeti u obzir odstupanje od kulturalne norme. Ono što se u jednoj kulturi smatra pretjeranim, može biti sasvim normalno u drugoj, što nam ukazuje na važnost kulturalnih normi i vrijednosti pri određivanju toga da li ćemo neku ekstremnu crtu ličnosti smatrati patološkom (26).

7.5. Narcistični poremećaj ličnosti

Za postavljanje dijagnoze narcističnog poremećaja ličnosti treba obratiti pažnju na patološke crte ličnosti, ali i na interpersonalne odnose samog pojedinca i njegov doživljaj selfa. Prema DSM-IV (35), osobe s narcisoidnom ličnošću usredotočene su jedino i isključivo na sebe. Karakterizira ih doživljaj velike vlastite vrijednosti, odnosno imaju grandiozna shvaćanja o svojoj jedinstvenosti, važnosti i sposobnostima. Zaokupljene su fantazijama o velikom uspjehu, moći, ljepoti ili idealnoj ljubavi. Potrebna im je konstantna pažnja i divljenje drugih ljudi i smatraju da ih mogu razumjeti samo posebne osobe ili one na visokom društvenom položaju tako da se samo s takvima i treba družiti. Interpersonalni odnosi su im značajno poremećeni zbog osjećaja zavisti i arogancije te zbog nedostatka empatije. Također, sklone su iskorištavanju drugih ljudi radi postizanja vlastitih ciljeva ne poštujući pritom njihova prava. Narcistične osobe misle da drugi ljudi moraju izlaziti u susret njihovim željama i očekivanjima na što oni ne moraju uzvratiti na isti način (3). Ne mogu prepoznati osjećaje i potrebe drugih ljudi, a u ponašanju su oholi, arogantni i snobovski. Osjećaju zavist prema drugima ili su uvjereni da drugi zavide njima (31). Prema DSM-IV klasifikaciji, narcistični poremećaj ličnosti se dijagnosticira

kada je zadovoljeno najmanje pet od gore navedenih kriterija. Između 0,5 i 1% ljudi u općoj populaciji ima narcistični poremećaj ličnosti, a njih 50-70% su muškarci (36).

Kada se govori o interpersonalnom funkcioniranju osoba s narcističnim poremećajem ličnosti, ponovno je važno razmotriti empatiju i kapacitet za intimne odnose. Te osobe će biti pretjerano usmjerene na tumačenje reakcija drugih pa će se s njima usklađivati, no samo ako procijene da je to njima iz nekog razloga bitno. Prijateljske ili ljubavne veze koje uspostavljaju su površne i služe im isključivo kako bi gradili i održavali svoje samopoštovanje. Prava bliskost i produbljivanje odnosa su onemogućeni jer će osobe s narcističnim poremećajem ličnosti biti zaokupljene ostvarenjem vlastitog interesa i nisu zainteresirane za iskustva i doživljaje drugih. Narcistični poremećaj često se dijagnosticira zajedno s drugim poremećajima ličnosti kao što su histrionski, granični, antisocijalni i paranoidni poremećaj. Bitno je uočiti razliku između načina prezentiranja poremećaja u skupini B. Narcisoidna ličnost je grandiozna, histrionska ličnost je koketna, antisocijalna bešćutna, a granična ličnost je ovisna. Za razliku od osoba s graničnim poremećajem ličnosti, slika sebe kod narcisoidne osobe je očuvana, ona nije toliko impulzivna i manje je autodestruktivna. Razlika između histrionske i narcisoidne ličnosti je u tome što su narcisoidne osobe orijentirane na postignuća i ponosne na svoje uspjehe. Rijetko iskazuju svoje osjećaje tako intenzivno kao osobe s histrionskim poremećajem i nije im stalo do osjećaja i potreba drugih ljudi (37). Prema DSM-IV klasifikaciji, i narcisoidne ličnosti i psihopati su površni, slatkorječivi, nisu empatični i iskorištavaju druge, ali su narcisoidne osobe manje impulzivne, manje agresivne i nisu toliko lukave.

8. SADOMAZOHIZAM

8.1. Teorije sadomazohizma

Sadomazohizam možemo shvatiti kao jednu od seksualnosti ili kao seksualnu orijentaciju. Seksualnost se može smatrati središnjim dijelom dugotrajne veze, a seksualna kompatibilnost i zadovoljenost igraju značajnu ulogu u tome hoće li par ostati u vezi ili ne (38). Stoga sadomazohističkim parovima činjenica da su se međusobno pronašli i da dijele seksualnu orijentaciju omogućuje dosta užitka i zadovoljstva. S druge strane, sadomazohizam možemo shvatiti kao psihičku karakternu crtu koja se uopće ne mora svjesno manifestirati u seksualnosti. Sadomazohizam kao fenomen je daleko iznad same seksualnosti, jer se razvija iz psihičkih procesa koji pobuđuju seksualne želje i porive.

Foucault (39) karakterizira sadomazohizam kao izuzetno „iznenađujući fenomen”, a sadomazohistički odnos ne promatra kao odnos između osobe koja pati i one koja tu patnju nanosi, već kao odnos između gospodara i onoga na kome se provodi vlast. Foucault smatra da su odnosi u sadomazohizmu, kao i u svim društvenim odnosima, bazirani na odnosima moći, odnosno načinima kojima se moć kao takva provodi. Navodi kako je u sadomazohističkoj seksualnosti neizvjesnost bitan element. Takva seksualnost se provodi u oslobađajućoj, samo naizgled disciplinarnoj ulozi, a zapravo služi kao ostvarenje pozitivnih međusobnih odnosa pojedinaca i kao proširenje njihovih seksualnih horizonata.

Američka sociologinja Lynn Chancer (40) sadomazohizam također analizira kroz odnose moći i njihovu dinamiku. Dinamiku odnosa dominantne i submisivne osobe tumači pomoću Hegelovog paradoksa gospodara i roba, prema kojem rob uvjetuje gospodara i time mu daje

vlast, a u sadomazohističkom odnosu submisivna osoba na taj način određuje dinamiku odnosa i to je shvaćeno kao osnova sadomazohizma. Chancer kritizira pretpostavku da sadist želi potpuno poslušnog mazohističkog partnera nad kojim će provoditi svoju dominaciju i kontrolu. Smatra da sadist, koliko god se čini željan kontrole, žudi za otporom mazohista, jer mu upravo taj otpor i neposlušnost donosi izazov za novim nametanjem moći i vlastitog autoriteta te time neprestano obnovljeni užitak.

Kernberg (41) opisuje sadomazohizam kao sastavni dio infantilne seksualnosti i glavni dio seksualnog djelovanja i ljubavnih odnosa. Isto tako je esencijalni dio seksualnog uzbuđenja i erotične požude. Usko je povezan s originalnim libidinalnim aspektima tjelesne stimulacije u kontekstu brižnog odnosa s majkom, u smislu idealizacije tjelesne površine i tjelesnih otvora koji predstavljaju idealni objekt. Idealni objekt je fantazija o roditelju koji uvijek daje, uvijek voli i prihvaća u suprotnosti s djetetovim iskustvom u realitetu; zamjena za obezvrijeđen stvarni roditeljski objekt (42). Sadomazohizam sadržava agresivne impulse potaknute frustracijom izazvanom idealnim objektom. Sadizam i mazohizam sudjeluju u svim aspektima seksualnog razvoja, odražavaju integraciju ljubavi i mržnje u osnovi seksualne ljubavi (41).

Sadomazohistički odnos stvara simbiozu ljubavi i mržnje pod dominacijom ljubavi. Sadomazohizam se odražava kao nekonvencionalna, asocijalna, privatna, tajna i intimna pobjeda nad Edipovim parom na primitivnoj razini (41). Edipov par predstavlja nesvjesnu projekciju veze dvoje ljudi kao kopiju veze njihovih roditelja. Iako se to može činiti apsurdnim, ta se projekcija odvija na duboko nesvjesnoj razini, što može dovesti do kroničnog nesvjesnog osjećaja krivnje. Krivnja razara vezu upravo onda kad ju se smatra najviše zadovoljavajućom (43). Sadistički i mazohistički aspekti u ljubavnom odnosu omogućuju partnerima oslobođenje

od konzervativnog morala. Ta sloboda otvara vrata cijelom nizu seksualnih užitaka, ali i agresiji. Potraga za simbiozom u ekstatičnoj ljubavi je izrazito povezana s potragom za simbiozom u boli.

Ono što je neočekivano kod sadizma i mazohizma kao komplementarnih seksualnih orijentacija, je to da su sadomazohistički elementi prisutni u cijelom spektru od onog što se smatra normalnim do teške psihopatologije. Sadomazohistički elementi su uvijek prisutni u perverznim sastavnicama seksualnosti, kao što su primjerice voajerizam i egzibicionizam, ali pronađena je i nerazdvojiva veza između sadomazohizma i seksualnosti općenito. Seksualno uzbuđenje potaknuto sadomazohističkim impulsima predstavlja potrebu ujedinjenja ljubavi i mržnje uz osiguranje da će ljubav ipak prevladati. Smatra se osnovom za savladavanje primarnog razdvajanja ljubavi i mržnje te osnovom za toleriranje ambivalentnosti. Sadomazohistički elementi u seksualnim odnosima predstavljaju obradu ambivalentnosti i stvaraju temelj ljubavnih odnosa (41).

Strean (23) navodi da su sadizam i mazohizam dva lica istog novčića. Stoga se često koristi izraz sadomazohistički, pripisujući ga ponašanju koje je naizmjenično grubo i nježno (komplementarno). Neki bračni parovi uživaju u svojim patnjama i svađama te su zapravo „presretni što se nesretni“. To su osobe s niskim samopoštovanjem koje reagiraju neprijateljskim ponašanjem ako im partner ne posveti dovoljno pažnje. Budući da nisu svjesni svoje velike ranjivosti, međusobno se napadaju jer im pokazivanje neprijateljstva daje osjećaj moći. Kada muž napada ženu osjeća se privremeno moćan, međutim ako žena i dalje pati, muž se osjeća krivim i polagano se pojavljuje mazohizam. Tako si godinama mogu potpomagati u stvaranju zajedničkog jada međusobno se mrzeći.

Prema Pecku (6), postoji tendencija da se sadizam i mazohizam isključivo povezuju sa seksualnom aktivnošću. Mnogo češćim, a time i ozbiljnijim, smatra fenomen društvenog sadomazohizma u kojem ljudi žele povrijediti i biti povrijeđeni kroz neseksualne međusobne odnose. Slično kao Streaan govori da žena dopuštajući da bude zlostavljana, stječe osjećaj superiornosti. Na kraju si žena može priuštiti osjećaj sadističkog zadovoljstva promatrajući muža kako ju moli za oprost iz ponižavajućeg položaja, dok ona ima moć odlučivanja hoće li ga prihvatiti ili odbaciti. Analiziranjem takvih žena najčešće se otkrije da su kao djeca bile zlostavljane. One se osvećuju kroz osjećaj moralne superiornosti, što zahtjeva neprekidno ponižavanje i maltretiranje. Ako je okolina prema njima dobra, nemaju razlog za osvetom. No ako je osveta njihov životni cilj, morat će se potruditi da se okolina loše odnosi prema njima da bi opravdali svoj cilj. Mazohisti prepuštanje mučenju smatraju ljubavlju, iako je to u suštini želja za osvetom motivirana mržnjom.

Iako su veze sadista i mazohista ispunjene patnjom, oni mogu biti snažno privrženi jedni drugima. Prototip takve veze je odnos u kojem jedan bračni partner emocionalno zlostavlja drugog, ali ostaju skupa dugo vremena, a njihov odnos je rezistentan na promjene koje im uputi bračni savjetnik. Razlog što su takve veze snažne leži u tome da i sadisti i mazohisti pokušavaju nadvladati strah od napuštanja. Tako sadist kaže: „Nije važno koliko ću te povrijediti, ne možeš me ostaviti“, a mazohist odgovara: „Dozvolit ću ti da me povrijediš koliko želiš, da budem siguran da me nikad nećeš ostaviti“ (44).

8.2. Poremećaj ličnosti i sadomazohizam

Prema medicinskom i psihoanalitičkom shvaćanju, u podlozi sadomazohističkih fantazija i radnji nalaze se neprilagođenost ili neki oblik psihološkog poremećaja, odnosno poremećaja ličnosti (45). Nađeno je preklapanje simptomatike sadomazohizma s graničnim (samoozljeđivanje, nestabilni odnosi, emocionalne krize), ovisnim (pretjerano udovoljavanje željama drugih, osjećaj nesposobnosti, strah od samostalnosti) i izbjegavajućim (osjetljivost na odbacivanje i kritike, osjećaj inferiornosti) poremećajem ličnosti koje iznosi 50% (46).

Kod osoba s agresivnim antisocijalnim poremećajem javljaju se erotske želje u potpunosti kontrolirane sadističkim impulsima. U toj mjeri da seksualni odnos služi kao napad na intimu druge osobe, njen fizički integritet ili čak život (47).

Granični poremećaj ličnosti, kao i antisocijalni poremećaj, karakteriziraju problemi s kontroliranjem pretjeranog agresivnog nagona. Dok je kod antisocijalnog poremećaja taj nagon usmjeren na druge ljude, kod graničnog poremećaja on dovodi do autodestruktivnog ponašanja (48). Prema Freudu (49), seksualni mazohizam predstavlja oblik autodestruktivnog mehanizma ponašanja. Seksualni mazohistički poremećaj je jedan od najčešćih oblika parafilija kod žena. (50). Među ženama s graničnim poremećajem ličnosti, kod onih sa seksualnim mazohističnim poremećajem zabilježeno je više slučajeva seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu te veći udio psihičkog i fizičkog zlostavljanja u vezama. Pacijentice s graničnim poremećajem ličnosti također imaju veću sklonost rizičnom seksualnom ponašanju (npr. ne korištenje prezervativa), što je povezano s njihovom hiperseksualnošću (51). Kao što je rečeno, seksualne traume u djetinjstvu se smatraju rizičnim čimbenikom za granični poremećaj ličnosti, a pretpostavlja se da imaju utjecaj i na nastanak parafilicnih poremećaja općenito te da su specifično povezane sa seksualnim mazohističkim poremećajem (52).

Prema istraživanju koje su proveli Frias i suradnici (50), pronađena je povezanost između seksualnog mazohističnog poremećaja i graničnog poremećaja ličnosti. Seksualni mazohistični poremećaj je deset puta češći kod žena s graničnim poremećajem ličnosti nego kod onih oboljelih od drugih poremećaja ličnosti. Ovaj rezultat ne mora značiti da je jedan poremećaj rizični čimbenik za drugi poremećaj, već se može reći da oba poremećaja imaju zajedničke faktore rizika, što objašnjava njihov komorbiditet. Primjerice, ovo istraživanje pokazuje da seksualno zlostavljanje u djetinjstvu igra ulogu u nastanku oba poremećaja, posebice kod ljudi koji su bili izloženi značajnom stupnju takve traume. To ukazuje na to da seksualno zlostavljanje u djetinjstvu utječe na normalan rani razvoj i psihoseksualnosti i ličnosti (50).

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da je prisutnost seksualnog mazohizma kod žena oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti u mogućoj vezi s osobitim načinom na koji takve žene stupaju u intimne veze. Pretpostavlja se da je težina seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu kod te skupine žena povezana s većim nepovjerenjem prema ljudima (53). Ta pretpostavka objašnjava zašto su žene oboljele od graničnog poremećaja ličnosti u ovom istraživanju sklonije odnosima koji su hladni i agresivni. Činjenica da od drugih očekuju samo negativno ponašanje je razlog zbog kojeg traže agresivnost u seksualnim vezama (50).

Što se tiče odlika ličnosti, istraživanje pokazuje da je prisutnost seksualnog mazohističkog poremećaja kod žena oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti veća kod onih koje pokazuju sklonost eksplorativnim seksualnim fantazijama (npr. promiskuitetnost, orgije). Također se pokazalo da perfekcionizam (npr. zabrinutost zbog grešaka) i samopouzdanje ne utječu na učestalost komorbiditeta. Zaključno se može reći da rezultati ovog istraživanja podržavaju tvrdnju da seksualni mazohistički poremećaj služi tome da se postignu više razine emocionalne stimulacije (teorija emocionalne samoregulacije), za razliku od mehanizma

samokažnjavanja prisutnog kod žena oboljelih od bipolarnog poremećaja ličnosti (psihodinamska teorija) (54).

Prema DSM-5 (1) osobe s histrionskim poremećajem ličnosti koriste se emocionalnom manipulacijom ili tjelesnom privlačnošću kako bi kontrolirali partnera. Mogu imati teškoće u postizanju intimnosti u romantičnim i seksualnim odnosima. Sklone su zanemarivanju dugoročnih odnosa kako bi napravili mjesta za uzbuđenja koja donose novi odnosi.

Narcisi mogu uspostaviti niz veza, ali problem nastaje kada vezu treba održati na zreloj razini koja uključuje načelo uzajamnosti. Idealna osoba za narcise zapravo ne postoji, što u njima izaziva jake frustracije. Emocionalno davanje narcisi često doživljavaju kao znak slabosti, a potrebu za drugom osobom kao znak ranjivosti. Narcise najviše privlače osobe upadnog socijalnog statusa jer im oni mogu omogućiti produžetak osjećaja grandioznosti ili pak osobe koje im se dive i laskaju im, jer tako izravno povećavaju samopouzdanje. U normalnoj ljubavnoj vezi izražavanje intimnih osjećaja izaziva suosjećanje i empatiju, što je suprotno patološkoj vezi, u kojoj se kao reakcija na potencijalnu ili stvarnu bliskost javlja anksioznost.

Često i lako se zaljubljuju u partnere koji su im seksualno uzbudljivi, ali to uzbuđenje ne traje dugo i oni se brzo ponovno zaljube u drugog partnera. Pokazuju ponavljajuće cikluse idealizacije i obezvrjeđivanja partnera s odgovarajućom početnom intenzivnom seksualnom aktivnošću koju ubrzo prati gubitak seksualnog interesa i dosada (55). Njihovi ljubavni životi se čine kaotičnim zbog intenzivnih i nestabilnih objektnih odnosa, postojanja višestrukih ljubavnih objekata te zbog očigledne seksualne slobode kojom izražavaju višestruke polimorne infantilne trendove. Značajni manjak normalnih socijalnih normi podupire ambivalentnu i kaotičnu prirodu njihovih objektnih odnosa. Uključivanje višestrukih polimornih perverzih trendova u

seksualne fantazije i aktivnosti treba se razlučiti od samih parafilija, kod kojih je pojedina perverzna aktivnost postala jedini, ponavljajući i obavezni obrazac za postizanje seksualnog uzbuđenja i orgazma (47).

Osobe s narcističnim crtama često se odnose prema drugima sadomazohistički. Doživljavaju veze kao odnos moći tako da pokušavaju dominirati ili biti podložni drugoj osobi. Za mnoge ljude je sadomazohizam samo manji ili povremeni dio života, dok je za pojedince s izraženim narcističnim crtama često dominantan dio funkcioniranja. Još jedan aspekt sadomazohizma ima kliničku važnost. Očituje se u tome da se sadomazohizam doživljava kao perverzan i kada osobe ne prakticiraju očite seksualne perverzije, zato što uključuje radnje kojima svjesno povrijeđuju one koje vole ili njima dozvoljavaju da povrijede njih. Sadomazohizam služi kao mehanizam obrane pomoću uspostavljanja ljubavnih odnosa u kojima postoji mala šansa da će biti napušteni (2).

Veza između osoba s narcističnim i graničnim poremećajem ličnosti može se promatrati u kontekstu sadomazohizma. Prema Joan Lachkar (56), narcis je osoba kojoj se „borderline“ divi, a „borderline“ stalno ima priliku doživjeti „spas“ samo od narcisa, posebno u situacijama psihičke krize. „Borderline“ često pati od manjka samopouzdanja i straha od napuštanja. Ne osjeća se dovoljno vrijednim da bi bio voljen te je često zaveden prividnom svemoći i čvrstinom narcisa koja im treba nasuprot njihovoj labilnosti. „Borderline“ narcisu služi za odlaganje svega negativnog ili neprihvatljivog za sebe, a istodobno „borderline“ pokazuje divljenje prema njegovoj „snazi“ hraneći mu lažni self i sliku spasitelja. Problem nastaje kada „borderline“ uđe u autodestruktivnu fazu i ne odgovara na grandioznu pomoć narcisa, ali kada se iscrpi, ponovno traži pomoć narcisa i začarani krug se nastavlja gdje se partneri međusobno hrane, ali i uništavaju.

9. LJUBAVNI ODNOSI

9.1. Zaljubljenost

Prema Pines (57), ne zaljubljujemo se slučajno, nego svjesno i nesvjesno bismo u koga ćemo se zaljubiti. Pozitivnu ulogu u procesu zaljublivanja igraju bliskost i uzbuđenje. Bliskost u vidu ponavljanih susreta među ljudima koji skupa rade povećava vjerojatnost sviđanja i privlačnosti. Adrenalin je prikazala kao eliksir ljubavi zbog kojeg su osobe sklonije zaljublivanju nakon tragičnog događaja ili važnog uspjeha. Spominje projektivnu identifikaciju kao najvažniji dio teorije objektivnih odnosa u razumijevanju zaljublivanja. To znači da si parovi međusobno projiciraju potisnute dijelove selfa, ali i internaliziraju partnerove projekcije te se identificiraju s tom projekcijom.

Ljudi su skloni zaljublivanju u partnere koji su na približno istoj razini zrelosti, ali koji imaju suprotne obrambene mehanizme. Različiti obrambeni ili karakterni stilovi prikrivaju inherentnu sličnost u razini diferencijacije i emocionalne zrelosti. Kada je određena patologija prisutna kod jednog partnera, obično se može pretpostaviti da će biti prisutna i kod drugog (57). Najčešći obrasci komplementarnih obrambenih stilova kod parova su sljedeći: jedan partner je dominantan i agresivan, drugi je submisivan i mazohističan; jedan partner je emocionalno udaljen, drugome je potrebna pažnja; jedan partner je bespomoćan i potrebna mu je briga, drugi je svemoguć (58). Prema rezultatima istraživanja (59), u 29,2% slučajeva razlog prekida bio je iste kvalitete kao razlog prvobitne privlačnosti. Pines (57) vjeruje kako je taj fenomen i češći te da predstavlja veliki izazov u održavanju dugotrajne veze.

Peck (6) smatra da je jedna od najvećih zabluda u vezi ljubavi njezino poistovjećivanje sa zaljubljenošću. Za razliku od prave ljubavi, zaljubljanje nije voljna radnja niti svjesni izbor, nego je za zaljubljenost specifična privremenost i erotsko iskustvo vezano za seks. Ovo naravno ne znači da se obavezno prestaje voljeti osobu u koju smo se bili zaljubili. Međutim, osjećaj strastvenog voljenja koje je karakteristično za zaljubljenost, uvijek prolazi. Da bi se razumjela priroda fenomena zaljubljenosti i neizbježnost njenog završetka, neophodno je ispitati prirodu onoga što psihijatri nazivaju granicom ega.

Iz onoga što možemo potvrditi kroz indirektne dokaze, čini se da novorođenče u toku prvih par mjeseci života ne zna razliku između sebe i ostalog dijela svemira. Još uvijek nema razlike između Ja i Ti, ono i svijet su jedno, nema identiteta. S vremenom dijete počinje stjecati iskustvo o sebi kao o pojedincu odvojenom od svijeta te razvijati osjećaj vlastitog Ja. Svijest o tome predstavlja granice ega te se javlja krajem prve godine. Period između druge i treće godine je tipičan za spoznaju granica vlastite moći. Već u trećoj godini dijete postaje svjesno svoje relativne nemoći, ali će povremeno odlaziti u svijet mašte gdje još uvijek postoji mogućnost svemoći i prisustvo superheroja. Iskustvo zaljubljenosti pruža nam mogućnost za ovakav bijeg, ali samo privremeno. Postepeno, do sredine puberteta, superheroji bivaju napušteni i mladi ljudi postaju svjesni toga da su individualnosti ograničene vlastitim tijelom i moćima. Razvoj granica ega je proces koji se proteže kroz djetinjstvo i adolescenciju te doseže do zrelosti, ali su granice koje se kasnije stvaraju prije psihičke nego fizičke.

Bit fenomena zaljubljenosti je iznenadno rušenje jednog dijela granica ega, što nam dozvoljava da stopimo svoj identitet s identitetom druge osobe. Ujedinjeni smo s onim koga volimo te više nema usamljenosti. S određenog gledišta, zaljubljenost je vrsta regresije. Ona vuče korijene iz najranijeg djetinjstva kada smo bili stopljeni s majkom. Uz stapanje pomalo doživljavamo osjećaj svemoći, kojeg smo se morali odreći na izlasku iz djetinjstva. Iznenada ili

polagano, oba partnera dolaze do mučnog otkrića da nisu jedno s voljenom osobom te da će ona i dalje imati vlastite želje, ukuse, predrasude. Jedna po jedna, granice će se početi vraćati na svoja mjesta te će se oni odljubiti. Sada su ponovno dvije odvojene individue, a kada dođe do ove točke, početak će polako prekidati svoj odnos ili će početi raditi na pravoj ljubavi.

Kernberg (43) smatra da zaljubljivanje ne predstavlja samo erotsko uzbuđenje. Zaljubljivanje obuhvaća i potragu dvoje ljudi za prisnošću, kao i želju da imaju zajedničke sustave vrijednosti i ideala. U članku Prepreke u zaljubljivanju i ljubavi (60) govori o ulozi objektnih odnosa u zaljubljivanju te da se moraju ostvariti dva razvojna stadija kako bi osobe bile sposobne zaljubiti se. Prvi stadij obuhvaća integraciju rane sposobnosti za senzualnom stimulacijom erogenih zona (osobito oralni i kožni erotizam) kako bi se kasnije ostvarila potpuna sposobnost uspostavljanja objektnih odnosa. Razvija se postupno i suptilno tijekom prvih pet godina života. Povezan je s normalnom integracijom internaliziranih objektnih odnosa, što vodi do normalne integracije self-koncepta (slike o sebi). To dalje vodi do integriranog poimanja drugih, također vodi i do popratne sposobnosti za uspostavljanje dubokih odnosa s drugim osobama. Neuspjeh u prvom stadiju se očituje u narcističnom poremećaju.

Drugi stadij se uspostavlja kada se potpuni genitalni užitek ujedini s ranijim tjelesnim erotizmom u kontekstu potpunih objektnih odnosa, uključujući i prateću seksualnu identifikaciju. Ovaj stadij odgovara uspješnom prevladavanju Edipovog sukoba i povezanih nesvjesnih zabrana protiv potpunih seksualnih odnosa. Neuspjeh u drugom stadiju se očituje u neurotičnim sindromima i seksualnim inhibicijama. Ovaj niz razvojnih stadija odnosi se i na libidalni i na agresivni nagon koji više ovise o razvoju internaliziranih objektnih odnosa nego o aktivaciji tjelesnih erogenih zona (60).

Zbog toga što se neuspjesi savladavanja ova dva stadija očituju neurozom ili poremećajem ličnosti, kratko ću ih usporediti. Prema Pecku (6) su ta dva stanja poremećaji odgovornosti kod

kojih će neurotične osobe na sebe preuzeti pretjeranu odgovornost, a osobe s poremećajem ličnosti premalu odgovornost. Navodi da je u psihoterapiji zahvalnije raditi s osobama s neurozama, upravo zbog njihove spremnosti da preuzmu odgovornost za svoje probleme. Peck smatra da postoji veliki broj ljudi koji imaju oba ova poremećaja istovremeno, što znači da su u nekim dijelovima života shrvani krivnjom jer nisu preuzeli odgovornost koja nije samo njihova, dok su u drugim propustili preuzimanje odgovornosti koja im pripada. Isto tako smatra da je mali broj onih koji nemaju neurozu i poremećaj ličnosti bar u određenoj mjeri.

Navodi da sva djeca imaju poremećaj ličnosti jer je njihov prirodni poriv negiranje odgovornosti za sukobe u kojima se nađu. Tako će, primjerice, dijete kada se potuče uvijek optuživati drugog kao inicijatora tuče. Na isti način su sva djeca sklona neurozi, odnosno instinktivno će preuzeti odgovornost za ono što im je uskraćeno. Dijete koje nije voljeno, prije će smatrati da nije vrijedno ljubavi, nego što će u roditeljima uočiti nesposobnost da vole. Roditelji imaju važnu ulogu u procesu sazrijevanja djece, a posvećujući im dovoljno vremena i ljubavi, poučavaju ih realističnom pristupu preuzimanja odgovornosti.

9.2. Ljubav

Ljubav je za Pecka (6) voljni čin kojim pomažemo vlastiti i tuđi duhovni rast i sazrijevanje. Isto tako, ljubav je aktivnost, a ne osjećaj. Osoba može voljeti jer je tako odlučila. Odlučila je voljeti bez obzira je li prisutan osjećaj ljubavi. Pozitivno je ako je osjećaj prisutan, ali ako nije, posvećenost ljubavi i dalje djeluje u njenom ostvarivanju. Osnovni oblik djelovanja ljubavi je pažnja, a najvažniji način izvedbe pažnje je slušanje. Brown i Amatea (61) definiraju posvećenost kao kognitivni dio ljubavi koji se odnosi na kognitivne radnje prije nego emocije i može uključivati svjesne namjere i snagu volje. Činjenica da sadomazohistički parovi dijele

sklonosti utjecala je na njihove svjesne namjere u vezi posvećenosti međusobnim odnosima. Parovi su bili svjesni neočekivano dobrog slaganja s trenutačno odabranim partnerima koji također prakticiraju sadomazohističke radnje i imali su namjeru nastaviti vezu. Osjećaj olakšanja što su napokon pronašli kompatibilnog partnera s kojim dijele seksualnu orijentaciju je dodatni poticaj vezi.

Kernberg (60) je vjerovao da sposobnost da volimo odražava razinu emocionalne zrelosti pojedinca. Razina zrelosti ovisi o stadiju u kojem je došlo do neuspjeha u razvoju u procesu separacije-individuacije. Što se ranije dogodio razvojni neuspjeh i što je trauma koja ga je uzrokovala bila teža, veća je vjerojatnost da će utjecati na sposobnost pojedinca da voli. Sposobnost da volimo može se opisati kao kontinuum koji je on predstavio kao petodijelnu skalu. Na jednom kraju skale je potpuna nesposobnost za ljubav i uspostavljanje odnosa koji uključuju seksualnu ljubav. Karakteristična je za ekstremne primjere narcistične i shizofrene strukture ličnosti. Narcistični poremećaj ličnosti karakteriziraju nerealni osjećaji grandioziteta i stalna potreba za divljenjem drugih ljudi. Ta potpuna posvećenost samome sebi onemogućuje uspostavljanje intimnih veza.

Kao sljedeći dio skale navodi se seksualni promiskuitet koji je prisutan kod manje ekstremnih narcističnih struktura ličnosti. Osobe u ovom dijelu skale sposobne su uspostaviti intimne odnose, ali s obzirom da se prema drugima odnose kao prema sredstvu za vlastitu korist, ti odnosi su nezreli, nepotpuni i često orijentirani samo na seksualno. Idući dio skale naziva se primitivna idealizacija partnera i dječja ovisnost, a prisutan je kod graničnog poremećaja ličnosti. Osobe s ovim poremećajem imaju nestabilne interpersonalne odnose i povezanost s partnerom varira od potpune idealizacije do njegovog odbacivanja. Također su emocionalno nestabilni, impulzivni i očajnički pokušavaju spriječiti stvarno ili zamišljeno napuštanje. Slijedi sposobnost

stvaranja stabilnih odnosa, bez sposobnosti za potpunim seksualnim zadovoljenjem. Ovaj dio skale karakteriziraju manje izraženi poremećaji ličnosti i neuroze. Neuroze su, prema psihoanalitičkoj teoriji, smetnje koje nastaju iz nesvjesnog konflikta koji stvara anksioznost. Anksioznost dovodi do korištenja različitih obrambenih mehanizama koji iskrivljuju stvarnost. Ozbiljne intimne veze sa zdravom kombinacijom seksualnosti i obzirnosti prema drugima predstavljaju pozitivni kraj skale.

Empatija i udovoljavanje željama partnera su najbolji način rasta u vezi. Ako se partneri razvijaju i njihova veza se razvija (7). Ljudi koji vjeruju u romantičnu sudbinu u smislu da su potencijalni romantični partneri suđeni jedno drugome, skloniji su korištenju strategija izbjegavanja pri rješavanju problema u vezi te prihvaćaju više odgovornosti za završetak veze, jer je opisuju kao pogrešnu od samog početka. S druge strane, ljudi koji vjeruju da se uspješne veze njeguju i razvijaju, imaju dugotrajan pristup vezi, koriste strategije održavanja veze te čak i kad ta veza završi ne misle da je bila pogrešna od početka (62).

10. ZAKLJUČAK

Mazohizam nikada ne ide bez sadizma i svaki je mazohist ujedno i sadist. Sadomazohist pronalazi drugog sadomazohista kako bi rotirao ili potvrđivao svoju ulogu u vezi. Seksualno ponašanje je fascinantna i složena pojava, varira od kulture do kulture te se mijenja s vremenom. Sadomazohizam je većinom označen kao devijantno, nenormalno ponašanje i nailazi na društveno neprihvatanje. Međutim, osobe koje prakticiraju takav odnos često su zadovoljne svojom seksualnošću, ali i kvalitetom života. Sadomazohizam se može promatrati i sa psihičke i s emocionalne sfere pri čemu se parovi najčešće međusobno čine nesretnima, a usprkos tome ne napuštaju takvu vezu.

U sadomazohističnim odnosima česta pojava je izražavanje agresije prema partneru jer se njega smatra uzrokom vlastitog niskog samopoštovanja. Nakon izražene agresije, osoba ubrzo osjeti krivnju jer smatra da se nedolično ponijela te svom partneru daje povod za njegov izljev bijesa. Ovo je obrazac koji predstavlja samu srž i začarani krug sadomazohističkog odnosa. Zajednički strah od napuštanja i mehanizmi kojima se brane od usamljenosti utječu na stabilnost i dugovječnost odnosa. Dio tajne dugovječnosti sadomazohističkih odnosa leži u kompatibilnosti seksualne orijentacije i zajedničkom shvaćanju boli kao užitku, dio u dogovornoj i zadovoljavajućoj raspodjeli kontrole i moći u vezi, a dio u komplementarnosti njihovih želja i potreba. U svim dugovječnim ljubavnim odnosima, pa tako i sadomazohističnim, veliku ulogu igraju međusobno poštovanje i poklanjanje pažnje, svijest da je odnos sredstvo osobnog razvoja te sličnost sustava vrijednosti i ciljeva.

11. ZAHVALE

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

Zahvaljujem se obitelji i prijateljima koji su mi za vrijeme studiranja pružili podršku i pomogli svojim savjetima.

12. LITERATURA

1. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed). American Psychiatric Association, 2013.
2. Rosegrant J. Narcissism and Sadomasochistic Relationships. *J Clin Psychol* 2012;68(8):935-942.
3. Davidson G, Neale J. (ur.) Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1999.
4. Moser C, Levitt EE. An Exploratory-Descriptive Study of a Sadomasochistically Oriented Sample. *J Sex Res* 1987;23(3):322-337.
5. Spengler A. Manifest sadomasochism of males: Results of an empirical study. *Arch Sex Behav* 1977;6(6):441-456.
6. Peck S. The road less traveled: A new psychology of love, traditional values, and spiritual growth. New York: Simon & Schuster, 1979.
7. Pines AM, Aronson E. Career burnout: Causes and cures. New York: Free Press, 1988.
8. First MB. DSM-5 and paraphilic disorders. *J Am Acad Psychiatry Law* 2014;42(2):191-201.
9. Balon R. (ed.) Practical guide to Paraphilia and Paraphilic Disorders. Basel: Springer International Publishing, 2016.
10. Sandnabba NK, Santtila P, Alison L, Nordling N. Demographics, sexual behaviour, family background and abuse experiences of practitioners of sadomasochistic sex: A review of recent research. *Sex Relatsh Ther* 2002;17(1):39-55.
11. Glickauf-Hughes C, Wells M. Current Conceptualizations on Masochism: Genesis and Object Relations. *Am J Psychother* 1991;45(1):53-68.

12. Deleuze G. From Sacher-Masoch to Masochism. *Angelaki* 2004;9(1):125-133.
13. Shainess N. Masochism Revisited: Reflections of Masochism and Its Childhood Antecedents. *Am J Psychother* 1997;51(4):552-568.
14. Glick RA, Meyers DI. *Masochism: current psychoanalytic perspectives*. London: The Analytic Press, 1988.
15. Reik T. *Masochism in modern man*. New York: Grove Press, 1941.
16. Eher R, Rettenberger M, Schilling F. Psychiatric diagnoses of sexual offenders. An empirical study of 807 incarcerated child abuse offenders and rapists. *Beitr Sexualforsch* 2010;23:23-35.
17. Knight RA, Prentky RA. Classifying sexual offenders: the development and corroboration of taxonomic models. in: Marshall WL, Law DL, Barbaree HE (Eds.) *Handbook of sexual assault: issues, theories and treatment of the offender*. New York: Plenum, 1990. Str. 23–52.
18. Dietz PE, Hazelwood RR, Warren J. The sexually sadistic criminal and his offenses. *Ser Murd Mod Sci Perspect* 2018;18(2):299-314.
19. Briken P, Bourget D, Dufour M. Sexual sadism in sexual offenders and sexually motivated homicide. *Psychiatr Clin North Am* 2014;37(2):1-16.
20. Fromm E. *Anatomija ljudske destruktivnosti*. Zagreb: Naprijed, 1978.
21. Meissner WW. The conceptualization of marriage and family dynamics from a psychoanalytic perspective. In Paolino TJ, McCrady BS(eds.). *Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral and systems theory perspectives*. Oxford, England: Brunner/Mazel, 1978. Str. 25-88
22. Stoller R. *Perversion: The erotic form of hatred*. New York: Pantheon Books, 1975.
23. Strean HS. *Izvanbračna veza*. Zagreb: Naprijed, 1981.

24. Wertham F. A sign for cain. New York: Macmillan, 1969.
25. Siomopoulos V, Goldsmith J. Sadism Revisited. *Am J Psychother* 1976;30(4):631-640.
26. Marčinko D, Jakovljević M, Rudan V i sur., Poremećaji ličnosti: stvarni ljudi, stvarni problemi. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
27. Semple D, Smyth R. *Oxford Handbook of Psychiatry* (3rd edition). Oxford: Oxford University Press, 2013.
28. Stoff D, Breiling J, Maser J. *Handbook of antisocial behavior*, New York: Wiley, 1997.
29. Black D. The Natural History of Antisocial Personality Disorder. *Can J Psychiatry* 2015;60(7):309-314.
30. Cleckley H. *The mask of sanity* (5th edition). St. Louis: Mosby, 1976.
31. Begić D, Jukić V, Medved V. (ur.) *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
32. Marangell LB, Bauer MS, Dennehy EB, Wisniewski SR, Allen MH, Miklowitz DJ et al. Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1,556 patients with bipolar disorders followed for up to 2 years. *Bipolar Disord* 2006;8:566-575.
33. Schmeck K, Schlüter-Müller S. Rano otkrivanje i intervencija za granični poremećaj ličnosti u adolescenciji. *Soc Psihijat* 2017;45(1):30-35.
34. Paris J. Antisocial and Borderline Personality Disorders: Two separate Diagnoses or Two Aspects of the Same Psychopathology. *Compr Psychiatry* 1997;38(4):237-242.
35. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR 4th Edition* (text revision) American Psychiatric Association, 2000.
36. Marčinko D, Rudan V. (ur.) *Narcistični poremećaj ličnosti i njegova dijagnostička opravdanost*. Zagreb: Medicinska naklada, 2013.
37. Vaknin S. *Malignant Self Love-Narcissism Revisited, 8th Revisited Edition*. Prague: Narcissus Publications, 2007.

38. Lawrence K, Byers ES. Development of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction in long-term relationships. *Can J Hum Sex* 1992;1(3):123-128.
39. Foucault M, *Sexual Choice, Sexual Act, Essential Works Vol. 1, Ethics, Subjectivity and Truth*. New York: New Press, 1997.
40. Chancer LS. *Sadomasochism in Everyday Life, The Dynamics of Power and Powerlessness*, New Jersey: Rutgers University Press, 1994.
41. Kernberg OF. Sadomasochism, sexual excitement, and perversion. *J Am Psychoanal Assoc* 1991;39(2):333-62.
42. Kernberg OF. Object Relations Theory and Character Analysis. *J Amer Psychoanal* 1983;31:247-271.
43. Kernberg OF. Love Relations of the Heterosexual Couple. *Love and Its Obstacles*. New York: The Center for the Study of Science and Religion, 2004. Str. 20-40
44. Bach S. *The language of perversion and the language of love*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson Inc, 1994.
45. McCary J. *Human sexuality* (2nd ed.). New York: Van Nostrand Reinhold, 1973.
46. Reich J. Prevalence of DSM-III-R self-defeating (masochistic) personality disorder in normal and outpatient populations. *J Nerv Ment Dis* 1987;175(1):52-54.
47. Kernberg OF, *The Inseparable Nature of Love and Aggression Clinical and Theoretical Perspectives*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2012.
48. McGlashan TH, Heinssen RK. Narcissistic, Antisocial, and Noncomorbid Subgroups of Borderline Disorder: Are They Distinct Entities by Long-Term Clinical Profile? *Psychiatr Clin North Am* 1989;12(3):653-670.

49. Freud S. (1924/1957). The economic problem of masochism. In J. Strachey (Ed.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press, 1961. Str. 155-170.
50. Frías, Á, González, L, Palma C, Farriols N. Is There a Relationship Between Borderline Personality Disorder and Sexual Masochism in Women? Arch Sex Behav 2017;46(3):747-754.
51. Sansone RA, Lam C, Wiederman MW. The relationship between borderline personality disorder and number of sexual partners. J Pers Disord 2011;25(6):782-788.
52. Cohen LJ, Tanis T, Bhattacharjee R, Nesci C, Halmi W, Galynker I. Are there differential relationships between different types of childhood maltreatment and different types of adult personality pathology? Psychiatry Res 2014;215(1):192-201.
53. Bitzer J. Sexual aggression against girls and adult women: Causes and consequences. Ther Umsch 2005;62:217–222.
54. Sagarin BJ, Cutler B, Cutler N, Lawler-Sagarin KA, Matuszewich L. Hormonal changes and couple bonding in consensual sadomasochistic activity. Arch Sex Behav 2009;38:186-200.
55. Kernberg OF. Love relations: Normality and pathology. London: Yale University Press, 1995.
56. Lachkar J. How to talk to a Narcisst. New York: Routlege, Taylor and Francis Group, 2008.
57. Pines AM. Falling in Love; Why We Choose The Lovers We Choose. 2nd edition New York: Routledge Taylor and Francis Group, 2005.
58. Mittelman B. Complementary neurotic reactions in intimate relationships. Psychoanal Q 1944;13:479-491.

59. Feilmlee DH. Fatal attractions: Affection and Disaffection in intimate relationships. *J Soc Pers Relat* 1995;12:295-311.
60. Kernberg OF. Barriers to Falling and Remaining in Love. *J Am Psychoanal Assoc* 1974;22:486-511.
61. Brown N, Amatea E. *Love and Intimate Relationships*. Philadelphia: Brunner/Mazel, 2000.
62. Knee CR. Implicit theories of relationships: Assessment and prediction of romantic relationship initiation, coping and longevity. *J Soc Pers Relat* 1998;74:360-370.

13. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime: Mirta Tomljanović

Datum rođenja: 19.06.1993.

Mjesto rođenja: Virovitica, Republika Hrvatska

e-mail: laticamira7@gmail.com

DOSADAŠNJE OBRAZOVANJE

2012-2018. g. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet

2008-2012. g. Gimnazija u Slatini

2000-2008. g. Osnovna škola Eugena Kumičića, Slatina

CERTIFIKATI

2014. g. BLS/AED certifikat

2017. g. ILS certifikat

POSEBNA ZNANJA I VJEŠTINE

Korištenje engleskog jezika u govoru i pisanju

Poznavanje rada na računalu (MS Office, Internet)