

Psihodinamika depresije i anksioznosti u 21. stoljeću

Bertović, Matej

Master's thesis / Diplomski rad

2022

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:105:314560>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-24**



Repository / Repozitorij:

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



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Matej Bertović

**Psihodinamika depresije i anksioznosti u 21.
stoljeću**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2022.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Klinici za psihijatriju, Kliničko bolničkog centra Zagreb, Rebro, pod vodstvom prof. dr. sc. Darka Marčinka i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2021./2022.

POPIS KRATICA

PTSP - post-traumatski stresni poremećaj

KBT- kognitivno-bihevioralna terapija

MDD - engl. Major depressive disorder - veliki depresivni poremećaj

WHO - engl. World health organisation – svjetska zdravstvena organizacija

HIV - engl. human immunodeficiency virus – virus humane imunodeficijencije

KOPB - kronična opstruktivna plućna bolest

EEG - elektroencefalografija

PET- pozitronska emisijska tomografija

fNIRS - engl. Functional near-infrared spectroscopy - funkcionalna blisko infracrvena spektroskopija

HbO - oksigenirani hemoglobin

HbR - deoksigenirani hemoglobin

MKB-10 - deseta međunarodna klasifikacija bolesti

DSM-IV - engl. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - dijagnostički i statistički priručnik psihičkih bolesti

TMS - engl. Transcranial magnetic stimulation - transkranijalna magnetska stimulacija

SSRI - engl. Selective serotonin reuptake inhibitors - selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

MAOi - engl. Monoamine oxidase inhibitors - inhibitori monoaminske oksidaze

GAD - engl. Generalized anxiety disorder - generalizirani anksiozni poremećaj

OCD . engl. Obsessive compulsive disorder - opsesivno kompulzivni poremećaj

NPL - narcisoidni poremećaj ličnosti

Sadržaj

Sažetak.....	5
Summary	6
1. Uvod	7
2. Psihoanaliza	8
2.1. Povijest psihoanalize	9
2.2. Psihoanaliza u 21. stoljeću	10
2.3. Psihodinamska psihoterapija.....	11
3. Depresivni poremećaj	13
3.1. Etiologija depresivnog poremećaja.....	14
3.2. Epidemiologija depresije	15
3.3. Simptomi i znakovi depresivnog poremećaja	16
3.4. Dijagnoza i klasifikacija depresivnog poremećaja	17
3.5 Terapija depresivnog poremećaja	19
4. Anksiozni poremećaj.....	20
5. Utjecaj socijalnih faktora na psihopatologiju depresije i anksioznosti	23
5.1. Perfekcionizam u kulturi 21. stoljeća	23
5.2. Osjećaj srama kao preteča razvoju psihičkih poremećaja.....	25
5.3. Narcisoidni poremećaj u novom vremenu	26
6. Zaključak	28
7. Zahvale.....	29
8. Literatura	30
9. Životopis	40

Sažetak

Psihodinamika depresije i anksioznosti u 21. stoljeću

Matej Bertović

Novije doba i kultura prati izuzetni i dinamični znanstveni i tehnološki napredak, sveprisutnost utjecaja društvenih mreža i medija te izrazita kompetitivnost. Navedene promjene i faktori dovode do povećane učestalosti psihičkih bolesti poput depresije, anksioznosti te poremećaja ličnosti kao što je narcisoidni poremećaj ličnosti. Depresija i anksioznost predstavljaju dvije najčešće psihičke bolesti sa stalnim porastom prevalencije u društvu. Procjenjuje se da, na globalnoj razini, 163 milijuna ljudi boluje od depresije te 273 milijuna ljudi od raznih podtipova anksioznog poremećaja. Te bolesti predstavljaju veliko opterećenje na zdravstveni sustav, društvo, ali još bitnije na pojedinca kojemu narušavaju kvalitetu života. Psihoanaliza i psihodinamika, kao područja psihijatrije objašnjavaju psihološke procese, psihološki razvoj, ali isto tako nastanak psihičkih bolesti te načine psihoterapije tih bolesti.

KLJUČNE RIJEČI: depresija, anksioznost, psihodinamika

Summary

Psychodynamics of depression and anxiety in the 21st century

Matej Bertović

Modern times and culture are accompanied by exceptional and dynamic scientific and technological progress, the omnipresence of the influence of social networks and the media, and marked competitiveness. The aforementioned changes and factors lead to an increased frequency of mental illnesses such as depression, anxiety and personality disorders such as narcissistic personality disorder. Depression and anxiety are the two most common mental illnesses with a constant increase in prevalence in society. It is estimated that, globally, 163 million people suffer from depression and 273 million people suffer from various subtypes of anxiety disorders. These diseases represent a great burden on the health system and society, but even more importantly on the individual whose quality of life is impaired. Psychoanalysis and psychodynamics, as fields of psychiatry, explain psychological processes, psychological development, but also the emergence of mental illnesses and methods of psychotherapy for these illnesses.

KEY WORDS: depression, anxiety, psychodynamics

1. Uvod

Psihoanaliza je područje psihijatrije nastalo krajem 19. stoljeća, a osnovao ju je austrijski neurolog Sigmund Freud. Psihoanaliza proučava psihološki razvoj od ranoga djetinjstva te objašnjava obrasce ponašanja i faktore koji uvjetuju nastanak psihičkih bolesti kao i mehanizme razvoja istih. Psihoanalitička psihoterapija je oblik psihoterapije koji se bazira na psihoanalitičkim teorijama u liječenju psihičkih bolesti poput depresije, anksioznosti i poremećaja ličnosti. Psihodinamika je područje koje se bavi sličnom problematikom i liječenjem psihičkih bolesti nastalo iz psihoanalitičke teorije. Psihoanalitička psihoterapija je u novije vrijeme meta mnogih kritika zbog svoje empirijske neutemeljenosti te se pacijenti i terapeuti udaljavaju od te metode. Psihodinamska je terapija, s druge strane, uspješno potkovan znanstvenim dokazima te se i danas koristi u liječenju PTSP-a, depresije i anksioznih poremećaja. Također, prednost psihodinamske terapije je manja učestalost s obzirom na psihoanalitičku što je čini dostupnijom za pacijente. Porast prevalencije depresivnih i anksioznih poremećaja u 21. stoljeću uzrokovan je promjenama u kulturi koja pojedinca stavlja u izrazito kompetitivnu sredinu s visokim očekivanjima te stalnim utjecajem medija i društvenih mreža. Navedeni faktori utječu na psihopatologiju depresivnih i anksioznih poremećaja zbog čega je bitno razumijevanje psihoanalize i psihodinamike kao i primjene njihovih teorija u liječenju pacijenata.

2. Psihoanaliza

Psihoanaliza i psihoanalitičke metode kao način liječenja psihičkih bolesti, nastali su iz psihoanalitičke teorije (1). Psihoanalitička teorija koja se još može nazvati i “dubinska psihologija” pretpostavlja postojanje dubinskih, nesvjesnih dijelova uma (2). Psihoanalitička teorija nam objašnjava strukturu nesvjesnog dijela uma te njegovo djelovanje na naše ponašanje. Također objašnjava psihičke bolesti te analizira razloge njihovih pojava, tj. korijene koje vuku iz nesvjesnog dijela uma. Postoji nekoliko osnovnih načela psihoanalize (3) koje nam govore o razvoju i oblikovanju čovjekovog ponašanja. Psihoanaliza pretpostavlja da su obrasci čovjekovog ponašanja određeni zaboravljenim, tj. u nesvjesno potisnutim događajima iz ranog djetinjstva. Također, instiktualni nagoni uvelike utječu na ljudsko ponašanje i kognitivne procese, tj. način na koji osoba doživljava svijet oko sebe. Jedno od načela psihoanalize objašnjava pojam represije. Postoje nagoni i ideje koje, kada stignu do svjesnog dijela uma, tj. budu osviještene, kod osobe izazivaju osjećaj nelagode ili anksioznost. Represija i represivni mehanizmi ne dopuštaju tim nagonima i idejama dospjeće do svjesnog dijela uma već ih zadržavaju u nesvjesnom (4). Takvi mehanizmi mogu izazvati konflikte između svjesnog i nesvjesnog dijela uma koji rezultiraju pojavom nemira te psihičkih poremećaja poput depresije i anksioznosti. Psihoanaliza i psihoanalitičari pretpostavljaju da se nesvjesni i potisnuti fragmenti uma mogu iščitati iz određenih obrazaca ponašanja te snova (6). Psihoanalitičkom terapijom se pokušava nesvjesne dijelove uma dovesti u svjesni dio, tj. osvijestiti nesvjesno. Tokom terapije, između terapeuta i pacijenta se razvija prijenos ili transfer. Prijenos se definira kao proces u kojem pacijent tokom psihoterapije proživljava traume i konflikte iz djetinjstva projekcijom raznih osjećaja na terapeuta (5). To mogu biti osjećaji ljubavi, ljutnje, mržnje, itd.

Razvojem psihoanalize od kraja 19. stoljeća do danas razvile su se različite psihoanalitičke teorije koje potječu iz različitih teorijskih smjerova. Međutim, većina teorija ima naglasak na utjecaj i projekciju nesvjesnih dijelova uma na svjesni dio, tj. ponašanje pojedinca. Moguće najpoznatija psihoanalitička teorija je topografska teorija prvi put opisana u knjizi Sigmunda Freuda *Interpretacija snova* (6). Topografska teorija pretpostavlja da se um može podijeliti na 3 dijela: svjesni, preosvjesni i nesvjesni. Kasnije Freud predlaže strukturalnu teoriju koja dijeli um na id, ego i superego (7). Id obuhvaća neorganizirane i nesvjesne nagone koje čovjek stječe pri

rođenju. Svrha tih nagona, koje Freud naziva "Triebe", da funkcioniraju isključivo na principu zadovoljavanja instiktualnih nagona te izbjegavanju boli (8). Ego se razvija postepeno, kasnije kroz život te se njegovo funkcioniranje bazira na balansiranju između nagona koji potječu od id-a te stvarnosti i realiteta iz stvarnoga svijeta, tj. na principu realnosti (9). Superego je dio uma koji se suprotstavlja id-u. Superego obuhvaća ideale, vrijednosti i norme obitelji i društva (10). Zajedno s egom, superego je dijelom svjestan i djelom nesvjestan dok id obuhvaća nesvjesni dio ličnosti (11). Tokom dvadesetog stoljeća pojavilo se mnogo različitih novih psihoanalitičkih teorija poput psihologije ega (12), moderne teorije konflikata, teorije objektnih odnosa, psihologije selfa i ostalih. Psihoanaliza i psihoanalitičke metoda se i danas koriste u terapiji raznih psihičkih bolesti poput depresije (13).

2.1. Povijest psihoanalize

Pojam „psihoanaliza“ prvi je puta upotrijebio austrijski neurolog Sigmund Freud 1896. godine (1). Freud je popularizirao teoriju psihoanalize te 1899. godine izdaje po njegovom mišljenju njegovo najvrijednije djelo „Interpretacija snova“ gdje opisuje svoje teorije o nesvjesnom dijelu uma i njegovom povezanošću sa snovima (6). Freud u knjizi raspravlja o teoriji koja je kasnije nazvana „Edipov kompleks“. Tokom 1890-tih godina Freud je sa svojim suradnikom Josefom Breuerom radio na studijama o neurotičnim i histeričnim pacijentima (2). Freud je nastojao neurotične pacijente dovesti u stanje hipnoze. Freud i Breuer su zaključili da u stanju hipnoze, provodeći psihoanalizu, pacijenti svoje impulse i ideje, koji su prethodno bili nedostupni i „zaključani“ u nesvjesnom dijelu uma, lako dovode u svjesni dio te pokazuju poboljšanje i smanjenje neuroze (14). 1896. godine Freud objavljuje svoju teoriju zavođenja u kojoj govori o seksualnom zlostavljanju i uzbuđenju u djetinjstvu i utjecaju na histeriju i histerične simptome u odrasloj dobi koju kasnije demantira (15). Freud 1906. godine u djelu „Tri eseja o teoriji seksualnosti“ objašnjava psihoseksualne faze razvoja (16) koje dijeli na oralnu, analnu,

falusnu fazu, fazu latencije i zrelu genitalnu. Ideju o postojanju strukture uma, tj. id-a, ega i superega objavljuje 1923. godine (17). Nakon Freudove smrti, u drugoj polovici 20-tog stoljeća psihoanaliza se razvija u raznim smjerovima. Neki od važnijih psihoanalitičara bili su Freudovi učenici Alfred Alder i Carl Gustav Jung, neo-Freudovski analitičari Erich Fromm, Karen Horney i Harry Stack Sullivan (18) te Heinz Hartmann, psihijatar i psihoanalitičar, koji 1950-tih godina razvija „Ego teoriju“.

2.2. Psihoanaliza u 21. stoljeću

Nakon Freudove smrti te u drugoj polovici 20. stoljeća pa do danas, psihoanaliza se razvijala u mnogo različitih smjerova (18). Naime, psihoanaliza kao teorijska i terapijska disciplina datira s kraja devetnaestog stoljeća što ju čini disciplinom starom preko sto godina. Stoga nije za očekivati da će kao takva perzistirati bez manjih ili većih promjena. Razvili su se razni alternativni oblici psihoterapije, a klasična psihoanaliza i njene teorije, iako i dalje zastupljene i primjenjivane u terapiji različitih psihičkih bolesti, predmet su preispitivanja, rasprava i kritika. Postavlja se pitanje kako se psihodinamika i Freudove teorije uklapaju u današnju kliničku i akademsku klimu gdje je glavna paradigma „evidence-based medicine“ (19), tj. koliko je psihoanaliza relevantna kao praktična i psihijatrijska znanost. Primjena psihoanalize bilježi pad u novijem dobu, a razlog tome je upravo nedostatak znanstveno dokazane podloge za teorije Freuda i njegovih sljedbenika (20). Pokušaji aktualizacije teorije i prakse u skladu s trenutnim znanstvenim i kliničkim saznanjima nisu rezultirali uspjehom i to prvenstveno zato što se psihoanalitička teorija bazira na kliničkom iskustvu, a ne znanstvenim dokazima (21). Filozof Karl Popper, upravo zbog prethodno navedenog nedostatka znanstvene podloge, psihoanalizu naziva pseudoznаноšću koja se izolirala od empirijskih znanosti (22). Također, ugledni psihoanalitičar Peter Fonagy navodi kako je količina znanstvenih dokaza za psihoanalizu siromašna (23). S druge strane, Fonagy je u svojim istraživanjima (24) pokazao kako drugi oblik psihoterapije, srodan psihoanalizi, zvan psihodinamska terapija pruža dobre rezultate u liječenju psihijatrijskih bolesti. Naime, psihodinamska terapija, o kojoj će kasnije više biti riječ, pokazuje dobru i opširniju znanstvenu potporu, ali se ne može direktno uspoređivati s psihoanalizom zbog

različitih pristupa u liječenju. Nadalje, Fonagy tvrdi (24) da dugotrajna psihodinamska terapija, povezujući je tako s dugotrajnom psihoanalitičkom terapijom, pruža odlične rezultate u liječenju poremećaja ličnosti. Međutim, terapija koju je testirao Fonagy nalikuje spoju kognitivno bihevioralne i psihodinamske terapije tako da rezultati nisu relevantni za psihoanalizu. Pokušaji drugih autora, poput njemačkog psihoanalitičara Falka Leichsenringa (26) koji je objavio meta analize o psihoanalitičkom liječenju mentalnih poremećaja tvrdeći da postoji dovoljno dokaza o djelotvornosti metode, nisu relevantni zbog malih uzoraka kliničkih slučajeva. Manjak znanstvene potpore o djelotvornosti psihoanalize, nemogućnost provođenja kvalitetnih studija te visoka cijena i trajanje same terapije rezultirali su smanjenom potražnjom za psihoanalizom te okretanjem prema kraćim i jeftinijim alternativama kao što su kognitivno bihevioralna terapija i psihodinamska psihoterapija (27). Psihoanaliza se suočava s manjkom psihoanalitičkog kadra, sve manjom podrškom znanosti kao i samih korisnika psihoterapija te se teško pronalaze kvalitetni i empirijski potkovan odgovori na kritike. Neizvjesna je budućnost psihoanalize kao psihijatrijske discipline koja će svoje preživljenje morati tražiti kroz svoju rekonstrukciju i pokušaj prilagodbe svijetu kliničke i „evidence based“ medicine.

2.3. Psihodinamska psihoterapija

Psihodinamika je kao psihijatrijska, teorijska i terapijska disciplina nastala paralelno uz psihoanalitičku teoriju koju je razvio Sigmund Freud krajem 19. i početkom 20. stoljeća. Freud je prvi upotrijebio termin „psihodinamika“. Proučavajući pacijente koji su patili od psihičkih poremećaja, zaključio je da unatoč svjesnim pokušajima, pacijenti ne mogu ukloniti i zaustaviti svoje simptome. Zaključuje da problemi potječu iz nesvjesnog te da su psihički problemi i simptomi posljedica sukoba sa svjesnim dijelom uma. Psihodinamika proučava kako psihološki procesi utječu na emocije, ponašanje i osjećaje i kako su oni povezani s događajima iz ranog života ili djetinjstva (28). Psihodinamika se često koristi u istom kontekstu kao i psihoanaliza no potrebno je naglasiti da postoje razlike među tim teorijama. Psihoanaliza se odnosi na terapijsku i teorijsku disciplinu koja je nastala iz radova Freuda dok se psihodinamika oslanja na Freudove

teorije kao i teorije Erika Eriksona (teorija o ljudskom razvoju), Carla Junga (koncept arhetipova) i drugih. Psihodinamska je terapija puno manjeg intenziteta od psihoanalitičke koja se provodi 5-6 puta tjedno i zahtjeva velik angažman kako terapeuta tako i pacijenta. Provodi se jednom ili dva puta tjedno, čime je sličnija drugim popularnim oblicima psihološke terapije poput kognitivno bihevioralne terapije te je pacijentima iz tog razloga mnogo prihvatljivija. U drugoj polovici 20. stoljeća psihodinamska psihoterapija je zamijenila psihoanalitičku koja je u konstantnom opadanju (28).

Psihodinamska psihoterapija se provodi jednom do dva puta tjedno. Temelji se na razgovoru između pacijenta i terapeuta u kojem se pokušava doći do potisnutih emocija i nesvjesnih utjecaja na ponašanje. Od velike je važnosti dobro razvijen odnos između terapeuta i pacijenta (29). Terapeut je dužan jako dobro razumjeti pacijentov psihološki ustroj kako bi uspostavili ispravan ustroj psihoterapije koja će pacijentu i pomoći. Ohrabruje se iskrenost i otvorenost tokom razgovora, tj. analize upravo kako bi pacijent kroz razgovor iznio što više relevantnih informacija, za što mora imati veliko povjerenje u svog terapeuta (29).

Psihodinamika poteškoće s kojima se pacijenti suočavaju pripisuje razvoju nesvjesnih mehanizama koji svoj početak vuku iz ranog djetinjstva i izazivaju unutarnje konflikte na bihevioralnoj i emocionalnoj razini (30). Cilj terapije je otkriti, osvijestiti i razriješiti iste kako bi se olakšali ili otklonili simptomi. To se može ostvariti kroz razne tehnike, ovisno o procjeni terapeuta, kao što su slobodne asocijacije, interpretacija snova ili prepoznavanje rezistencije. Neovisno o tehnicama psihoterapije njihovi zajednički ciljevi su prepoznavanje obrazaca u ponašanju i odnosima, razumijevanje emocija i unapređivanje odnosa s drugim ljudima. Kao što je ranije navedeno, vrlo je bitan kvalitetan odnos između terapeuta i pacijenta. Tokom terapije, moguća je pojava transfera i kontratransfera između pacijenta i terapeuta. Pacijentovi osjećaji, želje i stavovi koji su nekoć bili usmjereni prema nekim važnim figurama iz života, poput roditelja ili drugih važnih osoba, se prenose na terapeuta. Tako pacijent ponovno proživljava, kasnije analizira te pokušava razumjeti i razriješiti događaje koje izazivaju trenutačne probleme (29).

U usporedbi s drugim relevantnim i suvremeno korištenim metodama psihoterapije psihodinamska psihoterapija pokazuje zadovoljavajuće rezultate u liječenju poremećaja poput anksioznosti, depresije i PTSP-a. Za razliku od psihoanalize koja je meta mnogih kritika zbog nedovoljne znanstvene utemeljenosti (23), psihodinamika je potkovana dobrom količinom

znanstvenih dokaza (24,31). Neke od studija su pokazale da su rezultati psihodinamske terapije usporedivi s popularnom kognitivno-bihevioralnom terapijom (32).

3. Depresivni poremećaj

Depresivni poremećaj spada u psihičke poremećaje u kojima postoje određena odstupanja u raspoloženju. Stoga, depresija je afektivni poremećaj. Depresija kao osjećaj se odnosi na stanje uma koje utječe na misli, motivaciju, ponašanje i osjećaje (33). Glavni simptom osjećaja depresije je anhedonija i ona se odnosi na gubitak volje i zadovoljstva u izvršavanju aktivnosti koje osobi obično donose sreću i zadovoljstvo (34). Nužno je razlikovati osjećaj depresije ili tuge od kliničke depresije. Depresivni osjećaj je jedna od osnovnih ljudskih emocija kao reakcija na određene životne događaje kao na primjer smrt člana obitelji, rastanak od partnera ili loš dan na poslu. Depresivni simptomi se mogu javiti i u nekim drugim poremećajima raspoloženja i psihičkim poremećajima poput shizofrenije, poremećaja ličnosti, alkoholizmu te mogu biti izazvani određenim lijekovima (35). Depresija kao psihijatrijska bolest se manifestira kroz patološki intenzitet i trajanje depresivnih simptoma poput anhedonije, gubitka apetita, lošeg sna, bespomoći, suicidalnih misli i ostalih, koji ometaju normalno funkcioniranje.

Pojam depresije i depresija kao bolest odavno su poznati i opisivani. Grčki filozof i otac medicine Hipokrat, opisao je melankoliju koja prema njegovim opisima predstavlja današnju depresiju. Melankolija znači „crna žuč“ i odnosi se na neravnotežu među tjelesnim sokovima. Sam pojam *depresija* izveden je iz latinske riječi *deprimire* što bi se prevedelo potisnuti ili pogurati prema dolje (36). Pojam melankolije se kroz povijest dugo zadržao kao službeni termin za pojavu depresije. Njemački psihijatar Emil Kraepelin bio je prvi koji je upotrijebio pojam depresije referirajući se na melankoliju kao depresivno stanje. Freud 1917. godine objavljuje rad „Tugovanje i melankolija“ u kojem opisuje gubitak određenog objekta, kao na primjer romantičnog partnera, koji rezultira subjektivnim gubitkom. Osoba koja je pretrpjela gubitak projicira svoje emocije na taj objekt što rezultira teškim melankoličnim simptomima koji nadilaze obično žaljenje. Osoba doživljava vanjski svijet tmurnim i negativnim, ali dolazi i do povrede ega upravo zbog projekcije emocija. Sredinom 20. stoljeća predložena je teorija kemijskog imbalance neurotransmitera u mozgu kao

izvor depresije. Teorija je nastala iz obzervacija utjecaja rezerpina i izoniazida (37) na pacijente s depresivnim simptomima, ali nikada nije dokazana.

3.1. Etiologija depresivnog poremećaja

Točan uzrok depresivnog poremećaja nije poznat. Genetski, psihološki i socijalni faktori imaju ulogu u razvoju ove bolesti i različito djeluju na pojedince (38). Studije koje su istraživale pojavnost depresivnog poremećaja u obiteljima te između blizanaca, pokazuju da postoji povećan rizik za razvoj depresije u pojedinca koji imaju rođaka u prvom koljenu s dijagnosticiranom depresijom (39). Također postoji visoka povezanost u razvoju depresije između jednojajčanih blizanaca. Traumatski događaji iz djetinjstva, poput zlostavljanja ili zanemarivanja imaju značajan utjecaj na razvoj velikog depresivnog poremećaja u odrasloj dobi. Polimorfizam određenih gena poput gena za serotoninski prijenosnik povezuje se s povećanim rizikom za razvoj bolesti. U osoba koje su proživjele zlostavljanje ili velike stresove te uz to imaju promijenjen gen, postoji nekoliko puta veća šansa za pojavu simptoma (40). To ukazuje na uzajamni utjecaj gena i okoline na razvoj depresije. Određene teorije govore o utjecaju poremećene ravnoteže neurotransmitera u mozgu kao uzrok razvoju bolesti. To uključuje poremećenu regulaciju serotonergične, kolinergične i katekolinerične transmisije (40) kao i poremećaj neuroendokrine regulacije u mozgu. Prethodna pojava depresivnog poremećaja, prisutnost anksioznog poremećaja te introvertiranost povećava vjerojatnost pojave ili relaps bolesti. Žene imaju povećani rizik za razvoj bolesti, posebno u postmenopauzi ili nakon poroda (postpartalna depresija) kada nastupa nova hormonska ravnoteža u tijelu. Kronične bolesti poput astme ili srčanog zatajenja (41) kao i neki lijekovi poput beta blokatora, kontraceptiva, interferona, antikonvulziva i drugih se povezuju s razvojem depresivnog poremećaja.

Psihodinamske teorije depresije kao i psihodinamski pristupi liječenju depresivnog poremećaja razvijali su se kroz većinu 20. stoljeća. Freud je termin psihodinamika koristio za objašnjavanje intrapsihičkih konflikata. S. Freud i K. Abraham pretpostavljaju kako je nastanak depresije uvjetovan karakternim osobinama koje naglašavaju ambivalenciju osjećaja i ovisnost o

određenim važnim objektima iz života osobe. Takve karakterne osobine rezultat su oralne fiksacije u najranijoj dobi (42) koja se povezuje s emocionalnom traumom nastalom zbog nedostatka majčinske ljubavi ili straha od gubitka djetetu važnog objekta. Druga teorija nalaže da se depresija pojavljuje kao reakcija oralnih crta ličnosti na gubitak objekta, bio taj gubitak imaginarni ili realan, a taj gubitak osobu asocira na loša iskustva iz ranog djetinjstva. Dolazi do ekspresije agresivnih impulsa prvotno usmjerenih prema izgubljenom objektu, a kasnije prema osobi što rezultira pojavom depresivnih osjećaja. Osoba se identificira s objektom koji je voljen ili omražen što dovodi do reakcije i agresije super ega na ego. Ego se brani sadomazohističkim stavom prema sebi, krivnjom i autodestrukcijom i depresivnim simptomima. E. Bilbring 1965. godine (43) povezuje depresiju s osjećajem bespomoćnosti koji se zamjećuje u osoba s narcisoidnim crtama ličnosti. Ego u tih osoba reagira na neuspjehe u postizanju ciljeva, čime dolazi do gubitka samopoštovanja. M. Klein (44) govori o nemogućnosti djeteta da ujedini dobre i loše predodžbe o objektu, koji u njegovom slučaju predstavlja majka, čime depresivna osoba zapravo nije prevladala „depresivnu poziciju“ kojima svoje destruktivne fantazije projicira na majku zbog straha od kazne.

3.2. Epidemiologija depresije

2017. godine depresivnim poremećajem je bilo zahvaćeno 2% svjetske populacije ili 163 milijuna ljudi (45). 8 do 18% ljudi se tokom života može barem jednom dijagnosticirati klinička depresija (46). Također, učestalost depresije ovisi o kulturi i socijalnom okruženju tako da je stopa depresije tokom životu u Japanu 7% dok je u Francuskoj 21% (46). Žene su dva puta više zahvaćene depresivnim poremećajem nego muškarci. Uzroci nisu potpuno jasni, ali pretpostavlja se da je razlika u hormonskom ustroju bitan etiološki faktor. Bitan je porast u pubertetskoj i adolescentnoj populaciji, pogotovo između 15 i 18 godine. Prosječna dob pojave prve depresivne epizode je između 30. i 40. godine. Drugi val povećane incidencije je za dobnu skupinu između 50. i 60. godine. Osobe koje boluju od Parkinsonove bolesti, demencije ili su pretrpjele moždani udar češće boluju od MDD-a te oboljeli od kardiovaskularnih bolesti (47).

Stanovnici urbanih sredina te osobe nižeg socioekonomskog standarda će prije razviti depresivne simptome nego stanovnici ruralnih područja i boljeg statusa. 2017. godine, nakon glavobolja i bolova u leđima, depresivni poremećaj je treći uzrok invaliditeta u svijetu, prema WHO. Prema projekcijama za 2030.godinu, depresija će biti drugi najčešći svjetski uzrok opterećenja bolesti iza HIV-a (48). Osobe s generaliziranim anksioznim poremećajem, PTSP-om, alkoholizmom, shizofrenijom, poremećajima ličnosti i ostalim psihičkim bolestima, često izražavaju i simptome depresije.

3.3. Simptomi i znakovi depresivnog poremećaja

Tokom depresivne epizode osoba pokazuje različite oblike disfunkcije uključujući psihomotornu i kognitivnu disfunkciju, ali i druge simptome koji mogu uključivati gubitak koncentracije, dugotrajni umor i gubitak spolne želje. Uz navedene, pacijenti često eksprimiraju i simptome drugih psihičkih poremećaja kao što su shizofrenija ili češće, anksiozni poremećaj (40). Osoba s depresivnom epizodom se ponekad upušta u pretjeranu konzumaciju alkohola ili počinje pretjerano pušiti što može potaknuti razvoj i progresiju dosada postojećih kroničnih bolesti poput KOPB-a. Osobe s dugotrajnim depresivnim poremećajem imaju veći rizik za razvoj kardiovaskularnih incidenata zbog generaliziranog povećanog otpuštanja upalnih čimbenika kao odgovor na stres izazvan depresijom.

MDD ili unipolarni poremećaj očituje se razdobljima u kojima osoba pati od pet ili više psihičkih ili tjelesnih simptoma depresije i traju uzastopno više od 2 tjedna. Osnovni i najčešći simptom MDD-a je anhedonija koja se odnosi na gubitak interesa i zadovoljstva u izvršavanju svakodnevnih aktivnosti koje su osobi nekada donosile određen stupanj ispunjenosti. Bolesnici su tužni i smanjene energije, psihomotorno usporeni te u nekim slučajevima se javljaju suicidalne misli. Često je zanemaren vanjski izgled i higijena te životni prostori u vidu ne čišćenja te nagomilavanja nereda. Poremećaj sna se manifestira kroz nemogućnost usnivanja, tj. nesanicu gdje pacijenti ne spavaju ili kratko spavaju te se nakon toga rano bude uz nemogućnosti ponovnog usnivanja. S druge strane, neki pacijenti osjećaju pretjeranu potrebu

za spavanjem. Depresivni simptomi u vidu tuge, anhedonije, negativnih i suicidalnih misli su najizraženiji ujutro nakon čega se smanjuju kako odmiče dan. Zbog manjka volje, užitka i motivacije osobe s depresivno epizodom imaju manjak apetita te nakon nekog vremena gube na tjelesnoj masi. Određene osobe u hrani pronalaze utjehu te se zbog pojačane i nekontrolirane konzumacije naposljetku udebljaju. Osobe se osjećaju krivo i bezvrijedno te se javljaju ideje smrti i suicidalne misli. Također u mnogih pacijenata je poremećena koncentracija i pamćenje zbog čega se doimaju smušeno i prazno. Malo prije navedene suicidalne misli katkada rezultiraju pokušajima samoubojstva. Depresija se upravo zbog ovih simptoma smatra smrtonosnom bolešću – 75% bolesnika pomisli na pokušaj samoubojstva dok ga 10% izvršava (49). Određeni bolesnici se mogu osjećati anksiozno i razdražljivo ili negiraju promjene raspoloženja dok ističu somatske simptome poput problema s probavom, dizurije, palpitacija, teških ekstremiteta, povećanog apetita ili potrebe za spavanjem. Taj oblik depresije se zove atipična depresija. Premenstrualni sindrom može poprimiti značajke atipične depresije s obzirom da njegovi simptomi traju nekoliko dana prije nastupa menstruacije. Pojava sumanutih ideja, halucinacija i ostalih psihotičnih simptoma predstavlja depresivnu epizodu s psihozom (50). Javljaju se razne ideje poput krivnje, bolesti, bezvrijednosti, itd. Krivnja se može odnositi na sumanute ideje o lošoj budućnosti, ratovima, potresima ili pandemijama. Halucinacije u psihotičnim epizodama su rijetke no kada se pojave su najčešće olfaktornog ili auditivnog karaktera. Katatona depresija se odnosi na pojavu katatonih simptoma, najčešće katatonog stupora gdje pacijenti ne pokazuju aktivnost te se uviđa mutizam. Javljanje depresivnih epizoda u određenim dijelovima godine ili godišnjim dobima zove se sezonski depresivni poremećaj (49).

3.4. Dijagnoza i klasifikacija depresivnog poremećaja

Dijagnoza depresivnog poremećaja se zasniva na procjeni i zapažanju psihičkih i somatskih simptoma u pacijenata uzimanjem anamneze, osobno od pacijenta ili heteroanamneze od bližnjih osoba. Postavljanje dijagnoze je subjektivna procjena psihijatra i ispitanika koji pati od depresivnih simptoma (51). Laboratorijske pretrage nam nisu dostatne u

postavljanju dijagnoze, ali mogu pomoći u otkrivanju nekih stanja koje povećavaju rizik od pojave bolesti. Na primjer, laboratorijska pretraga hormona štitnjače može nam otkriti potencijalnu patologiju štitnjače kao što je hipotireoza, a poznato je da su osobe sa subkliničkom i manifestnom hipotireozom sklonije pojavi depresivnih epizoda (51). Povišene koncentracije kortizola u jutarnjim satima su povišene u više od 50% pacijenata s depresivnim poremećajem. Genetsko testiranje u kojem se provjerava polimorfiza gena za serotoninški transporter od potencijalne je koristi jer pacijenti s mutacijom imaju veći rizik od pojave depresije zbog egzogenog stresa (49). Bitno je napraviti pretrage KKS, elektrolita, vitamina B12 i folata, a također i toksikološka testiranja. Postoje razni upitnici i ljestvice koje služe za objektivnije utvrđivanje depresivne simptomatologije. Samoocjenske ljestvice ispunjava pacijent u kojima označava svoje simptome. Postoje i ljestvice za kliničare. Postoji velik broj ljestvica za procjenu depresivne simptomatologije, ali najviše se koriste Zungova (ZDSI), Hamiltonova (HAM-D), Beckova (BDI) i Montgomery-Asbergova (MADRS). Sve te ljestvice su korisne u postavljanju dijagnoze depresivnog poremećaja i praćenju bolesnika i terapijskog učinka (52). Od ostalih pretraga izvodi se EEG za vrijeme spavanja u kojem se utvrđuje latencija brzih pokreta očiju. U bolesnika s depresivnim poremećajem ovi su nalazi obično abnormalni. PET dijagnostika u nekih bolesnika pokazuje promijenjeni metabolizam glukoze u određenim dijelovima mozga s obzirom na zdrave kontrole.

Kao što je već navedeno dijagnoza depresivnog poremećaja se temelji na relativno subjektivnoj procjeni kliničara te procjeni i iskrenosti samog pacijenta o vlastitim simptomima. Postoje pokušaji objektivizacije dijagnoze depresije pomoću određenih dijagnostičkih pretraga kao što je na primjer fNIRS. U toj dijagnostičkoj pretrazi mjere se koncentracije oksigeniranog (HbO) i deoksigeniranog (HbR) hemoglobina u regijama mozga kao odgovor na razne testove i aktivnosti. Dobiveni rezultati se uspoređuju sa zdravim kontrolama (53). Ova dijagnostička pretraga pokazuje dobre rezultate u razlikovanju depresivnih pacijenata od zdravih kontrola te je meta sve većeg broja istraživanja. Također pronalazi svoju primjenu u određenim zemljama poput Japana te nekih europskih zemalja poput Njemačke i Velike Britanije (53).

Postavljanje dijagnoze depresivnog poremećaja temelji se na kriterijima Svjetske zdravstvene organizacije - MKB-10 i Američke psihijatrijske asocijacije - DSM IV (52). Američka klasifikacija je popularnija u psihijatrijskoj praksi i znanosti, međutim klasifikacija koja se službeno i

obavezno koristi u kliničkoj praksi je MKB-10. Klasifikacije sadrže slične kriterije za dijagnozu depresije no postoje određene razlike. U obje klasifikacije simptomi trebaju trajati dva tjedna ili duže. MKB-10 klasifikacija nalaže da je uvjet za dijagnozu prisutnost smanjenja energije, smanjenog raspoloženja te gubitak interesa i uživanja u stvarima koje su nekada izazivale zadovoljstvo (52). DSM IV nalaže da je za dijagnozu potrebno odsustvo uživanja i interesa ili smanjenje raspoloženja. MKB-10 pod dijagnozu depresivnog poremećaja uključuje depresivnu epizodu, distimiju i ponavljani depresivni poremećaj. MKB-10 klasifikacija također depresivnu epizodu dijeli s obzirom na težinu na blagu, umjerenu i tešku. Blage i umjerene mogu dodatno biti podijeljene da one s prisutnim somatskim simptomima i one bez somatskih simptoma dok se teška epizoda dijeli na onu s ili bez psihotičnih simptoma. DSM-IV uz podjelu prema težini depresije dodatno uvodi i podtipove depresije, a to su melankolični, atipični, katatoni, sezonski, psihotični i anksiozni (51).

3.5 Terapija depresivnog poremećaja

Terapija depresije uključuje mnoge pristupe, ovisno o težini i učestalosti pojave simptoma. Depresivna epizoda s blagim simptomima se obično liječi psihoterapijom i potporom obitelji, terapeuta i obiteljskog liječnika. Umjerena ili teška simptomatologija zahtjeva liječenje antidepresivima, psihoterapijom, a u nekim slučajevima s obje opcije. Elektrokonvulzivna terapija i TMS predstavljaju druge opcije u liječenju depresije. Većina depresivnih bolesnika svoje liječenje provodi ambulantno kod liječnika obiteljske medicine. U slučaju pojave suicidalnih misli, teške depresivne epizode s psihotičnim simptomima ili teškog tjelesnog zanemarivanja i propadanja zahtjeva se hospitalizacija (40). Kada je uzrok pojave depresivnih simptoma neka druga patologija ili otrovanje lijekom, cilj je ukloniti toksične tvari iz organizma odnosno liječiti osnovnu bolest.

Farmakološka terapija depresije obuhvaća liječenje antidepresivima. Skupina antidepresiva koja se najčešće koristi su SSRI. Oni sprječavaju ponovnu pohranu serotonina i u tu skupinu spadaju citalopram, escitalopram, fluoksetin, sertalin i drugi. Ovo je najupotrebljavanija skupina

antidepresiva koja ima široku primjenu i postiže dobre rezultate u liječenju. Druge skupine antidepresiva uključuju MAOi, modulatore serotonina, inhibitore ponovne pohrane serotonina i noradrenalina, inhibitore ponovne pohrane dopamina i noradrenalina i triciklički antidepresivi. Prvi izbor antidepresiva u farmakološkom liječenju su SSRI. U slučaju nedjelotvornosti jednog lijeka ili nuspojava s kojima se bolesnik ne može nositi zamjenjuje se lijekom iz iste skupine ili lijekom iz druge skupine antidepresiva (40,49). Potrebno je naglasiti da treba proći neko vrijeme prije nego što antidepresiv počne djelovati, a to je najčešće 2-4 tjedna. Potrebno je pacijentu objasniti djelovanje lijeka te mu pružiti podršku u liječenju i redovitom uzimanju lijeka.

Psihoterapija depresivnog poremećaja uključuje kognitivno-bihevioralnu terapiju kao najpopularniji oblik psihoterapije depresivnog poremećaja, intrapersonalnu terapiju te psihodinamski pristup liječenju (54,55). S. Blatt (56) navodi kako psihoterapija depresivnog poremećaja mora biti prilagođena osobi na temelju specifičnosti psihičkog razvoja, okoline bolesnika i naravno, kliničke slike. Od iznimne je važnosti terapeuta dobra procjena stanja bolesnika kao i uspostava dobrog odnosa između bolesnika i terapeuta temeljena na povjerenju. Depresivni bolesnici prije provedbe psihoterapije imaju dva stava o ulasku u proces terapije, ovisno o njihovom stanju i ozbiljnosti kliničke slike (54). Određeni pacijenti osjećaju kako pristupanjem psihoterapeutskom procesu potvrđuju svoju bezvrijednost koja je rezultat krivnje koju osoba osjeća jer je depresivna. Ta krivnja proizlazi iz kulture u kojoj je sramotno biti depresivan. Terapeut ovom bolesniku pomaže objašnjavajući kako je psihoterapija početak procesa liječenja i ozdravljenja, a ne potvrda bezvrijednosti. Drugi profil pacijenata očekuje nerealne rezultate i nestanak svojih simptoma. Psihoterapeut je dužan ovo prepoznati i bolesnika podučiti o tome kako se nositi s depresijom i depresivnim mislima kao sastavni dio života te kako psihoterapija nije ključ za njenu brzu i vječnu eradikaciju. Na temelju simptoma bolesnika te procjene terapeuta provodi se individualna psihoterapija, grupna psihoterapija te kombinacija psihoterapije s farmakoterapijom.

4. Anksiozni poremećaj

Strah je osjećaj koji je poznat svakoj osobi i koji svaka osoba iskusi tokom života. Osjećaj straha se odnosi na fiziološke i psihološke reakcije na stvarnu ili potencijalnu opasnost, a također i osobi stresne i nepoznate situacije (57). Patološki strah ili anksioznost odnosi se na konstantan strah i osjećaj nelagode koji nema realnu podlogu, tj. osoba koja ga osjeća nije u neposrednoj opasnosti ni životno ugrožena. Taj osjećaj se opisuje kao „lebdeći strah“ odnosno neobjašnjiva i konstantna nelagoda te zabrinutost koja prati bolesnika i manifestira se somatskim i psihičkim simptomima. Uz glavne simptome anksioznosti - zabrinutost i strah, česta je pojava umora, iritabilnosti, smanjene koncentracije i pamćenja, ubrzanog disanja i pulsa te rjeđe abdominalnih bolova i stezanja u prsima (59). Simptomi anksioznog poremećaja se preklapaju s drugim psihijatrijskim poremećajima (najčešće depresivnim poremećajem) uz koje anksioznost nerijetko dolazi u koomorbiditetu (58). Zato je kod postavljanja dijagnoze anksioznog poremećaja bitno evaluirati osobu i pripadajuće simptome kako bi se isključile druge psihopatologije.

2010. godine, 273 milijuna ljudi (4,5% populacije) je imalo anksiozni poremećaj. Procjenjuje se da je jedna trećina ljudi (33.7%) tokom života barem jednom zahvaćena anksioznim poremećajem, a žene (5.2%) su zahvaćene obolijevaju duplo češće nego muškarci (2.8%). Anksiozni poremećaji su najprevalentniji psihički poremećaji i nose jedan od najvećih tereta bolesti na razini populacije. Incidencija je veća među mlađim stanovništvom, tj. pada sa starenjem, a i najčešći je psihički poremećaj u djece i tinejdžera.

Anksiozni poremećaj se prema MKB-10 klasifikaciji može podijeliti na podtipove na temelju specifičnih simptoma i događaja koji su prethodili simptomima (60). GAD ili generalizirani anksiozni poremećaj karakterizira dugotrajna anksioznost, tj. zabrinutost i strah koji se ne odnose na neki specifični objekt ili situaciju. Zabrinutosti se pridružuju simptomi poput kroničnog umora, nadutosti, nervoze, tenzije u mišićima, poremećaja sna i smanjene koncentracije i pamćenja. Dijagnoza poremećaja se postavlja kada osoba navodi da pati od navedenih simptoma, tj. kada je pretjerano zabrinuta više od šest mjeseci s utjecajem na obiteljski, društveni i poslovni život. Anksioznost se može prezentirati i u djece abdominalnim bolovima, palpacijama, glavoboljama i kroničnim umorom s poremećajima sna. Ostali podtipovi anksioznog poremećaja uključuju panični poremećaj, specifične fobije, agorafobiju, socijalnu anksioznost, PTSP, separacijsku anksioznost, opsesivno-kompulzivni poremećaj i selektivni mutizam (60).

Dijagnoza anksioznog poremećaja se postavlja na temelju simptoma, prethodećih događaja te pacijentove osobne i obiteljske anamneze. Ne postoje specifični i objektivni testovi i biomarkeri koji bi nam mogli sa sigurnošću ukazati na prisutnost bolesti. Kliničarima u postavljanju dijagnoze specifičnog podtipa najviše pomažu razni upitnici s pomoću kojih se procjenjuje težina i trajanje simptoma te utjecaj na pacijentov život (61). Diferencijalna dijagnoza može uključivati druge psihijatrijske poremećaje s kojima anksioznost dijeli simptomatologiju poput depresivnog poremećaja, poremećaja ličnosti, poremećaja hranjenja, itd. Endokrini poremećaji poput hipotiroidizma, dijabetes, deficiti određenih vitamina (B6, B12, D), kronične plućne (KOPB) i srčane bolesti, anemije i degenerativne bolesti mozga se uzimaju u obzir te isključuju pri postavljanju dijagnoze anksioznog poremećaja. Osjećaj anksioznosti također povezujemo s konzumacijom alkoholnih pića, duhanskih proizvoda, marihuane i ostalih težih droga kao što su amfetamini i opiodi (59).

Terapijske opcije anksioznog poremećaja uključuju promjene životnih navika, farmakološko liječenje i psihoterapiju. Osoba bi primarno trebala težiti promjeni životnog stila koja uključuje redovito vježbanje, pokušaj promjene ritma spavanja, izbjegavanje supstanci koje mogu izazvati ili pogoršati postojeću anksioznost kao što su kofein i nikotin preko duhanskih proizvoda. Istraživanja pokazuju (62) kako je utjecaj prestanka pušenja usporediv s farmakološkim liječenjem u terapiji anksioznog poremećaja. Najpopularniji i najkorišteniji oblik psihoterapije anksioznosti je kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) koja pokazuje pozitivne kratkotrajne i dugotrajne rezultate u liječenju (63), a prva je linija terapije s iznimno dobrim rezultatima u liječenju djece. Prva linija u farmakološkom liječenju anksioznosti su selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS) i selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (SIPPNS) (58), a još se koriste i benzodiazepini, gabapentin i busprion. Terapija se provodi minimalno godinu dana uz poseban naglasak na redovito uzimanje lijeka bez kojeg se javlja velik broj recidiva.

5. Utjecaj socijalnih faktora na psihopatologiju depresije i anksioznosti

Novo doba i kultura 21. stoljeća je vrijeme obilježeno globalizacijom, izuzetnim znanstvenim napretkom koji izravno i neizravno utječe na živote ljudi i sveprisutnim utjecajem društvenih mreža i informatizacije. Značajan je naglasak na vanjsku sliku kojom se čovjek predstavlja u društvu kao posljedica rastuće kompeticije među članovima obitelji, vršnjacima i kolegama na radnome mjestu. Ta kompeticija i ponašanje u skladu s novim društvenim normama i zahtjevima okoline dovela je do porasta psihičkih bolesti kao što su depresija i anksioznost. Također, novo doba obilježava porast perfekcionizma, poremećaja ličnosti poput graničnog i narcisoidnog poremećaja ličnosti te osjećaja srama i krivnje. Potrebno je naglasiti trend romantizacije psihičkih poremećaja preko društvenih mreža (63) kojim se osobe sa simptomima psihičkih poremećaja identificiraju kao emocionalne i unikatne. S jedne strane, podiže se svijest o psihičkim poremećajima, ali nusprodukt toga je glorifikacija psihičkih bolesti i simptoma čime se neke osobe sa stvarnim problemima neće obratiti profesionalnoj pomoći.

5.1. Perfekcionizam u kulturi 21. stoljeća

Perfekcionizam obuhvaća načine ponašanja i tipove osobnosti u kojima postoji težnja za savršenstvom i nepogrešivosti uz koju postoji tendencija postavljanju previsokih i osobi nedostižnih životnih ciljeva (64). Perfekcionista su iznimno samokritične osobe što znači da neostvarenje ciljeva izaziva veliku nelagodu u tih ljudi. Dugotrajna nelagoda nastala iz brige oko vlastitih ciljeva i ideala može rezultirati anksioznošću, OCD-om, depresijom i generalno niskim samopouzdanjem. U ekstremnim slučajevima, dugotrajno nezadovoljstvo, neostvarenje ciljeva praćeno depresijom i jakom anksioznošću rezultira pojavom suicidalnih misli, a u nekim slučajevima pokušajima suicida. Zabrinutost i samokritičnost smatraju se negativnim ili

neadaptivnim osobinama dok težnje ka savršenom neki autori smatraju adaptivnim osobinama u perfekcionista osoba (65).

Proučavanje perfekcionizma kao psihijatrijskom entiteta rezultiralo je mnogim teorijama koje govore o dimenzijama perfekcionizma. Ranije teorije (65) govore o jednodimenzionalnom perfekcionizmu koji govori o neadaptivnom perfekcionizmu kao preteći razvoja psihičkim bolestima. D.E. Hamachek (66) perfekcionizam dijeli na normalni kojim osoba teži osobnom razvoju i rastu kroz postizanje visokih, ali realnih životnih ciljeva i neurotski perfekcionizam koji je obilježen težnjom prema nerealnim ciljevima i nezadovoljstvom kod nemogućnosti njihove provedbe. Frost (67) razvija multidimenzionalni model koji uključuje 6 dimenzija perfekcionizma, a to su briga oko pogrešaka, želja za savršenstvom, tj. visoki osobni standardi, percepcija visokih očekivanja roditelja te percepcija njihove kritike, sumnja u vlastite postupke te briga oko organiziranosti. Hewitt i Flett (68) razvijaju multidimenzionalnu ljestvicu perfekcionizma i njegove prezentacije kroz tri aspekta naglašavajući razlikovanje osobne i društvene komponente. Osobno usmjereni perfekcionizam se odnosi na nerealistična očekivanja i standarde od strane pojedinca koji je u isto vrijeme sumnjičav u svoje postupke i prenaglašava greške i neuspjehe koji su nastali upravo zbog ranije spomenutih nerealno visoko postavljenih ciljeva. Prema drugima usmjeren perfekcionizam obuhvaća nerealistična očekivanja i jake kritike prema drugim osobama i to je najtoksičniji oblik perfekcionizma. Treća dimenzija je socijalno propisani perfekcionizam koji je posljedica doživljaja nerealno visokih standarda postavljenih od bliskih osoba.

Perfekcionizam i ponašanja vezana uz perfekcionizam bilježe sve veći porast u novijem vremenu. 25 do 30% djece i adolescenata pokazuje znakove perfekcionista obrasca ponašanja (69). Meta-analiza (70) provedena od 1989. do 2026. godine koja je proučavala učestalost perfekcionizma između generacija ustvrdila je porast perfekcionista obrazaca ponašanja među mladima. Taj porast se pripisuje porastu individualizma, materijalizma i kompetitivnosti među mladima uz visoka i često stroga i nerealistična očekivanja okoline, vršnjaka te pogotovo kontrolirajućih roditelja. Ovakav trend porasta pretpostavlja uzajaman porast psihičkih bolesti pridruženih perfekcionizmu kao što su OCD, poremećaji hranjenja, depresija, anksioznost i suicidalnost kao najozbiljnija posljedica.

5.2. Osjećaj srama kao preteča razvoju psihičkih poremećaja

Sram je neugodna emocija koja se povezuje s negativnom osobnom evaluacijom, porivima na odustajanje, osjećajima psihičke boli, nepovjerenja i bespomoćnosti. Ono je izrazito jaka emocija ljudske psihe koja, kako navodi prof. Marčinko (65), koči normalno interpersonalno funkcioniranje te komunikaciju. Problem u komunikaciji posljedica je poremećenog ranog odnosa djeteta s bitnim osobama kao što je majka što utječe na razvoj primarne emocionalne komunikacije. Rani razvoj i komunikacija s majkom, tj. reakcija majke na djetetove emocije ključan je u razvoju srama. Primjer je povratna poruka koju dijete dobiva na osmijeh. Ako majka djetetu povratno odgovori osmjehom, dijete se osjeća prihvaćeno i shvaćeno te se stvaraju temelji za unutrašnju sigurnost. Emocionalno distancirana i hladna majka, koja ne pruža djetetu zadovoljavajući emocionalni odgovor stvorit će u djetetu nelagodu što može rezultirati osjećajem srama. Dijete u majci ne pronalazi sebe te ako taj obrazac potraje duže vrijeme ne dolazi do primjerenog razvoja selfa. Takvo dijete će u budućnosti postati pretjerano prilagodljivo u odnosima s drugim osobama što je rezultat prilagođavanja emocionalno distanciranom roditelju kako bi se prepoznali njihovi nepredvidljivi emocionalni obrasci. Cilj tog predviđanja je sprječavanje negativnih reakcija roditelja u ranom razvoju, ali isto tako drugih osoba kasnije u životu. Doživljaj negativnih reakcija u komunikaciji s drugim osobama tokom života potiče osjećaj srama koji je zapravo rezultat poremećenih odnosa iz ranog razvoja, tj. nelagode proizašle iz odnosa s roditeljima u ranom razvoju. Prof. Marčinko u svojoj knjizi (65) navodi odnos pravog i lažnog selfa kao obranu od srama. Osoba se lažnim selfom brani od osjećaja srama te prikriva svoj pravi self. Nadalje, ako to prikrivanje i deprivacija pravog selfa potraje predugo, pravi self se može doživiti kao negativan i posramljujuć te se nastoji trajno prikriti. Trajno prikrivanje selfa dovodi do nelagode i psihičkih, ali i somatskih simptoma. Također, osobe u kojima postoji dominantni lažni self su često sklone laganju koje nastaje kao mehanizam prikrivanja pravog selfa od kritički nastrojene i zahtjevne okoline, ali i samoga sebe. Empatija se navodi kao lijek za otvaranje pravog selfa. Iskazana empatija u komunikaciji ili jednostavne geste kao što je osmijeh, u osobi potiču pozitivnu reakciju te otvaranje pravog selfa prema van.

Uz sram se često povezuje osjećaj krivnje koji nije sukladan sramu, ali njihovo razlikovanje nije jednostavno (71). Sram proizlazi iz osjećaja da su pojedinci nedostaci izloženi drugim ljudima i negativno evaluirani (bilo to istina ili ne). Krivnja se odnosi na negativan stav prema samome sebi i svojim postupcima koji se protive selfu ili moralnim načelima. Stoga, sram proizlazi iz nutrašnjeg svijeta osobe, tj. selfa dok je krivnja rezultat bihevioralnih karakteristika odnosno ponašanja. Sram se smatra jačom emocijom od krivnje (65) te ona može biti rezultat prethodnog jakog osjećaja srama.

Sram se povezuje s psihičkim bolestima kao što su depresija, anksioznost i narcisoidni poremećaj ličnosti. Meta analiza iz 2011. godine (72) pokazuje pozitivnu povezanost između depresije i osjećaja srama kao i depresije i osjećaja krivnje, iako postoji povećana povezanost sa sramom. Također uočena je povećana povezanost srama i depresivnih simptoma u zemljama višeg socio-ekonomskog standarda s obzirom na zemlje u razvoju što pokazuje utjecaj kompetitivnosti te zahtjevne i posramljujuće okoline na pojedince. Narcisoidni poremećaj ličnosti je povezan s osjećajem srama te se narcizam u odraslih smatra obranom od osjećaja srama, tj. narcizmom se poriče sram. Grandiozni tipovi narcizma koji su obilježeni zavisnošću, grandioznošću selfa i isticanjem se brane od slabog internaliziranog selfa. Osobe s vulnerabilnim tipom NPL se brane od srama i umanjivanja važnosti selfa prikazivanjem drugih kao zlostavljače. Sram u sklopu ovih poremećaja može biti izrazito jakog intenziteta te može dovesti do impulzivnih radnji poput pokušaja suicida (65).

5.3. Narcisoidni poremećaj u novom vremenu

Narcizam se definira kao stil osobnost u kojem je osoba - narcis orijentirana na sebe, svoj izgled i ugled u društvu, preokupirana je svojim potrebama i često degradira druge. S. Freud u svojoj knjizi „O narcizmu“ (73) piše o primarnom i sekundarnom narcizmu. Primarni narcizam opisuje kao urođeni i zdravi, koji posjeduje svaka osoba i koji s vremenom prerasta u ljubav prema drugim osobama. Freud navodi kako je primarni narcizam nužan korak u prijelazu s auto

erotizma na ljubav prema objektu, tj. prema drugim osobama. Sekundarni narcizam objašnjava kao prijelaz iz primarnog narcizma u neurozu koja nastaje kada pojedinac usmjeri ljubav prema drugima nazad na sebe. Osoba postaje orijentirana na sebe i nezainteresirana za druge osobe.

Narcizam se ne može izravno definirati kao dobar ili loš, već postoji spektar narcističnih crta ličnosti. Normalni narcizam se odnosi na zrelu količinu samopoštovanja i procjene osobne vrijednosti. Bitno je naglasiti samopoštovanje kod zdravih narcisa koje je narušeno kod patoloških. Zdravi narcisi imaju povećano samopoštovanje te ne postoji prenaplašavanje svojih kvaliteta i iskorištavanje drugih osoba kako bi se osjećali bolje. Destruktivni narcisi, s druge strane konstanto prenaplašavaju svoje kvalitete (grandioznost), osjećaju se posebno i superiorno u usporedbi s drugim ljudima te su često arogantni i pokazuju manjak empatije prema drugim osobama (74). Destruktivni narcizam nije ozbiljan kao patološki narcizam, ali ga je bitno razlikovati od normalnog, tj. zdravog narcizma. Kohut (75) navodi kako je patološki narcizam posljedica manjka empatije i interakcija s bitnim osobama (roditeljima) u ranom razvoju koji osobe pokušavaju u odrasloj dobi kompenzirati ekstremnim narcističnim obrascima ponašanja. Dugotrajno iskazivanje narcističnih obilježja, kada narcizam postaje trajan, nazivamo narcističnim poremećajem ličnosti (76). Patološki narcizam se dijeli na grandiozni i vulnerabilni narcizam (76). Grandiozni narcizam obilježavaju prenaplašavanje, arogancija i tendencije manipulacije drugih osoba. Vulnerabilni tip je iznimno osjetljiv i stavlja se u ulogu žrtve, odnosno krivi druge za svoje neuspjehe te se ne može suočiti s njima i problemima zbog iznimno niskog samopouzdanja.

Novija vremena u kojima je značajan utjecaj razvoja tehnologije, društvenih mreža, kompetitivnosti te općenito visokih društveno postavljenih standarda pretpostavljaju porast narcisoidnih obrazaca ponašanja. Zadnjih nekoliko desetljeća dolazi do prenaplašavanja i popularizacije narcizma putem društvenih mreža. Narcistične ličnosti se pojavljuju na televizijskim programima, filmovima, serijama i reality show-ovima koji narcistične obrasce ponašanja predstavljaju kao poželjne osobine. Postavlja se pitanje je li došlo do porasta narcizma i narcisoidnog poremećaja ličnosti u zadnjih nekoliko desetljeća s obzirom na pretpostavku da su novije generacije narcisoidnije i usmjerene na sebe. Istraživanja (77) pokazuju kako to nije slučaj i kako nema značajnije promjene narcističnog ponašanja među novijim generacijama te kako su potrebna daljnja istraživanja o tom trendu.

6. Zaključak

Kultura 21. stoljeća pojedinca stavlja pod utjecaj vrlo zahtjevne i kompetitivne okoline, često zahtjevnih, strogih i hladnih roditelja, rodbine, prijatelja ili kolega na poslu te društvenih mreža i medija. Ta stresna okolina je katalizator za razvoj psihičkih bolesti te pogoršanje već postojećih. Pojavljuje se epidemija perfekcionizma u društvu te jakih osjećaja srama i krivnje koji su povezani s razvojem depresije, anksioznosti, poremećaja hranjenja i poremećaja ličnosti. Poseban je problem romantizacije psihičkih bolesti putem društvenih mreža i medija. Iako se s jedne strane podiže svijest i smanjuje stigma oko psihičkih bolesti, mnogi se zbog svojih problema identificiraju kao posebni i emocionalni pojedinci uz prenaglašavanje simptoma i problem samodijagnosticiranja. Pojedinci kojima je stvarno potrebna psihička pomoć ju neće potražiti što može dovesti do pogoršanja bolesti i opasnih posljedica. U novome dobu zapaža se pandemija narcisoidnih obrazaca ponašanja i narcisoidnih poremećaja ličnosti. Trend porasta navedenih stanja stvara velik teret na društvo i pojedince zbog čega je vrlo bitno razumjeti psihološke mehanizme nastanka tih bolesti kao i pristupe individualnom liječenju svakog pacijenta.

7. Zahvale

Zahvalio bih se profesoru Marčinku na odobravanju teme diplomskog rada i jasnim uputama i savjetima za pisanje rada. Također zahvalio bih se svojim roditeljima koji su me podržali kroz najteže dane studija, usmjeravali me i omogućili mi da stignem do svoga cilja. Zahvalio bih se svojim prijateljima i kolegama koji su mi bili vrlo bitna podrška kroz sve ove godine.

8. Literatura

1. Mitchell, Juliet. 2000. *Psychoanalysis and Feminism: A Radical Reassessment of Freudian Psychoanalysis*. London: Penguin Books. p. 341.
2. psychoanalysis | Definition, Theory, & Therapy. Encyclopedia Britannica [Internet]. www.britannica.com; [cited 2022 Jul 13]. Available from: <https://www.britannica.com/science/psychoanalysis>.
3. Fromm, Erich. 1992. *The Revision of Psychoanalysis*. New York: Open Road. pp. 12–13. (points 1 to 6).
4. Davis, Derek Russell (2004). Gregory, Richard L. (ed.). *The Oxford Companion to the Mind, Second Edition*. Oxford: Oxford University Press. p. 803. ISBN 978-0-19-866224-2.
5. Chessick, Richard D. 2007. *The Future of Psychoanalysis*. Albany: State University of New York Press. p. 125.
6. Freud, Sigmund. 1913 [1899]. *The Interpretation of Dreams*. Macmillan.
7. Freud, Sigmund. 1920. "Beyond the Pleasure Principle," translated by C. J. M. Hubback. *International Psycho-Analytic Library 4*, edited by E. Jones. London: International Psycho-Analytic Press. – via Library of Social Science. — 1955 [1920]. "Beyond the Pleasure Principle." In *Standard Edition 18*, translated by J. Strachey. London: Hogarth Press.
8. Laplanche, Jean; Pontalis, Jean-Bertrand (2018) [1973]. "Pleasure Principle". *The Language of Psychoanalysis*. Abingdon-on-Thames: Routledge. ISBN 978-0-429-92124-7.

9. Jean Laplanche; Jean-Bertrand Pontalis (2018) [1973]. "Reality Principle". *The Language of Psychoanalysis*. Abingdon-on-Thames: Routledge. ISBN 978-0-429-92124-7.
10. "Superego". *Encyclopædia Britannica*. February 22, 2016. Retrieved February 27, 2017.
11. Langs, Robert. 2010. *Freud on a Precipice: How Freud's Fate pushed Psychoanalysis over the Edge*. Lanham, MD: Jason Aronson.
12. Freud, Sigmund. 1955 [1926]. "Inhibitions, Symptoms and Anxiety." In *Standard Edition 20*, edited by J. Strachey. London: Hogarth Press.
doi:10.1080/21674086.1936.11925270. S2CID 142804158.
13. "Clinical depression – Treatment". 2017-10-24.
14. Freud, Sigmund, and Josef Breuer. 1955 [1895]. *Studies on Hysteria*, *Standard Editions 2*, edited by J. Strachey. London: Hogarth Press.
15. Freud, Sigmund. 1953 [1906]. "My Views on the Part Played by Sexuality in the Aetiology of the Neuroses." Pp. 269–79 in *The Standard Edition 7*, edited by J. Strachey. London: Hogarth Press.
16. Freud, Sigmund. 1955 [1905]. "Three Essays on the Theory of Sexuality." *Standard Editions 7*, edited by J. Strachey. London: Hogarth Press.
17. Freud, Sigmund. 1955 [1923]. "The Ego and the Id." In *Standard Edition 19*, edited by J. Strachey. London: Hogarth Press. Lay summaries via [Simply Psychology](#) and [JSTOR Daily Roundtable](#). Glossary via [University of Notre Dame](#).
18. Birnbaum, Martin. 1961. *Neo-Freudian Social Philosophy*. Stanford: Stanford University Press. p. 3.

19. Norcross JC, Vandenbos GR, Freedhelm DK. The history of psychotherapy: continuity and change. 2nd ed Washington (DC;): American Psychological Association; 2011. [Google Scholar] [Ref list]
20. Crews FC. The verdict on Freud. *Psychol Sci.* 1996;7(2):63–88. [Google Scholar] [Ref list]
21. Grunbaum A. The foundations of psychoanalysis. Berkeley (CA): University of California Press; 1984. [Google Scholar] [Ref list]
22. Popper K. Conjectures and refutations. New York (NY): Harper Torch; 1968. [Google Scholar] [Ref list]
23. Fonagy P. Psychoanalysis today. *World Psychiatry.* 2004;2(2):73–80. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar] [Ref list]
24. Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World Psychiatry.* 2015;14(2):1137–1150.
25. Fonagy P, Bateman A. Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based treatment. Oxford (UK): Oxford University Press; 2004.
26. Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA.* 2008;300(13):1551–1565.
27. Lambert MJ. Introduction and historical review. In: Lambert M, editor. *Handbook of psychotherapy and behavior change* New York (NY:): Wiley; 2013. p 3–30.
28. Freedheim, D.K.; DiFilippo, J.M; Klostermann, S. (2015). *Encyclopedia of Mental Health* (2nd ed.). New York: Elsevier. pp. 348–356. ISBN 978-0-12-397753-3.

29. Schlesinger, H.J. (2014). "Some Principles Of Generic Psychodynamic Psychotherapy: A Primer For New Psychotherapists" (PDF). Mindsplain. Transcribed by Michael Kinsey, Ph.D. Retrieved 4 August 2020.
30. Kwon, Paul; Lemon, Katherine E. (2000). "Attributional style and defense mechanisms: A synthesis of cognitive and psychodynamic factors in depression". *Journal of Clinical Psychology*. 56 (6): 723–735. doi:10.1002/(sici)1097-4679(200006)56:6<723::aid-jclp3>3.0.co;2-3. PMID 10877462.
31. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol*. 2010;65(2):98-109. doi: 10.1037/a0018378
32. Driessen E, Van HL, Peen J, Don FJ, Twisk JWR, Cuijpers P, Dekker JJM. Cognitive-behavioral versus psychodynamic therapy for major depression: Secondary outcomes of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 2017 Jul;85(7):653-663. doi:10.1037/ccp0000207
33. de Zwart PL, Jeronimus BF, de Jonge P (October 2019). "Empirical evidence for definitions of episode, remission, recovery, relapse and recurrence in depression: a systematic review". *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 28 (5): 544–562. doi:10.1017/S2045796018000227. PMC 7032752. PMID 29769159.
34. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association. 2013.
35. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's *Synopsis of Psychiatry*. 11. izd. Baltimore: Wolters Kluwer; 2014.
36. depress. (n.d.). *Online Etymology Dictionary*. Retrieved 30 June 2008, from Dictionary.com Archived 3 December 2008 at the Wayback Machine

37. Schildkraut JJ (November 1965). "The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence". *The American Journal of Psychiatry*. 122 (5): 509–22. doi:10.1176/ajp.122.5.509. PMID 5319766.
38. Department of Health and Human Services (1999). "The fundamentals of mental health and mental illness" (PDF). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Archived (PDF) from the original on 17 December 2008. Retrieved 11 November 2008.
39. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS (October 2000). "Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis". *The American Journal of Psychiatry*. 157 (10): 1552–62. doi:10.1176/appi.ajp.157.10.1552. PMID 11007705.
40. Split i MSD Hrvatska P d.o.o. MSD priručnik dijagnostike i terapije: Depresivni poremećaji. MSD priručnik dijagnostike i terapije: Depresivni poremećaji [Internet]. www.msd-prirucnici.placebo.hr; [cited 2022 Jul 13]. Available from: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/poremecaji-raspolozenja/depresivni-poremecaji>.
41. Simon GE (November 2001). "Treating depression in patients with chronic disease: recognition and treatment are crucial; depression worsens the course of a chronic illness". *The Western Journal of Medicine*. 175 (5): 292–93. doi:10.1136/ewjm.175.5.292. PMC 1071593. PMID 11694462.
42. ABRAHAM K. Notes on the Psycho-Analytic Investigation and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions. U: Abraham K, ur. *Selected Papers of Karl Abraham*. New York: Basic Books; 1953.

43. BIBRING E. The Mechanism of Depression. U: Greenacre P, ur. Affective Disorders: Psychoanalytic Contributions to Their Study. New York: International Universities Press; 1953.
44. KLEIN M. Mourning and its Relation to Manic-depressive States. U: Klein M, ur. Love, Guilt, and Reparation and the Other Works 1921-1945. New York: Free Press; 1975.
45. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (10 November 2018). "Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017". *Lancet*. 392 (10159): 1789–1858. doi:10.1016/S0140-6736(18)32279-7. PMC 6227754. PMID 30496104.
46. Kessler RC, Bromet EJ (2013). "The epidemiology of depression across cultures". *Annual Review of Public Health*. 34: 119–38. doi:10.1146/annurev-publhealth-031912-114409. PMC 4100461. PMID 23514317.
47. Strik JJ, Honig A, Maes M (May 2001). "Depression and myocardial infarction: relationship between heart and mind". *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 25 (4): 879–92. doi:10.1016/S0278-5846(01)00150-6. PMID 11383983. S2CID 45722423.
48. Mathers CD, Loncar D (November 2006). "Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030". *PLOS Medicine*. 3 (11): e442. doi:10.1371/journal.pmed.0030442. PMC 1664601. PMID 17132052.
49. Karlović D. Psihijatrija. Naklada Slap, Jastrebarsko; 2017
50. ICD-10 Version:2019. ICD-10 Version:2019 [Internet]. icd.who.int; [cited 2022 Jul 13]. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F41.2>.

51. Karlović D. Depresija: klinička obilježja i dijagnoza. *Medicus* [Internet]. 2017 [pristupljeno 13.07.2022.];26(2 Psihijatrija danas):161-165. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/189041>
52. Mimica N, Folnegović-Šmalc V, Uzun S, Makarić G. Suvremena klasifikacija depresije i mjerni instrumenti. *Medicus* [Internet]. 2004 [pristupljeno 13.07.2022.];13(1_Depresija):19-29. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/19802>
53. Chao J, Zheng S, Wu H, Wang D, Zhang X, Peng H, Hu B. fNIRS Evidence for Distinguishing Patients With Major Depression and Healthy Controls. *IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng.* 2021;29:2211-2221. doi: 10.1109/TNSRE.2021.3115266. Epub 2021 Nov 2. PMID: 34554917.
54. Gregurek R. Psihoterapija depresija. *Medicus* [Internet]. 2004 [pristupljeno 13.07.2022.];13(1_Depresija):95-100. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/19811>
55. Ribeiro Â, Ribeiro JP, von Doellinger O. Depression and psychodynamic psychotherapy. *Braz J Psychiatry.* 2018 Jan-Mar;40(1):105-109. doi: 10.1590/1516-4446-2016-2107. Epub 2017 Jun 12. PMID: 28614491; PMCID: PMC6899418.
56. BLATT SJ. Contributions of Psychoanalysis to the Understanding and Treatment of Depression. *J Am Psychoanal Assoc* 1998;46:722-52.
57. Gregurek R, Ražić Pavičić A, Gregurek ml. R. Anksioznost: psihodinamski i neurobiološki dijalog. *Socijalna psihijatrija* [Internet]. 2017 [pristupljeno 13.07.2022.];45(2):117-124. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/183748>
58. Crnković D. Anksioznost i kako ju liječiti. *Medicus* [Internet]. 2017 [pristupljeno 13.07.2022.];26(2 Psihijatrija danas):185-191. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/189044>

59. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition: DSM-5. Arlington, VA Washington, D.C: American Psychiatric Association, American Psychiatric Association. 2013. p. 189–195. ISBN 978-0-89042-555-8. OCLC 830807378.
60. ICD-10 Version:2019. ICD-10 Version:2019 [Internet]. icd.who.int; [cited 2022 Jul 13]. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F40-F48>.
61. Rose M, Devine J (2014). "Assessment of patient-reported symptoms of anxiety". *Dialogues Clin Neurosci* (Review). 16 (2): 197–211 (Table 2). doi:10.31887/DCNS.2014.16.2/mrose. PMC 4140513. PMID 25152658. open access
62. Taylor, G.; McNeill, A.; Girling, A.; Farley, A.; Lindson-Hawley, N.; Aveyard, P. (13 February 2014). "Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis". *BMJ*. 348 (feb13 1): g1151. doi:10.1136/bmj.g1151. PMC 3923980. PMID 24524926.
63. Stein, MB; Sareen, J (19 November 2015). "Clinical Practice: Generalized Anxiety Disorder". *The New England Journal of Medicine*. 373 (21): 2059–68. doi:10.1056/nejmcp1502514. PMID 26580998.
64. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 Sep;17(3):327-35. doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow. PMID: 26487813; PMCID: PMC4610617.3
65. Ivanović D. Romantiziranje psihičkih poremećaja u medijima. *Psychē* [Internet]. 2020 [pristupljeno 13.07.2022.];3(1):105-111. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/273226>
66. Stoeber, Joachim; Childs, Julian H. (2010). "The Assessment of Self-Oriented and Socially Prescribed Perfectionism: Subscales Make a Difference" (PDF). *Journal of*

Personality Assessment. 92 (6): 577–585. doi:10.1080/00223891.2010.513306. PMID 20954059. S2CID 1241506.

67. Marčinko D, Rudan V. NELAGODA U KULTURI 21. STOLJEĆA - psihodinamska rasprava. 1st ed. Zagreb, : Medicinska naklada; 2018.
68. Hamachek, D. E. (1978). "Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism". *Psychology: A Journal of Human Behavior*. 15: 27–33. Archived from the original on 29 May 2015. Retrieved 21 July 2014
69. Frost, Randy O.; Marten, Patricia; Lahart, Cathleen; Rosenblate, Robin (1990). "The dimensions of perfectionism". *Cognitive Therapy and Research*. 14 (5): 449–468. doi:10.1007/BF01172967. S2CID 11748385.
70. "The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, validity, and psychometric properties in psychiatric samples". Archived from the original on 12 December 2012. Retrieved 3 March 2016.
71. Flett, Gordon L.; Hewitt, Paul L.; Besser, Avi; Su, Chang; Vaillancourt, Tracy; Boucher, Daniel; Munro, Yvette; Davidson, Lisa A.; Gale, Olga (October 2016). "The Child–Adolescent Perfectionism Scale: Development, Psychometric Properties, and Associations With Stress, Distress, and Psychiatric Symptoms". *Journal of Psychoeducational Assessment*. 34 (7): 634–652. doi:10.1177/0734282916651381. ISSN 0734-2829. S2CID 148186602.
72. Curran, Thomas & Hill, Andrew. (2017). Perfectionism Is Increasing Over Time: A Meta-Analysis of Birth Cohort Differences From 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*. 145. 10.1037/bul0000138.

73. Tangney, JP; Miller Flicker Barlow (1996), "Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions?", *Journal of Personality and Social Psychology*, 70 (6): 1256–69, doi:10.1037/0022-3514.70.6.1256, PMID 8667166, S2CID 17024587
74. Kim, Sangmoon; Thibodeau, Ryan; Jorgensen, Randall S. (2011). "Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review". *Psychological Bulletin*. 137 (1): 68–96. doi:10.1037/a0021466. ISSN 1939-1455. PMID 21219057.A
75. Freud, Sigmund, *On Narcissism: An Introduction*, 1914A
76. Brown, Nina W., *The Destructive Narcissistic Pattern*, 1998A
77. Kohut (1971). *The Analysis of the Self. A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. London: The University of Chicago Press.
78. Mustač, F. i Marčinko, D. (2020). Socijalni aspekti odnosa narcisa i borderline-a. *Socijalna psihijatrija*, 48 (2), 188-209. <https://doi.org/10.24869/spsih.2020.188>
79. Schauerl A. Međugeneracijske promjene u narcizmu. *Psychē [Internet]*. 2021 [pristupljeno 13.07.2022.];4(1):145-153. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/264527>

9. Životopis

Osobni podaci:

- Ime i prezime: Matej Bertović
- Datum i mjesto rođenja: 26.03.1997., Zagreb
- Adresa stanovanja: Odvojak Veliki brijeg 30, Kašina
- E-mail: mbertovic@yahoo.com

Obrazovanje:

- 2001. – 2009. : Osnovna škola Vugrovec - Kašina
- 2009. – 2013. : Gimnazija Sesvete, Sesvete, Zagreb
- 2013. – 2020. : Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Strani jezici:

- Aktivno znanje: engleski
- Pasivno znanje: njemački