

Mentalizacija i privrženost kod poremećaja ličnosti i hranjenja

Marenić, Lucija

Master's thesis / Diplomski rad

2023

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:105:887512>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-10**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET



Lucija Marendić

Mentalizacija i privrženost kod poremećaja ličnosti i hranjenja

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2023.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i Klinici za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb pod vodstvom prof.dr.sc. Darka Marčinka i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2022./2023.

Popis oznaka i kratica

AAI - Intervju privrženosti u odraslih (*Adult attachment interview*)

AN - anoreksija nervoza

BED - poremećaj kompulzivnog prejedanja (eng. *binge eating disorder*)

BPD - granični poremećaj ličnosti (eng. *borderline personality disorder*)

BN - bulimija nervoza

DSM-V - Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 5. izdanje (eng. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*)

EAT - Test unosa hrane (eng. *The eating attitude test*)

ITM - indeks tjelesne mase

MBT - terapija temeljena na mentalizaciji (eng. *mentalization-based treatment*)

OKP - opsesivno-kompulzivni poremećaj

PTSP - posttraumatski stresni poremećaj

TFP - transferno fokusirana psihoterapija

SFT - eng. *schema-focused therapy*

Sadržaj

Sažetak	7
Summary	8
1. Uvod	9
2. Poremećaji hranjenja	10
2.1. Definicija i klasifikacija poremećaja hranjenja	10
2.2. Etiologija, faktori rizika i prevalencija poremećaja hranjenja	10
2.3. Uloga Hilde Bruch u poremećajima hranjenja	11
2.4. Anoreksija nervoza	11
2.5. Bulimija	13
2.6. Poremećaj prejedanja	14
2.7. Diferencijalna dijagnoza poremećaja hranjenja	15
3. Poremećaji ličnosti	16
3.1. Općenito o poremećajima ličnosti	16
3.2. Povezanost poremećaja ličnosti i poremećaja hranjenja	17
3.3. Prevalencija poremećaja ličnosti u oboljelih od poremećaja hranjenja	18
3.4. Granični poremećaj ličnosti	18
3.5. Opsesivno kompulzivni poremećaj	20
4. Mentalizacija	22
4.1. Pojam mentalizacija	22
4.2. Mentalizacija - višedimenzionalni pojam	22
4.3. Prementalizacijski modeli	23
4.4. Terapija temeljena na mentalizaciji	24
4.5. Uloga MBT-a u liječenju poremećaja hranjenja	25
4.6. Terapija BPD-a temeljena na mentalizaciji	27
4.7. Mentalizacijski pristup u pacijenta s poremećajem ličnosti i poremećajem hranjenja	28
5. Privrženost	29
5.1. Definicija	29
5.2. Privrženost i poremećaji ličnosti	30
5.3. Uloga oksitocina u privrženosti i poremećajima ličnosti	30
5.4. Privrženost i MBT u pacijenata oboljelih od BPD-a	31
5.5. Privrženost i poremećaji hranjenja	32
6. Sram u poremećajima ličnosti i poremećajima hranjenja	33

7. Zaključak.....	35
Zahvale.....	36
Popis literature.....	37
Životopis.....	42

Sažetak

Naslov rada: Mentalizacija i privrženost kod poremećaja ličnosti i hranjenja

Autor: Lucija Marenić

Poremećaji hranjenja i ličnosti s prevalencijom od 3 % (poremećaji hranjenja) i 10-13 % (poremećaji ličnosti) pobuđuju interes za novim modalitetima liječenja i teorijama koje bi se mogle uklopiti u njihovu etiologiju i posljedično pomoći u liječenju.

Komorbiditet poremećaja ličnosti i hranjenja nije rijetka pojava. Štoviše, ti pacijenti predstavljaju poseban izazov za liječnike budući da neke karakteristike oboljelih od poremećaja ličnosti (npr. graničnog poremećaja ličnosti) mogu uvelike otežati liječenje u pacijenata s poremećajem hranjenja.

Jedna od teorija koja povezuje poremećaje ličnosti i hranjenja je svakako teorija privrženosti, točnije nesigurna privrženost koja je svojstvena za obe dijagnoze te posljedično dovodi do poremećaja u sposobnosti mentaliziranja u takvih pacijenata.

Saznanja o mentalizaciji i terapiji baziranoj na njoj (eng. *mentalization-based treatment*, MBT) značajno su se mijenjala tijekom prošlog desetljeća. Inicijalno razvijen u liječenju pacijenata s graničnim poremećajem ličnosti, MBT sada pokriva puno širi spektar psihijatrijskih dijagnoza. Njegova široka primjena u liječenju poremećaja hranjenja, poremećaja ličnosti, depresije i samoozljeđivanja čini ga izrazito zanimljivim alatom za kliničare. Isto tako, njegova jednostavna uporaba paralelno s drugim modalitetima liječenja poremećaja ličnosti, znatno olakšava planiranje liječenja.

Ključne riječi: poremećaji hranjenja, poremećaji ličnosti, mentalizacija, terapija bazina na mentalizaciji, privrženost

Summary

Title: Mentalization and attachment in eating and personality disorders

Author: Lucija Marendić

Eating disorders and personality disorders with a prevalence of 3 % (eating disorders) and 10-13 % (personality disorders), generate interest in new treatment modalities and theories that could fit into their etiology and subsequently aid in treatment.

Comorbidity of personality disorders and eating disorders is not uncommon. Furthermore, these patients pose a special challenge for physicians as certain characteristics of personality disorders (borderline disorder) can greatly impede treatment in patients with eating disorders.

One theory that links personality and eating disorders is undoubtedly the theory of attachment, specifically insecure attachment, which is inherent in both diagnoses and leads to disturbances in the ability to mentalize such patients.

Knowledge about mentalization and mentalization-based therapy has significantly evolved during the past decade. Initially developed in the treatment of patients with borderline personality disorder, MBT now encompasses a much wider range of psychiatric diagnoses. Its extensive application in treatment of eating disorders, personality disorders, depression, and self-harm makes it extremely interesting tool for clinicians. Similarly, its easy integration with other treatment modalities for personality disorders significantly facilitates treatment planning.

Keywords: eating disorders, personality disorders, mentalization, mentalization based therapy, attachment

1. Uvod

Teorija privrženosti vuče svoje korijene iz mentalizacije. Povezanost ova dva pojma i njihova primjena u praksi te na poremećaje ličnosti i hranjenja uvelike je napredovala zadnjih godina. Oba pojma me intrigiraju svojom širokom primjenom u kliničkoj praksi i primjenjivošću u liječenju brojnih psihijatrijskih dijagnoza. Moj poseban interes za njihovu primjenu u oboljelih od poremećaja ličnosti i hranjenja javio se za vrijeme mog volontiranja na odjelu za poremećaje hranjenja u jednoj psihijatrijskoj ustanovi.

U ovom diplomskom radu bit će prikazana primjena mentalizacije i privrženosti u poremećajima ličnosti i poremećajima hranjenja. Isto tako, bit će razrađena i povezanost tih dvaju poremećaja te prikazana kompleksnost pacijenta s komorbiditetom poremećaja ličnosti i hranjenja te uloga MBT-a u liječenju takvih pacijenata.

2. Poremećaji hranjenja

2.1. Definicija i klasifikacija poremećaja hranjenja

Poremećaji hranjenja su sindromi karakterizirani ozbiljnim poremećajima u ponašanju vezanima uz prehranu te tjeskobom ili prekomjernom zabrinutošću vezanom uz oblik tijela ili težinu, a često se pojavljuju s ozbiljnim medicinskim ili psihijatrijskim komorbiditetima. Nijekanje simptoma i otpor prema traženju liječenja čine liječenje posebno izazovnim. Glavni poremećaji hranjenja mogu se klasificirati kao anoreksija nervoza, bulimija nervoza, poremećaj prejedanja, drugi specifični poremećaji hranjenja, poremećaj hranjenja izbjegavanja/ograničenja i nespecificirani poremećaji hranjenja.

2.2. Etiologija, faktori rizika i prevalencija poremećaja hranjenja

Većina poremećaja hranjenja javlja se u adolescenciji.

Poremećaji hranjenja su zabilježeni kod otprilike 3 % adolescenata i mladih odraslih osoba. Prevalencija subkliničkih poremećaja hranjenja još je veća i procjenjuje se na 11 %. Najčešća dob za pojavu anoreksije nervoze je tijekom adolescencije, iako se poremećaji hranjenja mogu pojaviti kod pacijenata bilo koje dobi, spola, rase ili etničke pripadnosti.

Slično tome, pojava bulimije nervoze obično je u adolescenciji, dok se pojava poremećaja prejedanja događa nešto kasnije, najčešće u srednjim dvadesetima (1).

Studije iz genetike povezuju anoreksiju nervozu s nasljeđivanjem. Neke studije su čak pokazale da se geni odgovorni za ovu bolest mogu nalaziti na kromosomu 1 i X kromosomu.

Poremećaju su podložnija djeca s nižom porođajnom težinom, kao i djeca koja nisu dobivala adekvatnu prehranu prije i nakon rođenja. Nesiguran odnos s roditeljem, uključujući roditeljsku anksioznost i stres, također doprinose razvoju poremećaja (2).

Poremećaji u regulaciji serotonina u mozgu smatraju se jednim faktorom koji doprinosi poremećajima hranjenja. Definiirajuća karakteristika anoreksije nervoze je dobrovoljno održavanje tjelesne težine na abnormalno niskoj razini, dok bulimiju nervozu karakterizira često prejedanje, često praćeno prisilnim povraćanjem. Ovi poremećaji često su praćeni i depresijom, ozbiljnim poremećajem raspoloženja koji je povezan s niskim razinama serotonina u mozgu. Veza sa

serotoninom najjasnija je u slučaju bulimije. Osim što snižava raspoloženje, niske razine serotonina smanjuju osjećaj sitosti. U stvari, antidepresivi koji djeluju tako da povećavaju razine serotonina u mozgu (npr. fluoksetin) također su učinkovit tretman za većinu pacijenata s bulimijom nervozom (3).

2.3. Uloga Hilde Bruch u poremećajima hranjenja

Hilde Bruch jedna je od najutjecajnijih osoba u području poremećaja hranjenja. Njezini načini predlaganja psihoterapijskih pristupa i stavova za poremećaje hranjenja iznimno su usklađeni s mentalizacijskim pristupom. Hilde Bruch prva je opisala kako anoreksični pacijenti iskazuju teškoće u točnom percipiranju ili interpretaciji podražaja koji nastaju u njihovim tijelima, poput gladi i sitosti, umora i slabosti kao fizioloških znakova loše prehrane. Stoga, koristeći jezik mentalizacije, ona piše o dimenziji sebe. Također je opisala kako pacijenti često nisu u mogućnosti opisati svoje emocije.

2.4. Anoreksija nervoza

Definicija

Anoreksija nervoza potječe od grčke riječi *anorexia* koja označuje odsutnost apetita (4).

To je psihički poremećaj kojeg karakteriziraju samoizgladnjivanje i gubitak tjelesne mase u odnosu na visinu i dob.

Postoje dva različita pristupa u konceptualizaciji anoreksije nervoze:

1. Medicinsko - klinički pristup koji definira bolest u smislu njenih glavnih kliničkih manifestacija
2. Sociokulturalni pristup (5)

Screening

Najčešće korišteni test za prepoznavanje anoreksije je Test unosa hrane (eng. *The eating attitude test*, EAT). Ipak, postoji sumnja u prediktivnu vrijednost ovoga testa, budući da samo mali postotak osoba s pozitivnim rezultatima na EAT-u stvarno ima poremećaj hranjenja.

Dob i spol

Anoreksija nervoza se najčešće pojavljuje kod mladih, posebno nekoliko godina nakon puberteta, najčešće u dobi od 18 godina.

Obično se u istraživanjima naglašena prevlast ženskog spola u odnosu na muški, npr. 92 % u sjeveroistočnoj Škotskoj i 90% među djecom u Göteborgu. S druge strane istraživanje u pokrajini Ontario rezultiralo je uravnoteženijim omjerom ženskih i muških slučajeva (2:1) kada su bili uključeni i slučajevi djelomične anoreksije nervoze (6).

Klasifikacija

Prema DSM-5 klasifikaciji kriteriji za postavljanje dijagnoze anoreksije nervoze su:

1. Ograničavanje unosa energije u odnosu na potrebne, što dovodi do značajno niske tjelesne težine u kontekstu dobi, spola, razvojnog puta i fizičkog zdravlja. Značajno niska težina se definira kao težina koja je manja od minimalno normalne ili, kod djece i adolescenata, manja od minimalno očekivane.
2. Intenzivan strah od dobivanja težine ili postajanja debelom, ili postojanje upornog ponašanja koje ometa dobivanje težine, iako je tjelesna težina značajno niska.
3. Poremećaj u načinu na koji se doživljava vlastita tjelesna težina ili oblik, neprimjeren utjecaj tjelesne težine ili oblika na samoprocjenu ili nedostatak prepoznavanja ozbiljnosti trenutno niske tjelesne težine.

Postoje dva podtipa anoreksije nervoze:

1. RESTRIKTIVNI TIP: tijekom posljednja tri mjeseca, osoba nije imala ponavljajuće epizode prejedanja ili ponašanja koje uključuje izazivanje povraćanja (npr. samoprovocirano povraćanje ili zlouporaba laksativa, diuretika ili klistira).
Gubitak tjelesne težine postiže postom, dijetom ili pretjeranim vježbanjem
2. PURGATIVNI TIP: tijekom posljednja tri mjeseca, osoba je imala ponavljajuće epizode prejedanja ili ponašanja koje uključuje izazivanje povraćanja (npr. samoprovocirano povraćanje ili zlouporaba laksativa, diuretika ili klistira).

Indeks tjelesne mase (ITM), mjera je tjelesne mase u odnosu na visinu te je obično ispod 18,5 kod odrasle osobe s anoreksijom nervozom.

Prema vrijednosti ITM-a anoreksija se može podijeliti na:

- a) Blagu: BMI < 17 kg/m²
- b) Umjerenu: BMI 16-16,99 kg/m²
- c) Tešku: BMI 15-15,99 kg/m²
- d) Ekstremno tešku: BMI < 15 kg/m² (7)

Komplikacije

Tijekom vremena mogu se razviti brojni simptomi u vezi s gladovanjem ili povraćanjem u sklopu anoreksije: izostanak menstruacije, lomljiva kosa/nokti, slabost mišića i gubitak tjelesne mase, žgaravica, depresija te po život opasni poremećaji srčanog ritma (8).

HTA1 i anoreksija

Pacijenti s anoreksijom općenito pate od povećane aktivnosti hidroksitriptamina i serotonina. Hidroksitriptamin djeluje na receptor HT1A čija se ukupna aktivnost mijenja. Međutim, ovi simptomi i dalje mogu postojati čak i nakon oporavka pacijenta jer opsesivna priroda ostaje prisutna tijekom cijelog života. Također se pojavljuje oštećenje receptora za miris i smanjenje kondicioniranja okusa, kao i nadutost. Smanjenje triptofana zbog smanjenog unosa hrane potiče proizvodnju serotonina. Razina dihidroepiandrosterona i omjer dihidroepiandrosterona prema sulfatu također se smanjuje zajedno s hormonom rasta (9).

2.5. Bulimija

Definicija

Većina pacijenata s bulimijom nervozom su žene, a većina njih je u dobi od 20 godina. Prilikom razmatranja psihopatologije bulimije može se napraviti razlika između „specifičnih“ i „općih“ karakteristika. Prve obuhvaćaju značajke koje su uglavnom specifične za poremećaje hranjenja (samoprovocirano povraćanje, prevelika procjena oblika i težine), dok „opće“ karakteristike obuhvaćaju značajke koje se mogu vidjeti i kod drugih psihijatrijskih stanja (simptomi depresije) (10).

Klasifikacija

Prema DSM-5 klasifikaciji kriteriji za postavljanje dijagnoze bulimije su:

- A) Ponavljajuće epizode prejedanja, karakterizirane i s:
 - 1. Konzumiranje količine hrane (u bilo kojem dvosatnom razdoblju) koja je veća od one koju većina ljudi konzumira u sličnom vremenskom periodu pod sličnim okolnostima
 - 2. Osjećaj da se ne može zaustaviti jedenje ili kontrolirati što ili koliko se jede.
- B) Ponavljajući neprimjereni kompenzacijski postupci radi spječavanja dobivanja na težini, kao što su namjerno izazvano povraćanje, zlouporaba laksativa, diuretika ili drugih lijekova, post ili pretjerana tjelesna aktivnost.
- C) Epizode prejedanja i neprimjereni kompenzacijski postupci pojavljuju se prosječno barem jednom tjedno tijekom tri mjeseca.
- D) Samovrednovanje je neopravdano utjecano oblikom tijela i težinom.
- E) Poremećaj se ne pojavljuje isključivo tijekom epizoda anoreksije nervoze.

Prema težini poremećaja, bulimija se može podijeliti na:

- a) blagu (1-3 epizode neprimjerenih kompenzacijskih postupaka tjedno),
- b) umjerenu (4-7 epizoda neprimjerenih kompenzacijskih postupaka tjedno),
- c) tešku (8-13 neprimjerenih kompenzacijskih postupaka tjedno)
- d) ekstremnu (prosječno 14 epizoda neprimjerenih kompenzacijskih postupaka tjedno) (7).

2.6. Poremećaj prejedanja

Kao i kod bulimije, osobe s poremećajem prejedanja (eng. *binge eating disorder*, BED) imaju epizode prejedanja u kojima konzumiraju velike količine hrane u kratkom vremenskom razdoblju, doživljavaju gubitak kontrole nad hranjenjem i osjećaju tjeskobu zbog takvog prejedanja. Za razliku od osoba s bulimijom nervozom oni ne koriste redovito kompenzacijske mehanizme poput povraćanja, vježbanja, posta ili zlouporabe laksativa. Sam poremećaj može dovesti do ozbiljnih zdravstvenih posljedica kao što su: pretilost, dijabetes, hipertenzija i kardiovaskularne bolesti.

Prema DSM-5 klasifikaciji poremećaj prejedanja uključuje:

- 1. Ponavljajuće epizode prejedanja količine hrane koja je definitivno veća od one koje bi većina ljudi konzumirala u sličnom vremenskom period i sličnim okolnostima

2. Epizode prejedanja su povezane s tri (ili više) od sljedećeg:
 - Jedenje puno brže nego inače
 - Jedenje do osjećaja neugodne sitosti
 - Jedenje velikih količina hrane kada nema fizičke gladi
 - Osjećaj gađenja prema sebi, depresija ili velika krivnja nakon toga
3. Prisutna je izražena tjeskoba u vezi s prejedanjem
4. Prejedanje se događa u prosjeku najmanje jednom tjedno tijekom tri mjeseca
5. Prejedanje nije povezano s ponavljajućom uporabom neprikladnih kompenzacijskih ponašanja i ne javlja se isključivo tijekom anoreksije nervoze, bulimije nervoze ili poremećaja hranjenja-izbjegavanja/ograničenja (11)

2.7. Diferencijalna dijagnoza poremećaja hranjenja

Simptomi poremećaja hranjenja mogu biti povezani s psihotičnim procesima, posebno u ranim fazama, kao i s afektivnim poremećajima, posebno depresijom. Kada se promatra organizacija ličnosti, velik broj osoba s poremećajima hranjenja ima karakteristike granične organizacije ličnosti. Bulimija često prati komorbiditet s graničnim poremećajem ličnosti. Procjena patološkog narcizma igra važnu ulogu kod pacijenata s poremećajima hranjenja, jer se smatra da visoki stupnjevi patološkog narcizma značajno smanjuju uspjeh psihoterapije. Restriktivni oblici anoreksije često su povezani s opsesivno-kompulzivnim poremećajem. Također, psihoze mogu biti prisutne kao komorbiditet kod anoreksije. Na kraju, simptomi depresije česti su kod osoba s poremećajima hranjenja, pa je važno procijeniti jesu li ti simptomi dio depresivnog poremećaja ili se radi o tzv. karakterološkoj depresiji, koja je sastavni dio ličnosti (12).

3. Poremećaji ličnosti

3.1. Općenito o poremećajima ličnosti

Definicija

Ličnost je način razmišljanja, osjećanja i ponašanja koji čini osobu drugačijom od drugih ljudi. Poremećaj ličnosti uključuje odstupanje načina razmišljanja, osjećanja i ponašanja, uzrokujući probleme i nelagodu u funkcioniranju (13).

Ličnost čine dvije značajke: temperament i karakter. Temperament je prirodna sklonost da se ponašamo na određeni način. Karakter je konfiguracija navika, sklonost koja se sastoji od aspekata koje smo stekli učenjem i oblikovali iskustvom (14).

Etiologija

Ličnost se tijekom djetinjstva oblikuje putem interakcije gena i okoline.

Stoga se pretpostavlja da su poremećaji ličnosti rezultat kombinacije genetske predispozicije i izloženosti različitim nepovoljnim utjecajima i specifičnim traumatičnim događajima, kao što je seksualno zlostavljanje u djetinjstvu, što predstavlja rizični faktor za razvoj graničnog poremećaja ličnosti. Geni osobu mogu učiniti osjetljivom na razvoj poremećaja ličnosti, a životne okolnosti mogu pokrenuti stvarni razvoj poremećaja (15).

Prevalencija

Prevalencija poremećaja ličnosti u općoj populaciji iznosi od 10 do 13%, prilikom čega se najčešće pojavljuju: narcistični poremećaj ličnosti (2-16%), shizotipni (3%), granični (2%) i histrionični poremećaj ličnosti (2-3%) (16).

Klasifikacija

DSM-5 klasifikacija grupira deset vrsta poremećaja ličnosti u tri skupine (A, B, C) (engl. *Cluster*):

Skupinu A karakterizira ekscentričnost. Uključuje sljedeće poremećaje ličnosti sa svojim karakterističnim značajkama: paranoidni (nepovjerenje i sumnjičavost), shizoidni (ravnodušnost prema drugima) i shizotipni poremećaj ličnosti (ekscentrične ideje i ponašanje)

Skupinu B karakteriziraju dramatičnost, emocionalnost i nepredvidljivost. Ona uključuje: antisocijalni (društvena neodgovornost, nepoštivanje drugih, prijevara i manipulacija drugima radi vlastite koristi), histrionični (traženje pažnje i pretjerana emocionalnost), narcistički (samovelicanje, potreba za divljenjem i nedostatak empatije) i granični poremećaj ličnosti

Skupinu C skupina karakterizira anksioznost ili strah. Ta skupina uključuje: izbjegavajući (izbjegavanje međuljudskog kontakta zbog osjetljivosti na odbacivanje), opsesivno-kompulzivni (perfekcionizam, rigidnost i tvrdoglavost) i ovisni poremećaj ličnosti (17).

Kod osoba s graničnim poremećajem ličnosti dolazi do oštećenja u pamćenju (amigdale), što rezultira ranom memorijom napuštanja. To znači da oni reagiraju na osjećaj napuštanja čak i kada takva situacija ne postoji stvarno. Psihoterapijski proces ima utjecaj na fleksibilnost memorije te pruža mogućnost za izmjenu neuronskog sustava (18).

3.2. Povezanost poremećaja ličnosti i poremećaja hranjenja

Istraživanja pokazuju da postoji blizak odnos između opsesivne ličnosti i kasnijeg razvoja anoreksije. Janet, koji je opisivao pojmove opsesije i psihoasteniju smarao je da je strah pacijenata od debljanja složena opsesivna ideja. Poduzeti su pokušaji razdvajanja karakteristika premorbidne ličnosti i bolesti kako bi se razjasnile osobine ličnosti koje predodređuju anoreksiju nervozu. Žene koje su se oporavile od ograničavajuće anoreksije nervoze testirane su na praćenju od 8 do 10 godina koristeći niz samoizvještajnih instrumenata. Uspoređene su dvije kontrolne skupine: normalne žene i sestre oporavljenih anoreksičnih pacijentica. Žene koje su se oporavile pokazale su veću sklonost izbjegavanju rizika i pridržavanju autoriteta. Također su pokazale veću razinu samokontrole, te manje spontanosti (19).

Poremećaji hranjenja i poremećaji ličnosti dijele karakteristiku ranjivosti i snažnu povezanost s nesigurnim stilovima privrženosti. Mentalizacijski pristup ovom komorbiditetu stoga nastoji ciljati na gubitak mentalizacije koji je zajednička karakteristika oba stanja. Ti pacijenti predstavljaju izazov s visokom učestalošću prijelaza iz jednog poremećaja u drugi. Osobe koje imaju i granični poremećaj ličnosti (eng. *borderline personality disorder*, BPD) i poremećaj hranjenja vjerojatno će imati i težu kliničku sliku od osoba koje imaju samo poremećaj hranjenja.

Neurotična struktura ličnosti (histerični, depresivno-mazohistični i opsesivno-kompulzivni simptomi) ima značajno bolju prognozu i manje komplikacija u terapiji nego borderline i psihotična struktura ličnosti.

Kod svakog bolesnika s poremećajem hranjenja korisno je procijeniti sljedećih nekoliko faktora: karakternu patologiju koja je dominantna, identitet (prisutnost ili nedostatak integracije identiteta), mehanizme obrane koji su dominantni, objektivne odnose i antisocijalne crte ličnosti.

3.3. Prevalencija poremećaja ličnosti u oboljelih od poremećaja hranjenja

Najčešći poremećaj ličnosti u oboljelih od restriktivnog tipa anoreksije nervoze je opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) (oko 22%), a oko 11 % oboljelih od restriktivnog tipa anoreksije nervoze pati od *borderline* poremećaja ličnosti. Za razliku od toga, kod oboljelih od purgativnog tipa anoreksije nervoze najčešće nalazimo *borderline* poremećaj ličnosti, s prevalencijom oko 25%.

U oboljelih od bulimije nervoze najčešće se javlja *borderline* poremećaj ličnosti, s prevalencijom većom od 28 %. Među BED dijagnosticiranim pacijentima najčešće se pojavljuje opsesivno-kompulzivni poremećaj.

Navedene prevalencije mogu se objasniti na sljedeći način: dominantni poremećaj kod restriktivnog tipa anoreksije nervoze je OKP, što je često kliničko opažanje. Ova veza izgleda logična, s obzirom na visoku razinu kontinuirane suzdržanosti i samopraćenja potrebne za održavanje ovog tipa patologije hranjenja. Čini se da je opsesivno prekomjerno djelovanje nužno kako bi se održala psihološka izdržljivost potrebna za izgladnjivanje.

Također, kod purgativnog tipa anoreksije nervoze i purgativnog tipa bulimije nervoze, najčešći poremećaj ličnosti je *borderline*. Kod tih poremećaja hranjenja očigledno postoje više razine impulzivnosti, kao što je vidljivo u ponašanju prejedanja i pročišćavanja (20).

3.4. Granični poremećaj ličnosti

Definicija: Granični poremećaj ličnosti (BPD) je naziv za sindromsku sliku koja je karakterizirana emocionalnom nestabilnošću i impulzivnošću, zajedno s nestabilnim osjećajem identiteta. Često se manifestira kroz impulzivno samoozljeđivanje i pokušaje samoubojstva, zlouporabu supstanci, kroničnu prazninu i uporni obrazac izrazito nestabilnih međuljudskih odnosa.

Pojam „granica“ (engl. *borderline*) prvi puta je koristio Stern 1938. godine kako bi opisao skup simptoma na granici između neuroza i psihoza. Nekoliko desetljeća kasnije, pojam „granica“ uveden je u DSM-III klasifikaciju kao poremećaj ličnosti (21).

Prevalencija

BPD je ozbiljno stanje s procijenjenom prevalencijom tijekom života do 6 %.

Etiologija:

Faktori rizika povezani s BPD-om uključuju: genetske, biološke i razvojne aspekte. Obiteljske studije pokazuju da roditelji pacijenata s BPD-om imaju veću incidenciju poremećaja raspoloženja.

Među biokemijskim nalazima ističe se nedostatak serotonina u mozgu. Osnovna karakteristika BPD-a u tom smislu je smanjeni stupanj 5-hidroksiindoleoctene kiseline u cerebrospinalnoj tekućini i umanjen prolaktinski odgovor na agoniste serotonina što je u vezi s impulzivnom agresijom.

Isto tako, uloga traume u djetinjstvu može biti ključna za razvoj ovog poremećaja. Dokazano je da je kod ovih pacijenata veća incidencija traumatskih iskustava iz djetinjstva, bilo da se radi o seksualnom/fizičkom zlostavljanju ili pak zanemarivanju (21).

Komorbiditeti i diferencijalna dijagnoza BPD-a:

Drugi poremećaji, poput depresije, anksioznih poremećaja, poremećaja hranjenja, zloupotrebe supstanci i drugih poremećaja ličnosti, često mogu postojati zajedno s BPD-om (22).

Klasifikacija:

DSM-5 navodi devet kriterija, od kojih barem pet mora biti prisutno za postavljanje dijagnoze BPD-a. To su:

1. Obrazac nestabilnih intenzivnih odnosa
2. Neprimjeren, intenzivan bijes
3. Očajnički naponi da se izbjegne napuštanje
4. Promjene raspoloženja
5. Impulzivno ponašanje

6. Ponavljajuće samoozljeđivanje i suicidalnost
7. Kronični osjećaji praznine ili dosade
8. Privremene paranoidne misli povezane sa stresom
9. Poremećaj identiteta i ozbiljni disocijativni simptomi.

3.5. Opsesivno kompulzivni poremećaj

Definicija:

Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) je poremećaj u kojem osobe imaju ponavljajuće neželjene misli, ideje ili senzacije (opsesije). Kako bi se riješili tih misli, osjećaju prisilu da ponavljaju određene radnje (kompulzije). To značajno može ometati svakodnevne aktivnosti i smanjiti kvalitetu života. Kod osoba s OKP-om misli su uporne i nametljive, a ponašanja rigidna. Neprovođenje tih ponašanja često uzrokuje veliku uznemirenost koja može biti povezana s konkretnim strahom od teških posljedica ako se ponašanja ne izvrše.

Dijagnoza OKP-a zahtjeva prisutnost opsesivnih misli i /ili kompulzija koje oduzimaju puno vremena (više od jednog sata dnevno), uzrokuju značajnu uznemirenost i ometaju radnje ili društvene funkcije. OKP često započinje u djetinjstvu, adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi.

Opsesije

Opsesije su ponavljajuće i uporne misli, impulsi ili slike koje izazivaju neugodne emocionalne reakcije poput anksioznosti, straha ili gađenja. Mnogi pacijenti s OKP-om prepoznaju da su te misli proizvod njihova uma, ali uznemirenost uzrokovana tim mislima ne može se riješiti razumijevanjem. Većina ljudi s OKP-om stoga ih nastoji riješiti kroz kompulzije (23).

Kompulzije

Kompulzije su ponavljajuće radnje ili mentalne radnje za koje osoba osjeća prisilu da ih mora izvršiti kao odgovor na opsesiju. Takve radnje privremeno smanjuju ili sprječavaju uznemirenost povezanu s opsesijom zbog čega vjerojatno osoba ponavlja te radnje u budućnosti. Kompulzije mogu biti pretjerane reakcije koje su izravno povezane s opsesijom ili radnje koje nije u vezi s opsesijom. U najtežim slučajevima, stalno ponavljanje rituala može ispuniti dan, što otežava normalnu rutinu (24).

Prevalencija

Prevalencija oboljelih od OKP-a u općoj populaciji iznosi između 2 i 3 %.

Dob i spol

Prosječna dob početka bolesti je 20 godina.

Muškarci i žene su jednako podložni obolijevanju, iako neka izvješća ukazuju da su žene podložnije. Tijekom adolescencije dječaci češće bivaju dijagnosticirani od djevojčica.

Samci su češće pogođeni, vjerojatno zbog teškoća koje osobe s OKP-om imaju u održavanju veze (21).

DSM-5 kriteriji za postavljanje dijagnoze OKP-a uključuju:

1. Opsjednutost detaljima, pravilima, propisima, organizacijom ili rasporedom do te mjere da se gubi glavna svrha aktivnosti.
2. Pokazivanje perfekcionizma koji ometa završetak rada.
3. Pretjerana posvećenost poslu i produktivnosti, isključujući aktivnosti za odmor i prijateljstva.
4. Izuzetna savjesnost i skrupuloznost u pitanjima moralnosti, etike ili vrijednosti.
5. Nije u stanju odbaciti istrošene ili beskorisne predmete, čak i kada nemaju sentimentalnu vrijednost.
6. Oklijevanje u povjeravanju zadatka drugima ili surađivanju s drugima osim ako se točno ne podrede njegovom načinu rada.
7. Usvaja se škrti stil trošenja prema sebi i drugima.
8. Pokazuje se krutost i tvrdoglavost (25).

4. Mentalizacija

4.1. Pojam mentalizacija

Definicija:

Mentalizacijska terapija je izvorno razvijena devedestih godina prošlog stoljeća i prvotno se koristila za liječenje pacijenata s graničnim poremećajem ličnosti. Pristup mentalizaciji se promijenio i značajno napredovao u proteklih nekoliko godina. Na to su posebno utjecala nedavna saznanja iz područja razvojne psihologije, psihopatologije i neuroznanosti i saznanja iz kliničke prakse.

Mentalizacija je sposobnost razumijevanja postupaka drugih ljudi i sebe u smislu misli, osjećaja i želja: to je ljudska sposobnost koja leži u temelju svakodnevnih interakcija. Bez mentalizacije nema osjećaja vlastitog identiteta i konstruktivne socijalne interakcije. Mentalizacija je temeljniji psihološki proces koji ima ulogu u svim glavnim mentalnim poremećajima. Tehnike mentalizacije se koriste u liječenju posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP), ovisnosti o drogama, poremećaja hranjenja, poremećaja ličnosti i kod samoozljeđivanja. Mentalizacija nije potpuno stabilna, dosljedna i jednodimenzionalna. Nismo svi jednako sposobni mentalizirati.

Tako razlikujemo dobar i loš kapacitet za mentaliziranje. Dobar kapacitet za mentaliziranje pomaže osobi da se lakše nosi s određenim tipom emotivnog stresa u svom životu ili životu druge osobe. U lošem mentaliziranju osoba ne može situaciju sagledati iz više perspektiva te slabo regulira vlastite afekte (26).

Mentalizacija je većinom presvjesna, imaginativna mentalna aktivnost: moramo zamisliti što drugi ljudi možda misle ili osjećaju. U slučaju kada bi se mentaliziranje odvijalo isključivo svjesno, došlo bi do preopterećenja kapaciteta za obradu informacija (26).

4.2. Mentalizacija – višedimenzionalni pojam

Neuroznanstvenici su definirali četiri različite komponente ili dimenzije mentalizacije:

1. Automatska naspram kontrolirane mentalizacije.
2. Mentalizacija sebe naspram drugih.
3. Mentalizacija orjentirana na unutrašnja stanja - mentalizacija orjentirana na vanjska stanja.

4. Kognitivni proces naspram afektivnog procesa.

Za učinkovitu mentalizaciju potrebno je ne samo da pojedinac održava ravnotežu između ovih dimenzija, već da ih i primjenjuje na odgovarajući način.

Kod odrasle osobe s poremećajem ličnosti, neujednačena mentalizacija bit će vidljiva na barem jednoj od ove četiri dimenzije. Polazeći iz tog stajališta, razlikuju se različite vrste psihopatologije na temelju različitih kombinacija četiri dimenzije mentalizacija (27).

4.3. Prementalizacijski modeli

Pod pojmom prementalizacijskih modela podrazumijevamo psihičku ekvivalenciju, model pretvaranja i teleološki model.

Psihička ekvivalencija

U ovom stanju, aspekti trenutnog iskustva shvaćeni su kao činjenice koje su neizbježne i istinite. U okviru psihičke ekvivalencije, vrlo je teško pojedincu razmotriti ideju da postoji bilo kakva druga perspektiva o tome kako stvari jesu osim kako se trenutno osjeća. Psihička ekvivalencija podrazumijeva objašnjavanje i tumačenje misli, osjećaja i opaženog društvenog ponašanja u smislu trenutnog iskustva. Umjesto da se perceptivno iskustvo razumije u smislu osjećaja i misli povezanih s motivacijama i namjerama, unutar psihičke ekvivalencije mentalna stanja i ponašanje razumijevaju se samo u smislu trenutnog iskustva. Moguće razlike između prošlog iskustva i trenutnih percepcija također su izgubljene ili su postavljene u drugi plan.

U kliničkim postavkama, psihička ekvivalencija može pridonijeti raznim simptomima. Jedna od osnovnih osi simptomatologije traume su povratne slike, u kojima se sjećanja doživljavaju u modusu psihičke ekvivalencije, osjećajući se strašno neposrednim, stvarnim i neizbježnim. Još jedna od osi traume je izbjegavanje podsjetnika na događaj.

Psihička ekvivalencija također može pridonijeti simptomima graničnog poremećaja ličnosti u području osobnih odnosa. Sadašnjost se pojavljuje kao jedina stvarnost: osjećaj vremena, postojanja s prošlošću i budućnošću, poremećen je neposrednošću i nepromjenjivom kvalitetom pojedinačnog iskustva. To otežava pristup strategijama poput strpljenja, korisnih distrakcija, trenutka za povratak u ravnotežu i drugim tehnikama koje koristi "mehanizam za kontrolu" i koje bi inače spriječile da naša trenutna zapažanja poprimaju oblik postavljenih uvjerenja. U stanju

psihičke ekvivalencije, pojedinci mogu biti i preosjetljivi na sram, jer doživljavaju negativnost sebe kao potpunu i bez mogućeg olakšanja. Fonagy i sur. su predložili da je najvažniji okidač za psihičku ekvivalenciju visoka razina uzbuđenosti/emocionalnosti.

Teleološki model

Teleološki način razmišljanja je prema Fonagy i sur. smatran kao oteći dio mentaliziranja. U mentaliziranju se koristi sposobnost koncipiranja i omogućavanja ponovnog razmatranja misli i osjećaja koji su uključeni u motivacije i namjere kako bi se postiglo to objašnjenje i tumačenje. U teleološkom načinu, opaženo društveno ponašanje koristi se za objašnjavanje motivacija i namjera drugih i sebe. To je suprotno od mentaliziranja gdje se misli i osjećaji koriste za objašnjavanje i tumačenje opaženog ponašanja i perceptivnog iskustva. U smislu četiri polariteta koje su razvili Luyten i Fonagy, teleološki način je vrsta nementaliziranja u kojem se - "vanjsko mentaliziranje" - koristi za zaključivanje o unutarnjim stanjima.

Model pretvaranja

Model pretvaranja je način prementalizacijskog razmišljanja koji je tipičan u ranim godinama života, a može se ponovno pojaviti na problematičan način i kod odraslih osoba.

U ovom modelu iskustva osobe vezana za misli i osjećaje nisu temeljena na dokazima i slabo su povezana s vanjskom stvarnošću (28).

4.4. Terapija temeljena na mentalizaciji

Opći cilj terapije temeljene na mentalizaciji (eng. *mentalization-based treatment*, MBT) je razviti terapijski proces u kojem se pažnja usmjerava na um pacijenta.

Cilj je da pacijent sazna više o tome kako misli i osjeća o sebi i drugima, kako to određuje njegove reakcije prema drugima. Kliničar mora osigurati da pacijent stalno bude podsjećan na taj cilj, da sam terapijski proces nije tajnovit i da pacijent razumije temeljni fokus tretmana (29). Terapija temeljena na mentalizaciji nije namijenjena stvaranju specifičnih spoznaja (npr. otkrivanje izvora unutarnjih sukoba ili problema u odnosima). To ne znači da spoznaja nije važna. Umjesto toga, cilj te terapije je poboljšati pacijentovu sposobnost generiranja spoznaja „na licu mjesta“.

Mentalizirajući kliničar kontinuirano konstruira i rekonstruira sliku pacijenta u svojem umu kako bi pomogao pacijentu shvatiti što osjeća i zašto doživljava ono što doživljava. Pacijent se mora prepoznati u umu kliničara, a isto tako kliničar mora razumjeti sebe u umu pacijenta kako bi zajedno razvili proces mentalizacije.

Kliničarov glavni interes je ono što se sada događa u pacijentovom umu, čak i ako se fokusira na prošli događaj; njegova znatiželja je usmjerena na ono što pacijent doživljava dok govori o tim događajima. U suštini, kliničar se kreće od interesa za same događaje, do pacijentovog iskustva događaja u trenutku, do njegovog razmišljanja o događajima, do njegovih trenutnih osjećaja o tome što priča o događajima (30).

U MBT-u, osnovni cilj je pomoći pacijentu da bude svjestan vlastitog mentalnog procesa i usredotočiti se više na to kako on/ona i drugi razmišljaju i osjećaju u trenutku. U tu svrhu, kliničar treba saznati više o tome kako pacijent razmišlja i doživljava sebe u svijetu. To zahtijeva da kliničar konstantno istražuje trenutno stanje pacijentovog uma dok iznosi vlastito razumijevanje pacijentovog stanja uma. Zadatak je zanimati se za detalje, razmišljati o razlikama i nijansama te na taj način održavati mentalizacijski fokus tijekom cijelog tretmana. U cilju razumijevanja mentalnih stanja i njihovog izražavanja, kliničarov um je -"otvoren"- za pacijenta u MBT-u (31).

4.5. Uloga MBT-a u liječenju poremećaja hranjenja

Iz perspektive teorije mentalizacije, poremećaji hranjenja se shvaćaju kao izražaj poremećenog osjećaja vlastitog identiteta. Rješenje za to je povezivanje tijela/izgleda s subjektivnim doživljajem sebe u nastojanju da se obnovi osjećaj koherentnosti i vrijednosti. MBT ima za cilj poboljšati mentalizaciju omogućavajući pacijentu da se bavi vlastitim mislima i njihovim utjecajima, čime se smanjuje povlačenje u načine funkcioniranja koji ne uključuju mentalizaciju, a u kojima se osjećaji nezadovoljstva manifestiraju fizički. Utvrđene su značajne veze između poremećaja hranjenja i nesigurnosti privrženosti. Veća anksioznost vezana uz privrženost značajno je povezana s ozbiljnošću simptoma i lošijim ishodom liječenja.

Mentalizacijski pristup uključuje kombinaciju individualnih sesija, grupnih sesija i psihološko-edukativnih grupa. Tijekom terapije, MBT terapeuti su odgovorni za praćenje fizičkih mjera pacijenata (npr. u klinici ili kod njihovog općeg liječnika), te surađuju s liječnikom klinike prema

potrebi. Nakon 12-mjesečnog programa terapije, pacijenti se ponovno procjenjuju od strane člana kliničkog tima.

Središnji fokus MBT-a kod poremećaja hranjenja je na prekidima u mentaliziranju i pojavama nefunkcioniranja bez mentalizacije. Kada se to dogodi, pristup bi bio „vratiti se unatrag“ do trenutka kada je mentaliziranje prestalo, istražiti emocionalni kontekst i prepoznati afektivno stanje između terapeuta i pacijenta. Glavni cilj tretmana je koristiti taj proces za mentalizaciju odnosa, ali na vrlo nježan i postupan način. Terapeut mora biti svjestan da pacijent možda nema dobro razvijene sociokognitivne sposobnosti te ostati empatičan i svjestan iskustva poremećenog mentaliziranja. Također je važno stalno biti svjestan potencijalne opasnosti od izazivanja jatrogenih štetnih posljedica prekomjernim aktiviranjem sustava povezanosti, što može dalje ometati mentalizaciju. MBT pristup teži omogućiti pacijentu da prekine svoja oscilirajuća stanja izvan tijela/*hyperembodied* stanja kroz proces poznat kao „usmjeravanje na tijelo“. Ova tehnika uključuje poticanje pacijenta da istraži svoja konkretna iskustva s tijelom i hranom, te ih ponovno poveže s emocionalnim, kognitivnim i relacijskim iskustvima. To uključuje poseban fokus na okidače tjelesnih osjećaja, sitne promjene u mentalnom stanju koje mogu fizički i psihički uzrujati pacijenta te dovesti do strahova i anksioznosti koje se konkretno manifestiraju kao preokupacije hranom i težinom.

Mentalizacijski stav terapeuta ima veliki značaj, posebno u liječenju poremećaja prehrane jer ti uvjeti često negativno utječu na sposobnost terapeuta da mentalizira. Fizičke opasnosti povezane s poremećajima hranjenja također stvaraju pritisak koji može uzrokovati frustraciju i anksioznost kod terapeuta, posebno kada se suočava s pacijentovim otporom prema liječenju i očitom disocijacijom od tjelesne stvarnosti. Postoji visok rizik da će simptomi i ponašanje pacijenta izazvati snažne osjećaje kod terapeuta, što može dovesti do prekomjerne reakcije. Važno je naglasiti da mentalizacijski stav ne znači da terapeut nikad neće imati teškoća s mentaliziranjem, jer takav ideal je nerealističan i može biti kontraproduktivan. Umjesto toga, terapeut treba koristiti vlastite fluktuacije u mentaliziranju kao priliku da pokaže kako mentaliziranje funkcionira.

MBT za poremećaje hranjenja prvenstveno nastoji smanjiti simptome. Također nastoji poboljšati pacijentovu sposobnost razumijevanja vlastitog i tuđeg uma. Kroz pažljivo, ali sustavno praćenje

mentalizacijskih procesa, poboljšana sposobnost mentaliziranja dovodi do poboljšane regulacije afekta, čime se smanjuje vjerojatnost da pacijent zapadne u utvrđene nefokusirane načine razmišljanja.

4.6. Terapija BPD-a temeljena na mentalizaciji

Emocionalna disfunkcija

Emocionalna disfunkcija često se očituje kao intenzivan, neprimjeren bijes. Afektivna nestabilnost i intenzitet afekta mogu ležati u osnovi očajničkih napora da se izbjegne napuštanje, što je ključna karakteristika poremećaja, ali mogu također biti uzrok mnogih drugih simptoma BPD-a (npr. impulzivna ponašanja). Eksperimentalne studije doista su potvrdile da su pacijenti s dijagnozom BPD-a manje spremni podnijeti nelagodu kako bi postigli ciljano ponašanje te imaju značajno produljene reakcije bijesa, teže se mogu suzdržati od reagiranja na negativne emocionalne podražaje, pokazuju abnormalnosti u obradi neugodnih emocionalnih podražaja i skloniji su impulzivnom ponašanju u negativnom raspoloženju. Tijekom određenog vremenskog razdoblja, vjerojatno će doživljavati dramatične promjene u raspoloženju i povećanu brzinu otkucaja srca koja nije povezana s metaboličkom aktivnošću. Pacijenti s BPD-om također prijavljuju složenije emocije i veće probleme u identifikaciji specifičnih emocija povezanih s većom razinom nelagode, iako to može biti posljedica, a ne uzrok emocionalne hiperreaktivnosti. Emocionalna disfunkcija dobro je prepoznata osnovna karakteristika BPD-a.

Cilj terapije

Stupanj mentalizacije ima važnu ulogu u predviđanju uspjeha psihoterapije u osoba s poremećajem ličnosti. Osnivači mentalizacijske psihoterapije, Fonagy i Bateman, razvili su tehniku mentalizacije posebno za rad s pacijentima s graničnim poremećajem ličnosti. Budući da velik broj osoba s poremećajem ličnosti ima nezdrave obrasce privrženosti, to rezultira razvojem nezrelih modela mentalizacije (psihička ekvivalencija, model pretvaranja, teleološki model) (32).

Početni zadatak MBT-a je stabilizacija emociocionalnog izražavanja, jer bez kontrole afekta ne može biti ozbiljnog razmatranja unutarnjih predodžbi. Identifikacija i izražavanje afekata su prvotni ciljevi jer predstavljaju neposrednu prijetnju kontinuitetu terapije. Nekontrolirani afekt vodi impulzivnosti, i tek kada je afekt pod kontrolom, moguće je usredotočiti se na unutarnje

predodžbe i ojačati osjećaj vlastitog identiteta pacijenta. Primarni cilj svake intervencije mora biti ponovno uspostavljanje mentalizacije kada je izgubljena ili pomoć u održavanju mentalizacije u situacijama kada bi mogla biti izgubljena ili se gubi.

4.7. Menzalizacijski pristup u pacijenta s poremećajem ličnosti i poremećajem hranjenja

Visoke stope komorbiditeta između poremećaja hranjenja i poremećaja ličnosti, posebno BPD-a, dugo su primjećene od strane kliničara. Godt (2008) je izvijestio da 30 % pacijenata s poremećajem hranjenja također zadovoljava kriterije za poremećaj ličnosti, pri čemu postoji posebno snažna veza između BPD-a i bulimije nervoze. Poremećaji hranjenja i poremećaji ličnosti dijele karakteristike ranjivosti za teškoće u mentalizaciji i snažne veze s nesigurnim stilovima privrženosti. Mentalizirajući pristup ovom komorbiditetu nastoji ciljati gubitak mentalizacije koji je zajednički za oba stanja.

Pacijenti s komorbiditetnim BPD-om i poremećajima hranjenja jasno predstavljaju kompleksan skup izazova, s visokim razinama kretanja s jednog poremećaja na drugi. Osobe koje imaju oba stanja, a ne samo poremećaj hranjenja, vjerojatnije će imati kompliciran tijek bolesti.

Rad s poremećajima hranjenja nosi brojne izazove, uključujući nedostatak svijesti pacijenata o stanju i ozbiljnosti poremećaja, psihološke simptome povezane s nedostatkom hranjivih tvari te kemijske dizbalanse koji mogu nastati. Visok rizik od prekida terapije i narušeni terapijski odnosi predstavljaju dodatne izazove, a uspostavljanje terapijskog saveza može biti teško. Pacijenti mogu teško prihvatiti da imaju problem i imati malu motivaciju za promjenu. Kada se poremećaji hranjenja pojavljuju zajedno s BPD-om, ove teškoće mogu biti još izraženije jer takvi pacijenti imaju visoku osjetljivost na mentalizaciju u odnosu prema sebi i drugima.

5. Privrženost

5.1. Definicija

Rane interakcije između djeteta i skrbnika temelj su teorije privrženosti. Afektivna veza koja se razvija između skrbnika i dojenčeta razvojni je temelj formiranja identiteta, intrapersonalne regulacije i interpersonalnih stavova. Prema Bowlbyju, veza privrženosti složen je, bihevioralni sustav koji je funkcionirao tijekom ljudske evolucije kako bi zaštitio dojenče od opasnosti tražeći sigurnost od skrbnika, čime se povećava vjerojatnost preživljavanja i konačnog razmnožavanja dojenčeta. Istovremeno, ova veza potiče osjećaj udobnosti tijekom stresnih razdoblja, smanjuje negativne emocije i omogućuje dojenčetu da razvije zdrav, realističan i koherentan osjećaj o sebi. Iako je ova prilagodljiva forma privrženosti možda idealna, Bowlby je sugerirao da postoje i druge vrste privrženosti. Hipotetizirao je da sigurnost privrženosti proizlazi iz pouzdanog i osjetljivog pružanja ljubavi, utjehe, hrane i topline od strane skrbnika. Dojenčad koja imaju skrbnika koji udovoljava njihovim biološkim i psihološkim potrebama obraćaju se skrbniku kada doživljavaju tjeskobu, strah ili druge potrebe (sigurno utočište), dok istodobno istražuju svoju okolinu s osjećajem da skrbnik pazi na njih (sigurna baza). Međutim, ako skrbnik ne udovoljava potrebama dojenčeta, prilagodljiva privrženost je narušena. Ta dojenčad nisu u mogućnosti dobiti podršku od skrbnika kada su uznemirena ili su ograničena u svojoj sposobnosti istraživanja tijekom bezbrižnih trenutaka. Stoga razlike u stilovima ponašanja u vezi sa skrbnikom kao sigurnim utočištem i sigurnom bazom otkrivaju temeljne razlike u formiranju veze između dojenčeta i skrbnika (33).

Privrženost započinje pri ili možda i prije rođenja, dok se mentalizacija razvija tijekom dojenačke dobi i nastavlja se razvijati kroz život, pa iako nisu sinonimi, smatra se da se razvoj mentalizacije olakšava prisutnošću dobrih privrženosti. Osim toga, odrasle privrženosti olakšava dobra sposobnost mentalizacije, a loša mentalizacija vjerojatno dovodi do loših privrženosti.

Stil privrženosti može se procijeniti kod odraslih primjenom Intervjua za odraslu privrženost (*Adult attachment interview*, AAI), a to je korišteno u skupinama pacijenata s poremećajima hranjenja. Otkriveno je da pacijenti s anoreksijom nervozom i bulimijom nervozom često imaju nesigurne privrženosti prema majkama i očevima.

Privrženost u odrasloj dobi

Razvojni psiholozi općenito procjenjuju obrasce privrženosti putem Intervjua o odrasloj privrženosti. AAI ispituje pojedince o djetinjim iskustvima sa skrbnicima kako bi se razumjelo kako su ta iskustva utjecala na odraslu ličnost i interpersonalne stavove. Slično četiri identificirana stila kod dojenčadi, odrasli obrasci privrženosti kategoriziraju se prema AAI-u kao sigurna, zauzeta, odbacujuća i neriješena/disorganizirana privrženost.

Sigurni odrasli cijene veze privrženosti i čini se da se mogu učinkovito nositi s potencijalno invazivnim osjećajima o prošlosti ili budućnosti. Zauzeti pojedinci se čine preplavljenima anksioznošću i negativnim emocijama vezanim za bliske odnose. Odbacujući odrasli se distanciraju od osoba privrženosti, očito braneći se od bolnih osjećaja povezanih s odnosima privrženosti. Neriješeni/dezorganizirani pojedinci pokazuju slabosti u nadzoru nad razmišljanjem ili govorom prilikom rasprave o događajima poput gubitka ili traume (33).

5.2. Privrženost i poremećaji ličnosti

Provedena su mnoga istraživanja obrazaca privrženosti kod osoba s poremećajima ličnosti koja ukazuju da takve osobe pokazuju veću stopu nesigurne privrženosti u usporedbi s općom populacijom. S druge strane, sigurna privrženost rijetko je povezana s BPD-om i izbjegavajućim poremećajem ličnosti. Hipoaktivacija privrženosti koju pokazuju osobe s odbacujućim stilom povezana je s narcisoidnim, antisocijalnim i paranoidnim poremećajima ličnosti. BPD je snažno povezan s preokupiranom privrženosti u prisutnosti neriješene traume i nerazriješenim oblicima privrženosti (34).

5.3. Uloga oksitocina u privrženosti i poremećajima ličnosti

Hipofizni hormon oksitocin proučava se kao mogući faktor koji leži u osnovi formiranja i održavanja privrženosti. Oksitocin također poboljšava prepoznavanje emocija u podražajima lica. Nadalje, kod nesigurne privrženosti, ali zdravih pojedinaca, oksitocin može povećati sigurne i smanjiti nesigurne stavove privrženosti

Međutim, istraživanja o učincima oksitocina kod nesigurne privrženosti u osoba s BPD-om nisu pokazala iste pozitivne učinke. Umjesto toga, oksitocin može imati suprotan učinak kod osoba s BPD-om, smanjujući osjećaj povjerenja i suradnje. Moguće je da oksitocin reagira drugačije s biologijom osoba s BPD-om, iako je to malo vjerojatno jer primjena oksitocina izaziva slične

reakcije u biološkim sustavima poput hipotalamus-hipofiza-nadbubrežne osi kod osoba s BPD-om i zdravih kontrola.

Vjerojatnije objašnjenje, koje podržava teorijsku literaturu o privrženosti, je da osobe s BPD-om i zdravi kontrolni ispitanici drugačije reagiraju na osjećaje koje izaziva oksitocin. Za zdrave pojedince, osjećaji bliskosti i intimnosti povezani s oksitocinom općenito se smatraju pozitivnima. Međutim, osobe s BPD-om iste osjećaje bliskosti mogu doživljavati kao prijetnju, što rezultira smanjenjem povjerenja i suradnje nakon primanja oksitocina (33).

Intervencije usmjerene na privrženost

Intervencije koje se koriste u liječenju oboljelih od poremećaja ličnosti, osobito BDP-a, a uključuju teoriju privrženosti su: MBT (terapija bazirana na mentaliziranju), TFP (transferno fokusirana psihoterapija) i SFT (eng. *schema-focused therapy*).

5.4. Privrženost i MBT u pacijenata oboljelih od BPD-a

Koncept mentalizacije ukorijenjen je u teoriji privrženosti. Problemi u regulaciji afekata i kontroliranju pažnje koji proizlaze iz disfunkcionalnih privrženih odnosa posredovani su neuspjehom u razvoju snažne mentalizacijske sposobnosti. Pod stresnim uvjetima i suočeni s aktivacijom narušenog sustava privrženosti, pacijeti s BDP-om privremeno gube sposobnost mentalizacije, što rezultira nesporazumima u društvenom kontekstu i pokazivanjem emocionalne i kognitivne disregulacije. MBT ima za cilj stabilizirati osjećaj identiteta pacijenta i pomoći pacijentu osnažiti optimalnu razinu uzbuđenja u kontekstu dobro upravljane privrženosti između pacijenta i terapeuta. Terapeut mora biti svjestan hipersenzitivnosti takvih pacijenata.

TFP

Transferno fokusirana psihoterapija je namijenjena liječenju pacijenata s BPD-om. Temelji se na teorijama objektnih odnosa i privrženosti. Primarni joj je cilj smanjiti simptomatologiju i samodestruktivno ponašanje modificiranjem predstava o sebi i drugima kako se manifestiraju u terapijskom odnosu te na kraju promijeniti temeljnu organizaciju ličnosti pacijenta (34).

5.5. Privrženost i poremećaji hranjenja

Istraživanje Fonagyja i suradnika iz 1996. na nepsihotičnim hospitaliziranim bolesnicama od kojih je 17% imalo poremećaj hranjenja, pokazuje da se naviše tih bolesnika nalazi u kategoriji E, zatim u kategoriji D. Rezultati su pokazali veliku korelaciju idealizacije i poremećaja hranjenja te da D tip za razliku od ostalih pokazuje bolje poboljšanje primjenom psihoterapije. Candelori i Ciocca su proveli istraživanje primjenom AAI testa među djevojkama koje boluju od poremećaja hranjenja, u kojih je određen i subtip. Rezultati su pokazali da se stil privrženosti može povezati sa subtipom, odnosno dijagnozom bolesti. Restriktivni tip anoreksije ima mnogo veću povezanost s odbačenim tipom, dok se prežderavajuće-purgativni tip povezuje s preokupiranim stilom privrženosti ili se ne može lako klasificirati. Isto je tako primjećena poveznica između bulimije i preokupiranog stila. (35).

6. Sram u poremećajima ličnosti i poremećajima hranjenja

Sram je jedna od najintenzivnijih emocija u ljudi. On se smatra rezultatom poremećene optimalne komunikacije i odražava grešku u primarnoj emocionalnoj interakciji. Kada je riječ o ponašanju, postoje dvije osnovne reakcije na sram koje su suprotne jedna drugoj: povlačenje i bijes. Nastanak srama može biti povezan s nedostatkom emocionalnog izraza majke, što stvara nelagodu kod djeteta. Broucek sugerira da se sram formira kada dijete doživljava majku kao osobu koja ga ne razumije i ne osjeća na pravi način. Neki teoretičari smatraju da se temelji patološkog srama razvijaju zbog nedostatne sposobnosti majke da se odrazi u svom djetetu.

Pacijenti koji boluju od graničnog poremećaja ličnosti često i brzo doživljavaju osjećaj srama. Kod ovih pacijenata, sram koji proizlazi iz njihovih životnih okolnosti može biti latentan ili se jasno očitovati zbog njihove psihičke strukture, a može situacijski brzo eskalirati. Oni pokazuju povećanu sklonost prema sramu, što je uglavnom posljedica njihovih problema s samopoimanjem. Njihov osjećaj srama proizlazi iz difuzije identiteta i nedostatka jasnog koncepta o sebi. Taj osjećaj srama značajno utječe na njihov život, oblikuje različite životne situacije, odnose s drugim ljudima i profesionalni razvoj. Sram je povezan s negativnim subjektivnim doživljajem vlastite osobe. To je neugodan osjećaj koji blokira i ograničava te remeti unutarnji pozitivan ili barem podnošljiv odnos prema sebi. Sram usmjerava pažnju na percepciju vlastitog bića na neugodan način, izazivajući pretjeranu svjesnost o sebi, vlastitom izgledu, ponašanju, pokretima, mislima i osjećanjima. Za pacijente s graničnim poremećajem ličnosti, sram kao izuzetno neugodna emocionalna reakcija može igrati važnu ulogu u održavanju njihove patnje i povećanju svjesnosti o sebi putem te patnje. Osjećaj srama koji je povezan s povećanom neugodnom svjesnošću o sebi donosi intenzivnu patnju. Unatoč tome, postoji potencijalno pozitivno psihološko iskustvo srama, posebno kod ovih pacijenata, jer može dovesti do povećane svjesnosti o sebi, iako to može biti popraćeno velikom psihičkom patnjom. Kao što je Jung rekao, nema pravog osvješćivanja bez boli.

Unatoč tome, ključno je integrirati tu postignutu svjesnost o sebi u autentičan doživljaj vlastitog identiteta. Patnja igra važnu ulogu kao veza s primarnim objektom kod graničnih poremećaja. Za ove osobe, patnja predstavlja manifestaciju ranih objekata koji nisu jasno odvojeni od njihovog vlastitog bića. Iskusiti patnju znači biti prisutan i imati intimni odnos s tim objektima.

Sram nije prirodna osobina s kojom se rađamo, već se razvija tijekom vremena. Njegov nastanak ovisi o određenim razvojnim uvjetima, kao što su razlikovanje između naše individualnosti i drugih ljudi te prisutnost i unutarnje usvajanje ideala koji predstavljaju našu sliku savršenog - "ja" . Kapacitet za osjećaj srama, kao i drugi razvojni aspekti, nije uvijek stabilan i zajamčen, već podložan fluktuacijama, regresiji, gubitku i ponovnom stjecanju (36).

Neki istraživači sugeriraju da se prvi oblici srama počinju razvijati već u drugoj polovici prve godine života, povezani s razvojem straha kod djeteta. Sram koji proizlazi iz samosvijesti obično se javlja u trećoj ili četvrtoj godini života. U to vrijeme dolazi do različitih kognitivnih iskustava, poput razvijanja svijesti o sebi kao individualnom biću, prepoznavanja vanjskih normi putem kojih se može procijeniti vlastita vrijednost, prihvaćanja tih normi te procjene u kojoj mjeri naše ponašanje i karakteristike zadovoljavaju te standarde. U procesu doživljaja srama, fokus je na procjeni vlastite slike i predodžbi o sebi.

Sram može imati značajnu ulogu u psihopatologiji, a izraženiji oblici srama mogu doprinijeti razvoju poremećaja hranjenja, poput anoreksije.

Prema Brombergu, sram otkriva duboko osjećanje nedostojnosti koje pojedinac doživljava, a to je često povezano s traumatičnim sjećanjima koja „narušavaju osjećaj identiteta i vrijednosti vlastite osobe“, kako navode neki autori. Osobe s poremećajem hranjenja doživljavaju bolna iskustva, posebno u vezi sa svojom slikom o sebi. Osjećaj srama prisiljava ih da se percipiraju „očima drugih“ i pate zbog percepcije razlike između vlastite samoprocjene i načina na koji misle da ih drugi vide. Taj oblik srama koji osobe s anoreksijom doživljavaju može biti povezan s ranijim iskustvima zanemarivanja u važnim odnosima tijekom djetinjstva ili adolescencije. To rezultira preosjetljivošću ili ranjivošću njihova identiteta. Za te osobe, osjećaj srama služi kao motivacija za povlačenje u mentalna stanja koja su odvojena od normalne svijesti; to je obrambeni mehanizam koji ima svrhu sprječavanja prodora štetnih traumatičnih osjećaja putem povratka na kompulzivna ponašanja koja su potpuno usmjerena na osjetila. Prema Lighthstoneu, hrana može postati „lijek za sram i traumatske intruzivne simptome istovremeno, usmjeravajući pažnju na prehrambene radnje i tjelesno iskustvo, čime se omogućuje pacijentu da odvoji i udalji misli i osjećaje“ (37).

7. Zaključak

Proučavajući poremećaje ličnosti i hranjenja nailazimo na očitu povezanost između ta dva entiteta. Ta povezanost vidljiva je u etiologiji koja ih povezuje s pojmovima nestabilne privrženosti i poremećaja mentalizacije. Brojni terapijski postupci koji se fokusiraju upravo na poboljšanje pacijentove sposobnosti mentaliziranja, prije svega ovdje raspravljena MBT predstavljaju značajan napredak u liječenju pacijenata oboljelih od poremećaja ličnosti ili poremećaja hranjenja te i onih koji boluju od oba poremećaja i predstavljaju poseban izazov u liječenju.

Zahvale

Prije svega se želim zahvaliti svome mentoru prof. dr.sc. Darku Marčinku. Isto tako, posebnu zahvalu upućujem i timu iz Dnevne bolnice za poremećaje hranjenja na čelu s doktorom Handlom koji me prihvatio u svoj tim i dopustio mi da sudjelujem na terapijama s pacijenticama, te me tijekom te dvije godine kroz praksu educirao o poremećajima hranjenja.

Najveću zahvalu upućujem svojoj obitelji, mami, tati, baki i sestri Antoneli. Posebno hvala mojoj Antoneli koja mi je uvijek bila najveća podrška.

Hvala svim mojim prijateljima, uz koje sam tijekom fakultetskog obrazovanja narasla prije svega kao čovjek. Bez vas ne bi bilo smijeha i radosti u teškim fakultetskim danima.

Popis literature

1. Eating Disorders [Internet]. [cited 2023 Jul 3]. Available from: <https://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/psychiatry-psychology/eating-disorders/>
2. <https://www.apa.org> [Internet]. [cited 2023 Jun 22]. A genetic link to anorexia. Available from: <https://www.apa.org/monitor/mar02/genetic>
3. Motivation. U: Bear MF, Connors BW, Paradiso MA. (ur.) Neuroscience Exploring the Brain. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2016. Str. 571.
4. Marčinko D. Poremećaji hranjenja - dijagnoza, klinička slika, pojavnost, psihodinamika i terapijska obilježja. U: Marčinko D. (ur.) Poremećaji hranjenja: od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada, 2013. Str. 2.
5. Russell G. Disorders of eating. U: Gelder M. G, Andreasen N.C, Lopez-Ibor Jr J.J, Geddes J.R, ur. New Oxford Textbook of Psychiatry. New York: Oxford University Press; 2009. Str. 777.
6. Russell G. Disorders of eating. U: Gelder M. G, Andreasen N.C, Lopez-Ibor Jr J.J, Geddes J.R, ur. New Oxford Textbook of Psychiatry. New York: Oxford University Press; 2009. Str. 778-779.
7. DSM_V_Diagnostic_Criteria_for_Eating_Disorders.pdf [Internet]. [cited 2023 Jun 22]. Available from: https://bodymatters.com.au/wp-content/uploads/2015/01/DSM_V_Diagnostic_Criteria_for_Eating_Disorders.pdf
8. Psychiatry.org - What are Eating Disorders? [Internet]. [cited 2023 Jul 3]. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>
9. Kaye W, Frank G, Bailer U, Henry S, Meltzer C, Price J, et al. Serotonin alterations in anorexia and bulimia nervosa: New insights from imaging studies. *Physiology & Behavior*. 2005 May 19;85(1):73–81.

10. Fairburn C.G, Cooper Z, Murphy R. Disorders of eating. U: Gelder M. G, Andreasen N.C, Lopez-Ibor Jr J.J, Geddes J.R, ur. New Oxford Textbook of Psychiatry. New York: Oxford University Press; 2009. Str. 801.
11. Binge Eating Disorder - Diagnosis and DSM-5 Criteria [Internet]. [cited 2023 Jul 3]. Available from: <https://www.waldeneatingdisorders.com/what-we-treat/binge-eating-disorder/binge-eating-disorder-diagnosis/>
12. Marčinko D. Poremećaji hranjenja. U: Begić D, Jukić V, Medved V. (ur.) Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2015. Str. 229-230.
13. Psychiatry.org - Personality Disorders [Internet]. [cited 2023 Jul 3]. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/personality-disorders>
14. Lopez-Ibor Jr. J.J. Personality disorders. U: Gelder MG, Andreasen NC, Lopez-Ibor Jr JJ, Geddes JR, (ur.) New Oxford Textbook of Psychiatry. New York: Oxford University Press, 2009. Str. 847-848.
15. Personality disorders - Symptoms and causes - Mayo Clinic [Internet]. [cited 2023 Jun 22]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/personality-disorders/symptoms-causes/syc-20354463>
16. Marčinko D. Postavljanje dijagnoze, nova klasifikacija (DSM-5), evolucijsko objašnjenje, prognostički faktori i terapija poremećaja ličnosti. U: Marčinko D, Jakovljević M, Rudan V, (ur.) Poremećaji ličnosti: stvarni ljudi, stvarni problemi. Zagreb: Medicinska naklada, 2015. Str. 1-2.
17. Overview of Personality Disorders - Psychiatric Disorders - MSD Manual Professional Edition [Internet]. [cited 2023 Jun 22]. Available from: <https://www.msmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/personality-disorders/overview-of-personality-disorders>
18. Marčinko D. Postavljanje dijagnoze, nova klasifikacija (DSM-5), evolucijsko objašnjenje, prognostički faktori i terapija poremećaja ličnosti. U: Marčinko D, Jakovljević M, Rudan V,

- (ur.) Poremećaji ličnosti: stvarni ljudi, stvarni problemi. Zagreb: Medicinska naklada, 2015. Str. 13-14.
19. Fairburn C.G, Cooper Z, Murphy R. Disorders of eating. U: Gelder M. G, Andreasen N.C, Lopez-Ibor Jr J.J, Geddes J.R, ur. New Oxford Textbook of Psychiatry. New York: Oxford University Press; 2009. Str. 780-781.
 20. Sansone R.A, Levitt J.L, Sansone L.A. The prevalence of Personality Disorders in Those with eating disorders. U: Sansone R.A, Levitt J.L, ur. Personality disorders and eating disorders. New York: Taylor and Francis Group; 2006. Str. 26-34.
 21. Overview of Personality Disorders - Psychiatric Disorders - MSD Manual Professional Edition [Internet]. [cited 2023 Jul 3]. Available from: <https://www.msmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/personality-disorders/overview-of-personality-disorders>
 22. What are Personality Disorders? [Internet]. [cited 2023 Jun 22]. Available from: <https://www.psychiatry.org:443/patients-families/personality-disorders/what-are-personality-disorders>
 23. What Is Obsessive-Compulsive Disorder? [Internet]. [cited 2023 Jun 22]. Available from: <https://www.psychiatry.org:443/patients-families/obsessive-compulsive-disorder/what-is-obsessive-compulsive-disorder>
 24. What Is Obsessive-Compulsive Disorder? [Internet]. [cited 2023 Jul 3]. Available from: <https://www.psychiatry.org:443/patients-families/obsessive-compulsive-disorder/what-is-obsessive-compulsive-disorder>
 25. Clinical Classification of Obsessive-Compulsive Personality Disorder (OCPD) | OCD-UK [Internet]. [cited 2023 Jun 22]. Available from: <https://www.ocduk.org/related-disorders/obsessive-compulsive-personality-disorder/clinical-classification-of-obsessive-compulsive-personality-disorder/>
 26. Skočić M. Mentalizacija i poremećaji hranjenja. U: Marčinko D, ur. Poremećaji hranjenja: od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada; 2013. Str. 56.

27. Bateman A, Fonagy P. What is mentalizing?. U:Bateman A, Fonagy P, ur. *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders*. New York: Oxford University Press; 2016. Str. 8.
28. Bateman A, Fonagy P. What is mentalizing?. U:Bateman A, Fonagy P, ur. *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders*. New York: Oxford University Press; 2016. Str. 17-19.
29. Bateman A, Fonagy P. Structure of mentalization-based treatment. U:Bateman A, Fonagy P, ur. *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders*. New York: Oxford University Press; 2016. Str. 147.
30. Bateman A, Fonagy P. Clinical stance. U:Bateman A, Fonagy P, ur. *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders*. New York: Oxford University Press; 2016. Str. 182-183.
31. Bateman A, Fonagy P. The mentalizing focus: support, empathy, and validation. U:Bateman A, Fonagy P, ur. *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders*. New York: Oxford University Press; 2016. Str. 234.
32. Marčinko D. Psihoterapijski pristupi poremećajima ličnosti i mentalizacija kao bitan čimbenik. U: Marčinko D, Jakovljević M, Rudan V, (ur.) *Poremećaji ličnosti: stvarni ljudi, stvarni problemi*. Zagreb: Medicinska naklada, 2015. Str. 31.
33. Levy KN, Johnson BN, Clouthier TL, Scala JW, Temes CM. An attachment theoretical framework for personality disorders. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*. 2015;56(2):197–207.
34. Lorenzini N, Fonagy P. Attachment and Personality Disorders: A Short Review. *FOC*. 2013 Jan;11(2):155–66.
35. Marčinko D. Teorija privrženosti i poremećaji hranjenja. U: Marčinko D, ur. *Poremećaji hranjenja: od razumijevanja do liječenja*. Zagreb: Medicinska naklada; 2013. Str. 12-13.
36. Bilić V. Sram i poremećaji ličnosti. U: Marčinko D, Jakovljević M, Rudan V, (ur.) *Poremećaji ličnosti: stvarni ljudi, stvarni problemi*. Zagreb: Medicinska naklada, 2015. Str. 94-96.

37. Bilić V. Poremećaji hranjenja i sram. U: Marčinko D, (ur.) Poremećaji hranjenja: od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada, 2013. Str. 78-80.

Životopis

Rođena sam 7.4.1997. u Zagrebu gdje sam pohađala Osnovnu školu grofa Janka Draškovića i VII. gimnaziju. 2017. godine upisujem Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu u skopu kojeg se uključujem u Sekciju za dermatologiju. 2022. godine započinjem s tjednim volontiranjem u Dnevnoj bolnici za poremećaje hranjenja gdje nastavljam volontirati do kraja studija. 2022. godine, zajedno s kolegicom, osnivam projekt „Progutaj hrabrost“ namijenjen edukaciji studenata medicine i šire javnosti o poremećajima hranjenja. U slobodno vrijeme bavim se glazbom te sam završila Srednju glazbenu školu Vatroslav Lisinski - smjer glazbenica flautistica i u procesu sam završavanja Srednje glazbene škole Vatroslav Lisinski - smjer pjevačica. Tečno govorim engleski i njemački jezik, a talijanskim jezikom služim se na osnovnoj razini.