

Mentalizacija i kratke psihoterapije u poremećajima hranjenja i poremećajima ličnosti

Turković, Kiara

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:105:611642>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-26**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Kiara Turković

**Mentalizacija i kratke psihoterapije u poremećajima hranjenja i
poremećajima ličnosti**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2023.

Ovaj diplomski rad izrađen je na **Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu KBC-a rebro** pod vodstvom **prof. dr. sc. Darka Marčinka** i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2022./2023.

POPIS KRATICA

MKB-10 – 10. revizija Međunarodne klasifikacije bolesti

MBT – Tretman baziran na mentalizaciji (eng. Mentalization based treatment)

MRI – Institut za mentalno istraživanje (eng. Mental Research Institute)

ISTDP – Intenzivna kratkotrajna dinamička psihoterapija (eng. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy)

DSM – Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (eng. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

NICE – Nacionalni institut za zdravlje i kliničku izvrsnost (eng. National Institute for Health and Care Excellence)

CBT-E – Poboljšana kognitivno-bihevioralna terapija (eng. Enhanced Cognitive Behaviour Therapy)

SADRŽAJ

SAŽETAK SUMMARY

UVOD	1
MENTALIZACIJA	2
Razvoj mentalizacije.....	3
POREMEĆAJI HRANJENJA.....	7
Anorexia nervosa	9
Bulimia nervosa	9
POREMEĆAJI LIČNOSTI	11
Granični poremećaj ličnosti	13
MENTALIZACIJA U POREMEĆAJIMA LIČNOSTI	14
MENTALIZACIJA U POREMEĆAJIMA HRANJENJA.....	19
KRATKE PSIHOTERAPIJE.....	26
Kognitivno-bihevioralna terapija.....	28
KRATKE PSIHOTERAPIJE U POREMEĆAJIMA LIČNOSTI	31
KRATKE PSIHOTERAPIJE U POREMEĆAJIMA PREHRANE.....	35
ZAKLJUČAK.....	45
ZAHVALE	46
LITERATURA	47
ŽIVOTOPIS	50

SAŽETAK

Naslov: Kratke psihoterapije u poremećajima hranjenja i poremećajima ličnosti

Autor: Kiara Turković

Pojam mentalizacije uveli su Bateman i Fonagy, i odnosi se na implicitno te eksplicitno pronalaženje smisla postojanja i misaonih procesa u drugima kao i u sebi samima. Procesi mentalizacije isprepliću se s procesima ljudske mašte i percepcije tuđih te svojih obrazaca ponašanja. Mentalizacija je proces podložan greškama, međutim u psihičkim poremećajima te greške narušavaju funkcioniranje te dovode nestabilnost u svakodnevnim aktivnostima i interpersonalnim odnosima. Teorija privrženosti Johna Bowlbya objašnjava razvoj mentalizacije kroz ulogu kontinuiteta ranjivosti te izloženosti traumama u djetinjstvu, doprinos tih faktora oštećenju kognitivnih i socijalnih kapaciteta mentalizacije, razvoju osjetljivog sustava privrženosti u sklopu interpersonalnih odnosa, te oslabljene sposobnosti predstavljanja emocija i neadekvatne kontrole kapaciteta pažnje. Terapija bazirana na mentalizaciji izgrađena je oko graničnog poremećaja ličnosti međutim proširena je na liječenje brojnih dijagnoza uključujući i poremećaje hranjenja. Ti su poremećaji također usko vezani uz teškoće privrženosti te nestabilne interpersonalne odnose. U liječenju poremećaja hranjenja koriste se i kratke psihoterapije kao kognitivno-bihevioralna, čiji se kognitivni aspekt fokusira na pretjeranu usredotočenost na izgled tijela, te interpersonalna čiji su fokus interpersonalni odnosi. Kratkotrajna dinamička psihoterapija koja se usredotočuje na konfrontirajuća i defenzivna ponašanja, te adaptivna psihoterapija čiji su fokus kognitivna zbivanja i pacijentovi glavni neprilagođeni obrasci ponašanja, pokazale su se uspješnima u liječenju poremećaja ličnosti.

Ključne riječi: mentalizacija, granični poremećaj ličnosti, poremećaji hranjenja, kognitivno bihevioralna terapija, interpersonalna terapija

SUMMARY

Title: Mentalization and short psychotherapy in personality disorders and eating disorders

Author: Kiara Turković

The concept of mentalization was introduced by Bateman and Fonagy, and refers to implicitly and explicitly finding the meaning of existence and thought processes in others as well as in oneself. The processes of mentalization are intertwined with the processes of human imagination and perception of other people's and own behavior patterns. Mentalization is a process subject to errors, however, in psychological disorders, these errors impair functioning in daily activities and interpersonal relationships. John Bowlby's attachment theory explains the development of mentalization through the role of continuity of vulnerability and exposure to trauma in childhood, the contribution of these factors to the damage of cognitive and social capacities of mentalization, the development of a sensitive attachment system within interpersonal relationships, and the weakened ability to represent emotions and inadequate control of attention capacity. Mentalization-based therapy was built around borderline personality disorders, but has been expanded to treat a number of diagnoses, including eating disorders. These disorders are also closely related to attachment difficulties and unstable interpersonal relationships. In the treatment of eating disorders, short psychotherapies such as cognitive-behavioral, whose cognitive aspect focuses on excessive focus on body appearance, and interpersonal, whose focus is interpersonal relationships, are also used. Short-term dynamic psychotherapy that focuses on confrontational and defensive behaviors, and adaptive psychotherapy that focuses on cognitive events and the patient's main maladaptive behavior patterns, have proven to be successful in the treatment of personality disorders.

Key words: mentalization, borderline personality disorder, eating disorders, cognitive behavioral therapy, interpersonal therapy

UVOD

Poremećaji ličnosti i poremećaji hranjenja imaju podlogu u važnosti adekvatnog razvoja u ranom i kasnom djetinjstvu te teškoće u razvoju privrženosti. Uloga skrbnika odnosno najbliže obitelji, koncept je koji je ključan u djetetovu kreiranju percepcije stvarnosti koju može odvojiti od mašte kreirane do tog trenutka. Smatra se da se kapaciteti implicitne i eksplicitne mentalizacije razvijaju između 3. i 6. godine te su temeljni socijalni i kognitivni aspekti potrebni za adekvatno društveno funkcioniranje. Uloga obitelji, nedostatak osjećaja sigurnosti i prihvaćanja bitan je faktor u razvoju poremećaja hranjenja. Odnosi koji igraju veliku ulogu u razvoju ovih poremećaja su oni razvijeni u razdoblju adolescencije jer su pokazali snažnu korelaciju s razvojem tih poremećaja čak i u razdoblju trajanja od godinu dana. Mentalizacija u poremećajima hranjenja pokazuje smanjene kapacitete u vidu ne percipiranja realnosti u formi u kojoj ona zaista je. Iskrivljena slika stvarnosti prolazi razine od iskrivljene slike vlastitog tijela, iskrivljene slike tuđih tijela, sve do potpunog ne shvaćanja tuđih postupaka i namjera što vodi do nestabilnih interpersonalnih odnosa. Granični poremećaj ličnosti, oko kojeg je zapravo formirana terapija bazirana na mentalizaciji, također pokazuje smanjeni kapacitet mentalizacije u vidu nestabilnosti odnosa te nemogućnosti baratanja vanjskim podražajima.

Kratke psihoterapije su one koje se usredotočuju na rješenje te one koje se provode u kratkom vremenu. Mnoge od postojećih psihoterapija primjerice kognitivno-bihevioralna, razvile su svoju inačicu kratkih psihoterapija koje su danas primjenjive. Te kratkotrajne psihoterapije pokazale su se uspješne u liječenju spektra poremećaja uključujući i poremećaje ličnosti i poremećaje hranjenja. Ovaj diplomski rad nudi pregled terapijskih mogućnosti u sklopu tretmana baziranog na mentalizaciji te kratkotrajnih psihoterapija u liječenju poremećaja ličnosti te poremećaja hranjenja.

MENTALIZACIJA

Mentalizacija je proces pomoću kojeg implicitno te eksplicitno pronalazimo smisao postojanja i misaonih procesa u drugima kao i u sebi samima. Bateman i Fonagy definiraju mentalizaciju kao društveno konstruirani pojam u vidu pažnje koju pridajemo ljudima oko nas u fizičkom te psihološkom aspektu.(1) S obzirom na generalnost ove definicije, neizbježno je da će većina psihijatrijskih poremećaja biti usko vezana s poremećajem mentalizacije. Psihijatrijske su bolesti vezane uz iskrivljenu percepciju stvarnosti te nas samih, zbog čega se preklapaju s definicijom poremećaja mentalizacije.

Mentalizacija opisuje segment ljudske mašte odnosno svjesnost svojih i tuđih mentalnih stanja posebice u objašnjavanju postupaka. Ti procesi uključuju percipiranje i interpretaciju osjećaja, misli, vjerovanja te želja koji leže u podlozi nečijih obrazaca ponašanja. Ideja o povezanosti mašte i mentalizacije ukazuje na to da je mentalizacija jedan vrlo neizvjestan i nesiguran proces. Unutarnja su stanja podložna promjenama, i teško ih je iskazati kao definitivna. Stoga, pokušaji mentalizacije uvijek su podložni greškama i netočnostima. Međutim, to je i dalje proces koji se uglavnom odvija na nesvjesnoj razini, te greške koje se pojave budu ispravljene na individualnoj razini bazirano na novim informacijama kao i onim povratnim od drugih. Naglasak na imaginaciju i manjak sigurnosti mentalizacije dovodi do jedinstvenog kliničkog pristupa koji se bazira na radoznom i znatiželjnom pristupu. Takav pristup karakterizira interakciju u kojoj je um podložan iznenađenju, promjenama te prosvjetljenju u procesu učenja o umu druge osobe. Također, ovaj pogled na mentalizaciju, odnosno fokus na maštu te intrapersonalnu i interpersonalnu neizvjesnost, ima ulogu u analizi mentalnih poremećaja i socijalnog uma. Mentalizacija je dio socijalne kognicije koji omogućava pronalaženje smisla u vlastitom i tuđem ponašanju što rezultira suradljivim i prilagodljivim interakcijama. (2)

U sklopu projekta „London Parent–Child project“, Fonagy, Steele i Steele ukazali su na važnost majčinog iskustva i sposobnosti spoznaje te shvaćanja o vlastitom razvoju te odnosu s roditeljima u razvoju privrženosti vlastitog djeteta prema njoj samoj. Ta je studija pokazala povezanost neodgovarajućeg razvoja privrženosti i povezanosti u ranom djetinjstvu s razvojem poremećaja ličnosti. Empirijske su studije pokazale da osobe s poremećajima ličnosti imaju niže kapacitete mentalizacije. U drugim se studijama isto pokazalo za osobe koje pate od depresije te poremećaja hranjenja. (3)

Razvoj mentalizacije

Teorije mentalizacije pronalazi svoje korijene u teoriji privrženosti John Bowlby-a. Bowlby je teoriju privrženosti definirao kao „trajnu emocionalnu vezu koja se manifestira putem tendencije traženja i održavanja blizine sa skrbnikom, osobito u vrijeme prijetnje i neugode“. (4) Skrbnik s kojim dijete u tim najranijim danima stvara povezanost u sklopu ove teorije nazivamo figurom privrženosti. Bowlby je primijetio da djeca tijekom odvajanja od roditelja, posebice majke kao prvog kontakta, zbog stresa kojeg proživljavaju, nastoje prilagoditi svoje ponašanje kako se to odvajanje ne bi dogodilo.

Odsutnost skrbnika koji pružaju potporu i sigurnost te proživljavanje traume u djetinjstvu doprinose disrupciji kapaciteta mentalizacije. Govoreći o poremećajima ličnosti, konkretno graničnom poremećaju ličnosti, teorija mentalizacije pojašnjava razvoj tih poremećaja kroz četiri točke. Prvo što teorija spominje jest kontinuitet ranjivosti te izloženosti traumama u ranom ili kasnom djetinjstvu. Drugo, oba ta faktora doprinose oštećenju kognitivnih i socijalnih kapaciteta mentalizacije. Treća točka govori o tome da to sve dovodi do razvoja hipersenzitivnog sustava privrženosti u vidu interpersonalnih odnosa, te zadnja stavka; to dovodi do oslabljene sposobnosti predstavljanja afekta te neuspješnosti kontrole kapaciteta pažnje. (1)

Potencijal mentaliziranja može varirati. Svi se ljudi rode s određenim kapacitetom mentaliziranja koji ima urođene razlike u snazi i kompetenciji, međutim razvoj tog kapaciteta modulira se kroz socijalno okruženje koje osoba doživljava od samog početka. Ovaj se koncept može usporediti s razvojem jezika i govornih sposobnosti; verbalna kompetencija ima genetičku osnovu, ali specifičan jezik i način na koji se on iznosi, ovisit će o ljudima i okruženju koje pojedinac upoznaje u najranijem razdoblju života. Kao što smo rekli, vrlo bitnu ulogu u razvoju adekvatnih mentalizacijskih sposobnosti imaju roditelji te njihov odnos s djecom. *Označeno zrcaljenje (marked mirroring)*, proces je kojim odrasla osoba predstavlja djetetov afekt na način koji prenosi prepoznavanje i razumijevanje djetetova stanja u isto vrijeme kao i osjećaj suočavanja s djetetovim afektom, umjesto da samo taj afekt odražava natrag. Upravo ti procesi omogućavaju djetetu da stvara reprezentacije subjektivnih iskustava što pozitivno utječe na regulaciju i kontrolu vlastitih emocija. Kasnije u životu, ovi se uzorci nastavljaju na širu okolinu odnosno socijalno okruženje. Razna su istraživanja pokazala razvoj mentalizacijskih sposobnosti kroz period djetinjstva. Jedno od bitnijih saznanja, razvilo se iz eksperimenta s djecom kojoj je bila pokazana kutijica bombona u kojoj su zaista bili bomboni, nakon čega im je prikazana ista ta kutijica međutim napunjena s olovkama. Nakon toga, uvedena je treća osoba koja u tom momentu nema saznanje o olovkama u kutiji bombona. Djeci je bilo upućeno pitanje: „Što treća osoba pretpostavlja da je u kutijici?“. Većina djece do četvrte ili pete godine, odgovorit će da treća osoba pretpostavlja da će u kutijici biti bomboni. Djeca koja su tako odgovorila, razvila su „teoriju uma“ i imaju saznanje da treća osoba ima drugačiju situaciju od njih samih. Ovo je primjer eksplicitnog mentaliziranja. Istraživanja s puno mlađom djecom, prikazala su sposobnosti implicitnog mentaliziranja. Ova su saznanja proizašla iz istraživanja s djecom od sedam mjeseci. Toj je djeci prikazan video animiranog crtića, u kojem dok je crtani lik prisutan na ekranu, lopta ulazi u kutiju. Kada taj isti crtani lik odšeta s ekrana, lopta izađe iz kutije. Kada se crtani lik

vрати, ima lažno uvjerenje da je lopta i dalje u kutiji dok dijete koje gleda ima stvarno uvjerenje da je lopta negdje drugdje. U ovom slučaju, zbog razmišljanja o crtanom liku s različitim uvjerenjem, djetetova je pažnja najduže održana. Prisutnost mehanizama za implicitno i automatsko mentaliziranje u tako ranoj fazi razvoja, mogla bi sugerirati da su oni temeljni socijalni i kognitivni preduvjet za adekvatno društveno funkcioniranje.

Ako se proces označenog zrcaljenja ne razvije u potpunosti, može doći do neadekvatnog razvoja kapaciteta refleksije na sebe i druge, rezultirajući s nementalizirajućim procesima koji ne validiraju vlastita iskustva. Štoviše, ta se iskustva ne doživljavaju kao vlastita i stvara se alien efekt. U različitim formama psihopatologije, primjerice graničnom poremećaju ličnosti i najčešće kao kombinacija genetike i okoliša, ta alien iskustva postaju previše naglašena i dominiraju pojedinčevom subjektivnošću. To dovodi do stalnog pritiska za eksternalizacijom tih iskustava koja mogu biti izražena u želji dominacije umova drugih ili različitim samoozljeđujućim postupcima. Iako su neka prethodna istraživanja dokazala da je kognitivni razvoj dovršen do razdoblja adolescencije, ipak postoje saznanja da mozak i nakon tog, odnosno tijekom razdoblja adolescencije prolazi brojne značajne neurobiološke promjene. Postoje sugestije da se moždane regije uključene u socijalnu percepciju razviju rano u životu, ali se podešavanje te funkcionalna specijalizacija drugih regija uključenih u socijalizaciju mogu dalje razvijati tijekom adolescencije. (5)

Različita neuropsihološka istraživanja pokazala su da se mentalizacija može prikazati kroz 4 dimenzije:

1. *Automatska naspram kontrolirane mentalizacije*
2. *Sposobnost mentaliziranja sebe ili drugih naspram mentaliziranju samo drugih individua*
3. *Unutarnje naspram vanjskog mentaliziranja*

4. Kognitivno naspram afektivnog mentaliziranja

Govoreći o prvoj dimenziji, bitno je definirati razliku između automatske i kontrolirane mentalizacije. Kontrolirana je mentalizacija sporiji proces od automatske, i obično se izražava verbalno odnosno riječima. S druge strane automatska je mentalizacija brži proces koji u procesu koristi puno manje pažnje, truda te namjere. Problemi u ovoj dimenziji mentalizacije nastaju kada se pojedinci krenu koristiti pretežito automatskom mentalizacijom odnosno automatskim pretpostavkama o sebi ili drugima. Ono što također može uzrokovati teškoće u ovoj dimenziji je neadekvatna primjena automatskih pretpostavki.

U drugoj dimenziji govorimo o razlici u sposobnosti razumijevanja vlastitih misli, osjećaja, namjera, potreba te postupaka uz razumijevanje drugih ljudi te razumijevanje samo drugih ljudi uz manjkavo razumijevanje vlastitog sebe.

Treća dimenzija naglašava razliku između unutarnjeg i vanjskog mentaliziranja. Unutarnje se mentaliziranje odnosi na razumijevanje nečije nutrine i internalnog osjećaja na temelju saznanja o situaciji te o osobi. Za razliku od toga vanjska mentalizacija bazira donošenje zaključaka na temelju vanjštine odnosno ekspresije lica i gesta druge osobe.

Posljednja dimenzija razlikuje kognitivno od afektivnog mentaliziranja. Kognitivna se mentalizacija koristi alatima kao što su opažanje, imenovanje te pronalaženje razloga za unutarnja stanja dok se afektivna fokusira na razumijevanje osjećaja unutarnjih stanja.

Trenutak kada se jave teškoće ili poremećaji mentalizacije je kada je jedan pol u određenoj dimenziji previše izražen. (6)

POREMEĆAJI HRANJENJA

Kada govorimo o poremećajima prehrane i njihovoj etiologiji, govorimo o multifaktorijskim stanjima koje u obzir uzimaju psihološke, socijalne te biološke čimbenike. Svi ti faktori zajedno opisuju neadekvatnu prilagodbu na adolescenciju te izazove i zadatke koje ona donosi. Socijalni aspekt poremećaja prehrane odražava kulturološke običaje i prilagodbe. Govoreći o zapadnoj kulturi, kroz povijest se dosta veličala vitka figura, međutim taj prikaz modela mršavosti od neke granice vitkosti i zdravlja prelazi u ekstreme koji se onda klasificiraju poremećajem. U kontekstu psihodinamike, poremećaj prehrane, konkretno anorexia nervosa javlja se kao odgovor na razdoblje adolescencije odnosno povećane zahtjeve u tom razdoblju koji uključuju zahtjev za neovisnošću, separacijom te preuzimanjem odraslih uloga kako društvenih tako i spolnih. Kada se tijelo počne doživljavati kao „vlastito“ a ne pod vlasništvom roditelja, u želji za tom separacijom adolescenti mogu koristiti izgladnjivanje kao metodu osamostaljenja, i preuzimanja kontrole nad svojim životom. Isto tako, ako pacijenti svoje tijelo doživljavaju ispunjeno negativnim internaliziranim elementima, izgladnjivanje tog istog tijela im se može činiti kao rješenje za uništavanje tih negativnih objekata. Ono što je važno napomenuti kod poremećaja prehrane je aspekt obitelji. Vrlo česta situacija kod koje se tu susrećemo jest dominantna majka te otac koji je psihički odsutan. U slučaju njihovog neskladnog odnosa, remeti se obiteljska dinamika, roditelji više ne funkcioniraju kao par odnosno subsistem što dovodi do toga nastaje pseudopar između roditelja i djeteta. Isto tako te obitelji često poštuju norme, žive discipliniranim životom koji je obilježen pretjeranim radom te daju veliku važnost formi i vanjskom izgledu. Također je prisutno izbjegavanje razgovora o negativnim mislima, problemima te konfliktima pa se često naizgled doimaju kao mirne zajednice. Ambivalencija između težnje odvajanja od obitelji te stvaranja vlastitog života u odnosu s vršnjacima te nastojanja održavanja obiteljskog mira te do tad postojane harmonije također pridonosi razvoju poremećaja prehrane. Bolest koja se

tada dogodi istovremeno donosi nemir i tjera obitelj na promjenu dotadašnjih odnosa a istovremeno se fokus ne miče od pacijenta, držeći cijelu zajednicu na mjestu. Govoreći o biološkim teorijama u podlozi poremećaja prehrane, ponavljajuće pitanje jest što je zapravo u podlozi; neurologija ili psihološki čimbenici? Hipotalamus je glavna moždana masa odgovorna za komunikaciju s drugim dijelovima mozga pa posljedično i tijela kada je u pitanju glad koju regulira putem leptina i inzulina. Kada se ravnoteža tih supstanci poremeti, poremeti se komunikacija s centralnim živčanim sustavom u vezi potrebe za hranom. Neurološke promjene mogu utjecati na apetit, a s druge strane te promjene mogu biti uvjetovane primjerice preokupacijom tjelesnom masom. Ono što su istraživanja pokazala jest da oboljeli od anoreksije imaju biološke promjene u dijelovima mozga koju reguliraju emocije (primjerice smanjen volumen i promjene metabolizma).

Postoji osam dijagnoza koje se klasificiraju kao poremećaji prehrane (prema MKB-10):

1. *F50.0 anorexia nervosa*
2. *F50.1 atipična anorexia nervosa*
3. *F50.2 bulimia nervosa*
4. *F50.3 atipična bulimia nervosa*
5. *F50.4 pretjerano uzimanje hrane udruženo s drugim psihološkim smetnjama*
6. *F50.5 povraćanje udruženo s drugim psihičkim poremećajima*
7. *F50.8 drugi poremećaji uzimanja hrane*
8. *F50.9 nespecificirani poremećaj uzimanja hrane*

Dva najčešće spomenuta poremećaja prehrane su anorexia nervosa i bulimia nervosa. Sličnost između ova dva poremećaja je velika usredotočenost na izgled vlastitog tijela kao odrednice vrednovanja sebe.

Anorexia nervosa

Anoreksija (grčki) znači „odsutnost teka“. Radi se o psihičkom poremećaju hranjenja u kojem se osoba podvrgava izgladnjivanju te strogom režimu prehrane koji rezultira mršavljenjem, a u podlozi leži to da se osoba osjeća predebelom. Generalna pojavnost anoreksije je između četvrte i osamnaeste godine. Kriteriji za postavljanje dijagnoze anoreksije nervoze su:

1. Odbijanje održavanja tjelesne mase primjerene za dob i visinu (gubitak mase ili smanjeno dobivanje mase koje je dovelo do održavanja težine na manje od 85% od očekivane)
2. Izbjegavanje hrane koja „deblja“ što rezultira gubitkom mase
3. Iskrivljena slika vlastitog tijela te ovisnost samoprocjene o fizičkom izgledu
4. Amenoreja u žena

Bulimia nervosa

Bulimija (grčki) znači „bikova glad“. Radi se o sindromu naizmjeničnog prejedanja i pražnjenja odnosno induciranog povraćanja ili uporabe laksativa. Javlja se u nešto kasnijoj dobi od anoreksije nervoze, u kasnoj adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi. Dva tipa bulimije su purgativni i nepurgativni tip. Purgativni je tip obilježen epizodama izazvanog povraćanja ili korištenja laksativa ili diuretika nakon epizoda prejedanja. S druge strane, nepurgativni tip obilježen je drugim neprikladnim ponašanjima u obliku primjerice pretjeranog vježbanja.

Kriteriji za postavljanje dijagnoze bulimije nervoze su :

1. Prejedanje (minimalno dva puta tjedno u razdoblju od tri mjeseca)
2. Prevelika opsjednutost s hranjenjem uz prisutnost velike želje za prejedanjem

3. Kompenzatorna ponašanja nakon prejedanja (povraćanje, korištenje laksativa i diuretika, pretjerano vježbanje)
4. Viđenje sebe kao pretile osobe uz prisutnost velikog straha od debljanja (7)

POREMEĆAJI LIČNOSTI

„Ličnost je više ili manje stabilna i trajna organizacija karaktera, temperamenta, intelekta i fizičke konstitucije neke osobe, što određuje njezinu osobitu prilagodbu vlastitoj okolini.“ (8)

Sastavljena je od dvije komponente; temperament koji je uglavnom pod utjecajem genetike, te karaktera koji je u glavnini pod utjecajem psiholoških te razvojnih čimbenika.

Temperament zapravo opisuje način na koji ličnost doživljava svoju energiju i raspoloženje kao i promjene istog. Posljedično tome postoje četiri opisana; sangvinik, flegmatik, melankolik i kolerik. Također postoje četiri stavke koje određuju temperament. Prva koju bi valjalo spomenuti je „traženje novog“ odnosno ponašanja koja dovode do pozitivnog ishoda u vidu pronalaska nagrade, zadovoljstva ili rješavanja postojećih problema. Zatim izbjegavanje opasnosti odnosno ponašanja koja bi dovela do ikoje vrste oštećenja ili stradanja. Treća stavka je ovisnost o nagradi odnosno o ponašanjima koja nas vode k tom osjećaju zadovoljstva. I posljednje je perzistentnost odnosno kontinuitet u radu prema zamišljenom cilju. Za razliku od temperamenta, karakter je „naučeni obrazac“ i razvija se kroz iskustvo te socijalne prilike. Odrednice karaktera su samousmjeravanje prema željenim ciljevima, suradljivost te samotranscendencija odnosno poistovjećivanje samoga sebe s univerzumom u vidu duhovnosti i osjećaja zajedništva i jedinstva s prirodom.

Na temelju kliničke slike poremećaje ličnosti dijelimo u tri klastera; u skupinu A spadaju paranooidni, shizoidni te shizotipni, u skupinu B antisocijalni, histrionski, narcistični i granični dok skupina C obuhvaća izbjegavajući, opsesivno-kompulzivni i ovisni poremećaj ličnosti.

Etiološki, poremećaji ličnosti, interakcija su genetičke predispozicije te izloženosti određenim situacijama. Situacije poput iskustva zlostavljanja u djetinjstvu mogu biti rizičan čimbenik za razvoj graničnog poremećaja ličnosti dok se zanemarivanje od strane roditelja povezuje s poremećajima ponašanja. Govoreći o genetici, neki pokazatelji ukazuju na

obiteljsku pojavnost shizotipnog poremećaja ličnosti i shizofrenije, paranoidnog poremećaja ličnosti i sumanutog poremećaja te graničnog poremećaja ličnosti i afektivnih poremećaja. (8)

Psihoanalitička teorija Sigmunda Freuda razlaže psihoseksualni razvoj na 5 faza; oralnu, analnu, falusnu, fazu latencije te genitalnu fazu. (9) Neadekvatan razvoj odnosno prelazak u iduću može igrati ulogu u razvoju različitih poremećaja ličnosti. Fiksacija u analnoj fazi veže se uz razvoj opsesivnih dok fiksacija u genitalnoj fazi uz razvoj histrionskih crta ličnosti. (8)

Tablica 1: poremećaji ličnosti i njihove značajke(8)

Skupina	Tip poremećaja ličnosti	Značajke
A	Paranoidni	Nepovjerenje prema drugima, sklonost sukobima
	Shizoidni	Teškoće u održavanju odnosa te manjak interes za iste, sklonost samoći
	Shizotipni	Socijalna anksioznost, paranoidne ideje
B	Antisocijalni	Nepoštovanje normi društva, sklonost agresiji i manipulativnom ponašanju
	Granični	Nestabilnost, strah od napuštanja, sklonost agresiji
	Histrionski	Pretjerana emocionalnost, neprikladno ponašanje, teatralnost i želja za pažnjom
	Narcistični	Manjak empatije, doživljaj sebe kao vrlo važne osobe, potreba za divljenjem okoline
C	Izbjegavajući	Povučenost u socijalnim situacijama, strah od kritike
	Ovisni	Submisivnost, ovisnost o drugima, pasivnost u donošenju odluka
	Opsesivno-kompulzivni	Pretjerana zaokupljenost redom i savršenstvom

Granični poremećaj ličnosti

Granični poremećaj ličnosti (F60.3) poremećaj je ličnosti obilježen nestabilnošću.

Nestabilnost se u ovom poremećaju ispoljava ponajviše u interpersonalnim odnosima međutim i u percepciji odnosno slici sebe samih te emocijama. Osim nestabilnosti, najvažnija značajka ovog poremećaja je impulzivnost. Granični se poremećaj javlja od rane odrasle dobi te je česta pojava u klinici stoga je bitno znati glavne kriterije dijagnoze ovog poremećaja.

Glavne karakteristike su:

1. Veliki trud i napor u *izbjegavanju napuštanja* (stvarnog ili izmišljenog)
2. Prisutnost *nestabilnih interpersonalnih odnosa* (koji variraju između dvije krajnosti; idealizacije i obezvrjeđivanja)
3. *Poremećaj identiteta* (nestabilna percepcija sebe samog)
4. *Impulzivnost* (prisutna u najmanje dva područja štetna ili potencijalno štetna za pojedinca; opasna vožnja, korištenje psihoaktivnih tvari, trošenje novaca i slično)
5. *Suicidalno ponašanje*
6. Reaktivnost raspoloženja u vidu epizodične razdražljivosti koja dovodi do *emocionalne nestabilnosti*
7. Kronični osjećaj *praznine*
8. Nedostatak kontrole *bijesa*
9. *Paranoidne ideje* ili *teški disocijativni simptomi* (prolazni, vezani uz stresne situacije)

(8)

MENTALIZACIJA U POREMEĆAJIMA LIČNOSTI

Granični poremećaj ličnosti zapravo je poremećaj oko kojeg se stvorili pojmovi *mentalizacija* i *terapija bazirana na mentalizaciji* (mentalization-based treatment, MBT). Iako se kroz godine ta terapija razvila i počela primjenjivati za brojne poremećaje, i dalje je vrlo bitna upravo u slučaju graničnog poremećaja ličnosti. Radi se o poremećaju koji se često pojavljuje uz brojne komorbiditete kao što su poremećaji raspoloženja, anksiozni poremećaji, bipolarni poremećaj te shizotipni i narcisoidni poremećaj ličnosti. (10)

Snage i slabosti mentalizacije u tipičnog pacijenta koji pati od graničnog poremećaja ličnosti mogu se prikazati kroz četiri dimenzije socijalne kognicije koje smo spomenuli; automatska naspram kontrolirane mentalizacije, sposobnost mentaliziranja sebe ili drugih naspram mentaliziranju samo drugih individua, unutarne naspram vanjskog mentaliziranja, kognitivno naspram afektivnog mentaliziranja.

Osobe koje pate od graničnog poremećaja ličnosti često se koriste automatskim oblikom mentalizacije, koji se može doimati simplificiranim. Pacijenti se koriste nesvjesnim mehanizmima i nemoguće im je eksplicitno verbalizirati misli zato što je podložna logika kojom se koriste intuitivna i neverbalna. Ovaj način funkcioniranja dolazi do izražaja pogotovo kod izraženog podražaja, primjerice u intenzivnim odnosima kada dolazi do prebačaja na automatsko mentaliziranje. Posljedično takvi postupci mogu dovesti do oštećenja u socijalnoj kogniciji te osjećaja pretjerane paranoje ili suprotno, ekscesivne naivnosti. Osobe koje pate od ovog poremećaja su impulzivne, i ne razmišljaju o svojim postupcima niti njihovim utjecajima na druge ljude. S obzirom na to da im refleksija na vlastite postupke predstavlja izazov, često postaju podložne interpersonalnim konfliktnim situacijama.

Govoreći o drugoj dimenziji, odnosno sposobnosti mentaliziranja sebe ili drugih naspram mentaliziranju samo drugih individua, pacijenti mogu pokazivati ekscesivnu brigu za vlastito stanje, istovremeno bez reference prema socijalnoj realnosti, odnosno bez svijesti o tome kako ih percipiraju drugi. Takva percepcija njih samih odnosno neuspjeh balansiranja sa znatiželjom percepcije drugih može dovesti do pretjerivanja u stvaranju slike sebe u pozitivnom ili negativnom smjeru. Nepostojanje adekvatne uravnoteženosti te hipermentalizacija sebe dovodi do gubitka identiteta pacijenta.

Treća dimenzija socijalne kognicije, unutarnje naspram vanjskog mentaliziranja, manjkava je kod ljudi s graničnim poremećajem ličnosti i iskazuje se kroz neadekvatno razumijevanje tuđih namjera. S druge strane, upravo su oni osjetljiviji od drugih na vanjske podražaje u vidu primjerice ekspresija lica. Neke su studije pokazale da u reakciji na vizualne podražaje, osobe s graničnim poremećajem, imale su više rezultate od onih koji ne pate od tog poremećaja. Povišena osjetljivost na vanjske podražaje kod graničnih ličnosti potencijalno je intrinzično povezana s visokom osjetljivošću na vanjske karakteristike sebe i drugih i tendencije izrazitog utjecaja emocionalnih stanja drugih ljudi na njih same. Prevelika usredotočenost na vanjstinu može dovesti do pretjerane osviještenosti o tuđim mišljenjima i osjećajima uz istovremenu nemogućnost donošenja točnih procjena zbog percepcije koja je previše površna.

Posljednja dimenzija, kognitivno naspram afektivnog mentaliziranja, dolazi do izražaja u pacijenata s graničnim poremećajem u vidu manjka uravnoteženosti afektivnog mentaliziranja s kognitivnim koje je više reflektivno. Pacijenti su preplavljeni automatskim mentaliziranjem te njihove emocije prevladavaju. Dolazi do disregulacije tih preplavljujućih emocija koje kontroliraju ponašanje što dovodi do incidenata. Kognitivni procesi razvijaju se s ugrađenim modusom sumnje. To znači da je svaka kognitivna misao podložna reevaluaciji i mogućnosti da nije potpuno točna, odnosno da misao i stvarnost ne moraju biti jednake. S druge strane emocije odnosno afekti ne operiraju tako. Kada ljudi osjećaju emocije, one

dolaze s osjećajem tjelesne realnosti. Kognicija i afekt u većini slučajeva funkcioniraju zajedno, međutim kod pacijenata s graničnom ličnosti postoji neravnoteža između to dvoje i prevladavaju emocije koje u ovom slučaju nisu podložne moderaciji kognicije. Primjer toga je osoba koja osjeća da ju druga osoba doživljava inferiornom. Taj osjećaj ne prolazi proces reflektivnog razmišljanja i reevaluacije, nosi sa sobom moment fizičke boli i postaje nešto što jednostavno „je“ iako realnost može zapravo biti drugačija. Tu do izražaja dolazi problematika odnosa. Situacija osjećaja inferiornosti od druge osobe, odnosno prijatelja, može dovesti do pretjerane emocionalne reakcije, čak i uvreda jer osoba nema kapaciteta sagledati taj cijeli odnos već se usredotočuje na taj moment i osjećaj koji u tom trenu struji kroz nju i nije podložan pregovaranju. Takvi ishodi situacija dovode do prekida odnosa, kako poslovnih tako i prijateljskih, partnerskih čak i obiteljskih. (11)

Terapija bazirana na mentalizaciji u slučajevima poremećaja ličnosti fokusira se na pacijentovu stabilizaciju osjećaja sebe samog i održavanje optimalne razine podražaja u odnosu između pacijenta i terapeuta koji ne bi trebao biti previše intenzivan ali s druge strane ne stvarati preveliki jaz između sudionika. Ranjivost pacijenta s graničnim poremećajem ličnosti je faktor vrlo bitan u organizaciji interakcije terapeuta i pacijenta. Prevelika stimulacija i nemogućnost baratanja podražajem dovodi do gubitka osjećaja sebe samog i emocionalnog kapaciteta za razumijevanje motiva sudionika s kojima stupaju u interakciju. Pacijenti s tim poremećajem vrlo su ranjivi u kontekstu procesiranja vlastitih emocija te posljedično stvaranja odgovarajućih odgovora za kontrolu tih osjećaja. Zbog toga lakše podbace u shvaćanju svojih postupaka potaknutih tim emocijama. Taj manjkavi kapacitet za prosuđivanje vlastitih akcija te istovremeno za ispravno shvaćanje tuđih motiva nije uvijek evidentan te se može previdjeti. Međutim u situacijama kada određeni podražaj potakne stresnu reakciju, kapacitet mentalizacije postaje vidno zakinut.

Cilj mentalizacije kao terapijske metode je stabilizacija emocija i ekspresije istih. Uspostava kontrole samih emocija je vrlo bitna zato što u izostanku iste ne postoji mogućnost za internalnom reprezentacijom odnosno prezentacijom ideja ili slika u mislima to jest umu čovjeka. Ciljevi mentalizacije bitniji su nego konkretan oblik terapije odnosno intervencije koji se koristi. Ciljevi su uspostava mentalizacije kod onih gdje je izgubljena ili prevencija gubitka u situacijama kada njeni kapaciteti slabe. Upravo zbog toga mentalizacija poprima permissivniji pristup od ostalih primijenjenih terapija. Terapeuti koji se koriste mentalizacijom nisu primorani kompletno promijeniti svoj pristup ili učiti nove oblike intervencija već prilagoditi svoje postojeće s većim fokusom na mentalizaciju umjesto primjerice ponašanja i kognicije. Postoji nekoliko stavki u stavu terapeuta prema pacijentu s poremećajem ličnosti koje bi trebale biti prisutne kroz provođenje mentalizacije. Poniznost prema pacijentu u smislu prihvaćanja vlastitog neznanja, strpljenje u sagledavanju različitih perspektiva te prihvaćanje istih kao validnih, postavljanje pitanja u svrhu shvaćanja iskustva pacijenta, te trud za objasniti neobjašnjivo. Ono što je također bitno naglasiti kao komponentu adekvatnog terapeuta je shvaćanje vlastitog kapaciteta mentalizacije jednako kao i opcije da se taj kapacitet izgubi. Nakon uspostavljanja pristupa terapeuta prema pacijentu ključan dio terapije jest mentalizacija prijenosa. *Interpretacija prijenosa* je oblik terapije koji se koristi kako bi pacijentu osvijestili informacije, osjećaje ili ideje koje su prije bile pohranjene u podsvjesni dio uma. *Mentalizacija prijenosa* je nešto drugačija. Ta vrsta terapije za razliku od interpretacije prijenosa, daje pacijentu mogućnost da se fokusiraju na odnos s terapeutom te u kontrastu svog viđenja sebe prihvate perspektivu druge osobe odnosno terapeuta u slici njih samih. Prvi korak je validacija prijenosnog osjećaja, odnosno uspostavljanje pacijentove perspektive, što nije slaganje s pacijentom već stvaranje sigurne okoline u kojoj pacijent osjeća sigurnost. Nakon toga dolazi istraživanje. Potrebno je identificirati događaje i situacije koji su generirali prijenosne osjećaje. Identificirana ponašanja vezana uz prijenosne osjećaje

moraju se eksplicitno iznijeti, premda to ponekad zna biti nelagodno i bolno za pacijenta. Treći korak je prihvaćanje terapeuta i njegove uloge u tom procesu. Većina iskustava pacijenta u prijenosu vjerojatno će se temeljiti na stvarnosti, čak i ako je tek djelomično povezana s njom. To znači da je terapeut bio uključen u sam prijenos i na neki način djelovao u skladu s pacijentovom percepcijom njega samog. Bitno je da terapeut prihvaća svoj udio u izvedbi prijenosa umjesto da ih definira kao pacijentovu distorziju. To može biti vrlo bitno i djelotvorno u shvaćanju pacijenta da netko drugi (u ovom slučaju terapeut) može prihvatiti odgovornost za određene nevoljne radnje, a da to svejedno ne poništava stav i generalno djelovanje terapeuta. Kada je taj dio interakcije uspostavljen onda je tek moguće istražiti same distorzije. Četvrti korak je suradnja u cilju interpretacije prijenosa. U ovom koraku pacijent i terapeut sjede jedno uz drugo a ne nasuprot jedan drugome. To stvara ideju da zajedno promatraju pacijentove misli i osjećaje. Zadnji je korak je da terapeut predstavi alternativnu perspektivu, a posljednji praćenje pacijentove reakcije kao i vlastite. (1)

MENTALIZACIJA U POREMEĆAJIMA HRANJENJA

Poremećaji hranjenja oduvijek su vezani uz usmjeravanje krivnje. Često se spominje krivnja biologije odnosno „gena“, kada tu dođe do podbačaja okrećemo se prema obitelji koja nije pružila adekvatnu podršku tijekom odrastanja individue, usmjeravamo prst prema samom pacijentu koji ne uspijeva odgovoriti na zadatke i izazove koje adolescencija a zatim i odrasli život donose. Kada sve te izvore krivnje istražimo, nezadovoljni saznanjima krivimo kulturu koju smo zapravo sami generirali. Ono što bi poboljšalo pristup prema poremećajima prehrane je eliminacija krivnje uopće. Mentalizacija nam je bitna u razumijevanju ovih poremećaja zbog usredotočenosti na razumijevanje naših i tuđih postupaka u vidu razumijevanja podležećih emocija i osjećaja. Kao što smo spomenuli, mentalizacija svoje korijene pronalazi u teoriji privrženosti, a brojna su istraživanja pokazala da su poremećaji prehrane usko vezani s teškoćama privrženosti u raznoraznim odnosima. Od samih početaka ranog djetinjstva i stvaranja odnosa s prvim kontaktom odnosno roditeljima, do onih koje stvaramo u adolescenciji. Neka su istraživanja pokazala snažniju korelaciju između adolescentnih odnosa i razvoja poremećaja prehrane nego onih stvorenih u ranom djetinjstvu s istim poremećajima. Dok su ti prvi odnosi pokazali slabu prediktivnost za razvoj patologija vezanih uz prehranu, nesigurnost u odnosima kroz adolescenciju bila je prediktivna za razvoj poremećaja prehrane već i godinu dana kasnije. S obzirom na sve spoznaje o teoriji privrženosti i uloge stvaranja nesigurnih odnosa u podlozi ovih poremećaja mentalizacija kroz svoj terapijski pristup fokus stavlja upravo na aktivaciju sustava privrženosti. Optimalna aktivacija upreže procese u mozgu na eliminaciju dominacije ograničenja iz prošlosti i stvara mogućnost potencijalnog promišljanja i stvaranja novih intersubjektivnih mreža.(12)

Adekvatan kapacitet mentalizacije uključuje mentalne i relacijske sposobnosti u obliku kurioziteta, oprost, shvaćanja različitih perspektiva, povjerenja, poniznosti, preuzimanja

odgovornosti te razumijevanja svog utjecaja na druge. (13) Kod poremećaja prehrane taj kapacitet je smanjen ili u krajnostima nepostojeći. Svi mogu iskusiti smanjen kapacitet mentalizacijskih sposobnosti u uvjetima ekstremnijih podražaja, osjećaja stresa, nelagode ili nervoze, međutim ljudi koji pate od poremećaja prehrane imaju opsežniji gubitak tog kapaciteta. Mentalizacija je dinamički proces, definira se kao reflektivna funkcija te izražava kroz indeks koji iskazuje u kojem opsegu pojedinac razumije svoje i tuđe stanje uma kroz svoju povijest privrženosti. Istraživanje koje se provelo u bolnici Cassel u Ujedinjenom Kraljevstvu, pokazalo je da su pacijenti s poremećajima prehrane imali najniže rezultate u vidu kapaciteta mentalizacije, zajedno s onima koji pate od graničnog poremećaja ličnosti. Specifično pacijenti s anoreksijom nervozom pokazali su niže rezultate od onih s bulimijom nervozom i graničnim poremećajem ličnosti. (14)

U sklopu razvojne psihologije Fonagy i suradnici pokazali su tri različita oblika predmentalističkih modusa stvarnosti; psihička ekvivalencija, pretvaranje i teleološki modus. Bitno je naglasiti dvije stavke: utjelovljenje i tjelesnost, odnosno kako se ti modusi mentalne realnosti spajaju i isprepliću s tjelesnim iskustvima. (15)

Značenje psihičke ekvivalencije leži u doživljavanju vanjskog te unutarnjeg svijeta kao jednog razmjernog drugome. Povezanost s razvojnom psihologijom je u primjeru malo djeteta odnosno njegovog ranog osvješćivanja mentalnog stanja te vezanih procesa. Dijete povezuje vanjski i unutarnji svijet tako da „ono što postoji u umu mora postojati u vanjskom svijetu, isto kao što sve što postoji u vanjskom svijetu mora postojati u mislima“. (16) U kontekstu poremećaja prehrane ovo je primjer neadekvatnog mentaliziranja. Kako se ti poremećaji pojavljuju najčešće u adolescenciji koja je vrijeme psihičkih promjena kao i promjena identiteta. Ako u tom periodu osoba ne uspijeva pronaći prilagodbu na te promjene, ne uspijeva naći vlastiti identitet, onda ulazi u domenu traženja sebe samog u vanjskom svijetu, tretirajući sebe kao objekt. Tada, fizički atributi poput oblika tijela odnosno težine

postaju refleksija unutarnjih stanja kao što je unutarnje blagostanje, kontrola, osjećaj vrijednosti. Osjećaj mršavosti postaje doživljaj superiornosti. Senzacije kao glad, veličina, težina i oblik tijela, fizički su entiteti koji djeluju kao izvori metaforičkih značenja za nefizičke fenomene. U modusu psihičke ekvivalencije, te tjelesne metafore ne funkcioniraju samo kao prezentacija iskustva već se doživljavaju kao čvrste činjenice koje je teško pregovarati. Termin „kao“ postaje „je“. (16)

Pretvaranje kao modus predmentalističke stvarnosti, zapravo znači alternativan doživljaj stvarnosti. U stadiju razvoja kada djeca još stvaraju sliku subjektivnog svijeta koji se doima stvarnim ali opet odvojenim od onog fizičkog, primorani su se „igrati“ s realnošću. To je dio normalnog razvoja i stvaranja percepcije. Međutim kada taj način viđenja i razmišljanja perzistira duže od 3. godine starosti, može doći do manjka realnosti u procesu percipiranja svijeta. Kapacitet mašte je jako vrijedan dio uma. Taj spoj umjetnosti, literature i empatije omogućava zamišljanje umova i načina razmišljanja kod drugih ljudi. U toj ga formi ne bi klasificirali kao modus pretvaranja već igranja. Primjerice kada dijete drži kartonsku kutiju i kaže da je to avion, ne misli stvarno da je tako, nego u svrhu igre zamišlja da jest. S druge strane, osobe koje pate od poremećaja prehrane, zaista nisu svjesne da njihova percepcija stvarnosti nije povezana s realnošću. Za primjer možemo uzeti pacijenticu koja ima teškoće s opisivanjem tjelesnih senzacija. S jedne strane, izražava mržnju prema svom tijelu, i pokazuje kažiprstom na svoja bedra koja kao i cijelo tijelo doživljava kao izrazito negativan objekt. S druge strane iskazuje da svoje tijelo ne osjeća kao svoje, već kao neki strani objekt. U ovom se slučaju disocijativna iskustva odnose istovremeno i na emocije i same tjelesne senzacije. (17)

Posljednji modus koji ćemo analizirati je teleološki modus predmentalističke stvarnosti. Ovaj je modus ključan u razumijevanju fizičkog značenja života i odnosa, što je jedna od temeljnih značajki poremećaja prehrane. *Telos* je grčka riječ koja znači cilj, odnosno svrhu. Teleološki

aspekt mentalizacije odnosi se na razvojni stadij života u kojem očekivanja vlastitih postupaka kao i postupaka drugih ljudi postoje ali su ograničena na fizički svijet. Postoji fokus na razumijevanje postupaka u fizičkom a ne mentalnom aspektu. Manifestacija ovog modusa u poremećajima prehrane odnosi se na potrebu izmijene tijela u svrhu poboljšanja percepcije sebe samih. Način razmišljanja koji nastupa u ovom slučaju je da tjelesna promjena može utjecati na um. (18)

Ključan aspekt poremećaja prehrane koji treba spomenuti je iskrivljena slika tijela, odnosno distorzija slike fizičkog izgleda osobe koja pati od tih poremećaja. Definira se kao signifikantno izmijenjena percepcija vlastite težine ili oblika tijela u odnosu na to kako ono stvarno izgleda. To je jedan od esencijalnih značajki upravo anoreksije nervoze, iako su istraživanja pokazala da postoje pacijenti koji pate od anoreksije bez prisutnosti te distorzije. Priroda ove pojave i dalje je otvorena za rasprave i ne postoji jednoznačni konsenzus oko njenog izvora. Slade i Brodie zaključili su da pacijenti koji pate od anoreksije nervoze nemaju fiksnu distorziranu sliku svog tijela, nego se radi o nestabilnoj i slabo utvrđenoj slici tijela koja je podložna promjenama primjerice u ovisnosti o promjenama raspoloženja odnosno doživljavanju različitih emocija; anoreksični se pacijenti mogu osjećati debljima ako osjećaju strah ili tjeskobu. Kao što nam je poznato, negativni afekti mogu oštetiti kapacitete mentalizacije pa asocijacija iskrivljene slike tijela s negativnim afektom može biti posljedica intenzifikacije neuspjele mentalizacije koja je potaknuta određenim podražajem. Nadalje, ta se neuspjela mentalizacija manifestira ne kao osjećaj bolesti nego doživljaj fizičke nelagode te nezadovoljstva vlastitim tjelesnim izgledom. (19)

Ključan faktor u MBT-u kod poremećaja prehrane je usmjerenost prema pacijentu više nego prema poremećaju. Kod takvih je poremećaja, posebice kod anoreksije nervoze teško uspostaviti harmoničan i usklađen odnos, pa je izrazito važno staviti fokus na kvalitetu susreta. Do osoba s takvim dijagnozama je teško doprijeti pa MBT u tom slučaju radi na

pristupu „kako doprijeti do onih do kojih je teško doprijeti?“. Terapija bazirana na mentalizaciji inicijalno je bila osmišljena za granične poremećaje ličnosti pa se također postavlja pitanje kako terapijski pristup krojen za emocionalno nestabilne pacijente preoblikovati za različite tipove poremećaja prehrane. Ambicija terapije bazirane na mentalizaciji kod ovih poremećaja je konstruktivni rad sa simptomima ali također i poticanje znatiželje susreta umova. Pacijenti mogu zaglaviti u svojem pogledu vlastite realnosti te poticanje znatiželje otvara prostor za gradnju reflektivnog razmišljanja. (20)

Pristup terapeuta u ovom obliku terapije obuhvaća neke glavne značajke. Zauzimanje stava u kojem terapeut prihvata svoje neznanje te istovremeno pokazuje interes i znatiželju uz transparentnost prema pacijentu stvara uvjete za sigurnu okolinu. Isto tako potiče pacijenta da istražuje sebe samog kao i svoje odnose. Transparentnost se odnosi na otvoreni razgovor te dijeljenje ideja i misli s pacijentom. Na taj način terapeut postaje uzor u vidu razmišljanja i procesiranja misli za pacijenta. S etičke strane ovog pristupa, problem nastupa kada zbog prevelike izloženosti i interesa prema pacijentu, postaje teško tretirati na objektivan način odnosno kao „stvar“. (21) Druga važna značajka u odnosu terapeuta i pacijenta je epistemičko povjerenje. Kako bi to razumjeli, efikasna se psihoterapija uspoređuje s pedagoškom situacijom. U pedagoškim uvjetima učimo voziti bicikl, jesti špagete, razumjeti matematičke zadatke, a sve to uz maksimalno povjerenje od onih koji nas to uče. Epistemičko se povjerenje definira kao „spremnost prihvatanja novih informacija od druge osobe kao pouzdanih, generalizirajućih i relevantnih“. (22)

Terapija bazirana na mentalizaciji ima dosta sličnosti s drugim vrstama psihoterapije. Primjerice, aspekti kognitivne i bihevioralne analize dijele značajke s kognitivno-bihevioralnom terapijom koja je jedna od najzastupljenijih u današnjem svijetu. S druge strane, posebna pozornost koja se pridaje odnosu terapeuta i pacijenta, ima dodirne točke sa psihoanalitičkim terapijama. Srž terapije bazirane na mentalizaciji jest upravo usredotočenost

na razvoj i poboljšanje kapaciteta mentalizacije pacijenta. U slučaju pacijenata s poremećajem prehrane i njihove smanjene sposobnosti mentalizacije, teško je odrediti da li je taj smanjeni kapacitet korijen uzroka poremećaja ili se razvio posljedično fizičkim promjenama tih pacijenata. Nije u potpunosti jasno, da li poremećaji prehrane počinju kao razvojni poremećaji u djetinjstvu, s bazično smanjenom mentalizacijom ili se smanjena mogućnost adekvatne mentalizacije razvija kao posljedica ponavljajućih epizoda prejedanja, povraćanja i izgladnjivanja koji mogu utjecati na kogniciju odnosno mentalizaciju. Upravo zbog toga, terapeut koji provodi terapiju baziranu na mentalizaciji mora se istovremeno usredotočiti na poboljšanje mentalizacije i direktno objasniti pacijentu posljedice poremećaja na fizičko i mentalno zdravlje. Iako definitivna struktura ove terapije nije u potpunosti određena, radi se o dugoročnoj terapiji koja se sastoji od:

1. *Individualne terapije*
2. *Grupne terapije*
3. *Grupne psihoedukacije*
4. *Aktivnog korištenja pisanih formulacija*
5. *Medicinskog menadžmenta*

Individualna psihoterapija za neke je pacijente sigurniji način liječenja jer im grupa predstavlja izazov. S druge strane, nekim je pacijentima ugodnije sudjelovati u grupnim terapijama jer im to predstavlja skupinu među kojom se mogu sakriti, te djeluju na način koji se očituje pasivnošću, tišinom i povlačenjem u sebe. Za njih je individualna terapija puno veći iskorak iz zone ugone zbog prisutnosti samo dvoje ljudi u prostoriji. Zbog takvih situacija, otvorenost i komunikacija među različitim terapeutskim kontekstima je bitan faktor u provođenju terapije iz razloga što omogućava uvid u pacijentovo ponašanje u različitim okolnostima, odnosno terapeut može imati saznanje o pacijentovu ponašanju u grupi i posljedično u individualnoj terapiji raditi s njim kako bi optimizirao grupnu terapiju. Grupna

terapija može biti veoma izazovna upravo u kontekstu poremećaja prehrane. Prisutnost grupe, odnosno drugih ljudi može biti okidač za patološke procese koji se odvijaju u ovim poremećajima. Ti su patološki procesi obilježeni opsesivnom opterećenošću tuđim mišljenjem o sebi i vlastitom tijelu te upravo zbog toga, za mnoge je grupna terapija najteži dio ove psihoterapije. Psihoedukacijske grupne terapije, smatraju se uvodnim grupnim terapijama. Usredotočenost je na pacijenta i njegovo razumijevanje terapije odnosno kliničkog procesa. Sastoji se od pet do osam sastanaka u kojima terapeut predstavi određene teme, primjerice; emocije, privrženost, mentalizacija, prihvaćena kultura, osobnosti u poremećajima prehrane itd. Ključ psihoedukativnih grupnih terapija jest mentalizacija, komunikacija te razumijevanje drugih i sebe samih. Izazov za terapeuta u ovim sastancima je pronaći distinkciju od tjednih grupnih terapija, tako da se usredotočenost prebaci na osobniju problematiku.(23)

KRATKE PSIHOTERAPIJE

Generalno govoreći kratke psihoterapije su one usmjerene na rješenje te one koje se provode u kratkom vremenskom periodu. Uključuje fokusiranost na određenu problematiku te izravnu intervenciju. Različite terapije uključujući primjerice kognitivnu, bihevioralnu i sustavnu, razvile su svoju varijantu kratke psihoterapije, u okviru svojih inicijalnih ciljeva. Dva modela u kratkoj psihoterapiji koja su trenutno na snazi su:

1. Kratke terapija usmjerena na rješenja
2. Strategijska kratka terapija

Kratka terapija usmjerena na rješenja

Krajem 70-ih godina prošlog stoljeća, Steve de Shazer zajedno sa suradnicima razvio je kratku terapiju usmjerenu na rješenja. Nekoliko je istraživanja i teorija imalo svog utjecaja na razvoj te terapije; kratka psihoterapija *Institut za mentalno istraživanje (MRI)* u Palo Altu, Kaliforniji, Batesonova teorije sustava, društveni konstruktivizam i rad psihijatra Milтона Ericksona. Glavna razlika između kratke terapije usmjerene na rješenja te MRI je ta što je prva usredotočena na rješenje dok se druga fokusira na intervenciju. Steve de Shazer i njegova supruga, Insoo Kim Berg, pronašli su da terapija usmjerena na rješenje nije samo skup terapijskih tehnika, već su istaknuli kako se radi o načinu razmišljanja.

Strategijska kratka terapija

Ova varijanta kratke terapije također ima korijene u kratkoj terapiji *Institut za mentalno istraživanje (MRI)*. Paul Watzlawick i Giorgio Nardone veliki su zagovaratelji strategijske kratke terapije, a podrijetlo joj leži u helenskim tradicijama, retorici sofista i umjetnosti kineskih strategija. Kod različitih psihijatrijskih poremećaja, uključujući panike, fobije i poremećaje prehrane, ova vrsta psihoterapije pokazala se uspješnom. (24)

Psihodinamske psihoterapije koriste se u svrhu osvještavanja emocija i procesa koji su locirani u podsvijesti i dovode do raznih psihijatrijskih dijagnoza uključujući anksioznost, depresiju i poremećaje ličnosti. Kratke psihoterapije razvijane su zadnjih 50 godina kako bi omogućile adekvatno liječenje većem broju pacijenata u usporedbi s regularnim dugim psihoterapijama. Habib Davanloo bio je jedan od glavnih zagovornika tehnika kratke psihodinamičke psihoterapije koju je razvio sedamdesetih godina prošlog stoljeća. Radi se o liječenju s aktivnim intervencijama, uključujući suočavanje s obrambenim mehanizmima u cilju mobilizacije nerazriješenih emocija. Ove su se terapije pokazale klinički učinkovite kod odabranih populacija pacijenata, čak do 35 % pacijenata u psihijatrijskim ambulancama. S druge strane pacijenti koji su se prezentirali simptomima nisko-tolerantne anksioznosti, velikom depresijom ili somatizacijom nisu pokazivali adekvatan odgovor na ovu vrstu terapije. Poveden time, 80-ih godina, Davanloo je rafinirao i proširio metodu kako bi omogućio liječenje ovih složenijih pacijenata i došao do liječenja koje je nazvao intenzivnom kratkotrajnom dinamičkom psihoterapijom (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy, ISTDP). Ovo je proširenje uključivalo izgradnju tolerancije na tjeskobu. Davanloo je opisao skup tipičnih događaja koji dovode do brzog pristupa nesvjesnim emocijama. Nazvao ih je centralnim dinamičkim nizom. Kroz svoja je istraživanja pronašao da fokusiranje na nesvjesne emocije i istovremeno obrambene mehanizme korištene za izbjegavanje istih dovodi do aktivacije kompleksnih osjećaja. Te su emocije istovremene aktivirale osjećaje uvažavanja i iritacije prema terapeutu. Ti su složeni prijenosni osjećaji povezani s prošlim iskustvima odnosno osjećajima privrženosti i osjećajima povezanim s prekidima tih privrženosti kod pacijenta. Kad su se oni aktivirali, tjeskobni osjećaji i obrambeni mehanizmi su se uključili kako bi blokirali pacijentovu svijest o njima. Uz specifične napore, uključujući i „čeon sudar“ s otporima, pacijent je bio okrenut sam protiv svojih obrambenih mehanizama, a ti su osjećaji zatim proživljeni visceralnim i kognitivnim komponentama.

Nakon proživljavanja tih emocija kroz spomenute komponente sama tjeskoba oko emocija drastično se smanjila rezultirajući sa smanjenjem obrambenih mehanizama. (25)

Kognitivno-bihevioralna terapija

Kognitivno-bihevioralna terapija jedna od najraširenijih u današnjem svijetu. Pokazala se uspješnom u liječenju velikog spektra psihijatrijskih poremećaja kao što su depresija, anksiozni poremećaj, zlouporaba droge i alkohola te poremećaji prehrane. Na temelju različitih znanstvenih istraživanja te kliničke prakse ova se terapija pokazala uspješnom u poboljšavanju funkcioniranja i podizanju kvalitete života. Također se pokazala uspješnijom od nekih drugih primjenjivih psihoterapija te medikamentne terapije. Tri glavna principa na kojima se bazira kognitivno-bihevioralna terapija su:

1. Psihološki problemi imaju korijenje u nepravilnom načinu razmišljanja
2. Psihološki problemi imaju korijenje u naučenim uzorcima „loših“ ponašanja
3. Ljudi koji pate od psiholoških poremećaja mogu naučiti nositi se s njima na bolje načine te voditi funkcionalnije živote

S obzirom na to da se kognitivno-bihevioralna terapija bazira na poremećajima koji u podlozi imaju neadekvatne načine razmišljanja i ponašanja to su dva glavna područja na koje ona djeluje. Strategije koje koristi za djelovanje na nepravilne načine razmišljanja su:

1. Prepoznavanje distorzija u razmišljanju koje dovode do teškoća te njihova reevaluacija
2. Nastojanje u shvaćanju tuđih ponašanja i namjera
3. Korištenje vještina rješavanja problema u suočavanju s njima
4. Stjecanje samopouzdanja u vlastite mogućnosti i sposobnosti

S druge strane, strategije koje koristi za djelovanje na neadekvatna ponašanja su:

1. Suočavanje sa strahovima umjesto izbjegavanja
2. Korištenje metode „igra uloga“ u svrhu pripreme na problematične situacije
3. Učenje relaksacije uma i tijela

Ovo su strategije koje ne koriste svi terapeuti već je svaki odnos s pacijentom individualan. Terapeuti također imaju nastojanje „trenirati“ svoje pacijente da postanu sami svoji terapeuti kroz zadatke koje rade doma nakon sastanaka. Uz neke bitne informacije iz prošlosti, usredotočenost je zapravo na pacijentovo sadašnje stanje i trenutačne izazove s kojima se susreće. (26) Bitno je napraviti distinkciju između etiologije samog poremećaja te procesa koje taj poremećaj uzrokuje. Također, te se dvije stavke moraju diferencirati od procedura kojima dolazi do te promjene psihičkog stanja. Kognitivni pristupi liječenju usredotočuju se na etiologiju poremećaja te u terapiji koriste kognitivnu teoriju promjene odnosno testiraju točnost trenutačnih postojećih uvjerenja. Terapeuti koji se koriste bihevioralnim pristupom veći fokus stavljaju na teorije učenja te koncipiraju promjenu u vidu operativnog ili klasičnog kondicioniranja. Postoje neke značajke koje određuju uspješnost i kvalitetu određene terapije. *Djelotvornost* terapije znači da je stanje pacijenta bolje nego u odsutnosti te iste terapije. *Specifičnost* terapije znači da se terapija pokazala kvalitetnijom od ne specifične kontrole ili neke druge primijenjene terapije, dok *superiornost* terapije indicira da je upravo ta terapija uspješnija od svih ostalih poznatih terapija. Istraživanja su pokazala da se kognitivno-bihevioralna terapija klasificira kao djelotvorna i specifična za široki spektar poremećaja za djecu i odrasle. Pokazala se uspješnijom od dinamičkih i humanističkih intervencija u vidu količine i kvalitete empirijskih dokaza, te joj jedino konkuriraju dominantno bihevioralni pristupi i medikamentna terapija. Najznačajniji aspekt kognitivno-bihevioralne terapije jest dugoročnost njezina učinka što se ne može reći za puno terapijskih pristupa. Za razliku od medikamentnih terapija, za koje se čak smatra u određenom aspektu da djeluju palijativno, efekt kognitivno-bihevioralne terapije je kompenzacijski ili kurativan. Kompenzacijski ili

kurativan efekt omogućuje pacijentima liječenje koje nije doživotno, dok ponekad prisutan preventivni efekt sprječava pojavu bolesti uopće. (27)

KRATKE PSIHOTERAPIJE U POREMEĆAJIMA LIČNOSTI

Kratke su psihoterapije u mnogim varijantama danas korištene u psihoterapiji. Različite meta analize istraživale su učinkovitost kratkih psihoterapija te pokazale neskladne rezultate. Neke su pokazale da kratke psihoterapije pokazuju dobre rezultate međutim nisu pokazale da dovode do različitih ishoda od drugih vrsta psihoterapija. Za razliku od toga, neke su studije čak pokazale inferiornost kratkih psihoterapija u usporedbi s drugim psihoterapijama.

Jedna je studija, kao nastavak na prethodnu obuhvatila 32 pacijenta s poremećajima ličnosti, predominantno klastera C (izbjegavajući, opsesivno-kompulzivni i ovisni poremećaj ličnosti) te je pokazala značajna poboljšanja liječenih u usporedbi s kontrolnom skupinom. Dvije forme kratkih psihoterapija koje su temeljene na postupcima navedenim u terapijskim priručnicima su kratkotrajna dinamička psihoterapija, temeljena na principima koje je razvio Danvaloo i kratka adaptivna psihoterapija koje je razvijena u Medicinskom centru Beth Israel. Te korištene terapije trajale su otprilike 40 tjedana, a njihovi su rezultati uspoređeni s onima kod osoba koje su bile na listi čekanja u prosjeku 15 tjedana. Oba spomenuta tretmana, psihodinamski su bazirane terapije i koriste mnoge standardne kratke psihoterapijske tehnike (npr. Manna, Malana, Sifneosa, Davanlooa). Pacijenti su odabrani na temelju kriterija za kratku psihoterapiju koje je opisao Malan, a pažljivo su uzete anamneze kako bi se odredio dinamički fokus. Dva uvjeta liječenja razlikovala su se prema planiranim varijacijama u tehnici i fokusu. Općenito, kratkotrajna dinamička psihoterapija je aktivnija i više konfrontirajuća terapija nego kratka adaptivna psihoterapija, iako se obje smatraju aktivnim i konfrontirajućim u usporedbi sa standardnim terapijskim tehnikama. U kratkim dinamičkim psihoterapijama dolazi do aktivnog suočavanja s obranom, tjeskobom te impulsom, nakon čega isti prolaze proces klarifikacije te interpretacije. Ta se terapija usredotočuje na konfrontirajuća defenzivna ponašanja te izazivanje učinka kako bi se potisnuta sjećanja i

ideje u potpunosti doživjeli u integrativnom, afektivnom i kognitivnom okviru. Kratkotrajna adaptivna psihoterapija, više je usredotočena na kognitivna zbivanja te identifikaciju pacijentovih glavnih neprilagođenih obrazaca. Također taj pristup gleda kroz interpersonalne odnose, prošle i sadašnje, pogotovo odnos pacijenta i terapeuta. Cilj kratkotrajne adaptivne terapije je pronaći izvorište i odrednice tih obrazaca, kako bi se razvio prilagođeni interpersonalni odnos.

Studija provedena u medicinskom centru Beth Israel u New Yorku, koristila je podatke originalne skupine od 93 ambulantna pacijenta primljenih između 1983. i 1988. Svi su potencijalni ispitanici prošli evaluaciju provedenu od strane asistenta uključenog u istraživanje, te su dali suglasnost za protokol istraživanja. Kriteriji za uključivanje bili su sljedeći:

- 1) dob između 18 i 60 godina,*
- 2) dokaz o najmanje jednom bliskom interpersonalnom odnosu,*
- 3) nepostojanje psihoze, organskih bolesti mozga ili mentalne retardacije,*
- 4) nepostojanje dijagnoze aktivne DSM-III-R osi III (*os III, opća zdravstvena stanja),*
- 5) nepostojanje dokaza o trenutnoj zlouporabi supstanci,*
- 6) odsutnost aktivnog suicidalnog ponašanja,*
- 7) nepostojanje povijesti nasilnog ponašanja ili destruktivnih problema s kontrolom impulsa*
- i 8) odsutnost upotrebe psihotropnih lijekova kao što su neuroleptici, antidepresivi ili litij u protekloj godini.*

Osim toga, pacijenti su morali zadovoljiti kriterije DSM-III-R za poremećaj ličnosti osi II. Kriteriji isključenja bile su dijagnoze osi II paranoidnih, shizoidnih, shizotipnih, narcisoidnih i graničnih poremećaja ličnosti.

Nakon što je procjene unosa i dobivenog pristanka, pacijenti su nasumično raspoređeni u tri skupine. Jedna je skupina bila tretirana kratkotrajnom adaptivnom psihoterapijom, druga kratkotrajnom dinamičkom psihoterapijom dok je treća stavljena na listu čekanja. Pacijenti s liste čekanja imali su saznanje da će početi s liječenjem u trenutku dostupnosti terapeuta. Dvadeset i četiri terapeuta (11 za kratku adaptivnu psihoterapiju i 13 za kratkotrajnu dinamičku psihoterapiju) bili su regrutirani iz odjela psihijatrije medicinskog centra Beth Israel. Grupa terapeuta sastojala se od 15 psihijatara (5 za kratku adaptivnu psihoterapiju i 10 za kratkotrajnu dinamičku psihoterapiju), 7 psihologa (5 za adaptivnu psihoterapiju i 2 za dinamičku psihoterapiju), te 2 socijalne radnice (jedna za svaki modalitet liječenja). Bili su gotovo ravnomjerno podijeljeni s obzirom na spol (za adaptivnu terapiju šest žena i pet muškaraca; za dinamičku terapiju pet žena i osam muškaraca).

Od 93 pacijenta primljena na liječenje, 12 ih je dobrovoljno odustalo od projekta: četvero je otišlo prije raspoređivanja na terapiju, šest ih je odustalo od kratkotrajne dinamičke psihoterapije, dok je dvoje odustalo od kratkotrajne adaptivne psihoterapije. Rezultat odustajanja ostavio je ukupan broj od 81 pacijenata. Trideset pacijenata je završilo je istraživanje primajući kratku adaptivnu psihoterapiju, dvadeset i pet prolazilo je kratkotrajnu dinamičku psihoterapije dok ih je 26 bilo na listi čekanja u razdoblju od prosječno 14,9 tjedana.

Rezultati studije pokazali su uspješnost kratkotrajne dinamičke psihoterapije u pacijenata s poremećajima ličnosti (DSM-III-R) klastera C, ali i u nekih pacijenata klastera B, primarno histrionskog poremećaja ličnosti. Nadalje, utvrdivši da se ovo poboljšanje odrazilo tijekom

prosječnog razdoblja praćenja od 1,5 godina važan je korak u potvrđivanju učinkovitosti kratkotrajne dinamičke psihoterapije za ovu skupinu pacijenata.

Rezultati studije nisu pokazali značajnih razlika u ishodu između dvije spomenute vrste kratkotrajne psihoterapije. Takva saznanja nisu iznenađujuća i slažu se s rezultatima drugih istraživanja. To otkriće može biti posljedica brojnih čimbenika, kao što su sličnosti u određenim tehnikama, nedostatak homogene skupine pacijenata, korištenje strukturiranih priručnika (standardizirani tretmani) i vrsta korištene procjene ishoda. Postojala je razlika u stopi odustajanje, s tim da je bila viša u skupini kratkotrajne dinamičke psihoterapije. Međutim, ta razlika nije bila statistički značajna. (27)

KRATKE PSIHOTERAPIJE U POREMEĆAJIMA PREHRANE

Interpersonalna terapija, kratkotrajna je psihoterapija koja se fokusira na rad i razvijanje kvalitetnih interpersonalnih odnosa. Smatra se da kvalitetniji interpersonalni odnosi rezultiraju kvalitetnijim i zdravijim psihičkim stanjem. Ova se psihoterapija primarno prakticirala u liječenju depresije te tu i dalje leži njezina glavna uloga. Međutim kroz vrijeme i istraživanja pokazala se korisnom u liječenju poremećaja hranjenja, prvo u vidu poremećaja prejedanja, zatim u liječenju bulimije nervoze, a konačno su neka istraživanja pokazala uspjeh interpersonalne terapije u liječenju anoreksije nervoze. Interpersonalna terapija, organizirana je u formi od 12 do 20 sesija u kojima sudjeluju samo pacijent i terapeut. Ta se terapija primjenjuje u različitim oblicima, od kratkih formi do dugotrajnijih primjena u održavanju prevencije povrata depresivnih epizoda. Također postoji prilagodba za određene dobne skupine, primjerice za grupu starijih te za adolescente. Terapija se od samih početaka provodila u skladu s originalnim pravilnikom kojeg su napisali Klerman, Weissman i sur. 1984. godine. Taj je pravilnik predstavio netehnički način primjene terapije, koji je unaprijeđen kasnije 2000. godine djelom Weissmana i sur.

Interpersonalna terapije odličan je primjer fokalne terapije koja nije interpretativna, a njen su fokus interpersonalni odnosi. Terapija se sastoji od tri faze. Cilj prve faze, koja može zauzeti vrijeme od četiri sesije, je identificirati problematična područja u vidu interpersonalnih odnosa, u kojima se određeni problem odnosno psihijatrijski poremećaj razvio te posljedično perzistira. Specifično, u slučaju bolesti bulimije nervoze dodatna posvećenost identifikaciji problema interpersonalnih odnosa kao potencijalnih okidača za epizode prejedanja zbog saznanja da su te epizode potaknute upravo interpersonalnim događajima. Krajem prve faze, može se smatrati dogovor i razumijevanje između pacijenta i terapeuta o tome koja će se problematična područja obrađivati.

Problematična područja koja se obrađuju prolaze podjelu u četiri velike grupe. Prva grupa odnosi se na žalovanje odnosno pretjerane i abnormalne reakcije vezane uz žalovanje. Druga skupina obuhvaća situacije interpersonalnih sukoba i nesuglasica. Treća se grupa odnosi na probleme i teškoće vezane uz tranzicije i promjenu vlastite uloge u određenim situacijama. Takve situacije obično se odnose na „velike“ momente u životu primjerice odlazak od kuće, selidba, početak rada, promjena posla, pronalazak partnera, ženidba, postajanje roditeljem itd. Posljednja se skupina odnosi na deficite i manjkavosti interpersonalnih odnosa, odnosno oskudicu kvalitetnih i funkcionalnih interpersonalnih odnosa. Mnoga od tih problematičnih područja mogu se kategorizirati u dvije skupine, a specifično kod poremećaja prehrane obično se spominju posljednje dvije skupine odnosno interpersonalni sukobi te i tranzicijske teškoće.

Druga faza interpersonalne terapije smatra se najbitnijim dijelom ove psihoterapije. Sastoji se od otprilike deset sastanaka u kojima terapeut i pacijent detaljnije razgovaraju o dogovorenim problematičnim područjima. Cilj ove faze je potaknuti pacijenta da sam razmisli o potencijalnim rješenjima koje posljedično pokušava primijeniti. U ovom dijelu terapije, terapeut koristi pristup aktivnih i ohrabrujućih međutim ne direktnih postupaka. Interpersonalna se psihoterapija podosta razlikuje od primjerice kognitivno-bihevioralne. U slučaju ove terapije, ne postoji čvrsta struktura i određeni protokoli koji se prolaze. Postoje različiti oblici provođenja u vidu razmatranja i analize specifičnih interpersonalnih izmjena (komunikacije), analiza donošenja odluka i rješavanje problema te također igranje uloga, međutim nije uključeno kognitivno restrukturiranje, vlastito monitoriranje ili zadatci koji se izvode kod kuće.

U posljednjoj fazi interpersonalne terapije, koja se sastoji od tri do četiri sastanka u intervalima od dva tjedna, usredotočenost se bazira na budućnosti. Problematična područja prolaze kroz reevaluaciju, identificiraju se potencijalne teškoće te daljnji potrebni rad. Fokus

na budućnost iskazuje se kroz potencijalne probleme koji bi se mogli razviti, te kroz reakcije na te problematične situacije odnosno način na koji bi se one trebale optimizirati za dobrobit pacijenta.

Za razliku od poremećaja prehrane anoreksije nervoze te poremećaja prejedanja, gdje indikacije za kratkotrajnu interpersonalnu psihoterapiju nisu potpuno razrađene, indikacije za primjenu tu terapije u liječenju bulimije nervoze jasnije su, ali postavljaju nova pitanja. Interpersonalna se terapija uspoređuje s kognitivno-bihevioralnom kao standardom liječenja poremećaja prehrane. U slučaju anoreksije nervoze te poremećaja prejedanja kognitivno bihevioralna terapije i dalje je terapija izbora dok u slučaju bulimije nervoze dobra opcija je i kratkotrajna interpersonalna terapija koja je šire primjenjiva te „lakša“ terapeutima za izvođenje. (28)

Osim interpersonalne kratkotrajne psihoterapije, kao što smo spomenuli vrijedan oblik terapije je kognitivno-bihevioralna terapija. Poremećaji prehrane jedni su od glavnih indikacija za primjenu kognitivno-bihevioralne terapije. Značajka poremećaja prehrane je pretjerana usredotočenost na izgled tijela i težine, što je kognitivan proces, što govori u prilog toj terapiji. Osim toga, brojna su istraživanja te sama primjena terapija pokazala uspjeh takvog liječenja u slučajeva bulimije nervoze i nespecificiranog poremećaja prehrane koji je jedan od najčešće dijagnosticiranih poremećaja prehrane. Brojne studije uključujući i jednu provedenu na Nacionalnom institutu za zdravlje i kliničku izvrsnost (NICE) UK-a, istraživale su primjenu kognitivno bihevioralne terapije u liječenju dva specifična poremećaja prehrane te također u nespecifičnom poremećaju prehrane. Rezultati su pokazali da je upravo ta terapija zlatni standard u liječenju bulimije nervoze u odraslih. Danas se smatra da je poboljšana (enhanced) verzija te terapije ipak bolja varijanta i smatra se učinkovitijom. Kao što smo spomenuli jedna od alternativa je interpersonalna terapija, koja se ponajviše istraživala u slučajevima upravo bulimije nervoze, međutim manje je podataka dostupno te

zahtjeva osam do dvanaest mjeseci dužeg rada od kognitivno-bihevioralne terapije kako bi se postigli određeni rezultati. Medikamentna terapija (primjerice fluoksetin) također se pokazala uspješnom, međutim u manjim razmjerima od kognitivno-bihevioralne terapije, uz nedostatak dugoročnosti i održivosti rezultata.

Puno je manje studija provedeno u istraživanju ove terapiju u liječenju anoreksije nervoze, dok i te postojeće pate od nedostataka u obliku premalih uzoraka i velikih troškova. Stoga, postoji manje saznanja o liječenju odraslih, dok je u adolescenata terapija bazirana na obiteljskom obliku liječenje. Neka su istraživanja ipak pronašla vrijedne rezultate u vidu korištenja poboljšane (enhanced) kognitivno-bihevioralne terapije u liječenju anoreksije nervoze. Pokazalo se da se ta terapija može koristiti u liječenju 60 % ambulantnih pacijenata, indeksa tjelesne mase od 15 do 17,5, te da 60 % liječenih ima pozitivan ishod. Ono što se također pokazalo jest da su stope vraćanja bolesti također bile niske. U slučaju poremećaja prejedanja, uspješna se pokazala terapija slična onoj primijenjenoj u liječenju bulimije nervoze. Pristup koji se koristi u slučaju ovog poremećaja usredotočuje se na kognitivno-bihevioralnu samopomoć. Međutim, u vidu težine koja je u ovih pacijenata često povišena, nije pokazala bitan utjecaj. Nedavna su istraživanja pokazala uspjeh u korištenju poboljšane kognitivno-bihevioralne terapije u liječenju nespecificiranog poremećaja hranjenja, osobito kod pacijenata koji nisu bili prekomjerno pothranjeni odnosno indeksa tjelesne mase višeg od 17,5.

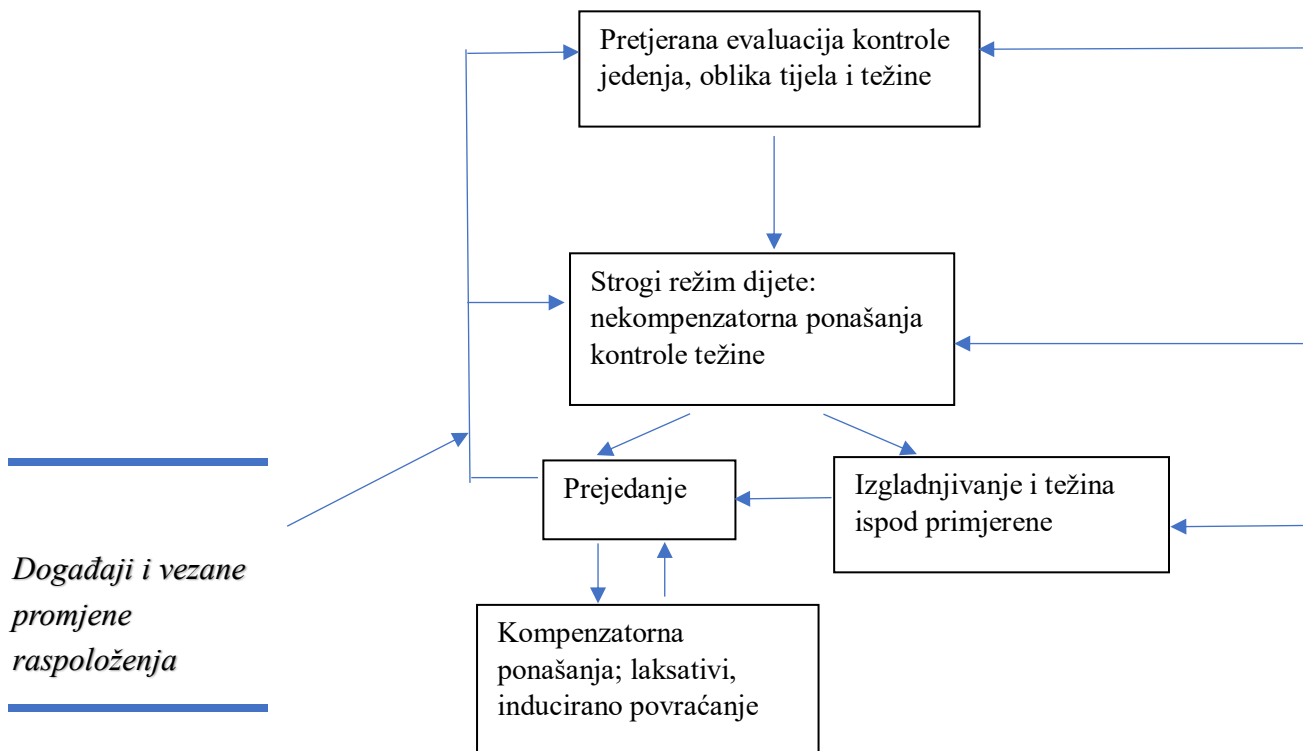
Iako postoji više poremećaja prehrane, svaki sa svojim specifičnim karakteristikama i dijagnostičkim kriterijima, u mnogočemu se preklapaju, te koegzistiraju istovremeno ili naizmjenično. Zbog takve povezanosti među tim poremećajima, i njihovih glavnih patoloških značajki, liječenje tih poremećaja u vidu kognitivno-bihevioralne terapije zauzima transdijagnostički pristup. Takav pristup u fokus stavlja teoriju koja smatra da je za održavanje tih poremećaja ključna pretjerana evaluacija oblika i težine tijela te njihova

kontrola. Jedna značajka koja nije u samoj srži psihopatologije poremećaja prehrane je prejedanje koje se javlja u svim oblicima bulimije, mnogim oblicima nespecifičnog poremećaja prehrane te nekim oblicima anoreksije. Kognitivno bihevioralni pristup objašnjava prejedanje kao rezultat pokušaja pridržavanja ekstremnih režima prehrane. U takvim su uvjetima odstupanja od pravila neizbježna te ih pacijenti doživljavaju kao dokaz loše samokontrole, nakon čega se ponovno vraćaju svojem režimu i povećavaju mogućnost ponovnog prejedanja. Ti postupci odražavaju glavnu psihopatologiju poremećaja odnosno pretjeranu evaluaciju oblika i težine tijela. Postoji nekoliko faktora i situacija koje mogu precipitirati i održavati akt prejedanja. Same teškoće i problemi s kojima se pacijent nosi mogu otežati pridržavanje strogim dijetama. Osim toga, epizode prejedanja mogu se doživljavati kao momenti oslobađanja i ne razmišljanja o tim problemima te postaju način nošenja s njima. Posljednja se stavka odnosi na one pacijente koji koriste laksative ili inducirano povraćanje kao način izbacivanja hrane. Ako ti pacijenti shvate te postupke kao uspješan način za održavanje svoje željene težine, to ih također može potaknuti da nastave s prakticiranjem prejedanja. Kod pacijenata koji imaju sniženu tjelesnu masu, također postoje psihološke i fiziološke promjene koje potiču održavanje poremećaja. S fiziološkog aspekta, primjerice odgođeno pražnjenje želuca može dovesti do sitosti čak i nakon vrlo malih količina hrane. S druge strane, psihološki aspekt izolacije onemogućava pacijentima izlaganje situacijama koje bi potencijalno mogle umanjiti njihovu preopterećenost vlastitim tijelom.

Poboljšana kognitivno bihevioralna terapija (CBT-E) izvedena je iz terapije za bulimiju nervozu. Ta se terapija ne fokusira na dijagnozu poremećaja prehrane već na sržnu psihopatologiju tih poremećaja. Zauzima individualizirani pristup te je namijenjena za liječenje ambulantnih pacijenata sa svim oblicima poremećaja prehrane. Naziv poboljšana (enhanced) koristi se jer ova terapija uključuje više novih strategija i postupaka za poboljšanje ishoda uz uključivanje modula za rješavanje određenih prepreka koje se smatraju

eksternalnim u odnosu na glavni poremećaj prehrane. Ti vanjski faktori su klinički perfekcionizam, nisko samopoštovanje te teškoće u interpersonalnim odnosima. Klinički perfekcionizam odnosi se na karakteristike pacijenta u vidu visoke samokritičnosti te postavljanja nedostižnih ciljevi sebi samima. U dosta se točaka isprepliće s poremećajima prehrane te se treba uzeti u obzir kao dodatna potencijalna prepreka u postizanju cilja liječenja. Nisko samopoštovanje u tih pacijenata ne ovisi o njihovom stvarnom uspjehu u životu i ne radi se o procesu koji je sekundaran poremećaju prehrane. Takvi pacijenti imaju tendenciju minimaliziranja svih pozitivnih događaja u svom životu te pretjeranog naglašavanja svih svojih neuspjeha. Ta se značajka mora uzeti u obzir u procesu liječenja ovom terapijom. Teškoće u interpersonalnim odnosima česte su u pacijenata s poremećajima prehrane. Manifestiraju se u obliku konflikata i nerijetko doprinose održavanju samog poremećaja te se također uključuju u liječenje. Postoje dva oblika ove poboljšane kognitivno bihevioralne terapije; fokusirani i prošireni oblik. Fokusirani oblik ove terapije smatra se početnim i standardnim oblikom koji se usredotočuje na psihopatologiju poremećaja prehrane, dok se prošireni uz glavnu psihopatologiju fokusira i na vanjske faktore. Ovaj se oblik primjenjuje kod pacijenata kod kojih spomenuti vanjski faktori (klinički perfekcionizam, manjak samopoštovanja te manjkavi međuljudski odnosi) igraju glavnu ulogu u održavanju poremećaja. Osim dva oblika poboljšane kognitivno bihevioralne terapije također postoje dvije razine identiteta. Ova se podjela bazira na indeksu tjelesne mase; prva grupa su pacijenti s indeksom iznad 17,5 dok druga ima vrijednosti indeksa manje od 17,5 što je generalno granična vrijednost za dijagnozu anoreksije nervoze. Za prvu grupu, terapija se sastoji od 20 sastanaka tijekom 20 tjedana i prikladna je za većinu odraslih ambulantnih pacijenata. Za drugu se grupu terapija sastoji do 40 sastanka tijekom 40 tjedana. Dodatni sastanci i terapije provode se kako bi se razradile tri dodatne značajke poremećaja; ograničena motivacija za promjenu, nedovoljna prehrana i manjak težine.

Prije početka same terapije, pacijenti prolaze proces evaluacije kako bi se utvrdilo njihovo stanje i odlučilo da li je ta terapija uopće prikladna za njih. Isto tako se u samom početku definiraju sve prepreke koje bi mogle umanjiti uspjeh terapije. Neke od kontraindikacija za primjenu poboljšane kognitivno-bihevioralne terapije su prisutnost kliničke depresije, zlouporaba supstanci ili neki veliki životni događaji koji bi mogli odvratiti od posvećenosti procesu liječenja. Terapija se sastoji od četiri faze. Prva je faza vrlo bitna jer određuje ton za ostatak procesa. Bitno je da pacijent počne s terapijom na uspješan način jer će postaviti dobre temelje koji će se provlačiti kroz ostale faze te povećati vjerojatnost da će i ostali zadaci biti provedeni uspješno. Prva faza se sastoji od osam sastanaka koji se provode dva puta tjedno kroz četiri tjedna. Postoje dvije stavke koje se moraju implementirati u prvoj fazi, to su kolaborativno tjedno vaganje i regularni ritam jedenja. Osim toga, postoji nekoliko ključnih događaja za prvu fazu, a to su; uključivanje pacijenta u terapiju, zajedničko stvaranje formulacije, samonadzor pacijenta nad vlastitim postupcima i mislima u trenutku kada se događaju, uspostavljanje suradljivog tjednog vaganja, pružanje edukacije, uspostavljanje regularnog jedenja te uključivanje partnera u proces liječenja. Uključivanje pacijenta vrlo je bitno, te je važno da se provodi na način da pacijent osjeti želju i nadu za promjenom. Zajedničko stvaranje formulacije odnosi se na suradnju između pacijenta i terapeuta u identificiranju problema i faktora koji pomažu održavanju poremećaja. To se radi kroz prikaz transdijagnostičke kognitivno-bihevioralne formacije.



Slika 1. Transdijagnostička kognitivno bihevioralna formacija

Pacijent ukaže na pojavu koju želi promijeniti i onda se na temelju gore prikazanog dijagrama cilja na određene točke djelovanja kako bi se postigao uspjeh u liječenju. Samonadzor koji se uspostavi u prvoj fazi, nastavlja imati ključnu ulogu kroz sve preostale faze terapije.

Bilježenje vlastitih postupaka i misli u trenutku stvarnog vremena omogućava razumijevanje problema i bilježenje napretka. Isto tako omogućava djelovanje na neke radnje koje su do tad za pacijenta bile automatske ili podsvjesne. Bitno je da terapeut s pacijentom tijekom svakog sastanka prolazi bilješke te diskutira nastale poteškoće. Tjedno vaganje je bitan korak u procesu ove terapije jer omogućava terapeutu uvid u napredak tog aspekta liječenja, te isto tako daje priliku razgovora s pacijentom o značenju dobivanja na težini koje bi oni ako se vaganje događa bez nadzora mogli krivo protumačiti. Nadovezujući se na to, bitna je edukacija o svakom aspektu liječenja i promjene jer su upravo te promjene teške za pacijenta koji ih je do sad u sklopu svoje bolesti gledao kao poražavajuće. Neke točke koje terapeut mora prolaziti s pacijentom su:

1. Značajke poremećaja prehrane te njihove fizičke i psihosocijalne učinke
2. Regulacija tjelesne težine, značenje tjelesne težine i indeksa tjelesne mase, normalne fluktuacije težine te značenje tih svih stavki za uspjeh liječenja
3. Prikaz laksativa te induciranog povraćanja kao neadekvatnog i neučinkovitog načina za održavanje tjelesne težine
4. Štetni učinci strogih režima prehrane koji zapravo potiču prejedanje

Uspostavljanje regularnog oblika jedenja bitan je dio liječenja za sve poremećaje hranjenja. Za svaki pojedini postoje razlike, međutim bitno je identificirati i ponašanja vezana uz pogrešne i štetne obrasce jedenja; primjerice koja su ponašanja okidač za prejedanje ili koja su način izbjegavanja i ne suočavanja s tim nagonima. Posljednji dio prve faze liječenja je uključivanje partnera kako bi se identificirao njihov utjecaj u samom poremećaju; pozitivan u vidu pomaganja pacijentu u procesu ili negativan u vidu primjerice konstantnog komentiranja fizičkog izgleda.

Druga faza je kratki prijelazni stadij u trajanju od dva sastanka tijekom dva tjedna, u kojem se nastavljaju postupci implementirani u prvoj fazi, bilježi napredak te kreće dizajn treće faze. Ako pacijenti dobro napreduju bitno ih je pohvaliti i potaknuti na daljnji rad, dok je kod lošijeg napretka bitno revidirati prvu fazu i sve eventualne prepreke. U ovoj se fazi također razmatra širi oblik ove terapije koji uključuje vanjske faktore.

Treća je faza najbitnija u tijeku cijele terapije. Traje osam tjedana i obrađuje glavne procese odgovorne za održavanje poremećaja prehrane odnosno pretjerane evaluacije vlastitog tijela. Postoje tri povezana problema vezana uz pretjeranu reevaluaciju; samoprocjena usredotočuje uspjeh na jedan segment života čineći sve ostale sekundarnim, uspjeh u toj domeni je nedostižan što dovodi do niskog samopouzdanja i samopoštovanja te takva samoprocjena dovodi do postupaka koji karakteriziraju poremećaj prehrane (npr. izgladnjivanje). Bitan

fokus u ovoj fazi liječenja je vraćanje važnosti drugim aspektima života te ostalim aktivnostima u pacijentovom životu što će rezultirati minimiziranjem važnosti samoprocjene. Drugi dio je rad na konstantnom gledanju odraza vlastitog tijela ili izbjegavanje bilo kakvog pogleda sebe. Pacijente koji stalno „pregledavaju“ vlastiti odraz treba poticati da te postupke također monitoriraju jer im ti postupci uz usredotočenost na sve fizičke „mane“ stvaraju osjećaj nezadovoljstva s vlastitim tijelom. S druge strane pacijente koji imaju problem s gledanjem vlastitog tijela, treba poticati na to, kao i na stvaranje osjećaja ugone u svojoj koži. Osjećaj debljine je nešto o čemu se također treba diskutirati s pacijentima jer oni taj osjećaj obično povezuju s drugim negativnim emocijama poput depresije, dosade, napuhnutosti, nevezano za njihov fizički izgled. U trećoj se fazi također obrađuju: podrijetlo samoprocjene odnosno vraćanje u prošlost kada se problem krenuo razvijati, strogi režim prehrane koji se nastoji promijeniti kroz razgovor s pacijentom odnosno razrađivanje strahova uz pojedine namirnice koji su uglavnom nepovezani sa stvarnošću te događaji vezani uz promjene u hranjenju odnosno rješavanje tih teškoća i problema na druge načine. U ovoj se fazi obrađuju spomenuti eksternalni faktori: klinički perfekcionizam, nisko samopoštovanje te teškoće u interpersonalnim odnosima.

Četvrta i posljednja faza liječenja, usredotočuje se na održavanje napretka i minimiziranje rizika za povratak bolesti. Kako bi postigli uspjeh na tom polju, pacijent i terapeut razvijaju personalizirani plan liječenja za nadolazećih nekoliko mjeseci. U minimaliziranju vjerojatnosti za relaps, bitno je pacijentima objasniti da će se pojavljivati povremene epizode teškoća. Na taj način neće ponovno postavljati nedostižne ciljeve te će moći prepoznati problem i krenuti aktivno raditi na njemu. (29)

ZAKLJUČAK

Razvoj adekvatnog kapaciteta mentalizacije kreće od samih početaka razvoja što prikazuje teorija privrženosti koju je definirao John Bowlby. Sam početak stvaranja stabilnih i sigurnih interpersonalnih odnosa putem procesa zrcaljenja, odnosno validacije i razumijevanja djetetovih emocija, dovodi to izgradnje stabilnog pojedinca sposobnog za procesiranje vlastitih i tuđih misli i postupaka. Tretman baziran na mentalizaciji pokazao se iznimno dobrim odabirom terapije u poremećajima ličnosti i poremećajima hranjenja. Kod graničnog poremećaja ličnosti, kao poremećaja oko kojeg se izgradila ova terapija, pokazali su se uspješni rezultati liječenja upravo tim tretmanom. Slabosti mentaliziranja u pacijenta s graničnim poremećajem ličnosti koji su se razvili kao rezultat traumi proživljenih u djetinjstvu odnosno manjkavo razvijene socijalne kognitivne sposobnosti točke su interesa terapije bazirane na mentalizaciji. Kao poremećaji ličnosti, poremećaji prehrane također imaju podlogu u nestabilnim interpersonalnim odnosima u ranom djetinjstvu te adolescenciji. Neadekvatno razvijena privrženosti rezultira neadekvatno razvijenom mentalizacijom koja je točka djelovanja terapije. Kratke psihoterapije i dalje su područje razvoja i istraživanja, međutim pokazale su se vrlo uspješnima u liječenju spomenutih poremećaja. Prikladnost ovih terapija jest što sve postojeće terapije mogu razviti svoju inačicu kratkih psihoterapija što terapeutima olakšava primjenu istih. Različite forme kratkih psihoterapije usredotočuju se na svoje polje interesa u patologiji spomenutih poremećaja te će daljnji razvoj ovih terapija omogućiti primjenu u još širem spektru psihijatrijskih bolesti.

ZAHVALE

Zahvaljujem svom mentoru prof.dr.sc. Darku Marčinku na srdačnoj i stručnoj pomoći te razumijevanju tijekom pisanja ovog diplomskog rada. Zahvaljujem svojoj obitelji; mami, tati i sestri. Hvala što ste mi bili najveća podrška tijekom cijelog života i sa mnom prolazili psihičke pripreme za svaki ispit. Zahvaljujem Antoniu na podršci, ljubavi, razumijevanju i nasmijavanju u razdobljima najvećeg stresa. Zahvaljujem i svojim prijateljima, posebno Emi i Karli, koje su mi razdoblje fakulteta učinili najljepšim godinama.

LITERATURA

1. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*. 2010 Feb;9(1):11–5.
2. Bateman A, Fonagy P. Introduction. U: Bateman A, Fonagy P(ur.) *Handbook of Mentalizing in mental health practice*: Washington DC: American Psychiatric Association; 2019.
3. Lüdemann J, Rabung S, Andreas S. Systematic Review on Mentalization as Key Factor in Psychotherapy. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jan;18(17):9161.
4. PsiHelp <https://www.psihelp.hr>
5. Bateman A, Fonagy P. Developmental origins of mentalizing and the impact of adversity. U: Bateman A, Fonagy P (ur.) *Handbook of mentalizing in mental health practice*: Washington DC: American Psychiatric Association; 2019.
6. Bateman A, Fonagy P. Multidimensional nature of mentalizing. U: Bateman A, Fonagy P (ur.) *Handbook of mentalizing in mental health practice*: Washington DC: American Psychiatric Association; 2019.
7. Marčinko D. Poremećaji hranjenja. U: Begić D, Jukić V, Medved V (ur.) *Psihijatrija*: Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
8. Marčinko D. Poremećaji ličnosti. U: Begić D, Jukić V, Medved V (ur.) *Psihijatrija*: Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
9. Lantz SE, Ray S. Freud Developmental Theory. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557526/>
10. Bateman A, Fonagy P. Borderline Personality Disorder. U: Bateman A, Fonagy P (ur.) *Handbook of mentalizing in mental health practice*: Washington DC: American Psychiatric Association; 2019.
11. Bateman A, Fonagy P. Mentalizing profile of BPD across the four dimensions of social cognition. U: Bateman A, Fonagy P (ur.) *Handbook of mentalizing in mental health practice*: Washington DC: American Psychiatric Association; 2019.
12. Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B. The social body. U: Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B (ur.) *Hunger; mentalization-based treatments for eating disorders*: Cham: Springer; 2019.
13. Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B. Eating disorders as clinical examples of impaired mentalizing. U: Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B (ur.) *Hunger; mentalization-based treatments for eating disorders*: Cham: Springer; 2019.
14. Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B. Eating disorders as impaired mentalizing. U: Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B (ur.) *Hunger; mentalization-based treatments for eating disorders*: Cham: Springer; 2019.

15. Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B. Eating disorders and psychic modes of reality. U: Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B (ur.) Hunger; mentalization-based treatments for eating disorders: Cham: Springer; 2019.
16. Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B. Eating disorders and psychic modes of reality; psychic equivalence. U: Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B (ur.) Hunger; mentalization-based treatments for eating disorders: Cham: Springer; 2019.
17. Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B. Eating disorders and psychic modes of reality; pretend mode. U: Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B (ur.) Hunger; mentalization-based treatments for eating disorders: Cham: Springer; 2019.
18. Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B. Eating disorders and psychic modes of reality; theological mode. U: Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B (ur.) Hunger; mentalization-based treatments for eating disorders: Cham: Springer; 2019.
19. Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B. Reconceptulizing Body Image Distortion. U: Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B (ur.) Hunger; mentalization-based treatments for eating disorders: Cham: Springer; 2019.
20. Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B. The art of meeting. U: Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B (ur.) Hunger; mentalization treatments for eating disorders: Cham: Springer; 2019
21. Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B. Curiosity, the not-knowing stance and transparency. U: Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B (ur.) Hunger; mentalization treatments for eating disorders: Cham: Springer; 2019.
22. Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B. Epistemic trust. U: Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B (ur.) Hunger; mentalization treatments for eating disorders: Cham: Springer; 2019.
23. Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B. Eating Disorders. U: Robinson P, Skarderud F, Smmerfeldt B (ur.) Hunger; mentalization treatments for eating disorders: Cham: American Psychiatric Association; 2019.
24. Thpanorama <https://hr.thpanorama.com/articles/trastornos-mentalespsicopatologa/qu-ques-la-psicoterapia-breve-y-cmo-funciona.html>
25. Abbass A, Town J, Driessen E object. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: A Systematic Review and Meta-analysis of Outcome Research. https://core.ac.uk/reader/15474853?utm_source=linkout
26. What is Cognitive Behavioral Therapy? <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral>
27. Winston A, Laikin M, Pollack J, Walner Samstag L, McCullough L, Muran Christopher J. Short-term pshychotherapy of personality disorders. Am Psychiatr Publ. 1994 Dec;151(2):190–4.

28. Fairburn Christopher G. Interpersonal psychotherapy for eating disorders. U: Fairburn Christopher G, Brownell Kelly D (ur.) Eating disorders and obesity: New York: The Guilford Press; 2002.
29. Murphy R, Straebler S, Cooper Z, Fairburn CG. Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. Psychiatr Clin North Am. 2010 Sep 1;33(3):611–27.

ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime: Kiara Turković

Datum rođenja: 14.05.1999.

Mjesto rođenja: Zagreb, Republika Hrvatska

OBRAZOVANJE

Osnovna škola Antun Gustav Matoš, Zagreb (2005.-2013.)

XV gimnazija IB program, Zagreb (2013.-2017.)

Glazbeno Učilište Elly Bašić, Zagreb (2006.-2012.)

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu (od 2017.)

POSEBNA ZNANJA I VJEŠTINE

Strani jezici: aktivno služenje engleskim

Sport: vrhunska sportašica I kategorije Hrvatskog Olimpijskog Odbora – osvajačica više zlatnih medalja sa svjetskih prvenstava u nanbudo sportu