

Uloga srama i krivnje u kontekstu psihodinamskog razumijevanja histerije i psihosomatskih reakcija

Turudić, Karla

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:105:910621>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-31**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Karla Turudić

**Uloga srama i krivnje u kontekstu psihodinamskog
razumijevanja histerije i psihosomatskih reakcija**

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 KORIŠTENIH U RADU

ACC – Prednji cingulatni korteks (engl. *anterior cingulate cortex*)

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

ESS – Skala iskustva srama (*Experience of Shame Scale*)

GPL – Granični poremećaj ličnosti

HPL – Histrionski poremećaj ličnosti

ISS – Internalizirana skala srama (*Internalized Shame Scale*)

MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti

NPL – Narcistični poremećaj ličnosti

PTSP – Posttraumatski stresni poremećaj

TOSCA – Test samosvjesnosti afekta (*Test of Self-Conscious Affect*)

SADRŽAJ

SAŽETAK

SUMMARY

1. UVOD – O SRAMU I KRIVNJI.....	1
2. RAZVOJ SRAMA	3
3. DVA LICA SRAMA.....	5
4. SRAM I SEKSUALNOST.....	7
5. SRAM I SUICIDALNOST.....	9
6. PATOLOŠKI JE SRAM NALIČJE PATOLOŠKOG NARCIZMA.....	12
7. HISTERIJA I NJENI NASLJEDNICI.....	14
7.1. Histerija i povijest histerije	14
7.2. Disocijativni i somatoformni poremećaji.....	15
7.3. Poremećaji ličnosti povezani s histerijom.....	17
8. SRAM KOD HISTERIJE, NJENIH NASLJEDNIKA I SOMATIZACIJE.....	19
9. POZITIVNA STRANA SRAMA.....	23
10. TERAPIJSKI PRISTUP SRAMU.....	25
ZAKLJUČAK	28
ZAHVALE.....	29
LITERATURA.....	30
ŽIVOTOPIS.....	35

SAŽETAK

Naslov: Uloga srama i krivnje u kontekstu psihodinamskog razumijevanja histerije i psihosomatskih reakcija

Autor: Karla Turudić

Sram je složeni afekt karakterističan za čovjeka koji nastaje kada osoba osjeća da njeni postupci ili ona sama nisu u skladu s društvenim normama, moralnim uvjerenjima ili unutarnjim idealima. On spada među najbolnije emocije koje je čovjek sposoban osjetiti. Krivnja i sram se često spominju u istom kontekstu, međutim oni su različiti afekti. S jedne strane imamo krivnju koja nastaje kao odgovor na određeno ponašanje za koje osoba smatra da je pogrešno te ga nastoji ispraviti. S druge strane nalazi se sram koji je rezultat smatranja sebe samoga neadekvatnim i lošim. On je bolniji od krivnje i teže se rješava. Uzrok tome je cjelovitost *selfa* kod krivnje, odnosno njegova disociranost kod srama. Sram sa sobom nosi osjećaje inferiornosti, nesposobnosti, manjkavosti i nedostojnosti za ljubav i suosjećanje. Radi svoje bolne prirode i tendencije skrivanja lako ga je previdjeti pa je zato bitno znati da njegovi utjecaji mogu biti razdorni. Sklonost opisanom afektu razvija se u najranijoj dobi, a korijen problema pronalazimo u neadekvatnom razvoju *selfa*. Dijete čije potrebe u dijadnom odnosu s primarnim roditeljem nisu zadovoljene postaje podložnije intenzivnom osjećaju srama. Kroz sljedećih nekoliko godina, (ne)razrješavanjem Edipova kompleksa i formiranjem *ego* ideala, kapacitet za sram se produbljuje. Iako ponekad svjestan te vidljiv okolini, najčešće se u psihijatriji radi o skrivenom afektu koji osobu uništava iznutra. Njegovi dosezi su veliki pa tako ima svoj utjecaj na gotovo sve aspekte čovjekova života uključujući njegove interpersonalne odnose i njegov odnos prema samom sebi. Sram doprinosi razvoju raznih psihičkih teškoća i poremećaja ličnosti, a ponajviše je istražena njegova uloga u razvoju narcističnog te graničnog poremećaja ličnosti. Ključ liječenja srama i sramom uzrokovanih stanja je u pružanju empatije s ciljem da osoba počne prihvaćati i voljeti samu sebe.

Ključne riječi: sram, krivnja, emocije, *self*, narcizam, granični poremećaj ličnosti, histerija, psihosomatika

SUMMARY

Title: The Role of Shame and Guilt in the Context of Psychodynamic Understanding of Hysteria and Psychosomatic Reactions

Author: Karla Turudić

Shame is a complex affect, characteristic of humans, that arises when a person feels that their actions or themselves are not in accordance with social norms, moral beliefs or inner ideals. It is one of the most painful emotions that we are capable of feeling. Guilt and shame are often mentioned in the same context, but they are different affects. On the one hand, we have guilt, which arises as a response to a certain behavior that a person considers to be erroneous and tries to correct. On the other hand, there is shame, which is the result of considering oneself inadequate and bad. It is more painful and more difficult to resolve than guilt. The cause of that is the integrity of the self in guilt and its dissociation in shame. Shame carries feelings of inferiority, incompetence, deficiency, and unworthiness of love and compassion. Because of its agonizing nature and tendency to hide, it is easy to be overlooked, so it is important to know that its effects can be devastating. The tendency to feel shame develops at an early age, and the root of the problem is found in inadequate development of the self. A child whose needs are not met in the dyadic relationship with the primary parent becomes more susceptible to intense feelings of shame. Over the next few years, through the resolution of the Oedipus complex and the formation of the ego-ideal, the capacity for shame deepens. Although it can sometimes be conscious and visible, in psychiatry it is most often a hidden affect that destroys a person from the inside. Its reach is great and it influences almost every aspect of a person's life, including his interpersonal relationships and their relationship with themselves. Shame contributes to the development of various psychological difficulties and personality disorders. The role of shame has mainly been investigated in the development of narcissistic and borderline personality disorders. The key to treating shame and shame-related conditions is to provide empathy so that the person can begin to accept and love themselves.

Key words: shame, guilt, emotions, self, narcissism, borderline personality disorder, hysteria, psychosomatics

1. UVOD – O SRAMU I KRIVNJI

Sram je snažna, složena i vrlo neugodna emocija do čijeg doživljaja dolazi kada osoba smatra da je postupila protivno standardu kojeg ona i njeno društvo smatra moralnim ili ga nije ni sposobna dostići. Emocija uključuje preplavljajući osjećaj neuspjeha, nedostatnosti i nedostojnosti, a očituje se pesimizmom, internaliziranim strahom, tugom i beznađem koji se eksternaliziraju opozitnim reakcijama - agresivnošću ili potpunim zatvaranjem i povlačenjem u sebe (1). Radi averzivne prirode iskustva srama osoba izbjegava njegovo ponovno proživljavanje i nastoji se zadržati unutar društvenih normi, a to joj osigurava pripadnost. Upravo iz ovoga razloga sramu se katkad pripisuje obrambena uloga ili slikovitim opisom, uloga zaštitara na vratima sigurnoga kruga koji označava socijalnu zajednicu.

Za nastajanje primarnih emocija potreban je *self* koji doživljava neko stanje njegovim iskustvom dok je za nastajanje sekundarnih emocija potrebno da *self* producira stanje te ga onda i doživi. Da bi osoba doživjela sram njen *self* mora moći usporediti svoje postupke sa standardom društva te ocijeniti jesu li oni bili adekvatni te, ako nisu, moći reagirati stvaranjem srama koji onda osoba može, ali i ne mora, doživjeti (2). Primjeri su primarnih emocija sreća i tuga, a primjeri sekundarnih upravo su sram i krivnja.

Kod srama pojedinac odbacuje dio svoga *selfa* za koji smatra da je neadekvatan i ne želi ga prihvatiti. Pojedinac zbog ovog dijela *selfa* negativno procjenjuje svoj cijeli *self* te stvara negativnu sliku sebe. Osjeća potrebu za skrivanjem, kako ne bi bio osuđivan i izopćen te posljedično dolazi do rascijepa na „pravi“ i „lažni *self*“. Pojedinac konstruira lažni *self* kako bi prekrivio svoj pravi koji zatomi. Osim okolini on ga pokušava sakriti i od samoga sebe te ga premjestiti u nesvjesni dio ličnosti (3).

Krivnja i sram su negativne emocije do kojih često dolazi u naizgled sličnim situacijama pa se u svakodnevnom govoru ponekad ova dva pojma upotrebljavaju kao istoznačnice. Međutim, oni to nisu što dokazuju i brojne rasprave različitih psihijatara koji su se bavili upravo utjecajem ovih psihijatrijskih fenomena na čovjeka. Dok je kod srama pojedinac koji ga osjeća ujedno i subjekt i objekt, kod krivnje je objekt njegovo određeno ponašanje. Krivnja je manje bolna emocija od srama, upravo zbog *selfa* koji kod krivnje ostaje integriran, a u pitanje se umjesto njega dovodi neko specifično ponašanje pojedinca. Ona je lokalnija od srama koji može posve preuzeti osobu (1). Thrane je usporedio ove dvije emocije s rečenicama koje su jednake samo je u njima naglašena različita riječ. Tako afektu krivnje odgovara rečenica „Kako sam ja TO mogao učiniti.“, dok za sram veže rečenicu „Kako sam JA to mogao učiniti.“ (4). Reakcija na krivnju je aktivna, na primjer želja za ispravljanjem postupaka, priznanje, isprika, dok sram često rezultira tek pasivnim povlačenjem u sebe.

Sigmund Freud u svojem je djelu iz 1914. „O narcizmu“ uveo koncept *ego* ideala koji predstavlja ideal sebe, odnosno kakva bi osoba htjela biti, a formira se u djetinjstvu po roditeljskim figurama. Ovaj koncept uvelike je povezan sa sramom te je bio prozor u razrješavanje problema koji pretjerani osjećaj srama nosi sa sobom. Međutim, Freud se kasnije više okreće u smjeru istraživanja superega, Edipovog konflikta i krivnje kao odgovora na isti te neuroze kao posljedice. Pod utjecajem Freuda krivnji je dana centralna uloga disforičnog afekta, a sram u tome momentu ostaje nešto zanemareniji (5). Piers za krivnju kaže da je aktivnost prijestupa protiv barijere *superega* što dovodi do straha od uništenja i kastracije, dok sram objašnjava napetošću zbog neuspjeha *ega* da dostigne cilj *ego* ideala što dovodi do straha od odbacivanja. Piers također uvodi koncept ciklusa krivnja-sram koji opisuje stalnu interakciju i izmjenjivanje između dva afekta. Impuls agresivnoga i libidnoga *ida* dovodi do krivnje koja onda vodi u pasivnost i sram, oni uzrokuju prekomjernu kompenzaciju i ponovni reaktivni impuls koji opet vodi u krivnju (6). Wurmser govori o brzjoj oscilaciji između dva afekta koji odražavaju akciju, odnosno njenu inhibiciju (7).

U novije doba sram dobiva sve važniju ulogu u usporedbi s krivnjom moguće upravo zbog konstruktivne disforije koja dolazi s krivnjom, a disfunkcionalne i nekonstruktivne prirode disforije povezane sa sramom. Psihoanalitičari, praktičari i teoretičari pripisuju sramu jednu od temeljnih uloga u razvoj šireg spektra psihičkih poremećaja od poremećaja hranjenja, depresije, psihosomatskih poremećaja do poremećaja ličnosti.

2. RAZVOJ SRAMA

Za bolje razumijevanje srama i efikasniji psihoanalitički pristup pacijentu s ličnosti podložnom prekomjernom osjećanju srama potrebno je razumijevanje njega razvoja i korijena u ranom djetinjstvu. Sram djetetu nije prirodna emocija, već se kapacitet za sram razvija. Uvjet za nastanak srama je sposobnost diferenciranja *selfa* i objekta te internalizacija *ego* ideala (8).

Kohut govori o ulozi emocionalne dostupnosti djetetu bliskih odraslih osoba na razvoj kohezivnog i zdravog *selfa* procesima zrcaljenja, idealizacije, povezivanja i optimalne frustracije (9). U dojenačkom razdoblju dijete se nalazi u dijadnom odnosu sa svojim ranim njegovateljem, najčešće majkom, i od nje očekuje odgovor u obliku pružanja ljubavi i pažnje. Ako njen odgovor na djetetove potrebe nije adekvatan dijete se osjeća loše, a ako se ustali dijete je podložnije intenzivnijem osjećaju srama. Nakon 1. godine života, između 12. i 18. mjeseca, dijete počinje razlikovati sebe i majku. U ovom periodu dijete postaje svjesno sebe pa počinju uspoređivanja i natjecanja koja imaju važnu ulogu. Ako umjesto osjećaja autonomije prevladaju negativni osjećaji izolacije i inferiornosti, osjećaj srama se pojačava. Dijete traži utjehu i snagu od idealiziranog roditelja, ovdje češće oca. Oko 4. godine dolazi do postupnog oblikovanja idealnog *selfa*. Ova idealizirana slika sebe nastaje ponajprije internalizacijom vrijednosti i očekivanja roditelja.

Uz roditelje utjecaj imaju odrasli i vršnjaci iz djetetove okoline koji hvale određene karakteristike i ponašanja, a kritiziraju ili čak kažnjavaju druga. Formiranjem idealnog *selfa* počinje i uspoređivanje između idealnog i realnog *selfa*, što može dovesti do osjećaja nesposobnosti, bezvrijednosti i srama (10).

Prema Freudovoj psihoanalitičkoj teoriji razvoja ljudi se razvijaju kroz pet psihoseksualnih stadija: oralni, analni, falusni, latentni i genitalni. Ova teorija predlaže da su rani odnosi s roditeljima i seksualnošću ključni za formiranje osobnosti. Razvoj srama događa se u analnoj fazi koja traje od 18. mjeseca do 3. godine života u kojoj je primarni fokus libida na kontroli mjehura i crijeva. Ako roditelji kažnjavaju ili ismijavaju dijete kod neuspjeha pri kontroliranju sfinktera, dolazi do jačanja srama. Freud smješta razvoj krivnje u nešto kasniju faličnu fazu u kojoj objašnjava i Edipov kompleks kao važan čimbenik u njenom razvoju (11).

Zbog ovih razloga važno je da roditelji znaju koliku ulogu njihovo ponašanje te metode odgoja imaju na razvoj djetetove ličnosti. Odgoj utemeljen na metodama izazivanja srama i krivnje u djeteta može ostaviti negativne tragove na kasniji razvoj. Također, osjetljivost na sram, ali u novije vrijeme i besramnost, prenose se s roditelja na dijete. U nekim kulturama odgoj se više oslanja na izazivanje srama, na primjer u japanskoj kulturi i Islamu (8). Česta je

upotreba ova dva afekta u odgoju povezanim s regulacijom seksualnosti (više u poglavlju Sram i seksualnost).

3. DVA LICA SRAMA

Sram je dvojna emocija. Postoji normalni, pozitivni sram koji pomaže funkcioniranju pojedinca, ali i patološki sram koji može u potpunosti paralizirati njegovo funkcioniranje. Ovaj „dobri“ sram blažeg je intenziteta i nije potpuno prevladavajući afekt za razliku od patološkog koji je snažniji, preplavljujući, bolan i destruktivan. Sram nastaje kao odgovor čovjeka na neku situaciju, događaj ili razmišljanje koji su akutni i povezani s trenutačnom situacijom u životu osobe, ili može biti trajan, neprovociran, uzrokovan ličnošću osobe koja je sklona sramu poslijedično razvoja njenoga *selfa*. Akutni sram je intenzivna, ali trenutačna reakcija kratkoga vijeka. Često ima upozoravajuću ulogu i nosi sa sobom poruku na određeno zbivanje. Kronični sram pak predstavlja dugotrajno i sveobuhvatno emocionalno stanje koje je ukorijenjeno u pojedincu. On sa sobom nosi duboko usađeno vjerovanje o neadekvatnosti i nedostojnosti za ljubav i sreću. Za razliku od akutnog srama, kronični sram zahtijeva terapijsku intervenciju.

Sram možemo podijeliti i na otvoreni i skriveni. Otvoreni sram najčešće nastaje kao akutni odgovor na određeni provocirajući čimbenik. On ima svoje vidljive, fizičke manifestacije prema kojima se može prepoznati. Kao dobar i pamtljiv primjer ove fizičke reakcije možemo si zamisliti ili se prisjetiti nekoga lika iz crtića čiji su kreatori htjeli pokazati da se lik srami. Naglo mu se zarumene obrašćići, pogled se spušta prema podu, glava se također nagnje, zauzima pognuti stav sa spuštanjem ramena, skuplja se, kao da želi propasti u zemlju, šuti ili stišava glas. Ova, naravno preuveličana, slika može nam pomoći u predočavanju čovjeka koji se srami. Opisanu fizičku manifestaciju može prepoznati okolina, ali i pojedinac sam, a posebno je korisna terapeutu u uočavanju do tada nespomenutoga srama i njegovu razrješavanju. Općenito je otvoreni sram manje opasan jer je češće akutan, površan ili barem dostupniji rješavanju. Međutim, postoji sram koji je ekstremno snažna i bolna unutarnja emocija s kojom se naša svijest ne može nositi, već ga pokušava zatomiti. Ovaj ljudski fenomen možemo nazvati skrivenim sramom. Lansky u svojem radu iz 2005. godine nazvanom upravo „*Hidden shame*“ analizira ovu vrstu srama i njegovu psihodinamiku. Govori kako je on podloga za razne vidljive patologije u čovjeka i o neuspjehu liječenja onoga srama koji ostane skriven pacijentu i terapeutu (12). Skriveni je sram za pacijenta nepodnošljivi sram koji sa sobom nosi i strah od odbijanja i ostavljanja. U obrani od tuđeg i vlastitog prepoznavanja osobe s takvim oblikom srama ispoljavaju bijes, prijezir, zavist i grandioznost. Za njegovo liječenje moramo proučavati svjesne, eksternalizirane osjećaje i tragati za znakovima unutarnjeg iskustva srama. Kroz te prozore u unutrašnje i nesvjesno terapeut im se treba s razumijevanjem i prihvaćanjem te nježno približavati. Kada pacijent postupno

počne shvaćati da je njegov sram bitan, a da ga terapeut tolerira, on ga lagano otkriva i može se početi poistovjećivati s terapeutovim prihvaćanjem srama i dijelom *selfa* koji je za njega zaslužan. Tijekom ovog procesa sram može prijeći u otvoreni, odnosno podnošljiv. Sram koji pređe iz nesvjesnog u svjesni može se proučavati i tretirati (10). Za razliku od njega krivnja puno rjeđe ostaje duboko skrivena u čovjeku. Tipično se nalazi u svjesnom dijelu psihičkog aparata, potiče na djelovanje i kratkotrajnija je.

4. SRAM I SEKSUALNOST

Seksualnost je složena i višedimenzionalna ljudska karakteristika koja uključuje fizičke, emocionalne, psihološke i socijalne aspekte. Obuhvaća različite elemente poput seksualnog identiteta, spola, seksualne orijentacije, ali i želja i fantazija. Seksualnost se može izraziti različitim oblicima uključujući ponašanje, komunikaciju i razmišljanja.

Sram i seksualnost duboko su povezani. Hastings tvrdi da je sram više povezan upravo sa seksualnošću nego s bilo kojom drugom komponentom ili emocijom čovjeka (13). Njihov odnos može se sagledati iz oba smjera pa tako seksualnost već kao tema, pod utjecajem društva, kulture i religije, često izaziva sram, no ne treba ni zanemariti utjecaj srama na doživljaj, izražavanje i razvoj seksualnosti.

Sigmund Freud veliku je važnost u razvoju srama i krivnje pripisao upravo seksualnosti. On uvodi pojam Edipova kompleksa kao fenomena u razvoju dječaka u kojem dijete pod utjecajem libida podsvjesno počinje razvijati seksualnu privlačnost prema svojoj majci, a kao posljedicu zavist prema ocu. Dječak proživljava strah od kastracije, a da bi se nosio s njim identificira se s ocem, što uz internalizaciju ima veliki utjecaj na razvoj njegova superega kao moralnog autoriteta koji potiskuje nagone. Upravo s razvojem *superega* dolazi do razvoja krivnje koju dijete osjeća zbog svojih seksualnih želja prema majci. U djetetu se pojavljuje i sram u odnosu *selfa* s objektom koji ne uzvraća seksualne želje, a koje dodatno društveno nisu prihvatljive (14). Postoji i pojam Elektrina kompleksa koji je opisao Jung, a predstavlja ekvivalent ovog fenomena kod djevojčica; međutim, često se radi lakšeg razumijevanja koristi samo pojam Edipova kompleksa misleći i na djevojčice i dječake. Ako ne dođe do adekvatnog razrješenja Edipova kompleksa seksualnost se „zamrzava“ i ostaje infantilna, oboljeli nikada ne doseže seksualnu zrelost i ne može imati normalni seksualni život kao što je slučaj u konverzivnoj neurozi. Objekti nisu napušteni, kako bi njegovi predstavnici bili introjicirani u *superego*, kao nasljedniku Edipova kompleksa, već ostaju trajno nesvjesno aktivni zajedno s infantilnim seksualnim aspektom *selfa*.

Još prije faze u kojoj se javlja Edipov kompleks sram može imati veliki utjecaj na patološki razvoj seksualnosti. Za vrijeme dijadnog odnosa djeteta i majke važno je da se majka ne srami svoje genitalne seksualnosti i da ju prihvaća kod sebe i djeteta. Ako osjeća nesvjesni i svjesni sram vezan uz svoju seksualnost, ona ga prenosi na dijete, a zbog isključenja seksualnosti dijete internalizira aseksualni aspekt *selfa*. Dolazi do narcistične povrede, osjećaja manje vrijednosti i osjetljivosti na sram (15).

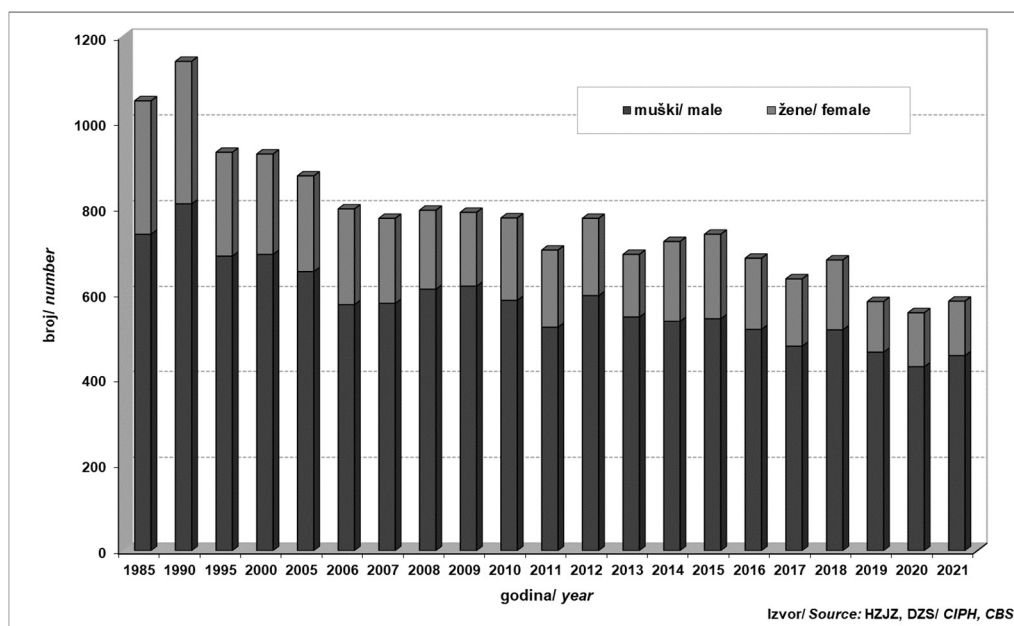
Društvena očekivanja, kulturne norme i religija mogu doprinijeti razvoju srama povezanog sa seksualnosti. Pojedinaac se pod njihovim utjecajem može sramiti svoje seksualne orijentacije, želja ili bilo kojeg drugog elementa svoje seksualnosti. Pošto se seksualnost ne može u potpunosti ukloniti iz identiteta, osoba je zbog srama može samo pokušati sakriti, što odgovara opisanom slučaju pravog i lažnog *selfa*. Ako pravi *self* nije prihvaćen ili ga okolina odbacuje, u ovom slučaju seksualni aspekt *selfa*, osoba ga zbog bolne količine srama pokušava sakriti. Problem je i tendencija širenja srama pa često osoba i za druge elemente svoga identiteta smatra da su neodgovarajući te i njih zamjenjuje lažnim *selfom*. Ovime se ipak ne uspijevaju riješiti problemi pojedinca, naprotiv, dominacija lažnog *selfa* ima negativan utjecaj na psihu i može doprinijeti razvoju raznih patologija, uključujući i nastanak psihosomatskih manifestacija. Još jedan primjer problema povezanog s lažnim *selfom* jest i kompulzivno laganje. Laganje postaje osnovna vrsta komunikacije kako s drugima, tako i sa samim sobom (3).

Možemo povezati Mellerov zastoj tipa III sa sramom i seksualnošću. Ljudi prirodno doživljavaju niz emocija nesvjesno, uključujući seksualno uzbuđenje. Nekada se te emocije susreću s porukama izvana u interakciji s drugima. Pojedinaac onda uparuje osjećaj uzbuđenja s osjećajem srama koji zapamti kao odgovor na uzbuđenje. U budućim odnosima guši uzbuđenje u strahu od srama pa nastaje začarani krug (16).

Seksualni sram inhibira izražavanje ljubavi kroz seksualnu aktivnost i remeti zdravo seksualno funkcioniranje. Sram je u podlozi većine kliničkih seksualnih simptoma (Hastings, 1998.). Povezuje se sa smanjenjem seksualnih želja, smanjenim zadovoljstvom, seksualnim disfunkcijama i problemima u komunikaciji s partnerom. Upravo zbog dubine i kompleksnosti ovoga problema potrebno je njegovo razumijevanje i liječenje.

5. SRAM I SUICIDALNOST

Samoubojstva su veliki javnozdravstveni problem. Godine 2021. u Hrvatskoj su počinjena 583 samoubojstva, odnosno stopa samoubojstva iznosila je 15,1 na 100 000 stanovnika. Iako se od 1999. godine u Hrvatskoj bilježi pad stope samoubojstava, uz određene oscilacije kroz godine, Hrvatska i dalje ima višu stopu suicida od prosjeka stopa za zemlje članice Europske Unije (slika 1.). Najveći broj samoubojstava događa se unutar dobne skupine 65+ te su češća kod muškaraca (17).



Slika 1. Broj samoubojstava u Hrvatskoj od 1985. do 2021. godine. Autor: HZJZ, 2022., preuzeto iz (17).

Brojne su teorije koje sugeriraju da su averzivna emocionalna stanja važan proces koji potiče samoozljeđivanje i samoubojstva. Sram i krivnja mogu u ovom slučaju biti osobito važni afekti. Povezanost između srama i samoubojstva seže još u daleku prošlost. U japanskom društvu 12. stoljeća bio je populariziran čin pod imenom *seppuku*, poznat i kao *harakiri*. Za vrijeme tog vrlo ritualiziranog čina samurajski ratnici, koji su bili suočeni s velikom sramotom, počinili bi samoubojstvo rasijecanjem vlastitih abdomena. Međutim, i dan danas, često ovi afekti prođu neopaženo i bivaju zanemareni, a pažnja je usmjerena na eksplozivne emocije i emocionalne ispade. Dok se kod ovakvih emocija eksplozija događa na van, sram uzrokuje nakupljanje negativne energije u sustavu i posljedičnu fragmentaciju (eksploziju) *selfa*.

Povratno osoba može reagirati bijesom ili depresijom, ali oni su u tome slučaju sekundarni u odnosu na sram, a služe kao obrambeni mehanizmi za zaobilaženje srama koji je još bolniji. Sram se može dijagnosticirati kao depresija, anksioznost ili granični poremećaj ličnosti koji se često navode kao uzroci samoubojstva, a zanemaruje se njegova ključna uloga u razvoju ovih mentalnih poremećaja. Samoubojstvo postaje manifestacija fantazije, gdje uništavanje negativne slike o sebi predstavlja krajnji način da se izbriše loši dio *selfa*. Suicid ponekad može biti samo metoda fizičkog ubijanja onoga što je iznutra već doživljeno kao mrtvo. Kada ideja smrti postane prihvatljivija od prividne stvarnosti beskrajne patnje dolazi do želje za bijegom od sebe što se ostvaruje samoubojstvom (18).

Razni su načini na koje sram može doprinijeti suicidalnom ponašanju. Oduzimanje vlastitoga života najčešće predstavlja bijeg od snažne psihičke ili fizičke boli. Izrazita emocionalna patnja koju uzrokuje sram te osjećaj bezvrijednosti odgovara velikoj količini intrapsihičke patnje. Također, ljudi koje prožima jaki osjećaj srama često se izoliraju iz društva ne bi li svoje manjkavosti sakrili, a izolacija povratno povećava rizik od samoubojstva. Osim toga sram utječe na traženje pomoći, a ponekad i na razmišljanje da pomoć i podršku i ne zaslužuju.

Na prvi pogled osobe s narcističnim poremećajem ličnosti čine se previše sebeljubne da bi sebi našle, a njihove prijetnje samoozljeđivanjem mogu se protumačiti manipulacijom i željom za bivanjem u centru pažnje. Usprkos tome osobe s ovim poremećajem ličnosti većeg su rizika za počinjenje samoubojstva od zdravih pojedinaca. Iako je kod narcizma izražena grandioznost ne smijemo zaboraviti postojanje narcističke vulnerabilnosti. U suvremenoj konceptualizaciji narcizma sram se smatra ključnim elementom narcističke vulnerabilnosti, a perfekcionizam i grandiozne ideje odgovaraju samo obrani od srama. Kada dođe do narcističke povrede, narcistička vulnerabilnost može potencirati suicidalnost pomoću srama i uništavanja grandioznog doživljaja sebe (19). Ovo bi odgovaralo narodnoj poslovice „tko visoko leti nisko pada“. Istraživački tim s prof. dr. sc. Darkom Marčinkom na čelu proveo je studiju na Klinici za psihijatriju i psihološku medicinu Kliničkog bolničkog centra Zagreb čiji je cilj bio dokazati ulogu iskustva srama pacijenata s vulnerabilnim karakteristikama narcizma i povećanje rizika od suicida. Ova studija pokazala je da su pacijenti s izraženim osobinama narcističke vulnerabilnosti skloniji razmišljati o suicidu upravo zbog pojačanog osjećaja srama povezanog s vlastitim karakterom ili izgledom (19). Osobe s graničnim poremećajem ličnosti posebno su sklone samoozljeđivanju i suicidalnom ponašanju.

Sram i krivnju ne bi trebalo izjednačavati ni pred problemom suicidalnosti. Kod krivnje je fokus na specifičnom ponašanju, koje se često može popraviti, a problem nije u defektnom *selfu*. Ona je neugodna, ali nije prevladavajuća i paralizirajuća. Sram je s druge strane

mnogo bolniji jer se bolno preispituje cijeli *self*, a ne samo ponašanje. Upravo zbog toga sram će češće izazvati želju za nestajanjem (20). Lansky smatra da postoji tendencija krivnji pripisivati više povezanosti s ličnošću suicidalnog pacijenta nego što je opravdano, a da osuđivanje sebe, slabi *ego* i neuspjeh u izvršavanju generativne uloge izazivaju sram povezan sa suicidalnošću (21).

U kontekstu suicidalnosti posebno je opasan kronični sram. Takav je sram dugotrajan i konstantan, a osoba osjeća da nikada neće biti dovoljno dobra u odnosu na druge. Zbog kompleksnosti i dubine problema potrebna je intenzivna terapija koja se sastoji i od rada na samoprihvatanju i samopoštovanju jer osobu od samoubojstva štiti ljubav prema sebi, a kada sram prevlada ta ljubav nestaje (18).

6. PATOLOŠKI JE SRAM NALIČJE PATOLOŠKOG NARCIZMA

Riječ narcizam izvedena je iz imena grčke mitološke figure Narcisa. Narcis je bio prekrasan sin boga i nimfe koji se zaljubio u vlastiti odraz u rijeci od kojega nije mogao odvojiti pogled, a zbog čega je na kraju i propao. Izraz narcisoidnost često se koristi u svakodnevnom razgovoru kako bi se opisale osobe koje su zaokupljene same sobom ili postupci koji su bili sebični. U kontekstu toga svi smo ponekad narcisoidni. Psihoanalitičar Federn prvi koristi pojam zdravog narcizma kojim označava ljubav prema sebi. On predstavlja samopouzdanje, objektivno sagledavanje vlastitih sposobnosti i talenata, ali i ograničenja. Kod njega grandiozne fantazije služe kao motivacija, a narcizam osobi daje sposobnost da se natječe i brani. Zdravi je narcizam pozitivno ulaganje u normalno funkcioniranje *selfa*. Problem nastaje kada on nestane ili postane ekstreman i time patološki (22).

Sigmund Freud u svojoj knjizi „O narcizmu“ objašnjava pojam primarnog narcizma koji označava normalni, razvojni period u najranijem djetinjstvu, u kojem dijete svoju psihičku energiju, libido, usmjerava samo prema sebi i zadovoljenju vlastitih potreba. Dijete bira sebe kao objekt ljubavi. S vremenom *ego* postaje pretrpan libidnom energijom i počinje tražiti vanjske objekte na koje preusmjerava svoju energiju. Ako se ova energija kasnije u životu usmjerava ponovno prema sebi, dolazi do razvoja sekundarnog narcizma. Iako je Freud na neki način zapostavio važnost srama u korist krivnje, u ovoj knjizi uvodi pojam bitan za sram i narcizam, a to je *ego ideal* (23). Freud *ego ideal* promatra kao pokušaj da se ponovno uhvati izgubljeni narcizam djetinjstva. *Ego ideal* struktura je koja sadrži internalizacije, identifikacije i kreacije vodećih ideala pojedinca pod utjecajem okoline, a neuspjeh u postizanju ovih ideala primarni je uzrok srama (24).

Brojni autori i njihova djela nude različite poglede na odnos narcizma i srama. Piers u svojem psihoanalitičkom eseju o sramu navodi da patološka stanja s grandioznim perfekcionističkim idealima stavljaju *ego* u poziciju nepodnošljive napetosti. Lewis kaže da je sram narcistična reakcija izazvana propustom *ego* ideala. Kada se govori o narcizmu važno je spomenuti i Kohuta koji je svojim radovima donio veliki doprinos u njegovom razumijevanju (24). Prema Kohutovom modelu razvoja *selfa* narcistička psihopatologija rezultat je roditeljskog nedostatka empatije tijekom razvoja, posljedično čemu pojedinac ne razvija sposobnost zdravog reguliranja samopoštovanja. Narcisoidna odrasla osoba ide iz ekstrema precjenjivanja sebe u ekstrema iracionalnih osjećaja manje vrijednosti, te se oslanja na druge da joj daju osjećaj samopoštovanja (25).

Narcistični bolesnici imaju disocirani *self*. Oni svoju ličnost grade na temelju lažnog grandioznog *selfa*, koji je njihova psihička tvorevina. To je krhka struktura za čiju su zaštitu od

realnosti potrebni konstantni napori ega i masovne obrane. Ovo zahtijeva velike napore, crpi energiju i okupira osobu. Kako se identitet temelji na iluziji, tako teški udari realnosti sa sobom nose posljedice. Narcistični bolesnik svoja postignuća mjeri s obzirom na grandiozni *self* koji je savršen, a kao rezultat toga ništa mu nije dovoljno dobro. Savršenstvo kojemu teži ne može biti realizirano. Uspoređivanjem svoga realnoga *selfa* s idealiziranim grandioznim dolazi do narcistične povrede te osjećaja intenzivnog srama. Što je veći nesrazmjer između doživljaja sebe i realnog *selfa* to je sram jači, a upravo ovaj disparitet karakterističan je za narcizam. Sram je podloga za razvoj raznih kompleksnih afekata i afektivnih stanja poput bijesa, zavisti, umišljenosti, očaja, beznađa i drugih, a svi oni su samo fasada narcističnog pacijenta. Ti afekti svojom dramatičnošću prikrivaju sram pa su bliži svjesnom egu od nesvjesnog srama. Narcističke povrede akutno izazivaju sram, no uz njih bitna je i narcistična vulnerabilnost koju karakterizira izraziti gubitak samopouzdanja na neznatne povrede, a koja povećava sklonost osjećanju srama. Korijen nastanka ove vulnerabilnosti, leži u ranom iskustvu bespomoćnosti, gubitka i odbacivanja (26, 27).

Manifestacije narcisoidnog bijesa mogu otkloniti terapijsku pozornost sa srama. Narcisoidni pacijenti imaju teškoća u postizanju i najmanje količine samoprihvatanja što rezultira sumnjom u to da bi ih bilo tko drugi mogao prihvatiti. Dugotrajno i empatično uranjanje u osjećaje narcisoidnog pacijenta obično otkriva duboke i bolne osjećaje srama. U terapiji osobe s narcističnim poremećajem ličnosti ključan je razvoj empatije prema sebi i drugima. Proces razvijanja samosvijesti kod ovih bolesnika često je dugotrajan i mukotrpan, ali i ključan za normalno funkcioniranje ovih osoba u međuljudskim odnosima.

7. O HISTERIJ I NJENIM NASLJEDNICIMA

7.1 Histerija i njena povijest

Histerija je jedan od najstarijih koncepata u medicini uopće. U Kahunovom papirusu iz 1900. godine prije Krista stari Egipćani opisali su ponašajnu abnormalnost u odraslih žena koju su prepisali gladovanju ili pogrešnom položaju maternice. Hipokrat kasnije ovo stanje pripisuje spontanom pomicanju, „lutanju“, maternice unutar tijela žene. Naziv histerija dolazi od grčke riječi *hystera* što znači maternica iz čega se dodatno može zaključiti da se smatralo kako se radi o isključivo ženskom poremećaju. Stari Egipćani pokušavali su liječiti žene s histeričnim simptomima tako da supstancama snažnog mirisa vrata uterus na svoje mjesto. U antičkoj Grčkoj pojmu histerija dodaje se nemogućnost rađanja i nedostatak želje za udajom. Platon ju naziva ženskim ludilom i povezuje sa ženama smanjene seksualne aktivnosti posljedično čemu uterus pati. Za vrijeme srednjeg vijeka na histeriju se gleda s vjerskog stajališta pa se ona odmiče od medicinskog, a za nju se smatra da je oblik opsjednutosti te ju se čak pokušava liječiti egzorcizmom. Nakon ovog perioda histerija ponovno dobiva na svome medicinskom značaju, počinju se istraživati njene osobitosti, dolazi do prvog spominjanja ideje da histerija nije isključivo ženski poremećaj, već da se može javiti i u muškaraca (28). U 19. stoljeću francuski psihijatar Paul Briquet opisuje histeriju kao kronični sindrom koji se manifestira s puno različitih simptoma u više organskih sustava što odgovara poremećajima nazvanima upravo Briquetov sindrom ili somatizacijski poremećaji. Jean-Marie Charcot koristi hipnozu u njenom liječenju, a njegov učenik Pierre Janet pripisuje problem poremećaju u svijesti. Upravo oni utječu na Sigmunda Freuda i Josepha Breuera s kojima dolazi do revolucije u razumijevanju i liječenju histerije (29). Freud ju opisuje kao kompleksan fenomen karakteriziran nestabilnošću voljne sfere, uz promjene raspoloženja i porast ekscitabilnosti, ali uz naglasak da se klinička slika poprilično razlikuje od slučaja do slučaja. Freud je smatrao da je za nastanak histerije bitna nasljedna predispozicija. Kada se na nasljednu komponentu nadoveže tzv. incidentalni ili akcidentalni uzrok, dolazi do aktiviranja simptoma u histeriji podložnih osoba. Primjeri ovakvih događaja su nasilni poticaji, proživljene traume, prerano buđenje mentalne aktivnosti, intoksikacije i slično. Vjerovao je da se psihička trauma dogodila u dječjem dobu te da i zabranjene želje mogu imati razmjere traumatskog iskustva. Freud kaže da realni događaji utječu na porast energije u umu koji onda teži pražnjenju koje se manifestira fizičkim simptomima. Simptome histerije podijelio je u 7 kategorija:

1. konvulzivne atake

2. histerogene zone
3. poremećaj senzibiliteta, tzv. anestezije
4. poremećaj senzorne aktivnosti
5. paralize
6. mišićne kontrakcije ili spazmi
7. općeniti simptomi.

Problem histerije nastaje u nesvjesnom dijelu ljudske psihe, a, prema Freudu, izražavanjem tjelesnih simptoma psihički problem želi se približiti svjesnom dijelu mentalnoga aparata. Uz histeriju se može povezati i pojam rascijepa ili disocijacije koji objašnjava složenu interakciju između svjesnog i nesvjesnog dijela psihe. Svjesni dio mentalnog aparata traumu, zbog nemogućnosti nošenja s njom, pokušava premjestiti u nesvjesni dio ličnosti, a posljedično jaki negativni afekti vezani uz traumu ne mogu biti adekvatno oslobođeni. S obzirom na to da negativni afekti teže oslobođenju, u histeriji dolazi do nastanka tjelesnih simptoma i time premještanja u sferu svjesnoga. Kod histeričnog *splitting*-a s jedne strane postoji patološki nedostatak ekspresije, a s druge, pretjerana ekspresija. „Kada um nema sposobnost izražavanja, tijelo ne šuti nego reagira.“ (Marčinko,2017.) (31). Breuer i Freud smatraju da je za razrješenje rascijepa i histeričnih simptoma korisna hipnoza kao već i sam razgovor o bolnim temama u povoljnoj atmosferi (30). Kasnije, mnogi psihijatri nadopunjuju Breuerova i Freudova zapažanja o histeriji. Primjerice Reich (1933.) navodi spolne razlike u slici histerije pa histerične žene opisuje kao koketne, a muškarce kao meke i ugladenog izgleda, dok na primjer Fenichel (1945.) govori kako histerične ličnosti seksualiziraju svoje odnose i skloni su zabavljanju okoline. Potonje se može pokušati objasniti negiranjem značajnih dijelova pravog *selfa* uz hipertrofirani lažni *self* koji se prenaglašava izvana. Ova pretjerana seksualizacija zapravo je vrsta obrane od unutrašnje praznine i anksioznosti te je kao i *self* lažna jer je razina fiksacija preedipalna i nema zrele seksualnosti (31) .

7.2 Disocijativni i somatoformni poremećaji

Godine 1980. suvremena medicinska klasifikacija u svojem trećem izdanju (DSM-III) prvi put izostavlja histeriju, a nasljeđuju je njeni psihopatološki korelati. Ovo ne znači da je histerija nestala, već su njene dijelove smo naslijedili razni drugi medicinski poremećaji. Dapače, medicina bilježi porast fenomena koji su zapravo nasljednici histerije. Pojam histerija u velikom dijelu zamjenjuje termin somatizacija koji u psihijatriju uvodi Stekel. DSM klasifikacija rabi dvije kategorije usko povezane s histerijom: disocijativni poremećaji i somatoformni

poremećaji (koji uključuju konverzivne simptome), dok MKB navodi disocijativne (konverzivne) poremećaje (F 44) i različitu kategoriju somatoformnih poremećaja (F 45). Korisno je znati da mnogi medicinski problemi, poput na primjer glavobolja, parestezija i probavnih simptoma, mogu imati osnovu u psihičkom problemu.

Disocijativni poremećaji karakterizirani su nedostatkom kontinuiteta i povezanosti između misli, osjećaja, okoline, postupaka i identiteta. Simptomi i manifestacije razne su, a uključuju gubitak pamćenja, derealizaciju i depersonalizaciju, izvantjelesna iskustva, promjene ponašanja, dezorijentaciju i slično (32). U MKB-10 klasifikaciji postoji 9 različitih tipova disocijativnih poremećaja koji su navedeni u tablici 1 (33).

Tablica 1 – Disocijativni poremećaji s odgovarajućim MKB-10 šiframa	
F44.0	Disocijativna amnezija
F44.1	Psihogeno lutanje
F44.2	Disocijativna ošamućenost
F44.3	Trans i poremećaji posjedovanja
F44.4	Disocijativni mišićni poremećaj
F44.5	Disocijativne konvulzije
F44.6	Disocijativna anestezija i gubitak senzornih funkcija
F44.7	Mješoviti disocijativni (konverzivni) poremećaj
F44.8	Drugi disocijativni (konverzivni) poremećaj

U navedenim stanjima postoji nemogućnost integriranja vlastitog doživljaja sebe s proživljenim traumatskim iskustvom. Oni su potisnuti u nesvjesni dio ličnosti, no kada dođe do njihove aktivacije, utječu na svijest pojedinca i njegovo ponašanje. Ako se sadržaj koji pojedinac odbija prihvatiti premjesti u nedostupan dio svijesti dolazi do razvoja disocijativnih poremećaja, a ako dođe do rješavanja interpsihičkog konflikta na tjelesnoj razini, kao kod tradicionalnog opisa histerije, razvijaju se konverzivni simptomi. Ovi simptomi su odličan primjer somatizacije. Njima se konflikt drži izvan svjesnoga dijela psihičkog aparata što označava primarnu dobit. Sekundarnu gratifikaciju bolesnik dobiva od pažnje koja mu se posvećuje raznim dijagnostičkim i terapijskim postupcima. Postoje razni konverzivni poremećaji koji utječu na razne somatske sustave. Za primjer možemo uzeti konverzivni napadaj. Osoba doživljava napadaj koji nalikuje epileptičkom, a prilikom obrade uočava se da nema patofiziološke podloge za nastanak istih. Kako se radi o psihičkom poremećaju, za njegovo liječenje potrebne su psihijatrijske metode poput psihoterapije, kognitivno-bihevioralne terapije i analitičkih tehnika (34).

Glavna karakteristika osoba sa somatoformnim poremećajem pretjerano je i dramatično žaljenje na tjelesne simptome. MKB-10 klasifikacija svrstava somatoformne poremećaje u kategoriju neurotskih poremećaja, poremećaja vezanih uz stres i somatoformnih poremećaja, a prikazani su u tablici 2 (33).

Tablica 2. – Somatoformni poremećaji s odgovarajućim MKB-10 šiframa	
F45.0	Somatizacijski poremećaj
F45.1	Nediferencirani somatoformni poremećaj
F45.2	Hipohondrija
F45.3	Somatoformna disfunkcija vegetativnogživčanog sustava
F45.4	Perzistirajući somatoformni bolni poremećaj
F45.8	Ostali somatoformni poremećaji
F45.9	Somatoformni poremećaj, nespecificiran

7.3 Poremećaji ličnosti povezani s histerijom

Histerični obrazac danas se može uočiti i u graničnim i histrionskim poremećajima ličnosti koji se nalaze u klusteru B poremećaja ličnosti uz narcistični i antisocijalni podtip.

Granični poremećaj ličnosti (F60.3) naziva se još i „emocionalno nestabilni poremećaj ličnosti“. S histerijom ga povezuje izražavanje unutrašnjih osjećaja što se ovdje međutim često događa kroz uporabu sredstva ovisnosti i samoozljeđvanjem. Borderline prati čest osjećaj unutrašnje praznine dok su vanjski simptomi rezultat neizdržive psihičke tenzije kao u histeriji. Također je naglašen *splitting* zbog nemogućnosti zadržavanja libidnih i agresivnih pulzija. Moguće je da u današnje vrijeme zbog manje rigoroznih socijalnih normi i posljedično osjećaja krivnje i srama koji izjedaju i dovode do pojave somatskih simptoma kod histerika, sve više ima onoga što danas zovemo granični tip ličnosti karakteriziran sukobom s vlastitom unutarnjom prazninom uz pritisak potrebe za savršenstvom. Sve ovo stvara visoku razinu anksioznosti. U njima postoji potreba za konkretizaciju tjelesnim simptomom što im pomaže da dobiju potvrdu i empatiju (31, 35). Bollas u svojoj knjizi *Hysteria* tvrdi da pojam histerija nije nestao iz suvremene kulture nego je potiskivanjem zamijenjen popularnijom dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti. On opisuje manifestacije histeričnog u poremećajima suvremenog društva poput anoreksije, kockanja, promiskuiteta do radoholičarstva za koje znamo da su češći u osoba s GPL-om (36).

Histrionski poremećaj ličnosti (F60.4) prvi put se pod današnjim nazivom susreće u DSM-III iz 1980. godine. U klasifikaciji koja joj je prethodila spominjao se histerični poremećaj ličnosti koji je karakteriziran ekscitabilnošću, emocionalnom nestabilnosti, pretjeranom reaktivnosti i samodramatizacijom koja označava želju za pažnjom, a uključuje pretjeranu zavodljivost. Najveći razlog za promjenu imena je bila upravo stigmatizacija histerije i pretjerana povezanost s isključivo ženskim spolom. Promjena imena je trebala doprinijeti manje pristranom dijagnosticiranju i razumijevanju poremećaja. Dakle, histrionski poremećaj ličnosti je, bar etimološki, izravni nasljednik histerije. Današnji su kriteriji za dijagnozu histrionskog poremećaja ličnosti:

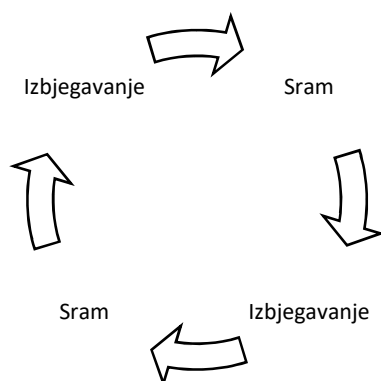
1. u situacijama kada nisu u centru pažnje, osjećaju se nelagodno
2. interakcije s drugima su često karakterizirane neprikladnim seksualnim zavođenjem ili provokativnim ponašanjem
3. pokazuju brze promjene ili plitkost u izražavanju emocija
4. konstantno koriste fizičke atribute za privlačenje pažnje
5. stil govora im je naglašeno impresionistički i nedostaje mu detalja
6. skloni samodramatizaciji, teatralnosti i pretjeranom izražavanju emocija
7. naglašeno su sugestibilni, lako padaju pod utjecaj ljudi iz okoline
8. procjenjuju emocionalne veze više intimnim nego što one uistinu jesu.

Za postavljanje dijagnoze potrebno je ispunjavati najmanje pet od navedenih osam kriterija (37). Ove se karakteristike histriona tumače nedostatnim razvojem nedovoljno strukturiranog *selfa* koji je rezultat psihičke traume i vodi u disocijaciju. Iz ovoga možemo uvidjeti sličnosti u patofiziologiji nastanka HPL-a i histerije iako simptomi nisu jednaki. Bollas smatra kako su konverzivni simptomi (prisutni kod koncepta histerije) tako i histrionsko ponašanje samo nesvjesni mehanizmi privlačenja pažnje okoline.

8. SRAM KOD HISTERIJE, NJENIH NASLJEDNIKA I SOMATIZACIJE

Psihodinamika srama vrlo je kompleksna, ali zanimljiva. Sram se obično ne predstavlja kao otvoreni afekt, već obranama protiv njega koje su regulirane signalnim afektom, a koji sprječava njegovo osjećanje i otkrivanje. Unutarnji konflikti srama često su prekriveni vidljivom akcijom koja dodatno prikriva sram od svijesti tako da ga nije lako otkriti. U histeriji i s histerijom povezanim dijagnozama podležeći sram često je izazvan traumom, emocionalnom, psihičkom ili fizičkom, koje pacijenti nerijetko dožive u djetinjstvu. Što ranije do njih dolazi, to je razvoj *selfa* ugroženiji. Iz svega ranije raspravljenoga znamo da sram može biti izrazito razarajuća emocija koja ima sklonost izazivanja različitih psiholoških poremećaja pa tako utječe na nastanak anksioznosti, depresije, poremećaja ličnosti, ali, uz navedene, sram je povezan i sa somatizacijom.

Kod somatizacije često je nepoznat izvor boli, a samim time je liječenje vrlo ograničeno. Dok su simptomi onih koji pate fizičke prirode, postoji i jaka emocionalna struja koja pokreće i pogoršava simptome. Sram je izravno povezan s nečijim osjećajem sebe. Kada dođe do društvenog odbacivanja, dolazi do odgovora u prednjem cingulatnom korteksu koji je ekvivalentan odgovoru kod doživljavanja fizičke boli tako da bol postaje i emotivno i senzorno iskustvo. Lumley povezuje sposobnost osobe da izrazi svoje osjećaje s osjetljivošću i doživljajem boli. Kod osoba koje su sklone sramu, isto kao i kod osoba s problemima somatizacije, postoji visoka razina emocionalnog izbjegavanja (38). Emocionalno izbjegavanje kod srama odnosi se na tendenciju da se potisnu osjećaji srama zbog neugode povezane s njim. Dijagram na slici 2 dobro objašnjava odnos srama i izbjegavanja. Kod somatizacije izbjegavanje se odnosi na ignoriranje psihičkih problema uz fokusiranje na fizičke simptome.



Slika 2. Dijagram koji prikazuje odnos između srama i izbjegavanja.

Važno je spomenuti da sram, kao i veliki broj drugih psihijatrijskih fenomena, nije lako prepoznati, objektivizirati pa posljedično niti istraživati. Danas se koriste razne skale i testovi kako bi se pokušalo kvantificirati iskustvo srama. Primjeri su Skala iskustva srama (Experience of Shame Scale, ESS), skala koja je zapravo upitnik koji ispitanik popunjava, a mjeri jakost i učestalost pojave srama, Test samosvjesnosti afekta (*Test of Self-Conscious Affect*, TOSCA) koji se često skoristi, a pred ispitanika stavlja hipotetske scenarije, Internalizirana skala srama (*Internalized Shame Scale*, ISS) i drugi. Jedan od prvih radova koji objektivno povezuje utjecaj srama na tjelesno serija je istraživanja koja su napravile Dickerson, Gruenewald i Kemeny, a otkrivaju da sram, pod prijetnjom socijalnom *selfu*, povisuje razinu proupalnih citokina i kortizola u tijelu (39). Autori istraživanja provedenog u Londonu 2020. godine Kizilhan, Steger i Noll-Hussong dokazali su postojanje značajne povezanosti između somatizacije i disocijativnih napadaja kao odgovora na sram prouzročen seksualnom traumom u cilju naglašavanja važnosti srama i somatizacije u liječenju disocijativnih simptoma i i posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) prouzročenog traumom (40). Ovo su samo neki od primjera istraživanja, a u njihovim zaključcima se znanstvenici slažu da je potrebno daljnje istraživanje ovog fenomena.

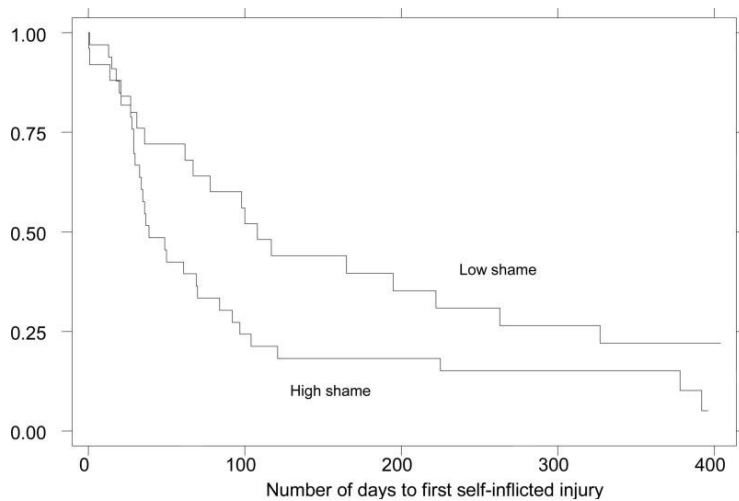
Kod oboljelih od konverzivne neuroze problemi pacijenata uvelike su povezani s njihovom seksualnosti. Seksualni aspekt njihova *selfa* nedostatno je razvijen i formiran. Njihovi nedostaci potiču još iz dijadnog odnosa s primarnim roditeljem i preedipalnog razvoja te nerazriješenog Edipova kompleksa koji ostavlja narcistični ožiljak. Majka oboljelog u najranijem djetinjstvu nije mogla prihvatiti djetetovu genitalnu seksualnost. Taj dio *selfa* djeteta majka nije mogla tolerirati, a ponekad njegove genitalije čak niti pogledati što je rezultiralo nedostatkom empatije i zrcaljenja bitnih za razvoj svakog aspekta *selfa*. Ti aspekti *selfa* ostaju trajno obezvrijeđeni, a u vezi s njima osjeća se sram. Oni ostaju zatomi i područja života u kojima bi se trebali iskazivati izbjegavana su. Uzrok takvog ponašanja majke često je zapravo njeno neprihvatanje vlastite genitalne seksualnosti. Majka koja osjeća nesvjesni i svjesni sram povezan s vlastitom seksualnosti, taj doživljaj srama na razne načine prenosi svome djetetu (Bollas, 2000.). Upravo zbog ovog nedostatka zrcaljenja dijete u ranom razdoblju ne doživljava pozitivno svoje tjelesne senzacije, pogotovo genitalne, nego ih povezuje s nelagodom. Ovaj doživljaj manje vrijednosti vlastitoga tijela ostavlja narcistični ožiljak. Genitalni je narcizam ugrožen što dovodi do inhibicije realizacije seksualnih želja. *Ego* oboljelih od konverzivne neuroze održava seksualni aspekt *selfa* u nesvjesnom dijelu psihičkog aparata u svrhu obrane od srama. Bitno je znati da seksualnost ne nestaje, već je samo skrivena i samim time i nezadovoljena. Pošto su seksualnost i seksualni nagon i dalje aktivni, oni traže način kako se manifestirati. Kao svaka energija traže svoje oslobođenje. U ovom slučaju oslobođenje se događa kroz konverziju tjelesnim reakcijama. Kod oboljelih od

konverzivne neuroze najčešće su neurotske obrane potiskivanja, potpomognute disocijacijom i oslobađanjem kroz tjelesno te, u današnje vrijeme sve češće, poremećajem karaktera (15).

Sram je često zanemarivana emocija u psihopatologiji različitih stanja pa tako i graničnog poremećaja ličnosti. Usprkos tome, sram je jedna od, ako ne i centralna, emocija u podlozi ovog poremećaja. Jaki osjećaj srama poveziv je sa samoozljeđivanjem, kroničnom suicidalnošću, lošim samopouzdanjem te ostalim negativnim afektima poput ljutnje i bijesa. Gotovo svi simptomi *borderline* poremećaja ličnosti mogu biti posljedica konstantne i snažne borbe protiv unutrašnjeg srama. Ova negativa emocija koči jasno razmišljanje nadjačavanjem kognitivnih sposobnosti (41). Jedna od emocija koja karakterizira *borderline* je eksternalizirana ljutnja. No koji je izvor te ljutnje i kako ju možemo povezati upravo sa internaliziranim sramom? Ljutnja može biti reakcija na unutarnju patnju i pokušaj da se odvрати pažnja od nje. Ta unutarnja patnja često je izazvana dubokim osjećajem srama zbog kojeg je osoba konstantno obezvrijeđena. Ona također može biti obrana. Obrambena organizacija osobe s GPL-om slična je onoj s NPL-om, a temelji se na rascijepu i disocijaciji. Osoba bi rađe da je se smatra kao snažnu makar u negativnom smislu, nego da društvo primijeti njenu slabost i sve za što smatra da je kod nje manjkavo i nedostojno.

Samoozljeđivanje može se objasniti potrebom za kontrolom. Osoba njime dobiva osjećaj kontrole nad vlastitim tijelom, ali ne može kontrolirati negativne unutrašnje osjećaje boli, praznine i srama.

Podizanjem svijesti o važnosti srama raste i zainteresiranost znanstvenika za istraživanje njegovog utjecaja na razne poremećaje pa tako i granični poremećaj ličnosti. Jedno od istraživanja koje povezuje osjećaj srama i GPL iz 2013. u kojem su promatrali utjecaj indukcije srama u GPL-u pomoću scenarija kojima su izložili ispitanike, a koji izaziva sram. Ustanovili su da osobe s graničnim poremećajem ličnosti imaju povišene osnovne razine srama. Također su uočili reagiranje produljenom ljutnjom na indukciju srama koja se može povezati s naknadnim simptomatskim ponašanjima kao što je samoozljeđivanje (42). Vrlo je zanimljivo i istraživanje M. Browna i suradnika iz 2009. godine u kojemu dokazuju veću vjerojatnost ponovne epizode samozljeđivanja i pokušaja samoubojstva te kraće trajanje između incidenata u žena s graničnim poremećajem ličnosti kod kojih se uočava viša razina ponašanja povezanog s neverbaliziranim sramom (43). Rezultati toga istraživanja prikazani su na slici 3.



Slika 1. – Prikaz Kaplan-Meierovog dijagrama iz opisanog istraživanja koji prikazuje razliku između broja dana bez incidenata u grupi s visokim naspram one s nižim osjećajem srama. Na x-osi prikazani su dani od ispitivanja srama do ponovnog incidenta, a na y-osi udio ljudi koji nisu ponovili incident. Preuzeto iz (43).

Sram proizlazi iz dubokog osjećaja neadekvatnosti i mržnje prema sebi što kod osobe izaziva osjećaj emocionalnog distresa, a to objašnjava ulogu u razvoju histerije i psihosomatskih teškoća. Fizički simptomi i neurotična ponašanja predstavljaju ispušni ventil *selfa* pod ogromnim pritiskom skrivanja.

9. POZITIVNA STRANA SRAMA

Sram je snažna emocija koja se povezuje sa čovjekom kao vrstom. Životinje mogu iskusiti ljutnju ili strah, ali nisu sposobne osjetiti sram (44). To se može opisati evolucijskom razvijenošću mozga pogotovo prednjeg cingulatnog korteksa (engl. *anterior cingulate cortex*, ACC), dijela limbičkog sustava za kojeg znanstvenici smatraju da je centar nastanka srama te povezanošću ACC-a s razvijenim prefrontalnim korteksom, karakterističnim za ljudsku vrstu (45). Također, životinje nemaju razvijenu svijest o društvenim normama i vrijednostima, niti o sebi i svojim postupcima, a bez osude sebe radi kršenja zacrtanih moralnih vrijednosti društva, nema ni srama (moguće postojanje iznimke kod nekih vrsta majmuna). Ovo evolucijsko mjesto srama kao emocije ukazuje na njegovu adaptivnu vrijednost i značaj za opstanak čovjeka kao socijalnog bića. Dok s jedne strane postoji patologija vezana uz sram, s druge strane postoji patologija povezana s besramnošću. Potrebno je bivati i djelovati unutar mjere između inhibirajućeg srama i dezinhirajuće besramnosti. Nelagoda koju čovjek osjeća prilikom proživljavanja srama osigurava ostanak pojedinca unutar društvenih normi. Tako se osigurava ostanak pojedinca unutar društvene zajednice koji je bitan za njegov daljnji razvoj te po nekim teorijama može imati i učinak na reprodukciju u smislu nemogućnosti pronalaženja partnera ako se osoba nađe izvan grupe (46). Afekt srama najviše pogađa osobu koja ga osjeća, a nasuprot tome, besramnost osobe najviše utječe na okolinu. Međutim, iako je sram uvijek doživljen kao negativna emocija on je zapravo pokazatelj psihičkog zdravlja pa je, ako djeluje u fiziološkoj mjeri, dobar signalni afekt. Kada se javi sram, možemo ga protumačiti kao glas selfa koji poziva na komunikaciju s dubljim slojevima psihe. Također, signalni sram može upozoriti osobu i spriječiti da postane razarajući i traumatizirajući (47). Freud mu također prepisuje obrambenu ulogu i ga smatra sredstvom u borbi protiv libida, odnosno njegova zadovoljenja, ponajviše misleći na seksualni libido (8). Ako nema srama, dolazi do dezinhibicije libida i uzročno kršenja društvenih normi.

Izostanak srama Akhtar je podijelio u pet kategorija: 1. razvojni, označuje fiziološki izostanak srama u djeteta kod kojega se sram još nije razvio; 2. obrambeni, gdje je on samo prividan i prekriva intenzivan internalni sram; 3. nagonski, u kojem dolazi do sloma srama pred intenzivnim nagonom, no i kasnije ponovne uspostave; 4. defektni, kada postoji patologija psihičkih struktura i nema kapaciteta za sram; i 5. dostojanstveni, kada osoba izražava svoje ideale bez obzira što se oni kose s društvenim normama (48). Ova podjela ukazuje na spektar izostanka srama od potpuno normalnog, poput izostanka srama u male djece, do teškog psihopatološkog besrama. Prava je besramnost za pojedinca lakše podnošljiva, ali stvara problem za društvo. Oba fenomena ukazuju na neuklapanje selfa u kulturu i okolinu

koje izaziva psihičku bol, ali kod prevladavanja srama ta bol pada na teret čovjeka koji ga osjeća dok kod prevladavanja besramnosti bol se izbjegava regresijom i obranom (8). Treba razlikovati besramnost od slobode jer ona zapravo samo ukazuje na prevladavanje drugih nesvjesnih sila nad svjesnim *egom*. Psihopatološki fenomeni vezani uz besramnosti su na primjer perverzije (perverzni bolesnici ne osjećaju sram povezan s ispunjenjem svojih seksualnih nagona). Ponekad prilikom propadanja kognitivnih funkcija dolazi do gubitka osjećaja srama, što je još jedan dokaz da je sram, u normalnoj mjeri, pokazatelj normalnog funkcioniranja psihe i svjesnosti okoline.

Postoje slučajevi, uz već objašnjeni, razvojni izostanak srama kada besramnost možemo smatrati normalnom. To su na primjer situacije u kojima je naglasak na preživljavanju ili kada se vrijednosti i ideali osobe ne poklapaju s društvenim vrijednostima i idealima već ih nadilaze, a osoba je uvjeren u njihovu vrijednost te ih izražava u svrhu pomicanja granica u društvu za opće dobro.

Sram, ako je fiziološki, služi kao moralni kompas i pomaže pojedincima ukazati da njihovo ponašanje nije u skladu s normama te ih može potaknuti da naprave potrebne promjene u svojim životima. Njegov negativni afekt nužan je za njegovu djelotvornost održavanja *ega* u skladu s idealima.

10. TERAPIJSKI PRISTUP SRAMU

Sram u terapiji može proizaći iz tri izvora: pacijenta, terapijske interakcije i terapeuta. Terapijski proces po svojoj prirodi izaziva sram. Pacijent koji dolazi neuspješno je pokušao riješiti svoje probleme, a od njega se očekuje da pred terapeutom, koji je doživljen kao model psihičkog zdravlja, iznese svoje nedostatke. Psihičke su bolesti i dalje do određene mjere, naravno pogrešno, stigmatizirane u društvu što pojačava osjećaj srama kod pacijenta, a traženje pomoći može izazvati osjećaj poraza. Zbog svega navedenoga prvi cilj terapeuta je stvaranje pozitivne atmosfere pune empatije i rad na stvaranju povjerenja između pacijenta i terapeuta. Stvoreni osjećaj sigurnosti preduvjet je za priznavanje osjećaja srama.

Bitno je da terapeut zna uočiti znakove koji ukazuju na sram jer ga pacijenti često izbjegavaju pokazati ili poriču. Osim klasične slike opisane u 3. poglavlju postoje verbalni i neverbalni znakovi koji mogu ukazivati na sram kod pacijenta. To su „zamrzavanja“ i zamuckivanja, izbjegavanja razgovora o situaciji ovdje i trenutačno, ponekad smjeh i duge, besmislene humoristične priče, ali i reakcija drugim emocijama poput tjeskobom i ljutnjom (49). Crowe identificira 5 posebnih vrsta ponašanja koja mogu ukazivati na sram kod pacijenta:

1. Opisivanje sebe prožeto negativnim globalnim procjenama
2. Potreba za skrivanjem i povlačenjem u prisutnosti drugih
3. Bezrazložno neprijateljstvo prema drugima za koje smatraju da ih ocjenjuju, kao rezultat unutarnje agresije prema samome sebi
4. Izražavanje osjećaja nemoći ili bezvrijednosti
5. Preosjetljivost na tuđa mišljenja (50) .

Sram je nemoguće liječiti ako je prisutan, ali neprepoznat. Radi toga terapeut mora razumijeti jezik srama i oslušivati svojim „trećim uhom“ (18).

Za psihoanalizu i općenito psihoterapiju karakteristični su fenomeni prijenosa, točnije transfera i kontratransfera. U činu transfera pacijent nesvjesno prenosi svoje osjećaje prema nekome iz prošlosti na terapeuta. Freud gleda na prijenos kao na patološki, ponavljajući i nereflektirajući sadašnji odnos između pacijenta i terapeuta, no moderna psihologija odbacuje ovu procjenu. Prepoznaje se da odgovori terapeuta mogu izazvati reakcije kod pacijenta i da proces interakcije ima svoje mane, ali i prednosti. Prijenos je višeslojan i složen, a događa se kada mozak pokušava razumjeti trenutačno iskustvo ispitujući ga kroz prošlost.

Postoje tri glavne kategorije prijenosa: pozitivan, negativan i seksualizirani prijenos. Pozitivan prijenos je kada se ugodni aspekti prijašnjih odnosa projiciraju na terapeuta. To može biti korisno za terapijski proces jer omogućuje pacijentu da vidi terapeuta kao brižnog, mudrog i empatičnog. Negativan transfer karakterizira prenošenje neprijateljskih emocija. Njegovo prepoznavanje također može biti korisno u vidu preispitivanja pacijentovih emocionalnih reakcija. Postoji i seksualni transfer u kojem pacijent osjeća privlačnost prema svom terapeutu (51). S druge strane, kod terapeuta dolazi do kontratransfernih reakcija, odnosno pojave različitih osjećaja i posljedično oblika ponašanja prema pacijentu kao odgovor na njega. Kontratransfer također ima pozitivnu stranu jer može dati uvid terapeutu kako pacijent utječe na ljude izvan terapije (52).

Kako se ove interakcije događaju djelomično nesvjesno, nemoguće ih je u potpunosti izbjeći. Zato je važno da ih terapeut zna prepoznati, kontrolirati, raditi s njima i iskoristiti u svrhu poboljšanja pacijentova stanja. Može doći i do prijenosa srama u procesima transfera i kontratransfera. Neprepoznate reakcije srama mogu biti ključne za neuspjeh terapijskog odnosa. U terapeutu izazivaju želju da porekne negativne osjećaje, okrivi pacijenta ili se povuče. Zbog toga terapeut treba biti oprezan i osim srama kod pacijenta treba moći prepoznati sram kod sebe, što će mu pomoći da učinkovitije radi na opisanom osjećaju kod pacijenta. Bitno je sram osvijestiti, a ne ignorirati (18).

Sram povezujemo s raznim mehanizmima obrane, koji uključuju i disocijaciju *selfa*. Aspekt *selfa* koji je obezvrijeđen pa ga posljedično osoba ne može prihvatiti, disocira se od ostalih dijelova *selfa* i sakriva od sebe i drugih. Osoba umjesto integracije *selfa* žalovanjem naglašava suprotne osobine i prikazuje se kao jaka. Žalovanje je bitan proces kojim se osoba oprašta od idealizirane reprezentacije *selfa*. Kod nemogućnosti žalovanja prevladava trajna ljutnja i bijes, koji se projiciraju na druge, a ustvari predstavljaju osjećaje prema samome sebi. Ove dominantne i eksternalizirane emocije, odnosno obrane, poput ljutnje i grandioznosti trebaju se analizirati u svrhu rješavanja srama. Uloga terapeuta je empatičnim pristupom jačati *ego* i povećati kapacitet za sram kako bi se omogućio proces žalovanja. Toleriranje srama omogućava uspostavljanje autonomije i rješavanje straha od odbacivanja i konačno poboljšava mogućnost prilagodbe i pravilnog reagiranja na svakodnevne situacije (27).

Tangley i Dearing opisuju pet mogućnosti intervencija terapeuta koje mogu pomoći pacijentu da se suoči sa svojim sramom, a to su:

1. Pomaganje pacijentu da verbalizira događaje i iskustva koja uzrokuju sram što često ublažava osjećaj srama. Time se otvara prostor logičnijem misaonom procesu i ponovnoj procjeni epizode srama.

2. Pomaganje pacijentu u tim kognitivnim reevaluacijama prihvaćajući aktivnu ulogu u pomaganju preispitivanja reakcije.
3. Educiranje pacijenta o razlici između srama i krivnje objašnjavajući mu da je reakcija na određena ponašanja upravo krivnja.
4. Terapeut može poticati odnos prihvaćanja i razumijevanja tako da otkrije svoje strahove koji izazivaju sram.
5. Korištenje bezbrižnog humora je korisno da se normaliziraju individualni nedostaci, pružajući realističniju perspektivu, uz oprez da pacijent to ne doživi kao izrugivanje (53).

Otvaranjem komunikacije s pravim *selfom* i primanjem njegovih poruka otvara se i mogućnost realizacije autentičnosti osobe. Lažni *self* nestaje i zamjenjuje se pravim. Smanjuje se sram i njegove razorne obrane (26). Sve ovo je preduvjet za zamjenu unutrašnje praznine istinskom radosti i mirom. Konačni je cilj povezivanje svjesnoga ega s pravim *selfom* i ostvarivanje osjećaja ispunjenja i uživanja u životu oslobođenom od okova srama.

ZAKLJUČAK

Pregledom literature i njenom kritičkom analizom može se zaključiti da postoji snažna poveznica između srama i raznih psihijatrijskih poremećaja. U novije vrijeme mnogi autori se okreću istraživanju ovog ljudskog fenomena u potrazi za korijenima raznih i nedovoljno objašnjenih psihičkih teškoća. Sram je teško opisati i analizirati, ali gotovo svi se mogu složiti koliko je štetan skriveni sram po čovjekovo zdravlje. Utječe na razne sfere čovjekova života, onemogućava normalno odvijanje nekih od njih te može biti toliko snažan i paralizirajuć da dovede do potpune nemogućnosti funkcioniranja osobe pa i suicida. Njegova je psihodinamika složena, ali razumijevanje iste nužno je za prepoznavanje i terapiju srama. Ona se temelji na internalizaciji dubokog osjećaja nedostatnosti i manjkavosti te disocijaciji *selfa* koji su uzrokovani neadekvatnom okolinom. Ovi su intimni osjećaji za osobu bolni i imaju tendenciju ostati skriveni. Ulogu zaštite od njegovog probijanja iz nesvjesnog dijela psihe imaju razni obrambeni mehanizmi. Obrambeni mehanizmi i eksternalizirane emocije ovise o vrsti ličnosti i poremećaju koji se javlja pod utjecajem srama. Osim bijesa, zavisti, grandioznosti i agresije koji su dominantni simptomi u raznim poremećajima ličnosti povezanih s dubokim osjećajem srama, poput narcisoidnog i graničnog, može doći i do somatizacije te pražnjenja unutarpsihičkih sila kroz tjelesne simptome, kao u histeriji. Sram se ne smije podcjenjivati, za njim u terapiji treba aktivno tragati i pokušati ga prebaciti u svjesni dio ličnosti. Tek tada kada se konvertira u otvoreni sram on postaje dostupan terapeutu. Ovo je preduvjet za rad na oporavku *selfa* i smanjenju podložnosti sramu što vodi u razrješavanje problema zbog kojih osoba dolazi, a koji su zapravo bili vanjska slika konstantne unutarnje borbe osobe s okupirajućim sramom.

ZAHVALE

Zahvaljujem se svome mentoru prof. dr. sc. Darku Marčinku na pomoći, brzim odgovorima i susretljivosti.

Najveće hvala mojoj divnoj mami koja je uvijek tu za mene i koja mi je najveća podrška tijekom cijelog života pa tako i studiranja. Zahvaljujem se i svome dragom tati te ostatku obitelji, pogotovo bakama.

Hvala mojim prijateljima, posebno onima koji su sa mnom prolazili kroz fakultet (najviše Kiari i Niki) i ispunili ga veseljem.

Zahvaljujem se i svome Brakušu.

LITERATURA:

1. Dearing RL, Tangney JP. Introduction: Putting Shame in Context. U: Dearing RL, Tangney JP, urednici. Shame in the Therapy Hour. Washington: American Psychological Association; 2011.
2. Lewis M. The Role of the Self in Shame. Soc Res. 2003.;70(4):1181–204.
3. Marčinko D. Od neprorađenog žalovanja u prošlosti do perfekcionizma u sadašnjosti. U: Marčinko D, Rudan V, urednici. Nelagoda u kulturi 21 stoljeća: psihodonamska rasprava. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.
4. Thrane G. Shame and the construction of the self. Annual of Psychoanalysis 1979; 7: 321-341.
5. Morrison AP. Chapter One. U: Shame: The Underside of Narcissism. Hillsdale, NJ: Analytic Press; 1997.
6. Piers G, Singer M. Shame and Guilt. A Psychoanalytic and a Cultural Study. Springfield, IL (Thomas) 1953. U 1953.
7. Faxén M. Léon Wurmser „The mask of shame.“ 1984.;25:67–70.
8. Marčinko D, Rudan V. Promjena srama u čovjeka 21. stoljeća. U: Nelagoda u kulturi 21 stoljeća: psihodonamska rasprava. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.
9. Kohut H. The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders. University of Chicago Press; 2013.
10. Morrison AP. The Psychodynamics of Shame. U: Dearing RL, Tangney JP, urednici. Shame in the Therapy Hour. Washington: American Psychological Association; 2011.
11. Freud S. On Sexuality: Three Essays on the Theory of Sexuality and Other Works. Penguin; 1991. 432 str.
12. Lansky MR. Hidden Shame. J Am Psychoanal Assoc. 01. rujan 2005.;53(3):865–90.
13. Hastings AS. Treating sexual shame: A new map for overcoming dysfunction, abuse, and addiction. Lanham, MD: Jason Aronson; 1998.

14. Oedipus Complex: What It Is and How It Works [Internet]. 2022. Dostupno na: <https://www.simplypsychology.org/oedipal-complex.html>
15. Bilić V. Sram kod hysterije. U: Marčinko D, Rudan V, urednici. Hysterija. Zagreb: Medicinska naklad; 2017.
16. Mellor K. Impasses: A Developmental and Structural Understanding. *Trans Anal J.* 1980.;10(3):213–20.
17. Izvršena samoubojstva u Hrvatskoj, 2022. [Internet]. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/izvršena-samoubojstva-u-hrvatskoj-2022/>
18. Goldstiver SP. Suicide: a Dying Shame [Dissertation]. [Auckland]: Auckland University of Technology; 2004.
19. Jakšić N, Aukust Margetić B, Rudan D, Marčinko D. Patološki narcizam, suicidalnost i sram: rezultati naših istraživanja. U: Marčinko D, Jakovljević M, Rudan V, urednici. Poremećaji ličnosti: stvarni ljudi, stvarni problemi. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
20. Hastings ME, Northman LM, Tangney JP. Shame, Guilt, and Suicide. U: Joiner T, Rudd MD, urednici. *Suicide Science: Expanding the Boundaries*. Boston, MA: Springer US; 2002.
21. Lansky M. Shame and the problem of suicide: A family systems perspective. *Br J Psychother.* 1991.;7:230–42.
22. Ronningstam E. A Normal Asset With Cultural Differences. U: *Identifying and Understanding the Narcissistic Personality*. New York, NY, US: Oxford University Press; 2005.
23. Freud S. On narcissism: an introduction. London; 1914.
24. Morrison AP. Some Theoretical Perspectives on Shame. U: Morrison AP, urednik. *Shame: the underside of narcissism*. Hillsdale, NJ: Analytic Press; 1997.
25. McLean J. Psychotherapy with a Narcissistic Patient Using Kohut's Self Psychology Model. *Psychiatry Edgmont.* listopad 2007.;4(10):40–7.

26. Bilić V. „Nisam dovoljno savršen!“ Krivnja i sram. U: Marčinko D, Rudan V i sur., urednik. Narcistični poremećaj ličnosti i njegova dijagnostička opravdanost. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
27. Bilić V. Sram i žalovanje. U: Rudan V, Marčinko D, urednici. Žalovanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
28. Tasca C, Rapetti M, Carta MG, Fadda B. Women And Hysteria In The History Of Mental Health. Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH. 19. listopad 2012.;8:110–9.
29. Hysteria. U: Wikipedia [Internet]. 2023 [citirano 11. svibanj 2023.]. Dostupno na: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Hysteria&oldid=1150255029#cite_note-7-15
30. Freud S, Breuer J. Studies on Hysteria. London: Penguin Books; 2004.
31. Marčinko D. Mjesto histerije u psihijatriji 21. stoljeća: osvrt na recentna klinička istraživanja i psihijatrijsku klasifikaciju. U: Marčinko D, Rudan V, urednici. Histerija. Zagreb: Medicinska naklada; 2017.
32. Loewenstein R, Putnam F. Dissociative Disorders. U 2004. str. 1884–901.
33. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. MKB-10. 2. izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2016.
34. Disocijativni i somatofromni poremećaji. U: Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
35. Marčinko D. Postavljanje dijagnoze, nova klasifikacija (DSM-5), evolucijsko objašnjenje, prognostički faktori i terapija poremećaja ličnosti. U: Marčinko D, Rudan V, Jakovljević M, urednici. Poremećaji ličnosti: Stvarni ljudi, stvarni problemi. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
36. Bollas C. Hysteria. London: Routledge; 2000.
37. Lewis KC, Mastico ER. Histrionic Personality Disorder. U: Zeigler-Hill V, Shackelford TK, urednici. Encyclopedia of Personality and Individual Differences [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2017
38. Fritch HM. Examining the Role of Shame in Somatic Pain and Symptoms. [Virginia, USA]: Liberty University; 2018.

39. Dickerson S, Kemeny M. Acute Stressors and Cortisol Responses: A Theoretical Integration and Synthesis of Laboratory Research. *Psychol Bull.* 01. lipanj 2004.;130:355–91.
40. Shame, dissociative seizures and their correlation among traumatised female Yazidi with experience of sexual violence - ProQuest Dostupno na: <https://www.proquest.com/docview/2366234470/49F2BDDBA5774365PQ/5?accountid=168537>
41. Porr V. Shame: An Overlooked Factor in Conceptualizing and Treating Borderline Personality Disorder: Its' Powerful Role in the Lives and Suicides of People with BPD. *Eur Psychiatry.* travanj 2017.;41(S1):S715–6.
42. Scheel CN, Schneid E maria, Tuescher O, Lieb K, Tuschen-caffier B, Jacob GA. Effects of Shame Induction in Borderline Personality Disorder. *Cogn Ther Res.* prosinac 2013.;37(6):1160–8.
43. Brown MZ, Linehan MM, Comtois KA, Murray A, Chapman AL. Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: a multi-modal analysis. *Behav Res Ther.* listopad 2009.;47(10):815–22.
44. Hauser MD. *Wild Minds: What Animals Really Think.* Penguin; 2001. 392 str.
45. Michl P, Meindl T, Meister F, Born C, Engel RR, Reiser M, i ostali. Neurobiological underpinnings of shame and guilt: a pilot fMRI study. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 01. veljača 2014.;9(2):150–7.
46. Greenwald DF, Harder DW. Domains of shame: Evolutionary, cultural, and psychotherapeutic aspects. U: *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture.* New York, NY, US: Oxford University Press; 1998.
47. Parish M. Christopher Bollas: Catch Them Before They Fall: The Psychoanalysis of Breakdown. *Am J Psychoanal.* 01. lipanj 2015.;75:232–4.
48. Akhtar S, urednik. *Shame: developmental, cultural, and clinical realms.* London: Karnac; 2016.
49. Tangney JP, Dearing RL. *Working with Shame in the Therapy Hour.* U: Dearing RL, Tangney JP, urednici. *Shame in the therapy hour.* Washington: American Psychological Association; 2011

50. Crowe M. Never good enough – part 2: clinical implications. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2004.;11(3):335–40.
51. Ph.D MM. Transference vs Countertransference in Therapy: 6 Examples [Internet]. *PositivePsychology.com.* 2021 Dostupno na:
<https://positivepsychology.com/countertransference-and-transference/>
52. Stadter M. *The Inner World of Shaming and ashamed: an object relations perspective and therapeutic approach.* U: Dearing RL, Tangney JP, urednici. *Shame in the therapy hour.* Washington: American Psychological Association; 2011.
53. Tangney JP, Dearing RL. *Shame and Guilt.* New York, NY, US: The Guilford Press; 2002.

ŽIVOTOPIS

Rođena sam 18.08.1998. u Zagrebu. Od 2005. do 2013. godine pohađala sam Osnovnu školu Sesevetska Sopnica. 2013. godine upisujem XVI. Gimnaziju u Zagrebu. Za vrijeme osnovnoškolskog i srednjoškolskog obrazovanja natjecateljski se bavim karateom, sudjelujem u brojnim predstavama zagrebačkih kazališta i osvajam seniorsko državno natjecanje iz prve pomoći. Maturirala sam 2017. godine i iste upisujem Medicinski fakultet u Zagrebu. Tijekom studiranja dobivam Dekanovu nagradu te sudjelujem u programu razmjene u Portugalu. Engleski koristim aktivno u govoru i pismu, a njemačkim se služim pasivno.

