

Povezanost narcizma i suicidalnosti

Miletović, Mate

Master's thesis / Diplomski rad

2021

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:105:121836>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-15**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Mate Miletović

Povezanost narcizma i suicidalnosti

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2021.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Klinici za psihijatriju, Kliničkog bolničkog centra Zagreb pod vodstvom prof. dr. sc. Darka Marčinka, dr. med. i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2020./2021.

Mentor: Prof. dr. sc. Darko Marčinko, dr. med.

POPIS I OBJAŠNENJE KRATICA KORIŠTENIH U RADU

ASPL – antisocijalni poremećaj ličnosti

BAP – bipolarni afektivni poremećaj

C-CASA – Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment

DERS – Difficulties in Emotion Regulation Scale

DSM-5 - Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders), 5. izdanje

GPL – granični poremećaj ličnosti

NPL – narcistični poremećaj ličnosti

PTSP – posttraumatski stresni poremećaj

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

SADRŽAJ

SAŽETAK.....	5
SUMMARY.....	6
1. UVOD	1
2. NARCIZAM.....	2
2.1. Etimologija i najpoznatije teorije narcizma.....	2
2.2. Normalni narcizam.....	3
2.3. Patološki narcizam	4
2.3.1. Grandiozni narcizam.....	4
2.3.2. Vulnerabilni narcizam	6
2.3.3. Maligni narcizam.....	6
2.4. Druge podjele patološkog narcizma.....	7
2.5. Narcistični poremećaj ličnosti	8
3. SUICIDALNOST.....	10
3.1. Definicija i terminologija	10
3.2. Modeli razumijevanja suicidalnog ponašanja	12
3.3. Model stresne dijadeze.....	12
3.4. Čimbenici rizika suicidalnosti	13
3.4.1. Psihijatrijski poremećaji i suicidalnost.....	13
4. POVEZANOST NARCIZMA I SUICIDALNOSTI.....	15
4.1. Idealni self i suicidalnost	16
4.2. Regulacija emocija i suicidalnost	18
4.2.1 Sram, bijes i agresija	19
4.3. Kronična suicidalnost.....	20
4.4. Komorbiditeti.....	21
4.5. Kultura, narcizam i suicidalnost	21
4.6. Dijagnostička obrada	22
4.7. Terapija.....	23
5. ZAKLJUČAK.....	25
6. ZAHVALE	26
7. LITERATURA	27
8. ŽIVOTOPIS.....	35

SAŽETAK

Povezanost narcizma i suicidalnosti, Autor: Mate Miletović

Narcizam bi se mogao definirati kao sposobnost održavanja pozitivne slike o sebi. Očituje se u obliku normalnog ili patološkog. Normalni narcizam je temelj čovjekova samopoštovanja, zrelog nošenja s emocijama i sposobnosti ostvarivanja kvalitetnih međuljudskih odnosa. U podlozi je potrebe za socijalnim priznanjem i prihvaćanjem te motivacije za napredovanjem. S druge strane, patološki narcizam je obilježen nesposobnošću održavanja zdravog samopoštovanja i posljedične ovisnosti o vanjskim potvrdama vlastite vrijednosti, nesposobnošću regulacije emocija poput srama, zavisti i bijesa te iskorištavajućim pristupom međuljudskim odnosima. Patološki se narcizam, ovisno o otvorenosti ili prikrivenosti grandioznosti, prevladavajućim mehanizmima regulacije samopoštovanja i emocija te načina ophođenja u međuljudskim odnosima dijeli na grandiozni i vulnerabilni narcizam. Psihičko ustrojstvo patološkog narcizma se temelji na istovremenoj prisutnosti lažne idealne slike sebe u sklopu narcistične grandioznosti, duboko prisutne narcistične vulnerabilnosti obilježene osjećajima srama, bezvrijednosti i inferiornosti te narcističnim obranama koje predstavljaju rigidne i sveobuhvatne mehanizme održavanja navedene dihotomije. Narcistična povreda predstavlja stvarnu ili percipiranu prijetnju samopoštovanju narcističnih osoba. U slučaju doživljavanja narcistične povrede, pad krhkog samopoštovanja rezultira jačanjem osjećaja srama, bezvrijednosti i inferiornosti. Navedeni osjećaji, poglavito sram, pobuđuju narcistični bijes koji može rezultirati agresivnim ponašanjem. Bijes i posljedična agresivnost mogu biti usmjereni prema ugrožavajućim objektima, ali i prema samome subjektu. U slučaju usmjerenosti na subjekt, agresija može rezultirati suicidom. Također, suicid može biti i način osvećivanja objektu. Suicid predstavlja svjesno uzrokovanje vlastite smrti, dok je suicidalnost širi pojam koji obuhvaća čitav spektar suicidalnog ponašanja. U suicidalnost spadaju i suicidalne fantazije koje narcističnim osobama mogu služiti kao jedan od temelja njihovim osjećajima superiornosti i posebnosti u sklopu narcistične grandioznosti. Poznato je i da različite kulture imaju različit utjecaj na povezanost patološkog narcizma i suicidalnosti. Terapija suicidalnih narcističnih bolesnika se temelji na prevenciji suicida u stanjima akutne suicidalnosti te psihoterapiji patološkoga narcizma.

Ključne riječi: patološki narcizam, grandioznost, vulnerabilnost, regulacija emocija, sram, bijes, agresivnost, suicidalnost, kultura, psihoterapija

SUMMARY

Relationship between narcissism and suicidality, Author: Mate Miletović

Narcissism could be defined as the ability to maintain a positive self-image. It manifests itself in the form of normal or pathological. Normal narcissism is the foundation of a person's self-esteem, mature dealing with emotions and the ability to achieve quality interpersonal relationships. It underlies the need for social recognition and acceptance as well as the motivation for self-improvement. On the other hand, pathological narcissism is characterized by an inability to maintain healthy self-esteem and consequent dependence on external affirmations of self-worth, an inability to regulate emotions such as shame, envy and anger, and an exploitative approach to interpersonal relationships. Pathological narcissism is divided into grandiose and vulnerable narcissism, depending on the openness or concealment of grandiosity, the prevailing mechanisms of regulation of self-esteem and emotions and the way of behaving in interpersonal relationships. The psychic structure of pathological narcissism is based on the simultaneous presence of a false ideal image of oneself within narcissistic grandiosity, deeply present narcissistic vulnerability marked by feelings of shame, worthlessness and inferiority and narcissistic defenses that represent rigid and comprehensive mechanisms of maintaining that dichotomy.. Narcissistic injury poses a real or perceived threat to the self-esteem of narcissistic individuals. In the case of experiencing narcissistic trauma, a decline in fragile self-esteem results in a heightened sense of shame, worthlessness, and inferiority. These feelings, especially shame, arouse narcissistic anger that can result in aggressive behavior. Anger and consequent aggression can be directed towards threatening objects, but also towards the subject himself. In the case of targeting the subject, aggression can result in suicide. Also, suicide can be a way of revenge on an object.. Suicide represents the conscious causing of one's own death, while suicidality is a broader term that encompasses the full spectrum of suicidal behavior. Suicidality also includes suicidal fantasies that can serve as one of the foundations of narcissistic persons' feelings of superiority and uniqueness within narcissistic grandiosity. It is also known that different cultures have different influences on the association of pathological narcissism and suicidality. Therapy of suicidal narcissistic patients is based on suicide prevention in states of acute suicidality and psychotherapy of pathological narcissism.

Keywords: pathological narcissism, grandiosity, vulnerability, emotion regulation, shame, anger, aggression, suicidality, culture, psychotherapy

1. UVOD

Suicid ili samoubojstvo je čin svjesnog i namjernog oduzimanja vlastitog života uslijed nemogućnosti pojedinca da se nosi sa životnim problemima i stresom. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) procjenjuje da svake godine više od 700 000 ljudi počini samoubojstvo, zbog čega se ovaj problem ne smatra više samo psihijatrijskim, već i javnozdravstvenim (1). Čin je to koji je uzrokovan velikom patnjom ljudi koji se odluče počiniti ga, ali je i razlog patnji njihovih bližnjih koji se moraju nositi s gubitkom.

Iako mentalni poremećaji nisu izravan uzrok samoubojstvu, čak 90 % osoba koje su počinile suicid zadovoljavaju kriterije jednog ili više mentalnih poremećaja. Najčešće su to osobe koje pate od bipolarnog afektivnog poremećaja, depresije, raznih ovisnosti i poremećaja ličnosti skupine B u koje spada i narcistični poremećaj ličnosti (NPL) (2). Ako uzmemo u obzir stereotipne odlike narcizma od kojih se najčešće spominju visoko mišljenje pojedinca o svojoj vrijednosti, prenaplašeno samopouzdanje koje nerijetko prelazi u aroganciju i vjerovanje u svoju posebnost, spomenuta povezanost narcizma i suicidalnosti bi se mogla doimati nelogičnom, jer, teško je zamisliti da si netko tko toliko „voli“ sebe na kraju oduzme život. No, dubljim proučavanjem pozadine narcističkih psiholoških obrazaca, ta povezanost prestaje biti toliko iznenađujuća.

2. NARCIZAM

2.1. Etimologija i najpoznatije teorije narcizma

Pojam narcizam se u svakodnevnom životu koristi kako bi se opisali prekomjerno sebeljublje i/ili usmjerenost na vlastite potrebe nauštrb brige za osjećaje i potrebe drugih. Značenje je dobio na temelju starogrčkog mita o Narcisu koji je bio izrazito lijep mladić u kojega su svi koji bi ga vidjeli bili zaljubljeni. Narcis nije pretjerano mario za upućene iskaze ljubavi te je sva udvaranja odbijao. Jednoga dana, šetajući, ugledao je izvor s kojega se poželio napiti vode. Nagnuvši se, Narcis je na bistroj površini vode ugledao svoj odraz lica u koji se zaljubio. Ne shvaćajući da je to samo odraz njegova lica, poželio ga je dotaknuti, no pri svakom pokušaju bi se odraz izgubio. Narcis je tako dugo vremena stajao nad svojim odrazom te je jednog dana upao u vodu i utopio se, a na tom mjestu je izrastao cvijet narcis.

U stručnoj literaturi, narcizam se prvi puta spominje krajem 19 st. Havelock Ellis ga koristi za opisivanje divljenja samome sebi, a Paul Nacke narcizmom naziva spolnu perverziju u kojoj se osoba prema vlastitu tijelu odnosi kao prema tijelu spolnog objekta (3). Zasiurno najpoznatije teorije narcizma su ponudili Sigmund Freud, Heinz Kohut i Otto Kernberg.

U svome djelu „O narcizmu“ iz 1914. godine, Freud psihoanalitički koncept narcizma objašnjava u okviru svoje nagonske teorije. Temelj tog koncepta je tvrdnja da osoba svoj libido može usmjeriti ili na sebe tj. svoj *ego* ili na objekte tj. druge osobe. Prema njegovoj teoriji, tzv. primarni narcizam predstavlja fazu razvoja djeteta u kojoj je libido usmjeren na *ego*. Tijekom razvoja, dio usmjerenosti libida s *ego* prelazi na objekte, ali nikada u potpunosti, a u slučaju nekog problema bilo psihičkog ili fizičkog, libido se opet može s objekata usmjeriti na *ego* što se i događa u sekundarnom narcizmu koji se manifestira tipičnim narcističnim obrascima razmišljanja i ponašanja (3).

Heinz Kohut, utemeljitelj *self*-psihologije, predložio je jednu od najpoznatijih teorija narcizma. Slično Freudu, Kohut je smatrao da djeca u svom razvoju prolaze kroz fazu tzv. primarne grandioznosti tijekom koje smatraju da se svi događaji odvijaju zbog njih. Kako bi daljnji razvoj bio normalan, roditelji bi trebali donekle zrcaliti djetetov osjećaj grandioznosti. To zrcaljenje, koje u smislu odgoja predstavlja empatiju, toplinu i prihvaćanje djeteta, je temelj razvoja kasnijeg djetetova samopoštovanja. Kohut navodi dva tipa roditeljskog odgoja koji su u podlozi razvoja patološkog narcizma. Emocionalna hladnoća i zanemarivanje djetetovih potreba može dovesti do razvoja nesigurne slike o sebi i posljedičnog kasnijeg traženja izostale afirmacije. Također, odgoj u kojem roditelji imaju potrebu da dijete zrcali njih i da ispunjava njihova velika očekivanja, može dovesti do kasnije podložnosti osjećaju srama nakon svakog, i najmanjeg neuspjeha (4).

Otto Kernberg je smatrao da je narcistični poremećaj ličnosti rezultat patološke organizacije *selfa* (doživljaja sebe), idealnog *selfa* (idealizirane verzije sebe) koji nastaje kao kompenzacija za djetetovu jaku frustraciju i idealnog objekta (najčešće majke), kojim se zamjenjuje stvarni obezvrijeđeni roditeljski objekt. Sjedinjenjem navedenih triju komponenti nastaje grandiozni *self*. Prema tome, osnovna razlika između Kohutove i Kernbergove teorije je ta da Kernberg, za razliku od Kohuta, grandiozni *self* i općenito narcistično mentalno ustrojstvo ne vidi kao rezultat zastoja u psihičkom razvoju, već kao patološki razvijen konstrukt koji je rezultat traume (3). Prema Kernbergu, patološki se narcizam očituje u obliku patološkog sebeljublja, patološkog odnosa prema objektima i patološkog *superega*. Patološko sebeljublje karakterizira grandioznost, osjećaj superiornosti i preuveličane sposobnosti i zasluge koje nisu u skladu s realnim postignućima. U odnosima s objektima, patološki narcizam karakterizira zavist, obezvrjeđivanje i iskorištavanje drugih te manjak empatije i sposobnosti povezivanja s drugima. Patološki *superego* se očituje nemogućnošću osjećaja depresije, sramom reguliranim samopouzdanjem te pristranim moralnim sustavom. Krajnja patologija *superega* dovodi do pojave malignog narcizma kojeg obilježavaju antisocijalno ponašanje, paranoidnost, egosintoni sadizam i agresija (5).

2.2. Normalni narcizam

Načelno, narcizam bi se mogao definirati kao sposobnost održavanja pozitivne slike o sebi. U podlozi je potrebe za priznanjem i prihvaćanjem te motivacije za napredovanjem. U znanstvenim krugovima je uvriježen stav o postojanju dva oblika narcizma, normalnog i patološkog koji se razlikuju po stupnju adaptivnosti strukture ličnosti, psihološkim potrebama te mehanizmima regulacije samopouzdanja i emocija (6). Postoje neslaganja oko odnosa između normalnog i patološkog narcizma. Dok jedan dio autora smatra da je patološki narcizam abnormalna krajnost normalnog narcizma (5), drugi smatraju kako su to dvije različite dimenzije ličnosti (6).

Normalni narcizam je temelj čovjekova zdravog samopoštovanja, kvalitetnih međuljudskih odnosa te zrelog nošenja s emocijama zbog čega ima važnu ulogu u suočavanju sa životnim teškoćama te sposobnosti osobe da živi sretan i produktivan život (5). Normalni narcizam doprinosi subjektivnoj dobrobiti tj. pozitivnoj samopercepciji te je u pozadini čovjekove motivacije za radom i napretkom. Osobe s normalnim narcizmom su ambiciozne, uspješne i zadovoljne te su manje podložne mentalnim bolestima poput depresije ili anksioznosti. Iako imaju ponešto preuveličanu sliku o sebi i izraženu kompetitivnost, ove osobe su u međuljudskoj interakciji ležerne i opušteno te svoje samopouzdanje koriste kako bi bile uspješne. Ipak, zbog navedenih osobina, povremeno mogu imati problema u međuljudskim odnosima koji su i najčešći uzrok, rijetkih, ali mogućih, depresivnih ili anksioznih epizoda (4).

2.3. Patološki narcizam

Za razliku od normalnog, patološki narcizam obilježava vulnerabilnost i loša regulacija samopoštovanja, nemogućnost kontrole emocija, posebice srama, zavisti i bijesa te iskorištavanje međuljudskih odnosa u svrhu povećanja ili zaštite samopoštovanja (5). U današnjoj psihoterapijskoj praksi uvriježena su dva tipa patološkog narcizma, grandiozni i vulnerabilni (3). Zajednički su im, grandiozne fantazije, preokupiranost sobom, nedostatak empatije i sposobnosti za intimnost, dok glavnu razliku predstavljaju strategije očuvanja samopoštovanja, nošenja s vlastitim emocijama i međuljudskim odnosima (4) te otvorenost ili prikrivenost grandioznosti (7). Važno je naglasiti da navedena dva oblika patološkog narcizma mogu prelaziti iz jednog u drugi, ovisno o tome koji psihološki i bihevioralni obrasci u nekom trenutku prevagnu (7).

2.3.1. Grandiozni narcizam

Temeljni mehanizam regulacije samopoštovanja kod ovog tipa narcizma je grandioznost, izražena kroz osjećaje vlastite superiornosti i posebnosti, te grandiozne fantazije o moći, slavi, uspjehu, divljenju i sl. U ponašanju, grandioznost se najčešće očituje kao sebičnost, hvalisanje i uobraženost. Grandiozna slika sebe je vrlo krhka zbog čega su ovakve osobe u stalnoj potrazi za pažnjom i divljenjem (8). S druge strane, na kritiku, poraz ili neku drugu prijetnju njihovu samopoštovanju vrlo burno reaguju (9).

Zbog nesposobnosti regulacije emocija se kod ovog oblika narcizma, kao reakcije na stvarnu ili percipiranu prijetnju samopoštovanju, mogu javiti intenzivni osjećaji bijesa, srama i zavisti te promjene raspoloženja (5).

Iritabilnost, ogorčenost, osvetoljubivost, mržnja i bijes su varijacije agresije koja je usko vezana uz patološki narcizam. Kohut je opisao narcistični bijes kao reakciju na narcističnu povredu te ga je povezivao s kompulzivnom potrebom za kontrolom vlastite okoline, potrebom za osvetom, za ispravljanjem nepravdi i poništavanjem boli (5). Narcistični bijes ima za cilj očuvanje vlastite sigurnosti (10) i kao takav je povezan sa samoodržanjem (11). U usporedbi s normalnim narcizmom kod kojeg je agresija opravdana i u granicama društveno prihvatljivog, narcistični bijes je praćen nemilosrdnošću, manjkom empatije i nepraštanjem. Usmjeren prema subjektu, bijes može rezultirati i suicidom (5).

Sram je negativan afekt koji uključuje negativnu samoprocjenu i javlja se nakon nekog moralnog prijestupa ili neostvarenog cilja ili ideala (3). Osjećaji prijezira i gađenja od strane okoline te vlastite manjkavosti ili nedostatnosti probuđuju osjećaj srama (12). Za razliku od normalnog narcizma kod kojeg sram može biti konstruktivan i upućivati na moguće negativne posljedice i potrebu promjene neadekvatnog ponašanja i stava, kod patološkog narcizma, zbog nemogućnosti nošenja s

emocijama, sram je izrazito bolan (5). Usmjeren je prema cijelom *selfu* te je praćen osjećajima izloženosti, bespomoćnosti i bezvrijednosti zbog čega znatno utječe na samopoštovanje (13). Dok se kod vulnerabilnog narcizma zbog srama javlja potreba za skrivanjem, kod grandioznog narcizma sram je povezan s bijesom, neprijateljstvom i sklonošću za okrivljavanjem drugih (14). Sramom potaknut bijes ima obrambenu ulogu i usmjeren je prema onima koji ugrožavaju samopoštovanje. Bijes vraća osjećaj kontrole (15) i pruža djelomično rasterećenje od srama (16). Sram se odražava i na interpersonalne odnose. Zbog preokupiranosti sobom, osoba koja se srami ima smanjene kapacitete za empatiju (17), a sramom izazvan bijes i posljedični neprijateljski stav dovodi do odbijanja od strane okoline (15).

Zavist je osjećaj koji se javlja zbog istovremenog neposjedovanja i prisutnosti želje za nekim dobrom koje posjeduje druga osoba (18). Zavist nije društveno prihvatljiva emocija i izaziva osjećaj srama zbog čega ju osobe vrlo često poriču (5). Kao i sram, zavist uz sposobnost adekvatne regulacije emocija može biti konstruktivna. Umjereni zavist, često udružena s divljenjem prema osobi kojoj se zavidi, može poticati rad na sebi i napredovanje. Također, može pomoći prepoznati što je osobi važno, što cijeni i čemu teži te biti motivacija za postizanjem istog (5). S druge strane, kod patološkog narcizma, zavist predstavlja mržnju prema dobrim objektima zbog doživljavanja dobra u drugih prijetnjom vlastitoj grandioznosti. U težim slučajevima, zavist može probuditi želju za uništenjem dobra koje nije moguće posjedovati (19) uključujući sreću i moguća buduća postignuća i odnose druge osobe. Zbog preosjetljivosti na kritiku ili strah od ugrožavanja vlastitog dobra, narcistične osobe, također, mogu vrlo negativno reagirati na druge osobe za koje misle da im zavide (8).

Problemi u regulaciji afekata se kod patološkog narcizma očituju i naglim promjenama raspoloženja Iritabilnost, ciničnost, depresivnost, ali i uzbuđenje, optimizam pa čak i hipomanija su zapravo odrazi prisutnosti ili odsustva potvrda i prijetnji samopoštovanju (20).

Međuljudski odnosi patoloških narcisa su obilježeni arogantnim i nadmenim stavom (8), željom za kontrolom drugih (9), nemogućnošću dugoročnog povezivanja i privrženosti te nedostatkom empatije (20).

Empatija je jedna od vještina koje pridonose adekvatnom psihološkom i socijalnom funkcioniranju. Predstavlja sposobnost razumijevanja i primjerenog reagiranja na emocije i potrebe drugih ljudi. Empatija je vrlo bitna u socijalnim interakcijama i međuljudskim odnosima, ali i kao čimbenik vlastite samoregulacije (5) jer razumijevanje tuđih osjećaja proizlazi iz sposobnosti razumijevanja vlastitih (21). Prema tome, sposobnost nošenja s vlastitim negativnim emocijama i stresom se dijelom temelji i na empatiji.

2.3.2. Vulnerabilni narcizam

Iako dijele određene zajedničke karakteristike poput osjećaja superiornosti i posebnosti, nemogućnosti dugoročnog povezivanja s drugima, nedostatka empatije te sklonosti jakom osjećaju zavisti (8), vulnerabilni i grandiozni narcizam se u mnogočemu razlikuju.

Kod vulnerabilnog narcizma, izbjegavanje je glavni mehanizam očuvanja krhkog samopoštovanja (22). Grandioznost je prikriivena, a grandiozne fantazije su kompenzacija za stvarne uspjehe koji, zbog straha od artikuliranja i djelovanja u skladu s ambicijama, nisu ostvareni (8). Osjećaj srama koji se javlja zbog grandioznih ambicija te stroga savjest s izraženom samokritičnošću onemogućuju djelovanje te potiču skrivanje, kako grandioznih, tako i realnih ciljeva i ambicija. Nesrazmjer između ambicija i realnosti doprinosi osjećaju srama i inferiornosti te onemogućuje osobu da se raduje i ponosi čak i onime što je ostvarila (8).

Vulnerabilni narcizam karakteriziraju emocionalna preosjetljivost i sklonost sramu koji je rezultat neostvarenih ciljeva ili manjkavih sposobnosti (20). Također, prisutni su nesretnost, pesimizam, neispunjenost te čežnja za priznanjem (23).

U interpersonalnim odnosima, vulnerabilni narcizam je često prikriiven sramežljivošću i lažnom zainteresiranošću za druge. No, kao i kod grandioznog narcizma, prisutni su osjećaji zavisti i orijentiranost prema sebi zbog čega su sposobnost za empatiju te sposobnost povezivanja s drugim ljudima smanjene. Kod vulnerabilnog narcizma je prisutna stroga i konzistentna savjest zbog koje su ove osobe u stanju osjećati krivnju zbog spomenute neempatičnosti i orijentiranosti na sebe (5).

2.3.3. Maligni narcizam

Maligni narcizam je krajnji stupanj narcizma koji je, osim navedenim poremećajima patološkog narcizma, obilježen i disfunkcionalnim *superegom* (24). Prema tome, maligni narcizam je kombinacija narcističnog (NPL) i antisocijalnog (ASPL) poremećaja ličnosti (5). Prema Kernbergu, tipična obilježja patološkog narcizma, antisocijalne crte ličnosti, egosintoni sadizam te paranoidne crte ličnosti su glavna obilježja malignog narcizma. Agresija i sadizam predstavljaju način afirmacije (3) te su povezani s povećanjem samopoštovanja (24). Osim prema drugima, agresija može biti okrenuta i prema sebi. Maltzberger je opisao suicide počinjene u stanju ushićenosti i grandiozne ekstaze (25). Suicidalnost kod malignog narcizma je rezultat vjerovanja da je sposobnost oduzimanja vlastitoga života dokaz superiornosti i pobjede nad strahom od smrti (24).

2.4. Druge podjele patološkog narcizma

Osim navedene, mnogi su autori ponudili svoju podjelu patološkog narcizma.

Vaknin je bolesnike s NPL-om podijelio na „cerebralne“, koji zadovoljavaju svoje narcistične potrebe kroz inteligenciju i akademske uspjehe, te „somatske“ koji za to koriste svoj fizički izgled (3).

Theodore Millon je odredio pet tipova narcisa (3):

1. Neprincipijelni narcisi – beskrupulozni šarlatani, koji vrlo često daju lažna obećanja u svrhu iskorištavanja okoline; djelomično se preklapa s antisocijalnim poremećajem ličnosti
2. Atraktivni narcisi – osim narcističnih, karakteriziraju ih i histrionične crte ličnosti i egzibicionizam
3. Kompenzatorni narcisi – pasivno agresivne osobe koje vrlo često pribjegavaju izbjegavajućim obrascima ponašanja
4. Elitistični narcisi – osobe s tipičim grandioznim crtama u ponašanju
5. Fanatični narcisi – osim narcističnih, odlikuje ih i velik broj paranoidnih crta ličnosti koje im daju iluziju svemoći; vole se predstavljati kao heroji s velikim idejama koje uključuju grandiozne misije spašavanja

Joan Lackhar podijelila je narcizam na antisocijalni, depresivni, opsesivno-kompulzivni i, već opisani, maligni narcizam (3).

Antisocijalni narcizam, prema Lackhar, je najozbiljniji predstavnik patološkog narcizma zbog potpunog izostanka *superega* u njihovom psihičkom funkcioniranju. Ove pojedince karakterizira neprilagođenost društvenim normama svake vrste zbog čega ih se često povezuje s nezakonitim radnjama te manipulativno ponašanje sa sklonošću prijevari. Krivnja zbog spomenute neprilagođenosti im je nepoznat osjećaj, kao i žaljenje koje mogu osjećati samo prema sebi.

Depresivni narcizam obilježava jak osjećaj krivnje pod utjecajem kritičnog i samokažnjavajućeg *superega* koji nastupa kada vanjske potvrde lažnog *selfa* nisu zadovoljene. Ugroze za lažni *self* mogu biti kritike od strane drugih, gubitak posla, starenje i sl. Pacijenti s ovim tipom narcizma prikazuju sebe kao žrtve u svrhu dobivanja sažaljenja, što vrlo često, zbog ustrajnosti, tjera druge ljude od njih.

Opsesivno-kompulzivni narcizam je obilježen velikom težnjom savršenstvu koja predstavlja temelj njihovom grandioznom *selfu*. Često su to vrlo vrijedne i poslovno uspješne osobe. Obilježava ih

prevelika usmjerenost na red i čistoću iako ih to samo čini nemirnijima. Njihov *superego* je vrlo strog, ali se, za razliku od depresivnog tipa, okreće prema drugim ljudima, a ne prema samome sebi zbog čega su te osobe vrlo često mazohistične te bez empatije za druge ljude (3).

2.5. Narcistični poremećaj ličnosti

Poremećaji ličnosti, prema DSM-5 predstavljaju dugotrajan i stabilan obrazac razmišljanja i ponašanja koji znatno odstupaju od standardnih društvenih normi i očekivanja, a dovodi do smetnji u svakodnevnom životu u četiri kategorije: kognitivnoj, afektivnoj, međuljudskim odnosima i kontroli impulsa. Smetnje počinju u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, a ne mogu se objasniti drugim medicinskim stanjem ili uporabom lijekova ili drugih tvari (26).

Narcistični poremećaj ličnosti (NPL) pripada grupi B poremećaja ličnosti u koje još spadaju i histrionski, antisocijalni i granični poremećaj ličnosti, a zajedničke osobine su im nepredvidivost u razmišljanju i ponašanju, dramatičnost te neadekvatna kontrola emocija (27).

Prema DSM-5, narcistični poremećaj ličnosti obilježavaju grandioznost u ponašanju i razmišljanju, neprestana potreba za divljenjem te nedostatak empatije, a dijagnosticira se na temelju zadovoljenih pet ili više od sljedećih kriterija (26):

- Grandiozni osjećaj vlastite važnosti
- Zaokupljenost fantazijama o uspjehu, moći, ljepoti
- Vjerovanje u vlastitu posebnost koju mogu razumjeti samo drugi posebni ljudi ili oni visokog statusa te se stoga samo s njima treba povezivati
- Potreba za pretjeranim divljenjem
- Nerazumno očekivanje da se prema njemu treba posebno postupati te da bi se drugi trebali podrediti njegovim željama i očekivanjima
- Sklonost iskorištavanju drugih radi postizanja vlastitih ciljeva
- Nedostatak empatije i sposobnosti prepoznavanja tuđih potreba i osjećaja
- Zavist ili umišljanje da drugi zavide njemu
- Arogantno ponašanje i stav

S obzirom da su ovi kriteriji relativno uski, orijentirani ponajviše na grandiozni tip NPL-a i da zanemaruju druge tipove ovog poremećaja, u poglavlju o alternativnom modelu pristupa

poremećajima ličnosti, za NPL se kao bitno obilježje, uz standardnu grandioznost, navodi i promjenjiv i krhak osjećaj samopoštovanja koji se nastoji očuvati traženjem vanjske potvrde i prihvaćanja. Također, proširuje se i koncept grandioznosti koja prema ovom modelu može biti otvorena, ali i prikrivena (26), zbog čega ovaj model sveobuhvatnije i preciznije konceptualizira NPL.

3. SUICIDALNOST

3.1. Definicija i terminologija

Otac moderne suicidologije Edward S. Shneidman je u svojoj knjizi „Definition of suicide“ definirao suicid kao svjestan samouništavajući čin koji proizlazi iz brojnih slabosti koje osoba ni na koji drugi način ne može riješiti (28). Osim njega, svoju definiciju suicida je ponudio i neurolog Erwin Stengel koja glasi: „Suicid je ljudski čin samouništenja, namjerno oduzimanje vlastita života.“ (2). Navedene definicije su vrlo jednostavne i jasne, no kliničarima u svakodnevnom radu nisu od prevelike pomoći s obzirom da je suicid samo krajnji dio spektra tzv. suicidalnog ponašanja. O' Carroll i suradnici su napravili jednu od najcitiranijih klasifikacija suicidalnog ponašanja (29) koja razlikuje:

1. Samoubojstvo (suicid) – dokazana samouzrokovana smrt
2. Pokušaj samoubojstva – samoozljeđujuće ponašanje s izostalim fatalnim ishodom, ali uz dokazanu namjeru oduzimanja vlastitog života
3. Prekinuti pokušaj samoubojstva – pokušaj samoubojstva koji je prekinut prije uzrokovanja tjelesne ozljede
4. Promišljanja o samoubojstvu (suicidalne ideacije) – razmišljanja o prouzročavanju vlastite smrti
5. Suicidalna namjera – očekivanje i želja da svojevljni čin dovede do vlastite smrti
6. Smrtnost samoubojičkog ponašanja – objektivna opasnost po život povezana s metodom izbora prekida vlastitog života
7. Namjerno samoozljeđivanje – namjerno nanošenje ozljeda samome sebi, bez namjere oduzimanja vlastitog života.

Osim navedene klasifikacije, postoji i ona prof. Jakovljevića iz 1986. godine koja proširuje spektar suicidalnog ponašanja uvođenjem pojmova: neizravno samodestruktivno ponašanje (sklonost nesrećama) koje pojedinac ne doživljava kao suicidalno, ali je uvjetovano podsvjesnom željom za okončanjem vlastita života, „parasuicidalna pauza“ koja predstavlja čin sličan samoubojstvu kojeg osoba učini s ciljem „privremene“ smrti tj. prekida teške realnosti, prijetnja suicidom kojom osoba upoznaje okolinu sa svojim suicidalnim namjerama te parasuicidalni gest koji nema za cilj prekid vlastitog života već je apelativnog karaktera (30). Također, ističe da osobe pribjegavaju suicidalnom ponašanju s određenim ciljevima i motivima od kojih navodi: poziv u pomoć, samokažnjavanje uslijed osjećaja krivnje, bijeg iz nepodnošljive situacije, ucjenjivanje okoline i sl. (2).

Bez obzira na gore spomenute klasifikacije, u suicidologiji još uvijek ne postoji definitivni konsenzus u pogledu terminologije suicidalnog ponašanja. U svrhu boljeg razumijevanja kliničara

i istraživača i preciznije nomenklature različitih oblika suicidalnog ponašanja, Psihijatrijski institut američkog sveučilišta Columbia je 2007. godine objavio Klasifikacijski algoritam procjene suicidalnog ponašanja (Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment, C-CASA) koja razlikuje osam kategorija suicidalnosti podijeljenih u tri skupine: suicidalni događaji, nesuicidalni događaji te nedeterminirani ili potencijalni suicidalni događaji (31, prikazano u Tablici 1).

Tablica 1. C-CASA, prema Posner i sur., 2007.

Klasifikacija/Kategorija	Definicija/Pojašnjenje
1. Suicidalni događaji	
počinjeni suicid	samoozljeđujuće ponašanje sa smrtnim ishodom pri kojem je postojala određena namjera da do istog dođe
pokušaj suicida	potencijalno samoozljeđujuće ponašanje s dokazanom namjerom da se oduzme vlastiti život; može i ne mora rezultirati stvarnom ozljedom
pripremne aktivnosti za pokušaj suicida	poduzete su pripremne radnje u svrhu oduzimanja vlastitog života, ali se pokušaj zaustavlja (od strane sebe ili drugih) prije početka samoozljeđivanja
suicidalna ideacija	pasivne misli o želji za vlastitom smrću ili aktivno promišljanje o oduzimanju vlastitog života koje nije praćeno pripremnim aktivnostima
2. Nesuicidalni događaji	
samoozljeđujuće ponašanje bez suicidalne intencije	samoozljeđujuće ponašanje nije praćeno namjerom da se oduzme vlastiti život, već se poduzima sa svrhom rasterećenja od napetosti ili izazivanja reakcije okoline
ostali samoozljeđujući događaji bez namjere da se svojim ponašanjem nanese šteta vlastitom tijelu	nema dokaza da je događaj vezan uz suicidalnu ili samoozljeđujuću namjeru; smatra se slučajnim samoozljeđivanjem

3. Nedeterminirani ili potencijalni suicidalni događaji

samoozljeđujuće ponašanje, suicidalna intencija nepoznata	ozljeda ili potencijal za ozljedu koju si je pojedinac sam nanio su jasni, ali nepoznato je je li pritom imao suicidalne namjere
nedovoljno informacija	suspektno samoozljeđujuće ponašanje za koje se ne može sa sigurnošću odrediti je li ga i iz kojeg razloga počinio sam pojedinac ili je riječ o slučajnosti

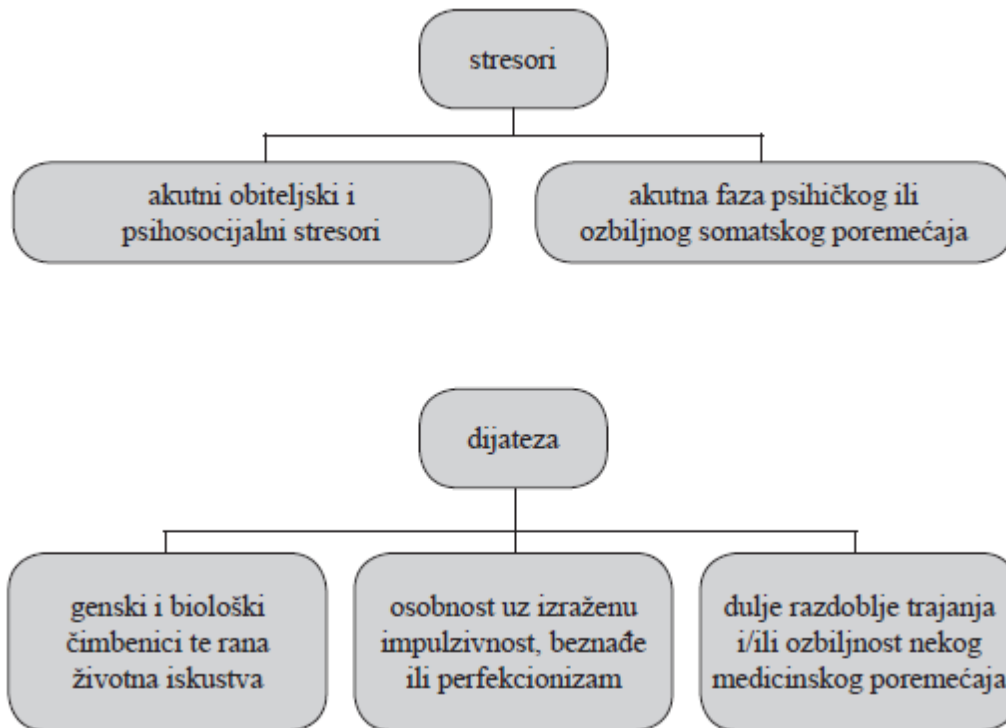
3.2. Modeli razumijevanja suicidalnog ponašanja

Do danas su ponuđene mnoge teorije i modeli koji su pokušali iz različitih perspektiva objasniti suicidalno ponašanje i njegove uzroke. Prema sociološkom modelu koji je stvorio francuski sociolog Durkheim, uzroci samoubojstva leže u neadekvatnoj interakciji pojedinca s društvom i društvenim normama. Kognitivni modeli su kao glavne uzroke suicidalnosti vidjeli izraženo rigidno mišljenje (sve je crno ili bijelo), lažna uvjerenja te sklonost katastrofiziranju i naglašen pesimizam. Psihoanalitički modeli su tumačili samoubojstvo kroz prizmu objektnih odnosa pa je tako Freud tvrdio da je autoagresija zapravo posljedica poistovjećivanja *ega* s voljenim objektom čije napuštanje ili gubitak dovodi do istovremenih osjećaja ljubavi i mržnje prema objektu koja se na kraju usmjeruje prema subjektu s posljedičnim samokažnjavanjem (2).

3.3. Model stresne dijateze

Prema modelu stresne dijateze na kojoj se temelji suvremeno razumijevanje suicidalnog ponašanja, suicidalnost je rezultat interakcije između vulnerabilnosti osobe te dovoljno jakih stresora s kojima se osoba susreće u svojoj okolini. Mogućih stresora je mnogo, a dijele se na biološke i psihosocijalne. U kontekstu suicidalnog ponašanja, najčešći stresori su traumatska interpersonalna iskustva u obitelji ili široj društvenoj zajednici ili akutno pogoršanje nekog mentalnog ili somatskog poremećaja. Dijateza ili vulnerabilnost predstavljaju osjetljivost na spomenute stresore i uvelike uvjetuje kako će se osoba s njima nositi. U općoj populaciji uglavnom prevladavaju niska do srednja vulnerabilnost. Na visoku vulnerabilnost mogu ukazivati smanjena sposobnost samokontrole uz agresivne i impulzivne reakcije te smanjena sposobnost nošenja s problemom. Uzroci povišene dijateze se mogu podijeliti na biološke (prije svega genske) čimbenike te rana životna iskustva,

obilježja ličnosti impulzivnost, beznađnost i perfekcionizam te dulje razdoblje trajanja nekog ozbiljnijeg medicinskog poremećaja (2), prikazano na Slici 1.



Model stresne dijateze suicidalnog ponašanja (2)

3.4. Čimbenici rizika suicidalnosti

Istraživanja su pokazala da postoje specifični čimbenici rizika suicidalnog ponašanja. Ustanovljeno je da muškarci dvostruko češće počine samoubojstvo (32), dok se kod žena bilježi češći pokušaj samoubojstva (2). Osim spola, bitni rizični faktori su i obiteljska sklonost, raniji pokušaji suicida, siromaštvo i socijalna deprivacija, narušeno fizičko zdravlje u vidu karcinoma i kroničnih bolesti kao što su multipla skleroza, astma i epilepsija, te mentalne bolesti i poremećaji (32).

3.4.1. Psihijatrijski poremećaji i suicidalnost

Psihijatrijskim poremećajima se pripisuje velika većina počinjenih ili pokušanih suicida. U odnosu na opću populaciju, učestalost suicida kod mentalno oboljelih je deset puta veća. Ovisno o istraživanju, psihički oboljeli čine između 60 i 98 % dok je ostatak posljedica teških životnih situacija poput financijskih problema i problema u međuljudskim odnosima (32). Najveći rizik počinjenog suicida je zabilježen kod bipolarnog afektivnog poremećaja (BAP) i iznosi između 15 i 18 %. Slijede ga alkoholizam i depresija s rizikom od približno 15 %. Znatno rizik počinjenog suicida nose i shizofrenija, ostale ovisnosti te poremećaji ličnosti grupe B (2).

Rizik počinjenog suicida kod nehospitaliziranih osoba s poremećajima ličnosti iznosi oko 12 %, dok kod hospitaliziranih iznosi 15 % (33). Od poremećaja ličnosti najveći rizik, između 3 i 9 %, je zabilježen kod graničnog poremećaja ličnosti (GPL) (33), a slijedi ga NPL s rizikom od oko 5% (34).

4. POVEZANOST NARCIZMA I SUICIDALNOSTI

Iako se rizik pokušaja i počinjenja suicida najčešće veže uz mentalne poremećaje s osi I, pretežito poremećaje raspoloženja i ovisnosti, u 5-19 % osoba koje su počinile suicid nije bila dijagnosticirana takva patologija (35). Istraživanja su pokazala da 5-10 % osoba s poremećajem ličnosti počinu suicid te da su poremećaji ličnosti rizični faktor počinjenja suicida, ali i kronične suicidalnosti s ponavljanim pokušajima (5). Kako je već spomenuto, najveći rizik suicidalnosti se veže uz GPL, između 3 i 9 % (33), a slijedi ga NPL s rizikom od 5 % (34).

Više je studija utvrdilo povezanost NPL-a i suicidalnog ponašanja. Stone je 1989. godine proveo istraživanje među 550 psihijatrijskih bolesnika u kojem je zabilježio približno tri puta veći rizik od suicida među osobama s NPL-om ili narcističnim crtama ličnosti u usporedbi s ostatkom uzorka (36). Heisel i suradnici su u svom istraživanju rizika suicida među starijim pacijentima koji su bolovali od depresije utvrdili da su oni s NPL-om ili narcističnim crtama bili pod većim rizikom počinjenja suicida od ostatka uzorka (37). Iako stari, pacijenti s NPL-om su zadržali visoka očekivanja prema sebi koja zbog fizičkih, ali i kognitivnih ograničenja nisu više mogli ispunjavati što je u njima izazvalo razočarenje i bol (38). Na suicid su gledali kao na način bijega od te boli tj. nesavršenog sebe koji ju je uzrokovao (39).

Brojni su autori dali teorijsko objašnjenje povezanosti suicidalnosti i narcizma. Perry je kao razlog rizika od suicida osoba s NPL-om naveo vulnerabilno samopouzdanje praćeno disforijom zbog neuspjeha, kritike ili poniženja. Henseler je suicid smatrao činom kojim osoba s izraženom vulnerabilnošću želi sačuvati krhko regulirano samopoštovanje, a Kohut je smatrao suicid autoagresijom proizašlom iz bijesa uzrokovanog poniženjem ili nekim drugim narcističnim ozljedama. Kernberg je naveo da je suicidalnost odraz svjesne ili nesvjesne ideje o sposobnosti oduzimanja vlastitoga života kao dokaza superiornosti i pobjede nad strahom od boli i smrti. Također, kod težih oblika NPL-a, kronično prisutne suicidalne ideje mogu biti sredstvo održanja superiornosti i pobjede nad terapeutom. Naime, ako se terapeut pokaže uspješnim, kod narcističnih bolesnika se može javiti sram zbog osjećaja ovisnosti o terapeutu te zavist zbog terapeutove sposobnosti da im pomogne (5).

U odnosu na ostale poremećaje ličnosti skupine B, suicidalnost kod NPL-a pokazuje određene posebnosti. Prema istraživanjima, povodi suicidima kod NPL-a su najčešće obiteljski, financijski i zdravstveni problemi kao što su gubljenje posla, ovrhe, svađe s bračnim partnerom ili teška ozljeda i bolest. Kod ASPL-a su najčešći povodi suicidima problemi sa zakonom i posljedično služenje zatvorskih kazni, dok se kod GPL-a nisu zabilježili specifični povodi (40). Nadalje, za razliku od GPL-a, otvoreno iskazivanje suicidalnih namjera u obliku parasuicidalnog ponašanja i

suicidalnih prijetnji nije tipično za NPL. Bolesnici s NPL-om svoju suicidalnost ne koriste u svrhu manipuliranja okolinom ili privlačenja pažnje, već kao unutarnji regulator njihova krhkog samopouzdanja i negativnih emocija poput srama, inferiornosti i bijesa (5). Zbog toga, suicidi narcističnih bolesnika su vrlo često iznenadni bez prethodnih naznaka suicidalnog ponašanja (41). Iako je impulzivnost zajednička osobina poremećaja ličnosti grupe B, pokušaji suicida narcističnih bolesnika su manje impulzivni, promišljeniji i letalniji u usporedbi s pokušajima bolesnika s GPL-om (40).

Krhko samopouzdanje, teškoće u reguliranju emocija te burne reakcije na stvarne ili umišljene kritike i poniženja mogu dovesti do iznenadnih suicida kod inače, barem prividno, funkcionalnih pojedinaca s NPL-om (2). Depresivno raspoloženje, gubitak interesa i mogućnosti uživanja, gubitak apetita i ostali simptomi depresije, često kod bolesnika s NPL-om nisu uočljivi ili ne postoje. Depresija, ali i ostali poremećaji s osi 1 ne moraju nužno biti prisutni kod NPL-a za postojanje rizika suicidalnosti zbog čega su se, za suicidalnost vezanu uz ovaj poremećaj, morala naći druga objašnjenja (42). Prema sociološkom modelu razumijevanja suicida francuskog sociologa Durkheima, tzv. anomična samoubojstva predstavljaju reakciju pojedinca na iznenadne i nepovoljne društvene i ekonomske promjene koje ga stavljaju u nepovoljniji društveni položaj u odnosu na ranije (2). Zbog narcističnog psihološkog ustrojstva kod kojeg su istovremeno prisutni narcistična vulnerabilnost i kompenzatorna lažna i krhka grandioznost te mehanizama regulacije samopouzdanja usmjerenih prema grandioznosti, suicidalnost kod narcističnih bolesnika može imati više dinamičkih značenja. Suicidalne im ideje mogu povećati osjećaj samopouzdanja zbog prividnog osjećaja kontrole jer predstavljaju dodatni mehanizam obrane od potencijalnih narcističnih povreda. Osim toga, suicidalnost može biti izraz agresivnog, kontrolirajućeg ili osvetničkog stava koji bi rečenica „Na moj način ili nikako.“ dobro opisala. Također, suicidalnost može biti i posljedica grandioznih ideja o vlastitoj neuništivosti ili želja da se, u slučaju gubitka grandioznog selfa, uništi nesavršeni, neuspješni i nepodnošljivi pravi *self* (5).

4.1. Idealni *self* i suicidalnost

Na razini strukture ličnosti, kod patološkog narcizma prisutna je podijeljenost tj. istovremena prisutnost grandioznog i vulnerabilnog *selfa*. Grandiozni *self*, obilježen osjećajima superiornosti i posebnosti te potrebom za moći i divljenjem, služi kao obrana i nadomjestak vulnerabilnome *selfu*, opterećenom osjećajima nemoći, bezvrijednosti, praznine i srama. Navedenu dihotomiju ili bipolarni *self*, narcistični bolesnici održavaju pomoću omnipotentnih sveobuhvatnih i rigidnih kognitivnih mehanizama koji se nazivaju narcističnim obranama. U narcistične obrane spadaju poricanje, izobličavanje, projekcija i rascjep (3). Rascjep predstavlja nemogućnost

doživljavanja sebe i drugih kao cjelina sastavljenih od istovremeno prisutnih pozitivnih i negativnih osobina (43). Rascjepom narcistične osobe pozitivne aspekte svoga života, koje nastoje naglasiti, odvajaju od negativnih koje potiskuju. Prema tome, rascjep je temeljni mehanizam na kojem počiva bipolarni *self* (3).

Povezanost narcizma i suicidalnosti se, kod patološkog narcizma, može tumačiti kroz prizmu grandioznosti (2). S obzirom da se samopoštovanje narcističnih osoba temelji na vanjskim potvrdama te idealiziranoj slici sebe u sklopu grandioznosti, svaka životna situacija koja narušava taj ideal može rezultirati namjerama, pokušajima i počinjenjima suicida. Gubici nekoga ili nečega na čemu narcistične osobe temelje svoje samopoštovanje te nepostizanje zacrtanih ciljeva i posljedična nemogućnost ostvarenja vlastite idealizirane slike mogu dovesti do stanja suicidalnih kriza (44). Prema Freudu, nemogućnost ega da se nosi s intenzivnim distresom i anksioznošću koji premašuju njegove regulatorne kapacitete dovodi do stanja bespomoćnosti (42). Slično tome, Li i suradnici su osjećaj zarobljenosti, definiran kao snažna potreba, ali i izostanak mogućnosti bijega od situacije, prepoznali kao bitan rizični faktor suicidalne krize (45). U takvoj situaciji, suicid se čini kao jedini mogući izlaz iz nepodnošljive situacije (42).

Suicidalnost kod narcističnih osoba može biti prisutna i u obliku suicidalnih ideja bez stvarne namjere za oduzimanjem vlastitog života. Suicidalne ideje narcističnim bolesnicima mogu pružati osjećaj superiornosti, kontrole te im posljedično, povećavati samopoštovanje. Posljedično, povećanjem praga tolerancije negativnih situacija i iskustava, suicidalne ideje mogu biti zaštitni čimbenik od pokušaja suicida (46). Usprkos tome, prisutnost suicidalnih ideja mora biti shvaćena ozbiljno. Naime, kod narcističnih osoba je moguća pojava disocijativnih fenomena. U takvome stanju osobe zanemaruju smrt kao posljedicu suicida (5). Također, kao što je opisao Jaspers, može doći do osjećaja odvajanja uma i tijela koji se više ne doživljavaju kao cjelina (47). Posljedično, grandiozne suicidalne fantazije prestaju biti inhibirane nagonom za samoodržanjem i osjećajem fizičkog integriteta te osoba može počinuti suicid (44). Slično tome, Maltzberger je naveo tzv. objektivaciju tijela kao bitan rizični faktor samoozljeđivanja sa suicidalnim ishodom (48). Moguća je i pojava tzv. sekundarnih deluzija o vlastitoj nepovredivosti kao posljedica emocionalnog stresa te da će suicidalni pokušaj biti čarobno preživljen (44). Svi navedeni oblici kognitivnih oštećenja mogu dovesti do stanja u kojem osobe nisu svjesne da se suicidalnim ponašanjem dovode u opasnost (5).

Opravdano je upitati se zašto je narcističnim osobama gubitak idealne slike sebe bezizlazna situacija. Objašnjenje se nalazi u narcističnim mehanizmima regulacije negativnih emocija.

4.2. Regulacija emocija i suicidalnost

Neprekidna potreba za divljenjem i vanjskom potvrdom kod narcističnih bolesnika je pokazatelj njihove nemogućnosti samostalne kontrole svog unutarnjeg stanja (49). Nestabilan osjećaj vlastite vrijednosti, temeljen na vanjskim potvrdama, čini narcistične osobe podložnima negativnim emocijama vezanim uz sniženo samopoštovanje (50). Negativne emocije su normalna i svakodnevna pojava, no nemogućnost nošenja s njima, karakteristična za patološki narcizam, nije i predstavlja ozbiljan problem. Schore navodi da osobe s narcističnim poremećajem nisu uspjele razviti adekvatne mehanizme nošenja s emocijama uz pomoć *self*-objekata te da takvim osobama nedostaje osnovna, nesvjesna sposobnost stabilizacije strukture *selfa* u slučaju pojave intenzivnih negativnih emocija (51).

Gratz i Roemer su objavili Ljestvicu teškoća emocionalne regulacije (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*, DERS) koja se sastoji od šest dimenzija: manjak svjesnosti, jasnoće i neprihvatanje emocionalnih reakcija, manjak učinkovitih strategija nošenja s negativnim emocijama, nemogućnost kontrole impulsa te teškoće održavanja prema cilju usmjerenog ponašanja pri doživljaju negativnih emocija (52). Koristeći se ovim modelom, istraživanja su potvrdila nemogućnost adekvatne regulacije emocija kao jedan od bitnih faktora narcizma (7). Uzimajući u obzir ovu činjenicu, Besser i Priel su, usporedivši emocionalne reakcije na neuspjeh u ostvarivanju zacrtanih ciljeva i na socijalno neprihvatanje između grandioznog i vulnerabilnog narcizma, utvrdili da su oba tipa narcizma povezani s negativnim emocionalnim reakcijama (50). Nadalje, istraživanje Zhanga i suradnika je ustanovilo negativnu povezanost između grandioznog narcizma i svjesnosti i jasnoće emocionalnih stanja, kao dimenzija regulacije emocija. S druge strane, za vulnerabilni narcizam su utvrđeni problemi s prihvaćanjem emocija, njihovom jasnoćom te kontrolom impulsa (53).

Neadekvatna regulacija emocija može narušiti osjećaj svemoći i kontrole kod narcističnih bolesnika zbog čega negativne emocije poput srama mogu potaknuti depresiju, te prema sebi okrenutu agresiju što u konačnici može rezultirati suicidalnošću (54). Nijekanje emocija, nedostatak adekvatnih strategija za nošenje s negativnim emocijama te slabo podnošenje boli uzrokovane negativnim emocijama, dovode narcistične bolesnike u stanje bespomoćnosti i beznada koje može potaknuti suicidalne misli (55).

U istraživanju koje su proveli Ponzoni i suradnici, potvrđena je uloga neadekvatne regulacije emocija u povezanosti između vulnerabilnog narcizma i suicidalnosti što su protumačili time da je suicidalnost zapravo rezultat nesposobnosti razumijevanja i nošenja s negativnim emocijama, a ne samom prisutnošću tih emocija. Kao važan faktor emocionalne disregulacije navode nerazvijenu sposobnost mentalizacije (7).

Mentalizacija ili osvješćivanje predstavlja sposobnost prepoznavanja i razumijevanja vlastitih, ali i emocionalnih stanja drugih ljudi. Prema Holmesu, mentalizirati znači vidjeti sebe izvana i druge iznutra, na pravi način. Mentalizacija štiti od impulzivnog i štetnog ponašanja te omogućuje da se teške emocije i frustracije procesuiraju na zrele načine (2). Fonagy je naveo nerazvijenu sposobnost mentalizacije kao bitan čimbenik nesposobnosti nošenja s emocijama te posljedične suicidalnosti. Narcistične osobe u teškim situacijama praćenim negativnim emocijama nisu sposobne razmišljati izvan konteksta trenutačnog stanja (56). Uz to, autor navodi kako su osobe s GPL-om i NPL-om sklone čestom ispoljavanju agresije koja gubi svoju obrambenu funkciju te postaje način izražavanja (57). Takva sklonost, uz nemogućnost osvješćivanja posljedica agresivnog ili samodestruktivnog ponašanja može imati fatalni ishod. Upravo smanjena sposobnost mentalizacije ima ulogu u objektivizaciji vlastitoga tijela (35).

Baumeister navodi kako suicidalne osobe, u nastojanju da se nose s teškim emocijama, zapadaju u stanje kognitivne dekonstrukcije. Takvo stanje se očituje gubitkom sposobnosti apstraktnog razmišljanja, isključivim fokusom na konkretne aspekte realnosti te posljedičnim gubitkom osjećaja odgovornosti i svjesnosti posljedica svoga ponašanja. Iako, kao takva, pruža zaštitu od intenzivnih negativnih emocija, kognitivna dekonstrukcija je opasno stanje praćeno dezinhibicijom i iracionalnošću. Zbog sve navedenoga, Baumeister je ovo stanje nazvao i presuicidalnim (39).

U želji za očuvanjem kontrole i iluzije vlastite superiornosti, narcistične osobe mogu suprimirati pa čak i negirati svoje negativne emocije. Nemogućnost verbalizacije i dijeljenja vlastitih osjećaja s drugima slabi socijalnu podršku te posljedično pojačava osjećaje usamljenosti i izolacije koji doprinose suicidalnom riziku (42).

Najvažnije emocije s kojima se, na prethodno opisani način, patološki narcisi tako teško nose su sram i bijes te posljedična agresija.

4.2.1 Sram, bijes i agresija

Lansky je izdvojio sram kao najvažniji afekt suicidalnih bolesnika (58). Prema Hastingsu i suradnicima, sram i krivnja zbog životnog neuspjeha su uzroci 7 % počinjenih suicida (59). Drugo istraživanje je pokazalo da je sram jače povezan sa suicidom od osjećaja krivnje (60). Prekomjerni osjećaj srama izazvan osjećajima nekompetentnosti i neadekvatnosti može osobu preplaviti osjećajem boli s posljedičnom dezintegracijom *selfa* i kognitivnim oštećenjima poput spomenute disocijacije te u konačnici, većim suicidalnim rizikom (44).

U skladu s navedenim, istraživanje Marčinka i suradnika je utvrdilo posredništvo srama između vulnerabilnog narcizma i suicidalnosti. U istraživanje su uvedena i tri tipa srama.

Karakterološki, tjelesni i sram vezan uz ponašanje. Zanimljivo, karakterološki i tjelesni sram su se pokazali kao značajni posrednici između vulnerabilnog narcizma i suicidalnosti, dok sram vezan uz ponašanje nije imao značajnu ulogu što se može objasniti smanjenim uvidom narcističnih bolesnika u posljedice njihova ponašanja. Bitno je naglasiti da, u skladu s prijašnjim istraživanjima na ovu temu, nije utvrđena povezanost između grandioznog narcizma i suicidalnosti što se može objasniti prethodno navedenom obrambenom ulogom grandioznosti (54).

Sramom uzrokovana bol i gubitak samopoštovanja mogu u narcističnih osoba probuditi bijes i neprijateljstvo. Uloga bijesa je da štiti samopoštovanje i osjećaj superiornosti narcističnih osoba (5). Osim toga, bijes pruža i djelomično olakšanje od izrazite samokritičnosti (16). Prema Kohutu, narcistični bijes prate funkcionalna regresija, manjak kontrole i promijenjeni doživljaj realnosti (5). Prekomjerni sram i bijes se mogu međusobno pojačavati što u konačnici može rezultirati nekontroliranim obrascima ponašanja (51). Bijes narcističnih osoba može biti usmjeren prema drugima koji ugrožavaju njihovo samopoštovanje (5). Osim toga, u određenim situacijama bijes može biti usmjeren i prema samome subjektu. U tome slučaju, suicid predstavlja bijeg od bolnoga samoprijezira (39).

Bijesom motiviran suicid može za cilj imati i osvetu. Freud formulira suicidalni čin kao reakciju na gubitak ambivalentno investiranog objekta (paralelni osjećaji ljubavi i mržnje), s kojim se *self* suicidalne osobe identificirao, a temelj suicidalnosti jest problem odnosa između suicidalne osobe i njemu važnih osoba (2). Uništavanje drugoga uništavanjem sebe se objašnjava osvetom kao jednim od mogućih motiva suicida kod narcističnih osoba (61).

Osim toga, suicid može biti i posljedica potrebe da se nad ponižavajućom situacijom preuzme kontrola i aktivna uloga. Kernberg je opisao suicid kod malignog narcizma kao rezultat omnipotentne želje za sadističkom kontrolom (35).

4.3. Kronična suicidalnost

„Ne znam što bih sa sobom kada ne bih bio suicidalan“ je izjava osobe koja je bila kronično suicidalna 25 godina (5). Kronična suicidalnost narcističnih osoba može biti rezultat njihova idealiziranog i nerealnog stava prema smrti. Takve osobe ne gledaju na suicid kao na prekid vlastitog života, već kao na način promjene trenutačno nepovoljne situacije u drugačiju i bolju (62). Suicidalne ideje kod takvih osoba mogu imati ulogu održavanja samopoštovanja, pružati osjećaj digniteta i autonomije te, paradoksalno, činiti život vrijednim življenja (63).

4.4. Komorbiditeti

Komorbiditeti predstavljaju istovremeno postojanje više patoloških procesa koji mogu imati aditivni i interaktivni odnos. U suicidalnih bolesnika komorbiditeti su vrlo česti zbog čega je važno, uz postojanje osnovne dijagnoze, utvrditi postojanje i eventualnih komorbiditeta (2). Najčešći komorbiditeti kod bolesnika s NPL-om su ovisnosti (64,2 %), anksiozni poremećaji (54,7 %), alkoholizam (30,6 %) PTSP (25,7 %) te veliki depresivni poremećaj i BAP (20 %) (64).

U kontekstu rizika suicidalnosti kod patološkog narcizma, važno je osvrnuti se na depresiju kao komorbiditet NPL-a. Depresija kod NPL-a se javlja kao posljedica sniženog samopouzdanja izazvanog narcističnom povredom i neuspjehom održavanja vlastite grandioznosti (5). S obzirom da osjećaj srama ima sličan mehanizam nastanka, Morrison je depresiju kod patološkog narcizma smatrao posljedicom srama (65). Ovaj tip depresije obilježavaju osjećaji praznine, očaja, bespomoćnosti, besmisla i letargije. Poslovni neuspjesi, starenje i suočavanje s vlastitim ograničenjima kod narcističnih osoba mogu izazvati osjećaje gubitka kontrole i statusa te posljedičnu depresiju (5). Takvu depresiju obilježavaju osjećaji bespomoćnosti, bezvrijednosti, zavisti, poniženja i sl. Važno je naglasiti da simptomi depresije ne moraju nužno biti vidljivi kod narcističnih osoba (44). Zbog spomenute slabe podnošljivosti negativnih emocija, narcistične osobe pribjegavaju raznim načinima izbjegavanja suočavanja s negativnim emocijama. Kernberg je smatrao pojavu depresije, naročito ako je praćena osjećajima krivnje i žaljenja, naznakom napretka kod patološkog narcizma. S druge strane, nepodnošljivost osjećaja krivnje i žaljenja ukazuje na prisutnost suicidalnog rizika (5).

Zbog sinergističnog učinka, depresija, ali i ostali navedeni poremećaji udruženi s NPL-om mogu povećati rizik suicidalnosti (66). Iako su točni mehanizmi posredovanja komorbiditeta između narcizma i suicidalnosti slabo istraženi, kliničko iskustvo ukazuje na to da komorbiditeti, doprinoseći osjećaju srama, poraza i bespomoćnosti, pojačavaju izraženost narcistične vulnerabilnosti što dovodi do veće sklonosti takvih osoba suicidalnosti (42).

4.5. Kultura, narcizam i suicidalnost

Današnje je vrijeme, naročito na zapadu, obilježeno grandioznim obrascima ponašanja. Neprestano traženje potvrda vlastite vrijednosti na društvenim mrežama, nastojanje da se vlastiti život prikaže boljim i uzbudljivijim nego što zapravo jest i hedonizam kao način i smisao života samo su neki od razloga zašto možemo današnju kulturu zvati kulturom narcizma (3).

Narcizam se u različitim kulturama razlikuje po prevalenciji i po svom očitovanju (67). Istraživanja pokazuju da se u zapadnim zemljama poput SAD-a, koje u svojoj kulturi promiču individualizam bilježi veća prevalencija narcizma od istočnih zemalja, poput Japana, čije kulture promiču kolektivism i skromnost (68). Također, ako je i prisutno, prenaplašeno samopouzdanje, kao jedan od segmenata narcističke grandioznosti, se u istočnim zemljama temelji na kolektivnim karakteristikama za razliku od zapadnih zemalja u kojima se ljudi uglavnom diče vlastitim sposobnostima i postignućima (69). Pored navedenoga, istraživanja su pokazala da kultura ima svoju ulogu i u povezanosti narcizma i suicidalnosti.

Prema istraživanjima u zapadnim zemljama, narcistična grandioznost može imati pozitivne učinke na mentalno zdravlje povećavajući osjećaje sreće i zadovoljstva životom (70). Osim toga, narcistična grandioznost nije pokazala povezanost s nepovoljnim mentalnim stanjima poput depresije, anksioznosti i suicidalnosti (71). S druge strane, istraživanje provedeno na uzorku od 935 kineskih studenata je pokazalo pozitivnu korelaciju između narcistične grandioznosti i suicidalnosti te posrednu ulogu depresije u toj povezanosti. Upravo se kulturnim razlikama mogu tumačiti navedene različitosti. Dok se u zapadnim kulturama s odobravanjem gleda na grandioznost te se pružaju mogućnosti dosezanja grandioznih fantazija i življenja u skladu s njima, u istočnim kulturama pozitivne i odobravajuće reakcije na takvo ponašanje izostaju što može dovesti do narušavanja samopoštovanja te posljedične depresije i suicidalnosti (72). Kao primjer kulturnog utjecaja na suicidalnost se može navesti i činjenica da, unatoč globalno većoj stopi suicida kod muškaraca, žene u ruralnim sredinama Kine, u kojima imaju drugorazredni društveni položaj, imaju 25 % veću stopu suicida (73).

4.6. Dijagnostička obrada

S obzirom da su poremećajima ličnosti vrlo često pridruženi poremećaji raspoloženja Kernberg naglašava važnost razlikovanja suicidalnosti kao posljedice depresije od suicidalnog ponašanja kao stila življenja. Suicidalni način života je karakterističan za granični, antisocijalni i histrionski poremećaj ličnosti te za sindrom malignog narcizma. Kod takvih osoba, suicidalno ponašanje predstavlja način impulzivnog pražnjenja agresije koja je posljedica bijesa izazvanog frustracijom u nekom važnom odnosu (74). Koenigsberg i suradnici su naveli kako se suicidalnost povezana s depresijom liječi farmakoterapijom, dok je psihoterapija metoda izbora kod suicidalnog ponašanja vezanog uz karakterološki deficit (75).

Zbog različitih terapijskih pristupa akutno suicidalnom bolesniku, Kernberg u dijagnostičkoj evaluaciji predlaže sljedeća pitanja (3):

1. Je li bolesnik depresivan?
2. Ako je depresivan, je li riječ o depresivnom poremećaju ili o karakterološkoj depresiji?
3. Ima li bolesnik znakove nekog od poremećaja raspoloženja ili psihotičnih poremećaja?
4. Pokazuje li bolesnik volju i spremnost za otvorenom komunikacijom o sebi i o aktualnom problemu pred terapeutom?
5. Postoje li kod bolesnika znakovi intoksikacije, zlouporabe lijekova ili karakteroloških crta koje utječu na to da odgovor na prethodno pitanje bude negativan?

Pri evaluaciji oblika suicidalnosti vrlo je važno obratiti pažnju na klasične simptome depresije, uključujući i tzv. neurovegetativne simptome, a zatim i na egzogene 'triger faktore'. Također, važno je procijeniti i funkcioniranje *superega* (iskrenost, pristupačnost) kao i mogućnost heteroagresivnog ili autoagresivnog ponašanja u bolesnika (3).

Maltsberger je predložio model procjene suicidalnosti koji se temelji na procjeni prijašnjih odgovora na stres, naročito na gubitke, sklonosti osjećajima usamljenosti, samoprijezira i ubilačkog bijesa, vrste i prisutnosti vanjskih potvrda, emocionalnog značenja suicidalnih ideja te pacijentove sposobnosti testiranja realnosti (76). Kod narcističnih osoba, važno je obratiti pažnju na promjene ili gubitke onoga što je narcističnim osobama važno za njihov osjećaj vlastite vrijednosti i posebnosti. Također, važno je procijeniti njihovu sposobnost prepoznavanja i nošenja s negativnim afektima poput srama, a zbog sklonosti grandioznim idejama o nepovredivosti, superiornosti nad smrću i sl. važno je procijeniti i njihovo testiranje realnosti (5).

4.7. Terapija

U terapiji suicidalnosti narcističnih osoba je potreban multimodalni tim i pristup koji uključuje individualnu, bračnu i obiteljsku psihoterapiju, psihofarmakološko liječenje te, u slučaju akutne suicidalnosti, hospitalizaciju (5). Važno je ponavljati procjenu suicidalnog rizika i obraćati pažnju na moguću pojavu depresije ili znatnijeg sniženja samopoštovanja zbog doživljene narcistične povrede (38). Kod akutno suicidalnih bolesnika, prevencija aktivnog suicidalnog ponašanja je prioritet, a temelji se na pomoći u nošenju s negativnim emocijama uslijed određene životne situacije. Zadaća psihoterapije je da prepozna značenje takve situacije za bolesnikovo samopoštovanje i osjećaj posebnosti, da s empatijom pomogne u nošenju s negativnim emocijama poput poniženja, srama i bijesa i da prepozna eventualne osvetničke ili sadomazohističke impulse koji mogu eskalirati suicidom (5). Upotreba psihofarmaka poput antidepresiva ili anksiolitika može

biti od pomoći (77). Također, s obzirom na iznenadnost suicidalnih pokušaja kod narcističnih osoba, onemogućavanje pristupa sredstvima počinjenja suicida može doprinijeti prevenciji suicida (38). Procjena potrebe za hospitalizacijom može kod narcističnih bolesnika biti problematična zbog njihove sklonosti poricanju suicidalnog rizika, izostanku vidljivih simptoma depresije te njihovog, naoko, dobrog mentalnog i socijalnog funkcioniranja. Pored toga, predlaganje hospitalizacije može kod narcističnih bolesnika probuditi osjećaje poniženja i srama te tako potaknuti suicidalno ponašanje (5).

Nakon zbrinjavanja akutne suicidalnosti, terapijski cilj je postizanje zrelije tj. realnije slike o sebi, regulacija uzbuđenosti te modulacija narcističnog distresa (2). Terapija izbora je psihoterapija. Psihoterapija ima za cilj postizanje stanja u kojemu narcistični bolesnici prihvaćaju svoje stvarne sposobnosti i potencijale tj. svoj realni *self*, uspostavljaju kvalitetnije međuljudske odnose, razumiju i zrelo se nose sa svojim emocijama, poboljšavaju regulaciju svog samopoštovanja te nerealne i pretjerane ambicije zamjenjuju ambicijama koje su u skladu s njihovim stvarnim potencijalima (77). No, treba imati na umu da stalna potreba za afirmacijom lažnog grandioznog *selfa*, neuviđanje štetnosti svoga ponašanja, smanjena sposobnost mentalizacije tj. osvješćivanja i razumijevanja vlastitih emocionalnih stanja te osjetljivost na konfrontaciju čine psihoterapiju narcističnih bolesnika vrlo zahtjevnom (3).

Važno je napomenuti da se pri liječenju narcističnih bolesnika u terapeutu mogu pobuditi snažni osjećaji. Narcistični bolesnik projicira u terapeuta osobine zanemarujućeg i odbacujućeg objekta te ga zbog toga žestoko kritizira i obezvrjeđuje. Takvo ponašanje dovodi do pojave kontratransfera u sklopu kojega terapeut može početi kritizirati bolesnika (3). Kritiziranje i zauzimanje moralističkog stajališta je neprimjereno jer može u bolesniku pojačati osjećaje srama i krivnje i, posljedično, dodatno produbiti problem (78). Umjesto toga, bez osude i zauzimanja moralističke pozicije, terapeut treba sadržati i razumjeti bolesnikove probleme i negativne emocije. Nakon određenog perioda sadržavanja bolesnikovih negativnih emocija, postupno se i u samog bolesnika javlja sposobnost da osjeti te, za njih negativne, ali autentične emocije. Integracijom tih emocija, bolesnik se povezuje sa svojim pravim *selfom* (79). Daljnjim osvješćivanjem i realiziranjem autentičnih misli, osjećaja i želja u sklopu pravog *selfa*, osjećaji srama, praznine, inferiornosti i nezadovoljstva iščezavaju i ustupaju mjesto osjećajima unutrašnjeg ispunjenja, veselja i uživanja u životnim aktivnostima (3).

5. ZAKLJUČAK

Na temelju svega navedenoga, može se zaključiti da je povezanost narcizma i suicidalnosti višedimenzionalna. Kao što narcizam može biti izražen u vulnerabilnom ili grandioznom obliku, tako i suicidalnost kod narcisa može biti prisutna u obliku suicidalnih fantazija, ali i pokušaja suicida. Suština narcističnog funkcioniranja u životu se svodi na istovremeno potiskivanje vlastite vulnerabilnosti i pridruženih joj osjećaja srama, bezvrijednosti i inferiornosti te održavanje vlastite iluzorne grandiozne slike o samome sebi. Nažalost, u tom nastojanju, patološki narcisi mogu pribjeći i suicidalnosti kao jednom od načina održavanja svog patološkog mentalnog ustrojstva. Suicidalne fantazije, kao jedan od oblika suicidalnosti, mogu biti jedan od temelja osjećajima superiornosti i posebnosti u sklopu narcistične grandioznosti. S druge strane, u slučaju narcistične povrede i pojave osjećaja srama, bezvrijednosti i inferiornosti u sklopu narcistične vulnerabilnosti, suicid može predstavljati način bijega iz takvog stanja ili osvetu onima koji su narcističnu povredu uzrokovali.

Važno je osvijestiti da su patološki narcisi u svojoj suštini nesretni ljudi, koji u svojim životima podnose velike mentalne napore kako bi se obranili od duboko prisutnih bolnih emocija. Ne pomaže činjenica da se njihovo svakodnevno funkcioniranje temelji na lažima, kako kod grandioznih tako i vulnerabilnih narcisa, koje među ljudima iz njihova okruženja stvaraju pogrešnu sliku o njima. Kako je spomenuto u uvodu, narcizam se u svakodnevnom životu koristi za opisivanje pretjeranog sebeljublja. Takvo razumijevanje narcizma ne samo da je polovično, nego je i pogrešno jer implicira da narcisima nisu potrebni pomoć, razumijevanje i empatija. Naprotiv, narcisima je upravo to najpotrebnije. Zadaća struke je, psihoterapijom, uz puno empatije, utvrditi koje okolnosti ili situacije patološkim narcisima predstavljaju narcističnu povredu, koji je uzrok njihovoj vulnerabilnosti, pomoć u postupnom odbacivanju lažnih slika o sebi te, u konačnici, prihvaćanje i zadovoljstvo autentičnim sobom.

6. ZAHVALE

Zahvaljujem se mentoru prof. dr. sc. Darku Marčinku na pomoći i sugestijama u pisanju ovoga rada.

Zahvaljujem se svojoj obitelji, ocu Mladenu, mami Vesni i sestri Martini koji su mi bili emotivna i svaka druga podrška u dosadašnjem životu.

Zahvaljujem se i svojim kolegama i prijateljima, naročito Karlu i Dini što su bili uz mene i uz koje me vežu mnoge lijepe i zabavne uspomene.

7. LITERATURA

1. Suicide [Internet]. [cited 2021 Aug 14]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Marčinko D. i sur. Suicidologija. Zagreb: Medi; 2011.
3. Marčinko D, Rudan V. Narcistični poremećaj ličnosti i njegova dijagnostička opravdanost: doprinos međunarodnoj raspravi. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
4. Čuržik D, Jakšić N. Patološki narcizam i narcistični poremećaj ličnosti – pregled suvremenih spoznaja. *Klin Psihol* 5. 2012;5(1–2):21–36.
5. Ronningstam E. Identifying and Understanding the Narcissistic Personality. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2005.
6. Pincus AL, Ansell EB, Pimentel CA, Cain NM, Wright AGC, Levy KN. Initial Construction and Validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychol Assess*. 2009;21(3):365–79.
7. Ponzoni S, Beomonte Zobel S, Rogier G, Velotti P. Emotion dysregulation acts in the relationship between vulnerable narcissism and suicidal ideation. *Scand J Psychol* [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 2]; Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/sjop.12730>
8. Ronningstam E; Gunderson J. Identifying criteria for narcissistic personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1990;147(7):918–22.
9. Morey, Leslie C.; Jones JK. Empirical studies of the construct validity of narcissistic personality disorder. In: *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1998. p. 351–73.
10. Dodes LM. Addiction, helplessness, and narcissistic rage. *Psychoanal Q*. 1990 Jul;59(3):398–419.
11. Murray JM. Narcissism and the ego ideal. *J Am Psychoanal Assoc* [Internet]. 1964 Jun [cited 2021 Sep 3];12(3):477–511. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14180644/>
12. Pulver SE. Shame and Guilt: A Synthesis. *Psychoanal Inq*. 1999;19(3):388–406.

13. Tangney JP. Assessing Individual Differences in Proneness to Shame and Guilt: Development of the Self-Conscious Affect and Attribution Inventory. *J Pers Soc Psychol.* 1990;59(1):102–11.
14. Tangney, June P.; Fischer KW. *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride.* New York: Guilford Press; 1995.
15. Lewis HB. *Shame and guilt in neurosis.* 1st ed. New York: International Universities Press; 1971.
16. Tangney JP, Wagner P, Fletcher C, Gramzow R. Shamed Into Anger ? The Relation of Shame and Guilt to Anger and Self-Reported Aggression. 1992;62(4):669–75.
17. Tangney, June P.; Fischer KW. Shame and guilt in interpersonal relations. In: *Selfconscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride.* New York: Guilford Press; 1995. p. 114–39.
18. Parrott WG, Smith RH. Distinguishing the Experiences of Envy and Jealousy. *J Pers Soc Psychol.* 1993;64(6):906–20.
19. E H, L M. Envy manifestations and personality disorders. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2000 Jun [cited 2021 Sep 3];15 Suppl 1(S1):15–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11520469/>
20. Cooper AM. Further developments of the diagnosis of narcissistic personality disorder. In: *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications.* Washington DC: American Psychiatric Press; 1998. p. 53–74.
21. Feshbach ND. Empathy in Children: Some Theoretical and Empirical Considerations: <http://dx.doi.org/10.1177/001100007500500207> [Internet]. 1975 Sep 4 [cited 2021 Sep 3];5(2):25–30. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/001100007500500207>
22. Gabbard GO. Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bull Menninger Clin.* 1989;53(6):527–32.
23. Wink P. Two Faces of Narcissism. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1991 [cited 2021 Sep 3];61(4):590–7. Available from: /record/1992-03870-001
24. Kernberg OF. *Aggression in personality disorders and perversions.* Yale University

- Press; 1992.
25. Maltzberger JT. Ecstatic Suicide. *Arch Suicide Res* 1997 34 [Internet]. 1997 [cited 2021 Sep 3];3(4):283–301. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1009686803234>
 26. American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. Washington: American Psychiatric Association; 2013. 677 p.
 27. Personality disorders - Symptoms and causes - Mayo Clinic [Internet]. [cited 2021 Aug 5]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/personality-disorders/symptoms-causes/syc-20354463>
 28. Shneidman ES. *Definition of suicide*. Jason Aronson; 1977.
 29. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the Tower of Babel: A Nomenclature for Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1996. 237–252 p.
 30. Jakovljević M. Procjena i liječenje suicidalnog pacijenta. In: *Krizna stanja*. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1986.
 31. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry*. 2007;164(7):1035–43.
 32. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Heal* 2018, Vol 15, Page 1425 [Internet]. 2018 Jul 6 [cited 2021 Aug 5];15(7):1425. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/7/1425/htm>
 33. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis* [Internet]. 2004 [cited 2021 Sep 3];25(4):147–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15580849/>
 34. Ansell EB, Wright AGC, Markowitz JC, Sanislow CA, Hopwood CJ, Zanarini MC, et al. Personality Disorder Risk Factors for Suicide Attempts over 10 Years of Follow-up. *Personal Disord* [Internet]. 2015 Apr 1 [cited 2021 Sep 3];6(2):161. Available from: </pmc/articles/PMC4415153/>

35. Ronningstam E, Weinberg I, Maltzberger JT. Eleven deaths of Mr. K. - Contributing factors to suicide in narcissistic personalities. *Psychiatry*. 2008;71(2):169–82.
36. Stone MH. Long-Term Follow-Up of Narcissistic/Borderline Patients. *Psychiatr Clin North Am*. 1989 Sep 1;12(3):621–41.
37. Heisel MJ, Links PS, Conn D, Van Reekum R. Narcissistic personality and vulnerability to late-life suicidality. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2007 Sep 1 [cited 2021 Sep 3];15(9):734–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17804827/>
38. Ogrodniczuk JS. *Understanding and Treating Pathological Narcissism*. 1st ed. Washington DC: American Psychological Association; 2013.
39. Baumeister RF. Suicide as escape from self. *Psychol Rev* [Internet]. 1990 [cited 2021 Aug 21];97(1):90–113. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2408091/>
40. Blasco-Fontecilla H, Baca-Garcia E, Dervic K, Perez-Rodriguez MM, Lopez-Castroman J, Saiz-Ruiz J, et al. Specific Features of Suicidal Behavior in Patients With Narcissistic Personality Disorder. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2009 Jul 14 [cited 2021 Aug 16];70(11):0–0. Available from: <https://www.psychiatrist.com/jcp/personality/specific-features-suicidal-behavior-patients-narcissistic>
41. Apter A, Bleich A, King RA, Kron S, Fluch A, Kotler M, et al. Death Without Warning?: A Clinical Postmortem Study of Suicide in 43 Israeli Adolescent Males. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1993 Feb 1 [cited 2021 Sep 3];50(2):138–42. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/496072>
42. Ronningstam E, Weinberg I, Goldblatt M, Schechter M, Herbstman B. Suicide and self-regulation in narcissistic personality disorder. *Psychodyn Psychiatry*. 2018;46(4):491–510.
43. Carsen D. The defense mechanism of splitting: developmental origins, effects on staff, recommendations for nursing care. *J Psychiatr Nurs Ment Health Serv*. 1979 Mar;17(3):21–8.
44. Ronningstam EF, Maltzberger JT. Pathological narcissism and sudden suicide-related collapse. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 1998;28(3):261–71. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9807772>

45. Li S, Yaseen ZS, Kim H-J, Briggs J, Duffy M, Frechette-Hagan A, et al. Entrapment as a mediator of suicide crises. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2018 Jan 8 [cited 2021 Sep 3];18(1). Available from: [/pmc/articles/PMC5759206/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31111111/)
46. JT M, E R, I W, M S, MJ G. Suicide fantasy as a life-sustaining recourse. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* [Internet]. 2010 [cited 2021 Sep 3];38(4):611–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21171902/>
47. Jaspers K. *General psychopathology*. Chicago: University of Chicago Press; 1923.
48. Maltzberger JT. Pathological narcissism and self-regulatory processes in suicidal states. In: *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical and empirical implications*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1998. p. 327–44.
49. Morf CC, Rhodewalt F. Unraveling the paradoxes of narcissism: A dynamic self-regulatory processing model. *Psychol Inq*. 2001;12(4):177–96.
50. Besser A, Priel B. Grandiose narcissism versus vulnerable narcissism in threatening situations: Emotional reactions to achievement failure and interpersonal rejection. *J Soc Clin Psychol*. 2010;29(8):874–902.
51. Schore AN. *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Lawrence Erlbaum Associates Inc.; 1994.
52. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 2004;26(1):41–54.
53. Zhang H, Wang Z, You X, Lü W, Luo Y. Associations between narcissism and emotion regulation difficulties: Respiratory sinus arrhythmia reactivity as a moderator. *Biol Psychol*. 2015 Sep 1;110:1–11.
54. Jaksic N, Marcinko D, Skocic Hanzek M, Rebernjak B, Ogrodniczuk JS. Experience of Shame Mediates the Relationship Between Pathological Narcissism and Suicidal Ideation in Psychiatric Outpatients. *J Clin Psychol*. 2017;73(12):1670–81.
55. Rajappa K, Gallagher M, Miranda R. Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognit Ther Res*. 2012 Dec;36(6):833–9.

56. Fonagy P. Attachment, the Development of the Self, and Its Pathology in Personality Disorders. *Treat Personal Disord* [Internet]. 1999 [cited 2021 Sep 3];53–68. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4757-6876-3_5
57. P F, GS M, M T. Aggression and the psychological self. *Int J Psychoanal* [Internet]. 1993 [cited 2021 Sep 3];74 (Pt 3)(3):471–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8344768/>
58. Lansky M. Shame and the Problem of Suicide: A Family Systems Perspective. *Br J Psychother* [Internet]. 1991 [cited 2021 Sep 3];7(3):230–42. Available from: </record/1991-28241-001>
59. Hastings ME, Northman LM, Tangney JP. Shame, Guilt, and Suicide. *Suicide Sci* [Internet]. 2002 Feb 2 [cited 2021 Sep 3];67–79. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/0-306-47233-3_6
60. Lester D. The association of shame and guilt with suicidality. *J Soc Psychol*. 1998 Aug 1;138(4):535–6.
61. Boergers J, Ph D, Spinto A, Ph D, Donaldson D, Ph D. Reasons for Adolescent Suicide Attempts : Associations With Psychological Functioning. 1998;1287–93.
62. Gerisch B. “This is not death, it is something safer”: A psychodynamic approach to Sylvia Plath. *Death Stud*. 1998;22(8):735–61.
63. Lewin RA. On Chronic Suicidality On Chronic Suicidality. *Psychiatry*. 1992;55(1).
64. Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Chou PS. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Narcissistic Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(7):1033–45.
65. Morrison AP. *Shame: The underside of narcissism*. Analytic Press, Inc; 1989.
66. Lecrubier Y. The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behavior. *Eur Psychiatry*. 2001;16(7):395–9.
67. Mccain JL, Campbell WK. Narcissism and Social Media Use : A Meta-Analytic Review Narcissism and Social Media Use : A Meta-Analytic Review. *Psychol Pop Media Cult*. 2016;7(3).

68. Foster J, Campbell WK, Twenge JM. Individual differences in narcissism: Inflated self-views across the lifespan and around the world. *J Res Pers.* 2003;37(6):469–86.
69. Sedikides C, Gaertner L, Toguchi Y. Pancultural Self-Enhancement. *J Pers Soc Psychol.* 2003;84(1):60–79.
70. Brailovskaia J, Margraf J, Bierhoff HW. How to Identify Narcissism With 13 Items? Validation of the German Narcissistic Personality Inventory–13 (G-NPI-13). *Assessment.* 2017;26:1–15.
71. Brailovskaia J, Margraf J. Comparing Facebook users and Facebook non-users: Relationship between personality traits and mental health variables—an exploratory study. *PLoS One.* 2016;11(12).
72. Brailovskaia J, Teismann T, Zhang XC, Margraf J. Grandiose narcissism, depression and suicide ideation in Chinese and German students. *Curr Psychol.* 2021;40(8):3922–30.
73. Law S, Liu P. Suicide in China: Unique demographic patterns and relationship to depressive disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2008;10(1):80–6.
74. Kernberg OF. The Suicidal Risk In Severe Personality Disorders: Differential Diagnosis and Treatment. *J Pers Disord.* 2001;15(3):195–208.
75. Koenigsberg HW, Anwunah I, New AS, Mitropoulou V. Relationship between depression and borderline personality disorder. *Depress Anxiety.* 1999;10(4):158–67.
76. Maltzberger JT. Suicide Danger: Clinical Estimation and Decision. *Suicide Life-Threatening Behav.* 1996;18(1):47–54.
77. Narcissistic personality disorder - Diagnosis and treatment - Mayo Clinic [Internet]. [cited 2021 Sep 1]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/narcissistic-personality-disorder/diagnosis-treatment/drc-20366690>
78. Kernberg OF. Further contributions to the treatment of narcissistic personalities. In: Morrison AP, editor. *Essential Papers on Narcissism.* New York: New York University Press; 1986. p. 245–92.
79. Broomberg PM. The mirror and the mask: On narcissism and psychoanalytic growth. In: Morrison AP, editor. *Essential Papers on Narcissism.* New York: New York

University Press; 1986. p. 437–66.

8. ŽIVOTOPIS

Rođen sam 7. svibnja 1996. godine u Splitu. Nakon završetka osnovne škole 2011. godine, upisao sam opću gimnaziju u Srednjoj školi Petrinja te Srednju glazbenu školu Fran Lhotka Sisak, smjer gitara. Nakon uspješnog maturiranja u obje škole, 2015. godine sam upisao Medicinski fakultet u Zagrebu.