SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET

mr. sc. Silvana Krnić, dr. med.

POVEZANOST PATOLOŠKOG NARCIZMA I PSIHIČKOG DISTRESA STUDENATA SVEUČILIŠTA U SPLITU

Doktorski rad

Split, 2026.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET

mr. sc. Silvana Krnić, dr. med

POVEZANOST PATOLOŠKOG NARCIZMA I PSIHIČKOG DISTRESA STUDENATA SVEUČILIŠTA U SPLITU

Doktorski rad

Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu

Rad je izrađen u Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Split.

Mentorica: izv. prof. dr. sc. Varja Gaić Đogaš, dr. med.

Izrada doktorskog rada temeljena je na rezultatima istraživanja:

1. Narcissistic Traits and Psychological Distress Among Medical Students: Implications for Mental Health Support in Medical Education. Healthcare. 2026;14(11):1504. https://doi.org/10.3390/healthcare14111504

2. Pathological Narcissism and Psychological Distress among University Students: The Interplay of Family Dynamics, Trauma, and Health-Related Factors. Healthcare. 2026;14(16):2470. https://doi.org/10.3390/healthcare1416247

Zahvala

SADRŽAJ

1. UVOD 1
1.1. Narcizam 2
1.1.1. Teorije o narcizmu 2
1.1.2. Klasifikacija narcizma 6
1.1.2.1. Normalan narcizam 6
1.1.2.2. Patološki narcizam 9
1.1.2.3. Narcistički poremećaj osobnosti 12
1.1.3. Etiološki čimbenici 13
1.1.3.1. Etiološke teorije 14
1.1.3.2. Nasljeđe i neurobiologija 16
1.1.4. Mjerni instrumenti u proučavanju narcizma 19
1.1.5. Narcizam u studenata 21
1.1.5.1. Narcizam u studenata medicine 24
1.2. Mentalno zdravlje i psihički distres 25
1.2.1. Mentalno zdravlje studenata 26
1.2.2. Psihički distres 30
1.2.2.1. Psihički distres studenata 31
1.2.3. Narcizam i psihički distres 33
1.2.4. Instrumenti za istraživanje psihičkog distresa 34
2. CILJEVI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA 36
2.1. Ciljevi istraživanja 37
2.2. Hipoteze istraživanja 37
3. ISPITANICI I POSTUPCI 39
3.1. Ustroj istraživanja 40
3.2. Ispitanici 40
3.3. Postupci 40
3.3.1. Dijagram tijeka istraživanja 40
3.3.2. Veličina uzorka potrebnog za istraživanje 42
3.3.3. Postupci provođenja istraživanja 43
3.3.4. Upitnici korišteni za istraživanje 43
3.3.4.1. Sociodemografski upitnik 43
3.3.4.2. Inventar patološkog narcizma - PNI 44

3.3.4.3. Kratki inventar simptoma 45
3.4. Statistički postupci 46
3.5. Etička načela 47
4. REZULTATI 48
4.1. Istraživanje provedeno na studentima medicine 49
4.1.1. Obilježja uzorka i psihometrijska svojstva 49
4.1.2. Spolne i sociodemografske razlike 50
4.1.3. Psihički distres i traženje pomoći 50
4.1.4. Koegzistencija grandioznog i vulnerabilnog narcizma 50
4.1.5. Narcizam kao korelat psihičkog distresa 53
4.2. Istraživanja na studentima triju fakulteta Sveučilišta u Splitu 56
4.2.1. Obilježja uzorka 56
4.2.2. Korelati patološkog narcizma 59
4.2.3. Povezanost dimenzija narcizma s dimenzijama psihičkog distresa 65
4.2.4. Korelati psihičkog distresa: usporedba modela PNI-ja 70
5. RASPRAVA 78
5.1. Istraživanje na studentima medicine 79
5.2. Cjelovita integracija nalaza dvaju istraživanja 81
5.3. Ograničenja istraživanja 87
5.4. Smjernice za buduća istraživanja 88
6. ZAKLJUČCI 89
7. SAŽETAK NA HRVATSKOM JEZIKU 93
8. LAIČKI SAŽETAK NA HRVATSKOM JEZIKU 96
9. SAŽETAK NA ENGLESKOM JEZIKU 98
10. LAIČKI SAŽETAK NA ENGLESKOM JEZIKU 101
11. LITERATURA 104
12. ŽIVOTOPIS 119
13. DODATAK 124
13.1. Mišljenje etičkog povjerenstva 125
13.2. Upitnik primijenjen u istraživanju 126

POPIS OZNAKA I KRATICA

DSM – III – Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne bolesti, treće izdanje

DSM – IV – Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne bolesti, četvrto izdanje

DSM – 5 - Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne bolesti, peto izdanje

NPI - Narcistički inventar ličnosti (*engl. Narcissistic Personality Inventory*)

PNI –Inventar patološkog narcizma (*engl. Pathological Narcissistic Inventory*)

AMPD - Alternativni model za poremećaje ličnosti (*engl. Alternative Model for Personality Disorders*)

GN – grandiozni narcizam

VN – vulnerabilni narcizam

NPO – Narcistički poremećaj osobnosti

HSNS - Hipersenzitivna skala narcizma (engl. *Hypersensitive Narcissism Scale*)

NARQ - Upitnik narcističke admiracije i rivaliteta (*engl. Narcissistic Admiration and Rivality Questionaire*)

FFNI - Petfaktorski inventar narcizma (*engl. Five-Factor Narcissism Inventory*)

WHO - Svjetska zdravstvena organizacija (*engl. World Health Organisation*)

HMS - Anketa o mentalnom zdravlju studenata (engl. *Healthy Minds Study*)

GHQ-12 - Opći upitnik zdravlja (*engl. General Health Questionaire - 12*)

DASS-21 - Ljestvica depresije i anksioznosti (engl. *Depresion, Anxiety and Stress Scale*)

BSI - Kratki inventar simptoma (*engl. Brief Symptom Inventory*)

BSI/GSI - Globalni indeks ozbiljnosti *(engl. Global Severity Index)*

BSI/PST - Ukupan broj pozitivnih simptoma *(engl. Positive Symptom Total – PST)*

MEFST – Medicinski fakultet

FFST – Filozofski fakultet

FGAG – Fakultet građevinarstva, arhitekture i geodezije

N = broj sudionika

Md = medijan

IQR = interkvartilni raspon

M = aritmetička sredina

SD = standardna devijacija

% = postotak

P = razina ststističke značajnosti

QR = interkvartilni raspon;

B = nestandardizirani regresijski koeficijent

SE = standardna pogreška

t = vrijednost t-testa

CI = 95 %-tni interval pouzdanosti

ηp^2 = parcijalni eta kvadrat

r = Pearsonov koeficijent korelacije

rpb = point-biserijalni koeficijent korelacije

β= standardizirani regresijski koeficijent

ΔR^2 = promjena u koeficijentu determinacije nakon uvođenja pojedinog bloka prediktora u model

R^2 = koeficijent determinacije

1. UVOD

Zanimanje za pojmove narcizam i narcističnost, u znanstvenom i laičkom području, naglašeno je prisutno posljednjih desetljeća. Izraz „narcis“ postao je dio svakodnevne komunikacije, često se koristeći za opisivanje slavnih osoba, političara, kolega i bivših partnera. Podaci o pretraživanju pojmova "narcis“ i „narcistično" na „Google tražilici“ pokazuju stalan trend rasta, a induciran je promjenom značenja tog pojma u javnom mnijenju. Kada se pretraživanje obavlja u psihološko-psihijatrijskom kontekstu, „Google Trends“ bilježi da su najčešći povezani upiti fokusirani na prepoznavanje i zaštitu: „Kako prepoznati narcisa?“; „Osobine narcisa“; „Skriveni narcisi“; „Manipulacije“ i „Narcisi u vezi“.

1. Narcizam

Narcizam se u modernoj psihijatriji shvaća kao teorijski model koji se proteže od zdrave samopouzdanosti do klinički značajnog poremećaja ličnosti. U tom shvaćanju odražava se cijela povijest i suvremeno istraživanje tog pojma. Jedan je od vrlo rijetkih koncepata u povijesti psihijatrije koji je doživio tolike brojne teorijske preobrazbe. Tako je narcizam počevši od mitološke priče o Narcisu, preko prvih kliničkih opisa krajem 19. stoljeća, došao do suvremenih neurobiološki i psihometrijski utemeljenih modela. Narcizam je istovremeno služio kao opis normalne razvojne faze, naziv za specifičan poremećaj ličnosti i popularna kulturološka dijagnoza čitavih generacija.

1.1. Teorije o narcizmu

Sam naziv narcizam potječe iz Ovidijevih „Metamorfoza“ pričom o Narcisu. Kada se Narcis rodio, sin riječnog boga i nimfe, prorok mu je predvidio dug život ukoliko: „ne upozna samog sebe“. Odrastao je u iznimno lijepog mladića, u kojeg su se zaljubljivale brojne nimfe i djevojke. No Narcis je bio hladan i ponosan, odbijao udvaranja i uživao u tuđoj patnji. Odbijene djevojke tražile su od bogova pravdu, te im je božica osvete Nemeza uslišala molbu. Osveta se sastojala u tome što Narcis mora osjetiti što znači neuzvraćena ljubav. Ugledavši svoj odraz zaljubio se u lik koji je vidio u vodi. Svaki put kad bi se sagnuo da ga dotakne, lik bi se rasplinuo. Opčinjen ljepotom, koju nikad nije mogao posjedovati, ostao je stajati pored izvora, odbijao je i hranu i san, sve dok nije umro čeznući za samim sobom. Time je ispunjeno proročanstvo o smrti kad "upozna samog sebe." Na mjestu gdje je

preminuo, umjesto tijela, nimfe su pronašle cvijet žutog središta i bijelih latica, koji je po njemu nazvan narcis.

Pojam narcizam, preuzet iz ove priče, u znanstvenu je upotrebu uveo Ellis 1898. godine (1), koristeći ga za opis osobe koja samu sebe doživljava kao seksualni objekt. Prvi rad koji se bavi narcizmom objavio je Rank 1911. godine i na njemu se kasnije sustavno razrađuje koncept. Freudov esej "Uvod u narcizam", objavljen 1914. godine predstavlja prekretnicu u razvoju psihoanalitičke teorije. U njemu Freud narcizam stavlja unutar teorije psihoseksualnog razvoja te uvodi ključnu razliku između „libida ega“ (energije usmjerene prema samome sebi) i „objektnog libida“ (energije usmjerene prema drugim osobama). Služi se pojmom „primarnog narcizma“ kako bi opisao normalnu, univerzalnu, razvojnu fazu djetinjstva u kojoj dijete doživljava sebe kao središte svijeta (2).

U narednim desetljećima brojni su autori narcizam opisivali slikovitim, često metaforičkim jezikom. Tako npr. Jones 1913. godine opisuje narcizam kroz pojam „kompleks Boga“ (3), a Fenichel 1945. godine kao „Don Juana postignuća“ (4). Radovi iz sredine 20. stoljeća svjedoče o rastućem kliničkom interesu za narcizam, te predstavljaju uvod u teorije koje će uslijediti. Sedamdesete godine 20. stoljeća donose dva međusobno suprostavljena, no podjednako utjecajna, teorijska pristupa narcizmu. Ta dva pristupa će dominirati psihoanalitičkim studijama idućih desetljeća, a imaju i danas značajan teorijski utjecaj. Prvi pristup kreirao je Kohut (5), utemeljitelj takozvane psihologije sebstva, u kojoj se narcizam promatra kao posljedicu razvojnog zastoja. Navedeni zastoj uzrokovan je neuspjehom roditelja da empatijski odgovore na djetetove potrebe. Tom teorijom odbacuje Freudovu teoriju nagona i umjesto toga naglašava temeljnu potrebu djeteta za povezanošću s roditeljskim figurama. Uvodi koncepte „grandioznog sebstva“ i „idealiziranu sliku roditelja“ kao temeljne strukture narcističkog razvoja (6).

Drugi pristup kreirao je Kernberg (7) uspostavljajući razliku između normalnog i patološkog narcizam. Patološki narcizam, po njemu, uključuje libidno ulaganje u strukturu sebstva, a očituje u stanjima poput narcističkog poremećaja ličnosti. Dodatno naglašava ulogu agresije, primitivnih obrambenih mehanizama i patoloških objektnih odnosa u nastanku narcističke patologije. U terapijskom radu s pacijentima inzistirao je na suočavanju i tumačenju narcističkih obrana. To se razlikovalo o Kohutovog terapijskog pristupa koji je inzistirao na pružanju empatijskog odgovora na narcistički prijenos. Ova suprotstavljenost u

stavovima i terapijskim intervencijama oblikovala je jednu od središnjih rasprava kasne psihoanalize 20. stoljeća (8).

Usporedno s psihoanalitičkim teorijskim raspravama, narcizam ulazi i u službenu psihijatrijsku klasifikaciju. Treće izdanje Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-III), objavljeno 1980. godine (9), po prvi put uvodi formalne dijagnostičke kriterije za narcistički poremećaj ličnosti, opisujući ga obrascem grandioznosti, fantazija o moći, ljepoti i uspjehu, visoke osjetljivosti na kritiku, izraženog osjećaja povlaštenosti i sklonosti iskorištavanju drugih. Ti su temeljni kriteriji ostali nepromijenjeni i u slijedećoj inačici DSM-IV, izdanju iz 1994.godine (10).

Poseban doprinos izučavanju narcizma počinje 1979. Godine kada Raskin razvijaju Narcistički inventar ličnosti (*engl. Narcissistic Personality Inventory* – NPI). To je prvi, široko primjenjivani, instrument za mjerenje narcizma kao osobine ličnosti, u nekliničkoj populaciji (11). Instrument je 1988. godine dodatno usavršen i sveden na 40 stavki (12). Njegova upotreba dovela je do naglog porasta broja znanstvenih radova o narcizmu tijekom osamdesetih i devedesetih godina 20. stoljeća. Time je narcizam pretvoren u mjerljivu dimenziju ličnosti dostupnu širokom spektru istraživača. NPI u svom bazičnom mjerenju bio je orijentiran isključivo na grandioznu, društveno prepoznatljiviju, formu narcizma. Krajem 20. i početkom 21. stoljeća psihoterapeuti i teoretičari osobnosti, oslanjajući se na psihoanalitičke teorije (posebice Kohutove self-psihologije), počeli su osporavati takav koncept narcizma navodeći da osim te grandiozne forme postoji i ona ranjivija, skrivena forma narcizma, karakterizirana sramom i hipersenzitivnošću. Temeljni pregledni rad Pincusa i Lukowitskyja iz 2010.godine (13), patološki narcizam inaugurira kao dvodimenzionalni konstrukt koji se sastoji od grandioznosti i vulnerabilnosti kao dvije u cijelosti punopravne dimenzije. Ključan teorijski i mjerni napredak u proučavanju narcizma dogodio se razvojem Inventara patološkog narcizma (*engl. Pathological Narcissism Inventory* – PNI) (14), koji je prvi put sustavno operacionalizirao obje forme narcizma u jednom mjernom instrumentu. Ovaj instrument otvorio je vrata sustavnom empirijskom istraživanju razlika između grandioznog i vulnerabilnog narcizma i postao je jedna od najutjecajnijih referentnih točaka suvremenih istraživanja.

Na temelju tog, temeljno razdijeljenog modela, istraživači poput Millera, Campbella i suradnika razvijaju potom i takozvani „trodimenzionalni model narcizma“. Prema njihovom tumačenju grandiozni i vulnerabilni narcizam se mogu rastaviti na tri temeljna faktora:

antagonizam (svojstven objema dimenzijama), agentičku ekstraverziju (specifičnu za grandiozni oblik) i neuroticizam (specifičan za vulnerabilni oblik) (15). Paralelno s tim nastaje i srodan model "spektra narcizma", kao odgovor na tri temeljna problema koja su desetljećima opterećivala istraživanje narcizma: koje su ključne značajke narcizma, kako su te značajke međusobno strukturirane tj. kako se odnose jedna prema drugoj, i zašto su strukturirane baš na taj način. Križan i Herlache 2018. godine (16) polaze od pretpostavke da grandiozni i vulnerabilni narcizam nisu dvije odvojene kategorije, već izrazi iste zajedničke jezgre koji se razlikuju po intenzitetu i motivacijskoj podlozi. Za razliku od trodimenzionalnog modela, spektralni model naglasak stavlja na "motivacijske sustave" koji objašnjavaju zašto se narcizam izražava različito u različitih osoba: sustav pristupa/nagrade (kada je ovaj sustav izražen rezultira grandioznim obrascem ponašanja) i sustav izbjegavanja/emocionalne reaktivnosti (kada prevladava ovaj sustav temeljna jezgra izražava se kroz vulnerabilni obrazac ponašanja). Model omogućuje razumijevanje zašto se u kliničkoj i nekliničkoj populaciji javljaju vrlo različiti „fenotipovi" narcizma (npr. arogantni, dominantni pojedinci naspram povučenih, preosjetljivih na kritiku), a da se pritom oba oblika mogu smisleno povezati sa zajedničkim temeljnim jezgrom osobnosti. To praktično znači da ista osoba, ovisno o trenutnom stanju (npr. doživljenoj prijetnji egu, socijalnoj situaciji, razini stresa), može pokazivati čas grandiozne, čas vulnerabilne obrasce. Navedeno objašnjava kliničku opservaciju da mnogi narcistični pojedinci osciliraju između tih dvaju stanja.

Objavljivanjem Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje, peto izdanje (DSM-5) (17) uveden je takozvani Alternativni model za poremećaje ličnosti (*engl. Alternative Model for Personality Disorders* – AMPD), koji omogućuje dimenzionalnu procjenu težine patologije ličnosti, uključujući narcistički poremećaj ličnosti, uz zadržavanje tradicionalnih kategorijalnih kriterija. Novost je mogućnosti uključivanja psihodinamskih koncepata budući AMPD omogućuje strukturiranu kliničku procjenu oštećenja sebstva i interpersonalnog funkcioniranja te dimenzionalnu procjenu težine poremećaja.

Noviji znanstveni radovi koji se bave teorijom narcizma nastoje premostiti dugogodišnji jaz između različitih koncepata. Rad Schalkwijka i suradnika iz 2021. godine (18) predstavlja pokušaj konceptualnog pomirenja dviju do sada relativno odvojenih teorijskih stavova u razumijevanju narcističkog poremećaja ličnosti: suvremene psihodinamske (psihoanalitičke) teorije i dimenzionalnog AMPD-a uvedenog u DSM-5. Autori polaze od zapažanja da je Narcistični poremećaj ličnosti postao „novi granični

poremećaj ličnosti našeg doba“. To obrazlažu kliničkim i istraživačkim porastom interesa za narcizam, kakav je posljednjih tridesetak godina bio usmjeren na proučavanje graničnog poremećaja ličnosti. Nadalje, naglašavaju pomak od isključivo intrapsihičkog modela prema interpersonalnom razumijevanju poremećaja, definirajući narcizam kao specifičan oblik, međusobno isprepletenih oštećenja sebstva i interpersonalnog funkcioniranja**.**

1.1.2. Klasifikacija narcizma

Unutar stručne literature razvijene su različite podjele i klasifikacije koje analiziraju funkcionalnost, intenzitet i vanjsku manifestaciju narcizma. Zdravi oblik narcizma izrazito je važan za mentalno zdravlje i normalno funkcioniranje u životu (19). Stoga se prva i temeljna os razgraničenja odnosi na funkcionalnost i stupanj prilagodbe pojedinca. Takvim se uvidom dolazi do podjele na normalni i patološki (20) te adaptivni i neadaptivni narcizam.

1.1.2.1. Normalan narcizam

Normalan narcizam odnosi se na zdrav stupanj samopouzdanja i osjećaja vlastite vrijednosti koji omogućuje pojedincu da održava stabilan identitet unatoč povremenim neuspjesima (7, 21). Empirijska istraživanja podupiru tezu da normalan narcizam pozitivno korelira sa subjektivnom dobrobiti, samopouzdanjem i sposobnošću nošenja s neuspjehom, barem u kratkoročnim i socijalno površnim kontekstima (22, 23). Zdravi narcizam je u srži ljudskog bića i normalne želje osobe da bude priznata, prihvaćena i da ostavi trag, a sve se to ostvaruje kroz međuljudske odnose. Ostanak u sferi zdravog narcizma uvjetovan je time da se vlastiti ciljevi ne postižu na štetu ljudi iz okoline.

Normalan narcizam vezan je uz pristranu, pozitivnu samopercepciju i doprinosi osjećaju subjektivne dobrobiti (24). Takve su osobe većinom uspješne, zadovoljne i motivirane za rad, a utvrđena je i negativna povezanost s anksioznošću i depresivnošću (25). Ako se u takvih, inače zdravih narcisa ipak jave anksioznost ili depresija, one najčešće nisu posljedica same narcistične strukture ličnosti, nego poteškoća u interpersonalnim odnosima (26).

Posebnu pažnju suvremenih istraživača zaokuplja i pojam „svakodnevni narcizam“, koji se u suvremenoj literaturi nastoji izjednačiti s normalnim, budući je općenito društveno

prihvaćen. Njime se nastoje opisati osobe s kojima živimo, radimo i kojima smo okruženi. Na prvi pogled pristupačni i simpatični narcisi mogu djelovati vrlo pozitivno zahvaljujući svojoj razgovorljivosti, iako uglavnom govore o sebi. Istodobno, skloni su izražavanju neslaganja, koja su izraženija što im je samopouzdanje jače. Skloni su impulzivnom ponašanju, koje kratkoročno donosi uspjeh i nagradu, ali dugoročno ostavlja negativne posljedice. Prototip „svakodnevnog narcisa“ smatra da je poseban, jedinstven i izvanredan, i u središte svojih fantazija stavlja moć, uspjeh i slavu, a iz njih izostavlja ljubav i bliskost (27).

Narcisi u novim socijalnim okruženjima često uživaju inicijalnu prednost. Istraživanja pokazuju da narcizam predviđa popularnost već pri prvom susretu, zahvaljujući vidljivim znakovima samouvjerenosti, privlačnosti i humora, dok se upravo one osobine koje su dugoročno najštetnije za odnose (poput osjećaja povlaštenosti) na kratki rok pokazuju najprivlačnijima (28). Samouvjerenost i šarm, zajedno sa željom za samopromocijom i uspjehom, dovode ih često na čelne pozicije (29, 30). Njihov dominantni karakter, nemogućnost prihvaćanja osobnih pogrešaka, često im, u konačnici, oduzimaju tu poziciju.

Razumijevanje narcističkog doživljavanja i ponašanja može biti olakšano razumijevanjem veze između narcizma i perfekcionizma jer oni, sebi samima ne dozvoljavaju ništa manje od savršenstva (31). Skloni su isticati vlastite superiorne sposobnosti i stavljati ih ispred društvenih vrlina kao što su ljubaznost i susretljivost (32, 33), a sve kao posljedica manjka motivacije i/ili kapaciteta za empatiju (34, 35). Njihov doživljaj vlastite superiornosti proteže se i na odnos s partnerom (36). Budući da u pravilu biraju osobe koje im se dive a ne one koje im uistinu nude intimnost, u osnovi su manje vjerni partneri (37). Unatoč svemu negativnom često su upravo oni vizionari, zaslužni za inovacije i društvene promjene koje su inicirali, bez obzira na motivaciju koja stoji iza njih. Obično biraju poslove u kojima mogu funkcionirati na visokoj razini uspješnosti uz konkretne rezultate. Timski rad im ne odgovara, posebno ako narcis nije nadređen većini. Kolege istog ranga prijetnja su narcističkoj ravnoteži i mogu postati predmet zavisti i iskorištavanja. Drugačija mišljenja teško podnose i na njih obično reagiraju bijesom.

Prema Vakninovoj teoriji (38) narcističkoj strukturi ličnosti posebno odgovaraju određena zanimanja kao što su: politika i pravo (nude društvenu moć, utjecaj, dominaciju i osjećaj povlaštenosti iznad zakona), show business i mediji (pažnju javnosti, obožavatelje i hranjenje grandiozne slike o sebi), korporativni menadžment (kontrolu nad ljudima, upravljanje informacijama i preuzimanje zasluga za tuđi rad), medicina (društveni prestiž i

moć nad zdravljem i životom drugih ljudi), svećenstvo (moralni autoritet i hranjenje ega kroz ulogu „božanskog" posrednika), profesori (mikrookruženje neprikosnovenog autoriteta), vojska i policija (legalno pravo na primjenu sile, hijerarhiju i nošenje uniforme) i profesionalni sportaši (zvjezdani status, natjecanje i dokazivanje nadmoći nad drugima) .

Novija istraživanja polaze od postavke da se u 21. stoljeću narcistično ponašanje u svakodnevnom životu ne može objasniti bez razumijevanja situacijskih (narcističan kad je u centru pažnje, ali posve drugačiji u privatnom, tihom okruženju), relacijskih (drugačije ponašanje prema partneru i kolegi na poslu, prema nekome tko mu se divi i onom tko ga kritizira), digitalnih (Facebook, Instagram i slične platforme nude alate za samopromociju: selfiji, lajkovi, idealiziranje životnih stilova) i kulturnih moderatora koji određuju je li takvo ponašanje društveno prihvatljivo, poticano ili sankcionirano. Digitalne platforme ugradile su narcizam u društvenu stvarnost, birajući „publiku" i brendiranje identiteta u svakodnevni život, zamagljujući granice između samoprezentacije i predstava vođenih egom. Narcistične osobine više nisu samo individualna crta osobnosti nego su djelomično oblikovane društvom i kulturom. Neoliberalni individualizam naglašava osobni uspjeh, samostalnost pod krilaticom „svatko je kovač svoje sreće". Kad društvo stalno govori „ti si najvažniji, tvoj uspjeh ovisi samo o tebi", to može poticati fokusiranje na vlastite potrebe i postignuća na štetu zajedništva. Norme kompetitivnog postignuća postaju kultura u kojoj se stalno radi usporedba s drugima (ocjene, karijera, izgled, društveni mediji) i gdje je pobjeđivanje/isticanje vrijednost samo po sebi**.** Nadalje postoji kultura neformalnih društvenih pravila/poruka koje uče da je svatko poseban, neovisan i da individualnost ima prioritet nad kolektivom (npr. poruke poput „budi svoj", „ti to zaslužuješ" "ti to zaslužuješ") (39). Istraživanja na velikim internetskim uzorcima s ciljem proučavanja kako sociodemografski i sociokulturni faktori utječu na razinu narcizma iznjedrila su nekoliko osnovnih zaključaka: mlađe osobe narcističnije su od starijih; osobe iz viših socioekonomskih slojeva narcističnije su od onih iz nižih; jedinci narcističniji su od onih iz obitelji s više djece; osobe iz urbanih sredina narcističnije su od onih iz ruralnih (40). Svakodnevni narcizam postaje stil ponašanja, a ne isključivo patologija na individualnoj razini.

1.1.2.2. Patološki narcizam

Patološki narcizam karakterizira kronična nestabilnost regulacije samopoštovanja i afekta, pri čemu osoba ovisi o vanjskoj potvrdi, divljenju ili dominaciji kako bi održala osjećaj vlastite vrijednosti (13). Patološki narcizam odlikuje se rigidnim i neprilagođenim strategijama suočavanja s prijetnjama samopoštovanju. Najčešće je riječ o obezvrjeđivanju drugih, izbjegavanju odgovornosti, agresivnom reagiranju na kritiku ili povlačenju u sram i osjećaj praznine (19). Problemi s kontrolom afekta očituju se u obliku ljutnje, srama i zavisti, a odnosi s drugim ljudima ugroženi su zbog manjka empatije.

Patološki narcizam može varirati s obzirom na mogućnost funkcioniranja u društvu i stupanj ozbiljnosti: od pojedinaca koji su iznimno funkcionalni članovi društva i odlikuju se iznimnim sposobnostima do onih s ozbiljnim poremećajem koji ih ograničava u svakodnevnom funkcioniranju (41). Ključna razlika između normalnog i patološkog narcizma nije u samoj prisutnosti narcističkih crta (želja za priznanjem, osjećaj vlastite važnosti), koje su univerzalne i u određenoj mjeri adaptivne, već u stupnju rigidnosti, intenzitetu i funkcionalnim posljedicama tih crta.

Stoga ne postoji oštra granica između zdravog i patološkog narcizma, već je riječ o „zoni postupne tranzicije definiranoj funkcionalnim kriterijima, a ne intenzitetom crta“ (13, 16). Patološki narcizam može se stoga definirati kao nesposobnost održavanja stabilnog samopoštovanja bez stalne vanjske potvrde, značajno narušavanje kvalitete međuljudskih odnosa uslijed iskorištavanja drugih ili nedostatka empatije, rigidne i ograničene strategije suočavanja s prijetnjama samopoštovanju te prisutnost subjektivnog distresa (19, 42).

Brojni istraživači nastojali su potom opisati što više karakteristika ličnosti koje se vežu uz navedene različite oblike narcističkog izražavanja. Tako su Cain i suradnici identificirali više od pedeset različitih karakteristika koje opisuju varijabilnost u izražavanju patološkog narcizma unutar dviju osnovnih domena, koje se razlikuju po strategijama nošenja s emocijama, interpersonalnim odnosima i samopoštovanjem (42).

Osobe s izraženim grandioznim narcizmom sklone su zanemarivati vlastite probleme i rijetko traže stručnu pomoć jer ne proživljavaju dovoljnu razinu psihičke patnje koja bi ih motivirala na rad na sebi (43).

Za vulnerabilni narcizam tipično je da osoba, unatoč idealiziranim fantazijama o sebi, stalno osjeća snažnu krivnju i sram vezane uz vlastite ideje i potrebe. Takve su osobe sklone depresivnim, suicidalnim i samokritičnim mislima, a prevelika osjetljivost na tuđe kritike pozitivno je povezana s izbjegavanjem interpersonalnih odnosa, odnosno socijalnim povlačenjem (43). Zbog toga doživljavaju više razine stresa i sklonije su potražiti pomoć (42).

Ovaj tip općenito pokazuje najlošije adaptivno funkcioniranje i najveći komorbiditet s generaliziranim anksioznim poremećajem i depresijom (43)**.** Neki autori pritom smatraju da osobe s narcističkim poremećajem mogu fluktuirati između grandioznog i vulnerabilnog pola (44), a budući da se grandioznost dugoročno teško održava zbog oštećenih interpersonalnih odnosa i manjka empatije, osoba s vremenom postaje sve ranjivija na paniku, nemoć, sram ili depresiju (45).

Pitanje odnosa između grandioznog i vulnerabilnog narcizma dugo je bilo predmetom teorijskih i empirijskih rasprava. Na razini opće populacije uočeno je da dvije forme narcizma slabo koreliraju ili uopće ne koreliraju. Proučavajući taj međuodnos, Jauk i suradnici 2022. godine na uzorku od više od 10 000 ispitanika pokazali su da je taj odnos nelinearan. Pri niskim i umjerenim razinama grandioznog narcizma grandiozni i vulnerabilni ne koreliraju, ali pri visokim razinama grandioznog narcizma vulnerabilnost raste proporcionalno s grandioznošću (46). Ovaj nalaz u cijelosti je potvrdio klinička opažanja da patološki narcisi koji zbog intenziteta svojih smetnji budu obuhvaćeni psihijatrijskim tretmanom istovremeno pokazuju i grandiozne i vulnerabilne karakteristike.

U proučavanjima patoloških crta ličnosti u kliničkim se teorijama često spominju „otvoreni“ i „prikriveni“ narcizam (13). Ova podjela pomaže objasniti zašto se ponašanje pojedinaca unutar iste fenotipske vrste (grandiozne ili vulnerabilne) katkad razlikuje. Smatra se da u posebno izraženom patološkom narcizmu osobe gotovo uvijek iskazuju i grandioznost i vulnerabilnost, i na otvoren i na prikriven način (13). Stoga je stereotipno mišljenje da je vulnerabilni narcizam isključivo povezan s prikrivenom ekspresijom potpuno netočno. Glavna razlika između otvorenih i prikrivenih ekspresija leži u podlozi fenotipske varijacije grandioznosti i vulnerabilnosti, a za samostalno postojanje „čisto“ otvorenog i „čisto“ prikrivenog tipa nema jasnih empirijskih dokaza (13).

Govoreći o patološkom narcizmu, nužno je spomenuti i maligni narcizam, koji predstavlja krajnji stupanj i ostavlja posljedice na individualnoj, obiteljskoj i široj društvenoj razini. U stvarnom ga svijetu obilježavaju sadizam, mržnja i nekontrolirana agresija. Osnovna su obilježja grandiozan osjećaj vlastite važnosti, preokupiranost fantazijama o neograničenom uspjehu, moći i pameti, vjerovanje u vlastitu posebnost, jaka potreba za obožavanjem i divljenjem, zavist, iskorištavanje u odnosima te nedostatak empatije (47). Površno gledano, takve osobe djeluju samouvjereno, a zapravo su ranjive, preosjetljive na kritiku i sklone sramu, a neuspjeh u ostvarenju grandioznih zamisli rezultira promjenama raspoloženja, narcističkim bijesom i jakim osjećajem praznine. Često su marljive i uspjeh im donosi divljenje, koje je njihova temeljna motivacija za rad, ali su sklone iskorištavati druge i služiti se patološkim laganjem u ostvarenju konkretnih rezultata. U ljubavnim su odnosima u početku šarmantne i zavodljive, no bez kapaciteta za dublje veze, često promiskuitetne. Budući da ne poštuju društvene norme, nerijetko su počinitelji kaznenih djela. Za razliku od osoba s antisocijalnim poremećajem ličnosti, ipak mogu razviti neku vrstu povezanosti i lojalnosti, obično prema svojim sljedbenicima ili prema moćnim osobama s kojima se poistovjećuju.

Postoje popularne teorije da suvremeno društvo pridonosi razvoju malignih narcisa te da su neki istaknuti politički, društveni, vjerski i kultni vođe u osnovi maligni narcisi. Da bi se netko razvio u figuru koja postaje destruktivna za društvo u većim razmjerima, potrebna je, naravno, podrška okoline. Društvena i kulturna dinamika igraju odlučujuću ulogu u podršci ljudima s malignim narcizmom. Tirani su prepoznati kao maligni narcisi koji dolaze na vlast u ekonomskim i političkim situacijama u kojima imaju priliku učvrstiti svoju moć. Imaju teške deficite superega koji s vremenom dovode do gubitka testiranja stvarnosti i nepravilnog, samodestruktivnog ponašanja (48, 49).

Među životnim događajima koji pridonose smanjenju patološkog narcizma prevladavaju tri vrste tzv. korektivnih životnih iskustava: životna postignuća, uspostavljanje trajne emocionalne veze i otklon od životnih iluzija, tj. razočaranja. Životna postignuća, primjerice završetak edukacije, dobivanje priznanja ili napredovanje na poslu, pokazala su se najčešćim korektivnim životnim događajem (19). Ronningstam smatra da korektivni životni događaji pridonose boljoj ravnoteži između ambicija, ideala, fantazija i unutarnjih ciljeva te vode realnijoj slici sebstva. Interpersonalne veze također pridonose smanjenju patološkog narcizma. U kontekstu takvih odnosa narcistički osjećaj posebnosti i superiorne izolacije

zamjenjuje se iskustvom uzajamne posebnosti, uz smanjenje osjećaja prezira i devaluacije te manju sklonost iskorištavanju drugih ljudi. Faktor korektivnog uklanjanja životnih iluzija uključuje iskustvo promjene prethodnog osjećaja grandioznosti u smjeru bolje prilagođenosti. Takvo iskustvo često nastaje u situaciji životnih gubitaka, kao što su prekid karijere ili neki drugi stresni događaji. No ako su životne promjene previše teške i traumatične ili se događaju bez odgovarajuće socijalne potpore, može doći do pogoršanja patološkog narcizma (21).

Ovi povijesni i teorijski osvrti osvjetljavaju dvije paralelne istine: narcizam može postojati kao teški klinički poremećaj, ali djeluje i unutar običnog društvenog života, bez približavanja patološkim pragovima. Konceptualni jaz između tih dviju stvarnosti – jedne vidljive kliničarima, a druge tiho proživljavane na radnim mjestima, u odnosima, obiteljima i digitalnim okruženjima – stvara slijepu točku u kojoj narcizam buja. Ta slijepa točka naglašava potrebu da se patološki narcizam ispita kao crta ličnosti vrijedna empirijske pažnje sama po sebi, a ne kao razrijeđena varijanta kliničke patologije.

1.1.2.3. Narcistički poremećaj osobnosti

U suvremenoj psihologiji ličnosti i kliničkoj psihopatologiji pojmovi „patološki narcizam“ i „narcistički poremećaj osobnosti“ (NPO) često se koriste kao sinonimi, no riječ je o konceptualno različitim, iako povezanim konstruktima. NPO je kategorijalna psihijatrijska dijagnoza, definirana strogim dijagnostičkim kriterijima. Patološki narcizam širi je dimenzionalni konstrukt koji obuhvaća kontinuum narcističke disfunkcije od blagih do teških oblika i uključuje dva fenotipski različita, ali funkcionalno povezana oblika (grandiozni i vulnerabilni).

NPO je u DSM-5 definiran kao trajni obrazac grandioznosti (u fantaziji ili ponašanju), potrebe za divljenjem i nedostatka empatije, koji se javlja u ranoj odrasloj dobi i prisutan je u različitim kontekstima. Dijagnoza zahtijeva prisutnost najmanje pet od devet kriterija, uključujući preuveličan osjećaj vlastite važnosti, preokupiranost fantazijama o neograničenom uspjehu, uvjerenje o vlastitoj posebnosti, potrebu za pretjeranim divljenjem, osjećaj povlaštenosti, interpersonalno iskorištavanje, nedostatak empatije, zavist prema drugima i arogantno ponašanje (17).

Kriteriji NPO-a i u najnovijem izdanju DSM-5 gotovo isključivo opisuju grandiozne manifestacije narcizma, dok vulnerabilne manifestacije – sram, preosjetljivost na kritiku, oscilirajuće samopoštovanje – ostaju slabo zastupljene. Kategorijalni pristup („ima/nema poremećaj“) ne uspijeva obuhvatiti stupnjevitost i heterogenost narcističke patologije, koja se u istraživanjima, ali i u kliničkoj praksi pokazuje dvodimenzionalnom. Nadalje, dijagnostički prag od pet kriterija stvara umjetnu granicu koja mnoge osobe sa značajnim narcističkim opterećenjem, ali ispod dijagnostičkog praga, ostavlja nevidljivima za kliničku pažnju (13).

Ključna značajka patološkog narcizma, za razliku od dijagnoze NPO-a, jest mogućnost fluktuacije unutar iste osobe, ovisno o kontekstu i stupnju ugroženosti samopoštovanja. Osoba s izraženim patološkim narcizmom može funkcionirati grandiozno u situacijama socijalnog uspjeha, a u situacijama neuspjeha ili kritike doživjeti kolaps u ranjivost, sram i povlačenje (13). Tu dinamiku kategorijalna dijagnoza NPO-a, usmjerena isključivo na grandiozne manifestacije, ne uspijeva zahvatiti (13, 17). Dimenzionalno razumijevanje omogućuje terapijski rad koji uzima u obzir fluktuaciju između grandioznih i vulnerabilnih stanja, umjesto da klijente promatra kao statičnu kategoriju (13, 30).Klinički značajne razine patološkog narcizma pokazuje mnogo veći broj osoba od onih koje zadovoljavaju stroge kriterije za poremećaj. Time velik broj osoba sa značajnim funkcionalnim oštećenjima ostaje potpuno izvan sustava skrbi za psihičko zdravlje (13, 17).

1.1.3. Etiološki čimbenici

Istraživanja uzročnih čimbenika koji utječu na nastanak i razvoj patološkog narcizma iznjedrila su brojne teorije. Unatoč tome, nijedna od njih nije dobila nedvojbenu empirijsku potvrdu. Smatra se da poremećaj proizlazi iz nedovoljnog zadovoljenja normalnih razina narcističnosti tijekom dojenačke dobi i djetinjstva, što remeti sazrijevanje i integraciju superega te u odrasloj dobi dovodi do poteškoća u regulaciji samopoštovanja. Značajniji dio istraživanja pritom veću važnost pridaje psihodinamskim, kognitivnim i sociokulturnim teorijama te teorijama odgoja. U novije vrijeme naglasak je sve više na genetskim i neurobiološkim čimbenicima.

1.1.3.1. Etiološke teorije

Psihodinamsku teoriju narcizma uveo je Kohut, oslanjajući se na Freudove teorije. Za normalan razvoj i prijelaz na primarni (normalni) narcizam roditelji ili skrbnici moraju u određenoj mjeri reflektirati djetetov osjećaj grandioznosti, čime mu pomažu razviti funkcionalan osjećaj vrijednosti i samopoštovanja. Samopoštovanje otada djeluje kao zaštitni faktor u ostatku života. Način na koji se roditelji odnose prema djetetu osnova je za razvoj patološkog narcizma. Dijete na taj način postaje sredstvo za održavanje roditeljskog samopoštovanja i svaki njegov neuspjeh razvija dubok osjećaj srama. Drugi je obrazac emocionalna hladnoća, kada roditelji zanemaruju djetetove potrebe i odnose se prema njemu hladno i nezainteresirano (6). Naknadno istraživanje Otwaya i Vignolesa pokazalo je da osobe s visokom razinom narcističnosti doista izvještavaju da su u odrastanju bile izložene jednom od ta dva roditeljska stila (50). Djeca koja su izgubila biološke roditelje (posvajanjem, smrću, razvodom) ili su bila zlostavljana također su pod povećanim rizikom (51).

Kernberg je kao sljedeći veliki teoretičar ličnosti ponudio nešto drukčije psihodinamsko objašnjenje (7). Narcističnost smatra obrambenom reakcijom na patološku organizaciju vjerovanja o sebi i idealizirane slike roditelja. Takva djeca preuzimaju ulogu „jedinog ili briljantnog djeteta koje treba ispuniti roditeljske fantazije“. To s vremenom postaje „kronično utočište koje osigurava osjećaj superiornosti i iluzorne veličine, a osoba to ponašanje prenosi u odraslu dob“ (7).

Predstavnici kognitivne škole kasnije će u cijelosti preuzeti ovaj stav i uzrok vidjeti u stilu odgoja koji pretjerano udovoljava djetetu, često ga idealizirajući. Dijete uči da je posebno te da i od drugih, ne samo od roditelja, može očekivati poseban tretman. U podlozi takvog iskustva obično nedostaje istinsko razumijevanje djetetovih stvarnih potreba i osjećaja.

Roditeljski utjecaji na razvoj patološkog narcizma i dalje su predmet intenzivnog istraživanja. Istraživanja upućuju na to da je patološki narcizam duboko ukorijenjen u nefunkcionalnim oblicima kontrole i iskrivljenoj percepciji djeteta, što posredno uzrokuje emocionalnu neprilagođenost. Očev grandiozni narcizam smatra se izravno povezanim s anksioznošću i depresijom u djece, dok su majčin i očev vulnerabilni te osobito majčin grandiozni narcizam s tim simptomima povezani neizravno, putem modela „žrtvenog janjca“.

U psihodinamskom smislu to upućuje na transgeneracijski prijenos patologije kroz nefunkcionalne roditeljske stilove (52–54).

Istraživanja nadalje pronalaze vezu između traumatskog iskustva u djetinjstvu i patološkog narcizma. Zlostavljanje u djetinjstvu pozitivno je povezano s vulnerabilnim narcizmom, dok s grandioznim narcizmom gotovo nije povezano ili je s njim negativno povezano. Posebno je snažna veza između emocionalnog zlostavljanja i vulnerabilnog narcizma, a sigurnost privrženosti djeluje kao posredujući čimbenik između emocionalnog zlostavljanja i narcizma (55). Emocionalno zlostavljanje bilo je najsnažniji prediktor vulnerabilnog narcizma, s jačim učinkom čak i od seksualnog zlostavljanja, fizičkog zanemarivanja i ukupne kumulativne traumatske izloženosti tijekom života (56).

Najpoznatije kognitivno-bihevioralne teorije također u središte stavljaju dijete. Prema njima problem je u „odgojnom stavu koji je zasnovan na previše pohvala i pozitivnih vrednovanja od roditelja i drugih bliskih osoba“. Takvim se pristupom djeca stalno gratificiraju, ponekad i potpuno lažno, kada uspjeh izostane, pa dijete stvara potpuno nerealnu sliku o sebi (52).

Ključna osnova uključuje nefunkcionalni roditeljski stil. Takav stil uključuje pretjerano hvaljenje, uvjetovanu ljubav, zanemarivanje ili zlostavljanje, uz koje dijete razvija sheme o sebi kao posebnom i superiornom ili, obrnuto, kao neadekvatnom i ranjivom. To postaje filtar kroz koji se kasnije obrađuju sve socijalne informacije. Socijalno-kognitivni model objašnjava samoregulacijski proces u kojem osoba kontinuirano koristi kognitivne i interpersonalne strategije (traženje divljenja, obezvrjeđivanje drugih, selektivna pažnja na pozitivne povratne informacije) kako bi održala nestabilnu, ranjivu sliku o sebi. Grandioznost se tumači kao kompenzacijska kognitivna strategija koja prikriva temeljnu nesigurnost. Teorija uvjetovanog samopoštovanja stavlja narcizam u kontekst vanjskog vrednovanja i visoke osjetljivosti na kritiku jer unutarnje samopoštovanje ovisi o vanjskim signalima. Prema atribucijskom stilu narcisi uspjehe pripisuju sebi, a neuspjehe eksternaliziraju ili pripisuju drugima, pri čemu taj obrazac koriste kao kognitivnu obranu koja štiti krhku sliku o sebi od urušavanja. Kognitivno-afektivni sustav obrade naglašava da se narcistička ponašanja aktiviraju situacijski. Određeni okidači (kritika, prijetnja statusu) pokreću specifične kognitivno-afektivne obrasce (bijes, obezvrjeđivanje, povlačenje), ovisno o tome je li riječ o grandioznom ili vulnerabilnom narcizmu (23, 57–58).

Sve ove teorije naglašavaju da se narcizam ne razvija samo kroz iskustvo (traumu, zlostavljanje, pretjerano idealiziranje), nego i kroz način na koji se to iskustvo kognitivno interpretira i internalizira u trajne sheme o sebi i drugima, što ih izravno povezuje s ranije spomenutim nalazima o transgeneracijskom prijenosu i ulozi roditeljskih stilova.

Sociokulturne teorije uvode u etiologiju važnost povijesnog i socijalnog konteksta za razumijevanje poremećaja. Slika poteškoća u psihičkom funkcioniranju kroz povijest se značajno promijenila. Do Drugoga svjetskog rata probleme su pretežno predstavljale opsesije i kompulzije kao odraz samokritičnog superega. Nakon rata porastao je udio osoba s oslabljenim osjećajem sebe te upitnim moralnim normama i vrijednostima. Brojni su znanstvenici počeli govoriti o „eri narcizma“ u zapadnoj kulturi. U knjizi „Kultura narcizma“ (*engl. The Culture of Narcissism*) iz 1979. godine (59) američki povjesničar i društveni kritičar Lasch tvrdi da se moderni kapitalizam pretvorio u kulturu opsjednutu sobom. Umjesto klasičnog individualizma društvo potiče površan narcizam kao obranu od tjeskobe u svijetu koji gubi smisao i stabilnost. Između ostalog, kao glavne razloge navodi da mediji i konzumerizam stvaraju potrebu za divljenjem te strah od starenja ili neuspjeha. Osobni problemi zamjenjuju političku borbu. Institucije nude „terapiju“ umjesto rješenja. Bliskost s drugim ljudima postaje teška jer se drugi doživljavaju samo kao ogledalo vlastitog ega. Kompetitivnost i individualizam pogodno su tlo za razvoj narcizma. Studija iz 2003. godine (61) pokazala je razlike u razinama narcizma po regijama svijeta: sudionici iz SAD-a pokazali su najviše razine narcizma, dok su druge regije (Europa, Kanada, Azija, Bliski istok) pokazale niže razine, upravo navedenim redoslijedom. Prema istraživanjima, danas svaka šesnaesta osoba pati od simptoma patološkog narcizma (62). Obilježja poremećaja mogu se prepoznati i kod pojedinaca na pozicijama visokog utjecaja, prije svega kod prestižnih državnika, kod kojih se razvijaju osobine poput oholosti i uobraženosti, sukladne kriterijima narcističkog poremećaja ličnosti (63).

1.1.3.2. Nasljeđe i neurobiologija

Razvoj neuroznanosti, u 20. i 21. stoljeću doveo je do boljeg razumijevanja uloge genetike, neuromodulatora, stresa i moždanih krugova u regulaciji normalnog ponašanja, kao i u patogenezi patofizioloških procesa. Istraživanja naglašavaju ulogu neurobiologije kao faktora razlika među ličnostima te ulogu poremećenih neurobioloških čimbenika u

poremećajima. Studije koje uključuju braću i sestre dodatno potvrđuju važnost nasljeđa: iako odrastaju u istom okruženju i pod jednakim uvjetima, braća i sestre ne moraju nužno dijeliti iste osobine ličnosti, a poremećaj će se razviti u onoga čije ga naslijeđene osobine čine vulnerabilnim. U istraživanju u kojem je korišten obiteljski dizajn s braćom i sestrama (64) uspoređivani su ispitanici s dijagnosticiranim poremećajem i njihove rođene sestre koje su odrasle u istoj, često disfunkcionalnoj obitelji. Rezultati su pokazali da su sestre dijelile gotovo jednaku količinu obiteljskih trauma i zanemarivanja, ali većina sestara nije razvila poremećaj. Trauma ili okruženje sami po sebi nisu dovoljni. Ključni je faktor genetska vulnerabilnost pojedinca, koja određuje hoće li se pod istim uvjetima poremećaj u konačnici manifestirati (64, 65).

Neurobiološki faktori dijelom su vezani uz genske faktore, a dijelom uz faktore ranog razvoja. U novije doba ulogu majke moguće je promatrati i s neurobiološkog stajališta. U prvoj godini života posebno je izražen rast kortikalnih struktura koje omogućuju i inhibitornu funkciju nižih centara. Majka kontaktom s djetetom, preko regulacije afekata, čini glavni izvor vanjskih podražaja koji pospješuju ili inhibiraju sazrijevanje neurobioloških struktura mozga.

Neurobiološka podloga patološkog narcizma očituje se u poteškoćama s regulacijom afekata. Prema recentnim neuroznanstvenim istraživanjima, rani poremećaji privrženosti ometaju razvoj desne hemisfere mozga, zadužene za obradu emocija (66). Postoje kritične faze koje se odvijaju bifazično, između 10. i 12. te između 14. i 16. mjeseca života. Pri tome je od iznimne važnosti interakcija majke i/ili značajnih objekata ranog razvoja s djetetom u smislu regulacije afekata. Posljednje značajno razdoblje za oblikovanje selfa i regulacije afekta jest adolescencija, razdoblje formiranja posljednjih interneuronskih veza u prefrontalnom korteksu. Poremećena regulacija selfa u patološkom narcizmu nakon tog razdoblja trajna je i teško podložna korekciji. Razlikuju se i dva obrasca odnosa roditelj–dijete povezana s razvojem poremećaja. Prvi je tzv. nesiguran/otporan obrazac, koji dovodi do hiperaktivacije i nedovoljne regulacije afekta te razvoja grandioznog selfa. Drugi je depresivan/hipostimuliran obrazac, koji pridonosi pretjeranoj regulaciji afekta, sramežljivosti i sramu, obilježjima bliskima vulnerabilnom tipu narcizma (66).

Ronningstam (19) integrira ova zapažanja objašnjavajući kako patološki narcisi razvijaju grandioznost kao obrambeni mehanizam protiv toksičnog srama koji nastaje zbog afektivne disregulacije. U ranom razvoju očito dolazi do uzajamne povezanosti prirode i

okoline, odnosno bioloških i psiholoških faktora, i samo cjelovit pristup može pomoći u razumijevanju niza faktora odgovornih za nastanak smetnji ličnosti. Adolescencija, kao završna faza razvoja, prilika je za razrješenje. Naime, sve ono što je u primarnim odnosima bilo problematično u toj je razvojnoj fazi moguće donekle ispraviti. U adolescenciji se događa završno remoduliranje interneuronskih veza u prefrontalnom korteksu pa je adolescent privremeno nesposoban kvalitetno procjenjivati posljedice vlastitih djela u društvenom kontekstu. S obzirom na to da su viši centri u procesu restrukturiranja, impulsi iz limbičkog sustava izravno utječu na ponašanje, koje je uglavnom impulzivno i agresivno. U tom se razdoblju ponovno pojavljuju narcističke osobine, zaokupljenost sobom i doživljaj sebe posebnim. Upravo je tada ponovno važna roditeljska potpora i sudjelovanje u životu adolescenata. Na taj način roditelji potpomažu razvoj kontrole viših centara te omogućuju adolescentima da iz tih turbulencija izađu kao normalne i empatične odrasle osobe.

Genetska osnova patološkog narcizma tek se u novije vrijeme intenzivnije istražuje. Različite studije na blizancima različito procjenjuju utjecaj nasljeđa: 45 % u studiji Janga i suradnika iz 1996. godine, 40 % u studiji Parisa iz 2012. godine, dok Torgersen i suradnici 2008. godine navode širok raspon procjene heritabilnosti, od 25 % do čak 80 % (19). Poremećaj će se razviti u onoga čije ga naslijeđene osobine čine vulnerabilnim.

Novija istraživanja bave se i strukturnim razlikama mozga osoba s patološkim narcizmom i zdravih osoba. Studija iz 2013. godine pronašla je smanjen volumen sive tvari u lijevom prednjem inzularnom režnju, rostralnom i medijalnom cingularnom korteksu te dorzolateralnim i medijalnim dijelovima prefrontalnog korteksa (67). Istraživanje iz 2015. godine, prošireno i na bijelu tvar, utvrdilo je smanjenu frakcijsku anizotropiju u bijeloj tvari desnog frontalnog režnja, što upućuje na promjene u organizaciji i integritetu živčanih vlakana u tom području (68).

Iako su sve navedene teorije iznimno važne za razumijevanje nastanka patološkog narcizma, i dalje su samo hipoteze koje ne mogu ponuditi konačne dokaze o podrijetlu poremećaja.

1.1.4. Mjerni instrumenti u proučavanju narcizma

Razvoj teorijskog razumijevanja narcizma usko je povezan s razvojem instrumenata namijenjenih njegovu mjerenju. Do kraja sedamdesetih godina 20. stoljeća istraživanje narcizma bilo je ograničeno nedostatkom prikladnog mjernog instrumenta. Razvojem NPI-ja 1979. godine (11) narcizam je postao dostupan kvantitativnom istraživanju. Od tada je razvijen niz dodatnih instrumenata koji pokrivaju različite aspekte konstrukta. Poznavanje njihovih teorijskih temelja, strukture i odnosa prema drugim mjerama nužno je u istraživačkom radu kako bi se odabrao instrument primjeren postavljenom istraživačkom pitanju.

Instrumenti za mjerenje narcizma mogu se razvrstati prema tome jesu li namijenjeni nekliničkoj ili kliničkoj populaciji.

NPI su 1979. godine razvili Raskin i Hall, s ciljem mjerenja individualnih razlika u narcizmu unutar nekliničke populacije (11). Izvorna verzija od dvjesto dvadeset čestica postupno je skraćivana, a najutjecajnija i danas najčešće korištena inačica je NPI-40 iz 1988. godine, koju su sami autori skratili na četrdeset čestica (12). Instrument se sastoji od parova tvrdnji, pri čemu ispitanik u svakom paru bira onu koja ga bolje opisuje. Pritom jedna tvrdnja uvijek odražava narcističko, a druga nenarcističko stajalište. NPI prvenstveno zahvaća grandioznu, ekstravertiranu i eksploatativnu stranu narcizma, uključujući dimenzije poput vodstva/autoriteta, grandioznog egzibicionizma i osjećaja povlaštenosti.

Zbog duljine i vremena potrebnog za primjenu 2006. godine predložena je kraća verzija, NPI-16 (69), koja u velikoj mjeri korelira s izvornim NPI-40. Instrument je 2013. godine dodatno skraćen na NPI-13 (70), koji uz ukupni rezultat nudi i tri podljestvice: vodstvo/autoritet, grandiozni egzibicionizam i povlaštenost.

Dok je NPI ostao dominantan instrument za grandiozni, „prepoznatljivi“ narcizam, istraživači su mu zamjerali da uopće ne zahvaća vulnerabilnu, prikrivenu dimenziju konstrukta. Stoga je 1997. godine konstruirana Hipersenzitivna skala narcizma (*engl. Hypersensitive Narcissism Scale* – HSNS), kratki instrument koji mjeri obrambenu, nesigurnu narcističku vulnerabilnost povezanu s niskim samopoštovanjem i sramom (71).

Budući da su NPI i HSNS razvijeni odvojeno i svaki zahvaća samo jednu stranu narcizma, Pincus i suradnici 2009. godine konstruiraju PNI (44). Instrument se sastoji od 52 čestice

kojima su grandiozna i vulnerabilna domena patološkog narcizma objedinjene unutar jedinstvene hijerarhijske strukture sa sedam dimenzija. Dimenzije Pravo na bijes, Eksploatativnost, Grandiozne fantazije i Samopožrtvovno samouzdizanje tvore širi okvir narcističke grandioznosti, dok dimenzije Skrivanje sebe, Obezvrjeđivanje i Uvjetovano samopoštovanje tvore širi okvir narcističke vulnerabilnosti (72). Zbog duljine izvornog instrumenta 2015. godine razvijen je i Kratki inventar patološkog narcizma (*engl. Brief Pathological Narcissism Inventory* – B-PNI), verzija s 28 čestica (73).

U novije vrijeme razvijen je cijeli niz instrumenata, kao što su Upitnik narcističke admiracije i rivaliteta (*engl. Narcissistic Admiration and Rivalry Questionnaire* – NARQ) (74) i Petfaktorski inventar narcizma (*engl. Five-Factor Narcissism Inv*entory – FFNI), u izvornoj verziji od 148 čestica (75) i kratkoj formi od 60 čestica (FFNI-SF), koji se temelje na trodimenzionalnom modelu narcizma (egocentrični antagonizam, agentička ekstraverzija i narcistički neuroticizam).

Usporedno s razvojem tih instrumenata unutar socijalne psihologije i psihologije ličnosti, klinička je psihijatrija razvila vlastiti dimenzionalni pristup mjerenju narcizma unutar AMPD-a, uvedenog u klasifikaciju DSM-5. Konstruiran je Inventar ličnosti za DSM-5 (*engl. Personality Inventory for DSM-5* – PID-5), instrument od 220 čestica koji mjeri 25 crta ličnosti raspoređenih u pet širih dimenzija disfunkcije ličnosti, namijenjen prvenstveno kliničkoj, a ne istraživačkoj upotrebi (76).

Razvoj instrumenata za mjerenje narcizma, od pionirskog NPI-ja do suvremenih integrativnih pristupa poput PNI-ja, odražava postupno sazrijevanje razumijevanja narcizma kao višedimenzionalnog, a ne jedinstvenog konstrukta. Nijedan pojedinačni instrument ne zahvaća narcizam u cijelosti; svaki nudi specifičnu „leću“ kroz koju se konstrukt promatra, oblikovanu vlastitim teorijskim pretpostavkama i namjenom. Poznavanje tih razlika ključno je za informiran izbor mjernog pristupa te za ispravno tumačenje i usporedbu nalaza u sve opsežnijoj literaturi o narcizmu.

PNI je za potrebe ovog istraživanja odabran zbog svoje konstrukcije, namijenjene obuhvaćanju dimenzija koje mjere i otvorene i prikrivene izraze narcističke grandioznosti i vulnerabilnosti, s ciljem procjene patološkog narcizma u kliničkoj i nekliničkoj populaciji. Valja napomenuti da je njegova standardizacija provedena upravo na studentima, što je bilo iznimno vrijedno za ovo istraživanje. Osim toga, PNI je, za razliku od instrumenata

utemeljenih na suvremenijem trodimenzionalnom modelu, koji su manje specifični za patološki, a više za normalni narcizam (koji nije bio predmet ovog istraživanja), usmjeren upravo na patološki narcizam.

1.1.5. Narcizam u studenata

Studentska populacija posebno je zanimljiva istraživačima narcizma iz nekoliko razloga. Riječ je o razvojnom razdoblju izlaska iz adolescencije u ranu odraslu dob, obilježenom intenzivnim oblikovanjem identiteta, snažnom akademskom i socijalnom kompeticijom te sve prisutnijom kulturom samopromocije putem društvenih mreža.

Jedna od najutjecajnijih tema istraživanja narcizma studenata odnosi se na tvrdnju da je narcizam studenata posljednjih desetljeća u porastu. Meta-analiza vremenskih trendova (*engl. Cross-temporal meta-analysis*), koja je usporedila rezultate mnogih zasebnih presječnih studija prikupljenih od 1979. do 2006. godine kako bi se rekonstruirao trend kroz vrijeme, na ukupnom uzorku od više od 16 000 studenata, pokazala je da su rezultati NPI-ja rasli s godinom prikupljanja podataka te da su se od 1982. godine povećali za 0,33 standardne devijacije (77). Naknadna istraživanja dodatno su kontrolirala utjecaj pojedinačnog sveučilišta kao konfundirajućeg čimbenika jer se uzorci studenata mijenjaju iz godine u godinu, a s njima i razina narcizma, budući da se fakulteti međusobno razlikuju. Smatralo se da bi to moglo iskriviti pravu sliku o postojanju ili nepostojanju generacijskog trenda. Primjerice, ako je uzorak iz 1982. godine slučajno dolazio s fakulteta na kojem su studenti u prosjeku manje narcistični, a uzorak iz 2006. godine s fakulteta na kojem su studenti u prosjeku narcističniji, razlika u rezultatima mogla bi zapravo odražavati razliku između fakulteta, a ne stvarnu promjenu kroz vrijeme. Tako provedena studija potvrdila je sličan trend rasta narcizma na nacionalnoj razini u razdoblju 1982.–2009. (78). Ova teza, koja se veže uz Twenge (78) i popularizirana je pod nazivom „epidemija narcizma“, naišla je na značajnu kritiku koja se razvila u dugotrajnu znanstvenu raspravu. Ističući metodološke slabosti presječnih studija, poput zanemarivanja utjecaja pojedinačnog sveučilišta i nedostatka provjere mjerne invarijantnosti instrumenta kroz vrijeme, Arnett (79) predložio je alternativno tumačenje prema kojemu su suvremeni studenti, nasuprot „Generaciji Ja“ (*engl. Generation Me*), zapravo „Generacija Mi“ (*engl. Generation We*). „Generaciju Mi“ karakteriziraju izraženiji altruizam, društvena angažiranost, veća tolerancija prema različitosti

i snažnija usmjerenost na kolektivne, a ne isključivo individualne ciljeve. Prema ovom tumačenju, fenomeni poput volonterstva, aktivizma i online društvenog umrežavanja, koji se u „epidemijskoj“ naraciji tumače kao izraz narcističke samopromocije, mogu se jednako uvjerljivo protumačiti kao znak povećane društvene povezanosti i brige za zajednicu. Twenge je na ovu kritiku odgovorila dodatnim empirijskim dokazima, zadržavajući stajalište o postojanju generacijskog trenda te ističući da njezin skup podataka seže dublje u prošlost, do 1980-ih godina, kada su prosječni rezultati NPI-ja bili najniži u posljednja tri desetljeća. Pritom je ostavljena otvorena mogućnost da je narcizam studenata danas u padu, ali i dalje viši nego u vrijeme njihovih roditelja (80). Rasprava se dodatno zaoštrila kada su Wetzel i suradnici (81), koristeći podatke triju kohorti studenata (1990-e: N = 1166; 2000-e: N = 33 647; 2010-e: N = 25 412), prvi put sustavno testirali mjernu invarijantnost NPI-ja kroz kohorte, dotad zanemarenu, ali ključnu metodološku provjeru. Otkrili su da nekoliko čestica NPI-ja nije bilo invarijantno, tj. da su neke čestice u različitim razdobljima imale drukčije značenje. Kada su to uzeli u obzir i ispravno modelirali, „porast narcizma“ pretvorio se u blagi pad, posebno izražen na česticama vodstva, taštine i osjećaja povlaštenosti. Autori su zaključili da njihovi rezultati izravno proturječe tvrdnji da su suvremene generacije studenata narcističnije od prijašnjih. Najsveobuhvatniju potvrdu ovog osporavanja donijela je recentna studija Oberleitera i suradnika (82) iz 2025. godine. Njihova globalna cross-temporalna meta-analiza obuhvatila je rezultate NPI-ja iz razdoblja 1982.–2023. na međunarodnim uzorcima, uključujući različite regije, spolove i dobne skupine. Kada su rezultati podijeljeni na razdoblja prije i poslije 2008. godine (godine objave izvorne Twengeine studije, ograničene na SAD), nije pronađena statistički značajna razlika. Ovaj rad, zahvaljujući globalnom opsegu, dugom vremenskom rasponu i metodološkoj rigoroznosti, predstavlja najsnažniji dosadašnji dokaz protiv teze o „epidemiji narcizma“ te sugerira da je izvorni nalaz iz 2008. godine vjerojatno bio artefakt specifičnog američkog konteksta ili metodoloških ograničenja, a ne odraz stvarnog, globalnog generacijskog trenda.

Rana istraživanja narcizma studenata pokušala su utvrditi temeljne demografske korelate. Utvrđeno je da redoslijed rođenja nije značajno povezan s narcizmom, no pronađena je izražena spolna razlika: studenti su pokazivali viši stupanj narcizma od studentica (83). Kulturalnu perspektivu dodatno je proširilo istraživanje koje je uspoređivalo studente iz Japana, SAD-a i Kine, u kojem su kineski studenti pokazali najviše rezultate na mjerama narcizma (84). Ovi nalazi upućuju na to da se narcizam studenata ne može promatrati izolirano od šireg sociokulturnog konteksta.

Studentska populacija odrasla je uz sveprisutnost društvenih mreža, što je otvorilo plodno područje istraživanja veze između narcizma i online ponašanja. Istraživanje temeljeno na analizi više od 25 000 Instagram fotografija studenata utvrdilo je da se narcizam, za razliku od životnog zadovoljstva, može s prihvatljivom točnošću predvidjeti na temelju vizualnih obilježja objavljenih fotografija. Predviđanje je moguće kako na razini sadržaja (analiza lica, emocije), tako i na razini boje i kompozicije fotografije. Ovaj nalaz upućuje na postojanje prepoznatljivog „vizualnog potpisa“ narcističkog samopredstavljanja na društvenim mrežama (85). Ponuđen je i model „začaranog kruga“, u kojem je narcizam jedan od moderatora povezanosti između negativnih iskustava, kvalitete korištenja društvenih mreža i razvoja ovisničkih obrazaca ponašanja (86). Razvidno je stoga da društvene mreže studentima s izraženijim narcističkim tendencijama mogu služiti kao sredstvo regulacije samopoštovanja i kompenzacije socijalne nesigurnosti, ali i kao uvod u specifičan tip ovisnosti.

Narcizam ima specifičnu i donekle paradoksalnu vezu s akademskim postignućem. Istraživanje koje je razlikovalo dimenzije narcističke samopromocije i narcističke kompetitivnosti pokazalo je da su studenti s izraženijom narcističkom samopromocijom sustavno precjenjivali svoj budući prosjek ocjena i vlastitu inteligenciju, pri čemu to precjenjivanje nije bilo potkrijepljeno stvarnim akademskim rezultatima (87). Ovaj nalaz upućuje na fenomen supresije, u kojem narcistička samopromocija djeluje kao „zasljepljujući“ čimbenik koji narušava točnost samoprocjene. Srodan obrazac potvrđuje i drugo istraživanje, koje je pokazalo da je grandiozni narcizam pozitivno povezan s prosjekom ocjena posredstvom samopouzdanja, ali izravno negativno povezan s uspjehom, dok je vulnerabilni narcizam negativno povezan s uspjehom putem samopouzdanja (88). Grandiozni narcizam povezan je i s precijenjenim samopouzdanjem u zadacima pamćenja i verbalne inteligencije (89). Zajedno, ova tri neovisna istraživanja potvrđuju da veza narcizma i akademskog uspjeha skriva suprotstavljene učinke, s dugoročnim posljedicama na planiranje karijere, izbor studija i suočavanje s akademskim neuspjehom.

Sve veći broj istraživanja upućuje na to da narcizam nije zaštitni, već rizični čimbenik za psihičko zdravlje studentske populacije. Vulnerabilni narcizam pokazuje se posebno rizičnim čimbenikom za psihopatologiju u širem smislu. Velika studija na više od pet tisuća kineskih studenata prve godine pokazala je da veći broj narcističkih crta ličnosti značajno povećava rizik pojave velikog depresivnog poremećaja (OR = 2,26). Posebno je važno da je

to utvrđeno neovisno o istovremeno ispitanom genetskom čimbeniku PCDH9, za koji su prijašnja genetska istraživanja utvrdila da su njegove varijacije povezane s povećanim rizikom za veliki depresivni poremećaj (90). Sram se izdvojio kao osobito važan posrednik u odnosu između vulnerabilnog narcizma i depresivnih simptoma (91). Kognitivna istraživanja dodatno pokazuju da je vulnerabilni narcizam povezan sa slabijom kognitivnom inhibicijom i povišenim psihičkim distresom, za razliku od grandioznog narcizma, koji predviđa suprotan obrazac (92). U tom je svjetlu vulnerabilni narcizam povezan i s pojačanom agresijom socijalno anksioznih studenata (93).

Interpersonalno funkcioniranje studenata s izraženim narcističkim crtama također je predmet intenzivnog istraživanja. Vulnerabilni narcizam značajno je povezan s nesigurnim stilovima privrženosti, posebice preokupiranim i plašljivim (94). Krivnja je relevantnija za grandiozni narcizam, dok su sram i pojačana emocionalna reaktivnost karakterističniji za vulnerabilni narcizam (95). Taština, premda povijesno smatrana sastavnicom narcizma, povezana je isključivo s grandioznom dimenzijom te se odlikuje ponosom i odsutnošću empatije (96). Gelotofobija (strah od ismijavanja) i katagelasticizam (užitak u ismijavanju drugih) povezani su s vulnerabilnim narcizmom (97). Motivacija za vodstvo pozitivno korelira s grandioznim narcizmom, dok je vulnerabilni narcizam povezan s izbjegavanjem vodstva (98). Usamljenost pojačava vezu između patološkog narcizma i interpersonalnih problema, što posredno pridonosi višoj razini psihičkog distresa (99). Nalaze o interpersonalnom funkcioniranju ipak treba sagledavati u svjetlu stalnih promjena, budući da su i grandiozne i vulnerabilne narcističke crte povezane s izraženom intrapersonalnom varijabilnošću tijekom praćenja, ovisno o vanjskim, socijalnim okolnostima (100).

1.1.5.1. Narcizam u studenata medicine

Prisutnost narcizma u studenata medicine rastuće je područje interesa u medicinskoj edukaciji, potaknuto sve izraženijom zabrinutošću zbog individualističkih crta mlađih generacija i njihovih posljedica na empatiju, komunikaciju i mentalno zdravlje budućih zdravstvenih djelatnika. Studenti medicine izloženi su iznimno zahtjevnom obrazovnom okruženju obilježenom velikim akademskim opterećenjem, natjecateljskim pritiskom i emocionalno izazovnim situacijama, što pridonosi visokoj razini psihičkog opterećenja tijekom medicinskog obrazovanja.

Međunarodna studija na studentima medicine i psihologije pokazala je da narcističke crte nisu ograničene na jednu kulturu ili obrazovni sustav, premda su statistički modeli objasnili tek mali dio varijance (3–5 %), što sugerira da spol, država i smjer studija sami po sebi nisu dovoljni prediktori narcizma (101). Zanimljivo je da ista studija u uvodu navodi nalaz prema kojem čak 17 % studenata prve godine medicine zadovoljava kriterije za narcistički poremećaj ličnosti, što je znatno više od prevalencije u općoj populaciji. Ti podaci navode na zaključak da akademsko okruženje medicine samo po sebi može oblikovati ili privlačiti narcističke crte (101).

Empatija se u literaturi dosljedno pojavljuje kao ključna posredujuća varijabla između narcizma i dobrobiti studenata medicine, budući da je temeljna za dobar odnos liječnik–pacijent, a narcističke ga crte sustavno narušavaju. Studija provedena na studentima prve godine medicine pokazala je da je prikriveni narcizam povezan sa slabijom kognitivnom empatijom, uz značajne spolne razlike u objema varijablama (102). Ovaj je nalaz posebno važan jer se prikriveni narcizam, koji se u drugim istraživanjima izjednačuje s vulnerabilnom dimenzijom, dosljedno pokazuje rizičnijim za funkcioniranje od grandioznog narcizma kod obaju spolova, dok je pretjerana kompetitivnost neovisan rizični čimbenik isključivo kod žena (103).

Kontekst narcizma u studenata medicine dodatno proširuje istraživanje koje je narcizam promatralo unutar šireg okvira mračne trijade osobina ličnosti (narcizam, makijavelizam i psihopatija), povezujući te crte s motivima za studij i težnjom za moći (104). Takav pristup sugerira da narcizam budućih liječnika ne djeluje izolirano, već kao dio šire konstelacije osobina koje mogu oblikovati profesionalnu motivaciju, izbor specijalizacije i buduće obrasce ponašanja prema pacijentima.

1.2. Mentalno zdravlje i psihički distres

Mentalno zdravlje jedna je od temeljnih odrednica ukupne kvalitete života pojedinca, a njegovo je razumijevanje u posljednjih nekoliko desetljeća doživjelo značajnu promjenu paradigme. Dok se nekada mentalno zdravlje poistovjećivalo isključivo s odsutnošću psihičke bolesti, suvremeni ga pristupi definiraju znatno šire. Danas se pod tim pojmom podrazumijeva stanje dobrobiti koje pojedincu omogućuje da ostvari svoj puni životni potencijal. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (*engl. World Health Organization* – WHO) (105) mentalno

zdravlje stanje je dobrobiti u kojem pojedinac prepoznaje vlastite sposobnosti, može se nositi s uobičajenim životnim stresovima, sposoban je produktivno raditi ili učiti te pridonositi svojoj zajednici. Slično tome, akademska literatura mentalno zdravlje opisuje kao stanje koje pojedincima omogućuje uživanje u odnosima s drugima i njihovo održavanje te zdravo nošenje sa stresom, bez ugrožavanja produktivnosti. Ključno je naglasiti da se dobrobit ne shvaća kao statičan, fiksan cilj, već kao dinamičan koncept koji povezuje fizičku, socijalnu i psihološku dimenziju i neprestano se mijenja ovisno o unutarnjim i vanjskim okolnostima pojedinca. Ovakvo shvaćanje mentalnog zdravlja odmiče se od isključivo medicinskog, patološkog modela prema salutogenom pristupu. Termin salutogeneza skovao je Antonovsky 1970-ih od latinske riječi *salus* (zdravlje) i grčke riječi *genesis* (podrijetlo). Riječ je o pristupu koji postavlja drukčije pitanje od klasičnog medicinskog modela. Umjesto naglaska na patogenezi, koja odgovara na pitanje „Što uzrokuje bolest?“, naglasak je na pitanju „Što održava zdravlje unatoč izloženosti stresorima?“. Na taj su način u središtu resursi, otpornost i sposobnost prilagodbe. Drugim riječima, osoba može biti potpuno bez dijagnosticiranog psihičkog poremećaja, a da pritom ne uživa optimalnu razinu mentalne dobrobiti. Obrnuto, osoba s određenim psihičkim teškoćama može uz odgovarajuću podršku funkcionirati na zadovoljavajućoj razini i uživati u životu. Zato se ovaj pristup danas dobro uklapa u koncepte promicanja mentalnog zdravlja.

1.2.1. Mentalno zdravlje studenata

Iako ne postoji jedinstvena, službeno prihvaćena definicija mentalnog zdravlja koja bi vrijedila isključivo za studentsku populaciju, u literaturi o visokom obrazovanju sve se više prepoznaje potreba za preciznijim definiranjem tog pojma. Mentalno zdravlje studenata i mentalno zdravlje mladih općenito često se poistovjećuju, ponajviše zbog velikog preklapanja dobnih skupina, no ta dva koncepta zapravo nisu istoznačna. Studentska populacija suočava se sa specifičnim kontekstualnim čimbenicima (akademsko opterećenje, tranzicijski izazovi i promjena životnog okruženja) koji zahtijevaju zaseban analitički okvir. Nedovoljno precizno definiranje mentalnog zdravlja studenata izravno otežava mjerenje raširenosti problema, osmišljavanje intervencija i usporedbu rezultata različitih istraživanja. Bez jasne definicije teško je razlučiti je li riječ o kliničkim psihičkim poremećajima, prolaznim stresnim reakcijama vezanima uz studij ili općenitoj dobrobiti studenata (106).

Prilagodbu koncepta mentalnog zdravlja studentskoj populaciji nudi sustavni pregled literature koji su provele Nair i Otaki, induktivno identificirajući četiri preklapajuće kategorije intervencija: svjesnu prisutnost, fizičku aktivnost/kretanje, pronalaženje smisla te element podrške komplementaran terapeutu (npr. mobilnu aplikaciju) (107). Autorice ističu da se današnja generacija studenata značajno razlikuje od prijašnjih, kako po demografskim obilježjima, tako i po stavovima prema vlastitim mentalnim potrebama, te da pristup treba prilagoditi njihovim karakteristikama. Studentska se populacija smatra visokorizičnom skupinom jer se većina psihičkih poteškoća prvi put javlja prije 24. godine života, što se gotovo u potpunosti podudara s razdobljem studiranja (108). Poseban je problem, prema istom izvoru, sklonost institucija i samih studenata da prednost daju vanjskim pokazateljima uspjeha, poput ocjena i prosjeka, na štetu unutarnje motivacije i kritičkog razmišljanja. Takva usmjerenost na akademsku izvrsnost često rezultira nezdravim obrascima ponašanja, poput prekomjernog broja sati provedenih u učenju, lošije kvalitete spavanja i izbjegavajućih strategija nošenja sa stresom, čime se zanemaruju socijalne, emocionalne i psihološke potrebe studenata (106).

Pregledne studije dosljedno pokazuju da između 30 % i 50 % studenata tijekom studija ispunjava kriterije za barem jedan poremećaj mentalnog zdravlja, pri čemu su anksioznost i depresija najčešći (108–110). Anksioznost se dosljedno pokazuje kao najzastupljenija, a socijalna podrška (obiteljska, vršnjačka, institucionalna/fakultetska) kao zaštitni čimbenik. Rana faza studija (npr. druga godina) i tranzicijska razdoblja povezani su s povišenom ranjivošću, dok anksioznost često ostaje stabilna kroz cijelo studiranje i neovisna je o godini studija.

Rizik je izrazito heterogen s obzirom na studijsko usmjerenje. Studenti umjetničkih i humanističkih znanosti pokazali su najvišu razinu psihičkih problema, uključujući depresivnost (20,6 %) i socijalnu anksioznost (38,8 %). Studenti biomedicine i zdravstvenih znanosti pokazali su nižu stopu poremećaja: depresivnost je bila zastupljena s 11,5 %, a socijalna anksioznost s 26,5 %. Imali su i najmanju vjerojatnost poremećaja uzrokovanih alkoholom i/ili zlouporabom i ovisnošću o drogama. Studija je nadalje potvrdila globalno izražen otpor prema traženju stručne pomoći, pri čemu su studenti, u odnosu na studentice, bili manje skloni traženju podrške (111).

Visoka prevalencija dosljedno je povezana s čimbenicima poput slabe socijalne podrške, akademskog stresa, loše kvalitete sna, konzumacije alkohola i pušenja te financijskih

poteškoća (111–114), a budući da je riječ o promjenjivim čimbenicima, njihovo prepoznavanje moglo bi poslužiti kao osnova za prevenciju i bolju identifikaciju rizičnih studenata. Nadalje, vanjski pritisci koje ta dob nosi, zajedno s povećanom biološkom osjetljivošću za pojavu afektivne psihopatologije i psihopatologije ličnosti, čine ovu populaciju prioritetnom skupinom za probir mentalnog zdravlja i ranu intervenciju (110, 115).

Uz opće akademske i razvojne stresore, novija istraživanja sve više uzimaju u obzir i osobine ličnosti kao samostalan izvor rizika. Unatoč kliničkim opažanjima da bi narcističke crte, sa svojim razvojnim vrhuncem upravo u dobi ranog studiranja, mogle imati značajan udio u nastanku psihičkih poteškoća, taj je odnos dugo ostao empirijski neistražen. Novije studije, uključujući opsežnu međukulturalnu metaanalizu (88, 116), povezale su narcističke crte s internaliziranim i eksternaliziranim psihičkim poteškoćama u studentskoj populaciji. Pokazalo se da je vulnerabilni narcizam pozitivno povezan s psihičkim poteškoćama, dok grandiozni narcizam nije pokazao dosljednu ni izravnu ni neizravnu povezanost s poteškoćama ni sa spremnošću na traženje pomoći (117), što bi upućivalo na njegovo zaštitno svojstvo protiv psihičkih smetnji. Tegobe kod osoba s grandioznim narcizmom, ako ih je bilo, uglavnom su bile izazvane slabo prilagođenim obrambenim mehanizmima (118). Ovaj obrazac potvrđuje i utjecajna analiza Kaufmana i suradnika, koja je pokazala da su neurotična i antagonistička dimenzija narcizma, konceptualno bliske vulnerabilnom narcizmu, najjasnije povezane s psihopatologijom, dok grandiozni narcizam nije bio povezan s većinom oblika psihopatologije, a bio je čak pozitivno povezan sa zadovoljstvom životom (119).

Zdravstvene znanosti, a posebice medicina, u literaturi se dosljedno opisuju kao akademski, psihološki i emocionalno posebno zahtjevni studiji (119–123). Studija provedena na hrvatskim studentima 2024. godine (124) utvrdila je povećanu razinu depresivnosti u studenata zdravstvenih studija: 41,4 % imalo je simptome barem blage depresivnosti, 8 % srednje teške, a 1,8 % teške, dok je 19,4 % izjavilo da je imalo suicidalne misli. Blago izraženu anksioznost imalo je 36,8 % studenata, srednje tešku 23,9 %, a tešku 15,8 %. Studentice su imale izraženije tegobe na ljestvicama depresivnosti i anksioznosti. Recentna literatura bilježi široke raspone prevalencije depresivnih simptoma u sveučilišnih studenata, od 8,6 % do 71 % (120, 124–127). Anksioznost je uz depresivnost najčešći poremećaj sveučilišnih studenata općenito (128).

Studenti medicine prijavljuju simptome anksioznosti s globalnom stopom prevalencije od 33,8 % (raspon 7,7 % – 65,5 %), što znači da trećina studenata medicine ima probleme s anksioznošću, znatno više nego opća populacija, u kojoj se prevalencija procjenjuje na 3 % – 25 %, ovisno o instrumentu i protokolu istraživanja (129). Prema kontinentima, prevalencija je najviša na Bliskom istoku (42,4 %), zatim u Aziji (35,2 %), a najniža u „ostatku svijeta" – Europi, Sjevernoj i Južnoj Americi te Oceaniji (27,5 %). Globalna prevalencija anksioznosti među studentima medicine u cjelini je iznimno visoka, neovisno o geografskom području (129).

Studenti medicine u različitim dijelovima svijeta dosljedno pokazuju više razine sagorijevanja (engl. burnout) od studenata drugih fakulteta, s prevalencijom koja doseže i 70 % – 95 % (130–132). Pregledom literature uočava se širok raspon od 6 % do 26 % studenata koji tijekom studija dobiju formalnu dijagnozu psihičkog poremećaja (119, 125, 126, 129), no unatoč tome samo trećina njih traži liječenje (133). Britansko liječničko udruženje (*engl. British Medical Association*) provelo je anketu među studentima medicine i mladim liječnicima i potvrdilo da okruženje u kojem rade, vježbaju i uče utječe na njihovo mentalno zdravlje, zbog čega je potrebno pažljivo razmotriti vrstu i razinu podrške koja im je dostupna, kao i njihovu svijest o toj podršci (134). Slavin (122) naglašava da problem nije isključivo individualne prirode, već je duboko ukorijenjen u kulturi, okruženju i strukturi medicinskog obrazovanja, što zahtijeva sustavnu, a ne samo individualnu intervenciju.

Stigma vezana uz mentalno zdravlje izrazito je prisutna čak i među studentima zdravstvenih struka i najvažnija je prepreka traženju stručne pomoći. Neliječeni problemi mentalnog zdravlja mogu prerasti u složenije psihijatrijske poremećaje, napuštanje studija, ovisnost i druga autodestruktivna ponašanja, a izostanak traženja pomoći povezan je i sa suicidalnim idejama i izgaranjem (133). To je osobito zabrinjavajuće s obzirom na to da studenti medicine općenito pokazuju visoke stope suicidalnih ideja (7,4 % – 24,2 %), znatno više od 6,7 % zabilježenih u općoj populaciji sveučilišnih studenata (122, 128, 133, 135).

Ovaj obrazac visoke prevalencije psihopatologije uz nedovoljno korištenje raspoloživih usluga podrške prvi su sustavno opisali Hunt i Eisenberg 2010. godine (136). Taj rad, zajedno s kasnijim radovima istih autora, postavio je temelje istraživanja Healthy Minds Study (HMS), kontinuirane godišnje ankete o mentalnom zdravlju studenata u SAD-u. HMS se koristi kao referentni metodološki i konceptualni okvir u stotinama kasnijih istraživanja diljem svijeta, uključujući gotovo sve kasnije nacionalne studije o mentalnom

zdravlju studenata medicine (122–127). HMS se dosljedno navodi kao dokaz postojanja „jaza“ između potrebe za psihološkom pomoći i njezina stvarnog korištenja. Unatoč dostupnosti tretmana, prepreke poput stigme i nedostatka percipirane potrebe i dalje ograničavaju traženje pomoći (128). Poseban je problem i to što je još uvijek otvoreno pitanje ne samo koliko je studenata pogođeno, već i koje intervencije doista djeluju. U tom je području još uvijek „više pitanja nego odgovora“ (121).

1.2.2. Psihički distres

Psihički distres jedan je od najčešće korištenih, a istovremeno konceptualno najmanje jednoznačno definiranih pojmova u psihologiji i javnom zdravstvu. Za razliku od specifičnih kliničkih dijagnoza poput depresije ili anksioznog poremećaja, psihički distres opisuje širi, nespecifičan skup neugodnih emocionalnih stanja koja mogu, ali ne moraju prerasti u dijagnosticirani poremećaj.

Psihički distres najčešće se definira kao stanje psihološkog funkcioniranja narušeno pod utjecajem stresnih životnih okolnosti, pri čemu se rijetko promatra kao zasebna, jasno omeđena dijagnostička kategorija (137). Prema često citiranoj definiciji riječ je o nediferenciranoj skupini simptoma koja obuhvaća osobine ličnosti, funkcionalna oštećenja i poremećaje ponašanja, kao i znakove generalizirane anksioznosti i depresije. U tom se smislu psihički distres shvaća kao stanje snižene psihološke dobrobiti obilježeno miješanim simptomima, od depresivnosti i anksioznosti do funkcionalnog oštećenja i problematičnog ponašanja (138).

Prema klasifikaciji DSM-5, psihički distres opisuje se kao nediferencirana skupina simptoma koja se proteže od anksioznosti i depresije, preko funkcionalnog oštećenja, do problematičnih osobina ličnosti i problema u ponašanju (17).

Važno je istaknuti da psihički distres nije istoznačnica mentalnog poremećaja. Riječ je o funkcionalnom, a ne dijagnostičkom konceptu. Osoba ne mora zadovoljavati kriterije za psihijatrijsku dijagnozu da bi doživljavala značajnu psihičku patnju. Istovremeno, distres se konceptualno razlikuje od svakodnevnog, uobičajenog stresa upravo po tome što premašuje sposobnost pojedinca da mu se prilagodi, odnosno da se s njim nosi, što se odražava na svakodnevno funkcioniranje, spavanje, odnose i osjećaj vlastitog identiteta.

Psihički distres i mentalno zdravlje usko su povezani, ali ne i istoznačni pojmovi. Dok je mentalno zdravlje širi, pozitivno usmjeren koncept dobrobiti, psihički distres opisuje negativni pol istog kontinuuma, stanje u kojem je psihičko funkcioniranje narušeno. U studentskoj populaciji ta razlika ima praktičnu važnost: intervencije usmjerene isključivo na liječenje ili prevenciju psihičkih poremećaja ne moraju nužno obuhvatiti svakodnevni psihički distres povezan s akademskim opterećenjem, tranzicijskim izazovima ili socijalnom izolacijom. Takav distres sam po sebi može značajno narušiti kvalitetu studentskog života i akademski uspjeh, a da pritom ne zadovoljava kriterije za kliničku dijagnozu.

1.2.2.1. Psihički distres u studenata

Iako se opća definicija psihičkog distresa primjenjuje i na studentsku populaciju, literatura iz područja visokog obrazovanja upućuje na to da su studenti posebno osjetljiva skupina s obzirom na izloženost stresorima. Prijelaz iz srednjoškolskog u visokoobrazovni sustav često se opisuje kao razdoblje koje studente „izbacuje iz ravnoteže“ i prisiljava ih na drukčije reagiranje na svakodnevne podražaje, budući da se istovremeno suočavaju sa značajnim promjenama životnih uvjeta, financijske sigurnosti, socijalnog života, akademskog opterećenja i stila života (137). Autori također navode da čak tri četvrtine odraslih osoba doživi neki oblik psihičke poteškoće prije 25. godine života te da je mlada odrasla populacija, kojoj pripada većina studenata, znatno podložnija razvoju distresa od ostatka populacije (137).

Detaljniji uvid u čimbenike koji pridonose psihičkom distresu studenata pruža sustavni pregled literature koji determinante distresa promatra kroz prizmu socioekološkog modela, obuhvaćajući individualnu, interpersonalnu, institucionalnu, zajedničku i političku razinu (138). Prema tom pregledu, na individualnoj su razini ključni čimbenici akademski pritisak, financijski stres, loš san, nezdrave strategije nošenja sa stresom te prethodno postojeće mentalne poteškoće. Prema provedenim istraživanjima, studentice i pripadnici manjinskih skupina posebno su ranjivi. Autori naglašavaju da stres, anksioznost i depresija studenata značajno negativno utječu na akademski uspjeh, socijalne interakcije i opću dobrobit (138).

Nadalje, istraživanja pokazuju izraženu i dosljednu negativnu povezanost između razine psihičkog distresa i akademske prilagodbe studenata. Što je razina distresa viša,

akademska prilagodba (motivacija za učenje, akademski uspjeh i zadovoljstvo studentskim načinom života) niža je, i obratno (138).

Sam fenomen psihičkog distresa, neovisno o studijskom usmjerenju, prvi je put sustavnije kvantificiran unutar opće studentske populacije u nizu australskih istraživanja. Istraživanje provedeno na dvama velikim australskim sveučilištima utvrdilo je da čak 83,9 % studenata pokazuje povišenu razinu distresa, u usporedbi sa svega 29 % u općoj (nestudentskoj) populaciji, pri čemu je 19,2 % imalo simptome ozbiljnih psihičkih poremećaja (139).

Sustavna istraživanja nadalje pokazuju da je psihički distres još izraženiji među studentima medicine nego u općoj studentskoj populaciji (140, 141). Zanimljivo je, međutim, da prije početka medicinskog obrazovanja budući studenti medicine ne pokazuju znatno drukčiju razinu psihičkog zdravlja od svojih vršnjaka (141, 142). Taj nalaz upućuje na zaključak da sam proces medicinskog obrazovanja, a ne prethodne osobine studenata, djeluje kao značajan generator distresa. To dodatno potvrđuje i usporedba s drugim studijskim programima: od petnaest analiziranih studijskih programa upravo su studenti medicine i zdravstvenih znanosti pokazali najviše razine psihičkog distresa (143).

Psihički distres u istraživanjima je snažno povezan sa sindromom izgaranja (*engl. burnout*), koji uključuje emocionalnu iscrpljenost, depersonalizaciju i smanjen osjećaj osobnog postignuća (144). Prevalencija sindroma izgaranja među studentima medicine procjenjuje se na gotovo 43 % (145), pri čemu se emocionalna iscrpljenost bilježi kod 35 % – 45 % studenata, a znakovi depersonalizacije kod 26 % – 38 %. Neki izvori navode i više vrijednosti, do 56 % studenata izloženih tom problemu (146). Posljedice spoja distresa i izgaranja nisu samo osobne, već mogu imati i šire profesionalne implikacije, uključujući povećan rizik od liječničkih pogrešaka i mogućih tužbi zbog nesavjesnog liječenja. Longitudinalna britanska studija koja je dvanaest godina pratila generacije studenata medicine pokazala je da su stres, izgaranje i stavovi liječnika prema poslu značajno određeni njihovom osobnošću još iz razdoblja studija (147). Time psihičko stanje studenata medicine prestaje biti isključivo individualno pitanje i postaje važno za sigurnost i kvalitetu zdravstvenog sustava u cjelini.

Unatoč navedenom, reakcije studenata na akademske pritiske ne mogu se uprosječiti, a objašnjenje leži u individualnim razlikama na razini ličnosti. Neuroticizam, crtu ličnosti

povezanu sa sklonošću doživljavanju negativnih emocija, emocionalnom nestabilnošću i slabijim kapacitetom suočavanja sa stresom, mnogi istraživači povezuju s vulnerabilnim narcizmom. On time postaje utjecajan čimbenik tijekom stresnih razdoblja studija, posebice tijekom završnih ispita (148). S druge strane, emocionalna inteligencija djeluje kao svojevrsni zaštitni čimbenik: viša razina emocionalne inteligencije prije početka studija povezana je s boljim psihičkim zdravljem i akademskim uspjehom tijekom studija (143).

Psihički distres širok je, nespecifičan konstrukt emocionalne patnje koji obuhvaća simptome anksioznosti, depresivnosti i funkcionalnog oštećenja, a konceptualno se razlikuje i od svakodnevnog stresa i od dijagnosticiranih psihičkih poremećaja. U studentskoj populaciji taj je fenomen dodatno naglašen specifičnim razvojnim i kontekstualnim čimbenicima, koji uključuju prijelaz u samostalan život, akademske pritiske, financijsku neizvjesnost i socijalne promjene. Sve navedeno čini studente posebno rizičnom skupinom.

1.2.3. Narcizam i psihički distres

Individualne razlike u strukturi ličnosti, a prema novijim istraživanjima upravo patološke dimenzije narcizma, dosljedno se pokazuju kao čimbenici koji pojačavaju ili ublažavaju rizik za nastanak psihičkog distresa. Pregledni radovi koji su ispitivali vezu grandioznog i vulnerabilnog narcizma s psihičkim poteškoćama pokazuju da osobe s izraženijim grandioznim narcizmom u pravilu bolje psihički funkcioniraju, uključujući više samopoštovanje i psihičku otpornost (149, 150). Taj je nalaz u skladu s podatkom da je ekstraverzija, obilježje po kojem se grandiozni narcizam razlikuje od vulnerabilnog, pozitivno povezana sa subjektivnom dobrobiti (151). Istraživanja, međutim, nisu jednoznačna kada je riječ o negativnim aspektima mentalnog zdravlja: dok dio istraživanja bilježi negativnu povezanost grandioznog narcizma sa simptomima depresije i anksioznosti (152, 153), drugi radovi izvještavaju o pozitivnoj vezi s agresivnim ponašanjem (154) i pretjeranom online aktivnošću (155). Čini se, dakle, da odnos grandioznog narcizma s negativnim mentalnim zdravljem ovisi o vrsti promatranog ishoda: slab je ili čak negativan kad je riječ o internaliziranim poteškoćama, a pozitivan kod eksternaliziranih problema. Vulnerabilni narcizam pokazuje snažnu pozitivnu povezanost sa simptomima psihičkih poteškoća (negativnim mentalnim zdravljem) (156). Ta se povezanost tumači neuroticizmom, osobinom koja obuhvaća sklonost depresiji, anksioznosti, emocionalnoj ranjivosti,

razdražljivosti i pretjeranoj samosvijesti, a sama je po sebi snažno povezana s lošijim psihičkim zdravljem.

1.2.4. Instrumenti za istraživanje psihičkog distresa

Psihički distres istražuje se nizom samoprocjenskih instrumenata koji se razlikuju po duljini, izvornom teorijskom polazištu i tome mjere li opći, jedinstveni distres ili odvojene dimenzije simptoma. Kesslerova ljestvica psihičkog distresa (*engl. Kessler Psychological Distress Scale* – K6/K10). kratka je ljestvica sa šest ili deset čestica koja se koristi za probir nespecifičnog psihičkog distresa u općoj populaciji, a temelji se na učestalosti simptoma poput nervoze, beznađa i nemira tijekom proteklih 30 dana (157). Zbog kratkoće i jednostavnosti jedan je od najčešće korištenih instrumenata u velikim epidemiološkim istraživanjima.

Upitnik općeg zdravlja (*engl. General Health Questionnaire-12* – GHQ-12) je instrument koji otkriva blaže psihičke poteškoće (anksioznost, depresiju, stresne reakcije) i razlikuje osobe s takvim simptomima od opće populacije (158).

Ljestvica depresije, anksioznosti i stresa (*engl. Depression Anxiety Stress Scales-21* – DASS-21) mjeri tri srodna, ali razlučiva negativna emocionalna stanja: depresiju, anksioznost i stres. Nudi i mogućnost izračuna jedinstvenog zbirnog rezultata (159), koji služi za usporedbu s kontrolnom skupinom. Izvorno je validirana upravo na uzorku studenata.

Kratki inventar simptoma (*engl. Brief Symptom Inventory* – BSI) izdvaja se od drugih upitnika svojom multidimenzionalnošću. Riječ je o samoprocjenskom upitniku koji je 1983. godine razvio Derogatis kao skraćenu verziju znatno duljeg instrumenta Lista simptoma-90 (engl. *Symptom Checklist-90)* (160). Za razliku od instrumenata koji daju samo jedan, zbirni rezultat, izvorna verzija BSI-ja s 53 čestice obuhvaća devet zasebnih simptomatskih dimenzija (somatizaciju, opsesivnost-kompulzivnost, interpersonalnu osjetljivost, depresivnost, anksioznost, hostilnost, fobičnu anksioznost, paranoidne ideje i psihoticizam) te tri globalna indeksa. Prvi je Globalni indeks ozbiljnosti (*engl. Global Severity Index* – GSI), čija T-vrijednost iznad 63 predstavlja graničnu vrijednost (*engl. cut-off*) za klinički značajan psihički distres. Drugi je Ukupan broj pozitivnih simptoma (*engl. Positive Symptom Total* – PST), a treći Indeks intenziteta pozitivnih simptoma (*engl. Positive Symptom Distress Index* –

PSDI). Indeksi se međusobno dopunjuju i bolje opisuju simptome, a GSI daje ukupnu sliku koja objedinjuje broj i intenzitet simptoma.

BSI se pokazao osobito pogodnim za studentsku populaciju. Postoje posebne studentske norme jer studenti prema ranim istraživanjima izvještavaju o višoj razini distresa od opće odrasle populacije (161). Upravo se stoga BSI preporučuje kao instrument procjene u sveučilišnim savjetovalištima (162). Zahvaljujući kombinaciji dimenzionalne analize i globalnih pokazatelja, BSI omogućuje procjenu koliko je pojedinac ili skupina pod distresom i kakve je prirode taj distres, što ga čini posebno vrijednim.

2. CILJEVI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

Istraživački problem ove disertacije odnosi se na povezanost patološkog narcizma i psihičkog distresa unutar studentske populacije, s posebnim naglaskom na studenate medicine. Mentalno zdravlje studenata iznimno je važno za njihov osobni razvoj i buduće profesionalno djelovanje, a u studenata medicine izravno utječe i na kompetencije za skrb o budućim pacijentima. Nadalje, istražena je povezanost razvojnih, obiteljskih i somatskih čimbenika s pojavnošću patološkog narcizma i s njim povezanih psihičkih poremećaja. U Hrvatskoj dosad nije bilo istraživanja s ovim ciljem. Dodatno, nedostatak usporednih podataka za studente različitih znanstvenih područja (biomedicinskih, tehničkih i društvenih), otežava izradu prilagođenih programa probira i potpore, što je važno za terapijski rad unutar savjetovališta za studente.

2.1. Ciljevi istraživanja

Na početku istraživanja postavljeni su slijedeći ciljevi:

1. Ispitati povezanost dimenzija patološkog narcizma i psihičkog distresa te provjeriti održivost teorije o narcizmu kao „štitu“ protiv psihičkih poremećaja,

2. Identificirati i evaluirati somatske čimbenike povezane s patološkim narcizmom, s posebnim naglaskom na utjecaj kroničnog umora i nesanice,

3. Analizirati povezanost proživljene traume i kvalitetu obiteljskih odnosa s razinom patološkog narcizma i

4. Usporediti razine izraženosti crta patološkog narcizma između studenata različitih fakulteta (MEFST, FFST i FGAG).

2.2. Hipoteze istraživanja

U skladu s navedenim ciljevima, postavljene su sljedeće hipoteze:

1. Patološki narcizam u snažnoj je pozitivnoj korelaciji s pojavom psihičkih poteškoća studenata,

2. Postoje značajne razlike u razinama patološkog narcizma između studenata različitih fakulteta,

3. Postoje značajne razlike u razinama patološkog narcizma između spolova,

4. Kronični umor, povijest proživljene traume i nesanica povezani su s pojavnošću patološkog narcizma.

3. ISPITANICI I POSTUPCI

3.1. Ustroj istraživanja

Istraživanje je prema ustroju presječno istraživanje.

3.2. Ispitanici

Ispitanici u namjernom i prigodnom uzorku za komparativnu analizu bili su studenti triju potpuno različitih znanstvenih područja:

- Znanstveno područje A (MEFST): biomedicina i zdravstvo.
- Znanstveno područje B (FGAG): tehničke znanosti.
- Znanstveno područje C (FFST): društvene znanosti.

Istraživanje nije bilo fokusirano na tzv. „prosječnog splitskog studenta“, već na usporedbu profila studenata iz tri različita znanstvena područja.

3.3. Postupci

Podaci su prikupljeni s pomoću prigodno izrađenog upitnika i dvaju standardiziranih upitnika.

Za ispitivanje ciljeva istraživanja korišteni su slijedeći upitnici:

- prigodno izrađeni sociodemografski upitnik,
- PNI,
- BSI.

3.3.1. Dijagram tijeka istraživanja

Istraživanje je provedeno u dva dijela.

1. Prvo istraživanje provedeno je na studentima medicine kroz slijedeće korake:

• prikupljanje podataka (demografski podaci, PNI, BSI),

• osmišljavanje koncepta i priprema obrade,

• statistička obrada,

• analiza i tumačenje rezultata,

• izrada publikacije i objava izvornog znanstvena rada.

2. Drugo istraživanje provedeno je na širem uzorku koji je uključivao studente triju različitih znanstvenih područja (biomedicina, društvene i tehničke znanosti) kroz slijedeće korake:

• prikupljanje podataka (demografski podaci, PNI, BSI),

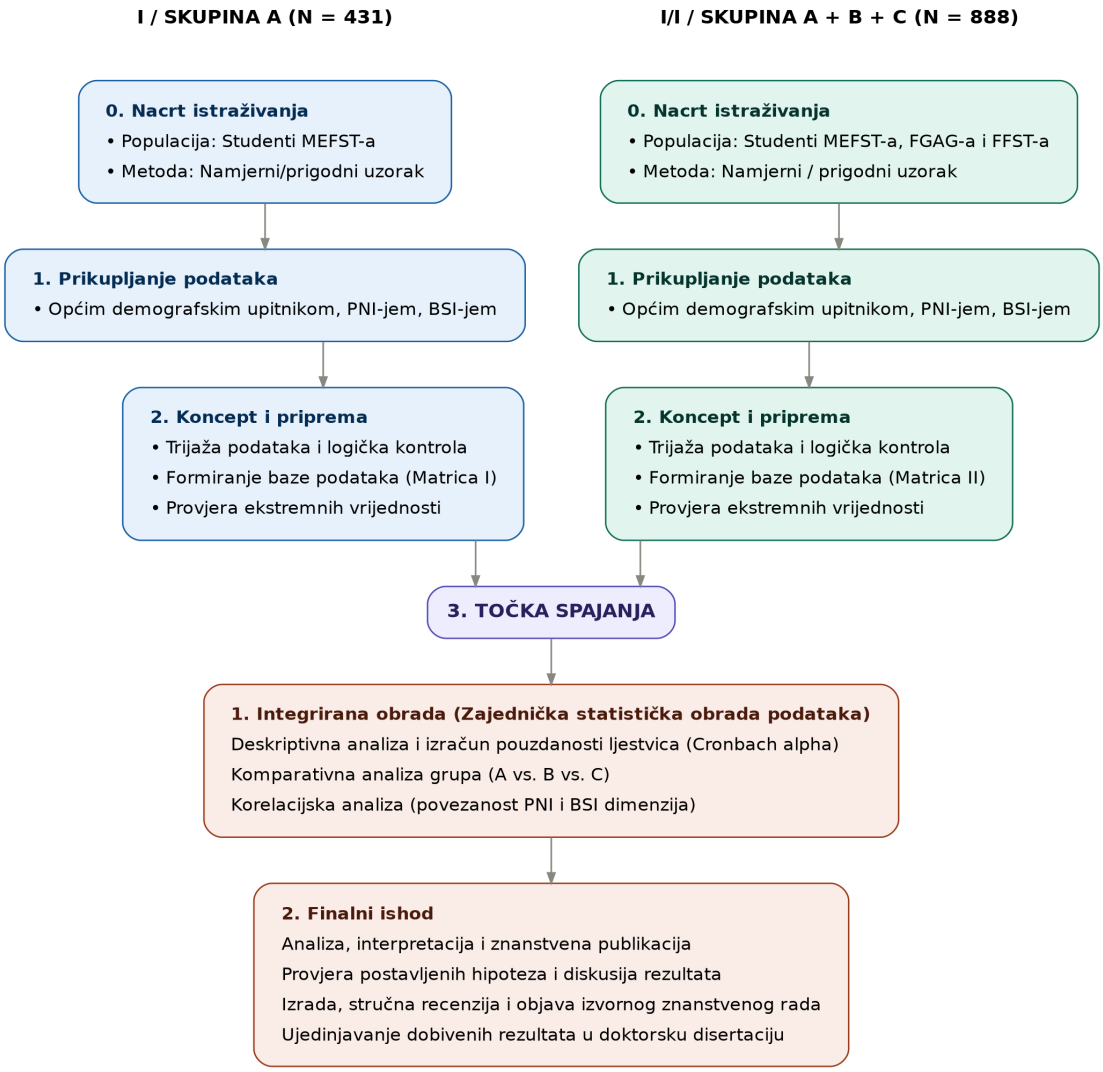
• osmišljavanje koncepta i priprema obrade,

• statistička obrada,

• analiza i tumačenje rezultata,

• izrada publikacije i objava izvornog znanstvena rada.

Opisani postupci prikazani su u hodogramu istraživanja:



3.3.2. Veličina uzorka potrebnog za istraživanje

Minimalna veličina uzorka izračunata je na temelju procjena preciznosti. Kako bi se postigla margina pogreške od ±5% uz razinu pouzdanosti od 95% za udjele unutar studentske populacije, bio je potreban minimum od 381 sudionika, što je utvrđeno statističkim softverom MedCalc® verzije 23.0.6 (*MedCalc Software Ltd., Ostend, Belgija*). Ovaj izračun pretpostavljao je distribuciju odgovora od 50 %, što je osiguralo najkonzervativniju procjenu uzorka. Konačni uzorak istraživanja premašio je minimalno potrebnu veličinu uzorka te je u prvom ispitivanju na studentima medicine iznosio 413, a u drugom uzorku, koji je proveden na tri fakulteta sastavnica Sveučilišta u Splitu, broj je iznosio 888 studenata.

3.3.3. Postupci provođenja istraživanja

Podaci su prikupljeni tiskanim upitnicima (metodom „papir-olovka“) primijenjenima u kontroliranom okruženju studentskih učionica. Ovaj je pristup odabran iz metodoloških razloga jer osobna primjena u učionici rezultira znatno višim stopama odaziva od internetskih alternativa (163) i osigurava ujednačene uvjete za sve sudionike. Na takav se način smanjuje varijabilnost okoline koja može unijeti sustavnu pogrešku u podatke dobivene samoprocjenom.

Anketiranje je provedeno tijekom dvije akademske godine, uz prethodno dopuštenje predmetnih nastavnika i uprava pojedinačnih fakulteta. Kako bi se pristranost u odgovaranju, svojstvena osobnom testiranju, svela na najmanju moguću mjeru, tijekom cijelog procesa primjenjivao se strukturirani protokol. Istraživački tim osobno je podijelio upitnike te osigurao dovoljan fizički razmak među studentima radi zaštite privatnosti tijekom ispunjavanja. U istraživanju su sudjelovali studenti prve, treće i završne (pete ili šeste) godine fakulteta, koji su bili obaviješteni o ciljevima istraživanja. Prije same provedbe ankete, svi su sudionici obaviješteni da je sudjelovanje u potpunosti dobrovoljno te da je zajamčena anonimnost i povjerljivost. Predaja popunjenog upitnika smatrana je informiranim pristankom na sudjelovanje. Nakon ispunjenja upitnika, sudionici su upitnike ubacivali izravno u zatvorenu kutiju, čime se dodatno zaštitila njihova anonimnost.

3.3.4. Upitnici korišteni za istraživanje

U istraživanju su korištena tri upitnika. Jedan je prigodno sastavljen za potrebe ovog istraživanja, a dva su standardizirana upitnika, koji su, već prethodno, prevedeni na hrvatski jezik i validirani.

3.3.4.1. Sociodemografski upitnik

Sociodemografskim upitnikom procijenjena su različita demografska obilježja i sociodemografski podaci. Tražili su se podaci za dob, spol, godinu studija, odrastanje u cjelovitoj obitelji, te njihova kvaliteta. Nadalje upitnik je tražio informaciju o izloženost

traumatskim događajima, kroničnom umoru, nesanici i prethodnom korištenjenju psihološke pomoći.

Izloženost traumi procijenjena je postupkom u dva koraka. Najprije su sudionici pomoću dihotomnog pitanja (da/ne) naveli jesu li ikada doživjeli traumatski događaj. Od sudionika koji su odgovorili potvrdno potom se tražilo da u odgovoru otvorenog tipa navedu razlog ili vrstu traume, pri čemu su mogli prijaviti više od jednog događaja. Svi odgovori su klasificirani, od strane psihijatra, u sljedeće kategorije: gubitak voljene osobe, zlostavljanje ili vršnjačko nasilje, razvod roditelja, prometna nesreća, traumatično preseljenje, bolest, sukob sa zakonom te nedovoljno specificirane traume. Za potrebe analize osjetljivosti kreiran je dodatni binarni indikator potencijalno kompleksne traume, koji je šifriran kao prisutan kada su sudionici prijavili zlostavljanje ili vršnjačko nasilje, razvod roditelja ili kroničnu bolest. Budući da je ova klasifikacija izvedena iz kratkih opisa otvorenog tipa, a ne iz validiranog instrumenta koji specifično procjenjuje razvojnu ili kompleksnu traumu, tretirana je kao eksploratorna.

3.3.4.2. Inventar patološkog narcizma – PNI

PNI je instrument samoprocjene s ukupno 52 čestice, koji procjenjuje narcističke crte kroz dvije dimenzije: grandiozni narcizam i ranjivi narcizam. Sve se čestice procjenjuju na Likertovoj skali od 6 stupnjeva, u rasponu od 0 (uopće nije nalik meni) do 5 (vrlo je nalik meni). Instrument obuhvaća sedam aspekata patološkog narcizma, od čega su četiri povezane s grandioznošću. To su: Pravo na bijes (*engl. Entitlement Rage – ER*) – pojava ljutnje, bijesa i agresivnih afekata kada se ne ispune očekivanja o posebnom tretmanu ili kada izostane priznanje, Eksploatativnost (*engl. Exploitativeness – EXP*) – sklonost manipulaciji i iskorištavanju drugih za postizanje osobnih ciljeva; Grandiozne fantazije (*engl. Grandiose Fantasy – GF*) – okupiranost i prepuštanje maštanjima o velikom uspjehu, slavi, moći, idealnoj ljubavi; te Samopožrtvovno samouzdizanje (*engl. Self-Sacrificing Self-Enhancement – SSSE*).

Tri aspekta su povezana s vulnerabilnošću: Uvjetovano samopoštovanje (*engl. Contingent Self-Esteem – CSE*) – osciliranje doživljaja vlastite vrijednosti pvisno o vanjskom odobravanju i divljenju drugih; Skrivanje sebe (*engl. Hiding the Self – HS*) – nespremnost i strah od pokazivanja vlastitih mana, pogrešaka, slabosti ili potreba drugim ljudima; i

poslijednja Obezvrjeđivanje (*engl. Devaluing – DEV*) – gubitak interesa za ljude ili ideale koji ne pružaju očekivano divljenje, te njihovo naknadno omalovažavanje.

PNI je psihometrijski robustan, široko primjenjivan u kliničkim i istraživačkim kontekstima te validiran na više jezika i populacija, obuhvaćajući više aspekata narcističke patologije. Instrument se opsežno koristio i validirao u sveučilišnim okruženjima radi ispitivanja narcističkih crta studenata i njihovih povezanosti s nizom psiholoških i bihevioralnih ishoda (164-167). U ovom istraživanju primijenjena je validirana hrvatska adaptacija PNI-ja, koja je prethodno potvrđena na populaciji sveučilišnih studenata (168).

PNI je posebno razvijen kako bi obuhvatio specifične crte ličnosti koje nose patološka obilježja narcizma i klinički su relevantna, pa je stoga i odabran za ovo istraživanje.

3.3.4.3. Kratki inventar simptoma – BSI

BSI je upitnik koji je 1983. razvio Derogatis (169) za brzo mjerenje psihičkog stresa, izveden kao skraćena verzija Symptom Checklist-90 (170), a sastoji se od 53 čestice, raspoređenih u 9 primarnih dimenzija i obično zahtijeva 8 do 12 minuta za ispunjavanje. Ubrzo je postao široko primjenjivan upitnik psihičkog distresa i simptoma psihopatologije, posebice stoga što je prikladan i za kliničke i za nekliničke populacije, uključujući medicinske pacijente i sudionike u istraživanjima.

™BSI mjeri intenzitet poteškoća u zadnjih tjedan dana kroz devet primarnih dimenzija. Dimenzije koje uključuje su: Somatizacija (SOM) – tjelesne tegobe koje potječu od stresa; Opsesivnost-kompulzivnost (O-C) – neželjene misli i ponavljajuća ponašanja; Interpersonalna osjetljivost (I-S) – osjećaj nesigurnosti, manje vrijednosti i nelagode u odnosima; Depresivnost (DEP) – osjećaj potištenosti, gubitka interesa i beznađe; Anksioznost (ANX) – nervoza, napetost i napadi panike; Hostilnost (HOS) – misli i osjećaji ljutnje, iritacije ili agresije; Fobična anksioznost (PHOB) – iracionalni strahovi od specifičnih mjesta ili objekata; Paranoidne ideacije (PAR) – sumnjičavost i nepovjerenje prema drugima te Psihoticizam (PSY) – osjećaj otuđenosti ili povučenog načina života. Ispitanici procjenjuju svaku česticu na Likertovoj skali od 5 stupnjeva, u rasponu od 0 (uopće ne) do 4 (iznimno).

Postoje tri globalna indeksa koji sažimaju rezultate na svih 9 dimenzija simptoma. To su Globalni indeks ozbiljnosti *(engl. Global Severity Index - GSI)* – prosjek svih odgovora na svim česticama upitnika. Smatra se najboljim jedinstvenim pokazateljem ukupne psihičke uznemirenosti/patnje osobe jer kombinira i broj simptoma i njihov intenzitet. T-vrijednost (eng. *Total*) općeg indeksa (GSI) iznad 63 operacionalno je definirana granična vrijednost (*eng.* cutoff*)* za klinički značajan psihički distres i ukazuje na potrebu za detaljnijom obradom i liječenjem (170). Ukupan broj pozitivnih simptoma *(engl. Positive Symptom Total* – PST*)* – drugi globalni indeks, izračunava broj čestica na koje je osoba odgovorila s vrijednošću različitom od nule (dakle broj simptoma koje osoba uopće doživljava, bez obzira na intenzitet). On je pokazatelj raspona simptomatologije, tj. koliko se različitih problema javlja. Treći globalni indeks je Indeks intenziteta pozitivnih simptoma *(engl. Positive Symptom Distress Index - PSDI)* – pokazuje prosječan intenzitet samo onih simptoma koje je osoba potvrdila da ima (PSDI = zbroj vrijednosti svih čestica / PST). U osnovi pokazuje intenzitet doživljene patnje kod prisutnih simptoma, neovisno o tome koliko ih ima. Na taj način indeksi se međusobno dopunjuju jer netko može imati malo simptoma, ali vrlo intenzivnih (nizak PST, visok PSDI), netko puno simptoma, ali blagog intenziteta (visok PST, nizak PSDI), dok GSI daje ukupnu sliku koja objedinjuje oba aspekta.

Za potrebe ovog istraživanja korištena je hrvatska validacija i adaptacija iz 2005. godine (171).

3.4. Statistički postupci

Za statističku obradu podataka korišten je IBM SPSS Statistics, verzija 29 (*IBM Corp., Armonk, NY, SAD*).

Obilježja ispitanika analizirane su metodama deskriptivne statistike. Kategorijske varijable prkazane su kao frekvencije i valjani postotci, a kontinuirane varijable kao aritmetičke sredine i pripadajuće standardne devijacije ($M \pm SD$) za normalno distribuirane podatke, odnosno kao medijani i interkvartilni rasponi (*Md, IQR*) za asimetrične distribucije.

Unutarnja konzistentnost domena PNI-ja procijenjena je Cronbachovim koeficijentom alfa (α). Povezanost između kontinuiranih psiholoških mjera analizirana je Pearsonovim koeficijentom korelacije (r).

Razlike i povezanosti između kategorijskih varijabli, uključujući povezanost razina pojedinih dimenzija patološkog narcizma (visoka naspram niske/umjerene) i psihičkog distresa (da/ne), ispitane su hi-kvadrat testom. Budući da su kontinuirana psihološka mjerenja pokazala približno normalnu distribuciju, razlike u rezultatima psihičkih simptoma, između studenata s niskim/umjerenim i onih s povišenim narcističkim crtama, procijenjene su korištenjem Studentovim t-testom za neovisne uzorke. Homogenost varijanci testirana je Leveneovim testom. Jednosmjerna analiza varijance (ANOVA) primijenjena je za usporedbu aritmetičkih sredina rezultata narcizma s obzirom na akademsku godinu.

Kako bi se ispitali prediktori klinički značajnog psihičkog distresa (definiranog kao BSI rezultat ≥ 63), provedena je binarna logistička regresijska analiza. Kao neovisne varijable u regresijski model uvršteni su vulnerabilni narcizam, grandiozni narcizam, dob i spol. Prikladnost modela procijenjena je hi-kvadrat testom, Nagelkerkeovim i Cox-Snellovim koeficijentom (R^2) determinacije, ukupnom točnošću klasifikacije i površinom ispod ROC krivulje (AUC).

Za rješavanje specifičnih pitanja provjere odnosa između prediktora i kategorijskih varijabli (čestice PNI-ja i psihički distres), na način da se odredi točan redosljed ulaženja varijabli u model, korištena je hijerarhijska linearna regresija.

Nedostajući podaci isključeni su iz pojedinačnih analiza primjenom metode analize dostupnih slučajeva.

Statistički značajnima smatrane su vrijednosti $p < 0,05$.

3.5. Etička načela

Istraživanje je provedeno u skladu s Helsinškom deklaracijom. Svi postupci u provođenju ovog istraživanja prethodno su odobreni od strane Etičkog povjerenstva Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu (No: 2181-198-03-04-22-0005), 15. lipnja 2021

4. REZULTATI

4.1. Istraživanje provedeno na studentima medicine

U istraživanju provedenom na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Splitu sudjelovalo je 413 studenata medicine, s podacima prikupljenima putem upitnika tijekom dvije uzastopne akademske godine.

4.1.1. Obilježja uzorka i psihometrijska svojstva

Sažetak sociodemografskih, psihosocijalnih i psiholoških obilježja uzorka prikazan je u Tablici 1.

Tablica 1. Sociodemografska, psihosocijalna i psihološka obilježja ispitanika (studenti medicine)

Obilježje	Statistika (N = 413)
Sociodemografska obilježja	
Dob (godine), Md (IQR)	21 (20–24)
Žene, N (%)	287 (69,5)
Godina studija, N (%)	
1.	142 (34,4)
3.	128 (31,0)
6.	143 (34,6)
Psihosocijalna obilježja	
Obitelj s oba roditelja, N (%)	339 (82,1)
Izloženost traumatskom događaju, N (%)	134 (32,9)
Prethodno traženje psihološke pomoći, N (%)	70 (17,2)
Psihološka obilježja	
Prosječni PNI rezultat po domenama[a], M ± SD (raspon)	
VN	1,86 ± 0,84 (raspon 0,18–4,0)
GN	2,36 ± 0,84 (raspon 0,18–4,2)
BSI rezultat, *Md (IQR)*	42 (24–64)

Napomena. . [a] Rezultati na česticama kretali su se od 0 (uopće nije nalik meni) do 5 (vrlo je nalik meni)
% - valjani postoci; Md - medijan; IQR - interkvartilni raspon;, M - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija;, PNI - Inventar patološkog narcizma; VN - Vulnerabilni narcizam; GN - Grandiozni narcizam; BSI - Kratki inventar simptoma.

Prosječni rezultati po stavci PNI-ja za obje dimenzije narcizma ukazuju na to da narcističke crte u ovom uzorku nisu bile visoko izražene. Prosječni rezultati vulnerabilnog narcizma nalazili su se između odgovora „pomalo je nalik meni“ i „umjereno je nalik meni“,

dok su rezultati grandioznog narcizma bili nešto viši, približavajući se odgovoru „umjereno poput mene“.

4.1.2. Spolne i sociodemografske razlike

Rezultati na domeni grandiozni narcizam se nisu značajno razlikovali s obzirom na spol (P = 0,755). U žena su utvrđeni značajno viši rezultati vulnerabilnog narcizma u odnosu na muškarace (P = 0,006). Detaljnija analiza pojedinačnih dimenzija PNI-ja otkrila je specifične razlike među spolovima unutar obiju domena. Muškarci su postigli značajno više rezultate na dimenziji Eksploatativnost unutar grandiozne domene (P = 0,021), dok su žene postigle više rezultate na dimenzijama Uvjetovanom samopoštovanju, Obezvrjeđivanju i Skrivanju sebe unutar vulnerabilne domene ($P \leq 0{,}019$). Prosječni rezultati PNI-ja za obje domene ostali su stabilni kroz godine studija, te nisu utvrđene statistički značajne razlike ($P \geq 0{,}193$).

4.1.3. Psihički distres i traženje pomoći

Studenti medicine ispitani u ovom istraživanju u prosjeku su izvijestili o umjerenom psihički distresu (BSI *Mdn* = 42, *IQR* = 24–64), pri čemu je četvrtina uzorka (n = 101, 25%) dosegla klinički prag (*T-rezultat ≥ 63*) za značajan psihički distres, definiran prema priručniku BSI (150). Distres je bio značajno prevalentniji među studentima prve i treće godine u odnosu na studente završne godine (29 % - 31 % naspram 17 %, P = 0,011). Psihološku pomoć prethodno je tražilo 25 % studenata s klinički značajnim distresom i 14 % onih bez njega, odnosno 17 % cijelog uzorka.

4.1.4. Koegzistencija grandioznog i vulnerabilnog narcizma

Klasifikacijom sudionika u skupine niskih/umjerenih i visokih razina narcizma (na temelju analize kvartila PNI-ja), utvrđeno je da 130 studenata (35 %) pokazaju visoke razine barem jedne od dviju dimenzija narcizma (Tablica 2). Istodobno visoke razine obiju dimenzija narcizma (grandioznog i vulnerabilnog), imalo je 57 studenata (15,3 %) (Tablica

2). Navedeni udio je znatno više od 6,25 % koliko bi se očekivalo pod pretpostavkom da su ove dimenzije potpuno neovisne.

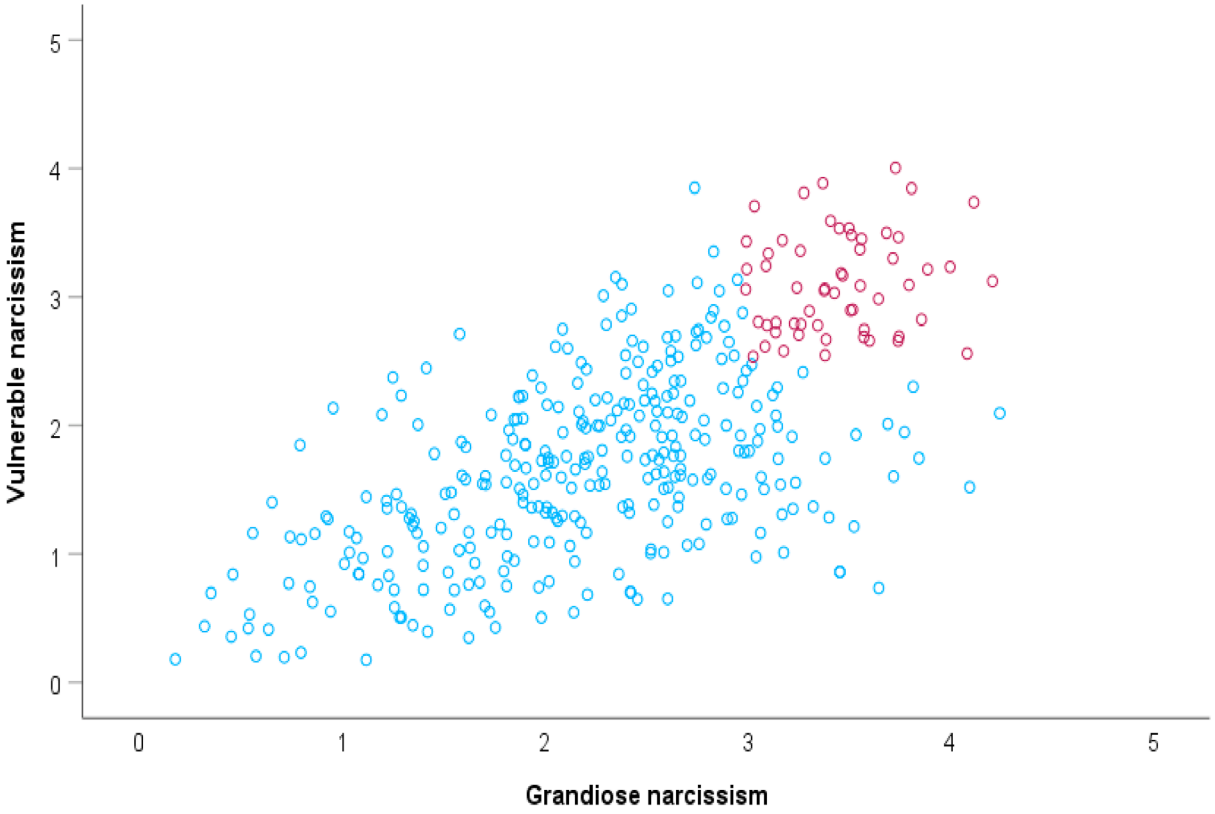
Tablica 2. Distribucija studenata prema razini izraženosti vulnerabilnog i grandioznog narcizma

	VN	
GN	Nisko/umjereno, *N* (%)	Visoko [a], *N* (%)
Nisko/umjereno, *N* (%)	243 (65,1)	36 (9,7)
Visoko [a], *N* (%)	37 (9,9)	57 (15,3)

Napomena. Prikazani su valjani postoci u odnosu na ukupan broj ispitanika s potpunim podacima (N=373)
[a]Visoke razine narcističkih crta operacionalno su definirane kao rezultati unutar najviše kvartile pripadajuće dimenzije PNI-ja; svi ostali sudionici klasificirani su kao osobe s niskim/umjerenim narcističkim crtama;
N broj sudionika; % valjani postoci; PNI Inventar patološkog narcizma; GN Grandiozni narcizam; VN Vulnerabilni narcizam

Rezultati grandioznog i ranjivog narcizma umjereno su korelirali u ukupnom uzorku *(r* = 0,65, *P*< 0,001). Međutim, ova povezanost nije bila značajna među studentima koji su postizali visoke razultate na objema dimenzijama (*P* = 0,291), kao što je prikazano na Slici 1. U toj skupini s preklapajućim visokim razinama narcističnih crta, razlika između rezultata bila je manja (*M* = 0,35; *SD* = 0,46) u usporedbi s ostatkom uzorka (*M* = 0,53; *SD* = 0,73). Navedena je razlika manja uglavnom zato što su se vrijednosti vulnerabilnog narcizma povećale na račun grandioznog narcizma (Slika 1). To vjerojatno objašnjava izostanak značajne korelacije između ovih dviju osobina u toj podskupini.

Slika 1. Individualne varijacije u izraženosti grandioznog i vulnerabilnog narcizma



Napomena: Inividualne varijacije prikazane su kao dijagram raspršenja prosječnih rezultata po čestici PNI-ja za dvije dimenzije. Sudionici u skupini s preklapajućim visokim rezultatima označeni su crvenom bojom.
Preuzeto iz Krnić i sur. (2026), licencirano pod CC BY 4.0.

Među studentima s istovremeno visokim razinama vulnerabilnog i grandioznog narcizma, njih 51 (89,5 %) odraslo je u cjelovitoj obitelji, dok je 24 (42,1 %) sudionika prijavilo prethodnu traumu. Žene su bile značajno prekomjerno zastupljene u ovoj skupini u odnosu na cjelokupni uzorak (75,4 % naspram 69,5 %, P = 0,042). Ova spolna razlika najvjerojatnije je posljedica veće pojavnosti visoke razine vulnerabilnog narcizma u žena (28 % naspram 17 % u muškaraca, P = 0,019), dok spolna razlika u pojavnosti visoke razine grandioznog narcizma nije bila statistički značajna (P = 0,702) (Tablica 3).

Tablica 3 Povezanost spola i razine izraženosti vulnerabilnog i grandioznog narcizma

Narcizam	Razina narcizma	Žene, *N* (%)	Muškarci, *N* (%)	*p* *
VN	Nisko/umjereno	188 (71,8)	96 (83,5)	0,019
	Visoko[a]	74 (28,2)	19 (16,5)	
GN	Nisko/umjereno	209 (76,3)	89 (74,2)	0,702
	Visoko[a]	65 (23,7)	31 (25,8)	

Napomena: Prikazani su valjani postotci unutar spola u odnosu na ukupan broj ispitanika s potpunim podacima (*N* = 377 za vulnerabilnu, odnosno *N* = 394 za grandioznu dimenziju)
* Fisherov egzaktni test
[a] Visoke razine narcističkih crta operacionalno su definirane kao rezultati unutar najviše kvartile pripadajuće dimenzije PNI-ja, dok su svi ostali sudionici klasificirani kao osobe s niskim/umjerenim narcističkim crtama
N broj sudionika; % postotak; *P* razina značajnosti; GN Grandiozni narcizam; VN Vulnerabilni narcizam

Rezultati grandioznog i vulnerabilnog narcizma umjereno su korelirali u cijelokupnom uzorku ($r = 0,65$, $P < 0,001$), no ta je povezanost izgubila statističku značajnost unutar skupine s istodobno visokim rezultatima na objema dimenzijama ($P = 0,291$). Pri tome je razlika između rezultata na dvjema dimenzijama bila manja u skupini s istodobno visoko izraženim rezultatima na obje dimenzije ($M = 0,35$ $SD = 0,46$) nego u ostatku uzorka ($M = 0,53$; $SD = 0,73$), prvenstveno zbog izraženijeg porasta vulnerabilnog narcizma.

4.1.5. Narcizam kao korelat psihičkog distresa

Ukupni rezultat PNI-ja bio je umjereno pozitivno povezan s psihičkim distresom ($r = 0,49$, $P < 0,001$). Logistička regresijska analiza pokazala je da je vulnerabilni narcizam snažan pozitivan prediktor klinički značajnog distresa ($OR = 7,49$, $P < 0,001$), dok su grandiozni narcizam ($OR = 0,42$, $P = 0,001$) i starija dob ($OR = 0,87$, $P = 0,049$) utvđeni kao negativni prediktori unutar istog modela. Spol pritom nije bio značajno povezan s distresom. Cjelokupni regresijski model bio je statistički značajan, [$\chi^2(4) = 96,85$; $P < 0,001$], objašnjavajući 23 % –34 % varijance i ispravno klasificirajući 78,18 % slučajeva ($AUC = 0,821$). Model je time pokazao izvrsnu diskriminativnu sposobnost, što ukazuje na to da na temelju ključnih varijabli može vrlo dobro razlikovati osobe s kliničkim značajnim distresom od onih bez njega.

Ovi nalazi dodatno su potvrđeni usporedbom razina distresa s obzirom na kategorije narcizma (Tablica 4). Među studentima s visokim razinama izraženih crta vulnerabilnog narcizma 55,1 % prijavilo je klinički značajan distres, naspram 17,6 % u skupini s niskim/umjerenim rezultatima (prilagođeni rezidual = 7,0, $P < 0,001$). Sličan, no slabije izražen obrazac uočen je i za grandiozni narcizam (36,3 % naspram 22,3 %; prilagođeni rezidual = 2,7, $P = 0,009$).

Tablica 4. Povezanost psihičkog distresa i razine izraženosti vulnerabilnog i grandioznog narcizma

Narcizam	Psihički distres[a]	Nisko/umjereno, *N* (%)	Visoko[b], *N* (%)	*P**
VN	Ne	230 (82,4)	40 (44,9)	<0,001
	Da	49 (17,6)	49 (55,1)	
GN	Ne	227 (77,7)	58 (63,7)	0,009
	Da	65 (22,3)	33 (36,3)	

Napomena: Prikazani su valjani postotci unutar izraženosti pojedine dimenzije narcizma u odnosu na ukupan broj ispitanika s potpunim podacima ($N = 368$ za vulnerabilnu, odnosno $N = 383$ za grandioznu dimenziju)
* Fisherov egzaktni test
[a] Psihički distres definiran je kao rezultat na BSI-ju ≥ 63
[b] Visoke razine narcističkih crta operacionalno su definirane kao rezultati unutar najviše kvartile pripadajuće dimenzije PNI-ja, dok su svi ostali sudionici klasificirani kao osobe s niskim/umjerenim narcističkim crtama
BSI Kratki inventar simptoma; *N* broj sudionika; *P* razina značajnosti; PNI Inventar patološkog narcizma; VN vulnerabilni narcizam; GN grandiozni narcizam % postotak

Više od polovice studenata s istovremeno visokim rezultatima na objema dimenzijama narcizma (55 %) prijavilo je povišen distres (prilagođeni rezidual = 5,1; $P < 0,001$). Analiza pojedinačnih dimenzija BSI-ja pokazala je da studenti s visokim grandioznim narcizmom postižu značajno više rezultate na gotovo svim dimenzijama u odnosu na studente s niskim/umjerenim grandioznim narcizmom, uz iznimku *Somatizacije* (Tablica 5). Najveća razlika uočena je na dimenziji *Paranoidne ideacije* (+0,44 boda, odnosno 11 % povećanje).

Tablica 5. Prosječni rezultati BSI dimenzija prema razini izraženosti grandioznog narcizma

BSI dimenzija	Razina GN[a]		P^*
	Nisko/umjereno (N = 292), M ± SD	Visoko[b] (N = 91), M ± SD	
Somatizacija	0,74 ± 0,65	0,87 ± 0,76	0,138
Opsesivnost-kompulzivnost	1,24 ± 0,82	1,52 ± 0,86	0,005
Interpersonalna osjetljivost	0,95 ± 0,85	1,24 ± 1,02	0,012
Depresija	0,90 ± 0,76	1,12 ± 0,87	0,022
Anksioznost	1,03 ± 0,73	1,24 ± 0,83	0,020
Hostilnost	0,81 ± 0,68	1,03 ± 0,83	0,019
Fobična anksioznost	0,53 ± 0,64	0,75 ± 0,81	0,016
Paranoidne ideje	0,78 ± 0,63	1,22 ± 0,85	<0,001
Psihoticizam	0,61 ± 0,64	0,80 ± 0,75	0,025

Napomena: Podatci su prikazani kao aritmetička sredina ± standardna devijacija (M ± SD)
* Studentov t-test za nezavisne uzorke
[a] Mjerna jedinica za sve prikazane numeričke podatke u stupcima je raspon bodova na skali od 0 do 4
[b] Visoke razine narcističkih crta operacionalno su definirane kao rezultati unutar najvišeg kvartila pripadajuće dimenzije PNI-ja; svi ostali sudionici klasificirani su kao osobe s niskim/umjerenim narcističkim crtama
BSI – Kratki inventar simptoma; GN – grandiozni narcizam; M – aritmetička sredina; N – broj sudionika; *P* – razina značajnosti; PNI – Inventar patološkog narcizma; SD – standardna devijacija

Studenti s visokim vulnerabilnim narcizmom pokazali su statistički značajno više rezultate na svim dimenzijama BSI-ja u odnosu na studente s niskim/umjerenim vulnerabilnim narcizmom (Tablica 6). Najveća razlika uočena je na podskali Interpersonalne osjetljivosti (+0,95 boda, odnosno porast od 24 %), a zatim na Paranoidnim idejama i Opsesivnosti-kompulzivnosti (na objema podskalama +0,74 boda, odnosno porast od 19 %).

Tablica 6. Prosječni rezultati BSI dimenzija prema razini izraženosti vulnerabilnog narcizma

BSI dimenzija	Razina VN[a]		P^*
	Nisko/umjereno (N = 280), M ± SD	Visoko[b] (N = 93), M ± SD	
Somatizacija	0,69 ± 0,62	1,03 ± 0,82	<0,001
Opsesivnost-kompulzivnost	1,12 ± 0,74	1,86 ± 0,89	<0,001
Interpersonalna osjetljivost	0,79 ± 0,77	1,74 ± 0,98	<0,001
Depresija	0,79 ± 0,72	1,48 ± 0,85	<0,001
Anksioznost	0,93 ± 0,68	1,52 ± 0,84	<0,001
Hostilnost	0,74 ± 0,66	1,25 ± 0,80	<0,001
Fobična anksioznost	0,48 ± 0,62	0,95 ± 0,84	<0,001
Paranoidne ideje	0,71 ± 0,60	1,45 ± 0,80	<0,001
Psihoticizam	0,52 ± 0,60	1,08 ± 0,76	<0,001

Napomena: Podatci su prikazani kao aritmetička sredina ± standardna devijacija (M ± SD)
* Studentov t-test za nezavisne uzorke
[a] Mjerna jedinica za sve prikazane numeričke podatke u stupcima je raspon bodova na skali od 0 do 4
[b] Visoke razine narcističkih crta operacionalno su definirane kao rezultati unutar najvišeg kvartila pripadajuće dimenzije PNI-ja; svi ostali sudionici klasificirani su kao osobe s niskim/umjerenim narcističkim crtama
BSI – Kratki inventar simptoma; M – aritmetička sredina; N – broj sudionika; *P* – razina značajnosti; PNI – Inventar patološkog narcizma; SD – standardna devijacija; VN – vulnerabilni narcizam

4.2. Istraživanje na studentima triju fakulteta Sveučilišta u Splitu

4.2.1. Obilježja uzorka

Šire istraživanje obuhvatilo je 888 studenata s triju fakulteta Sveučilišta u Splitu: Filozofskog fakulteta (FFST; 45,1 %), Medicinskog fakulteta (MEFST; 29,5 %) i Fakulteta građevinarstva, arhitekture i geodezije (FGAG 25,5 %) (Tablica 7). Prosječna dob sudionika iznosila je 21,3 godine (*SD* = 2,22), a 78,5 % uzorka činile su žene.

Većina sudionika odrasla je u cjelovitoj obitelji (92,1 %) i opisala je obiteljske odnose kao vrlo dobre ili dobre (87 %). O osobnim problemima studenti su najčešće razgovarali s prijateljima (59 %) i majkama (55 %), dok se nastavnicima ili profesorima obraćalo tek 0,7 % sudionika.

Proživljenost traumatskog događaja prijavilo je 428 sudionika. Kao najčešći traumatski događaj naveden je gubitak voljene osobe (kod 183 sudionika, odnosno 20,6 % ukupnog uzorka), nakon čega slijede zlostavljanje ili zanemarivanje (kod 154 sudionika, odnosno 17, 3 % cjelokupnog uzorka) te konfliktni razvodi roditelja (kod 55 sudionika, odnodno 6,2 % ukupnog uzorka). Većina sudionika s poviješću traume prijavila je jednu prepoznatljivu vrstu traume (69,8 %). Otprilike pola svih trauma (227 događaja; 53 %) klasificirano je kao složene traume koje uključuju izvješća o zlostavljanju ili zanemarivanju, konfliktnom razvodu roditelja ili kroničnoj bolesti. Prethodnu psihološku pomoć zatražilo je 20,6 % sudionika. Nesanicu je imalo 13,4 % sudionika a kronični umor 42,7 %.

Razina psihičkog distresa bila je umjerena (*GSI M* = 1,19; *SD* = 0,70), a 53,7 % sudionika doseglo je klinički prag povišene razine simptoma koji imaju kliničku značajnost.

Ukupni rezultat na inventaru PNI bio je umjeren (*M* = 2,13; *SD* = 0,82). Rezultati vulnerabilnog narcizma bili su značajno viši od rezultata grandioznog narcizma (*M* = 2,40; *SD* = 0,80 naspram *M* = 1,99; *SD* = 0,87), sa srednjom razlikom od 0,41 (95% *CI*: 0,38–0,43; $P < 0,001$). Korelacija između ovih dviju dimenzija bila je izuzetno jaka ($r = 0,884$; $P < 0,001$).

Tablica 7. Obilježja uzorka

Obilježje	Statistika (N = 888)
Sociodemografska obilježja	
Dob (godine), M ± SD	21,30 ± 2,22
Spol, N (%)	
žensko	697 (78,5)
muško	190 (21,4)
Fakultet, N (%)	
FFST	400 (45,1)
MF	262 (29,5)
GAGF	226 (25,5)
Godina studija, N (%)	
1.	335 (37,7)
2.	49 (5,5)
3.	269 (30,3)
4.	73 (8,2)
5.	95 (10,7)
6.	67 (7,6)
Tip srednje škole, N (%)	
Gimnazija	642 (72,5)
Strukovna/primijenjena	243 (27,5)
Emocionalne veze, N (%)	
u vezi	515 (58,3)
sam/a	355 (40,2)
u braku	10 (1,1)
drugo	3 (0,3)
Obiteljski kontekst	
Cjelovita obitelj[a], N (%)	818 (92,1)
Percipirana kvaliteta obiteljskih odnosa, N (%)	
vrlo dobra	498 (56,3)
dobra	270 (30,5)
prosječna	91 (10,3)
loša	23 (2,6)
vrlo loša	3 (0,3)
O osobnim problemima razgovara s[b], N (%)	
majkom	486 (54,7)
prijateljem	526 (59,2)
bratom/sestrom	258 (29,1)
ocem	146 (16,5)
drugim	127 (14,3)
nastavnikom/profesorom	6 (0,7)
Veličina kućanstva, medijan (IQR)	4 (4–5)
Broj braće i sestara, medijan (IQR)	1 (1–2)

Obilježje	Statistika (N = 888)
Zdravstveni i psihološki status	
Nesanica, N (%)	119 (13,4)
Kronični umor, N (%)	379 (42,7)
Izloženost traumi, N (%)	428 (48,2)
Prethodno traženje psihološke pomoći, N (%)	183 (20,6)
Psihički distres (BSI)	
BSI ≥ 63, N (%)	477 (53,7)
GSI, M ± SD	1,19 ± 0,70
PSDI, M ± SD	1,95 ± 0,53
Somatizacija, M ± SD	1,22 ± 0,83
Opsesivnost-kompulzivnost, M ± SD	1,33 ± 0,83
Interpersonalna osjetljivost, M ± SD	1,20 ± 0,93
Depresivnost, M ± SD	1,06 ± 0,75
Anksioznost, M ± SD	1,35 ± 0,85
Hostilnost, M ± SD	1,18 ± 0,79
Fobična anksioznost, M ± SD	0,91 ± 0,75
Paranoidne ideacije, M ± SD	1,05 ± 0,76
Psihoticizam, M ± SD	1,20 ± 0,85
Patološki narcizam (PNI)	
Uvjetovano samopoštovanje, M ± SD	2,71 ± 0,88
Eksploatativnost, M ± SD	2,21 ± 1,08
Samopožrtvovno samouzdizanje, M ± SD	1,85 ± 1,03
Skrivanje sebe, M ± SD	2,24 ± 0,83
Grandiozne fantazije, M ± SD	2,05 ± 0,82
Obezvrjeđivanje, M ± SD	2,24 ± 0,99
Pravo na bijes, M ± SD	1,86 ± 1,06
PNI-GN, M ± SD	1,99 ± 0,87
PNI-VN, M ± SD	2,40 ± 0,80
PNI ukupno, M ± SD	2,13 ± 0,82

Napomena: Podatci su prikazani kao frekvencije i postotci (N (%)), aritmetičke sredine sa standardnim devijacijama (M ± SD) te medijani s interkvartilnim rasponom (IQR); postotci se temelje na valjanim slučajevima (udio nedostajućih podataka kretao se od 0 do 3 %), pa zbroj ne mora iznositi točno 100 % zbog zaokruživanja

[a] Cjelovita obitelj definirana je kao roditelji koji žive zajedno u vrijeme istraživanja

[b] Bilo je moguće više odgovora, pa zbroj postotaka prelazi 100 %

BSI – Kratki inventar simptoma; GN – grandiozni narcizam; GSI – Globalni indeks ozbiljnosti; IQR – interkvartilni raspon; M – aritmetička sredina; N – broj sudionika; PNI – Inventar patološkog narcizma; PSDI – Indeks pozitivnih simptoma distresa; SD – standardna devijacija; VN – vulnerabilni narcizam

4.2.2. Korelati patološkog narcizma

Proveden je multivarijabilni opći linearni model kako bi se ispitali sociodemografski, obiteljski i zdravstveni korelati patološkog narcizma. Navedeni model identificirao je nekoliko značajnih korelata ukupnog rezultata PNI-ja (Tablica 8). Pripadnost FFST bila je

povezana sa značajno višim rezultatima narcizma u odnosu na MEFST (B = 0,280, P < 0,001, ηp^2 = 0,019), dok se studenti FGAG nisu značajno razlikovali od referentne skupine. Starija dob bila je blago, ali statistički značajno povezana s nižim rezultatima narcizma. Međutim, obje varijable objasnile su samo umjeren udio varijance (ηp^2 od 0,008 do 0,019).

Tablica 8. Čimbenici povezani s patološkim narcizmom (ukupni rezultati PNI-ja)

Čimbenik	*B*	*SE*	*t*	*P**	*95% CI*	*ηp²*
Fakultet (FFST vs. MF)	0,280	0,071	3,959	<0,001	[0,141, 0,418]	0,019
Fakultet (FGAG vs. MF)	-0,047	0,077	-0,607	0,544	[-0,198, 0,105]	0,000
Spol (žene vs. muškarci)	-0,011	0,070	-0,164	0,870	[-0,148, 0,125]	0,000
Srednja škola (strukovna vs. gimnazija)	-0,037	0,065	-0,573	0,567	[-0,164, 0,09]	0,000
Cjelovita obitelj (ne vs. da)	-0,055	0,106	-0,521	0,603	[-0,263, 0,153]	0,000
Trauma (ne vs. da)	-0,161	0,059	-2,751	0,006	[-0,276, -0,046]	0,009
Emocionalni status (sam/a vs. u vezi)	-0,068	0,055	-1,236	0,217	[-0,176, 0,04]	0,002
Kvaliteta obiteljskih odnosa[a]	0,092	0,037	2,496	0,013	[0,02, 0,163]	0,008
Traženje psihološke pomoći (ne vs. da)	-0,208	0,070	-2,956	0,003	[-0,346, -0,07]	0,011
Broj braće i sestara	-0,024	0,022	-1,086	0,278	[-0,068, 0,019]	0,001
Nesanica (ne vs. da)	-0,203	0,084	-2,407	0,016	[-0,369, -0,038]	0,007
Kronični umor (ne vs. da)	-0,321	0,059	-5,489	<0,001	[-0,436, -0,207]	0,036
Dob	-0,031	0,012	-2,488	0,013	[-0,055, -0,006]	0,008

Napomena: Podatci su prikazani kao nestandardizirani regresijski koeficijenti (B) sa standardnim pogreškama (SE), t vrijednosti, P vrijednosti, 95 % intervali pouzdanosti (CI) i parcijalni eta-kvadrat (ηp^2)
* Višestruka linearna regresija (zavisna varijabla: ukupni rezultat PNI-ja; model R^2 = 0,162)
[a] Viši rezultat označava percipiranu lošiju kvalitetu odnosa
B – nestandardizirani regresijski koeficijent; CI – interval pouzdanosti; *P* – razina značajnosti; PNI – Inventar patološkog narcizma; SE – standardna pogreška; ηp^2 – parcijalni eta-kvadrat; FFST Filozofski fakultet; FGAG Fakultet građevinarstva, arhitekture i geodezije; MF Medicinski fakultet; PNI Inventar patološkog narcizma

Lošija percipirana kvaliteta obiteljskih odnosa bila je povezana s višim rezultatima narcizma, kao i izloženost traumi. Zanimljivo je da kada je binarni pokazatelj izloženosti bilo kojoj traumi zamijenjen binarnim pokazateljem izloženosti složenoj traumi u modelu punog uzorka, model temeljen na izloženosti bilo kojoj traumi pokazao je nešto veću prognostičku

snagu. Objasnio je 15,2 % varijance, u usporedbi s 14,8 % za model kompleksne traume, a prediktor traume pokazao je nešto veći učinak (ηp^2 = 0,009 naspram 0,007; B = −0,161 naspram −0,149) i jaču statističku značajnost (P = 0,006 naspram 0,020).

Zdravstvene varijable pokazale su povezanosti s patološkim narcizmom umjerene do izražene jačine, pri čemu je prisutnost kroničnog umora pokazala najsnažniju pojedinačnu povezanost u modelu (B = -0,321, P < 0,001, ηp^2 = 0,036). Prisutnost nesanice također je povezana s višim razinama narcizma. Model je u cjelini objasnio 15,2 % varijance ukupnog rezultata PNI-ja. Spol, tip srednje škole, emocionalni status (sam/a vs. u vezi), cjelovitost obitelji i broj braće/sestara nisu bili značajni prediktori (svi $P \geq 0{,}217$).

Provedene su, nadalje, dvije zasebne regresijske analize radi ispitivanja demografskih, obiteljskih i zdravstvenih čimbenika povezanih s dvjema dimenzijama patološkog narcizma – grandioznošću i vulnerabilnošću (Tablica 9 i Tablica 10). Oba su modela djelovala slično kao zbirni model PNI-ja, zadržavajući isti skup značajnih korelata s usporedivim veličinama učinka i samo manjim razlikama. Najznačajniji rezultat je da dob nije bila značajan korelat vulnerabilnog narcizma. Sva tri opća linearna modela bila su statistički značajna: model grandioznog narcizma objasnio je najveći udio varijance (R^2 = 0,162), a zatim zbirni narcizam (R^2 = 0,152) i vulnerabilni narcizam (R^2 = 0,141). Modeli za grandioznu i vulnerabilnu dimenziju pokazali su slične obrasce, uz zadržavanje istog skupa značajnih korelata.

Kronični umor pokazao se kao najsnažniji pojedinačni prediktor obiju domena (grandioznost: B = -0,342: P < 0,001; ηp^2 = 0,037; vulnerabilnost: B = -0,297; P < 0,001; ηp^2 = 0,033), pri čemu je njegova prisutnost povezana s višim razinama i grandioznosti i vulnerabilnosti. Studiranje na FFST (u odnosu na MF) bio je drugi najjači prediktor u oba modela (grandioznost: ηp^2 = 0,023; vulnerabilnost: ηp^2 = 0,019).

Dodatno, izloženost traumi, lošija kvaliteta obiteljskih odnosa, prethodno traženje psihološke pomoći i prisutnost nesanice bili su značajno povezani s višim razinama obiju dimenzija narcizma, s usporedivom veličinom učinka. Dob se pokazala značajnim prediktorom samo za grandioznost (B = -0,037, P = 0,004). Dob za vulnerabilnost nije dosegla statističku značajnost (P = 0,078), premda je smjer učinka bio isti.

Spol nije bio značajan prediktor ni u jednom od dva modela (grandioznost: P = 0,702; vulnerabilnost: P = 0,359).

Tablica 9. Čimbenici povezani s patološkim narcizmom – dimenzija grandioznosti

Čimbenik	*B*	*SE*	*t*	*P**	*95% CI*	*ηp²*
Fakultet (FFST vs. MF)	0,325	0,074	4,391	<0,001	[0,18, 0,471]	0,023
Fakultet (FGAG vs. MF)	-0,004	0,081	-0,050	0,960	[-0,163, 0,155]	0,000
Spol (žene vs. muškarci)	-0,028	0,073	-0,382	0,702	[-0,172, 0,116]	0,000
Srednja škola (strukovna vs. gimnazija)	-0,033	0,068	-0,485	0,628	[-0,166, 0,1]	0,000
Cjelovita obitelj (ne vs. da)	-0,061	0,111	-0,545	0,586	[-0,279, 0,158]	0,000
Trauma (ne vs. da)	-0,188	0,061	-3,065	0,002	[-0,309, -0,068]	0,011
Emocionalni status (sam/a vs. u vezi)	-0,074	0,058	-1,281	0,201	[-0,188, 0,039]	0,002
Kvaliteta obiteljskih odnosa[a]	0,097	0,038	2,522	0,012	[0,021, 0,172]	0,008
Traženje psihološke pomoći (ne vs. da)	-0,248	0,074	-3,360	0,001	[-0,393, -0,103]	0,014
Broj braće i sestara	-0,027	0,023	-1,173	0,241	[-0,073, 0,018]	0,002
Nesanica (ne vs. da)	-0,197	0,089	-2,221	0,027	[-0,371, -0,023]	0,006
Kronični umor (ne vs. da)	-0,342	0,061	-5,564	<0,001	[-0,463, -0,221]	0,037
Dob	-0,037	0,013	-2,878	0,004	[-0,063, -0,012]	0,010

Napomena: Podatci su prikazani kao nestandardizirani regresijski koeficijenti (B) sa standardnim pogreškama (SE), t vrijednosti, P vrijednosti, 95 % intervali pouzdanosti (CI) i parcijalni eta-kvadrat (ηp^2)

[*] Višestruka linearna regresija (zavisna varijabla: PNI ukupni rezultat; model $R^2 = 0,162$)

[a] Viši rezultat označava percipiranu lošiju kvalitetu odnosa

B – nestandardizirani regresijski koeficijent; CI – interval pouzdanosti; FFST – Filozofski fakultet; FGAG – Fakultet građevinarstva, arhitekture i geodezije; MF – Medicinski fakultet; *P* – razina značajnosti; PNI – Inventar patološkog narcizma; SE – standardna pogreška; t – t-omjer; ηp^2 – parcijalni eta-kvadrat

Tablica 10. Čimbenici povezani s patološkim narcizmom – dimenzija vulnerabilnosti

Čimbenik	*B*	*SE*	*t*	*P**	*95% CI*	*ηp²*
Falultet (FFST vs. MF)	0,268	0,068	3,916	<0,001	[0,134, 0,403]	0,019
Fakultet (FGAG vs. MF)	-0,082	0,075	-1,100	0,271	[-0,229, 0,064]	0,001
Spol (žene vs. muškarci)	0,062	0,068	0,917	0,359	[-0,071, 0,195]	0,001
Srednja škola (strukovna vs. gimnazija)	-0,026	0,063	-0,417	0,677	[-0,149, 0,097]	0,000
Cjelovita obitelj (ne vs. da)	-0,082	0,103	-0,795	0,427	[-0,283, 0,12]	0,001
Trauma (ne vs. da)	-0,136	0,057	-2,399	0,017	[-0,248, -0,025]	0,007
Emocionalni status (sam/a vs. u vezi)	-0,092	0,053	-1,720	0,086	[-0,197, 0,013]	0,004
Kvaliteta obiteljskih odnosa[a]	0,072	0,036	2,039	0,042	[0,003, 0,142]	0,005
Traženje psihološke pomoći (ne vs. da)	-0,162	0,068	-2,372	0,018	[-0,295, -0,028]	0,007
Broj braće i sestara	-0,004	0,021	-0,170	0,865	[-0,046, 0,039]	0,000
Nesanica (ne vs. da)	-0,164	0,082	-2,007	0,045	[-0,325, -0,004]	0,005
Kronični umor (ne vs. da)	-0,297	0,057	-5,234	<0,001	[-0,409, -0,186]	0,033
Dob	-0,021	0,012	-1,766	0,078	[-0,045, 0,002]	0,004

Napomena: Podatci su prikazani kao nestandardizirani regresijski koeficijenti (B) sa standardnim pogreškama (SE), t vrijednosti, P vrijednosti, 95 % intervali pouzdanosti (CI) i parcijalni eta-kvadrat (ηp²)
* Višestruka linearna regresija (zavisna varijabla: PNI ukupni rezultat; model $R^2 = 0,162$)
[a] Viši rezultat označava percipiranu lošiju kvalitetu odnosa
B – nestandardizirani regresijski koeficijent; CI – interval pouzdanosti; FFST – Filozofski fakultet; FGAG – Fakultet građevinarstva, arhitekture i geodezije; MF – Medicinski fakultet; *P* – razina značajnosti; PNI – Inventar patološkog narcizma; SE – standardna pogreška; t – t-omjer; ηp² – parcijalni eta-kvadrat

Kako bi se ispitalo jesu li te povezanosti ujednačene među domenama patološkog narcizma ili su specifične za određene dimenzije, dodatno su ispitane bivarijatne korelacije između sociodemografskih i kliničkih obilježja te sedam dimenzija grandioznosti i vulnerabilnosti (Tablica 11). Sveukupno, rezultati u skladu s regresijskim nalazima (odražavajući njihovu ulogu stabilnih prediktora ukupnog rezultata PNI-ja), no otkrile su i neka razilaženja.

Dob, koja je utvrđena kao značajan negativan prediktor ukupnoga rezultata PNI-ja u multivarijantnom modelu, pokazala je statistički neznačajne bivarijatne korelacije sa svim pojedinačnim dimenzijama. Navedeno sugerira da se povezanost dobi s patološkim narcizmom očituje tek uz kontrolu ostalih varijabli u modelu, a ne kao izravan učinak na specifične čimbenike.

Spol je pokazao suprotan obrazac. Bio je statistički neznačajan u multivarijatnom modelu, ali u slaboj, no značajnoj bivarijatnoj korelaciji s nekoliko dimenzija (npr. Exploatativnost, Uvjetovano samopoštovanje, Obezvrjeđivanje). To upućuje na to da je njegova bivarijatna povezanost s narcizmom vjerojatno posljedica preklapanja s drugim prediktorima, a ne neovisnog učinka.

Kronični umor i trauma, ponovno dosljedno značajni na razini domena, potvrđuju robusnost tog nalaza čak i kada se analiza provodi na razini pojedinačnih podskala.

Pripadnost FFST također je dosljedno značajan čimbenik na svim podskalama, ali pripadnost FGAG značajana je samo za Obezvrjeđivanje (*rpb* = -,079**; $P < 0{,}001$). Ovo predstavlja novu, precizniju informaciju, koju regresijski model (koji koristi ηp^2) nije prikazao na razini zbirnih domena.

Tablica 11. Povezanost sociodemografskih i kliničkih obilježja s dimenzijama PNI-ja na razini ukupnog uzorka

Obilježje	Metoda	GN			VN			
		E	SPS	GF	US	SS	O	PB
FFST	*rpb*	0,108**	0,114**	0,121**	0,097**	0,130**	0,168**	0,106**
FGAG	*rpb*	−0,041	−0,054	−0,024	−0,032	−0,026	−0,079**	−0,040
Spol	*rpb*	−0,080**	−0,009	−0,066*	−0,076**	−0,066*	−0,091**	−0,066*
Srednja škola	*rpb*	−0,054	−0,031	−0,045	−0,047	−0,043	−0,052	−0,053
Cjelovita obiteljska struktura	*rpb*	−0,023	−0,013	−0,041	0,007	−0,012	0,003	0,013
Povijest traume	*rpb*	0,134**	0,130**	0,114**	0,112**	0,135**	0,130**	0,132**
Emocionalni status	*rpb*	−0,029	−0,009	−0,001	−0,026	−0,024	−0,030	−0,012
Kvaliteta veze	ρ	0,156**	0,154**	0,156**	0,106**	0,109**	0,143**	0,122**
Povijest traženja psihološke pomoći	*rpb*	0,075**	0,035	0,074**	0,037	0,065*	0,047	0,064*
Broj braće i sestara	ρ	0,028	0,032	0,014	0,022	0,047	−0,023	0,022
Kronični umor	*rpb*	0,115**	0,114**	0,155**	0,129**	0,115**	0,076**	0,140**
Nesanica	*rpb*	0,138**	0,095**	0,098**	0,083**	0,081**	0,071**	0,079**
Dob	ρ	−0,035	−0,052	−0,015	−0,008	−0,056*	0,000	−0,001

Napomena: Prikazani su koeficijenti korelacije za ukupan uzorak ispitanika s potpunim podatcima (N = 888)
* $P < 0,05$
** $P < 0,01$
E – eksploatativnost; FFST – Filozofski fakultet; FGAG – Fakultet građevinarstva, arhitekture i geodezije; GF – grandiozne fantazije; GN – grandiozni narcizam; MEFST – Medicinski fakultet; O – obezvrjeđivanje; PB – pravo na bijes; PNI – Inventar patološkog narcizma; *rpb* – point-biserijalni koeficijent korelacije; SPS – samopožrtvovno samouzdizanje; SS – skrivanje sebe; US – uvjetovano samopoštovanje; VN – vulnerabilni narcizam; ρ – Spearmanov koeficijent korelacije ranga

4.2.3. Povezanost dimenzija narcizma s dimenzijama psihičkog distresa

U pogledu međusobne povezanosti glavnih dimenzija patološkog narcizma, utvrđena je izrazito visoka i statistički značajna pozitivna korelacija između grandioznog i vulnerabilnog narcizma bila je vrlo visoka ($r = 0,884$; $P < 0,001$), pri čemu je 168 sudionika (20 %) postiglo istodobno visoke rezultate na objema domenama.

Analiza povezanosti temeljnih dimenzija narcizma s općim indikatorima psihičkog distresa ukazuje na to da grandiozni narcizam manifestira umjerene do jake pozitivne korelacije s pojedinačnim dimenzijama BSI skale (r = 0,479–0,617) te snažnu povezanost s Globalnim indeksom ozbiljnosti – GSI (r = 0,651). Podjednak intenzitet i smjer povezanosti zabilježen je i u domeni vulnerabilnog narcizma, koji s pojedinačnim dimenzijama BSI-a korelira u rasponu od r = 0,447 do 0,556, dok s GSI-jem ostvaruje koeficijent od r = 0,581.

Ukupni rezultat na PNI skali također pokazuje snažne pozitivne povezanosti sa svim BSI dimenzijama (r = 0,471 do 0,604) te s GSI-jem (r = 0,636). Naposljetku, kada se analiza usmjeri na specifične, uže poddimenzije (podskale) PNI-ja, dobivene povezanosti s mjerama distresa očekivano su skromnijeg intenziteta (r = 0,229 do 0,366), no i dalje zadržavaju visoku statističku značajnost u svim ispitivanim aspektima (Tablica 12).

Tablica 12. Korelacije između dimenzija BSI-ja i podskala PNI-ja za cijeli uzorak

Rezultati BSI	**GN**			**VN**			
	E	SPS	GF	US	SS	O	PB
Globalni indeks ozbiljnosti	0,361	0,355	0,366	0,337	0,359	0,353	0,352
Somatizacija	0,326	0,330	0,338	0,292	0,335	0,339	0,332
Anksioznost	0,334	0,327	0,341	0,329	0,352	0,340	0,338
Depresija	0,297	0,298	0,315	0,281	0,305	0,295	0,297
Interpersonalna osjetljivost	0,329	0,315	0,334	0,309	0,312	0,315	0,329
Opsesivnost-kompulzivnost	0,318	0,315	0,313	0,292	0,301	0,318	0,290
Psihoticizam	0,278	0,281	0,295	0,267	0,303	0,274	0,267
Paranoidne ideje	0,336	0,342	0,332	0,308	0,318	0,324	0,326
Fobična anksioznost	0,273	0,256	0,279	0,246	0,270	0,229	0,263
Hostilnost	0,290	0,289	0,281	0,283	0,299	0,269	0,289

Napomena: Prikazani su Pearsonovi koeficijenti korelacije za ukupan uzorak ispitanika s potpunim podatcima (N = 888); sve su korelacije značajne uz $P < 0,001$
BSI – Kratki inventar simptoma; E – eksploatativnost; GF – grandiozne fantazije; GN – grandiozni narcizam; O – obezvrjeđivanje; PB – pravo na bijes; PNI – Inventar patološkog narcizma; SPS – samopožrtvovno samouzdizanje; SS – skrivanje sebe; US – uvjetovano samopoštovanje; VN – vulnerabilni narcizam

Kako bi se detaljno ispitalo jesu li povezanosti patološkog narcizma i distresa ujednačene s obzirom na spol, provedena je i spolno stratificirana analiza. U cijelom uzorku (Tablica 12) i među ženama (Tablica 13), sve korelacije između BSI i PNI dimenzija bile su pozitivne i uglavnom niskog do umjerenog intenziteta (cijeli uzorak: r = 0,229–0,366; prosječno oko r = 0,31; žene: r = 0,235–0,393; prosječno r = 0,32), pri čemu su najsnažnije povezanosti dosljedno utvrđene između GSI i podskale Grandiozne fantazije.

Tablica 13. Korelacije između dimenzija BSI skale i poddimenzija PNI skale unutar poduzorka studentica

Rezultati BSI	GN			VN			
	E	SPS	GF	US	SS	O	PB
Globalni indeks ozbiljnosti	0,363	0,383	0,393	0,339	0,361	0,351	0,357
Somatizacija	0,329	0,359	0,375	0,298	0,347	0,345	0,347
Anksioznost	0,328	0,348	0,352	0,316	0,348	0,323	0,332
Depresija	0,294	0,320	0,341	0,289	0,313	0,290	0,302
Interpersonalna osjetljivost	0,318	0,329	0,342	0,296	0,307	0,299	0,314
Opsesivnost-kompulzivnost	0,323	0,346	0,336	0,294	0,300	0,321	0,293
Psihoticizam	0,287	0,309	0,320	0,285	0,300	0,277	0,279
Paranoidne ideje	0,332	0,347	0,348	0,294	0,313	0,318	0,321
Fobična anksioznost	0,282	0,286	0,302	0,259	0,281	0,235	0,283
Hostilnost	0,292	0,317	0,315	0,291	0,300	0,270	0,292

Napomena: Prikazani su Pearsonovi koeficijenti korelacije za poduzorak studentica (N = 697); sve su korelacije značajne uz $P < 0,001$
BSI – Kratki inventar simptoma; E – eksploatativnost; GF – grandiozne fantazije; GN – grandiozni narcizam; O – obezvrjeđivanje; PB – pravo na bijes; PNI – Inventar patološkog narcizma; SPS – samopožrtvovno samouzdizanje; SS – skrivanje sebe; US – uvjetovano samopoštovanje; VN – vulnerabilni narcizam

Poduzorak studenata muškog spola (Tablica 14) demonstrira sličan opći obrazac povezanosti, uz iznimku korelacija koje uključuju dimenziju *Fobične anksioznosit, a koje unutar ovog poduzorka* nisu dosegle konvencionalni prag statističke značajnosti $P < 0,05$.

Opisana razlika u razini značajnosti ne ukazuje na stvarne spolne razlike u povezanosti ovih pojava. Naime, poduzorak studenata ($N = 190$) znatno je manji od poduzorka studentica, zbog čega model ima manju statističku snagu za otkrivanje slabih korelacija (onih koje su niže od $r = 0,20$). Dobiveni koeficijenti kod studenata kreću se od $r = 0,124$ do 0,173 i nalaze se neposredno ispod granične značajnosti za uzorak te veličine. Prema tome, izostanak statističke značajnosti u ovom slučaju ne znači da povezanost među studentima ne postoji, nego je on rezultat manjeg broja ispitanika.

Tablica 14. Korelacije između dimenzija BSI skale i poddimenzija PNI skale unutar poduzorka studenata (muškog spola)

Rezultati BSI	GN			VN			
	E	SPS	GF	US	SS	O	PB
Globalni indeks ozbiljnosti	0,314	0,257	0,226	0,290	0,318	0,313	0,302
Somatizacija	0,267	0,230	0,149	0,222	0,246	0,255	0,228
Anksioznost	0,312	0,264	0,269	0,340	0,335	0,352	0,332
Depresija	0,271	0,212	0,187	0,208	0,234	0,263	0,242
Interpersonalna osjetljivost	0,331	0,280	0,275	0,322	0,297	0,326	0,365
Opsesivnost-kompulzivnost	0,247	0,199	0,182	0,233	0,258	0,241	0,235
Psihoticizam	0,208	0,167	0,169	0,163	0,292	0,224	0,192
Paranoidne ideje	0,332	0,322	0,258	0,343	0,315	0,325	0,333
Fobična anksioznost	0,183	0,129†	0,145	0,140†	0,173	0,135†	0,124†
Hostilnost	0,257	0,195	0,133†	0,231	0,287	0,270	0,253

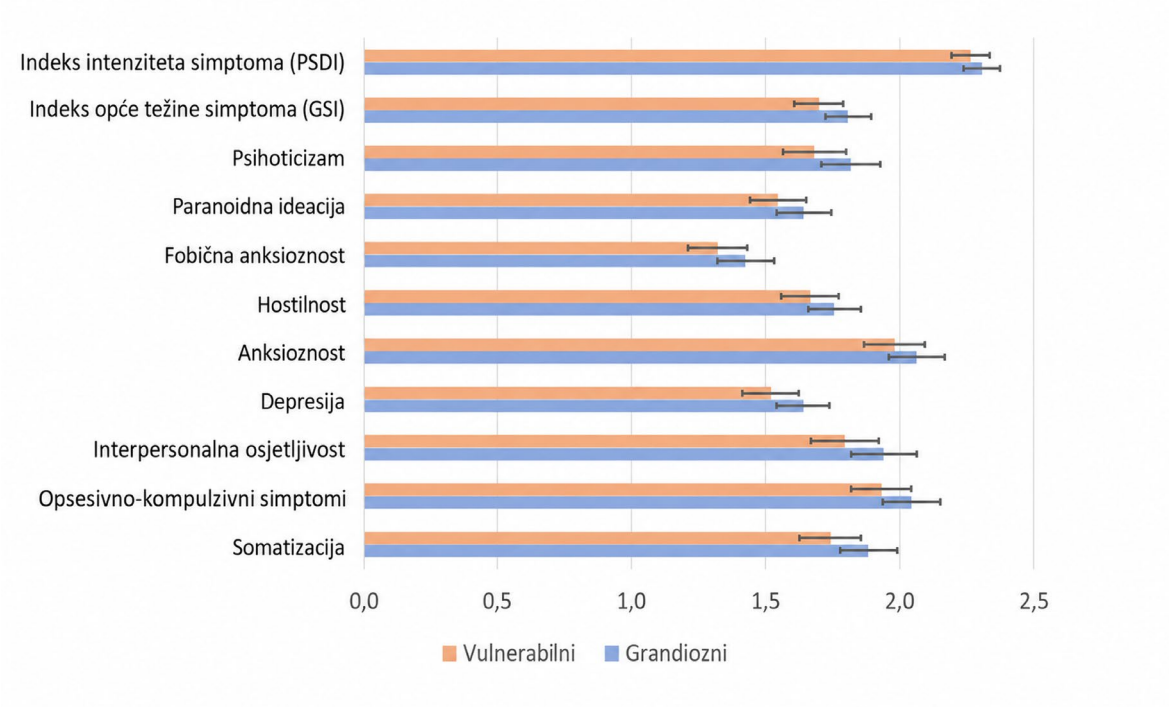
Napomena: Prikazani su Pearsonovi koeficijenti korelacije za poduzorak studenata (N = 190); sve su korelacije statistički značajne uz $P < 0,05$, osim onih označenih simbolom †

† Rubna (marginalna) povezanost uz $P < 0,10$; nije dosegnuta razina značajnosti $P < 0,05$

BSI – Kratki inventar simptoma; E – eksploatativnost; GF – grandiozne fantazije; GN – grandiozni narcizam; O – obezvrjeđivanje; PB – pravo na bijes; PNI – Inventar patološkog narcizma; SPS – samopožrtvovno samouzdizanje; SS – skrivanje sebe; US – uvjetovano samopoštovanje; VN – vulnerabilni narcizam

Ovakav raspored korelacija u skladu je s psihometrijskim očekivanjima da opći (globalni) indeksi, daju stabilnije rezultate, jer obuhvaćaju podatke iz svih pojedinačnih čestica i domena. Na taj se način dobiva osjetljivija mjera povezanosti sa širokim konstruktima ličnosti poput narcizma. Gledano u cjelini, ovi nalazi sugeriraju da su narcistička obilježja, bila ona grandiozna, vulnerabilna ili mjerena ukupnim rezultatom, jače povezana s općim psihološkim opterećenjem nego s bilo kojom specifičnom skupinom simptoma. Sve to ukazuje na transdijagnostički, a ne simptomski specifičan odnos između narcizma i psihopatologije. Točnije rečeno, više razine patološkog narcizma povezane su s povišenom simptomatologijom u somatskim, afektivnim, interpersonalnim i psihotičnim dimenzijama. Pri tome su u ovom uzorku studenata zabilježene nešto snažnije povezanosti s grandioznim nego s vulnerabilnim osobama.

Prosječni BSI rezultati s 95% intervalima pouzdanosti za sudionike s visokim grandioznim i visokim ranjivim narcizmom (gornjih 25 % uzorka) prikazani su na Slici 2.



Slika 2. BSI rezultati za osobe s visoko izraženim grandioznim (plavo) i vulnerabilnim (narančasto) crtama osobnosti.

4.2.4. Korelati psihičkog distresa: usporedba modela PNI-ja

Kako bi se ispitao doprinos demografskih, zdravstvenih i obiteljskih obilježja, te varijabli te varijabli povezanih s narcizmom u objašnjenju psihičkog distresa (BSI–GSI), provedena je hijerarhijska multivarijatna regresijska analiza. Analiza je najprije primijenjena na model s poddimenzijama narcističke grandioznosti (Tablica 15).

Ovaj model s grandioznošću pokazao je izvrsnu prilagodbu podacima te objašnjava 56,2 % ukupne varijance distresa [F (12, 821) = 87,778, P < 0,001]. Pri tome se upravo domena grandioznosti izdvojila kao najsnažniji korelat psihičkog distresa (B = 0,420, β = 0,524, P < 0,001), koja je samostalno objašnjasnila čak 23,0 % varijance kriterijske varijable (ΔR^2).

Tablica 15. Čimbenici povezani s psihičkim distresom (BSI-GSI): model s PNI grandioznošću

Varijable	B	SE	β	t	95 % CI za B	ΔR^2	Blok
Demografske varijable							
Dob	-0,001	0,007	-0,003	-0,107	[-0,015, 0,014]	0,000	1
Spol (muškarci vs. žene)	-0,127	0,042	-0,074	-3,020	[-0,210, -0,045]	0,005	1
Fakultet (FFST vs. MEFST)	0,167	0,040	0,120	4,157	[0,088, 0,246]	0,009	1
Fakultet (FGAG vs. MEFST)	0,211	0,045	0,129	4,698	[0,123, 0,300]	0,012	1
Emocionalni status (sam/a vs. u vezi)	-0,084	0,034	-0,059	-2,512	[-0,150, -0,018]	0,003	1
Broj članova obitelji	0,039	0,012	0,078	3,322	[0,016, 0,062]	0,006	1
Zdravstvene varijable i varijable traume							
Traženje psihološke pomoći (da vs. ne)	0,132	0,043	0,076	3,056	[0,047, 0,216]	0,005	2
Izloženost traumi (da vs. ne)	0,089	0,036	0,064	2,480	[0,019, 0,159]	0,003	2
Nesanica (da vs. ne)	0,153	0,051	0,074	2,992	[0,052, 0,253]	0,005	2
Kronični umor (da vs. ne)	0,282	0,036	0,200	7,813	[0,211, 0,353]	0,032	2
Obiteljsko funkcioniranje							
Kvaliteta obiteljskih odnosa[a]	0,109	0,022	0,123	5,031	[0,067, 0,152]	0,013	3
Osobnost							
PNI grandioznost (prosjek dimenzija)	0,420	0,020	0,524	20,769	[0,380, 0,460]	0,230	4

Napomena: Podatci su prikazani kao nestandardizirani (B) i standardizirani (β) regresijski koeficijenti sa standardnim pogreškama (SE), t vrijednosti, 95 % intervalima pouzdanosti (CI) za B i ΔR^2
Hijerarhijska višestruka linearna regresija (zavisna varijabla: BSI-GSI); $R^2 = 0,562$; prilagođeni $R^2 = 0,556$; ΔR^2 (blok 4) = 0,230; promjena F = 431,336 (df1 = 1, df2 = 821); $P < 0,001$
Blok 1: promjena F (6; 827) = 12,35, $P < 0,001$; blok 2: promjena F (10; 823) = 36,531, $P < 0,001$; blok 3: promjena F (11; 822) = 37,115, $P < 0,001$; blok 4: promjena F (12; 821) = 87,778, $P < 0,001$
Dijagnostika multikolinearnosti bila je prihvatljiva (tolerancija = 0,647–0,965; VIF = 1,036–1,546)
[a] Viši rezultat označava percipiranu lošiju kvalitetu obiteljskih odnosa
B – nestandardizirani regresijski koeficijent; Blok – korak hijerarhijske regresijske analize; BSI-GSI – Globalni indeks ozbiljnosti Kratkog inventara simptoma; CI – interval pouzdanosti; FFST – Filozofski fakultet; FGAG – Fakultet građevinarstva, arhitekture i geodezije; MEFST – Medicinski fakultet; *P* – razina značajnosti; PNI – Inventar patološkog narcizma; SE – standardna pogreška; t – t-test; VIF – faktor inflacije varijance; β – standardizirani regresijski koeficijent; ΔR^2 – promjena u koeficijentu determinacije nakon uvođenja bloka

U prvom bloku regresijske analize unesene su sociodemografske varijable; pri čemu se pokazalo da je ovaj početni model statistički značajan [promjena F (6, 827) = 12,35; P < 0,001]. Kao statistički značajni prediktori distresa izdvojili su se ženski spol (β = -0,074), status studenta na FFST (β = 0,120) i FGAG (β = 0,129), oba promatrana u odnosu na studente MF. Također, značajni prediktori bili su izostanak emocionalne veze (β = -0,059) te veći broj članova obitelji (β = 0,078), dok kronološka dob sudionika nije pokazala značajan doprinos

U drugom bloku, uvođenje zdravstvenih varijabli i iskustva traume dovelo je do značajnog porasta postotka objašnjene varijance [promjena F (10, 823) = 36,53; P < 0,001]. Unutar ovog koraka, kronični umor se ponovno potvrdio kao najsnažniji prediktor distresa (β = 0,200; ΔR^2 = 0,032). Nesanica, prethodno traženje psihološke pomoći te izloženost traumatskim događajima također su ostvarili statistički značajan doprinos, ali uz nešto skromnije koeficijente.

U trećem bloku model je nadograđen varijablom obiteljskog funkcioniranja: Rezultati pokazuju da kvaliteta obiteljskih odnosa značajno pridonosi predikciji distresa (β = 0,123; ΔR^2 = 0,013; promjena F (11, 822) = 37,12; P < 0,001), pri čemu je lošija kvaliteta obiteljskih odnosa povezana s izraženijim psihičkim distresom.

U posljednjem, četvrtom bloku, u model su uvrštene osobine ličnosti. Rezultati pokazuju da se narcistička grandioznost pokazala kao daleko najsnažniji prediktor u čitavom modelu (β = 0,524; t = 20,769; P < 0,001). Uvođenje ove varijable samostalno je objasnilo dodatnih 23,0 % varijance psihičkog distresa [ΔR^2 = 0,230; promjena F (12, 821) = 87,78; P < 0,001]. Ovaj doprinos dimenzije grandioznosti bio je donekle izraženiji od učinka koji je vulnerabilni narcizam pokazao u prethodno analiziranom modelu (ΔR^2 = 0,179).

Cjelokupni regresijski model s grandioznošću pokazao se statistički značajnim i objasnio je 56,2 % ukupne varijance psihičkog distresa (R^2 = 0,562; prilagođeni R^2 = 0,556), što predstavlja nešto bolju prilagodbu u usporedbi s modelom vulnerabilnosti (R^2 = 0,510).

Naknadna provjera pokazala je da multikolinearnost prediktora nije bila problematična (vrijednosti tolerancije kretale su se od 0,647 do 0,965, dok su *VIF* vrijednosti iznosila između 1,036 do 1,546, uz sve pojedinačne *VIF* vrijednosti manje ili jednake 1,23), što u potpunosti potvrđuje stabilnost i pouzdanost dobivenih regresijskih koeficijenata.

Usporedbom cjelokupnih rezultata, viša razina distresa ostala je neovisno povezana s kroničnim umorom, lošijom kvalitetom obiteljskih odnosa, prethodnim traženjem psihološke pomoći, nesanicom i proživljenom traumom. Općenito promatrano, snaga objašnjenja sva tri modela bila je podjednaka i razmjerno visoka. Model s grandioznošću postigao je najveću snagu objašnjenja (R^2 = 56 %), slijedi model s ukupnim PNI rezultatom (55 %; Tablica 16), dok je model s vulnerabilnošću pokazao najnižu vrijednost (R^2 = 51 %; Tablica 17). Sličan trend uočava se i kod dodatno objašnjene varijance (ΔR^2) nakon uvođenja PNI prediktora, koja iznosi 17,9 % za model vulnerabilnost, 21,9 % za ukupni rezultat i 23,0 % za dimenziju grandioznosti (sažeti usporedni prikaz svih triju modela sistematiziran je u Tablici 18).

Tablica 16. Čimbenici povezani s psihičkim distresom: model ukupnog rezultata PNI-ja

Varijable	B	SE	β	t	95 % CI za B	ΔR^2	Blok
Demografske varijable							
Dob	-0,003	0,008	-0,011	-0,465	[-0,018, 0,011]	0,000	1
Spol (muškarci vs. žene)	-0,120	0,043	-0,070	-2,813	[-0,204, -0,036]	0,004	1
Fakultet (FFST vs. MEFST)	0,185	0,041	0,132	4,543	[0,105, 0,265]	0,011	1
Fakultet (FGAG vs. MEFST)	0,231	0,046	0,141	5,066	[0,141, 0,320]	0,014	1
Emocionalni status (sam/a vs. u vezi)	-0,081	0,034	-0,057	-2,397	[-0,148, -0,015]	0,003	1
Broj članova obitelji	0,036	0,012	0,072	3,041	[0,013, 0,059]	0,005	1
Zdravstvene varijable i varijable traume							
Traženje psihološke pomoći (da vs. ne)	0,145	0,044	0,083	3,318	[0,059, 0,230]	0,006	2
Izloženost traumi (da vs. ne)	0,097	0,036	0,069	2,680	[0,026, 0,168]	0,004	2
Nesanica (da vs. ne)	0,150	0,052	0,073	2,908	[0,049, 0,252]	0,005	2
Kronični umor (da vs. ne)	0,287	0,037	0,203	7,857	[0,215, 0,359]	0,034	2
Obiteljsko funkcioniranje							
Kvaliteta obiteljskih odnosa[a]	0,111	0,022	0,125	5,054	[0,068, 0,154]	0,014	3
Osobnost							
PNI ukupno (prosjek N1–N52)	0,430	0,021	0,508	20,022	[0,388, 0,472]	0,219	4

Napomena: Podatci su prikazani kao nestandardizirani (B) i standardizirani (β) regresijski koeficijenti sa standardnim pogreškama (SE), t vrijednosti, 95 % intervalima pouzdanosti (CI) za B i ΔR^2
Hijerarhijska višestruka linearna regresija (zavisna varijabla: BSI-GSI); $R^2 = 0,551$; prilagođeni $R^2 = 0,544$; ΔR^2 (blok 4) = 0,219; promjena F = 400,871 (df1 = 1, df2 = 821); $P < 0,001$
Blok 1: promjena F (6; 827) = 12,35, $P < 0,001$; blok 2: promjena F (10; 823) = 36,531, $P < 0,001$; blok 3: promjena F (11; 822) = 37,115, $P < 0,001$; blok 4: promjena F (12; 821) = 83,978, $P < 0,001$
[a] Viši rezultat označava percipiranu lošiju kvalitetu obiteljskih odnosa
B – nestandardizirani regresijski koeficijent; Blok – korak hijerarhijske regresijske analize; BSI-GSI – Globalni indeks ozbiljnosti Kratkog inventara simptoma; CI – interval pouzdanosti; FFST – Filozofski fakultet; FGAG – Fakultet građevinarstva, arhitekture i geodezije; MEFST – Medicinski fakultet; *P* – razina značajnosti; PNI – Inventar patološkog narcizma; SE – standardna pogreška; t – t-test; β – standardizirani regresijski koeficijent; ΔR^2 – promjena u koeficijentu determinacije nakon uvođenja bloka

Provedena je hijerarhijska regresijska analiza s ciljem ispitivanja doprinosa demografskih, zdravstvenih, obiteljskih i osobnostnih varijabli u objašnjenju psihičkog distresa, u skladu s modelom vulnerabilnosti PNI (Tablica 17).

Tablica 17. Čimbenici povezani s psihičkim distresom: model vulnerabilnosti PNI-ja

Varijable	B	SE	β	t	95 % CI za B	ΔR^2	Blok
Demografske varijable							
Dob	-0,009	0,008	-0,028	-1,120	[-0,024, 0,007]	0,001	1
Spol (muškarci vs. žene)	-0,092	0,045	-0,053	-2,050	[-0,179, -0,004]	0,003	1
Fakultet (FFST vs. MEFST)	0,196	0,043	0,140	4,593	[0,112, 0,279]	0,013	1
Fakultet (FGAG vs. MEFST)	0,245	0,048	0,149	5,137	[0,151, 0,338]	0,016	1
Emocionalni status (sam/a vs. u vezi)	-0,089	0,036	-0,063	-2,516	[-0,159, -0,020]	0,004	1
Broj članova obitelji	0,030	0,012	0,059	2,384	[0,005, 0,054]	0,003	1
Zdravstvene varijable i varijable traume							
Traženje psihološke pomoći (da vs. ne)	0,168	0,045	0,097	3,697	[0,079, 0,257]	0,008	2
Izloženost traumi (da vs. ne)	0,111	0,038	0,079	2,928	[0,037, 0,185]	0,005	2
Nesanica (da vs. ne)	0,174	0,054	0,085	3,234	[0,068, 0,280]	0,006	2
Kronični umor (da vs. ne)	0,304	0,038	0,216	7,983	[0,230, 0,379]	0,038	2
Obiteljsko funkcioniranje							
Kvaliteta obiteljskih odnosa[a]	0,122	0,023	0,137	5,313	[0,077, 0,167]	0,017	3
Osobnost							
PNI vulnerabilnost (prosjek dimenzija)	0,403	0,023	0,457	17,289	[0,357, 0,448]	0,179	4

Napomena: Podatci su prikazani kao nestandardizirani (B) i standardizirani (β) regresijski koeficijenti sa standardnim pogreškama (SE), t vrijednosti, 95 % intervalima pouzdanosti (CI) za B i ΔR^2
Hijerarhijska višestruka linearna regresija (zavisna varijabla: BSI-GSI); $R^2 = 0,510$; prilagođeni $R^2 = 0,503$; ΔR^2 (blok 4) = 0,179; promjena F = 298,902 (df1 = 1, df2 = 820); $P < 0,001$
Blok 1: promjena F (6; 827) = 12,29, $P < 0,001$; blok 2: promjena F (10; 823) = 36,37, $P < 0,001$; blok 3: promjena F (11; 822) = 36,96, $P < 0,001$; blok 4: promjena F (12; 821) = 71,08, $P < 0,001$
[a] Viši rezultat označava percipiranu lošiju kvalitetu obiteljskih odnosa
B – nestandardizirani regresijski koeficijent; Blok – korak hijerarhijske regresijske analize; BSI-GSI – Globalni indeks ozbiljnosti Kratkog inventara simptoma; CI – interval pouzdanosti; FFST – Filozofski fakultet; FGAG – Fakultet građevinarstva, arhitekture i geodezije; MEFST – Medicinski fakultet; *P* – razina značajnosti; PNI – Inventar patološkog narcizma; SE – standardna pogreška; t – t-test; β – standardizirani regresijski koeficijent; ΔR^2 – promjena u koeficijentu determinacije nakon uvođenja bloka

U prvom bloku unesene su demografske i kontekstne varijable, koje su zajedno objasnile statistički značajan, no relativno mali udio varijance psihičkog distresa [promjena F (6, 827) = 12,29; $P < 0,001$]. Unutar ovog bloka, studij na FFST i FGAG, u odnosu na MEFST, pokazao se kao najsnažniji prediktor (β = 0,140 i β = 0,149), dok su spol, emocionalni status i broj članova obitelji također bili značajni, no s manjim koeficijentima. Dob se nije pokazala statistički značajnim prediktorom ($P > 0,05$).

U drugom bloku dodane su zdravstvene varijable i varijable povezane s traumom, čime se objašnjena varijanca značajno povećala [promjena F (10, 823) = 36,37; $P < 0,001$]. Svi prediktori u ovom bloku bili su statistički značajni, pri čemu je kronični umor pokazao najveći samostalni doprinos ($\beta = 0,216$; $\Delta R^2 = 0,038$), slijeđen izloženošću traumi, nesanicom i traženjem psihološke pomoći.

U trećem bloku kvaliteta obiteljskih odnosa dodatno je značajno pridonijela objašnjenju distresa [$\beta = 0,137$; $\Delta R^2 = 0,017$; promjena F (11, 822) = 36,96; $P < 0,001$], pri čemu su lošiji obiteljski odnosi bili povezani s višom razinom psihičkog distresa.

Konačno, u četvrtom bloku uvedena je varijabla osobnosti, PNI vulnerabilnost, koja se pokazala ubjedljivo najsnažnijim prediktorom u modelu ($\beta = 0,457$; $t = 17,289$; $P < 0,001$), samostalno objašnjavajući dodatnih 17,9 % varijance psihičkog distresa [$\Delta R^2 = 0,179$; promjena F (12, 821) = 71,08; $P < 0,001$].

Cjelokupni model bio je statistički značajan i objasnio je 51,0 % ukupne varijance psihičkog distresa ($R^2 = 0,510$; prilagođeni $R^2 = 0,503$).

Usporedba sva tri hijerarhijska regresijska modela, koji se međusobno razlikuju samo po tome koja je operacionalizacija PNI-ja uvrštena u posljednji, četvrti blok prediktora (dok su prediktori u prva tri bloka: demografski, zdravstveni i obiteljski identični u sva tri modela) prikazana je u Tablici 18.

Tablica 18. Usporedba regresijskih modela za predviđanje psihičkog distresa (BSI-GSI) prema različitim operacionalizacijama PNI-ja

Model uključuje	R^2	Prilagođeni R^2	ΔR^2 (blok 4)	Promjena F	β PNI prediktora
PNI ukupno	0,551	0,544	0,219	400,871	0,508
PNI GN	0,562	0,556	0,230	431,336	0,524
PNI VN	0,510	0,503	0,179	298,902	0,457

Napomena: Prikazani su ukupni i inkrementalni pokazatelji triju hijerarhijskih regresijskih modela (N = 834); sve promjene F značajne su uz $P < 0,001$
BSI-GSI – Globalni indeks ozbiljnosti Kratkog inventara simptoma; GN – grandiozni narcizam; PNI – Inventar patološkog narcizma; R^2 – koeficijent determinacije; prilagođeni R^2 – koeficijent determinacije korigiran za broj prediktora i veličinu uzorka; VN – vulnerabilni narcizam; β PNI prediktora – standardizirani regresijski koeficijent PNI prediktora u konačnom modelu; ΔR^2 – promjena koeficijenta determinacije nakon uvođenja bloka; promjena F – vrijednost testa značajnosti promjene modela

Sva tri modela pokazuju vrlo visok i statistički značajan doprinos PNI prediktora, no postoji jasna hijerarhija u snazi učinka. Tako je PNI domena GN najsnažniji prediktor ($\beta = 0,524$; $\Delta R^2 = 0,230$), model s najvišim ukupnim $R^2 = 0,562$. PNI ukupan skor je drugi po snazi ($\beta = 0,508$; $\Delta R^2 = 0,219$), $R^2 = 0,551$; a PNI domena VN je najslabiji, iako i dalje vrlo snažan prediktor ($\beta = 0,457$; $\Delta R^2 = 0,179$), $R^2 = 0,510$. Razlika između najjačeg i najslabijeg modela iznosi $\Delta R^2 = 0,051$ u korist grandioznosti nad vulnerabilnošću – što nije zanemarivo s obzirom na veličinu uzorka i visoku statističku snagu svih promjena F.

5. RASPRAVA

5.1. Istraživanje na studentima medicine

Ovo istraživanje bilo je fokusirano na povezanost grandioznog i vulnerabilnog patološkog narcizma sa psihičkog distresom među studentima Sveučilišta u Split.

Narcističke crte u uzorku studenata medicine bile su izražene na niskoj do umjerenoj razini, s prosječnim rezultatima po stavci PNI-ja bliskima sredini ljestvice (grandiozni 2,36 ± 0,84; vulnerabilni 1,86 ± 0,84). Ovi rezultati niži su od onih zabilježenih u prethodnoj hrvatskoj studiji na heterogenijem uzorku studenata Sveučilišta u Zagrebu (grandiozni 2,85 ± 0,69; vulnerabilni 2,13 ± 0,79) (168), kao i od rezultata dobivenih u američkoj (14) i kineskoj (166) studentskoj populaciji. Ovaj obrazac upućuje na to da izraženost narcističkih crta može varirati ne samo prema kulturnom kontekstu (172) već i prema akademskoj disciplini, što je u skladu s ranijim istraživanjima koja uspoređuju osobine mračne trijade (makijavelizam, narcizam i psihopatija) među različitim studijskim usmjerenjima (173).

Rigidna, hijerarhijski strukturirana priroda medicinskog obrazovanja mogla bi djelovati kao svojevrsni supresor izražavanja narcističkih crta u odnosu na okruženja koja njeguju individualniji i kritički orijentiran pristup.

Jedan od glavnih nalaza ove studije bila je snažna povezanost narcističkih crta, osobito vulnerabilnog narcizma, s psihičkim distresom. Studenti s visokim vulnerabilnim narcizmom značajno su češće izvještavali o klinički relevantnim simptomima u svim BSI dimenzijama. Više od polovice njih doseglo je klinički značajan distres, u odnosu na samo 18 % studenata s niskim do umjerenim razinama. Sličan, no slabiji obrazac zabilježen je za grandiozni narcizam (36,3 % naspram 22,3 %). Taj je nalaz u skladu s literaturom koja sugerira da grandiozne crte mogu, u određenim kontekstima, biti povezane s adaptivnim obilježjima poput samopouzdanja i percipirane kompetentnosti. Nasuprot tome, vulnerabilni narcizam dosljednije odražava maladaptivno emocionalno i interpersonalno funkcioniranje (174).

Detaljnija analiza BSI dimenzija dodatno je razjasnila ove povezanosti. U studenata s visoko izraženim vulnerabilnim narcizmom najizraženije su bile razlike u Interpersonalnoj osjetljivosti (24 % više), a zatim u Paranoidnim idejama i Opsesivnosti–kompulzivnosti (obje 19 % više). Za visoki grandiozni narcizam najizraženija razlika bila je u Paranoidnim idejama (11 % više), a zatim u Interpersonalnoj osjetljivosti (7 % više). U objema skupinama s

izraženim narcizmom kao najizraženije su se istaknule dimenzije Interpersonalna osjetljivost i Paranoidne ideje, što može nepovoljno utjecati na timski rad i međuljudske odnose, ključne za učinkovito profesionalno funkcioniranje, posebice kad je riječ o studentima medicine i njihovu budućem radu kao liječnika.

Istovremeno visoke razine obiju domena narcizma, i grandioznog i vulnerabilnog, imalo je 57 (15,3 %) studenata medicine, znatno više od 6,25 % koliko bi se očekivalo pri potpunoj neovisnosti dviju dimenzija. Studentice su bile prekomjerno zastupljene u toj skupini, najvjerojatnije zbog svojih viših rezultata vulnerabilnog narcizma. Ovi nalazi podupiru suvremene modele prema kojima narcizam fluktuira između grandioznih i vulnerabilnih stanja, umjesto da predstavlja dvije potpuno odvojene kategorije (175–177). Rezultat je u skladu sa shvaćanjem narcizma kao kontinuirane dimenzije osobnosti, a ne kategorijalnog konstrukta (35, 178, 179).

Dok se istraživači osobnosti tradicionalno usredotočuju na razlikovanje grandioznosti i vulnerabilnosti, klinički teoretičari češće naglašavaju zajedničke značajke koje povezuju ove izraze narcizma (180), a mnogi suvremeni klinički stručnjaci prepoznaju da grandiozna stanja osciliraju ili koegzistiraju s vulnerabilnim stanjima selfa i afektivnom disregulacijom (174). Klinička opažanja dodatno podupiru ovu „hipotezu fluktuacije“, prema kojoj osobe koje funkcioniraju grandiozno u situacijama socijalnog uspjeha u situacijama neuspjeha ili kritike prelaze u stanje naglašene vulnerabilnosti, srama i povlačenja (181). Takve fluktuacije mogu pridonijeti emocionalnoj nestabilnosti i interpersonalnim poteškoćama, što je osobito relevantno u kontekstu medicinskog obrazovanja.

Istraživanja sugeriraju da temeljna struktura narcizma može biti slična u obaju spolova, dok se njegovo izražavanje razlikuje (182). U našem uzorku spolne razlike u ukupnim rezultatima narcizma uočene su samo za vulnerabilnu domenu, pri čemu su studentice izvijestile o višim rezultatima. Analiza pojedinačnih dimenzija, međutim, otkrila je nijansirane razlike unutar obiju domena. Muškarci su postigli više rezultate na grandioznoj Eksploatativnosti, dok su žene postigle više rezultate na nekoliko dimenzija vulnerabilnog narcizma. Brojne studije provedene u različitim populacijama i okruženjima pronašle su više razine narcizma u muškaraca nego u žena, pri čemu te razlike ostaju razmjerno stabilne tijekom odrasle dobi (183–185). Međutim, istraživanje koje je spolne razlike u narcizmu ispitalo s pomoću više metoda i perspektiva sugerira da je ženski narcizam možda snažnije

povezan s vulnerabilnim narcizmom, dok su tradicionalni modeli prvenstveno uključivali grandiozne crte, češće povezane s muškarcima (186).

Klinički značajan distres bio je prisutan u četvrtine studenata i značajno se razlikovao prema godini studija. Viša razina distresa u studenata prve i treće godine upućuje na to da su rane faze medicinskog obrazovanja osobito zahtjevne, vjerojatno zbog akademskog pritiska i stresa prilagodbe. Niži distres u studenata završne godine Medicinskog fakulteta može odražavati veće iskustvo i razvijenije strategije suočavanja. Psihološku pomoć ukupno je potražilo samo 17 % studenata, odnosno 25 % onih s klinički značajnim distresom i 14 % onih bez njega. To je u potpunosti u skladu s literaturom prema kojoj otprilike petina studenata ima probleme mentalnog zdravlja, a tek je šestina njih primila minimalno adekvatan tretman (187).

5.2. Cjelovita integracija obaju istraživanja

U nastavku su nalazi obaju istraživanja objedinjeni u zajedničke tematske cjeline, s ciljem izvođenja integriranih zaključaka o povezanosti patološkog narcizma s psihičkim distresom studentske populacije.

Primarni nalaz ove disertacije bila je robusna pozitivna korelacija ($r = 0,636$) između patološkog narcizma i globalnog psihičkog distresa u somatskim, afektivnim, interpersonalnim i psihotičnim dimenzijama. Pritom je nešto jača povezanost uočena za grandiozne osobine u našem uzorku. Ta povezanost dovodi u pitanje tradicionalno gledište da narcizam, u svom grandioznom obliku, funkcionira kao zaštitni štit od nastanka psihičkih smetnji (21, 116). Prethodne studije pokazale su različite nalaze: neke su utvrdile da je grandiozni narcizam negativno povezan s psihičkim smetnjama, druge da povezanosti uopće nema dok šira literatura dosljedno pokazuje da je i vulnerabilni narcizam izražen prediktor psihičkih poteškoća (119).

Nekoliko značajki ovog istraživanja može objasniti ovu divergenciju. Većina prethodnih istraživanja u ovom području oslanjala se na NPI. PNI, sa svojom domenom grandioznosti, mjeri patološku grandioznost, koja je kao konstrukt bliža psihopatologiji nego adaptivnom funkcioniranju. Ta metodološka razlika predstavlja ključni interpretativni okvir za cijelu raspravu koja slijedi. Jednako je relevantna priroda mjere ishoda jer BSI nije samo

indeks psihičkih poteškoća, već obuhvaća i neprijateljstvo, paranoidne ideje i psihoticizam, domene koje su bliže povezane s eksternalizirajućim problemima. Grandiozni narcizam, kako ga operacionalizira PNI kroz eksploataciju, obezvrjeđivanje i bijes zbog percepcije svojih prava, teorijski se izravnije preslikava na neprijateljstvo i paranoidne ideje nego vulnerabilni narcizam, koji je jače povezan s depresijom i anksioznošću. Stoga je moguće da grandiozni narcizam nije jači korelat ukupnog psihičkog distresa nego što bi postojeća literatura predvidjela, već jači korelat specifičnih domena BSI-ja eksternalizirajuće prirode, pri čemu GSI odražava ovaj obrazac.

Sastav uzorka i akademski kontekst nude dodatno objašnjenje opisane problematike. S obzirom na to da su žene činile 78,5 % ispitanika i da su djelovale u visokozahtjevnom akademskom okruženju, grandiozne osobine poput privilegija, iskorištavanja i obezvrjeđivanja mogu generirati posebno intenzivne međuljudske sukobe s vršnjacima, profesorima i kolegama. Takvi odnosi proizvode značajan pritisak na ionako osjetljivu strukturu ličnosti. Vulnerabilne osobine, iako kronično prisutne, u tom kontekstu mogu biti manje situacijski reaktivne od grandioznih osobina, koje aktivno narušavaju odnose i akademsku integraciju. Uzeti zajedno, ovi nalazi sugeriraju da, iako grandioznost može projicirati privremenu fasadu otpornosti, ona predstavlja fundamentalno krhku strukturu koja ostaje podložna akutnoj psihičkoj patnji.

Najzanimljivije razilaženje između dvaju provedenih istraživanja odnosi se na relativnu prediktivnu snagu grandiozne i vulnerabilne dimenzije za psihički distres. U uzorku studenata medicine logistička regresija pokazala je da je vulnerabilni narcizam bio snažan pozitivni prediktor klinički značajnog distresa (OR = 7,49). Nasuprot tome, grandiozni narcizam pojavio se kao negativan prediktor unutar istog modela (OR = 0,42). Nadalje, u širem uzorku studenata hijerarhijska linearna regresija pokazala je da grandiozna dimenzija ima nešto veću samostalnu prediktivnu vrijednost za globalni distres ($\beta = 0,524$; $\Delta R^2 = 23,0$ %) od vulnerabilne dimenzije ($\beta = 0,457$; $\Delta R^2 = 17,9$ %).

To je proturječje samo prividno i vjerojatno proizlazi iz kombinacije metodoloških i uzorkovnih razlika. Prvo, dva istraživanja provedena za ovu disertaciju koristila su različite analitičke pristupe: logističku regresiju temeljenu na kategorizaciji prema kvartilima (u prvom istraživanju) nasuprot hijerarhijskoj linearnoj regresiji s kontinuiranim prediktorima uz istovremenu kontrolu brojnih kovarijata, što bitno mijenja način na koji se dijeli zajednička varijanca između koreliranih prediktora. Drugo, i možda ključno, stupanj

multikolinearnosti između grandiozne i vulnerabilne dimenzije znatno se razlikovao između uzoraka. Naime, korelacija dviju dimenzija iznosila je r = 0,65 u studenata medicine, ali čak r = 0,884 u širem uzorku studenata. Kada su dvije varijable toliko visoko korelirane kao u širem uzorku, njihovi zasebni doprinosi u regresijskom modelu postaju osjetljiviji na suptilne razlike u tome koja je dimenzija „nosila“ zajedničku varijancu. To može objasniti zašto se grandioznost pokazala nešto boljim prediktorom u tom kontekstu, unatoč obrnutom obrascu u analitički drukčije postavljenom istraživanju na studentima medicine. U potonjem je slučaju niža multikolinearnost (r = 0,65) omogućila jasniju diferencijaciju samostalnog doprinosa vulnerabilnosti.

Usporedba triju alternativnih modela prikazanih u tablici 18 pokazala je da sve tri operacionalizacije patološkog narcizma (ukupni rezultat PNI-ja, grandioznost i vulnerabilnost) predstavljaju snažne, statistički vrlo značajne prediktore psihičkog distresa. Taj nalaz zaslužuje posebnu pozornost jer je suprotan uobičajenim teorijskim očekivanjima u literaturi o patološkom narcizmu. Prema takvim se teorijama upravo vulnerabilna dimenzija, obilježena preosjetljivošću na odbacivanje, sramom i nestabilnim samopoštovanjem, tradicionalno smatra jače povezanom s internaliziranim distresom. Grandiozna dimenzija često se opisuje kao naizgled zaštitna ili adaptivna, barem na površinskoj razini funkcioniranja (23), a prema nekim istraživanjima čak je i negativno povezana s distresom (118).

Rezultati iz Tablice 15, Tablice 16 i Tablice 17, gdje model s grandioznošću pokazuje najveći samostalni doprinos i najveći ukupni R^2, sugeriraju da bi, barem u ovoj studentskoj populaciji, grandiozna dimenzija patološkog narcizma mogla nositi barem jednaku, ako ne i veću „težinu“ u objašnjenju psihičkog distresa od vulnerabilne dimenzije. To je u skladu s razlikom između upitnika PNI i NPI (NPI je većinom korišten u literaturi), budući da PNI mjeri patološku, a ne adaptivnu grandioznost. Pritom je obrazac u kojem je dimenzija Grandiozne fantazije dosljedno pokazivala najsnažniju povezanost s GSI-jem (uočen u oba uzorka) dodatno potkrijepio zaključak da je grandiozna prezentacija nosila stvarni teret psihološke ranjivosti. Taj je teret vjerojatno bio posredovan nestabilnošću samopoštovanja koja joj je u podlozi ili interpersonalnim poteškoćama koje takvi obrasci generiraju u svakodnevnom funkcioniranju.

Usporedba dvaju uzoraka otkriva dosljedan obrazac: studenti medicine sustavno su pokazivali niže razine narcističkih crta u odnosu na širu studentsku populaciju. U uzorku

studenata medicine vulnerabilni narcizam (M = 1,86) bio je niži od grandioznog (M = 2,36), dok je u širem uzorku studenata vulnerabilni narcizam (M = 2,40) bio značajno viši od grandioznog (M = 1,99), što je obrnut odnos dviju dimenzija. Ova razlika dodatno je potkrijepljena nalazom iz šireg istraživanja prema kojemu su studenti Medicinskog fakulteta imali značajno niže rezultate narcizma od studenata Filozofskog fakulteta (B = 0,280, P < 0,001), čime se unutar iste populacije replicira obrazac uočen međuinstitucijskom usporedbom.

Zajedno, ti nalazi upućuju na to da bi strogo strukturirano, hijerarhijski organizirano medicinsko obrazovanje moglo djelovati kao svojevrstan „filter“ ili supresor izražavanja narcističkih crta. To je moguće ili putem selekcije studenata s nižom bazičnom razinom takvih obilježja ili putem socijalizacijskih mehanizama tijekom studija. Navedeno objašnjenje u literaturi već je ranije predloženo u analizi razlika u narcizmu između studenata poslovnih studija i drugih usmjerenja (173, 188).

Analiza korelacija između dimenzija BSI-ja i PNI-ja provedena je zasebno za muškarce i žene. Ta je analiza pokazala da spolna pripadnost značajno modificira obrazac povezanosti pojedinih dimenzija narcizma s psihičkom patnjom. To se osobito odnosi na Grandiozne fantazije. U muškaraca se ta dimenzija PNI-ja pokazala najslabije povezanom sa svim dimenzijama BSI-ja, dijelom i na granici statističke značajnosti (r = 0,124–0,226). To je u skladu s klasičnim shvaćanjem grandioznih fantazija kao egosintonog, obrambenog mehanizma koji ne generira subjektivnu patnju. U žena su Grandiozne fantazije pokazale najsnažniju povezanost s psihičkim distresom od svih sedam dimenzija PNI-ja (r = 0,259–0,393), uključujući najvišu pojedinačnu korelaciju s GSI-jem u cijeloj analizi.

S obzirom na to da je uzorak ovog istraživanja bio pretežno sastavljen od studentica, moguće je da ovaj spolno specifičan obrazac Grandioznih fantazija dijelom pridonosi iznenađujuće snažnom ukupnom doprinosu grandioznosti u regresijskim modelima. Teorijski bi se takav obrazac mogao objasniti spolno diferenciranim društvenim očekivanjima vezanima uz izražavanje grandioznosti, još uvijek prisutnima u hrvatskom društvu. U muškaraca se samopouzdanje, ambicioznost i isticanje vlastite važnosti tradicionalno smatraju društveno poželjnijima i usklađenijima s ulogama te stoga manje generiraju unutarnji sukob ili distres. U žena grandiozne fantazije o vlastitoj važnosti ili nadmoći mogu biti u većem neskladu s internaliziranim normama skromnosti i suzdržanosti, što posljedično generira kognitivnu disonanciju, unutarnji konflikt i povišen psihički distres. Neovisno o

spolu ili odabranoj dimenziji PNI-ja, Fobična anksioznost dosljedno se pokazala kao dimenzija BSI-ja najslabije povezana s narcizmom (u muškaraca djelomično na granici statističke značajnosti, u žena statistički značajno, ali i dalje najniže od svih dimenzija BSI-ja). To je u skladu s pretpostavkom da fobični strahovi, kao specifičan i situacijski uvjetovan simptom, dijele manje zajedničke podloge s interpersonalnom disregulacijom i disregulacijom selfa, karakterističnima za patološki narcizam. Interpersonalna osjetljivost i Paranoidne ideje dosljedno su se pokazale najjače povezanima sa svim domenama narcizma u oba spola.

Provedena su istraživanja stoga dosljedno pokazala da se spolne razlike u narcizmu najbolje mogu razumjeti na razini specifičnih dimenzija i njihovih čestica, a ne ukupnih zbirnih rezultata domena. U studenata medicine, primjerice, ukupni rezultat vulnerabilnog narcizma bio je viši u žena, dok grandiozni nije pokazao spolnu razliku. Analiza dimenzija otkrila je suprotstavljene obrasce (muškarci su imali više rezultate na Eksploatativnosti, a žene na nekoliko drugih vulnerabilnih dimenzija). U širem uzorku studenata spol nije bio značajan korelat ukupnog rezultata PNI-ja u multivarijatnom modelu, no bivarijatne korelacije otkrile su značajne, premda slabe, povezanosti spola s nekoliko pojedinačnih dimenzija. Ta konvergencija – nestanak spolnih razlika na zbirnoj razini uz njihovo očuvanje na razini dimenzija – upućuje na to da standardno izvještavanje isključivo ukupnim rezultatima PNI-ja može prikriti klinički relevantne spolno specifične obrasce. Navedeno podupire novije modele prema kojima žene češće izražavaju vulnerabilne, a muškarci grandiozne aspekte narcizma (182, 186), unatoč sličnoj temeljnoj strukturi konstrukta u oba spola.

Podaci iz šireg uzorka studenata pružaju uvid u ulogu traume i obiteljske dinamike koji nadopunjuje deskriptivne nalaze iz uzorka studenata medicine. U širem uzorku izloženost traumi bila je značajan korelat viših rezultata narcizma, a lošija percipirana kvaliteta obiteljskih odnosa dosljedno je bila povezana s višim rezultatima narcizma te, neovisno o tome, s višim psihičkim distresom. Valja naglasiti da istraživanje na studentima medicine nije formalno modeliralo traumu kao prediktor narcizma, ali je unutar skupine s istovremeno visokim rezultatima u domeni grandioznog i vulnerabilnog narcizma pokazalo sličan trend. Konkretno, udio onih koji su prijavili traumu (42,1 %) bio je veći od udjela u cijelom uzorku studenata medicine (32,9 %), što je u skladu sa širim nalazom o povezanosti traume s izraženijim narcističkim profilom. Uzeti zajedno, ti nalazi podupiru teorijske modele

prema kojima trauma i nesigurna obiteljska privrženost pridonose razvoju narcističke patologije, osobito njezine vulnerabilne komponente (13, 47, 55, 189), premda presječni dizajn obaju istraživanja ne dopušta zaključivanje o smjeru uzročnosti.

Za razliku od većine dosadašnjih studija koje narcizam povezuju pretežno s psihosocijalnim, razvojnim ili kognitivnim varijablama, istraživanje koje je provedeno na tri fakulteta Sveučilišta u Splitu, sustavno jw uključilo i zdravstvene pokazatelje — kronični umor i nesanicu — koji su se pokazali među najsnažnijim korelatima patološkog narcizma.. Kronični umor bio je dosljedno najjači pojedinačni prediktor u sva tri narcistička modela, što u širem uzorku studenata jasno povezuje „psihosomatsku iscrpljenost“ s narcističkom patologijom. To je u skladu s dijelom literature koja povezuje narcizam s emocionalnom disregulacijom, poremećajima spavanja i kroničnim umorom (190–192).

Utvrđene prevalencije klinički značajnog distresa dobivene na uzorku studenata medicine (25 %) i širem uzorku studenata Sveučilišta u Splitu (53,7 %) te usporedba razine Globalnog indeksa ozbiljnosti (GSI = 1,19) s onom zabilježenom u studentskim populacijama Njemačke (GSI = 0,88) (193), Švedske (GSI = 0,93) (194) i Turske (GSI = 1,07) (195) otkrivju visoku razinu psihičkog distresa u uzorku hrvatskih studenata u odnosu na neke druge europske zemlje. Taj nalaz zaslužuje ozbiljnu pozornost i predstavljaja važan epidemiološki signal za hrvatske institucije visokog obrazovanja i tvorce javnozdravstvenih politika te naglašava hitnost uvođenja adekvatnih mjera za sprječavanje daljnjeg urušavanja mentalnog zdravlja studentske populacije.

Možda najdosljedniji i javnozdravstveno najznačajniji nalaz, koji proizlazi iz obaju provedenih istraživanja u okviru ove disertacije, jest izraženi jaz između psihološke patnje i traženja stručne pomoći. Kod studenata medicine psihološku je pomoć potražilo samo 17 % svih studenata, odnosno 25 % onih s klinički značajnim distresom. U širem uzorku studenata psihološku je pomoć potražilo 20,6 %. Od 426 studenata koji su prijavili prethodno proživljen traumatski događaj pomoć je potražila samo trećina (33 %), a nastavnicima ili profesorima obratilo se manje od 1 % svih sudionika istraživanja. Ova zapanjujuće niska stopa traženja pomoći, dosljedno prisutna u objema istraženim populacijama unatoč njihovim demografskim i institucionalnim razlikama, upućuje na duboko ukorijenjene prepreke. Radi se o stigmi, strahu od posljedica za akademski ili budući profesionalni status te normalizaciji stresa kao „očekivanog“ dijela studentskog života (187, 196, 197). Navedeno nadilazi granice pojedinog fakulteta ili studija i nalazi se dosljedno kod studenata sa sva tri ispitana fakulteta.

Sve to upućuje na potrebu uvođenja kratkih instrumenata probira patološkog narcizma u standardne preventivne programe usmjerene na poboljšanje mentalnog zdravlja studenata. Dosljedan nalaz o kroničnom umoru i nesanici kao jednim od najsnažnijih korelata narcizma upućuje na to da bi preventivni programi trebali integrirati intervencije za upravljanje stresom i edukaciju o higijeni spavanja uz psihološku potporu.

Nizak udio studenata koji se, unatoč izraženom distresu, obraćaju nastavnom osoblju ili uopće traže stručnu pomoć u oba istraživanja upućuje na potrebu za aktivnom destigmatizacijom traženja pomoći na sveučilišnoj razini, što je i jedan od ključnih nalaza recentne literature (136, 198). Strah od stigmatizacije posebno je izražen u studenata medicine, kod kojih postoji i dodatni strah da će priznanje psihičkih poteškoća biti protumačeno kao znak nesposobnosti za budući poziv, odnosno da će ih profesionalno diskreditirati (136). U tom bi smislu sveučilišno savjetovalište za mentalno zdravlje trebalo djelovati odvojeno od upravnih i nastavnih struktura Sveučilišta. Savjetovalište koje je formalno ili neformalno povezano s upravom Sveučilišta, s pojedinim katedrama ili slično, u studenata pobuđuje strah da bi podaci o njihovu psihičkom stanju (npr. dijagnoza anksioznog poremećaja, izostanci zbog terapije) mogli utjecati na akademske odluke. Neovisnost jamči da se ono što student podijeli u savjetovalištu ne prenosi onima koji ga ocjenjuju (198). To izravno sugerira da nastavnici fakulteta (psiholozi, psihoterapeuti, psihijatri) ne mogu ujedno biti i oni koji pružaju pomoć u savjetovalištima. Fizička izdvojenost savjetovališta čini uslugu vjerodostojnijom u očima studenata jer je percipiraju kao stvarno zaštitničku, a ne kao produžetak fakultetskog aparata, što izravno povećava vjerojatnost da će je koristiti kad im zatreba.

Naposljetku, umjesto usmjeravanja isključivo na akademsku uspješnost, visokoškolske ustanove trebale bi implementirati alate probira sposobne za rano prepoznavanje kombinacije psihološke ranjivosti i tjelesne iscrpljenosti. Ovakav integrirani pristup čini se ključnim za učinkovitu prevenciju ozbiljnih psihopatoloških ishoda u studentskoj populaciji, neovisno o specifičnom studijskom usmjerenju.

5.3. Ograničenja istraživanja

Oba istraživanja dijele nekoliko temeljnih ograničenja. Presječni dizajn onemogućuje uzročno-posljedično tumačenje bilo koje od utvrđenih povezanosti. Oslanjanje na samoprocjenu u objema studijama otvara mogućnost pristranosti zbog socijalne poželjnosti i prisjećanja. Oba uzorka karakterizira i izražena spolna neravnoteža (69,5 % i 78,5 % žena), što ograničava statističku snagu za otkrivanje spolnih razlika, osobito u muškaraca. Naposljetku, oba su istraživanja provedena unutar specifičnog sociokulturnog konteksta, mediteranske regije Hrvatske, što može ograničiti generalizabilnost nalaza o obiteljskim odnosima na studentske populacije zapadnih kultura u kojima se mladi odrasli ranije stambeno osamostaljuju.

5.4. Smjernice za buduća istraživanja

Buduća istraživanja trebala bi nastojati prevladati ograničenja utvrđena u oba istraživanja primjenom longitudinalnih, viševalnih dizajna koji bi omogućili utvrđivanje vremenskog slijeda između narcizma, psihičkog distresa i njihovih korelata. Uključivanje procjena drugih izvjestitelja, bihevioralnih pokazatelja i fizioloških markera stresa ojačalo bi konstruktnu valjanost ključnih varijabli. Replikacija nalaza u različitim institucijama, nacionalnim kontekstima i na spolno uravnoteženijim uzorcima unaprijedila bi generalizabilnost ovih nalaza, dok bi usklađivanje metodoloških pristupa budućih studija na različitim studentskim populacijama omogućilo izravniju i pouzdaniju usporedbu.

6. ZAKLJUČCI

Na temelju cjelokupnih rezultata i rasprave mogu se izvesti sljedeći zaključci:

1. Patološki narcizam bio je u snažnoj pozitivnoj korelaciji s pojavom psihičkog distresa studenata. U studenata medicine vulnerabilni je narcizam pokazao snažnu pozitivnu povezanost s klinički značajnim distresom, dok su u širem uzorku studenata svih triju fakulteta, i grandiozna i vulnerabilna domena, kao i ukupni rezultat PNI-ja, bili statistički vrlo značajni prediktori globalnog distresa. Analiza na razini BSI dimenzija dodatno je potvrdila povezanost, pri čemu su Interpersonalna osjetljivost i Paranoidne ideje dosljedno bile najizraženiji korelati narcizma u oba uzorka i u oba spola. Time se hipoteza o povezanosti narcizma i psihičkog distresa može smatrati potvrđenom, uz važnu kvalifikaciju: snaga i smjer doprinosa pojedinih dimenzija ovise o stupnju njihove međusobne multikolinearnosti i o analitičkom pristupu, što je detaljnije razmotreno u raspravi. U cijelosti gledano, patološki narcizam može se svrstati u klinički smislenu, no u praksi nedovoljno prepoznatu dimenziju studentskog mentalnog zdravlja.

2. Utvrđene su značajne razlike u razinama patološkog narcizma između studenata različitih fakulteta. Studenti medicine sustavno su pokazivali niže razine narcističkih crta u odnosu na širu studentsku populaciju. Studenti Filozofskog fakulteta imali su najizraženije crte patološkog narcizma, a studenti Fakulteta građevinarstva, arhitekture i geodezije nisu se značajno razlikovali od studenata Medicinskog fakulteta. Time je i druga hipoteza o razlikama u razini narcizma među studentima različitih fakulteta potvrđena.

3. Utvrđene su razlike u razinama patološkog narcizma između spolova ali su se one razlikovale s obzirom na način istraživanja. Kad se narcizam promatra po pojedinačnim domenama i dimenzijama, pojavljuju se važne razlike između muškaraca i žena koje se u ukupnim rezultatima ne vide. Ukupni rezultati nisu dovoljni za opisivanje spolnih razlika u narcizmu, već je potrebno analizirati svaku domenu i dimenziju zasebno kako se ne bi izgubili klinički važni obrasci. Time je hipoteza o razlikama narcizma između spolova samo djelomično potvrđena.

4. Kronični umor, povijest proživljene traume i nesanica pozitivno su povezani s pojavnošću patološkog narcizma. U širem uzorku studenata triju fakulteta kronični je umor u svim modelima bio najsnažniji pojedinačni prediktor patološkog narcizma, a

zajedno s nesanicom upućuje na mogući „ciklus psihosomatske iscrpljenosti“ u kojem se narcistička regulacija selfa i tjelesno zdravlje uzajamno iscrpljuju. Izloženost traumi također je bila značajno povezana s višim rezultatima patološkog narcizma, čime je potvrđena i četvrta hipoteza ove disertacije. Time ova disertacija otvara novi, dosad slabo istražen smjer povezivanja tjelesnog zdravlja i kvalitete spavanja s patološkim crtama ličnosti, uz prijedlog koncepta „ciklusa psihosomatske iscrpljenosti“ kao mogućeg mehanizma koji dosadašnja literatura o narcizmu nije dostatno artikulirala.

5. Suprotno tradicionalnoj pretpostavci prema kojoj grandiozni narcizam djeluje kao zaštitni štit protiv psihičke patnje, oba su istraživanja pokazala da su studenti s izraženim grandioznim narcizmom dosljedno izvještavali o povišenim simptomima na gotovo svim dimenzijama psihopatologije. U širem uzorku studenata grandiozna se dimenzija pokazala čak nešto snažnijim samostalnim prediktorom globalnog distresa od vulnerabilne dimenzije, dok je u studenata medicine vulnerabilnost bila dominantan prediktor klinički značajnog distresa. Usporedbom dvaju analitički različito postavljenih istraživanja – logističke regresije temeljene na kvartilnoj kategorizaciji u uzorku s umjerenom multikolinearnošću dimenzija naspram hijerarhijske linearne regresije s kontinuiranim prediktorima u uzorku s iznimno visokom multikolinearnošću – disertacija pokazuje da naizgled proturječni nalazi o tome je li grandioznost ili vulnerabilnost jači prediktor distresa mogu proizlaziti iz metodoloških, a ne isključivo supstancijalnih razlika. Ovaj doprinos nudi interpretativni okvir za pomirenje razilaženja koja se javljaju u širokoj literaturi o narcizmu te poziva na oprez pri uspoređivanju nalaza dobivenih različitim analitičkim pristupima.

6. Iznimno visoke korelacije između dviju dimenzija patološkog narcizma te znatan udio studenata s istovremeno izraženim grandioznim i vulnerabilnim narcizmom podupiru suvremene modele koji narcizam promatraju kao fluktuirajući, a ne kategorijalno odvojen konstrukt. Vanjska maska samopouzdanja stoga često prikriva temeljnu emocionalnu ranjivost, što ima izravne implikacije za prepoznavanje rizičnih studenata u savjetodavnoj praksi.

7. Klinički značajan psihički distres utvrđen je u otprilike četvrtine studenata medicine i u više od polovice studenata u širem, multidisciplinarnom uzorku. Unatoč tome,

psihološku je pomoć zatražio tek manji broj studenata, a nastavnom se osoblju obratilo manje od 1 % svih ispitanika. Ovaj izražen i dosljedan jaz između potrebe i stvarnog traženja pomoći značajan je zajednički nalaz obiju studija te upućuje na dubok institucionalni jaz koji zahtijeva sustavnu, a ne isključivo pojedinačnu intervenciju. Objedinjeni rezultati upućuju na potrebu za: (a) uvrštavanjem kratkog instrumenta probira narcizma u standardne procjene mentalnog zdravlja studenata; (b) integriranim pristupom koji uz psihološku podršku uključuje i skrb za tjelesno zdravlje, osobito higijenu spavanja; (c) aktivnom destigmatizacijom traženja pomoći te uspostavom savjetovališta koja djeluju neovisno o upravnim strukturama fakulteta i omogućuju anoniman, samoiniciran pristup skrbi bez dokumentiranja u akademskim spisima; i (d) programima usmjerenima na razvoj emocionalne regulacije, realističnog samovrednovanja i konstruktivnog nošenja s neuspjehom ili kritikom, a ne na smanjenje samopoštovanja ili ambicije kao takvih.

Zaključno istraživanje za potrebe ove disertacije dalo je doprinos u sustavnom, komparativnom istraživanju patološkog narcizma i psihološkog distresa u hrvatskoj studentskoj populaciji istovremeno dajući doprinos općoj teorijskoj raspravi o strukturi i korelatima narcizma. Uzeti zajedno, nalazi ove disertacije pokazuju da je patološki narcizam, unatoč svojoj perifernoj poziciji u dosadašnjim probirnim protokolima, jedan od najdosljednijih i najsnažnijih korelata psihičkog distresa u studentskoj populaciji. Unapređenje skrbi za studente, s ciljem podizanja kvalitete mentalnog i tjelesnog zdravlja, ako želi biti djelotvorno, mora početi uvažavati i čimbenik patološkog narcizma kao iznimno važnu komponentu cjelokupnog zdravlja.

7. SAŽETAK

Povezanost patološkog narcizma i psihičkog distresa kod studenata Sveučilišta u Splitu

Ciljevi: Poteškoće mentalnog zdravlja studenata značajan su i rastući javnozdravstveni problem, a patološki narcizam pojavio se kao klinički relevantna, no sustavno nedovoljno proučena dimenzija ličnosti povezana s psihičkim distresom u ovoj populaciji. Cilj ove disertacije bio je, u dva komplementarna koraka, ispitati povezanost između patološkog narcizma, mjerenog Inventarom patološkog narcizma (PNI), i klinički značajnog psihičkog distresa, mjerenog Kratkim inventarom simptoma (BSI). Nadalje, cilj je bio na uzorku studenata Sveučilišta u Splitu utvrditi ulogu obiteljske dinamike, somatskog zdravlja i sociodemografskih obilježja kao korelata narcističke patologije.

Ispitanici i postupci: Provedena su dva presječna istraživanja. Prvo je obuhvatilo 413 studenata Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu, a drugo, šire istraživanje obuhvatilo je 888 studenata triju fakulteta istog sveučilišta (Medicinskog fakulteta, Filozofskog fakulteta te Fakulteta građevinarstva, arhitekture i geodezije). Podaci su prikupljeni anonimnim upitnicima metodom papir-olovka.

Rezultati: Patološki narcizam pokazao se kao jedan od najsnažnijih korelata psihičkog distresa u oba uzorka, neovisno o demografskim, zdravstvenim, traumatskim i obiteljskim varijablama. Studenti medicine, suprotno uvriježenim laičkim mišljenjima, pokazivali su niže razine narcizma od studenata drugih fakulteta. Spolne razlike u narcizmu nisu se jasno vidjele u ukupnim rezultatima, ali su se pokazale kad su se domene i dimenzije narcizma analizirale zasebno. Suprotno tradicionalnoj pretpostavci o zaštitnoj ulozi grandioznosti, studenti s izraženim grandioznim narcizmom dosljedno su izvještavali o povišenim simptomima na gotovo svim psihopatološkim domenama; u širem uzorku grandiozna je dimenzija bila i nešto snažniji samostalni prediktor distresa od vulnerabilne. Grandiozna i vulnerabilna dimenzija bile su visoko međusobno korelirane ($r = 0,65$ do $r = 0,884$), a 15 % –20 % studenata pokazalo je istovremeno izražene obje dimenzije, što potvrđuje suvremene teorije o fluktuaciji između dimenzija patološkog narcizma unutar iste osobe. Kronični umor i nesanica bili su među najsnažnijim somatskim korelatima narcizma. Posebno je zabrinjavajući nalaz da 25 % studenata medicine i 53,7 % studenata u širem uzorku ima klinički značajne simptome psihičke patnje, dok je psihološku pomoć potražilo tek 17 % studenata medicine, odnosno 20,6 % ispitanika šireg uzorka.

Zaključci: Nalazi upućuju na to da je patološki narcizam klinički značajan, transdijagnostički faktor ranjivosti za psihički distres u hrvatskoj studentskoj populaciji, tijesno povezan s tjelesnim zdravljem i obiteljskim odnosima. Disertacija upućuje na izražen jaz između psihičke patnje i traženja pomoći te predlaže integrirane, destigmatizirane pristupe podršci mentalnom zdravlju unutar hrvatskog visokog obrazovanja.

Ključne riječi: patološki narcizam, psihički distres, studenti, PNI, BSI, kronični umor, nesanica, traumatska iskustva, obiteljski odnosi, Hrvatska

8. LAIČKI SAŽETAK

Povezanost patološkog narcizma i psihičkog distresa kod studenata Sveučilišta u Splitu

Narcizam je osobina ličnosti koju svi u određenoj mjeri posjedujemo, poput samopouzdanja ili potrebe za priznanjem. Kod nekih je ta osobina toliko izražena da poprima nezdrave, „patološke“ oblike koji otežavaju svakodnevni život i odnose s drugima. Patološki narcizam javlja se u dva „lica“: grandioznom (samouvjerenost, dominantnost, iskorištavanje drugih) i ranjivom (preosjetljivost na kritiku, nesigurnost, povlačenje). Važno je naglasiti da ovdje nije riječ o dijagnozi narcističkog poremećaja ličnosti, koji pogađa malen broj ljudi i nije bio predmet ovog istraživanja. Cilj disertacije bio je istražiti izraženost narcističkih osobina u studenata Sveučilišta u Splitu i njihovu povezanost s psihičkim teškoćama.

Istraživanje je provedeno u dva koraka. Prvo je provedeno na 413 studenata medicine u Splitu, a zatim je prošireno na 888 studenata triju splitskih fakulteta (Medicinskog fakulteta, Filozofskog fakulteta te Fakulteta građevinarstva, arhitekture i geodezije). Svi su sudionici anonimno ispunili upitnike o osobinama ličnosti, psihičkom stanju, obiteljskim odnosima i tjelesnom zdravlju.

Istraživanje je pokazalo da su povišenu razinu psihičkih tegoba imali i studenti s izraženim grandioznim i oni s ranjivim crtama. Studenti medicine u prosjeku su imali nešto niže razine narcizma od studenata drugih fakulteta. Čak četvrtina studenata medicine i više od polovice studenata u širem uzorku imali su klinički značajnu razinu psihičkih tegoba, no psihološku je pomoć potražila tek petina njih. Kronični umor i nesanica, kao i lošiji obiteljski odnosi i traumatična iskustva, bili su usko povezani s izraženijim narcizmom.

Sve navedeno navodi na zaključak da patološki narcizam nije bezazlena osobina, nego može biti ozbiljan pokazatelj psihičke patnje, usko isprepleten s tjelesnim zdravljem i obiteljskim odnosima. Hrvatska sveučilišta trebala bi uvesti pristupačnije, anonimnije i manje stigmatizirajuće oblike psihološke podrške studentima, koji uzimaju u obzir osobine ličnosti, tjelesno stanje i obiteljski kontekst, kako bi se pomoć pružila prije nego što problemi eskaliraju.

9. SUMMARY

Title: The Association Between Pathological Narcissism and Psychological Distress Among University of Split Students

Objectives: Mental health difficulties among university students are a significant and growing public health concern. Pathological narcissism has emerged as a clinically relevant yet systematically understudied personality dimension associated with psychological distress in this population. The aim of this dissertation was to examine, in two complementary steps, the association between pathological narcissism, measured by the Pathological Narcissism Inventory (PNI), and clinically significant psychological distress, measured by the Brief Symptom Inventory (BSI). A further aim was to determine, in a sample of students from the University of Split, the role of family dynamics, somatic health and sociodemographic characteristics as correlates of narcissistic pathology.

Participants and Methods: Two cross-sectional studies were conducted. The first included 413 students from the School of Medicine, University of Split. The second, broader study included 888 students from three faculties of the same university: the School of Medicine, the Faculty of Humanities and Social Sciences, and the Faculty of Civil Engineering, Architecture and Geodesy. Data were collected using anonymous paper-and-pencil questionnaires.

Results: Pathological narcissism emerged as one of the strongest correlates of psychological distress in both samples, independent of demographic, health, trauma-related and family variables. Contrary to popular lay belief, medical students showed lower levels of narcissism than students from other faculties. Sex differences in narcissism were not clearly visible in total scores, but became apparent when narcissism domains and dimensions were analysed separately. Contrary to the traditional assumption that grandiosity plays a protective role, students with pronounced grandiose narcissism consistently reported elevated symptoms across almost all psychopathological domains. In the broader sample, the grandiose dimension was even a slightly stronger independent predictor of distress than the vulnerable dimension. The grandiose and vulnerable dimensions were highly intercorrelated ($r = 0.65$ to $r = 0.884$), and 15–20% of students showed simultaneously elevated levels of both. This supports contemporary theories of fluctuation between the dimensions of pathological narcissism within the same individual. Chronic fatigue and insomnia were among the strongest somatic correlates of narcissism. A particularly concerning finding is that 25% of medical students and 53.7% of students in the broader sample reported clinically significant

symptoms of psychological distress. Yet only 17% of medical students and 20.6% of the broader sample had sought psychological help.

Conclusions: The findings suggest that pathological narcissism is a clinically significant, transdiagnostic vulnerability factor for psychological distress in the Croatian student population, closely linked to physical health and family relationships. The dissertation highlights a pronounced gap between psychological suffering and help-seeking. It proposes integrated, destigmatised approaches to mental health support within Croatian higher education.

Keywords: pathological narcissism, psychological distress, university students, PNI, BSI, chronic fatigue, insomnia, traumatic experiences, family relationships, Croatia

10. PLAIN LANGUAGE SUMMARY

The Association Between Pathological Narcissism and Psychological Distress Among University of Split Students

Narcissism is a personality trait that everyone possesses to some degree, similar to self-confidence or the need for recognition. In some individuals, however, this trait is so pronounced that it assumes unhealthy, "pathological" forms that impair daily functioning and interpersonal relationships. Pathological narcissism manifests in two forms: grandiose (characterized by self-assurance, dominance, and exploitation of others) and vulnerable (characterized by hypersensitivity to criticism, insecurity, and social withdrawal). It is important to emphasize that this study does not address a clinical diagnosis of narcissistic personality disorder, which affects only a small percentage of the population and was not the focus of this research. The aim of this dissertation was to investigate the expression of narcissistic traits among students at the University of Split and their association with psychological distress.

The study was conducted in two phases. The first phase involved 413 medical students in Split, and the research was subsequently expanded to include 888 students across three faculties in Split (the School of Medicine, the Faculty of Humanities and Social Sciences, and the Faculty of Civil Engineering, Architecture and Geodesy). All participants anonymously completed questionnaires regarding their personality traits, psychological state, family relationships, and physical health.

The results of this study indicated that students with both pronounced grandiose and vulnerable traits exhibited elevated levels of psychological distress. On average, medical students showed slightly lower levels of narcissism compared to students from the other faculties. Remarkably, a quarter of the medical students, and more than half of the students in the broader sample, exhibited clinically significant levels of psychological distress; however, only a fifth of them had sought psychological help. Chronic fatigue and insomnia, as well as poorer family relationships and traumatic experiences, were closely associated with higher levels of narcissism.

All the aforementioned findings lead to the conclusion that pathological narcissism is not a harmless trait, but rather a serious indicator of psychological suffering that is closely intertwined with physical health and family relationships. Croatian universities should be motivated to introduce more accessible, anonymous, and less stigmatizing forms of

psychological support for students, support that accounts for personality traits, physical well-being, and the family context, in order to provide help before problems escalate.

11. LITERATURA

1. Ellis H, Symonds JA. Sexual Inversion. London: Wilson and Macmillan; 1897.
2. Freud S. On narcissism: An introduction. U: Strachey J, urednik. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916). London: Hogarth Press; 1957 [izvorno objavljeno 1914]. str. 67-102.
3. Jones E. The God complex: The belief that one is God, and the resulting character traits. U: Essays in Applied Psycho-Analysis. London: Hogarth Press; 1913.
4. Fenichel O. The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York: W. W. Norton & Company; 1945.
5. Kohut H. The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders. New York: International Universities Press; 1971.
6. Kohut H. Forms and transformations of narcissism. J Am Psychoanal Assoc. 1966;14(2):243-272. doi: 10.1177/000306516601400201.
7. Kernberg OF. Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York: Jason Aronson; 1975.
8. Kernberg OF. Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities. J Am Psychoanal Assoc. 1970;18(1):51-85. doi: 10.1177/000306517001800103.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
10. Američka psihijatrijska udruga. DSM-IV: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, četvrto izdanje. Folnegović-Šmalc V, urednica hrvatskog izdanja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1996.
11. Raskin R, Hall CS. A narcissistic personality inventory. Psychol Rep. 1979;45(2):590. doi: 10.2466/pr0.1979.45.2.590.
12. Raskin R, Terry H. A principal-components analysis of the Narcissistic Personality Inventory and further evidence of its construct validity. J Pers Soc Psychol. 1988;54(5):890-902. doi: 10.1037/0022-3514.54.5.890.
13. Pincus AL, Lukowitsky MR. Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. Annu Rev Clin Psychol. 2010;6:421-446. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131215.
14. 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):365-379.
15. Miller JD, Lynam DR, Hyatt CS, Campbell WK. Controversies in narcissism. Annu Rev Clin Psychol. 2017;13:291-315. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032816-045244.

16. Krizan Z, Herlache AD. The narcissism spectrum model: A synthetic view of narcissistic personality. Pers Soc Psychol Rev. 2018;22(1):3-31. doi: 10.1177/1088868316685018.

17. Američka psihijatrijska udruga. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje: DSM-5. Jukić V, Arbanas G, urednici hrvatskog izdanja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2014.

18. Schalkwijk F, Luyten P, Ingenhoven T, Dekker J. Narcissistic personality disorder: Are psychodynamic theories and the alternative DSM-5 model for personality disorders finally going to meet? Front Psychol. 2021;12:676733. doi: 10.3389/fpsyg.2021.676733.

19. Ronningstam EF. Identifying and Understanding the Narcissistic Personality. New York: Oxford University Press; 2005.

20. Kernberg OF. Narcissistic personality disorders: Part 1. Psychiatr Ann. 2009;39:105-167.

21. Sedikides C, Rudich EA, Gregg AP, Kumashiro M, Rusbult C. Are normal narcissists psychologically healthy? Self-esteem matters. J Pers Soc Psychol. 2004;87(3):400-416.

22. Rose P. The happy and unhappy faces of narcissism. Pers Individ Dif. 2002;33(3):379-391.

23. Morf CC, Rhodewalt F. Unraveling the paradoxes of narcissism: a dynamic self-regulatory processing model. Psychol Inq. 2001;12:177-196.

24. Watson PJ, Sawrie SM, Greene RL, Arredondo R. Narcissism and depression: MMPI-2 evidence for the continuum hypothesis in clinical samples. J Pers Assess. 2002;79(1):109-125. doi: 10.1207/S15327752JPA7901_07.

25. Miller JD, Gaughan ET, Pryor LR, Kamen C. The consequences of depressive affect on functioning in relation to cluster B personality disorder features. J Abnorm Psychol. 2009;118:424-429.

26. Raskin R, Novacek J. Narcissism and the use of fantasy. J Clin Psychol. 1991;47(4):490-499. doi: 10.1002/1097-4679(199107)47:4<490::AID-JCLP2270470404>3.0.CO;2-J.

27. Zeigler-Hill V, Vrabel JK, McCabe GA, Cosby CA, Traeder CK, Hobbs KA, i sur. Narcissism and the pursuit of status. J Pers. 2019;87(2):310-327. doi: 10.1111/jopy.12392.

28. Back MD, Schmukle SC, Egloff B. Why are narcissists so charming at first sight? Decoding the narcissism-popularity link at zero acquaintance. J Pers Soc Psychol. 2010;98(1):132-145. doi: 10.1037/a0016338.

29. Brunell AB, Gentry WA, Campbell WK, Hoffman BJ, Kuhnert KW, DeMarree KG. Leader emergence: The case of the narcissistic leader. Pers Soc Psychol Bull. 2008;34(12):1663-1676. doi: 10.1177/0146167208324101.

30. Ong CW, Roberts R, Arthur CA, Woodman T, Akehurst S. The leadership is sinking: A temporal investigation of narcissistic leadership. J Pers. 2016;84(2):237-247. doi: 10.1111/jopy.12155.

31. Millon T, Grossman S, Millon C, Meagher S, Ramnath R. Personality disorders in modern life. New York: Wiley; 2004.

32. Grijalva E, Zhang L. Narcissism and self-insight: A review and meta-analysis of narcissists' self-enhancement tendencies. Pers Soc Psychol Bull. 2016;42(1):3-24. doi: 10.1177/0146167215611636.

33. Burgmer P, Weiss A, Ohmann K. I don't feel ya: How narcissism shapes empathy. Self Identity. 2021;20(2):199-215. doi: 10.1080/15298868.2019.1645730.

34. Urbonaviciute G, Hepper EG. When is narcissism associated with low empathy? A meta-analytic review. J Res Pers. 2020;89:104036. doi: 10.1016/j.jrp.2020.104036.

35. Krizan Z, Bushman BJ. Better than my loved ones: Social comparison tendencies among narcissists. Pers Individ Dif. 2011;50(2):212-216. doi: 10.1016/j.paid.2010.09.031.

36. Campbell WK. Narcissism and romantic attraction. J Pers Soc Psychol. 1999;77(6):1254-1270. doi: 10.1037/0022-3514.77.6.1254.

37. Foster JD, Shrira I, Campbell WK. Theoretical models of narcissism, sexuality, and relationship commitment. J Soc Pers Relatsh. 2006;23(3):367-386. doi: 10.1177/0265407506064204.

38. Vaknin S. Malignant self-love: narcissism revisited. Rangelovska L, urednica. Ilustrirano izd., ponovljeni tisak. Skopje: Narcissus Publishing; 2007. 478 str.

39. Ward R. The narcissism we live with: a systematic review of normalized ego-centered behavior. Deviant Behav. 2026:1-23. doi: 10.1080/01639625.2026.2632679.

40. Cai H, Kwan VSY, Sedikides C. A sociocultural approach to narcissism: the case of modern China. Eur J Pers. 2012;26(5):529-535. doi: 10.1002/per.1852.

41. Goldner-Vukov M, Moore LJ. Malignant narcissism: from fairy tales to harsh reality. Psychiatr Danub. 2010;22(3):392-405.

42. Cain NM, Pincus AL, Ansell EB. Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. Clin Psychol Rev. 2008;28(4):638-656.

43. Russ E, Shedler J, Bradley R, Westen D. Refining the construct of narcissistic personality disorder: diagnostic criteria and subtypes. Am J Psychiatry. 2008;165:1473-1481.

44. Ronningstam EF. Narcissistic personality disorder: facing DSM-V. Psychiatr Ann. 2009;39:111-121.

45. Horowitz M. Clinical phenomenology of narcissistic pathology. Psychiatr Ann. 2009;39:124-128.

46. Jauk E, Kaufman SB. The higher the score, the darker the core: the nonlinear association between grandiose and vulnerable narcissism. Front Psychol. 2018;9:1305. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01305.

47. Marčinko D, Rudan V, urednici. Narcistični poremećaj ličnosti i njegova dijagnostička opravdanost. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.

48. Reich W. The Mass Psychology of Fascism. New York: Farrar, Straus & Giroux; 1970.

49. Glad B. Why tyrants go too far: Malignant Narcissism and absolute power. Political Psychology. 2002;23:1-37.

50. Otway LJ, Vignoles VL. Narcissism and childhood recollections: a quantitative test of psychoanalytic predictions. Pers Soc Psychol Bull. 2006;32(1):104-116.

51. Schneider MF, Kern RM, Curlette WL. Narcissism, imagery, early recollections, and social interest. J Individ Psychol. 2007;63(2):123-125.

52. Ghinassi A, Amici GD, Kesman S, Casale S. The role of parental overcontrol in psychological distress of vulnerable narcissists: The burden of shame. Pers Individ Dif. 2025;235:112933.

53. Estlein R, Gewirtz-Meydan A, Finzi-Dottan R. Maternal narcissism and child maladjustment: A dyadic study. Curr Psychol. 2024;43(45):34705-34716. doi: 10.1007/s12144-024-06993-4.

54. Vignando A, Bizumic B. Parental narcissism leads to anxiety and depression in children via scapegoating. J Psychol. 2023;157(4):233-249. doi: 10.1080/00223980.2022.2148088.

55. Wang X, Yu L, Li J. Relationships between childhood maltreatment, attachment security, and features of narcissism: a network analysis. Pers Individ Dif. 2023;200:111890. doi: 10.1016/j.paid.2022.111890.

56. Barbera ER, Ceroni DB, Peters W, Yalch MM. Influence of childhood maltreatment on malignant self-regard. J Fam Trauma Child Custody Child Dev. 2025. doi: 10.1080/26904586.2025.2575340.

57. Rhodewalt F, Morf CC. On self-aggrandizement and anger: a temporal analysis of narcissism and affective reactions to success and failure. J Pers Soc Psychol. 1998;74(3):672-685. doi: 10.1037/0022-3514.74.3.672.

58. Rhodewalt F, Madrian JC, Cheney S. Narcissism, self-knowledge organization, and emotional reactivity: the effect of daily experiences on self-esteem and affect. Pers Soc Psychol Bull. 1998;24(1):75-87. doi: 10.1177/0146167298241006.

59. Lasch C. The culture of narcissism: American life in an age of diminishing expectations. New York: W. W. Norton & Company; 1979.

60. Foster JD, Campbell WK, Twenge JM Individual differences in narcissism: Inflated self-views across the lifespan and around the world. J Res Pers. 2003;37(6):469-486. doi: 10.1016/S0092-6566(03)00026-6.

61. Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, Huang B, Smith SM, i sur. 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):1033-1045.

62. Jakovljević M. Politička psihologija i psihopatologija: Narcizam, oholost i uobraženost političara. Psychiatr Danub. 2011;23(2):120-126.

63. Paris J. Psychotherapy in an Age of Narcissism: Modernity, Science, and Society. London: Palgrave Macmillan; 2012.

64. Laporte L, Paris J, Guttman H, Russell J. Psychopathology, childhood trauma, and personality traits in patients with borderline personality disorder and their sisters. J Pers Disord. 2012;26(6):838-848.

65. Schore AN. Affect Dysregulation and Disorders of the Self. New York: W. W. Norton & Company; 2003.

66. Paris J. Modernity and narcissistic personality disorder. Personal Disord. 2014;5(2):220-226.

67. Schulze L, Dziobek I, Vater A, Heekeren HR, Bajbouj M, Renneberg B, i sur. Gray matter abnormalities in patients with narcissistic personality disorder. J Psychiatr Res. 2013;47(10):1363-1369. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.05.017.

68. Nenadic I, Güllmar D, Dietzek M, Langbein K, Steinke J, Gaser C. Brain structure in narcissistic personality disorder: a VBM and DTI pilot study. Psychiatry Res Neuroimaging. 2015;231(2):184-186. doi: 10.1016/j.pscychresns.2014.11.001.

69. Ames DR, Rose P, Anderson CP. The NPI-16 as a short measure of narcissism. J Res Pers. 2006;40(4):440-450. doi: 10.1016/j.jrp.2005.03.002.

70. Gentile B, Miller JD, Hoffman BJ, Reidy DE, Zeichner A, Campbell WK. A test of two brief measures of grandiose narcissism: The Narcissistic Personality Inventory-13 and the Narcissistic Personality Inventory-16. Psychol Assess. 2013;25(4):1120-1136. doi: 10.1037/a0033192.

71. Hendin HM, Cheek JM. Assessing hypersensitive narcissism: A reexamination of Murray's Narcism Scale. J Res Pers. 1997;31(4):588-599. doi: 10.1006/jrpe.1997.2204.

72. Wright AGC, Lukowitsky MR, Pincus AL, Conroy DE. The higher order factor structure and gender invariance of the Pathological Narcissism Inventory. Assessment. 2010;17(4):467-483. doi: 10.1177/1073191110373227.

73. Schoenleber M, Roche MJ, Wetzel E, Pincus AL, Roberts BW. Development of a brief version of the Pathological Narcissism Inventory. Psychol Assess. 2015;27(4):1520-1526. doi: 10.1037/pas0000158.

74. Back MD, Küfner ACP, Dufner M, Gerlach TM, Rauthmann JF, Denissen JJA. Narcissistic admiration and rivalry: Disentangling the bright and dark sides of narcissism. J Pers Soc Psychol. 2013;105(6):1013-1037. doi: 10.1037/a0034431.

75. Sherman ED, Miller JD, Few LR, Campbell WK, Widiger TA, Crego C, i sur. Development of a short form of the Five-Factor Narcissism Inventory: The FFNI-SF. Psychol Assess. 2015;27(3):1110-1116. doi: 10.1037/pas0000100.

76. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. Psychol Med. 2012;42(9):1879-1890. doi: 10.1017/S0033291711002674.

77. Twenge JM, Konrath S, Foster JD, Campbell WK, Bushman BJ. Egos inflating over time: a cross-temporal meta-analysis of the Narcissistic Personality Inventory. J Pers. 2008;76(4):875-902.

78. Twenge JM, Foster JD. Birth cohort increases in narcissistic personality traits among American college students, 1982-2009. Soc Psychol Personal Sci. 2010;1(1):99-106.

79. Arnett JJ. The evidence for generation we and against generation me. Emerg Adulthood. 2013;1(1):5-10.

80. Twenge JM. The evidence for generation me and against generation we. Emerg Adulthood. 2013;1(1):11-16.

81. Wetzel E, Brown A, Hill PL, Chung JM, Robins RW, Roberts BW. The narcissism epidemic is dead; long live the narcissism epidemic. Psychol Sci. 2017;28(12):1833-1847.

82. Oberleiter S, Stickel P, Pietschnig J. A farewell to the narcissism epidemic? A cross-temporal meta-analysis of global NPI scores (1982–2023). J Pers. 2025;93(4):884-894.

83. Narayan C. Birth-order and narcissism. Psychol Rep. 1990;67(3):1184-1186.

84. Fukunishi I, Nakagawa T, Hua ZQ, i sur. Relationships between Type A behavior, narcissism, and maternal closeness for college students in Japan, the United States of America, and the People's Republic of China. Psychol Rep. 1996;78(3):939-944.

85. Kim Y, Nan DY, Kim JH. Exploration of the relationships among narcissism, life satisfaction, and loneliness of Instagram users and the high- and low-level features of their photographs. Front Psychol. 2021;12:707074. doi: 10.3389/fpsyg.2021.707074.

86. Brailovskaia J. The "vicious circle of addictive social media use and mental health" model. Acta Psychol (Amst). 2024;247.

87. Turnipseed DL, Cohen A. Academic entitlement and socially aversive personalities: does the Dark Triad predict academic entitlement? Pers Individ Dif. 2015;82:72-75. doi: 10.1016/j.paid.2015.03.003.

88. McManus KC, Pillow DR, Coyle TR. Narcissism and academic performance: A case of suppression. Pers Individ Dif. 2022;199:111854.

89. Littrell S, Fugelsang JA, Risko EF. The metacognitive abilities of narcissists: individual differences between grandiose and vulnerable subtypes. Pers Individ Dif. 2024;221:112570. doi: 10.1016/j.paid.2024.112570.

90. Xu R, Liu Z, Li H, Luo L, Zheng Y, Mu F, i sur. Influence of PCDH9 (rs9540720) and narcissistic personality traits on the incidence of major depressive disorder in Chinese first-year university students: findings from a 2-year cohort study. Front Genet. 2024;14:1267972.

91. Casale S. Psychological distress profiles of young adults with vulnerable narcissism traits. J Nerv Ment Dis. 2022;210(6):426-431.

92. Maciantowicz OM, Witowska J, Zajenkowski M. Cognitive performance and stress states in vulnerable and grandiose narcissism. Curr Issues Personal Psychol. 2025;13(3):211-215.

93. Tuerxun R, Li YN, Cui LX. Aggression in social anxiety: narcissistic self-centeredness as a differentiator in person-centered and variable-centered analyses. Aggress Behav. 2026;52(3).

94. Mohay J, Cheng KD, Willis ML, i sur. The relationship between attachment styles and narcissism: a systematic and meta-analytic review. Pers Individ Dif. 2025;244.

95. Schoenleber M, Johnson LR, Berenbaum H. Self-conscious emotion traits & reactivity in narcissism. Curr Psychol. 2024;43(13):11546-11558.

96. Wheeler MA, Burns LR, Stephenson P. A narcissism/vanity distinction? Reassessing vanity using a modern model of narcissism based on pride, empathy, and social behaviors. Behav Sci (Basel). 2023;13(9):762.

97. Blasco-Belled A, Rogoza R, Alsinet C. Vulnerable narcissism is related to the fear of being laughed at and to the joy of laughing at others. Pers Individ Dif. 2022;190:111536. doi: 10.1016/j.paid.2022.111536.

98. Schyns B, Lagowska U, Braun S. Me, me, me: narcissism and motivation to lead. Z Psychol. 2022;230(4):330-334.

99. Kealy D, Woolgar S, Cox DW, i sur. When narcissism gets lonely: loneliness moderates the association between pathological narcissism and interpersonal problems, and the link to psychological distress. Curr Psychol. 2023;42(20):17110-17119.

100. Freund VL, Eisele GV, Lobbestael J, i sur. Ripples in the water: fluctuations of narcissistic states in daily life. Personal Disord. 2024;15(3):193-206.

101. Suppan KK, Basińska M, Błachnio A, Rudnik AA, i sur. The frequency of narcissistic traits in medical and psychology students in Poland and France. Health Psychol Rep. 2026;14(3):280-292.

102. Alcorta-Garza A, Vidal-Gutiérrez O, González-Guerrero JF, Alcorta-Núñez F, Porras Garza GA, San-Martín M, i sur. Characterizing the early relationship between covert narcissism and cognitive empathy in medical students: a cross-sectional study. BMC Med Educ. 2025;25(1):57.

103. Chan CY, Cheung KL. Exploring the gender difference in relationships between narcissism, competitiveness, and mental health problems among college students. J Am Coll Health. 2022;70(4):1169-1178.

104. Bujok J, Witte-Humperdinck V, Schulze J, Ohlendorf D. Dark triad traits, study and power motives among medical students – a cross-sectional study at a German medical faculty. Heliyon. 2024;10:e32842.

105. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Geneva: World Health Organization; 2004.

106. Dodd AL. Student mental health research: moving forwards with clear definitions. J Ment Health. 2021;30(3):273-275. doi: 10.1080/09638237.2020.1844873.

107. Nair B, Otaki F. Promoting university students' mental health: a systematic literature review introducing the 4M-model of individual-level interventions. Front Public Health. 2021;9:699030.

108. Alenezi L, Alhaddad M, Almutairi S, Almohri F. The protective role of social support against depression, anxiety, and stress in physiotherapy students. Int J Environ Res Public Health. 2026;23:82. doi: 10.3390/ijerph23010082.

109. Caldarelli G, Pizzini B, Cosenza M, Troncone A. The prevalence of mental health conditions and effectiveness of psychological interventions among university students in Italy: A systematic literature review. Psychiatry Res. 2024;342:116208. doi: 10.1016/j.psychres.2024.116208.

110. Akram U, Irvine K, Gardani M, Allen S, Akram A, Stevenson JC. Prevalence of anxiety, depression, mania, insomnia, stress, suicidal ideation, psychotic experiences, & loneliness in UK university students. Sci Data. 2023;10:621. doi: 10.1038/s41597-023-02520-5.

111. McLafferty M, Brown N, Brady J, McLaughlin J, McHugh R, Ward C, i sur. Variations in psychological disorders, suicidality, and help-seeking behaviour among college students from different academic disciplines. PLoS One. 2022;17:e0279618.

112. Ghrouz AK, Noohu MM, Dilshad Manzar M, Warren Spence D, BaHammam AS, Pandi-Perumal SR. Physical activity and sleep quality in relation to mental health among college students. Sleep Breath. 2019;23:627-634.

113. Ramón-Arbués E, Gea-Caballero V, Granada-López JM, Juárez-Vela R, Pellicer-García B, Antón-Solanas I. The prevalence of depression, anxiety and stress and their associated factors in college students. Int J Environ Res Public Health. 2020;17:7001.

114. Simić-Vukomanović I, Mihajlović G, Kocić S, Djonović N, Banković D, Vukomanović V, i sur. The prevalence and socioeconomic correlates of depressive and anxiety symptoms in a group of 1,940 Serbian university students. Vojnosanit Pregl. 2016;73:169-177.

115. Vicary E, Kapadia D, Bee P, Bennion M, Brooks H. The impact of social support on university students living with mental illness: a systematic review and narrative synthesis. J Ment Health. 2025;34(4):463-475. doi: 10.1080/09638237.2024.2408237.

116. Sedikides C, Tang Y, Liu Y, de Boer E, Assink M, Thomaes S, i sur. Narcissism and wellbeing: a cross-cultural meta-analysis. Pers Soc Psychol Bull. 2026;52(5):1222-1238. doi: 10.1177/01461672241307531.

117. Lannin DG, Brenner R, Solka J, Martin A, Hermann A. Conflicted help-seeking: vulnerable and grandiose narcissistic traits in college students. J Coll Stud Ment Health. 2025:1-17. doi: 10.1080/28367138.2025.2460783.

118. Kampe L, Bohn J, Remmers C, Hörz-Sagstetter S. It's not that great anymore: the central role of defense mechanisms in grandiose and vulnerable narcissism. Front Psychiatry. 2021;12:661948. doi: 10.3389/fpsyt.2021.661948.

119. Kaufman SB, Weiss B, Miller JD, Campbell WK. Clinical correlates of vulnerable and grandiose narcissism: a personality perspective. J Pers Disord. 2020;34(1):107-130. doi: 10.1521/pedi_2018_32_384.

120. Almeida T, Kadhum M, Farrell SM, Ventriglio A, Molodynski A. A descriptive study of mental health and wellbeing among medical students in Portugal. Int Rev Psychiatry. 2019;31(7-8):574-578.

121. Brown JSL. Student mental health: some answers and more questions. J Ment Health. 2018;27(3):193-196.

122. Slavin SJ. Medical student mental health: culture, environment, and the need for change. JAMA. 2016;316(21):2195-2196.

123. Torales J, Kadhum M, Zárate G, Barrios I, González I, Farrell SM, i sur. Wellbeing and mental health among medical students in Paraguay. Int Rev Psychiatry. 2019;31(7-8):598-602.

124. Milic J, Skitarelic N, Majstorovic D, Zoranic S, Civljak M, Ivanisevic K, i sur. Levels of depression, anxiety and subjective happiness among health sciences students in Croatia: a multi-centric cross-sectional study. BMC Psychiatry. 2024;24(1):50. doi: 10.1186/s12888-024-05498-5.

125. Hamasha AAH, Kareem YM, Alghamdi MS, Algarni MS, Alahedib KS, Alharbi FA. Risk indicators of depression among medical, dental, nursing, pharmacology, and other medical science students in Saudi Arabia. Int Rev Psychiatry. 2019;31(7-8):646-652.

126. Volpe U, Ventriglio A, Bellomo A, Kadhum M, Lewis T, Molodynski A, i sur. Mental health and wellbeing among Italian medical students: a descriptive study. Int Rev Psychiatry. 2019;31(7-8):569-573.

127. Wilkes C, Lewis T, Brager N, Bulloch A, MacMaster F, Paget M, i sur. Wellbeing and mental health amongst medical students in Canada. Int Rev Psychiatry. 2019;31(7-8):584-587.

128. Pedrelli P, Nyer M, Yeung A, Zulauf C, Wilens T. College students: mental health problems and treatment considerations. Acad Psychiatry. 2015;39(5):503-511.

129. Tian-Ci Quek T, Wai-San Tam W, Tran BX, Zhang M, Zhang Z, Su-Hui Ho C, i sur. The global prevalence of anxiety among medical students: a meta-analysis. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(15):2735.

130. Castaldelli-Maia JM, Lewis T, Marques Dos Santos N, Picon F, Kadhum M, Farrell SM, i sur. Stressors, psychological distress, and mental health problems amongst Brazilian medical students. Int Rev Psychiatry. 2019;31(7-8):603-607.

131. Farrell SM, Kar A, Valsraj K, Mukherjee S, Kunheri B, Molodynski A, i sur. Wellbeing and burnout in medical students in India; a large scale survey. Int Rev Psychiatry. 2019;31(7-8):555-562.

132. Molodynski A, Lewis T, Kadhum M, Farrell SM, LemtiriChelieh M, Falcão De Almeida T, i sur. Cultural variations in wellbeing, burnout and substance use amongst medical students in twelve countries. Int Rev Psychiatry. 2021;33(1-2):37-42.

133. MacLean L, Booza J, Balon R. The impact of medical school on student mental health. Acad Psychiatry. 2016;40(1):89-91.

134. Bhugra D, Sauerteig SO, Bland D, Lloyd-Kendall A, Wijesuriya J, Singh G, i sur. A descriptive study of mental health and wellbeing of doctors and medical students in the UK. Int Rev Psychiatry. 2019;31(7-8):563-568.

135. Duffy A, Saunders KEA, Malhi GS, Patten S, Cipriani A, McNevin SH, i sur. Mental health care for university students: a way forward? Lancet Psychiatry. 2019;6(11):885-887.

136. Hunt J, Eisenberg D. Mental health problems and help-seeking behavior among college students. J Adolesc Health. 2010;46(1):3-10. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.08.008.

137. Zhang K, Ling YL. The role of psychological distress in shaping academic adjustment: implications for undergraduate support systems. Int J Res Innov Soc Sci. 2025;9(1):1707-1714.

138. Roy S, Biswas AK, Sharma M. Stress, anxiety, and depression as psychological distress among college and undergraduate students: a scoping review of reviews guided by the socio-ecological model. Healthcare (Basel). 2025;13(16):1948.

139. Stallman HM. Psychological distress in university students: A comparison with general population data. Aust Psychol. 2010;45(4):249-257. doi: 10.1080/00050067.2010.482109.

140. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. Mayo Clin Proc. 2005;80(12):1613-1622. doi: 10.4065/80.12.1613.

141. Yusoff MSB, Abdul Rahim AF, Baba AA, Ismail SB, Mat Pa MN, Esa AR. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical students. Asian J Psychiatr. 2013;6(2):128-133.

142. Yusoff MSB, Mat Pa MN, Esa AR, Abdul Rahim AF. Mental health of medical students before and during medical education: a prospective study. J Taibah Univ Med Sci. 2013;8(2):86-92.

143. Elias H, Ping WS, Abdullah MC. Stress and academic achievement among undergraduate students in Universiti Putra Malaysia. Procedia Soc Behav Sci. 2011;29:646-655.

144. Maslach C, Jackson S, Leiter M. Maslach burnout inventory manual. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.

145. Yusoff MSB. Promoting resilience and minimizing burnout. U: Henning MA, Krägeloh CU, Dryer R, Moir F, Billington R, Hill AG, urednici. Wellbeing in higher education: cultivating a healthy lifestyle among faculty and students. New York: Routledge; 2018. str. 82-105.

146. Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. Med Educ. 2016;50(1):139-149.

147. McManus IC, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. BMC Med. 2004;2:29.

148. Yusoff MS, Esa AR, Mat Pa MN, Mey SC, Aziz RA, Rahim AFA. A longitudinal study of relationships between previous academic achievement, emotional intelligence and personality traits with psychological health of medical students during stressful periods. Educ Health (Abingdon). 2013;26(1):39-47.

149. Hyatt CS, Sleep CE, Lamkin J, i sur. Narcissism and self-esteem: a nomological network analysis. PLoS One. 2018;13(8):e0201088.

150. Sękowski M, Subramanian Ł, Żemojtel-Piotrowska M. Are narcissists resilient? Examining grandiose and vulnerable narcissism in the context of a three-dimensional model of resilience. Curr Psychol. 2023;42(4):2811-2819.

151. Anglim J, Horwood S, Smillie LD, Marrero RJ, Wood JK. Predicting psychological and subjective well-being from personality: a meta-analysis. Psychol Bull. 2020;146(4):279-323.

152. Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. Psychol Bull. 2010;136(5):768-821.

153. Papageorgiou KA, Denovan A, Dagnall N. The positive effect of narcissism on depressive symptoms through mental toughness: narcissism may be a dark trait but it does help with seeing the world less grey. Eur Psychiatry. 2019;55:74-79.

154. Kjærvik SL, Bushman BJ. The link between narcissism and aggression: a meta-analytic review. Psychol Bull. 2021;147(5):477-503.

155. Brailovskaia J, Rohmann E, Bierhoff HW, Margraf J. The anxious addictive narcissist: the relationship between grandiose and vulnerable narcissism, anxiety symptoms and Facebook addiction. PLoS One. 2020;15(11):e0241632.

156. Hou R, Li S, Miller JD, Lynam DR, Xiang Y. Weapon or armor? Unpacking the paradox of narcissism and self-reported mental health through a three-level meta-analysis. J Pers. 2026;94(5):849-864.

157. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SLT, i sur. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychol Med. 2002;32(6):959-976.

158. Goldberg DP, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor: NFER-Nelson; 1988.

159. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behav Res Ther. 1995;33(3):335-343.

160. Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. Psychol Med. 1983;13(3):595-605.

161. Cochran CD, Hale WD. College student norms on the Brief Symptom Inventory. J Clin Psychol. 1985;41(6):777-779.

162. Hayes JA. What does the Brief Symptom Inventory measure in college and university counseling center clients? J Couns Psychol. 1997;44(4):360-367.

163. Lund A, Lund M, Aadahl M, Damsgaard MT. Response rate and completeness of questionnaires: a randomized study of internet versus paper-and-pencil versions. J Med Internet Res. 2007;9:e25.

164. Miller JD, Hoffman BJ, Gaughan ET, Gentile B, Maples J, Campbell WK. Grandiose and vulnerable narcissism: a nomological network analysis. J Pers. 2011;79:1013-1042.

165. Tritt SM, Ryder AG, Ring AJ, Pincus AL. Pathological narcissism and the depressive temperament. J Affect Disord. 2010;122:280-284.

166. You J, Leung F, Lai KKY, Fu K. Factor structure and psychometric properties of PNI among Chinese university students. J Pers Assess. 2013;95:309-318.

167. Fossati A, Somma A, Borroni S, Miller JD. Assessing dimensions of pathological narcissism: psychometric properties of the short form of the Five-Factor Narcissism Inventory in a sample of Italian university students. J Pers Assess. 2018;100:250-258.

168. Jakšić N, Milas G, Ivezić E, Wertag A, Pincus AL. The Pathological Narcissism Inventory (PNI) in transitional post-war Croatia: psychometric and cultural considerations. J Psychopathol Behav Assess. 2014;36:640-652.

169. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. Br J Psychiatry. 1976;128:280.

170. Derogatis LR. BSI Brief Symptom Inventory: Administration, Scoring, and Procedures Manual. 4th ed. Minneapolis, MN: National Computer Systems; 1993. 85 str.

171. Štibrić M. Psychometric Validation of the Derogatis' Brief Symptom Inventory (BSI) [diplomski rad]. Zagreb: Filozofski fakultet u Zagrebu, Odsjek za psihologiju; 2005. Dostupno na: https://darhiv.ffzg.unizg.hr/id/eprint/83/

172. Miscikowski MM, Weidmann R, Konrath SH, Chopik WJ. Cultural moderation of demographic differences in narcissism. Self Identity. 2026;25:111-141.

173. Vedel A, Thomsen DK. The Dark Triad across academic majors. Pers Individ Dif. 2017;116:86-91.

174. Leniarska M, Zajenkowski M. Why narcissism reduces distress: the consequences of narcissistic intellectual self-confidence. Front Psychol. 2022;12:668257.

175. Gore WL, Widiger TA. Fluctuation between grandiose and vulnerable narcissism. Personal Disord. 2016;7:363-371.

176. Wright AGC, Edershile EA. Issues resolved and unresolved in pathological narcissism. Curr Opin Psychol. 2018;21:74-79.

177. Edershile EA, Wright AGC. Fluctuations in grandiose and vulnerable narcissistic states: A momentary perspective. J Pers Soc Psychol. 2021;120:1386-1414.

178. Miller JD, Campbell WK. The case for using research on trait narcissism as a building block for understanding narcissistic personality disorder. Personal Disord. 2010;1:180-191.

179. Tamborski M, Brown RP, Chowning K. Self-serving bias or simply serving the self? Evidence for a dimensional approach to narcissism. Pers Individ Dif. 2012;52:942-946.

180. Wink P. Two faces of narcissism. J Pers Soc Psychol. 1991;61:590-597.

181. Kałużna-Wielobób A, Strus W, Cieciuch J. Community feeling and narcissism as two opposite phenomena. Front Psychol. 2020;27:515895.

182. Green A, MacLean R, Charles K. Female narcissism: assessment, etiology and behavioral manifestations. Psychol Rep. 2022;125:2833-2864.

183. Cramer P. Narcissism through the ages: what happens when narcissists grow older? J Res Pers. 2011;45:479-492.

184. Grijalva E, Newman DA, Tay L, Donnellan MB, Harms PD, Robins RW, i sur. Gender differences in narcissism: a meta-analytic review. Psychol Bull. 2015;141:261-310.

185. Weidmann R, Chopik WJ, Ackerman RA, Allroggen M, Bianchi EC, Brecheen C, i sur. Age and gender differences in narcissism: a comprehensive study across eight measures and over 250,000 participants. J Pers Soc Psychol. 2023;124:1277-1298.

186. Green A. Gender differences in the expression of narcissism: diagnostic assessment, aetiology, and intimate partner violence perpetration [disertacija]. Edinburgh: Edinburgh Napier University; 2020.

187. Auerbach RP, Alonso J, Axinn WG, Cuijpers P, Ebert DD, Green JG, i sur. Mental disorders among college students in the WHO World Mental Health Surveys. Psychol Med. 2016;46:2955-2970.

188. Westerman JW, Bergman JZ, Bergman SM, Daly JP. Are universities creating millennial narcissistic employees? An empirical examination of narcissism in business students and its implications. J Manage Educ. 2012;36:5-32.

189. Talmon A, Ginzburg K. The intricate role of dissociation in the relations between childhood maltreatment, self-objectification, and narcissism. Psychol Trauma. 2019;11:909-918.

190. Blay M, Cham MA, Ronningstam E, Fonseca-Pedrero E, González-Blanch C, Luyten P, i sur. Association between pathological narcissism and emotion dysregulation: a systematic review. Psychopathology. 2024;57:297-317.

191. Sani SHZ, i sur. Sleep deprivation and fatigue impair cognitive and emotional self-regulation. Front Psychol. 2023;14:1145268.

192. De Angelis M, Ballarotto G, Tarantino V, Liguori C, Speranza AM, Trentini C. Exploring the link between insomnia and personality disorders: a comprehensive systematic review. Psychol Hub. 2025;42:45-58.

193. Hunsmann JJ, Weck F, Wendt J, Kühne F. Loneliness and distress in the aftermath of the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study of German university students. Clin Psychol Eur. 2025;7(2):e14365.

194. Kerekes N, Zouini B, Tingberg S, Erlandsson S. Psychological distress, somatic complaints, and their relation to negative psychosocial factors in a sample of Swedish high school students. Front Public Health. 2021;9:669958.

195. Oztasan N, Ozyrek P, Kilic I. Factors associated with health-related quality of life among university students in Turkey. Mater Sociomed. 2016;28:210-214.

196. Downs MF, Eisenberg D. Help seeking and treatment use among suicidal college students. J Am Coll Health. 2012;60:104-114.

197. Berliant M, Rahman N, Mattice C, Bhatt C, Haykal KA. Barriers faced by medical students in seeking mental healthcare: a scoping review. MedEdPublish. 2022;12:70.

198. Campbell F, Blank L, Cantrell A, Baxter S, Blackmore C, Dixon J, i sur. Factors that influence mental health of university and college students in the UK: A systematic review. BMC Public Health. 2022;22(1):1778. doi: 10.1186/s12889-022-13943-x.

12. ŽIVOTOPIS

Silvana Krnić

Osobni podaci

Datum i mjesto rođenja: 15.04. 1862. Split

Adresa: Trondheimska 4b, 21000 Split

Telefon: 0981870281

e-mail: silvana.krnic@kbsplit.hr

Adresa radnog mjesta: KBC Split, Klinika za psihijatriju, Spinčićeva 2, Split

Obrazovanje

1980. – 1986. – Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, studij u Splitu

1993. - 1996. – Diploma psihodinmske edukacije - konzultatnt za zaštitu mentalnog zdravlja, Katedra za psihološku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

1999. - 2000. – Stručni poslijediplomski studij iz dječje i adolescentne psihijatrije, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

2002. – Specijalistički ispit iz psihijatrije, Ministarstvo zdravstva republike Hrvatske

2003. - 2005. - Znanstveni poslijediplomski studij iz biomedicine: Temeljne i kliničke medicinske znanosti, smjer klinička medicina, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu

2017. – Uža specijalizacija iz psihoterapije, Ministarstvo zdravstva republike Hrvatske

2018. – Razlikovna godina doktorskog studija Evidence-Based Medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu

Akademski stupanj i zvanja

1986. - doktor medicine, *Medicinski fakultet u Zagrebu-studij u Splitu*

2013. – magistar znanosti (mr.sc.), Znanstveno područje biomedicina i zdravstvo; Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu.

2014. – asistent na Katedri za psihijatriju i vanjski suradnik na Katedri za psihološku medicinu, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu

Znanje jezika

Engleski i talijanski jezik

Profesionalni rad

1986. – 1988. Liječnički staž u KBC Split i položen stručni ispit

1988. -1997. – Dom zdravlja Split

1997- 1998. Poliklinika za zaštitu osoba sa smetnjama u razvoju, Split

1998. – 2002. Specijalistički staž iz psihijatrije KBC Split i položen specijalistički ispit

2002. – 2010. – Voditeljica odjela dječje i adolescentne psihijatrije, Poliklinika za zaštitu osoba sa smetnjama u razvoju, Split

2010. – danas –Klinika za psihijatriju. KBC Split

2018. – danas Pročelnica poliklinike, Klinike za psihijatriju, KBC Split

Članstvo u profesionalnim društvima

Hrvatska liječnička komora
Hrvatski liječnički zbor
Hrvatsko psihijatrijsko društvo
Hrvatsko društvo za dječju i adolescentnu psihijatriju
Hrvatsko društvo za biologijsku psihijatriju
Akademija za razvojnu rehabilitaciju

Magistarski rad

1. Krnić S. Kliničke karakteristike depresivnosti učenika srednje adolescentne dobi. (magistarski rad). Split: Medicinski fakultet u Splitu; 2013.

Znanstveni članci u međunarodnim časopisima:

1. Krnić S, Jerončić A, Đogaš VV, Lušić-Kalcina L, Gaić Đogaš V. Narcissistic Traits and Psychological Distress Among Medical Students: Implications for Mental Health Support in Medical Education. Healthcare. 2026;14(11):1504.

2. Krnić S, Jerončić A, Gaić Đogaš V. Pathological Narcissism and Psychological Distress Among University Students: The Interplay of Family Dynamics, Trauma, and Health-Related Factors. Healthcare. 2026;14(16):2470.

3. Krnić S, Pisk SV, Romac D, Tripković M. Clinically significant depressive disorder in adolescence; cross-sectional study of two Croatian counties. Psychiatria Danubina. 2014;26(3):428-434.

4. Tripković I, Roje R, Krnić S, Nazor M, Karin Ž, Čapkun V. Depression and self-esteem in early adolescence. Cent Eur J Public Health. 2015;23(2):166-169.

5. Lasić D, Žuljan Cvitanović M, Krnić S, Uglešić B. Olanzapine induced stuttering: a case report. Psychiatria Danubina. 2016;28(3):299-300.

6. Lasić D, Uglešić B, Vujnović Z, Krnić S. PAI-1 as a Component of the Metabolic Syndrome in Depression and Schizophrenia – Croatian experience. Psychiatria Danubina. 2015;27(1):71-72.

7. Tripković M, Vuković IS, Frančišković T, Pisk SV, Krnić S. Depression and auto-aggressiveness in adolescents in Zagreb. Psychiatria Danubina. 2014;26(3):422-427.

8. Antulov R, Dolić K, Fruehwald-Pallamar J, Krnić S, Britvić D, Milanović M. Onset paranoid symptoms in depressive and non-depressive middle adolescence sample: School-based preliminary study from Croatia. Eur Psychiatry. 2017;41(Suppl):S217.

9. Tripković M, Sarajlić Vuković I, Frančišković T, Vuk Pisk S, Krnić S. Depresija i autoagresivnost u adolescenata. Psychiatria Danubina. 2014;26(Suppl 3):422-427.

Stručni pregledni radovi i poglavlja:

1. Franić T, Vrljičak Davidović N, Krnić S, Boričević Maršanić V, Dodig-Ćurković K. Jazovi i prijelazi u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji. Paediatria Croatica. 2016;60(Suppl 1):126-131.
2. Glavina T, Dodig G, Krnić S, et al. Odgovornost i odnos društva prema oboljelima od posttraumatskog stresnog poremećaja. Medix. 2010;16(89/90).

Knjiga:

1. Krnić S, Nazor M, Sočo M, ur. Dijagnostika i tretman ADHD sindroma. Split: Sto koluri; 2006.

13. DODATAK

13.1. Mišljenje etičkog povjerenstva

SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET

Etičko povjerenstvo
Klasa: 003-08/21-03/0003
Ur. br.: 2181-198-03-04-21-0058
Split, 15. lipnja 2021.

MIŠLJENJE
Etičkog povjerenstva povodom prijave istraživanja:
Procjena mentalnog zdravlja studenata

I. Zaprimljen je zahtjev doc. dr. sc. Varje Đogaš, dr. med. za odobrenjem znanstvenog istraživanja pod nazivom **Procjena mentalnog zdravlja studenata** – provedba znanstvenog istraživanja na ljudima. Predviđeno je da ovo istraživanje započne u lipnju 2021. godine te da traje tri godine, a provodit će se putem online upitnika među studentima sastavnica Sveučilišta u Splitu. Glavni cilj ovog istraživanja je procijeniti stanje mentalnog zdravlja u studenata različitih sastavnica Sveučilišta u Splitu.

II. Etičko povjerenstvo Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu je, prilikom raspravljanja o ovom predmetu, uzelo u obzir izjavu prijavitelja da rizika za ispitanike nema. Također je uzeta u obzir izjava da će identitet ispitanika (zdravog ili pacijenta) uvijek ostati anoniman.

III. Sukladno odredbi članka 16. Etičkog kodeksa Medicinskog fakulteta u Splitu Povjerenstvo je zauzelo stajalište kako je predmetno istraživanje **u skladu s odredbama Etičkog kodeksa** koje reguliraju istraživanja na ljudima u znanstvenom, istraživačkom i stručnom radu i etičkim načelima Helsinške deklaracije.

IV. Mišljenje je doneseno jednoglasno.

Predsjednik Povjerenstva:

prof. dr. sc. Marko Ljubković

Dostaviti:
- doc. dr. sc. Varja Đogaš, dr. med.
- arhiv Etičkog povjerenstva Medicinskog fakulteta
- arhiv Fakulteta

13.2. Upitnik primijenjen u istraživanju

Sudjelovanje u ovom istraživanju u potpunosti je dobrovoljno i anonimno. Istraživanje se provodi isključivo u akademske svrhe. među studentima, s ciljem boljeg razumijevanja mogućih teškoća u svakodnevnom funkcioniranju te osobina ličnosti.
Sudionici u svakom trenutku mogu odustati od sudjelovanja bez ikakvih posljedica.
Ispunjavanjem upitnika sudionici daju svoj informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju.

Molimo Vas da odgovorite na sljedeća pitanja. (po potrebi nadopunite ili zaokružite odgovor)

1. Koliko imate godina? _____
1. Na koji ste fakultet upisani? _____
2. Koju godinu studija pohađate? _____
3. Spol: M / Ž
4. Završio sam: gimnaziju / strukovnu školu
5. Koliko imate braće? _____
6. Koliko imate sestara? _____
7. Koliko osoba je u Vašoj užoj obitelji? _____
8. Potječete li iz cjelovite obitelji (roditelji i djeca živjeli zajedno)? Da / Ne
9. Odnosi u Vašoj obitelji su (zaokruži):
   a) izrazito dobri
   b) dobri
   c) osrednji
   d) loši
   e) izrazito loši
10. S kim najčešće razgovarate o svojim problemima? (možete zaokružiti više odgovora)
    a) otac
    b) majka
    c) braća i sestre
    d) prijatelji
    e) nastavnici
    f) netko drugi _____
11. Jeste li ikada potražili psihološku pomoć u bilo kojem obliku? Da / Ne
12. Jeste li ikada imali traumatskih iskustava (zlostavljanje ili zanemarivanje vršnjačko i/ili obiteljsko, konfliktni razvodi, gubitak voljene osobe, traumatske selidbe, prometne ili druge nesreće, sukob sa zakonom, nešto drugo)? Da / Ne
13. Ako ste u prethodnom pitanju odabrali odgovor „Da“, molimo Vas da napišete o kakvom je traumatskom iskustvu riječ. _____
14. Vaš bračni status je:
    a) slobodan/na
    a) u vezi
    b) u braku
    c) razveden/a
    d) udovac/ica

15. U koju kategoriju biste svrstali ukupna mjesečna primanja unutar Vaše primarne obitelji?

a) Manje od 4000 kn
a) Od 4000 kn do 8000 kn
b) Od 8000 kn do 12000 kn
c) Od 12000 kn do 16000 kn
d) Iznad 16000 kn

Slijedi nekoliko pitanja o Vašim navikama spavanja (tijekom posljednjih nekoliko tjedana).

U koliko sati obično idete na spavanje? _____
U koliko sati se obično budite? _____
Koliko vam dugo treba da zaspete? (u minutama) _____
Budite li se često noću? _____
Imate li poteškoća s usnivanjem? Da / Ne
Koliko sati obično spavate? _____
Patite li od nesanice? Da / Ne
Osjećate li se kronično umorni? Da / Ne

Ispod se nalazi popis problema ili pritužbi koje ljudi povremeno imaju. Molimo Vas pažljivo pročitajte i odaberite jedan broj koji najbolje opisuje koliko Vas je zabrinjavao određeni problem kroz nekoliko posljednjih tjedana.

0 - nikad
1 - vrlo rijetko
2 - rijetko
3 - često
4 - stalno

Posljednjih nekoliko tjedana koliko često Vas je mučio/la/lo:

1	nervoza ili unutarnja drhtavica	0	1	2	3	4
2	malaksalost ili vrtoglavica	0	1	2	3	4
3	osjećaj da netko kontrolira Vaše misli	0	1	2	3	4
4	osjećaj da su drugi krivi za većinu Vaših problema	0	1	2	3	4
5	teškoća da se sjetite nekih stvari	0	1	2	3	4
6	lako se naljutite ili iznervirate	0	1	2	3	4
7	bol u predjelu srca ili u prsima	0	1	2	3	4
8	osjećaj straha na otvorenom prostoru ili na ulici	0	1	2	3	4
9	razmišljanje o samoubojstvu	0	1	2	3	4
10	osjećate da se većini ljudi ne može vjerovati	0	1	2	3	4
11	slab apetit	0	1	2	3	4
12	iznenada se uplašite bez razloga	0	1	2	3	4
13	izljevi bijesa koje ne možete kontrolirati	0	1	2	3	4
14	nesposobnost za obavljanje poslova koje treba završiti	0	1	2	3	4
15	osjećaj usamljenosti	0	1	2	3	4
16	osjećaj tuge	0	1	2	3	4
17	nedostatak interesa za bilo što	0	1	2	3	4
18	osjećaj zastrašenosti	0	1	2	3	4

19	osjećaj da Vas drugi ljudi mogu lako povrijediti	0	1	2	3	4
20	osjećaj da drugi nisu prijateljski naklonjeni ili da Vas ne vole	0	1	2	3	4
21	osjećaj mučnine ili uznemirenosti u trbuhu	0	1	2	3	4
22	osjećaj da ste manje vrijedni od drugih	0	1	2	3	4
23	osjećaj da drugi ljudi govore o Vama ili Vas gledaju	0	1	2	3	4
24	teškoće s uspavljivanjem	0	1	2	3	4
25	potreba da provjeravate dva ili više puta ono što radite	0	1	2	3	4
26	teškoće u donošenju odluka	0	1	2	3	4
27	osjećaj straha kada putujete autobusom, vlakom ili tramvajem	0	1	2	3	4
28	otežano disanje	0	1	2	3	4
29	osjećaj da Vam tijelom prolaze valovi topline ili hladnoće	0	1	2	3	4
30	potreba za izbjegavanjem stvari, mjesta ili aktivnosti koje Vas plaše	0	1	2	3	4
31	praznina u glavi	0	1	2	3	4
32	utrnulost ili žmarci u pojedinim dijelovima tijela	0	1	2	3	4
33	osjećaj beznađa u odnosu na budućnost	0	1	2	3	4
34	teškoće s koncentracijom	0	1	2	3	4
35	osjećaj slabosti u pojedinim dijelovima tijela	0	1	2	3	4
36	osjećaj uznemirenosti ili napetosti	0	1	2	3	4
37	misli o smrti ili umiranju	0	1	2	3	4
38	stidljivost i smetenost u društvu drugih ljudi	0	1	2	3	4
39	potreba da nekog istučete, uvrijedite ili povrijedite	0	1	2	3	4
40	prisila da nešto slomite ili razbijete	0	1	2	3	4
41	osjećaj nelagode u gužvi, kao primjerice u kupovini ili u kinu	0	1	2	3	4
42	nagli napadi jakog straha ili panike	0	1	2	3	4
43	česte svađe s drugima	0	1	2	3	4
44	osjećaj nervoze kada ostanete sami	0	1	2	3	4
45	drugi Vam ne daju dovoljno priznanja za ono što ste postigli	0	1	2	3	4
46	osjećaj usamljenosti, čak i kad ste u društvu	0	1	2	3	4
47	osjećaj da ste tako nemirni da ne možete mirno sjediti	0	1	2	3	4
48	osjećaj bezvrijednosti	0	1	2	3	4
49	osjećaj da će Vas ljudi iskoristiti samo ako im za to pružite priliku	0	1	2	3	4
50	misao da trebate biti kažnjeni zbog svojih grijeha	0	1	2	3	4
51	osjećaj da nikad niste bili bliski s nekom osobom	0	1	2	3	4
52	osjećaj krivnje	0	1	2	3	4
53	pomisao da nešto nije u redu s Vašim razumom	0	1	2	3	4

Pred Vama se nalaze 52 opisne tvrdnje. Molimo Vas da razmislite o svakoj i označite koliko Vas dobro opisuje. Nema točnih ili netočnih odgovora. Jednostavno označite koliko Vas dobro kao osobu opisuje svaka tvrdnja na sljedećoj skali od 6 stupnjeva:

0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Uopće nije nalik meni	Djelomično nije nalik meni	U maloj mjeri je nalik meni	Pomalo je nalik meni	Djelomično je nalik meni	Vrlo je nalik meni

1	Često maštam o tome da mi se dive i poštuju me.	0	1	2	3	4	5
2	Moje samopoštovanje se često mijenja.	0	1	2	3	4	5

3	Ponekad se osjećam posramljeno zbog svojih očekivanja od drugih kad me oni razočaraju.	0	1	2	3	4	5
4	Obično se riječima mogu izvući iz bilo koje situacije.	0	1	2	3	4	5
5	Teško mi je biti zadovoljan sobom kada sam sam.	0	1	2	3	4	5
6	Brigom za druge mogu postići da se dobro osjećam.	0	1	2	3	4	5
7	Mrzim tražiti pomoć.	0	1	2	3	4	5
8	Kada me ljudi ne primjećuju, počinjem osjećati nezadovoljstvo sobom.	0	1	2	3	4	5
9	Često skrivam svoje potrebe od drugih zbog straha da će me doživjeti zahtjevnim i ovisnim.	0	1	2	3	4	5
10	Svakoga mogu uvjeriti u ono što želim.	0	1	2	3	4	5
11	Razljutim se kad ljudi ne primjećuju sve što činim za njih.	0	1	2	3	4	5
12	Idu mi na živce ljudi koje ne zanima što govorim ili činim.	0	1	2	3	4	5
13	Ne bih otkrio sve svoje intimne misli i osjećaje nekome koga jako ne cijenim.	0	1	2	3	4	5
14	Često maštam o tome da imam golem utjecaj na svijet oko sebe.	0	1	2	3	4	5
15	Bez problema manipuliram ljudima.	0	1	2	3	4	5
16	Kad me drugi ne primjećuju, osjećam se bezvrijedno.	0	1	2	3	4	5
17	Ponekad izbjegavam ljude jer se brinem da će me razočarati.	0	1	2	3	4	5
18	Obično se jako naljutim kad od drugih ne mogu dobiti ono što želim.	0	1	2	3	4	5
19	Ponekad mi je potrebno da me važne osobe u mojem životu uvjere u moju vrijednost.	0	1	2	3	4	5
20	Kad učinim nešto za druge, očekujem da će i oni učiniti nešto za mene.	0	1	2	3	4	5
21	Kad drugi ne ispune moja očekivanja, često se osjećam posramljeno zbog onog što sam želio.	0	1	2	3	4	5
22	Osjećam se važnim kad se drugi oslanjaju na mene.	0	1	2	3	4	5
23	Mogu ljude čitati poput otvorene knjige.	0	1	2	3	4	5
24	Kad me drugi razočaraju, često se naljutim na sebe.	0	1	2	3	4	5
25	Žrtvovanje za druge čini me boljom osobom.	0	1	2	3	4	5
26	Često maštam o postignućima koja su vjerojatno izvan mojih mogućnosti.	0	1	2	3	4	5
27	Ponekad izbjegavam ljude iz straha da neće učiniti ono što tražim od njih.	0	1	2	3	4	5
28	Teško mi je drugima otkriti slabosti koje osjećam u sebi.	0	1	2	3	4	5
29	Naljutim se kad me kritiziraju.	0	1	2	3	4	5
30	Teško mi je osjećati zadovoljstvo samim sobom ako ne znam da me drugi ljudi cijene.	0	1	2	3	4	5

31	Često maštam o tome da sam nagrađen za svoj trud.	0	1	2	3	4	5
32	Zaokupljen sam mislima i brigama da me većina ljudi ne smatra zanimljivim.	0	1	2	3	4	5
33	Rado imam prijatelje koji se pouzdaju u mene jer se zbog toga osjećam važnim.	0	1	2	3	4	5
34	Ponekad izbjegavam ljude jer sam zabrinut da neće cijeniti ono što činim za njih.	0	1	2	3	4	5
35	Svatko voli slušati moje priče.	0	1	2	3	4	5
36	Teško mi je biti zadovoljan samim sobom ako nisam siguran da se sviđam drugima.	0	1	2	3	4	5
37	Ide mi na živce kad ljudi ne primjećuju koliko sam dobra osoba.	0	1	2	3	4	5
38	Neću biti zadovoljan dok ne dobijem sve što zaslužujem.	0	1	2	3	4	5
39	Pokušavam pokazati da sam dobra osoba kroz žrtve koje činim.	0	1	2	3	4	5
40	Razočaran sam kad me ljudi ne primjećuju.	0	1	2	3	4	5
41	Često zavidim drugima na njihovim postignućima.	0	1	2	3	4	5
42	Često maštam o tome da činim junačka djela.	0	1	2	3	4	5
43	Pomažem drugima kako bih dokazao da sam dobra osoba.	0	1	2	3	4	5
44	Važno mi je pokazati ljudima da nešto mogu sam učiniti, čak i ako sumnjam u to.	0	1	2	3	4	5
45	Često maštam o dobivanju priznanja za svoja postignuća.	0	1	2	3	4	5
46	Ne mogu podnijeti oslanjanje na druge jer se zbog toga osjećam slabim.	0	1	2	3	4	5
47	Teško mi je biti zadovoljan sobom ako me ljudi ne dožive onako kako bih ja to želio.	0	1	2	3	4	5
48	Potrebno mi je da me drugi uvažavaju.	0	1	2	3	4	5
49	Želim postići nešto u očima svijeta.	0	1	2	3	4	5
50	Kad drugi uoče naznake mojih potreba, osjećam se uznemireno i posramljeno.	0	1	2	3	4	5
51	Ponekad je lakše biti sam nego suočiti se s tim da ne dobijem sve što želim od drugih ljudi.	0	1	2	3	4	5
52	Mogu se prilično naljutiti kad se drugi ne slažu sa mnom.	0	1	2	3	4	5

Hvala Vam na sudjelovanju u ovom istraživanju!