Granični poremećaj ličnosti

Horvat, Ana

Undergraduate thesis / Završni rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:021180

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek

zir.nsk.hr

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Ana Horvat

Granični poremećaj ličnosti

Završni rad

Mentorica: doc. dr. sc. Ana Kurtović

Osijek, 2015

SADRŽAJ

1. UVOD ... 1

2. NAZIV, ŽIVOTNI CIKLUS I EPIDEMOLOGIJA GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI ... 2

3. DIJAGNOZA ... 3

3.1. Poremećeni odnosi ... 3

3.1.1. Nestabilni interpersonalni odnosi ... 3

3.1.2. Poremećaj identiteta ... 4

3.1.3. Osjećaj praznine ... 5

3.1.4. Disocijacija od realnosti ... 5

3.2. Nekontrolirano ponašanje ... 5

3.2.1. Destruktivna impulzivnost ... 5

3.2.2. Samoozljeđivanje ... 6

3.3. Afektivna nestabilnost ... 6

3.3.1. Strah od napuštanja ... 6

3.3.2. Nestabilno raspoloženje ... 7

3.3.3. Ljutnja ... 7

4. CIJEPANJE ... 7

5. ETIOLOGIJA GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI ... 8

5.1. Biološka objašnjenja ... 8

5.2. Psihološka objašnjenja ... 10

5.3. Socijalna objašnjenja ... 11

5.4. Biosocijalna teorija ... 11

6. TRETMAN GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI ... 12

6.1. Farmakoterapija ... 12

6.2. Psihoterapija ... 14

7. PROBLEMI U TRETMANU GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI ... 16

7.1. Komunikacija s osobama s graničnim poremećajem ličnosti ... 16

8. ZAKLJUČAK ... 19

9. LITERATURA ... 20

Granični poremećaj ličnosti

Sažetak

Granični poremećaj ličnosti (eng. borderline personality disorder) karakterizira pervazivni obrazac nestabilne afektivne regulacije, kontrole impulsa, međuljudskih odnosa te slike o sebi. Ovi su obrasci sveprisutni, najčešće počinju u adolescenciji i perzistiraju kroz produženo razdoblje. Simptomi koji karakteriziraju ovaj poremećaj mogu se grupirati u tri osnovne klasifikacijske kategorije: poremećeni odnosi, nekontrolirano ponašanje i afektivna nestabilnost. Tipični obrambeni mehanizam osoba s graničnim poremećajem ličnosti jest tzv. cijepanje koje se definira kao rigidno razdvajanje pozitivnih i negativnih misli i osjećaja o sebi i drugima. Etiologiji graničnog poremećaja ličnosti pristupa se višedimenzionalno: iz biološke, kognitivne, bihevioralne te socijalne perspektive. Jedan od najprihvaćenijih etioloških modela graničnog poremećaja ličnosti oblikovan je u okviru biosocijalne teorije koja naglašava utjecaj interakcije između bioloških predispozicija i specifičnih okolinskih faktora na razvoj poremećaja. Primarni tretman za granični poremećaj ličnosti jest psihoterapija koja se može nadopunjavati farmakoterapijom, ovisno o ozbiljnosti specifičnih bihevioralnih simptoma. Brojna istraživanja podupiru učinkovitost nekoliko oblika psihoterapije, a najprihvaćenija je dijalektičko-bihevioralna terapija. Neovisno o vrsti, tretman graničnog poremećaja ličnosti nosi rizik za pojavu specifičnih problema sukladno nizu specifičnih simptoma koje ove osobe mogu ispoljavati i koji mogu ometati terapijski proces. Jedno od sredstava za uspješno nošenje s dotičnim problemima krije se u posebno strukturiranoj komunikaciji. Prognoza graničnog poremećaja ličnosti kronična je i nepovoljna, no u obzir treba uzeti i podatke koji sugeriraju mogućnost napretka tijekom terapijskog procesa u kojem referentnu točku ka pozitivnoj promjeni predstavljaju klijentove jake strane i vrline.

KLJUČNE RIJEČI: Granični poremećaj ličnosti, dijagnoza, etiologija, tretman

1. UVOD

Ličnost je ključni dio psihičkog života pojedinca, ali i čovjekove prirode uopće. Kompleksnost ličnosti najzornije demonstrira činjenica da ne postoji njena univerzalna i konsenzusna definicija. Možda najprihvaćeniju definiciju ličnosti predložili su Larsen i Buss (2008) prema kojoj je ona skup organiziranih te razmjerno trajnih psiholoških osobina i mehanizama unutar pojedinca koji utječu na njegove interakcije s okolinom i prilagodbu na okolinu. Poremećaj ličnosti prisutan je kada su određene relevantne facete ličnosti neprilagođene i nefleksibilne, što se manifestira kroz maladaptivne oblike mišljenja, emocija i ponašanja, te posljedično onemogućuju adekvatnu responzivnost kako na okolinske zahtjeve, tako i na unutarnje potrebe pojedinca. Da bi neka crta ličnosti poprimila snagu i kvalitetu poremećaja ličnosti, vidljivo ponašanje kroz koje se ona ispoljava treba zadovoljavati tzv. „3 P" kriterija, odnosno ono mora biti patološko (odstupajuće od očekivanog), perzistirajuće (učestalo prisutno tijekom razdoblja od najmanje 5 godina) i pervazivno (jasno vidljivo u različitim situacijama) (Begić, 2011). Osoba s poremećajem ličnosti proživljava znatni osobni distres (ona „pati"), no izvor tog stanja vidi izvan sebe. Zbog toga rijetko kad traži pomoć, a češće to čine osobe iz neposredne društvene okoline koje mogu doživljavati veću patnju od osobe s tim poremećajem zbog njezina neprilagođenog ponašanja.

Najčešći poremećaj ličnosti viđen u kliničkim uvjetima jest granični poremećaj ličnosti („borderline personality disorder" – BPD). Ipak, unatoč njegovoj učestalosti, možda je najviše pogrešno shvaćena i dijagnosticirana mentalna bolest. To je ozbiljan mentalni poremećaj s karakterističnim pervazivnim obrascom nestabilne afektivne regulacije, kontrole impulsa, međuljudskih odnosa i slike o sebi. Ti neprilagođeni obrasci najčešće počinju u adolescenciji i perzistiraju kroz produženo razdoblje. Poremećaj karakterizira ozbiljno psihosocijalno oštećenje te visoka stopa smrtnosti zbog samoubojstava - do 10% bolesnika počini samoubojstvo, a stopa je gotovo 50 puta veća nego u općoj populaciji (Bohus, Lieb, Linehan, Schmahl i Zanarini, 2004). Zbog znatnog korištenja tretmana, pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti zahtijevaju više terapijskih resursa u odnosu na pojedince s drugim psihijatrijskim poremećajima.

Svrha ovog rada jest pružiti opsežan pregled najbitnijih odrednica graničnog poremećaja ličnosti s posebnim naglaskom na etiologiju, kliničku sliku te tretman poremećaja. Na početku je sažet pregled postupne formulacije samog termina borderline, praćen opisom razvoja poremećaja kroz različite dobne kategorije te osvrtom na epidemologiju u općoj te u drugim populacijama. Potom su detaljno opisani definirajući simptomi poremećaja kroz devet

uvriježenih dijagnostičkih kriterija. Opisan je i glavni mehanizam obrane osoba s ovim poremećajem, nakon čega slijedi opsežan pregled mogućih uzročnih čimbenika koji pogoduju razvoju poremećaja te opis jednog od najprihvaćenijih etioloških modela poremećaja. Predstavljeni su i različiti efikasni oblici terapije graničnog poremećaja ličnosti te potencijalni problemi koji se mogu javiti prilikom tretmana. Na koncu, navedeni su prognostički postulati utemeljeni na empirijskoj građi i podacima iz kliničkih opservacija te koncizan obuhvat subjektivnih razmatranja ovog složenog psihičkog poremećaja s naglaskom na potrebne buduće nadopune postojećih tretmana te istraživanja u ovom području.

2. NAZIV, ŽIVOTNI CIKLUS I EPIDEMOLOGIJA GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI

Naziv borderline prvotno je upotrijebljen prije više 70 godina od strane A. Sterna kako bi opisao stanje pacijenata koji su bili na granici između psihoze i neuroze, no nisu se mogli na odgovarajući način klasificirati (Kreisman i Straus, 2004). Za razliku od psihotičnih bolesnika, koji su bili kronično separirani od stvarnosti, i neurotičnih pacijenata, koji su konzistentnije odgovarali na psihoterapiju i bliske osobe, granični pacijenti funkcionirali su negdje između. Kroz desetljeća psihijatri su prepoznali postojanje ove "granične" bolesti, ali nisu bili u mogućnosti formulirati konsenzusnu definiciju. Konačno, 1980. godine u trećem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika (DSM-III) Američke Psihijatrijske Udruge po prvi put je klasificirana dijagnoza graničnog poremećaja ličnosti kroz specifične deskriptivne simptome (Kreisman i Straus, 2004). U klasifikacijskom sustavu Svjetske Zdravstvene Organizacije termin „granični“ koristi se kao naziv za oblik emocionalno nestabilne ličnosti, koja uz granični, obuhvaća i tzv. impulzivni tip. Naspram toga, u DSM klasifikaciji Američke Psihijatrijske Udruge borderline je nadređen pojam i označuje poremećaj ličnosti.

Granično ponašanje tipično se najprije promatra u razdoblju od kasne mlađe dobi do ranih tridesetih godina, iako ozbiljni problemi separacije ili ispadi bijesa u mlađe djece mogu biti dijagnostički indikativni. Tijekom trećeg i četvrtog desetljeća, mnoge osobe s graničnim poremećajem ličnosti uspostave određenu stabilnost u svojim životima (Kreisman i Straus, 2004). Poremećaj perzistira u starijoj dobi, ali u znatno manjoj mjeri (Kreisman i Straus, 2004).

Prevalencija graničnog poremećaja ličnosti u općoj populaciji seže od 1 do 2 %. Odnos javljanja u žena i muškaraca je 3:1. Neki podaci govore u prilog nepostojanju spolnih razlika (žene samo češće traže pomoć) (Coid, Yang, Tyrer i sur., 2006; prema Begić, 2011, str. 331). Prevalencija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je oko 6%, u ambulantnoj skrbi za psihičko

zdravlje iznosi oko 10% te oko 20% među bolnički liječenim psihijatrijskim bolesnicima (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

3. DIJAGNOZA

Dijagnoza se prema DSM-V temelji na devet kriterija, od kojih pojedinac mora zadovoljavati minimalno pet kako bi mu se opravdano dijagnosticirao granični poremećaj ličnosti (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Pervazivni obrazac nestabilnosti u interpersonalnim odnosima, slici o sebi, afektu te značajna impulzivnost, koji počinju do rane odrasle dobi i prisutni su u različitim situacijama, očituju se kao pet (ili više) od slijedećeg:

1. Grčevito nastojanje da se izbjegne stvarno ili zamišljeno napuštanje od strane druge osobe[1]
2. Obrazac nestabilnih i intenzivnih međuljudskih odnosa koje obilježava odlazak iz jedne u drugu krajnost, tj. idealizacija i obezvređivanje
3. Poremećaj identiteta: izrazito i ustrajno nestabilna slika o sebi ili doživljaj sebe
4. Impulzivnost na najmanje dva područja koja predstavljaju opasnost za samoga/samu sebe (npr. trošenje novca, spolni odnosi, upotreba psihoaktivnih tvari, nepažljivo upravljanje automobilom, napadi prejedanja)[1]
5. Ponovljeni pokušaji samoubojstva, geste, prijetnje ili samoozljeđivanje
6. Emocionalna nestabilnost uzrokovana izrazitim promjenama raspoloženja (npr. intenzivna povremena disforija, razdražljivost ili tjeskoba koji obično traju nekoliko sati, a rijetko dulje od nekoliko dana)
7. Kroničan osjećaj praznine
8. Neprikladna, jaka ljutnja ili teško kontroliranje ljutnje (npr. učestali ispadi bijesa, stalna ljutnja, ponovljene tučnjave)
9. Prolazne, sa stresom povezane, paranoidne misli ili teški simptomi disocijacije

Ovi se kriteriji mogu grupirati u 3 opće klasifikacijske kategorije: poremećeni odnosi, nekontrolirano ponašanje i afektivna nestabilnost.

3.1. Poremećeni odnosi

3.1.1. Nestabilni interpersonalni odnosi

Kontinuirano zaplitanje u kaotičnim međuljudskim odnosima jedna je od najvažnijih prepoznatljivih odlika graničnog poremećaja ličnosti. U kroničnom izbjegavanju samoće, ove

[1]Isključujući pokušaj samoubojstva ili samoranjavajuće ponašanje (uključeno u kriterij br. 5).

se osobe često upuštaju u disfunkcionalne odnose, unatoč intezivnom osjećaju viktimizacije od strane partnera. Jedno je istraživanje pokazalo da su turbulentne veze i impulzivnost dva najdiskriminativnija kriterija za definiranje ovog poremećaja (Kreisman i Straus, 2004). Kod depresivnih graničnih pojedinaca, poremećeni odnos primarni je prediktor autodestruktivnog ponašanja, kao što je pokušaj samoubojstva i samoozljeđivanje. Ljutnja i paranoja manje su rizični čimbenici (Kreisman i Straus, 2004). Nekoliko istaknutih suvremenih pristupa terapiji graničnom poremećaju ističu važnost poboljšanih interpersonalnih vještina i osjećaja samoefikasnosti u međuljudskoj domeni kao osnovne komponente liječenja. Linehan (1993; prema Ryan i Shean, 2007) dijeli granične pacijente prema dva karakteristična obrasca uspostavljanja međuljudskih odnosa. Takozvani „poput leptira“ klijenti imaju poteškoće u formiranju veza i skloni su „treperiti“ unutar i izvan odnosa. Nasuprot tome, „vezani“ klijenti imaju tendenciju formirati brze, intezivne, ovisne ,te burne veze.

3.1.2. Poremećaj identiteta

Većina graničnih osoba nikad ne razvije zaseban i konzistentan osjećaj sebstva. Oni koriste aktualno dominantne osjećaje, misli te ponašanja pri definiranju vlastitog identiteta u cjelini, s malim ili nikakvim obzirom prema prijašnjim iskustvima. Prisutno je i konstantno opterećenje zavaravanjem okoline, te stalni strah od razotkrivanja unutar oblikovane krinke. Taj dugotrajan osjećaj neautentičnosti vjerojatno potječe iz djetinjstva, kada je "predgranično" dijete obeshrabreno od sazrijevanja i odvajanja od roditelja (Kreisman i Straus, 2004). Da bi prevladali nejasnu i uglavnom negativnu sliku o sebi, stalno su u potrazi za "dobrim ulogama" i cjelovitim "karakterima" kojima mogu ispuniti prazninu u svom identitetu. Baš kao što njihova percepcija drugih često oscilira između glorifikacije i ocrnjivanja, vlastita samosvijest također varira između krajnosti. Mnogi postaju opsjednuti fizički izgledom. Neki razviju pretjerano kritičku zaokupljenost izdvojenom tjelesnom značajkom (na primjer - nosom), koja definira njihovo samopouzdanje, što je poremećaj koji se u DSM-u klasificira kao tjelesna dismorfija (Kreisman i Straus, 2004). Drugi mogu razviti poremećaj prehrane u kojemu samovrednovanje varira u potpunosti ovisno o težini. Osim ovih dramatičnih promjena u samopoimanju, ponekad (osobito kada su sami) granični pojedinci mogu osjećati da uopće ne postoje. Dok je ostalih osam kriterija koji definiraju granični poremećaj ličnosti jednako zastupljeno među muškarcima i ženama, jedino poremećaj identiteta znatno češće izvješćuju žene (Kreisman i Straus, 2004).

3.1.3. Osjećaj praznine

Osjećaj praznine povezan je s konceptom graničnog poremećaja ličnosti još 1980. godine kada se konkretizirala dijagnoza poremećaja trećim izdanjem Dijagnostičkog i statističkog priručnika (*DSM-III*) (Kreisman i Straus, 2004). Gunderson (2001) je zaključio da je, u odnosu na impulzivnost, depresiju i bijes, praznina emocija koja je najviše otporna na promjene. Zapazio je da mnogi granični pacijenti imaju tendenciju akomodirati se na takve osjećaje, umjesto da ih eliminiraju. Pojam praznine teško je definirati. Obično se opisuje kao osjećaj besmislenosti ili emocionalne praznine koji uključuje alijenaciju od okoline (Kreisman i Straus, 2004). Zauzvrat, to se povezuje sa simptomom poremećaja identiteta. Nemogućnost osjećanja povezanosti s ostatkom svijeta može se razviti u očajnički strah od napuštanja i, u konačnici, u osjećaje disocijacije od okoline.

3.1.4. Disocijacija od realnosti

Za razliku od psihotičnih simptoma opaženih kod drugih teških bolesti, kao što su shizofrenija i bipolarni poremećaj, granična disocijacija uglavnom se pojavljuje i rješava iznenada, slično kao granični bijes i promjene raspoloženja. Precipitirajući čimbenik za ovaj granični simptom jest doživljeni stres. Teška regresija na primitivno i nerealno razmišljanje navođena je mnogo godina u dijagnozi poremećaja, ali nije bila uključena kao definirajući kriterij do 1994. godine, kada je objavljeno četvrto izdanje DSM-a (*DSM-IV*) (Kreisman i Straus, 2004).

3.2. Nekontrolirano ponašanje

3.2.1. Destruktivna impulzivnost

Impulzivnost, možda najčešći simptom graničnog poremećaja, može potaknuti povezana granična ponašanja (npr. iznenadne izljeve bijesa ili burne međuljudske odnose) ili proizaći iz njih (npr. iz promjena raspoloženja i burnih odnosa). Ozbiljnosti simptoma značajno pridonosi dimenzija autodestruktivnosti koju impulzivne radnje obično sadrže. To dovodi do seksualnog promiskuiteta, te raznih ovisničkih ponašanja, poput kockanja, prekomjerne potrošnje, te anoreksije i bulimije. Čini se da je impulzivna agresivnost kod graničnih pojedinaca općenito asocirana s agresivnim odgovorima na provokacije koji su popraćeni gubitkom bihevioralne kontrole. Osim toga, neke prethodne studije predložile su da granične osobe imaju poremećaj inhibitorne kontrole (Grootens i sur., 2008; Ruchsow i sur., 2008; prema Ferraz i sur., 2009). Rezultati istraživanja Ferraza i suradnika (2009) podržavaju dokaze koji naglašavaju središnju ulogu impulzivnosti kod graničnog poremećaja ličnosti te koji demonstriraju da su granični pojedinci visoko na nekoliko aspekata ovog konstrukta.

Konkretno, ustanovljeno je da osobe s graničnim poremećajem ličnosti karakterizira visoka razina crte impulzivnosti koja je definirana kroz veću motornu aktivaciju, manji kapacitet pažnje, smanjeno planiranje, te visoke razine agresivnosti i neprijateljstva, specifično u dimenzijama s većom zastupljenošću emocionalne komponente, kao što su ljutnja, sumnja, razdražljivost i krivnja.

3.2.2. Samoozljeđivanje

Niti jedan simptom graničnog poremećaja nije toliko težak za razumijevanje obitelji i terapeutu kao samo-štetna ponašanja. Razlozi za samoozljeđivanje, koje obično ima oblik samonanešenih posjekotina i opekotina na raznim dijelovima tijela, različiti su i složeni. Što započne kao impulzivno djelovanje može, s vremenom, postati ritual olakšanja od tjeskobe. Suicidalno ponašanje nije uvijek praćeno željom za smrću, već može biti mehanizam za komunikaciju boli i molbe za pomoć. Studije otkrivaju da dijagnozu poremećaja ličnosti prate izvršena samoubojstava u gotovo 30 posto slučajeva (Kreisman i Straus, 2004). Poremećaj ličnosti četvrti je najvažniji faktor rizika za samoubojstvo, odmah nakon depresije, shizofrenije i alkoholizma (koji su često povezani s poremećajem ličnosti). Brojni faktori dodatno povećavaju rizik za samoubojstvo kod graničnih pojedinaca. Oni uključuju: prethodne pokušaje samoubojstva, prethodne hospitalizacije, povijest perzistentne depresije, beznađe, impulzivnost i agresivnost, komorbiditetna antisocijalna obilježja, zlouporabu supstanci od strane pojedinca ili roditelja, stariju dob (Black, Blum, Pfohl i Hale, 1994, 2004), povijest seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu (Kelly, Lynch i Soloff, 2002), nezaposlenost i česte promjene posla, više obrazovanje, rane gubitke, financijsku nestabilnost, nedostatak stabilnog prebivališta, te neadekvatnu ili nedosljednu psihijatrijska skrb (Kreisman i Straus, 2004).

3.3. Afektivna nestabilnost

3.3.1. Strah od napuštanja

Očajan strah od napuštanja, osnovna značajka graničnog poremećaja ličnosti, utječe na mnoge druge definirajuće simptome. Strah od samoće ometa uspostavljanje zdravih bliskih odnosa te formiranje identiteta i precipitira ozbiljne promjene raspoloženja, autodestruktivna ponašanja te ispade bijesa. Strah obično proizlazi iz prvih iskustava. Roditelj (najčešće majka) obeshrabruje normalno razdvajanje i individuaciju putem pretjerano privrženog roditeljskog stila (možda zbog vlastitog straha od napuštanja) ili previše odbacujućeg roditeljstva (možda zbog vlastitog straha od bliskosti), a ponekad su prisutna oba stila (Kreisman i Straus, 2004).

3.3.2. Nestabilno raspoloženje

Afektivna nestabilnost (ili promjene raspoloženja) jedan je od najistaknutijih obilježja graničnog poremećaja ličnosti. Emocije poput depresije, ushićenja, ljutnje ili tjeskobe mogu se naglo promijeniti kao odgovor na vanjske podražaje. Radikalne promjene raspoloženja simptom su mnogih duševnih bolesti. Promjene raspoloženja kod graničnih pojedinaca mogu biti prekrivene drugim dijagnozama, najčešće afektivnih poremećaja (velika depresivna epizoda ili bipolarni afektivni poremećaj) ili poremećaja nagona, a mogu postojati zajedno s njima. Čak 44 % ljudi s graničnim poremećajem ličnosti ima i bipolarni afektivni poremećaj (Begić, 2011). Nedavna su istraživanja pokazala da raspoloženja povezana s graničnim poremećajem ličnosti ne uključuju sve emocije (Kreisman i Straus, 2004). Naime, poremećaj je snažno asociran s većom labilnošću ljutnje, tjeskobe te s teškim oscilacijama od depresije do tjeskobe.

3.3.3. Ljutnja

Za razliku od epizoda ljutnje promatranih u drugim patološkim i nepatološkim ponašanjima, većina graničnih pojedinaca osjeća ljutnju većinu vremena, čak i ako ona nije izražena. Kada se takav bijes izrazi, obilježava ga iznenadnost i nepredvidivost. Konstantno prisutna ljutnja kod ovih je pojedinaca potisnuta strahom od napuštanja ili je usmjerena prema unutra i transformirana u autodestruktivno ponašanje (Kreisman i Straus, 2004). Frustracija i samoprijekor mogu osloboditi bijes, koji je često kanaliziran prema najbližima.

4. CIJEPANJE

Osobe s graničnim poremećajem ličnosti teško prihvaćaju ljudske nedosljednosti i dvosmislenosti. Ne mogu pomiriti tuđe dobre i loše osobine u jedinstvenoj i koherentnoj slici. Posljedično, u bilo kojem trenutku jedna je osoba ili isključivo dobra ili isključivo loša. Ova "polarna percepcija" u odnosima s drugima primarni je obrambeni mehanizam osoba s graničnim poremećajem koji se naziva cijepanje (eng. *splitting*). Odnosi se na specifične kognitivne distorzije koje oblikuju shematiziranu diobu okolnog i unutarnjeg svijeta u dvije ekstremne kategorije – dobro i loše. Formalno definirano, cijepanje je rigidno razdvajanje pozitivnih i negativnih misli i osjećaja o sebi i drugima; to jest, nemogućnost sinteze tih osjećaja (Kreisman i Straus, 1989). Dok većina osoba može iskusiti ambivalentnost i percipirati dva kontradiktorna stanja u jednom trenutku, osobe s graničnim poremećajem ličnosti karakteristično se pomiču naprijed i natrag iz jednog u drugo stanje te su u potpunosti nesvjesni jednog emocionalnog stanja dok proživljavaju drugo. Stručnjaci smatraju da je taj obrambeni mehanizam namijenjen za zaštitu graničnih osoba od proturječnih osjećaja i slika te od tjeskobe

koja proizlazi iz tih kontradikcija . Međutim, taj mehanizam često i ironično postiže suprotan učinak: veću razinu anksioznosti i bijesa. Pretpostavlja se da dominantno korištenje ovog nefleksibilnog mehanizma obrane proizlazi iz traumatskih događaja ili neadekvatnih roditeljskih (poglavito majčinih) postupaka koji potiču inkorporaciju negativne reprezentacije selfa (pojma o sebi) u unutrašnji svijet. Rezultati nekih istraživanja sugeriraju da je manja sposobnost graničnih pacijenata u svladavanju anksioznosti, bolnih te prijetećih impulsa povezana ne samo s pretjeranom uporabom maladataptivnih obrambenih mehanizama, već i sa nedovoljnim korištenjem adaptivnih obrana. Bond, Pariz i Zweig-Frank (1994) u svojem su istraživanju ustanovili da su granični pacijenti, u usporedbi sa zdravim pojedincima, češće i u većoj mjeri koristili maladaptivne mehanizme obrane kojima se iskrivljuju slike sebe i drugih. Adaptivne mehanizme, poput supresije, sublimacije i humora, osobe s graničnim poremećajem koristile su u znatno manjoj mjeri.

5. ETIOLOGIJA GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI

Etiologiji ovoga poremećaja pristupa se višedimenzionalno: iz biološke, kognitivne, bihevioralne te socijalne perspektive.

5.1. Biološka objašnjenja

Istraživanja o biološkoj disfunkciji kod graničnog poremećaja ličnosti usmjerena su na strukturne, neurokemijske i genetske ranjivosti.

Znanstvenici koji istražuju neurologiju graničnog poremećaja ličnosti usredotočili su se na dio mozga koji se zove limbički sustav. Ovaj dio mozga utječe na pamćenje, učenje, emocionalna stanja (kao što je anksioznost) i ponašanja (osobito agresivna i seksualna). Elektroencefalografske (EEG) analize graničnih osoba pokazale su poremećaj u ovom dijelu mozga. Jedna je studija koristila magnetsku rezonancu (MRI) za procjenu promjene u volumenu limbičkog sustava kod graničnih žena koje su proživjele traumu. Ustanovljen je značajno smanjen volumen u područjima hipokampusa i amigdale (Kreisman i Straus, 2004). Ova veza između proživljenih fizičkih ili emocionalnih trauma u prošlosti i kasnijih promjena u volumenu određenih neuralnih područja koja su povezana s graničnom patologijom otvara mogućnost da zlostavljanje djece može mijenjati funkcioniranje mozga, rezultirajući graničnim ponašanjem. Ono što uvijek nije definitivno pokazano jest smjer povezanosti, odnosno jesu li ove abnormalnosti uzrok ili posljedica graničnog poremećaja ličnosti (Bohus i sur., 2004).

Nekoliko **neurotransmiterskih sustava**, uključujući serotonin, dopamin, acetilkolin, vazopresin, norepinefrin i gama-amino maslačnu kiselinu, nedavno su dobili pozornost u

empirijskoj literaturi. Neki su znanstvenici pokazali da abnormalne razine neurotransmitera serotonina mogu dovesti do povećane impulzivnosti i agresije povezanih s graničnim poremećajem ličnosti. Zanimljivo, takva je osjetljivost češće zapažena u žena (Kreisman i Straus, 2004). Dopamin i gama-aminomaslačna kiselina (GABA) također mogu biti uključeni u regulaciju impulzivne agresije. Acetilkolin i norepinefrin povezani su s modulacijom raspoloženja, a pretjerana pobudljivost noradrenergičkog sustava povezana je s hipersenzibilnošću graničnih pacijenata (Begić, 2011). Pokazano je da lijekovi koji reguliraju disbalans potonjih neurotransmitera ublažavaju povezane simptome poremećaja (Kreisman i Straus, 2004).

Istraživači su također istraživali odnose između granične patologije i **disfunkcije autonomnog živčanog sustava.** Istraživači smatraju da su kod osoba s graničnim poremećajem ličnosti ta dva sustava maladaptivna. Konkretno, kod ovih je osoba simpatički sustav preforsiran, što dovodi do frekventnijih poremećaja spavanja, impulzivnosti i emocionalne nestabilnosti kod osoba s graničnim poremećajem. Dakle, ove su osobe konstantno u pripremi odgovora borba-ili-bijeg. Fiziološki, pretpostavlja se da, u odnosu na opću populaciju, pojedinci s graničnim poremećajem ličnosti imaju neurološku predispoziciju pretjerane pobuđenosti i hipersenzitivnosti na podražaje, odnosno povećanu aktivaciju simpatičkog živčanog sustava (Linehan, 1993). Međutim, razna su istraživanja generirala nekonzistentne rezultate vezane uz ulogu autonomnog živčanog sustava u razvoju simptoma graničnog poremećaja ličnosti (Rosenthal i sur., 2008; prema Becerra i Cavazzi, 2014).

Konačno, dokazi pokazuju da granični poremećaj ima **nasljedne komponente**. Istraživanja bihevioralne genetike o heritabilnosti ovog poremećaja proizvela su kontradiktorne rezultate, dijelom zbog metodoloških razlika između studija, dijelom zbog heterogenosti graničnog fenotipa (Beauchaine, Crowell i Linehan, 2009). Najznačajnije su rezultate dale studije blizanaca ,te obiteljske studije. Jedna od najvećih studija blizanaca (92 jednojajčanih i 129 dvojajčanih norveških parova blizanaca) proizvela je najbolji model u kojem se 69% varijance u simptomima atribuiralo učincima gena, a 31% varijance učincima nedijeljenog okoliša (Torgersen i sur., 2000). Obiteljske su studije pokazale da su rođaci prvog koljena osoba s graničnim poremećajem ličnosti pod pet puta većim rizikom od opće populacije za ispunjavanje uvjeta dijagnoze poremećaja. Članovi obitelji također će vjerojatnije ispuniti dijagnostičke kriterije povezanih bolesti, poglavito poremećaja ovisnosti, afektivnih poremećaja ,te antisocijalnog poremećaja ličnosti (Kreisman i Straus, 2004).

5.2. Psihološka objašnjenja

Od psiholoških čimbenika opisuju se štetna iskustva iz ranog djetinjstva. Najčešće se spominje zlostavljanje u dječjoj dobi. Između 60 i 90 % osoba s graničnom strukturom ličnosti u dječjoj je dobi fizički, spolno ili verbalno zlostavljano (Gabbard, 1990; prema Begić, 2011), a u odnosu na druge psihijatrijske bolesnike dva puta češće izvješćuju o zlostavljanju u djetinjstvu (Herman, Perry i van der Kolk, 1989; prema Begić, 2011). Najozbiljniji učinak na kasniji razvoj poremećaja ima **seksualno zlostavljanje u djetinjstvu**, koje je izvijestilo 40-71% bolničkih pacijenata s graničnim poremećajem (Bohus i sur., 2004). Ozbiljnost granične psihopatologije također je bila povezana s težinom seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu. Uzeti zajedno, ovi su rezultati doveli neke liječnike do zaključka da bi se granični poremećaj ličnosti mogao promatrati kao oblik kroničnog posttraumatskog stresnog poremećaja. No, nema dostupnih dokaza koji govore u prilog pretpostavci da je seksualno zlostavljanje u djetinjstvu nužan ili dovoljan uvjet za razvoj ovog poremećaja u kasnijoj dobi. Uz zlostavljanje, još su neki čimbenici koji djeluju u djetinjstvu prepoznati kao relevantni u razvoju poremećaja. Kao značajne su identificirane poteškoće u postizanju stabilnih privrženosti. U istraživanju stilova privrženosti pacijenata s graničnim poremećajem ličnosti ti su pojedinci izvješćivali povećanu zabrinutost za gubitak svojih primarnih figura privrženosti (Bohus i sur., 2004). No, nije jasno jesu li ti problemi s privrženosti uzrok ili posljedica emocionalne turbulencije i impulzivnosti povezanih s graničnim poremećajem.

Poremećeni međuljudski odnosi odavno su opisani kao faktor rizika za razvoj granične patologije (Beauchaine i sur., 2009). Odbacivanje djece, partnerski problemi roditelja, njihova psihopatološka odstupanja povezuju se s kasnijim razvijanjem graničnog poremećaja ličnosti (Begić, 2011). Mnogi su teoretičari pretpostavili da su poremećeni odnosi privrženosti češći među onima s dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti (npr. Levy, Meehan, Weber, Reynoso i Clarkin, 2005; prema Beauchaine i sur., 2009). Vjeruje se da majčinska osjetljivost i srodni procesi vezivanja igraju važnu ulogu u ljudskom razvoju. Teorije privrženosti kažu da učinkoviti obrasci ponašanja između roditelja i djeteta (traženje neposredne blizine, dodira i smirivanja od strane djeteta, te poticanje sigurnosti, samopouzdanja i samostalnosti kod adolescenata od strane roditelja/skrbnika) dovode do razvoja trajne emocionalne veze između djece i njihovih skrbnika (Bowlby, 1990; prema Beauchaine i sur., 2009). No, istraživanja privrženosti na ljudima usmjerena su na tradicionalna ponašanja poput majčine osjetljivosti i uzajamnosti te minimalno razmatraju ulogu gena ili drugih bioloških utjecaja (Beauchaine i sur., 2009). Nužno je uzeti u obzir i činjenicu da se tijekom nečijeg života određeni geni

aktiviraju pod utjecajem raznih okolinskih čimbenika. Jedan od najznačajnijih determinirajućih faktora u aktivaciji određene genetske predispozicije za granični poremećaj ličnosti jest roditeljski stil odgoja (osobito majke) ili nekog drugog primarnog skrbnika. Istraživanja usmjerena na evaluaciju majčinske skrbi sugeriraju da pozitivno roditeljstvo može utjecati na genetsku predispoziciju i rezultirati biokemijskom ravnotežom koja štiti osobu od razvitka graničnog poremećaja (Kreisman i Straus, 2004). Tako pojedinac može imati urođene ranjivosti koje uključuju oslabljene neuralne sklopove za modulaciju raspoloženja i impulzivnost, no okolinski čimbenici (npr. majčina skrb) mogu utjecati na ekspresiju gena na način koji određuje hoće li osoba pokazati neke ili sve potencijalne granične simptome.

Bihevioralne hipoteze smatraju da granične ličnosti potječu iz obitelji koje imaju „**sindrom invalidiziranja**“ (Linehan, 1993). Pred dijete se postavlja zahtjev za represijom negativnih emocija, a dijete „iznuđuje“ roditeljsku pažnju samo kada je izrazito tužno ili napeto. Posljedično, dijete ne stječe emocionalne vještine samoumirivanja ili samoudovoljavanja te odrasta u osobu s izrazitim emocionalnim oscilacijama ovisnima o vanjskim potkrepljenjima koje osoba nije kadra uspješno kontrolirati.

5.3. Socijalna objašnjenja

Socijalna objašnjenja polaze od **socijalne dezintegracije** kojom se vrši pritisak na pojedince za usvajanjem univerzalnih mehanizama prilagodbe na složene socijalne zahtjeve, čime se suzbija individuacija (Begić, 2011). Naime, suvremeno društvo općenito gubi mehanizme kojima mlade ljude hrabri na formaciju vlastitog idiosinkratičnog identiteta. Pred pojedinca se istovremeno s jedne strane postavljaju veliki zahtjevi koji naglašavaju nezavisno djelovanje, dok se s druge strane ne nudi prostor za razvoj sigurnosti. Posljedično, pojedinci razvijaju pretjeranu zavisnost o okolini i labilan identitet bez čvrstih granica. Uz globalne društvene faktore, specifična društva i kulture u kojima su nestabilni obiteljski odnosi uobičajeni mogu pridonijeti riziku za razvoj graničnog poremećaja ličnosti.

5.4. Biosocijalna teorija

Dominantna teorija koja objašnjava etiologiju graničnog poremećaja ličnosti jest biosocijalna teorija Marshe Linehan (1993). Teorija je postala glavni etiološki model graničnog poremećaja ličnosti i potaknula znatna istraživanja i klinički napredak u tom području (Becerra i Cavazzi, 2014). Prema Linehan, granični je poremećaj ličnosti prvenstveno poremećaj emocionalne disregulacije i proizlazi iz transakcija između pojedinaca s biološkim ranjivostima i posebnih okolinskih utjecaja koje oblikuju specifične bihevioralne obrasce. Linehan (1993) predlaže tri relevantna aspekta emocionalne disregulacije: (a) pojačanu emocionalnu

osjetljivost, (b) nesposobnost regulacije intenzivnih emocionalnih reakcija te (c) spor povratak na osnovnu emocionalnu vrijednost. Nadalje, iz perspektive Linehan, konstrukt emocija (a time i emocionalne disregulacije) je vrlo širok i obuhvaća povezane kognitivne, biokemijske i fiziološke procese, facijalnu ekspresiju, te povezane akcije. Emocionalna disregulacija naknadno dovodi do disfunkcionalnih obrazaca odgovora tijekom emocionalno izazovnih događaja. Linehan predlaže niz mogućih bioloških supstrata emocionalne disregulacije (npr. limbička disfunkcija). Međutim, literatura o biologiji psihičkih poremećaja bila je vrlo ograničena kada Linehan prvotno artikulirala svoju teoriju (Beauchaine i sur., 2009). Nadalje, Linehan predlaže da se razvoj graničnog poremećaja ličnosti događa unutar nepodržavajućeg razvojnog konteksta (Beauchaine i sur., 2009). Takvu okolinu karakterizira netrpeljivost prema ekspresiji privatnih emocionalnih iskustava. Nadalje, iako nepodržavajuća okolina može povremeno osnažiti ekstremne izraze emocija, ona istovremeno može komunicirati djetetu da su takvi emocionalni iskazi neopravdani i da se s emocijama treba nositi interno i bez roditeljske podrške. Sukladno tome, dijete ne uči razumjeti, imenovati, regulirati ili tolerirati emocionalne odgovore, već umjesto toga uči oscilirati između emocionalne inhibicije i ekstremne emocionalne nestabilnosti. Također, u takvoj okolini dijete ne uči rješavati probleme koji pridonose burnim emocionalnim reakcijama (Beauchaine i sur., 2009).

Gill i Warburton (2014) testirali su Linehaninu teoriju na 250 odraslih osoba iz nekliničke populacije. Rezultati su demonstrirali da su nepodržavajuće roditeljstvo i emocionalna ranjivost zasebno predviđali emocionalnu disregulaciju, no interakcijski učinak između njih nije pronađen. Dodatno, podržavajuće roditeljstvo pokazalo se kao zaštitni faktor od razvoja graničnih crta ličnosti, no ono nije koreliralo s emocionalnom disregulacijom. Istraživači ističu potrebu za longitudinalnim istraživanjem na kliničkom uzorku, te preciznijom operacionalizacijom konstrukta nepodržavajućeg roditeljstva kojim će se obuhvatiti više od isključivo emocionalne komponente.

6. TRETMAN GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI

6.1. Farmakoterapija

Iako je generalno primarni tretman za granični poremećaj ličnosti psihoterapija, specifični oblici farmakoterapije koriste se za ublažavanje simptoma graničnog poremećaja ličnosti na trima ponašajnim dimenzijama: nemogućnost kontrole emocija, nemogućnost kontrole impulzivnih postupaka te kognitivno-perceptivne teškoće (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

Simptome **nemogućnosti kontrole emocija** treba od početka ublažavati selektivnim inhibitorom ponovne pohrane serotonina (SIPPS) ili s njim povezanim antidepresivom kao što je venlafaksin (Američka psihijatrijska udruga, 2004). Kada se nemogućnost kontrole emocija javlja u obliku *tjeskobe*, tretman SIPPS-om može biti nedostatan i tada valja razmotriti dodavanje benzodiazepina. U slučaju ispoljavanja nemogućnosti kontrole emocija u obliku *nezaustavljive ljutnje* koja prati ostale simptome na čuvstvenom planu, SIPPS-ovi su također tretman izbora. Kliničko iskustvo pokazuje da se bolesnicima s izrazitim *teškoćama u kontroli ponašanja* mogu dodati male količine neuroleptika koji će brzo djelovati i ublažiti simptome u emocionalnom području (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

Za ublažavanje **impulzivnih postupaka** SIPPS-ovi su početni tretman izbora. Kad nemogućnost kontrole ponašanja znači ozbiljnu prijetnju za sigurnost oboljelog, SIPPS-u je potrebno dodati i manje količine neuroleptika. Kliničko iskustvo pokazuje da se djelomična učinkovitost SIPPS-a može povećati dodavanjem litija. Ako SIPPS ne postigne željeni učinak, valja razmotriti prelazak na inhibitor mono-aminooksidaze (MAO inhibitor).

Simptomi **kognitivno-perceptivnih teškoća** uključuju sumnjičavosti, ideje odnosa, paranoidne misli, iluzije, derealizaciju, depersonalizaciju ili simptome koji nalikuju halucinacijama. Za tretman takvih simptoma efikasnima su se pokazale male količine neuroleptika. Ako je reakcija na lijek slabija od očekivane, valja povećati njegovu količinu i to do one koja je prikladna za liječenje poremećaja s osi I (klinički poremećaji i druga stanja koja mogu biti u središtu pažnje kliničara) (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

Uobičajeni problemi u propisivanju lijekova bolesnicima koji pate od graničnog poremećaja ličnosti uključuju rizike predoziranja i nepridržavanja uputa o konzumaciji, no iskustvo pokazuje da se lijekovi mogu koristiti bez prekomjernog rizika dokle god se pacijenti redovito viđaju i komuniciraju sa svojim terapeutima. Još jedan čest problem u praksi je polipragmazija[2], koja se može javiti kada pacijenti žele nastaviti s farmakoterapijom ili dodati lijekove usprkos nedostatku dokazivih koristi njihove primjene. U jednoj studiji, 80% pacijenata s graničnim poremećajem ličnosti uzimalo je tri ili više lijekova (Gunderson, 2011). Uzimanje lijekova s nejasnim korisnim učincima treba prekinuti prije nego što se započne s primjenom novog lijeka.

[2]Polipragmazija (grč.) - neopravdana i nepotrebna istodobna uporaba više lijekova ili postupaka pri čemu se ne vodi računa o mogućim međudjelovanjima takvih kombinacija, što kao posljedicu može imati opasne nuspojave (Proleksis enciklopedija, 2013).

Hammersley i Beeley (1992) tvrde da nuspojave lijekova utječu na proces savjetovanja te da su klijenti često nesvjesni nedostataka njihove konzumacije. Lijekovi mogu ograničiti sposobnost mišljenja i generirati nuspojave koje su vidljive u sklopu prezentiranja problema. Stoga, tretman lijekovima treba primjenjivati sa shvaćanjem da su oni samo dodatna pomoć u psihoterapiji. U praksi, propisivanje lijekova može pomoći u stvaranju pozitivnog terapeutskog odnosa na način da konkretno prikazuje liječnikovu želju da pomogne pacijentu da se osjeća bolje, no nerealna očekivanja u pogledu prednosti lijekova mogu ugroziti pacijentov rad na samopoboljšanju.

6.2. Psihoterapija

Istraživanja podupiru učinkovitost nekoliko oblika psihoterapije za tretiranje graničnog poremećaja ličnosti. Oni karakteristično uključuju dva do tri sata tjedno za ambulantnu njegu tijekom jedne ili više godina od strane psihijatara ili psihologa koji su prošli posebnu obuku plus stalni nadzor tijekom ispitivanja (Gunderson, 2011). Četiri vrste psihoterapije koje su se pokazale učinkovitima za ovo stanje su: dijalektičko-bihevioralna terapija, psihoterapija temeljena na mentalizaciji, psihoterapija usmjerena na transfer, te opće psihijatrijsko upravljanje.

Dijalektičko-bihevioralna terapija (*Dialectical behavior therapy*) pristup je koji je predložila Marsha Linehan u okviru svoje biosocijalne teorije graničnog poremećaja ličnosti (1987; prema Davison i Neale, 1999). U sklopu nje kombinira se na klijenta usmjerena empatija s bihevioralnim rješavanjem problema. Uključuje didaktiku i zadaće usmjerene na upravljanje raspoloženjem i stresom (Gunderson, 2011). Naglasak je na empatičkom uvažavanju klijentovih (iskrivljenih) vjerovanja s činjeničnim pristupom njegovom suicidalnom i drugom disfunkcionalnom ponašanju. Bihevioralni vid terapije uključuje pomaganje klijentu da nauči rješavati probleme, tj. da stekne učinkovitije i društveno prihvatljivije načine rješavanja svakodnevnih problema i kontroliranja svojih emocija. Radi se također na poboljšavanju interpersonalnih vještina te na kontroliranju anksioznosti (Davison i Neale, 1999). **Psihoterapija temeljena na mentalizaciji** (*Mentalization-based therapy*) psihodinamski je orijentiran pristup koji je manje direktivan u odnosu na dijalektično-bihevioralnu terapiju. Uključuje individualan i grupni oblik. U njoj terapeut usvaja "ne-znajući" stav, inzistirajući da klijent pregleda i označi svoje vlastite doživljaje, te doživljaje drugih (tj. da mentalizira). Naglasak je na razmišljanju prije reagiranja, što je proces koji treba biti ključan u svim učinkovitim oblicima terapije (Gunderson, 2011). **Psihoterapija usmjerena na transfer** (*Transference-focused psychotherapy*) individualna je psihoterapija razvijena iz psihoanalize

koja se provodi dva puta tjedno. Uključuje interpretaciju nesvjesnih motiva ili nepoznatih osjećaja, a fokus se zadržava na klijentovom pogrešnom razumijevanju drugih, pogotovo terapeuta (transfer). Ovo je najmanje podupirući i najteži za naučiti oblik terapije (Gunderson, 2011). Naposlijetku, tzv. **opće psihijatrijsko upravljanje** (*General psychiatric managem*ent) manje je intezivna, psihodinamski orijentirana terapija koja se provodi jednom tjedno. Razvijena je iz smjernica Američke Psihijatrijske Udruge i osnovnih priručnika za tretman klijenata s graničnim poremećajem ličnosti. Usmjerena je na klijentove interpersonalne odnose uz potencijalno uključivanje obiteljskih intervencija i farmakološke terapije. Ovaj oblik terapije je najmanje teorijski potkrijepljen, no najlakši je za naučiti i dobro je evaluiran (Gunderson, 2011).

Od navedenih terapija, najviše je proučavana dijalektičko-biheviоralna terapija, no sve su se metode pokazale superiornima u odnosu na uobičajenu skrb (primjena mješovitih polja terapije), sa značajnim smanjenjem potrebe za drugim intervencijama (hospitalizacije, hitne pomoći i primjene lijekova) od 80 do 90 % , te epizoda samoozljeđivanja ili suicidalnosti od oko 50%. Daljnje su studije pokazale da se kliničke koristi održavaju tijekom perioda od dvije do pet godina. Međutim, za te su terapije nužne opsežne obuke koje nisu široko dostupne (Gunderson, 2011).

Postoji nekoliko praktično primjenjivih načela koja su zajednička tim učinkovitim terapijskim oblicima, a zauzimaju središnje mjesto u općem psihijatrijskom upravljanju. Prije svega, postoji **primarna potreba za kliničarom** koji je zadužen za razmatranje dijagnoze pacijenta, procjenu napretka, nadzor sigurnosti, te nadgledanje komunikacije s drugim praktikantima i članovima obitelji. Zatim, istaknuta **je potreba za terapijskom strukturom** koja podrazumijeva uspostavu te održavanje ciljeva i uloga kliničara, osobito u identifikaciji granica njegove/njezine dostupnosti, kao i osmišljavanje plana upravljanja pacijentovim budućim suicidalnim porivima ili drugim hitnim slučajevima. Potreba za **kliničarovom podrškom pacijenta** uključuje validaciju pacijentove ekstremne tjeskobe i očaja, popraćenu izjavama nade o potencijalu za promjenu. Iznimno važna **potreba za uključenošću pacijenta u terapijski proces** odnosi se na shvaćanje da napredak ovisi o bolesnikovim aktivnim naporima da preuzme kontrolu nad svojim osjećajima i ponašanjem. **Potreba za kliničkim intervencijama** ističe aktivnu ulogu kliničara u terapijskom procesu (trebao bi npr. prekidati tišinu i digresije) te njegovu usredotočenost na „ovdje i sada“ situacije u kojima pomaže pacijentu povezati osjećaje odbijanja, gubitak podrške ,te druge prošle događaje. **Potreba za kliničarom za rješavanje bolesnikovih suicidalnih prijetnji ili samopovređujućih djela**

sugerira da kliničar treba izraziti strpljenje i zabrinutost za prijetnje, ali se treba ponašati razumno (tj. ne uvijek preporučiti hospitalizaciju). Posljednje načelo, **potreba da kliničar bude samosvjestan i spreman za konzultaciju s kolegama**, odnosi se na priznanje da je sklonost za spašavanje ili kažnjavanje pacijenta predvidljiva reakcija (kontratransferska) koja može poremetiti tretman i može zahtijevati vanjske konzultacije (Gunderson, 2011).

7. PROBLEMI U TRETMANU GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI

Možda najveći problemi terapeutima uključuju namjerno samoozljeđivanje, ponavljane suicidalne prijetnje ,te impulzivna ponašanja s potencijalno autodestruktivnim posljedicama (npr. vožnja pod utjecajem droga ili alkohola te upuštanja u nezaštićeni spolni odnos). Ova ponašanja obično označavaju pacijentovo samokažnjavanje ili način upravljanja osjećajima, a često se javljaju u stanjima opijenosti kao posljedica konzumacije psihoaktivnih supstanci. Distinkcija se obično može napraviti ispitivanjem namjera pacijenta. Ukoliko se suicidalne namjere potvrde, sigurnost pacijenta postaje prioritet u terapiji. To može zahtijevati hospitalizaciju, a nerijetko zahtijeva i kontakt s članovima obitelji, često usprkos pacijentovom protivljenju. U slučajevima u kojima se prisutnost suicidalnih namjera ne potvrdi, učinkovito upravljanje samoozljeđujućim ponašanjima ili prijetnjama može se postići iskazivanjem zabrinute pažnje (uključujući jednaku pozornost i od drugih koji su u kontaktu s pacijentom) te uspostavom plana za upravljanje krizama. U kliničkim ispitivanjima različitih vrsta psihoterapije, posjeti hitnoj službi pokazali su se potrebitima u krizama, no praktične alternative mogu biti i telefonski ili e-mail kontakt s terapeutom, te susreti s članovima grupa za podršku (Gunderson, 2011). Kada se pacijent upusti u opetovana ili eskalirana autodestruktivna ponašanja, u skrb pacijenta nužno je uključiti psihijatra koji raspolaže iskustvom rada s pacijentima s graničnim poremećajem ličnosti. Još jedan izazov za kliničare jest utvrđivanje kako reagirati na pacijentovo često izražavanje ljutnje prema otuđenosti od obitelji. Uz to, kliničari se u radu s takvim pacijentom često susreću s članovima obitelji koji se bore s osjećajima ljutnje i nemoći. Neuspješno prepoznavanje tih osjećaja od strane kliničara može pogoršati otuđenje članova obitelji čije su emocionalna i financijska podrška često potrebne. Klinička iskustva ukazuju na višestruku dobit koju nosi uključivanje članova obitelji u terapijski proces. Ona uključuje unapređenje razumijevanja i podrške obitelji pacijentu, olakšavanje komunikacije između njih, kao i umanjivanje emocionalnog i financijskog tereta pacijenta.

7.1. Komunikacija s osobama s graničnim poremećajem ličnosti

Zbog potonjih problema ,te zbog niza specifičnih simptoma, tretman za granični poremećaj ličnosti iznimno je zahtjevno strukturirati. Pri tomu, velik naglasak nužno je staviti

na komunikaciju. Kreisman i Straus (2004) ponudili su **generalni komunikacijski pristup** osobama s graničnim poremećajem ličnosti koji sadrži pet sljedećih akcijskih koraka:

1. **Održavati granice**. Bez terapeutovog dosljednog osjećaja identiteta, jedna se klijentova granica lako spaja s drugom. Zbog toga je neophodno da obje strane zadrže svoju odvojenost. Nužno je prepoznati i prihvatiti razlike. Pri tomu se moraju uvažiti klijentova ograničenja i dati mu do znanja da ga se potpuno prihvaća čak i kada prijeti samoubojstvom i zagorčava život svima drugima, uključujući i samom terapeutu.
2. **Ne preuzimati odgovornost.** Ako se jasne granice ne održavaju, terapeut ili druga bliska osoba mogu osjećati odgovornost za emocije ili ponašanja klijenta. Pokušaji promjene, zaštite ili preuzimanje odgovornosti za graničnu osobu često vode u zamku koja se naziva kozavisnost (eng.*codependency*). Taj fenomen onemogućava efikasan rad na jednom od bitnih terapijskih ciljeva – kreiranju autonomnog i konzistentnog identiteta.
3. **Plan za sigurnost.** Terapeut i osoba u pratnji trebaju držati sigurnost svih strana kao najviši prioritet i trebali bi biti spremni za hitnu intervencijsku akciju, pogotovo ako osobna anamneza klijenta sadržava nasilje. Ako klijent prijeti da će ozlijediti sebe ili neku drugu osobu, on se mora mirno i činjenično obavijestiti će buduće prijetnje rezultirati konkretnim mjerama, poput poziva policiji. Izbjegavati pokušaje logičnog urazumljavanja klijenta u vremenima krize.
4. **Objasniti proturječnosti**. Pratioci su često suočeni s kontradiktornim zahtjevima svojih graničnih partnera koji ih dovode u situacije u kojima za njih nema pobjede („no win situations“). U nekriznim situacijama ovi paradoksi se često mogu riješiti jasnim i detaljnim objašnjenjem klijentovih neizrečenih potreba i motiva.
5. **Pripremiti se za predvidljive situacije**. Edukacija partnera o graničnim obrascima ponašanja može ih pripremiti za suzbijanje vlastitih neprikladnih odgovora na takva ponašanja.

U ranijem radu, Kreisman i Straus (1989) predložili su "**PEI**" – Podrška, Empatija, Istina (“SET”—Support, Empathy, Truth) – trodijelni sustav komunikacije s osobama s graničnim poremećajem ličnosti. Tijekom konfrontacija s destruktivnim ponašanjima, važnih seansi posvećenim odlučivanju ili kriznih situacija, interakcije s graničnim klijentom trebaju prizivati sva tri elementa. **RU** predstavlja Razumijevanje i Ustrajnost („UP“ – Understanding, Perseverance), odnosno ciljeve koje obje strane pokušavaju postići. **„P faza“** tog sustava, podrška, priziva osobne "Ja" izjave zabrinutosti u kojima je naglasak na govornikovim vlastitim

osjećajima koji odražavaju želju da se bude od pomoći. U **„E fazi“** – segmentu empatije, nastoji se odati priznanje klijentovim kaotičnim osjećajima s "Vi" izjavama. Empatija treba biti izražena na neutralan način s minimalnim osvrtom na vlastite osjećaje. Ovdje je naglasak na klijentovom bolnom iskustvu, a ne na govornika. **„I izjava“** prezentira istinu ili stvarnost, a ističe da je granični klijent u konačnici odgovoran za svoj život ,te da se tuđim pokušajima pomoći ne može atribuirati ta najveća odgovornost. Dok podrška i suosjećanje sadrže subjektivne tvrdnje koje potvrđuju kako se klijent i terapeut osjećaju, kroz izjave istine priznaje se da problem postoji i bavi se praktičnim i objektivnim pitanjem što se može učiniti da se taj problem riješi. Marsha Linehan (1987; prema Davison i Neale, 1999) smatra da terapeut mora jasno klijentu prikazati što je potrebno učiniti da bi se postigla promjena i koji su dosezi tog pothvata. To bi se trebalo izraziti na faktografski neutralan način koji izbjegava okrivljavanje i sadističko kažnjavanje. Segment istine PEI sustava najvažniji je i najteži za prihvaćanje od strane graničnog sugovornika budući da je njegov intrapsihički svijet konstruiran na način koji žestoko isključuje ili odbija realne posljedice. U komunikaciju s osobom s graničnim poremećajem ličnosti treba pokušati uključiti sve tri poruke. PEI izjave mogu poslužiti za rješavanje strahova u pozadini i spriječiti tranziciju u veći sukob.

8. ZAKLJUČAK

Još je mnogo toga potrebno naučiti o graničnom poremećaju ličnosti u svrhu adekvatnog pristupa liječenju kojim bi se maksimalizirali povoljni ishodi kako za osobu s graničnim poremećajem, tako i za njezinu užu socijalnu okolinu. Postoji izražena potreba za longitudinalnim istraživanjima usmjerenima na kompleksne i međuzavisne potencijalne biološke, psihološke te socijalne uzročne i precipitirajuće čimbenike. Ona mogu biti vrlo plodonosna u području osmišljavanja ranih intervencijskih i prevencijskih strategija koje su nužne i efikasne u slučaju manifestacije simptoma poremećaja u ranoj dobi, odnosno djetinjstvu ili adolescenciji. Iako je prognoza graničnog poremećaja ličnosti generalno kronična i nepovoljna zbog nepotpunog povlačenja simptoma (Begić, 2011), neki podaci sugeriraju mogućnost terapijskih pomaka u smjeru poboljšanja funkcionalnosti osobe (Kreisman i Straus, 2004). Jezgru tretmana poremećaja treba sačinjavati dugotrajna, dubinska psihoterapija koja se, po potrebi, nadopunjuje farmakoterapijom. Uz to je iznimno korisno, za postizanje boljih terapijskih efekata, identificirati potencijalne jake strane klijenta i uzeti ih u obzir pri osmišljavanju rada s njime kao sredstvo jačanja samopouzdanja i samoprihvaćanja. No, neovisno o vrsti terapijskog tretmana, neophodne su kontinuirane implementacije novih vještina i znanja koje su u skladu s najnovijim empirijskim spoznajama. Pri tome bi korisno bilo ispitati generalne i specifične efekte pojedinih psihosocijalnih te farmakoloških tretmana. Konačno, kao važna komponenta uspješnog ublažavanja simptoma poremećaja pokazala se psihoedukacija obitelji koja generira relevantne i snažne saveznike u liječenju ovog onesposobljavajućeg poremećaja. Unatoč mnogim frustracijama koje proživljava pacijent, obitelj, bliski prijatelji te terapeut, dugotrajne i kontinuirane intervencije otvaraju mogućnost postizanja optimalne dobrobiti i za osobu s poremećajem i za njezine najbliže.

9. LITERATURA

Američka psihijatrijska udruga (2004). *Praktične smjernice za liječenje oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 5. izdanje - međunarodna verzija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Beauchaine, T.P., Crowell, S.E. i Linehan, M.M. (2009). A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. *Psychological Bulletin, 135*(3), 495–510.

Becerra, R. i Cavazzi, T. (2014). Psychophysiological Research of Borderline Personality Disorder: Review and Implications for Biosocial Theory. *Europe's Journal of Psychology, 10*(1), 185–203.

Begić, D. (2011). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.

Black, D.W., Blum, N., Pfohl, B. i Hale, N. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 151*(9), 1316-1323.

Black, D.W., Blum, N., Pfohl, B. i Hale, N. (2004). Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder: Prevalence, Risk Factors, Prediction, and Prevention. *Journal of Personality Disorders,18*(3), 226-239.

Bohus, M., Lieb, K., Linehan, M.M., Schmahl, C. i Zanarini, M.C. (2004). Borderline Personality Disorder. *Lancet, 364*, 453–61.

Bond, M., Paris, J. i Zweig-Frank, H. (1994). Defense Styles and Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 8(*1), 28–31.

Davidson, G. C. i Neale, J. M. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja.* Jastrebarsko. Naklada Slap

Ferraz, L., Gelabert, E., Martín-Santos, R., Navarro, J.B., Vállez, M i Subirà, S. (2009).

Dimensional assessment of personality and impulsiveness in borderline personality disorder. *Personality and Individual Differences, 46*(2), 140–146.

Gill, D. i Warburton, W. (2014). An Investigation of the Biosocial Model of Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology, 70*(9), 866–873.

Gunderson, J.G. (2001). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide.* Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.

Hammersley D. i Beeley L. (1992). The effects of medication on counselling. *Journal of the British Association for Counselling, 3*(3), 162–164.

Kelly, T.M., Lynch, K.G. i Soloff, P.H. (2002). Childhood Abuse as a Risk Factor For Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 16*(3), 201-214.

Kreisman, J. J. i Straus, H. (1989). *I hate you—don't leave me: Understanding the borderline personality*. New York: Avon Books.

Kreisman, J. J., i Straus, H. (2004). *Sometimes I act crazy: Living with borderline personality disorder.* New York: John Wiley & Sons.

Larsen, R. J. i Buss, D. M. (2008). *Psihologija ličnosti*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder.* New York: Guilford Press.

Polipragmazija (2013). Proleksis enciklopedija online, preuzeto 20.06.2015. s http://proleksis.lzmk.hr/42130/.

Ryan, K. i Shean, G. (2007). Patterns of interpersonal behaviors and borderline personality characteristics. *Personality and Individual Differences, 42*, 193–200.