Granični poremećaj ličnosti

Novak, Josip

Undergraduate thesis / Završni rad

2014

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:142:426285

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

Preddiplomski studij Psihologija

Josip Novak

Granični poremećaj ličnosti

Završni rad

Mentor : Izv. Prof. dr. sc. Gorka Vuletić

Sumentor: dr. sc. Damir Marinić

Osijek, 2014.

SADRŽAJ:

1. Uvod……..…...1

2. Ličnost, poremećaji ličnosti i granični poremećaj ličnosti……...1

   2.1. Kriteriji za dijagnozu i osnovne karakteristike……2

   2.2. Kognitivne značajke GPL-a…….…..7

   2.3. Biološka podloga…….10

   2.4. Socijalne značajke i utjecaj na osobe iz okoline…….12

3. Etiologija…….14

4. Tretman graničnog poremećaja ličnosti……...16

   4.1. Psihodinamski pristup……...17

   4.2. Kognitivno-bihevioralni pristup…….……..18

   4.3. Prognoza i očekivana ograničenja……20

5. Literatura…….21

Granični poremećaj ličnosti

Sažetak:

Granični poremećaj ličnosti je poremećaj kojeg prati pervazivni obrazac nestabilnosti u interpersonalnim odnosima, slici o sebi i u afektivnom doživljavanju uz izrazitu impulzivnost, a počinje u ranoj odrasloj dobi i očituje se u raznim kontektstima. Navedeni je skup osobina nazvan poremećajem nedavno, 1970-ih godina, iako je još prije opisan. Osobe koje zadovoljavaju kriterije za granični poremećaj ličnosti imaju znatne poteškoće u funkcioniranju, veliku vjerojatnost za suicid i štetno utječu na okolinu. Iskrivljeni način razmišljanja, neprimjerene emocionalne reakcije i biološke osobitosti koje ih prate čine ove osobe neshvatljivima i štetnima okolini te stvaraju patnju njima samima, a i njima bliskim osobama. Uzroci nisu u potpunosti poznati, ali genetski faktori zajedno s sa štetnim iskustvima tijekom djetinjstva, poput fizičkog i seksualnog zlostavljanja, doprinose pojavi ovog poremećaja. U tretmanu ovog poremećaja najčešće se koriste psihodinamska i kognitivno-biheviоralna terapija. Usprkos tome što je izrazito teško raditi s ovim osobama, za većinu njih prognoza je povoljna.

Ključne riječi:

Ličnost, poremećaji ličnosti, granični poremećaj ličnosti

1. Uvod

Cilj ovog rada je prikazati osnovna obilježja graničnog poremećaja ličnosti. Za početak, objašnjen je pojam ličnosti. Potom je objašnjeno koji su to faktori koji formiraju ličnost (pitanje nasljeđa i okoline) s naglaskom na dio koji je ključan u nastanku poremećaja ličnosti. Zatim je objašnjen pojam poremećaja ličnosti i što sve taj pojam obuhvaća. Nakon toga slijede osnovne informacije o graničnom poremećaju ličnosti, odnosno koji su kriteriji za njegovu dijagnozu i osnovni podaci. Potom su opisane kognitivne značajke ovog poremećaja, odnosno način razmišljanja koji uzrokuje takvo ponašanje. Onda je objašnjena biološka podloga koja se javlja uz ovaj poremećaj te utjecaj na socijalnu okolinu. Slijedi etiološko objašnjenje poremećaja uzevši u obzir interakciju genetske predispozicije s iskustvom. Naposlijetku je opisan tretman ovoga poremećaja i očekivana prognoza.

2. Ličnost, poremećaji ličnosti i granični poremećaj ličnosti

Postoji duga povijest proučavanja ljudske ličnosti i stoga postoji povelik broj njenih definicija, koje ovise i o paradigmi kroz koju njihov autor rezonira. Prvi koji je artikulirao područje psihologije ličnosti i smjestio ju u tadašnju znanost je Allport (Hogan i suradnici, 1997). On tvrdi da je ličnost dinamička organizacija unutar pojedinca onih psihofizičkih sustava koji određuju njegove specifične prilagodbe okolini (Sanford, 1963, prema Fulgosi, 1987). Vremenom se pojavljivalo još teoretičara koji su mijenjali i donosili napredak u pogledu na ličnost. Tako Cattell smatra da je ličnost ono što dozvoljava predviđanje nečeg što će neka osoba učiniti u danoj situaciji. Ličnost se odnosi na cjelokupno ponašanje pojedinca kako javno tako i ono ispod kože, a Eysenck ju pak definira kao više ili manje stabilnu i trajnu organizaciju karaktera, temperamenta, intelekta i fizičke konstitucije neke osobe koja određuje njegovu prilagodbu svojoj okolini (Sanford, 1963, prema Fulgosi, 1987).

Ljudska ličnost dijelom je određena nasljeđem (Hogan i suradnici, 1997) i oblikuje se stjecanjem iskustva. U prvim godinama života svatko iskazuje veliki raspon različitih ponašanja i reagira na okolinu spontano, promjenjivo i nepredvidljivo (Thomas i Segal, 2005). Način reagiranja na okolinu određen je genetski i zove se temperament. Podrazumijeva motoričku aktivnost, socijabilnost te intenzitet i učestalost emocionalnog reagiranja (Hogan i suradnici, 1997). S vremenom se počinje shvaćati koji od oblika djelovanja omogućavaju postizanje ciljeva i izbjegavanje neugode, odnosno koji su načini ophođenja s okolinom dozvoljeni i nagrađujući, a koji nisu. Zbog takvog utjecaja okoline, uključujući i socijalni utjecaj, manji broj potkrepljivanih

ponašanja ostaje stabilan i teško promjenjiv te tvori pojedinčevu ličnost. Mnoštvo autora slaže se da su događaji iz djetinjstva vrlo bitni za razvoj ličnosti, puno bitniji od kasnijih iskustava. Pri tome postoji interakcija bioloških i psihičkih čimbenika. Ustaljeni obrasci ponašanja mogu proizaći iz psihičkih iskustava koja imaju snažan utjecaj na biološke strukture u razvoju i mogu pogurati njihov razvoj u potpuno drugačijem smjeru nego što bi to inače bio slučaj. Tako je moguće da deprivacija ili pretjerana stimulacija mogu dovesti do razvitka neurobiološke podloge za potencijalno problematične osobine, koje tada postaju previše izražene i mogu narušavati psihičko funkcioniranje. Pritom treba uzeti u obzir da se ne radi samo o stimulaciji osjetilnih sustava, nego i kvalitativno drugačijoj, socijalnoj stimulaciji poput one roditelja, vršnjačkog utjecaja ili usvajanja socijalnih normi. Za veliki broj pojedinaca ta stimulacija nije adekvatna, štoviše daleko je od idealne; uključuje roditelje koji su nestabilni, nedosljedni, prestrogi, koji u odgojne mjere uključuju prisilu, prijetnju, obmanjivanje, itd., što uzrokuje duboko ukorijenjene osjećaje stresa, anksioznosti i ozlojeđenosti (Thomas i Segal, 2005). Tada se razviju loše adaptirane reakcije i poremećena temeljna uvjerenja, koja proizlaze iz percepcija i ideja koje postanu distorzirane kao rezultat unutarnje osjetljivosti, ranog socijalnog učenja ili traumatičnog događaja te nastaje poremećaj ličnosti (Gunderson i Hoffman, 2005).

Poremećaji ličnosti obuhvaćaju stanja s dominirajućom crtom (ili crtama) ličnosti i bihevioralnim sklonostima, koji su „između zdravlja i psihičke bolesti“. Da bi neka crta ličnosti poprimila snagu i kvalitetu poremećaja ličnosti, to ponašanje treba biti patološko (odstupajuće od očekivanog), perzistirajuće (učestalo prisutno tijekom razdoblja od najmanje 5 godina) i pervazivno (jasno vidljivo u različitim situacijama) (Begić, 2011). Poremećaj ličnosti je trajni obrazac unutarnjeg iskustva i ponašanja koje upadljivo odudara od očekivanja pojedinčeve kulture, koje je pervazivno i nefleksibilno te stabilno u vremenu, a započinje u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi i uzrokuje uznemirenost i štetno funkcioniranje (APA, 2013). Za razliku od psihičkih poremećaja, poremećaji ličnosti su trajni obrasci neprilagođenosti, a perzistirajući su upravo jer imaju stabilnost i organizaciju poput normalne, funkcionalne ličnosti (Thomas i Segal, 2005). Poremećaji ličnosti dijele se na ekscentrične (paranoidni, shizoidni i shizotipni poremećaj ličnosti), anksiozne (opsesivno-kompulzivni, izbjegavajući i ovisni poremećaj ličnosti) te dramatične (antisocijalni, narcistički, histrionski i granični poremećaj ličnosti) (Begić, 2011).

Granični poremećaj ličnosti (engl. Borderline Personality Disorder – BPD) relativno je mlada dijagnoza, koja je ušla u DSM-III 1980. godine (Gunderson i Links, 2008). Definicija graničnog poremećaja ličnosti u DSM-u proizašla je iz radova Gundersona i Singera (1975), koji su identificirali karakteristična svojstva spomenutog poremećaja: neugodna raspoloženja i emocije,

impulzivnost, nestabilne odnose, psihotične misli i socijalnu neprilagođenost (Gunderson i Hoffman, 2005). Ovo je najtipičnija i najrasprostranjenija dijagnoza poremećaja ličnosti u kliničkoj praksi (Loranger, 1990; Loranger i suradnici, 1997, prema Gunderson i Links, 2008). Riječ je o kompleksnom i ozbiljnom mentalnom poremećaju, čija je učestalost 1-2% (Torgensen i suradnici, 2001, prema Gunderson i Hoffman, 2005) ili čak do 5,9% u novije doba (Grant i suradnici, 2008) , a otprilike 75% osoba s ovim poremećajem je ženskog spola (APA, 2013). Koncept graničnog poremećaja ličnosti prvo je opisao Stern (1938), potom Knight (1953), a Kernberg (1967) njegove intrapsihičke značajke definira kao poremećenije od neurotičnih tegoba, a manje poremećene od psihotičnih poremećaja (Gunderson i Hoffman, 2005). Odavde i proizlazi naziv „granični“, pošto su osobe koje imaju spomenuti poremećaj na granici neuroze i psihoze (Paris, 2005).

2.1. Kriteriji za dijagnozu i osnovne karakteristike

Granični poremećaj ličnosti (GPL) je poremećaj kojeg prati pervazivni obrazac nestabilnosti u interpersonalnim odnosima, slici o sebi i u afektivnom doživljavanju uz izrazitu impulzivnost, a počinje u ranoj odrasloj dobi i očituje se u raznim kontektstima (APA, 2013).

Glavne značajke su :

1. Očajnički pokušaji izbjegavanja stvarnog ili umišljenog napuštanja
2. Obrazac nestabilnih i intenzivnih interpersonalnih odnosa okarakteriziranih izmjenama idealiziranja i ekstremnog omalovažavanja
3. Stalna i izrazita nestabilnost slike o sebi i osjećaja sebe
4. Impulzivnost u najmanje dva područja koja su potencijalno štetna za osobu (npr. trošenje novca, seksualno ponašanje, zloupotreba opijata, rizična vožnja automobilom, epizode prejedanja)
5. Opetovano suicidalno ponašanje, geste i prijetnje ili samoozljeđivanje
6. Afektivna labilnost zbog izražene emocionalne reaktivnosti (npr. intenzivna epizodična disforija, iritabilnost ili anksioznost koja traje nekoliko sati i rijetko dulje od par dana)
7. Kronični osjećaj praznine
8. Neprikladna, intenzivna ljutnja ili teškoće regulacije ljutnje (npr. česti napadi bijesa, stalna ljutnja, opetovani fizički obračuni)
9. Prolazne, sa stresom povezane paranoične ideje ili teški disocijativni simptomi.

Za dijagnozu graničnog poremećaja ličnosti kod osobe treba biti prisutno barem pet od navedenih karakteristika i osoba mora imati barem 18 godina (APA, 2013). Moguća je bilo koja kombinacija ovih simptoma (ima ih 126) da bi se uspostavila dijagnoza. Ovakva heterogenost navela je istraživače na potragu za temeljnim karakteristikama koje su zajedničke svim osobama s graničnim poremećajem ličnosti. Tu se najčešće navode poremećeni interpersonalni odnosi, afektivna disregulacija te nemogućnost kontrole ponašanja ili impulzivnost (Sanslow i suradnici, 2002, prema Gunderson i Hoffman, 2005). Navedena nestabilnost vidljiva je u svim simptomima, koji su zapravo međusobno isprepleteni. Slijedi opis graničnog poremećaja ličnosti prema značajkama navedenim u DSM-u:

Osobe s graničnim poremećajem ličnosti duboko se boje napuštanja od strane njiima važnih osoba, što se manifestira u očajničkim pokušajima izbjegavanja samoće (npr. učestalo zvanje ljude na telefon ili stalno traženje fizičke prisutnosti) (Lieb i suradnici, 2004). Pokušavaju se uvući drugima u život i vezati se za nekog i izmanipulirati situaciju tako da ih osoba treba i stoga ne napusti (Millon, 2011). Međutim, pošto se osjećaju bezvrijedno, cijelo se vrijeme pribojavaju je li nekoj osobi stvarno stalo i hoće li ih napustiti (Kreger i Mason, 2010). Percepcija nadolazeće potencijalne separacije ima destabilizirajući utjecaj na raspoloženje, osjećaj sebe, obrasce razmišljanja i ponašanje (Gunderson i Hoffman, 2005). Ovi pojedinci doživljavaju intenzivne strahove od napuštanja i neprimjerenu ljutnju čak i kada se radi o realističnom i vremenski ograničenom razdvajanju ili neizbježnim promjenama u planovima (npr. netko njima važan kasni par minuta ili otkaže sastanak ili terapeut najavi kraj seanse). Takvo „napuštanje“ doživljavaju kao dokaz da su oni „zli“ (Grohol, 2007). Spomenuti strah od napuštanja uzrokovan je netolerancijom na samoću i potrebom za prisutnosti drugih (APA, 2013). Pri tome je bitno napomenuti da u svojoj srži osobe s ovim poremećaj uz strah od napuštanja imaju i strah od prevelike bliskosti (Lewin i Schultz, 1992, prema Gunderson i Links, 2008), što dodatno pojačava nestabilnost u odnosima.

Interpersonalni odnosi su im nestabilni i intenzivni. Skloni su vezanju za potencijalne davatelje brige i pažnje, čak i nakon vrlo kratkog susreta (Gunderson i Hoffman, 2005). Nakon prvog ili drugog susreta idealiziraju potencijalne „njegovatelje“, žele provoditi puno vremena s tim osobama i dijeliti najintimnije detalje vrlo rano u odnosu (APA, 2013). Slijedi idealizacija osobinih vrlina i kapaciteta. Međutim, ako ih te osobe razočaraju, njihov stav o tim osobama mijenja se u suprotno, tj. u ekstremno omalovažavanje (Gunderson i Hoffman, 2005). Njihovim zahtjevima gotovo je nemoguće udovoljiti, a kada se i udovolji, uvijek traže nešto drugo (Kreger i Mason, 2010). Ukoliko netko s GPL-om smatra da osobe ne daju dovoljno (a nikad nije dovoljno), prijateljski odnos se pretvara u nasilnu kontrolu (Benjamin, 2003, prema Millon,

2011). Zatim svoje tmurno raspoloženje koriste kao motivaciju da bi se tim osobama osvetili ili ih „naučili lekciju“ jer nisu bile dovoljno brižne prema njima (Millon, 2011). Osobe s ovim poremećajem pokazuju veliku potrebu za intimnim odnosima i pažnjom, ali nakon kratkog perioda počinju odbijati intimnost, eventualno i prekidaju odnos (Thomas i Segal, 2005). Poslije pokazuju obrazac ponašanja „mrzim te – nemoj me ostaviti“, tj. nakon što se sami distanciraju ili prekinu odnos počnu se osjećati zanemareno i napušteno, pa se ponovno pokušaju zbližiti s tom osobom i ciklus se ponavlja (Kreger, 2012). Vrlo često se na dramatičan način povuku iz odnosa (zbog straha od intimnosti i napuštanja), a potom traže ljubav i pažnju, pa se ponovno naglo povuku ili izoliraju (Salters-Pedneault, 2010). Nakon toga mogu prijeći na drugi „objekt ljubavi“ i ponavljati obrazac (Kreger i Mason, 2010). Bitna značajka GPL-a je nemogućnost viđenja bliskih osoba drugačije osim idealizirano ili omalovaženo (Gunderson i Hoffman, 2005). Ta nagla promjena u doživljavanju drugih događa se zbog percipiranog odbijanja i napuštanja (Gunderson i Hoffman, 2005). Njihovi su odnosi burni i obilježeni čestim svađama, ponovljenim prekidanjem odnosa i oslanjanjem na neprimjerene strategije, koje mogu ujedno uplašiti i naljutiti druge, poput izrazito emocionalnih ili nepredvidivih reakcija (Lieb i suradnici, 2004). Osobe s ovim poremećajem uglavnom su vješti manipulatori skloni ljubomori i osvećivanju (Smith, 2013).

Osobe s GPL-om pate od difuzije identiteta, odnosno ne znaju tko su i to ih plaši (Kreger i Mason, 2010). Često iskazuju nagle, neočekivane i dramatične promjene u slici o sebi, što je praćeno preuzimanjem drugačijih vrijednosti, mišljenja, ciljeva, aspiracija, prijatelja, seksualnog identiteta, itd. (Thomas i Segal, 2005; Gunderson i Hoffman, 2005). Sebe velik dio vremena smatraju „lošima“ ili „zlima“, a katkad se osjećaju kao da uopće ne postoje, pogotovo u situacijama kada ne dobivaju adekvatnu brigu i potporu drugih (Gunderson i Hoffman, 2005). Nekad se protiv osjećaja praznine i nepostojanja bore tako da poput kameleona oponašaju pojedinca s kojim se zbliže, preuzimaju ulogu žrtve ili nečijeg njegovatelja, što im pruža osjećaj kontrole i identiteta (Kreger i Mason, 2010).

Pojedinci s GPL-om su impulzivni na vlastitu štetu; često zloupotrebljavaju opijate, upuštaju se u rizična seksualna ponašanja, imaju epizode prejedanja, pretjeranog trošenja novca ili kockanja (Gunderson i Hoffman, 2005). Postoji snažna povezanost zlouporabe alkohola, opijata i drugih tvari s graničnim poremećajem ličnosti, konkordancija je čak 21% (Brooner i suradnici, 1993; Drake i suradnici, 1994; Helzer i Pryzbeck, 1988; Links i suradnici, 1995, prema Hoffman Judd i McGlashan, 2003). Nestabilnost ovog poremećaja očituje se i u nerijetkoj izmjeni jednog impulzivnog obrasca drugim, npr. rezanje zloupotrebom opijata (Gunderson i Links, 2008).

Za GPL karakteristične su i prijetnje samoubojstvom, sucidalne geste i samoozljeđivanje (poput rezanja ili gašenja cigarete na koži). Ovo je tipična oznaka GPL-a, toliko tipična da se taj poremećaj treba uzeti u obzir za dijagnozu kada god postoji slučaj ponavljanog samoozljeđivanja (Gunderson i Links, 2008). Čak 10% osoba s graničnim poremećajem ličnosti počini samoubojstvo, što je 50 puta veća prevalencija nego u općoj populaciji (Lieb i suradnici, 2004). Takva su ponašanja često potaknuta separacijom, odbijanjem ili očekivanjem da će se morati preuzeti veća odgovornost za sebe nego inače (Gunderson i Hoffman, 2005). Oko 75% osoba s graničnim poremećajem ličnosti se samoozljeđuje (Clarkin i suradnici, 1983; Gardner i Cowdry, 1985; Gunderson, 1984; Zisook i suradnici, 1994, prema Gunderson i Links, 2008), a uzrokom toga smatra se samokažnjavanje i osjećaj olakšanja od bolnih i nepodnošljivih afektivnih stanja (Soloff i suradnici, 1994, prema Gunderson i Links, 2008). Shearer (1994) i Brodsky i suradnici (1995) izvješćuju da se oko 50% osoba ovim poremećajem samoozljeđuje u tajnosti. Često je takvo ponašanje skriveno i poricano jer ga se srame. Suyemoto (1998) izvješćuje da izolacija od ostalih gotovo uvijek prethodi samoozljeđivanju. Najčešći razlozi samoozljeđivanja su regulacija afekta (mutiliranje dovodi do osjećaja olakšanja ili odvlači pažnju s emocionalne boli), kažnjavanje sebe (zbog intenzivnog srama i uvjerenja da su „loši“), da bi pokazali okolini koliko pate (dobivanje pažnje može povećati učestalost ovakvog ponašanja), osjećaj kontrole, vraćanje u realnost (samoozljeđivanje umanjuje depersonalizaciju) i ventiliranje ljutnje (Gunderson i Hoffman, 2005).

Općepoznato je da osobe s GPL-om imaju izražene promjene u raspoloženju i ostalim emocijama. Mogu doživljavati depresiju, iritabilnost, anksioznost, ljutnju, paniku ili očaj, koji obično traju nekoliko sati, uglavnom kao reakciju na interpersonalne stresove (Gunderson i Hoffman, 2005). Temeljno disforično raspoloženje često je prekinuto periodima ljutnje, panike ili očaja, a rijetko zadovoljstvom i osjećajem dobrobiti (APA, 2013). Njihovo ponašanja može naglo varirati od laskavog do bijesnog, od uplašenog do samopouzdanog (Thomas i Segal, 2005). Ovu nestabilnost pojačava činjenica da oni reagiraju dulje i intenzivnije na situacije (Smith, 2013). Uglavnom ljudi iz njihove okoline, a ni oni sami ne znaju koji je okidač za pojavu tako intenzivnog emocionalnog doživljavanja. Emocionalne reakcije su im preintenzivne i neprimjerene situaciji (Tartakovsky, 2011).

Osobe s GPL-om osjećaju kroničnu prazninu (Gunderson i Hoffman, 2005). Zato traže u drugima beskrajnu ljubav i suosjećanje koji bi popunili crnu rupu i očaj u njima (Kreger i Mason, 2010). Uglavnom izvještavaju o osjećaju praznine iznutra, da su različite osobe ovisno o tome s kim su u društvu, ovisnosti o drugima i traženju naputaka o tome kako da se ponašaju i

razmišljaju, da bi izgubili osjećaj tko su ili se osjećali kao da ne postoje da su sami te da kada i budu sami, osjećaju paniku i intenzivnu dosadu. (Kreger i Mason, 2010).

Često iskazuju neprimjerenu i intenzivnu ljutnju, koju teško kontroliraju. Ona se može manifestirati kao ekstremni sarkazam, dugotrajna ogorčenost, verbalni ispad (APA, 2013), depresivna letargija ili durenje (Millon, 2011). U slučaju da osoba s graničnim poremećajem ličnosti percipira nečije ponašanje kao zanemarujuće, zakidajuće, neobazrivo ili napuštajuće, osjećaju i iskazuju neprikladnu i intenzivnu ljutnju (Gunderson i Hoffman, 2005). Takvi iskazi ljutnje praćeni su sramom i krivnjom i pojačavaju osjećaj da su oni zli (Grohol, 2007). Međutim, postoje i pojedinci s GPL-om koji ne mogu izraziti ljutnju zbog straha od gubitka kontrole (Linehan, 1993a, prema Kreger i Mason, 2010).

Osobe s ovim poremećajem imaju snažne psihotične reakcije na svakodnevne neprilike, jače čak i od osoba koje su dijagnosticirane kao psihotične (Glaser i suradnici, 2009). Pod jakim stresom (gotovo uvijek percipirano napuštanje), osoba s GPL-om može postati privremeno paranoična i sumnjičava ili može disocirati (osjećati se odvojeno od okoline i vlastitog tijela), a moguće su i halucinacije (npr. osoba čuje majčin glas) (Gunderson i Links, 2008). U osobe se mogu pojaviti sumanute ideje da su se svi urotili protiv nje i da će biti napuštena, što izaziva bijes i osvećivanje „voljenima“. Optužuju ih da su agresori, da ih preziru i da neopravdano doživljavaju osobu s GPL-om kao varalicu, lažljivca i neuspješnog (Millon, 2011). Međutim, ovi simptomi nisu toliko ozbiljni i dovoljno dugotrajni za postavljanje dodatne dijagnoze. Stvarni ili percipirani povratak osobe koju doživljava kao njegovatelja dovodi do perioda remisije (Grohol, 2007).

2.2. Kognitivne značajke GPL-a

Organizacija GPL-a okarakterizirana je difuzijom identiteta, korištenjem primitivnih, nezrelih obrambenih mehanizama (rascjepljivanje, projekcija, negiranje, snažna emocionalna reakcija, projektivna identifikacija) i povremenim pogreškama u razlikovanju stvarnog i umišljenog (Gunderson i Links, 2008; Gunderson i Hoffman, 2005). Prema nekim stručnjacima za osobe s graničnim poremećajem ličnosti karakteristična je i sklonost regresiji (djetinjastom ponašanju i očekivanju) kada ih se stavi u situacije gdje nije jasno što se od njih očekuje (Lieb i suradnici, 2004). Primitivne obrane opisane u Kernbergovom modelu organizacije GPL-a samo su indirektno prikazane u DSM-u u kriterijima koji uključuju interpersonalne probleme, impulzivnost, paranoju vezanu uz stres i disocijaciju (Gunderson i Hoffman, 2005). Podloga ovih ponašanja su primitivni, nezreli obrambeni mehanizmi tipični za ovaj poremećaj, koji osobe s ovim poremećajem koriste jer nisu sposobne za metakognitivno samomotrenje (tj. promatranje

vlastitog načina razmišljanja i utvrđivanje pogrešaka ili nekonzistencije), pa kod njih obrambeni mehanizmi nisu obrana od bolnih emocija, nego nezreli kognitivni procesi nastali zbog disocijacije (Hoffman Judd i McGlashan, 2003).

Disocijacija je nagli i privremeni poremećaj u integraciji svjesnosti, pamćenja ili identiteta, nesvjesni obrambeni mehanizam kojim se izdvajaju neki mentalni i ponašajni procesi iz cjelokupnog psihičkog života, odnosno neka se traumatska iskustva ne integriraju u iskustvo i sjećanje, nego se pohranjuju izdvojeno (Begić, 2011). Patološka disocijacija kod osoba s GPL-om je u podlozi neadekvatne kognitivne i emocionalne integracije biografskih informacija (Hoffman Judd i McGlashan, 2003), što pravi smetnje u stvaranju identiteta. Ove osobe veći dio života provode u stanju sličnom transu odvojeno od vlastitih emocija, odnosno u stanju depersonalizacija i derealizacije (Hoffman Judd i McGlashan, 2003). Depersonalizacija je pojava da osoba drugačije doživljava sebe, svoj izgled, svoje tijelo („vidi“ promjene na sebi koje ne postoje), strana je sama sebi, odnosno gubi se identitet, a sebe osjeća ili doživljava kao drugu osobu. Derealizacija je nestvarno doživljavanje okoline, stvarnosti, predmeta i ljudi (Begić, 2011). Bez svijesti o emocijama osoba ne doživljava sebe kao stvarnu (Hoffman Judd i McGlashan, 2003).

Pod utjecajem teorije objektnih odnosa, Otto Kernberg ističe obrambeni mehanizam rascjepljivanje (engl. *splitting*) kao bitnu značajku GPL-a (Hogan i suradnici, 1997). Osobe s GPL-om ne mogu vidjeti bliske osobe drugačije osim idealizirano ili krajnje omalovaženo, što je odraz njihovog intrapsihičkog rascjepljivanja. Ovaj mehanizam polarizira realnost (Gunderson i Links, 2008). Rascjepljivanje je nemogućnost dihotomnog mišljenja, tj. integriranja suprotnih misli i shvaćanja da drugi imaju konflikt motiva i odvojena stanja uma (Hoffman Judd i McGlashan, 2003). Ovakvo dihotomno mišljenje je tendencija evaluiranja stvari u međusobno isključivim kategorijama, umjesto da ih se gleda u okviru kontinuuma. Takav ekstremni, „crno-bijeli“ način razmišljanja, koji se lako mijenja iz jedne u drugu krajnost, dovodi do ekstremnih emocionalnih reakcija i ekstremnih radnji (Millon, 2011). Razmišljanje tipa „sve ili ništa“ ne očituje se samo u interpersonalnim odnosima, već na taj način razmišljaju i o sebi („Ukoliko je i jedna stvar u vezi mene loša, onda sam ja cijeli/a loš/a“). Suočeni s problemom, osobe s GPL-om mogu se osjećati kao da postoji samo jedno rješenje nekog problema, a kada se nešto započne, nema povratka. Smatraju i da odnose treba jasno definirati. Netko je ili njihov prijatelj ili neprijatelj (Kreger i Mason, 2010). Organizacija GPL-a je zapravo adaptacija na okolinu straha, tajenja i izdaje. Kernberg (1967) smatra da su u korijenu GPL-a agresivni impulsi koji su konstantna prijetnju uništenju pozitivnih slika sebe i drugih, pa osoba „razdvaja“ um da bi zaštitila pozitivne slike od negativnih (Gunderson i Hoffman, 2005).

Projekcija je nesvjesni proces pripisivanja drugima vlastitih neprihvatljivih impulsa, stavova, mišljenja, vjerovanja i ponašanja, koji omogućuje okrivljavanje drugih za vlastite nedostatke (Fulgosi, 1987). Osobe s GPL-om koriste ovaj obrambeni mehanizam da bi se riješile anksioznosti, boli i srama. Pošto se boje da će ih voljena osoba ostaviti kada otkrije njihove manjkavosti, pripisuje ih drugima kako bi skrenuli pažnju s vlastitih manjkavosti. Privremeno se osjećaju bolje zbog toga, ali njihova unutarnja bol se vraća, pa ponavljaju ovaj postupak. Ponekad se ovaj mehanizam očituje i u drugom obliku, kao preuveličavanje nečega stvarnog zbog njihovih vlastitih interpretacija, npr. kada iziritiraju nekoga, optužuju ga da ih „mrzi". Međutim, oni nisu svjesni da projiciraju jer se kod njih projekcija javlja zajedno sa disocijacijom, rascjepljivanjem i poricanjem, tj. da bi održali „dobrog sebe", ne smiju imati nijednu manu, stoga poriču projekciju, a nisu svjesni poricanja zbog disocijacije (Kreger i Mason, 2010).

Poricanje ili negiranje je odbijanje prihvaćanja realnosti ili činjenice, ponašanje kao da bolni događaj, misao ili osjećaj ne postoje. Smatra se jednim od najprimitivnijih obrambenih mehanizama (Grohol, 2007). Javlja se kao posljedica disocijacije tijekom bolnih događaja i odsutnosti procesiranja takvih događaja kao dio interpersonalne sheme, odnosno manjak integracije emocionalnog utjecaja i posljedica značajnih događaja na pojedinca (Hoffman Judd i McGlashan, 2003).

Regresija je povratak na raniji stadij razvoja zbog suočavanja s neprihvatljivim mislima ili impulsima (Grohol, 2007). Zbog toga Kernberg (1967) GPL (zajedno s histrionskim poremećajem ličnosti) svrstava među infantilne ličnosti, za koje su karakteristični labilnost i difuznost emocija, djetinjasto durenje, zahtjevno i ovisno ponašanje te direktna seksualna provokativnost (Millon, 2011).

Snažna emocionalna reakcija (engl. *acting out*) je provođenje ekstremnog ponašanja da bi se izrazilo misli ili osjećaje koje osoba ne zna drugačije izraziti. Samoozljeđivanje također može biti oblik snažne emocionalne reakcije, pojedinac kroz fizičku bol izrazi nešto što ne može podnijeti emocionalno (Grohol, 2007). Ovdje spadaju i nekontrolirani i impulzivni bijes, kritičnost i okrivljavanje (Kreger i Mason, 2010). Često se događa kao reakcija na strah od napuštanja, a nekima to postaje toliko snažna navika da prestanu biti svjesni straha (Gunderson i Links, 2008).

Projektivna identifikacija služi za pretvaranje unutarnjeg konflikta u vanjski, ponekad se projicira na druge ljude te ih prisiljava da zauzmu jednu stranu u navedenom konfliktu (Thomas i Segal, 2005). Ovaj je mehanizam povezan s projekcijom. Pojedinac s GPL-om optužuje i kritizira osobu zbog nečega, u što nakon određenog vremena osoba počinje vjerovati i zatim se

ponaša u skladu s tim (Kreger i Mason, 2010). Ukoliko osoba „prihvati“ projektivnu identifikaciju, počinje u svom ponašanju iskazivati emocionalnu dramu koju osoba s GPL-om nosi u sebi (Stringer, 2002).

U podlozi nabrojanih obrambenih mehanizama nalaze se pretpostavke koje gotovo sve osobe s GPL-om nesvjesno imaju:

- „Bitni ljudi u mom životu moraju me voljeti cijelo vrijeme, u protivnom ne vrijedim ništa. Moram biti kompetentan na sve moguće načine da bih bio/bila vrijedna osoba.“
- „Neki ljudi su dobri i sve u vezi njih je savršeno. Ostali su ljudi pokvareni te ih zbog toga treba kriviti i kazniti.“
- „Moji su osjećaji izazvani vanjskim događajima. Nemam kontrole nad mojim emocijama ili stvarima koje činim zbog njih.“
- „Nikome nije stalo do mene kao što je meni do njih, zato i gubim sve do čega mi je stalo – usprkos očajničkim potezima kojima ih pokušavam zadržati.“
- „Ako se netko odnosi loše prema meni, onda i ja postajem loš.“
- „Kada sam sam/a, postajem nitko i ništa.“
- „Bit ću sretan/sretna samo kada nađem osobu koja puno daje, savršenu osobu koja će me voljeti i brinuti se za mene bez obzira na sve. Ali ako me netko tko odgovara ovom opisu voli, nešto nije u redu s tom osobom.“
- „Ne mogu podnijeti frustraciju koju osjetim kada trebam nešto od nekoga, a ne mogu to dobiti. Moram poduzeti nešto da se riješim te frustracije.“ (Kreger i Mason, 2010)

Autori iz drugih psihoterapijskih pravaca/škola, oni iz područja kognitivne terapije, navedene pretpostavke shvaćaju i opisuju kao kognitivne distorzije (iskrivljenja) za što također navode da rezultira psihičkim, ponajprije emocionalnim poteškoćama. Za osobe s ovim poremećajem karakteristični su i neobično rezoniranje (praznovjerje, magično mišljenje, šesto čulo, vidovitost, telepatija), precijenjene ideje, neobične percepcije, teška disocijacija i paranoja. U fazama depresije i visokostresnih situacija, koje su pogoršane napuštanjem ili gubitkom, osobe s GPL-om su podložne psihotičnoj depresiji. Psihotična im stanja najčešće uključuju slušne halucinacije (npr. čuju blisku osobu ili roditelje kako ih kritiziraju i ponižavaju, a rijetko tješe) ili ponovljeno proživljavanje zlostavljanja (udaranje, vikanje ili seksualno zlostavljanje od strane roditelja) (Hoffman Judd i McGlashan, 2003).

2.3 Biološka podloga

Strukturalnom i funkcionalnom magnetskom rezonancijom utvrđena je mreža moždanih područja koja igraju bitnu ulogu u simptomatologiji ovog poremećaja. Ovu disfunkcionalnu fronto-limbičku mrežu čine anteriorni cingularni korteks, orbitofrontalni i dorzolateralni prefrontalni korteks, hipokampus i amigdala (Lieb i suradnici, 2004).

U osoba s GPL-om zapažene su metaboličke promjene u frontalnom režnju i limbičkom području (Begić, 2011), ali nije jasno jesu li ove abnormalnosti uzrok ili posljedica GPL-a (Lieb i suradnici, 2004). U ovim moždanim područjima također je prisutna i disfunkcionalna serotoninergička neurotransmisija, koja je povezana s disinhibiranom impulzivnom agresijom u osoba s GPL-om (Soloff i suradnici, 2000, prema Lieb i suradnici, 2004).

Anteriorni cingularni korteks je dio mozga koji se smatra odgovornim za kontrolu afekta (Lieb i suradnici, 2004). U istraživanjima koja uključuju stresne i emocionalne podražaje došlo je do deaktivacije ili neuspjele aktivacije anteriornog cingularnog korteksa (Schmahl i suradnici, 2003; Schmahl i suradnici, 2003, prema Lieb i suradnici, 2004). Osobama s GPL-om anteriorni cingularni korteks ostaje neaktiviran kada pokušavaju umanjiti svoje reakcije na uznemirujuće emocionalne scene, dok se osobama bez ovog poremećaja anteriorni cingularni korteks aktivira, što znači da pojedinci s GPL-om fizički nisu u stanju regulirati emocije (Nauert, 2009). Osim toga, moždani impulsi koji prate emocije kod prosječne osobe traju oko 12 sekundi, dok kod osoba s graničnim poremećajem ličnosti to traje 20% dulje (Tartakovsky, 2011). Znači da osobe s GPL-om ne samo da fizički ne mogu regulirati emocije, nego ih iz bioloških razloga dulje i doživljavaju.

Disfunkcije medijalnog i lateralnog dijela orbitofrontalnog korteksa te dorzolateralnog prefrontalnog korteksa povezuju se s impulzivnošću osoba s GPL-om (Wolf i suradnici, 2012).

Hipokampus je značajan za učenje, procese konsolidacije pamćenja, doživljavanje prostora i vremena te integraciju iskustava (Zola-Morgan i Squire, 1990, prema Wolf i suradnici, 2012). Desni dio hipokampusa kod pojedinaca s GPL-om znatno je smanjen u odnosu na zdrave osobe (Wolf i suradnici, 2012). Vjerojatno zbog toga osobe s GPL-om imaju teškoća s integracijom iskustava i izgradnjom identiteta te sklonost disocijaciji.

Amigdala je važna za kontrolu emocija, osjećaj straha i reakcije na opasnost (Begić, 2011). Prilikom dosjećanja neprorađenog životnog događaja, samo kod osoba s GPL-om (u odnosu na kontrolnu skupinu) je došlo do bilateralne aktivacije amigdale (Beblo i suradnici, 2006, prema Leichsenring i suradnici, 2011). Donegan i suradnici (2003) su pomoću funkcionalne magnetske rezonancije pokazali da se lijeva polovica amigdale osoba s GPL-om

jače aktivira kao odgovor na facijalne ekspresije negativnih emocija i neutralne facijalne ekspresije (Lieb i suradnici, 2004; Domes i suradnici, 2002). Herpertz i suradnici (2001) su pokazali su i jaču aktivaciju amigdale na averzivnu stimulaciju (Domes i suradnici, 2002).

Nadalje, prilikom pokušaja kontrole emocija u ovih pojedinaca dolazi do slabije aktivacije kognitivnih kontrolnih područja nego u zdravih pojedinaca, što doprinosi afektivnoj labilnosti (Koenigsberg i suradnici, 2009, prema Leichsenring i suradnici, 2011). Ovakav nalaz upućuje na mogućnost da slabljenje prefrontalne inhibitorne kontrole pridonosi hiperaktivnosti amigdale (Lieb i suradnici, 2004).

3.4. Socijalne značajke i utjecaj na osobe iz okoline

Osobe s GPL-om prati obrazac intenzivnih i nestabilnih odnosa. To je slučaj zbog već navedenih kognitivnih i bioloških značajki te nesigurne privrženosti, koja je rezultat okoline u kojoj je osoba s GPL-om odrasla (Hoffman Judd i McGlashan, 2003). Ovo je razarajuća mentalna bolest koja snažno utječe na članove obitelji, prijatelje, romantične partnere i djecu (Salters-Pedneault, 2010). Prijatelji, obitelji i partneri često njihova ponašanja shvaćaju ozbiljno i osjećaju se zarobljeno toksičnom krugu krivnje, samookrivljavanja, depresije, bijesa, poricanja, izolacije i zbunjenosti (Kreger i Mason, 2010). Rade indirektan utjecaj na okolinu svojim impulzivnim ponašanjem, samoozljeđivanjem i disocijativnim simptomima (Salters-Pedneault, 2010), a direktno neprimjerenima obrascima ponašanja.

Jedan od oblika neprilagođenih ponašanja je pretjerana potreba za kontrolom. Ovi pojedinci imaju potrebu kontrolirati i manipulirati druge jer osjećaju da ne mogu kontrolirati sebe. To često rade nesvjesno stvarajući kaos oko sebe ili optužujući druge da ih pokušavaju kontrolirati. Vrlo česte manipulativne strategije koje koriste su prijetnje, izljevi bijesa, durenje i odbijanje komunikacije (Kreger i Mason, 2010). Uvijek je za sve kriva druga osoba. Dovode ju u situaciju u kojoj više ne zna kako bi se ponašala, što god da učini, osobi s GPL-om nije po volji (Kreger, 2012). Emocionalno zlostavljaju osobu, što joj postupno naruši samopoštovanje do te mjere da počinje samu sebe kriviti za zlostavljanje i smatrati se bezvrijednom te da ju nitko drugi ne želi. Zatoče osobu u odnos dovodeći ju u situaciju da se ili smatra previše odgovornom za njihovu sigurnost ili krivom što su izazvali ovakve reakcije kod njih (Kreger i Mason, 2010). Pokušavaju izolirati osobe s kojima su se zbližili. Inzistiraju na prekidanju drugih kontakata i posvećivanju isključivo njima (Kreger i Mason, 2010).

Prenose svoj način razmišljanja i osjećaje na drugu osobu. Inducirana psihoza je pojava da psihički bolesna osoba svoje sumanute simptome prenese na druge (Begić, 2011). Tako neki

zdravi pojedinci mogu preuzeti „crno-bijeli“ način razmišljanja. Također im raspoloženje rezonira s osobom s GPL-om, tj. kada je ona loše raspoložena i oni su (Kreger i Mason, 2010).

Uz to ne znaju postaviti granice u odnosima. Od prave se intimnosti osjećaju ranjivo. Boje se da će ljudi vidjeti „pravog njih“, što će ih odbiti. Zato namjerno započinju svađe da bi se skrenulo pažnju s bitnih stvari. Znaju i isprobavati osobe da vide je li im stvarno stalo do njih. Smatraju da ih neka osoba voli samo ako će zbog njihovih potreba ostaviti sve drugo po strani (Kreger i Mason, 2010). Promatranje voljene osobe s GPL-om iznimno je stresno za članove obitelji, pogotovo za roditelje ili skrbnike adolescenta s ovim poremećajem. Zbog njihovog impulzivnog ponašanja mogu stvoriti traumatska iskustva članovima obitelji, npr. ako se samoozljeđuju ili pokušaju počiniti samoubojstvo, pa ih se mora voziti u bolnicu. Velik broj osoba koje u obitelji imaju nekoga s GPL-om izvještavaju i o osjećaju krivnje jer se smatraju odgovornim za taj poremećaj. Pošto je briga za ovakvu osobu vrlo stresna, ona može dovesti i do narušenog bračnog odnosa među roditeljima. Braća i sestre ovih osoba ili bivaju uvučene u ulogu skrbnika ili se udalje od obitelji radi izbjegavanja emocionalne uznemirenosti. Postoji utjecaj i na širu obitelj poput baka i djedova, tetki, ujaka i stričeva, koji također trebaju sudjelovati u brizi o takvoj osobi (Salters-Pedneault, 2010).

Kao i u ostalim odnosima, u romantičnoj vezi osobe s ovim poremećajem imaju obrazac intenzivnih, nestabilnih odnosa obilježenih čestim izmjenama čvrstog držanja uz osobu i ovisnosti o njoj i naglog povlačenja. Njihovo impulzivno ponašanje i suicidalne geste često plaše partnere i unose dodatan stres u odnos. Što su izraženiji simptomi osobe s GPL-om, to partner izvještava o manjem zadovoljstvu vezom. Istraživanja su također pokazala da su simptomi GPL-a povezani s velikim brojem romantičnih odnosa i većom incidencijom neplanirane trudnoće u žena. Ove osobe imaju veći broj bivših partnera i češće prekidaju odnos, tj. velika je vjerojatnost da će njihov odnos završiti prekidom. Na početku veze idealiziraju partnera, smatraju da su našli srodnu dušu koja će ih spasiti od njihove emocionalne boli. Nakon što završi faza „medenog mjeseca“ i shvate da ta osoba nije bez mane, počnu ju omalovažavati. Oni teško podnose prekide, pogotovo one koje je inicirao partner te imaju problema s otpuštanjem veze (Salters-Pedneault, 2010).

Zbog svojeg ponašanja osobe s GPL-om imaju problema u školi i na poslu. Imaju poteškoće u odnosima sa suradnicima, šefovima, učiteljima ili drugim osobama s autoritetom. Sklonost ljutnji i impulzivno ponašanje dovode do problema sa zakonom (Salters-Pedneault, 2009).

3. Etiologija

Etiologija graničnog poremećaja ličnosti je kompleksna i uključuje više faktora koji su u međusobnoj interakciji. Rana iskustva su ključna u određivanju aktualizacije genetske predispozicije, odnosno izlaganje stresu tijekom ranog postnatalnog života može u interakciji s genetskom predispozicijom povećati pojedinčevu sklonost psihopatološkim ishodima (Debellis i suradnici, 1994; Meaney i suradnici, 1996, prema Hoffman Judd i McGlashan, 2003).

Prema genetskom modelu efekt heritabilnosti je 0,69 (1 je maksimalan iznos), što ukazuje na važnu ulogu nasljeđa (Gunderson i Hoffman, 2008). Prenatalne i postnatalne teškoće manifestiraju se kroz strukturalne abnormalnosti u mozgu i poremećajima neurobihevioralnih sustava (Hoffman Judd i McGlashan, 2003). GPL je pet puta češći među rođacima prvog stupnja (APA, 2013). To su dokazale i studije na jednojajčanim blizancima, kod kojih je konkordancija 35%. Multivarijantne genetske analize poremećaja ličnosti identificirale su četiri faktora, od kojih jedan nosi naziv emocionalna disregulacija i opisuje labilnost afekta, nestabilno kognitivno funkcioniranje te nestalan osjećaj sebe. On nalikuje simptomima graničnog poremećaja ličnosti u mnogo aspekata, a heritabilnost se procjenjuje na oko 47% (Skodol i suradnici, 2002; Skodol i suradnici, 2002; Livesley i suradnici, 1998, prema Lieb i suradnici, 2004).

Postojeću genetsku predispoziciju pojačava okolina koja uključuje roditelje, širu obitelj, prijatelje i zajednicu. Smatra se da je djetetova interakcija s okolinom u podlozi velikog dijela postnatalne strukturacije mozga i neuralnog oblikovanja (Cicchetti i Tucker, 1994, prema Hoffman Judd i McGlashan, 2003). Velik broj oboljelih izvještava o zanemarivanju i zlostavljanju tijekom djetinjstva (Zanarini i suradnici, 1989; Links, i suradnici, 1988, prema Lieb i suradnici, 2004), a najčešći uzrok je seksualno zlostavljanje, o kojem izvještava njih 40-71% (Zanarini i suradnici, 1989; Zanrini i suradnici, 1997; Links i suradnici, 1988; Ogata i suradnici, 1990; Paris i suradnici, 1994; Paris i suradnici, 1994; Shearer i suradnici, 1990; Westen i suradnici, 1990; Herman i suradnici, 1989, prema Lieb i suradnici, 2004). U navedene oblike zlostavljanja spadaju još verbalno i fizičko zlostavljanje, emocionalno ili fizičko zanemarivanje, emocionalno povlačenje te nekonzistentna i nepredvidiva briga (Hoffman Judd i McGlashan, 2003). O takvim odnosima izvještava većina osoba s poremećajima ličnosti (Gibb i suradnici, 2001; Johnson i suradnici, 1999; Wonderlich i suradnici, 2001), a pogotovo s graničnim (Gunderson i Sabo, 1993; Herman i suradnici, 1989; Nigg i suradnici, 1991; Ogata i suradnici, 1990; Paris i suradnici, 1993; Zanarini 1997; Zanarini i suradnici, 1989, 1997, prema Hoffman Judd i McGlashan, 2003). Osobe s GPL-om češće od onih s ostalim poremećajima ličnosti izvješćuju o emocionalnom ili fizičkom zlostavljanju od strane skrbnika i seksualnom

zlostavljanju od strane osobe koja nije skrbnik. 91% osoba s GPL-om izvještava o nekom obliku zlostavljanja tijekom djetinjstva, 92% o nekom obliku zanemarivanja, 75% o emocionalnom i verbalnom zlostavljanju tijekom djetinjstva (često posramljivanje i ponižavanje, dvosmislene poruke, stavljanje u nemoguće situacije), 60% o fizičkom zlostavljanju, a oko 70% o skrbnikovom negiranju njihovih misli i emocija te nedostatku prave emocionalne povezanosti, tj. privrženosti, s jednim ili oba skrbnika (Zanarini i suradnici, 1997).

Bowlby (1977) definira privrženost kao ljudsku tendenciju ka stvaranju emocionalnih veza s drugima. (Livesley, 2001). Privrženost je bihevioralni kontrolni sustav koji održava dojenčetovu sigurnost i preživljavanje kroz pristup roditeljskoj zaštiti, brizi i njezi (Bowlby, 1969/1982, 1973, 1980, prema Hoffman Judd i McGlashan, 2003), a aktivira se pod stresom i cilj mu je smanjivanje pobuđenosti i vraćanje osjećaja sigurnosti, odnosno primarni cilj sustava privrženosti je regulacija afekta. Smatra se da se u osoba s GPL nije razvila adekvatna privrženost, nego nesigurna (Hoffman Judd i McGlashan, 2003). S vremenom djeca internaliziraju ponovljene interakcije sa skrbnicima u unutarnje radne modele, odnosno sheme o sebi, bliskim osobama i sebi u odnosu s drugima (Livesley, 2001). Ovi se modeli integriraju u strukturu ličnosti i služe kao prototip za buduće odnose, tj. oni su predlošci koji vode ponašanje u odnosima i pružaju temelj za interpretaciju iskustava u odnosima (Bowlby, 1973, prema Livesley, 2001). Odnos roditelja koji je nekonzistentan i odbijajući stvara kod djeteta shemu da su ostali nedostupni i odbijajuće nastrojeni kada ih treba i nastaje nesigurni tip privrženosti (Livesley, 2001). Čak 10-15% roditelja osoba s GPL-om imaju neki psihički poremećaj. Majke osoba s ovim poremećajem su neosjetljivije prema dojenčadi do dva mjeseca starosti (Crandell i suradnici, 2003). Nadalje, u obiteljskoj prošlosti postoji velik broj slučajeva zloupotrebe opijata, depresivnih poremećaja, poremećaja prehrane te antisocijalnog ili drugih poremećaja ličnosti u oba roditelja (White i suradnici, 2003, prema Gunderson i Lyons-Ruth, 2008). Osim toga, GPL mogu uzrokovati i događaji i okolnosti poput bolesti u obitelji, separacije, smrti, rata, neimaštine ili bogatstva. Podupiruća zajednica može biti zaštitni faktor u pojavi ovog poremećaja, a ukoliko ona nije takva, vjerojatnost njegove pojave dodatno je povećana (Hoffman Judd i McGlashan, 2003). Ovaj poremećaj se kod većine javlja u ranoj odrasloj dobi. S vremenom se izraženost simptoma smanjuje. Do dobi od 40 ili 50 godina većina osoba simptome koji su prije bili najizraženiji doživljava rjeđe i s manjim intenzitetom (Grohol, 2007).

4. Tretman graničnog poremećaja ličnosti

GPL nije bio definiran kao poremećaj sve do 1970-ih, ali skup simptoma ili sindrom koji ga opisuje smatrali su se izazovom za terapeute desetljećima prije toga. Prema današnjim definicijama, velik broj Freudovih pacijenata smatrao bi se slučajem GPL-a i postojao je određeni broj terapeuta koji su uspješno radili s ovakvim slučajevima. Međutim, klasična psihoanaliza iz 50-ih i 60-ih nije se pokazala učinkovitom. Slijedile su teoretske i tehničke modifikacije i inovacije koja su učinile da psihoanaliza i psihodinamska terapija postanu uobičajen izbor za tretman GPL-a. Otkako je 70-ih godina prošlog stoljeća GPL ušao u glavnu struju u psihologiji i psihijatriji, pridavalo mu se više pažnje te su razvijeni specijalizirani tretmani. Uz dotada korištene psihodinamske terapije, za tretmane poremećaja ličnosti počinju se koristiti i kognitivno-bihevioralne terapije, koje su dotad korištene za probleme poput depresije i anksioznosti (Gunderson i Hoffman, 2005)

Zbog raznolikosti osoba s GPL-om tijekom tretmana treba obratiti pažnju na to koliko je pojedini simptom izražen kod pojedinaca te na mogućnost varijacije u izraženosti simptoma tijekom terapije (Gunderson i Hoffman, 2005). Za planiranje tretmana potrebna je temeljita klinička procjena. Treba uzeti u obzir komorbiditetna stanja (što je kod osoba s GPL-om više pravilo nego stanje), kognitivne snage i slabosti, stupanj disocijacije, stupanj zanemarenosti i zlostavljanja tijekom djetinjstva, povijest odnosa, preferirane metode emocionalne regulacije, potencijal za nasilje, fizičko zdravlje, jake strane (uključujući sposobnosti i talente) i otpornost. Sve navedeno može utjecati na kliničku sliku i ometati tretman, ali i dati korisne informacije za planiranje tretmana. Općenito, ciljevi u tretmanu GPL-a su: prevenirati (samo)ubojstvo, razviti emocionalnu i bihevioralnu samoregulaciju, smanjiti ili eliminirati štetna ovisnička ponašanja, stabilizirati i integrirati obrasce privrženosti, poboljšati i razviti održavanje stabilne fizičke i psihičke okoline, izgraditi i održati socijalno i radno funkcioniranje što je više moguće (Hoffman Judd i McGlashan, 2003). Tu bi mogla biti korisna neka pomoćna sredstva poput psihijatrijskih lijekova za anksioznost, depresiju, psihotične epizode i nestabilnost raspoloženja kao i programe protiv zloupotrebe opijata (American Psychiatric Association, 2001, prema Gunderson i Hoffman, 2005). Kada su osigurani navedeni uvjeti, dugoročni cilj postaje pomaganje pacijentu u razvijanju fleksibilnijih obrazaca mišljenja i ponašanja koji bi zamijenili postojeće nekonstruktivne i štetne. Bez obzira na paradigmu, terapeut u ovoj fazi mora uspostaviti „savezništvo“ s pacijentom. Ovo je naročito bitno kod pacijenata s GPL-om, s kojima je teško raditi (Gunderson i Hoffman, 2005). Početak terapije s pacijentima s GPL-om odlikuje se intenzitetom emocija koje izazivaju u terapeutu, najčešće da ga se zavodi ili manipulira, kao da

„hoda po jajima“, ali i da se osjeća kao najbolji terapeut na svijetu. Terapeut treba minimalizirati ekstreme idealizacije i omalovažavanja te cijelo vrijeme imati na umu da pacijent nema šablonu za kooperativan recipročni odnos i istovremeno očekuje da će mu se nauditi dok se nada bezuvjetnoj ljubavi. Stoga terapeut treba pokazati da je pouzdan i dostupan (Hoffman Judd i McGlashan, 2003). Potrebno je ostvariti određenu razinu komfora u povjeravanju terapeutu, osjećaj da terapeut razumije i prihvaća osobu te dojam da je terapeut kompetentan. Ovakvim pristupom terapeut pacijentu daje model alternativnog načina razmišljanja pomoću empatijskih odgovora i potvrđivanja osjećaja. Taj odnos pacijenta podučava o njegovim poteškoćama u odnosima, povećava mu samopoštovanje i pomaže u upravljanju anksioznošću (Gunderson i Hoffman, 2005).

4.1. Psihodinamski pristup

Psihodinamski se pristup usmjerava na dugotrajne obrasce misli, emocija i ponašanja koji su svjesni ili nesvjesni. Pošto se pacijentove poteškoće manifestiraju tijekom terapije, čini ih se dostupnima za razmatranje, a pritom je odnos terapeuta i klijenta primaran za promjenu. To nije bitno samo kod transferencije (stare želje, očekivanja i konflikti koji oblikuju sadašnji odnos), nego i za korištenje odnosa kao pozitivni model za identifikaciju i zrcaljenje. Terapeut je fleksibilan te koristi ekspresivnu metodu i uvid u vlastito stanje radi otkrivanja nesvjesnih konflikata, misli i emocija te interpretira sadržaje. U trenucima u kojima ekspresivna metoda nije primjerena koristi podupiruću metodu, koja pojačava pacijentove sposobnosti suočavanja, uspostavlja veće povjerenje i pacijentov osjećaj da ga se uvažava i razumije (Gunderson i Hoffman, 2005).

Mnogi terapeuti ovog usmjerenja koriste teoriju objektnih odnosa koja uzima pojedinčeva rana iskustva kao žarišne točke za razumijevanje načina na koje se odnosi prema drugima kao odrasla osoba (Pine, 1990, prema Gunderson Hoffman, 2005). Smatra se da svi ljudi konstruiraju mentalne reprezentacije sebe u odnosu na ostale osobe, koje postaju funkcionalne i na svjesnoj i na nesvjesnoj razini. Zbog ometanja tijekom razvoja može doći do internalizacije sebe kao „lošeg“ u odnosima, što vodi do loše adaptiranih psihički konstrukata. Stoga se u tretmanu bazira na modifikaciji patoloških slika o sebi i drugima, točnije njihovim poboljšavanjem i zamjenom korisnijim i benignijim unutarnjim modelima (Gunderson i Hoffman, 2005).

Zbog poremećaja identiteta i osjećaja sebe, povremeno su upotrebljivi i koncepti iz self-psihologije, koju je začeo Heinz Kohut (1984). Ova se paradigma fokusira na ulogu pojedinčevih misli o očekivanjima i procjenama drugih u oblikovanju pojma o sebi i samopoštovanja. Iako svi

trebaju određenu količinu potvrđivanja tijekom života, osobe s ovim problemom trebaju preveliku količinu potvrđivanja, što rezultira time da ne mogu iznutra regulirati osjećaj sebe i stoga se osjećaju da moraju biti savršeni da bi dobili adekvatnu količinu pažnje. Tijekom tretmana ovo se može manifestirati u obliku „zrcalne transferencije“, gdje je pacijent prisiljen ponašati se na različite načine da bi dobio terapeutovo divljenje i potvrdu. Tada pacijent i terapeut zajedno rade na identifikaciji i razumijevanju ove dinamike kako bi se pacijentu pomoglo da se oslobodi tereta oslanjanja na ostale radi održanja samopoštovanja (Gunderson i Hoffman, 2005).

Ego psihologija smatra ego posrednikom između svjesnog i nesvjesnog. Stvoren je sustav nesvjesnih obrana kao načina na koji um pokušava pojedincu pomoći da se osjeća ugodno i efikasno funkcionira dok doživljava (Gabbard, 2000, prema Gunderson i Hoffman, 2005). Kada se pojave unutarnji konflikt, misli ili emocije koje pojedinac ne želi iskusiti, on se može od njih braniti misleći, osjećajući se ili ponašajući se na neproduktivan način, npr. represijom ili rascjepljivanjem. Ovi pacijenti postaju izazov za terapeuta zbog obrasca izmjene idealiziranja i ocrnjivanja terapeuta. Bitno je da pacijent s vremenom osvijesti ovaj obrazac te da sve više i više integrira unutarnji svijet tako da može tolerirati ambivalenciju i dvosmisao (Gunderson i Hoffman, 2005).

4.2. Kognitivno-bihevioralni pristup

Kognitivno bihevioralni pristup usmjeren je poglavito na opažljiva ponašanja i svijesti dostupne misli. Kognitivni aspekt proizlazi iz ideje da su ljudi bića koja procesiraju informacije i razvijaju individualne obrasce razmišljanja i interakcije kao adaptivna sredstva ovladavanja odnosima i okolinom (Beck, 1990, prema Gunderson i Hoffman, 2005). Način na koji ljudi razmišljaju bazira se na uspostavljenim shemama, koje uključuju intrinzične pretpostavke o tome kako svijet funkcionira, a percepcije i reakcije postaju programirani na temelju kolekcije shema. Bihevioralni aspekt temelji se na teorijama učenja, koje drže da su ponašanja uvjetovana i potkrepljivana od strane okoline. Neprilagođena ponašanja naučena su kao sva druga, pa se mogu i odučiti uz nečiju pomoć (Wolpe, 1995, prema Gunderson i Hoffman, 2005). Glavni cilj kognitivno-bihevioralne terapije je prepoznavanje i izmjena destruktivnih obrazaca ponašanja i mišljenja. U odnosu na psihodinamsku terapiju, ona je kraća, više orijentirana prema specifičnom cilju te više fokusirana na određene vještine (Gunderson i Hoffman, 2005).

Dijalektičku bihevioralnu terapiju razvila je Marsha Linehan pretežito za tretman pacijenata s GPL-om koji imaju kronične probleme sa suicidalnim gestama i pokušajima.

Trenutno je vjerojatno najšire korištena terapija za GPL. Ciljevi ove terapije su smanjiti rizična ponašanja, suočiti se s ponašanjima koja interferiraju s terapijskim procesom i modificirati ponašanja koja značajno umanjuju pacijentovu kvalitetu života. Termin dijalektička opisuje težnju ka pomirenju suprotnosti, odnosno pruža se kontekst u kojem se pacijenta prihvaća takvog kakav je i istovremeno mu se pokušava pomoći da se promijeni. Terapeut priznaje pacijentova iskustva i u isto vrijeme koristi vještine rješavanja problema da izmijeni neprilagođene procese razmišljanja i nauči pacijenta novim načinima suočavanja. Program ove terapije uključuje tjednu individualnu terapiju i tjedne grupne edukacije vještina u trajanju od jedne godine (Linehan, 1993a, prema Gunderson i Hoffman, 2003). Pri tome je fokus na individualnoj terapiji i ona je preduvjet za grupni dio tretmana. U grupni pacijenti uče prihvaćanje iskustava, interpersonalnu učinkovitost, toleranciju na uznemirenost i emocionalnu regulaciju. Glavni je cilj pomoći pacijentima da usvoje novi repertoar odgovora i naučiti ih primjenjivati te odgovore u relevantnim situacijama (Gunderson i Hoffman, 2005).

Terapija usmjerena na sheme GPL-a (utemeljili Jeffrey Young i suradnici) proizlazi iz koncepta rano usvojenih neprilagođenih shema, koje se definiraju kao „dugotrajna i pervazivna shema iz djetinjstva, koja definira pojedinčeva ponašanja, razmišljanja, osjećaje i odnose s drugima i vodi do neprilagođenih posljedica.“ One su duboko ukorijenjeni obrasci odgovora razvijeni rano u životu kao sredstva organizacije pojma o sebi i drugih u svijetu ispunjenom zanemarivanjem, nestabilnošću i zlostavljanjem, koji su bili logična rješenja tijekom djetinjstva, ali u odrasloj dobi nisu efikasni i postaju povezani s negativnom afektivnošću i oštećenim funkcioniranjem. Cilj terapije usmjerene na sheme jest pomoći pacijentima da prepoznaju distorzije u mišljenju i propitkuju temeljna uvjerenja u podlozi toga koji im rutinski zadaju životne probleme (Gunderson i Hoffman, 2005). Izdvojeno je pet glavni shema koje koriste pacijenti s GPL-om, a to su: „napušteno dijete“, „ljuto i impulzivno dijete“, „kažnjavajući roditelj“, nezavisni zaštitnik“ i „zdrava odrasla osoba“. Glavni cilj ove terapije je poboljšati shemu funkcioniranja pacijenta kao „zdrave odrasle osobe“. Tijekom tretmana pacijent nauči raspoznavati sheme i koriste se strategije prikladne za pojedinu shemu, npr. dok je u shemi „napušteno dijete“, terapeut pokušava zadovoljiti pacijentove neudovoljene potrebe za sigurnošću, brigom, autonomijom i izražavanjem sebe. U različitim točkama tretmana koriste se vođena imaginacija, edukacija, trening asertivnosti i igre uloga (Gunderson i Hoffman, 2005).

4.3. Prognoza i očekivana ograničenja

Empirijski podaci potvrđuju da većina pacijenata s poremećajima ličnosti koji su prikladni i koji su tretirani psihodinamskom terapijom ili psihoanalizom nakon terapije pokazuje poboljšanja u funkcioniranju, simptomatici, objektnim odnosima i radnom funkcioniranju. Steknu razumijevanje svojih nesvjesnih obrazaca i budu manje pod utjecajem unutarnjih konflikata vezanih uz transferenciju. Međutim, treba uzeti u obzir i određene nedostatke. Pacijentova temperamentalna dispozicija neće se radikalno promijeniti psihoterapijom. Također, neki bihevioralni problemi neće dobiti dovoljno pažnje u psihoanalitički orijentiranoj terapiji. Osim toga, ukoliko se radi o individualnoj terapiji, nisu dotaknuti problemi u obitelji ili braku koji mogu učvršćivati pacijentov problem. Kao i u svim terapijama, uspjeh ograničen kod pacijenata koji nisu dovoljno motivirani za promjenu, koje ne zanima zašto imaju probleme ili koji ne mogu surađivati s terapeutom (Livesley, 2001).

Pregled literature upućuje na pozitivni efekt kognitivno-bihevioralne terapije u tretmanu poremećaja ličnosti. Većinom su disfunkcionalne sheme preoblikovane tako da poboljšaju emocionalnu i bihevioralnu prilagodbu na obiteljsku i radnu okolinu (Livesley, 2001). Jedino nisu nađeni dokazi u prilog dijalektičko-bihevioralne terapije. Istraživanje na pacijentima nakon tretmana (Linehan i suradnici, 1993) pokazalo je da promjene u samoozljeđujućem ponašanju nisu potrajale, ali je došlo do smanjenja broja hospitalizacija u skupini izloženoj tretmanu (Gunderson i Hoffman, 2005). Ograničenje ovog pristupa je potreba za visokom motiviranošću pacijenta. Međutim visoka je motiviranost rijetka upravo jer manjkavost okoline koja je dovela do poremećaja ometa posvećenost terapiji. Drugo ograničenje ovog pristupa je biološki otpor promjeni. Ličnost je dijelom manifestacija biološke podloge (Livesley, 2001).

Zbog povezanosti s hospitalizacijom i teškoćama u funkcioniranju, autodestruktivnim ponašanjem i mogućnošću suicida, dijagnoza GPL-a često izaziva šok i očaj članova obitelji. Međutim, prognoza je mnogo bolja nego što se to obično smatra (Gunderson i Hoffman, 2005). Otprilike 75% pacijenata približi se normalnom funkcioniranju do dobi od 35-40 godina, a 90% se oporavi do dobi od 50 godina. Mehanizam oporavka nije u potpunosti razjašnjen, ali impulzivnost im se smanji s godinama i s vremenom nauče izbjegavati situacije koje su im problematične, npr. intenzivne ljubavne afere (Paris, 2005). Klinički dokazi i sve veći broj dokaza u empirijskoj literaturi pokazali su da uz primjeren tretman i puno uloženog vremena ima nade za većinu osoba s GPL-om (Gunderson i Hoffman, 2005).

5. Literatura

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

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

Domes, G. i suradnici (2008). Recognition of Facial Affect in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(2), 135-147.

Fulgosi, A. (1987). *Psihologija ličnosti*. Školska knjiga: Zagreb.

Glaser J-P, Van Os J, Thewissen V, Myin-Germeys I. (2009). Psychotic Reactivity in Borderline Personality Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(2):125-134, 2010.

Grant, B. F. i suradnici (2008*).* Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533.

Grohol, J. (2007). *15 Common Defense Mechanisms*. *Psych Central*, preuzeto 4. 03.2014. s http://psychcentral.com/lib/15-common-defense-mechanisms/0001251

Grohol, J. (2007). *Characteristics of Borderline Personality Disorder*, preuzeto 26. 02. 2014. s http://psychcentral.com/lib/characteristics-of-borderline-personality-disorder/0001064

Grohol, J. (2007). *Borderline Personality Disorder*, preuzeto 7. 03. 2014. s http://psychcentral.com/lib/symptoms-of-borderline-personality-disorder/0001063

Gunderson, J., Links, P. S. (2008). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide.* American Psychiatric Publishing: Washington.

Gunderson, J. G., Lyons-Ruth, K. (2008). GPL's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *Journal of Personality Disorders*, *22(1)*, 22.

Gunderson, J.,Hoffman, P. D. (2005). *Understanding and treating GPL.* American Psychiatric Publishing: Washington/London.

Hoffman Judd, P., McGlashan, T. H. (2003). *A Developmental Model of Borderline Personality disorder.* American Psychiatric Publishing: Washington/London.

Hogan, R., Johnson, J., & Briggs, S. (Eds.). (1997). *Handbook of personality psychology*. Academic Press.

Kreger, R., Mason, P.T. (2010). *Stop walking on eggshells.* New Harbinger Publications: Oakland.

Kreger, R., (2012). *Why GPL relationships are so complicated*, preuzeto 2012. s https://www.GPLcentral.com/borderline-disorder/GPL-relationships/

Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). *Borderline personality disorder*. The Lancet, 377(9759), 74-84.

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet, 364(9432)*, 453-461.

Livesley, W. J. (2001). *Handbook of Personality Disorders*. The Guilford Press: New York/London.

Millon, T. (2011). *Disorders of Personality.* John Wiley & Sons: New Jersey.

Nauert, R. (2009). *Brain Scans Clarify Borderline Personality Disorder*, preuzeto 3. 03. 2014. s http://psychcentral.com/news/2009/09/04/brain-scans-clarify-borderline-personality-disorder/8184.html

Paris, J. (2005). Borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal, 172*(12), 1579-1583.

Sala, M. i suradnici (2011*).* Dorsolateral prefrontal cortex and hippocampus sustain impulsivity and aggressiveness in borderline personality disorder. *Journal of affective disorders, 131(1)*, 417-421.

Salters-Pedneault, K. (2010). *The GPL Family*, preuzeto 30. 04. 2010. s http://GPL.about.com/od/forfamilyandfriends/a/GPLFamily.htm

Salters-Pedneault, K. (2010). *Understanding Borderline Relationships*, preuzeto s 30. 04. 2010. s http://GPL.about.com/od/livingwithGPL/a/GPLrelationships.htm

Salters-Pedneault, K. (2010). *Understanding Romantic GPL Relationships*, preuzeto 29. 05. 2010. s http://GPL.about.com/od/forfamilyandfriends/a/GPLromantic.htm

Salters-Pedneault, K. (2009). *Living with Borderline Personality Disorder*, preuzeto 21. 04. 2009. s http://GPL.about.com/od/livingwithGPL/a/livingwithGPL.htm

Smith, A. (2013). Borderline: *Understanding the Patients that Psychologists Fear*, preuzeto 26. 02. 2014. s http://psychcentral.com/blog/archives/2013/09/06/borderline-understanding-the-patients-that-psychologists-fear/

Stringer, K. (2002). *The Execution Boundary and Borderline Hatred,* preuzeto 19. 07. 2002. s http://www.borderlinepersonalitytoday.com/main/clinicians/execution.htm

Tartakovsky, M. (2011). *The Emotional Vulnerability of Borderline Personality Disorder,* preuzeto 26. 02. 2014. s http://psychcentral.com/lib/the-emotional-vulnerability-of-borderline-personality-disorder/0009521

Thomas, J. C., Segal, D. L. (2005). *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology.Volume 1.* John Wiley & Sons: New Jersey.

Wolf, R. C., i suradnici (2012). Orbitofrontal cortex and impulsivity in borderline personality disorder: an MRI study of baseline brain perfusion. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 262(8)*, 677-685.

Zanarini, M. C. i suradnici (1997). Reported Pathological Childhood Experiences Associated With the Development of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry 154:8*, 1102-1106.