

UNIVERZITET U SARAJEVU
FILOZOFSKI FAKULTET
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

**GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI:
ETIOLOGIJA, KLINIČKA SLIKA I TRETMAN**

Završni magistarski rad

Kandidat:
Aldina Rahmanović

Mentor:
doc. dr. Sabina Alispahić

Sarajevo, 2019. godine

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. KLINIČKA OBILJEŽJA GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI (GPL-i).....	4
2.1. Kriteriji za dijagnozu i osnovne karakteristike	5
2.2. Poremećeni odnosi	8
2.3. Nekontrolisano ponašanje	9
2.4. Afektivna nestabilnost.....	10
3. ETIOLOGIJA GPL-i	12
3.1. Biološka perspektiva	12
3.2. Psihološka perspektiva	14
3.3. Socijalna perspektiva.....	15
3.4. Biosocijalna teorija.....	16
4. TRETMAN GPL-i.....	20
4.1. Kognitivno- bihevioralna terapija.....	23
4.2. Farmakoterapija.....	25
4.3. Problemi u tretmanu	26
5. ZAKLJUČCI	28
6. LITERATURA	29

Granični poremećaj ličnosti: etiologija, klinička slika i tretman

Aldina Rahmanović

Sažetak

Cilj ovog rada je prikazati etiologiju, kliničku sliku i postojeće tretmane zasnovane na dokazima koji se koriste za liječenje graničnog poremećaja ličnosti. Prema DSM 5 granični poremećaj ličnosti karakteriše pervazivni obrazac nestabilne afektivne regulacije, kontrole impulsa, međuljudskih odnosa te slike o sebi. Ovi su obrasci sveprisutni, najčešće počinju u ranom odraslom dobu i perzistiraju kroz produženo razdoblje. Etiologiji graničnog poremećaja ličnosti pristupa se iz biološke, kognitivne, bihevioralne te socijalne perspektive. Postoji mnogo etioloških modela graničnog poremećaja ličnosti, ali je jedan od najprihvaćenijih oblikovan u okviru biosocijalne teorije, prema kojoj se naglašava utjecaj interakcije između bioloških predispozicija i specifičnih okolinskih faktora na razvoj poremećaja. Simptomi koji karakterišu ovaj poremećaj mogu se grupisati u tri osnovne klasifikacijske kategorije: poremećeni odnosi, nekontrolisano ponašanje i afektivna nestabilnost. Tipični odbrambeni mehanizam osoba s graničnim poremećajem ličnosti jest tzv. cijepanje koje se definiše kao rigidno razdvajanje pozitivnih i negativnih misli i osjećaja o sebi i drugima. Primarni tretman za granični poremećaj ličnosti jeste 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. Prognoza graničnog poremećaja ličnosti je hronična i nepovoljna, ali treba uzeti u obzir i podatke koji sugeriraju mogućnost napretka tokom terapijskog procesa.

Ključne riječi: granični poremećaj ličnosti, etiologija, klinička slika, tretman, prognoza

1. UVOD

Prema DSM 5 granični poremećaj ličnosti u nastavku, GPL karakteriše pervazivni obrazac nestabilne afektivne regulacije, kontrole impulsa, međuljudskih odnosa te slike o sebi. Ovi su obrasci sveprisutni, najčešće počinju u ranom odraslom dobu i perzistiraju kroz produženo razdoblje. Da bi se uspostavila dijagnoza graničnog poremećaja ličnosti prema DSM 5 osoba mora zadovoljiti najmanje pet navedenih dijagnostičkih kriterija: grčevito nastojanje da se izbjegne stvarno ili zamišljeno napuštanje, obrazac nestabilnih i intenzivnih međuljudskih odnosa kojeg obilježava prelazak iz jedne u drugu krajnost, tj. idealizacija i devalvacija, poremećaj identiteta: izrazito i ustrajno nestabilna slika o sebi, impulsivnost u najmanje dva područja koja potencijalno štete sebi, ponavljajuće samoubilačko ponašanje (gestovi, prijetnje ili samopovređivanje), emocionalna nestabilnost uzrokovana izrazitim promjenama raspoloženja, hronični osjećaji praznine, neprikladan, intenzivan bijes ili poteškoća u kontroliranju ljutnje, prolazne, paranoidne ideje povezane s stresom ili teški disocijativni simptomi (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Najčešći poremećaj ličnosti viđen u kliničkim uvjetima jest granični poremećaj ličnosti. 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) (Begić, 2011). Ipak, unatoč njegovoj učestalosti, možda je najviše pogrešno shvaćena i dijagnosticirana mentalna bolest. Simptomi koji karakterišu ovaj poremećaj mogu se podijeliti u tri osnovne klasifikacijske kategorije: poremećeni odnosi, nekontrolisano ponašanje i afektivna nestabilnost. Fizičko i seksualno zlostavljanje, zanemarivanje, neprijateljski sukobi i rani gubitak roditelja češći su u historiji djetinjstva osoba s graničnim poremećajem ličnosti (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Istraživanja su pokazala da su turbulentne veze i impulsivnost dva najdiskriminativnija kriterija za definisanje ovog poremećaja. Osobe sa graničnim poremećajem ličnosti se veoma često upuštaju u disfunkcionalne odnose gdje mogu osjećati viktimizaciju od drugih te biti u ulozi žrtve (Stewart, 2011). Također rijetko razvijaju konzistentan osjećaj identiteta. One koriste aktuelno dominantne osjećaje, misli te ponašanja pri definisanju vlastitog identiteta u cjelini, s malim ili nikakvim obzirom prema ranijim iskustvima.

Osjećaj praznine povezan je s konceptom graničnog poremećaja ličnosti još od 1980. godine kada se konkretizirala dijagnoza poremećaja trećim izdanjem Dijagnostičkog i statističkog priručnika (DSM-III) (Kreisman i Straus, 2004). Pojam praznine teško je definisati. Obično se opisuje kao osjećaj besmislenosti ili emocionalne praznine koji uključuje otuđenost od okoline. 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 osjećaju disocijacije od okoline (Kreisman i Straus, 2004).

Etiologiji graničnog poremećaja ličnosti pristupa se iz biološke, kognitivne, bihevioralne te socijalne perspektive. Postoji mnogo etioloških modela graničnog poremećaja ličnosti, ali je jedan od najprihvaćenijih oblikovan u okviru biosocijalne teorije, prema kojoj se naglašava utjecaj interakcije između bioloških predispozicija i specifičnih okolinskih faktora na razvoj poremećaja (Horvat, 2015). Primarni tretman za granični poremećaj ličnosti jeste psihoterapija, koja često ide zajedno sa farmakoterapijom, ovisno o ozbiljnosti samih bihevioralnih simptoma. Brojna istraživanja pokazuju visoku učinkovitost kognitivno-bihevioralne terapije, a najprihvaćenija je dijalektičko bihevioralna terapija. Prema kognitivno-bihevioralnoj terapiji u podlozi simptoma i disfunkcionalnosti emocija ili ponašanja nalaze se iskrivljena uvjerenja i kognitivni procesi, a oni se potkrepljuju ponašanjem (Beck, 2011).

Tretman graničnog poremećaja ličnosti može nositi rizik za pojavu specifičnih problema, koji mogu ometati terapijski proces, pri čemu je važna strukturirana komunikacija. Prognoza graničnog poremećaja ličnosti je hronična i nepovoljna, ali treba uzeti u obzir i podatke koji sugeriraju mogućnost napretka tokom terapijskog procesa (Horvat, 2015).

Klijenti sa graničnim poremećajem ličnosti u psihoterapijskim odnosima nerijetko imaju tendenciju da sa psihoterapeutom uspostavljaju brze, intenzivne, burne i ovisne veze, što bi svaki psihoterapeut trebao prepoznati u svrhu sprječavanja kontratransfera (Corey, 2004).

Cilj ovog rada je prikazati etiologiju, kliničku sliku i postojeće tretmane zasnovane na dokazima koji se koriste za liječenje graničnog poremećaja ličnosti.

U ovom radu pokušat ćemo odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Koja su dijagnostička obilježja graničnog poremećaja ličnosti?
2. Koji su rizični i prognostički faktori za nastanak graničnog poremećaja ličnosti?
3. Koji su pristupi u tretmanu graničnog poremećaja ličnosti zasnovani na dokazima?

2. KLINIČKA OBILJEŽJA GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI

Granični poremećaj ličnosti relativno je nova 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, impulsivnost, nestabilne odnose, psihotične misli i socijalnu neprilagođenost (Gunderson i Hoffman, 2005). Kernberg (1967) njegove intrapsihičke karakteristike definiše 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). Za razliku od psihotičnih pacijenata, koji su bili hronično separirani od stvarnosti, i neurotičnih pacijenata, koji su konzistentnije odgovarali na psihoterapiju i bliske osobe, granični pacijenti funkcionirali su negdje između. Termin „granični“ se inače koristio kao naziv za oblik emocionalno nestabilne ličnosti, koja uz granični, obuhvaća i tzv. impulsivni tip. Nasuprot tome borderline predstavlja nadređen pojam i označava poremećaj ličnosti (Američka psihijatrijska asocijacija, 2013). Prema DSM 5 granični poremećaj ličnosti karakteriše pervazivni obrazac nestabilne afektivne regulacije, kontrole impulsa, međuljudskih odnosa te slike o sebi. Ovi su obrasci sveprisutni, najčešće počinju u ranom odraslom dobu i perzistiraju kroz produženo razdoblje.

Ponašanje osoba sa graničnim poremećajem ličnosti tipično se najprije posmatra u razdoblju od kasne mlađe dobi do ranih tridesetih godina, iako ozbiljni problemi separacije ili ispadi bijesa u mlađe djece mogu biti dijagnostički indikativni. Tokom trećeg i četvrtog desetljeća, mnoge osobe s graničnim poremećajem ličnosti uspostave određenu stabilnost u svojim životima (Kreisman i Straus, 2004).

Najčešći poremećaj ličnosti viđen u kliničkim uvjetima jest granični poremećaj ličnosti. 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) (Begić, 2011). Ipak, unatoč njegovoj učestalosti, možda je najviše pogrešno shvaćena i dijagnosticirana mentalna bolest.

Postoje značajne razlike u samom toku graničnog poremećaja ličnosti. Najčešći obrazac je onaj hronične nestabilnosti u ranoj odrasloj dobi, sa epizodama ozbiljne nemogućnosti kontrole emocija i poriva i vrlo čestog korištenja zdravstvene službe i službe za zaštitu psihičkog zdravlja (Američka psihijatrijska asocijacija, 2013). Oštećenja proizašla iz ovog poremećaja i rizik od suicida najveći su u mlađih odraslih osoba, ali se taj rizik smanjuje sa godinama.

Granični poremećaj ličnosti često se pojavljuje istovremeno sa depresivnim ili bipolarnim poremećajima, te kad su zadovoljeni kriteriji za oba, oba se mogu i dijagnosticirati. Zbog toga što u jednom trenutku kliničku sliku graničnog poremećaja ličnosti može oponašati epizoda depresivnog ili bipolarnog poremećaja, kliničar bi trebao izbjegavati davati dodatnu dijagnozu graničnog poremećaja ličnosti samo na temelju kliničke slike u datom trenutku, a da nije potvrdio da je ovakav obrazac ponašanja imao raniji početak i dugotrajniji tok (Američka psihijatrijska asocijacija, 2013).

2.1. Kriteriji za dijagnozu i osnovne karakteristike

Dijagnoza se prema DSM 5 temelji na devet kriterija, od kojih pojedinac mora zadovoljavati minimalno pet kako bi mu se opravdano dijagnosticirao granični poremećaj ličnosti (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Glavni dijagnostički kriteriji su:

1. Očajnički naponi da se izbjegne stvarno ili zamišljeno napuštanje
2. Obrazac nestabilnih i intenzivnih interpersonalnih odnosa obilježenih izmjenama između krajnosti idealizacije i podcjenjivanja
3. Smetnje identiteta: značajno i perzistentno nestabilna slika o sebi ili osjećaju selfa
4. Impulsivnost u najmanje dva područja koja su potencijalno štetna za samu osobu (na primjer, rizična ponašanja: rizična seksualna ponašanja, zloupotreba psihoaktivnih stvari, nesmotrena vožnja, prejedanje)
5. Opetovano suicidalno ponašanje, geste ili prijetnje ili samoozljeđujuće ponašanje
6. Emocionalna nestabilnost uzrokovana izrazitim promjenama raspoloženja
7. Hroničan osjećaj praznine
8. Neprikladna jaka ljutnja ili teško kontroliranje ljutnje
9. Prolazne, sa stresom povezane paranoidne misli ili teški simptomi disocijacije

Osobe s graničnim poremećajem ličnosti duboko se boje napuštanja od strane njihova važnih osoba, što se manifestira u očajničkim pokušajima izbjegavanja samoće (na primjer, učestalo zvanje ljude na telefon ili stalno traženje fizičke prisutnosti) (Lieb i suradnici, 2004). Strah od napuštanja je ukorišten u porodičnoj historiji i za osobu koja ima GPL, napuštanje od strane partnera može značiti uništenje cjelokupnog identiteta osobe (Kreisman i Straus, 2004).

Osobe s GPL-i 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. Percepcija nadolazeće potencijalne separacije ima destabilizirajući utjecaj na raspoloženje, osjećaj sebe, obrasce razmišljanja i ponašanje (Gunderson i Hoffman, 2005).

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 osobnih vrlina i kapaciteta. Međutim, ako ih te osobe razočaraju, njihov stav o njima 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. Također, pokazuju impulsivnost u najmanje dva područja koja su potencijalno štetna za njih. Oni mogu kockati, neodgovorno trošiti novac, prejedati se, zloupotrebljavati psihoaktivne supstance, upuštati se u nesigurna seksualna ponašanja ili nesmotreno voziti (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Suicidalna ponašanja te samoozljeđujuće ponašanje je također nešto što karakteriše osobe sa ovim poremećajem. Suicid se pojavljuje u 8-10% ovih osoba, a samoozljeđujuće aktivnosti i suicidalne prijetnje i pokušaji su vrlo česti (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Usljed toga često se obraćaju za pomoć psihijatrima i psihoterapeutima. Samoozljeđivanje se može pojaviti tokom disocijativnih iskustava.

Osobe s GPL-i pate od difuzije identiteta, odnosno ne znaju ko su i to ih plaši. Često iskazuju nagle, neočekivane i dramatične promjene u slici o sebi, što je praćeno preuzimanjem drugačijih vrijednosti, mišljenja, ciljeva, aspiracija, prijatelja, seksualnog identiteta, itd.

Sebe veliki dio vremena smatraju „lošima“ ili „zlama“, a ponekad se osjećaju kao da uopšte ne postoje, pogotovo u situacijama kada ne dobivaju adekvatnu brigu i potporu drugih (Gunderson i Hoffman, 2005). Kernberg ističe odbrambeni mehanizam rascjepljivanje (engl. splitting) kao bitnu karakteristiku GPL. Osobe s GPL-i 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. Ovakvo dihotomno mišljenje je tendencija evaluiranja stvari u međusobno isključivim kategorijama, umjesto da ih se gleda u okviru kontinuuma. Takav ekstremni, „crnobijeli“ način razmišljanja, koji se lako mijenja iz jedne u drugu krajnost, dovodi do ekstremnih emocionalnih reakcija i ekstremnih radnji. Razmišljanje tipa „sve ili ništa“ ne očituje se samo u interpersonalnim odnosima, već na taj način razmišljaju i o sebi (Gunderson i Links, 2008).

Pojedinci s GPL-i su impulsivni na vlastitu štetu; često zloupotrebljavaju opijate, upuštaju se u rizična seksualna ponašanja, imaju epizode prejedanja, pretjeranog trošenja novca ili kockanja. Postoji snažna povezanost zlouporabe alkohola, opijata i drugih tvari s graničnim poremećajem ličnosti. Čak 10% osoba s graničnim poremećajem ličnosti počini samoubistvo, što je 50 puta veća prevalencija nego u općoj populaciji. Takva su ponašanja često potaknuta separacijom, odbijanjem ili očekivanjem da će se morati preuzeti veća odgovornost za sebe nego inače. Oko 75% osoba s graničnim poremećajem ličnosti se samoozljeđuje (Gunderson i Hoffman, 2005). Osobe s GPL-i 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 (Američka psihijatrijska asocijacija, 2013).

Osjećaj praznine povezan je s konceptom graničnog poremećaja ličnosti još od 1980. godine kada se konkretizirala dijagnoza poremećaja trećim izdanjem Dijagnostičkog i statističkog priručnika (DSM-III) (Kreisman i Straus, 2004). Pojam praznine teško je definisati. Obično se opisuje kao osjećaj besmislenosti ili emocionalne praznine koji uključuje otuđenost od okoline. 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 osjećaju disocijacije od okoline (Kreisman i Straus, 2004).

Istraživanja su pokazala da je GPL povezan s drugim psihijatrijskim stanjima mnogo češće nego što se prvobitno mislilo. Neki od definirajućih simptoma identični su kriterijima za druge bolesti. Na primjer, kao što je slučaj s GPL-i, mnogi pojedinci s hiperaktivnim poremećajem (ADHD) pokazuju nestrpljivost, impulsivnost, manjak samopoštovanje i česte zlouporabe droga. Impulsivnost i izljevi ljutnje karakterišu osobe s antisocijalnim poremećajem ličnosti. Granični poremećaj ličnosti ide najčešće u komorbiditetu s depresijom.

Gotovo 90% osoba s GPL-i također zadovoljava kriterije za anksiozne bolesti, osobito posttraumatski stresni poremećaj i panični poremećaj. Iako su depresija i anksioznost viđeni jednako u oba spola, zloupotreba supstanci i sociopatija se češće ispoljavaju kod muškaraca s GPL, dok su poremećaji hranjenja i posttraumatski stresni poremećaji češće povezani s ženama koje imaju GPL (Kreisman i Straus, 2004).

Lako ih hvata osjećaj dosade i stalno su u potrazi za onim šta će raditi. Osobe sa ovim poremećajem često pokazuju neprimjerenu, trajnu gorčinu ili verbalne izljeve bijesa. Bijes često izaziva doživljaj da je osoba zanemarena od strane skrbnika ili voljene osobe, da joj se uskraćuje bliskost, ili se ne brine o njoj. Mogu često imati nekontrolisanu ljutnju, te imaju poteškoće u kontroli ljutnje. Osobe s ovim poremećajem imaju snažne psihotične reakcije na svakodnevne neprilike, jače čak i od osoba koje su dijagnosticirane kao psihotične. Mogu pokazivati izniman sarkazam, što može predstavljati način odbrane od iskrenog iskaza emocija. Poslije iskaza ljutnje, često slijede sram i krivnja i ovo često pridonosi osjećaju vlastitog zlog ponašanja, za koje smatraju da imaju. Tokom razdoblja iznimnog stresa, mogu se pojaviti prolazne paranoidne ideje ili disocijativni simptomi (na primjer, depersonalizacija), no oni su obično nedovoljne težine ili trajanja da bi opravdali dodatnu dijagnozu (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

2.2. Poremećeni odnosi

Organizacija GPL-i okarakterisana je difuzijom identiteta, korištenjem primitivnih, nezrelih obrambenih mehanizama (rascjepljivanje, projekcija, negiranje, snažna emocionalna reakcija, projektivna identifikacija) i povremenim pogreškama u razlikovanju stvarnog i zamišljenog. 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). Istraživanja su pokazala da su turbulentne veze i impulsivnost dva najdiskriminativnija kriterija za definisanje ovog poremećaja.

Osobe sa graničnim poremećajem ličnosti se veoma često upuštaju u disfunkcionalne odnose gdje mogu osjećati viktimizaciju od drugih te biti u ulozi žrtve (Stewart, 2011). Također rijetko razvijaju konzistentan osjećaj identiteta. One koriste aktuelno dominantne osjećaje, misli te ponašanja pri definisanju vlastitog identiteta u cjelini, s malim ili nikakvim obzirom prema ranijim iskustvima. Klijenti sa graničnim poremećajem ličnosti u psihoterapijskim odnosima nerijetko imaju tendenciju da sa psihoterapeutom uspostavljaju brze, intenzivne, burne i ovisne veze, što bi svaki psihoterapeut trebao prepoznati u svrhu izbjegavanja kontratransfera (Corey, 2004).

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 faktor 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 objavljen (DSM-IV)(Kreisman i Straus, 2004).

2.3. Nekontrolisano ponašanje

Impulsivnost, možda najčešći simptom graničnog poremećaja, može potaknuti povezana granična ponašanja (na primjer, iznenadne izljeve bijesa ili burne međuljudske odnose) ili proizaći iz njih (na primjer, 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. Osnovne karakteristike impulzivnosti kod graničnog poremećaja ličnosti su veća motorna aktivacija, manji kapacitet pažnje, smanjeno planiranje, te visoka razina agresivnosti i neprijateljstva specifično u dimenzijama sa većom zastupljenošću emocionalne komponente, kao što su ljutnja, sumnja, razdražljivost i krivnja (Horvat, 2015).

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 samoubistva u gotovo 30 posto slučajeva (Kreisman i Straus, 2004). Poremećaj ličnosti četvrti je najvažniji faktor rizika za samoubistvo, 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 samoubistva, prethodne hospitalizacije, historiju perzistentne depresije, beznade, impulsivnost i agresivnost, komorbiditetna antisocijalna obilježja, zloupotrebu supstanci od strane pojedinca ili roditelja, stariju dob, historiju seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu, nezaposlenost i česte promjene posla, više obrazovanje, rane gubitke, financijsku nestabilnost, nedostatak stabilnog prebivališta, te neadekvatnu ili nedosljednu psihijatrijska skrb (Horvat, 2015).

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 odbrambeni 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 (Horvat, 2015).

2.4. Afektivna nestabilnost

Osnovna karakteristika graničnog poremećaja ličnosti je očajan strah od napuštanja, koji utiče na mnoge druge definirajuće simptome. Takav strah ometa uspostavljanje zdravih bliskih odnosa te formiranje identiteta i precipitira ozbiljne promjene raspoloženja, autodestruktivna ponašanja te ispade bijesa. Strah obično proizlazi iz prvih iskustava. Roditelji mogu obeshrabriti normalno razdvajanje i individuaciju putem pretjerano privrženog roditeljskog stila ili previše odbacujućeg roditeljstva (Kreisman i Straus, 2004).

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. Uvijek je za sve kriva druga osoba. Dovode je u situaciju u kojoj više ne zna kako bi se ponašala, što god da učini, osobi s GPL-i nije po volji. Emocionalno zlostavljaju osobu, što joj postepeno narušava samopoštovanje do te mjere da počinje samu sebe kriviti za zlostavljanje i smatrati se bezvrijednom (Kreger i Mason, 2010).

Uz to ne znaju postaviti granice u odnosima. Od prave se intimnosti osjećaju ranjivo. Boje se da će ljudi vidjeti ono što zapravo jesu, što će ih odbiti. Zato namjerno započinju svađe da bi se skrenula pažnja 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. Promatranje voljene osobe s GPL-i iznimno je stresno za članove obitelji, pogotovo za roditelje ili skrbnike adolescenta s ovim poremećajem. Zbog njihovog impulsivnog ponašanja mogu stvoriti traumatska iskustva članovima porodice, na primjer, ako se samoozljeđuju ili pokušaju počiniti samoubistvo, pa ih se mora voziti u bolnicu. Veliki broj osoba koje u porodici imaju nekoga s GPL-i izvještavaju i o osjećaju krivnje jer se smatraju odgovornim za taj poremećaj (Kreger i Mason, 2010).

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 impulsivno ponašanje i suicidalne geste često plaše partnere i unose dodatan stres u odnos. Što su izraženiji simptomi osobe s GPL-i to partner izvještava o manjem zadovoljstvu vezom. Istraživanja su također pokazala da su simptomi GPL-i povezani s velikim brojem romantičnih odnosa i većom incidencijom neplanirane trudnoće. 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 (Kreger i Mason, 2010).

3. ETIOLOGIJA GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI

Brojni istraživački članci raspravljaju o potencijalnim uzrocima koji mogu dovesti do graničnog poremećaja ličnosti, ali nisu predstavljeni uvjerljivi dokazi koji idu u prilog teoriji jednog uzroka. Zbog toga se etiologiji ovog poremećaja pristupa iz više perspektiva: biološke, psihološke, kognitive i bihevioralne.

Glavne postulirane teorije navode iskustvo rane životne traume (na primjer, zlostavljanje u djetinjstvu ili razdvajanje od majke), genetiku, neurobiološke promjene ili kombinaciju navedenih predisponirajućih faktora zajedno s vanjskim faktorima kao što su ekološki i psihosocijalni stresori za početak GPL-i (O' Neill i Frodl, 2012).

3.1. Biološka perspektiva

Visoka povezanost između traume u djetinjstvu i kasnijem razvoju GPL-i prikazana je u brojnim studijama i općenito je prihvaćeno da su takvi stresori značajni za početak poremećaja, iako mehanizmi koji se nalaze u osnovi nisu u potpunosti razjašnjeni.

Zlostavljanje (fizičko i / ili seksualno) i zanemarivanje su uobičajna iskustva u djetinjstvu kod odraslih osoba s GPL-i. U jednoj studiji, od 358 pacijenata s GPL-i koji su sudjelovali, 91% je izvijestilo o iskustvima zlostavljanja u djetinjstvu, a 92% je izvijestilo o iskustvima zanemarivanja, što je mnogo veći procenat nego kod drugih poremećaja ličnosti. Uobičajna tema diskusije je i hereditarnost GPL-i koja je proizvela brojne studije o blizancima, usvojenoj djeci i uticaju okoline kao i mjere samoprocjene iako se ova metoda pokazala kao manje dosljedna. 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. 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. Mjere samoprocjene koje uključuju pacijente s GPL-i, obično podržavaju argument za barem djelomičnu nasljednost, međutim, važno je imati na umu subjektivnu prirodu tih mjera i napomenuti da njihovi nalazi ne odgovaraju uvijek ponašanju osoba s ovim poremećajem. Proučavanje genetike ovih osoba je još jedan popularan genetski pristup u istraživanju GPL-i i proizveo je niz gena od posebnog interesa (O' Neill i Frodl, 2012).

Studije su pokazala da je neuroticizam kao osobina ličnosti nasljedna karakteristika. Studije blizanaca pokazale su značajnu heritabilnost za druge osobine GPL-i kao što su anksioznost, afektivna labilnost, kognitivna disregulacija, problemi s identitetom i nesigurna vezanost. Ove osobine mogu biti uključene u kategoriju koja se zove emocionalna disregulacija i koja predstavlja mnoge, ali ne sve osobine osoba s GPL-i. Biološke studije su pokazale da je afektivna nestabilnost povezana s povećanim odazivom kolinergičkih i adrenergičkih sustava u mozgu te da je impulsivnost povezana s smanjenom aktivnošću neurotransmitera serotonina u mozgu (Kreisman i Straus, 2004).

Istraživači su također nastojali otkriti epigenetske promjene koje mogu doprinijeti patologiji ili dijagnostičkoj klasifikaciji mogućih endofenotipa GPL-i. U jednoj studiji odabrano je 14 neuropsihijatrijskih gena za koje se pretpostavlja da mogu doprinijeti patogenezi GPL-i. Neki geni odabrani su zbog epigenetske deregulacije u shizofreniji ili depresivnom poremećaju.

Podaci sugeriraju da je prosjek razine metilacije (molekularni proces tokom kojeg se hemikalije koje se zovu metili, nastanjuju u DNK i ograničavaju sposobnost ćelija da „uključee“ ili pokrenu određeni gen) za pet kvantificiranih područja bio značajno viši u krvi kod pacijenata s GPL u odnosu na kontrolnu grupu. Nađene su genetske promjene nekoliko analiziranih gena (Dammann i sur., 2011).

Znanstvenici koji istražuju neurologiju graničnog poremećaja ličnosti usredotočili su se na dio mozga koji se zove limbički sustav. Ovaj dio mozga utiče 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. Neki su znanstvenici pokazali da abnormalne razine neurotransmitera serotonina mogu dovesti do povećane impulzivnosti i agresije povezanih s graničnim poremećajem ličnosti. 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 (Kreisman i Straus, 2004).

3.2. Psihološka perspektiva

U skladu s kliničkim hipotezama, poremećena privrženost u djetinjstvu korelira s većom vjerojatnošću javljanja GPL-i. Meta analitički pregledi otkrivaju da je 20% do 40% osoba s GPL doživjelo traumatsko odvajanje od jednog ili oba roditelja u djetinjstvu. Bifulco (1986) navodi da je konstelacija simptoma koji nalikuju GPL-u vrlo rasprostranjena kod pacijenata koji su imali određenu vrstu neprirodnog razdvajanja, gdje su majke ostavljale svoju djecu mjesecima ili godinama. U kojoj mjeri je šteta učinjena razdvajanjem od majke ili nestabilnošću odnosa majka- dijete nije utvrđeno (Bradley i Westen, 2005).

Pored ranih poremećaja privrženosti, varijabla koja je pokazala jasnu povezanost s GPL-i je zlostavljanje u djetinjstvu. Okrutnost roditelja, brutalnost i zanemarivanje su faktori koji djeluju manje ili više konstantno tokom mnogo godina od najranijeg djetinjstva i ne spadaju u pojedinačna iskustva. Generalno je prihvaćeno da obiteljsko okruženje doprinosi razvoju GPL-i. Nedavna studija koja je istraživala odnose između obiteljskog okruženja i GPL-i pokazala je da obiteljsko okruženje djelomično posreduje između zlostavljanja i razine simptoma GPL-i. Također je ustanovljeno da je seksualno zlostavljanje u djetinjstvu značajan prediktor razvoja simptoma GPL-i. Ozbiljnost granične psihopatologije je bila povezana s težinom seksualnog zlostavljanja (Bradley i Westen, 2005).

Neki istraživači predlažu model u kojem određene genetske predispozicije (osobine ličnosti, biološke ranjivosti) u interakciji s određenim stresorima okoliša (psihosocijalni faktori rizika) povećavaju vjerojatnošću za razvijanje poremećaja. Ovaj model dijateza- stres prvi put je predložio Stone 1980. Tako pojedinac može imati urođene ranjivosti koje uključuju oslabljene neuralne sklopove za modulaciju raspoloženja i impulsivnost, no okolinski faktori (na primjer, majčina briga) mogu uticati na ekspresiju gena na način koji određuje hoće li osoba pokazati neke ili sve potencijalne granične simptome (Kreisman i Straus, 2004).

Iako studije sugeriraju da je emocionalno osjetljivo dijete podložno razvoju GPL-i, ova predispozicija se pogoršava u prezaštićenom kontekstu. Unutar ovog konteksta, dječji izrazi emocija često su odbačeni od strane porodice, a životni problemi su pretjerano pojednostavljeni. Prema tome, dijete se ne uči kako modulirati emocionalno uzbuđenje ili se nositi sa stresom. Budući da se emocionalni izrazi slabo podnose u porodičnom okruženju, dijete ne uči označavati i razumjeti svoja emocionalna iskustva, a tumačenje i komunikacija emocija postaje sve teža. Posljedično, dijete ne stiče emocionalne vještine samoumirivanja ili samoudovoljavanja te odrasta u osobu s izrazitim emocionalnim oscilacijama ovisnim o vanjskim potkrepljenjima koje osoba nije sposobna uspješno kontrolirati. U okolini koja inhibira, ekstremni emocionalni prikazi često su potrebni za generiranje korisnih odgovora od skrbnika. Dakle, porodica slučajno kažnjava komuniciranje negativnih emocija dok povremeno pojačava ekstremne emocionalne ispade i postupke (Linehan, 1993).

3.3. Socijalna perspektiva

Tokom života određeni geni su na neki način „uključeni ili isključeni“ pod uticajem faktora kao što su roditeljstvo. Istraživanja „majčine brige“ na životinjama i ljudima pokazuju da pozitivno roditeljstvo može uticati na genetske predispozicije i posljedično biohemijsku ravnotežu u mozgu. Na primjer, pojedinac se može roditi s urođenim ranjivostima na oštećene sklopove mozga za moduliranje raspoloženja i impulsivnosti, ali faktori okoline mogu uticati na ekspresiju gena na način koji određuje hoće li osoba to učiniti, tj. pokazati bilo koji ili sve moguće granične simptome. Bez sumnje, genetski doprinosi- modificirani od strane okoliša utiču na razvoj GPL-i i ovisе o višestrukim faktorima i vjerojatno uključuju više hromosomskih lokusa (Kreisman i Straus, 2004).

Kernberg je predstavio jednu od prvih teorija patogeneze granične patologije. Granična patologija se javlja kao posljedica neuspjeha da se integriraju prikazi dobrih i loših aspekata sebe kao i drugih. Kao rezultat pretjerano negativnih osjećaja, posebno agresije dobra i loša iskustva se pohranjuju odvojeno, afektivnom valencijom. Djeca koja kasnije razviju granične simptome suočena su s dilemom. S jedne strane žele zadržati svoje „dobre“ reprezentacije i rade naporno kako bi spriječili bilo kakvu povezanost s negativnim osjećajima. Tako je prema Kernbergu za djecu karakterističan motivirani napor kako bi se zaštitila „dobra“ reprezentacija objekta (Bradley i Westen, 2005).

Kohut (1977) tvrdi da djeca razviju koherentan smisao sebe i sposobnost reguliranja samopoštovanja i emocija kroz internaliziranje viđenja ranih skrbnika. Optimalni razvoj zahtjeva da djeca doživljavaju roditelje kao osobe kojima se mogu diviti kao i poistovjetiti i razviti standarde idealnog poimanja. Kao i većina psihoanalitičkih teoretičara Kohut je tvrdio da djeca u biti trebaju „dovoljno dobro majčinstvo“. Adler i Buie tvrde da osobe s GPL-i imaju manjak sposobnosti da potraže „dobre objekte“ u stresnim vremenima. Sposobnost zadržavanja utješnih slika (na primjer, majčino nasmiješeno lice) kod graničnih osoba je znatno smanjena. Prema Mastersonu (1978) granična dinamika se razvija u odnosu s skrbnikom koji ima ogromne poteškoće s regulacijom emocija i koji treba svoje dijete kako bi otklonio strahove od napuštanja i dobio osjećaj sigurnosti. Takvo pogrešno povezivanje s djetetom i usmjerenost skrbnika na vlastite potrebe i emocije može razviti kod djeteta sliku „lažnog ja“ koja je utemeljena na potrebama skrbnika. Osjećaji i emocije djece su pogrešno označeni i shvaćeni egocentrično od strane njihovih skrbnika. Kao odgovor na prijetnje napuštanja od strane skrbnika koji ne može tolerisati autonomiju malog djeteta, djeca postaju ranjiva i uvjereni da njihovo postojanje ovisi o zadovoljenju potreba skrbnika (Bradley i Westen, 2005).

3.4. Biosocijalna teorija

Linehanova biosocijalna teorija GPL-i (1993) je jedna od najosnovnijih etioloških modela granične patologije. Prema Linehanu, GPL je prije svega poremećaj disregulacije emocija i proizlazi iz transakcija između pojedinaca s biološkim ranjivostima i specifičnim uticajima okoline. Disfunkcija koju je predložio Linehan predstavlja disregulaciju u svim aspektima emocionalnog odgovora. Kao posljedica toga, osobe s GPL-i imaju: a) pojačanu emocionalnu osjetljivost, b) nemogućnost reguliranja intenzivnih emocionalnih reakcija, i c) usporeni povratak na emocionalnu bazu. Nadalje, iz Linehanove perspektive, konstrukt emocija (a time i emocionalne regulacije) vrlo je širok i uključuje kognitivni proces povezan s emocijama, biohemiju i fiziologiju, reakcije lica i mišića, poticaje djelovanja i akcije povezane s emocijama. Disregulacija emocija naknadno dovodi do disfunkcionalnih obrazaca odgovora tokom emocionalno izazovnih događaja. Linehan je predložio niz mogućih bioloških uzroka emocionalne disregulacije (na primjer, limbička disfunkcija). Međutim, literatura o biologiji psiholoških poremećaja bila je krajnje ograničena kada je Linehan prvi put iznio svoju teoriju (Linehan, 1993).

Osim toga, Linehan je predložio da se razvoj GPL-i odvija unutar invalidnog razvojnog konteksta. Okolinu koja nije poticajna karakteriše netolerancija prema izražavanju privatnih emocionalnih iskustava, posebno emocija koje nisu podržane vidljivim događajima. Štaviše, iako takve okoline povremeno pojačavaju ekstremne izraze emocija, one istovremeno saopštavaju djetetu da su takvi emocionalni prikazi neopravdani i da se emocije moraju nositi interno i bez roditeljske podrške. Prema tome, dijete ne uči kako razumjeti, označiti, regulisati ili tolerisati emocionalne reakcije i umjesto toga uči oscilirati između emocionalne inhibicije i ekstremne emocionalne labilnosti. Dijete također ne uči kako riješiti probleme koji pridonose tim emocionalnim reakcijama (Linehan, 1993).

Sada je moguće detaljno istražiti Linehanovu biosocijalnu teoriju i pružiti aktualniji i sveobuhvatniji pregled etiologije GPL-i. Osim detaljnijeg proučavanja etioloških mehanizama, Beauchaine i sur. su proširili Linehanovu teoriju (1993). Konkretno, Linehan se usmjerio gotovo isključivo na rani emocionalni razvoj i nije se bazirao na impulsivnost osobina neovisno o emocijama. Ovdje je važno napomenuti da je Linehanova teorija razvijena kako bi usmjeravala strategije liječenja i stoga se koncentrisala prvenstveno na veze između emocionalnog iskustva i ponašanja. Prema tome, terapijske strategije koje mijenjaju bilo koju komponentu emocionalnog iskustva mijenjaju i funkcioniranje u svim povezanim stanjima i ponašanjima. Ovaj nalaz pružio je dokaze koji podupiru jedinstveni sustav koji upravlja i emocijama i impulsivnim ponašanjem ovisnim o raspoloženju (Beauchaine i sur., 2009).

Nasuprot tome, Beauchaine i sur. su istraživali mogućnost da na akcijsku komponentu emocija može uticati impulsivnost kao osobina, neovisno o emocijama. Pretpostavljaju da je rana impulsivnost predisponirajuća ranjivost za značajnu podskupinu onih koji na kraju ispunjavaju kriterije za GPL. Ova podskupina se sastoji od onih koji i dalje kao odrasli manifestiraju impulsivno ponašanje, uključujući samoubilačka i nesuicidna, samopovređujuća ponašanja. Ovaj impulsivni podtip ne samo da obuhvata neke od najteže pogođenih osoba s GPL-i, već također obuhvata većinu onih koji na kraju zadovoljavaju kriterije za poremećaj. Doista, dokazi upućuju na to da čak 40% do 90% osoba s GPL-i ili sudjeluju u samoubistvu ili pokušaju samoubistva (Američka psihijatrijska asocijacija, 2004). Stoga tvrde da je impulsivnost među najranijim osobinama koje se pojavljuju među onima koji kasnije dobiju dijagnozu GPL-i, a to je stav koji Linehan nije razmatrao u svojoj izvornoj biosocijalnoj teoriji. Također predstavljaju podatke koji

potvrđuju da je rana impulsivnost predisponirajuća ranjivost i za sadašnje i za buduće teškoće s regulacijom emocija (Beauchaine i sur., 2009).

Pregled etioloških mehanizama dalje otkriva da su mnogi biološki korelati GPL-i slični onima koji su opaženi preko poremećaja kontrole impulsa. Stoga je proširenje Linehanove također povezano s mogućim etiološkim preklapanjem između granične patologije i poremećaja nedostatka pažnje/ hiperaktivnosti (ADHD), poremećaja ponašanja (PP), upotrebe tvari i antisocijalne patologije. Iako se GPL razlikuje od mnogih (iako ne svih) poremećaja kontrole impulsa u stupnju do kojeg emocionalna labilnost prevladava u kliničkoj prezentaciji, istraživanje opsežne literature o razvoju poremećaja kontrole impulsa omogućuje bogatije razumijevanje mogućih puteva do GPL. Prema tome, Beauchaine i sur. ne pretpostavljaju uzročne mehanizme u etiologiji dezinhibiranog ponašanja, a pretpostavlja se da i psihološki i biološki faktori doprinose razvoju GPL-i (Beauchaine i sur., 2009). Prošireni biosocijalni razvojni model temelji se na teoretskim i empirijskim dokazima koji sugeriraju sljedeće:

1. Loša kontrola impulsa vjerojatno se pojavljuje rano u razvoju granične patologije, a to može objasniti preklapanje bioloških ranjivosti za GPL i druge poremećaje kontrole impulsa.
2. Razvoj ekstremno emocionalne labilnosti kao svojstva GPL-i oblikuje i održava okruženje osobe i temelji se na karakteristikama djeteta (na primjer, osnovna emocionalna osjetljivost) i razvojni kontekst.
3. Recipročna pojačanja transakcija između bioloških ranjivosti i procesa rizika za okoliš pojačavaju disregulaciju emocija i ekstremnije poremećaje ponašanja te tako pridonose negativnim kognitivnim i socijalnim ishodima.
4. Do sredine kasne adolescencije postoji konstelacija prepoznatljivih obilježja i neprilagodljivih strategija suočavanja koje ukazuju na povećani rizik za kasniji GPL.
5. Ta svojstva i ponašanja mogu pogoršati rizik od GPL-i tokom razvoja, zbog izazovnih učinaka na međuljudske odnose i socijalno funkcioniranje te interferencije s zdravim emocionalnim razvojem (Beauchaine i sur., 2009).

Potencijalni uticaj mogućih okolinskih faktora, kao što su kultura, rasno-etnička pripadnost, sredina odrastanja i / ili socioekonomski status, na razvoj GPL-i područje je koje je dobilo relativno malo istraživanja. Dosadašnji dokazi ukazuju na to da je GPL identificiran u svim

zemljama u kojima je proučavan i ima približno istu prevalenciju i pokazuje slične stope nasljednosti međukulturalno. Sve zajedno, ovi nalazi ukazuju na to da je relativni uticaj kulture na razvoj GPL-i ograničen. Međutim, nedavni dokazi iz velike epidemiološke studije koja procjenjuje GPL među 34,653 odraslih Amerikanaca sugerira da GPL ima veću prevalenciju nego što je prethodno dokumentovano (5,9%) i da se čini da postoje značajne razlike u učestalosti poremećaja kod rasno-etničkih skupina. Rezultati studije pokazuju da postoje veće stope prevalencije GPL-a kod muškaraca Indijanaca (13,2%) i relativno niže stope prevalencije među azijskim ženama (2,5%). Veća prevalencija GPL-i pronađena je kod onih s nižim primanjima. Međutim, potrebna su buduća istraživanja kako bi se utvrdilo da li kulturalno potaknuta iskustva mogu poslužiti kao zaštitni ili rizični faktori za razvoj GPL-i i / ili jesu li trenutni dijagnostički kriteriji kulturalno prikladni (Beauchaine i sur., 2009).

4. TRETMAN GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI

Psihijatar najprije provodi početnu procjenu klijenta kako bi odredio okruženje u kojem će se provoditi liječenje. Budući da su razmišljanja o samoubistvu i pokušaji samoubistva uobičajna pojava, prioritet treba dati klijentovoj sigurnosti i to pitanje valja temeljito procijeniti. Na temelju takve procjene i razmatranja drugih kliničkih faktora, bit će određeno okruženje za provedbu tretmana (tj. izvanbolničko ili bolničko liječenje). Na početku tretmana važno je načiniti jasan plan liječenja, što uključuje postizanje dogovora s klijentom o ciljevima liječenja (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

U liječenju graničnog poremećaja ličnosti djelotvorne su određene vrste psihoterapije (i drugih psihosocijalnih intervencija) i određeni lijekovi. Iako empirijski nije dokazano da je jedan pristup djelotvorniji od drugog, kliničko iskustvo pokazuje kako je većini oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti potrebna dugotrajna psihoterapija ako se želi postići i održati trajno poboljšanje u području ličnosti, interpersonalnih teškoća i cjelokupnog funkcioniranja. Farmakoterapija često ima važnu ulogu kao dodatak psihoterapiji, posebno u ublažavanju simptoma kao što su emocionalna nestabilnost, impulsivnost, kvazipsihotični simptomi i samouništavajuće ponašanje. Ne postoje istraživanja koja bi uspoređivala kombinaciju psihoterapije i farmakoterapije s primjenom svakog od tih pristupa posebno, ali kliničko iskustvo pokazuje da se najveći uspjesi postižu kombinacijom spomenutih vrsta liječenja (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

Budući da su popratni poremećaji često prisutni i da je klijentova prošlost jedinstvena te zbog heterogene prirode graničnog poremećaja ličnosti, tretmanski plan mora biti prilagodljiv i usklađen s potrebama svakog oboljelog. Prilagodljivost je nužna i radi reagiranja na činjenicu da se karakteristike klijenta s vremenom mijenjaju. Liječenje bi trebalo biti saradnički proces između klijenta i kliničara pa je klijentova preferencija određenog tretmana važan faktor u oblikovanju individualnog plana liječenja (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

Zbog raznolikosti osoba s GPL-i tokom tretmana treba obratiti pažnju na to koliko je pojedini simptom izražen kod pojedinaca te na mogućnost varijacije u izraženosti simptoma tokom terapije. Za planiranje tretmana potrebna je temeljita klinička procjena. Treba uzeti u obzir komorbiditetna stanja (što je kod osoba s GPL-i više pravilo nego stanje), kognitivne snage

i slabosti, stupanj disocijacije, stupanj zanemarenosti i zlostavljanja tokom djetinjstva, historiju odnosa, preferirane metode emocionalne regulacije, potencijal za nasilje, fizičko zdravlje, jake strane (uključujući sposobnosti i talente) i otpornost. Sve navedeno može uticati na kliničku sliku i ometati tretman, ali i dati korisne informacije za planiranje tretmana. Općenito, ciljevi u tretmanu GPL-i su: prevenirati (samo)ubistvo, 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 funkcionisanje što je više moguće (Gunderson i Hoffman, 2005).

Terapeut treba minimalizirati ekstreme idealizacije i omalovažavanja te cijelo vrijeme imati na umu da pacijent nema šablon 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. 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).

Dinamički pristupi liječenju graničnog poremećaja ličnosti dijele tri cilja:

1. Identificirati i mijenjati paradigme patoloških odnosa za koje se pretpostavlja da potiču iz porodice klijenta. Često se radi na strahovima klijenata od odbacivanja, napuštanja i viktimizacije.
2. Povećati složenost i koherentnost prikaza sebe, drugih i međuljudskih odnosa.
3. Identificirati i izmijeniti patološke načine regulacije emocija. Psihoanalitička literatura se uglavnom usmjerava na samodestruktivna ili manipulativna ponašanja. Većina tretmana uključuje elemente koji su usmjereni na regulisanje bijesa, manipulativnosti i cijepanje koje se očituje kod pacijenata s graničnim poremećajem (Bradley i Westen, 2005).

Psihodinamski pristupi također dijele pretpostavku da terapijski odnos pruža važan medij kroz koji se mogu istraživati i mijenjati problematična relacijska dinamika, reprezentacije i strategije regulacije emocija. Pacijenti će vjerojatno izraziti probleme koji se pojavljuju u

intimnim odnosima dok se razvija interpersonalno smislen odnos s terapeutom tokom vremena, s obzirom na to da terapijski odnos počinje poprimati karakteristike odnosa vezanosti.

Primarni tretman za granični poremećaj ličnosti je psihoterapija, dopunjena farmakoterapijom usmjerenom na simptome (Američka psihijatrijska udruga, 2004). Dvije vrste terapija se međusobno nadopunjuju: cilj psihoterapije je promjena u funkcioniranju cijele osobe i bitna je komponenta koja pomaže osobama s GPL-i da postignu stabilnost; farmakoterapija i druge fizičke intervencije namijenjene su rješavanju specifičnih simptoma (Kreisman i Straus, 2004).

Svi pristupi liječenja teže zajedničkom cilju: učinkovitijem funkcioniranju u svijetu koji se doživljava kao manje mistificirajući, manje štetniji i ugodniji. Proces obično uključuje razvijanje uvida u neproduktivnost trenutnih ponašanja. Ovo je lakši dio. Teži je proces prerade starih refleksija i razvijanje novih načina rješavanja životnih stresova. Najvažniji dio svake terapije je odnos između pacijenta i terapeuta. Ova interakcija bi trebala da se temelji na povjerenju, postojanosti objekata i emocionalnoj intimnosti. Terapeut mora postati pouzdana figura, ogledalo koje odražava dosljedan razvojni dentitet. Polazeći od tog odnosa, osoba s GPL-i uči kako pružiti drugima odgovarajuća očekivanja i povjerenje. To se postiže usmjeravanjem pozornosti na određena područja za ispitivanje, a ne kontroliranjem (Kreisman i Straus, 2004).

Kontratransfer se odnosi na vlastite emocionalne reakcije terapeuta na pacijenta, koje su manje utemeljene na realnim razmatranjima nego na prošlim iskustvima i potrebama terapeuta. Na primjer, doktor koji pacijenta doživljava kao više bespomoćnog nego što je zaista, zbog doktorove potrebe da bude skrbnik, da doživljava sebe kao suosjećajnog i da izbjegava sukob (Kreisman i Straus, 2004).

Granični poremećaj ličnosti je jedini veliki psihijatrijski poremećaj za koji postoje studije utemeljene na dokazima koji pokazuju veću učinkovitost psihosocijalnih terapija nego farmakološkog liječenja. Dakle, za razliku od tretmana za većinu drugih poremećaja, lijekovi se smatraju sekundarnim komponentama psihoterapije. Postoji nekoliko pristupa psihoterapiji koji su se pokazali učinkovitim, a kognitivno- bihevioralna terapija je jedan od njih (Kreisman i Straus, 2004).

4.1. Kognitivno- bihevioralna terapija

Postoji nekoliko uspostavljenih terapijskih pristupa za liječenje GPL-i. Oni se mogu odvijati u pojedinačnim, grupnim ili porodičnom kontekstu. Većina njih su izvedeni iz dvije primarne orijentacije: psihodinamičke psihoterapije i kognitivno-bihevioralne terapije. Učinkovita terapija mora koristiti strukturiran, konzistentan format s jasnim ciljevima. Ipak, mora postojati i fleksibilnost prilagodbe. Kognitivno-bihevioralni pristupi usmjereni su na promjenjive procese razmišljanja i ponavljajuća ponašanja koja su onemogućavajuća; ova vrsta terapije se manje bavi prošlošću. Liječenje je više fokusirano na probleme i često je vremenski ograničeno. Neki programi terapije kombinuju obje orijentacije. Nekoliko psihoterapijskih strategija kombinira grupne i pojedinačne sesije. Sve strategije prihvataju komunikaciju koja reflektira SETUP (support, empathy, truth, understanding, persistence) karakteristike: podrška za pacijenta, empatija za njegovu borbu, sukob istine ili pitanja stvarnosti, zajedno razumijevanje problema i predanost i ustrajanje u tretmanu (Kreisman i Straus, 2004).

Kognitivno bihevioralni pristup usmjeren je pretežno 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 (Gunderson i Hoffman, 2005). Postoje tri kognitivno-bihevioralna shvatanja graničnog poremećaja ličnosti: Beckova kognitivno-bihevioralna terapija, Linehaničina dijalektičko-bihevioralna terapija i Youngov model modaliteta shema. Sistem liječenja koji je razvio Aaron Beck, KBT se usmjerava na identificiranje ometajućih misli i ponašanja te njihovo zamjenjivanje sa poželjnijim uvjerenjima i reakcijama. Aktivno se radi na ukazivanju na iskrivljena razmišljanja. Trening asertivnosti, upravljanje bijesom, vježbe opuštanja i protokoli za desenzibilizaciju se učestalo koriste. Tipično, KBT je vremenski ograničena, manje intenzivna od drugih protokola, i stoga obično jeftinija. Pretzer (1990) je pretpostavio da su tri ključne pretpostavke bitne za GPL: "Svijet je opasan i zlonamjeran", "Ja sam nemoćan i ranjiv" i "Ja sam jednostavno neprihvatljiv". Prva pretpostavka u kombinaciji s drugom, pretpostavlja se, dovodi do većeg stepena opreza i interpersonalnog nepovjerenja. Osim pojačanog opreza, pretpostavlja se da su i druge dvije kognitivne karakteristike od bitnog značenja za GPL: dihotomno mišljenje i slab osjećaj identiteta (tj. slabo sređena shema selfa).

Ove tri temeljne pretpostavke i tri kognitivne karakteristike vjerojatno igraju središnju ulogu u održavanju ovog poremećaja i zbog toga su glavni ciljevi terapije (Kreisman i Straus, 2004). Jedna varijacija KBT-e je STEPPS (Systems training for emotional predictability and problem solving) koji se fokusira na nemogućnost moduliranja emocija i impulsa kod osoba s GPL. STEPPS je paradigma grupne terapije. Sastoji se od tri osnovne komponente:

1. Sesije o educiranju o GPL i o shemi (kognitivne distorzije o sebi i drugima, kao što je osjećaj neljubaznosti, nepovjerenja, krivnja, nedostatak identiteta, strah od gubitka kontrole itd).
2. Uče se vještine upravljanja emocijama, kao što su upravljanje problemima, ometanje i poboljšanje komunikacije.
3. Treća komponenta podučava osnovne vještine ponašanja, kao što su: zdrava prehrana, zdrav režim spavanja, vježbanje i postavljanje ciljeva. Druga faza STEPPS- a je STAIRWAYS (setting goals, trusting and taking risks, anger management, impulsivity control, relationship behavior, writing a script, assertiveness training, your choices, stepping out) (postavljanje ciljeva; povjerenje; upravljanje bijesom; kontrola impulsivnosti; ponašanje u odnosima; pisanje skripte; trening asertivnosti; lično putovanje i izlaz iz zone komfora).

Linehancična dijalektičko-bihevioralna terapija (DBT) pretpostavlja da pacijenti s GPL–om posjeduju genetičku ranjivost na emocionalno pretjeranu reaktivnost. Ovo stajalište pretpostavlja da je limbički sustav, dio mozga koji je usko povezan s emocionalnim reakcijama, hiperaktivan na granici. Drugi faktor koji doprinosi, prema DBT praktičarima, jest okruženje pojedinca. U početnim fazama liječenja DBT se usmjerava na hijerarhijski sistem ciljeva, suočavajući se najprije s najtežim. Prioritet se daje prijetnjama samoubistvom i samopovređivanjem. Drugi najviši cilj je eliminirati ponašanje koje ometa terapiju, kao što su propušteni sastanci ili nepotpuni domaći zadaci. Treći prioritet je rješavanje ponašanja koje ometa zdravu kvalitetu života, kao što su promiskuitet ili kriminalno ponašanje. Četvrto, fokus je na povećanju vještina ponašanja. Strukturirani program sastoji se od četiri glavne komponente:

1. Sedmična individualna psihoterapija kako bi se stekle nove vještine i minimiziralo samopobuđeno ponašanje.

2. Sedmična grupna terapija koristi obrazovne materijale o GPL-i i DBT-i, domaće zadaće i diskusije za podučavanje tehnika bolje kontrole emocija i za poboljšanje međuljudskih kontakata .
3. Telefonski coaching (jedinствена karakteristika DBT-a) za pomoć pacijentima kroz razdoblje stresa prije nego što situacija postane alarmantna.
4. Sedmični sastanci svih članova tima kako bi se radilo na poboljšanju vještina i motivaciji te borbi protiv izgaranja. Svake sedmice pacijenti dobivaju DBT "dnevnik karticu" koju popunjavaju na dnevnoj bazi. Dnevnik je namijenjen dokumentiranju samodestruktivnog ponašanja (Kreisman i Straus, 2004).

Shvatanje da temeljna patologija GPL-i proizlazi iz zastrašujućeg, zlostavljanog djeteta koje žudi za sigurnošću i pomoći, no nepovjerljivom zbog straha od daljnjeg zlostavljanja i napuštanja, u velikoj je mjeri povezano s modelom koji je razvio Young. Da bi se razumjele iznenadne promjene u ponašanju osobe s GPL-i, Young je razvio ideju, tijekom 1980-ih, a koju je uveo Aaron Beck u kliničkim radionicama, da neka patološka stanja osoba s GPL-om jesu neka vrsta regresije u snažno emocionalno stanje koje je doživljeno u dječijoj dobi. Young je formulirao ova stanja kao modalitete shema, to je uz regresivna stanja poput djeteta, također pretpostavio i manje regresivne modalitete shema. Modalitet sheme je organizirani obrazac mišljenja, osjećanja i ponašanja utemeljen na sklopu shema, razmjerno nezavisan od drugih modaliteta shema. Young je pretpostavio da su za GPL od središnjeg značenja četiri modaliteta shema: modalitet napuštenog djeteta; modalitet impulsivnog djeteta; modalitet kažnjavajućeg roditelja i modalitet udaljenog zaštitnika. Osim toga, postoji i modalitet zdravog odraslog, kojim se opisuje zdrava strana klijenta (McGinn i Young, 1996).

4.2. Farmakoterapija

Iako je generalno primarni tretman za granični poremećaj ličnosti psihoterapija, specifični oblici farmakoterapije koriste se za ublažavanje simptoma graničnog poremećaja ličnosti na tri ponašajne dimenzije: nemogućnost kontrole emocija, nemogućnost kontrole impulsivnih postupaka te kognitivno-perceptivne teškoće (Američka psihijatrijska udruga, 2004). Osobe s GPL čiji simptomi odgovaraju dimenziji „nemogućnost kontrole emocija“ nestabilnog su raspoloženja, osjetljivi su na odbacivanje, neprimjereno ljuti, doživljavaju depresivne “slomove raspoloženja” ili izljeve bijesa. Te simptome treba od početka ublažavati selektivnim

inhibitorom ponovne pohrane serotonina (SIPPS) ili s njim povezanim antidepresivom kao što je venlafaksin. Proučavanja djelovanja tricikličkih antidepresiva dala su nedosljedne rezultate. Kada se nemogućnost kontrole emocija javlja u obliku tjeskobe, tretman SIPPS-om može biti nedostatan i tada valja razmotriti dodavanje benzodiazepina (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

Kod osoba s GPL-i čiji simptomi odgovaraju dimenziji „nemogućnost kontrole impulsivnih postupaka“ vidljivi su sljedeći simptomi: impulsivna agresija, samoozlijeđivanje ili samouništavajuće ponašanje (na primjer, promiskuitetni spolni odnosi, zloupotreba droga i alkohola, nepromišljeno trošenje novca). Kad nemogućnost kontrole ponašanja znači ozbiljnu prijetnju za sigurnost klijenta, 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 MAO inhibitor. Kod osoba s GPL čiji simptomi odgovaraju dimenziji „kognitivno-perceptivne teškoće“ prisutni su sumnjičavost, ideje odnosa, paranoidne misli, iluzije, derealizacija, depersonalizacija ili simptomi koji nalikuju halucinacijama. Male količine neuroleptika tretman su izbora za te simptome (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

4.3. Problemi u tretmanu

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, simptomati, objektivnim odnosima i radnom funkcioniranju. Stiče se razumijevanje nesvjesnih obrazaca i manje su pod uticajem unutrašnjih konflikata. 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 porodici ili braku koji mogu učvršćivati pacijentov problem. Kao i u svim terapijama, uspjeh je ograničen kod pacijenata koji nisu dovoljno motivirani za promjenu, koje ne zanima zašto imaju probleme ili koji ne mogu surađivati s terapeutom. Pregled literature upućuje na pozitivni efekat kognitivno-bihevioralne terapije u tretmanu poremećaja ličnosti. Većinom su disfunkcionalne sheme preoblikovane tako da poboljšaju emocionalnu i bihevioralnu prilagodbu na porodičnu i radnu okolinu (Livesley, 2001).

Zbog mnogih problema, te zbog niza specifičnih simptoma, tretman za granični poremećaj ličnosti je teško strukturirati, te je zbog toga neophodno staviti važnost na komunikaciju. Kreisman i Straus (2004) su ponudili generalni komunikacijski pristup osobama s graničnim poremećajem ličnosti koji sadrži pet sljedećih 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 prihvata.
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. 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 prijete da će ozlijediti sebe ili neku drugu osobu, on se mora mirno i činjenično obavijestiti će buduće prijetnje rezultirati konkretnim mjerama, poput poziva policiji.
4. *Objasniti proturječnosti.* Osobe su često suočeni s kontradiktornim zahtjevima svojih graničnih partnera koji ih dovode u situacije u kojima za njih nema pobjede. 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 (Kreisman i Straus, 2004).

5. ZAKLJUČCI

Poremećaji ličnosti općenito, a prije svega granični poremećaj ličnosti nisu dovoljno dobro istraženi, stoga ih treba predstaviti široj javnosti, čime bi se izbjegla stigmatizacija i socijalna izolacija tih ljudi, a time bi se neliječenim osobama olakšalo prepoznavanje svoga stanja kako bi na vrijeme mogli potražiti odgovarajuću pomoć. Postoji izražena potreba za longitudinalnim istraživanjima usmjerenim na kompleksne i međuzavisne potencijalne biološke, psihološke te socijalne uzročne i precipitirajuće faktore. Ona mogu biti vrlo plodonosna u području osmišljavanja ranih intervencijskih i preventivskih 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 hronična i nepovoljna zbog nepotpunog povlačenja simptoma neki podaci sugeriraju mogućnost terapijskih pomaka u smjeru poboljšanja funkcionalnosti osobe (Kreisman i Straus, 2004). Kao važna komponenta uspješnog ublažavanja simptoma poremećaja pokazala se psihoedukacija porodice koja generira relevantne i snažne saveznike u liječenju ovog onesposobljavajućeg poremećaja. Unatoč mnogim frustracijama koje proživljava pacijent, porodica, bliski prijatelji te terapeut, dugotrajne i kontinuirane intervencije otvaraju mogućnost postizanja optimalne dobrobiti i za osobu s poremećajem i za njezine najbliže. Utvrđeno je da niz faktora korelira s povoljnim i nepovoljnim ishodima pacijenata s GPL-i u kratkom roku (dvije do četiri godine). Faktori povezani s pozitivnom prognozom uključuju: rani i brz napredak u liječenju, korektni odnosi s roditeljima, supružnicima i prijateljima, ljubaznost i simpatija. Faktori povezani s negativnom prognozom uključuju: hroničnost, ozbiljnost, komorbiditet, intenzitet impulsivnosti, dob početka javljanja simptoma, loši odnosi s roditeljima i finansijska nesamostalnost. Pozitivni prognostički znakovi dugoročno gledano uključuju: veću inteligenciju, fizičku privlačnost, umjetnički talent, samodisciplinu. Negativni pokazatelji su: hronično neprijateljstvo i razdražljivost, historija antisocijalnog ponašanja i teškog roditeljskog zlostavljanja, patološka ljubomora, ekscentrično ponašanje, siromaštvo i historija zloupotrebe droga (Kreisman i Straus, 2004). Dugotrajne i kontinuirane intervencije omogućavaju optimalnu dobrobit za osobu s GPL-i i njene najbliže.

6. LITERATURA

Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM 5)*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

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

Beck, J. B. (2011). *Cognitive therapy: Basics and Beyond*. NY: The Guilford Press.

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

Bradley, R., Westen, D. (2005). The psychodynamics of borderline personality disorder: A view from developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 17, 927–957.

Corey G. (2004). *Teorija i praksa psihološkog savjetovanja i psihoterapije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Dammann, G., Teschler, S., Haag, T., Altmüller, F., Tuzcek, F., i Reinhard, H. (2011). Increased DNA methylation of neuropsychiatric genes occurs in borderline personality disorder. *Epigenetics*, 6:12, 1454-1462.

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

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

Hogan, R., Johnson, J., i Briggs, S. (Eds.). (1997). *Handbook of personality psychology*. Oklahoma/ Pennsylvania: Academic Press.

Horvat, A. (2015). *Granični poremećaj ličnosti: Završni rad*. Osijek: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Osijeku.

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

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

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

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

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

McGinn, L. K., i Young, J. E. (1996). *Schema-focused therapy*. New York: The Guilford Press.

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

O' Neill, A., Frodl, T. (2012). Brain structure and function in borderline personality disorder. *Springer*, 217: 767–782.

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

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

Stewart I. (2011). *Savremena transakciona analiza*. Novi Sad: Psihopolis.