

# Odnos mentalizacije, ranih nepovoljnih iskustava i strategija kognitivne emocionalne regulacije s obilježjima graničnog poremećaja ličnosti u odrasloj dobi

---

Sučević Ercegovac, Mirjana

Professional thesis / Završni specijalistički

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:131:650925>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-02**



Sveučilište u Zagrebu  
Filozofski fakultet  
University of Zagreb  
Faculty of Humanities  
and Social Sciences

Repository / Repozitorij:

[ODRAZ - open repository of the University of Zagreb  
Faculty of Humanities and Social Sciences](#)





Sveučilište u Zagrebu  
FILOZOFSKI FAKULTET

Mirjana Sučević Ercegovac

**Odnos mentalizacije, ranih nepovoljnih  
iskustava i strategija kognitivne  
emocionalne regulacije s obilježjima  
graničnog poremećaja ličnosti u  
odrasloj dobi**

SPECIJALISTIČKI RAD

Mentorica: izv. prof. dr. sc. Anita Lauri Korajlija

Zagreb, 2024.

Naziv sveučilišnog specijalističkog studija:

Sveučilišni specijalistički studij kliničke psihologije

Specijalistički rad obranjen je 7.6.2024. godine pred Stručnim povjerenstvom u sastavu:

1. doc. dr. sc. Tanja Jurin, predsjednica povjerenstva
2. izv. prof. dr. sc. Anita Lauri Korajlija, članica povjerenstva
3. prof. dr. sc. Dražen Begić (Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet), član povjerenstva

## ZAHVALE

Zahvaljujem se svojoj mentorici izv.prof.dr.sc. Aniti Lauri Korajlija na tome što je spremno prihvatila moju želju za istraživanjem ove teme i u tome mi pomagala.

Zahvaljujem se i stotinama pacijenata koji su me za vrijeme ovih nekoliko godina mog rada na Klinici za psihijatriju naučili o složenosti psihe, čije su me priče nebrojeno puta duboko dotakle, rastužile, ali i nekada nasmijale te naučile o jačini i složenosti ispreplitanja snage i slabosti u svakom od nas.

Veliko hvala mojoj mentorici na stažu, sada umirovljenoj profesorici dr.sc. Vlasti Sirišćević koja mi je utrla put ljubavi prema kliničkoj psihologiji i psihijatriji.

Hvala mojim prijateljima, kolegama iz KBC-a Split na podršci i svim divnim studentima i profesorima koje sam upoznala na specijalističkom studiju, hvala vam na svakoj „filozofskoj kavi“, na svim onim satima provedenim u raspredanju naših i tuđih psiha, kako samo to psiholozi znaju.

Za moje roditelje i sestru, koji su oduvijek navijali za mene, koji su vjerovali, čak i kada ja to sama nisam mogla ni znala, od srca Vam hvala.

Zahvaljujem se mom Domagoju koji je strpljivo podnosio moje dolaske i odlaske u Zagreb, sate i sate provedene za laptopom i knjigama, iz pozadine podupirući moje snove i ambicije, svojim mirom i toplinom hrabrio i bodrio, čak i kad su ti sati krali naše zajedničko vrijeme.

Za moju Kumi, koja me uvijek poticala za dalje, koja je svojom ljubavlju protkala najljepše dane moga djetinjstva, koja me bodrila na upisu specijalističkog studija, koja je nesebično davala od sebe, koja je moju radost gledala kao svoju.

Znam da me negdje iz bespuća ovog svemira, kroz neki oblak skriveno gledaš i govoriš:  
*„Znala sam da će moja cura uspjeti“.*

Ovaj rad posvećujem tebi...

## **Životopis mentorice:**

Anita Lauri Korajlija 1994. godine upisala je studij psihologije na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu. Diplomirala je 1999. godine te iste godine upisala poslijediplomski studij psihologije, završivši ga uspješnom obranom magisterija 2004. godine. U ožujku 2010. godine obranila je doktorsku disertaciju s temom Perfekcionizam i anksiozna osjetljivost kao rizični faktori za razvoj anksioznih smetnji: Kvantitativna i kvalitativna studija pod mentorstvom prof. dr. Nataše Jokić-Begić. Nakon diplome sudjelovala je na više stručnih i znanstvenih programa izobrazbe. Od studenog 2001. godine zaposlena je kao znanstvena novakinja na Katedri za zdravstvenu i kliničku psihologiju Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu. U znanstveno zvanje znanstvenog suradnika izabrana je 2011. godine, a 2018. godine u zvanje višeg znanstvenog suradnika u znanstvenom području društvenih znanosti – polje psihologije, grana klinička i zdravstvena psihologija. U zvanje izvanredne profesorice izabrana je 2019. godine. Na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta od akademske godine 2017./2018. predstojnica je Katedre za zdravstvenu i kliničku psihologiju. U preddiplomskim, diplomskim, specijalističkim i doktorskim programima studija psihologije sudjeluje u nastavi na više kolegija. Pod njenim mentorstvom obranjen je veći broj diplomskih radova na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta i Hrvatskih studija. Zamjenica je voditeljice Savjetovaništa Filozofskog fakulteta za studente u Zagrebu, te u njemu radi i kao savjetovateljica. Vanjska je suradnica Savjetovaništa za žene Autonomne ženske kuće. Suradivala je na više stručnih projekata, održala je predavanja i radionice na stručnim skupovima psihologa, liječnika i farmaceuta te za širu javnost. Članica je međunarodnog udruženja za istraživanje stresa i anksioznosti (STAR Society) te članica Upravnog odbora Hrvatske psihološke komore

## SAŽETAK

Cilj ovog istraživanja je bio ispitati ulogu ranih nepovoljnih iskustava, mentalizacije i strategija kognitivne emocionalne regulacije u objašnjenju izraženosti simptoma graničnog poremećaja ličnosti u odrasloj dobi. Sudjelovalo je ukupno 486 sudionika u rasponu dobi od 18 do 73 godine od čega je 330 osoba ženskog spola (67.9%). Istraživanje je provedeno online, putem upitnika postavljenog preko *SurveyMonkey* platforme koji je prosljeđen na društvene mreže, a ciljna skupina sudionika su bile osobe iznad osamnaest godina. Sudionici su ispunjavali Listu graničnih simptoma, Upitnik reflektivnog funkcioniranja, Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – skraćeni oblik te Revidirani upitnik nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Pokazalo se kako sudionici s većim brojem ranih nepovoljnih iskustava, manjim kapacitetom za mentalizaciju, oni koji češće koriste katastrofiziranje, ruminaciju i okrivljavanje sebe kao strategije emocionalne regulacije imaju izraženije simptome graničnog poremećaja ličnosti. Okrivljavanje drugih, planiranje, prihvaćanje, stavljanje u perspektivu, pozitivna ponovna procjena i pozitivno refokusiranje se nisu pokazali statistički značajnim prediktorima. Također, pokazalo se da postoji značajan indirektan efekt varijable neadaptivnih strategija kognitivne emocionalne regulacije na odnos između mentalizacije i simptoma GPL-a.

Ključne riječi: granični poremećaj ličnost, rana nepovoljna iskustva, mentalizacija, strategije kognitivne emocionalne regulacije, katastrofiziranje, ruminacija, okrivljavanje sebe, okrivljavanje drugih, planiranje, stavljanje u perspektivu, pozitivna ponovna procjena, pozitivno refokusiranje

## **SUMMARY**

### **Introduction**

Borderline Personality Disorder (BPD) is defined by marked instability in the areas of identity, personal relationships, mood, and affect, as well as impulsive behavior, periods of intense anger and rage, feelings of emptiness, suicidal behavior, self-harm, transient, stress-related paranoid ideas, and pronounced dissociative symptoms (Leichsenring et al., 2023). The prevalence of BPD in the general population is estimated to range from 1.4% to 5.9% (Aragonès et al., 2013), while it is significantly higher in clinical settings. Specifically, it is estimated that approximately 10% to 12% of patients in outpatient psychiatric treatment have BPD, and 20% to 22% of patients in inpatient settings (Ellison et al., 2018).

Over the past thirty years, research in the field of the etiology of BPD has particularly focused on the role of early adverse experiences. Studies consistently point to the importance of early adverse experiences and trauma in understanding the etiology of BPD (De Aquino Ferreira et al., 2018; Widom et al., 2009; Zanarini et al., 1997). According to the biopsychosocial model (Linehan, 1993), BPD primarily arises as a result of an emotional regulation disorder that develops in the context of the interaction between biological vulnerability and specific environmental influences. Difficulties in emotional regulation refer to a lack of awareness and clarity about emotional responses, non-acceptance of these responses, limited access to effective emotional regulation strategies, difficulties in directing behavior toward goals in situations of high emotional arousal, and impulse control difficulties (Gratz & Roemer, 2004). Cognitive-emotional regulation strategies, on the other hand, refer to ways of regulating and managing emotions through the use of various strategies primarily based on cognitive processes. Research clearly indicates that individuals with symptoms of BPD more frequently use maladaptive and dysfunctional strategies (e.g., rumination and catastrophizing) and less frequently adaptive strategies (e.g., positive refocusing and planning), and that the use of dysfunctional strategies is also associated with greater difficulties in general functioning (Akyunus et al., 2020; Daros et al., 2018; Daros & Ruocco, 2021).

In addition to early adverse experiences and difficulties in emotional regulation, mentalization also plays an important role in understanding the etiology and symptoms of BPD. Fonagy and Bateman (2008, p. 5) define mentalization as “the capacity to implicitly and explicitly understand ourselves and others in terms of subjective states and mental processes.” Fonagy and Bateman (2008) propose a model in which inadequate parental mirroring of affect and a disorganized attachment pattern in the context of trauma predispose the development of BPD

through impairments in mentalization. Previous research has repeatedly confirmed the connection between mentalization and BPD, indicating that difficulties in understanding complex models of interpersonal interactions, confusion and uncertainty about one's own and others' internal states (i.e., hypomentalization) are particularly important (Duval et al., 2018; Euler et al., 2021; Fonagy et al., 2016). The relationship between mentalization and symptoms of PTSD, depression, anxiety, and self-harm has also been confirmed (Fonagy et al., 2016; Kennedy-Turner et al., 2022; Martin Gagnon et al., 2023; WagnerSkacel et al., 2022). In a series of studies by Fonagy and colleagues (2016), it has been shown that lower mentalization is significantly associated with lower quality of life, psychosocial problems, poorer anger control, weaker reality testing, diffuse identity, internalized and externalized problems, and narcissism. This review of research highlights the importance of understanding the relationship between early adverse experiences, mentalization, and cognitive-emotional regulation strategies in explaining the symptoms of BPD. It is evident that previous research points to the significant role of early adverse experiences, which are associated with a reduced capacity for mentalization and effective emotional regulation, thereby increasing the risk of developing symptoms of BPD, characterized by pervasive and persistent instability in mood, self-image, and relationships with others.

### **Research aim and problems**

The aim of the research was to examine the role of early adverse experiences, mentalization, and cognitive-emotional regulation strategies in explaining the severity of Borderline Personality Disorder (BPD) symptoms in adulthood. The first problem was to investigate the role of early adverse experiences, mentalization, and adaptive and maladaptive cognitive-emotional regulation strategies in explaining BPD symptoms in adulthood. The second problem was to examine the mediating role of maladaptive cognitive-emotional regulation strategies in the relationship between mentalization and BPD features in adulthood. According to the first hypothesis, it was expected that a higher number of early adverse experiences and lower mentalization would be positive predictors of BPD symptoms in adulthood. According to the second hypothesis, it was expected that adaptive cognitive-emotional regulation strategies would be negative predictors of BPD traits in adulthood, while maladaptive cognitive-emotional regulation strategies would be positive predictors. Finally, according to the third hypothesis, it was expected that maladaptive cognitive-emotional regulation strategies (rumination, catastrophizing, self-blame, and blaming others) would be partial mediators of the relationship between mentalization and BPD traits in adulthood.



## **Methods**

A total of 486 participants were included, of which 330 were female (67.9%), ranging in age from 18 to 73 years, with an average age of  $M = 36.1$  ( $SD = 11.3$ ). The research was conducted online in December 2023 using a questionnaire distributed via the SurveyMonkey platform and shared on social networks. Data were also collected using the snowball sampling, where participants were asked to forward the link to their groups, acquaintances, and friends, who were then also asked to forward it further. The Sociodemographic Questionnaire, Borderline Symptom List 23 (BSL-23; Bohus et al., 2009), Reflective Functioning Questionnaire (RFQ-8; Fonagy et al., 2016), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire—Short Form (CERQ-short; Garnefski & Kraaij, 2006), and Revised Inventory of Adverse Childhood Experiences (Finkelhor et al., 2015) were used.

## **Results**

To examine the relationship between BPD symptoms, early adverse experiences, mentalization, cognitive-emotional regulation strategies and sociodemographic variables (age, gender, and education level), correlation coefficients were calculated. The obtained correlation coefficients indicate that individuals with more pronounced BPD symptoms have more early adverse experiences, are less confident in assessing their own and others' mental states, more frequently use catastrophizing, rumination, self-blame, and blaming others, and less frequently use positive reappraisal, refocusing on the positive, planning, and putting into perspective. To determine how much variance in BPD symptoms can be explained by early adverse experiences, mentalization, and maladaptive and adaptive cognitive-emotional regulation strategies, a hierarchical regression analysis was conducted. The overall model explained 46% of the variance in the criteria, with standardized beta coefficients indicating that early adverse experiences were the strongest positive predictor of BPD symptoms in the final model, followed by mentalization, catastrophizing, rumination, and self-blame. Blaming others and adaptive cognitive-emotional regulation strategies (acceptance, planning, positive reappraisal, refocusing on the positive, and putting into perspective) were not statistically significant predictors. Finally, mediation analysis showed that mentalization affects BPD symptoms both directly and indirectly, such that individuals with greater difficulties in mentalization more frequently use maladaptive cognitive-emotional regulation strategies, which are then associated with more pronounced features of BPD.

## **Conclusion**

The research indicates that a higher number of early adverse experiences, mentalization, and maladaptive cognitive-emotional regulation strategies (catastrophizing, rumination, and self-blame) are significant for understanding BPD symptoms. It also showed that mentalization affects BPD symptoms both directly and indirectly, such that individuals with greater difficulties in mentalization more frequently use maladaptive cognitive-emotional regulation strategies, which are then associated with more pronounced features of BPD. The results obtained have both scientific and practical implications. The findings suggest that working with individuals diagnosed with BPD should focus on raising awareness and strengthening the function of mentalization, gaining confidence in the ability to control internal states and their differences from reality, which in itself strengthens the capacity for emotional regulation. Additionally, the results indicate the importance of working on raising awareness and restructuring maladaptive cognitive-emotional regulation strategies.

Keywords: borderline personality disorder, early adverse experiences, mentalization, strategies of cognitive emotional regulation, catastrophizing, rumination, self-blame, blaming others, planning, putting into perspective, positive reappraisal, positive refocusing

## SADRŽAJ

|   |    |
|---|----|
| 1. Uvod.....  | 1  |
| 1.1 Granični poremećaj ličnosti.....  | 1  |
| 1.2 Uloga genetskih i bioloških čimbenika u objašnjenju GPL.....  | 3  |
| 1.3 Uloga ranih nepovoljnih iskustava u etiologiji GPL.....   | 4  |
| 1.4 Teškoće emocionalne regulacije-put ka razumijevanju nestabilnih obrazaca kod graničnog poremećaja ličnosti..... | 7  |
| 1.5 Specifične strategije kognitivne emocionalne regulacije i GPL.....  | 9  |
| 1.6 Povijest nastanka konstrukta mentalizacije i njegove osnovne odrednice.....                                     | 12 |
| 1.7 Mentalizacija kroz razvojnu perspektivu.....  | 15 |
| 1.8 Mentalizacija i psihopatologija.....  | 16 |
| 2. Cilj, problemi i hipoteze istraživanja.....  | 20 |
| 2.1 Cilj:.....  | 20 |
| 2.2 Problemi:.....  | 20 |
| 2.3 Hipoteze:.....  | 21 |
| 3. Metoda.....  | 22 |
| 3.1 Sudionici.....  | 22 |
| 3.2 Postupak.....   | 23 |
| 3.3 Instrumenti.....  | 23 |
| 4. Rezultati.....   | 26 |
| 5. Rasprava.....  | 35 |
| 6. Nedostaci i prijedlozi za daljnja istraživanja te praktične implikacije rezultata.....                           | 46 |
| 7. Zaključak.....   | 48 |
| 8. Literatura.....  | 49 |

## 1. Uvod

### 1.1 Granični poremećaj ličnosti

Naziv „borderline“ potječe od američkog psihijatra i psihoanalitičara Adolpha Sterna iz 1938. koji ga je koristio kako bi opisao skupinu pacijenata koji, po tadašnjim klasifikacijskim poimanjima psihopatologije, ne spadaju ni u skupinu „neurotskih“ ni psihotičnih poremećaja te slabije odgovaraju na klasičnu formu psihoanalitičke psihoterapije (Millon i sur., 2004).

Taj konstrukt je u gotovo stotinjak godina od prvog spominjanja u literaturi prošao kroz brojne preinake u području razumijevanja kliničke slike, etiologije i tretmana. U samim začetima istraživanja su se sastojala od anegdotalnih primjera psihoanalitičara koji su opisivali skupinu heterogenih pacijenata koji su isprva djelovali kao „neurotičari“, ali su se s vremenom pokazali iznimno teškim za psihoterapijski rad te slabo dostupni korekciji. Termin „granični pacijenti“ se kroz povijest često koristio da bi opisao različite konstrukte i dijagnoze (npr. granična shizofrenija, granična organizacija ličnosti, granični afektivni poremećaj) što je dovelo do svojevrstne konfuzije, nejasne uporabe termina i činjenice kako je godinama ova dijagnoza bila poput „koša za otpatke“ namijenjena dijagnostički nejasnim pacijentima (Aronson, 1985). Danas se granični poremećaj ličnosti (u daljnjem tekstu će se koristiti skraćenica GPL) jasno definira kroz izraženu nestabilnost u području identiteta, osobnih odnosa, raspoloženja i afekta, kao i kroz impulzivno ponašanje, razdoblja intenzivne ljutnje i bijesa, osjećaja praznine, suicidalnog ponašanja, samoozljeđivanja te prolaznih, sa stresom povezanih paranoidnih ideja i izraženih simptoma disocijacije (Leichsenring i sur., 2023). Ipak, istraživanja pokazuju kako je ova dijagnoza u određenoj mjeri i dalje opterećena negativnim stavovima i stigmom. U jednom od takvih istraživanja se pokazalo da 84 % stručnjaka mentalnog zdravlja smatra kako je rad s osobama s ovom dijagnozom teži od rada s drugim pacijentima (Cleary i sur., 2002). Medicinske sestre i tehničari imaju nešto negativnije stavove od ostalih te najnižu procijenjenu empatiju prema osobama s dijagnozom GPL, dok psiholozi i socijalni radnici pokazuju najveći optimizam glede učinka psihoterapije na njegove simptome (Black i sur., 2011). Jedno od mogućih objašnjenja negativnih stavova stručnjaka mentalnog zdravlja prema ovoj dijagnozi je stalna neizvjesnost vezana uz kroničnu suicidalnost osoba s GPL (Watt-McMahon i sur., 2023) te visoka stopa naglog odustajanja od tretmana (Arntz i sur., 2023).

Teškoće u stjecanju povjerenja, ponavljajući strahovi od napuštanja, nepredvidljivost i

nestabilnost ponašanja te raspoloženja mogu činiti ove osobe posebice izazovne za tretmanski rad.

Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) koristi kategorijalni pristup prema kojem za dijagnozu GPL treba biti zadovoljeno barem pet od devet kriterija:

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

Kategorijalni pristup poremećajima ličnosti ima niz nedostataka uključujući nisku pouzdanost dijagnoze, učestalu istovremenu pojavnost više različitih poremećaja ličnosti te izraženu heterogenost unutar pojedinog poremećaja (Widiger i Samuel, 2005). DSM-5 (APA, 2013) stoga unosi i alternativni model za poremećaje ličnosti prema kojem se oni dijagnosticiraju s obzirom na procijenjeni stupanj oštećenja funkcioniranja ličnosti (u području identiteta, samousmjerenosti, empatije i intimnosti) te prisutnošću patoloških crta ličnosti. Prema tom modelu, GPL obilježava umjereno ili teže oštećenje u funkcioniranju ličnosti koje se očituje kroz slabo razvijenu ili nestabilnu sliku o sebi (identitet), nestabilnost ciljeva i planova (samousmjerenost), oštećenu sposobnost prepoznavanja osjećaja i potreba drugih povezanu s interpersonalnom osjetljivošću (empatija) te prisutnost snažnih, intenzivnih i nestabilnih odnosa obilježenih nepovjerenjem, strahom od napuštanja te konfliktima (intimnost).

Također, dijagnoza GPL zahtijeva visoku izraženost četiri ili više od sljedećih sedam crta ličnosti od kojih barem jedna mora biti impulzivnost, poduzimanje rizika ili neprijateljstvo, a ostale su emocionalna labilnost, anksioznost, depresivnost i separacijska nesigurnost. Procjena stupnja oštećenja funkcioniranja ličnosti i označavanja prisutnosti specifičnih patoloških crta omogućuje individualiziraniji pristup razumijevanju psihopatologije GPL te poboljšanje pouzdanosti i valjanosti specifične dijagnoze, tretmana i prognoze u odnosu na klasični kategorijalni pristup.

Procjena prevalencije graničnog poremećaja ličnosti u općoj populaciji se kreće od 1.4 do 5.9 % (Aragonès i sur., 2013), dok je u kliničkom okruženju ona znatno veća. Naime, procjenjuje se kako otprilike 10 do 12 % pacijenata u izvanbolničkom psihijatrijskom tretmanu ima GPL te 20 do 22% pacijenata u bolničkom okruženju (Ellison i sur., 2018). Sve do relativno nedavno se smatralo kako postoji značajna razlika u rodnoj zastupljenosti graničnog poremećaja ličnosti pa tako DSM-5 navodi da su čak 75 % osoba s ovom dijagnozom žene (APA, 2013). Neka istraživanja upućuju kako ne postoji značajna razlika u prevalenciji kod žena i muškaraca (Grant i sur., 2008) te je moguće kako su pristranosti povezane s dijagnostikom i načinom uzorkovanja artificijelno producirale rodne razlike (Sansone i Sansone, 2011). Žene s GPL češće imaju komorbidnu dijagnozu poremećaja hranjenja, anksioznih poremećaja i poremećaja raspoloženja, dok muškarci češće imaju poremećaje ovisnosti o psihoaktivnim tvarima (Tadić i sur., 2009). Obilježja GPL nisu u potpunosti stabilna tijekom vremena i životnog vijeka pojedinca kako se to ranije smatralo. Istraživanje koje je pratilo 290 pacijenata s GPL tijekom deset godina pokazuje kako je čak 88 % njih postiglo remisiju u tom razdoblju (Zanarini i sur., 2006). Čini se kako su teškoće regulacije afekta i strah od napuštanja relativno stabilniji od ostalih obilježja, dok su impulzivnost i suicidalno ponašanje manje stabilni (Zanarini i sur., 2007).

## 1.2 Uloga genetskih i bioloških čimbenika u objašnjenju GPL

Genetski i biološki čimbenici imaju veliku ulogu u etiologiji GPL. Rizik da rođaci u prvom koljenu od osobe koja ima GPL i sami imaju GPL je veći 3.9 puta u odnosu na osobe bez te dijagnoze, također, ista podudarnost u obitelji je pronađena za sržne komponente GPL poput afektivne nestabilnosti, impulzivnosti i interpersonalnih teškoća (Gunderson i sur., 2011).

Također, prisutnost značajki GPL u majki povećava vjerojatnost razvoja GPL, depresije te opće psihopatologije u njihove djece (Barnow i sur. 2013). Istraživanja direktne

heritabilnosti na uzorku monozigotnih i dizigotnih blizanaca potvrđuju važnost genetskih čimbenika. Na uzorku od 2808 blizanaca se pokazala umjerena nasljednost crta graničnog poremećaja ličnosti (Skaug i sur., 2022). Genetska epidemiološka istraživanja upućuju kako se učestala istovremena pojavnost više različitih poremećaja ličnosti može objasniti genetskim faktorima koji održavaju negativnu emocionalnost, visoku impulzivnost, nisku ugodnost te introverziju. Nadalje, autor istraživanja upućuje na važnost gena uključenih u neurotransmitterske puteve, poglavito serotoninergički i dopaminergički (Reichborn-Kjennerud, 2010). Moguće je kako temperament kao niz emocionalnih i ponašajnih dispozicija koje su visoko nasljedne, predstavlja svojevrsni most između genetskih faktora i razvoja GPL. U randomiziranom kontroliranom istraživanju koje je uspoređivalo 33 adolescenta s GPL, 35 adolescenata iz kliničke kontrolne skupine te 31 adolescenta iz nekliničke skupine, dobiveno je kako visoka izraženost crte temperamenta izbjegavanja štete i traženja novosti te niske ovisnosti o nagradama predstavlja ranjivost za GPL (Kaess i sur., 2013). Traženje novosti se pokazalo kao dimenzija temperamenta koja je specifično povezana s GPL te razlikuje skupinu sudionika s GPL u odnosu na neklinički uzorak i osobe s ostalim poremećajima ličnosti (Fossati i sur., 2001). Prema Cloningerovom modelu ličnosti (Cloninger, 1987), osobe s izraženom crtom izbjegavanja štete su pesimistične, zabrinute, sklone bihevioralnoj inhibiciji u situaciji potencijalne nelagode, dok su osobe s izraženom dimenzijom traženja novosti impulzivne, slabije kontrolirane i sklone eksplozivnim reakcijama. Pokazalo se kako su crte GPL u dobi od 12 godina visoko nasljedne te su bile učestalije kod djece koja su u ranijoj dobi pokazivala slabije kognitivno funkcioniranje, impulzivnost, više ponašajnih i emocionalnih problema te koja su istovremeno imala poremećaje ponašanja, depresiju, anksioznost i psihotične smetnje (Belsky i sur., 2012).

### 1.3 Uloga ranih nepovoljnih iskustava u etiologiji GPL

Rana nepovoljna iskustva imaju značajan utjecaj na neurobiologiju, strukturne i funkcionalne promjene mozga, somatsko zdravlje (npr. pojavnost dijabetesa, sindroma iritabilnog crijeva, brojnih stanja povezanih s pojačanom percepcijom boli), pojavnost psihijatrijskih smetnji (poglavito depresije, GPL, PTSP-a i ovisnosti) te sveukupno psihosocijalno funkcioniranje (Herzog i Schmahl, 2018). Posljednjih tridesetak godina su se istraživanja u području etiologije GPL posebno usmjerila na ulogu ranih nepovoljnih iskustava u objašnjenju simptoma tog poremećaja. U jednom od istraživanja na 358 hospitaliziranih pacijenata s dijagnozom GPL se pokazalo kako je njih čak 91 % izvijestilo o povijesti traume u dječjoj

dobi te 92 % o iskustvu zanemarivanja što implicira kako osobe s GPL češće imaju povijest odrastanja u nestabilnom i kaotičnom okruženju ispunjenom emocionalnim, tjelesnim i verbalnim zlostavljanjem te zanemarivanjem (Zanarini i sur., 1997). Nadalje, rezultati tog istraživanja upućuju kako su osobe s GPL češće izvještavale da su se roditelji/skrbnici prema njima odnosili nekonzistentno, negirali njihove osjećaje i misli, često ih stavljali u ulogu roditelja te im nisu pružili adekvatnu zaštitu i emocionalnu skrb. Posebnim prediktorima GPL su se pokazali ženski spol, seksualno zlostavljanje, emocionalno odbijanje od strane muškog skrbnika te nekonzistentno ponašanje ženskog skrbnika. U longitudinalnom praćenju 500 djece s dokumentiranom povijesti seksualnog i tjelesnog zlostavljanja i zanemarivanja te 396 djece iz kontrolne skupine se pokazalo kako su djeca s poviješću zlostavljanja i zanemarivanja imala veću šansu razvoja GPL u odrasloj dobi (Widom i sur., 2009). Odrastanje s roditeljem koji ima problema s alkoholom/drogom te koji je nezaposlen, bez završene srednje škole, s dijagnozom zlouporabe droga, depresijom i PTSP-om su bili značajni medijatori odnosa između zlostavljanja/zanemarivanja u dječjoj dobi te razvoja GPL u odrasloj dobi. Posebno mjesto u istraživanju utjecaja ranih nepovoljnih iskustava na razvoj psihopatologije ličnosti je dugo imalo seksualno zlostavljanje u ranoj dobi. U odnosu na ostale poremećaje ličnosti, seksualno zlostavljanje je značajno češće kod pacijenata s GPL, također, pokazalo se kako povijest seksualnog zlostavljanja značajno utječe na kliničku prezentaciju i prognozu GPL pri čemu interakciju to dvoje obilježava viša stopa suicidalnosti, samoozljeđivanja, komorbidne dijagnoze PTSP-a, izraženijih simptoma disocijacije, češćih hospitalizacija, oštećenja u psihosocijalnom funkcioniranju, osjećaja srama i teškoća u seksualnom funkcioniranju (De Aquino Ferreira i sur., 2018). Izraženost disocijacije predviđa nekonzistentnost u ponašanju skrbnika, seksualno zlostavljanje od strane skrbnika, svjedočenje seksualnom nasilju u dječjoj dobi te silovanje u odrasloj dobi (Zanarini i sur., 2000). Novija istraživanja se sve više odmiču i prema ulozi emocionalnog zlostavljanja u objašnjenju etiologije GPL. Metaanalizom iz 2020. obuhvaćeno je ukupno 97 istraživanja s kombiniranim uzorkom od 11 366 osoba s dijagnozom GPL, 3732 osoba iz nekliničke populacije te 13 128 osoba s dijagnozom drugih psihijatrijskih smetnji. Ukupno je 71.1 % osoba s GPL izvijestilo o barem jednom nepovoljnom ranom iskustvu u djetinjstvu među kojima je najčešće bilo tjelesno zanemarivanje (48.9 %), emocionalno (42.5 %), tjelesno (36.4 %) te seksualno zlostavljanje (32.1 %) i emocionalno zanemarivanje (25.3 %). Osobe s GPL su 13 puta češće izvještavale o povijesti ranih nepovoljnih iskustava u odnosu na nekliničku populaciju te tri puta češće u odnosu na skupinu osoba s drugim psihijatrijskim smetnjama (ostalim poremećajima ličnosti, poremećajima raspoloženja i



psihotičnim poremećajima). Iako je GPL u ovoj meta-analizi povezan sa svim vrstama ranih nepovoljnih iskustava, posebno izražen efekt je pronađen kod emocionalnog zlostavljanja i zanemarivanja. Druga istraživanja također upućuju na važnost uloge emocionalnog zlostavljanja u odnosu na ostale vrste zlostavljanja (Yuan i sur., 2023). Utvrđena je veza između značajki GPL u djece i adolescenata s problemima u granicama odnosa djetete/roditelj-izazivanje krivnje, pokušaj psihološke kontrole, nedostatak granica i triangulacija su imali posebno izražen odnos sa značajkama GPL (Vanwoerden i sur., 2017). Kada se gledaju specifični simptomi, izazivanje krivnje i psihološka kontrola od strane roditelja su se pokazali najviše povezani sa strahom od napuštanja. Drugim riječima, osobe s GPL često imaju povijest obiteljske dinamike koju karakteriziraju intruzivna roditeljska ponašanja praćena roditeljskom tendencijom nedostatnih granica između njihovih i djetetovih želja, potreba i očekivanja, pokušaj negiranja i potiskivanja djetetove autonomije, induciranja krivnje i korištenja djeteta kao medija rješavanja odnosa i problema roditelja. Konfuzija uloga u interakciji roditelj/dijete predstavlja važan prediktor crta GPL te samoozljeđivanja i suicidalnosti (Lyons-Ruth i sur., 2015).

Ranija istraživanja su izrazito isticala važnost rane traume, poglavito seksualne, u objašnjavanju i predviđanju dijagnoze GPL. Ipak, suvremeniji pristup nudi puno složeniji i uravnoteženiji pristup promatranju tog odnosa u kojem se u obzir uzimaju i brojne druge varijable poput genetskih faktora, temperamenta i ličnosti te različitih medijacijskih i moderatorskih čimbenika koji intenziviraju ili ublažavaju utjecaj prvotne traume (MacIntosh i sur. 2015). Osnovna dvojba je vezana uz uzročno-posljedičan odnos, naime, je li moguće da rane traume ostvaruju direktan utjecaj na razvoj GPL kako većina istraživača pretpostavlja ili taj odnos proizlazi iz drugih varijabli (npr. temperament, genetika) koje istovremeno koreliraju i s ranim traumama i s GPL. Jedno od istraživanja je provedeno na 2808 diskordantnih parova monozigotnih i dizigotnih blizanaca kako bi se utvrdilo postoji li dokaz za direktan učinak traumatskih iskustava (emocionalnog, tjelesnog, seksualnog zlostavljanja i svjedočenja nasilju) na razvoj značajki GPL u odrasloj dobi (Skaug i sur., 2022). Utvrđena je značajna povezanost između trauma i značajki GPL, pri čemu dobiveni rezultati usporedbe na monozigotnim i dizigotnim parovima blizanaca upućuju da se većinski dio odnosa između emocionalnog i tjelesnog zlostavljanja s GPL može objasniti zajedničkim genetskim utjecajem. Autori ovog istraživanja tumače rezultate iz odnosa

interakcije genetike i okoline-određene značajke temperamenta (npr. impulzivnost, agresija i opozicionalnost) mogu povećati vjerojatnost doživljavanja traumatskih događaja. U jednom od longitudinalnih istraživanja koje je pratilo 245 djece tijekom tri godine se pokazalo kako su zlostavljanje i zanemarivanje značajni prediktori porasta simptoma GPL. U tom modelu su zlostavljanje i zanemarivanje bili moderatori odnosa temperamenta (niske potreba za bliskošću i samoregulacije) i traume koji su predviđali porast simptoma GPL što govori u prilog interakcije temperamenta i traume (Jovev i sur., 2013). Bornovalova i suradnici (2013) predlažu model prema kojem su simptomi internaliziranih i eksternaliziranih poremećaja kod djece čimbenici genetske ranjivosti koji u interakciji s vanjskim stresorima i poviješću zlostavljanja mogu rezultirati u razvoju simptoma GPL.

#### 1.4 Teškoće emocionalne regulacije-put ka razumijevanju nestabilnih obrazaca kod graničnog poremećaja ličnosti

Osnova graničnog poremećaja ličnosti je nestabilnost koja se proteže kroz područje osobnog identiteta i slike o sebi, interpersonalnih odnosa te upravljanja afektivnim doživljavanjima i raspoloženjem. Postavlja se pitanje postoji li sržna karakteristika unutarnjeg svijeta osoba s GPL koja predisponira prema narušenim odnosima s drugim ljudima, teškoćama održavanja stabilne reprezentacije sebe i svijeta oko sebe, impulzivnom i autodestruktivnom ponašanju te dekompenzacijama u stresogenim okolnostima koje mogu voditi do disocijativnih i paranoidnih iskustava? Prema jednoj od najznačajnijih znanstvenica u području etiologije i tretmana graničnog poremećaja ličnosti Marshi Linehan, odgovor na prethodno pitanje je u teškoćama emocionalne regulacije.

Prema biopsihosocijalnom tumačenju graničnog poremećaja ličnosti (Linehan, 1993), GPL nastaje primarno kao posljedica poremećaja emocionalne regulacije koji se razvija u kontekstu interakcije između biološke ranjivosti i specifičnih okolinskih utjecaja. Emocionalna disregulacija se proteže na različite aspekte emocionalnih odgovora i uključuje pojačanu emocionalnu osjetljivost, teškoće u regulaciji intenzivnih emocionalnih reakcija te sporije vraćanje na bazičnu, neutralnu emocionalnu vrijednost. Prema spomenutom modelu Marshe Linehan, razvoj graničnog poremećaja ličnosti se odvija u kontekstu neprihvaćajućeg razvojnog konteksta kojeg karakterizira netolerancija i pokušaj supresije djetetovih emocionalnih reakcija kojim se šalje poruka da su emocije nepoželjne i sramotne te se njihovo otvoreno pokazivanje često kažnjava i ismijava. Posljedično, dijete ne uči ispravne

strategije prepoznavanja, imenovanja, reguliranja i toleriranja emocionalnog iskustva te stoga oscilira između potiskivanja emocija i ekstremne emocionalne labilnosti. Istraživanja upućuju kako su problemi na području afekta među najstabilnijim značajkama GPL-u te se u šestogodišnjem praćenju osoba s ovom dijagnozom pokazalo kako značajan broj njih ulazi u remisiju, te iako su se impulzivnost i teškoće na planu interpersonalnih odnosa dijelom smanjili tijekom godina, afektivni simptomi su ipak nastavili biti među najkroničnijim i najstabilnijim smetnjama (Zanarini, 2003). U prilog važnosti razumijevanja uloge emocionalne regulacije u kontekstu GPL govore i nalazi istraživanja koja su pokazala kako se odnos između značajki GPL i interpersonalnih teškoća može objasniti preko teškoća emocionalne regulacije (Herr i sur., 2012). Jedno od mogućih objašnjenja je da smetnje na planu učinkovitog prepoznavanja i upravljanja emocionalnom svijetom predisponiraju za smetnje u socijalnom kontekstu te mogu voditi do neprimjerenih emocionalnih reakcija, pogrešnih tumačenja socijalnih odnosa i distorziranog pogleda na socijalne znakove općenito.

Ljudi se međusobno razlikuju u pogledu pojedinih značajki emocionalnog doživljavanja (Dixon-Gordon i sur., 2020) poput emocionalne senzitivnosti (kod nekih se emocije puno lakše izazovu), emocionalne reaktivnosti (odnosno, razlika u intenzitetu same emocije), trajanju emocionalnog odgovora i načina regulacije emocionalnog iskustva i ekspresije emocija. Iako ne postoji jedinstvena definicija emocionalne disregulacije, jedan od modela predlaže sljedeće komponente (Gratz i Roemer, 2004):

1. Nedostatak jasne svjesnosti o emocionalnoj reakciji
2. Nedostatak jasnoće o emocionalnoj reakciji
3. Neprihvatanje emocionalne reakcije
4. Ograničen pristup učinkovitim strategijama emocionalne regulacije
5. Poteškoće u usmjeravanju ponašanja prema cilju u situacijama visoke neugodne emocionalne pobuđenosti
6. Poteškoće kontrole impulsa prilikom doživljavanja neugodnih emocija

Eksperimentalna istraživanja ukazuju kako osobe s GPL pokazuju pristranost pažnje prema negativnom emocionalnom sadržaju te teškoće u odvratanju pažnje od podražaja koji uključuju socijalnu prijetnju, a ovi efekti su posebno izraženi u skupini osoba s GPL koje

imaju i komorbidni PTSP poremećaj (Kaiser i sur., 2016; Kaiser i sur., 2020). Osobe s dijagnozom GPL pokazuju izraženiju emocionalnu reakciju i više specifičnih emocija poput tuge i ljutnje na socijalne znakove koji uključuju negativnu poruku i prijetnju (Reichenberger i sur., 2017). S druge strane, u slučaju prezentacije videa s pozitivnim emocionalnim tonom, pokazuju manje ugodnih emocija poput ponosa i sreće i ponovno više neugodnih. Autori ovog istraživanja nalaze tumače u kontekstu hiperreaktivnosti na negativne događaje, dok u slučaju pozitivnih vanjskih poruka i emocija osoba s GPL stvarnost tumači distorzirano, u kontekstu vlastitih bazičnih vjerovanja i shema o osobnoj ranjivosti i drugim ljudima kao nepouzdanima. Također, ova istraživanja se mogu gledati kao dokazi u prilog hipoteze da osobe s GPL pokazuju veću predispoziciju prema doživljavanju neugodnih emocija općenito. Osim veće senzitivnosti i reaktivnosti emocionalnih odgovora na vanjske okolnosti, čini se kako osobe s GPL pokazuju slabiju mogućnost diferencijacije emocija (Wolff i sur., 2007). Lošije vještine razlikovanja emocionalnih reakcija, poglavito u slučaju neugodnih emocija, mogu biti čimbenik ranjivosti. Osobe s GPL koje pokazuju veće teškoće u diferencijaciji negativnog afekta (primjerice, teškoće u imenovanju i razlikovanju emocija poput srama, tuge i tjeskobe) imaju i izraženije porive za samoozljeđivanjem te češće koriste samoozljeđivanje kao oblik regulacije emocionalnog odgovora (Zaki i sur., 2013).

### 1.5 Specifične strategije kognitivne emocionalne regulacije i GPL

Teškoće u prihvaćanju emocionalne reakcije, nedovoljni pristup učinkovitim strategijama te učestalo korištenje neadaptivnih strategija emocionalne regulacije doprinose održavanju emocionalne disregulacije.

Emocionalna regulacija je višedimenzionalni konstrukt koji uključuje fokus na mijenjanje okoline i emocionalne ekspresije kao oblik modulacije emocionalnog iskustva (Gross i Thompson, 2007). Vještine emocionalne regulacije ne podrazumijevaju odsustvo neugodnih emocija nego mogućnost održavanja cilju usmjerenog ponašanja u prisutnosti jakih, intenzivnih, negativno obojenih emocionalnih iskustava. Garnefski i suradnici (2001) u svom radu prvi put razdvajaju strategije kognitivne emocionalne regulacije kao zasebni konstrukt, koji se odnosi na načine reguliranja i upravljanja emocijama kroz korištenje različitih strategija primarno zasnovanih na kognitivnim procesima.

U spomenutom radu se ističe devet dimenzija strategija kognitivne emocionalne regulacije:

1. *Samookrivljavanje*-odnosi se na pripisivanje krivnje samome sebi bez obzira na realitetne okolnosti događaja za koji se osoba okrivljuje.
2. *Okrivljavanje drugih*-odnosi se na tendenciju eksternalizacije odgovornosti i pripisivanja uzroka događaja u drugim ljudima kao oblika nošenja s negativnim događajima.
3. *Prihvatanje*-odnosi se na misli o prihvatanju vanjskih događaja.
4. *Fokusiranje na planiranje*-korištenje kognitivnih strategija u svrhu planiranja načina za modifikaciju situacije i emocionalnih reakcija.
5. *Usmjeravanje na pozitivno*-fokusiranje na pozitivne i ugodne životne stvari koje nisu povezane sa događajem koji je izazvao neugodnu emocionalnu reakciju.
6. *Ruminiranje*-repetitivno, nesvrshodno razmišljanje o samoj neugodnoj situaciji i emocionalnoj reakciji koja iz nje proizlazi.
7. *Ponovna pozitivna procjena*-davanje pozitivnih okvira i značenja negativnim životnim događajima kao oblikom osobnog rasta i učenja.
8. *Stavljanje u perspektivu*-oblik relativiziranja težine i važnosti stresnog događaja kroz usporedbu s težim i izazovnijim životnim situacijama.
9. *Katastrofiziranje*-ponavljanje misli u kojima osoba naglašava neugodnost emocionalnog sadržaja i situacije kao katastrofične i užasne.

Neadaptivne strategije kognitivne emocionalne regulacije posreduju odnosu između interpersonalnih problema i vjerovanja kod osoba s GPL (Akyunus i sur., 2020). Osobe s više interpersonalnih teškoća češće koriste reakcije poput samookrivljanja, okrivljanja drugih i katastrofiziranja te imaju izraženija negativna vjerovanja o sebi, drugima i svijetu općenito. Osobe s GPL češće koriste neadaptivne strategije (poput potiskivanja, ruminacije i izbjegavanja) te rjeđe adaptivne (poput prihvatanja, rješavanja problema i ponovne kognitivne procjene), a češća uporaba neadaptivnih i rjeđa adaptivnih strategija emocionalne regulacije (poglavito ruminacije i rjeđeg korištenja rješavanja problema) je povezana s većim brojem rizičnih i štetnih ponašanja kod osoba s GPL (Daros i sur., 2018). Osobe s GPL

značajno rjeđe koriste strategije koje uključuju ponovnu kognitivnu procjenu s ciljem reguliranja emocionalnog iskustva (Daros i Ruocco, 2021). Također, osobe s GPL u usporedbi s kontrolnom skupinom ispitanika bez teškoća mentalnog zdravlja češće koriste strategije potiskivanja i izbjegavanja neželjenih emocionalnih iskustava te se manje oslanjaju na strategije koje potiču prihvaćanje neugodnih misli, emocija i iskustava. Istraživanje Chapmana i suradnika (2017) pokazuje kako osobe s GPL pokazuju veću tendenciju prema iskustvenom izbjegavanju, potiskivanju misli te manje izraženu vještinu usredotočene svjesnosti u odnosu na kontrolnu skupinu. Tendencija emocionalnog i iskustvenog izbjegavanja kao oblik izbjegavanja neugodnih i bolnih misli, sjećanja, emocija i senzacija ima značajnu ulogu u razumijevanju održavanja smetnji povezanih s GPL (Sorgi-Wilson i McCloskey, 2022). Vanjski lokus kontrole predviđa simptome graničnog poremećaja ličnosti te se pokazalo kako teškoće u emocionalnoj regulaciji djelomično posreduju odnosu između njih (Hope i sur., 2018). Drugim riječima, osobe koje pokazuju tendenciju prema pripisivanju životnih događaja vanjskim, nepredvidljivim i fatalističkim objašnjenjima, ujedno imaju i veće teškoće u kontroli impulsa prilikom doživljavanja emocija, ograničen pristup strategijama emocionalne regulacije, teškoće u prihvaćanju emocija i usmjeravanju ponašanja pri stanjima emocionalne pobuđenosti. Posljedično, interakcija između percipiranog nedostatka osjećaja kontrole i teškoća emocionalne regulacije pojačava ranjivost prema značajkama graničnog poremećaja ličnosti. Još jedna od važnih strategija emocionalne regulacije u kontekstu GPL je ruminacija koja se smatra općim čimbenikom kognitivne ranjivosti za emocionalnu disregulaciju (Cavicchioli i Maffei, 2021). Prema jednoj od definicija ruminacija se odnosi na stil razmišljanja i opću tendenciju javljanja ometajućih, ponavljajućih i neželjenih misli koje predisponiraju prema različitim emocionalnim smetnjama i psihopatološkim pojavnostima (Brinker i Dozois, 2009). Osobe sa značajkama graničnog poremećaja ličnosti često koriste ruminaciju pri čemu se ruminacija ljutnje, odnosno, tendencija fokusiranja pažnje i ponavljano razmišljanje o emociji ljutnje, prošlim iskustvima povezanim s ljutnjom te njezinim uzrocima i posljedicama, pokazala konzistentno povezana sa svim obilježjima GPL te osobe s izraženijim značajkama GPL ujedno izvještavaju o svojim ruminirajućim mislima kao negativnijima, težima za kontroliranje i nekorisnijima (Peters i sur., 2017). Također, u istom istraživanju, od svih obilježja GPL, afektivna nestabilnost se najkonzistentnije pokazala povezana s ruminacijama ljutnje, tuge i stresa. Prema Modelu emocionalne kaskade (*engl.* Emotional Cascade Model, Selby i sur., 2008) negativni afekt potiče ruminacije koje intenziviraju negativno afektivno stanje što vodi do začaranog kruga i emocionalne kaskade između ruminiranja i intenziviranja

afekta pri čemu osobe s GPL često koriste rizična i disregulirana ponašanja (primjerice, samoozljeđivanje) kako bi napravili distrakciju sa subjektivno teških emocionalnih iskustava na intenzivne fizičke senzacije što privremeno omogućuje olakšanje. Istraživanja potvrđuju kako ruminacija ljutnje posreduje odnosu između emocionalne disregulacije i agresije, dok depresivne ruminacije posreduju odnosu emocionalne disregulacije i samoozljeđivanja (Martino i sur., 2017). Kada se uspoređuju strategije emocionalne regulacije osoba s dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti i ostalih psihičkih smetnji te poremećaja, pronađeno je više sličnosti nego razlika u frekvenciji korištenja neadaptivnih strategija emocionalne regulacije, ipak čini se kako su strategije poput samokritiziranja i samookrivljavanja specifičnije za GPL nego druge poremećaje (Daros i Ruocco, 2021).

#### 1.6 Povijest nastanka konstrukta mentalizacije i njegove osnovne odrednice

Sposobnost uspješnog snalaženja u socijalnom svijetu te prepoznavanje i upravljanje vlastitim mislima, emocijama i ponašanjima zahtijeva niz dobro koordiniranih i međuovisnih psiholoških procesa. Fonagy i Bateman (2008, str.5) definiraju mentalizaciju kao „kapacitet za implicitno i eksplicitno razumijevanje nas i drugih ljudi u terminima subjektivnih stanja i mentalnih procesa“. Prema Boričević i suradnicima (2017) kapacitet za mentalizaciju uključuje sposobnost razlikovanja vlastitih mentalnih stanja i stanja drugih osoba, vještinu zauzimanja perspektive i empatičkog stava, vještinu i sposobnost osobe da misli o vlastitim unutarnjim procesima te prosuđuje o vidljivim ili manje vidljivim stanjima drugih osoba, mogućnost uvažavanja različitosti u gledištu i svijesti o pogrešivosti zaključaka o sebi i drugima, odnosno, to je sposobnost da sebe vidimo sebe „izvana“, a druge „iznutra“.

Adekvatan kapacitet za mentalizaciju potiče cjelovit i stabilan doživljaj sebe te bolje razumijevanje drugih ljudi što omogućuje da vlastita i tuđa ponašanja doživljavamo smislenim i predvidljivim (Rosso i Airaldi, 2016). Fonagy i suradnici (2012) navode četiri dimenzije mentalizacije: automatska (implicitna) nasuprot kontroliranoj (eksplicitnoj) mentalizaciji, mentalizacija usmjerena na sebe nasuprot mentalizaciji usmjerenoj na druge, eksternalna nasuprot internalnoj mentalizaciji, kognitivni i afektivni aspekt mentalizacije. Eksplicitna (kontrolirana) je sporija, duže traje, uključuje namjerno i svjesno zamišljanje vlastitih stanja i stanja drugih osoba. Implicitna (automatska) uključuje brže procesiranje, donošenje brzih zaključaka koji su često van našeg svjesnog i namjernog pokušaja stvaranja dojma. Primjerice, u svakodnevnom razgovoru s prijateljem je adaptivno koristiti brzu, implicitnu mentalizaciju koja omogućuje zamišljanje i predočavanje njegovih mentalnih stanja bez puno truda. Međutim, ukoliko zamijetimo da su se ton razgovora i neverbalna

komunikacija promijenili, tada ćemo vjerojatnije koristiti svjesno procesiranje, razmišljanje i propitivanje o razlozima promjene tona. Obje dimenzije mentalizacije nisu međusobno isključujuće te ih se najčešće koristi naizmjenično ili istovremeno (Cho-Kain i Gunderson, 2008). Visoka razina stresa i pobuđenosti može inhibirati eksplicitnu i kontroliranu mentalizaciju (Nolte i sur., 2013). Razlikovanje mentalizacije usmjerene na sebe (razumijevanje i razmišljanje o vlastitim razlozima ponašanja, unutarnjim doživljajima i stanjima) te usmjerene na druge (pripisivanje drugima mentalnih stanja poput emocija, stavova i namjera) prvenstveno počiva na objektu prema kojem je mentalizacija usmjerena.

Kapacitet za mentalizaciju prema drugima i sebi je često (ali ne i nužno uvijek) povezan te osobe s težom psihopatologijom (primjerice, osobe s dijagnozom psihotičnih poremećaja i poremećaja ličnosti) zbog difuznog doživljaja sebe i oštećenja u samorazumijevanju imaju teškoće i u razumijevanju drugih (Bateman i Fonagy, 2019). Treća dimenzija mentalizacije uključuje donošenje zaključaka na osnovi eksternalnih indikatora unutrašnjih stanja osobe (primjerice, izraz lica, stav tijela) te internalnih indikatora koji uključuju zamišljanje unutarnjeg stanja, dosadašnjih spoznaja i konteksta situacije.

Bateman i Fonagy (2019) ističu kako se pacijenti s GPL zbog nedostatno razvijenih mentalizacijskih kapaciteta često pretjerano oslanjaju na vanjske indikatore ponašanja kao odraz mentalnog stanja osobe te su skloni biti ekstremno osjetljivi na promjene u ponašanju koje potom često tumače kao prijatnu i stres. Konačno, kognitivni aspekt mentalizacije se odnosi na mogućnosti prepoznavanja, razmišljanja i imenovanja unutarnjih stavova, želja i namjera („mišljenje o mišljenju“) dok je afektivni aspekt zasnovan na razumijevanju emocionalnih aspekata unutarnjih stanja.

Iako je konstrukt mentalizacije originalno nastao u kontekstu psihodinamski orijentiranih istraživača i teoretičara (Fonagy, 1991), današnji pristup mentalizaciji je teoretski eklektički te integrira psihoanalitičku perspektivu, razvojnu psihologiju, teoriju privrženosti, kognitivnu neruožnanost, teoriju uma i kognitivno bihevioralnu teoriju (Cho-Kain i Gunderson, 2008). Sam konstrukt mentalizacije je višedimenzionalan i uključuje više različitih psiholoških procesa (Fonagy i sur., 2012). „Teorija uma“ kao važno razvojno dostignuće predstavlja psihološki proces koji sudjeluje u mentalizaciji, ali se ta dva konstrukta ipak značajno razlikuju. Teorija uma se razvijala u kontekstu eksperimentalnih istraživanja razvojnih psihologa koji su ispitivali u kojoj dobi dijete stječe sposobnost zamišljanja mentalnih stanja drugih osoba, pripisivanja drugim osobama stanja poput vjerovanja, namjera, želje i motivacije te na koji način ta saznanja koriste kako bi opisali, objasnili i predvidjeli tuđa ponašanja (Apperly i Butterfill, 2009). Iako je mentalizacija inicijalno nastala kao pokušaj



prikaza psihopatologije graničnog poremećaja ličnosti dijelom i kroz prizmu deficita teorije uma, mentalizacija uključuje veći naglasak i na internalnom, prema sebi usmjerenom razumijevanju vlastitih unutarnjih stanja kao i uvođenje afektivne komponente koju originalna teorija uma ne naglašava. Povezanost između mjera socijalne kognicije i teorije uma poput Testa čitanja misli iz očiju gdje se od sudionika traži da pogode emocionalna stanja na temelju izolirane slike očiju (*engl.* Reading the Mind in the Eyes test) te mjera mentalizacije upitnikom samoprocjene se nije pokazala značajnom za klinički uzorak (Fonagy i sur., 2016). Nadalje, potrebno je naglasiti razliku i između mentalizacije te empatije. Empatija i mentalizacija se preklapaju u području afektivne reakcije koja uključuje dijeljenje tuđih emocionalnih stanja, razlikovanje iskustva sebe i drugih te sposobnost razumijevanja perspektive kod druge osobe, ali za razliku od mentalizacije, empatija je više orijentirana na druge osobe dok mentalizacija uključuje i orijentaciju uključenu na sebe kao subjekt opažanja te veći naglasak na kognitivnim aspektima (Choi-Kain i Gunderson, 2008). Ponovno, povezanost između empatije i sposobnosti zauzimanja perspektive druge osobe s mentalizacijom se pokazala slaba i značajna samo za pojedine aspekte mentalizacije (Fonagy i sur., 2016).

## 1.7 Mentalizacija kroz razvojnu perspektivu

U ranom odnosu skrbnik-dijete se razvija kapacitet za mentaliziranje kroz usklađivanje i učenje regulacije afekta. Majčina sposobnost da ne bude preplavljena djetetovom boli je bitna kako bi dijete adekvatno reguliralo emocije. Učinkovita emocionalna regulacija od strane majke koja je sposobna mentalizirati negativna i ambivalentna emocionalna stanja posreduje odnosu između rane privrženosti i mentalizacije djeteta (Rosso i Airaldi, 2016). Majke koje su otvorene i prihvaćaju negativna ili pomiješano-ambivalentna emocionalna stanja u sebe ili djece bez potrebe za obranom ili izbjegavanjem, uspješnije potiču mentalizaciju kod djece.

Skrbnik treba kontingentno i usklađeno zrcaliti djetetov afekt na način da taj prijenos bude "obilježen" (Fonagy i Bateman, 2008). Drugim riječima, „obilježeno“ se odnosi na to da skrbnik svojim povratnim afektivnim izrazom ne zrcali djetetov direktan afekt (npr. uznemirenost i plač), niti svoj (npr. zabrinutost ili frustraciju) već "metabolizira" djetetovo stanje povratnom informacijom koja uključuje istovremeno točno prepoznavanje djetetovog unutarnjeg svijeta i odgovora adekvatne reakcije na djetetovu potrebu kroz pokazivanje skrbi, ljubavi i nježnosti. Kroz roditeljsku točnu identifikaciju i zrcaljenje dijete uči prepoznati vlastite emocije, ali i reprezentacije o načinu samoregulacije emocija koje se kasnije pomiču s konkretne razine (kroz ulogu roditelja) na razinu mentalnih reprezentacija (internalizacijom roditeljskih ponašanja i odgovora na dijete) (Boričević Maršanić i sur., 2017). Dosadašnja istraživanja koja su se bavila odnosom privrženosti, majčinih kapaciteta za mentalizaciju i djetetove mentalizacije govore u smjeru važnosti te interakcije. Majke s boljom mentalizacijom pokazuju veću mogućnost reprezentacije djetetovih osjećaja i misli te razina njihove mentalizacije predviđa sigurnu privrženost u djetetovoj dobi od 12 mjeseci (Arnott i Meins, 2007). Mentalizacijski kapaciteti majke mjereni tijekom trudnoće su povezani s kasnijim adekvatnijim roditeljstvom i sigurnom privrženosti djeteta (Ensik i sur., 2016).

Djeca majki koje su same pokazivale sigurnu privrženost sa svojim roditeljima tijekom djetinjstva imaju višu razinu mentalizacije od djece majki koje su klasificirane kao nesigurno privržene (Rosso i Airaldi, 2016). Autori istraživanja ovaj nalaz tumače u svjetlu toga kako majčina dosljedna i cjelovita slika osobne razvojne prošlosti i odnosa s roditeljima koja je oslobođena obrambenih strategija, pokušaja umanjivanja ili pretjeranog naglašavanja važnosti ranih odnosa omogućuje majci fleksibilnost u regulaciji svojih i djetetovih emocija, što pogoduje razvoju djetetove mentalizacije. Također, mentalizacija se pokazala bitna u predviđanju sigurnosti u roditeljsku ulogu i privrženost prema djetetu tijekom prenatalnog perioda kod budućih roditelja (Berthelot i sur., 2019).

## 1.8 Mentalizacija i psihopatologija

Odnos između mentalizacije i psihopatologije je prvotno i najviše istraživani u području graničnog poremećaja ličnosti. Fonagy i Bateman (2008) predlažu model prema kojem neadekvatno roditeljsko zrcaljenje afekta i dezorganizirani obrazac privrženosti u kontekstu traume predisponiraju razvoj graničnog poremećaja ličnosti kroz oštećenja mentalizacije.

Prema tom modelu reducirani kapacitet za mentalizaciju se može pripisati barem jednom od četiri procesa:

1. Djetetovoj obrambenoj inhibiciji kapaciteta za razmišljanje o vlastitim i tuđim osjećajima te mislima uslijed iskustva neadekvatnih i zlostavljajućih postupanja prema njemu od strane drugih osoba.
2. Pretjeranoj razini stresa koja utječe na fiziološki mehanizam pobuđenosti, odnosno, inhibiciji orbito-frontalno-kortikalne aktivnosti (za koju se pretpostavlja da je povezana s funkcijom mentaliziranja).
3. Trauma u dječjoj dobi aktivira obrazac privrženosti i pojačava djetetovo traganje za sigurnom privrženosti i blizinom skrbnika što u slučaju neadekvatnih, zanemarujućih i zlostavljajućih odnosa može samo dodatno intenzivirati gašenje kapaciteta za mentaliziranje vlastitih i tuđih unutarnjih stanja.
4. Dječja identifikacija s agresorom može biti pokušaj stjecanja prividne kontrole nad zlostavljačem što vodi do njegove internalizacije u formi disociranog, stranog dijela sebe (tzv. *alien self*). Takva internalizacija može dovesti do snažne agresije usmjerene prema sebi i smanjenog kapaciteta za razumijevanje vlastitih i tuđih mentalnih stanja.

Postoje dvije temeljne vrste oštećene mentalizacije koje Fonagy i suradnici (2016) nazivaju hipomentalizacija i hipermentalizacija. Hipomentalizacija se odnosi na teškoće u razumijevanju složenih modela međuljudskih interakcija, socijalne razmjene i vlastitih unutarnjih stanja. Osoba koja pokazuje tendenciju prema hipomentalizaciji pokazuje zbunjenost vlastitim emocionalnim stanjima te nijansama socijalnih znakova i ljudskih ponašanja. S druge strane, osobe sklone hipermentalizaciji pokazuju visoku uvjerenost u svoj model unutarnjeg svijeta sebe i drugih koji je rigidan i slabo povezan s vanjskim realitetom. Osoba s dobrim mentalizacijskim kapacitetom je sigurna, ali istovremeno i fleksibilna u svojim poimanjima i interpretacijama socijalnog svijeta i vlastitih mentalnih stanja te je

svjesna subjektivnosti takvog procesa interpretacije te mogućih pogrešaka koje iz njih proizlaze.

Prema spomenutom modelu Fonagya i Batemana (2008) kao posljedica inhibiranog kapaciteta za mentalizaciju se javljaju predmentalizirajući modeli koji se razvojno vide kod manje djece:

1. Psihička ekvivalencija (konkretnost mišljenja) u kojoj ne postoji razlika između vanjske stvarnosti i unutarnjeg svijeta te se ne uzimaju u obzir tuđe perspektive i alternativne interpretacije situacije. Drugim riječima, osoba smatra da ono što postoji u samom umu, mora postojati i u realnosti. Primjerice, ukoliko osoba pomisli da je „netko prezire i mrzi“, to vidi kao realitet, bez mogućnosti da uzme u obzir različite interpretacije na osnovi kojih je prvotna misao nastala. Ono što osobama koje promatraju izvana izgleda kao pretjerana reakcija osobe s GPL na neku situaciju može biti odraz užasa i stvarnosti koje izaziva unutarnje iskustvo.
2. Pretvarajući model u kojem su unutarnji i vanjski svijet nepovezani. Primjerice, afekt ne prati sadržaj izrečenoga ili ne postoji povezanost između proživljene traume i emocionalnih smetnji.
3. Teleološki model-osoba prihvaća unutarnja stanja samo ako su konkretizirana kroz vanjska ponašanja i akcije. Ponašanja osobe su pokušaj regulacije mišljenja i emocija kroz vanjske, vidljive akcije. Primjerice, samoozljeđivanje kao pokušaj konkretizacije psihičke boli ili *acting-out* ponašanja kao način regulacije afekta i ljutnje.

Dosadašnja istraživanja su višekratno potvrdila povezanost između mentalizacije i GPL pri čemu se čini se kako su teškoće u razumijevanju složenih modela međuljudskih interakcija, zbunjenost i nesigurnost glede vlastitih i tuđih unutarnjih stanja (tj. hipomentalizacija) posebno važne (Duval i sur., 2018; Euler i sur., 2021; Fonagy i sur., 2016). Potvrđen je i odnos mentalizacije sa simptomima PTSP-a, depresijom, anksioznosti i samoozljeđivanjem (Fonagy i sur., 2016; Kennedy-Turner i sur., 2022; Martin Gagnon i sur., 2023; Wagner-Skacel i sur., 2022). GPL karakterizira izražena nestabilnost koja se proteže kroz interpersonalne odnose, raspoloženje i vlastiti identitet kao i tendencija impulzivnom ponašanju, autodestruktivnosti te prolaznim paranoidnim idejama i simptomima disocijacije u stanjima visokog stresa (Leichsenring i sur., 2023). Na temelju dosadašnjih istraživanja o emocionalnoj disregulaciji i nestabilnim interpersonalnim relacijama kao važnim

čimbenicima u nastanku i razvoju graničnog poremećaja ličnosti, može se pretpostaviti kako kapacitet za razumijevanje vlastitih i tuđih emocionalnih te kognitivnih stanja igra značajnu ulogu u složenoj interakciji sržnih doživljajno-ponašajnih karakteristika kod osoba s ovim poremećajem.

Na uzorku osoba s dijagnozom GPL se pokazalo kako veća nesigurnost u mentalna stanja drugih predviđa izraženije smetnje emocionalne regulacije, manju tendenciju prema planiranju i veću impulzivnost. Također, pokazalo se kako je odnos između nesigurnosti u mentalna stanja i interpersonalnih problema kod osoba s GPL dijelom povezan i preko teškoća emocionalne regulacije i impulzivnosti (Euler i sur., 2021). Emocionalna disregulacija posreduje u odnosu između mentalizacije i ostalih simptoma graničnog poremećaja ličnosti (Vahidi i sur., 2021). Jedno od mogućih objašnjenja ovih nalaza je pretpostavka da teškoće u razumijevanju vlastitih i tuđih mentalnih stanja otežavaju mogućnost adekvatnog identificiranja i reguliranja emocija što predisponira za interpersonalne probleme, nestabilnost u području afekta i raspoloženja te korištenje neadaptivnih i potencijalno autodestruktivnih načina suočavanja. U nizu istraživanja Fonagya i suradnika. (2016) se pokazalo kako je niža mentalizacija značajno povezana s nižom kvalitetom života, psihosocijalnim problemima, slabijom mogućnosti kontrole ljutnje, slabijim testiranjem realiteta, difuznim identitetom, internaliziranim i eksternaliziranim problemima te narcizmom. S obzirom na ranije spomenutu ulogu ranih nepovoljnih iskustava u nastanku i održavanju simptoma graničnog poremećaja ličnosti, daljnja istraživanja su se bavila pitanjem na koji način mentalizacija posreduje u odnosu ranih traumatskih iskustava i kasnije pojavnosti psihopatologije. Potvrđeno je kako su rana nepovoljna iskustva predisponirajuća za razvoj poremećaja ličnosti dijelom i preko manjih kapaciteta za mentalizaciju, poglavito u slučaju kombinacije zanemarivanja i zlostavljanja (Chiesa i Fonagy, 2013). Nesigurnost u mentalna stanja drugih dijelom posreduje u odnosu između emocionalnog zlostavljanja i crta graničnog poremećaja ličnosti te na odnos između emocionalnog zlostavljanja i depresije (Martin-Gagnon i sur., 2023). Hostilnost i kritičnost roditelja, nazivanje pogrđnim imenima i ponižavanje djece može oštetiti djetetovu sposobnost da razumije vlastite osjećaje, namjere i želje te posljedično i mentalna stanja drugih osoba.

Istraživanje na adolescentima i mladim odraslim osobama je pokazalo kako percepcija roditeljske komunikacije (poglavito u odnosu s majkom) kao nepodupiruće, intruzivne i kritički nastrojene povećava čestinu i intenzitet samoozljeđivanja kod mladih ljudi što je dijelom povezano i s inhibicijom mentalizacijskih kapaciteta (Kennedy-Turner i sur., 2022).

Drugim riječima, kod odnosa sa skrbnikom kojeg karakterizira komunikacija ispunjena negativnim afektivnim tonom, povećana je šansa postojanja obrasca anksiozne privrženosti te gašenja kapaciteta za razmišljanje o vlastitim i tuđim mentalnim stanjima što su rizični faktori za razvoj neadaptivnih vještina suočavanja, primjerice, samoozljeđivanja. Istraživanja na odraslim osobama potvrđuju ove nalaze - iako su samoozljeđivanje i suicidalnost direktno povezani s iskustvima zlostavljanja u djetinjstvu, čini se kako između tog odnosa djelom posreduje i kapacitet za mentaliziranje (Stagaki i sur., 2022). Disocijativna iskustva koja nastaju kao pokušaj obrane od emocionalno preplavljujućeg i traumatskog događaja se relativno često javljaju kod graničnog poremećaja ličnosti, poglavito u visoko stresnim situacijama (Krause-Utz, 2022). Istraživanja pokazuju kako je kapacitet za mentalizaciju potpuni medijator u odnosu između ranih trauma i disocijacije, odnosno, za pojavnost simptoma disocijacije u odrasloj dobi nisu prediktivna rana nepovoljna iskustva sama po sebi već način na koji ona utječu na način na koji organiziramo viđenje i razumijevanje sebe, vlastitih iskustava i mentalnih stanja drugih osoba (Wagner-Skacel i sur., 2022). Također, pokazalo se kako trauma u dječjoj dobi vodi do veće nesigurnosti u mentalna stanja drugih (hipomentalizacije) koja predisponira za korištenje neadaptivnih strategija kognitivne emocionalne regulacije što utječe na pojavnost simptoma PTSP-a. Adolescenti i mladi odrasli koji su izloženi različitim tipovima trauma tijekom djetinjstva imaju sklonost nesigurnosti u mentalna stanja (hipomentalizaciji) što doprinosi češćem korištenju samookrivljavanja, ruminacije, katastrofiziranja te doprinosi razvoju PTSP simptoma. Osobe s tendencijom prema hipomentalizaciji otežano razumiju svoje neugodne emocije i njihov izvor što pojačava ruminaciju, samookrivljavanje i katastrofiziranje kao i rizik za razvoj simptoma PTSP-a (Doba i sur., 2022).

Iz ovog pregleda istraživanja nazire se važnost razumijevanja odnosa između ranih nepovoljnih iskustava, mentalizacije i strategija kognitivne emocionalne regulacije u objašnjenju simptoma GPL. Razvidno je kako dosadašnja istraživanja upućuju na važnost uloge ranih traumatskih iskustava koja su povezana sa smanjenim kapacitetom za mentalizaciju i učinkovitu emocionalnu regulaciju što povećava rizik za razvoj simptoma GPL, odnosno, pervazivne i perzistentne nestabilnosti na planu raspoloženja, slike o sebi i odnosa s drugim ljudima. Cilj ovog istraživanja je ispitati odnos između ovih varijabli te pružiti integrirani pogled na razumijevanje složene interakcije njihova odnosa na uzorku odrasle, nekliničke populacije.

## **2. Cilj, problemi i hipoteze istraživanja**

### 2.1 Cilj:

Cilj ovog istraživanja je ispitati ulogu ranih nepovoljnih iskustava, mentalizacije i strategija kognitivne emocionalne regulacije u objašnjenju izraženosti simptoma graničnog poremećaja ličnosti u odrasloj dobi.

### 2.2 Problemi:

P1: Ispitati ulogu ranih nepovoljnih iskustava, mentalizacije, adaptivnih i neadaptivnih strategija kognitivne emocionalne regulacije u objašnjenju simptoma graničnog poremećaja ličnosti u odrasloj dobi.

P2: Ispitati medijacijsku ulogu neadaptivnih strategija kognitivne emocionalne regulacije na odnos mentalizacije i obilježja graničnog poremećaja ličnosti u odrasloj dobi.

### 2.3 Hipoteze:

H1: Očekuje se da će veći broj ranih nepovoljnih iskustava te niža mentalizacija biti pozitivni prediktori simptoma graničnog poremećaja ličnosti u odrasloj dobi. Osobe koje su doživjele veći broj ranih nepovoljnih iskustava te imaju nižu mentalizaciju će imati izraženija obilježja graničnog poremećaja ličnosti u odrasloj dobi.

H2: Očekuje se kako će adaptivne strategije kognitivne emocionalne regulacije biti negativni prediktori obilježja graničnog poremećaja ličnosti u odrasloj dobi, a neadaptivne strategije kognitivne emocionalne regulacije pozitivni prediktori. Osobe koje češće koriste strategije prihvaćanja, planiranja, stavljanja u perspektivu, pozitivne ponovne procjene i pozitivnog refokusiranja će imati manje izražene simptome graničnog poremećaja ličnosti. Osobe koje češće koriste strategije ruminacije, samookrivljavanja, okrivljavanja drugih te katastrofiziranja će imati izraženije simptome graničnog poremećaja ličnosti.

H3: Očekuje se da će neadaptivne strategije kognitivne emocionalne regulacije (ruminacija, katastrofiziranje, okrivljavanje sebe i okrivljavanje drugih) biti djelomični medijator odnosa mentalizacije i obilježja graničnog poremećaja ličnosti u odrasloj dobi. Niže sposobnosti mentalizacije će objašnjavati simptome graničnog poremećaja ličnosti djelomično preko neadaptivnih strategija kognitivne emocionalne regulacije.



### 3. Metoda

#### 3.1 Sudionici

Sudjelovalo je ukupno 486 sudionika čega je 330 osoba ženskog spola (67.9%) u rasponu dobi od 18 do 73 godine s prosječnom dobi  $M= 36.1$  ( $SD= 11.3$ ). Iz Tablice 1 je vidljivo je najveći broj sudionika postigao visokoškolsko obrazovanje (ukupno 75.2 %), najčešće su zaposleni na neodređeno radno vrijeme (72.4 %) te je najveći broj njih u bračnoj zajednici (46.1 %).

**Tablica 1**

*Prikaz ispitanih sociodemografskih obilježja uzorka (N= 486)*

| SPOL              |  | Žene<br>330  |  | Muškarci<br>156                      |                                     |
|-------------------|--|--|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| OBRAZOVANJE       | Sveučilišni/specijalistički diplomski studij<br>52.1 % | Preddiplomski sveučilišni ili stručni studij<br>16.7 % | Poslijediplomski sveučilišni studij<br>6.4 % | Srednjoškolsko obrazovanje<br>24.7 % | Osnovnoškolsko obrazovanje<br>0.2 % |
|                   | RADNI STATUS   | Neodređeno radno vrijeme<br>72.4 %                     | Određeno radno vrijeme<br>8.4 %              | Studenti<br>13.4 %                   | Nezaposleni<br>3.9 %                |
| PARTNERSKI STATUS | Oženjeni/udati<br>46.1 %                               | U vezi<br>22 %   | Izvanbračna zajednica<br>4.3 %               | Samci<br>27.6 %                      |                                     |

### 3.2 Postupak

Istraživanje je provedeno online tijekom prosinca 2023. godine, putem upitnika postavljenog preko *SurveyMonkey* platforme koji je prosljeđen na društvene mreže. Podaci su prikupljeni i *metodom snježne grude* na način da su sudionici bili zamoljeni za prosljeđivanje poveznice u daljnjim grupama te svojim poznanicima i prijateljima koji su potom i sami biti zamoljeni za daljnje prosljeđivanje.

Ciljna skupina sudionika su bile osobe iznad osamnaest godina iz opće populacije, a koji su nakon početnog upućivanja u svrhu, cilj te dobrovoljnost i anonimnost sudjelovanja pristali na istraživanje. S obzirom na specifičnosti pitanja vezanih uz traumatska iskustva te potencijalno neugodne emocije i doživljaje koje pojedina pitanja mogu izazvati, na kraju upitnika se nalazila poveznica s popisom kontakata lokalnih službi i stručnjaka za psihičko zdravlje. Etičko povjerenstvo Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu donijelo je odluku da istraživanje udovoljava načelima propisanim Kodeksom etike psihološke djelatnosti Hrvatske psihološke komore i ostalim relevantnim etičkim kodeksima, te je Povjerenstvo odobrilo njegovu provedbu na sjednici u studenom 2023. godine.

### 3.3 Instrumenti

U istraživanju su korišteni sljedeći instrumenti:

Sociodemografskim upitnikom su bili obuhvaćeni osnovni podaci uključujući dob, spol, završenu razinu obrazovanja, radni i partnerski status.

Lista graničnih simptoma (*engl. The Borderline symptom List 23 (BSL-23)*; Bohus i sur., 2009) je upitnik sastavljen od dvadeset tri čestice kojima se ispituje intenzitet simptomatologije GPL pri čemu osoba odgovara o čestini pojedinih osjećaja i iskustava tijekom prethodnog tjedna koristeći procjene od „0-nikada“ do „4-vrlo često“, a ukupan rezultat se formira zbrajanjem rezultata svih odgovora i dijeljenjem sume s brojem čestica. Temeljen je na dijagnostičkim kriterijima sadržanim u DSM-5 za granični poremećaj ličnosti kao što su afektivna nestabilnost, emocionalna ranjivost, sklonost osjećajima srama i usamljenosti, ponavljajuća ponašanja i misli o samoubojstvu, geste i prijetnje, samodestruktivna ponašanja i prolazni disocijativni simptomi. Standardizacija upitnika na

nekliničkom uzorku ukazuje na jednofaktorsku strukturu te zadovoljavajuću visoku unutarnju pouzdanost ljestvice (Dodaj, Kovačević i Sesar, 2022). Kleindienst i suradnici (2020) su podijelili izraženost simptoma u šest kategorija GPL s obzirom na rezultat na upitniku: nepostojeća ili niska razina simptoma (0-0.3), blaga (0.3-0.7), umjerena (0.7-1.7), visoka (1.7-2.7), vrlo visoka (2.7-3.5) te ekstremno visoka (3.5-4). Koeficijent unutarnje konzistencije u ovom istraživanju iznosi  $\alpha=.95$  za cijelu ljestvicu.

Upitnik reflektivnog funkcioniranja (*RFQ-8*) skraćena je verzija nastala na temelju originalnog Upitnika reflektivnog funkcioniranja s ukupno 46 čestica (*engl. Reflective Functioning Questionnaire – RFQ-8*; Fonagy i sur., 2016). Sastoji se od 8 čestica namijenjenih za samoprocjenu kapaciteta za mentalizaciju, odnosno, razumijevanja vlastitih i tuđih mentalnih stanja (npr. „*Ponekad činim neke stvari bez da zapravo znam zašto*“ i „*Tuđe misli su misterij za mene*“). Sudionici daju procjenu na skali Likertovog tipa u rasponu od 7 stupnjeva gdje 1 označava snažno neslaganje sa tvrdnjom, a 7 označava snažno slaganje s navedenom tvrdnjom te se rezultat formira zbrajanjem odgovora na svim česticama (pri čemu je čestica 7 rekodirana tako da su odgovori „1-2-3-4-5-6-7“ promijenjeni u „7-6-5-4-3-2-1“) i dijeljenjem sume ukupnim brojem čestica. Unatoč tome što je upitnik prvotno nastao s ciljem mjerenja hipermentalizacije i hipomentalizacije, istraživanja upućuju na jednofaktorsku strukturu upitnika koji mjeri nesigurnost u mentalna stanja drugih (Müller i sur., 2021; Spitzer i sur., 2021). Koeficijent unutarnje konzistencije u ovom istraživanju iznosi  $\alpha=.82$  za cijelu ljestvicu.

Upitnik kognitivne emocionalne regulacije – skraćeni oblik (*engl. Cognitive emotion regulation questionnaire CERQ-short*; Garnefski i Kraaij, 2006) je upitnik za ispitivanje devet različitih kognitivnih strategija za regulaciju emocija, sastoji se od 18 čestica koje sudionici procjenjuju na skali Likertova tipa od 5 stupnjeva (1-nikad, 5-uvijek). Ukupni rezultat se može izraziti kao zbroj odgovora na svakom od devet faktora te kao zbroj odgovora na tzv. adaptivnim strategijama (prihvatanje, usmjeravanje na planiranje, stavljanje u perspektivu, usmjeravanje na pozitivno, ponovna pozitivna procjena) te neadaptivnim strategijama (ruminacija, katastrofiziranje, samookrivljavanje, okrivljavanje drugih). Standardizacija upitnika na hrvatskom jeziku ukazuje na zadovoljavajuće psihometrijske karakteristike i devetofaktorsku strukturu upitnika s dva latentna faktora tzv. adaptivnih i neadaptivnih strategija (Mišetić i Bubić, 2016). Najniži koeficijenti unutarnje

konzistencije u ovom istraživanju su dobiveni za faktore *Usmjeravanje na planiranje* ( $\alpha=.57$ ) te *Pozitivna ponovna procjena* ( $\alpha=.64$ ), dok su se ostali kretali od  $\alpha=.74$  do  $\alpha=.82$ . Za adaptivne strategije kognitivne emocionalne regulacije  $\alpha=.80$ , a za neadaptivne  $\alpha=.77$ .

Revidirani upitnik nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (*engl. Revised Inventory of Adverse Childhood Experiences*; Fineklhor i sur., 2015) je prilagođena verzija originalnog upitnika *Adversive Childhood Experience* (Felitti i sur., 1998). Sastoji se od 14 pitanja kojima se mjeri prisutnost ranih traumatskih iskustava poput tjelesnog i seksualnog zlostavljanja, zanemarivanja, odrastanja u egzistencijalno nepovoljnim i nasilnim uvjetima, vršnjačkog nasilja itd. Ukupan rezultat se dobiva zbrajanjem broja odgovora u kojima je osoba zaokružila kako je do osamnaeste godine doživjela određeno nepovoljno iskustvo pri čemu viši rezultat ukazuje na veći broj proživljenih nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Prvotna verzija upitnika se sastojala od deset pitanja koja ispituju prisutnost traumatskih iskustava do 18. godine života, a koja se odnose na tjelesno, psihičko i seksualno zlostavljanje, tjelesno i emocionalno zanemarivanje, gubitak skrbnika (kroz napuštanje, razvod ili smrt), prisutnost povijesti psihičkih poremećaja kod roditelja, njihove zlouporabe psihoaktivnih supstanci ili boravka u zatvoru. Finkelhor i suradnici (2015) su u revidiranoj verziji dodali četiri pitanja kojima se ispituje i povijest zlostavljanja od strane vršnjaka, osjećaja izoliranosti i odbačenosti, odrastanja u egzistencijalno nepovoljnim uvjetima te u nasilnoj zajednici. Viši rezultat na ovom upitniku, odnosno veći broj ranih nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, se pokazao povezan s višim rizikom od problema mentalnog zdravlja, nasilja, kroničnim bolestima, slabijom učinkovitosti na radnom mjestu te zdravstveno rizičnim ponašanjima (Anda i sur., 2004; Felitti i sur., 1998; Ramiro i sur., 2010). Meta-analize pokazuju kako 39.9 % osoba nije doživjelo nijedno rano nepovoljno iskustvo, 22.4 % ih je doživjelo jedno, 13 % dva, 8.7 % tri, a 16.1 % četiri ili više pri čemu u zadnjoj kategoriji ima značajno više ljudi s različitim teškoćama mentalnog zdravlja (Madigan i sur., 2023). Koeficijent unutarnje konzistencije u ovom istraživanju iznosi  $\alpha=.74$  za cijelu ljestvicu.

#### 4. Rezultati

**Tablica 2**

*Deskriptivni statistički parametri za primijenjene ljestvice i podljestvice upitnika (N= 486)*

|                                   | <i>Tmin</i> | <i>Tmax</i> | <i>Pmin</i> | <i>Pmax</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>IA</i> | <i>IS</i> | <i>KSz</i> |
|-----------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| BLS-23                            | 0           | 4           | 0           | 3           | 1.0      | 0.70      | 1.10      | 0.83      | .13**      |
| RFQ-8                             | 1           | 7           | 1           | 7           | 3.4      | 1.15      | 0.13      | -0.59     | .07**      |
| ACE-R                             | 0           | 14          | 0           | 13          | 2.0      | 2.92      | 1.54      | 2.58      | .22**      |
| Katastrofiziranje                 | 2           | 10          | 2           | 10          | 5.5      | 1.67      | 0.20      | -0.60     | .14**      |
| Okrivljavanje drugih              | 2           | 10          | 2           | 10          | 5.1      | 1.49      | -0.60     | 0.38      | .19**      |
| Okrivljavanje sebe                | 2           | 10          | 2           | 10          | 6.3      | 1.53      | -0.77     | 0.28      | .17**      |
| Ruminacija                        | 2           | 10          | 2           | 10          | 7.0      | 1.67      | -0.29     | -0.8      | .14**      |
| Prihvatanje                       | 2           | 10          | 2           | 10          | 7.6      | 1.56      | -0.56     | 0.77      | .20**      |
| Ponovna pozitivna procjena        | 2           | 10          | 2           | 10          | 7.8      | 1.47      | -0.56     | 0.67      | .15**      |
| Usmjeravanje na pozitivno         | 2           | 10          | 2           | 10          | 5.9      | 1.66      | -0.17     | -0.12     | .17**      |
| Planiranje                        | 2           | 10          | 2           | 10          | 8.0      | 1.28      | -0.55     | 0.98      | .19**      |
| Zauzimanje perspektive            | 1           | 10          | 2           | 10          | 7.2      | 1.57      | -0.57     | 0.52      | .16**      |
| Adaptivne kognitivne strategije   | 10          | 50          | 10          | 50          | 36.5     | 5.10      | -0.53     | 1.94      | .07**      |
| Neadaptivne kognitivne strategije | 8           | 40          | 8           | 38          | 23.8     | 4.36      | -0.29     | 0.49      | .07**      |

*Napomena-* *Tmin* – teorijski minimum; *Tmax* – teorijski maksimum; *Pmin* – postignuti minimum; *Pmax* – postignuti maksimum; *M* – aritmetička sredina; *SD* – standardna devijacija; *IA*-Indeks asimetričnosti; *IS*-Indeks spljoštenosti *KS z*-Kolmogorov-Smirnovljevi test normalnosti distribucije \* $p < .05$ . \*\* $p < .01$

Pregledom aritmetičkih sredina ljestvica i podljestvica te usporedbom s postignutim minimumom i maksimumom rezultata, uočava se kako se prosječne vrijednosti na upitniku koji mjeri simptome graničnog poremećaja ličnosti i ranih nepovoljnih iskustava nalaze većinom grupirani oko nižih vrijednosti. Dobiveno je pretpostavljeno s obzirom na neklinički uzorak tj. očekivano je da najveći broj sudionika unutar uzorka izvještava o prosječno manjem broju proživljenih ranih nepovoljnih iskustava te manje izraženim simptomima povezanim s graničnim poremećajem ličnosti. Pregledom rezultata unutar kognitivnih strategija emocionalne regulacije, uočava se kako se prosječno više vrijednosti aritmetičke

sredine nalaze na adaptivnim u odnosu na neadaptivne strategije kognitivne emocionalne regulacije. U svrhu provjere zadovoljenja uvjeta za provođenje daljnje parametrijske statistike ispitani su preduvjeti o normalnosti distribucije rezultata. Prema vrijednostima Kolmogorov-Smirnovljevog testa vidljivih iz Tablice 2, distribucije svih varijabli odstupaju od normalne. Većina autora ističe kako je Kolmogorov-Smirnovljev test prestroga mjera normalnosti distribucije koja može postati značajna čak i pri manjim odstupanjima (Field, 2013). Stoga se procjena normalnosti distribucije temeljila primarno na pregledu histograma te procjeni stupnjeva asimetričnosti i spljoštenosti (Petz, Kolesarić i Ivanec, 2012). Dobiveni indikatori asimetričnosti upućuju kako se, kao što je ranije spomenuto, distribucija rezultata unutar ljestvica koje mjere simptome graničnog poremećaja ličnosti, doživljena rana nepovoljna iskustva te učestalost korištenja kognitivne strategije emocionalne regulacije katastrofiziranja većinom nalaze pomaknute ulijevo, odnosno, većina rezultata se distribuiraju oko nižih vrijednosti. Rezultati unutar distribucije na ostalim strategijama kognitivne emocionalne regulacije su pomaknuti udesno, odnosno, većina rezultata je grupirana oko viših vrijednosti. Prema Klineu (1998) je opravdano primijeniti parametrijske analize na rezultatima koji nisu normalno distribuirani ukoliko je indeks asimetričnosti  $<3$  i indeks spljoštenosti  $<10$ . Pregledom dobivenih indeksa asimetričnosti i spljoštenosti koji su značajno manji u odnosu na vrijednosti koje Kline (1998) predlaže kao granicu za ozbiljno odstupanje od normalnosti distribucije, u daljnjim statističkim analizama su korišteni parametrijski postupci.

### Tablica 3

*Broj proživljenih ranih nepovoljnih iskustava unutar uzorka*

| <u>Broj RNI</u> | <u>Broj sudionika</u> | <u>Postotak</u> |
|-----------------|-----------------------|-----------------|
| 0               | 166                   | 34.2 %          |
| 1               | 104                   | 21.4 %          |
| 2               | 66                    | 13.6 %          |
| 3               | 53                    | 10.9 %          |
| 4               | 29                    | 6.0 %           |
| 5               | 24                    | 4.9 %           |
| 6 i više        | 44                    | 9.0 %           |

U Tablici 3 je prikazana učestalost doživljenih ranih nepovoljnih iskustava unutar uzorka - vidljivo je kako 34.2 % sudionika izvještava da nisu doživjeli nijedno od ponuđenih ranih nepovoljnih iskustava. Od ostatka uzorka koji su doživjeli barem jedno rano nepovoljno iskustvo, njih 51.9 % je doživjelo do četiri rana nepovoljna iskustva, dok je njih oko 14 % doživjelo više od četiri.

**Tablica 4***Bivarijantne korelacije varijabli (N= 486)*

|                                      | 1      | 2      | 3      | 4     | 5      | 6      | 7      | 8     | 9     | 10     | 11    | 12    | 13    | 14  | 15    | 16    |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|-----|-------|-------|
| 1. BLS                               |        |        |        |       |        |        |        |       |       |        |       |       |       |     |       |       |
| 2.ACE-R                              | .43**  |        |        |       |        |        |        |       |       |        |       |       |       |     |       |       |
| 3.RFQ-8                              | .45**  | .20**  |        |       |        |        |        |       |       |        |       |       |       |     |       |       |
| 4.Ruminacija                         | .41**  | .14**  | .30**  |       |        |        |        |       |       |        |       |       |       |     |       |       |
| 5.Katastrofiziranje                  | .47**  | .16**  | .39**  | .58** |        |        |        |       |       |        |       |       |       |     |       |       |
| 6.Okripljavanje drugih               | .16**  | .14**  | .20**  | .19** | .32**  |        |        |       |       |        |       |       |       |     |       |       |
| 7.Okripljavanje sebe                 | .32**  | 0.4    | .26**  | .40** | .35**  | -.16** |        |       |       |        |       |       |       |     |       |       |
| 8.Prihvatanje                        | -.04   | .01    | -.07   | .07   | -.06   | -.12** | .23**  |       |       |        |       |       |       |     |       |       |
| 9.Ponovna pozitivna procjena         | -.15** | .01    | -.17** | .02   | -.16** | -.02   | .02    | .42** |       |        |       |       |       |     |       |       |
| 10.Usmjeravanje na pozitivno         | -.22** | -.14** | -.05   | -.10* | -.09   | .01    | -.22** | .18** | .29** |        |       |       |       |     |       |       |
| 11.Planiranje                        | -.18** | -.05   | -.21** | .05   | -.08   | -.03   | .03    | .29** | .46** | .20**  |       |       |       |     |       |       |
| 12.Zauzimanje perspektive            | -.20** | -.17** | -.01   | -.09* | -.12*  | -.05   | -.02   | .35** | .36** | .36**  | .34** |       |       |     |       |       |
| 13.Neadaptivne kognitivne strategije | .50**  | .18**  | .43**  | .81** | .84**  | .48**  | .59**  | .04   | -.05  | -.15** | -.01  | -.10* |       |     |       |       |
| 14.Adaptivne kognitivne strategije   | -.24** | -.10*  | -.14** | -.02  | -.15** | -.06   | .00    | .66** | .74** | .62**  | .64** | .72** | -.08  |     |       |       |
| 15. Spol                             | .10*   | .04    | .00    | .21** | .18**  | .07    | -.08   | -.05  | -.03  | .12**  | .01   | .05   | .14** | .03 | .     | .     |
| 16. Dob                              | -.09*  | -.04   | -.11** | -.05  | .02    | .11*   | -.22** | -.10* | -.06  | .16**  | .01   | .05   | -.05  | .02 | .25** | .     |
| 17.Obrazovanje                       | -.08   | -.03   | -.18** | .06   | .00    | .05    | .03    | .00   | .01   | .05    | .02   | .01   | .05   | .03 | .19** | .20** |

\*p &lt;.05. \*\*p &lt;.01



U svrhu ispitivanja povezanosti između simptoma graničnog poremećaja ličnosti, ranih nepovoljnih iskustava, mentalizacije, strategija kognitivne emocionalne regulacije i sociodemografskih varijabli (dob, spol, razina obrazovanja), izračunati su koeficijenti korelacije vidljivi u Tablici 4. Iz dobivenih podataka je vidljivo kako su simptomi graničnog poremećaja ličnosti povezani sa svim varijablama, izuzev strategije prihvaćanja i obrazovanja, a korelacije se kreću od niskih od umjerenih: najniža je povezanost s dobi ( $r=-.09$ ,  $p<.05$ ), a najviša s ukupnim rezultatom na neadaptivnim kognitivnim strategijama emocionalne regulacije ( $r=.50$ ,  $p<.01$ ). Osobe s izraženijim simptomima graničnog poremećaja ličnosti imaju više ranih nepovoljnih iskustava, nesigurniji su u procjenu mentalnih stanja sebe i drugih, češće koriste katastrofiziranje, ruminaciju, okrivljavanje sebe i drugih te rjeđe pozitivnu ponovnu procjenu, usmjeravanje na pozitivno, planiranje i zauzimanje perspektive. Kada gledamo odnos mentalizacije s ostalim varijablama, koeficijenti korelacije se također kreću od niskih do umjerenih: najniži statistički značajan koeficijent korelacije je s dobi ( $r=-.11$ ,  $p<.01$ ), a najviši s neadaptivnim strategijama kognitivne emocionalne regulacije ( $r=.43$ ,  $p<.01$ ) te simptomima graničnog poremećaja ličnosti ( $r=.45$ ,  $p<.01$ ). Sudionici s nižim kapacitetom za mentalizaciju, odnosno, oni koje su nesigurniji i zbunjeniji vlastitim te tuđim emocionalnim i mentalnim stanjima, imaju izraženije simptome graničnog poremećaja ličnosti, više proživljenih ranih nepovoljnih iskustava, češće koriste ruminaciju, katastrofiziranje, okrivljavanje sebe i drugih te rjeđe ponovnu pozitivnu procjenu i planiranje. Koeficijenti korelacije ranih nepovoljnih iskustava s ostalim varijablama su većinski slabije jačine (od  $r=.20$ ,  $p<.01$  za mentalizaciju do  $r=-.10$ ,  $p<.05$  za adaptivne strategije kognitivne emocionalne regulacije) izuzev umjerene povezanosti sa simptomima graničnog poremećaja ličnosti ( $r=.43$ ,  $p<.01$ ).

**Tablica 5**

Rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterijsku varijablu simptoma graničnog poremećaja ličnosti (N=486)

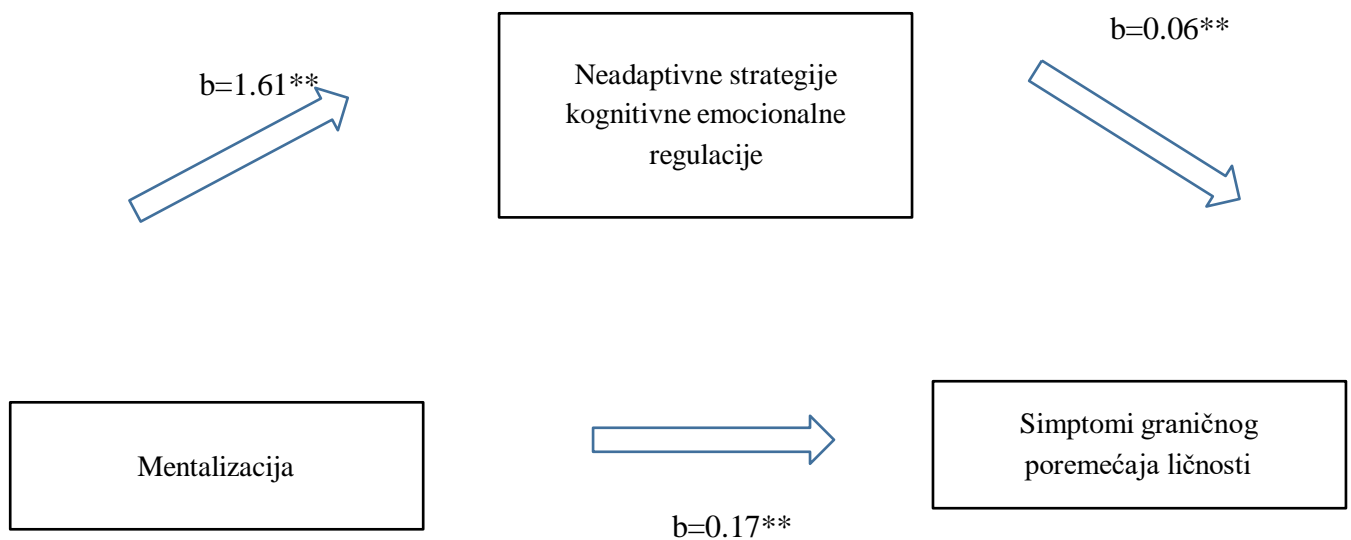
| PREDIKTORI                 |  | KRITERIJ                               |                          |
|----------------------------|--|--|--------------------------|
|                            |  | SIMPTOMI GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI |                          |
| 1. KORAK                   |  | $R^2=.03$                              | $\Delta F=4.99, p<.01$   |
|                            |  | $\beta$                                |                          |
| Spol                       |  | .14**                                  |                          |
| Dob                        |  | -.11*                                  |                          |
| Obrazovanje                |  | -.09                                   |                          |
| 2. KORAK                   |  | $\Delta R^2=.18$                       | $\Delta F=105.94, p<.01$ |
|                            |  | $\beta$                                |                          |
| Spol                       |  | .11**                                  |                          |
| Dob                        |  | -.09*                                  |                          |
| Obrazovanje                |  | -.07                                   |                          |
| Rana nepovoljna iskustva   |  | .42**                                  |                          |
| 3. KORAK                   |  | $\Delta R^2=.13$                       | $\Delta F=89.32, p<.01$  |
|                            |  | B                                      |                          |
| Spol                       |  | .10*                                   |                          |
| Dob                        |  | -.06                                   |                          |
| Obrazovanje                |  | -.01                                   |                          |
| Rana nepovoljna iskustva   |  | .35**                                  |                          |
| Mentalizacija              |  | .37**                                  |                          |
| 4. KORAK                   |  | $\Delta R^2=.13$                       | $\Delta F=12.34, p<.01$  |
|                            |  | $\beta$                                |                          |
| Spol                       |  | .06                                    |                          |
| Dob                        |  | -.02                                   |                          |
| Obrazovanje                |  | -.05                                   |                          |
| Rana nepovoljna iskustva   |  | .31**                                  |                          |
| Mentalizacija              |  | .21**                                  |                          |
| Ruminacija                 |  | .13**                                  |                          |
| Katastrofiziranje          |  | .19**                                  |                          |
| Okrivljavanje sebe         |  | .12**                                  |                          |
| Okrivljavanje drugih       |  | .01                                    |                          |
| Ponovna pozitivna procjena |  | -.03                                   |                          |
| Planiranje                 |  | -.07                                   |                          |
| Zauzimanje perspektive     |  | -.06                                   |                          |
| Prihvatanje                |  | .01                                    |                          |
| Usmjeravanje na pozitivno  |  | -.07                                   |                          |
|                            |  | Total $R^2=.46$                        |                          |

Napomena. \* $p<.05$ ; \*\* $p<.01$ ; Total  $R^2$  - ukupni koeficijent multiple determinacije;  $\Delta R^2$  – porast koeficijenta multiple determinacije ;  $\beta$  – standardizirani beta koeficijent,  $\Delta F$ =vrijednost F omjera za dodanu grupu prediktora

Kako bi provjerili koliko varijance simptoma graničnog poremećaja ličnosti možemo objasniti na osnovi ranih nepovoljnih iskustava, mentalizacije, neadaptivnih i adaptivnih strategija kognitivne emocionalne regulacije, provedena je hijerarhijska regresijska analiza. U prvom bloku su unesene sociodemografske varijable spola, dobi i obrazovanja, dok je u drugom bloku unesena varijabla ranih nepovoljnih iskustava. U trećem bloku je unesena varijabla mentalizacije, u četvrtom neadaptivnih strategija kognitivne emocionalne regulacije (katastrofiziranje, ruminacija, okrivljavanje sebe i okrivljavanje drugih) te adaptivnih strategija kognitivne emocionalne regulacije (planiranje, prihvaćanje, zauzimanje perspektive, ponovna pozitivna procjena i usmjeravanje na pozitivno). Prije samog provođenja hijerarhijske regresijske analize ispitani su nužni preduvjeti. Utvrđeno je da su za sva tri modela zadovoljeni preduvjeti nezavisnosti i normalnosti distribucije reziduala, homogenosti varijance, linearnosti te izostanka multikolinerarnosti (Field, 2013). U prvom koraku, varijable spola, dobi i obrazovanja su objasnile 3% varijance pri čemu se spol pokazao pozitivnim prediktorom, a dob negativnim. U drugom koraku, nakon kontrole sociodemografskih varijabli, rana nepovoljna iskustva su objasnila dodatnih 18% varijance. Nakon kontrole sociodemografskih varijabli i ranih nepovoljnih iskustava, mentalizacija je objasnila dodatnih 13% varijance simptoma graničnog poremećaja ličnosti. U četvrtom koraku, neadaptivne i adaptivne strategije kognitivne emocionalne regulacije su objasnile dodatnih 13% varijance. Spol i dob prestaju biti statistički značajan prediktor, a katastrofiziranje, ruminacija i okrivljavanje sebe su pozitivni statistički značajni prediktori kriterija simptoma graničnog poremećaja ličnosti. Ukupnim modelom je objašnjeno 46% varijance kriterija pri čemu se na temelju standardiziranih beta koeficijenta može zaključiti kako su se u konačnom modelu rana nepovoljna iskustva pokazala naj snažnijim pozitivnim prediktorom simptoma graničnog poremećaja ličnosti, a potom i mentalizacija, katastrofiziranje, ruminacija te okrivljavanje sebe. Okrivljavanje drugih te adaptivne kognitivne strategije emocionalne regulacije (prihvaćanje, planiranje, ponovna pozitivna procjena, usmjeravanje na pozitivno i zauzimanje perspektive) se nisu pokazale statistički značajnim prediktorima.

Prema trećoj hipotezi se očekivalo kako će neadaptivne strategije kognitivne emocionalne regulacije (ruminacija, katastrofiziranje, okrivljavanje sebe i okrivljavanje drugih) biti djelomični medijator odnosa mentalizacije i obilježja graničnog poremećaja ličnosti u odrasloj dobi.

**Slika 1.** Grafički prikaz prvog pretpostavljenog medijacijskog odnosa te odgovarajući regresijski koeficijenti; \*\*= $p < .01$



Kako bi se ispitala statistička značajnost medijacijskog utjecaja, korišten je *Program PROCESS for SPSS 4.0* pristupom temeljenim na bootstrap intervalima pouzdanosti. Bootstrap metoda testiranja statističke značajnosti neizravnog učinka je postupak unutar kojeg se regresijski parametri procjenjuju na osnovi slučajnog, opetovanog izvlačenja manjih uzoraka sudionika iz originalnog uzorka kojima se onda računaju prosječne vrijednosti regresijskih koeficijenata (Hayes, 2009). Dobiveni interval pouzdanosti ne smije sadržavati nulu kako bismo s 95 % sigurnošću mogli zaključivati kako dobiveni neizravni učinak nije posljedica slučajnosti u variranju. Prediktor (mentalizacija) može djelovati na kriterijsku varijablu (simptomi graničnog poremećaja ličnosti) izravno, bez obzira na djelovanje medijatorske varijable (neadaptivnih strategija kognitivne emocionalne regulacije) i to se naziva direktnim efektom. Također, mentalizacija potencijalno ostvaruje utjecaj na simptome graničnog poremećaja ličnosti i preko neadaptivnih strategija kognitivne emocionalne regulacije što se naziva indirektni efekt. Direktni efekt prediktora na kriterij iznosi  $b = .17$  ( $p < .01$ ). Također je pokazano da postoji značajan indirektni efekt varijable neadaptivnih strategija kognitivne emocionalne regulacije na odnos između mentalizacije i simptoma GPL-a ( $b = .10$ ,  $p < .01$ , 95% Bca CI [0.07-0.13]). Drugim riječima, mentalizacija ostvaruje utjecaj na simptome GPL direktno, ali i indirektno, tako da osobe s većim teškoćama mentalizacije češće koriste neadaptivne strategije kognitivne emocionalne regulacije koje su potom povezane s izraženijim obilježjima GPL.

## 5. Rasprava

Cilj ovog istraživanja je bio ispitati ulogu ranih nepovoljnih iskustava, mentalizacije i strategija kognitivne emocionalne regulacije u objašnjenju izraženosti simptoma graničnog poremećaja ličnosti u odrasloj dobi.

Prva hipoteza prema kojoj se očekivalo da će veći broj ranih nepovoljnih iskustava biti pozitivni prediktor obilježja graničnog poremećaja ličnosti je potvrđena. Osobe s većim brojem ranih nepovoljnih iskustava imaju izraženije simptome GPL-a poput afektivne nestabilnosti, sklonosti sramu i gađenju prema sebi, autodestruktivnih ponašanja te problema u odnosima s drugim osobama. Razumijevanje ovog odnosa zahtijeva integrirani pogled na biopsihosocijalne čimbenike koji posreduju u njihovoj složenoj interakciji. Čini se kako biološki mehanizmi mogu imati važnu ulogu u razumijevanju utjecaja ranih nepovoljnih iskustava na razvoj GPL u odrasloj dobi. Hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda (HPA os) je neuroendokrini sustav koji posreduje u načinu na koji tijelo reagira na stres. Pojačana aktivacija kao posljedica kumulativnih i prolongiranih stresnih iskustava može biti čimbenik rizika za niz različitih somatskih, ali i psihičkih poremećaja te bolesti. Prisutnost ranih stresnih i traumatskih iskustava uzrokuje hiperaktivaciju HPA osi što utječe na lučenje kortizola kao važnog hormona u regulaciji stresa (Gunnar i Quevedo, 2008). Kod osoba s GPL je pronađena povećana razina kortizola u odnosu na kontrolnu skupinu (Lieb i sur., 2004). Hiperaktivacija lučenja kortizola potiče iskrivljenu interpretaciju vanjskih signala u kojima se drugi ljudi, okolina i situacije stalno tumače kao prijetnja što posljedično utječe i na pojačanu aktivaciju amigdale, mozgovne strukture snažno uključene u emocije poput straha i agresije (Mainali i sur., 2020). Na ponašajnoj razini, ovi biološki mehanizmi mogu rezultirati nestabilnim i intenzivnim emocionalnim reakcijama i na manje stresore te teškoćama vraćanja na bazično, neutralno emocionalno stanje. Osim na razini neuroendokrinog sustava, brojna istraživanja su zabilježila i strukturne te funkcionalne promjene mozga kod osoba s GPL. U jednom od istraživanja je tako pronađeno da je kod osoba s GPL zabilježen 16% manji volumen hipokampusa i 8% manji volumen amigdale te da je hipokampalni volumen povezan s vremenom pojavnosti rane traume (Driessen i sur., 2000).

Također, istraživanja upućuju i na specifičan obrazac frontolimbicke povezanosti kod osoba s GPL-naime, kod njih područja mozga zadužena za regulaciju i kontrolu emocija (primarno dijelovi frontalnog korteksa) pokazuju hipometabolizam, odnosno, smanjenu aktivaciju dok su limbicka područja pretjerano aktivna što na ponašajnoj razini može održavati teškoće u inhibiranju pretjerano reaktivnih emocionalnih odgovora (Sicorello i Schmahel, 2021).

Dobiveni biološki mehanizmi bi mogli objasniti sržnu karakteristiku kliničke slike GPL

vezanu uz emocionalnu disregulaciju. Pretjerana aktivacija primitivnih dijelova mozga koji su hiperreaktivni na signale opasnosti iz okoline te teškoće oslanjanja na racionalno-kognitivne metode samoumirivanja mogu objasniti sklonost intenzivnim i naglim izmjenama raspoloženja, doživljavanju emocija poput srama, tjeskobe i sumnjičavosti, teškoće u interpersonalnim odnosima gdje se postupci drugih često tumače kao prijetnja što povećava vjerojatnost korištenja disfunkcionalnih strategija suočavanja. Briere i suradnici (2010) predlažu integrativni model u kojem neki od afektivnih simptoma povezanih s dijagnozom GPL (disregulacija afekta, suicidalnost, disocijacija, korištenje psihoaktivnih supstanci) predstavljaju oblik disfunkcionalnog izbjegavanja povezanog s poviješću brojnih trauma.

Ipak, treba uzeti u obzir kako su prikazani biološki mehanizmi zapravo korelati i GPL i ranih nepovoljnih iskustava, ali ne govore nužno o uzročno-posljedičnoj vezi. Primjerice, iako je frontolimbicka disfunkcija jedno od pretpostavljenih bioloških obilježja GPL, teško je potvrditi je li ona odraz urođene, biološke ranjivosti ili posljedica utjecaja kumulativnih stresnih i traumatskih ranih iskustava? Bliska veza odnosa između ranih nepovoljnih iskustava i GPL je dovela do istraživačkog i kliničkog propitivanja je li GPL zapravo forma kompleksnog posttraumatskog stresnog poremećaja. Kompleksni PTSP je prema MKB-11 (World Health Organization, 2022) klasifikaciji obilježen perzistentnim teškoćama u regulaciji afekta, pojačanoj emocionalnoj reaktivnosti, sklonosti ispadima ljutnje i bijesa, disocijativnim iskustvima, teškoćama u interpersonalnim odnosima, viđenjem sebe kao bezvrijednog te osjećaju srama vezanom uz proživljena stresna i traumatska iskustva gdje se osoba često samookrivljuje za proživljene traume. Za dijagnozu kompleksnog PTSP-a je važna izloženost događajima koji su ekstremno prijeteće prirode, a u kojima je bijeg otežan ili onemogućen. Takva iskustva mogu biti uvjetovana događajima poput izloženosti mučenju, ropstvu, koncentracijskim logorima, ali i ponavljanom i dugotrajnom iskustvu zanemarivanja, zlostavljanja, izloženosti neadekvatnim skrbnicima koji svojim ponašanjima izazivaju iskustva užasa i bespomoćnosti. Iz ovako danog opisa se čini logičnim za pretpostaviti da se s obzirom na važnu etiološku ulogu traume, na GPL može gledati kao na formu kompleksnog PTSP-a. Čini se kako barem četvrtina osoba s dijagnozom GPL ima komorbidnu dijagnozu PTSP-a pri čemu je prevalencija PTSP-a viša i do 5 puta u odnosu na opću populaciju te je komorbidna dijagnoza povezana s izraženijim psihopatološkim smetnjama te psihosocijalnom disfunkcionalnosti (Frias i Palma, 2015). Ipak, ne postoji konačni dokazi koji bi pokazali specifičnu vezu između GPL i PTSP-a. Odnos između te dvije dijagnoze se može objasniti interakcijom dvije pretpostavke- s jedne strane, moguće je kako GPL predstavlja rizik za veću vjerojatnost daljnjih trauma, a s druge strane, moguće je kako oba poremećaja dijele

zajedničke etiološke čimbenike i psihosocijalne korelate koji objašnjavaju njihovu povezanost. Prema nekim autorima, promatranje GPL kao forme kompleksnog PTSP-a previše pojednostavljeno tumači odnos između te dvije dijagnoze jer nije još u potpunosti jasna uloga odrednica traume u razvoju GPL te sama trauma nije dovoljna za objasniti etiologiju GPL kao ni zašto će neki ljudi nakon iste traume u dječjoj dobi razviti GPL, a drugi neće (MacIntosh i Dubash, 2015). U ovom trenutku još nije u potpunosti razjašnjeno može li se na GPL gledati isključivo kao obrazac nestabilnosti u području afekta, raspoloženja i interpersonalnih odnosa uzrokovan kompleksnim traumatskim iskustvima ili se pak klinička slika samo kod poduzorka osoba s GPL može bolje objasniti reakcijom na traumu?

Prvotna istraživanja su izrazito isticala važnost rane traume, poglavito seksualne, u objašnjavanju i predviđanju dijagnoze GPL pri čemu suvremeniji pristup nudi puno složeniji i uravnoteženiji pogled na taj odnos u kojem se u obzir uzimaju i brojne druge varijable poput genetskih faktora, temperamenta i ličnosti te različitih medijacijskih i moderatorskih čimbenika koji intenziviraju ili ublažavaju utjecaj prvotne traume. Prema suvremenom pogledu na odnos ranih nepovoljnih iskustava te kasnijeg razvoja GPL, važnu ulogu imaju i genetski faktori, odnosno, složena interakcija genetike i okoline pri čemu određene značajke temperamenta (npr. impulzivnost, agresija i opozicionalnost) mogu pojačati vjerojatnost doživljavanja traumatskih događaja (Skaug i sur., 2022). Kritičari jednosmjernog gledanja na odnos ranih nepovoljnih iskustava i GPL ističu kako su istraživanja tog odnosa ispunjena brojnim metodološkim nedostacima te nedovoljno istraženim i zanemarenim varijablama. Neke od kritika su pretjerano oslanjanje na retrospektivne izvještaje o povijesti zlostavljanja, relativni nedostatak longitudinalnih istraživanja, korištenje različitih mjera dječjih trauma u istraživanju te nedovoljno ispitivanje medijatorskih i moderatorskih varijabli koje posreduju u odnosu traume i kasnijeg razvoja psihopatoloških smetnji (Bornovalova i sur. 2013). Primjerice, postoje istraživanja koja upućuju kako su kroničnost i kumulativnost izloženosti ranim nepovoljnim iskustvima te razvojni period u kojem su se ona javila presudni za vjerojatnost kasnije pojave GPL (Hecht i sur., 2014). Iako provedeno istraživanje upućuje na važnost uloge ranih nepovoljnih iskustava u objašnjenju izraženosti simptoma GPL, korelacijski nacrt istraživanja ne omogućuje donošenje uzročno-posljedičnih zaključaka. Dobiveni nalazi i dalje ne objašnjavaju zašto kako kod određenog broja adolescenata i djece rana nepovoljna iskustva u odrasloj dobi rezultiraju povećanim rizikom za razvoj psihopatoloških pojavnosti poput GPL, a kod drugih ne.



Očekivalo se kako će niže sposobnosti mentalizacije biti pozitivni prediktori obilježja graničnog poremećaja ličnosti što dobiveni rezultati potvrđuju. Osobe koje pokazuju veće teškoće u razumijevanju emocionalnih te mentalnih stanja kod sebe i drugih, lošiju integraciju vlastitih racionalnih i emocionalnih stanja te slabiju emocionalnu svjesnost imaju izraženija obilježja graničnog poremećaja ličnosti.

Sposobnost adekvatnog učenja o vlastitim i tuđim unutarnjim stanjima, emocijama te njihovoj integraciji s vanjskim ponašanjima se uči u kontekstu ranih odnosa s primarnim skrbnicima unutar ozračja sigurne privrženosti. Prema nekim teorijama neadekvatno roditeljsko zrcaljenje djetetovih emocionalnih iskustava, dezorganizirani obrazac privrženosti te prisutnost ranih traumatskih iskustava mogu predisponirati prema slabije razvijenoj sposobnosti mentaliziranja u odrasloj dobi (Fonagy i Bateman, 2008). Posljedično, osoba s lošijim sposobnostima mentalizacije razvija kaotičan i dezorganiziran unutarnji svijet u kojem vlastita i tuđa unutarnja iskustva mogu izgledati kao zbunjujuća i zastrašujuća te je svijest o pogrešivosti tih zaključaka nedovoljno razvijena. Upravo adekvatan kapacitet za mentalizaciju potiče smislenost, stabilan i cjelovit doživljaj sebe i drugih ljudi (Rosso i Airaldi, 2016). Fonagy i Bateman (2008) predlažu tzv. predmentalizirajuće modele koji se razvojno vide kod manje djece, a koji u svojoj patološkoj i razvojno neprikladnoj formi mogu perzistirati kod graničnog poremećaja ličnosti. Prema tom modelu, psihička ekvivalencija je oblik u kojem osoba pretjerano realno, bez kritičkog odmaka i mogućnosti uzimanja u obzir različitih perspektiva, svoja unutarnja iskustva uzima kao neospornu istinu. Primjerice, misaoni sadržaj i vjerovanje osobe da je „*sama, nevoljena i ostavljena*“, može izgledati kao zastrašujuća i apsolutna istina u kojoj nema prostora za mogućnost pogreške ili pronalaženja alternativnih objašnjenja. Neugodne emocije poput srama, tuge i anksioznosti mogu osobu s GPL u potpunosti preplaviti zbog otežanog kapaciteta za emocionalnu fleksibilnost i uravnoteženost, a ponovno kao posljedica spomenutog predmentalizirajućeg modela u kojem ono što postoji u umu osobe, mora postojati i nužno kao bezuvjetna stvarnost. Drugi predmentalizirajući model je tzv. teleološki model prema kojem osoba prihvaća unutarnja stanja samo ako su konkretizirana kroz vanjska ponašanja (Fonagy i Bateman, 2008). Na razini kliničke slike kod GPL, ova ponašanja se mogu vidjeti kroz ono što na van izgledaju kao disfunkcionalne i autodestruktivne radnje poput samoozljeđivanja, ispada bijesa te rizičnih ponašanja (npr. korištenje psihoaktivnih supstanci, pretjerano brza vožnja, sklonost promiskuitetu). Moguće je kako ti oblici ponašanja predstavljaju oblik disfunkcionalnih emocionalnih pražnjenja i načina konkretiziranja kaotičnih unutarnjih iskustava koje osoba, zbog nedostatnih mentalizirajućih kapaciteta, ne može dovoljno dobro integrirati i kanalizirati

kroz zrelije oblike suočavanja. Čini se kako upravo teškoće mentaliziranja djelomično objašnjavaju odnos ranih traumatskih iskustava te samoozljeđivanja i suicidalnosti (Stagaki i sur., 2022). Buduća istraživanja bi se stoga mogla fokusirati na ulogu teškoća mentalizacije na specifična rizična i autodestruktivna ponašanja koja su dio središnjih simptoma GPL (APA, 2013). Osim na razini autodestruktivnih i rizičnih ponašanja, povezanost teškoća mentaliziranja i značajki GPL bi se mogla sagledati i kroz kontekst teškoća u interpersonalnim odnosima. Pretjerano rigidna i neprijateljska tumačenja odnosa s drugim ljudima mogu nastati upravo zbog teškoća osobe da na fleksibilan način tumači tuđa ponašanja te da dozvoli postojanje alternativnih objašnjenja i mogućih pogrešaka u zaključku. Sposobnost osobe da pripiše vlastita ponašanja namjernim, kontrolabilnim unutarnjim stanjima pruža osjećaj autonomije i sigurnosti, a razmišljanje o unutarnjim stanjima drugih osoba doprinosi mogućnosti pojedinca da održi granice između svojih i tuđih misli, emocija te unutarnjih iskustava općenito (Jørgensen, 2010). Drugim riječima, adekvatne sposobnosti mentaliziranja omogućuju fleksibilno održavanje granica između sebe i drugih, odnosno, svjesnosti da vlastite interpretacije i emocije ne moraju nužno održavati i tuđe unutarnje iskustvo koje može biti u potpunosti različito. Može se reći da dio interpersonalnih problema kod GPL proizlazi iz teškoća da adekvatno razumiju vlastite emocije, misli, porive i potrebe. Istraživanja su pokazala kako su teškoće mentalizacije povezane s nestabilnom reprezentacijom vlastita identiteta što je povratno vezano s teškoćama u interpersonalnim odnosima (De Meulemeester i sur., 2017). Bateman i Fonagy (2019) ističu kako se zbog nedovoljno razvijenih sposobnosti mentaliziranja osobe s GPL pretjerano oslanjaju na vanjska i vidljiva ponašanja drugih kao indikator njihovog unutrašnjeg stanja, bez uzimanja u obzir drugih, suptilnijih obilježja i unutarnjih odrednica njihovih iskustava. Ako uzmemo u obzir da visoka razina vanjskog stresa i pobuđenosti dodatno kompromitira sposobnosti mentaliziranja (Nolte i sur., 2013), moguće je pretpostaviti da visoka razina interpersonalnog stresa i straha od napuštanja karakteristična za GPL proizlazi iz intuitivnih, impulzivnih objašnjenja ponašanja drugih ljudi.

Iako ovo istraživanje jasno ukazuje na prediktivnu vrijednost mentalizacije za objašnjenje obilježja GPL, buduća istraživanja bi u obzir trebala uzeti specifične domene poput interpersonalnih problema, emocionalne disregulacije i autodestruktivnih te rizičnih ponašanja. S obzirom na izrazitu heterogenost kliničke slike GPL (Widiger i Samuel, 2005), postavlja se pitanje je li mentalizacija jednako prediktivna za različite domene i klustere simptoma. Pojedina istraživanja predlažu pogled na mentalizaciju kao transdijagnostički čimbenik koji uzrokuje općenite smetnje u razumijevanju tuđih iskustava i toleriranju

različitih perspektiva što je zajedničko svim poremećajima ličnosti (Chiesa i Fonagy, 2013). Istraživanje o mentalizaciji s obzirom na alternativne dijagnostičke kriterije za poremećaje ličnosti u DSM-5 je pokazalo kako su teškoće u mentalizaciji poglavito povezane s jednom od pet specifičnih patoloških crta tzv. negativnim afektivitetom koji se definira kroz učestalo i intenzivno doživljavanje neugodnih emocija i njihovih disfunkcionalnih bihevioralnih manifestacija (npr. samoozljeđivanje) (Ball Cooper i sur., 2021). Buduća istraživanja bi stoga u obzir trebala uzeti i ispitivanje prediktivne vrijednosti teškoća mentalizacije za GPL u odnosu na druge poremećaje ličnosti.

Prema drugoj hipotezi se očekivalo kako će adaptivne strategije kognitivne emocionalne regulacije biti negativni prediktori obilježja graničnog poremećaja ličnosti u odrasloj dobi, a neadaptivne strategije kognitivne emocionalne regulacije pozitivni prediktori. Odnosno, očekivalo se da će češća uporaba strategija ruminacije, samookrivljavanja, okrivljavanja drugih te katastrofiziranja predviđati izraženije simptome GPL, dok će strategije prihvaćanja, planiranja, stavljanja u perspektivu, pozitivne ponovne procjene i pozitivnog refokusiranja predviđati manje izražene simptome graničnog poremećaja ličnosti. Ova hipoteza je djelomično potvrđena-pokazalo se kako su ruminacija, katastrofiziranje i okrivljavanje sebe bili statistički značajni pozitivni prediktori simptoma GPL, dok se okrivljavanje drugih, ponovna pozitivna procjena, planiranje, zauzimanje perspektive, usmjeravanje na pozitivno i prihvaćanje nisu pokazali statistički značajnim prediktorima. Garnefski i suradnici (2001) katastrofiziranje definiraju kao opetovano ponavljanje misli u kojima se prenaplaćava negativnost vanjskih okolnosti te neugodnost unutarnje reakcije koja nastaje kao posljedica. Osoba koja je sklona katastrofiziranju na sebe, druge i okolinu gleda s tendencijom prenaplaćavanja isključivo negativnih čimbenika, bez uzimanja u obzir drugih, realnih i alternativnih objašnjenja. Selby i Joiner (2009) iznose kako katastrofiziranje igra značajnu ulogu u objašnjenju dijagnostičkih kriterija o grčevitom naporu osobe s GPL da izbjegne stvarno ili zamišljeno napuštanje. Osoba s GPL tako može biti sklona katastrofiziranju te relativno neutralne geste ili ponašanja voljene osobe tumačiti kao znak napuštanja. Ovakva interpretacija povratno potiče proces „*emocionalne kaskade*“ u kojem osoba koristi neadaptivna i potencijalno rizična ponašanja (npr. samoozljeđivanje, prijetnju drugoj osobi) kako bi nastojala regulirati unutarnje iskustvo. Drugi primjer koji Selby i Joiner (2009) iznose kao moguću posljedicu katastrofiziranja je dijagnostički kriterij sklonosti paranoidnim idejama u stresnim situacijama. Ponovno, sklonost katastrofiziranju

može dovesti do toga da se tuđa ponašanja neopravdano tumače kao prijeteća ili znakom izdaje te nepovjerenja. Istraživanja ukazuju kako se intenzitet i reaktivnost negativnog afektiviteta te simptoma GPL dijelom mogu objasniti i preko sklonosti katastrofiziranju (Mason i Mullins-Sweatt, 2021). Jedno od mogućih objašnjenja ovog odnosa je pretpostavka da sklonost preneglašavanju katastrofičnosti i negativnosti vanjskih događaja povratno intenzivira negativni afekt i predisponira prema izraženijim simptomima GPL-a. Osobe koje češće preneglašavaju negativne okolnosti vanjskih događaja i njihov utjecaj na taj način intenziviraju svoje emocionalno iskustvo i potencijalno podcjenjuju mogućnost vlastita nošenja s njima. Osim katastrofiziranja, ruminacija se također pokazala značajnim prediktorom simptoma GPL. Prema Teoriji vrste odgovora (Nolen-Hoeksema, 1991) ruminacija je način odgovora na vanjske i unutarnje događaje koji uključuje ponavljajuće i pasivno fokusiranje na vlastite emocije te njihove potencijalne uzroke i posljedice. Sama ruminacija tako ne vodi do aktivnog pokušaja rješavanja problema, već osoba koja ruminira ostaje usredotočena na kognitivni proces razmišljanja o samom problemu i vlastitim reakcijama, ali bez aktivnog pokušaja promjene okolnosti situacije. Nadalje, prema ovom modelu ruminacija pojačava utjecaj depresivnog raspoloženja na sam proces razmišljanja što povećava vjerojatnost da će sniženo raspoloženje aktivirati negativne misli, brige i sjećanja. Konačno, ruminacija interferira s učinkovitim rješavanjem problema jer sama ruminacija održava negativni i fatalistički pogled na svijet i budućnost. Model emocionalne kaskade naglašava važnost ruminacije za nastanak i održavanje ponašajne i emocionalne disregulacije kod GPL (Selby i Joiner, 2009). Ruminacija, odnosno, opetovano razmišljanje o neugodnom događaju i vlastitim reakcijama na njega, intenzivira negativni afekt te pokreće proces bihevioralne disregulacije kao pokušaj distrakcije od neugodnih emocija. Prema ovom modelu, osobe s GPL na vanjske stresore reagiraju brzim i intenzivnim neugodnim afektom, a posljedični proces ruminacije o vanjskom stresoru i vlastitim emocionalnim reakcijama nadalje intenzivira prvotni emocionalni doživljaj što povratno održava ruminativno iskustvo. Disregulirano ponašanje se stoga javlja kao pokušaj osoba da ekstremnim vanjskim postupcima (primjerice, izazivanjem boli tokom samoozljeđivanja ili prejedanjem te povraćanjem) preusmjere pažnju od subjektivno nepodnošljivog intenziteta afekta. Prema autorima ovog modela, uslijed intenzivnog ruminativnog procesa koji pojačava prvotno emocionalno iskustvo, uobičajene forme distrakcije ili pokušaja korištenja složenijih, adaptivnijih metoda kognitivne samoregulacije (npr. ponovne pozitivne procjene) nisu dovoljno potentne za smanjenje emocionalnog intenziteta. Osim kao čimbenik u održavanju emocionalne disregulacije, drugo objašnjenje važnosti odnosa ruminacije i simptoma GPL je

pogled na ruminaciju kao opći neadaptivni način kognitivne regulacije emocija kojima osoba pokušava izbjeći doživljavanje direktnog emocionalnog iskustva te kroz opetovano razmišljanje o uzrocima i posljedicama afektivnih stanja (što je prvenstveno kognitivni proces) izbjegava prihvaćanje i samo doživljavanje emocija (Cavicchioli i Maffei, 2022).

Daljnja istraživanja su se bavila odnosom specifičnih sadržaja ruminacije i simptoma GPL-a. Čini se kako su ruminacije vezane uz depresiju i ljutnju povezane sa značajkama GPL i nakon kontroliranja komorbidnih simptoma (anksioznosti, depresivnosti, stresa) te su se obje ruminacije pokazale važnima u predviđanju simptoma GPL, neovisno o utjecaju predispozicije prema negativnom afektu općenito (Baer i Sauer, 2011). Dok su ruminacije vezane uz depresiju fokusirane na sadržaj depresivnih misli i moguće uzroke, ruminacije ljutnje se odnose na opetovano promišljanje o događajima u kojima je osoba osjetila ljutnju, potencijalnim uzrocima tih situacija te načinu na koji se prošli događaji u kojima je osoba iskusila ljutnju mogu povezati sa sadašnjim (Sukhodolsky i sur., 2001). Istraživanja upućuju kako je ruminacija ljutnje bila medijator odnosa između emocionalne disregulacije i agresije, dok je ruminacije depresije bila medijator odnosa između emocionalne disregulacije i samoozljeđivanja (Martino i sur., 2018). Čini se kako je ruminacija ljutnje najkonzistentnije povezana sa svim simptomima GPL, afektivna nestabilnost se pokazala poglavito povezana s ruminacijama o stresu, osjećajima tuge i ljutnje, dok su impulzivnost i sklonost samoozljeđivanju najviše bili povezani s ruminacijama vezanim uz ljutnju i samoposramljivanje (Peters i sur., 2017). S obzirom da se ruminacija, neovisno o sadržaju, pokazala važna za objašnjavanje simptoma GPL, Peters i sur. (2017) smatraju kako je ruminativni stil razmišljanja opći kognitivni faktor vulnerabilnosti kod GPL. Nadalje, dobiveno je kako osobe s GPL češće koriste samookrivljavanje, ali ne i okrivljavanje drugih drugih. Samookrivljavanje se odnosi na pripisivanje krivnje i odgovornosti sebi za događaje bez obzira na druge čimbenike i okolnosti koji su mogli doprinijeti. Osobe s GPL često odrastaju u emocionalno neprihvaćajućem okruženju u kojem se djetetove emocije i iskustva posramljuju (Linehan, 1993). Zanimljivim se pokazalo kako su visoka sklonost samoposramljivanju, ali i niska razina krivnje povezani s obilježjima GPL (Peters i Geiger, 2016). Sram je emocija koja uključuje osjećaj globalne bezvrijednosti i bespomoćnosti te je usmjerena na sliku o sebi. S druge strane, krivnja je usmjerena na specifično ponašanje te ima motivirajuću funkciju za ispravljanjem i kompenzacijom, ali uz očuvano samopoštovanje. Iz istraživanja Petersa i Geigera (2016) proizlazi da su visoke razine samoposramljivanja povezane s ljutnjom i hostilnosti kod GPL. Također, ruminacije vezane uz samookrivljavanje, odnosno, ponavljajuće razmišljanje o vlastitim manama i samoposramljivanje su se pokazali

blisko povezani s mjerama psihopatologije, uključujući crte GPL-a (Smart i sur., 2016). Čini se kako je povezanost između traume u dječjoj dobi i težine simptoma GPL značajno niža u osoba s višim samosuosjećanjem. Drugim riječima, čini se kako sklonost zauzimanja empatičkog i neosuđujućeg stava te nježnosti prema sebi može ublažiti utjecaj ranih traumatskih iskustava na intenzitet GPL smetnji (Pohl i sur., 2021).

U ovom istraživanju se nije pokazala prediktivna uloga prihvaćanja, planiranja, stavljanja u perspektivu i pozitivnog refokusiranja za objašnjenje izraženosti GPL simptoma. Jedno od mogućih objašnjenja je da se osobe s izraženijim simptomima GPL-a ne razlikuju od ostatka populacije po razvijenosti adaptivnih strategija kognitivne emocionalne regulacije, ali visok intenzitet afektivnih doživljavanja u stresnim situacijama potencijalno otežava njihovo korištenje i vodi do ekscesivne uporabe strategija poput katastrofiziranja, ruminacije i okrivljavanja sebe. U prilog tome idu i nalazi istraživanja koja su pokazala kako osobe s GPL češće, snažnije i duže doživljavaju stanja negativnog afekta, a poglavito vezana uz teme samoće, odbijanja i neuspjeha (Stiglmayr i sur., 2005). Prema ranije spomenutom modelu Marshe Linehan (1993) sržna karakteristika GPL-a je emocionalna disregulacija koja nastaje kao interakcija bazično biološke ranjivosti (crta temperamenta poput impulzivnosti i sklonosti negativnom afektivitetu) i odrastanja u okolini koja je sklona neprihvatanju dječjih osjećaja te u kojoj dijete ne uči strategijama koje omogućuju adekvatno identificiranje, razumijevanje i reguliranje neugodnih emocionalnih doživljavanja. Prema ranijem spomenutom modelu frontolimbicke disfunkcije kod GPL-a, hiperaktivacija emocionalnih centara u mozgu otežava pristup strategijama primarno zasnovanim na racionalnom, kritičkom odmaku. Drugim riječima, moguće je kako GPL karakterizira primarno ekscesivna uporaba neadaptivnih strategija kognitivne emocionalne regulacije što u situacijama visoke pobuđenosti može blokirati korištenje adaptivnih strategija. Moguće je da se u situacijama relativno niže afektivne pobuđenosti osobe s GPL-om ne razlikuju od drugih po čestini korištenja strategija poput ponovne pozitivne procjene, prihvaćanja, planiranja, zauzimanja perspektive te usmjeravanja na pozitivno. Također, ovi rezultati pokazuju kako neadaptivne strategije kognitivne emocionalne regulacije imaju znatno veću ulogu za razumijevanje simptoma GPL i izraženosti psihopatologije.

Prema trećoj hipotezi se očekivalo da će neadaptivne strategije kognitivne emocionalne regulacije (ruminacija, katastrofiziranje, okrivljavanje sebe i okrivljavanje drugih) biti djelomični medijator odnosa mentalizacije i obilježja graničnog poremećaja ličnosti u odrasloj dobi što je potvrđeno. Pokazalo se da postoji značajan indirektan efekt varijable neadaptivnih strategija kognitivne emocionalne regulacije na odnos između mentalizacije i simptoma GPL-a. Drugim riječima, mentalizacija ostvaruje utjecaj na simptome GPL direktno, ali i indirektno, tako da osobe s većim teškoćama mentalizacije češće koriste neadaptivne strategije kognitivne emocionalne regulacije koje su potom povezane s izraženijim obilježjima GPL. Naime, uspješna mentalizacija podrazumijeva kapacitet za znatiželju i razumijevanje vlastitih i tuđih ponašanja kao određenih promjenjivim unutarnjim stanjima, neosuđujuće uvažavanje različitosti u načinima doživljavanja kod sebe i drugih, razumijevanje različitosti unutarnjih doživljavanja od vanjske realnosti, svijest o pogrešivosti vlastitih zaključka o osobnim i tuđim doživljavanjima te kapacitet za samokorekciju.

Svjesnost da je vlastito i tuđe ponašanje određeno promjenjivim, kontrolabilnim unutarnjim mentalnim stanjima koja nisu nužno odraz realnosti pruža osobi mogućnost za adekvatno prepoznavanje i identificiranje antecedenta ponašanja (emocija i misli), regulaciju afekta i vlastitog ponašanja te fleksibilno funkcioniranje u interpersonalnim odnosima. Neadekvatan i dezorganizirani obrazac privrženosti u kontekstu ranih nepovoljnih iskustava kroz oštećenja mentalizacije predstavlja rizik za razvoj GPL (Fonagy i Bateman, 2008). Osobe s GPL-om tako pokazuju dezorganizirani unutarnji svijet u kojem vlastita i tuđa emocionalna stanja mogu izgledati zbunjujuća, zastrašujuća, nepredvidljiva, pretjerano realna te posljedično koriste neadaptivne i disfunkcionalne strategije emocionalne regulacije koje mogu pojačati prvotni doživljaj negativnog afekta. Čini se kako osobe s većim teškoćama mentalizacije češće koriste strategije poput ruminacije, samookrivljavanja i katastrofiziranja što povratno pojačava simptome GPL-a. Prema ranije spomenutoj patološkoj formi mentalizacije tzv. psihičke ekvivalencije, unutarnja stanja i iskustva se doživljavaju neodvojivim od realiteta te je osobno emocionalno iskustvo pretjerano rigidno, realno i otežano dostupno korekciji. Tako će, primjerice, osobno viđenje nekog interpersonalnog događaja kao neminovnog znaka napuštanja dovesti do intenzivnog, prepljavljajućeg negativnog afekta koji potom može biti dodatno intenziviran tendencijom ruminacije, katastrofiziranja situacije te samoposramljivanja i samookrivljavanja. Iako u stanjima umjerene pobuđenosti i odsustva vanjskih stresnih situacija osoba s GPL može pokazati adekvatan kapacitet za mentalizaciju, visoka razina negativnog afekta i emocionalne tenzije vodi do gašenja kapaciteta za mentalizaciju (Nolte i sur., 2013). U situacijama visokog negativnog afekta kod osoba s GPL

pretjerana konkretnost unutarnjeg iskustva vodi do toga da vjerovanje o sebi kao "bezvrijednoj i ništavnoj osobi" izgleda realno i zastrašujuće te daljnje ponavljajuće misli o tome, katastrofično tumačenje i samookrivljavanje mogu dovesti do disfunkcionalnih strategija poput samoozljeđivanja, prejedanja ili drugih rizičnih ponašanja koja su zapravo pokušaj uspostavljanja emocionalne ravnoteže i prekida intenzivnog iskustva. Iz ovoga proizlazi da bi se u radu s osobama s dijagnozom GPL trebalo raditi na osvještavanju i jačanju funkcije mentalizacije, stjecanja sigurnosti i povjerenja u mogućnost kontrole unutarnjih stanja te njihove različitosti od realnosti što samo po sebi jača kapacitet za emocionalnu regulaciju i potencijalno umanjuje vjerojatnost daljnjeg korištenja neadaptivnih strategija.



## 6. Nedostaci i prijedlozi za daljnja istraživanja te praktične implikacije rezultata

Treba imati na umu određene metodološke specifičnosti i nedostatke ovog istraživanja. Prije svega, istraživanje je provedeno na prigodnom uzorku nekliničke populacije što umanjuje mogućnost generalizacije na kliničku populaciju. S obzirom da je istraživanje provedeno online, nije moguće u potpunosti isključiti ni pristranost uzorka te smanjenu mogućnost kontrole istraživača nad prikupljanjem podataka. Također, ovo istraživanje je utjecaj ranih nepovoljnih iskustava gledalo bez uzimanja u obzir vrste ranih nepovoljnih iskustava (primjerice, zanemarivanje, tjelesno, seksualno i emocionalno zlostavljanje). Buduća istraživanja bi u obzir trebala uzeti odnos mentalizacije i specifičnih domena GPL (npr. nestabilnosti afekta, impulzivnosti i autodestruktivnosti) u svrhu jasnijeg razumijevanja prirode tog odnosa. Müller i suradnici (2022) u svom radu iznose kritički osvrt na upitnik za mjerenje mentalizacije RFQ-8 koji je korišten i u ovom istraživanju. Autori pozivaju na potrebu za razvoj novog instrumenta koji će mjeriti različite domene mentalizacije, dok ovaj instrument zahvaća samo aspekt hipomentalizacije, odnosno, zbunjenost vlastitim emocionalnim stanjima te nijansama socijalnih znakova i ljudskih ponašanja, ali ne i hipermentalizaciju. Također, Müller i suradnici (2022) ističu problematično preklapanje sadržaja pojedinih čestica npr. („*Kada se naljutim kažem stvari radi kojih mi je poslije žao*“) s impulzivnošću i afektivnom labilnošću. Treba uzeti u obzir kako korelacijski nacrt ovog istraživanja onemogućuje kauzalno zaključivanje o odnosu ispitanih varijabli. Primjerice, s jedne strane mentalizacija može biti rizični, predisponirajući čimbenik za razvoj GPL, ali i posljedica pojedinih simptoma poput afektivne nestabilnosti i nedovoljno razvijene slike o sebi koja otežava razumijevanje i zaključivanje o vlastitim i tuđim emocijama, mislima i ponašanjima. Dobiveni rezultati koji upućuju kako osobe s GPL-om imaju više ranih nepovoljnih iskustava također ne omogućuju donošenje direktnih uzročno-posljedičnih zaključaka zbog niza drugih čimbenika koji mogu biti sudjelovati u toj interakciji (npr. dob u kojoj se rano nepovoljno iskustvo javilo, genetski utjecaj, utjecaj temperamenta itd.).

Sofisticiraniji nacrti budućih istraživanja bi u obzir trebali uzeti longitudinalno praćenje djece i adolescenata izloženih ranim nepovoljnim iskustvima, dob u kojoj se trauma javila, trajanje izloženosti, čimbenike otpornosti ili rizičnosti poput intelektualnog statusa djeteta, temperamenta i socijalne okoline koji mogu ublažiti ili intenzivirati utjecaj ranih nepovoljnih iskustava na razvoj GPL. Dobiveni rezultati imaju praktične implikacije u vidu boljeg razumijevanja simptomatologije GPL što potencijalno omogućuje planiranje i primjenu

učinkovitih tretmanskih intervencija. Ovo istraživanje je ukazalo na važnost mentalizacije i strategija kognitivne emocionalne regulacije za objašnjenje izraženosti simptoma GPL, odnosno, da su izraženiji simptomi graničnog poremećaja ličnosti (poput emocionalne praznine, srama, autodestruktivnosti, nestabilnosti afekta) povezani s izraženijim teškoćama mentalizacije te češćim korištenjem katastrofiziranja, ruminacije te okrivljavanja sebe. Također, pokazalo se da osobe s većim teškoćama mentalizacije češće koriste spomenute neadaptivne strategije kognitivne emocionalne regulacije što povećava izraženost simptoma GPL. Iz ovoga proizlazi da bi u radu s osobama s GPL trebalo raditi na jačanju njihove sigurnosti i povjerenja u mogućnost kontrole unutarnjih psihičkih stanja, fleksibilnosti i mogućnosti uviđanja različitosti unutarnjih doživljavanja od vanjske realnosti te svijesti o pogrešivosti unutarnjih predodžbi. Osim kognitivnih aspekata mentalizacije, potrebno je jačati i afektivne aspekte mentaliziranja, odnosno, strategije adekvatne identifikacije i razumijevanja emocionalnih stanja. Jasnija identifikacija unutarnjih emocionalnih stanja kao i fleksibilnost u tumačenju vanjskih i unutarnjih okolnosti iz kojih proizlaze, promovira jačanje emocionalne regulacije tj. ispravnog prepoznavanja, identifikacije, razumijevanja i reguliranja emocionalnog iskustva. Također, direktan rad i na specifičnim neadaptivnim strategijama kognitivne emocionalne regulacije pospješuje nošenje s emocionalnim iskustvima. Učenje pravovremenog prepoznavanja i adekvatnih načina odgovaranja na sklonost tendenciji ruminacije, katastrofiziranja i okrivljavanja sebe smanjuje vjerojatnost pojave emocionalne disregulacije i posljedičnog korištenja rizičnih, impulzivnih i autodestruktivnih obrazaca ponašanja.

## 7. Zaključak

Cilj ovog istraživanja je bio ispitati ulogu ranih nepovoljnih iskustava, mentalizacije i strategija kognitivne emocionalne regulacije u objašnjenju izraženosti simptoma graničnog poremećaja ličnosti u odrasloj dobi.

Prema prvoj hipotezi se očekivalo da će veći broj ranih nepovoljnih iskustava te niža mentalizacija biti pozitivni prediktori simptoma graničnog poremećaja ličnosti u odrasloj dobi. Ova hipoteza je potvrđena. Osobe s većim brojem ranih nepovoljnih iskustava te nižom mentalizacijom imaju izraženije simptome GPL.

Prema drugoj hipotezi se očekivalo kako će adaptivne strategije kognitivne emocionalne regulacije biti negativni prediktori obilježja graničnog poremećaja ličnosti u odrasloj dobi, a neadaptivne strategije kognitivne emocionalne regulacije pozitivni prediktori. Ova hipoteza je djelomično potvrđena. Katastrofiziranje, samookrivljavanje i ruminacija su se pokazali pozitivnim prediktorima simptoma GPL-a, dok se okrivljavanje drugih, planiranje, prihvaćanje, stavljanje u perspektivu, pozitivna ponovna procjena i pozitivno refokusiranje nisu pokazali statistički značajnim prediktorima.

Prema trećoj hipotezi se očekivalo da će neadaptivne strategije kognitivne emocionalne regulacije (ruminacija, katastrofiziranje, okrivljavanje sebe i okrivljavanje drugih) biti djelomični medijator odnosa mentalizacije i obilježja graničnog poremećaja ličnosti u odrasloj dobi. Ova hipoteza je potvrđena. Pokazalo se da postoji značajan indirektan efekt varijable neadaptivnih strategija kognitivne emocionalne regulacije na odnos između mentalizacije i simptoma GPL-a. Drugim riječima, mentalizacija ostvaruje utjecaj na simptome GPL direktno, ali i indirektno, tako da osobe s većim teškoćama mentalizacije češće koriste neadaptivne strategije kognitivne emocionalne regulacije koje su potom povezane s izraženijim obilježjima GPL.

## 8. Literatura

- Akyunus, M., Gençöz, T., i Karakose, S. (2020). The mediator role of negative cognitive emotion regulation strategies between interpersonal problems and borderline personality beliefs. *Journal of Rational-Emotive Cognitive-Behavior Therapy*, 39(3), 322-334.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.)
- Anda, R. F., Fleisher, V. I., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Whitfield, C. L., Dube, S. R., i Williamson, D. F. (2004). Childhood Abuse, Household Dysfunction, and Indicators of Impaired Adult Worker Performance. *The Permanente journal*, 8(1), 30–38.
- Apperly, I. A., i Butterfill, S. A. (2009). Do humans have two systems to track beliefs and belief like states? *Psychological Review*, 116(4), 953–970.
- Aragonès, E., Salvador-Carulla, L., López-Muntaner, J., Ferrer, M., i Piñol, J. L. (2013). Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 171-174.
- Arnott, B., i Meins, E. (2007). Links among antenatal attachment representations, postnatal mind-mindedness, and infant attachment security: A preliminary study of mothers fathers. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(2), 132-149.
- Arntz, A., Mensink, K., Cox, W. R., Verhoef, R. E., Van Emmerik, A. A., Rameckers, S. A., Badenbach, T., i Grasman, R. P. (2022). Dropout from psychological treatment for borderline personality disorder: A multilevel survival meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53(3), 668-686.
- Aronson, T. A. (1985). Historical perspectives on the borderline concept: A review and critique. *Psychiatry*, 48(3), 209-222.
- Ball Cooper, E., Anderson, J. L., Sharp, C., Langley, H. A., i Venta, A. (2021). Attachment, Mentalization, and criterion B of the alternative DSM-5 model for personality disorders (AMPD). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1).
- Baer, R. A., i Sauer, S. E. (2011). Relationships between depressive rumination, anger rumination, and borderline personality features. *Personality disorders*, 2(2), 142–150.
- Barnow, S., Aldinger, M., Arens, E. A., Ulrich, I., Spitzer, C., Grabe, H., i Stopsack, M. (2013). Maternal transmission of borderline personality disorder symptoms in the community based Greifswald family study. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 806-819.
- Bateman, A. W., i Fonagy, P. (2019). *Handbook of Mentalizing in mental health practice* (2nd ed.). American Psychiatric Pub.
- Belsky, D. W., Caspi, A., Arseneault, L., Bleidorn, W., Fonagy, P., Goodman, M., Houts, R., i Moffitt, T. E. (2012). Etiological features of borderline personality related

- characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Development and Psychopathology*, 24(1), 251-265.
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Lacharité, C., i Muzik, M. (2019). The protective role of mentalizing: Reflective functioning as a mediator between child maltreatment, psychopathology and parental attitude in expecting parents. *Child Abuse and Neglect*, 95, 104065.
- Black, D. W., Pfohl, B., Blum, N., McCormick, B., Allen, J., North, C. S., Phillips, K. A., Robins, C., Siever, L., Silk, K. R., Williams, J. B., i Zimmerman, M. (2011). Attitudes toward borderline personality disorder: A survey of 706 mental health clinicians. *CNS Spectrums*, 16(3), 67-74.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A.L., Steil, R., Philippsen, A., i Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-39.
- Boričević Maršanić, V., Karapetrić Bolfan, L., Buljan Flander, G., i Grgić, V. (2017). „Vidjeti sebe izvana, a druge iznutra“ - Mentalitacija u djece i adolescenata I tretman temeljen na mentalizaciji za adolescente. *Socijalna psihijatrija*, 45(1), 43-56.
- Bornovalova, M. A., Huibregtse, B. M., Hicks, B. M., Keyes, M., McGue, M., i Iacono, W. (2013). Tests of a direct effect of childhood abuse on adult borderline personality disorder traits: A longitudinal discordant twin design. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 180-194.
- Briere, J., Hodges, M., i Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 767-774.
- Brinker, J. K., i Dozois, D. J. (2008). Ruminative thought style and depressed mood. *Journal of Clinical Psychology*, 65(1), 1-19.
- Cavicchioli, M., i Maffei, C. (2021). Rumination as a widespread emotion-based cognitive vulnerability in borderline personality disorder: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology*, 78(6), 989-1008.
- Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Dixon-Gordon, K. L., Turner, B. J., i Kuppens, P. (2017). Borderline personality disorder and the effects of instructed emotional avoidance or acceptance in daily life. *Journal of Personality Disorders*, 31(4), 483-502.
- Chiesa, M., i Fonagy, P. (2013). Reflective function as a mediator between childhood adversity, personality disorder and symptom distress. *Personality and Mental Health*, 8(1), 52-66.
- Choi-Kain, L. W., i Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135.
- Cleary, M., Siegfried, N., i Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(3), 186-191.

- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 573–588
- Daros, A., Guevara, M., Uliaszek, A., McMain, S., i Ruocco, A. (2018). Cognitive emotion regulation strategies in borderline personality disorder: Diagnostic comparisons and associations with potentially harmful behaviors. *Psychopathology*, 51(2), 83-95.
- Daros, A. R., i Ruocco, A. C. (2021). Which emotion regulation strategies are most associated with trait emotion dysregulation? A transdiagnostic examination. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 43(3), 478-490.
- Daros, A. R., i Williams, G. E. (2019). A Meta-analysis and Systematic Review of Emotion Regulation Strategies in Borderline Personality Disorder. *Harvard review of psychiatry*, 27(4), 217–232.
- De Aquino Ferreira, L. F., Queiroz Pereira, F. H., Neri Benevides, A. M., i Aguiar Melo, M. C. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Research*, 262, 70-77.
- De Meulemeester, C., Lowyck, B., Vermote, R., Verhaest, Y., i Luyten, P. (2017). Mentalizing and interpersonal problems in borderline personality disorder: The mediating role of identity diffusion. *Psychiatry research*, 258, 141–144.
- Dixon-Gordon, K. L., Haliczzer, L. A., i Conkey, L. C. (2020). Emotional Dysregulation and Borderline Personality Disorder. U T.P. Beauchaine i S.E. Crowell (Ur.) *The Oxford handbook of emotion dysregulation* (str. 361-376). Oxford University Press, USA.
- Doba, K., Saloppé, X., Choukri, F., i Nandrino, J. (2022). Childhood trauma and posttraumatic stress symptoms in adolescents and young adults: The mediating role of mentalizing and emotion regulation strategies. *Child Abuse & Neglect*, 132.
- Dodaj, A., Kovačević, M., i Sesar, K. (2022). Lista graničnih simptoma 23. U Nikolić Ivanišević, M., Macuka, I., Nekić, M., Ombla, J., i Šimunić, A. (ur.). *Zbirka psihologijskih skala I upitnika-Svezak 11*. Odjel za psihologiju Sveučilišta u Zadru.
- Driessen, M., Herrmann, J., Stahl, K., Zwaan, M., Meier, S., Hill, A., Osterheider, M., i Petersen, D. (2000). Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Archives of General Psychiatry*, 57(12), 1115.
- Duval, J., Ensink, K., Normandin, L., Sharp, C., i Fonagy, P. (2018). Measuring reflective functioning in adolescents: Relations to personality disorders and psychological difficulties. *Adolescent Psychiatry*, 8(1), 5-20.
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., i Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 561-573.
- Ensink, K., Normandin, L., Plamondon, A., Berthelot, N., i Fonagy, P. (2016). Intergenerational pathways from reflective functioning to infant attachment through parenting. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 48(1), 9-18.

- Euler, S., Nolte, T., Constantinou, M., Griem, J., Montague, P. R., i Fonagy, P. (2021). Interpersonal problems in borderline personality disorder: Associations with Mentalizing, emotion regulation, and impulsiveness. *Journal of Personality Disorders*, 35(2), 177-193.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., i Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245–258.
- Field, A. P. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics: And sex and drugs and rock 'n' roll* (4th ed.). London: Sage publications.
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., i Hamby, S. L. (2015). Prevalence of Childhood Exposure to Violence, Crime, and Abuse: Results From the National Survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA pediatrics*, 169(8), 746–754.
- Fonagy, P., i Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder—A Mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 4-21.
- Fonagy, Bateman, A. i Luyten (2012). Introduction and Overview. U P. Fonagy i A. W. Bateman (ur.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (str. 3 42). Washington/London: American Psychiatric Pub.
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., i Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of Mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PLOS ONE*, 11(7).
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., i Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201–218.
- Fossati, A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., i Maffei, C. (2001). Temperament, character, and attachment patterns in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 15(5), 390-402.
- Frías, Á., i Palma, C. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: a review. *Psychopathology*, 48(1), 1–10.
- Garnefski, N., Kraaij, V., i Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. S., Pulay, A. J., Pickering, R. P., i Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533-545.

- Gratz, K. L., i Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Gross, J. J., i Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. U J. J. Gross (Ur.), *Handbook of emotion regulation* (str. 3–24). The Guilford Press.
- Gunnar, M., i Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual review of psychology*, 58, 145–173.
- Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., Choi-Kain, L. W., Mitchell, K. S., Jang, K. L., I Hudson, J. I. (2011). Family study of borderline personality disorder and its sectors of psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 753.
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 76(4), 408–420.
- Hecht, K. F., Cicchetti, D., Rogosch, F. A., i Crick, N. R. (2014). Borderline personality features in childhood: The role of subtype, developmental timing, and chronicity of child maltreatment. *Development and Psychopathology*, 26(3), 805-815.
- Herr, N. R., Rosenthal, M. Z., Geiger, P. J., i Erikson, K. (2012). Difficulties with emotion regulation mediate the relationship between borderline personality disorder symptom severity and interpersonal problems. *Personality and Mental Health*, 7(3), 191-202.
- Herzog, J. I., i Schmahl, C. (2018). Adverse childhood experiences and the consequences on neurobiological, psychosocial, and somatic conditions across the lifespan. *Frontiers in Psychiatry*, 9.
- Hope, N. H., Wakefield, M. A., Northey, L., i Chapman, A. L. (2018). The association between locus of control, emotion regulation and borderline personality disorder features. *Personality and Mental Health*, 12(3), 241-251.
- Jørgensen, C. R. (2010). Invited essay: Identity and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 24(3), 344–364.
- Jovev, M., McKenzie, T., Whittle, S., Simmons, J. G., Allen, N. B., i Chanen, A. M. (2013). Temperament and maltreatment in the emergence of borderline and antisocial personality pathology during early adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(3), 220–229.
- Kaess, M., Resch, F., Parzer, P., Von Ceumern-Lindenstjerna, I., Henze, R., i Brunner, R. (2013). Temperamental patterns in female adolescents with borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(2), 109-115.
- Kaiser, D., Jacob, G. A., Domes, G., i Arntz, A. (2016). Attentional bias for emotional stimuli in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Psychopathology*, 49(6), 383-396.
- Kaiser, D., Jacob, G. A., Van Zutphen, L., Siep, N., Sprenger, A., Tuschen-Caffier, B., Senft, A., Arntz, A., i Domes, G. (2020). Patients with borderline personality disorder and comorbid PTSD show biased attention for threat in the facial dot-probe



task. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 67.

- Kennedy-Turner, J., Sawrikar, V., Clark, L., i Griffiths, H. (2022). Do attachment-related differences in reflective functioning explain associations between expressed emotion and youth self-harm? *Current Psychology*, 42(29), 25520-25534.
- Kleindienst, N., Jungkunz, M., i Bohus, M. (2020). A proposed severity classification of borderline symptoms using the borderline symptom list (BSL-23). *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 7(1), 11.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Krause-Utz, A. (2022). Dissociation, trauma, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(1).
- Leichsenring, F., Heim, N., Leweke, F., Spitzer, C., Steinert, C., i Kernberg, O. F. (2023). Borderline Personality Disorder: A Review. *JAMA*, 329(8), 670–679.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Lieb, K., Rexhausen, J. E., Kahl, K. G., Schweiger, U., Philipsen, A., Hellhammer, D. H., I Bohus, M. (2004). Increased diurnal salivary cortisol in women with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, 38(6), 559–565.
- Lis, E., Greenfield, B., Henry, M., Guilé, J. M., i Dougherty, G. (2007). Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: a review. *Journal of psychiatry & neuroscience : JPN*, 32(3), 162–173.
- Lyons-Ruth, K., Brumariu, L. E., Bureau, J., Hennighausen, K., i Holmes, B. (2015). Role confusion and disorientation in young adult-parent interaction among individuals with borderline symptomatology. *Journal of Personality Disorders*, 29(5), 641-662.
- MacIntosh, H. B., Godbout, N., i Dubash, N. (2015). Borderline personality disorder: Disorder of trauma or personality, a review of the empirical literature. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 56(2), 227-241.
- Madigan, S., Deneault, A. A., Racine, N., Park, J., Thiemann, R., Zhu, J., Dimitropoulos, G., Williamson, T., Fearon, P., Cénat, J. M., McDonald, S., Devereux, C., i Neville, R. D. (2023). Adverse childhood experiences: a meta-analysis of prevalence and moderator among half a million adults in 206 studies. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 22(3), 463–471.
- Mainali, P., Rai, T., i Rutkofsky, I. H. (2020). From Child Abuse to Developing Borderline Personality Disorder Into Adulthood: Exploring the Neuromorphological and Epigenetic Pathway. *Cureus*, 12(7).

- Martin-Gagnon, G., Normandin, L., Fonagy, P., i Ensink, K. (2023). Adolescent mentalizing and childhood emotional abuse: Implications for depression, anxiety, and borderline personality disorder features. *Frontiers in Psychology, 14*.
- Martino, F., Caselli, G., Di Tommaso, J., Sassaroli, S., Spada, M. M., Valenti, B., Berardi, D., Sasdelli, A., i Menchetti, M. (2017). Anger and depressive ruminations as predictors of dysregulated behaviours in borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 25*(2), 188-194.
- Mason, C. K., i Mullins-Sweatt, S. N. (2021). Catastrophizing, negative affectivity, and borderline personality disorder. *Personality and mental health, 15*(4), 283–292.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., i Ramnath, R. (2004). *Personality disorders in modern life* (2nd ed.). John Wiley & Sons Inc.
- Mišetić, I. i Bubić, A. (2016). Hrvatski prijevod Upitnika kognitivne emocionalne regulacije skraćeni oblik. *Klinička psihologija, 9*(2), 239-256.
- Müller, S., Wendt, L. P., Spitzer, C., Masuhr, O., Back, S. N., i Zimmermann, J. (2022). A Critical Evaluation of the Reflective Functioning Questionnaire (RFQ). *Journal of personality assessment, 104*(5), 613–627.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(4), 569–582.
- Nolte, T., Bolling, D. Z., Hudac, C. M., Fonagy, P., Mayes, L., i Pelphrey, K. A. (2013). Brain mechanisms underlying the impact of attachment-related stress on social cognition. *Frontiers in Human Neuroscience, 7*.
- Peters, J. R., Eisenlohr-Moul, T. A., Upton, B. T., Talavera, N. A., Folsom, J. J., i Baer, R. A. (2017). Characteristics of repetitive thought associated with borderline personality features: A multimodal investigation of ruminative content and style. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 39*(3), 456-466.
- Peters, J. R., i Geiger, P. J. (2016). Borderline personality disorder and self-conscious affect: Too much shame but not enough guilt?. *Personality disorders, 7*(3), 303–308.
- Petz, B., Kolesarić, V. i Ivanec, D. (2012). *Petzova statistika*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Pohl, S., Steuwe, C., Mainz, V., Driessen, M., i Beblo, T. (2021). Borderline personality disorder and childhood trauma: Exploring the buffering role of self-compassion and self esteem. *Journal of clinical psychology, 77*(3), 837–845.
- Ramiro, L. S., Madrid, B. J., i Brown, D. W. (2010). Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child abuse & neglect, 34*(11), 842–855.
- Reichborn-Kjennerud, T. (2010). The genetic epidemiology of personality disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 12*(1), 103-114.

- Reichenberger, J., Eibl, J. J., Pfaltz, M., Wilhelm, F. H., Voderholzer, U., Hillert, A., I Blechert, J. (2017). Don't praise me, don't chase me: Emotional reactivity to positive and negative social-evaluative videos in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 31(1), 75-89.
- Rosso, A. M., i Airaldi, C. (2016). Intergenerational transmission of reflective functioning. *Frontiers in Psychology*, 7.
- Sansone, R. A., i Sansone, L. A. (2011). Gender patterns in borderline personality disorder. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(5), 16–20.
- Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W., i Joiner, T. E. (2009). An exploration of the emotional Cascade model in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(2), 375-387.
- Selby, E. A., i Joiner, T. E., Jr (2009). Cascades of Emotion: The Emergence of Borderline Personality Disorder from Emotional and Behavioral Dysregulation. *Review of general psychology : journal of Division 1, of the American Psychological Association*, 13(3), 219.
- Sicorello, M., i Schmahl, C. (2021). Emotion dysregulation in borderline personality disorder: A fronto-limbic imbalance?. *Current opinion in psychology*, 37, 114-120.
- Skaug, E., Czajkowski, N. O., Waaktaar, T., i Torgersen, S. (2022). Childhood trauma and borderline personality disorder traits: A discordant twin study. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, 131(4), 365–374.
- Smart, L. M., Peters, J. R., i Baer, R. A. (2016). Development and Validation of a Measure of Self-Critical Rumination. *Assessment*, 23(3), 321–332.
- Spitzer, C., Zimmermann, J., Brähler, E., Euler, S., Wendt, L., i Müller, S. (2021). The German Version of the Reflective Functioning Questionnaire (RFQ): A Psychometric Evaluation in the General Population]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 71(3-04), 124-131.
- Stagaki, M., Nolte, T., Feigenbaum, J., King-Casas, B., Lohrenz, T., Fonagy, P., I Montague, P. R. (2022). The mediating role of attachment and mentalising in the relationship between childhood maltreatment, self-harm and suicidality. *Child Abuse & Neglect*, 128.
- Sorgi-Wilson, K. M., i McCloskey, M. S. (2022). Emotion regulation strategies among individuals with borderline personality disorder relative to other groups: A review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(5), 1655-1678.
- Stiglmayr, C. E., Grathwol, T., Linehan, M. M., Ihorst, G., Fahrenberg, J., i Bohus, M. (2005). Aversive tension in patients with borderline personality disorder: a computer based controlled field study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 111(5), 372–379.
- Sukhodolsky, D. G., Golub, A., i Cromwell, E. N. (2001). Development and validation of the Anger Rumination Scale. *Personality and Individual Differences*, 31(5), 689-700.

- Tadić, A., Wagner, S., Hoch, J., Baškaya, Ö., Von Cube, R., Skaletz, C., Lieb, K., I Dahmen, N. (2009). Gender differences in Axis I and Axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology*, 42(4), 257-263.
- Vahidi, E., Ghanbari, S., i Behzadpoor, S. (2021). The relationship between mentalization and borderline personality features in adolescents: Mediating role of emotion regulation. *International Journal of Adolescence and Youth*, 26(1), 284-293.
- Wagner-Skacel, J., Riedl, Kampling, H., i Lampe, A. (2022). Mentalization and dissociation after adverse childhood experiences. *Scientific Reports*, 12(1).
- Vanwoerden, S., Kalpakci, A., i Sharp, C. (2017). The relations between inadequate parent child boundaries and borderline personality disorder in adolescence. *Psychiatry Research*, 257,462-471.
- Vanwoerden, S., Penner, F., Pearson, C., Bick, J., Yoshida, H., i Sharp, C. (2021). Testing the link between mothers' general reflective function capacity and adolescent borderline personality features: Perceived parenting behaviors as a potential mechanism. *Journal of Personality Disorders*, 35, 56-73.
- Watt-McMahon, K., Mildred, H., King, R., Craigie, G., Hyder, S., i Hall, K. (2023). Understanding chronic suicidality in borderline personality disorder through comparison with depressive disorder: A systematic review. *Clinical Psychologist*, 27(2), 232-258.
- Widiger, T. A., i Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the diagnostic and statistical manual of mental disorders--fifth edition. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 494-504.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., i Paris, J. (2009). A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *Journal of Personality Disorders*, 23(5), 433-446.
- Wolff, S., Stiglmayr, C., Bretz, H. J., Lammers, C., i Auckenthaler, A. (2007). Emotion identification and tension in female patients with borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(3), 347-360.
- World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11<sup>th</sup> revision). <https://icd.who.int/>
- Yuan, Y., Lee, H., Newhill, C. E., Eack, S. M., Fusco, R., i Scott, L. N. (2023). Differential associations between childhood maltreatment types and borderline personality disorder from the perspective of emotion dysregulation. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 10(1).
- Zaki, L. F., Coifman, K. G., Rafaeli, E., Berenson, K. R., i Downey, G. (2013). Emotion differentiation as a protective factor against Nonsuicidal self-injury in borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 44(3), 529-540.

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., i Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-Year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 827-832.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., i Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-Year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 274-283.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I., i McSweeney, L. B. (2007). The Subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: A 10-Year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 929-935.
- Zanarini, M. C., Ruser, T. F., Frankenburg, F. R., Hennen, J., i Gunderson, J. G. (2000). Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(1), 26-30.
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L., i Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1101–1106.

### **Životopis autorice:**

Rođena je u Splitu 1992. godine gdje je završila osnovnoškolsko i srednjoškolsko obrazovanje. Studij psihologije je završila na Filozofskom fakultetu u Osijeku 2016. godine na temu anksioznih poremećaja te je dobila nagradu „*Bujasova zlatna značka za osobito vrijedan diplomski rad*“ što je rezultiralo objavom znanstvenog rada u Psihologijskim temama. Nakon završenog studija je odradila pripravnički staž u Kliničkom bolničkom centru Split te je od siječnja 2018. do ožujka 2019. radila na poslovima stručnog suradnika psihologa na dvije osnovne škole. Od ožujka 2019. je zaposlena na neodređeno na poslovima psihologa pri Klinici za psihijatriju KBC-a Split. Zbog afiniteta prema kliničkoj psihologiji i želje za daljnjim razvijanjem i usavršavanjem svojih profesionalnih vještina, 2021. godine upisuje Specijalistički studij kliničke psihologije pri Filozofskom fakultetu u Zagrebu. U međuvremenu je završila dva stupnja edukacije za kognitivno-bihevioralnog psihoterapeuta pri Hrvatskom udruženju za bihevioralno-kognitivne terapije te je trenutno na završnom, supervizijskom stupnju. Kontinuirano se educirala u psihodijagnostici odraslih osoba kroz edukacije u primjeni psihodijagnostičkih instrumenata (WAIS-IV, MMPI-2, PAI, WTZ, PTM itd.). Sudjeluje u izvođenju seminarskih vježbi u sklopu nastave na Medicinskom fakultetu u Splitu (vođenje vježbi iz seminara Kliničke psihologije) te Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu (vođenje vježbi iz kolegija Zdravstvena psihologija). 2023. je upisala Doktorski studij psihologije na Filozofskom fakultetu u Zagrebu.