

Zdravstvena njega osoba s poremećajem ličnosti

Šulc, Erik

Undergraduate thesis / Završni rad

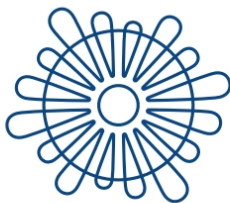
2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:554973>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-19**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije

Preddiplomski stručni studij studij sestrinstva (jednopedmetni)

Erik Šulc

**Nursing care of patients with personality disorder
Zdravstvena njega osoba s poremećajem ličnosti**

Završni rad

Zadar, 2016.

Sveučilište u Zadru
Odjel za zdravstvene studije
Preddiplomski stručni studij sestrinstva (jednopedmetni)

Nursing care of patients with personality disorder
Zdravstvena njega osoba s poremećajem ličnosti

Završni rad

Student/ica:
Erik Šulc

Mentor/ica:
Anita Škarica mag. med. techn

Zadar, 2016.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Erik Šulc**, ovime izjavljujem da je moj **završni** rad pod naslovom **Zdravstvena njega osoba s poremećajem ličnosti** rezultat mog vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mog rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mog rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 1. lipnja 2016.

SADRŽAJ

SAŽETAK.....	1
SUMMARY	2
1. UVOD	3
2. PSIHIJATRIJSKI PREGLED	4
2.1. ANAMNEZA	4
2.2. PSIHIČKI STATUS.....	7
2.3 BILJEŽENJE REZULTATA ANAMNEZE I PSIHIČKOG STATUSA	8
3. LIČNOST	10
3.1. FENOMENOLOŠKA TEORIJA LIČNOSTI	11
3.2. FAKTORSKA TEORIJA LIČNOSTI.....	12
3.2.1. TEORIJA LIČNOSTI PREMA CATTELLU	12
3.2.2. TEORIJA LIČNOSTI PREMA EYSENCKU.....	13
3.2.3. PETODIMENZIONALNI MODEL LIČNOSTI.....	13
3.2.4. DIMENZIJE LIČNOSTI PO CLONINGERU	13
3.3. POREMEĆAJ LIČNOSTI	14
3.3.1. POREMEĆAJ DOŽIVLJAVANJA VLASTITE LIČNOSTI	14
3.3.2. POREMEĆAJ LIČNOSTI U UŽEM SMISLU	15
4. POREMEĆAJ LIČNOSTI	16
4.1. EKSCENTRIČNI POREMEĆAJI LIČNOSTI	20
4.1.1. PARANOIDNI POREMEĆAJ LIČNOSTI.....	20
4.1.2. SHIZOIDNI POREMEĆAJ LIČNOSTI	21
4.1.3. SHIZOTIPNI POREMEĆAJ LIČNOSTI.....	22
4.2. DRAMATIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI.....	23
4.2.1. DISOCIJALNI POREMEĆAJ LIČNOSTI	23
4.2.2. EMOCIONALNO NESTABILNA LIČNOST	25
4.2.3. HISTRIONSKE POREMEĆAJ LIČNOSTI.....	28
4.2.4. NARCISTIČKI POREMEĆAJ LIČNOSTI	29
4.3. ANKSIOZNI POREMEĆAJI LIČNOSTI	31
4.3.1. ANANKASTIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI	31
4.3.2. ANKSIOZNI POREMEĆAJ LIČNOSTI.....	32
4.3.3. OVISNI POREMEĆAJ LIČNOSTI.....	33
4.4. OSTALI POREMEĆAJI LIČNOSTI.....	34
4.4.1. PASIVNO-AGRESIVNI POREMEĆAJ LIČNOSTI	34
4.4.2. DEPRESIVNI POREMEĆAJ LIČNOSTI	35

5. ZDRAVSTVENA NJEGA.....	36
5.1. TERAPIJSKA KOMUNIKACIJA.....	37
5.2. PLANIRANJE ZDRAVSTVENE NJEGE.....	39
5.3. SESTRINSKE DIJAGNOZE I SESTRINSKE INTERVENCIJE	41
6. ZAKLJUČAK	51
7. LITERATURA.....	52
8. ŽIVOTOPIS	53

SAŽETAK

Poremećaji osobnosti su prožimajući, nefleksibilni i stalni oblici ponašanja koji uzrokuju značajnu patnju ili funkcionalni poremećaj. Utvrđeno je deset različitih poremećaja osobnosti i podijeljenih u 3 skupine. Smatra se kako su posljedica kombinacije genetičkih i okolišnih (vanjskih) čimbenika. Liječe se psihoterapijom, a ponekad farmakoterapijom.

Na početku rada ukratko su objašnjeni pojmovi anamneze i psihičkog statusa koji su važni kako bi smo znali na koji način doći do potrebnih podataka o pacijentu koji su važni liječnicima za određivanje dijagnoze, ali i medicinskim sestrama za odabir pravilne njege. Nakon toga u ovom radu se obrađuje pojam ličnosti bez kojega ne bismo u potpunosti razumjeli poremećaj ličnosti. U nastavku ovog rada bavimo se detaljnije poremećajem ličnosti, gdje se upoznajemo sa vrstama poremećaja ličnosti. Vrste poremećaja ličnosti je nešto što bi svaki prvostupnik sestrinstva koji radi na području psihijatrije trebao znati kako bi na pravi način pristupio njezi pacijenata. Nadalje, ovaj rad se bavi zdravstvenom njegom osoba s poremećajem ličnosti. Detaljno su razrađeni sestrinske dijagnoze koje se najčešće javljaju te njima pridruženi ciljevi i intervencije. Na kraju je napisan zaključak rada te literatura koja je bila korištena za ovaj rad.

Medicinska sestra/tehničar, kao član multidisciplinarnog tima, ima ulogu prepoznavanja, otkrivanja i tretiranja problema pacijenata iz područja zdravstvene njege. Zbog toga svakom pacijentu pristupa jedinstveno, holistički, terapijski.

Ključne riječi: ličnost, poremećaj ličnosti, zdravstvena njega, sestrinske dijagnoze, sestrinske intervencije

SUMMARY

Personality disorders are pervasive, inflexible and permanent forms of behavior that cause significant distress or functional impairment. It was found ten different personality disorders and divided into three groups. It is considered as the result of a combination of genetic and environmental (external) factors. They are treated with psychotherapy, and sometimes pharmacotherapy.

At the start of dissertation there are briefly explained the terms history and mental status that are important so that we know how to reach the required patient data that are important to doctors to determine the diagnosis, but also for nurses to select the correct care. After that, this dissertation deals with the concept of personality, without which we would not have fully understanding of disorder. In this paper, we deal with more detailed personality disorder, where we get to know the types of personality disorders. Types of personality disorders is something that every bachelor of nursing who works in the field of psychiatry should know how to properly access the care of patients. Furthermore, this dissertation deals with the care of people with personality disorders. In details there are explained the nursing diagnoses that most frequently occur and their associated goals and interventions. At the end is written conclusion of dissertation and literature that has been used for this work.

Nurse / technician, as a member of the multidisciplinary team, has the role of identifying, detecting and treating problems of patients in health care. Therefore, to each patient we have to access on unique, holistic, therapeutic way.

Key words: personality, personality disorder, health care, nursing diagnoses, nursing interventions

1. UVOD

"Ne sudite da ne budete suđeni! Jer sudom kojim sudite bit ćete suđeni. I mjerom kojom mjerite mjerit će vam se. Što gledaš trun u oku brata svojega, a brvna u oku svome ne opažaš? Ili kako možeš reći bratu svomu: 'De da ti izvadim trun iz oka', a eto brvna u oku tvom? Licemjere, izvadi najprije brvno iz oka svoga pa ćeš onda dobro vidjeti izvaditi trun iz oka bratova!"

Matej 7:1-5

U ovom završnom radu bavimo se procesom zdravstvene njege kod osoba sa poremećajem ličnosti. Razlog odabira ove teme je taj što me je oduvijek zanimala psihijatrija. Oduvijek sam pokušavao (još uvijek pokušavam) shvatiti što se "zbiva u glavama" osoba koje imaju neki poremećaj. Zanimalo me to kako oni funkcioniraju, kako oni gledaju na svijet te kako bi im se moglo najbolje pomoći.

U današnje vrijeme još uvijek postoji dosta predrasuda prema duševnim bolesnicima što potječe još iz prošlosti. Nekada osobe s duševnim bolestima su se išle kod vračeva, bile zatvarane u posebne institucije gdje su se prema njima odnosili na nehuman način. Ljudi su bili okovani lancima, mučeni su na razne načine, te im je na taj način oduzeto i ono malo ljudskog dostojanstva bez pružene mogućnosti za odabir liječenja. Danas je situacija znatno bolja po bolesnike. Smješteni su u boljim uvjetima, osoblje se prema njima odnosi na pristupačan i human način. Dakako, mjesta za napredak uvijek ima. No, čak i u 21. stoljeću postoji zaziranje i strah javnosti od takvih osoba. Predrasude se uglavnom temelje na neznanju ili na primitivnim vjerovanjima da neke nadnaravne sile uzrokuju duševni poremećaj. U ovom citatu iz Matejevog evanđelja možemo iščitati kako treba uvijek polaziti prvo od sebe. Prvo treba uvidjeti svoje mane i pogreške da bi mogli o drugima prosuđivati. Nitko nije dovoljno dobar da bi kritizirao bližnje. Valja se stoga usredotočiti na vlastite pogreške, što znači one tuđe prepustiti Bogu.

Sama činjenica da je u svijetu ovim poremećajem zahvaćeno gotovo 15% ukupnog stanovništva govori o ozbiljnosti ovog poremećaja. Stoga je vrlo bitna edukacija i rad cijelog multidisciplinarnog tima kako bi se na što adekvatniji način pomoglo tim ljudima.

2. PSIHIJATRIJSKI PREGLED

2.1. ANAMNEZA

Psihijatrijski pregled sastoji se od dva dijela: anamneza i psihičkog statusa. Anamneza (anamnesis) je riječ grčkog porijekla i znači sjećanje. Anamneza je osnova i najvažniji dio dijagnostičkog postupka i mnoge bolesti se mogu dijagnosticirati već na osnovi dobro uzete anamneze.² Ispitivanje bolesnika (uzimanje anamneze) temeljna je vještina u medicini i psihijatriji, a komunikacija između liječnika i bolesnika temelj je dobre medicinske prakse. Cilj ispitivanja jest dobivanje slike o bolesnikovu životu iz povijesno-kronološke perspektive, uspostavljanje veze i terapijske zajednice, razvoj obostranog povjerenja i iskrenosti, razumijevanje sadašnjeg funkcioniranja, postavljanje dijagnoze i utvrđivanje plana liječenja.³ Osnovno sredstvo dobivanja informacija je klinički/dijagnostički intervju. Svrha dijagnostičkog intervjua će biti da dobije informaciju u formi i nastavcima koji će pomoći kliničaru u njegovoj potrazi, prvo za dijagnostičkim znakovima bolesti i onda za potvrđivanjem i proširivanjem njegovih mogućih dijagnostičkih izbora. Znanje kliničara o mogućim bolestima, sindromima i simptomima i kako da određuje psihopatološke i psihološke procese i mehanizme, značajno će povećati njegovu učinkovitost u sagledavanju informacija. Njegovo iskustvo i osobine kao što su verbalna komunikacija, tečnost u govoru i samopouzdanje imati će značajnu ulogu. Često se naglašavaju "empatija" i "raport" kao poželjne kvalitete, koji omogućavaju traganje za poželjnim informacijama dok ne bude uspostavljen optimalan odnos sa pacijentom. Ni jedan od ovih nije egzaktni pojam, mada su oba često predmet rasprave i zabune. Rapport je najbolje sagledati kao opći pojam koji obuhvaća međusobno razumijevanje i spremnost za suradnju, a to je zbog uspostavljanja osjećaja uzajamnog poštovanja i povjerenja. Empatija je specifičnije proučavana i može se promatrati kao sposobnost osjetljivosti za osjećanja druge osobe uz sposobnost da govori o ovom razumijevanju sa drugima, to je značajan dio koncepta "topline". Ni raport, niti empatija ne bi trebali biti izjednačeni sa pokušajima da se bude neformalan i sa neprestanim suglašavanjem sa pacijentom, što se često pojavljuje kao rezultat neiskustva ili prekomjernog entuzijazma.⁶ Od iznimne je važnosti prvi kontakt sa bolesnikom. Jer već u prvom kontaktu bolesnik dobiva sliku o liječniku koji se s njime bavi. Liječnik mora obratiti pažnju na svoju verbalnu i neverbalnu komunikaciju. Kvalitetna komunikacija je važna jer je izravnim kontaktom zdravstvenih djelatnika i bolesnika moguće postići zadovoljavajuću razinu suradljivosti bolesnika, razviti odnos povjerenja, provesti ga kroz sustav liječenja, liječiti te naposljetku i izliječiti. Zato je vrlo važan način na

koji će pristupiti bolesniku. O ovome će više govora biti u poglavlju koje će govoriti o odnosu medicinska sestra-pacijent.

Kako bi kvalitetno proveli intervju sa pacijentom potrebno je savladati/znati određene tehnike:

1. Osigurati ugodno mjesto gdje nećete biti prekidani.
2. Predstavite se, obraćajte se bolesniku po imenu, recite mu svrhu intervju.
3. Ohrabrite bolesnika, izgradite odnos pokazujući mu osobne kvalitete empatije i razumijevanja.
4. Ne ocjenjujte ga.
5. Pažljivo promatrajte bolesnikovo neverbalno ponašanje, stav tijela, pokrete, ponašanje i tjelesni izgled.
6. Izbjegavajte pretjerano bilježenje.
7. Održavajte razgovor aktivnim. Ne svađajte se i ne dajte se uzbuditi.
8. Rabite jezik koji odgovara inteligenciji bolesnika.
9. Dužina trajanja intervju: 15-90 minuta, ovisno o stanju bolesnika (prosječno je vrijeme 45-60 minuta); manje vremena za bolesnike u deliriju ili za bolesnike koji ne surađuju; duže za razgovorljive bolesnike koji žele surađivati.
10. U razgovoru s neurotičnim, razgovorljivim, inteligentnim osobama rabite otvorena pitanja koja ne nameću odgovor, npr. "Recite mi nešto više o tome". Ako je intervju vremenski ograničen ili bolesnik pati od psihoze, delirija ili demencije rabite strukturirana pitanja s ponuđenim odgovorom (pitanja s ponuđenim odgovorom obično zahtijevaju odgovor s da ili ne). Izbjegavajte sugestibilna pitanja, npr. "Vi se osjećate depresivnim, zar ne?"³

Iz ovoga vidimo kako se prema svakoj osobi treba postaviti drugačije kako bi iz njih "izvukli" najviše. Primjerice kod povučenih bolesnika trebamo biti aktivni i strukturirati intervju. Trebamo obratiti pažnju na neverbalne znakove, pokrete tijela te promijeniti temu ako bolesnik ne želi razgovarati o nekom sadržaju. Kod agresivnih bolesnika ne bi smjeli biti blizu bolesniku u zatvorenoj prostoriji; trebali bi sjesti blizu vrata kako bi brzo mogli izaći; ako se čini da bolesnik postaje agitiran, odmah bi trebali prekinuti intervju. Sa sumanutim bolesnicima se nebi trebali suprotstavljati direktno. Možemo reći bolesniku da se ne slažemo s onim što on misli, ali da razumijemo njegov način razmišljanja.³

Psihijatrijska anamneza predstavlja kronološki slijed bolesnikova života od rođenja do sadašnjeg trenutka. Teme koje se obrađuju u anamnezi su:

Generalije: Ime, dob, rasa, spol, bračno stanje, vjera, školovanje, adresa, broj telefona, zanimanje, tko ga je uputio, izvor podataka u slučaju da bolesnik ne može surađivati.

Glavni razlog dolaska: Kratka bilješka, bolesnikovim riječima, o tome zašto je hospitaliziran ili upućen na pregled.

Anamneza sadašnje bolesti: Razvoj simptoma od početka do danas; povezanost sa životnim događajima, sukobima, stresorima; lijekovi; promjena od ranijeg stupnja funkcioniranja.

Raniji psihijatrijski i opći zdravstveni poremećaji: Psihijatrijski poremećaji; psihosomatske, opće zdravstvene, neurološke bolesti (npr. kraniocerebralna povreda, konvulzije).

Osobna anamneza: - Rođenje i dojenačka dob; utvrditi kako je tekla trudnoća i porod, jeli bila planirana ili neplanirana, razvoj-stajanje, hodanje, govor, temperament

- Djetinjstvo; navike u vezi hranjanjem, učenje higijene, osobnost(stidljiv, otvoren), odnos s roditeljima i vršnjacima. Odvajanja, noćne more, strahovi, mokrenje u krevet.
- Adolescencija; odnos prema vršnjacima i autoritetima, školovanje, emocionalni problemi, uporaba droga, kada je započeo pubertet
- Odrasla dob; radna anamneza, izbor zanimanja, obitelj, djeca, školovanje, financije, vojska, vjera.

Seksualna anamneza: Spolni razvoj, samozadovoljavanje, anorgazmija, impotencija, prijevremena ejakulacija, parafilije, seksualna orijentacija, opći stavovi i osjećaji.

Obiteljska anamneza: Psihijatrijske, opće zdravstvene i genetske bolesti kod majke, oca, braće i sestara; dob i zanimanje roditelja; ako nisu živi, dob i uzrok smrti. Osjećaji koje bolesnik gaji prema svakom članu obitelji, financije.³

Kako je svaka osoba jedinstvena tako će i uzimanje anamneze kod svake druge osobe biti jedinstveno. Svaka je osoba drugačija tako će pa se tako treba i prilagoditi svakoj osobi načinom pristupa, postavljanjem određenih tipova pitanja, neverbalnim znakovima...

2.2. PSIHIČKI STATUS

Nakon uzimanja anamneze potrebno je još odrediti psihički status kako bi mogli slučaj zabilježiti na jednu od pet osi prema DSM-IV (više u poglavlju 2.3). Psihički status predstavlja presjek bolesnikova psihološkog života i odraz je ukupnog psihijatrijskog pregleda i dojma o bolesniku u datom trenutku. On također služi za kasniju usporedbu, kako bi se bolesnik mogao pratiti. Teme koje se obrađuju u psihičkom statusu su:

Opći izgled: Pripazite na izgled, hod, odjeću, dotjeranost (uredan, zapušten), stav, mimiku, izraz lica. Izgleda li bolesnik mlađi ili stariji nego što jest?

Motoričko ponašanje: Stupanj aktivnosti-psihomotorička uzbuđenost ili psihomotorička usporenost-tikovi, tremor, automatizmi, manirizmi, grimasiranje, stereotipije, negativizam, apraksija, ehopraksija, voštana savitljivost; emocionalni dojam-anksioznost, napetost, paničnost, zbunjenost, tuga, sjeta; glas-tih, glasan, promukao; kontakt očima.

Stav tijekom intervjua: Kako se bolesnik postavlja prema ispitivaču – razdražljiv, agresivan, zavodljiv, oprezan, brani se, nezainteresiran, apatičan, susretljiv, sarkastičan.

Raspoloženje: Stalno ili trajno emocionalno stanje-sumorno, napeto, beznadno, zaneseno, srdito, sretno, sramežljivo, tužno, radosno, povišeno, euforično, depresivno, apatično, anhedonično, ustrašeno, suicidalno, veličajno, nihilističko.

Emocije: Emocionalni ton vezan uz mišljenje-nestalan, zaravnjen, odgovara sadržaju, neodgovarajući, površan, *la belle indifférence*.

Govor: Usporen, brz, potreba da se govori, razgovorljiv, spontan, šutljiv, zamuckuje, muca, nejasno govori, isprekidan govor. Visina glasa, artikulacija, afazija, koprolalija, eholalija, nesuvislost, logoreja, šutnja, rijetko govori, ukočen govor.

Poremećaji percepcije: Halucinacije-njušne, slušne, haptične (taktilne), okusne, vidne; iluzije; hipnapomni ili hipnagogni doživljaji; osjećaj nerealnosti, *déjà vu*, *déjà entendu*, makropsija.

Sadržaj misli: Sumanutosti-proganjanja (paranoidne), veličine, nevjere, somatske, senzoričke, emitiranje misli, nametanje misli, ideje odnosa, ideje nerealnosti, fobije, opsesije, kompulzije, ambivalencija, autizam, dereizam, blokiranje misli, zaokupljenost suicidalom ili homicidom, sukobi, nihilističke ideje, hipohondrija, depersonalizacija, derealizacija, buica ideja, *idée fixe*, magično mišljenje, neologizmi.

Proces mišljenja: Ideje usmjerene cilju, gubitak asocijacija, nelogičnost, udaljavanje od teme, u vezi s temom, opširnost, nesuvislost, sposobnost apstraktnog mišljenja, bujica ideja, asocijacije po zvučnosti, perseveracije.

Senzorij: Stupanj svijesti-budnost, jasna, smetena, zamagljena, komatozna, stuporozna; orijentacija u vremenu, prostoru, prema osobama; spoznaja

Pamćenje: 1. Dalekih događaja (dugoročno pamćenje); Hiperpermnezija se vidi kod paranoidnih ličnosti. Rupe u sjećanju mogu ostati prazne ili ispunjene konfabuliranim sadržajem.

2. Nedavnih događaja

3. Trenutačno pamćenje (kratkoročno pamćenje)

Koncentracija i računanje: Sposobnost održavanja pažnje, rastresenost, sposobnost rješavanja jednostavnih matematičkih zadataka.

Informiranost i inteligencija: Uporaba rječnika, stupanj školovanosti, fond znanja.

Sposobnost prosuđivanja: Sposobnost razumijevanja veza između činjenica i izvlačenje zaključaka; reagiranje u socijalnim situacijama.

Stupanj uvida: Shvaćanje da postoji tjelesni ili duševni problem; nijekanje bolesti, pripisivanje problema nekom vanjskom čimbeniku; priznavanje potreba za liječenjem.²

2.3 BILJEŽENJE REZULTATA ANAMNEZE I PSIHIČKOG STATUSA

Pred kraj pregleda morate biti sposobni prosuditi prisutnost ili odsutnost psihoze, postojanje organskog ili općeg zdravstvenog poremećaja, te je li bolesnik suicidalan ili homicidan (uz samu dijagnozu). Svaki slučaj zabilježite na osi, koja predstavlja skupinu podataka. Postoji pet osi u DSM-IV. Prosudite i pribilježite svaku od osi.

Os I: Klinički sindromi – ovdje navodite duševne poremećaje, npr. shizofreniju, bipolarni poremećaj. Druga stanja koja mogu biti u središtu pažnje kliničara (osim graničnog intelektualnog funkcioniranja) također se navode na Osi I. (To su problemi koji nisu dostatno teški da opravdaju psihijatrijsku dijagnozu, npr. problemi odnosa, žalovanje.)

Os II: Poremećaji ličnosti i duševna zaostalost – ovdje se navode duševna zaostalost i poremećaji ličnosti. Mehanizmi obrane i crte ličnosti također se mogu navesti na ovome mjestu.

Istovremeno mogu postojati dijagnoze i na Osi I i Osi II. Stanje na Osi I ili na Osi II koje dovodi bolesnika psihijatru ili u bolnicu naziva se glavna ili vodeća dijagnoza.

Os III: Tjelesni poremećaji ili stanja – ako bolesnik ima neki tjelesni poremećaj, npr. cirozu, to se navodi na ovome mjestu.

Os IV: Psihosocijalni problemi ili problemi s okolinom – opisuje se trenutni stres u bolesnikovu životu: rastava, ozljeda, smrt bliske osobe.

Os V: Opća procjena funkcioniranja (GAF- Global assessment of functioning) – ocijeniti stupanj najviše razine socijalnog, radnog i psihološkog funkcioniranja bolesnika.

Primjer dijagnoze u DSM-IV može biti nešto nalik na sljedeće:

Os I Shizofrenija, katatonog tipa

Os II Granični poremećaj ličnosti

Os III Hipertenzija

Os IV Psihosocijalni problemi: smrt majke

Os V Sadašnja opća prosudba funkcioniranja: 30 (na ponašanje utječe demencija)

Nakon postavljanja dijagnoze potrebno je odrediti još četiri područja:

1. Psihodinamska formulacija – odrediti mehanizme obrane koji se rabe za kontrolu anksioznosti i navesti psihološke čimbenike, uključujući precipitirajuće događaje, koji doprinose razvoju bolesti.
2. Diferencijalna dijagnostika – navesti druge duševne i tjelesne poremećaje koji se trebaju isključiti.
3. Prognoza – opisati tijek bolesti i očekivani ishod na temelju anamneze, psihičkog statusa i dobrih ili loših prognostičkih čimbenika.
4. Plan liječenja – opisati način liječenja, tj. psihoterapija, medikamentozno liječenje, mijenjanje ponašanja, hospitalizacija; savjetovati se sa psiholozima, socijalnim radnicima, savjetnicima za profesionalnu orijentaciju. Ocijenite bolesnikovu suradnju, vjerodostojnost, prosudbu, uvid i inteligenciju, te njihov utjecaj na ishod liječenja.³

3. LIČNOST

Kako bi bolje shvatili što je to poremećaj ličnosti u ovom poglavlju ćemo se baviti ličnosti općenito. Bit će objašnjeno što je to ličnost, koji su to tipovi ličnosti te objasniti razliku između osobnosti i ličnosti.

Na početku valja istaknuti kako ne postoji jedinstvena definicija ličnosti. Veliki broj psihologa se bavio upravo ovom tematikom te je svaki od njih iznio svoje tumačenje o tome što je to zapravo ličnost. No nismo li i mi zapravo na određeni način psiholozi ličnosti? Svatko od nas je znatiželjan u ličnosti koje drugi ljudi posjeduju i koje posjedujemo i mi sami. Svatko od nas se koristi karakteristikama ličnosti kako bi objasnili svoje ponašanje i ponašanje drugih.

Postavljanje definicije za nešto tako složeno kao što je ljudska ličnost vrlo je teško. Autor prvog udžbenika o ličnosti navodi ovu definiciju. Ličnost je ključni dio psihičkog života pojedinca, ali i čovjekove prirode uopće. Ona je dinamična organizacija psihofizičkih sustava unutar pojedinca koji određuju njegove jedinstvene prilagodbe okruženju u kojem se nalazi.

Jedna od najpoznatijih teorija glasi: *Ličnost je skup psihičkih osobina i mehanizama unutar pojedinca koji su organizirani i relativno trajni, te utječu na interakcije i adaptacije pojedinca na intrapsihičku, fizičku i socijalnu okolinu.* Psihičke osobine su karakteristike koje opisuju načine na koje se ljudi međusobno razlikuju. Definicija ličnosti naglašava da se izvori ličnosti nalaze unutar pojedinca, te da je ličnost stoga stabilna kroz vrijeme i u određenoj mjeri konzistentna u različitim situacijama. Naglašavanje sila koje utječu, u definiciji ličnosti znači da crte i mehanizmi ličnosti mogu utjecati na živote ljudi. Oni utječu na to kako se ponašamo, kako vidimo sami sebe ili kako razmišljamo o svijetu oko sebe, u kakvim smo odnosima s drugim ljudima, kako se osjećamo, kako biramo okolinu (osobito našu socijalnu okolinu).⁶

Ličnosti nije sinonim za osobnost, ličnost je širi pojam od osobnosti te ih treba razlikovati.

Ličnost je kompletna psihička struktura koja obuhvaća emocionalne i kognitivne odnose, oblike doživljavanja i reagiranja, temperament, moralne osobine i karakter. Ona obilježava sveobuhvatnu psihu te uključuje temperament, karakter, sposobnosti, uvjerenja, interese, stavove, vrijednosti, motive. Ličnost je u psihičkome smislu cjelokupnost neke osobe, njezina sveobuhvatna psihička cjelina.

Prema pisanju Hrvatskog općeg leksikona ličnosti je sveukupnost osobina, svojstava i ponašanja kojima se ljudska individualnost postojano izdvaja i odlikuje između drugih pojedinaca određene zajednice.⁴

Osobnost ne pokriva sve aspekte koji su sadržani u konceptu ličnosti. Osobnost su neke osobne značajke pojedinca po kojima se on razlikuje od drugih. Te se značajke odnose samo na neke aspekte ličnosti. Po njima je pojedinac prepoznatljiv svojoj socijalnoj okolini (npr. on je povučen, sklon opširnom izlaganju, teatralno se izražava, brzo reagira, bahat je).

Svatko ima osobine ličnosti, koje mogu, ali ne moraju biti promijenjene. Ako je određena crta ličnosti izrazito, prisutna i dovodi do smetnji u funkcioniranju osobe ili u njezinu kontaktu s okolinom, riječ je o tkz. poremećaju ličnosti.

Poremećaj osobnosti *per definitionem* ne postoji u psihijatrijskom smislu (jer je svaka osobnost unikatna, a sve su osobnosti međusobno drukčije). Moglo bi se reći da nema dviju jednakih osobnosti (jer nema ni dviju jednakih osoba), ali dvije jednake ličnosti (ili više njih) postoje, kao što postoji više jednakih poremećaja ličnosti.¹

U nastavku će biti pojašnjene fenomenološka i faktorska teorija ličnosti pošto su one bavile poremećajem ličnosti.

3.1. FENOMENOLOŠKA TEORIJA LIČNOSTI

Tu je teoriju postavio C.R. Rogers. On smatra da je čovjek po svojoj prirodi pozitivno biće, a temelj je njegova djelovanja dobrota. Osobi treba omogućiti da se razvija na temelju vlastitih (urođenih) mogućnosti. Rogers ne negira nesvjesno, ali veće značenje pridaje svjesnom (fenomenološkom) dijelu ličnosti. On opisuje tri djela ličnosti: organizam, fenomenološko polje i vlastito *ja*. Organizam je sjedište iskustva pojedinca. Cjelokupno iskustvo (ili doživljavanje) jest sve ono što je dostupno svijesti, a odigrava se unutar organizma. Doživljavanje vanjske stvarnosti (zajedno s doživljavanjem unutar organizma) tvori fenomenološko ili pojavno polje pojedinca. Fenomenološko polje ima svjesni (simbolizirani) i nesvjesni (nesimbolizirani) dio. Vlastito *ja* najvažniji je dio ličnosti i obuhvaća opažanja samog sebe, o samom sebi i odnosa samog sebe prema drugima.

Značajni koncepti pojma o sebi jesu svijest o postojanju ("ja jesam") i svijest o funkciji ("ja mogu"). Sve to čini realno *ja*, za razliku od konstrukta idealno *ja*. To je pojam o tome kakva bi osoba željela biti. Nesklad između tih dvaju određenja uzrokuju nezadovoljstvo pojedinca, ali stvara i različite smetnje ponašanja. Ako postoji nesklad između sustava organizma (iskustva) i vlastitog *ja* (pojma o sebi) mogu nastati psihički poremećaji. Psihoterapija proizašla iz ovog koncepta temelji se na nedirektivnim terapijama. Svaki pojedinac ima urođenu sklonost razvitku vlastitih mogućnosti te sposobnost mijenjanja vlastite ličnosti. Stoga se u terapiji ne treba klijenta mijenjati, nego mu treba objasniti i "vratiti natrag ono što je rekao. Kasnije se ove terapije od nedirektivnosti usmjeravaju na klijenta (Rogersova psihoterapija usmjerena na klijenta).⁸

3.2. FAKTORSKA TEORIJA LIČNOSTI

Ovo nije jedinstvena teorija, ona obuhvaća više različitih faktorsko-analitičkih teorija ličnosti. One se temelje na rezultatima objektivnih mjerenja i na matematičkim postupcima faktorske analize tih rezultata. Ljudska se ličnost u svojoj složenosti promatra i objašnjava kroz manji broj njezinih dijelova. To su ekstrahirane latentne dimenzije kojima se opisuje ličnost.

3.2.1. TEORIJA LIČNOSTI PREMA CATTELLU

R.B. Cattell osnovne sastavnice ličnosti naziva osobinama ličnosti. Postoje dvije vrste strukturnih osobina ličnosti, površinske i izvorne. Površinske osobine ličnosti vezane su uz specifično ponašanje u specifičnim situacijama. Kako se mijenjaju ponašanja mijenjaju se i ove osobine ličnosti. Izvorne osobine nisu povezane sa situacijom. One su trajn(ij)e i bitne za određenje pojedinice ličnosti i njezino ponašanje u budućnosti.

Cattell smatra da su okolinske osobine povezane s okolinom i uvjetovane njome, konstitucijske su osobine određene naslijeđem, dinamičke osobine potiču na aktivnost, a osobine temperamenta oblikuju emocionalne načine reagiranja.

Postoji 16 strukturnih sastavnica ličnosti, odnosno izvornih osobina koje opisuju ličnost, a upitnik za mjerenje ovih osobina jest 16 PF (*Personality Factors*). Ličnost se, po Cattellu, razvija međuodnosom naslijeđa i procesa učenja (klasično, instrumentalno i integrativno

učenje), a poremećaji ličnosti nastaju u naslijeđenim sklonostima za doživljavanje psihičkih trauma i sukoba.^{1, 7}

3.2.2. TEORIJA LIČNOSTI PREMA EYSENCKU

H. J. Eysenck pronalazi sastavnice ličnosti koje su općenitog karaktera, čine temeljne dimenzije ličnosti, a prisutne su u najvećem broju pojedinaca. Eysenck je opisao četiri razine ličnosti. Od najnižeg prema najvišem stupnji, to su: specifične pojedinačne reakcije, uobičajena (habitualna) ponašanja koja se ponavljaju u određenim situacijama, osobne ličnosti (interkorelacije između dvaju ili više habitualnih ponašanja) i tipovi ličnosti (interkorelacije između osobina ličnosti).

Postavio je teoriju o dvjema dimenzijama ličnosti: ekstraverzija – introverzija i neuroticizam – emocionalna stabilnost. U kasnijim istraživanjima na psihijatrijskim bolesnicima došao je do treće dimenzije, a to je psihoticizam. Upitnik koji mjeri te dimenzije ličnosti jest EPQ (*Eysenck Personality Questionnaire*). Prema Eysencku, u nastanku ličnosti naslijeđe je samo temelj, a konačnu ulogu u tome koji će tip ličnosti nastati ima okolina. Pri tome važno mjesto imaju učenje i socijalizacija. Kako isti principi vrijede i za poremećaje ličnosti, bihevioralni pristup po Eysencku najprimjereniji i u terapiji.^{1, 7}

3.2.3. PETODIMENZIONALNI MODEL LIČNOSTI

Eysenckov su koncept dopunili P. Costa i R. McCrae, stvorivši petofaktorski model za opis i procjenu ličnosti, tzv. *big five* konstrukt. Tih pet velikih faktora jesu neuroticizam (sklonost anksioznim, ljutitim i depresivnim osjećajima), ekstraverzija (sklonost asertivnosti, aktivnosti i druženju s drugim), otvorenost (prema novim iskustvima i doživljajima), ugodnost (usmjerenost na pozitivne i pomažuće interakcije s drugim ljudima) i savjesnost (sklonost ustrajnom i pouzdanom ponašanju u realiziranju ciljeva). Na osnovi ovog koncepta stvoren je test ličnosti NEO-PI (*Neuroticism-Extroversion-Openness Personality Inventory*).

3.2.4. DIMENZIJE LIČNOSTI PO CLONINGERU

C. R. Cloninger je opisao tri obilježja ličnosti koja su određena genetsko-neurobiološkom podlogom. To su traganje za novim (engl. *novelty seeking*), izbjegavanje štete, odnosno svega što izaziva tjelesnu ili psihičku bol (engl. *harm avoidance*) i ovisnost o nagradi (engl. *reward*

dependence). Traženje novoga povezano je s niskom dopaminergičkom aktivnošću, ovisnost o nagradi s niskom noradrenergičkom aktivnošću, a izbjegavanje štete s povećanom serotoninergičkom aktivnošću.

Kombinacija ovih obilježja dovodi do specifičnih poremećaja ličnosti (npr. antisocijalna ličnost ima značajno izraženu dimenziju traženja novoga, a niske dimenzije izbjegavanja štete i ovisnost o nagradi). Za njihovo otkrivanje i mjerenje stvorio je upitnik, TPQ (*Tridimensional Personality Questionnaire*). Poslije je dodao i četvrtu dimenziju – upornost. Cloninger je obilježja ličnosti svrstao u temperament, a uveo je i tri dimenzije karaktera: samovođenje (engl. *self-directedness*), suradnja (engl. *cooperativeness*) i nadilaženje samog sebe (engl. *self-transcendence*).^{1, 7}

3.3. POREMEĆAJ LIČNOSTI

Poremećaj ličnosti pojavljuju se kao poremećaji doživljavanja vlastite ličnosti i kao poremećaji ličnosti u užem smislu (zasebni entiteti, poremećaji "sami po sebi", nazivaju se i specifičnim poremećajima ličnosti).

3.3.1. POREMEĆAJ DOŽIVLJAVANJA VLASTITE LIČNOSTI

Podvojena ličnost (dvostruka ličnost, višestruka ličnost, dvostruka svijest, alternacija svijesti) stanje je u kojem postoji dvostruka svijest. Izmjenjuju se svijest i identitet sa sviješću neke druge osobe (ili čak životinje). Postoji osnovni (domaći) i drugi (alter) identitet. Iako jedna osoba "ne zna" za postojanje druge identitet može znati nešto o osnovnoj ličnosti (ali ne i obrnuto).

Ova alternacija svijesti iznimno je rijetka, pojavljuje se prije svega kao disocijativni poremećaj (rijetko u shizofreniji i epilepsiji), a treba je razlikovati od disocijativne fuge. U podvojenoj ličnosti se dvije (ili više) ličnosti "izmjenjuju", a u disocijativnoj fugi kratkotrajno se javlja nova ličnost (identitet).

Depersonalizacija (lat. *depersonalizatio*) je mnogo češća pojava. U njoj osoba drugačija doživljava sebe, svoj izgled, svoje tijelo ("vidi" promjene na sebi koje ne postoje). Bolesnik

gubi svoj identitet jer sebe osjeća i doživljava kao drugu (tuđu) osobu. Može se pojaviti samostalno ili s derealizacijom.

Derealizacija (lat. *derealisatio*) je nestvarno doživljavanje okoline, stvarnosti, predmeta i ljudi. To primarno nije poremećaj vlastite ličnosti, nego doživljavanja okoline. Budući da se rijetko pojavljuje samostalno, a obično je udružen s depersonalizacijom, s njom se i opisuje. Depersonalizacija i derealizacija, osim kod disocijativnih (konverzivnih) poremećaja, pojavljuju se u shizofreniji, a rjeđe i u depresiji. Ta se stanja mogu pojaviti nakon uzimanja psihoaktivnih tvari, kod senzorne i deprivacije spavanja.

Transformacija ličnosti (lat. *transformatio*) depersonalizacija je pri kojoj se osnovni identitet izgubio, a osoba je poprimila novi. Ona se stalno ponaša kao neka druga osoba. Ovo stanje treba razlikovati od alternirajuće svijesti kod višestruke (podvojene) ličnosti.

Tranzitivizam (lat. *transitivismus*) pripisivanje je svojih doživljaja nekom drugom. Transformacija i tranzitivizam se pojavljuju u shizofreniji.

Autizam (grč. *autismus*) je poremećaj doživljavanja vlastite ličnosti i vanjskog svijeta. Osoba se povlači u sebe, doživljava se potpuno odvojeno od svijeta oko sebe, "sama je sebi dovoljna". Doživljavanja autističnog bolesnika njegov su jedini i pravi realitet. Autizam je shizofreni simptom, iako se u blažem obliku može pojaviti kod poremećaja ličnosti. Ovaj fenomen treba odvojiti od autizma dječje dobi, što je zaseban entitet.¹

3.3.2. POREMEĆAJ LIČNOSTI U UŽEM SMISLU

Ti specifični poremećaji ličnosti se mogu dijagnosticirati kao zasebni entiteti (*sui generis*). Riječ je o dominaciji određenih crta ličnosti ("karakternih") koje "prekrivaju" ostale značajke te osobe. Ovisno o dominirajućem simptomu poremećaji dobivaju ime (anksiozni, narcistički, opsesivno-kompulzivni...).

Kako bi neka značajka ličnosti svojim intenzitetom i kvalitetom "postala" poremećaj ličnosti, trebaju biti zadovoljeni određeni uvjeti (tzv. "3 p kriteriji"). Ponašanje treba biti patološko (odstupajuće od očekivanog), perzistirajuće (često prisutno tijekom razdoblja od najmanje 5 godina) i pervazivno (jasno uočljivo u različitim situacijama).

Poremećaji ličnosti dijele se na anksiozne, ekscentrične i dramatične poremećaje ličnosti.

Anksiozni poremećaji ličnosti su anksiozni (izbjegavajući), ovisni i anankastični (opsesivno-kompulzivni) poremećaj ličnosti.

Ekscentrični poremećaj ličnosti su paranoidni, shizoidni i shizotipni poremećaj ličnosti.

Dramatični poremećaj ličnosti su granični (*borderline*), narcistički, histrionski i disocijalni (antisocijalni) poremećaj ličnosti.

U poremećaje ličnosti u užem smislu mogu se svrstati i trajne promjene ličnosti (nakon katastrofičnih doživljavanja, psihijatrijske bolesti ili ozljede mozga).

4. POREMEĆAJ LIČNOSTI

Neki autori poremećaj ličnosti nazivaju i specifičnim poremećajem ličnosti jer kategorija "poremećaji ličnosti" obuhvaća još i mješovite i ostale poremećaje ličnosti, trajne promjene ličnosti (neorganske), poremećaje navika i nagona, poremećaje spolnog identiteta, poremećaje seksualne sklonosti (parafilije) te poremećaje povezane sa seksualnim razvitkom i orijentacijom. Ovaj rad će se baviti tim specifičnim poremećajima ličnosti.

Prožimajući, perzistirajući, neprilagođeni modeli ponašanja koji su duboko ukorijenjeni i koji se ne mogu pripisati poremećaju na Osi I, poremećaju na Osi III, i ne mogu se smatrati teškoćama u prihvaćanju kulturološke uloge. Poremećaji crta ličnosti, a ne stanja. Neprilagođene crte ličnosti mogu biti ponašajne, emocionalne, kognitivne, perceptivne ili psihodinamske.³

Iz definicije vidimo kako moraju biti zadovoljeni tzv. "3 p" kriteriji kako bi se uopće moglo govoriti o poremećaju ličnosti. Dakle, ponašanje mora biti patološko (odstupajuće od očekivanog), perzistirajuće (učestalo prisutno tijekom razdoblja od najmanje 5 godina) i pervazivno (jasno vidljivo u različitim situacijama).

Ovi su poremećaji tvrdokorna i neprilagođena ponašanja, suprotstavljena emocionalnim, socijalnim, profesionalnim i svim drugim odnosima. Osoba s poremećajem ličnosti ima znatni osobni distres (ona "pati"), ali izvor vidi izvan sebe. Zbog toga rijetko traži pomoć, a češće to čini okolina, koja zbog njezina ponašanja, neprilagođenosti, agresivnosti i sl. može doživljavati veću patnju od osobe s tim poremećajem. Osobe s poremećajem ličnosti mogu biti naporne i "teške" za svoju okolinu toliko da se izbjegavaju. To opet dovodi do teškog uspostavljanja novih

odnosa i osoba se nađe izolirana. Izoliranosti osobe pridonosi njezina nepouzdanost, neodgovornost, tvrdoglavost, sklonost naglim i neočekivanim reakcijama.¹

Prema DSM-IV poremećaji ličnosti razvrstani su u tri skupine (klastera). Svaka od ovih skupina sadržava međusobno srodne poremećaje ličnosti. Ekscentrični poremećaji ličnosti (klaster A) obuhvaćaju paranoidne, shizoidne i shizotipne poremećaje ličnosti. Dramatični (klaster B) jesu disocijalni (antisocijalni), granični (*borderline*), narcistički i histrionski poremećaji ličnosti. Među anksiozne poremećaje (klaster C) stvrstavaju se opsesivno-kompulzivni, izbjegavajući i ovisni poremećaji ličnosti.²

Epidemiologija. Učestalost svih poremećaja ličnosti u općoj populaciji prelazi 15 %. No, specifičnih poremećaja ličnosti ima između 6-9%. Pojavljuju se rano (u adolescenciji, pa i prije) i nastavljaju se u odrasloj dobi. Općenito, žene i muškarci su jednako pogođeni. Obiteljska anamneza – česta je nespecifična anamneza psihijatrijskih poremećaja. Kod nekih poremećaja ličnosti utvrđen je djelomičan genetski prijenos.^{1,3}

Etiologija. Biološka tumačenja upućuju na nasljednu osnovu nekih poremećaja ličnosti. Konkordantnost (zajedničko pojavljivanje) poremećaja ličnosti veća je u jednojajčanih blizanaca (bez obzira na to jesu li odgajani zajedno ili odvojeno) nego u dvojajčanih blizanaca. Osobe s ekscentričnim poremećajima u odnosu na one s drugim poremećajima imaju više rođaka oboljelih od shizofrenije (ali vrijedi i suprotno)

Uz genetsku povezanost ovih poremećaja ličnosti i shizofrenije prisutne su i druge "sličnosti". Tako su u ove dvije skupine poremećaja utvrđene istovjetne metaboličke promjene u frontalno i temporalnom režnju, slične elektrofiziološke promjene, kognitivna odstupanja (oslabljeno radno pamćenje, smanjen verbalni IQ, nesnalaženje u prostoru).

Zbog ovih činjenica stvoren je koncept o zajedničkom ishodištu tih poremećaja te se govori o skupu (spektru) srodnih dijagnostičkih entiteta. Shizofreniji bliski poremećaji čine shizofreni ili shizoidni spektar (engl. *schizophrenia spectrum disorder*, *schizoid spectrum disorder*). U njega ulaze svi ekscentrični poremećaji ličnosti (klaster A) i shizofrenija. Na sličan je način predložen spektar bipolarnih poremećaja (engl. *bipolar disorder spectrum*) koji obuhvaća granični poremećaj ličnosti i bipolarni afektivni poremećaj. Temelj za ovakvo "udruživanje" jest u opažanju kako pojedinci s dramatičnim poremećajima ličnosti pokazuju brze promjene raspoloženja, a u svojoj obitelji imaju češće pojave poremećaja raspoloženja. Bolesnici s anksioznim poremećajima ličnosti imaju više srodnika s anksioznim i opsesivno-kompulzivnim poremećajima nego što se vidi u općoj populaciji. Tako je nastao i koncept spektra socijalne

anksioznosti (eng. *social anxiety spectrum*) koji obuhvaća izbjegavajući poremećaj ličnosti i socijalnu fobiju.

U nekim poremećajima ličnosti nađene su neurotransmitske promjene (smanjena razina MAO, dopamina i serotonina). Zahvaćenost serotoninergičkog sustava kod dijela bolesnika s poremećajem ličnosti vidi se u dramatičnom poboljšanju nakon primjene serotoninergičnih antidepresiva. U nekih osoba s tim poremećajima uočen je i porast koncentracije testosterona te patološki deksametazonski test. EEG studije pokazale su nespecifične promjene kod nekih poremećaja ličnosti (graničnog i disocijalnog poremećaja ličnosti).

Psihodinamska tumačenja polaze od tvrdokornog ponašanja (bez uvida), prenaplašenosti otpora i rigidnih mehanizma obrane. Najčešće se koriste disocijacija, pasivna agresija, projekcija, projektivna identifikacija, rascjep te nagla motorička aktivnost u obliku motoričkog "ispada" (engl. *acting out*). Disocijacija je negiranje (engl. *denial*, poricanje) realnosti. Njome se dolazi u promijenjeno stanje svijesti te se osoba "isključuje" iz stvarnosti. Može se pojaviti kao amnezija, fuga, neprepoznavanje osoba i situacija. Pasivna agresija označuje okretanje vlastite ljutnje i nezadovoljstva protiv sebe. Riječ je o (neseksualnom) mazohizmu kada osoba sebe okrivljuje, ponižava, a može imati i ozbiljne autodestruktivne porive. Projekcija je pripisivanje vlastitih (obično neprijateljskih) osjećaja drugima. Projektivna identifikacija česta je u graničnim poremećajima ličnosti. Sastoji se od projekcije vlastitih osjećaja na drugu osobu, "prisiljavanja" da ova to prihvati. Ako se to dogodi, javlja se zajednički osjećaj jedinstva i sklada. Rascjep (engl. *splitting*) nastaje kada se ljudi prema kojima postoji ambivalencija dijele na "dobre" i "loše". Bolesnik tako neke osobe idealizira, a druge podcjenjuje i ponižava. Acting out je nagla aktivnost (obično motorička) koja odudara od stvarnosti, može biti autoagresivno i heteroagresivno ismjerena, a pri tome osoba nije kadra shvatiti što čini.¹

Liječenje. Premda liječenje ovisi o vrsti poremećaja osobnosti, vrijede neka opća pravila. Obitelj i prijatelji se mogu ponašati tako da, ili pojačavaju ili ublažavaju bolesnikovo problematično ponašanje ili misli, tako da njihovo uključivanje pomaže i često je od osnovne važnosti. Treba poduzeti rani pokušaj da osoba shvati kako osnova problema zapravo leži u tome tko je ona sama. Drugo pravilo je da liječenje poremećaja osobnosti traje dugo. Kako bi takve osobe postale svjesne svojih obrambenih mehanizama, uvjerenja i neprilagođenih načina ponašanja, obično su potrebna ponavljana suočavanja dugotrajnom psihoterapijom ili grupnom terapijom.

Budući da je poremećaje osobnosti posebno teško liječiti, važni su terapeuti s iskustvom, entuzijazmom i razumijevanjem bolesnikovih očekivanih područja emocionalne osjetljivosti, te uobičajenog načina nošenja s njima. Samo ljubaznost i usmjeravanje ne liječe poremećaje osobnosti. Liječenje poremećaja osobnosti može uključivati kombinaciju psihoterapije i lijekova. Međutim, simptomi baš ne odgovaraju na lijekove.

Prvi je cilj ublažavanje anksioznosti ili depresije, te lijekovi mogu biti od pomoći. Smanjenje okolišnog stresa također može brzo ublažiti takve simptome. Poremećaji prilagođivanja poput bezobzirnosti, društvene izdvojenosti, nedostatka upornosti ili napada bijesa mogu se tijekom mjeseci promijeniti. Učinkoviti su i grupno liječenje i promjena ponašanja, ponekad u okviru dnevne bolnice ili boravka u njoj. Prilikom promjene društveno nepoželjnih ponašanja također može pomoći sudjelovanje u grupama za samopomoć ili obiteljskom liječenju. Kod graničnog, antisocijalnog ili izbjegavajućeg poremećaja osobnosti najvažnije su promjene ponašanja. Dijalektička bihevioralna terapija (DBT) se pokazala učinkovitom kod graničnog poremećaja osobnosti. DBT, koja obuhvaća tjednu pojedinačnu i grupnu psihoterapiju kao i telefonski kontakt s terapeutom između zakazanih sastanaka, ima za cilj da pomogne bolesniku pri razumijevanju vlastitog ponašanja i da ga nauči rješavanju problema i prilagođivanju. U osoba s graničnim i izbjegavajućim poremećajem osobnosti vrlo je učinkovita psihodinamska terapija. Važna sastavnica ovih oblika liječenja je pomaganje bolesnicima s poremećajem osobnosti da reorganiziraju svoje osjećaje te da razmišljaju o učincima koje njihovo ponašanje ima na druge.

Za promjenu međuljudskih (interpersonalnih) problema, poput ovisnosti, nepovjerenja, oholosti i manipulativnosti, obično treba >1 god. Kamen temeljac za postizanje međuljudskih (interpersonalnih) promjena je individualna psihoterapija koja pomaže bolesniku da shvati izvor svojih međuljudskih problema. Terapeut mora opetovano naglašavati neželjene posljedice bolesnikovih misli i ponašanja te ponekad mora postaviti i granice bolesnikovom ponašanju. Takva je terapija esencijalna kod histrionskog, ovisničkog ili pasivno–agresivnog poremećaja osobnosti.

Za neke bolesnike s poremećajima osobnosti kod koji su pristupi, očekivanja i uvjerenja mentalno organizirani (npr. narcisoidni ili opsesivno–kompulzivni tipovi), preporučljiva je psihoanaliza (obično traje ≥ 3 god).¹⁰

Komorbiditet. Ova stanja dolaze u komorbiditetu s nizom drugih poremećaja. To su ovisnosti, nasilničko ponašanje, smetnje nagona (poglavito spolnog), anksiozni i poremećaji raspoloženja, poremećaji prilagodbe (PTSP), psihoze.¹

4.1. EKSCENTRIČNI POREMEĆAJI LIČNOSTI

4.1.1. PARANOIDNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Taj poremećaj (F60.0) obilježava nepovjerenje u okolinu, strah i opasnost od drugih ljudi i situacija te njihovo izbjegavanje.

Epidemiologija. Učestalost paranoidnog poremećaja ličnosti u općoj je populaciji 0,5 do 2,5%. Češće se javlja u muškaraca te u manjinskim grupama (izbjeglice, useljenici).

Etiologija. Psihodinamsko tumačenje temelji se na projekciji kao mehanizmu obrane. Osoba ne priznaje vlastite osjećaje kao svoje i pripisuje ih drugima. Obično je riječ o neprijateljskim osjećajima, suprotstavljanjima, konfliktima. Kognitivne teorije objašnjavaju da osobe s ovim poremećajem vide svijet u dimenzijama sramote i poniženja, a pogreške i teškoće pripisuju drugima. Postoje tri temeljna vjerovanja koja određuju doživljavanje i ponašanje ljudi s paranoidnim poremećajem ličnosti : - ljudi su zlonamjerni

- ljudi će me napasti čim budu u prilici

- bit ću u redu samo ako sam oprezan.

U nastanku paranoidnog poremećaja ličnosti određenu ulogu ima nisko samopoštovanje, osjećaj manje vrijednosti, podređenost i sram. Pojava poremećaja povezuje se s roditeljskim odbacivanjem, neprihvatanjem od okoline, boravkom u drugim sredinama (nepoznavanje jezika). Poremećaj se češće javlja u ljudi koji su na bilo koji način tjelesno oštećeni (gluhoba).

Komorbiditet. Ovaj poremećaj može se javiti s drugim poremećajima ličnosti (shizoidni, shizotipni, izbjegavajući poremećaj).

Klinička slika. U ljudima s tim poremećajem javlja se stalna anksioznost, pretjeran oprez u različitim situacijama i njihovo izbjegavanje, osjetljivost na nepravdu, zapostavljanje i zanemarivanje, neopraštanje, nezaboravljanje uvreda, sumnjičavost, nepovjerljivost, tumačenje neutralnih ili prijateljskih postupaka kao neprijateljskih, borbena zastupanje svojih prava. Oni pretpostavljaju da će ih netko povrijediti, iskoristiti, nauditi im na bilo koji način. Pronalaze "skrivena" značenja, stalno nekomu nešto zamjeraju, pamte kada im je netko nešto rekao ili učinio ("zlopamtila"), pa se žele osvetiti, ljubomorni su bez razloga. ¹

Diferencijalna dijagnoza.

a) Sumanuti poremećaj – bolesnik ima sumanosti kojih se čvrsto drži

b) Paranoidna shizofrenija – prisutnost halucinacija i formalnih poremećaja mišljenja

c) Shizoidni, granični i antisocijalni poremećaj ličnosti – bolesnik ne pokazuje sličnu aktivnu uključenost u veze s drugima

Tijek i prognoza. Različita, ovisno o snazi ličnosti dotične osobe i o životnim okolnostima; moguće komplikacije jesu sumanutni poremećaji, shizofrenija, depresija, anksiozni poremećaji. Općenito govoreći, bolesnik ima doživotne probleme što se tiče života i rada s drugima.

Liječenje.

a) Rijetko se daju niske doze antipsihotika, npr. haloperidol 2 mg na dan; anksiolitici, npr. diazepam, za rješavanje agitacije i anksioznosti.

b) Suportivna psihoterapija: otvorenost, dosljednost, izbjegavanje humora, treba podupirati zdrave dijelove ega, te naglašavati realnost.

c) Bolesniku ne pomaže skupna terapija.³

4.1.2. SHIZOIDNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Glavna obilježja shizoidnog poremećaja ličnosti (F60.1) jesu introvertiranost, povlačenje od uzbuđenja i distanciranost od društva.

Epidemiologija. U općoj populaciji učestalost je od 0,8 do 1,8%. Dvostruko češće pojavljuje se u muškaraca nego u žena.

Etiologija. Uzroci ovog poremećaja leže u ranom odgoju i odnosu s roditeljima. Pretpostavlja se kako je odbacivanje ili zlostavljanje od strane roditelja bitno za pojavu poremećaja. U takvoj situaciji dijete nije u mogućnosti izraziti ili primiti ljubav, što je temelj za shizoidnu poziciju. Ovaj se poremećaj može nastaviti na autizam dječje dobi.

Komorbiditet. Shizoidni se poremećaj najčešće pojavljuje s izbjegavajućim i shizotipnim poremećajima ličnosti. Oko 50% osoba s izbjegavajućim poremećajima ličnosti i 38% osoba sa shizotipnim poremećajem ličnosti ima i shizoidni poremećaj ličnosti.

Klinička slika. Osobe su povučene, suzdržane, šutljive. One su emocionalno hladne i udaljene, rezervirane u kontaktima, nezainteresirane za okolna zbivanja, otuđuju se od drugih ljudi. Zaokupljene su vlastitim mislima, sanjarenjem, maštanjem, skloniji su planiranju nego konkretnom djelovanju. Žive u svojem izoliranom svijetu (i doslovno, jer žive odvojeno od

drugih). U taj svijet druge ne pripuštaju ili to čine rijetko. Mogu imati površne društvene kontakte ili izaberu osobu s kojom su bliskiji, a druge zanemaruju. Biraju poslove i radno vrijeme u kojima ne dolaze u kontakt s drugim ljudima. Ako prekinu emocionalnu vezu, teško ostvaruju novu. Pokazuju minimalan raspon izražavanja emocija. Ne pokazuju odstupanja u percepciji, mišljenju i doživljavanju ¹

Diferencijalna dijagnoza.

- a) Paranoidni poremećaj ličnosti – bolesnik je uključen u veze s drugima.
- b) Shizotipni poremećaj ličnosti – bolesnik ima čudno i ekscentrično ponašanje.
- c) Izbjegavajući poremećaj ličnosti – bolesnik je izoliran, ali želi imati veze s drugim ljudima.

Tijek i prognoza. Moguće su komplikacije: Sumanuti poremećaj, shizofrenija, druge psihoze.

Liječenje.

- a) Bolesnicima mogu pomoći niske doze antipsihotika, npr. haloperidol 2 mg na dan.
- b) Suportivna psihoterapija – usmjerena na veze s drugima, prepoznavanje emocija.
- c) Skupna psihoterapija
- d) Moguća okolinska terapija kod neki bolesnika. ³

4.1.3. SHIZOTIPNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Shizotipni poremećaj ličnosti (F21) obuhvaća čudno, neobično, ekscentrično ponašanje. Takve osobe su čudaci, osobenjaci, ekscentrici.

Epidemiologija. Učestalost je u općoj populaciji 0,6 do 3%. Podjednake je spolne zastupljenosti, uz napomenu da u žena prevladavaju negativni simptomi, a u muškaraca pozitivni.

Etiologija. Postoji biološka (prije svega genetska) sličnost s drugim sindromima u shizofrenome spektru. Psihološka su tumačenja slična kao u shizofreniji (pretjerana briga, rigidni odgoj, zanemarivanje i zlostavljanje u djetinjstvu).

Komorbiditet. Ovaj poremećaj najčešće pojavljuje se shizoidnim poremećajem ličnosti. Moguća je i pojava paranoidnog poremećaja ličnosti, graničnog poremećaja ličnosti i depresivnih poremećaja.

Klinička slika. Osobe sa shizotipnim poremećajem ličnosti čudnog su izgleda (u smislu odijevanja), držanja, ponašanja, mišljenja, govora. Obično se povlače iz društva, nemaju prijatelja, ne ulaze u emocionalne veze. U shizotipnom poremećaju mogu se javiti praznovjerje, magijsko mišljenje, dječje fantazije i strahovi. Katkada postoji osjećaj vidovitosti, predviđanja, pseudofilozofske interpretacije i interpretacije o zdravom životu, meditaciji, rješavanju globalnih problema. Kadšto (obično u situaciji stresa) osobe s tim poremećajem razviju psihotičnu sliku (sumanute misli, halucinacije). Ovo je pogoršanje prolazno i kratko. ¹

Diferencijalna dijagnoza.

- a) Paranoidni poremećaj ličnosti – nema ekscentričnosti.
- b) Shizoidni poremećaj ličnosti – nema ekscentričnosti.
- c) Granični poremećaj ličnosti – upadljive emocije, srdžba, impulzivnost.
- d) Shizofrenija – izgubljena je sposobnost provjere realnosti.

Tijek i prognoza. Pri prognoziranju valja biti oprezan. Iako je veći dio osoba živi prihvaćeno od strane okoline, oko 10 % osoba počinu samoubojstvo. Moguća je i shizofrena dekompenzacija.

Liječenje.

- a) Farmakološko – koristiti smjernice za liječenje rezidualne shizofrenije (niske doze antipsihotika, npt. haloperidol 2-5 mg na dan; pimozid 2-5 mg na dan; dodati benzodijazepine, npr. dijazepam 2-10 mg na dan).
- b) Suportivna psihoterapija.
- c) Skupna psihoterapija.
- d) Okolinska terapija. ²

4.2. DRAMATIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

4.2.1. DISOCIJALNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Disocijalni poremećaj ličnosti (F60.2) iz MKB klasifikacije odgovara antisocijalnom poremećaju ličnosti iz DSM klasifikacije, odnosno starijem nazivu sociopatski ili psihopatski poremećaj. Glavno mu je obilježje zanemarivanje i nepoštivanje prava drugih ljudi, što se

ogleda u a(nti)socijalnom ponašanju. Premda se osobe s ovim poremećajem ponašaju antisocijalno ili čine kriminalne radnje, ovaj poremećaj nije sinonim za kriminal.

Epidemiologija. Učestalost je 3 % u muškaraca i 1 % u žena. Od 50 do 70 % muških zatvorenika ima ovaj poremećaj. Najčešće se javlja kod ljudi koji žive u siromašnijim gradskim sredinama.

Etiologija. Biološka tumačenja temelje se na naslijeđu koje ima određeni utjecaj u nastanku disocijalnog poremećaja. To se vidi iz činjenice da roditelji i članovi šire obitelji osobe s disocijalnim poremećajem ličnosti također često imaju taj poremećaj. Često se u oboljelih od disocijativnog poremećaja nađu i promjene u EEG-u te blaži neurološki znakovi (što se povezuju s oštećenjima mozga različite etiologije). Psihološke teorije povezuju različite čimbenike s pojavom ovog poremećaja. Glavni prediktori za pojavi disocijativnog poremećaja ličnosti jesu antisocijalno ponašanje i poremećaji ponašanja u djetinjstvu. Većina osoba s disocijativnim poremećajem u djetinjstvu je imala poremećaj ophođenja. Zlostavljanje i zanemarivanje u djetinjstvu česti su predisponirajući čimbenici za nastanak ovog poremećaja.

Komorbiditet. Bolesti ovisnosti, seksualni poremećaji i drugi poremećaji ličnosti mogu se javljati s disocijalnim poremećajem ličnosti.

Klinička slika. Disocijalni poremećaj obilježavaju brze reakcije, impulzivnost, traženje zadovoljavanja vlastitih potreba "sada i ovdje", nebriga o osjećajima drugih, neodgovornost. Ne može se podnijeti frustracija pa se javlja naglo reagiranje. Ljudi s ovim poremećajem često su nepošteni, prevaranti, prebacuju krivnju na druge. Pojedinaac koji ima disocijalni poremećaj može zavarati sugovornika sugovornika, prikazati se mirnom, nekonfliktnom, vjerodostojnom osobom. Ta "fasada" brzo nestaje i otkrivaju se napetost, neprijateljstvo, razdražljivost, bijes, "energičnost u ponašanju". Dijagnoza disocijalnog poremećaja može se postaviti ako se javlja do 15. godine života, a ima najmanje tri od sljedećih simptoma:

- nepokoravanje zakonskim normama
- prijevara, laži, varanja radi ostvarivanja dobiti ili užitka
- impulzivnost i nedostatak planiranja
- razdražljivost i agresivnost
- zanemarivanje vlastite ili tuđe sigurnosti
- nedostatak odgovornosti i konstantnosti u partnerstvu, roditeljstvu, financijama, poslu

- nema grižnje savjesti ¹

Diferencijalna dijagnoza.

- a) Poremećaji uporabe (psihoaktivnih) tvari – može pokazivati antisocijalno ponašanje kao posljedicu zlorabe ili ovisnosti o (psihoaktivnim) tvarima; mogu postojati istodobno.
- b) Duševna zaostalost – antisocijalno ponašanje koje je posljedica oštećenja intelekta i prosudbe; mogu postojati istodobno.
- c) Psihoze – mogu pokazivati antisocijalno ponašanje koje je posljedica psihotičnih sumanutosti; mogu postojati istodobno.
- d) Granični poremećaj ličnosti – česti su pokušaji samoubojstva, samoprezir, te snažne, ambivalentne veze.
- f) Narcistični poremećaj ličnosti – bolesnik krši propise zbog zadovoljenja narcističnih potreba.

Tijek i prognoza. Prognoza ovog poremećaja je različita. Stanje se često značajno popravlja nakon rane ili srednje odrasle dobi. Komplikacije jesu: smrt uslijed nasilja, zloraba (psihoaktivnih) tvari, samoubojstvo, tjelesne ozljede, zakonske i novčane teškoće. Dijagnoza se obično ne postavlja prije 18. godine života.

Liječenje.

- a) Teško
- b) Liječenje zlorabe (psihoaktivnih) tvari često dovodi i do izlječenja antisocijalnih crta.
- c) Katkad su od koristi dugotrajna hospitalizacija ili terapijske zajednice.
- d) Obično je učinkovito bihevioralno liječenje, npr. ponašanje se može modificirati tako da se osobi zaprijeti zakonskim kaznama ili zbog straga od kazne. ³

4.2.2. EMOCIONALNO NESTABILNA LIČNOST

Emocionalno nestabilna ličnost (F60.3) obuhvaća nestabilno raspoloženje, nepredvidljivo ponašanje, impulzivnost i problematične emocionalne odnose. Pojavljuje se u dvama osnovnim oblicima: impulzivni i granični poremećaj ličnosti. Impulzivni tip emocionalno nestabilne ličnosti impulzivnih je i hirovitih reakcija, osoba se ne može obuzdati, ne vodi računa o

posljedicama (ni za sebe, ni za druge). Granični (*borderline*) ustroj ličnosti, osim prethodnih simptoma, obilježavaju brze izmjene raspoloženja, osjećaj praznine, česti suicidalni pokušaji, nestabilnost emocionalnih veza. U DSM klasifikaciji *borderline* je nadređen pojam i označuje poremećaj ličnosti (koji obuhvaća impulsivnu, afektivnu i kognitivnu dimenziju).

Epidemiologija. Učestalost je od 1 do 2 %. Odnos javljanja u žena i muškaraca je 3:1. Neki podatci govore da nema spolnih razlika (žene samo češće traže pomoć).

Etiologija. Etiologiji ovog poremećaja pristupa se višedimenzionalno. Biološke hipoteze o nastanku graničnog poremećaja ličnosti upućuju na genetsku osnovu. Ona se ogleda u činjenici da je poremećaj učestaliji u nekim obiteljima (osobito u onima koje imaju više oboljelih od poremećaja raspoloženja) te češće u jednojajčanih nego dvojajčanih blizanaca. U osoba s graničnim poremećajem ličnosti zapažene su metaboličke promjene u frontalnom režnju i limbičkom području. Nađene su i neurotransmitske promjene u osoba s *borderline* poremećajem. Smanjena je serotoninergička aktivnost u različitim područjima mozga, dok promjene dopaminergičkih sustava nisu nađene u svim istraživanjima. Od psiholoških čimbenika opisuju se štetna iskustva iz ranog djetinjstva. Najčešće se spominje zlostavljanje u dječjoj dobi. Od 60 do 90 % osoba s graničnom strukturom ličnosti u dječjoj je dobi fizički, seksualno i verbalno zlostavljano. Seksualno zlostavljanje smatra se najznačajnijim prediktorskim čimbenikom za razvitak graničnog poremećaja ličnosti. Najkorišteniji mehanizmi obrane slabog *ega* u graničnoj strukturi ličnosti jesu projekcija, projektivna identifikacija, rascjep (*splitting*) i *acting out*. Kognitivna tumačenja upućuju na dihotomiziranje stvarnosti ("crno-bijeli" pogled na sebe i druge) i s tim vezana emocionalna stanja. Bihevioralne hipoteze smatraju da granične ličnosti dolaze iz obitelji koje imaju "sindrom invalidiziranja". Od djeteta se očekuje da bude veselo, a ako nije, to je njegova pogreška. Dijete "iznuđuje" roditeljsku pažnju samo kada je izrazito tužno ili napeto, jer roditelji ne obraćaju pažnju na "male žalosti". Dijete ne stječe emocionalne vještine mirovanja ili udovoljavanja sebi te odrasta u osobu s izrazitim emocionalnim oscilacijama koja ih nije kadra kontrolirati. Socijalna objašnjenja polaze od socijalne dezintegracije. Suvremeno društvo gubi mehanizme kojima mlade ljude hrabri i omogućuje im stjecanje vlastitog identiteta. Pred pojedinca se postavljaju veliki zahtjevi, gubi se osjećaj sigurnosti, tradicionalni se uvjeti mijenjaju. Sve to dovodi do utjecaja na obitelj i rani djetetov razvitak, što se u konačnici povezuje s porastom broja graničnih poremećaja ličnosti.

Komorbiditet. Postoji mogućnost da su prisutni pojedini simptomi histrionskog, narcisoidnog, disocijalnog ili shizotipnog poremećaja ličnosti. Uz granični poremećaj ličnosti najčešće se

javljaju poremećaji raspoloženja (velika depresivna epizoda, bipolarni afektivni poremećaj). Čak 44 % ljudi s graničnim poremećajem ličnosti ima i bipolarni afektivni poremećaj.

Klinička slika. Osobe s graničnim poremećajem pokazuju širok raspon ponašajnih i psiholoških simptoma. Impulzivnost se očituje u autodestruktivnim radnjama. One su katkada same sebi svrha i nisu suicidalno motivirane. Osoba se površno zarezuje, gasi cigarete po koži. Mogu se javiti i suicidalne misli i ozbiljni i ponavljajući pokušaji samoubojstva. Također nastaju ljutnja, bijes, uništavanje predmeta, učestali seksualni odnosi (s nepoznatim osobama, bez zaštite), brza i nesmotrena vožnja, brzo i pretjerano jedenje. Skloni su razvijanju ovisničkog ponašanja. Afektivna dimenzija ogleda se u brzim izmjenama raspoloženja. Osobe se brzo oduševе i brzo razočaraju u emocionalnim i socijalnim odnosima. Česte su depresivne epizode. Kognitivne smetnje vide se u obliku kognitivnih distorzija tipa "sve ili ništa", ljudi su im "dobri ili zli", sve je "ili crno ili bijelo".¹

Diferencijalna dijagnoza.

- a) Psihotični poremećaj – postoje trajna oštećenja sposobnosti testiranja realnosti.
- b) Poremećaji raspoloženja – smetnje raspoloženja obično su nereaktivne. Veliki depresivni poremećaj s netipičnim obilježjima – često predstavlja tešku diferencijalnu dijagnozu.
- c) Promjene ličnosti zbog općeg zdravstvenog stanja – valja tragati za organskim promjenama.
- d) Shizotipni poremećaj ličnosti – afektivna obilježja manje su izražena.
- e) Antisocijalni poremećaj ličnosti – defekti savjesti i vezanja ozbiljniji su.
- f) Histrionični poremećaj ličnosti – samoubojstva i samoozljeđivanja su rjeđa.

Tijek i prognoza. Različita je te se može popraviti kasnije tijekom godina. Moguća su samoubojstva, samoozljeđivanje, depresija, somatoformni poremećaji, psihoze, zlouporaba psihoaktivnih tvari. Obično se dijagnosticira prije 40. godine života.

Liječenje.

- a) Obično se koriste zajedno suportivna i eksplorativna psihoterapija. Problematični su vođenje transferne psihoze, kontratransfer, *acting out* i prijetnje i želje za samoubojstvom. Terapeut predstavlja dodatni ego i rabi ograničenja.
- b) Bihevioralna terapija za nadzor poriva i izljeva srdžbe, te za smanjivanje osjetljivosti na kritike i odbacivanje; rabi se i učenje socijalnih vještina.

c) Česta uporaba lijekova – antidepresiva; litija; niskih doza antipsihotika, npr. haloperidola 2 mg na dan; karbamazepina u terapijskim dozama.

d) Hospitalizacija je obično kratkotrajna; pojedini bolesnici zahtijevaju dugotrajnu hospitalizaciju.³

4.2.3. HISTRIONSKI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Taj poremećaj (F60.4) uključuje izrazitu egocentričnost, površnu i labilnu afektivnost, preuveličano izražavanje osjećaja, teatralnost i dramatičnost, emocionalnu osjetljivost i traženje pažnje. I danas se povremeno upotrebljavaju stari nazivi za ovaj poremećaj (histerija, histerični ili histeroidni poremećaj ličnosti).

Epidemiologija. Histrionski se poremećaj javlja s učestalošću 1 – 2 %, češće u žena. Postoji mišljenje da je učestalost jednaka, ali da se žene češće javljaju po pomoć. To je jedini poremećaj ličnosti kojem se mogu pripisati tjelesna obilježja. Naime, histrionski poremećaj ličnosti najčešće se javlja u tjelesno atraktivnih osoba.

Etiologija. Različita su tumačenja nastanka ovog poremećaja. Psihodinamska su najbrojnija, a polaze od toga da su dramatično pokazivanje osjećaja i želja da se bude u središtu pažnje uzrokovani neriješenim konfliktima i odnosima s osobama suprotnog spola. Psihodinamske teorije upućuju i na neadekvatni roditeljski odnos i odgoj kao uzrok konflikta koji će dovesti do histeričnog poremećaja. To se očituje u roditeljskom odnosu prema seksualnosti, gdje oni na dijete prenose stav kako je seks prljav i uzbudljiv. Smatra se i da roditeljska hladnoća, odbojnost, želja za kontrolom postavljaju dijete u situaciju da očajnički traže ljubav i sigurnost. Postoji i mišljenje kako se u obiteljima u kojima majka ne poklanja dovoljnu pažnju kćeri i udaljuje se od nje, ova okreće ocu. Kći traži njegovu pažnju, među ostalim i zavodljivim ponašanjem, koje poslije prenosi na sve ostale odnose u životu. Najčešće se kao mehanizam obrane koristi disocijacija, poricanje i represija (potiskivanje).

Komorbiditet. Histrionski se poremećaj ličnosti obično pojavljuje uz somatizacijske poremećaje i bolesti ovisnosti, a od poremećaja ličnosti uz *borderline* strukturu. U dijela se bolesnika javljaju i seksualne disfunkcije (poremećaji seksualnog uzbuđenja, nemogućnost doživljavanja orgazma). Mogu se javiti i anksiozni te depresivni poremećaji.

Klinička slika. Osobe s histrionskim poremećajem usmjerene su na sebe. One traže pažnju, poštovanje, priznanje i divljenje drugih. Stoga se ponašaju teatralno, sklone su dramatizaciji i preuveličanom izražavanju osjećaja. Njihov je izgled uočljiv, napadno se oblače, ukrašavaju i

šminkaju. Ako nisu u središtu pažnje ili nisu pohvaljene i nagrađene reagiraju dramatično (plaču, viču, optužuju, imaju izljeve bijesa). Osobe s ovim poremećajem zaokupljene su seksualnošću, zavodljive su, koketiraju. Nisu sposobne za dublje i dulje emocionalne veze. Manipulativnog su ponašanja (koje uključuje prijetnje samoubojstvom), nedosljedne su, odgovornost za neuspjeh pripisuju drugima. Traže uzbuđenja, a mogu biti i sugestibilne, pa su često uvučene u probleme sa zakonom, zlouporabu droga i promiskuitetno ponašanje.¹

Diferencijalna dijagnoza.

- a) Granični poremećaj ličnosti – jasnije izražen očaj, te suicidalna i samoozljeđujuća obilježja; mogu postojati istodobno.
- b) Somatizacija – dominiraju tjelesne pritužbe.
- c) Konverzivni poremećaj – prisutan je jasno izraženi tjelesni deficit
- d) Ovisni poremećaj ličnosti – odsutan je naglašeno emocionalni stil.

Tijek i prognoza. Različiti su od osobe do osobe. Moguće se komplikacije somatizacija, konverzivni poremećaji, disocijativni poremećaji, seksualne smetnje, depresivni poremećaji.

Liječenje.

- a) Obično se provode individualna psihoterapija, okrenuta prema osobi ili suportivna, ovisno o ego snazi.
- b) Psihoanaliza je prikladna kod nekih bolesnika.
- c) Korisna može biti i skupna terapija.
- d) Dodatna uporaba lijekova, obično anksiolitika, kod prolaznih emocionalnih stanja, npr. diazepam 5-10 mg na dan.³

4.2.4. NARCISTIČKI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Osnovna su obilježja narcističnog poremećaja ličnosti pretjerani osjećaj važnosti i jedinstvenosti te traženje pažnje. Javlja se potreba za divljenjem od strane drugih, ali i potpuni gubitak razumijevanja za njih. Postoji normalni i patološki narcizam. Normalni narcizam kao aspekt normalnog samopoštovanja uključuje samopouzdanje, samoodržanje, pozitivno osjećanje koje izvire iz zadovoljstva svojim tijelom, ali i asertivnost (aktivno zauzimanje za

svoja prava i odlučno postizanje cilja). Od ovoga se narcizma razlikuje patološki narcizam u kojem je samopoštovanje u funkciji zaštite grandioznog, ali krhkog selfa koji se očituje precjenjivanjem vlastitih sposobnosti i postignuća.

Epidemiologija. Učestalost je u općoj populaciji od 0,8 do 1 % pa i veća, a čini se da je u stalnom porastu. Više se pojavljuje u muškaraca, obično u ranim dvadesetim godinama života. Češće je prisutan u visokoobrazovanih i među nekim zanimanjima (npr. vojsci).

Etiologija. Psihoanalitička tumačenja s vremenom su se mijenjala. S. Freud je objasnio narcizam kao normalnu fazu psihoseksualnog razvitka, u kojoj se izabire samog sebe kao libidinozni objekt. Obično su roditelji osoba s narcističkim poremećajem hladni, udaljeni i odbacujući. Oni ne hvale djetetova postignuća i sposobnosti. Dijete se nastoji boriti protiv odbacivanja, osjećaja bezvrijednosti i nezadovoljstva te odrasta s "lažnim selfom". Ono samo sebi dokazuje vrijednost i talentiranost i tako započinje narcistički poremećaj. Narcizam u odrasloj dobi izraz je dječje nesigurnosti i nezadovoljene potrebe za pažnjom. Narcizam se pojavljuje i kao posljedica zlostavljanja, zanemarivanja, sukoba u obitelji. Bihevioralno objašnjenje nastanka narcizma upravo je suprotno. Narcizam je posljedica pretjeranog i nerealnog potkrepljenja djece ("svaka dječja želja je zapovijed"). Roditelji pretjerano hvale dijete, nagrađuju ga, uzdižu njegove sposobnosti i tako stvaraju grandiozni self.

Komorbiditet. Narcistički poremećaj ličnosti pojavljuje se s drugim poremećajima ličnosti, najčešće su to histrionski, granični, paranoidni, izbjegavajući, pasivno-agresivni, disocijalni poremećaj ličnosti. Može se pojaviti i s poremećajima raspoloženja, bolestima ovisnosti, poremećajima hranjenja.

Klinička slika. Osobe s narcističkim poremećajem imaju prenaplašeni osjećaj vlastite važnosti. Precjenjuju svoje sposobnosti, preuveličavaju svoja postignuća i neprestano traže pažnju okoline. Očekuju pohvale, a ako izostanu burno reagiraju. Postoje tri dimenzije narcističkog poremećaja ličnosti. Arogantni narcizam obuhvaća osjećaj superiornosti, jedinstvenosti, maštanja o tome kako je osoba najbolja, snažna, onipotentna. Kod ovakvog se narcizma javlja zavist, oholost, bijes, bezobzirnost. Stidljivi narcizam uz jedinstvenost i vlastito precjenjivanje obilježava sram, stidljivost, povučenost, preosjetljivost i emocionalna ranjivost. Osobe s ovim tipom narcizma izbjegavaju socijalne kontakte jer se boje neprihvatanja i odbacivanja od okoline. Maligni je narcizam stanje u kojem se javljaju antisocijalno ponašanje, sadizam, agresivnost, paranoidni stav, suicidalnost.

Diferencijalna dijagnoza. Treba isključiti disocijalni, granični, histrionski, opsesivno-kompulzivni, paranoidni i shizoidni poremećaj ličnosti. U diferencijalno dijagnostičkom razmatranju također treba misliti na maniju i hipomaniju.¹

Tijek i prognoza. Ovaj je poremećaj kroničan i teško ga je liječiti. Moguće su komplikacije poremećaja raspoloženja, prolazne psihoze, somatoformni poremećaji, poremećaji uporabe (psihoaktivnih) tvari. Pri prognoziranju valja biti oprezan.

Liječenje.

- a) Individualna psihoterapija, suportivna ili okrenuta prema osobi, ovisno o ego snazi.
- b) Okolinska terapija kod težih poremećaja.
- c) Lječidbeni je izazov očuvanje samopoštovanja, kojemu prijete psihijatrijske intervencije.³

4.3. ANKSIOZNI POREMEĆAJI LIČNOSTI

4.3.1. ANANKASTIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Anankastični ili opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti (F60.5) obilježavaju perfekcionizam, oprez, osjećaj sumnja, provjeravanje, zaokupiranost detaljima, krutost u mišljenju, tvrdoglavost i neodlučnost.

Epidemiologija. U općoj je populaciji učestalost 0,9 – 2 %, a među psihijatrijskim bolesnicima 5 – 20 %. Češći je u muškaraca.

Etiologija. Psihoanalitičko tumačenje smatra da je riječ o fiksaciji na analnu fazu (S. Freud). Kognitivno-bihevioralne teorije poremećaj objašnjavaju nerealističnim očekivanjima koje osobe postavljaju pred sebe, a kako bi se izbjegle pogreške i postalo savršenim. Osobna vrijednost im počiva na apstraktnom perfekcionizmu i, ako u tome ne uspiju, osjećaju se bezvrijedno..

Komorbiditet. Pojavljuje se sa opsesivno-kompulzivnim poremećajem (OKP), drugim anksioznim poremećajima i poremećajima ličnosti (paranoidnim, graničnim, izbjegavajućim, narcističkim). Oko 22 % osoba s OKP-om i 17 % bolesnika s paničnim poremećajem ima opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti. Javlja se i s depresivnim poremećajem.

Klinička slika. Bolesnici s opsesivno-kompulzivnim poremećajem su zaokupljeni detaljima, redom i organizacijom do mjere da gube bit aktivnosti. Krase ih perfekcionizam i pretjerana posvećenost poslu. Pretjerano su savjesni, skrupulozni i moralni, ali i rigidni. Nerado prepuštaju zadatke drugima. Odlikuje ih i škrtost. Postoji oblik s opsesivnim (misaonim) smetnjama u kojem osoba stalno razmišlja, procjenjuje, sumnja i odlučuje (a ne donosi odluku). Oblik s kompulzivnim (motoričkim) simptomima uključuje provjeravanje, čišćenje, skupljanje. Osobe s ovim poremećajem su pouzdane, metodične, sustavne, ali se ne mogu brzo prilagoditi. One su preoprezne, neodlučne i tvrdoglave.¹

Diferencijalna dijagnoza. Kod OKP postoje stvarne opsesije ili kompulzije, u usporedbi s opsesivno-kompulzivnim poremećajem ličnosti, kod kojeg one nisu prisutne. Ako se jave opsesije i kompulzije, treba dijagnosticirati opsesivno-kompulzivni poremećaj.

Tijek i prognoza. Moguće su komplikacije depresivni poremećaji i somatoformni poremećaji. Liječenje.

- a) Individualna psihoterapija, suportivna ili okrenuta prema osobi, ovisno o ego snazi.
- b) Od pomoći može biti skupna terapija.
- c) Terapijski problemi jesu kontrola, poslušnost, intelektualizacija.
- d) Farmakoterapija može biti korisna, npr. klonazepam, klomipramin, fluoksetin.

4.3.2. ANKSIOZNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Anksiozni poremećaj ličnosti (F60.6) po MKB-u ili izbjegavajući poremećaj ličnosti (engl. *avoidant personality disorder*) po DSM-u obilježavaju napetost, nesigurnost, strah i osjećaj manje vrijednosti.

Epidemiologija. Učestalost je u općoj populaciji 1 – 5 %. Češći je u žena.

Etiologija. Psihodinamska teorija izbjegavajući poremećaj ličnosti tumači kao "okretanje od drugih", što je, zapravo, obrambeni mehanizam. Osobe s tim poremećajem očekuju biti odbačene ili kritizirane. Kognitivno-bihevioralni pristup smatra kako se zbog ekstremnog kritizma u djetinjstvu u osobe razvija bazično vjerovanje "ja sam nevrijedan i ne zaslužujem tuđu pažnju i odobravanje". Zato takvi pojedinci očekuju da će ih drugi odbaciti pa se njima ni ne približavaju.

Komorbiditet. Izbjegavajući poremećaj ličnosti najčešće se javlja sa shizoidnim poremećajem ličnosti. Oko 50 % osoba s izbjegavajućim poremećajem ima i shizoidni poremećaj ličnosti. Znakovit je i odnos anksioznog poremećaja ličnosti sa socijalnom fobijom. Ako u obitelji već postoji osoba s anksioznim poremećajem ličnosti ili socijalnom fobijom, onda se kod njezinih rođaka rizik od pojave anksioznog poremećaja ličnosti povećava za 2 do 3 puta.

Klinička slika. Bolesnici s anksioznim poremećajem ličnosti pokazuju izrazitu osjetljivost na kritiku, neprihvatanje i odbacivanje. Sramežljivi su, ali nisu asocijalni. Oni se žele družiti, ali pod uvjetom da su apsolutno prihvaćeni. Ne žele da išta remeti njihovu sigurnost, odnosno da ih se podvrgava bilo kakvoj procjeni, a osobito kritici. Imaju osjećaj manje vrijednosti i socijalno se izoliraju.¹

Diferencijalna dijagnoza.

- a) Shizoidni poremećaj ličnosti – nema jasne želje za uključenošću u veze s drugima
- b) Socijalna fobija – izbjegavaju se specifične socijalne situacije, a ne međuljudski odnosi. Mogu postojati istodobno (dvije dijagnoze).
- c) Ovisni poremećaj ličnosti – bolesnik ne izbjegava veze, ima strah od napuštanja.

Tijek i prognoza. Bolesnik bolje funkcionira u zaštićenoj okolini. Moguća komplikacija je socijalna fobija.

Liječenje.

- a) Individualna psihoterapija, suportivna ili okrenuta prema osobi, ovisno o snazi ega.
- b) Često pomaže skupna terapija.
- c) Učenje socijalnih vještina i trening asertivnosti.
- d) Farmakoterapija da se riješe anksioznost ili depresija, ako su prisutni.³

4.3.3. OVISNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Ovisnu ličnost (F60.7) (pasivno ovisnu ličnost ili ovisni poremećaj ličnosti) karakterizira nedostatak odlučnosti, osjećaj bespomoćnosti i nesposobnosti, vjerovanje i pasivno prepuštanje drugima.

Epidemiologija. Ovaj se poremećaj pojavljuje u 2 do 8 % odraslih ljudi te u 5 do 15 % psihijatrijskih bolesnika. Češća je pojava u žena.

Etiologija. Psihodinamska objašnjenja polaze od regresije i fiksacije na oralnu fazu, dok neonalitičari upućuju na nesigurnu privrženost kao temelj ovog poremećaja. Glavni su mehanizmi obrane regresija i premještanje. Kognitivno-bihevioralne teorije naglašavaju kako je u tih bolesnika nerazvijena asertivnost (odlučnost, zauzimanje za sebe) pa se pri donošenju odluka povisuje anksioznost. Stoga oni donošenje odluka prepuštaju drugima.

Komorbiditet. Ovisni se poremećaj često pojavljuje sa socijalnom fobijom, paničnim poremećajem, opsesivno-kompulzivnim poremećajem i nizom poremećaja raspoloženja.

Klinička slika. Riječ je o pretjeranom i sveprožimajućem osjećaju da je pomoć druge osobe nužna. Bolesnici su uvjereni kako "ovise" o drugim ljudima. S njima se moraju savjetovati i za "male" i za "velike" odluke (velike odluke prepuštaju drugima). Pouzdaju se u tuđe odluke i nikada ne iskazuju neslaganje s njima. Smjerni su, pasivni i nesamostalni te rade sve za "ljubav" drugih. Ne vole biti sami (ovo se odnosi i na fizičku samoću i na emocionalne veze). Niskog su samopouzdanja, osjećaju se nekompetentni, imaju strah od napuštanja. Postoje dva podtipa ovog poremećaja: s izrazitim strahom od napuštanja i prevladavajućim osjećajem nesposobosti/ovisnosti.¹

Diferencijalna dijagnoza. Agrofobija – strah od napuštanja kuće ili izbjivanja od kuće.

Tijek i prognoza. Različiti su. Moguće komplikacije jesu depresije. Prognoza je bolja uz liječenje.

Liječenje.

- a) Psihoterapija okrenuta prema osobi.
- b) Od pomoći mogu biti bihevioralna terapija, trening asertivnosti, obiteljska terapija, te skupna terapija.
- c) Farmakoterapija je korisna u liječenju specifičnih simptoma, npr. anksioznost, depresije.

4.4. OSTALI POREMEĆAJI LIČNOSTI

4.4.1. PASIVNO-AGRESIVNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Pasivno-agresivni poremećaj ili negativistički poremećaj ličnosti (engl. *negativistic personality disorder*) u DSM klasifikaciji svrstan je kao podvrsta ovisnog poremećaja ličnosti. Osnovna obilježja su mu prikrivena opstruktivnost, odugovlačenje, odgađanje, tvrdoglavost i neučinkovitost.

Epidemiologija. U općoj populaciji učestalost je oko 2 %, a među psihijatrijskim bolesnicima i do 19 %.

Etiologija. Psihodinamska tumačenja polaze od opažanja kako su pasivno-agresivne osobe često odrasle u obiteljima u kojima je zabranjeno iskazivanje osjećaja i gdje su roditelji izrazito dominantni. Ove su osobe kao djeca kažnjavane za pokazivanje agresije ili izražavanje ljutnje.

Klinička slika. Pasivno agresivno ponašanje ima za cilj dobivanja pažnje, smanjivanje vlastite odgovornosti, kontroliranje i kažnjavanje drugih. Osobe s ovim poremećajem u zajedničkom poslu izbjegavaju odgovornost, ne pitaju što se od njih očekuje, postaju anksiozne ako posao napreduje, opstruiraju ga. One kronično kasne, zaboravljaju i prigovaraju. Stalno su u "aktivnom otporu". Osobe s ovim poremećajem su bespomoćne, tvrdoglave, ovisne i manipulativne. niskog su samopouzdanja i pesimistično gledaju na budućnost. Ne uživaju u životu, negodovanje pretpostavljaju zadovoljstvu, a emocionalni ih partneri bezuspješno pokušavaju promijeniti. ¹

Tijek i prognoza. Moguće su komplikacije depresivni poremećaji i zlouporaba alkohola.

Liječenje.

- a) Glavna je teškoća suprotstavljanje postupcima psihijatra.
- b) Suportivna psihoterapija može pomoći bolesnicima koji to žele.
- c) Trening asertivnosti.

4.4.2. DEPRESIVNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Depresivni poremećaj ličnosti cjeloživotno je stanje u kojem prevladava pesimizam, nedostatak poleta, nemogućnost uživanja.

Epidemiologija. U općoj populaciji učestalost nije poznata, a u psihijatrijskoj se kreće oko 20%.

Etiologija. Biološke hipoteze počivaju na sličnosti ovog poremećaja s depresivnim poremećajima (naslijeđe, neurotransmitske promjene). Psihoanaliza naglašava ulogu ranog odnosa između roditelja i djeteta koji je poremećen, tako da strogi odgoj i zabrane dovode do stvaranja jakog *superega* i pretjerane ovisnosti o autoritetu. Kognitivna paradigma ističe kako su gledanje sebe, svijeta i budućnosti na negativan način (negativna trijada) i sklonost razvijanju

osjećaja bespomoćnosti i beznada (naučena bespomoćnost) predisponirajući čimbenici za nastanak depresivnog poremećaja ličnosti.

Klinička slika. H.S. Akiskal naveo je 7 skupina simptoma depresivnog poremećaja ličnosti:

- mirnoća, introvertiranost, pasivnost, neasertivnost
- turobnost, pesimizam, ozbiljnost, nesposobnost za zabavu
- samokritičnost
- skeptičnost, kritičnost
- savjesnost, odgovornost, samodisciplina
- zabrinutost
- zaokupljenost negativnim događajima te osjećajima neprimjerenosti i vlastitim manama.

Tijek i prognoza. Bolesnik je pod rizikom od distimičnog poremećaja i depresivnog poremećaja.

Liječenje.

- a) Psihoterapija okrenuta prema osobi.
- b) Od pomoći su kognitivna terapija, skupna terapija i interpersonalna terapija.
- c) Farmakoterapija – specifični inhibitori povratnog transporta serotonina, npr. fluoksetin 20 mg na dan, ili simpatomimetici, npr. amfetamin, 5-15 mg na dan (rabiti ga uz oprez).³

Još postoje dva poremećaja koje ću samo kratko opisati.

Sadistički poremećaj ličnosti. U odnosima dominira okrutno i zahtijevajuće ponašanje. Klinički rijetko stanje; često na forenzičnim odjelima. Često prouzročen roditeljskom zlouporabom.

Samorazarajući poremećaj ličnosti. Bolesnici usmjeravaju svoje živote prema lošim ishodima; odbijaju pomoć ili dobar ishod; imaju distrofične odgovore na dobre ishode.³

5. ZDRAVSTVENA NJEGA

U ne tako davnim vremenima kada su osobe s duševnim poremećajima bile smještene u psihijatrijske azile nije bilo educiranih medicinskih sestara. Umjesto njih postojali su tzv. čuvari čija je uloga bila zaštita društva od duševnih bolesnika te ograničavanje njihovog kretanja. Tek

kasnije razvojem psihijatrije bolničari preuzimaju brigu o higijeni i prehrani takvih bolesnika. Medicinska sestra danas na psihijatrijskom odjelu nije „čuvar“ duševnog bolesnika. Ona je član terapijskog tima koji mora dobro poznavati duševni poremećaj, mogućnosti njegova liječenja i prepoznati bolesnikove potrebe koje ona s aspekta zdravstvene njege može zadovoljiti.

Kao i za sve psihijatrijske bolesnike tako i za osobe s poremećajem ličnosti medicinska sestra mora poštovati ova načela:

- poimanje bolesnika kao cjelovitog bića. U kontekstu njegova socijalnog i kulturnog okruženja. Medicinska sestra brine o osnovnim potrebama bolesnika, a ne o njegovoj bolesti. Bolesnika prihvaćamo prema jednadžbi: BOLESNIK = OSOBA + BOLEST. U središtu zdravstvene njege su dakle bolesnikove osnovne ljudske potrebe. One mogu biti biološke, psihološke, socijalne i kulturalne, a odvijaju se tijekom bolesti.
- poštivanje bolesnika kao jedinstvene ljudske jedinice. Prihvaćanje bolesnika onakvim kakav jest, sa svim njegovim vrijednostima, različitostima i osobitostima.
- uvažavanje slobode izbora, podržavanje samopoštovanja, čuvanje tajne i sl. Odnosi se također na poštivanje bolesnika bez obzira na njegovo mentalnu bolest. Ovo načelo može biti narušeno u situacijama akutnog stanja bolesti kada smo zbog zaštite bolesnika i njegove okoline primorani primijeniti postupke sprječavanja i fizičke imobilizacije bolesnika
- pomoć pri usvajanju novih oblika ponašanja. Poticanje prihvatljivog ponašanja bolesnika u odnosu na liječenje, odnos prema obitelji i okolini, te cjelokupnom stavu i vrijednosnom sustavu.
- terapijska komunikacija.

5.1. TERAPIJSKA KOMUNIKACIJA

Od neizmjerne je važnosti odnos koji sestra uspostavlja sa bolesnikom. Hospitalizacija različito utječe na sve bolesnike. Bolesnici najčešće osjećaju nesigurnost, strah, bezvoljnost. Osobe s poremećajem ličnosti nisu u stanju adekvatno testirati realitet i sudjelovati u socijalnoj okolini. O kvaliteti odnosa između medicinske sestre i bolesnika uvelike ovisi kako će bolesnik prihvatiti novu okolinu. Odnos bi svakako trebao biti terapijski tako da pozitivno utječe na bolesnika i na njegovo liječenje.

Veoma je bitno da medicinska sestra koja radi na psihijatrijskom odjelu ima pozitivan stav prema psihijatrijskom bolesniku, bez predrasuda i straha od njega. Strpljivost, tolerantnost, humanost i odgovornost u radu najvažnije su odlike sestre koja se bavi duševnim bolesnicima, pri čemu ne smije zaboravljati etički kodeks i poštivanje ljudskih prava psihijatrijskog bolesnika.

Bolesnik s psihičkim tegobama daleko je nepovjerljiviji od somatskih (tjelesnih) bolesnika, često nekritičan spram svoje bolesti. Stoga je veoma važno da sestra potiče stvaranje povjerenja kod bolesnika. Psihijatrijski bolesnik mora vjerovati da mu sestra želi pomoći u prevladavanju njegove bolesti, biti siguran u njezine dobre namjere, treba steći osjećaj pripadnosti odjelu i sredini u koju je došao. Terapijski je vrlo značajno da se bolesnik na odjelu osjeća ugodno, u prijateljskoj sredini i razumijevanju. Medicinska sestra treba stvarati ozračje u kojem vlada ugodna i topla atmosfera, tolerancija i međusobno poštivanje svih članova terapijskog tima i bolesnika, te mogućnost emocionalnog i socijalnog sazrijevanja.

Od iznimne je važnosti prvi kontakt s bolesnikom zbog "halo" efekta. Iz prvog kontakta sa osobom, osoba automatski stvara sliku o nama, tako da se treba predstaviti u najboljem svijetlu. U prvom kontaktu s bolesnikom, medicinska sestra se treba predstaviti. Može mu objasniti svoju ulogu, svoja očekivanja od bolesnika i zajedno dogovoriti „pravila ponašanja“. Sve odrasle bolesnike treba oslovljavati s Vi, bez obzira na godine, osim ako bolesnik želi drugačije. Dobro je bolesnika otvoreno pitati kako želi da ga zovemo (imenom, prezimenom, nadimkom, baka, djeda sl.).

Pristup svakom bolesniku treba biti individualan, u skladu s njegovim specifičnim potrebama i poštujući osnovna načela sestrinske skrbi. Medicinska sestra prihvaća bolesnika onakvog kakav on jest - sa svim svojim vrijednostima, različitostima i osobitostima, bez obzira na rasu, vjersku pripadnost, politička uvjerenja, gospodarske i društvene prilike u kojima bolesnik živi.

Sestra komunicira s bolesnikom kad god je s njim, njeguje ga, dijeli terapiju, razgovara, čak i kad ne razgovara (neverbalna komunikacija), pri čemu ona djeluje u smislu ohrabrenja bolesnika ili zadovoljavanja bolesnikovih potreba za podrškom, slušanjem, savjetom, razgovorom ili samo socijalnim kontaktom, a ne u smislu psihoterapije i tumačenja njegova ponašanja.

Međutim, komunikacija sestra-bolesnik može biti i veoma moćno terapijsko sredstvo.

O terapijskoj komunikaciji govorimo kada pridonosi:

- usvajanju novih znanja i stjecanju novih vještina od strane bolesnika
- povećanju uvida bolesnika u problem i porastu samosvijesti
- porastu samopoštovanja, samopouzdanja i povjerenja bolesnika u sebe i druge
- autonomiji ličnosti bolesnika i njegovoj neovisnosti i samostalnosti
- smanjenju anksioznosti i popravljaju raspoloženja
- otklanjanju auto i heteroagresivnog ponašanja bolesnika
- željenoj promjeni u ponašanju bolesnika
- boljoj orijentaciji bolesnika u vremenu, prostoru i prema drugim osobama.

Uz verbalnu komunikaciju vrlo je značajna i neverbalna komunikacija. Bolesnik vrlo dobro zapaža i prilično je osjetljiv na neverbalne poruke medicinske sestre i drugih članova terapijskog tima. Zbog toga je vrlo važno da medicinsko osoblje treba obraćati pažnju na svoje neverbalne poruke koje šalje.⁹

5.2. PLANIRANJE ZDRAVSTVENE NJEGE

Osobe s poremećajem ličnosti pokazuju izrazite poremećaje koji su povezani perceptivnim, kognitivnim, afektivnim i bihevioralnim funkcioniranjem. Iz tog razloga, sestrinske dijagnoze se usmjeravaju na specifična područja disfunkcije. Za ilustraciju, sestrinske dijagnoze mogu biti klasificirane prema:

Perceptivnim poremećajima

Neučinkovito sučeljavanje u/s odvojenosti.

Poremećaj self/image-a u/s spolnom neodređenosti.

Poremećaj self image-a povezan sa poremećajem hranjenja.

Kognitivnim poremećajima

Narušeni misaoni procesi u/s prevelikim unosom alkohola ili propisanih lijekova.

Poremećaj identiteta.

Afektivnim poremećajima

Neučinkovito sučeljavanje u/s depresijom.

Neučinkovito sučeljavanje u/s sumnjičavošću.

Neučinkovito sučeljavanje u/s ambivalencijom.

Bihevioralnim poremećajima

Socijalna izolacija.

Oštećena verbalna komunikacija.

Visok rizik za samoozlijeđivanje u/s suicidalnom krizom.

Ovo su samo neki primjeri sestrinskih dijagnoza koje se mogu iščitati iz prethodnih grupa poremećaja.

Planiranje i provedba zdravstvene njege za osobe s poremećajem ličnosti slovi kao jednih od najzahtjevnijih izazova za medicinsko osoblje. Izazov je velik zbog toga što te osobe neminovno mogu izazvati negativne kontratransfere kod terapeuta ili drugih članova tima. Obrasci ponašanja povezani sa poremećajem nisu samo neugodni nego se i teško mijenjaju. Stoga medicinske sestre/tehničari, ali i drugo medicinsko osoblje često postaju razdražljivi, frustrirani kada rade sa osobama s poremećajem ličnosti. U nastavku će biti opisane neke osobine kojima se sestra koristi u brizi za osobe s poremećajem ličnosti.

Samosvijest. Za provedbu plana zdravstvene njege osoba s poremećajem ličnosti medicinske sestre moraju razviti visoku razinu samosvijesti. One često mogu imati velik broj iskustava sa emocionalnim reakcijama tih individualaca indicirani negativnim fenomenom kontratransfera. To može uključivati bijes prema tim klijentima; obrambeni stav, želju za kontrolom i dominacijom nad klijentom, prevelika okupacija sa klijentom. I onda sestra postane frustrirana, zbunjena te se nemože koncentrirati tijekom intervencija sa tim klijentom. Naučiti raditi sa tim fenomenom potrebno je da sestra bude tolerantna te da prihvati te reakcije kao normalno ponašanje osoba s poremećajem ličnosti. O tim emocionalnim reakcijama sestra treba raspravljati sa svojim kolegom s posla kako bi se podigla samosvijest i emocionalna kontrola.

Povjerenje. Zbog toga što osobe s poremećajem ličnosti često nemaju povjerenje u druge ljude sestra mora naučiti kako razviti povjerenje kod drugih. U razgovoru sa klijentima sestra treba izbjeći tumačenje klijentovog ponašanja. Razlog tomu je je što nepovjerljivi klijenti imaju

tendenciju sagledati tu interpretaciju kao nametljivu i kontrolirajuću. Umjesto toga, sestra treba upotrebljavati otvorena pitanja kako bi klijenti bili fokusirani na svoje ponašanje i na njihove posljedice. Sestra mora održati ravnotežu između neverbalne i verbalne komunikacije. Neravnoteža između toga dovodi do toga da su klijenti još više sumnjivi.

Uzimanje odmora. Uključuje stopiranje interakcije sa klijentom ili odgađanje slijedeće interakcije. Ovo može biti korisno za terapijski rad sa klijentima koji ili odbijaju da im se pomogne ili koji imaju pasivno-agresivnu taktiku da privuku pažnju i suosjećanje. Ovo može pomoći da se izbjegne borba gdje klijenti žele da sestra obavi sav posao tijekom terapije. Također ovo može pomoći da si sestra uzme malo vremena kako bi postala samosvjesnija i kontrolirala svoje emocije.

Suočavanje. Ova tehnika može biti učinkovita za osobe s poremećajem ličnosti koji koriste manipulaciju. Isticanje klijentovog problematičnog ponašanja se naziva suočavanje ili konfrontacija. Razlog suočavanje je da klijent postane svijestan svog ponašanja.

5.3. SESTRINSKE DIJAGNOZE I SESTRINSKE INTERVENCIJE

I. Problem: Rizik od samoozljeđivanja

Cilj: a) Kratkoročni: Bolesnik će zatražiti pomoć od osoblja ako bude osjećao da se želi samoozljeđivati;

b) Dugoročni: Bolesnik neće naškoditi sebi ili drugima

Intervencije:

1. Često promatranje bolesnika kroz rutinu i interakcije kako bi se pravovremeno moglo intervenirati te osigurati sigurnost bolesnika i drugih.
2. Uspostaviti dobru komunikaciju sa bolesnikom tako da potraži pomoć osoblja kada dođe do nagona za samoozljeđivanjem.
3. Omogućiti bolesniku da verbalizira svoje osjećaje.
4. Ukoliko dođe do samoozljeđivanja medicinska sestra/tehničar mora zbrinuti ozljedu. Ne treba zbog ovog ponašanja pridavati dodatnu pozornost. Nedostatak pažnje na ovakva neprikladna ponašanja mogu smanjiti njegovo ponavljanje.

5. Vrlo je važno da bolesnik izrazi svoju ljutnju, jer samoubojstvo i druga destruktivna ponašanja često su rezultat bijesa koji je unutar osobe.
6. Ukloniti sve predmete u bolesnikovoj okolini koji mogu ugroziti zdravlje bolesnika. Glavna zadaća medicinske sestre/tehničara je očuvati sigurnost bolesnika.
7. Pokušajte preusmjeriti nasilno ponašanje sa fizičkim utjecajima na bolesnikovu anksioznost (trčanje, udaranje u vreću). Vježba je siguran i učinkovit način oslobađanja nakupljene negativne energije/napetosti.
8. Pratite učinkovitost lijekova i moguću pojavu nuspojava. Anksiolitici imaju umirujući učinak i mogu spriječiti agresivno ponašanje.
9. Ukoliko prethodne metode nisu uspješne bolesnika se uvodi u sobu za izolaciju.
10. Bolesnika u izolaciji potrebno je provjeravati svakih 15-tak minuta. Potrebno je provjeriti cirkulaciju ekstremiteta (ukoliko je bolesnik fiksiran humanim fiksaterima). Važno je provjeriti temperaturu, puls, boju. Potrebno je pomoći bolesniku u potrebama za hranom, hidracijom i eliminacijom.
11. Kako osobe s graničnim poremećajem ličnosti imaju izraziti strah od napuštenosti, moguće je i ukoliko to omogućuju uvjeti na odjelu da jedna medicinska sestra/tehničar bude uz bolesnika dok mu ne bude bolje.

II. Problem: Anksioznost

Cilj: a) Kratkoročni: Bolesnik će demonstrirati tehnike opuštanja za održavanje anksioznosti na zadovoljavajućoj razini.

b) Dugoročni: Bolesnik će prepoznati događaje koji ubrzavaju anksioznost i intervenirati kako bi spriječio pogoršanje ponašanja.

Intervencije:

1. U nastojanju da se oslobode od tjeskobe osobe s graničnim poremećajem ličnosti sklone su samoozlijeđivanju. To je njima pokazatelj da su one stvarne osobe jer onda vide krv i osjećaju bol. Ukoliko do toga dođe osoblje treba zbrinuti ranu. (vidi *Rizik od samoozlijeđivanja*)
2. Tijekom napada panike važno je ostati uz bolesnika i osigurati njegovu sigurnost. Upozoriti bolesnika na realnost situacije. Bolesnikova sigurnost je prioritet njege.
3. Pratiti učinkovitost lijekova i mogućnost pojave štetnih nuspojava.

4. Poticati bolesnika da verbalizira osjećaje. Pomoći mu da prepozna svoje osjećaje. Prepoznavanje i proučavanje tih svojih emocija može pomoći bolesniku da percipira stvarnost situacije i da se suoči s neriješenim problemima.

5. Kako se osobe sa graničnim poremećajem ličnosti često znaju vezati s jednim članom osoblja (med. sestra, terapeut) vrlo je važno da uspostaviti dobar odnos s više članova medicinskog/sestrinskog tima. Jer ukoliko nema osobe uz koju se bolesnik osjeća sigurno dolazi do osjećaja napuštenosti. Također je važno da osoblje održava otvorenu komunikaciju i dosljednost u brizi za te bolesnike.

III. Problem: Žalovanje

Cilj: a) Kratkoročni: Bolesnik će razgovarati sa sestrom ili terapeutom

b) Dugoročni: Bolesnik će moći identificirati uzrok bijesnih osjećaja, prihvatiti ih te izraziti na društveno prihvatljiv način.

Intervencije:

1. Prenijeti pozitivan stav na bolesnika – onaj koji omogućuje bolesniku da izrazi svoje osjećaje. Biti iskren prema njemu tako da on stekne povjerenje.

2. Omogućiti mu da verbalizira svoje osjećaje.

3. Poticati bolesnika da svoj nakupljeni bijes izbací kroz razne tjelesne aktivnosti.

4. S bolesnikom razgovarajte kako bi otkrili pravi izvor ljutnje. To je često bolna terapija te može dovesti do regresije ako se bolesnik bavi osjećajima ranog napuštanja.

5. Medicinska sestra i terapeuti trebaju se paziti kako ne bi bili previše empatični te da na njih ne bi utjecali ti negativni osjećaji. Teži slučajevi mogu iz osoblja izvlačiti negativne emocije. Postojanje negativnih emocija mogu priznati, ali ne bi ih trebali miješati sa terapijskim procesom.

6. Pomoći bolesniku da razumije odgovarajuće načine izražavanja ljutnje. Medicinska sestra treba biti model prema kojem bi se trebali ponašati osobe s poremećajem ličnosti.

7. Pružiti mu podršku i biti dosljedni u brizi. Ukoliko bolesnik nema samokontrole treba mu ograničiti neprikladna ponašanja. U procesu brige moraju sudjelovati svi djelatnici kako bi mu pomoć bila što kvalitetnija i kako bi mogli očekivati pozitivan ishod liječenja.

IV. Problem: Oštećena socijalna interakcija

Cilj: a) Kratkoročni: Bolesnik će razgovarati sa sestrom ili terapeutom o ponašanjima koja ometaju razvoj zadovoljavajućih socijalnih interakcija

b) Dugoročni: Bolesnik će aktivno sudjelovati u grupnim terapijama.

Intervencije:

1. Poticati bolesnika da ispita svoja ponašanja. Možda nije svijestan odvajanja od drugih.
2. Pomoći mu da shvati da je medicinsko osoblje uvijek na raspolaganju. Činjenica da su mu dostupni će mu davati osjećaj sigurnosti.
3. Pohvaliti ga ukoliko njegovo ponašanje napreduje. Pozitivna reakcija će ga poticati da nastavi sa poželjnim ponašanjem.
4. Potrebno je mijenjati osoblje koje radi sa bolesnikom kako ne bi stekao zavisnost o pojedinom članu tima. Potrebno ga je naviknuti na odnose s više od jednog člana osoblja.
5. Ukoliko bolesnik ima člana tima kojem više vjeruje i kojeg favorizira tada to čini njegov obrambeni mehanizam kojim se hoće odjeliti i biti sam. On navodi loše i dobre utiske pojedinih članova tima kojima ih degradira. Potrebno je savjetovati bolesnika da raspravi o svojim problemima baš sa tim članom tima kako bi uspostavio interakciju.
6. Istražite sa bolesnikom osjećaje koje su povezane sa napuštenosti i odvojenosti. To mu može pomoći da se suoči i da riješi svoje neriješene probleme.
7. Pomoći bolesniku da shvati kako njegova ponašanja utječu na zadovoljavajuće odnose. On može biti nesvjestan kako ga drugi percipiraju i zašto ta ponašanja nisu dugima prihvatljiva.
8. Potrebno je pomoći klijentu kako bi napredovao u svom ponašanju. Osoblje treba biti dostupno, ali ne na način da klijent postane ovisan o pojedinom članu tima. Ovo može pomoći klijentu u rješavanju straha od napuštenosti i razvijanju sposobnosti kojima će ostvariti zadovoljavajuće odnose.

V. Problem: Poremećaj self-image-a

Cilj: a) Kratkoročni: Klijent će navesti karakteristike koje ga čine jedinstvenom osobom.

b) Dugoročni: Klijent će biti u stanju razlikovati vlastite misli, osjećaje, način ponašanja i slike od drugih, kao početni korak u razvoju osobnog identiteta.

Intervencije:

1. Pomoći klijentu raspoznati stvarnost od njegovog odsustva i odvojenosti. Ne treba pokušavati prevoditi njegove misli i osjećanja u riječi. Klijent će zbog nejasne granice ega pomisliti kako smo mi u stanju pročitati njegov um. Zbog toga treba biti oprezan u korištenju empatijskog izražavanja poput: "Znam kako se osjećate povodom toga".
2. Pomoći klijentu u prepoznavanju odvojenosti od medicinske sestre pojašnjavanjem koja od ponašanja i osjećaja kome pripadaju. Ako smatra prikladnim, valja klijentu omogućiti dodir vaših ruku. Dodir i fizička prisutnost može mu pomoći kako bi ojačao slabe granice ega.
3. Omogućiti mu da verbalizira svoje osjećaje.
4. Ako osoba ima problema u prepoznavanju spolnog identiteta, treba ga pitati neka opiše njegovu percepciju ženskog i muškog ponašanja. Ako je potrebno navedite podatke o ulozi ponašanja i seksualnom odgoju. Klijent može zahtijevati pojašnjenje iskrivljenih ideja i dezinformacija. Prihvatanje informacija može podići njegovo samopoštovanje.
5. Klijenta uvijek nazivati njegovim imenom. Ukoliko klijent ima problema s depersonalizacijom, derealizacijom, ova intervencija može pridonijeti očuvanju osjećaja dostojanstva i vlastite vrijednosti.
6. Poraditi s klijentom o njegovom sustavu vrijednosti. Porazgovarati o njegovim stavovima, vjerovanjima i osjećajima na kojima temelji svoje ponašanje. Zbog nedovoljno razvijenog ega klijent ne može imati uspostavljen vlastiti sustav vrijednosti. Da bi to postigli njegova se uvjerenja i stavovi moraju prepoznati i razjasniti.
7. Korištenje fotografija na kojima je klijent mogu povećavati svijest o njemu.
8. Ublažiti tjeskobu na način da ga uvjerimo kako neće biti napušten i prepušten sam sebi.
9. Korištenje dodira ima važnu terapeutsku svrhu u potvrdi identiteta. Dodir i fizička prisutnost mogu pružiti osjećaj stvarnost za klijenta i služiti za jačanje granica ega.

VI. Problem: Nisko samopoštovanje

Cilj: a) Kratkoročni: Klijent će raspravljati sa medicinskom sestrom ili terapeutom o svojim strahovima od neuspjeha. Klijent će verbalizirati stvari koje on voli kod sebe.

b) Dugoročni: Klijent će pokazivati veću razinu samopoštovanja verbaliziranjem pozitivnih aspekata oko sebe, posljednjih postignuća i perspektive za budućnosti.

Intervencije:

1. Vrlo je važno da su ciljevi realni jer uspjeh povećava razinu samopoštovanja.
2. Važno je imati dobar odnos sa klijentom te ga prihvatiti kao vrijedno ljudsko biće. Prihvatanje od strane drugih povećava osjećaj vlastite vrijednosti.
3. Poticati samostalnost u donošenju odluka te u brizi za samog sebe. Svaka pohvala za određena klijentova postignuća podizat će mu samopouzdanje te će ga poticati na ponavljanje tih poželjnih ponašanja.
4. Pomoći klijentu povećati razinu samosvijesti kroz razgovor o osjećajima, stavovima i ponašanjima. To mu može pomoći da se suoči i riješi svoje probleme.
5. Pomoći klijentu prepoznati pozitivne osobine kao i one koje on smatra nepoželjnim. Potrebno je raspraviti o načinima kako bi se izazvale promjene u tim područjima. Osobe s niskom razinom samopoštovanja imaju poteškoće u prepoznavanju pozitivnih osobina. Također imaju smanjenu sposobnost u rješavanju problema te je potrebno sastaviti plan kako bi se provele željene promjene.
6. Razgovarati s klijentom o planovima za budućnost. Pomoći mu u ostvarivanju kratkoročnih i dugoročnih ciljeva. Koje su klijentove prednosti (jake strane)? Kako ih on najbolje može iskoristiti da bi postigao zadane ciljeve? Potrebno je uvijek poticati klijenta u njegovim odlukama.

VII. Problem: Rizik za nanošenje ozljeda drugima

Cilj: a) Kratkoročni: Klijent će raspravljati o osjećajima ljutnje i situacijama kada želi naštetiti drugima.

b) Dugoročni: Klijent neće naškoditi drugima.

Intervencije:

1. Potrebno je klijentu dati do znanja da je prihvaćen jer te osobe imaju iskustva sa osjećajem napuštenosti. Potrebno je raditi na razvoju povjerenja. Treba se držati obećanja i biti iskren te upozoriti na neprihvatljivo ponašanje. Stav prihvatanja promiče osjećaj vlastite vrijednosti. Povjerenje je temelj dobrog terapijskog odnosa.
2. Potrebno je održavati nisku razinu podražaja u klijentovom okruženju (malo rasvjete, niska razna buke, jednostavno uređene prostorije). Podražaji iz okoline mogu povećati uznemirenost te potaknuti agresivno ponašanje.

3. Često provjeravajte ponašanje klijenta. Činite to rutinski kroz interakciju i aktivnosti.
4. Uklonite sve opasne predmete iz klijentove okoline. Sigurnost klijenta glavni je prioritet skrbi.
5. Poticati klijenta da postupno verbalizira svoje osjećaje. Verbalizacija osjećaja u ne prijetećoj okolini može pomoći klijentu da riješi svoje probleme.
6. Istražite načine rješavanja frustracija. Fizičke aktivnosti mogu pomoći oslobađanju nakupljene napetosti.
7. Osoblje treba zadržati i prenijeti svoju mirnoću na klijenta. Naše raspoloženje (anksioznost) može se prenijeti na klijenta. Miran stav može pridonijeti osjećaju sigurnosti.
8. Potrebno je kontrolirati učinkovitost lijekova te uočiti moguće nuspojave. Anksiolitici izazivaju smirujuće djelovanje te mogu ublažiti agresivna ponašanja.
9. Ukoliko se klijent ne smiruje niti razgovorom niti lijekovima potrebno je upotrijebiti mehanička ograničenja (fiksirati osobu s humanim fiksaterima), ali i smjestiti u sobu za izolaciju. Nikada ih ne treba koristiti kao kaznenu mjeru nego kao mjeru sigurnosti za klijenta, ali i za cijelo osoblje.
10. Bolesnika u izolaciji potrebno je provjeravati svakih 15-tak minuta. Potrebno je provjeriti cirkulaciju ekstremiteta (ukoliko je bolesnik fiksiran za krevet humanim fiksaterima). Važno je provjeriti temperaturu, puls, boju. Potrebno je pomoći bolesniku u potrebama za hranom, hidracijom i eliminacijom.

VIII. Problem: Neučinkovito sučeljavanje

Cilj: a) Kratkoročni: U roku 24 sata nakon prijema, klijent će razumjeti pravila i propise u okruženju liječenja.

b) Dugoročni: Klijent će biti prilagođeniji, neće zahtijevati vlastite želje te će poštovati pravila i propise za vrijeme liječenja.

Intervencije:

1. Od početka liječenja, klijenta trebamo upozoriti na ponašanja koja neće biti prihvaćena tijekom liječenja. Objasniti posljedice kršenja granica. Posljedice moraju uključiti nešto što je vrijedno za klijenta. Svi djelatnici moraju biti dosljedni u provođenju tih posljedica. One se

moraju primjenjivati odmah nakon prekršaja. Neželjene posljedice mogu pomoći u smanjivanju ponavljanja neželjenog ponašanja.

2. Nemojte ga nagovarati da učini "pravu stvar". Ne treba koristiti fraze poput: "Trebaš/Ne trebaš to učiniti..." . Umjesto toga bi trebalo ovako pristupiti: "Od vas se očekuje da...". Objašnjenja moraju biti koncizna, jasna te ne bi smjelo doći do pogrešne interpretacije.

3. Pohvaliti ga kada se ponaša prihvatljivo. Ta pozitivna reakcija povećava samopouzdanje te potiče ponavljanje poželjnih ponašanja.

4. Povećavati duljinu vremena prihvatljivog ponašanja kako bi klijent dobio nagradu. Npr. za 2 sata prihvatljivog ponašanja mogu biti razmjerni jednom telefonskom pozivu, 4 sata očekivanog ponašanja za 2 sata gledanja televizije.

5. Demokratski pristup s posebnim pravilima i propisima, sastanci u zajednici, grupne terapije stavlja klijenta u socijalnu situaciju u kojoj mora naučiti živjeti. Pozitivna reakcija okoline često je učinkovitija od sukoba. Klijent na taj način uči slijediti pravila zajednice.

6. Pomoći mu da dobije uvid u vlastito ponašanje. Često ti pojedinci znaju racionalizirati do te mjere da poruči svoje neprimjereno ponašanje. Klijent mora shvatiti da se određena ponašanja neće tolerirati unutar društva te da ga čekaju teške posljedice ukoliko se ne bude pridržavao određenih pravila. Klijent mora željeti postati produktivan član zajednice.

7. Razgovarajte o prošlosti sa klijentom. Raspravite koja su ponašanja u skladu sa društvenim normama, a koja nisu. To može pomoći klijentu da svijest o vlastitom ponašanju.

8. Trebamo zadržati stav da ga prihvaćamo, to može pridonijeti osjećaju dostojanstva i samopoštovanja.

IX. Problem: Obrambeno sučeljavanje

Cilj: a) Kratkoročni: Klijent će verbalizirati osobnu odgovornost za poteškoće u interakciji sa drugima u vremenu koje se očekuje od klijenta.

b) Dugoročni: Klijent će pokazati sposobnost za interakciju sa drugima.

Intervencije:

1. Potrebno je prepoznati i poduprijeti pozitivne aspekte osobnosti jer to može poboljšati klijentovo samopoimanje.

2. Poticati klijenta da prepozna i verbalizira osjećaje potreba za prihvatanjem i kako ti osjećaji izazivaju obrambena ponašanja kao što je okrivljavanje drugih za vlastita ponašanja. Priznavanje problema je prvi korak u procesu promjena.
3. Klijent može imati nedostatak znanja o tome kako ga drugi percipiraju. Pružanje ove informacije može pomoći u eliminiranju nepoželjnih oblika ponašanja.
4. Pomoći klijentu identificirati situacije u kojima se javlja obrambeni mehanizam. To se najbolje postiže kroz igranje uloga. Igranje uloga daje klijentu samopouzdanje da dobro reagira u teškim stvarnim situacijama.
5. Pozitivne reakcije podižu samopouzdanje i potiču ponavljanje poželjnih ponašanja.
6. Pomoći klijentu postaviti realne, konkretne ciljeve i odrediti odgovarajuće mjere kako bi se ti ciljevi ostvarili. Uspjeh povećava samopouzdanje.
7. Procijeniti s klijentom učinkovitost novog načina ponašanja te raspraviti o mogućim izmjenama kako bi se ponašanje poboljšalo. Zbog ograničene sposobnosti rješavanja problema, pomoć može biti potrebna za procjenu i razvoj novih metoda u slučaju da su se ove metode sučeljavanja pokazale nedjelotvornima.

X. Problem: Neupućenost (briga za sebe)

Cilj: a) Kratkoročni: Klijent će verbalizirati potrebna znanja za osnovne zdravstvene potrebe.

b) Dugoročni: Klijent će moći demonstrirati vještine naučene za ispunjenje osnovnih zdravstvenih potreba po završetku terapije.

Intervencije:

1. Procijeniti razinu znanja koje se odnosi na brigu o sebi kako bi se sastavio adekvatan nastavni plan.
2. Procijeniti razinu anksioznosti i spremnost na učenje.
3. Odredite način učenja koji je najprikladniji za klijenta (rasprava, pitanje/odgovor, korištenje audio i video sadržaja, usmeni, pisani). Potrebno je uvažiti razinu trenutnog obrazovanja.
4. Ako je moguće dobro je uključiti i druge u aktivnosti učenja. Uključivanje drugih može pozitivno utjecati na ishod učenja.

5. Za provođenje nastavnog plana potrebno je prilagoditi vrijeme i mjesto održavanja. Treba biti u vrijeme i na mjestu gdje neće biti nikakvih dodatnih distrakcija.
6. Potrebno je započeti sa jednostavnim konceptima prema sve složenijima.
7. Reći klijentu da demonstrira stečeno znanje verbaliziranjem informacija.
8. Pozitivna povratna informacija povećava samopouzdanje i potiče nastavak učenja.

6. ZAKLJUČAK

Od početka rada postupno su objašnjeni osnovni pojmovi kojima bismo mogli dočarati koliko je zapravo složena njega osoba s poremećajem ličnosti. Cilj ovog rada je bio da se upoznamo sa zdravstvenom njegom osoba s poremećajem ličnosti, njihovim sestrinskim dijagnozama, ciljevima i intervencijama.

Ja smatram kako se kvalitetnom i sustavnom komunikacijom mogu bolje riješiti problemi tih osoba nego liječenjem ranim psihofarmacima. Ovdje bih povukao paralelu te citirao Williama Glassera koji također kaže: "Psihijatrija može biti opasna za vaše mentalno zdravlje." On smatra da se u psihijatriju uvukla prevelika doza lijekova koji ne mogu pomoći. Pomoći se može jedino na način da se sa tim osobama radi sustavno i pojedinačno. Kroz razgovor i terapije. Svakoj osobi treba posvetiti vremena, te se stanje osobe može popraviti u krugu obitelji, a ne u raznim ustanovama. Naravno, kod nas imamo kroničan problem sa nedostatkom osoblja bez kojega ćemo teško ići u tome smjeru. U zapadnim zemljama postoje i sestrinske bolnice. U njima je naglasak na zdravstvenoj njezi psihijatrijskog bolesnika, gdje je liječnik samo konzilijarni član tima. Organizirane su najčešće za kronične duševne bolesnike i starije osobe s duševnim poremećajima. U takvim se ustanovama kvalitetnije radi sa svakim bolesnikom.

Za zaključak ću reći kako je poremećaj ličnosti teško izlječiv poremećaj, ali se sustavnim radom, grupnim i individualnim terapijama te uz pomoć psihofarmaka mogu umanjiti simptomi te se osoba može uključiti i živjeti u socijalnoj okolini. U cijelom tom procesu moram još jednom spomenuti važnost medicinske sestre koja je bitna karika cijelog medicinskog tima. Zbog toga što je ona ta koja brine o tom bolesniku 24h na dan, ona je ta koja ga ohrabruje, komunicira s njim te je i ona ta koja mu ja smatram i najviše može pomoći.

7. LITERATURA

1. Begić, D. Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
2. Folnegović-Šmalc, V. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-IV), Naklada Slap, Jastrebarsko 1996.
3. Kaplan, H. I., Sadock, B. J. Priručnik kliničke psihijatrije, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1998.
4. Kovačec, A. Hrvatski opći leksikon, Leksikografski zavod Miroslav Krleža, Zagreb, 1996.
5. Larsen, J. R., Buss, M. D. Psihologija ličnosti, Naklada Slap, 2008.
6. Milovanović, D., Šternić, M. Uvod u kliničku psihijatriju, Kliničko-bolnički centar "Kragujevac", 1999.
7. Repišti, S. Psihologija ličnosti: teorija i empirija, INDEX LINE, Sarajevo, 2015.

Preuzeto sa stranice:
https://www.academia.edu/10432441/PSIHOLOGIJA_LI%C4%8CNOSTI_Teorija_i_empirija_PERSONALITY_PSYCHOLOGY_Theories_and_research

Datum pristupa informaciji: 13.03.2016.

8. Rogers, R.C. On becoming a person, California (1961.) Dostupno na adresi:
http://s-f-walker.org.uk/pubsebooks/pdfs/Carl_Rogers_On_Becoming_a_Person.pdf

Datum pristupa informaciji: 10.03.2016.

9. Sedić, B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Visoka zdravstvena škola, Zagreb, 2004.
10. <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/poremecaji-osobnosti> (Split, 2014.) Datum pristupa informaciji: 10.12.2015.

8. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Erik Šulc

Datum i mjesto rođenja: 02.06.1993, Virovitica

Obrazovanje: Gimnazija Daruvar (2008-2012.)

Odjel za zdravstvene studije Zadar (2012 – 2016.)

Radno iskustvo: - Proton elektronika , Daruvar – Elektrotehničar - 2011-...

- ABES d.o.o. Split – Pomoćnik u građevini (Poliklinika Zadar) – 2014.

- Tureta Zadar - Skladištar – 2015.

- Hertz - Rent a car – 2016.

Dodatne sposobnosti :

- Strani jezici: Engleski

- Ostale sposobnosti: - dobro poznavanje rada na računalu

- Vozačka dozvola: B kategorija