

Zdravstvena njega bolesnika s graničnim poremećajem osobnosti

Zulim, Nikolina

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

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:162:157343>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-09**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstvo

NIKOLINA ZULIM

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA SA
GRANIČNIM POREMEĆAJEM OSOBNOSTI**

Završni rad

Zadar, 2022.

Sveučilište u Zadru
Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstvo

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA SA GRANIČNIM
POREMEĆAJEM OSOBNOSTI

Završni rad

Student/ica:
Nikolina Zulim

Mentor/ica:
Darko Labura, dr.med.spec.

Komentor/ica:
Doc. dr. sc. Nataša Skitarelić

Zadar, 2022.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Nikolina Zulim**, ovime izjavljujem da je moj **završni** rad pod naslovom **Zdravstvena njega bolesnika s graničnim poremećajem osobnosti** rezultat mojega 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 mojega 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 mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 5. listopada 2022.

SADRŽAJ

| | |
|---|----|
| <u>SAŽETAK</u> | 1 |
| 1. <u>UVOD</u> | 3 |
| 2. <u>POJAM OSOBNOSTI</u> | 4 |
| 2.1. <u>RAZVOJNE FAZE OSOBNOSTI</u> | 5 |
| 3. <u>GRANIČNI POREMEĆAJ OSOBNOSTI</u> | 7 |
| 3.1. <u>ETIOLOGIJA GRANIČNOG POREMEĆAJA OSOBNOSTI</u> | 8 |
| 3.1.1. <u>Biološki čimbenici</u> | 8 |
| 3.1.2. <u>Psihološki čimbenici</u> | 9 |
| 3.1.3. <u>Društveni i kulturni čimbenici</u> | 10 |
| 3.1.4. <u>Biosocijalna teorija</u> | 10 |
| 3.2. <u>DIJAGNOZA</u> | 11 |
| 3.2.1. <u>Interpersonalna preosjetljivost</u> | 11 |
| 3.2.2. <u>Utjecaj na emocionalnu disregulaciju</u> | 11 |
| 3.2.3. <u>Poremećaj kontrole ponašanja</u> | 12 |
| 3.2.4. <u>Poremećen osjećaj sebe</u> | 12 |
| 3.3. <u>KOMORBIDITET SA DRUGIM POREMEĆAJIMA</u> | 13 |
| 4. <u>LIJEČENJE PACIJENATA SA GRANIČNIM POREMEĆAJEM OSOBNOSTI</u> | 14 |
| 4.1. <u>TERAPIJA</u> | 14 |
| 4.1.1. <u>Kognitivno bihevioralna terapija</u> | 14 |
| 4.1.2. <u>Dijalektičko bihevioralna terapija</u> | 16 |
| 4.2. <u>FARMAKOLOGIJA</u> | 17 |
| 5. <u>ULOGA MEDICINSKIH SESTARA U LIJEČENJU PACIJENATA SA GRANIČNIM POREMEĆAJEM OSOBNOSTI</u> | 19 |
| <u>POPIS LITERATURE</u> | 22 |

SAŽETAK

Osobnost je kompletna psihička struktura koja se dotiče emocionalnih i kognitivnih osobina, temperamenta osobe, karaktera, stavova, interesa, moralnih osobnosti te oblika doživljavanja i reagiranja. Odnosno u psihičkom smislu osobnost je cjelokupnost određene osobe. Svaki čovjek ima svoj način doživljavanja, reagiranja i svoje crte osobnosti te je po njima svaki pojedinac prepoznatljiv. Prema statistici gotovo 15% svjetske populacije zahvaćeno je ovim poremećajem. Prvo ćemo obraditi pojam osobnosti bez kojeg ne bismo mogli razumjeti poremećaj osobnosti u potpunosti. Ovaj završni rad dotaknut će se razvoja osobnosti i opisati teorije i modele osobnosti. Spomenut će se razvojne faze osobnosti te će se dotaknuti simptoma koji se javljaju u pacijenata s graničnim poremećajem osobnosti i metoda dijagnostike iz već spomenutog poremećaja. Nadalje, opisati će se metode liječenja te zasebno objasniti vrste terapije. Najvažnija stavka ovog završnog rada je zdravstvena njega bolesnika s poremećajem osobnosti, osvrnuti će se na sestrinske dijagnoze koje su specifične za pacijenta s psihijatrijskom dijagnozom. Kontinuirana sestrinska skrb za pacijente s graničnim poremećajem osobnosti zahtjeva specifična znanja i vještine medicinske sestre. Medicinska sestra je dužna postaviti ciljeve te razraditi kompletan plan zdravstvene njege. Također, kao član multi disciplinarnog tima, medicinska sestra ima veliku ulogu prepoznavanja, otkrivanja pa i tretiranja problema pacijenta iz područja zdravstvene skrbi. To je jedan od razloga zašto svakom pacijentu treba pristupiti jedinstveno, holistički i terapijski. Svakako ne smijemo izostaviti vrlo bitnu edukaciju da bi se na što adekvatniji način pomoglo pacijentima.

Ključne riječi: *osobnost, poremećaj, granični poremećaj, terapija, njega*

ABSTRACT

Health Care of Patients with Borderline Personality Disorder

Personality is a complete psychological structure that touches on emotional and cognitive traits, a person's temperament, character, attitudes, interests, moral personalities and forms of experiencing and reacting. That is, in the psychological sense, personality is the totality of a certain person. Each person has his own way of experiencing, reacting and his own personality traits, and each individual is recognizable by them. According to statistics, almost 15% of the

world's population is affected by this disorder. First, we will deal with the concept of personality, without which we would not be able to fully understand personality disorder. This final paper will touch upon personality development and describe personality theories and models. The developmental stages of personality will be mentioned and the symptoms that occur in patients with borderline personality disorder will be touched upon, as well as diagnostic methods for the aforementioned disorder. Furthermore, treatment methods will be described and the types of therapy will be explained separately. The most important item of this final thesis is the health care of patients with a personality disorder, it will refer to nursing diagnoses that are specific for patients with a psychiatric diagnosis. Continuous nursing care for patients with borderline personality disorder requires specific knowledge and skills of the nurse. The nurse is obliged to set goals and develop a complete health care plan. Also, as a member of a multi-disciplinary team, the nurse has a major role in recognizing, detecting and even treating the patient's health care problems. This is one of the reasons why each patient should be approached uniquely, holistically and therapeutically. We must certainly not leave out very important education in order to help patients in the most adequate way possible.

Key words: personality, disorder, borderline disorder, therapy, care

1. UVOD

Osobnost je način razmišljanja i ponašanja koji osobu čini različitom od drugih ljudi. Na osobnost pojedinca utječu iskustva, okolina (okruženje, životne situacije) i naslijeđene karakteristike. Poremećaj osobnosti je način razmišljanja, osjećanja i ponašanja koji odstupa od očekivanja kulture, uzrokuje uznemirenost ili probleme u funkcioniranju i traje određeno vrijeme.

Granični poremećaj osobnosti mentalna je bolest koja ozbiljno utječe na sposobnost osobe da regulira svoje emocije. Ovaj gubitak emocionalne kontrole može povećati impulzivnost, te negativno utjecati na to kako se osoba osjeća prema sebi i drugima. Osobe sa graničnim poremećajem osobnosti doživljavaju intenzivne promjene raspoloženja i osjećaju nesigurnost oko toga kako ih drugi vide. Njihovi osjećaji prema drugima mogu se brzo promijeniti i varirati od ekstremne bliskosti do ekstremne mržnje, što može dovesti do stvaranja nestabilnih odnosa i emocionalne boli. Oni također imaju tendenciju promatrati stvari ekstremno, te mogu djelovati impulzivno ili nepromišljeno.

Ovlašteni stručnjak za mentalno zdravlje, psihijatar, koji ima iskustva u dijagnosticiranju i liječenju mentalnih poremećaja može dijagnosticirati granični poremećaj osobnosti putem temeljitog pregleda i razgovora o simptomima. Pažljiv i detaljan liječnički pregled također može pomoći u isključivanju drugih mogućih uzroka simptoma. U dijagnosticiranju bolesti, njegovatelji će razgovarati o simptomima, povijesti bolesti obitelji, uključujući povijest mentalnih bolesti.

U ovom radu ćemo proučiti sam pojam osobnosti, graničnog poremećaja osobnosti, te liječenje pacijenata sa takvim poremećajem, sa posebnim naglaskom na ulogu medicinskih sestara u liječenju.

2. POJAM OSOBNOSTI

Psiholozi su pokušali objasniti koncept osobnosti u smislu individualnosti i dosljednosti. Ljudi se jako razlikuju u načinu na koji razmišljaju, osjećaju i djeluju, kako prema različitim, tako i prema istim situacijama. Ovaj obrazac ponašanja pomaže definirati vlastiti identitet. Svaka osoba je u određenim aspektima poput svih drugih, kao neke druge osobe i kao nijedna druga osoba koja je postojala u prošlosti ili će postojati u budućnosti(1).

Drugi važan pojam u definiranju osobnosti je dosljednost. Drugim riječima, može se reći da koncept osobnosti uključuje opažanje da se osoba ponaša donekle dosljedno u različitim situacijama tijekom različitog vremena. Iz ovog promatranja dosljednosti proizlazi pojam osobina ličnosti koje određuju način reagiranja na nečiji svijet. Kombinirajući ove pojmove individualnosti i dosljednosti, osobnost se može definirati kao osebujni i jedinstveni načini na koje svaki pojedinac misli, osjeća i djeluje. Odnosno, može se reći da se osobnost odnosi na sve one relativno trajne osobine, sklonosti ili karakteristike unutar osobe koje daju neku mjeru dosljednosti ponašanju osobe. Te osobine mogu biti jedinstvene, zajedničke nekim skupinama ili zajedničke cijeloj vrsti, ali njihov će se obrazac razlikovati od jedinke do jedinke.

Misli, osjećaji i postupci za koje se smatra da odražavaju osobnost pojedinca obično imaju tri karakteristike:

1. Misli, osjećaji i radnje smatraju se bihevioralnim sastavnicama identiteta koje prave razliku među pojedincima,
2. Smatra se da su ponašanja prvenstveno uzrokovana unutarnjim, a ne okolišnim čimbenicima,
3. Čini se da ponašanje osobe ima organizaciju i strukturu, odnosno da se slaže na smislen način.

Treba imati na umu da je priroda ponašanja dinamična i da se tijekom određenog vremena mogu dogoditi promjene u organizaciji i strukturi ponašanja. U tom je smislu Allport (1961.) definirao osobnost kao dinamičku organizaciju psihofizičkih sustava unutar osobe koja određuju jedinstvene prilagodbe nečijem okruženju. To sugerira da postoji unutarnja osobnost koja vodi i usmjerava ponašanje pojedinca(2).

Za bolje razumijevanje pojma osobnosti bitno je da se ne miješa sa pojmom karaktera i temperamenta. Dok se pojam karakter odnosi na vrijednosne sudove, koji se donose prema moralnim vrijednostima ili etičkom ponašanju osobe, pojam temperament odnosi se na urođene trajne karakteristike kao što su prilagodljivost, razdražljivost itd. Međutim, i karakter i temperament su vitalni dijelovi osobnosti.

2.1. RAZVOJNE FAZE OSOBNOSTI

Erikson (1950.) vjeruje da se osobnost nastavlja oblikovati tijekom cijelog životnog vijeka, od rođenja do smrti. Ovo razdoblje on je podijelio u pet faza. Svaka faza ima svoje karakteristične značajke obilježene emocionalnim dijelom, kulturom osobe i njezinom komunikacijom s društvom čiji je dio.

1. Usmena faza:

Ova faza se proteže od nulte do godinu i pol. U tom razdoblju usta su osjetljiva zona tijela i glavni izvor radosti i zadovoljstva djeteta. Način na koji se majka brine o djetetu čini da dijete vjeruje ili ne vjeruje svijetu (koji predstavlja majka) oko sebe. Ako se njegove želje često zadovoljavaju, razvija povjerenje i vjeruje da će se svijet pobrinuti za njega. U slučaju učestalog nezadovoljstva razvija se nepovjerenje koje dojenče dovodi do uvjerenja da se ljudima oko njega ne može vjerovati, na njih se ne može osloniti i da će izgubiti većinu onoga što želi. Nakon prvih šest mjeseci (razdoblje sisanja), preostalih godinu dana (razdoblje grizenja) prilično je teško za dijete i majku zbog nicanja zubi i odvikavanja od dojenja. Ako se s njim pravilno postupa, djetetovo povjerenje se jača i ono razvija ugrađen i doživotan optimizam.

Osobe koje su imale neugodno (napušteno, nevoljeno i nezbrinuto) djetinjstvo vjerojatno će roditeljstvo smatrati opterećujućim i mogu izraziti ovisno, zlostavljачko ponašanje i ispade bijesa, tj. oralni karakter. Osjećaj povjerenja ili nepovjerenja (zadatak oralne faze) nije potpuno ovisan o odnosu majka-dijete tijekom oralne faze. Nastavlja se modificirati, pojačavati ili smanjivati prema iskustvima osobe i u sljedećim godinama života(3).

2. Analna faza:

Pred kraj razdoblja oralne faze, dijete je sposobno hodati, govoriti i jesti samostalno. Može zadržati ili otpustiti nešto što ima (to vrijedi i za rad crijeva i mjehura). Tokom učenja kontrole mjehura i crijeva, dijete može razviti autonomiju ili sram i sumnju. Zadatak analne faze je razvijanje autonomije. Ako ga roditelji podržavaju, a da nisu pretjerano zaštitnički nastrojeni i ako se djetetu dopusti da funkcionira s određenom količinom neovisnosti, ono stječe određeno povjerenje u svoju autonomiju (vjerojatno do dobi od tri godine) i preferira ljubav nad mržnjom ili samoizražavanje umjesto potiskivanja.

Autonomija, dakle, nadvladava sram i sumnju i dovodi do razvoja povjerenja u kontroliranje svojih funkcija, a također, u određenoj mjeri, i ljude oko sebe. Nasuprot tome, dijete se može osjećati ljutito, glupo i posramljeno ako roditelji kritiziraju njegov izmet i pretjerano kontroliraju rad crijeva i mjehura tijekom učenja na toalet. Autonomija i neovisnost potpuno su različite od impulzivnih radnji jer uključuju racionalnost, a ne emocionalnost(3).

3. Genitalna (edipalna) faza:

Zadatak ovog razdoblja je razvijanje i jačanje inicijative, a u suprotnom dijete razvija snažan osjećaj krivnje. To razdoblje proteže se od 3. do 6. godine života, odnosno predškolskog razdoblja. Sada je dijete sposobno samo pokrenuti aktivnost, kako intelektualnu tako i motoričku. Koliko će ova inicijativa biti osnažena ovisi o tome koliko je fizičke slobode dano djetetu i koliko je njegova znatiželja zadovoljena. Ako se dovede do toga da se osjeća loše zbog svog ponašanja ili svojih interesa, može odrastati s osjećajem krivnje zbog svojih samoinicijativnih aktivnosti(3).

Erikson (1950) smatra da dijete prvo preuzima inicijativu kod kuće kada iskaže interes za svog roditelja suprotnog spola. Ispravno bi bilo pomoći djetetu da se identificira s istospolnim roditeljem, npr. djevojčicu treba poticati da se identificira s majkom, a sina s ocem. Osim ove inicijative, dijete također pokušava sebi izboriti naklonost roditelja među braćom i sestrama. On vidi razliku između onoga što želi i onoga što se od njega traži. Posljedica toga je jasna podjela između djetetovog želja i roditeljskog ograničenja. Dijete postupno pretvara te vrijednosti (ograničenja) u samokažnjavanje.

Polako i postupno, dijete sretno raste ako njegova inicijativa dobije odgovarajuće pojačanje(3).

4. Faza kašnjenja:

Ova faza obuhvaća razdoblje od 6 do 11 godina, odnosno školsku dob. Dijete može razumno zaključivati i može koristiti alate koje koriste odrasli. Seksualni interesi i znatiželja (uobičajeni u genitalnom razdoblju) su potisnuti do puberteta, a uz poticaje, stječe povjerenje u svoju sposobnost izvođenja i korištenja materijala za odrasle. U ovoj fazi najbitnije je poticati djecu na interakciju s kolegama iz razreda, čime će manje ovisiti o roditeljima(3).

5. Faza adolescencije:

Ovo razdoblje, koje se smatra razdobljem nemira, obično počinje u 12-13 godini i može se produžiti do 18-19 godina. Adolescenti se u tom prijelaznom procesu iz djetinjstva u zrelost ponašaju otprilike kao odrasli, a ponekad i kao djeca. Roditelji također pokazuju svoju neodlučnost da ih prihvate u njihovoj novoj ulozi odrasle osobe u nastajanju. Ova faza pokazuje sve psiho-socijalne karakteristike ranijeg razdoblja i sve se one skupljaju u novi identitet za adolescenta. Kako bi razvio osobni identitet, adolescent npr. postaje obožavatelj nekog heroja, počinje slijediti određene ideologije i iskušava sreću sa suprotnim spolom(3).

Zadatak ove dobi je razviti identitet, tj. vrijednosti, snage, vještine, razne uloge, ograničenja itd. Djetetu treba pomoći da se nosi s fiziološkim, emocionalnim pritiscima zajedno s pritiscima roditelja, vršnjaka itd(3).

3. GRANIČNI POREMEĆAJ OSOBNOSTI

Svaka osoba ima osobnost: dugogodišnje načine opažanja, odnosa i razmišljanja o okolini i sebi. Međutim, kada su te osobine nefleksibilne, neprilagodljive i uzrokuju značajno funkcionalno oštećenje ili subjektivni stres, one predstavljaju poremećaj osobnosti.

Postoji 10 klasificiranih poremećaja osobnosti, a od njih je granični poremećaj osobnosti (engl. *Borderline Personality Disorder*, BPD) najčešći, najsloženiji, najviše proučavan i svakako jedan od najopasnijih, pošto do 10% pacijenata kojima je dijagnosticiran počine samoubojstvo. Učestalost u općoj populaciji seže od 1 do 2%; do 20% svih psihijatrijskih bolesnika i 15% svih izvanbolničkih bolesnika. Žene prevladavaju (oko 75%) u psihijatrijskim ustanovama, dok u muškaraca češće dolazi do zlouporabe supstanci(4).

Kao rezultat kliničkih promatranja od 1930-ih i znanstvenih studija provedenih 1970-ih, psihijatri su utvrdili da osobe koje karakteriziraju intenzivne emocije, samo-destruktivne radnje i burni međuljudski odnosi predstavljaju vrstu poremećaja osobnosti. Izraz "granični" korišten je jer se izvorno smatralo da ti pacijenti postoje kao atipične ("granične") varijante drugih dijagnoza i također zato što su ti pacijenti testirali granice bilo kojih postavljenih granica. Dijagnoza je postala "službena" 1980. Iako je u proteklih 25 godina postignut veliki napredak u razumijevanju i liječenju poremećaja, dijagnoza se nedovoljno koristi. To je uglavnom zbog činjenice da je pacijente sa graničnim poremećajem osobnosti teško liječiti i često izazivaju osjećaje ljutnje i frustracije kod ljudi koji pokušavaju pomoći. Takve negativne asocijacije uzrokovale su da mnogi stručnjaci ne žele postaviti dijagnozu. Mnogi daju prednost stanjima koja se istovremeno javljaju kao što su depresija, bipolarni poremećaj, zlouporaba supstanci, anksiozni poremećaji i poremećaji prehrane. Ovaj problem je pogoršan nedostatkom odgovarajućeg osiguranja za proširene psihosocijalne tretmane koje poremećaj obično zahtijeva(5).

Granični poremećaj osobnosti obično se pojavljuje u ranoj odrasloj dobi, ali njegovi simptomi (npr. samoozljeđivanje) mogu se pronaći i u ranoj adolescenciji. Kako pacijenti stare, njihovi simptomi i/ili ozbiljnost bolesti obično se smanjuju. Oko 40-50% pacijenata s graničnim poremećajem osobnosti ozdravi unutar dvije godine, a ta stopa raste na 85% za 10 godina. Za razliku od većine drugih velikih psihijatrijskih poremećaja, istraživanja tijekom graničnog poremećaja osobnosti pokazala su da je prvih pet godina liječenja obično najkritičnije. Karakterističan je niz intenzivnih, nestabilnih odnosa koji ljutito završavaju s kasnijim samo-destruktivnim ili suicidalnim ponašanjem. Iako takve krize mogu potrajati godinama, smanjenje

učestalosti i ozbiljnosti samo-destruktivnih ponašanja i suicidalnih ideja i radnji, te smanjenje broja hospitalizacija rani su pokazatelji poboljšanja. Dok se oko 60% hospitaliziranih pacijenata ponovno prima u prvih šest mjeseci, ta stopa opada na oko 35% u razdoblju od osamnaest mjeseci do dvije godine nakon početne hospitalizacije. Općenito, korištenje psihijatrijske skrbi postupno se smanjuje i sve više uključuje kraće, manje intenzivne intervencije. Samo oko 25% pacijenata s dijagnozom na kraju postigne relativnu stabilnost kroz uspješan rad na sebi. Mnogo više ih vodi živote koji uključuju ograničeni profesionalni uspjeh i socijalni život.

3.1. ETIOLOGIJA GRANIČNOG POREMEĆAJA OSOBNOSTI

Granični poremećaj osobnosti, kao i svi drugi veliki psihijatrijski poremećaji, uzrokovan je složenom kombinacijom genetskih, društvenih i psiholoških čimbenika. Sve moderne teorije pokazuju da mora doći do kombinacije različitih uzroka kako bi se poremećaj manifestirao.

Postoje, međutim, poznati čimbenici rizika za razvoj poremećaja koji uključuju one prisutne pri rođenju (odnosno biološke), psihološke čimbenike i društvene čimbenike.

3.1.1. Biološki čimbenici

Stupanj u kojem je granični poremećaj osobnosti uzrokovan urođenim čimbenicima, nazvan "razina nasljednosti", procjenjuje se na 52-68%, što je otprilike isto kao i za bipolarni poremećaj. Ono za što se vjeruje da se nasljeđuje jesu temperamenti (ili, kao što je gore navedeno, fenotipovi), emocionalna nestabilnost i impulzivnost. Za djecu s ovim urođenim dispozicijama, okolišni čimbenici mogu značajno pogoršati njihov granični poremećaj osobnosti u odrasloj dobi. No, osim toga, nasljeđuje se još neka dispozicija specifična za poremećaj koja spaja te fenotipove. Mnoga su istraživanja pokazala da su poremećaji emocionalne regulacije, interpersonalna preosjetljivost ili impulzivnost češći u srodnika pacijenata.

Temperament afekta/emocija uzrokuje da se pojedinci lako uznemire, ljute, postanu depresivni ili tjeskobni, dok impulzivni temperament uzrokuje da pojedinci djeluju bez razmišljanja o posljedicama ili čak da namjerno traže opasne aktivnosti. Interpersonalni preosjetljivi temperament vjerojatno počinje s ekstremnom osjetljivošću na odvajanje ili odbijanje. Normalna neurološka funkcija je potrebna za tako složene zadatke kao što su kontrola impulsa, regulacija emocija i percepcija društvenih znakova. Studije pacijenata s graničnim poremećajem osobnosti identificirale su povećanu učestalost neuroloških smetnji, često suptilnih, ali vidljivih detaljnim pregledom. Najveći dio mozga je veliki mozak, gdje se interpretiraju informacije koje dolaze iz osjetila, i iz kojeg proizlaze svjesne misli i planirano

ponašanje. Prvotne studije su otkrile da osobe s graničnim poremećajem osobnosti imaju smanjeni odgovor na emocionalno intenzivni podražaj u područjima planiranja/organiziranja velikog mozga i da niže razine moždane aktivnosti mogu promicati impulzivno ponašanje. Limbički sustav, koji se nalazi u središtu mozga, ponekad se smatra "emocionalnim mozgom", a sastoji se od amigdale, hipokampusu, talamusa, hipotalamusa i dijelova moždanog debla. Postoje dokazi da je kao odgovor na emocionalno uzbuđenje amigdala posebno aktivna kod osoba s graničnim poremećajem osobnosti (6).

Najznačajnije su rezultate dale studije blizanaca, te obiteljske studije. Članovi obitelji također će vjerojatnije ispuniti dijagnostičke kriterije povezanih bolesti, posebno poremećaja ovisnosti, afektivnih poremećaja, te antisocijalnog poremećaja ličnosti(7).

Jedna od najvećih studija blizanaca (92 jednojajčanih i 129 dvojajčanih norveških parova blizanaca) proizvela je najbolji model u kojem se 69% varijacije u simptomima pripisalo učincima gena, a 31% varijacije učincima različitog okoliša. Obiteljske su studije pokazale da su rođaci prvog koljena osoba s graničnim poremećajem osobnosti pod pet puta većim rizikom od opće populacije za ispunjavanje uvjeta dijagnoze poremećaja (8).

3.1.2. Psihološki čimbenici

Kao i većina drugih mentalnih bolesti, čini se da granični poremećaj osobnosti ne nastaje tijekom specifične, diskretne faze razvoja. Nedavne studije su pokazale da djeca prije određene dobi ne uspijevaju naučiti točne načine identificiranja osjećaja ili točno pripisivanje motiva kod sebe i drugih (često se nazivaju neuspjesi "mentalizacije"). Takva djeca ne uspijevaju razviti osnovne mentalne sposobnosti koje čine stabilan osjećaj sebe. Jedna važna teorija naglasila je ključnu ulogu onesposobljavajuće okoline, što se događa kada se dijete navodi da vjeruje da njegovi ili njezini osjećaji, misli i percepcije nisu stvarni ili da nisu važni.

Oko 70% osoba s graničnim poremećajem osobnosti prijavilo je povijest fizičkog i/ili seksualnog zlostavljanja. Traume iz djetinjstva mogu pridonijeti simptomima kao što su otuđenje, očajnička potraga za zaštitničkim odnosima i erupcija intenzivnih osjećaja koji karakteriziraju poremećaj. Ozbilnost granične psihopatologije također je bila povezana s težinom seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu. Uzeti zajedno, ovi su rezultati doveli neke liječnike do zaključka da bi se granični poremećaj osobnosti mogao promatrati kao oblik kroničnog posttraumatskog stresnog poremećaja. Ipak, budući da relativno malo ljudi koji su fizički ili seksualno zlostavljani razvije granični poremećaj osobnosti (ili bilo koji drugi psihijatrijski poremećaj), bitno je uzeti u obzir temperamentnu dispoziciju. Budući da se

poremećaj može razviti bez takvih iskustava, te traume same po sebi nisu dovoljne da objasne bolest. Ipak, seksualno ili drugo zlostavljanje može biti "krajnje" poništavajuće okruženje. Naime, kada je zlostavljač skrbnik, dijete će možda trebati upotrijebiti „cijepanje“ (poricanje osjećaja mržnje i odbojnosti kako bi sačuvalo ideju da je voljeno).

Približno 30% pacijenata doživjelo je rani gubitak roditelja ili produljenu razdvojenost od svojih roditelja, iskustva za koja se vjeruje da pridonose strahu pacijenta od napuštanja. Osobe s graničnim poremećajem osobnosti često navode da su se osjećale zanemareno tijekom djetinjstva, a ponekad izvori tog osjećaja zanemarivanja nisu očiti i mogu biti posljedica osjećaja da nisu dovoljno shvaćeni. Pacijenti često navode da se osjećaju otuđeno ili nepovezano sa svojim obiteljima, a često poteškoće u komunikaciji pripisuju roditeljima. Međutim, oslabljena sposobnost osobe s poremećajem da opiše i prenese osjećaje ili potrebe može biti značajan uzrok osjećaja zanemarivanja i otuđenja (9).

3.1.3. Društveni i kulturni čimbenici

Mogu postojati društveni i kulturni čimbenici koji doprinose varijacijama u rasprostranjenosti graničnog poremećaja osobnosti. Društvo koje se brzo razvija, nestabilne obiteljske situacije koje su najčešće uzrokovane razvodom, ekonomski čimbenici ili drugih pritisci mogu potaknuti razvoj ovog poremećaja.

3.1.4. Biosocijalna teorija

Prema Linehan (1993.), granični poremećaj osobnosti je prvenstveno poremećaj emocionalne disregulacije i proizlazi iz odnosa između pojedinaca s biološkim ranjivostima i posebnih okolinskih utjecaja koje oblikuju specifične obrasce ponašanja. Teorija je postala glavni etiološki model graničnog poremećaja osobnosti i potaknula znatna istraživanja i klinički napredak u tom području(10). Emocionalna disregulacija naknadno dovodi do disfunkcionalnih obrazaca odgovora tijekom emocionalnih događaja. Linehan predlaže tri bitna aspekta emocionalne disregulacije(10):

- pojačanu emocionalnu osjetljivost,
- nesposobnost regulacije intenzivnih emocionalnih reakcija te
- spor povratak na osnovnu emocionalnu vrijednost.

Nadalje, koncept emocija (a time i emocionalne disregulacije) je vrlo širok i obuhvaća povezane kognitivne, biokemijske i fiziološke procese, facijalnu ekspresiju, te povezane akcije. Linehan predlaže niz mogućih bioloških slojeva emocionalne disregulacije (npr. limbička disfunkcija). Međutim, literatura o biologiji psihičkih poremećaja bila je vrlo ograničena kada Linehan prvotno artikulirala svoju teoriju(11).

3.2. DIJAGNOZA

Da bi se pacijentu dijagnosticirao granični poremećaj osobnosti, on ili ona moraju zadovoljavati 5 od 9 kriterija, kako je navedeno u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje. Postavljanje dijagnoze komplicira činjenica da prisutnost mnogih od ovih kriterija varira.

Granične osobine korisno su podijeljene u četiri čimbenika, od kojih svaki predstavlja temeljni temperament (tj. "fenotip"): (12)

1. Interpersonalna preosjetljivost,
2. Utjecaj na (emocionalnu) disregulaciju,
3. Poremećaj kontrole ponašanja (impulzivnost),
4. Poremećen osjećaj sebe.

3.2.1. Interpersonalna preosjetljivost

Interpersonalna preosjetljivost uključuje sljedeće kriterije: (13)

- Strah od napuštanja: Ove strahove treba razlikovati od češćih i manje ozbiljnih pojava separacijske anksioznosti. Percepcija nadolazećeg odvajanja ili odbacivanja može dovesti do dubokih promjena u slici o sebi, afektu, kogniciji i ponašanju bolesnika s graničnim poremećajem osobnosti. Ovakve osobe interpersonalno su preosjetljive i mogu iskusiti intenzivan strah od napuštanja i neprikladnu ljutnju čak i kada su suočene s kritikama ili vremenski ograničenim odvajanjima. Ovi strahovi od napuštanja povezani su s netolerancijom prema samoći i potrebom da drugi ljudi budu uz njih. Napori da se izbjegne napuštanje mogu uključivati impulzivne radnje poput samoozljeđivanja ili suicidalnog ponašanja. Izvorno se pretpostavljalo da se strah od napuštanja razvio kao rezultat neuspjeha u djetetovu razvoju tijekom faze zbližavanja (od godine i pol do dvije i pol godine). Međutim, empirijski dokazi to nisu potvrdili(13).
- Nestabilne, intenzivne veze: Pojedinci s graničnim poremećajem osobnosti često nisu u stanju vidjeti značajne osobe (tj. potencijalne izvore skrbi ili zaštite) kao ikakve osim idealizirane (ako ih zadovoljavaju) ili manje vrijedne (ako ne zadovoljavaju). To se često naziva "crno-bijelo razmišljanje", a u psihološkom smislu odražava konstrukt "cijepanja". Kada se ljutnja koja je prvobitno bila usmjerena prema voljenoj osobi doživi kao opasna, ona se "cijepa" kako bi se sačuvala percepcija ideala voljene osobe(13).
- Osjećaj praznine: Kronična praznina, opisana kao osjećaj koji se obično osjeća u abdomenu ili prsima, muči pacijente s graničnim poremećajem osobnosti. Ne radi se o dosadi ili osjećaju egzistencijalne tjeskobe, već stanju osjećaja povezanog s usamljenošću i potrebom(13).

3.2.2. Utjecaj na emocionalnu disregulaciju

Utjecaj na emocionalnu disregulaciju uključuje sljedeće kriterije: (13)

- Afektivna (emocionalna) nestabilnost: Rani klinički promatrači uočili su intenzitet, promjenjivost i raspon emocija pacijenta s graničnim poremećajem osobnosti. Izvorno

je predloženo da granična emocionalna nestabilnost uključuje iste probleme afektivne nepravilnosti kao kod osoba s poremećajima raspoloženja, osobito depresijom i bipolarnim poremećajem. Sada je poznato da, iako osobe s poremećajem pokazuju izrazitu afektivnu nestabilnost (tj. intenzivnu epizodnu depresiju, nemir, ljutnju, paniku ili očaj), te promjene raspoloženja obično traju samo nekoliko sati i temeljno disfonično raspoloženje se rijetko može ublažiti razdoblja blagostanja ili zadovoljstva. Ove epizode mogu odražavati ekstremnu reakciju pojedinca na stresove (osobito one međuljudske) i neurobiološki utemeljenu nesposobnost reguliranja emocija(13).

- Ljutnja: Ljutnja pacijenta s graničnim poremećajem osobnosti može biti posljedica pretjeranog temperamenta (genetska ranjivost) ili dugotrajne reakcije na pretjeranu frustraciju (okolišni čimbenik). Bez obzira na to je li uzrok genetski ili okolišni, mnoge osobe s poremećajem izjavljuju da se većinu vremena osjećaju ljutito, čak i kada ljutnja nije otvoreno izražena. Ljutnja se često događa kada blisku osobu ili skrbnika doživljavaju kao suzdržanog ili nebriznog. Izrazi ljutnje često su praćeni sramom i doprinose osjećaju da je osoba zla(13).

3.2.3. Poremećaj kontrole ponašanja

Poremećaj kontrole ponašanja uključuje sljedeće kriterije: (13)

- Impulzivnost: Impulzivnost pojedinca sa graničnim poremećajem osobnosti često je samooštećujuća, po svojim učincima i po svojim namjerama. Ovo se razlikuje od impulzivnosti koja se nalazi u drugim poremećajima kao što su manični/hipomanični ili antisocijalni poremećaji. Uobičajeni oblici impulzivnog ponašanja su zlouporaba opojnih tvari ili alkohola, bulimija, nezaštićeni seks, promiskuitet itd(13).
- Suicidalna ili samoozljeđujuća ponašanja: Ponavljani suicidalni pokušaji, geste, prijetnje ili samoozljeđujuće ponašanje obilježje su graničnog poremećaja osobnosti. Kriterij je toliko tipičan da dijagnoza s pravom pada na pamet kad god se naiđe na ponavljajuće autodestruktivno ponašanje. Autodestruktivna djela često započinju u ranoj adolescenciji i obično su potaknuta prijetnjama odvajanja ili odbacivanja ili očekivanjima da će pacijent preuzeti neželjene odgovornosti. Prisutnost ovog obrasca pomaže u dijagnozi kod pacijenata čiji su prisutni simptomi depresija ili anksioznost(13).

3.2.4. Poremećen osjećaj sebe

Poremećen osjećaj sebe uključuje sljedeće kriterije: (13)

- Poremećaj identiteta: Poremećaj identiteta koji je specifičan za pacijente s graničnim poremećajem osobnosti karakterizira iskrivljena, nestabilna ili slaba slika o sebi. Oni često imaju vrijednosti, navike i stavove kojima dominira onaj s kim su. Smatra se da međuljudski kontekst u kojem se ovi problemi identiteta povećavaju počinje s neučenjem prepoznavanja vlastitih osjećaja i motiva koji stoje iza nečijeg ponašanja(13).
- Stalne distorzije slične psihotičnim (propusti u testiranju stvarnosti): Pacijenti s graničnim poremećajem osobnosti mogu doživjeti simptome disocijacije (osjećaj nestvarnosti ili da je svijet nestvaran). Ovi simptomi povezani su s drugim poremećajima, poput shizofrenije i posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP), ali kod osoba sa simptomima graničnog poremećaja osobnosti općenito kratko traju,

najviše nekoliko dana, i često se javljaju tijekom situacija ekstremnog stresa. Pacijenti također mogu biti nerealno samosvjesni, vjerujući da ih drugi kritički promatraju ili govore o njima(13).

3.3. KOMORBIDITET SA DRUGIM POREMEĆAJIMA

Granični poremećaj osobnosti redovito se povezuje s komorbidnim poremećajima osi I (anksiozni poremećaji kao npr. panični poremećaj i posttraumatski stresni poremećaj) i osi II (paranoidni poremećaj osobnosti, antisocijalni poremećaj osobnosti, itd.) (14).

84,5% pacijenata s graničnim poremećajem osobnosti ispunjava kriterije za jedan ili više poremećaja osi I, a 73,9% ispunjava kriterije za još jedan poremećaj osi II (15). Granični poremećaj osobnosti najčešće je povezan s poremećajima raspoloženja, anksioznim poremećajima i poremećajima povezanim sa zlouporabom supstanci. Posttraumatski stresni poremećaj je čest, ali ne i univerzalan u pacijenata s graničnim poremećajem osobnosti, što dovodi u pitanje gledište o graničnom poremećaju osobnosti kao složenom obliku posttraumatskog stresnog poremećaja(16). Što se tiče komorbidnih mentalnih poremećaja, zabilježene su razlike između bolesnika s graničnim poremećajem osobnosti, pri čemu su poremećaji povezani sa zlouporabom tvari češći u muškaraca, a poremećaji prehrane češći u žena (14).

Granični poremećaj osobnosti povezan je s teškim funkcionalnim oštećenjem i karakteriziran visokim rizikom od samoubojstva(17) Stopa smrtnosti od samoubojstva je između 8% i 10%, što je 50 puta više nego u općoj populaciji(13). Pacijenti s graničnim poremećajem osobnosti imaju više funkcionalnih oštećenja i češće koriste liječenje nego pacijenti s velikim depresivnim poremećajem. Međutim, neki pacijenti s linearnim poremećajem osobnosti imaju dobro psihosocijalno funkcioniranje (25,9%), ali većina njih (80%) gubi tu razinu funkcioniranja tijekom vremena(18).

4. LIJEČENJE PACIJENATA SA GRANIČNIM POREMEĆAJEM OSOBNOSTI

Iako se poremećaji osobnosti općenito smatraju psihopatološkim poremećajima koje je najteže liječiti, upravo zbog slabe suradnje bolesnika, najboljom kliničkom strategijom smatra se integrirana terapija: psihotropni lijekovi, stabilizatori raspoloženja i psihoterapija (kognitivno-bihevioralna i dijalektičko-bihevioralna) kako bi pacijent naučio kako upravljati i prihvatiti svoje stanje.

4.1.TERAPIJA

Liječenje ovog poremećaja najčešće uključuje individualnu i grupnu psihoterapiju, a od individualne najzastupljenija je kognitivno-bihevioralna terapija.

Možemo još spomenuti i mentalizaciju kao vrstu psihoterapije za granični poremećaj osobnosti koja se fokusira na sposobnost pacijenta da prepozna misli, osjećaje i želje kako bi vidio kako su povezani s ponašanjem.

Mentalizacija je pojam koji opisuje sposobnost osobe da prepozna svoje mentalno stanje kao i tuđe emocije, odvojeno od djela. To uključuje sposobnost razmišljanja o osjećajima i razumijevanje da te misli mogu imati utjecaja na postupke koje ona i drugi poduzimaju. Fokus terapije temeljenoj na mentalizaciji je na interakciji između pacijenta i terapeuta. U ovoj terapiji, terapeut će se usredotočiti na sadašnjost, a ne na prošlost i radit će s pacijentom na poboljšanju njegovog emocionalnog prepoznavanja. U psihoterapiji temeljenoj na mentalizaciji, terapeut obično neće dati savjet ili mišljenje.

U slijedećem dijelu rada će se proučiti pojam kognitivno bihevioralne i dijalektičko bihevioralne terapije.

4.1.1. Kognitivno bihevioralna terapija

Kognitivno bihevioralna terapija (*Cognitive Behavioral Therapy*, u nastavku CBT) uključuje različite vrste tehnika koje su korisne za mnoge pojedince koji se suočavaju s različitim vrstama simptoma graničnog poremećaja osobnosti. CBT pomaže ljudima promijeniti način na koji razmišljaju o iskustvima, mijenjajući negativne obrasce mišljenja pozitivnim djelima. Ovaj pristup je zlatni standard terapija za mnoge poremećaje, uključujući granični poremećaj osobnosti.

Kognitivno bihevioralna terapija je najčešća vrsta terapije gdje terapeut pomaže pacijentu identificirati obrasce mišljenja koji negativno utječu na njegovo ponašanje i emocije. Dolazeći do korijena misli, terapija omogućuje pojedincu da preoblikuje svoje iskustvo. Ako se koristi dosljedno najmanje dva mjeseca, ona može pomoći u ublažavanju osjećaja stresa i tjeskobe povezanih s negativnim emocijama.

Kognitivno-bihevioralna terapija osobito je korisna u liječenju graničnog poremećaja osobnosti kada se kombinira s fokusom na razumijevanju mišljenja o samom sebi i drugima. Granični poremećaj osobnosti uključuje simptome koji mijenjaju obrasce razmišljanja, a CBT može preoblikovati te misli kako bi se lakše upravljalo tim simptomima. Iako granični poremećaj možda nije potpuno izlječiv, mnogi vide olakšanje simptoma uz ovakav pristup liječenju(19).

Postoji niz komponenti u KBT liječenju koje mogu pomoći onima koji boluju od graničnog poremećaja osobnosti, uključujući:(20)

- Postavljanje SMART ciljeva

Skraćenica SMART (engl. Specific, Measurable, Action-Oriented, Realistic, Time Bound) označava ciljeve koji su specifični, mjerljivi, ostvarivi, relevantni i pravovremeni. Ovaj pristup je izvrstan za osobe s graničnim poremećajem osobnosti jer pomaže u stvaranju strukture. SMART ciljevi pomažu da pojedinci ostanu odgovorni prema ciljevima koje stvaraju u terapiji.

- Kognitivno restrukturiranje

Kognitivno restrukturiranje je korisno jer objašnjava pojedincima da su misli, osjećaji i ponašanja povezani, preko različitih strategija koje im pomažu da prepoznaju kako njihova misao vodi do akcije. Osim toga, pojedinci uče kako zaustaviti ili promijeniti misao prije nego što se pretvori u ponašanje. Ovdje je cilj promijeniti misli, postupke i ponašanja.

- Obuka vještina

Ona pomaže pojedincima da se nose s beskorisnim mislima i bolje upravljaju društvenim situacijama. Radeći sa svojim terapeutom na vježbama disanja i vještinama opuštanja, pojedinci mogu naučiti prestati ponavljati negativne obrasce i promijeniti način na koji razmišljaju.

- Sabranost i meditacija

Sabranost i meditacija pomažu ljudima da nauče skrenuti pozornost s beskorisnih misli i budu prisutniji. Vještine sabranosti i formalna meditacija također imaju velike sposobnosti emocionalne regulacije, a te se vještine često integriraju u terapiju.

4.1.2. Dijalektičko bihevioralna terapija

Konkretno, kada je riječ o psihoterapiji, tehnika koju je razvila Linehan pokazala se iznimno učinkovitom 70-ih godina prošlog stoljeća. Dijalektičko-bihevioralna terapija (u nastavku DBT), koju je osmislila i razvila Marsha Linehan 1970-ih, predstavlja, na dokazima utemeljen, tretman za granični poremećaj osobnosti i pokazala se učinkovitom za probleme povezane s emocionalnom disregulacijom i smanjenom kontrolom impulsa. Osobe s graničnim poremećajem osobnosti karakterizira biološka emocionalna disregulacija koja uključuje intenzivnu reakciju na stresne događaje i sporiji povratak na osnovnu razinu nakon što emocija dosegne svoj vrhunac.

Ovoj urođenoj osobini također doprinosi negativna okolina. Kada okolina u kojoj odrasta ne odobrava, kažnjava ili daje neadekvatne odgovore na njegove emocionalne reakcije, dijete počinje procjenjivati sebe, svoje misli, emocije i ponašanja kao pogrešne ili bezvrijedne. To dovodi do nemogućnosti reguliranja, razumijevanja i toleriranja emocionalnih reakcija i, s vremenom, djeca počinju poništavati ono što osjećaju i usvajaju pojednostavljenu i nerealnu viziju svojih emocionalnih iskustava. Stoga su primarni ciljevi liječenja intenzivne emocionalne reakcije, smanjena kontrola nagona i opasna i/ili samoozljeđujuća ponašanja. Za liječenje složene i raznolike slike simptoma povezanih s prisutnošću emocionalne disregulacije, DBT koristi niz strategija čiji je cilj stvaranje ravnoteže između prihvatanja i promjene. Njezinu posebnost, dakle, predstavlja činjenica da se intervencija temelji na pretpostavkama i kognitivno-bihevioralnim strategijama usmjerenim na promjenu misli, osjećaja/emocija i disfunkcionalnih ponašanja koja hrane i održavaju patnju, ali i na intervencijama temeljenim na svjesnosti, koji su usmjereni na prihvatanje sebe, svojih emocija, misli, svijeta itd.

Standardni DBT tretman uključuje individualnu terapiju i sudjelovanje u grupi za obuku vještina. Obuka DBT vještina nudi konkretne alate kroz podučavanje četiriju modula vještina:(21)

- a) Svjesnost tj. povećanje svijesti o sebi, svojim mislima, emocijama i ponašanju, kako bi se prevladali trenuci u kojima se doživljavaju bolne emocije;
- b) Vještine tolerancije na patnju omogućuju pacijentu da se na funkcionalan način suoči s kriznim trenucima i prihvati stvarnost onakvom kakva jest, prihvaćajući sadašnji trenutak na način bez osuđivanja i prihvaćajući životne činjenice koje uzrokuju patnju;
- c) Vještine emocionalne regulacije pomažu osobi da ima funkcionalniji odnos sa svojim emocijama i da modificira ponašanja koja se postavljaju kada doživljavaju intenzivne emocije;

d) Vještine međuljudske učinkovitosti omogućuju korištenje strategija koje pomažu u poboljšanju odnosa i upravljanju međuljudskim sukobima.

DBT je jednostavno modificirani oblik CBT-a koji koristi tradicionalne kognitivno-bihevioralne tehnike, ali također implementira druge vještine kao što su svjesnost, prihvaćanje i toleranciju.

Kognitivno bihevioralna terapija:(19)

- Pomaže pacijentima promijeniti način na koji misle/se ponašaju,
- Pacijenti uče kako upravljati negativnim emocijama
- Može se koristiti u liječenju mnogih poremećaja.

Dijalektička bihevioralna terapija je vrsta kognitivno-bihevioralne terapije koja uključuje druge vještine (npr. svjesnost) i posebno tretira granični poremećaj osobnosti(19).

Zanimljivo je da su neki kognitivno-bihevioralni terapeuti uključili određene elemente DBT modela u svoje tretmane. Također, razvili su se i drugi oblici CBT-a koji koriste elemente DBT-a, na primjer, kognitivna terapija koja se temelji na svjesnosti koristi tradicionalne kognitivno-bihevioralne tehnike s svjesnošću za liječenje depresije.

4.2. FARMAKOLOGIJA

Što se tiče psihofarmakološke slike, antipsihotici, stabilizatori raspoloženja i antidepresivi u kombinaciji obično su indicirani kao podrška psihoterapiji. Antipsihotici imaju značajne učinke i na smanjenje specifičnih simptoma graničnog poremećaja osobnosti (afektivna nestabilnost, ljutnja, neprijateljstvo) i na poboljšanje uobičajenih simptoma (anksioznost, depresija, psihotični simptomi). Stabilizatori raspoloženja pokazuju pozitivne učinke u smanjenju međuljudskih problema te u poboljšanju depresije i ljutnje. Što se tiče antidepresiva, postoje samo ograničeni dokazi o učinkovitosti koji upućuju na upotrebu tricikličkih lijekova kao specifičnog liječenja u prisutnosti depresije i suicidalnih ideja. Oni su se pokazali učinkovitim samo u ublažavanju tjeskobe i depresije, ali pošto je potrebno duže depresivno razdoblje da bi se pokazali blagotvorni učinci lijekova, smatraju se beskorisnim, ako ne i kontraproduktivnim, u liječenju kritične epizode. Mogu biti opasni u maničnoj fazi poremećaja, u kojoj će se pacijent osjećati zdravo, izliječeno, manifestirajući neodgovorno terapijsko ponašanje. Antidepresivi se prepisuju samo u slučaju granične dijagnoze u komorbiditetu s ranim ili teškim početkom opsesivno-kompulzivnih poremećaja (koji povećavaju distorzije mišljenja), jake anksioznosti, granične organizacije osobnosti ili pervazivnih poremećaja tikova.

Primjena anksiolitika se ne preporuča osim za epizodno liječenje, s obzirom na izraženu osobinu svih benzodiazepina da stvaraju ovisnost kod već predisponiranog bolesnika. Liječenje kratkotrajnim i srednjoročnim antipsihoticima vrlo je učinkovito. Po potrebi se prepisuju antidepresivi, koji će se obustaviti pri najmanjoj sumnji na početak razdoblja manije, opasnije karakteristike ovog poremećaja (nalik na bipolarnu maniju), jer prethodi posljedičnoj depresivnoj epizodi. Manična epizoda često navodi bolesnika da napusti terapiju lijekovima, s obzirom na njegovu karakterističnu nesposobnost u maničnoj fazi da ima točnu sliku stvarnosti.

Stabilizatori raspoloženja su važna terapija graničnog poremećaja osobnosti. Karakteristika poremećaja je epizoda manije (blaga, umjerena, vrlo rijetko teška) u kojoj bolesnik gubi kontrolu i sposobnost uvida, a nakon koje se iscrpi, slijedi epizoda duboke depresije. Za razliku od bipolarnog tipa I, granični poremećaj osobnosti uključuje manične epizode u trajanju od nekoliko sati (najviše nekoliko dana), koje prethode depresivnom padu istog trajanja, a koje bi mogle izbjeći preliminarni klinički pregled, u kojem bi se pacijent mogao prikazati zdravim. Kako bi se izbjegla dugotrajna uporaba antipsihotika, na koje se pacijent pokazao vrlo osjetljivim, stabilizator omogućuje smanjenje doza i učestalosti upotrebe. Karbamazepin, lamotrigin, natrijev valproat i litij su svi dugotrajno učinkoviti lijekovi. Potonji, međutim, ima ograničenja izazvana endokrinim nuspojavama, stoga postaje lijek drugog izbora u prisutnosti prethodnih ili čak i pri samoj sumnji na endokrine poremećaje(12).

5. ULOGA MEDICINSKIH SESTARA U LIJEČENJU PACIJENATA SA GRANIČNIM POREMEĆAJEM OSOBNOSTI

Glavni problem s kojim se suočavaju medicinske sestre i drugi pružatelji zdravstvenih usluga je visoka sklonost samoubojstvu i druga samoozljeđujuća ponašanja među pacijentima s graničnim poremećajem osobnosti.

Budući da su takvi pacijenti česti korisnici zdravstvenih resursa, većina medicinskih sestara je imala kontakt s tim pacijentima. Pacijent s graničnim poremećajem često je izazov strpljenju medicinskih sestara. Obično pacijent traži liječenje tijekom percipirane krize koja je paralelna sa stvarnim ili zamišljenim prekidom njemu vrijedne veze. Promjene raspoloženja su česte, što rezultira visokim stanjem razdražljivosti jednu minutu i disfornim ili depresivnim raspoloženjem kasnije. Njihovo ponašanje vezivanja ili gušenja ima tendenciju izazivanja različitih emocija kod medicinskih sestara. Tijekom tih razdoblja medicinska sestra mora prenijeti empatiju, održavati jasne granice i objasniti sve postupke te surađivati s drugim pružateljima usluga kako bi održala dosljedno i čvrsto postavljena ograničenja. Medicinske sestre moraju kontrolirati vlastite negativne reakcije i stvoriti terapijsku interakciju.

Uspostavljanje terapijskog odnosa podrazumijeva prenošenje empatije i brige, uz održavanje jasnih granica. Medicinska sestra ima izazov prepoznati osobne granice između sebe i pacijenata, a mora jasno definirati svoju ulogu pružatelja zdravstvene njege, a ne prijatelja. Propust da se to učini povećava rizik od nejasnih granica i zbunjenosti u očekivanjima pacijenta od medicinske sestre i odnosa. Pacijenti s graničnim poremećajem osobnosti su stručnjaci u tkz. "pritiskanju" sestrinskih "dugmeta", što često uključuje osobne napade na izgled i obrazovnu pripremu medicinske sestre te negativne komentare o drugom osoblju. Medicinska sestra mora prepoznati ova ponašanja kao obilježja poremećaja i suzdržati se od obrambenog ili ljutitog odgovora.

Još jedan važan aspekt procesa procjene uključuje postavljanje diferencijalne dijagnoze medicinskih stanja, stanja povezanih s supstancama ili psihijatrijskih stanja i provođenje pregleda mentalnog statusa. Glavne komponente ispitivanja mentalnog statusa uključuju sljedeće(22):

- Ispitivanje o razlozima traženja liječenja,
- Opći izgled, uključujući način dolaska, kooperativnost i kontakt očima,

- Raspoloženje i afekt,
- Govor,
- Misaoni sadržaj i procesi,
- Pamćenje, prosuđivanje, pouzdanost i uvid u sadašnju bolest i liječenje,
- Stupanj opasnosti za sebe i druge,
- Povijest zlouporabe droga i liječenje.

Suicidalna procjena uključuje pitanja o sadašnjim mislima, planu, sredstvima, namjeri, te o prošlim pokušajima samoubojstva i drugim samoozljeđujućim ponašanjima (npr. rezanje zapešća). Gore navedeni podaci moraju se dokumentirati i prenijeti različitim članovima tima za liječenje. Kada se napravi diferencijalna dijagnoza, koja isključuje medicinska, psihijatrijska stanja i stanja povezana s drogama, medicinska sestra i drugi članovi tima mogu utvrditi ima li pacijent granični poremećaj osobnosti.

Pacijenti s graničnim poremećajem osobnosti vjerojatno će imati drugačiju prezentaciju kada stignu na odjele hitne pomoći nego u ustanovama primarne zdravstvene zaštite. Tijekom psihijatrijske krize, pacijent se možda predozirao, posjekao zapešće ili pokazivao druga samodestruktivna ponašanja ili prijetnje. Zbog visokog rizika od samoozljeđivanja, medicinsko osoblje mora pažljivo tražiti oštre ili druge štetne predmete. Glavni ciljevi u odjelu hitne pomoći uključuju sprječavanje ozljeda, stabilizaciju i rješavanje emocionalnih i psihijatrijskih potreba pacijenta. Medicinske sestre moraju izraziti zabrinutost i osigurati dosljedno i čvrsto postavljanje ograničenja tijekom hitnog psihijatrijskog stanja. Kada je pacijent medicinski osiguran, mogu se provesti psihijatrijske intervencije. Dodatna razmatranja liječenja tijekom hitnog psihijatrijskog stanja uključuju verbalnu deeskalaciju, farmakološke intervencije i druge psihoterapijske intervencije. Kada su bolesnikova emocionalna i psihijatrijska stanja stabilna, medicinska sestra i ostali članovi tima moraju dati odgovarajuću uputnicu i dispoziciju. Kasnije slijedi detaljna rasprava o specifičnim farmakoterapijskim i psihoterapijskim intervencijama(22).

ZAKLJUČAK

Ljudska osobnost je način na koji ljudi vide, razmišljaju i odnose se prema sebi, drugim ljudima i širem svijetu. Izraz "poremećaj osobnosti" implicira da postoji nešto pogrešno u vezi s nečijom osobnošću, ali to zapravo nije ono što se tim pojmom podrazumijeva. Izraz "poremećaj osobnosti" pomaže zdravstvenim radnicima da grupiraju skup tipičnih značajki za ljude s aspektima njihove osobnosti s kojima bi se njima i drugima moglo teško nositi. Osobe koje pate od poremećaja osobnosti često nisu u koraku s drugima, svojom zajednicom ili kulturom te njihov osobni i širi društveni život može biti znatno narušen.

Granični poremećaj osobnosti karakterizira emocionalna disregulacija, nestabilnost u međuljudskim odnosima i izrazita impulzivnost. Često je povezan s traumatskim događajima pretrpljenim u djetinjstvu (dakle razvijenim nakon posttraumatskog stresnog poremećaja), kao što je seksualno ili fizičko zlostavljanje ili odrastanje s roditeljima koji pate od problema u ponašanju ili mentalnih poremećaja. Etiologija još nije poznata, ali istraživanja pokazuju multifaktorijalnu prirodu poremećaja, koja se može naći u neurobiološkim, okolišnim i bihevioralnim uvjetima. Osobe s graničnim poremećajem osobnosti također imaju tendenciju promatrati stvari ekstremno, odnosno potpuno dobro ili potpuno loše. Njihovo mišljenje o drugim ljudima također se može brzo promijeniti, a ovi promjenjivi osjećaji mogu dovesti do intenzivnih i nestabilnih veza.

Osobe graničnim poremećajem osobnosti mogu razviti druga stanja mentalnog zdravlja, osobito ako su pod stresom. To uključuje poremećaje prehrane, socijalnu fobiju, bipolarnu bolest, posttraumatski stresni poremećaj, depresiju te zlouporabu droga i alkohola. Liječenje za ovaj poremećaj ne postoji, no lijekovi se koriste za ublažavanje simptoma.

Medicinske sestre su dio tima za liječenje koji pomaže pacijentu da nauči živjeti sa simptomima svog poremećaja. Budući da su ti ljudi posebni pacijenti, medicinske sestre moraju kroz svoju obuku naučiti da se ne fokusiraju na pacijentov problem, već na samog pacijenta. Kako liječenja nema, one kao članovi terapijskog tima moraju s pacijentom razviti odnos povjerenja kako bi mu mogle pomoći u oporavku. Važno je da medicinske sestre mogu pravilno pristupiti osobi s graničnim poremećajem osobnosti kako bi se naučile prilagoditi u skladu s njegovim potrebama.

LITERATURA:

- (1) Kluckhohn, C., & Murray, H. A. (1953). Personality Formation: The Determinants. In C. Kluckhohn, H. A. Murray, & D. M. Schneider (Eds.), *Personality in Nature, Society, and Culture*, str. 53-69
- (2) Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart, and Winston, str 28.
- (3) Cherry, K. (n.d.). Understanding Erikson's stages of psychosocial development., dostupno na: <https://www.verywellmind.com/erik-eriksons-stages-of-psychosocial-development-2795740> datum pristupa:15.09.2022.
- (4) Richter B. *Medicinska parazitologija*. 3.izd. Zagreb:Liber, 1982;112-3.
- (5) Skodol A.E., Gunderson J.G., Pfohl B., Widiger T.A., Livesley W.J., Siever L.J. (2002): The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry*; 51: 936–50.
- (6) Bohus, M., Lieb, K., Linehan, M.M., Schmahl, C. i Zanarini, M.C. (2004). Borderline Personality Disorder. *Lancet*, 364, 453–61
- (7) Kreisman, J. J., i Straus, H. (2004). *Sometimes I act crazy: Living with borderline personality disorder*. New York: John Wiley & Sons
- (8) Torgersen S, Kringlen, E, Cramer V. (2001): The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*; 58: 590–96.
- (9) Beauchaine, T.P., Crowell, S.E. i Linehan, M.M. (2009). A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510
- (10) Becerra, R. i Cavazzi, T. (2014): Psychophysiological Research of Borderline Personality Disorder: Review and Implications for Biosocial Theory. *Europe's Journal of Psychology*, 10(1), 185–203.
- (11) Linehan M.M., Heard H.L, Armstrong H.E. (1993): Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*; 50: 971–74.
- (12) Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*, 5. izdanje - međunarodna verzija. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- (13) Grant B.F, Chou S.P, Goldstein R.B, et al (2008): Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*; 69: 533–45.
- (14) Lenzenweger M, Lane M, Loranger A, Kessler R. (2007): Personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*; 62: 553–64.
- (15) Lewis K.L, Grenyer B.F. (2009): Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy. *Harv Rev Psychiatry*; 17: 322–28.
- (16) American Psychiatric Association Practice Guidelines (2001): Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*; 158: 1–52.
- (17) Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. (2010): The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatr Scand*; 122: 103–09.
- (18) Maillard, P., Dimaggio, G., de Roten, Y., Berthoud, L., Despland, J.N., & Kramer, U. (2017). Metacognition as a predictor of change in the treatment for borderline personality disorder: A preliminary pilot study. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(4), 445- 459. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6375846/> ,datum pristupa:15.09.2022.

- (19) Davidson, K. M. (2008). Cognitive-behavioural therapy for personality disorders. *Psychiatry*, 7(3), 117-120. <http://eprints.gla.ac.uk/40744/> datum pristupa:15.09.2022.
- (20) Keefe J.R., Kim T.T, De Rubeis R.J., Streiner D.L., Links P.S, et al. (2020): Treatment selection in Borderline Personality Disorder between Dialectical Behavior Therapy and Psychodynamic Psychiatric Management. *Psychol Med* 1-9. Dostupno na: <https://bit.ly/2XMPKQu> datum pristpa 16.09.2022.
- (21) D Antai-Otong (2009): Psychiatric emergencies: how to accurately assess and manage the patient in crisis