

Univerzitet u Sarajevu

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Dijagnostika i tretman graničnog poremećaja ličnosti: prikaz slučaja

Završni magistarski rad

Student: Aida Hadžić

Mentor: prof. dr. Enedina Hasanbegović – Anić

Sarajevo, 2018. godine

SAŽETAK

Cilj ovog rada jeste prikazati osnovna obilježja graničnog poremećaja ličnosti dobivenih na osnovu razmatranja različitih teorijskih postavki i rezultata empirijskih istraživanja provedenih do danas. Osim toga, u drugom dijelu rada nastojat ćemo detaljno prikazati slučaj osobe sa dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti i identificirati odrednice poremećaja u njegovoj kliničkoj slici.

Prije svega, pokušat ćemo dati relativno opsežan prikaz najvažnijih odrednica graničnog poremećaja ličnosti uz naglasak na eksplicitne kriterije za postavljanje dijagnoze, pretpostavljenu etiologiju poremećaja, opću kliničku sliku i odbrambene mehanizme koji se najčešće javljaju kao i tretmane koji su se pokazali efikasnim u dosadašnjoj praksi.

Za početak, objašnjen je pojam ličnosti obzirom da se ličnost smatra centralnim dijelom psihičkog života čovjeka. Od ličnosti i faktora koji čine ličnost dolazimo i do priče o njenoj patologiji odnosno poremećajima ličnosti gdje nam je od posebne važnosti granični poremećaj kojem ćemo posvetiti posebnu pažnju. Granični poremećaj ličnosti poznat je i kao borderline ili emocionalno nestabilna ličnost. Ključno obilježje graničnog poremećaja ličnosti jest prevladavajući obrazac nestabilnih interpersonalnih odnosa, emocija i slike o sebi te izrazita impulzivnost. Klinička iskustva pokazuju kako je većini osoba oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti potrebna dugotrajna psihoterapija ukoliko se želi postići trajno poboljšanje stanja.

Ključne riječi: granični poremećaj ličnosti, dijagnostički kriteriji, psihoterapija, tretman.

Sadržaj

1. UVOD	1
2. HISTORIJAT ISTRAŽIVANJA GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI I DEFINIRANJE OSNOVNIH POJMOVA.....	5
2.1. Pojam graničnosti i koncept graničnog poremećaja ličnosti	5
3. ETIOLOGIJA GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI	8
4. KLINIČKA OBILJEŽJA GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI.....	12
4.1. Kriteriji za dijagnosticiranje graničnog poremećaja ličnosti	13
4.2. Odbrambeni mehanizmi osoba sa graničnim poremećajem ličnosti	24
5. TRETMAN GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI	27
5.1. Psihoterapija	27
5.2. Farmakoterapija	30
5.3. Poteškoće u liječenju	31
6. PROGNOZA GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI.....	33
7. PRIKAZ SLUČAJA	34
7.1. Trenutni problemi.	35
7.2. Historija problema	37
7.3. Klijentovo viđenje problema.....	40
7.4. Postavljanje dijagnoze	42
7.5. Tretman.....	45
7.5.1. Psihološki tretman.....	45
7.5.2. Radno-okupaciona terapija	48
7.5.3. Farmakoterapija	49
7.5.4. Prognoza	49
8. ZAKLJUČCI	50
9. LITERATURA	54

1.UVOD

Termin granični ili engleski *borderline* poremećaj prvi put je u medicinski i psihološki diskurs uveden krajem tridesetih godina dvadesetog vijeka. U daljnjem tekstu ćemo koristiti oba termina „granični poremećaj i *borderline* poremećaj ili granične/*borderline* osobe“ u kontekstu graničnog poremećaja ličnosti odnosno osoba sa dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti kako se navodi u DSM-V ili u MKB-10.

Ličnost je jedan od temeljnih pojmova psihologije koji se odnosi na neponovljiv, relativno čvrsto integriran, stabilan i kompleksan psihički sklop osobina, koji određuje karakteristično i dosljedno ponašanje pojedinca. Osim toga, ličnost se smatra i ključnim dijelom psihičkog života pojedinca kao i čovjekove prirode općenito. Cloninger (2009), na osnovu pregleda glavnih teorija ličnosti (bioloških, psihodinamskih, kognitivnih, humanističkih, teorija učenja i teorija crta), navodi da ličnost u početku obuhvata biološki determinirane, odnosno naslijeđene komponente, koje su po svojoj prirodi slične onima kod drugih osoba, ali su i u određenoj mjeri različite. Ove urođene tendencije, tokom života individue, moderirane su i usmjeravane iskustvima u porodici i kulturi kojoj osoba pripada, a posljedično razvijene navike, misaoni procesi i emocionalni obrasci takođe određuju našu ličnost. Cloningerino određenje ličnosti sadrži aspekt njene razvojnosti, te uzajamnog djelovanja (interakcije) naslijeđa, okoline i aktivnosti pojedinca. Nadalje, u ovoj definiciji je istaknuto da smo u određenoj mjeri slični drugima (univerzalizam), dok smo takođe donekle jedinstveni (individualizam, osobenost) (prema Repišti, 2015). Ličnost je dinamička organizacija unutar pojedinca onih psihofizičkih sustava koji određuju njegove specifične prilagodbe okolini (Sanford, 1963, prema Fulgosi, 1987). Jednu od najprihvaćenijih definicija ličnosti danas dali su Larsen i Buss (2008), a ona kaže da je ličnost 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. O poremećajima ličnosti se može misliti kao o neadaptivnim varijacijama ili kombinacijama normalnih osobina ličnosti (Larsen i Buss, 2008). Widiger i sur. (2002) opisuju kako ekstremi na bilo kojem kraju specifične dimenzije ličnosti mogu biti povezani sa poremećajima ličnosti. Poremećaj ličnosti je relativno mlada dijagnoza. Prvi put se pojavljuje u zvaničnim klasifikacijama mentalnih poremećaja 1952. godine u DSM– I (Američko udruženje psihijatara, 1952). Od samog početka, nova dijagnoza izaziva kontroverzne reakcije. Na jednoj strani, dočekana je sa entuzijazmom, prije svega zato što je konačno ozvaničena

velika grupa poremećaja koji su do tada bili zanemareni u sjenci drugih, klinički impresivnijih sindroma, na primjer psihoza. Na drugoj strani, uvođenje dijagnoze „poremećaj ličnosti“ je dočekano sa skepticizmom i strahom od budućnosti u kojoj bi svaka varijanta ponašanja mogla da bude dijagnostički etiketirana kao psihopatološka („psihijatrizacija života“) (prema Divac Jovanović i Švrakić, 2016.). Psihičkim poremećajem smatra obrazac ponašanja ili iskustva koji je uznemiravajući i bolan za osobu, koji vodi do nesposobnosti ili poremećaja u važnim životnim područjima (npr. problemi na poslu, u braku ili vezi) i koji je povezan sa povećanim rizikom daljnje patnje, gubitka funkcije, smrti ili zatočenja (Američka psihijatrijska udruga, 1994. prema Larsen i Buss, 2008). Prema Begić (2011), poremećaj ličnosti prisutan je kada su određene relevantne facete ličnosti neprilagođene i nefleksibilne, što se manifestira kroz maladaptivne oblike mišljenja, emocija i ponašanja, te posljedično onemogućuju adekvatnu responzivnost kako na okolinske zahtjeve, tako i na unutarnje potrebe pojedinca. Sažeto, poremećaji ličnosti obuhvaćaju stanja s dominirajućom crtom (ili crtama) ličnosti i bihevioralnim sklonostima, koji su „između zdravlja i psihičke bolesti“. Da bi neka crta ličnosti poprimila snagu i kvalitetu poremećaja ličnosti, vidljivo ponašanje kroz koje se ona ispoljava treba zadovoljavati tzv. „3P“ kriterija, odnosno ono mora biti patološko (odstupajuće od očekivanog), perzistirajuće (učestalo prisutno tijekom razdoblja od najmanje 5 godina) i pervazivno (jasno vidljivo u različitim situacijama) (Ibid). Problemi u integraciji (fragmentisana ličnost) najčešće vode u poremećaj adaptacije, odnosno ono što nazivamo poremećaj ličnosti (Divac Jovanović i Švrakić, 2016). Obrazac ponašanja koji je svojstven poremećaju ličnosti obično ima dugu povijest u životu osobe i njegovo se pojavljivanje može pratiti sve do adolescencije ili čak djetinjstva (Larsen i Buss, 2008).

Sve navedeno sažeto je u kriteriju za dijagnozu poremećaja ličnosti u DSM V (Američka psihijatrijska udruga, 2013), koji definira poremećaj ličnosti kao *trajni obrazac unutarnjeg doživljavanja i ponašanja koji značajno odstupa od očekivanog u kulturi kojoj ta osoba pripada, koji je pervazivan i nefleksibilan, ima početak u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, tijekom vremena je stabilan, te dovodi do patnje ili oštećenja u socijalnom, radnom ili drugim važnim područjima funkcioniranja*. Trajni obrazac se očituje u dva ili više sljedećih područja:

- kognicija (način percepcije i interpretiranja sebe, drugih ljudi i događaja)
- afektivitet (opseg, intenzitet, promjenjivost i prikladnost emocionalnog odgovora)
- interpersonalno funkcioniranje
- kontrola poriva

Bitno je naglasiti da obrazac takvog ponašanja ne smije biti posljedica zlouporabe droga, lijekova ili nekog drugog zdravstvenog stanja. Već u DSM-IV postojalo je 10 poremećaja ličnosti na popisu, oni se dijele na tri skupine. Svi poremećaji uključuju poremećene socijalne veze ili probleme u odnosima s drugima, osim toga, osoba s poremećajem ličnosti uzrokuje i poteškoće drugima (Larsen i Buss, 2008). Poremećaji ličnosti dijele se na *ekscentrične* (paranoidni, shizoidni i shizotipni poremećaj ličnosti), *anksiozne* (opsesivno-kompulzivni, izbjegavajući i ovisni poremećaj ličnosti) te *dramatične* (antisocijalni, narcistički, histrionski i granični poremećaj ličnosti) (Begić, 2011). Kliničari su očekivali da će definisanje kriterijuma dijagnoze da stimuliše pronalaženje efikasne terapije poremećaja ličnosti. Ovo očekivanje se u dobroj mjeri ispunilo kada je u pitanju psihoterapija, jer je lociranje poremećaja ličnosti između neurotičnih i psihotičnih poremećaja otvorilo prostor za formulisanje specifične psihoterapijske strategije za novu grupu pacijenata. Nova dijagnoza je donekle unaprijedila i farmakoterapijski pristup koji se pokrenuo od nespecifičnog liječenja simptoma do nivoa liječenja simptomatskih domena, tako da sada bar u nekim slučajevima uzima u obzir i pozadinske biogenetske mehanizme hroničnih problema adaptacije i integracije kod poremećaja ličnosti (tzv. kauzalna farmakoterapija) (Divac Jovanović i Švrakić).

Na osnovu teorijskih razmatranja i rezultata empirijskih istraživanja, u ovom radu nastojat ćemo odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Na šta se sve danas odnosi pojam graničnosti?
2. Koji su glavni teorijski pristupi u razumijevanju etiologije graničnog poremećaja ličnosti?
3. Koja su obilježja dokazano efikasnih tretmana graničnog poremećaja ličnosti?
4. Koja su obilježja kliničke slike graničnog poremećaja ličnosti i koji su pristupi u tretmanu primijenjeni kod klijenta M.D. opisanog u prikazu slučaja?

2. HISTORIJAT ISTRAŽIVANJA GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI I DEFINIRANJE OSNOVNIH POJMOVA

Krajem sedamnaestog stoljeća engleski liječnik Thomas Sydenham je o nizu svojih pacijenata u jednom pismu napisao danas često citiranu rečenicu „*Oni preko svake mjere vole iste one koje će bez razloga mrziti*“. Tužio se na njihove iznenadne ispade bijesa, boli i straha. Naravno da poremećaj koji je opisao nije nazvao granični poremećaj ličnosti, za žene je izabrao izraz „histerične“, a za muškarce „hipohondri“, no njegov je opis bio pun pogodak. Danas su simptomi koje je on opisao najvažniji simptomi pri donošenju dijagnoze graničnog poremećaja ličnosti. Stoga možemo reći da je granični poremećaj ličnosti relativno mlada dijagnoza, koja je ušla u DSM-III 1980. godine (Gunderson i Links, 2008). Definicija graničnog poremećaja ličnosti u DSM-u proizašla je iz radova Gundersona i Singera (1975), koji su identificirali karakteristična svojstva spomenutog poremećaja: neugodna raspoloženja i emocije, impulzivnost, nestabilne odnose, psihotične misli i socijalnu neprilagođenost (Gunderson i Hoffman, 2005). Iz navedenog se može vidjeti da je najkarakterističnija osobina ovog poremećaja nesposobnost osoba da kontrolišu emocije, zbog čega oboljeli doživljavaju ekstremne promjene raspoloženja. Okolina to dovodi u vezu sa impulzivnim i nepredvidivim ponašanjem.

2.1. Pojam graničnosti i koncept graničnog poremećaja ličnosti

Koncept graničnog poremećaja ličnosti prvi je opisao Stern (1938), potom Knight (1953), a Kernberg (1967) njegove intrapsihičke značajke definira kao poremećenije od neurotičnih tegoba, a manje poremećene od psihotičnih poremećaja (prema Gunderson i Hoffman, 2005). Odavdje i proizlazi naziv „granični“, pošto su osobe koje imaju spomenuti poremećaj na granici neuroze i psihoze navodi Paris (2005), međutim danas DSM-V to ne smatra tačnim. Nedoumice vezane za koncept graničnosti su postojale na nivou naziva, opisa i epistemološke pozicije (Divac, Švrakić i Lečić, 1991), što će u nastavku biti ukratko pobliže objašnjeno:

- Nedoumice na nivou *naziva* odnosile su se na način na koji su korišteni različiti termini kao što je borderline, granični slučaj, granično stanje, granični nivo organizacije, granični tip adaptacije, granični poremećaj ličnosti.
- Na nivou *opisa* postojalo je neslaganje u pogledu operacionalizacija kriterijuma. Kako bi pokazali nepreciznost u definisanju kriterijuma kod različitih autora Perry and Klerman poredili su četiri opisa fenomena u literaturi: "granična stanja", "granična organizacija ličnosti", "granični sindrom", "granični pacijent". Izdvojili su čak 104 kriterijuma za graničnost, od čega se 50% njih pojavljuje samo kod jednog autora, a samo jedan kriterij kod sva četiri autora.
- Danas postoje dvije dominantne *epistemološke pozicije*. Prva je teorijska (dinamska) čiji su najistaknutiji predstavnici Kernberg (1978), Masterson and Rinsley i Adler. Druga je klasifikaciona (ateorijska, bihevioralna), gdje je u ICD klasifikaciji granični poremećaj svrstan u grupu emocionalno nestabilnog poremećaja ličnosti, pa reflektuje europsko stanovište da je poremećaj od perifernog značaja. U ICD-10 emocionalno nestabilni poremećaj ličnosti sadrži dvije subkategorije od kojih se jedan naziva granični tip, druga subkategorija (impulsivni tip) uključuje agresivne i eksplozivne poremećaje ličnosti, čime je graničnost dovedena u vezu s poremećajem kontrole impulsa, prije nego poremećajima afekta ili mišljenja. U DSM klasifikaciji graničnost je svrstana u poremećaje ličnosti, u klaster "B" (dramatični) (Američka psihijatrijska udruga, 2004). Jedan broj autora smatra da se graničnost može smatrati nivoom organizacije ličnosti koji karakteriše sve poremećaje ličnosti, prije nego jednom od kategorija poremećaja ličnosti. U praksi se razlikuju sljedeći vidovi (oblici) graničnosti, koji će u nastavku biti pojašnjeni zbog prethodno navedenih nedoumica:
 - *Granični fenomeni* odnose se na obrasce doživljavanja i ponašanja, koji se pojedinačno, povremeno i u manjem intenzitetu pojavljuju kod određene osobe, koja ne mora nužno da bude okarakterizirana kao poremećaj ličnosti. Granični fenomeni predstavljaju marker nestabilnosti različitih tipova normalnih ličnosti i mogu da upozore na mogućnost razvoja u pravcu poremećaja ličnosti.

- *Granična organizacija ličnosti* – odnosi se na dominantan i karakterističan način organizovanja emotivnog iskustva, mišljenja i ponašanja osobe, koji se proteže na većinu životnih situacija i duži vremenski period i koji obično povlači dijagnozu poremećaja ličnosti, sa svim izvedenim karakteristikama.
- *Granična dekompenacija* – odnosi se na privremeno i/ili povremeno granično funkcioniranje inače zdravih osoba, koje je uslovljeno afektivnim okidačem, često vezanim za neku stresogenu situaciju.
- *Granični nivo funkcioniranja ličnosti* – može da pokrije sve navedene fenomene, jer definiše nivo funkcioniranja u jedinici vremena, sa mogućnošću reverzibilnosti na kontinuumu patologije.

Bez obzira na brojne upotrebe termina „graničnosti“ dva su sistema danas općeprihvaćena u praksi i jasno opisuju kriterije i oblike graničnog poremećaja ličnosti. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) termin „granični“ koristi se kao naziv za oblik emocionalno nestabilnog poremećaja ličnosti, koja uz granični, obuhvaća i tzv. impulzivni tip. Nasuprot tome, Američka psihijatrijska udruga (2013) „borderline“ u svojoj DSM klasifikaciji drži za nadređen pojam koji označava isključivo poremećaj ličnosti.

3. ETIOLOGIJA GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI

Etiologiji graničnog poremećaja ličnosti pristupa se višedimenzionalno, što uključuje biološka objašnjenja, psihološke, socijalne, kognitivne, bihevioralne i druge čimbenike.

Biološka objašnjenja. Već je pouzdano utvrđeno da je sklonost razvijanju graničnog poremećaja ličnosti nasljedna. To je slično predispoziciji drugim bolestima, kao što su dijabetes i bolesti srca. Prema genetskom modelu efekt heritabilnosti je 0,69 (max 1), što ukazuje na važnu ulogu nasljeđa (Gunderson i Hoffman, 2005). Obiteljske su studije pokazale da su rođaci prvog koljena osoba s graničnim poremećajem ličnosti pod pet puta većim rizikom od opće populacije za ispunjavanje uvjeta dijagnoze poremećaja (Kreisman i Straus, 2004). Određeni nalazi istraživanja sugeriraju da je granični poremećaj ličnosti možda povezan sa hemijskom neravnotežom u mozgu. Strukturalnom i funkcionalnom magnetskom rezonancijom utvrđena je mreža moždanih područja koja igraju bitnu ulogu u simptomatologiji ovog poremećaja. Ovu disfunkcionalnu fronto-limbičku mrežu čine anteriorni cingularni korteks, orbitofrontalni i dorzolateralni prefrontalni korteks, hipokampus i amigdala (Lieb i sur., 2004). Neki su znanstvenici pokazali da abnormalne razine neurotransmitera serotonina mogu dovesti do povećane impulzivnosti i agresije povezanih s graničnim poremećajem ličnosti. Zanimljivo, takva je osjetljivost češće zapažena u žena. Jedna je studija koristila magnetsku rezonancu (MRI) za procjenu promjene u volumenu limbičkog sustava kod graničnih žena koje su proživjele traumu. Ustanovljen je značajno smanjen volumen u područjima hipokampusa i amigdale. Ova veza između proživljenih fizičkih ili emocionalnih trauma u prošlosti i kasnijih promjena u volumenu određenih neuralnih područja koja su povezana s graničnom patologijom otvara mogućnost da zlostavljanje djece može mijenjati funkcioniranje mozga, rezultirajući graničnim ponašanjem (Kreisman i Straus, 2004). Dopamin i gama-aminobuterna kiselina (GABA) također mogu biti uključeni u regulaciju impulzivne agresije. Acetilholin i norepinefrin povezani su s modulacijom raspoloženja, a pretjerana pobudljivost noradrenergičkog sistema povezana je s hipersenzibilnošću graničnih pacijenata (Begić, 2011). Pretpostavlja se da, u odnosu na opću populaciju, pojedinci s graničnim poremećajem ličnosti imaju neurološku predispoziciju pretjerane pobudenosti i hipersenzitivnosti na podražaje, odnosno povećanu aktivaciju simpatičkog živčanog sustava (Linehan, 1993., prema Dimeff i Koerner, 2007).

Psihološki čimbenici. Vjeruje se da su određena štetna iskustva iz djetinjstva jedan od glavnih čimbenika za razvoj graničnog poremećaja ličnosti: zlostavljanje u djetinjstvu, zapuštanje, kao i odvajanje djeteta od njegovatelja ili voljenih osoba, a naročito kada je zlostavljanje teško i dugotrajno. Između 60 i 90 % osoba s graničnom strukturom ličnosti u dječjoj je dobi fizički, spolno ili verbalno zlostavljano (Gabbard, 1990., prema Begić, 2011), a u odnosu na druge psihijatrijske bolesnike dva puta češće izvještavaju o zlostavljanju u djetinjstvu (Herman, Perry i van der Kolk, 1989., prema Begić, 2011). Najčešći oblik zlostavljanja o kojem izvještavaju oboljeli od graničnog poremećaja ličnosti je seksualno zlostavljanje, čak 40 do 71% ispitanika (prema Lieb i sur., 2004). Odbacivanje djece, partnerski problemi roditelja, njihova psihopatološka odstupanja povezuju se s kasnijim razvijanjem graničnog poremećaja ličnosti (Begić, 2011). Mnogi istraživači vjeruju da ovaj poremećaj nastaje zbog ranog gubitka roditeljske ljubavi, kao što je slučaj kada roditelji umru, ili su zlostavljači, ili ozbiljno zanemaruju dijete, ili su pak narkomani ili ovisnici (Million i sur., 2000., prema Larsen i Buss, 2008). Čak 10-15% roditelja osoba s graničnim poremećajem ličnosti imaju neki psihički poremećaj. Sve to može utjecati na djetetovu sposobnost stvaranja veza. Djeca u takvim uvjetima mogu stvoriti uvjerenje da se drugima ne može vjerovati (Larsen i Buss, 2008).

Mentalizacijska teorija graničnog poremećaja ličnosti predlaže da se pojedinci, ili zbog konstitucionalne ranjivosti ili zbog izloženosti zanemarivanju u ranim odnosima u kojima im skrbnik nije primjereno predočio vlastita emocionalna iskustva, usamljenosti, razviju s oslabljenom ili slabom sposobnosti predstavljanja afekta i da uspješno kontroliraju pozornost. Čini se da je granični poremećaj ličnosti karakteriziran obrascem prestrašene privrženosti (anksioznost vezana uz privrženost i izbjegavanje odnosa), bolna netolaracija usamljenosti, hiperosjetljivosti na društveni okoliš, očekivanjem neprijateljstva od drugih i iskustva, izrazito smanjena pozitivna sjećanja dijadnih interakcija. Disocijativni komorbiditeti su češći i vjerojatno su povezani sa stresom, emocionalnim zanemarivanjem i suicidalnom ideacijom. Borderline je također karakteriziran oštećenim osjećajem identiteta ukorjenjenim u disfunkciji samopredstavljanja i povezan s doživljajem intenzivne unutarnje boli povezane s oštećenim odnosima te zlostavljanjem i zanemarivanjem u djetinjstvu (Fonagy i sur. 2011., prema Šćurić, 2014).

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 (Šulc, 2016). Iako osobe s graničnim poremećajem ličnosti imaju poteškoća u vezama, one također mogu stvoriti stabilne veze ako im se pruži dovoljno strukture i potpore. Ako pronađu nekoga ko je podržavajući i stabilan, diplomatski nastrojen, zadovoljava očekivanja vezana uz predanost te je brižan i rješava probleme koji se pojavljuju, tada i osoba s graničnim poremećajem može doživjeti zadovoljavajuću vezu (Larsen i Buss, 2008). Istraživanja usmjerena na evaluaciju majčinske skrbi sugeriraju da pozitivno roditeljstvo može utjecati na genetsku predispoziciju i rezultirati biohemijskom ravnotežom koja štiti osobu od razvitka graničnog poremećaja (Kreisman i Straus, 2004).

Kognitivna tumačenja upućuju na dihotomiziranje stvarnosti ("crno-bijeli" pogled na sebe i druge) i s tim vezana emocionalna stanja (Šulc, 2016). Pripisivanjem pogrešnog značenja sebi i okolini (pogrešne sheme o sebi i svijetu), kognitivne strukture započinju lanac procesa kognitivne distorzije koji kulminiraju u dugoročnim tendencijama mišljenja (automatske negativne misli) i ponašanja (maladaptivne strategije) koje konačno vidimo kao crte neprilagođene ličnosti. Vjerovanja specifična za granični poremećaj ličnosti odražavaju teme zavisnosti, bespomoćnosti, strah od odbacivanja i napuštanja i gubitka emocionalne kontrole. Njihove specifične priče su usamljenost, nemogućnost ili nevrijednost da budu voljeni i gledanje na sebe kao na loše osobe koje treba kazniti. Korištenjem „ljestvice pretpostavki o svijetu“ došlo je do operacionalizacije ovih tema za granični poremećaj: „Svijet je opasan i zao“, „Ja sam bespomoćan i ranjiv“, „Ja sam po prirodi neprihvatljiv/a“ (Giesen-Bloo i sur., 2002, prema Divac Jovanović i Švrakić, 2016).

Kognitivno-bihevioralni model smatra poremećaj posljedicom učenja pogrešnih, odnosno maladaptivnih obrazaca ponašanja. Takvo učenje odvija se putem asocijativnog uslovljavanja ili socijalnim učenjem, osoba razvija nerealistične sheme o sebi, drugima, svijetu i budućnosti. Te nesvjesne sheme su maladaptivne jer su ekstremne, nerealistične, rigidne i apsolutne (Beck i sur., 2004 prema Divac Jovanović i Švrakić, 2016).

Geštalt perspektiva. Delisle (1999), definiše ličnost i poremećaje ličnosti iz perspektive geštalt terapije. Prema toj definiciji „Ličnost je specifičan i relativno stabilan način na koji se organizuje nečija kognitivna, emotivna i bihevioralna komponenta iskustva“. Značenje koji neko pridaje događajima i osjećanjima koja prate te događaje, tokom vremena postaju stabilni i osobi daju osjećaj identiteta. Poremećaj ličnosti iz perspektive geštalt terapije je „nefleksibilna i maladaptivna organizacija uzoraka triju osnovnih komponenti iskustva, kao što su to da osoba

doživljava značajne teškoće u socijalnom ili radnom ponašanju, to da doživljava internalizirane probleme, ili i jedno i drugo“.

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 (Šulc, 2016). Begić (2011), navodi da se putem socijalne dezintegracije vrši pritisak na pojedince za usvajanjem univerzalnih mehanizama prilagodbe na složene socijalne zahtjeve, čime se suzbija individuacija. Sve to dovodi do utjecaja na obitelj i rani djetetov razvitak, što se u konačnici povezuje s porastom broja graničnih poremećaja ličnosti (Šulc, 2016). U graničnom poremećaju ličnosti stres može biti činiteljem koji pridonosi etiologiji poremećaja koji izaziva pogoršanje simptomatologije. Osim toga, većina oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti jako je osjetljiva na psihosocijalne izvore stresa, osobito na interpersonalne stresore. Njihovo samopoštovanje često je vrlo nisko i oni nastoje vlastiti doživljaj sebe ojačati „posuđivanjem“ stabilnog, izgrađenog identiteta neke druge (obično idealizirane) osobe (Američka psihijatrijska udruga, 2004). Paris (2003), smatra da su psihosocijalni faktori rizika povezani sa graničnom patologijom u djetinjstvu koja se proteže do odrasle dobi veoma slični onima koje opisuju odrasli sa graničnim poremećajem ličnosti.

4. KLINIČKA OBILJEŽJA GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI

Ljudi sa graničnim poremećajem ličnosti su ljudi boli, a rješavaju se tog bola na dva načina: „*acting in*“ kada upravljaju bol prema sebi, povlače se ili „*acting out*“ kada upravljaju bol prema drugim, obično sebi bliskim osobama (Mason i Kreger, 2003). Granični poremećaj ličnosti je težak i onesposobljavajući poremećaj sa velikom smrtnošću, izaziva teške patnje osobe koja ima poremećaj, ali i njoj bliskih osoba.

Prema Yontefu (1993), osnovne karakteristike klijenta sa graničnim poremećajem ličnosti su:

1. Polisimptomatičnost, odnosi se na širok spektar patoloških simptoma (npr. histeričnost, opsesivnost i depresivnost) koji se javljaju kod iste osobe.
2. Impulsivno, zavisno i acting out ponašanje, što znači da često poduzimaju preuranjene akcije, bez obzira na posljedice, etiku sigurnost ili lojalnost.
3. Manipulativnost i suicidalnost; granični klijenti često manipulišu ljudima pomoću pokušaja samoubistva i prijetnji, što ne znači da prijetnje treba olako shvatiti.
4. Pojačana i labilna afektivnost; granični klijenti obično doživljavaju jake emocije i emocionalno su labilni. Često se manifestuju disforična raspoloženja sa vrlo malo pozitivnih afekata i dominacijom ljutnje, bijesa, gorčine i depresije.
5. Blaga psihotična iskustva, koja uključuju: paranoidne ideacije i disocijativna iskustva koja su obično povezana sa stresom i prolaznog su karaktera.
6. Poremećeni bliski odnosi su okarakterisani veoma intenzivnim vezama, gdje oni sebe obično doživljavaju kao žrtvu (u vezama su skloni mazohizmu), a alternativa tim odnosima su vještački odnosi bez intimnosti.
7. Nespecifične manifestacije ego slabosti – česta su pojava, gdje se javlja struktura klasične prepsihotične ličnosti, koja funkcioniše u nivou poremećaja ličnosti uz infantilni narcizam, mazohizam i primitivne mehanizme odbrane.

Granični poremećaj ličnosti najčešći je poremećaj ličnosti u kliničkim uvjetima i javlja se u različitim kulturama diljem svijeta. No, taj se poremećaj u kliničkoj praksi često pogrešno dijagnosticira ili se uopće ne dijagnosticira (Američka psihijatrijska udruga, 2004). Riječ je o kompleksnom i ozbiljnom mentalnom poremećaju, čija je učestalost 1-2% u općoj populaciji (Torgensen i suradnici, 2001, prema Gunderson i Hoffman, 2005). Grant i sur. (2008) navode da se u novije doba ovaj poremećaj u općoj populaciji javlja do čak 5,9%. Kod ljudi koji se javljaju u ambulante klinika za zaštitu duševnog zdravlja poremećaj se javlja kod 10% pacijenata, te kod 15-20% psihijatrijskih bolesnika i 30-60% osoba iz kliničke populacije koji

imaju poremećaj ličnosti (Američka psihijatrijska udruga, 2004). Granični poremećaj ličnosti mnogo češće se dijagnosticira kod žena, s tim da je odnos broja žena i muškaraca s tom dijagnozom 3:1. Preciznije, 75% osoba sa ovim poremećajem su ženskog spola (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Sa druge strane neki podaci govore u prilog nepostojanju spolnih razlika (žene samo češće traže pomoć) (Coid, Yang, Tyrer i sur., 2006., prema Begić, 2011). Poremećaj je prisutan u svim kulturama svijeta. Približno je pet puta češći među biološki najbližim srodnicima oboljelih od tog poremećaja, nego što je to slučaj u općoj populaciji (Američka psihijatrijska udruga, 2004). U oblasti psihopatologije, koncept graničnosti je jedan od najkontroverznijih entiteta na teorijskom, dijagnostičkom i psihoterapijskom nivou (Gunderson i Hoffman, 2005).

Prema Gilles Delisle (1999), granični poremećaj ličnosti je daleko najšire proučavani poremećaj i to iz brojnih razloga. Jedan od njih je to da su simptomi osoba sa ovim poremećajem daleko najuočljiviji. Njihov osnovni način odnosa sa drugima izaziva zabrinjavajuću patnju, ne samo njih već i njima bliskih osoba. Način na koji oni pate je taj koji ih izdvaja od ostalih po svojoj spektakularnosti i konsekventnosti, a najvažniji oblik ispoljavanja je nestabilnost.

Yontef (1993), smatra da se pacijent sa graničnim poremećajem često doživljava kao zbunjena osoba koja gubi vremenske, prostorne i lične granice. Tok tretmana sa takvim klijentom, kao i njihovi životi obilježeni su čestim krizama, sa nejasnim razrješenjem čak i kad se adekvatno tretiraju. Mala je mogućnost brzog oporavka i ravnoteže. Kod njih se javlja teška regresija, fragmentacija i gubitak veze sa terapeutom između seansi. On želi da ga terapeut: prihvati, da se spoji s njime, da se o njemu brine i riješi sve njegove probleme. Od terapeuta traži utjehu i spas pokazujući potrebu da se nađe u njegovom zaštitničkom zagrljaju. Kao što vidimo, dijagnosticiranje graničnog poremećaja ličnosti kod nekog pojedinca nije nimalo lagan zadatak.

Više o dijagnosticiranju i zasebnim karakteristikama koje se manifestiraju kod osoba sa graničnim poremećajem ličnosti biti će riječ u nastavku rada.

4.1. Kriteriji za dijagnosticiranje graničnog poremećaja ličnosti

Nerijetko se događa da se granični poremećaj ličnosti pogrešno dijagnosticira kao neka druga duševna bolest, pogotovo kao poremećaj raspoloženja. Stoga, za adekvatno liječenje ovog poremećaja ličnosti prvo ga je potrebno prepoznati i razumjeti. Postoji uobičajno vjerovanje da se poremećaj ličnosti ne može dijagnosticirati za sat vremena. Paris (2008) smatra da to nije

istina, bitno je postavljati prava pitanja i pobrinuti se za detaljnu životnu historiju. Možda će biti potreban ponovni susret ili informacije od članova porodice i drugih osoba, međutim, u većem broju slučajeva nije teško utvrditi da li se radi o poremećaju ličnosti ili pacijentova patologija spada u neku drugu kategoriju ose II. Ranije, koncept granične ličnosti nije bio dovoljno razumljiv i prihvaćen čak ni među onim stručnjacima koji su obučeni da ga prepoznaju i liječe. Mnogi kliničari su bili neodlučni da prihvate novo-definisani koncept i prebacivao se u status "otpadnih dijagnoza" što je etiketa koja se koristi kada doktor jednostavno ne razumije pacijenta ili ne može "uklopiti" simptome pacijenta u bilo koji drugi, prihvatljiviji poremećaj. U mnogim terapijskim postavkama, ovaj termin je postao dijagnoza frustracije: a teški pacijent koji nije bio kooperativan, zahtjevan je, zbunjujući, ljutit ili, što je najvažnije, nije odgovorio na psihijatrijski tretman često je označen kao "borderline" (Kreisman i Straus, 2004). Pravi problem sa dijagnozom graničnog poremećaja potiče od načina definisanja konstrukta. Treba da bude mnogo precizniji. Nastojat ćemo u nastavku iznijeti najvažnije odrednice koje olakšavaju prepoznavanje i dijagnosticiranje ovog poremećaja. U graničnoj psihopatologiji dominira teorija deficita, za razliku od neurotične patologije gdje dominira teorija konflikata. Zbog problema sa "nedovoljno dobrom majkom" glavni problem ovih pacijenta ostaje njihov neuspjeh da ostvare zadovoljavajuću ljubavnu vezu sa objektom kome se može vjerovati i na koga se može osloniti kada postoji agresija prema njima, a u kontekstu tolerisanja bolne krivice, zabrinutosti i zahvalnosti prema voljenom objektu (Lečić-Toševski, Divac Jovanović, 2011). Dakle, glavna značajka graničnog poremećaja ličnosti jest prevladavajući obrazac nestabilnosti u međuljudskim odnosima i emocionalnom doživljavanju te izrazita impulzivnost. Spomenute značajke javljaju se u ranoj odrasloj dobi i vidljive su u različitim kontekstima. S obzirom da se ličnost djece i adolescenata još razvija, prilikom postavljanja dijagnoze ovog poremećaja u toj dobnoj skupini valja biti oprezan (Američka psihijatrijska udruga, 2004). Prisutnost poremećaja često nije jasna sve do kasnije adolescencije i odrasle dobi. Granično ponašanje tipično se, dakle, najprije promatra u razdoblju od kasne mlađe dobi do ranih tridesetih godina, iako ozbiljni problemi separacije ili ispadi bijesa u mlađe djece mogu biti dijagnostički indikativni. Tijekom trećeg i četvrtog desetljeća, mnoge osobe s graničnim poremećajem ličnosti uspostave određenu stabilnost u svojim životima. Poremećaj perzistira i u starijoj dobi, ali u znatno manjoj mjeri (Kreisman i Straus, 2004). Danas se psihički poremećaji, dakle ne samo granični poremećaj ličnosti, dijagnosticiraju prije svega na osnovi dvaju medicinsko-psihijatrijskih sustava klasifikacije. Jedan je Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje Američke psihijatrijske udruge. Drugi, Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema Svjetske zdravstvene organizacije, koji opisuje u V poglavlju također

psihičke poremećaje i poremećaje ponašanja. Na osnovu podataka iz tih klasifikacija liječnici, psihijatri i psihoterapeuti postavljaju svoje dijagnoze (Niklewski i Riecke-Niklewski, 2004). U postavljanju dijagnoze graničnog poremećaja ličnosti valja razmotriti određena pitanja vezana za procjenu svih poremećaja ličnosti: osobine ličnosti moraju izazivati subjektivan osjećaj neugode ili vidljive teškoće u funkcioniranju. Spomenute osobine moraju također značajno odstupati od kulturalno očekivanog i prihvatljivog raspona odstupanja ili od postavljene norme, a takvo odstupanje mora biti vidljivo u više od jednog od sljedećih područja: mišljenje, emocionalnost, kontrola poriva i načini odnošenja prema drugim ljudima. Vješto proveden klinički intervju najvažnije je sredstvo u postavljanju dijagnoze graničnog poremećaja ličnosti. Uz taj pristup nužno je dobro poznavanje DSM kriterija ili dugoročan pogled na kliničku sliku (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

U oblasti procjene ličnosti ispitivanje graničnog poremećaja ličnosti može da se odvija na nivou idiosinkratskog (dijagnostikovanje pojedinačnog slučaja) ili nomotetskog (testovne produkcije kategorije graničnih na različitim testovima, poređenje sa drugim grupama) i ova aktivnost zasniva se na nekoliko postavki (prema Đurić-Jočić, 2001):

1. Upotreba psiholoških testova smatra se neophodnom u dijagnostikovanju graničnih ispitanika i ova teza potiče od samog Kernberga, a razvijena je u radovima Rapaporta.
2. U istraživanju testovnih produkcija graničnog poremećaja ličnosti najčešće su korištene Wechslerove skale inteligencije, MMPI uputnik i Rorschach-metod.
3. Kao komparativna grupa najčešće su fokusirani shizofreni pacijenti, jer se u praksi najčešće i postavlja pitanje diferencijalne dijagnoze između ovih kategorija, posebno kada se radi o prvim psihotičnim dekompenzacijama.

Obzirom da granični poremećaj ličnosti ima puno lica. Kako bismo mu se približili, izgleda jednostavnije napraviti razgraničenje prema onome na što se pojam borderline ne odnosi. Najčešće zablude o graničnom-poremećaju ličnosti (prema Niklewski i Riecke-Niklewski, 2004) su:

- Svi oboljeli su isti, osjećaju isto i ponašaju se na isti način.
- Poremećaj je hroničan jednom borderliner, uvijek borderliner. Poboljšanje trenutnog stanja zapravo nije moguće.
- Granični poremećaji ličnosti uvijek nastaju zbog seksualnog, tjelesnog ili emocionalnog zlostavljanja u djetinjstvu. Onaj tko se ne može sjetiti traume u djetinjstvu treba

psihoterapiju kako bi traumu ponovo dozvao u sjećanje, kako bi se putem ponovnoga proživljavanja boli poremećaj razriješio.

- Granični poremećaj ličnosti ne postoji: ljudi koje to pogađa slabo su prilagođeni, teško je na njih utjecati, te svojim ponašanjem žele samo druge nadzirati ili njima manipulirati.
- Nema smisla zajedno s oboljelima razmišljati i razgovarati o njihovu načinu mišljenja i ponašanju.
- Kada bi se barem partneri i obitelji drukčije ponašali, bio bi cijeli problem riješen. Uzrok leži, zapravo, samo u obitelji.
- Lijekovi kod ovog poremećaja ne pomažu, već samo dovode do ovisnosti.
- Lijekovi mogu izliječiti poremećaj.
- Oboljeli od graničnog poremećaja ličnosti ne trebaju psihoterapiju; ona više šteti nego što koristi. Osoba treba samo pronaći pravog liječnika i prave lijekove.
- Pravi lijek će svim oboljelima pomoći jednako dobro.
- Oboljeli od graničnog poremećaja ličnosti ne razlikuju se od drugih pacijenata sa psihičkim poremećajima: Potrebna im je rehabilitacija i nisu više sposobni za kompleksnije djelatnosti.
- Oboljeli od graničnog poremećaja ličnosti imaju više ličnosti i ne mogu se smatrati odgovornima za svoja djela.
- Svi ljudi koji sebe povrjeđuju jesu „borderlineri“.
- Samoozljeđivanje je zapravo uvijek pokušaj samoubojstva.

Dakle, šta granični-poremećaj ličnosti jest? Dijagnoza se prema DSM-V temelji na devet kriterija, od kojih je neophodno da se u različitim situacijama, od rane odrasle dobi zadovoljava minimalno pet kako bi se opravdano dijagnosticirao granični poremećaj ličnosti

(1) Model nestabilnih i intenzivnih interpersonalnih odnosa karakteriziran izmjenom krajnje idealizacije i obezvrjeđivanja (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Ljudi s graničnim poremećajem ličnosti ne mogu biti sami. Trebaju druge ljude. Zato jako brzo ulaze u vrlo intenzivne odnose. No, ti odnosi često kratko traju i odvijaju se po sličnoj shemi: partner, partnerica, prijatelj, prijateljica, koji je u početku s golemim oduševljenjem pretvoren u spasioca, junaka, jedinoga pravoga, najedanput se doživljava isključivo kao zločest,

povrjeđujući, zapostavljajući, agresivan, sve do brutalan. Kada zadovoljavate njihove potrebe vi ste za njih dobra vila, ali kada misle da ste ih izdali postajete zlikovac. Psihoanalitička teorija govori o idealiziranju i obezvrjeđivanju. Povodi tome su često sitnice, razdražljivo izgovorena riječ, odbijanje ili svađa oko nečega (Niklewski i Riecke-Niklewski, 2004). Jedno je istraživanje pokazalo da su turbulentne veze i impulzivnost dva najdiskriminativnija kriterija za definiranje ovog poremećaja (Kreisman i Straus, 2004). Ljudi koji imaju granični poremećaj ličnosti često se osjećaju sigurnije s tzv. prijelaznim objektima (npr. s kućnim ljubimcem ili neživim objektom) nego u interpersonalnim odnosima. Unatoč velikim teškoćama u odnosima s drugim ljudima, takvi pojedinci katkada poriču da su sami odgovorni za nastale probleme i umjesto toga za njih okrivljuju druge ljude (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

(2) Impulzivnost na najmanje dva područja koja su potencijalno štetna njima samima npr. trošenje novca, seksualnost, uporaba psihoaktivnih tvari, krađa, bezobzirna vožnja, jedenje velikih količina hrane na mahove (Ne uključuje suicidalno ponašanje) (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Ljudi s graničnim-poremećajem ličnosti su impulzivni. Zbog te impulzivnosti u mnogim područjima reagiraju snažnije od drugih ljudi u sličnim situacijama. Istovremeno im je teško kontrolirati svoje impulse. Naročito problematično je kada se radi o impulsima koji oštećuju vlastitu ličnost, jastvo. Tu spadaju kako tjelesna oštećenja, tako i ona na socijalnoj i emocionalnoj razini. No, na samooštećivanje često ne treba gledati samo kao na slučajne posljedice nedostatne kontrole impulsa. Ono je namjerno i služi ponovnom uspostavljanju duševne ravnoteže, kakva god ona bila; time pomaže oboljelima ponovo uspostaviti kontakt sa stvarnošću (Niklewski i Riecke-Niklewski, 2004). Ove osobe uglavnom boluju od više ovisnosti nego osobe koje nemaju granični poremećaj ličnosti.

(3) Nestabilnost u afektivnom području, npr. izraziti pomaci od normalnog raspoloženja prema depresiji, razdražljivosti ili anksioznost, pri čemu ta stanja obično traju nekoliko sati, a samo rijetko više od nekoliko dana (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Općepoznato je da osobe s graničnim poremećajem ličnosti imaju izražene promjene u raspoloženju i ostalim emocijama. Mogu doživljavati depresiju, iritabilnost, anksioznost, ljutnju, paniku ili očaj, koji obično traju nekoliko sati, uglavnom kao reakciju na interpersonalne stresove (Gunderson i Hoffman, 2005). Ljudi s graničnim poremećajem ličnosti doživljavaju vrlo intenzivne i ekstremne osjećaje, koji se trenutno mogu pretvoriti u suprotan osjećaj. Tu spadaju pozitivna čuvstvena stanja (ljubav, radost, oduševljenje), isto kao i negativna (tuga,

srdžba, krivnja, stid). Kao posljedica toga borderlineri su izloženi promjenama raspoloženja koje se javljaju naglo i s velikim intenzitetom (Niklewski i Riecke-Niklewski, 2004).

(4) Neprimjeren intenzivan bijes ili teškoće s kontroliranjem bijesa kao što su česti izljevi bijesa, stalna ljutnja, česte tučnjave (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Izrazita impulzivnost i nedostatna sposobnost njezine kontrole pokazuju se prije svega kada se radi o ljutnji. Posljedica su česti neprikladni napadaji bijesa, koji dovode do stalnih konflikata s drugim ljudima i žestokim svađama, sve do agresivnih radnji (Niklewski i Riecke-Niklewski, 2004). Kada se bijes izrazi, obilježava ga iznenadnost i nepredvidivost. Konstantno prisutna ljutnja kod ovih je pojedinaca potisnuta strahom od napuštanja ili je usmjerena prema unutra i transformirana u autodestruktivno ponašanje (Kreisman i Straus, 2004).

(5) Povratno suicidalno ponašanje, geste ili prijetnje ili drugi oblici samounakazujućeg ponašanja (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Prijetnje ili pokušaji samoubojstva često se događaju nakon doživljenog odbijanja, bilo da je ono realno, da ga se pribojavamo ili nam se takvim čini, ili ako prijeti gubitak osobe koja daje stabilnost. Usporedo s jakim unutarnjim pritiskom, često se doživljava rasterećujućima. U tom kontekstu često se događa i samoozljeđivanje bez ikakve namjere samoubojstva (Niklewski i Riecke-Niklewski, 2004).

(6) Izrazit i perzistentan poremećaj identiteta, koji se manifestira kao nesigurnost u barem dva od sljedećih područja života: slici o sebi, seksualnoj orijentaciji, dugoročnim ciljevima ili profesionalnim težnjama, tipu prijatelja ili partnera ili osobnim vrijednostima (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Ljudi s graničnim-poremećajem ličnosti ne znaju tko su. Nemaju opisanu sliku o sebi, ili se danas doživljavaju posve drukčijim nego jučer, a možda i drukčijom nego sutra. Ova nesigurnost oko vlastitog identiteta obuhvaća njihovo cjelokupno biće, njihovo osjećanje, mišljenje i doživljavanje. Mnogi oboljeli nisu sigurni koja je njihova seksualna orijentacija, kolebaju se između hetero- i homoseksualnosti (Niklewski i Riecke-Niklewski, 2004). Dugotrajan osjećaj neautentičnosti vjerojatno potječe iz djetinjstva, kada je "predgranično" dijete obeshrabreno od sazrijevanja i odvajanja od roditelja (Kreisman i Straus, 2004). Njihove su vrijednosti i ciljevi plitki i lako se mijenjaju. Njihovo se mišljenje može iznenada promijeniti (Larsen i Buss, 2008). Sebe velik dio vremena smatraju

„lošima“ ili „zlama“, a katkad se osjećaju kao da uopće ne postoje, pogotovo u situacijama kada ne dobivaju adekvatnu brigu i potporu drugih (Gunderson i Hoffman, 2005).

(7) Hronični osjećaj praznine ili dosade (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Pojam praznine teško je definirati. Obično se opisuje kao osjećaj besmislenosti ili emocionalne praznine koji uključuje alijenaciju od okoline (Kreisman i Straus, 2004). Ljudi s graničnim-poremećajem ličnosti tuže se na unutarnju prazninu, dosadu i besmisao. Osjećaji praznine i dosade mogu ih preplaviti u situacijama koje su ih trenutak ranije još ispunjavale, u kojima su mogli uživati. Oni se isključe, jer unutarnja praznina zahvaća i situaciju koja je do tada bila ugodna. Nesposobnost da budu sami usko je povezana s osjećajem unutarnje praznine. Izgleda kao da ih samo drugi ljudi mogu ispuniti (Niklewski i Riecke-Niklewski, 2004). Gunderson (2001) je zaključio da je, u odnosu na impulzivnost, depresiju i bijes, praznina emocija koja je najviše otporna na promjene. Uočio je da mnogi pacijenti sa graničnim poremećajem imaju tendenciju akomodirati se na takve osjećaje, umjesto da ih eliminiraju.

(8) Mahniti naponi kako bi se izbjeglo stvarno ili zamišljeno napuštanje (nesposobnost da se bude sam) (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Ljudi s graničnim-poremećajem ličnosti ne mogu biti sami i stoga u odnosima s drugima proživljavaju veliki strah da ne bi bili napušteni. Taj strah može biti aktiviran naizgled nevažnim povodima, npr. Zakašnjeli poziv, otkazivanje dogovorenog susreta, svađa oko sitnica. Bijes koji se javlja u tim situacijama povezan je sa strahom od napuštanja. Za partnera je to često posve nerazumljivo budući da se strah javio zbog povoda koji se njima najčešće činio posve beznačajnim. Na toj osnovi treba razumjeti i samoobezvrjeđivanje, koje se nakon toga često javlja. Jer, opasnost od napuštanja prijete naizgled samo onome tko ne zavrjeđuje ljubav, ili čak ne zavrjeđuje da živi (Niklewski i Riecke-Niklewski, 2004). Ponekad se, u svojim pokušajima manipuliranja ljudima da se vrate u vezu upuštaju u samoozljeđujuća ponašanja (Larsen i Buss, 2008).

(9) Prolazne, uz stres vezane paranoidne ideje ili teži disocijativni simptomi (kao što su poremećaji svijesti, uzetost koja nije organski uzrokovana ili slično) (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Često se javljaju prolazni disocijativni simptomi, uključujući depersonalizaciju, gubitak kontakta sa stvarnošću i nesposobnost provjeravanja stvarnosti i oni mogu pridonijeti pojavi simptoma nalik na psihotične, a koje katkada imaju oboljeli od

graničnog poremećaja ličnosti (Američka psihijatrijska udruga, 2004). U opterećujućim situacijama može se privremeno potpuno izgubiti povjerenje u svijet i sebe samog. Sve postaje zlokobno, prijeteće, vlastita osobnost izgleda kao da se rasplinula, više se ne može osjetiti vlastito tijelo, okruženje gubi svoje značenje, svoju realnost. Znak toga može biti, na primjer, iskrivljena percepcija kada se sve vidi manjim ili većim, ili jako udaljenim. Takva su stanja dugo vremena uzrokovala da se granični- poremećaj ličnosti smještao blizu shizofrenije. No, on se jasno razlikuje od kombinacija simptoma kakve nalazimo kod shizofrenije. Tako su npr. kod borderline pacijenata vrlo rijetke akustičke halucinacije u obliku glasova koje osoba čuje da dolaze izvana i daju komentare ili naredbe. Ako i privremeno pate od halucinacija, borderline pacijenti zadržavaju puno češće određenu kontrolu nad realnošću nego što je to slučaj kod shizofrenih pacijenata: oni su svjesni da ono što upravo opažaju zapravo ne može biti stvarno (Niklewski i Riecke-Niklewski, 2004).

Ovi se kriteriji mogu grupirati u tri opće klasifikacijske kategorije: *poremećeni odnosi*, *nekontrolirano ponašanje* i *afektivna nestabilnost*. Tijekom procjene oboljelog od graničnog poremećaja ličnosti kliničar mora provjeravati postoje li impulzivna ponašanja i ona koja upućuju na sklonost rizičnim pothvatima, poremećaji i veće promjene raspoloženja, rizik od samoubojstva, rizik od nasilja prema ljudima i stvarima, zloupotreba psihoaktivnih tvari (Američka psihijatrijska udruga, 2004). Granični poremećaj ličnosti i poremećaj zlorabe droga su dva oblika psihičkih problema koji se često dijagnosticiraju kod istih osoba (Trull i sur., 2000, prema Jerković i Maglić, 2014). Ljudi s graničnim poremećajem ličnosti često zloupotrebljavaju psihoaktivne tvari na impulzivan način, što pridonosi snižavanju praga za ostale samouništavajuće postupke kao što je ozljeđivanje tijela, spolni promiskuitet ili provokativno ponašanje koje potiče nasilje (uključujući i ubistvo) (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

Mason i Kreger (2003) formirali su posebne liste karakterističnih osjećaja, misli i ponašanja koji se često javljaju kod osoba sa graničnim poremećajem ličnosti. Međutim, naglašavaju da niti jedna osoba sa graničnim poremećajem ličnosti neće imati baš sve od njih. Ovdje je izdvojeno samo nekoliko primjera za svaku kategoriju.

Misli koje mogu ukazivati na granični poremećaj ličnosti:

- tumači situacije vrlo različito od drugih ili ih se ponekad uopće ne može prisjetiti;
- naizmjenice idealizira i omalovažava druge;
- teško pamti vrline neke osobe kojoj pripisuje ulogu zlikovca; ne može se sjetiti ničeg negativnog o toj osobi kada ona u njenim očima postane junak;
- mijenja svoja stajališta ovisno o tome s kim je u društvu;
- temelji svoja uvjerenja na osjećajima umjesto na činjenicama;
- nije voljna priznati grešku ili smatra da je sve što čini pogrešno;
- ne shvaća učinke koje njezino ponašanje ima na druge.

Osjećaji koji mogu ukazivati na granični poremećaj:

- vrlo se često osjeća tjeskobno ili razdražljivo;
- osjeća se zanemareno kada nije u središtu pozornosti;
- vrlo često je nepovjerljiva i sumnjičava;
- njezino se raspoloženje brzo mijenja i ide iz krajnosti u krajnost (u minutama ili satima);
- ima tako snažne osjećaje da teško stavlja tuđe potrebe, čak i potrebe vlastite djece, prije svojih;
- izražava ljutnju na neprimjeren način ili teško izražava ljutnju;
- osjeća da nikada ne može dobiti dovoljno ljubavi, nježnosti i pozornosti.

Ponašanja koja mogu ukazivati na granični poremećaj:

- ponaša se nedosljedno i nepredvidljivo;
- zagorčava život drugoj osobi zbog sitnih ili preuveličanih problema;
- osoba teško uočava osobne granice drugih osoba;
- mijenja svoja očekivanja tako da se druga osoba osjeća da nikada ništa ne može učiniti dobro;
- verbalno zlostavlja bliske osobe i poznanike, a pred nepoznatim ljudima se pretvara i pokušava ih očarati; osoba može izmjenjivati te dvije uloge u sekundi;
- u nekim situacijama osjeća se sposobna i smirena dok u drugim potpuno gubi samokontrolu;

Geštalt pristup poremećajima ličnosti je nešto specifičniji u odnosu na druge najpoznatije pristupe i perspektive, stoga, da bismo se više približili samom poremećaju, a uostalom i da bismo bolje razumjeli tretman graničnog poremećaja u geštalt terapiji, koji će nešto kasnije biti opisan zajedno za drugim psihološkim tretmanima, ovdje ćemo u posebnom odjeljku predstaviti dijagnosticiranje graničnog poremećaja ličnosti iz te perspektive.

Osnovni koncepti koji se razmatraju u okviru geštaltističkog stanovišta su: iskustveni ciklus, kontakt, funkcije kontakta, sistemi potpore, bazične polarnosti i fenomenološka transakcija. Prema Delisle (1999), da bi neki poremećaj mogli smatrati graničnim poremećajem ličnosti iz perspektive geštalt terapije, on bi morao imati neke od karakteristike koje će u daljem tekstu biti kratko opisane.

A: Iskustveni ciklus

Ako u nekoj od faza iskustvenog ciklusa, koje će biti navedene, dođe do zastoja ili prekida, a do prekida može doći u bilo kojoj tački ciklusa, onda imamo disfunkcionalnost ličnosti. Problem se obično javlja kod složenih emocija. Čovjek dakle, mora biti sposoban na fleksibilnost i otvorenost za nove situacije.

Senzacije se kod osoba sa graničnim poremećajem manifestiraju osciliranjem između doživljavanja senzacija kao manifestacija sopstvenih potreba ili identiteta i doživljavanja senzacija kao okidajućeg odgovora na neke realne ili zamišljene prijetnje.

Svjesnost pacijenata sa graničnim poremećajem karakterizira smibolizacija svojih senzacija kroz sopstveno shvatanje „selfa“ kojeg doživljavaju nezrelim, nesigurnim i konfuznim. Kada nekim senzacijama dozvole da postanu figura, izgube mnogo od pozadine u tom procesu i na taj način nemaju svijest o kontinuitetu.

Mobilizacija energije, smatra se da su osobe sa graničnim poremećajem ili visoko mobilizirane ili apatične. Akcije su im iznenadne i neočekivane, dokaz slabe inhibitorne kontrole. Pokret ka akciji im je rapidan, i u zavisnosti od okolnosti i osobe, može imati nasilnu ili samokažnjavajuću prirodu.

U *kontaktu* „granični pacijenti“ imaju tendenciju da se zakače i da ne mogu da se odvoje, ili se s druge strane mogu tvrdoglavo opirati kontaktu. Neki koriste termine „prikačen“ i „distanciran“ u kontaktu.

Povlačenje kod ovih osoba stvara anksioznost zbog osjećaja napuštanja. Ipak, povremeno doživljavaju regresivne periode intenzivnog povlačenja.

Prema Melnick i Nevis (1992), granični poremećaj ličnosti je primjer blokade na novou senzacija/svjesnost. Klijent sa graničnom patologijom ne može da održava stabilan emocionalni odgovor na ono što ulazi u njega, bilo spolja ili iznutra. Očito je da takvi klijenti ne mogu lako da tolerišu senzorne stimuluse, da upravljaju njima ili ih prevode u prihvatljive forme i figure podesne za upravljanje. Jedna od posljedica je visoka emocionalna labilnost i neprimjeren odgovor na stimulaciju. Pozadina dostupna graničnom klijentu je nepodnošljiva, što rezultira njegovom nesposobnošću da toleriše više od minimalne stimulacije. Senzacije su tegobne za se nas. Najveći dio naših senzacija je preopširan za ono što je orgazmički prihvatljivo, pa iz tog razloga učimo tehnike upravljanja.

B: *Otpori kontaktu*, u okviru kojih bi se javili: projekcija, introjeksija, retrofleksija, defleksija i konfluencija, koji će detaljnije biti opisani u odjeljku o mehanizmima.

C: *Funkcije kontakta*, kod kojih je karakteristično to da se često ispravljaju u komunikaciji jer jako brzo mijenjaju percepciju i kogniciju. Također ili imaju puno pokreta i dodira ili ih nemaju uopće.

D: *Sistemi podrške*. Mogu biti interpersonalni i kognitivni.

Što se tiče interpersonalnih, intimna socijalna mreža osoba sa graničnim poremećajem nije od one vrste koja može da podrži njihovo mentalno zdravlje. Većina zdravih ljudi ne želi biti vezana za neprekidno promjenjive afekte tih osoba. Sa druge strane, kognitivni sistem podrške klijenta je toliko nestabilan da nije pouzdana podrška uopće.

E: *Bazične polarnosti* su im: *zadovoljstvo/bol*, gdje je bol neizdrživ, a zadovoljstvo nema granice. Dakle, prepoznate su senzacije, ali su vrlo polarizirane. *Self/drugi*, gdje osobe sa graničnim poremećajem često doživljavaju velike oscilacije između pažnje upućene sebi i pažnje upućene drugima. Često su zbunjeni u vezi toga koga nastoje zadovoljiti, a koga povrijediti. Pasivno/aktivno, mogu biti hiperaktivni s jedne strane ili apatični s druge.

F: *Fenomenološke transakcije* uključuju:

Kognitivni model karakterišu fluktuirajuće i rapidne kognitivne promjene osobe sa graničnim poremećajem. Jednog dana je za njega terapija odlična, drugog dana mu već šteti, i sl.

Emotivni model je nestabilan, pa su njegovi afekti i raspoloženja često u neskladu sa stvarnošću. On ide od perioda normalnosti ka depresiji, sa kratkim prekidima izljeva bijesa i ljutnje.

4.2. Odbrambeni mehanizmi osoba sa graničnim poremećajem ličnosti

Mehanizmi odbrane se definišu kao nesvjesna distorzija realnosti da bi se izbjeglo suočavanje (konflikt) sa sopstvenim neprihvatljivim porivima ili bolnim emocijama i zaštitila tekuća, uspostavljena slika o sebi. Mehanizmi odbrane su nesvjesni, automatski procesi, zapravo serija intrapsihičkih procesa koji brane osobu od neprihvatljivih unutrašnjih impulsa ili spoljnih prijetnji selfu (Weinberger, 1998., prema Divac Jovanović i Švrakić, 2016).

Mehanizmi odbrane, po Vejlantu, imaju funkciju da smanje stres i olakšaju prilagođavanje, a sve to bez značajnih unutrašnjih. Osobe sa graničnim poremećajem ličnosti odbrambene mehanizme koriste nešto češće i intenzivnije od većine ljudi. Ekstremni i nezreli mehanizmi odbrane koje koriste osobe sa ovim poremećajem su: *spliting/cijepanje*, pasivna agresija, projekcija, *acting out*, fantazija, somatizacija, poricanje, devaluacija (Mason i Kreger, 2003).

Spliting/cijepanje. Formalno definirano, cijepanje je rigidno razdvajanje pozitivnih i negativnih misli i osjećaja o sebi i drugima; to jest, nemogućnost sinteze tih osjećaja (Kreisman i Straus, 1989., prema *ibid.* 2003). Postojanje ovog mehanizma je uslov kako bi ostali nezreli mehanizmi mogli da operišu. Izražava se kroz tendenciju da sebe i druge vidimo na u kategorijama „potpuno dobar“ ili „potpuno loš“ tj. na nerealistično pozitivan (svetac, heroj, spasilac) ili negativan način (đavo, izdajnik, zlostavljač). Ovakva isključivost daje nerealistični „crno-bijeli“, odnosno „ili-ili“ doživljaj sebe i svijeta oko sebe i umanjuje sposobnost da se prepoznaju srednje vrijednosti („sive“ odnosno „i dobre i loše“) između crno-bijelih ekstrema. Suočeni s problemom, osobe s GPL-om mogu se osjećati kao da postoji samo jedno rješenje nekog problema, a kada se nešto započne, nema povratka. Smatraju i da odnose treba jasno definirati. Netko je ili njihov prijatelj ili neprijatelj (Kreger i Mason, 2003). *Spliting* zahtijeva malo energije, odnosno ekonomičniji je od potiskivanja, ali je više patološki (Divac Jovanović i Švrakić, 2016).

Projekcija je nesvjesni proces pripisivanja drugima vlastitih neprihvatljivih impulsa, stavova, mišljenja, vjerovanja i ponašanja, koji omogućuje okrivljavanje drugih za vlastite nedostatke

(Fulgosi, 1987). To je jedan od najprimitivnijih mehanizama koji koriste osobe koje funkcionišu na graničnom nivou. Osoba koja koristi projekciju uspijeva da u drugima izazove osjećanja slična onima koje sama osjeća, koja su njoj neprihvatljiva i koje je projektovala: ako je ljuta, ponaša se tako da izaziva ljutnju u drugima. Budući da se najčešće projektuju negativni, neprihvatljivi dijelovi sebe, osobe koje koriste ovaj mehanizam obično smatraju druge manje vrijednim, rđavim, nepouzdanim i nemoralnim.

Pasivna agresija očituje se kroz npr. bihevioralno kontriranje (osoba često traži krivca i nalazi gratifikaciju u demoralisanju ili kvarenju zadovoljstva drugima). Koristi se i nepredvidivo, nabusito i zlovoljno ponašanje da se izazove nelagodnost kod drugih, osoba je često iritabilna i ćudljiva, saopštava da se lako frustrira i da je ekspozitivna, saopštava da je drugi ne razumiju, ne poštuju i umanjuju joj važnost (Divac Jovanović i Švrakić, 2016).

Poricanje. Javlja se kao posljedica disocijacije tijekom bolnih događaja i odsutnosti procesiranja takvih događaja kao dio interpersonalne sheme, odnosno manjak integracije emocionalnog utjecaja i posljedica značajnih događaja na pojedinca (Hoffman Judd i McGlashan, 2003).

Acting out ili snažna emocionalna reakcija. Stalno okrivljavanje i kritiziranje je još jedan odbrambeni mehanizam koji neke osobe s graničnim poremećajem ličnosti sklone ispadima koriste kao sredstvo za preživljavanje. Kritike mogu biti utemeljene na stvarnom problemu koji je osoba s graničnim poremećajem preuveličala ili mogu biti potpuno izmišljene (Kreger i Mason, 2003). Emocije ovih osoba imaju tendenciju da se samopojačavaju van kontrole, kulminirajući kao ekstremna euforija, anksioznost, tuga ili bijes. Od ovakvih erupcija bijesa, odnosno moguće nekontrolisane sadističke destruktivnosti i sami pacijenti se plaše (Hartocollis, 1977., prema Divac Jovanović i Švrakić, 2016).

Geštalt pristup se temelji na stavovima egzistencijalizma po kojima čovjek treba prihvatiti odgovornost za svoju egzistenciju. Ako to ne učinimo skloni smo da odgovornost za tuđe postupke prebacujemo na sebe ili da druge smatramo odgovornima za naše postupke. Iz nekog razloga se osobe sa poremećajima ličnosti, posebno graničnim poremećajem, ne snalaze u uspostavljanju kontakta. Ovakvo stanje konfuzije odražava se pomoću sljedećih mehanizama kojima se služimo (prema Delisle, 1999):

Introjeksija. Bipolarna priroda graničnog poremećaja jednako promoviše ali i ometa introjeksiju. Internalizirani objekti nisu dovoljno jaki da bi obezbijedili stabilnost potrebnu za introjeksiju. Povremeno će izgledati da klijent introjektuje ili usisava terapeuta, dok će se povremeno preokretati ka izopštavanju introjekta. Terapeuti moraju biti spremni za iznenadne zaokrete u introjeksiji od njenog promovisanja do njenog odbacivanja, koji su karakteristični za ove klijente.

Projekcija. U okviru projekcije osobe teže da projektuju komplementarne strane svog iskustva, radije nego svoj aktuelni doživljaj. Izgleda da ona služi homeostatičkoj svrsi stabilizovanja internaliziranih objekata.

Retrofleksija. Ona kod osoba sa graničnom patologijom pokazuje nizak prag tolerancije. Oni su zapravo majstori patološke retrofleksije i to u formi autodestruktivnog ponašanja.

Defleksija. Klijent sa graničnim poremećajem pokazuje primjetan nedostatak smislene veze između onoga što se aktuelno dešava oko njega i njegovog iskustva, a to se održava putem masivne defleksije informacija koje su u neskaldu sa njegovim raspoloženjem.

Konfluencija. Usljed nesigurnog doživljaja vlastitog identiteta, kod osoba sa graničnim poremećajem varira od pojavljivanja, do potpunog gubljenja i pojave reaktivnih naleta autonomije.

5. TRETMAN GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI

Izraz "granični poremećaj ličnosti" proizašao je iz iskustva psihoanalitičara. Identifikovali su klaster klijenata koji su drugačije odgovarali na tretman usmjeren na one kategorizirane u to vrijeme kao "neurotične" ili "psihotične". Prezentacija im je u početku bila slična onima koji su bili "neurotični", ali odgovor na tretman bio je veoma različit. Termin "borderline" se stoga odnosio na uverenje da su ovi ljudi bili na granici između neuroze i psihoze (Krawitz i Watson, 2003). Prvobitne definicije graničnog poremećaja ličnosti i drugih poremećaja ličnosti određene dijagnostičkim kriterijima u DSM-III 1980.godine sugerirale su da granični poremećaj karakteriziraju stabilne spoznaje, afekti, interpersonalni odnosi i ponašanja. Rane studije graničnog sindroma su imale tendenciju da podrže pojam stabilnosti u psihopatologiji i u funkcionalnim oštećenjima za granične osobe. Međutim, post-DSM-III studije pokazuju da mnogi bolesnici sa dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti imaju tendenciju poboljšanja kroz vrijeme (Zanarini, 2005). Prema Linehan (1993), primarni problem osoba sa graničnim poremećajem ličnosti je sveprisutni poremećaj sistema emocionalne regulacije. Ova ideja vodi sve intervencije tretmana i koristi se kao psihoedukativni okvir tako da klijenti i terapeuti dijele zajedničko razumijevanje problema i intervencije (Dimeff i Koerner, 2007). Osobe sa graničnim poremećajem često ne vide kod sebe uzrok svojih problema, pa rijetko samoinicijativno traže pomoć. Obično se obraćaju za pomoć na zahtjev drugih (najčešće je to partner, jer se simptomi pojačavaju u bliskim odnosima) ili kada ih na to prinude nagomilani problemi u interpersonalnim odnosima (porodičnim, poslovnim, prijateljskim) ili zbog komorbidnih stanja (najčešće depresije, alkoholizma ili zloupotrebe droga).

5.1. Psihoterapija

U liječenju osoba sa graničnim poremećajem ličnosti primarni tretman je psihoterapija, jer omogućava sazrijevanje nezrele ličnosti i razvoj kapaciteta za bolja adaptivna rješenja (Divac Jovanović i Švrakić, 2016). Slijedi prikaz nekoliko vrsta psihoterapijskih pristupa koje su se pokazale djelotvornim u dobro kontroliranim istraživanjima:

Psihodinamka psihoterapija – proizlazi iz tri teorijske perspektive: ego psihologije, teorije objektnih odnosa i ja-psihologije, međutim, većina terapijskih pristupa oboljelima od graničnog poremećaja ličnosti ne drži se samo jednog od triju spomenutih teorijskih okvira. Ciljevi

psihodinamske psihoterapije s oboljelima od graničnog poremećaja ličnosti jesu osvijestiti nesvjesne obrasce, povećati emocionalnu toleranciju, ojačati kapacitet za odgađanje impulzivnog djelovanja, omogućiti uvid u teškoće u odnosima s drugim ljudima i razviti reflektivno funkcioniranje kako bi se postiglo veće uvažavanje vlastite i tuđe unutrašnje motivacije. Sa stajališta teorije objektnih odnosa, jedan od važnih ciljeva jest integracija rascijepljenih vidova sebe i reprezentacije objekata kako bi bolesnikovo doživljavanje bilo uravnoteženije. Sa stajališta ja-psihologije, najvažniji cilj jest ojačati oboljeloga kako bi se ublažila fragmentacija i ojačao osjećaj kohezije ili cjelovitosti u bolesnikovu doživljaju sebe. Pretjerano tumačenje transfera ili konfrontacija u početku tretmana mogu povećati rizik bolesnikova odustajanja od terapije, što se dešava u većini istraživanja (veliki broj oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti prekida dinamsku terapiju) (Američka psihijatrijska udruga, 2004) . U terapiji poremećaja ličnosti se odavno ne koristi klasičan (Freudov) psihoanalitički pristup. Psihoanalitička modifikacija terapije za granični poremećaj ličnosti je psihoterapija fokusirana na transfer (TFP) Kernberga i sur. (1989) (Divac Jovanović i Švrakić, 2016).

Glavna strategija *terapije fokusirane na transfer (TFP)* je da omogući reaktivaciju iscjepkanih (engl. „split off“) internalizovanih objektnih relacija pacijenta, koji se onda opserviraju i interpretiraju u transferu sada i ovdje. TFP se obavlja licem u lice, u ritmu od dvije do tri seanse sedmično. Pacijent dobija instrukciju da slobodno asocira, obično u vezi s problemima koji su ga doveli na terapiju, a terapeut opservira aktivaciju regresivnih, iscjepkanih objektnih odnosa u transferu, pomaže pacijentu da ih prepozna i da identifikuje njihovu ulogu u kreiranju teškoća u aktuelnim odnosima. Od tehnika se u TFP koriste nešto modifikovane osnovne tehnike psihoanalize (interpretacija, analiza transfera i tehnička neutralnost) uz značajan doprinos analize kontratransfera, kao glavnog tehničkog instrumenta (Ibid). Terapija fokusirana na transfer predstavlja standard u odnosu na koji i na osnovu kojeg su se razvijali svi ostali terapijski pristupi ovoj kategoriji pacijenata.

Kognitivno-bihevioralna terapija općenito uključuje posvećivanje pažnje skupu disfunkcionalnih automatskih misli ili duboko ukorijenjenih sustava vjerovanja (sheme) te učenju i uvježbavanju novih, prilagođenih postupaka. Jedna od grana kognitivno-bihevioralne terapije koja je formirana kao modifikacija za ovaj tip poremećaja naziva se ***dijalektičko-bihevioralna terapija*** (DBT) (Ibid). To je pristup koji je predložila Marsha Linehan u okviru svoje biosocijalne teorije graničnog poremećaja ličnosti 1987. godine (Swales i Heard, 2009). DBT je jedna od terapija tzv. drugog i trećeg talasa kognitivno-bihevioralnih terapija i jedno od tri kognitivno-bihevioralna shvatanja kada je u pitanju granični poremećaj (druga dva su Bekov

pristup i Jungov model modaliteta shema) (Beck i sur., 2004; Young i sur., 2003; prema Divac Jovanović i Švrakić, 2016). DBT je razvijena i korištena prvenstveno za tretman hronično suicidalnih osoba sa dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti (Swales i Heard, 2009). DBT kombinuje validaciju afektivnih stanja (učenjem pacijenata da tolerišu ili izbjegnu distres u cilju smanjenja ili eliminisanja bolnih emocija) sa zaustavljanjem problematičnih ponašanja. Na taj način se redukuju simptomi (najčešće autodestruktivna i agresivna ponašanja) (Divac Jovanović i Švrakić, 2016). Standardno trajanje dijalektičke bihevioralne terapije jest približno jednu godinu za fazu tretmana koja se najčešće koristi. To uključuje jednosatne sedmične individualne susrete, više od dva sata grupnog uvježbavanja vještina sedmično (tijekom 6 ili 12 mjeseci) i jednosatne sedmične grupne susrete za terapeute (Američka psihijatrijska udruga, 2004). Termin dijalektička odnosi se na sintezu, odnosno integraciju suprotnosti: prihvatanje života onakvog kakav jeste, a ne kakav bi trebalo da bude, ali i potrebu za promjenom uprkos realnosti i zbog nje (Divac Jovanović i Švrakić, 2016).

Terapija fokusirana na shemu je kognitivno-bihevioralni integrativni pristup zasnovan na modelu deficita kod graničnih poremećaja ličnosti. Kombinuje teoriju i tehnike KBT, psihoanalitičke teorije objektnih odnosa, teorije atačmenta i geštalt terapije. Fokusira se na maladaptivne sheme osobe tj. čvrsto organizirane obrasce mišljenja i ponašanja koje se formiraju u djetinjstvu kao posljedica neadekvatnog roditeljstva, odnosno roditeljstva koje ne zadovolji bazične emocionalne potrebe djeteta. SFP je eksplicitno suportivna, terapeut njeguje, predstavlja „prijelazni objekat“ koji provodi dodatno vrijeme sa pacijentom i ne ustručava se da ga bukvalno fizički drži (Ibid).

Tretman temeljen na mentalizaciji – prvobitno je osmišljen za tretiranje graničnog poremećaja ličnosti (Šćurić, 2014). Bazira se na konstantnom radu na povećanju pacijentove mentalizacije, odnosno njegovog kapaciteta da prepoznaje i tumači mentalna stanja sebe i drugih, odnosno kapaciteta za samorefleksiju, a sve u cilju razvijanja realističkog i integrisanog doživljaja sebe i drugih. MBT je usmjeren na svjesne i predsvjesne procese, iako se u literaturi predstavlja kao psihoanalitička varijanta tretmana. U terapijskom stavu MBT je slična humanističkim terapijama i promovise zauzimanje „stava neznanja“, prihvatanje različitih perspektiva, empatiju kao najvažniji element odnosa i model iskrenosti i hrabrosti u odnosu sa pacijentom (Divac Jovanović i Švrakić, 2016).

Geštalt tretman - Prema Melnik i Nevis (1992), osnovni zadatak terapeuta kada je u pitanju klijent sa graničnim poremećajem ličnosti jeste pružanje pomoći prilikom ovladavanja senzacijama, tako što se one snižavaju i ograničavaju, kako na unutrašnjem tako i na spoljašnjem nivou. Kada se jednom ovlada senzacijom, tada se pojavljuje svjesnost i može da se nastavi kretanje kroz ciklus. Greenberg 1988 (prema Delisle 1999), daje nam detaljne indikacije kako da primijenimo geštalt pristup u radu sa graničnim poremećajem ličnosti. Njegova definicija ovog poremećaja šira je od one u DSM-u. On je ipak jedini koji je dao detaljno uputstvo za moguću upotrebu geštalt pristupa u tretmanu ovog poremećaja. Autor predlaže deset tačaka interpersonalnog tretmana koji rezultira zadovoljenjem četiri osnovne potrebe klijenata sa dijagnozom ovog poremećaja, a to su:

- Potreba da bude priznat i poštovan kao jedinstveno i voljeno biće,
- Potreba za separacijom i osamostaljivanjem da bi se reaktivirao proces rasta,
- Potrebu da izgradi i testira nove načine ponašanja u zaštićenoj i sigurnoj sredini,
- Potrebu za razrješenjem kompleksa primitivnih odbarana i obnavljanjem kapaciteta za kontakt u sadašnjem vremenu.

Psihotrapija se, međutim, ponekad veoma teško primjenjuje u uslovima nestabilnih afekata, rizičnih i/ili samodestruktivnih ponašanja, što je čest slučaj na početku rada sa graničnim pacijentima, stoga je temeljni način liječenja oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti psihoterapija u kombinaciji sa farmakoterapijom usmjerenom na simptom (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

5.2. Farmakoterapija

Farmakoterapija stabilizuje afekte i ponašanja koji ometaju psihoterapiju. S druge strane, sazrijevanjem ličnosti i razvojem prosocijalnih emocija kroz psihoterapiju, ublažavaju se ekscisivna ponašanja i s njima povezane primitivne emocije, prvenstveno strah i bijes, koje sami pacijenti najteže podnose. Ekscesivne primarne emocije su jedan od uzroka nastanka i patološkog perzistiranja nezrele strukture ličnosti. Farmakoterapija može da bude kauzalna, sa ciljem da koriguje neurobiološke dispozicije u pozadini ekscesivnih crta temperamenta ili simptomatska, sa ciljem da koriguje simptome poremećaja ličnosti (Divac Jovanović i Švrakić, 2016). Američka psihijatrijska udruga (2004), objavila je smjernice za liječenje graničnog poremećaja, prema kojima je kao tretman graničnog poremećaja ličnosti najefikasnija

kombinacija psihoterapije sa farmakoterapijom *usmjerenom na simptom*. Simptome nemogućnosti kontrole emocija treba od početka ublažavati selektivnim inhibitorom ponovne pohrane serotonina (SIPPS) ili s njim povezanim antidepresivom kao što je venlafaksin. Kada se nemogućnost kontrole emocija javlja u obliku tjeskobe, tretman SIPPS-om može biti nedostatan i tada valja razmotriti dodavanje benzodiazepina. Anksiolitici se koriste za ublažavanje brojnih pojava oblika tjeskobe kod oboljelih od graničnog poremećaja. U slučaju ispoljavanja nemogućnosti kontrole emocija u obliku nezaustavljive ljutnje koja prati ostale simptome na čuvstvenom planu, SIPPS-ovi su također tretman izbora. Kliničko iskustvo pokazuje da se bolesnicima s izrazitim teškoćama u kontroli ponašanja mogu dodati male količine neuroleptika koji će brzo djelovati i ublažiti simptome u emocionalnom području. Kliničko iskustvo pokazuje da se djelimična učinkovitost SIPPS-a na ublažavanje impulzivnih postupaka može povećati dodavanjem litija. Ako SIPPS ne postigne željeni učinak, valja razmotriti prelazak na inhibitor mono-aminooksidaze (MAO inhibitor). Opijatski antagonisti koristili su se kao pokušaj blokade analgezije izazvane ranjavanjem i euforije, što bi ublažilo samoranjavajuća ponašanja oboljelih od graničnog poremećaja.

Ne postoje istraživanja koja bi uspoređivala kombinaciju psihoterapije i farmakoterapije s primjenom svakog od tih pristupa posebno, ali kliničko iskustvo i govori o najvećim uspjesima u liječenju kao rezultatu kombinacije ovih dvaju tretmana (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

5.3. Poteškoće u liječenju

Prema smjernicama za liječenje oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti (Američka psihijatrijska udruga, 2004) postoji nekoliko popratnih karakteristika i stanja koja otežavaju proces liječenja. Među takvim stanjima prvobitno se ističe *komorbiditet* sa različitim poremećajima koji se mogu javljati zajedno sa graničnim poremećajem ličnosti (obično poremećaji raspoloženja, poremećaji hranjenja, poremećaji vezani uz psihoaktivne tvari, PTSP, ADHD, anksiozni poremećaji i sl.), što može komplicirati kliničku sliku i potrebno je to razmotriti prilikom dijagnosticiranja i liječenja. Osim toga, *zloupotreba tvari* ima veliki utjecaj na liječenje, jer je prognoza oporavka oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti u tom slučaju općenito lošija i oni su pod većim rizikom od samoubojstva i smrti ili ozljede zbog nesreća. Neke osobe sa ovim poremećajem pokazuju izrazito *nasilno ponašanje*.

Kliničari moraju biti svjesni da i ta osobina značajno utječe na proces liječenja. Neki oboljeli od graničnog poremećaja ličnosti s antisocijalnim komorbiditetom nisu uvijek dobri kandidati za liječenje, to osobito vrijedi kada u kliničkoj slici prevladavaju psihopatske osobine ličnosti. Terapija može biti nedjelotvorna i kada su motivi ponašanja vrlo snažna ljubomora ili osveta. Pored agresivnosti prema drugim ljudima borderline karakterizira i *hronično samouništavajuće ponašanje* što može predstavljati izuzetno otežavajuću okolnost i rizik, jer uobičajeni problemi u propisivanju lijekova bolesnicima koji pate od graničnog poremećaja ličnosti uključuju rizike predoziranja i nepridržavanja uputa o konzumaciji. Korisno je i da psihijatri pomognu oboljelome u razmišljanju o posljedicama hroničnog samouništavajućeg ponašanja. Ne samo psihodinamska terapija već i sve druge trebaju se posvetiti prorađivanju ranijih trauma oboljelog, jer *zanemarivanje trauma iz prošlosti* može nepovoljno djelovati na terapijski odnos i napredak tretmana. Ono može oslabiti bolesnikovu sposobnost integracije i prihvaćanja traume. Izostanak integracije traumatskog sadržaja u liječenje može navesti oboljelog da terapiju doživi kao oblik urote sa zlostavljačem.

Spol i dob su posebne demografske karakteristike koje mogu odrediti smjer liječenja i utjecati na ishode. Stariji ljudi mogu biti osjetljivi na popratne pojave lijekova i zbog toga se može dogoditi da određene lijekove podnose lošije od mlađih.

6. PROGNOZA GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI

Uprkos brojnim podacima koji postoje vezano za granični poremećaj ličnosti još uvijek je ovo relativno strano područje za mnoge psihologe i psihijatre, te postoje brojne nedoumice koje će još dugo ostati nerazjašnjene. Ipak, na osnovu prethodno napisanog mogli bismo napraviti kratki zaključak o ovom poremećaju. Dakle, osobe sa graničnim poremećajem ličnosti nisu „na granici“ nečega. Istraživači su počeli upotrebljavati ovaj izraz „granični“ u prvoj polovini dvadesetog stoljeća, jer su vjerovali da je ponašanje koje se povezuje sa graničnim poremećajem negdje između neuroze i psihoze. Iako je ta ideja odbačena u sedamdesetima, izraz granični ili borderline se koristi i danas, ali u dosta drugačijem kontekstu. Osobe sa graničnim poremećajem ličnosti osjećaju iste emocije kao i svi drugi ljudi. Oni i čine isto što i drugi ljudi čine ili bi željeli učiniti. Razlikuju se po tome što sve osjećaju snažnije, u ponašanju idu iz krajnosti u krajnost i teško kontroliraju svoje osjećaje i ponašanje. Dakle, granični poremećaj ne uzrokuje bitno drugačije ponašanje, nego ekstremno ponašanje (Mason i Kreger, 2003). Još je mnogo toga potrebno naučiti o graničnom poremećaju ličnosti u svrhu adekvatnog pristupa liječenju kojim bi se maksimalizirali povoljni ishodi kako za osobu s graničnim poremećajem, tako i za njezinu užu socijalnu okolinu (Begić, 2011), jer je granični poremećaj vjerovatno najčešće pogrešno shvaćena psihijatrijska dijagnoza. Posebno je pogrešno uvjerenje da se stanje osoba s graničnim poremećajem ne može poboljšati. U stvarnosti, nova istraživanja pokazuju da lijekovi adekvatno smanjuju depresiju, nagle promjene raspoloženja i impulzivnost. Kognitivno-bihevioralni tretman pokazao se veoma učinkovitim u empirijskim istraživanjima (Mason i Kreger, 2003). U do sada najvećem provedenom istraživanju, otprilike jedna trećina oboljelih od ovog poremećaja se oporavila u trenutku praćenja, tijekom godina ojačali su svoj identitet, a sklonost prema samoranjavajućem ponašanju, prekomjernoj ljutnji i burnim odnosima sa drugima zamijenili su zrelijim i umjerenijim ponašajnim obrascima. Uprkos obećavajućim podacima, bitno je posebnu pozornost posvetiti riziku od samoubojstva koji je najveći u ranoj odrasloj dobi (9% oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti uspije počinuti suicid) (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

7. PRIKAZ SLUČAJA

Ovaj dio rada posvećen je prikazu slučaja osobe M.D. kod koje je prije petnaest godina dijagnosticiran granični poremećaj ličnosti. Podaci o klijentu prikupljeni su iz različitih izvora, uključujući: autoanamnestičke podatke, podatke Centra za socijalni rad, psihologa, psihijatra, djelatnika Prihvatnog centra „Duje“ kao i osoba bliskih M.D.

Podaci vezani za ovaj slučaj prikupljeni su tokom volonterskog rada i dvogodišnje suradnje sa psihologom iz Prihvatnog centra „Duje“ koji je tokom trogodišnjeg boravka osobe M.D. u Centru pomno pratio i bilježio sve značajne reakcije i promjene kod štićenika. Naime, M.D. je štićenik Prihvatnog centra „Duje“ od 2015. godine pa sve do danas. Više informacija o Udruženju HO „Međunarodni forum solidarnosti -EMMAUS“ u okviru kojeg se nalazi i Prihvatni centar „Duje“ Klokočnica, kao i politici rada samog Centra i njegovim štićenicima općenito, prikazano je u Prilogu 1.

Obzirom da je ovo jedan od poremećaja ličnosti koji slovi za izrazito kompliciran i poremećaj koji je relativno teško dijagnosticirati, nastojati ćemo obilježja i osnovne karakteristike graničnog poremećaja ličnosti identificirati u kliničkoj slici klijenta kako bismo olakšali njihovo/njihovo razumijevanje. Osim simptomatologije biti će izneseni podaci o tretmanu M.D. u Centru.

Prije prikupljanja podataka o štićeniku, u svrhu izrade ovog rada, zatražen je pristanak nadležnih osoba u Prihvatnom centru „Duje“ koji skrbe o štićeniku, te pristanak same osobe M.D. uz naglasak na čuvanju identiteta, stoga ćemo i u daljem tekstu štićenika oslovljavati sa inicijalima M.D.

Tokom prikazivanja slučaja M.D. ne možemo izostaviti ni njegovu, sada već bivšu, djevojku koja nam je dala veoma bitne podatke o njegovom, odnosno njihovom životu i odnosu tokom boravka u Centru. Stoga ćemo u tekstu, radi zaštite njenog identiteta, djevojku oslovljavati sa I.N.

7.1. Trenutni problemi

M.D. je četrdesetosmogodišnji muškarac. Trenutno je neoženjen, samac. U Centar ga dovodi, kako sam navodi, „pogoršanje bolesti“, tačnije izrazito agresivno i destruktivno ponašanje. Naime, počinio je teška krivična djela što je rezultiralo time da izgubi krov nad glavom i ostane na ulici. Trenutno se u Centru žali na probleme sa spavanjem, psihomotorni nemir, izraženu nestabilnost u vezama i teškoće sa obuzdavanjem „požude“, pa se trudi s vremena na vrijeme biti „u celibatu“ što mu baš i ne polazi za rukom iako pravila određuje sam. M.D. navodi kako je na svijet došao kao veoma požudna osoba i vrlo rano je to počeo pokazivati. Veoma često osjeća nezadovoljstvo u vezi sa različitim stvarima kao što su ponašanja drugih ljudi, kvalitet hrane (količinu vitamina i minerala u hrani), nepostojanje prostorije u kojoj on može biti sam sa Bogom, nedovoljno pažnje i ljubavi, slabo razumijevanje od strane drugih, loš utjecaj medikamentozne terapije koja mu, kako kaže, umrtvljuje tijelo i blokira kreativnost. Osim toga, bez obzira što u gotovo svim situacijama i razgovorima ističe važnost religijskih pogleda na stvari, postavlja pitanja da li bi Bog bio zadovoljan određenim ponašanjem ili razmišljanjem, ponekad ipak izražava nezadovoljstvo sa Bogom, govori kako se posvađao s Njim, kako mu je Bog prezahtjevan i da je prekršio sva obećanja koja Mu je dao. M.D. veoma često mijenja religijska uvjerenja pa njegova orijentacija varira od ateizma do islama, zatim, budizma, te hinduizma i slijedanja Hare Krišne. Dešava se da se u toku nekoliko dana ili mjeseci izmijeni više orijentacija ili se pak samo vrati na prethodnu. U različitim razgovorima sa M.D. saznaje se da on nastoji izbjegavati direktne kontakte sa drugim štićenicima, navodi kako sa njima uglavnom ima „površne“ odnose, a da je i ta komunikacija svedena samo na razgovore o odlasku iz Centra ili hrani. „*Ne kažem ja da ne volim ljude, ali smeta mi da nemam vlastiti mir.*“ Stvarnost je zapravo nešto drugačija, naime, M.D. itekako voli komunicirati sa drugima sve dok uspijeva zadržati njihovu potpunu pozornost, ukoliko više nije u centru pažnje dramatično završava razgovor i distancira se. Često se posvećuje pisanju, bilo da se radi o poeziji za koju kaže da nije za svakoga, jer ju mogu razumjeti samo oni koji preferiraju duboka razmišljanja, ili prozi sa ljubavnom tematikom. Jednu od svojih planiranih knjiga nazvao je „Sto bisera obične ljubavi“. Razmišljao je i o pisanju „psiholoških knjiga“ o samopomoći, jer smatra da je veliki mirotvorac i dobročinitelj pa nastoji pomoći i brojnim drugim grupama ljudi. Na taj način pokušava komunicirati sa velikim brojem ljudi bez straha da će biti izložen odbijanju ili nerazumijevanju. Posebno naglašava želju da postane volonter UNICEF-a, da dijeli hranu ljudima u Somaliji ili da osnuje TV kanal o ljubavi kao pokretaču života. Dok govori o svemu navedenom svoj altruizam i empatiju stavlja u prvi plan. M.D. za sebe smatra

da je meteoropata, te se često žali na promjene vremena koje kod njega izazivaju manično ili depresivno raspoloženje, ovisno o prilikama. Njegovo raspoloženje je osoblju postalo prepoznatljivo po promjeni vremena, ali i po načinu na koji nosi svoj kačket (ukoliko je okrenut prema nazad ili sa strane onda se radi o maničnom i buntovnom raspoloženju, a ukoliko je kačket okrenut prema naprijed time izražava negativno raspoloženje), zbog toga M.D. smatra da bi i svi drugi trebali da budu upućeni u navedene informacije te da mu se taj dan obraćaju u skladu sa raspoloženjem. Osnovni problem nastaje zbog toga jer se njegovo raspoloženje veoma lako i često mijenja, pa je teško predvidjeti reakcije. Zna biti kontradiktoran sam sebi. Za njega je tanka linija između pretjerane ljubaznosti i veoma drskog i neprimjerenog ponašanja. Dešavalo se da razmirice sa drugim ljudima projektira na sebi bliske osobe te iskaljuje ljutnju na njima. Sam priznaje da je agresivan i drzak samo prema osobama za koje se „veže“, ako se to uopće može nazvati vezivanjem. Osim dijade na relaciji pozitivnog i negativnog raspoloženja veoma jasno se uočavaju dijade i u svim drugim aspektima funkcioniranja. Tako, na primjer, postoje brzi prelazi između nasilnog i pretjerano zaštitničkog ponašanja. M.D. bez razmišljanja dijeli šamare svojoj djevojci ili joj čak nanosi i nešto teže ozljede, dok sa druge strane po povratku u Centar govori da se vratio samo zbog nje. „*Lagao sam iz nužde kako bi se vratio u Centar, jer sam potreban njoj, bez mene ona ne funkcionira, ja sam njen najbolji resocijalizator.*“ Dešava se i to da je sklon paranoji, pogotovo onda kada se nešto odnosi na njega, ali isto tako i kada pokušava zaštititi drugoga (djevojku, prijatelja..).

Iz nekog razloga sve nama poznate partnerke koje je M.D. imao, dvije u Centru i tri izvan njega, imale su povijest promiskuitetnog ponašanja ili takvo trenutno „zanimanje“ za koje je on tvrdio da nije znao, te su njegova ponašanja prema njima bila određena upravo tim saznanjima. Ponižava ih i tuče, jer smatra da nisu dovoljno dobre osobe, da nikada ne mogu biti poštene i da će ga zasigurno prevariti i iznevjeriti. „*Žena mora čuvati čast porodice i muškarca svojim lijepim ahlakom.*“ On sebe smatra uvijek bitnijim i važnijim od svih drugih. Vjeruje da je najbolji u onome što radi (u tom trenutku). „*Muškarci su općenito na većoj razini od žena. Bog je stvorio muškarca da bude jednu stepenicu više od žene, osim u vezi sa spolnim organima, ali to je svakako predmet požude i ponašanja koje nikako nije dobro.*“ M.D. zapravo i sam ima kompleks vezano za veličinu svog spolnog organa koji mu se javlja svaki put kada promijeni partnerku pa je potrebno neko vrijeme kako bi taj kompleks prevazišao.

7.2. Historija problema

M.D. rođen je u Tuzli. U braku roditelja jedino je dijete. Rođen je u potpunoj porodici u kojoj su odnosi veoma rano poremećeni. Svi podaci koji su prikupljeni u vezi sa M.D. iz života prije Centra dobiveni su iz socijalne anamneze po njegovom dolasku. Iz ranog razvoja nema potpunih podataka (sve do šeste godine), ali se iz razgovora sa M.D. saznaje kakvi su odnosi u porodici bili u najranijem periodu njegovog života. On navodi kako se sjeća tek nekih kratkih detalja, ali dovoljno mu je i to da bi znao da je do određenog događaja odnos između roditelja bio sasvim dobar. Naime, jednom prilikom kada se majka navečer vraćala s posla, silovao ju je kolega koji ju je vozio kući. Majka je ocu u suzama ispričala taj događaj, ali se bojala da će on pokušati da se osveti krivcu te mu nije htjela dati njegove podatke. Nakon toga otac više ništa nije vjerovao majci i primijenio je silu na njoj, pred očima djeteta. Kada je saznao ko je silovatelj uzeo je pištolj i ispucao dva metka u njega. Silovatelj je preživio, ali je otac završio u zatvoru na tri i pol godine. M.D. navodi kako nikada nije uspio osvariti dobar kontakt sa ocem, čak ni prije tog događaja. Smatra kako je njegov emotivni odnos sa Bogom upravo kompenzacija sa odnose sa ocem koji su mu uvijek nedostajali, taj duhovni odnos toliko idealizira da kaže da se trenutno ne može mjeriti ni sa kakvim osjećajem. Pokušavajući dočarati svoje doživljaje govori „*Orgazam je mala maca*“. Pravi problemi u porodičnim odnosima nastaju po očevom povratku iz zatvora. Naime, M.D. navodi kako je gledao stalne promjene ponašanja na relaciji ljubav-mržnja između roditelja. Otac je bio nasilan prema majci, često je i pio. Ponekad bi govorio majci „*osjetim miris nekog drugog na tebi*“ što bi i u njemu samom izazvalo dodatni bijes. M.D. se prisjetio i perioda kada je majka napustila oca i zajedno sa njim pobjegla kod bake. Otac je taj dan došao ljut kući, uzeo sve noževе, poredao ih na stol i pitao majku „*kojim ćeš da te zakoljem?*“ Preklinjala ga je da to ne čini, zbog djeteta, nakon čega je, usljed njegovog opijanja, uspjela pobjeći od kuće.

M.D. je skoro dvadeset godina kasnije od svoje tetke saznao potpuno drugačiju priču o svim tim događajima. Prema toj priči, znalo se desiti da otac ponekad vrijeme provodi sa prostitutkama, da ih vozi u svom autu i slično, te da je majka možda htjela da mu se osveti „pod paravanom“ nečega kao što je silovanje. To je za M.D. bio strašan udarac, nakon kojeg on žene počinje gledati na drugačiji način. Često se i u vlastitim vezama ponaša nasilno i naglašava nedostatak povjerenja koji ga tjera na takve stvari. Postoji još nekoliko stvari vezano za roditelje koje su značajno utjecale na M.D.

Naime, brak roditelja je razveden pa su oboje stupili u nove veze. Otac je iz novog braka dobio još dvoje djece, pa je s te strane M.D. ponovo ostao zanemaren. Navodi kako bi mu bilo puno lakše da je imao nekoga za podršku u tom i kasnijem periodu života kada se i situacija sa majkom pogoršala. Danas sa polubratom i polusestrom ima jako malo kontakta. Otac je preminuo nakon teže bolesti 2006. godine.

Majka je odlučila da se ponovo uda, nedugo nakon razvoda. M.D. je to teško podnio. Posebno straseno iskustvo za njega bilo je kada je svjedočio seksualnom odnosu između majke i drugog muškarca. Navodi da je čuo sve detalje, osjećao se veoma uznemirenim, čak i ljubomornim, pa je odlučio ući u sobu i prekinuti njihov odnos. Manipulirao je majčinim osjećajima kako bi ju odvojio od tog muškarca. Bilo je nešto drugačije u tom odnosu, i ranije je gledao kroz ključaonicu kako majka i otac vode ljubav, ali mu to nije smetalo. *„Niju tu zapravo ni bilo ljubavi, samo strast, požuda, običan seks, tada nisam bio ljubomoran, a sad mi je smetalo što to nisam ja.“*

Majka je sa očeve strane naslijedila shizofreniju. Njeno stanje se pogoršalo u periodu drugog braka, pa je većinu vremena provodila u psihijatrijskoj bolnici. Brigu o M.D. preuzela je baka. Njegova vezanost za majku dodatno mu je otežala proživljavanje svih tih trenutaka. *„Moja majka je duže bila po bolnicama nego kući sa nama.“* Ispričao nam je kako je jednom prilikom otišao u bolnicu Kreka da posjeti majku, a kada su ju doveli uopće ga nije prepoznala. *„Bilo je to više nego teško gledati i osjećati, plakao sam do kuće. Tada nisam znao ništa o psihozama, ustvari kao da niko nije znao, niko mi nije imao ništa za reći, a ja sam vidio samo da imam neku čudnovatu mater.“* Majka se i danas se nalazi na jednoj od psihijatrijskih ustanova.

Odrastanje i odgoj M.D. bilo je jednako komplicirano. Koliko je njemu bilo teško odrastati u porodici kakvu je imao toliko je teško bilo majci i neni izaći na kraj sa njegovim buntovnim ponašanjem. U nekoliko navrata je spomenuo da je veoma rano postao destruktivan po svoju okolinu. Ispričao je nekoliko primjera u kojima je, u društvu dosta starijeg prijatelja, pravio nestašluke *„Iz čiste dosade smo išli do kuća nekih od komšija i u kuće ubacivali izmet; znao sam na silu ljubiti djevojčice koje su mi se sviđale; nije mi bilo neobično biti nasilan prema nekome ko mi ne odgovara, bio sam živahan, jednom prilikom sam podletio pod nečije auto, a majka je to vidjela i umrla od straha, ja valjda nisam bio svjestan šta se moglo desiti.“* Nena koja je preuzela brigu o njegovom odgoju nakon majčine hospitalizacije bila je veoma pobožna žena, pa on smatra da je ona najvećim dijelom utjecala na ono što će se kasnije razviti. Ispričao je kako mu je prvi pokušaj približavanja Bogu ostao u sjećanju kao traumatičan jer su ga izbacili

van iz džamije. „*Imao sam potrebu da prvi put vidim džamiju, da se približim tome, ali nisam znao da trebam skinuti obuću i ljudi su me kao psa izvukli van. Bilo je tako ponižavajuće da sam požalio, ne mogu to zaboraviti.*“

Uprkos brojnim otežavajućim okolnostima M.D. je uspješno završio osnovnu i srednju školu, smjer grafičara. Međutim, radni odnos nikada nije zasnivao. Rano se oženio i preselio u Austriju. Nakon tog braka, M.D. je ostvario još dvije ozbiljne veze u Njemačkoj od kojih je jedna završila brakom, a druga samo suživotom. U sva tri odnosa bilo je dosta problema, pa čak i nasilja, s obzirom na to da je M.D. stvorio čvrsto uvjerenje da nema žene koja je dobra. Iz druge bračne zajednice M.D. ima jedno dijete, ali očinstvo nikada nije priznato. Na početku se zanimao za dijete, da bi se kasnije potpuno distancirao „*jednostavno pokupio svoje stvari i otišao, nema tu priče, šta ona misli ko je?*“

Kada je riječ o graničnom poremećaju ličnosti, podaci govore o tome da su prvi simptomi poremećaja kod M.D. dijagnosticirani tokom boravka u Austriji, preciznije 2003. godine. U više navrata bio je smješten u psihijatrijsku kliniku zbog „pogoršanja stanja“. Kada se govorilo o pogoršanju stanja to je obično značilo neko destruktivno ponašanje po život i imovinu drugih ljudi. M.D. je sudjelovao u različitim krivičnim djelima kao što su obijanje ustanova ili kuća, pljačke, nasilje, paljenje tuđe imovine (djevojci je zapalio stan, bunde, novac, kada je saznao da se bavi prostitucijom) i slično. Osim toga, M.D. se odao alkoholu pa je uz dijagnozu graničnog poremećaja ličnosti F 60.3, kasnije dobio i dijagnozu Aethylismus F 10.0. U nekoliko navrata boravio je u zatvoru ili pak bio osuđen na uvjetnu kaznu zbog svog ponašanja.

Dok je pričao o odnosima u svojoj porodici rekao nam je da je tokom boravka u Njemačkoj prorađivao osjećaje vezane uz porodicu i rane traume, pa danas mnogo jednostavnije i lakše može o tome govoriti. U jednom navratu prilikom neke od hospitalizacija i psiholoških procjena pretpostavljeno je da M.D. ima isti poremećaj kao njegova majka i djed odnosno shizofreniju. Vjerovatno je da su doktori pomislili na shizofreniju zbog povijesti bolesti u porodici, a i sličnosti simptoma shizofrenije i graničnog poremećaja ličnosti, pa osim ekstremnih psihotičnih simptoma dosta toga se može zamijeniti u slučaju ova dva poremećaja. Međutim, dijagnoza shizofrenije je ipak ubrzo odbačena jer M.D. nije ispoljavao psihotične simptome poput halucinacija, gubljenja kontakta sa stvarnošću ili sumanutih ideja.

Povratkom u Bosnu i Hercegovinu nije imao stalno mjesto boravka, te je kao beskućnik neredovito uzimao propisanu terapiju što je rezultiralo ponovnim pogoršanjem stanja. M.D. je dobio priliku da živi kod prijatelja dok se ne snađe za neki konkretan smještaj, ali uslovi takvog

stanovanja nisu odgovarali njegovim zahtjevima. Nedostajala mu je peć u sobi, koju je prijatelj obećao nabaviti, ali s obzirom da to nije uspio u kratkom roku, M.D. je zapalio svijeću ispod svoje posteljine kako bi se „ugrijao“. Prozor u sobi je ostao otvoren (iako je bilo hladno), što mu je spasilo život, stoga niko sa sigurnošću ne može tvrditi šta je tačno bila namjera M.D. Kada je ostao i bez tog smještaja, posredstvom Centra za socijalni rad Tuzla smješten je u Prihvatni centar „Duje“ u februaru 2015. godine. Na vlastitu inicijativu je napustio Centar u oktobru iste godine.

M.D. nema nikakve nepokretne imovine. Uz minimalne prihode i zdravstvenu zaštitu koju mu je 2010. godine osigurao Centar za socijalni rad Tuzla, te bez bilo kakve druge vlastite imovine nije u mogućnosti učestvovati u troškovima smještaja. Nema ni bližih srodnika koji bi mu mogli pomoći niti onih koji su u mogućnosti da doprinesu njegovom izdržavanju. Predloženo je da se hitno ponovo smjesti u socijalno-zdravstvenu ustanovu zbog njegovog zdravstvenog stanja i zbog toga što se nalazi na ulici. Vrećen je u Prihvatni centar „Duje“ u januaru 2016. godine, gdje se i danas nalazi.

7.3. Klijentovo viđenje problema

Mason i Kreger (2003), navode kako neke osobe sa graničnim poremećajem ličnosti (obično one koje prolaze kroz psihoterapiju) mogu imati izvrsno intelektualno razumijevanje poremećaja. Oni relativno dobro poznaju *Dijagnostički i statistički priručnik* i mogu odrediti koje osobine oni pokazuju. Kada nisu obuzeti snažnim osjećajima, oni mogu shvatiti da njihovi osjećaji ne odražavaju uvijek stvarnost kako je drugi vide. Međutim, to znanje ne može ispuniti prazninu u njima. Razumijevanje uzroka njihovog bola ne znači nužno poboljšanje njihovog stanja i ne olakšava im da promijene svoje ponašanje. Jedna od takvih osoba je upravo M.D. On se veoma interesuje za svoju dijagnozu, nastoji da pročita što više knjiga o graničnom poremećaju ličnosti, od psihologa i drugih nadležnih u Centru konstantno traži odgovore na različita pitanja vezana za svoje „stanje“. Bez obzira na poznavanje problema, M.D. veoma brzo i lako gubi konce i zaboravlja na svoju situaciju, te uvjerava sebe da „sada“ živi neki sasvim drugačiji život. Stalna polarizacija između razumijevanja i odbacivanja činjenica dio su svakodnevnice za M.D. Za početak, navest ćemo samo nekoliko primjera u kojima M.D. izražava svoje razumijevanje prema problemu graničnog poremećaja.

U jednom od razgovora sa psihologom M.D. navodi da shvata da se stalno vrti u krug. Čas želi izaći iz Centra, čas želi ostati. Zamišlja da je vani i da zajedno sa prijateljem pije piće. Dok su mu djed i nena bili živi, mogao je da ide u Sarajevo i da praktikuje svoj duhovni put. No, sada ima mnogo amplituda u odlukama i ponašanju.

Priznaje da pati od kompleksa niže vrijednosti vezano za vlastiti polni organ, što ga često dovede do stanja da se ne osjeća potpunim muškarcem, jer smatra da ne može u potpunosti zadovoljiti I.N. Osim navedenog, smatra da je ovaj kompleks jedan od razloga zašto želi ući u celibat i tako jako prakticirati duhovnost.

Na sljedeći razgovor dolazi uznemiren i govori kako je prekršio obećanje koje je dao sebi da se neće pomiriti sa I.N., te da je ipak pokleknuo iskušenju. Opravdava se time što u sadašnjem njihovom odnosu nema bliskosti, jer je on usmjeren na to da joj dodatno pojašni kakva je njegova bolest i njegova dijagnoza, jer *„on najbolje zna o tome i samo joj on može dokazati koliko destruktivan može biti za nju“*. U prvi plan ističe svoju ljubomoru i kompleks vezano za spolni organ. Navodi da se bori sa mišljenjem da joj neće moći pružiti sve ono što su joj ranije pružale njene mušterije, jer ipak je ona bila *„žena sa Šićkog mosta“*. Također spominje da je svjestan da se radi o iracionalnim predodžbama, temeljenim na krivim mislima i da zapravo nema neki fizički problem, te da je čitao mnogo o prosječnosti i smatra da se ne uklapa u prosječnost, ali se ipak ne uspijeva riješiti tih misli. On uzrok svog kompleksa povezuje sa jednim događajem iz prošlosti koji je na njega ostavio veliki utjecaj. Naime, sa deset godina ostao je bez svog oca, samo sa majkom, te osjeća da je tada preuzeo zaštitničku ulogu „oca“ u porodici. Pritom, navodi da je jednom prilikom čuo da majka u susjednoj sobi ima intimni odnos sa drugim muškarcem. U tom momentu se osjetio povrijeđenim i uplašenim, te navodno ljubomornim što to nije on. Prekinuo je njihov odnos ušavši u sobu i žaleći se na glavobolju, što je rezultiralo time da majka pođe za njim, a upravo to je i želio postići – udaljiti je od objekta opasnosti. I već tada je postao svjestan utjecaja manipulacije na druge ljude.

Ponekad razmišlja o tome da zbog ovog događaja on ima tako zaštitnički odnos prema I.N., sa povremenim tendencijama agresivnosti i ljubomore pri pomisli da ju je neko drugi imao.

Pri jednom od sljedećih susreta govori o svojim razmišljanjima na temu pisanja knjige. Želi da napravi projekat, odnosno, misiju uz pomoć drugih korisnika, koja će se promovirati širom gradova u BiH i biti praćena medijima, pod nazivom *„Za čovjeka koji je bolestan“*. Navodi kako je veoma bitno da ljudi razmišljaju o tome čemu ih različite životne situacije mogu naučiti, a ne samo da kritikuju. Savjetuje drugim korisnicima da kroz njegov projekat, koji slušaju

pažljivo i bez predrasuda, upoznaju sebe i svoju bolest, kako bi sebi olakšali, jer je potrebno da svi oni rade na sebi prije nego izađu iz Centra.

7.4. Postavljanje dijagnoze

Kroz primjere iz života klijenta prikazat ćemo nekoliko dijagnostičkih kriterija koje on zadovoljava:

1.Obrazac nestabilnih i burnih međuljudskih odnosa koje karakterizira neizmjenična krajnja idealizacija ili omalovažavanje. *Kod M.D. ove varijacije jasno možemo vidjeti kroz primjer iz izjave njegove djevojke koja nam je ispričala da je jednom prilikom kupio prsten kojim je želio da ju zaruči, došao je do nje obasipao ju poljupcima, sav je blistao.. “sve je bilo tako divno“. Međutim, nakon samo dva dana javila mu se ekstremna ljubomora zbog toga što je njegova „zaručnica“ pozdravila osoblje u Centru koje skrbi za njih, te joj lupio nekoliko šamara. Nedugo nakon tog događaja, osamio se u svojoj sobi, napisao djevojci pismo u kojem se izvinjava i nastavlja sve u onom idiličnom tonu do sljedeće „njene greške“.*

2.Impulzivnost u najmanje dva područja koja su potencijalno štetna za njega.

U slučaju M.D. riječ je o alkoholu. Ono što smo mogli vidjeti u uputnoj dijagnozi jeste intoksikacija alkoholom F 10, kao problem sa kojim je došao u Centar. On o tome govori na način „Da bih mogao da budem sretan uzimao sam alkohol, jer sam u drugim slučajevima bio nesretan“. Međutim, ono što nismo vidjeli u tom uvodnom dijelu jesu problemi sa zakonom. U toku je krivični postupak protiv optuženog M.D. zbog krivičnog djela „paljevina“ iz člana 301 stav 1 KZ FBiH. Naime, M.D. je zapalio stan svoga prijatelja koji mu je ponudio pomoć oko smještaja uz obećanje da će uskoro nabaviti peć u sobi, što nije učinio tako skoro, pa je M.D. odlučio uzeti stvari u svoje ruke. Osim ove optužnice iz 2015. godine, M.D. je bio osuđen i za druga krivična djela 2002., 2008. i 2011. godine. To su obično pljačke ili pokušaji pljačkanja, kako u Tuzli tako i u Austriji, što on i sam priznaje.

3.Nestabilni osjećaji izazvani naglim promjenama raspoloženja. *U jednom od razgovora sa psihologom M.D. navodi kako je njegov najveći cilj u životu da pretvori požudu u ljubav prema Bogu. „Vjera je u meni kao dijete u ženi.“ „Život je test, i zato imam potrebu da se posvetim*

samo Bogu, On jedini daje odgovore na pitanja šta je to normalno!“ Spominje suđenje koje treba da se desi uskoro i navodi da se osjeća opušteno, trenutno ga ne brine čak ni to. „Non stop sam sebi nabijao taj pritisak šta će biti, ali šta Bog hoće da se desi desit će se.“ Ističe da razmišlja o potpisivanju ugovora sa trajnim boravkom u Prihvatnom centru Duje.

Međutim, samo nekoliko dana kasnije dolazi sa izjavom da se posvađao sa Bogom. Nije više u celibatu i osjeća slabost. Zapravo, osjeća da ga je Bog „preopteretio“. Osim toga ističe svoje nezadovoljstvo vezano za hranu u Centru i smatra da ne unosi dovoljno vitamina u svoj organizam. Napisao je zahtjev da ide u zatvor, a ne da uvjetno ostane u Prihvatnom centru, zbog bolje hrane. Zatim je napisao i opoziv. Povratio je svoj opoziv isti dan prije slanja.

4.Neprimjerena snažna ljutnja ili poteškoće pri kontroliranju ljutnje.

M.D. navodi kako voli I.N., te da uz nju može prebroditi svoj kompleks, međutim, javlja mu se druga misao koja ga plaši. Nije siguran kako bi živio s njom kada izađu vani, a neki od njegovih poznanika prepoznaju I.N. kao „ženu sa Šićkog mosta“ koja ih je zadovoljavala. Ističe kako ga je strah da bi se u takvom trenutku osjećao ugroženo i postišeno i da bi reagovao veoma burno i agresivno prema njoj. Jednostavno se boji reakcije društva, jer mu je mišljenje drugih veoma bitno, te kada izgubi kontrolu nad takvom situacijom postane veoma nervozan i ljut, pa samim tim gubi kontrolu i nad svojim agresivnim ponašanjem.

5.Izrazito ili stalno nestabilna slika ili predodžba o sebi.

Već je ranije spomenut kompleks koji M.D. ima, iako i on i njegova djevojka govore da su ta vjerovanja iracionalna. Osim toga, uočavaju se različite ideje veličine koje M.D. ima, kao što su npr. poznanstva sa poznatim ličnostima koje će mu pomoći da napusti Centar i osamostali se po izlasku (da održe humanitarni koncert kako bi mu se obezbijedio smještaj, neka garsonjera i sl.)

6.Panični pokušaj izbjegavanja stvarnog ili umišljenog napuštanja.

Agresivan i drzak je samo prema osobama za koje se veže, kao što je bila I.N. Često se dešavalo da kada se osjeti ugroženim ili slabim on ju tuče ili prekida njihovu vezu, prije nego ona njega ostavi, na taj način pokazuje da još uvijek ima dominantnost i „osjećaj muškosti“.

7.Prolazne i sa stresom povezane paranoidne ideje ili ozbiljni simptomi disocijacije.

Dolazi na razgovor kod psihologa zbog uznemirujuće prepiske sa svojim rođakom koji ne podržava njegovu religiju, te mu navodno psuje i prijeti. Vezano uz sve navedeno M.D. je postao paranoičan, strah ga je da mu rođak ne naudi, prilikom čega navodi različite, pomalo ekstremne ideje o smrti, zlostavljanju i ubistvu. Pominje i suđenje, prilikom čega je moguće da završi u zatvoru, pa mu se javlja strah da će rođak, putem svojih doušnika i plaćenika, mučiti ga u zatvoru.

U toku procesa prikupljanja podataka o M.D. obavljen je i razgovor sa njegovom bivšom djevojkom koja nam je dala nekoliko primjera za različita ponašanja osoba sa graničnim poremećajem ličnosti opisana u knjizi autora Mason i Kreger (2003). Navest ćemo samo nekoliko kratkih primjera.

- Osjeća se zanemareno kada nije u središtu pozornosti.

Voli da dominira, primijetila sam da i u društvu, a i kada je sam sa mnom, voli da se ja povučem da on više priča ili da bude prozivan na pozitivan način, kao miroljubiv. Okreće se, stalno na neki način traži pažnju, a kada ne zna šta bi rekao ili uradio da bi bio u centru pažnje, protestno ode i kaže „ne mogu ja ovo više“.

- Neprimjereno izražava ljutnju.

Za sitnicu mi usput pukne šamarčinu, kasnije se pokaje i kune se u majku da to nije htio napraviti i da neće ponoviti. Bio je ljut i na moju prijateljicu, i nju je ošamario i govorio „sve ste vi žene iste“.

- Često se osjeća sanjivo ili zamišljeno.

Često mašta kako je na sedmoj deredži i kako će tada da razgovara direktno sa Bogom. Ali on i kad odlutau svojim mislima ima nešto duboko u podsvijeti i uvijek traži neko rješenje. U suštini je dobar u duši.

- Teško stavlja tuđe potrebe prije svojih.

Njemu je Hare Krišna bila važna, ja sam se trudila da ga u tome pratim, stepenicu po stepenicu, ali nisam uspjela i tu je nastao problem, on to nije htio razumjeti. I u intimnim odnosima njemu je bitno da on bude zadovoljan, a meni kako bude. Pričao mi je o svom problemu sa spolnim organom, ali i bez obzira na taj kompleks on uvijek želi samo sebe zadovoljiti, a mene i ako ne uspije kaže da će neki drugi put.

- Kritiziranje.

To je neminovno. Govorio mi je da sam puno debela da moram smršati. Žalio se što ponekad obučem nešto kratko ili bez leđa, ne priliči mi. Prigovara za način izražavanja (kada je pred trećom osobom rekla riječ „gaćice“ dobila je šamar, uz riječi „ne kaže se gaćice nego donji veš“). Smetaju mu moji kontakti sa porodicom pa i za to prigovara, oni njega isto ne prihvaćaju.

- „Testiranje vaše ljubavi“

Postavio mi je pitanje kako bi bilo da ti i ja i još jedan par vodimo ljubav i da mijenjamo partnere? Kada sam odgovorila da mi se ta zamisao ne sviđa rekao je da sam prošla test.

- Kreativne, umjetnički nadarene i inteligentne osobe.

On je stihoklepac, piše pjesme o nama, o ljubavi i svemu što voli. Svira klavijature.

- Udaljavanje od onih sa kojima je blizak.

Ponekad jednostavno ode, ne dolazi par dana, zatvori se u sebe, dok ne stvori neku drugu sliku o onome što ga muči, a sve pod izgovorom da mu se pogoršala bolest.

7.5. Tretman

Pristup stabilizaciji stanja M.D. zasnovan je na različitim aktivnostima kako iz domene psihoterapije i farmakoterapije, tako i iz domene radno-okupacione terapije. Ovakav tretman primjenjuje se od njegovog prvog dolaska u Centar, u februaru 2015. godine. Osam mjeseci kasnije napravljena je pauza u trajanju od tri mjeseca, jer je M.D. odlučio napustiti Centar. S obzirom da nije bio u stanju sam pratiti nijedan oblik terapije u tom periodu, njegovo stanje se pogoršalo te mu je ponovo omogućen smještaj u Prihvatni centar. M.D. od tada sudjeluje u nekoliko različitih oblika terapije.

7.5.1. Psihološki tretman

Na psihološko savjetovanje, odnosno psihoterapiju, M.D. dolazi bez obaveze, onda kada poželi ili osjeti potrebu. S obzirom da u ovom dijelu Centra u kojem se on nalazi ima preko četiri stotine štíćenika, teško je da jedan psiholog uspijeva provoditi redovne sedmične seanse sa svakim pojedinačno, iako upravo štíćenicima posvećuje svo svoje vrijeme. Stoga su susreti prema izboru i potrebi korisnika jedina moguća opcija. Iako je psihoterapijska orijentacija

psihologa bazirana na kognitivno-bihevioralnom modelu, koji se pokazao izuzetno uspješnim u tretmanu graničnog poremećaja, veoma je bitno, posebno u okruženju kakvo je Prihvatni centar „Duje“, da se kombiniraju različite metode i tehnike, te da u tretman bude uključen veći broj stručnjaka. Sve veći broj zdravstvenih radnika zalaže se za holističku pristup 'pacijentu' prema kojem je pacijent aktivni i ravnopravni sudionik u procesu liječenja i kao takav snosi dio odgovornosti za ishod.

M.D. je nastojao upoznati se sa graničnim poremećajem ličnosti iz različitih literatura već od kada je prvi put dobio tu dijagnozu, 2003. godine. Osim toga, kroz određene vrste terapija je prošao tokom boravka u Njemačkoj, pa mu susreti sa psihologom nisu strani i prilično je osviješten o značaju koji psihoterapija ima za njega. Zbog svega navedenog on je jedan od najredovitijih štićenika u kancelariji psihologa i nastoji kada god je u nekom „kritičnom periodu“ da se javi na razgovor, što je najčešće barem jedanput sedmično, iako je bilo perioda i kada je bio miran nekoliko sedmica.

Tokom psihoterapijskih susreta primijenje su različite kognitivne i bihevioralne tehnike koje su bile u skladu sa trenutnim problemima i krizama koje je M.D. u tom periodu proživljavao. Prije svega, bitno je bilo upoznavanje sa takvim oblikom tretmana, jer je M.D. naveo da je u Austriji prolazio kroz veoma intenzivan i strukturiran tretman zasnovan na psihoanalitičkim metodama. Konstantno je ponavljao da je sve događaje, sjećanja i osjećanja iz ranog perioda života već prorađivao te da mu je sad skoro potpuno svejedno govoriti o tome, iako to ranije nije bio slučaj, ali da je svjestan kako sve te stvari i dalje imaju veoma jak utjecaj na njegov život i ponašanje. Ponekad je čak i odbijao da govori o stvarima iz prošlosti zahtijevajući da se tretman fokusira isključivo na trenutne probleme, kao i da se sve riješi odmah i sada, jer je njegovo vrijeme dragocijeno i ne namjerava se dugo zadržavati u Centru.

Neke od ostalih tehnika koje su primijenjene tokom psihoterapije su: **popis misli** o sebi i drugim bliskim osobama, zatim, emocija koje osjeća u određenom trenutku i vjerovanja koja ima o različitim stvarima koje su mu trenutno u fokusu pažnje („*Imam potrebu da se posvetim Bogu*“; „*Jučer se desilo nešto što me jako uznemirilo i imam osjećaj da je izvršen napad na naše ljubavno gnijezno*“; „*Smatram da on (jedan od štićenika) ima seljačku narav*“; „*Danas osjećam slabost*“; „*Osjećam da sam primijećen*“); **postavljanje hijerarhije** problema i prioriteta (veoma je bitno da se terapeut prvenstveno fokusira na pitanja vezana za destruktivna ponašanja ili prijetnje vezane za ugrožavanje života sebe ili drugih, ukoliko one postoje). Primjeri koje navodi M.D. kao stvari koje ga najviše brinu: „Najviše sam opterećen suđenjem“; „*Trenutno sam u potrazi za sobom u kojoj ću obavljati molitvu, bez toga ne mogu više boraviti*

ovdje“; „Moram napisati priručnik na temu „čiste ljubavi“; „Osjećam strah u vezi sa životom sa I.N. izvan Centra, to me jako muči, bojim se da ću se osjećati ugroženo i sramotno, mogao bih izgubiti kontrolu i postati destruktivan, ipak je ona označena osoba, volio bih čuti Vaš savjet“.

Tehnike relaksacije (*abdominalno disanje, progresivna mišićna relaksacija*); **Rješavanje kriza** (veoma je bitno da terapeut zauzima smiren i prihvaćajući stav koji će olakšati umirivanje štićenika kako bi lakše kontrolirao svoja neprimjerena negativna vjerovanja. Prilikom dužeg rada na ovoj strategiji štićenik sam prepoznaje probleme i nastoji ih umjesto destruktivnim ponašanjima riješiti na drugi način. Na primjer: „U zadnjih par dana bio sam pod pritiskom, i sva ona potisnuta negativna energija se jednostavno iskalila na štićeniku V.K. onoga dana. Međutim, sada nisam siguran da li osjećam krivicu zbog tog ponašanja, jer i dalje smatram da na pojedine ljude djeluje samo sila, volio bih da mi pomognete u vezi s tim kao prošli put sa I.N., jer ne želim više praviti problem ni njemu ni sebi, ako ponovo dođe do eskalacije emocija, doživljavam ga kao brata i ne bih mogao podnijeti da se naš odnos prekine“.

Postupno izlaganje (odnosi se na postepeno uključivanje u situacije koje štićeniku izazivaju strah ili stvaraju anksioznost, bilo da se radi o tome da brine zbog vlastitih reakcija koje bi mogle uslijediti u određenoj situaciji ili se boji onoga neugodnog što očekuje da bi se njemu moglo desiti). Primjeri takvih situacija su razgovori o provođenju psiholoških testiranja i mogućnosti da M.D. ima naslijeđenu shizofreniju od majke te bi mu u terapiju bio uključen haldol kojeg se užasno boji „umrijet ću ako ga primim“; zatim, strah od odlaska u zatvor sa kojim se pomirio s vremenom te je čak u određenom periodu zahtijevao da ide u zatvor umjesto boravka u Prihvatnom centru; anksioznost se javlja u situacijama kada M.D. ima osjećaj da na drugi ljudi ne doživljavaju na način na koji on to želi, pa ponekada postaje agresivan ili glasan, dok se u drugim slučajevima socijalno izoluje, ali uprkos terapiji on još uvijek ne priznaje ovu pojavu i ne uspijeva ju savladati takve situacije, mnogo više uspjeha ima sa „većim problemima“. S obzirom da je kod M.D., kao i kod brojnih drugih osoba sa graničnim poremećajem ličnosti, izražen strah od vlastitih burnih reakcija i agresivnog ponašanja, predloženo mu je da **doživljavanje emocija** izrazi na način koji ga ne dovodi u direktni kontakt sa osobom kojoj bi volio saopštiti određene stvari, preciznije, predloženo mu je da u takvim situacijama koristi olovku i papir te u obliku pisma izrazi sve ono što želi reći. M.D. je već u nekoliko navrata koristio ovu tehniku prilikom ljubavnih kriza sa I.N., i sada već i bez podsjećanja od strane terapeuta želi upotrebu ovog pristupa pa čak i u situaciji kada osoba kojoj je pismo namijenjeno uopće neće biti u prilici da ga pročita (npr. njegova majka).

Osim navedenih tehnika tu su i **postavljanje granica i vježbanje socijalnih vještina**. Za M.D. ovi problemi čine posebnu kategoriju s obzirom da često zaboravlja na granice koje sa osobljem ne može preći posebno kada su u pitanju verbalni izljevi bijesa i nezadovoljstva. Ponekad se dešava da M.D. prelazi i u druge krajnosti posebno kada je u pitanju terapeut koji pokaže zanimanje i razumijevanje za njegove probleme, tada on počinje da govori o njihovoj dubokoj povezanosti i prijateljstvu kroz različite hvalospjehe i veličanje terapeuta, sve dok ga se ne upozori na određene granice ili dok se ne dogodi situacija kada je toliko pretjerao u svojim zamišljanjima da ga razbijesni svako neodobravanje od strane terapeuta.

7.5.2. Radno-okupaciona terapija

M.D. je po dolasku u Centar uključen i u radno-okupacionu terapiju. Cilj radno-okupacione terapije jeste utjecati na ličnost i uspostavljanje pozitivnog stava prema sebi, okolini, društvu i radu kao i rješavanje negativne motivacije. Jedna od glavnih pretpostavki radne terapije je da će aktivnost olakšati adaptaciju i promjenu, te individualno povećati i razviti radnoterapijsko izvođenje. Korištenje praktičnih situacija i pojedinačnih tehnika, radi facilitacije procesa promjene, je faza intervencije radnoterapijskog procesa. U takvom pristupu tretmanu psihičkih poremećaja postoje različite kategorije uloga koje svaka individua ima ovisno o svojim sposobnostima i preferencijama. One su podijeljene na aktivnosti, zadatke i vještne koje štíćenici izvode kako bi ispunili potrebu za okupacionim izvođenjem. Ove kategorije uključuju i aktivnost samozbrinjavanja, produktivnost i rasonode. Klasifikacija okupacija u kategorije ovisi o individui, te specifičnim reakcijama na okolinu, nadražaje i utiske. U radu sa štíćenicima učestvuju defektolozi, psiholozi-pedagozi, socijalni radnici, medicinari i ostalo osoblje. Rad se organizuje grupno i/ili individualno, zavisno od interesa štíćenika, njegovih želja i mogućnosti. Često se osim aktivnosti u Centru organizuju i jednodnevni izleti. Što se tiče interesovanja M.D., on obično odbija sudjelovanje u grupnim aktivnostima, izuzev izleta, jer ima slabu toleranciju na manjak pažnje. Mnogo češće se samostalno posvećuje pisanju (knjiga ili pjesama), i sviranju, te to naknadno prezentira štíćenicima koji su veoma zainteresovani ili nekome od osoblja.

7.5.3. Farmakoterapija

Općenito, farmakoterapija se u većini slučajeva za granični poremećaj ličnosti se smatra samo dodatkom psihoterapiji, a ne zasebnim tretmanom, pa te takav slučaj i sa štićenikom M.D. Naime, pored navedenih pristupa, on redovno prima medikamente kako bi mu se stanje održavalo relativno stabilnim. Od lijekova koje redovno uzima tu su sulpirid i carbapin, ostalo uzima po potrebi (ovisno od popratnih pojava, bolova, stanja pojačane uznemirenosti, nesanice, agresivnosti i slično). U najvećem broju slučajeva navodi kako se boji haldola i čini sve kako bi ga izbjegao. Razlog tome je dijagnoza koju ima njegova majka, te on kategorički odbija testiranje koje bi i njega moglo dovesti u vezu sa shizofrenijom.

7.5.4. Prognoza

Uz dosadašnji tretman njegovo stanje je zadovoljavajuće i znatno bolje nego što je to bilo prije dolaska u Centar, međutim, saradnici Prihvatnog centra „Duje“ (psihijatri, socijalni radnici, doktori) i djelatnici Centra za socijalni rad Tuzla, zbog prethodnih iskustava, ali i promjena koje se dešavaju kod M.D. kada određeno vrijeme ne dolazi na terapiju, smatraju da je za njega trajni boravak ovdje neophodan, te da nije u stanju samostalno se skrbiti o sebi, kako zbog svoga psihofizičkog tako i zbog materijalnog stanja. Osim toga, po završetku posljednjeg suđenja za M.D. je odobren ostanak u Centru pod nadzorom njihovog osoblja umjesto zatvorske kazne, jer se njegov tretman tamo smatra poželjnim po opće zdravstveno stanje štićenika. Iste preporuke, za nastavak boravka u Centru, dolaze i iz različitih drugih izvora. Stoga je trenutno, opravdano smatrati da je postizanje apsolutnog oporavka gotovo nemoguće, kao i da je nerealno očekivati da će M.D. započeti samostalan život bez nadzora drugih ljudi. Međutim, uz kontinuirani rad sa štićenikom itekako je moguće optimistično gledati na njegov život u Centru, tako da jednoga dana postane mnogo pozitivnije iskustvo kako za njega samog tako i za druge ljude oko njega.

8. ZAKLJUČCI

Ovim radom nastojali smo odgovoriti na nekoliko pitanja vezanih za granični poremećaj ličnosti kao što je sam naziv „granični“, zatim etiologiju i dijagnostiku poremećaja kao i tretmane. Stoga ćemo se kratko osvrnuti na dosada napisano.

Kada govorimo o pitanju na šta se sve odnosi pojam graničnosti, možemo reći da su nedoumice vezane za koncept graničnosti postojale na nivou naziva, opisa i epistemološke pozicije. Danas se u praksi koriste sljedeći oblici graničnosti: *granični fenomeni*, kao obrasci doživljavanja i ponašanja, *granična organizacija ličnosti*, *granična dekompenzacija* i *granični nivo funkcioniranja* ličnosti. Bez obzira na brojne upotrebe termina „graničnosti“ dva su sistema danas općeprihvaćena u praksi i jasno opisuju kriterije i oblike graničnog poremećaja ličnosti, to su MKB-10 i DSM V. Ovi se kriteriji mogu grupirati u tri opće klasifikacijske kategorije: poremećeni odnosi, nekontrolirano ponašanje i afektivna nestabilnost. Oba sistema relativno precizno objašnjavaju kriterije za dijagnosticiranje ovog poremećaja, ali on i dalje zbog brojnih varijacija uspijeva ostati prava enigma kako za laike u svakodnevnom životu tako i za prave stručnjake u praksi.

Etiologiji ovog poremećaja pristupa se višedimenzionalno kroz biološka, psihološka, socijalna, bihevioralna, kognitivna i druga objašnjenja. Sa strane biološkog stajališta pretpostavlja se da, u odnosu na opću populaciju, pojedinci s graničnim poremećajem ličnosti imaju neurološku predispoziciju pretjerane pobuđenosti i hipersenzitivnosti na podražaje, odnosno povećanu aktivaciju simpatičkog živčanog sustava. Osim toga, biološka objašnjenja govore i o naslijeđenoj sklonosti ka razvoju graničnog poremećaja ličnosti. Najčešćim psihološkim uzrocima razvoja graničnog poremećaja ličnosti smatraju se iskustva iz ranog djetinjstva kao što su: zlostavljanje, zanemarivanje, dugotrajno i bolno odvajanje djeteta od voljenih osoba i drugi oblici ponašanja koji štetno djeluju na razvoj privrženosti i vlastitog identiteta kod djeteta. Bihevioralne hipoteze smatraju da granične ličnosti dolaze iz obitelji koje imaju sindrom invalidiziranja. Naime, u takvim obiteljima najčešće roditelji imaju prevelika očekivanja od djeteta, a pružaju mu premalo potpore i pažnje, stoga je dijete od najranije dobi naučeno da lišeno emocionalnih vještina i emocionalne stabilnosti, koje je kasnije izrazito teško nadoknaditi. Takvi obrasci ponašanja vode i do kognitivnih tumačenja koja govore o tome da osobe sa graničnim poremećajem ličnosti imaju iskrivljena vjerovanja vezano za sebe, ali i za

druge oko sebe. Najčešća takva vjerovanja vežu se za osjećaj bespomoćnosti, bezvrijednosti, strah od napuštanja, strah od gubitka kontrole i usamljenosti. Kognitivno-bihevioralni model smatra poremećaj posljedicom učenja pogrešnih, odnosno maladaptivnih obrazaca ponašanj, takvo učenje odvija se putem asocijativnog uslovljavanja ili socijalnim učenjem, dok sa druge strane geštalt perspektiva ukazuje na značenja koja osoba pripisuje određenim iskustvima i događajima iz vlastitog života, smatrajući ih jednim od najvažnijih odrednica za razvijanje poremećaja. U graničnom poremećaju ličnosti stres može biti činiteljem koji pridonosi etiologiji poremećaja koji izaziva pogoršanje simptomatologije, smatra se iz perspektive socijalnih tumačenja. Osim toga, većina oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti jako je osjetljiva na psihosocijalne izvore stresa, osobito na interpersonalne stresore, stoga je njihovo samopoštovanje izrazito nisko, a zahtjevi socijalne sredine doživljavaju se kao veoma visoki, čak i nedostižni što posljedično vodi ka sve većem stresu. Bez obzira na širok spektar različitih teorija čija su vjerovanja potvrđena različitim ispitivanjima, možda bi se ipak prije moglo reći da se ova tumačenja međusobno dopunjuju nego da su kategorički podijeljena, jer je riječ o prilično kompleksnom problemu koji zahtijeva mnogo šire stajalište.

U tretmanu se također traži multimodalni pristup pa se za temeljni način liječenja oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti smatra psihoterapija u kombinaciji sa farmakoterapijom, što se zaista i pokazalo najučinkovitijim u dosadašnjem iskustvu različitih stručnjaka. Psihodinamska psihoterapija samo je jedna od terapija koja se koristi za liječenje ovog poremećaja, a zasniva se na tri teorijske perspektive. Ciljevi psihodinamske psihoterapije s oboljelima od graničnog poremećaja ličnosti jesu osvijestiti nesvjesne obrasce, povećati emocionalnu toleranciju, ojačati kapacitet za odgađanje impulzivnog djelovanja, omogućiti uvid u teškoće u odnosima s drugim ljudima i razviti reflektivno funkcioniranje kako bi se postiglo veće uvažavanje vlastite i tuđe unutrašnje motivacije. Psihoanalitička modifikacija terapije za granični poremećaj ličnosti je psihoterapija fokusirana na transfer, njena glavna strategija je da omogući reaktivaciju iscjepkanih internalizovanih objektnih relacija pacijenta, koji se onda opserviraju i interpretiraju u transferu sada i ovdje. Kognitivno-bihevioralna terapija općenito uključuje posvećivanje pažnje skupu disfunkcionalnih automatskih misli ili duboko ukorijenjenih sustava vjerovanja te učenju i uvježbavanju novih, prilagođenih postupaka. Jedna od grana kognitivno-bihevioralne terapije koja je formirana kao modifikacija za ovaj tip poremećaja naziva se dijalektičko-bihevioralna terapija koja kombinuje učenje pacijenata da tolerišu ili izbjegnu distress u cilju smanjenja ili eliminisanja bolnih emocija sa zaustavljanjem problematičnih ponašanja. Kognitivno-bihevioralni integrativni pristup zasnovan na modelu deficita kod

graničnih poremećaja ličnosti jeste terapija fokusirana na shemu koja je eksplicitno suportativna. Ova vrsta terapije kombinuje teoriju i tehnike kognitivno-bihevioralne terapije, psihoanalitičke teorije objektnih odnosa, teorije attachmenta i geštalt terapije. Sama geštalt terapija usmjerena je na pružanje pomoći prilikom ovladavanja senzacijama, tako što se one snižavaju i ograničavaju, kako na unutrašnjem tako i na spoljašnjem nivou.

Farmakoterapija se koristi u liječenju trenutnih simptoma u razdoblju akutne dekompenzacije i u ublažavanju teškoća koje su posljedica problema u području osobina ličnosti. Simptomi oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti često su vidljivi na nemogućnosti kontrole emocija i impulzivnih postupaka te kognitivno-perceptivnim teškoćama i za njihovo ublažavanje moguće je upotrijebiti specifičan farmakološki način liječenja. Kod klijenata sa izraženim simptomima nestabilnosti raspoloženja i ljutnje najčešće se problemi ublažavaju selektivnim inhibitorom ponovne pohrane serotonina (SIPPS). Kod osoba sa izrazitim teškoćama u kontroli ponašanja mogu se dodati male količine neuroleptika. Kada je reakcija na lijek slabija od očekivane dodaju se neki od lijekova (kao što su MAO inhibitori) koji nisu primarni izbor zbog svog prejakog djelovanja koje je teže kontrolirati ili se pak pribjegava kombiniranju lijekova se nekom od psiholoških terapija.

Osnovnim obilježjima kliničke slike graničnog poremećaja ličnosti smatraju se prevladavajući obrazci nestabilnosti u međuljudskim odnosima i emocionalnom doživljavanju te izrazita impulzivnost. Sva obilježja koja se odnose na granični poremećaj mogu se grupirati u tri opće klasifikacijske kategorije: *poremećeni odnosi*, *nekontrolirano ponašanje* i *afektivna nestabilnost*. Termin poremećeni odnosi najčešće se koristi kada se govori o nestabilnim interpersonalnim odnosima, osjećaju praznije, poremećaju identiteta i disocijaciji od realnosti. Nekontrolirana ponašanja mogu biti autodestruktivna ili se pak usmjeravati na druge ljude kroz impulzivnu agresivnost. Navedeni kriteriji koji služe za dijagnosticiranje graničnog poremećaja ličnosti identificirani su kod osobe M.D. u različitim životnim razdobljima i iskustvima. Neki od najčešćih simptoma koje M.D. zadovoljava su burni međuljudski odnosi koji variraju od jedne do druge krajnosti (idealizacija i omalovažavanje), impulzivnost i nemogućnost kontrole konzumiranja alkohola, nagle promjene raspoloženja, teškoće pri kontroliranju ljutnje, paranoidne ideje i strah od napuštanja.

Pristup stabilizaciji stanja M.D. zasnovan je na različitim aktivnostima iz domene psihoterapije i farmakoterapije, ali i kroz radno-okupacionu terapiju. Ovakav, kombinirani, tretman

primjenjuje se tokom prethodne dvije godine. Tokom psihoterapijskih susreta primijenje su različite kognitivne i bihevioralne tehnike koje su bile u skladu sa trenutnim problemima i krizama (popis misli, tehnike relaksacije, postavljanje hijerarhije, rješavanje kriza, postavljanje granica, vježbanje socijalnih vještina i slično). Tokom radno-okupacione terapije M.D. preferira samostalne aktivnosti što mu djelatnici Centra nastoje i omogućiti te ga ne pozivaju na grupne aktivnosti u kojima ne može biti apsolutno dominantan. Navedeni pristupi liječenju kombiniraju se sa medikamentima koji se koriste za stabilizaciju raspoloženja kod M.D. i koji su se do sada pokazali efikasnim.

Uz dosadašnji tretman, procijenjeno je da je stanje M.D. stabilno i zadovoljavajuće pa se od strane različitih stručnjaka preporučuje dugotrajan boravak u Centru.

9. LITERATURA:

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Američka psihijatrijska udruga (2004). *Praktične smjernice za liječenje oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Bauer, S.F., Gould, M., Goldstein, E.G., Hunt, H.F. (1980): *Borderline personality organization, structural diagnosis and the structural interview*. A pilot study of interview analysis.; MedlinePlus; Psychiatry: 43(3):224-33
- Bateman, W.A., Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. New York: Oxford University Press Inc.
- Begić, D. (2011). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Bell, L. (2003). *Managing intense emotions and overcoming self-destructive habits*. Hove/New York: Taylor & Francis Group.
- Delisle, G. (1999). *Poremećaj ličnosti iz perspektive geštalt terapije*. Geštalt zbornik.
- Dimeff, L.A., Koerner, K. (2007). *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice*. The Guilford Press: New York.
- Divac Jovanović, M., Švrakić, D. (2016) *Granična ličnost i njena različita lica*. Beograd. Imago Clio.
- Divac, M., Švrakic, D., Lečić, D. (1991): *Personality Disorders: Model for 47*, No 4: 558-571.
- Đurić-Jočić, D. (2001). *Indikatori graničnog poremećaja ličnosti na Roršah-metodu*. Institut za psihijatriju KC Srbije, Beograd: Psihologija 3-4, 367-374
- Fulgosi, A. (1987). *Psihologija ličnosti*. Zagreb: Školska knjiga.
- Gunderson, J.G. (2001). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gunderson, J., Hoffman, P. D. (2005). *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder: A Guide for Professionals and Families*. Washington DC/London: American Psychiatric Publishing Inc.
- Gunderson, J., Links, P. S. (2008). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Washington: American Psychiatric Publishing Inc.
- Hoffman Judd, P., McGlashan, T. H. (2003). *A Developmental Model of Borderline Personality disorder*. Washington, DC/London: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Jerković, D., Maglica T. (2014). *Developmental psychopathology perspective on co-morbid borderline personality disorder and substance use disorders*. Magistra Iadertina 2014. 9 (1).
- Kreisman, J. J., Straus, H. (1989). *I hate you—don't leave me: Understanding the borderline personality*. New York: Avon Books.

- Kreisman, J. J., Straus, H. (2004). *Sometimes I act crazy: Living with borderline personality disorder*. New York: John Wiley & Sons.
- Krawitz, R., Watson, C. (2003). *Borderline Personality Disorder A practical guide to treatment*. Oxford University Press: New York.
- Larsen, R. J., Buss, D. M. (2008). *Psihologija ličnosti*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Lečić-Toševski, D., Divac Jovanović, M. (2011). *Modifikovana psihodinamska psihoterapija poremećaja ličnosti – dileme i izazovi*. Psihijat.dan. 2011/43/1. 65-82
- Lieb, K. i sur. (2004). *Borderline personality disorder*. The Lancet: 364 (9432), 453-461.
- Mason, P.T., Kreger, R. (2003). *Prestanite hodati po ljuskama jajeta*. Jesenski i Turk: Zagreb.
- Melnik, J., Nevis, S. (1992). *Dijagnoza: Borba za smisaonu paradigmu. Geštalt terapija: Perspektive i primjene*. New York: Gardner Press.
- Niklewski, G., Riecke-Niklewski, R. (2004). *Kako živjeti sa graničnim poremećajem ličnosti*. Zagreb: Naklada slap.
- Paris, J. (2003). *Personality Disorders Over Time: Precursors, Course, and Outcome*. Washington, DC/ London: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Paris, J. (2005). *Borderline personality disorder*. Canadian Medical Association Journal, 172(12), 1579-1583.
- Paris, J. (2008). *Treatment of Borderline Personality Disorder: A Guide to Evidence-Based Practice*. New York: The Guilford Press.
- Repišti, S. (2015). *Psihologija ličnosti: Teorija i empirija*. Podgorica: Autorsko izdanje.
- Schmeck, K., Schlüter-Müller, S. (2017) *Early detection and intervention for borderline personality disorder in adolescence*. Soc. psihijat. Vol. 45 No. 1, pp. 30-35
- Svjetska zdravstvena organizacija (2012). *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema*. Deseta revizija, svezak 1. – drugo izdanje. Medicinska naklada: Zagreb.
- Swales, M.A., Heard, H.L. (2009). *Dialectical Behaviour Therapy: Distinctive Features*. New York/ London: Taylor & Francis Group.
- Šćurić, V. (2014). *Mentalizacija i poremećaji ličnosti*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu: Medicinski fakultet.
- Švrakić D., Lečić-Toševski, D., Divac-Jovanović, M. (2008) DSM axis II: Personality disorders or adaptation disorders? Current Opinion in Psychiatry 2008; 22:111-17.
- Šulc, E. (2016). *Nursing care of patients with personality disorder*. Zadar: Sveučilište u Zadru: Odjel za zdravstvene studije.
- Yontef, G.M. (1993). *Awareness, Dialogue and Process: Essays on Gestalt Therapy*. Highland, NY: The Gestalt Yournal Press.
- Zanarini, M.C. (2005) *Borderline Personality Disorder*. New York/London: Taylor & Francis Group.

Prilog 1

Udruženje “HO Međunarodni forum solidarnosti EMMAUS” (MFS-EMMAUS), je domaća, nevladina humanitarna organizacija osnovana 1999. godine sa ciljem pružanja pomoći svim ugroženim kategorijama stanovništva kojima je ta pomoć potrebna. Sa preko 263 uposlenika, 50 aktivnih volontera i mrežom ureda u Doboj Istoku, Sarajevu, Srebrenici i Zvorniku, MFS-EMMAUS djeluje na cijelom teritoriju BiH i predstavlja jednu od najvećih samo-održivih NVO-a u zemlji i šire. Za MFS – EMMAUS kažu da je posljednje mjesto nade i utočišta. Neki od projekata koje provodi MFS-EMMAUS su: Prihvatni centar „Duje“ u Doboj Istoku od 2004. godine gdje je smješteno preko 440 korisnika različitih socio-zdravstvenih patologija. Misija Međunarodnog foruma solidarnosti – Emmaus glasi: *“Stvarati, podržavati i oživljavati takve sredine u kojima će svi, osjećajući se slobodnim i poštovanim, moći udovoljavati svojim potrebama i međusobno se pomagati.”*

Prihvatni centar “Duje” djeluje od 2004. godine kao centar za zbrinjavanje i rehabilitaciju svih kategorija stanovništva u stanju socijalne potrebe i jedan je od najvećih projekata Udruženja “HO Međunarodni forum solidarnosti – EMMAUS”. Rad Centra usmjeren je na rehabilitaciju, resocijalizaciju, sa krajnjim ciljem reintegracije korisnika usluga. U Centru je trenutno utočište pronašlo preko 440 korisnika, različitih socio-zdravstvenih potreba kojima se svakim danom pruža medicinska, edukacijsko – rehabilitacijska, odgojno – obrazovna pomoć, a sve to sa mnogo tolerancije, ljubavi i razumijevanja. Korisnici usluga su: osobe treće životne dobi različitih kategorija i oboljenja, osobe sa intelektualnim i tjelesnim poteškoćama, nepokretne osobe sa kombinovanim smetnjama, beskućnici, mladi sa asocijalnim ponašanjem te mladi iz ugroženih/rizičnih grupa. U skladu sa propisanim međunarodnim standardima i normativima pružanje usluga se realizuje kroz četiri organizacione jedinice Prihvatnog centra:

- Centar za stara i nemoćna lica;
- Centar za lica sa duševnim smetnjama;
- Centar za lica sa invaliditetom i
- Centar za djecu i mlade.

