

Univerzitet u Sarajevu  
Filozofski fakultet  
Odsjek za psihologiju

**KOGNITIVNO-BIHEVIORALNI PRISTUP U TRETMANU GRANIČNOG  
POREMEĆAJA LIČNOSTI**

Završni diplomski rad

Ime i prezime studenta:

Aljoša Lješić

Mentor:

prof. dr. Enedina Hasanbegović-Anić

Sarajevo, 2018. godine

## Sažetak

Cilj ovog teorijskog rada je dati pregled savremenih spoznaja o karakteristikama, tretmanu i problemima graničnog poremećaja ličnosti. Poremećaj ličnosti predstavlja 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, tokom vremena je stabilan, te dovodi do patnje ili oštećenja. Tipična karakteristika osoba sa graničnim poremećajem ličnosti jeste rigidno razdvajanje pozitivnih i negativnih misli i osjećaja o sebi i drugima. Kriteriji graničnog poremećaja ličnosti se mogu grupirati u 3 opće klasifikacijske kategorije: poremećeni odnosi, nekontrolirano ponašanje i afektivna nestabilnost. Kognitivno-bihevioralna terapija je oblik psihoterapije koji naglašava važnost uloge mišljenja u onome šta pojedinac osjeća i kako se ponaša. Postoje tri kognitivno-bihevioralna pristupa u tretiranju graničnog poremećaja ličnosti (GPL-a): *Linehaničina dijalektička-bihevioralna terapija*, *Beckovo terapija* i *Youngov model modaliteta shema*. Moderne verzije kognitivno-bihevioralne terapije kao i dijalektičko-bihevioralne terapije specifično načinjene za rješavanje problema koje postavlja GPL čini se da su povećale učinkovitost psihološkog tretmana GPL-a. Udio pacijenata koji prijevremeno završava tretman dramatično je smanjen, a učinci tretmana čini se da su prošireni i produbljeni u odnosu na ranije pristupe koji su bili usmjereni na ograničen broj problematičnih ponašanja. Stoga, može se reći da je najveća korisnost ovog preglednog rada to što nudi pregled efikasnih terapija, tretmana i tehnika u tretiranju graničnog poremećaja ličnosti.

*Ključne riječi:* granični poremećaj ličnosti, kognitivno-bihevioralna terapija, dijalektičko-bihevioralna terapija, teškoće u tretmanu

## Sadržaj

<b>1. UVOD</b> .....	1
<b>2. KLINIČKA OBILJEŽJA GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI</b> .....	4
2.1. Klinička obilježja graničnog poremećaja ličnosti .....	4
2.2. Razvoj i tijek poremećaja .....	7
2.3. Rizični i prognostički faktori .....	7
2.4. Diferencijalna dijagnoza .....	8
<b>3. SPECIFIČNA OBILJEŽJA</b> .....	10
3.1. Poteškoće u odnosima .....	10
3.1.1. Nestabilni interpersonalni odnosi .....	10
3.1.2. Poteškoće u formiranju identiteta .....	10
3.2. Problemi samokontrole .....	11
3.2.1. Destruktivna impulzivnost .....	11
3.2.2. Samoozljeđivanje .....	11
3.3. Afektivna nestabilnost .....	12
3.3.1. Strah od napuštanja .....	12
3.3.2. Nestabilno raspoloženje .....	12
3.3.3. Ljutnja .....	13
3.4. Polarizirano mišljenje .....	13
<b>4. KARAKTERISTIKE KOGNITIVNO – BIHEVIORALNOG PRISTUPA U TRETMANU GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI</b> .....	15
4.1. Pristupi u okviru kognitivno-bihevioralne terapije .....	15
4.1.1. Dijalektičko-bihevioralna terapija .....	15
4.1.2. Beckova kognitivna terapija .....	17
4.1.3. Youngov model shema .....	19
4.2. Specifične intervencije .....	22
4.2.1. Hijerarhijski pristup .....	22
4.2.2. Rješavanje kriza .....	23
4.2.3. Postavljanje granica .....	24
4.3. Kognitivne tehnike .....	24
4.3.1. Rad na dihotomnom mišljenju .....	24
4.3.2. Kartice .....	25
4.3.3. Iskustvene tehnike .....	25

4.3.4. Tehnike prazne stolice.....	26
4.3.5. Doživljavanje emocija.....	26
4.4. Bihevioralne tehnike .....	27
5.5. Farmakološke intervencije .....	27
<b>5. PROBLEMI U TRETMANU .....</b>	<b>29</b>
<b>6. ZAKLJUČCI .....</b>	<b>32</b>
<b>7. LITERATURA .....</b>	<b>37</b>

## 1. UVOD

Kognitivno-bihevioralna terapija (skraćeno: KBT, eng. *Cognitive Behavioral Therapy*) je oblik psihoterapije koji naglašava važnost uloge mišljenja u onome šta pojedinac osjeća i kako se ponaša. Kognitivno-bihevioralni terapeuti uče da, kada je mozak zdrav, onda je mišljenje to koje prouzrokuje da se pojedinac osjeća i ponaša na određen način. Zbog toga je, ukoliko osoba doživljava osjećanja koja ne želi ili se ponaša na način koji ne želi, važno identifikovati razmišljanja koja uzrokuju ta osjećanja i ponašanja, te naučiti kako ih zamjeniti ili zauzeti drugačiji odnos prema razmišljanjima i emocijama koja vode reakcijama koje osoba želi (Beck, 2011).

Razvoj ovog pristupa tekao je kroz tri talasa: prvi su predstavljale bihevioralne terapije zasnovane na klasičnom i operantnom uslovljavanju, drugi su kognitivne terapije zasnovane na mijenjanju kognicija i socijalnom učenju, a treći su majndfulness (eng. *mindfulness*) terapije zasnovane na prihvatanju i punoj svijesnosti.

Poremećaj ličnosti predstavlja 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, tokom vremena je stabilan, te dovodi do patnje ili oštećenja. Poremećaji ličnosti grupirani su u tri skupine, na temelju sličnosti u opisima (American Psychiatric Association, 2013). Sklop A uključuje paranoidni, shizoidni i shizotipni poremećaj ličnosti. Karakteristika osoba sa ovim poremećajima jeste da se doimaju čudnima ili ekscentričnima. Sklop B uključuje antisocijalni, granični, histrionični i narcistični poremećaj ličnosti. Karakteristika osoba sa ovim poremećajima jeste dramaturgizirajuće, emocionalno ili nedosljedno ponašanje. Sklop C uključuje izbjegavajući, ovisni i opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti. Osobe sa ovim poremećajima često su anksiozne ili ustrašene. Često se desi da osobe u isto vrijeme pokazuju prisutne poremećaje ličnosti iz različitih sklopova. Procjene prevalencije za različite sklopove daju rezultate od 5,7% za poremećaje iz sklopa A, 1,5% za poremećaje iz sklopa B, 6,0% za poremećaje iz sklopa C, te 9,1% za bilo koji poremećaj ličnosti što upućuje na to da postoji česta istodobna pojava poremećaja ličnosti iz različitih sklopova (American Psychiatric Association, 2013).

Ono što je tipična karakteristika osoba sa graničnim poremećajem ličnosti jeste rigidno razdvajanje pozitivnih i negativnih misli i osjećaja o sebi i drugima. Etiologiji graničnog poremećaja ličnosti pristupa se iz biološke, kognitivne, bihevioralne te socijalne perspektive. Postoji mnogo etioloških modela graničnog poremećaja ličnosti, ali je jedan od najprihvaćenijih oblikovan u okviru biosocijalne teorije, prema kojoj se naglašava utjecaj interakcije između bioloških predispozicija i specifičnih okolinskih faktora na razvoj poremećaja (Horvat, 2015). Primarni tretman za granični poremećaj ličnosti jeste psihoterapija, koja često ide zajedno sa farmakoterapijom, ovisno o ozbiljnosti samih bihevioralnih simptoma. Brojna istraživanja pokazuju visoku učinkovitost kognitivno-bihevioralne terapije, a najprihvaćenija je dijalektičko-bihevioralna terapija (Horvat, 2015). Tretman graničnog poremećaja ličnosti može nositi rizik za pojavu specifičnih problema, koji mogu ometati terapijski proces, pri čemu je važna strukturirana komunikacija. Prognoza graničnog poremećaja ličnosti je hronična i nepovoljna, ali treba uzeti u obzir i podatke koji sugeriraju mogućnost napretka tokom terapijskog procesa

Kognitivno-bihevioralna terapija se češće koristi u tretmanu stanja s osi I tj. kliničkih poremećaja, nego stanja s osi II tj. poremećaja ličnosti, ne zbog efikasnosti samog psihoterapijskog pravca, nego upravo zbog toga što je rad sa poremećajima ličnosti nešto zahtjevniji. Prema kognitivno-bihevioralnoj terapiji u podlozi simptoma i disfunkcionalnosti emocija ili ponašanja nalaze se iskrivljena uvjerenja i kognitivni procesi, a oni se potkrepljuju ponašanjem (Beck, 2011). Kognitivno-bihevioralna terapija općenito uključuje posvećivanje pažnje skupu disfunkcionalnih automatskih misli ili duboko ukorijenjenih sistema vjerovanja, te učenju i uvježbavanju novih, prilagođenih postupaka. Disfunkcionalni sistemi vjerovanja kod oboljelih od poremećaja ličnosti su obično dio strukture ličnosti, te je trajnu promjenu moguće postići tek dugotrajnim liječenjem i velikim trudom. U tretmanu određenih obilježja tipičnih za poremećaje ličnosti obično se preporučuju modifikacije standardnih pristupa kao npr. *dijalektička bihevioralna terapija* (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

U ovom radu će biti formirani odgovori na osnovu teorijskih implikacija i empirijskih nalaza kognitivno-bihevioralnog pristupa tretmanu graničnog poremećaja ličnosti, a tiču se ovih pitanja:

1. Koja su klinička obilježja graničnog poremećaja ličnosti?
2. Koje su karakteristike kognitivno-bihevioralnog pristupa u tretmanu ovog poremećaja?
3. Sa kojim problemima se susreću terapeuti u tretmanu ovog poremećaja?

## 2. KLINIČKA OBILJEŽJA GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI

### 2.1. Klinička obilježja graničnog poremećaja ličnosti

Naziv *borderline* prvobitno je upotrijebljen prije više 70 godina od strane A. Sterna kako bi opisao stanje pacijenata koji su bili na granici između psihoze i neuroze, no nisu se mogli na odgovarajući način klasificirati (Kreisman i Straus, 2004). Za razliku od psihotičnih bolesnika, koji su bili hronično separirani od stvarnosti, i neurotičnih pacijenata, koji su konzistentnije odgovarali na psihoterapiju i bliske osobe, granični pacijenti funkcionirali su negdje između. Kroz desetljeća psihijatri su prepoznali postojanje ove "granične" bolesti, ali nisu bili u mogućnosti formulirati konsenzusnu definiciju. Konačno, 1980. godine u trećem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika (DSM-III) Američke Psihijatrijske Udruge po prvi put je klasificirana dijagnoza graničnog poremećaja ličnosti kroz specifične deskriptivne simptome (Kreisman i Straus, 2004). Termin „*granični*“ se inače koristio kao naziv za oblik emocionalno nestabilne ličnosti, koja uz granični, obuhvaća i tzv. impulzivni tip. Naspram toga *borderline* predstavlja nadređen pojam i označava poremećaj ličnosti (American Psychiatric Association, 2013).

Ponašanje osoba sa graničnim poremećajem ličnosti tipično se 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 (Kreisman i Straus, 2004). Poremećaj perzistira u starijoj dobi, ali u znatno manjoj mjeri.

Prevalencija graničnog poremećaja ličnosti u općoj populaciji seže od 1 do 2 %. Odnos javljanja u žena i muškaraca je 3:1. Neki podaci govore u prilog nepostojanju spolnih razlika (žene samo češće traže pomoć) (Begić, 2011). Prevalencija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je oko 6%, u ambulantnoj skrbi za psihičko zdravlje iznosi oko 10% te oko 20% među bolnički liječenim psihijatrijskim bolesnicima (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Najvažnija obilježja graničnog poremećaja ličnosti je pervazivni obrazac nestabilnosti u interpersonalnim odnosima, slici o sebi i afektu, te značajna impulzivnost, koji počinju od rane odrasle dobi i prisutni su u različitim okolnostima (Arntz, 1994). Osobe sa graničnim poremećajem



ličnosti čine velike napore da izbjegnu stvarno ili umišljeno napuštanje. Doživljaj prijeteće separacije ili odbacivanja, ili gubitak vanjske strukture, može dovesti do dubokih promjena u slici o sebi, afektu, kogniciji i ponašanju (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Ove osobe su vrlo osjetljive na okolnosti u okolini, te doživljavaju snažne strahove od napuštanja i neprimjerenu ljutnju čak i kada su suočene sa realnim vremenski ograničenim separacijama ili kad dolazi do neizbježnih promjena u planovima (Kreisman i Straus, 2004). Ovakve osobe često mogu smatrati da napuštanje znači da su oni zapravo loši. Njihovi konstantni naponi da izbjegnu napuštanje mogu uključivati i impulzivne aktivnosti kao što su samoozljeđivanje ili suicidalno ponašanje (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Obrazac nestabilnih i snažnih odnosa je još jedna karakteristika osoba sa graničnim poremećajem ličnosti. Idealiziranje potencijalnog skrbnika ili voljene osobe, provođenje mnogo vremena zajedno i dijeljenje najintimnijih detalja rano u odnosu je također nešto što uveliko karakteriše ove osobe. Međutim, vrlo brzo sa idealiziranja drugih ljudi prelaze na njihovo podcjenjivanje uz osjećaj da druga osoba o njima dovoljno ne skrbi, ne daje im dovoljno ili nije prisutna u njima odgovarajućoj mjeri (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Ove osobe mogu osjećati empatiju i brigu za druge ljude, ali samo uz očekivanje da će te druge osobe biti tu za njih da zadovolje njihove potrebe. Ove osobe su sklone iznenadnim i dramatičnim promjenama u pogledima na druge ljude, koje vide kao dobrodušne, što se izmjenjuje s doživljajem da ih okrutno kažnjavaju (Kreisman i Straus, 2004). Ove izmjene često su odraz razočarenja bliskom osobom čija je osobina brižnosti bila idealizirana ili čije se odbacivanje ili napuštanje očekuje. Mogu postojati smetnje identiteta obilježene značajno perzistirajuće nestabilnom slikom o sebi ili osjećajem selfa (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Postoje iznenadne i dramatične promjene u slici o sebi, karakterizirane promjenom ciljeva, vrijednosti i poslovnih želja. Česte su i iznenadne promjene u stavovima i planovima oko karijere, vrijednosti i vrste prijatelja te seksualnog identiteta. Premda obično imaju sliku o sebi koja se temelji na tome da su loši ili zli, osobe sa ovim poremećajem mogu nekada imati osjećaj da uopće ne postoje. Ovakva iskustva obično se pojavljuju u situacijama u kojima osoba osjeća da nema značajnih veza i potpore. Nestrukturirani radni ili školski zadaci mogu biti problem kod osoba sa graničnim poremećajem ličnosti. Također, pokazuju impulsivnost u najmanje dva područja koja su potencijalno štetna za njih. Oni mogu kockati, neodgovorno trošiti novac, prejedati se, zloupotrebljavati psihoaktivne supstance, upuštati se u nesigurna seksualna ponašanja ili nesmotreno voziti (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Suicidalna ponašanja te samoozljeđujuće ponašanje je također nešto što karakteriše osobe sa GPL-

om. Suicid se pojavljuje u 8-10% ovih osoba, a samoozljeđujuće aktivnosti i suicidalne prijetnje i pokušaji su vrlo česti (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Usljed toga često se obraćaju za pomoć psihijatrima i psihoterapeutima. Samoozljeđivanje se može pojaviti tokom disocijativnih iskustava. Osobe sa graničnim poremećajem ličnosti mogu pokazivati afektivnu nestabilnost koja je posljedica značajne reagibilnosti raspoloženja (npr. intenzivne epizode disforije, razdražljivosti ili anksioznosti koje obično traju po nekoliko sati i samo rijetko duže od nekoliko dana). Temeljno disforično raspoloženje osoba sa graničnim poremećajem ličnosti je obično narušeno razdobljima ljutnje, panike ili očajanja i rijetko je olakšano razdobljima dobrog osjećanja ili zadovoljstva (Kreisman i Straus, 2004). Ove epizode odražavaju iznimnu reagibilnost osobe na interpersonalni stres. Osobe sa graničnim poremećajem ličnosti može često mučiti i hronični osjećaj praznine što kao posljedica često dovodi do samoozljeđujućeg ponašanja pa i suicida. Lako ih hvata osjećaj dosade i stalno su u potrazi za onim šta će raditi. Osobe sa ovim poremećajem često pokazuju neprimjerenu, trajnu gorčinu ili verbalne izljeve bijesa. Bijes često izaziva doživljaj da je osoba zanemarena od strane skrbnika ili voljena osobe, da joj se uskraćuje bliskost, ili se ne brine o njoj. Mogu često imati nekontrolisanu ljutnju, te imaju poteškoće u kontroli ljutnje. Mogu pokazivati izniman sarkazam, što može predstavljati način odbrane od iskrenog iskaza emocija. Poslije iskaza ljutnje, često slijede sram i krivnja i ovo često pridonosi osjećaju vlastitog zlog ponašanja, za koje smatraju da imaju. Tokom razdoblja iznimnog stresa, mogu se pojaviti prolazne paranoidne ideje ili disocijativni simptomi (npr. depersonalizacija), no oni su obično nedovoljne težine ili trajanja da bi opravdali dodatnu dijagnozu (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Ove epizode najčešće se pojavljuju kao reakcija na stvarno ili zamišljeno napuštanje. Simptomi su prolazni, traju samo nekoliko minuta ili sati. Stvaran ili tako dožiljen povratak brige skrbnika može dovesti do remisije simptoma.

Osobe sa graničnim poremećajem ličnosti mogu imati obrazac potkopavanja sebe samih u trenutku kad bi se upravo trebao ostvariti neki cilj (npr. napuštaju školu netom prije diplomiranja; doživljavaju značajno pogoršanje nakon razgovora o tome kako terapija dobro teče; uništavaju dobru vezu onda kada je jasno da bi veza mogla potrajati) (American Psychiatric Association, 2013). Neke osobe razvijaju simptome slične psihotičnima (npr. halucinacije, iskrivljenja u slici tijela, ideje odnosa, hipnagogne pojave) tokom razdoblja stresa. Osobe sa GPL-om se mogu osjećati sigurnije uz prijelazne objekte odnosno uz ljubimca ili neki neživi objekat nego u

interpersonalnim odnosima. Prijevremena smrt zbog suicida moguća je kod osoba sa ovim poremećajem, a osobito onih sa istodobno prisutnim depresivnim poremećajem ili poremećajem uzimanja psihoaktivnih tvari (American Psychiatric Association, 2013). Česti gubici posla, prekidi školovanja, te separacije ili razvodi su usko vezani za ovaj poremećaj. Tjelesno i seksualno zlostavljanje, zanemarivanje, neprijateljski konflikti i rani gubitak roditelja češći je u djetinjstvu osoba sa graničnim poremećajem ličnosti. Česti istodobno prisutni poremećaji uključuju depresivne i bipolarne poremećaje, poremećaje uzimanja psihoaktivnih tvari, poremećaje jedenja (osobito bulimiju nervozu), postraumatski stresni poremećaj i deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (American Psychiatric Association, 2013). Granični poremećaj ličnosti se često pojavljuje zajedno sa drugim poremećajima ličnosti.

## 2.2. Razvoj i tijek poremećaja

Postoje značajne razlike u samom toku graničnog poremećaja ličnosti. Najčešći obrazac je onaj hronične nestabilnosti u ranoj odrasloj dobi, sa epizodama ozbiljne nemogućnosti kontrole emocija i poriva i vrlo čestog korištenja zdravstvene službe i službe za zaštitu psihičkog zdravlja (American Psychiatric Association, 2013). Oštećenja proizašla iz ovog poremećaja i rizik od suicida najveći su u mlađih odraslih osoba, ali se taj rizik smanjuje sa godinama. Premda sklonost prema intenzivnim emocijama, impulzivnosti, te intenzitetu u vezama traje cijelog života, osobe koje se uključe u terapijske postupke obično pokazuju poboljšanje koje počinje u prvoj godini. Tokom 30-ih i 40-ih, većina osoba sa ovim poremećajem uspostavlja veću stabilnost u svojim vezama i radnom funkcioniranju (American Psychiatric Association, 2013). Istraživanja sa praćenjem ovih osoba iz ambulantnih psihijatrijskih službi pokazuju da nakon oko deset godina gotovo polovina ovih ljudi više nema obrazac ponašanja koji bi zadovoljavao u potpunosti kriterije za granični poremećaj ličnosti.

## 2.3. Rizični i prognostički faktori

Granični poremećaj ličnosti je oko pet puta češći u bioloških rođaka u prvog koljena onih sa ovim poremećajem nego u općoj populaciji. Također postoji povišen obiteljski rizik za poremećaje uzimanja psihoaktivnih tvari, antisocijalni poremećaj ličnosti, te depresivne ili bipolarne poremećaje (American Psychiatric Association, 2013).

## 2.4. Diferencijalna dijagnoza

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

Drugi poremećaji su dosta slični sa graničnim te se mogu zamijeniti sa graničnim poremećajem ličnosti jer imaju neka zajednička obilježja te je to jedan od izazova u psihoterapijskom radu. Zbog toga je važno razdvojiti ove poremećaje na temelju razlika u njihovim karakterističnim obilježjima. Međutim, kad osoba ima obilježja ličnosti koja zadovoljavaju kriterije za jedan ili više poremećaja ličnosti uz granični poremećaj ličnosti, mogu se svi dijagnosticirati (American Psychiatric Association, 2013). Premda historijski poremećaj ličnosti također može biti obilježen traženjem pažnje, manipulativnim ponašanjem i brzim izmjenama emocija, granični poremećaj ličnosti se razlikuje po autodestruktivnosti, ljutitim prekidima bliskih veza i hroničnim osjećajem duboke praznine i usamljenosti. Paranoidne ideje ili iluzije mogu biti prisutne i kod graničnog poremećaja ličnosti i kod shizotipnog poremećaja ličnosti, ali su ovi simptomi više prolazni, nastali kao reakcija na interpersonalne događaje i reagibilni su na vanjske situacije kod graničnog poremećaja ličnosti. Paranoidni poremećaj ličnosti i narcistični poremećaj ličnosti mogu također biti obilježeni reakcijama ljutnje na manje poticaje, relativna odsutnost autodestruktivnosti, impulzivnosti i zabrinutosti zbog napuštanja, razlikuje ove poremećaje od graničnog poremećaja ličnosti (American Psychiatric Association, 2013). Premda i antisocijalni poremećaj ličnosti i granični poremećaj ličnosti karakterizira manipulativno ponašanje, osobe sa antisocijalnim poremećajem ličnosti su manipulativne da bi postigle dobit, položaj ili neki drugi materijalni cilj, dok je cilj osoba sa graničnim poremećajem ličnosti više usmjeren prema dobivanju pažnje od skrbnika (American Psychiatric Association, 2013). Također, strah od napuštanja je karakteristika i ovisnog poremećaja ličnosti i graničnog poremećaja ličnosti, ali osoba sa graničnim poremećajem ličnosti reagira na napuštanje osjećanjima emocionalne praznine, ljutnje i zahtjevnosti, dok osoba sa ovisnim poremećajem ličnosti reagira mirom i submisivnošću i hitno

traži zamjenu za ovaj odnos da bi dobila skrb i potporu. Granični poremećaj ličnosti može se razlikovati od ovisnog poremećaja ličnosti po tipičnom obrascu nestabilnih i snažnih veza (American Psychiatric Association, 2013).

Pervazivni obrazac nestabilnosti u interpersonalnim odnosima, slici o sebi, afektu i značajna impuzivnost, koji počinju od rane odrasle dobi i prisutni su u različitim situacijama, a očituju se kao pet ili više od sljedećeg (American Psychiatric Association, 2013):

1. Mahniti napori da se izbjegne stvarno ili zamišljeno napuštanje
2. Obrazac nestabilnih i intenzivnih interpersonalnih odnosa obilježenih izmjenama između krajnosti idealizacije i podcjenjivanja
3. Smetnje identiteta: značajno i perzistentno nestabilna slika o sebi ili osjećaju selfa
4. Impulzivnost u najmanje dva područja koja su potencijalno štetna za samu osobu (npr. rizična ponašanja, rizična seksualna ponašanja, zloupotreba psihoaktivnih tvari, nesmotrena vožnja, prejedanje)
5. Opetovano suicidalno ponašanje, geste ili prijetnje ili samoozljeđujuće ponašanje
6. Afektivna nestabilnost zbog snažne reaktivnosti raspoloženja (npr. epizode snažne disforije, razdražljivosti ili anksioznosti koje obično traju nekoliko sati i samo rijetko duže od par dana)
7. Hroničan osjećaj praznine
8. Neprimjerena, snažna ljutnja ili teškoće u kontroli ljutnje (npr. učestali izljevi bijesa, stalna ljutnja, opetovane tučnjave)
9. Prolazne paranoidne ideje ili teški disocijativni simptomi vezani uz stres

### 3. SPECIFIČNA OBILJEŽJA

Kriteriji graničnog poremećaja ličnosti se mogu grupirati u 3 opće klasifikacijske kategorije: poremećeni odnosi, nekontrolirano ponašanje i afektivna nestabilnost (Horvat, 2015).

#### 3.1. Poteškoće u odnosima

##### 3.1.1. Nestabilni interpersonalni odnosi

Jedna od važnijih odlika graničnog poremećaja ličnosti je nemogućnost i teškoće u uspostavljanju i održavanju međuljudskih odnosa. Osobe sa graničnim poremećajem ličnosti se veoma često upuštaju u disfunkcionalne odnose gdje mogu osjećati viktimizaciju od drugih te biti u ulozi žrtve (Stewart, 2011). Turbulentne veze i impulzivnost su dva najdiskriminativnija kriterija za definiranje ovog poremećaja (Kreisman i Straus, 2004). Istraživanja pokazuju da je najsavremeniji pristup terapiji graničnom poremećaju ličnosti zapravo rad na poboljšanju interpersonalnih vještina i osjećaja samoefikasnosti u međuljudskoj domeni, te se to ističe kao osnovna komponenta psihoterapijskog liječenja (Ryan i Shean, 2007). Klijenti sa graničnim poremećajem ličnosti u psihoterapijskim odnosima nerijetko imaju tendenciju da sa psihoterapeutom uspostavljaju brze, intenzivne, burne i ovisne veze, što bi svaki psihoterapeut trebao prepoznati u svrhu sprječavanja kontratransfera (Corey, 2004).

##### 3.1.2. Poteškoće u formiranju identiteta

Većina osoba sa graničnim poremećajem ličnosti vrlo teško razviju zaseban i konzistentan osjećaj vlastitog sebe. Oni često koriste trenutne dominantne osjećaje, misli i ponašanja pri definiranju vlastitog identiteta, sa malim ili nikakvim obzirom prema prijašnjim iskustvima. U velikoj mjeri pribjegavaju eksternom lokusu kontrole, te imaju manju mogućnost introspektivnog razmišljanja. Ovakav osjećaj neautentične ličnosti prema istraživanjima vjerovatno potiče iz djetinjstva kada je dijete bivalo obeshrabreno od sazrijevanja i odvajanja od roditelja (Kreisman i Straus, 2004).

Obzirom da nemaju stabilnu sliku o sebi, stalno su u potrazi za adekvatnim ulogama iz okoline te na taj način mogu ispuniti prazninu u svom identitetu. Njihova samosvijest varira između

glorifikacije i gnušanja, te nisu u mogućnosti na realističan način ocijeniti vlastite sposobnosti (Horvat, 2015).

Pored nestabilne slike o sebi osoba sa graničnim poremećajem ličnosti, emocija praznine je najviše otporna na promjene. Mnogi imaju tendenciju akomodirati se na takve osjećaje praznine, te promjena iziskuje velike napore. Pojam praznine se opisuje kao osjećaj besmislenosti ili emocionalne praznine koji uključuje alijenaciju od okoline (Gunderson, 2001). Nemogućnost osjećaja povezanosti sa ostatkom svijeta može se razviti u očajnički strah od napuštanja. Granična disocijacija se uglavnom pojavljuje i rješava iznenada, slično kao granični bijes i promjene raspoloženja (Kreisman i Straus, 2004).

## 3.2. Problemi samokontrole

### 3.2.1. Destruktivna impulzivnost

Impulzivnost je možda najčešći simptom graničnog poremećaja. Intenzitet simptoma značajno pridonosi dimenzija autodestruktivnosti koju impulzivne radnje obično sadrže, što može dovesti do seksualnog promiskuitetnog ponašanja te raznih ovisničkih ponašanja, poput kockanja, prekomjerne potrošnje, te anoreksije i bulimije. Impulzivna agresivnost kod osoba sa graničnim poremećajem ličnosti općenito je asocirana sa agresivnim odgovorima na provokacije koji su praćeni gubitkom bihevioralne kontrole (Horvat, 2015).

Mnoga istraživanja pokazuju da ove osobe imaju poremećaj inhibitorne kontrole (Ferraz, 2009). Osnovne karakteristike impulzivnosti kod graničnog poremećaja ličnosti su veća motorna aktivacija, manji kapacitet pažnje, smanjeno planiranje, te visoka razina agresivnosti i neprijateljstva specifično u dimenzijama sa većom zastupljenošću emocionalne komponente, kao što su ljutnja, sumnja, razdražljivost i krivnja (Horvat, 2015).

### 3.2.2. Samoozljeđivanje

Samoozljeđivanje osoba sa graničnim poremećajem ličnosti može početi kao impulzivna aktivnost, što s vremenom može početi kao ritual, koji služi za olakšanje od neugode. Suicidalno

ponašanje ne mora biti uvijek praćeno željom za smrću, nego može djelovati kao mehanizam za komunikaciju boli i molbe za pomoć (Horvat, 2015).

Studije pokazuju da dijagnozu poremećaja ličnosti prate izvršena samoubojstva u 30 posto slučajeva (Kreisman i Straus, 2004). Brojni faktori dodatno povećavaju rizik za samoubojstvo kod graničnih pojedinaca, kao što su: prethodni pokušaji suicida, prethodne hospitalizacije, postojanje perzistirajuće depresije, beznađe, impulzivnost i agresivnost, komorbiditetna antisocijalna obilježja, zloupotreba supstanci (Black, 2004).

### 3.3. Afektivna nestabilnost

#### 3.3.1. Strah od napuštanja

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

#### 3.3.2. Nestabilno raspoloženje

Karakteristika koja se najćešće vrlo brzo može primijetiti kod graničnog poremećaja ličnosti je afektivna nestabilnost tj. promjena raspoloženja. Emocije poput depresije, radosti ili ljutnje se mogu naglo promijeniti kao odgovor na podražaje iz okoline. Ekstremne promjene raspoloženja mogu biti simptom mnogih psiholoških bolesti, te mogu biti prekrivene drugim dijagnozama kao što su afektivni poremećaji (velika depresivna epizoda ili bipolarni afektivni poremećaj). Istraživanja pokazuju da raspoloženja povezana sa granićnim poremećajem ličnosti ne uključuju sve emocije (Kreisman i Straus, 2004).



### 3.3.3. Ljutnja

Većina osoba sa graničnim poremećajem ličnosti osjeća ljutnju većinu vremena, čak i ako ona nije izražena. Kada se takav bijes izrazi, obilježava ga iznenadnost i nepredvidivost (Horvat, 2015).

Konstantno prisutna ljutnja kod ovih pojedinaca je potisnuta strahom od napuštanja ili je usmjerena prema unutra i transformirana je u autodestruktivno ponašanje (Kreisman i Straus, 2004). Takva ljutnja može često imati podlogu drugih emocija, kao što je to npr. tuga, te je skrivanje iste nastalo socijalizacijom (Stewart, 2011).

### 3.4. Polarizirano mišljenje

Osobe sa graničnim poremećajem ličnosti teško prihvataju ljudske nedosljednosti i dvosmislenosti, te ne mogu pomiriti tuđe dobre i loše osobine u jedinstvenoj i koherentnoj slici. Često ne razdvajaju biće od ponašanja osobe, te djela i aktivnosti osobe mogu potpuno pripisivati ličnosti, a ne mogućim pogreškama i omaškama, koje se vrlo lako mogu napraviti (Stewart, 2011). Posljedično tome, u bilo kojem trenutku jedna je osoba ili isključivo dobra ili isključivo loša. Ova „polarna percepcija“ u odnosima s drugima primarni je odbrambeni mehanizam osoba sa graničnim poremećajem koji se naziva cijepanje (eng. *splitting*). Odnosi se na specifične kognitivne distorzije koje oblikuju shematiziranu diobu okolnog i unutarnjeg svijeta u dvije ekstremne kategorije: dobro i loše. To predstavlja rigidno razdvajanje pozitivnih i negativnih misli i osjećaja o sebi i drugima (Kreisman i Straus, 1989).

Dok većina osoba može iskusiti ambivalentnost i percipirati dva kontradiktorna stanja u jednom trenutku, osobe s graničnim poremećajem ličnosti karakteristično se pomiču naprijed i natrag iz jednog u drugo stanje te su u potpunosti nesvjesni jednog emocionalnog stanja dok proživljavaju drugo. Stručnjaci smatraju da je taj obrambeni mehanizam namijenjen za zaštitu graničnih osoba od proturječnih osjećaja i slika te od tjeskobe koja proizlazi iz tih kontradikcija. Međutim, taj mehanizam često i ironično postiže suprotan učinak: veću razinu anksioznosti i bijesa. Pretpostavlja se da dominantno korištenje ovog nefleksibilnog mehanizma obrane proizlazi iz traumatskih događaja ili neadekvatnih roditeljskih (poglavito majčinih) postupaka koji potiču inkorporaciju negativne reprezentacije selfa (pojma o sebi) u unutrašnji svijet. Rezultati nekih

istraživanja sugeriraju da je manja sposobnost graničnih pacijenata u svladavanju anksioznosti, bolnih te prijetećih impulsa povezana ne samo s pretjeranom uporabom maladaptivnih obrambenih mehanizama, već i sa nedovoljnim korištenjem adaptivnih obrana. Bond, Pariz i Zweig-Frank (1994) u svojem su istraživanju ustanovili da su granični pacijenti, u usporedbi sa zdravim pojedincima, češće i u većoj mjeri koristili maladaptivne mehanizme obrane kojima se iskrivljuju slike sebe i drugih. Adaptivne mehanizme, poput supresije, sublimacije i humora, osobe s graničnim poremećajem koristile su u znatno manjoj mjeri.

## **4. KARAKTERISTIKE KOGNITIVNO – BIHEVIORALNOG PRISTUPA U TRETMANU GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI**

Postoje tri kognitivno-bihevioralna shvatanja graničnog poremećaja ličnosti (GPL-a): *Linehaničino dijalektičko-bihevioralna terapija*, *Beckova kognitivno-bihevioralna terapija* i *Youngov model modaliteta shema*.

### 4.1. Pristupi u okviru kognitivno-bihevioralne terapije

#### 4.1.1. Dijalektičko-bihevioralna terapija

Prema Linehaničinom modelu, osobe s GPL-om obilježeni su disfunkcionalnom regulacijom emocija koja je vjerojatno konstitucijska (Linehan, 1993). Ova disregulacija uzrokuje snažne reakcije na stresne događaje i potrebno je dugo vremena da se emocije vrate na početno stanje. Druga pretpostavka je da je okolina osoba s GPL-om bila i još uvijek jest onesposobljavajuća. Poricanje, kažnjavanje ili neispravne reakcije na emocionalne reakcije djeteta, pretpostavlja se, pridonose problemima osoba s GPL-om u regulaciji, shvaćanju i podnošenju svojih emocionalnih reakcija (Linehan, 1993). Kasnije, same osobe s GPL-om onesposobljavaju svoje emocionalne reakcije i preuzimaju prepojednostavljen i nerealan pogled na emocije. Neprimjerene emocionalne reakcije, a posebice slaba kontrola u ekspresiji poriva i samougrožavajućeg i samoozljeđujućeg ponašanja primarni su ciljevi tretmana. Terapeut preuzima dijalektičko stajalište, s jedne strane prihvatajući emocionalnu bol (umjesto pokušaja da to izmijeni), te s druge strane mijenjajući prethodnike stresa i načina na koji se osoba pokušava nositi sa svojim emocijama (Linehan i sur., 2004). Sticanje vještina podnošenja i regulacije emocija, kao i potvrđivanje emocionalnih reakcija na središnjem su mjestu u Linehaničinoj DBT. DBT je u svom začetku osmišljen za liječnije samoozljeđujućih pacijenata, prije nego što je postalo jasno da bi većina ovih osoba danas dobila dijagnozu GPL-a. Nije iznenađujuće da su istraživanja pokazala da DBT ima najsnažniji učinak na samoozljeđujuće i teško samougrožavajuće ponašanje, uključujući i odustajanje od tretmana (Bateman i Fonagy, 2004).

Za dokazivanje uspješnosti liječenja putem DBT rađena su mnoga istraživanja koja pokazuju efikasnost tretmana i efektivnost u kliničkoj praksi.

Linehan je radila 5 randomiziranih kontrolirajućih studija koje pokazuju efikasnost tretmana za klijente sa GPL i parasuicidalnih ponašanja. Rezultati analiza pokazuju da klijenti koji su tretirani ovom terapijom imaju i nakon godinu dana od završetka tretmana značajno manje parasuicidalnih ponašanja, manje medicinskih teškoća, psihijatrijskih liječenja, manje manifestiraju ljutnju, imaju više socijalnih interakcija i generalno bolje funkcionišu. DBT smanjuje suicidalna ponašanja i odustajanje od terapije kod pacijenata sa GPL.

Linehan je radila dodatna istraživanja, replicirala studiju sa značajnim, detaljnijim mjerama kontrole, komparirajući jednu godinu DBT sa ne-bihevioralnim tretmanom u zajednici. Rezultati su pokazali da klijenti tretirani sa DBT su značajno manje imali pokušaja samoubistva, manje hospitalizacija zbog suicidalnih ideja i imali su niži rizik od parasuicidalnih ponašanja. Jedna od studija koje je Linehan radila uključila je uobičajni DBT (individualna terapija, grupni trening vještina, savjetovanje sa terapeutom), DBT-I (individualna terapija sa fokusom na vještine koje pacijenti već posjeduju, grupa sa nespecifičnim aktivnostima, bez učenja novih vještina), DBT-S (grupni trening vještina, zbrinjavanje slučaja bez individualne terapije). Studija se sastojala od jedne godine tretmana i druge godine praćenja. Sva tri tretmana su smanjili suicidalna ponašanja, DBT i DBT-S su bili učinkovitiji od DBT-I (bez učenja vještina) u smanjenju pokušaja samoubistva i epizodama nesuicidalnog povrjeđivanja u prvoj godini tretmana. Tokom praćenja hitne intervencije i hospitalizacije su značajno rjeđe prema DBT tretmanu nego prema DBT-I. Ključni faktori za uspješnost terapije su učenje vještina kao i prisutnost terapeuta koji paze na samodestruktivno ponašanje.

Rezultati također pokazuju da pacijenti tokom DBT manje odustaju od liječenja. Istraživanja Koons i saradnika o ispitivanju efikasnosti sa ženama veteranima sa BPD samo 40% je imalo historiju parasuicidalnosti. Nakon 6 mjeseci tretmana DBT pacijenti imaju značajno manje suicidalnih ideja, znakova depresivnosti, beznađa, bijesa u poređenju sa klasičnim kognitivno-bihevioralnim tretmanom.

Dimeff i saradnici, 2001. su uporedili DBT sa uobičajnim tretmanima za borderline dijagnoze u Holandiji. Pacijenti tretirani sa DBT imaju značajno manje samoozljeđivanja i impulzivnih ponašanja.

Follow-up nakon 6 mjeseci od završetka tretmana pokazuje da pacijenti imaju manji nivo parasuicidalnosti i impulsivnog ponašanja te da također manje konzumiraju alkohol. Pacijenti tretirani sa DBT imali su značajnije smanjenje bolesti zavisnosti u poređenju sa pacijentima tretiranim uobičajnim terapijama. Stopa retencije je također u korist DBT, DBT=55%, uobičajena terapija=19%. Osobe koje su podvrgnute DBT imaju značajnije smanjenje simptoma ovisnosti i značajno poboljšanje u socijalnom i globalnom funkcionisanju. DBT pokazuje se uspješna i u drugim aspektima života kao što su ponašanja koja su opasna po život i ozbiljna destabilizacija ponašanja. Terapeuti žele osigurati smanjenje rizika i problema klijenta, a organizacije žele smanjiti učestalost suicidalnih ponašanja i hospitalizacija. U svemu tome se pokazuje dijalektičko-bihevioralna terapija kao veoma uspješna.

#### 4.1.2. Beckova kognitivna terapija

Rana Beckova shvaćanja GPL-a naglašavala su ulogu pretpostavki kod ovog poremećaja. Beck i suradnici (1990) pretpostavili su da je velik broj pretpostavki koje su česte kod drugih poremećaja ličnosti, aktivan i kod GPL-a. Pretzer (1990) je dalje pretpostavio da su tri ključne pretpostavke bitne za GPL: "*Svijet je opasan i zlonamjerman*", "*Ja sam nemoćan i ranjiv*" i "*Ja sam jednostavno neprihvatljiv*". Prva pretpostavka u kombinaciji s drugom, pretpostavlja se, dovodi do većeg stepena opreza i interpersonalnog nepovjerenja. Osim pojačanog opreza, pretpostavlja se da su i druge dvije kognitivne karakteristike od bitnog značenja za GPL: *dihotomno mišljenje i slab osjećaj identiteta* (tj. slabo sređena shema selfa) (Petzer, 1990). Ove tri temeljne pretpostavke i tri kognitivne karakteristike vjerojatno igraju središnju ulogu u održavanju ovog poremećaja i zbog toga su glavni ciljevi terapije. Na primjer, u neku ruku paradoksalna kombinacija ovisnih pretpostavki (vjerovanje osobe da je slaba i nesposobna, dok su drugi snažni i sposobni) i paranoidnih pretpostavki (vjerovanje da se drugima ne može vjerovati i da su zlonamjerni) smatra se da podržava nestabilno i ekstremno interpersonalno ponašanje osobe s GPL-om, izmjenjujući se između vezanja za druge ljude i odgurivanja drugih zbog nepovjerenja. Dihotomno mišljenje pridonosi emocionalnoj buri i ekstremnim odlukama ovih osoba, kao što i nedostatak sposobnosti procjene stvari u nijansama sive pridonosi iznenadnim i ekstremnim promjenama osobe s GPL strukturom (Zanarini, 2005). Kao posljedica toga, smanjivanje dihotomnog mišljenja važan je element Pretzerova prijedloga tretmana, na koji se treba usmjeriti rano u tretmanu, čim se formira radni savez.

Layden, Newman, Freeman i Morse (1993) su dalje razradili kognitivni model i predložili brojne druge tendencije i procese i njih povezali s ranim dječijim razvojem i pretpostavljenim zastojima u razvoju osobe s GPL-om. Layden i suradnici također naglašavaju ulogu neverbalnih elemenata u bazičnim shemama osobe s GPL-om, koje također povezuju s ranim preverbalnim razvojem. Kao posljedica, Layden i sur. naglašavaju korištenje iskustvenih tehnika, prvenstveno rada na zamišljanju, u tretmanu.

Arntz (1994) je povezoao Pretzerova opažanja s nalazima visoke prevalencije zlostavljanja u djetinjstvu kod GPL-a, predloživši da način na koji dijete obrađuje ovo zlostavljanje dovodi do stvaranja bazičnih pretpostavki i kognitivnih karakteristika osobe s GPL-om. On je predložio povezivanje Beckove kognitivne terapije ovdje i sada s povijesnim radom obrade zlostavljanja u djetinjstvu i ispravljanja patogenih zaključaka koji proizilaze iz zlostavljanja. U skladu s Laydenom i sur., naglašava se važnost iskustvene metode u tretmanu ranih dječijih pamćenja (Arntz i Weertman, 1999; Smucker, Dancu, Foa i Niederee, 1995).

Kognitivno-bihevioralna terapija po preporuci Becka, Freemana i suradnika (1990) istraživana je u najmanje dva nekontrolirana istraživanja. Brown, Newman, Charlesworth i Chrits-Cristoph (2004) su utvrdili značajno smanjenje suicidalnih ideja, bespomoćnosti, depresije, broja simptoma GPL-a i disfunkcionalnih vjerovanja nakon godinu dana kognitivno-bihevioralne terapije suicidalnih ili samoozljeđujućih osoba s GPL-om. Rezultati su se zadržali i nakon šest mjeseci praćenja. Veličina učinka bila je umjerena (0,22-0,55). Stopa odustajanja bila je 9,4%. Arntz (1994) je utvrdio pozitivne učinke dugotrajne kognitivno-bihevioralne terapije u miješanom uzorku poremećaja ličnosti, koji je uključivao šest osoba s GPL-om. Dvije osobe s GPL-om odustale su prerano, no preostale četiri zadržale su dobre rezultate. U jednom kontroliranom istraživanju, Berk, Forman, Henriques, Brown i Beck (2002) pokazali su da kratkotrajna, usmjerena kognitivno-bihevioralna terapija ima veći uspjeh od kontrolnog tretmana u smanjivanju suicidalnih ideja i pokušaja suicida u visokosucidalnih osoba s GPL-om.

#### 4.1.3. Youngov model shema

Shvaćanje da temeljna patologija GPL-a proizlazi iz visokozatrašujućeg, zlostavljanog djeteta koje je ostavljeno samo u zlom svijetu, koje žudi za sigurnošću i pomoći, no nepovjerljivom zbog straha od daljnjeg zlostavljanja i napuštanja, u velikoj je mjeri povezano s modelom koji je razvio Young (McGinn i Young, 1996). Da bi se razumjele iznenadne promjene u ponašanju osobe s GPL-om, Young je razvio ideju, tijekom 1980-ih, a koju je uveo Aaron Beck u kliničkim radionicama, da neka patološka stanja osoba s GPL-om jesu neka vrsta regresije u snažno emocionalno stanje koje je doživljeno u dječijoj dobi. Young je formulirao ova stanja kao modalitete shema, to je uz regresivna stanja poput djeteta, također pretpostavio i manje regresivne modalitete shema. Modalitet sheme je organizirani obrazac mišljenja, osjećanja i ponašanja utemeljen na sklopu shema, razmjerno nezavisan od drugih modaliteta shema (McGinn i Young, 1996). Za osobe s GPL-om pretpostavlja se da se katkad iznenadno prebacuju iz jednog modaliteta u drugi. Kao što je to primijetio Beck, neka od ovih stanja čine se više djetinjastima i mogu biti zbunjujuća i za pacijente i za druge ljude. Young je pretpostavio da su za GPL od središnjeg značenja četiri modaliteta shema: modalitet napuštenog djeteta; modalitet srditog/impulzivnog djeteta; modalitet kažnjavajućeg roditelja i modalitet udaljenog zaštitnika. Osim toga, postoji i modalitet zdravog odraslog, kojim se opisuje zdrava strana klijenta.

Modalitet zlostavljanog i napuštenog djeteta označava stanje očaja u kojem osoba može biti, vezano uz (prijetecu) napuštanje i zlostavljanje koje je pacijent doživio kao dijete. Uobičajena bazična vjerovanja su da su drugi ljudi zlonamjerni, da im se ne može vjerovati i da će napustiti ili kazniti, osobito kad s njima postaneš blizak. Druga bazična vjerovanja jesu: "*Moja emocionalna bol nikad neće prestati*", "*Uvijek ću ostati sam*" i "*Neće biti nikoga tko bi za mene brinuo*". Klijent se može ponašati kao uznemireno i očajno dijete, žuditi za umirenjem i brigom, ali ih se istovremeno boji. Mnogi terapeuti ne vole ovakvo iskazivanje emocija jer se boje krize i prevelike ovisnosti klijenta (Bateman i Fonagy, 2004). Najčešće se i klijent boji ovog modaliteta, ne samo zbog snažne emocionalne boli i reaktivacije traume povezane sa sjećanjima i osjećajima, već također jer njezina aktivacija može dovesti do aktivacije modaliteta kažnjavajućih roditelja. Ovo upućuje na ozbiljno stanje samokažnjavanja, tijekom kojega se čini da klijent osuđuje sebe kao lošeg i zlog, koji zaslužuje kaznu (McGinn i Young, 1996). Iskazivanje negativnih emocija, stajališta i želja skrbnici su obično kažnjavali, pripisujući ih karakteru, katkad jasno ("*Ti si loše*

dijete"), katkad posredno (npr. ignorirajući dijete danima). Prijetnje napuštanjem ("*Poslat ću te u dom*"), verbalna ili tjelesna agresija i (prijetnje) teškim kažnjavanjem od strane skrbnika pretpostavlja se da su se internalizirale kod ovog modaliteta (Paris, 2008). Uobičajena bazična vjerovanja jesu "*ti si loš (zao) i zaslužuješ kaznu*", "*tvoje mišljenje/želje/emocije su pogrešne*"; "*nemaš pravo iskazavati svoje mišljenje/želje/emocije*"; "*ti samo želiš manipulirati*". Često pacijent ne samo da doživljava ove kažnjavajuće misli, već im dodaje i kažnjavajuće aktivnosti, kao što su samopovređivanje, uništavanje dobrih stvari u svome životu i nedolaženje na seanse. Glavni je osjećaj krivnja. Klijent može izazvati kažnjavajuće reakcije kod drugih, uključujući i terapeuta.

Jedan od drugih modaliteta kojeg se klijent (i terapeuti) često boje jest modalitet srditog/impulzivnog djeteta. Ono označava stadij djetinjastog bijesa ili samonagrađujuće impulzivnosti koja je, dugoročno gledano, loša za klijenta i njegove odnose (McGinn i Young, 1996). I dok Young navodi da osobe s GPL-om obično izbjegavaju iskustvo i izražavanje srdžbe, napetost potisnute sržbe može se nakupljati i iznenada iskazati na razmjerno nekontroliran način. Ova stanja nalik na izljeve bijesa, prema ovom modelu, obično slijede nakon aktivacije modaliteta kažnjavajućeg roditelja. Impulzivna ponašanja koja dovode do neposrednog zadovoljenja potreba također se pripisuju ovom modalitetu. Vjerovanja u podlozi jesu: "*Uskraćena su mi moja osnovna prava*", "*Drugi su ljudi zli i pakosni*"; "*Moram se boriti ili jednostavno uzeti što trebam da bih preživio*".

Premda su osobe s GPL-om opće poznate po svojim krizama i srdžbi, terapeuti koji duže vrijeme rade s njima primjetili su da su oni veći dio vremena odvojeni. Čini se da oni ne stvaraju pravi kontakt s drugim ljudima ili sa svojim vlastitim osjećajima i stajalištima (Beck, 2011). Prema Youngu, oni se nalaze u modalitetu udaljenog zaštitnika, nekoj vrsti zaštitničkog stila koje je dijete razvilo da bi preživjelo u opasnome svijetu. Ovaj modalitet treba da služi zaštiti klijenta od vezanja (jer nakon vezanja može uslijediti bol, napuštanje, kazna ili zlostavljanje), emocionalnog iskustva, asertivnosti i razvoja, jer svaki od njih upućuje na moguću bol i aktivaciju kažnjavajućeg modaliteta. Bazična vjerovanja jesu da nema smisla osjećati emocije i povezivati se s drugim ljudima; da je čak i opasno to učiniti; da je odvojenost jedini način da se preživi i preuzme kontrola nad vlastitim životom (Bateman i Fonagy, 2004). Često ovi klijenti koriste različite strategije da održe ovaj modalitet, uključujući kognitivno izbjegavanje osjećanja i mišljenja; nerazgovaranje;



izbjegavanje drugih ljudi i aktivnosti; spavanje, razvoj i pritužbe na somatsku nelagodu; korištenje droga i alkohola; pa čak i (para)suicid.

Kognitivno-bihevioralni pristup tretmanu utemeljen na Youngovu modelu shema (McGinn i Young, 1996; Young, Klosko i Weishaar, 2003) i Arntzovu proširenju (1994) Beckove kognitivno-bihevioralne terapije trenutačno se uspoređuje s modernom psihodinamskom terapijom (psihoterapijom usmjerenom na transfer – PUT), koju su razvili Kernberg i suradnici 1989. godine. Prije nego što je ovo istraživanje započelo, terapeuti su liječili pacijente koji nisu bili randomizirani po ova dva uvjeta. Preliminarni rezultati pokazuju da je 10% od 20 klijenata u kognitivno-bihevioralnoj terapiji i 47% (3 zbog suicida) od 17 pacijenata liječenih PUT-om završio tretman prije vremena (Arntz, 1994). Oni koji su završili tretman postupno su se poboljšali uz obje vrste tretmana. Ove rezultate treba interpretirati uz veliki oprez, jer klijenti nisu bili slučajno dodijeljeni metodi tretmana. Preliminarni rezultati konačnog multicentričnog istraživanja, koje će ispitati tri godine tretmana (N = 88, ovog puta randomizirani) uz većinu pacijenata liječenih manje od godinu dana, ponovno upućuju na to da je psihodinamski tretman snažnije povezan s ranijim završavanjem (u to vrijeme 28% (PUT) nasuprot 7% (kognitivno-bihevioralna terapija)) (Giesen- Bloo, Arntz, van Dyck, Spinhoven i van Tilburn, 2001). Nakon dvije godine, stopa odustajanja od PUT -a je bila 42%, u usporedbi sa 13% kod kognitivno- bihevioralne terapije (Giesen-Bloo, Arntz, van Dyck, Spinhoven i van Tilburn, 2002). Podaci nadalje pokazuju da jednogodišnji tretman može dovesti do značajnog smanjenja očitovanja GPL-a (veličina učinka 0,89-1,12) i značajnog povećanja kvalitete života, čak i u područjima koja nisu direktno povezana sa psihijatrijskim simptomima (veličina učinka 0,66), te da se ove varijable nastavljaju popravljati u drugoj godini tretmana (kumulativna veličina učinka za očitovanja GPL-a: 1,00-1,35; za kvalitetu života: 0,67) (Giesen-Bloo i sur., 2001, 2002). Potpuna usporedba oba tretmana u tom pitanju još nije dostupna.

## 4.2. Specifične intervencije

### 4.2.1. Hijerarhijski pristup

Pri odabiru problema kojim će se terapeut baviti, mudro je koristiti hijerarhijski pristup (Tabela 1). Pitanja života i smrti trebaju uvijek dobiti prvenstvo. Među njima su suicidalni porivi i druga opasna ponašanja, uključujući i ponašanja kojima se prijeti ili ugrožava život drugih ljudi, osobito ovisne djece. Sljedeća na hijerarhiji jesu pitanja koja ugrožavaju terapijski odnos (Beck, 2011).

*Tabela 1*  
Hijerarhija pitanja koje treba obraditi

---

Hijerarhija pitanja koje treba obraditi

---

1. Životno ugrožavajući problemi
2. Terapijski odnos
3. Samougrožavajuća pitanja
4. Drugi problemi, rad na shemama i obrada trauma

---

Ova uključuju želju pacijenta da prijevremeno prekine terapiju, da se odseli u drugi grad, da ne dođe na terapiju, da započne drugu terapiju uz trenutačnu; negativni osjećaji pacijenta prema terapeutu i terapeuta prema pacijentu; kašnjenje; korištenje mobitela tijekom seanse; itd. Razlog zbog kojeg su pitanja koja ugrožavaju terapijski odnos tako visoko na ovoj hijerarhiji jest što je dobar terapijski odnos nužan za druga pitanja. Treće, premda ne neposredno životno ugrožavajuća, mnoga samougrožavajuća ponašanja su toliko ometajuća da nema prostora za bavljenje shemama koje su u podlozi (Bateman i Fonagy, 2004). Samoozljeđivanje, štetna upotreba droga i lijekova, nedolaženje na posao, impulzivne aktivnosti i odluke, neodgovarajuća prehrana i stanovanje, te slaba kontrola emocionalnih izljeva primjeri su ometajućih ponašanja. Premda je korisno opetovano se vraćati na ova pitanja, tražiti od klijenta da s njima prekine, te da radi na alternativnim mogućnostima i rješenjima, terapeut ne treba očekivati, a osobito ne inzistirati, na promjeni rano u terapiji. Patologija pacijenta može biti toliko duboka da je terapeut treba podnositi dugo vremena,

što ne znači da je treba opetovano nuditi na dnevni red. Ostala, ne i najmanje važna, pitanja, uključujući rad na shemama i obradi trauma, trebaju se također obraditi.

Ova hijerarhija nije samo pomoć u odlučivanju o redu rješavanja problema unutar seanse, već također i za planiranje terapijskog procesa u cjelini. Bavljenje traumama iz djetinjstva može, na primjer, potaknuti životno ugrožavajuće ponašanje, koje time dobiva prioritet, nakon čega se pažnja može ponovno usmjeriti na obradu traume.

#### 4.2.2. Rješavanje kriza

Premda uvijek mora postojati služba za krizna stanja, terapeut je najvažnija osoba u intervencijama kriznih situacija. Kao što je rečeno, većinu kriza izazivaju pacijentova negativna vjerovanja o doživljenim emocijama. Primarna strategija borbe protiv ovih vjerovanja jest preuzimanje smirenog, prihvaćajućeg i umirujućeg stava (Zanarini, 2005). Važni su empatijsko slušanje pacijenta, ispitivanje o osjećajima i interpretacijama i potvrđivanje osjećaja. Često, samokažnjavajuće ideje i aktivnosti (prema Youngovu modelu - modalitet kažnjavajućeg roditelja) igraju disfunkcionalnu ulogu i mogu biti važne za aktivno traganje za ovim mislima i borbu protiv njih (npr. *"To nije istina, vi ste dobra osoba i potpuno je u redu osjećati se tužno i srdito kad vas suprug napusti; a ja sam sretan što ste mi ispričali o svojim osjećajima"*).

Dostupnost tijekom krize može pomoći jer rane intervencije često sprječavaju pogoršanja, samoozljeđivanje, štetnu upotrebu droga ili druge neprilagođene aktivnosti i smanjuju potrebu za hospitalizacijom. Prije ili kasnije tijekom tretmana moguće je postići dogovor s klijentom da se ne uključuje u disfunkcionalno ponašanje (kao što je samopovrijeđivanje), prije razgovora s terapeutom. Već od ranije je poznato da u većini slučajeva empatijsko slušanje i telefonski razgovor s klijentom ublažava krizno stanje već za 15 do 20 minuta (Foreman i Pollard, 2011). Tijekom tretmana, klijent postupno internalizira ovaj novi stav prema teškim osjećajima i može ga sam primijeniti na sebi tako da neposredna pomoć drugih ljudi postaje manje potrebna. Terapeut može pomoći u ovom prijelazu snimajući audiokasete sa smirujućim riječima, te tako da napravi kartice za klijenta koje može koristiti da se prisjeti smirujućih misli.

Jedna od čestih zamki događa se kad terapeut počinje prerano nuditi praktične savjete kako da se riješi problem ili kriza. Ovo obično podgrijava kažnjavajuća vjerovanja (*"dakle, ja sam radio*

*pogrešno*") i odmaže stvaranju zdravog stava prema doživljenim emocijama (Foreman i Pollard, 2011). Praktični problemi mogu se rješavati kad se umire emocije i često je klijent tada sposoban riješiti ih sam. Postoje, međutim, okolnosti kad nije poželjno slijediti ove smjernice. Primjer je pacijentica koja je toliko intoksicirana (alkoholom, benzodijazepinima itd.) da razgovor s njom ima malo smisla i ona ne može kontrolirati svoje agresivne porive. Tada je indicirana zdravstvena pomoć. Drugi primjer je kad pacijent poduzima samoozljeđujuće ponašanje dok razgovara s terapeutom. Terapeut tada treba postaviti jasne granice (npr. *želim da se prekinete rezati, i tada ćemo razgovarati o vašim osjećajima; stoga spustite nož*).

#### 4.2.3. Postavljanje granica

Neka su ponašanja toliko neprihvatljiva da ih terapeut treba ograničiti. To uključuje ponašanja koja prelaze osobne granice terapeuta (npr. praćenje, prijetnje ili vrijeđanje terapeuta). Neprihvatljivo ponašanje također uključuje opasne aktivnosti koje prijete životu pacijenta ili nastavku terapije. Formalno postavljanje granica treba se napraviti kad terapeut osjeća da može provesti i posljednji korak, prekid terapije. Ako ne, terapeut treba podnositi ovo ponašanje, a u međuvremenu nastaviti suočavati klijenta s njime i raditi na promjeni. U primjeni ove tehnike, terapeut mora biti čvrst oko granica, koristiti svoje osobne motive da ih objasni i razgovarati o klijentovu ponašanju i ne kritizirati njegov karakter. Nikada se ne smije pretpostaviti da klijent treba znati da je takvo ponašanje terapeutu neprihvatljivo (Gunderson i Links, 2008).

### 4.3. Kognitivne tehnike

#### 4.3.1. Rad na dihotomnom mišljenju

Osobe s GPL-om često misle na dihotoman način, čime se potiču ekstremne emocije, polariziraju konflikti i donose iznenadne, ekstremne, impulzivne odluke (Linehan, 1993). Važno je pomoći im da osvijeste ovaj način mišljenja, njegove pogubne posljedice i naučiti ih procjenjivati situacije na drugačiji način. Da bi se razvio prilagođeniji stil mišljenja, mogu se koristiti strukturirane vježbe. Jedna od korisnih metoda jest korištenje školske ploče da se pokaže razlika između crno-bijelog mišljenja i tzv. *stepenastog* mišljenja. Na ploči, terapeut uspoređuje stavljanje neke aktivnosti ili osobe u jednu od dva odjeljka (crni ili bijeli), odnosno, s druge strane, stvarajući

vidne analogne ljestvice - vodoravne crte između dva ekstrema. Dakle, različiti ljudi, aktivnosti ili osobine ličnosti mogu se smjestiti u dihotomni sustav ili se mogu smjestiti negdje na kontinuumu.

#### 4.3.2. Kartice

Ono što se postigne u seansi često je osobi s GPL-om teško zapamtiti kad joj zatreba. Ako je neka shema zaista pokrenuta, čini se da je sveukupno mišljenje i osjećanje njome predodređeno, i klijent ima velikih teškoća da preuzme neku drugu perspektivu. Kartice mogu biti posebno korisne kao pomoć u pamćenju, te da se na licu mjesta bore protiv patogenih shema. Obično, na jednoj strani karte opisane su patogene reakcije i aktivirane sheme (modalitet) kako bi klijent mogao razumjeti da su njegove emocije prouzročene aktivacijom te sheme. Na drugoj se strani nudi zdravo stajalište, zajedno s funkcionalnim načinom rješavanja tog problema. Neki pacijenti uvijek nose sa sobom kartice kao neku vrstu sigurnosnog mehanizma, ne samo zbog sadržaja, već i zbog toga što im daje osjećaj da su povezani s terapijom i terapeutom (Paris, 2008).

#### 4.3.3. Iskustvene tehnike

Jedna snažna tehnika za postizanje promjene u bolnim dječijim sjećanjima na razini shema jest promjena scenarija u mašti (Weertman i Arntz, 2001). U većini slučajeva, neka trenutačna negativna emocija uzima se kao memorijski most za dječije sjećanje, koje osoba zamišlja (ako je moguće) zatvorenih očiju. Kad pacijent jasno zamisli sjećanje iz djetinjstva i aktivira se osjećaj, terapeut (ili neka druga sigurna i snažna osoba) treba ući u scenu i intervenirati. Osobe s GPL-om obično, barem na početku tretmana, nisu zdravi i dovoljno snažni da sami interveniraju, tako da netko drugi treba poslužiti kao onaj koji će intervenirati. Ta osoba zaustavlja zlostavljanje, ili neku drugu bolnu situaciju, spašava dijete i pita dijete što mu treba. Posebna se pažnja treba posvetiti ispravljanju negativnih interpretacija i umirivanju djeteta, tijekom kojega se treba ponuditi zamišljeni tjelesni kontakt jer je on najsnažniji način prenošenja utjehe i ljubavi djetetu. Ako klijent ne prihvati tjelesni kontakt, ne treba ga ni na koji način na njega prisiljavati (Weertman i Arntz, 2001).

Potrebno je da terapeut preuzima nekoliko uloga, intervenira i štiti dijete, ispravlja disfunkcionalne ideje o krivnji i nevaljalosti, te tješi dijete, da bi se ovo iskustvo moglo i

emocionalno obraditi. Terapeut djeluje, drugim riječima, onako kako bi napravio dobar roditelj. Svrha promjene scenarija nije da iskrivi ili zamijeni realnost klijentova djetinjstva (koje je općenito loše), već da ispravi disfunkcionalna vjerovanja, da pruži korektivno iskustvo, te da pobudi osjećaje koji su se izbjegavali ili bili potisnuti. Obično je zamišljanje s promjenom scenarija jako sučeljavajuće, jer se klijent počinje sučeljavati sa shvaćanjem što je propustio i kako je bio zlostavljan, nakon čega slijedi razdoblje žalovanja. Terapeut treba pomoći klijentu tijekom ovog razdoblja, održavajući ravnotežu usmjeravanja fokusa na ovdje i sada i na obradu dječijih sjećanja. Umjesto zamišljanja, može se koristiti i igranje uloga situacija iz djetinjstva. Međutim, neka su ponašanja čudna ili neetična da bi se u njima sudjelovalo u igranju uloga (tj. terapeut uzima dijete u krilo), tako da zamišljanje predstavlja lakšu i sigurniju strategiju (Healy, 2008).

#### 4.3.4. Tehnike prazne stolice

Kažnjavajući skrbnici, prijeteće osobe u sadašnjosti ili kažnjavajući modalitet shema može se simbolično postaviti na praznu stolicu i terapeut i/ili klijent može sigurno iskazivati osjećaje i stajališta prema njima. Često je pametno da terapeut prvi pokaže ovu tehniku jer klijenti mogu biti previše ustrašeni da se otvore (Healy, 2008).

#### 4.3.5. Doživljavanje emocija

Osobe s GPL-om trebaju naučiti podnositi iskustvo snažnih negativnih emocija, bez iskazivanja ponašanja koje služi izbjegavanju ili bijegu od ovog iskustva (Beck, 2011). Mogu biti korisne tehnike izlaganja poznate iz bihevioralne terapije kao što su vježbe pisanja, kao što je pisanje pisma bivšem zlostavljaču (ali ne i slanje pisma) u kojem klijent iznosi sve svoje osjećaje. Osobe s GPL-om se posebno boje doživljaja bijesa jer se boje da će izgubiti kontrolu i postati agresivni. Kao međustadij, terapeut može pokazivati verbalno izražavanje bijesa dok udara u jastuk, te zatražiti od klijenta da se pridruži. Ovo smanjuje strah od bijesa. Kasnije, klijenta se može zamoliti da pokuša doživjeti bijes bez uključivanja u bilo kakvu bihevioralnu aktivnost. Nakon toga klijent otkriva da može podnijeti visok stepen emocija, a da ne mora bihevioralno iskazati ove emocije i bez gubitka kontrole (Leahy, Tirsch i Napolitano, 2011).

#### 4.4. Bihevioralne tehnike

Ove tehnike korisne su za podučavanje klijenta o interpersonalnim vještinama, kao što su primjerena asertivnost i izražavanje emocija prema drugim osobama. Terapeut obično prvo pokazuje iskazivanje asertivnosti jer je mnogo osoba s GPL-om iskreno zbunjeno oko toga kako da provedu učinkovito iskazivanje emocija.

Eksperimentiranje novim ponašanjem je jedan od snažnih načina potkrepljivanja novih shema i strategija jest da se klijenta zamoli da se ponaša u skladu s njima. Dakle, čak i kad klijent i dalje osjeća da ovaj novi način ponašanja nije integriran u njega, može biti od pomoći.

#### 5.5. Farmakološke intervencije

Osobe s GPL-om mogu doživljavati vrlo visoke razine negativnih emocija i istovremeno imati malo tolerancije za ovakvo raspoloženje. Posljedično tome, često se propisuju lijekovi. Istraživanja su pokazala da antidepresivi mogu biti učinkoviti u smanjivanju depresivnih osjećaja, a antipsihotici mogu pomoći u smanjivanju anksioznosti, bijesa, problema s impulzivnošću i psihotičnih simptoma (Dimeff, McDavid i Linehan, 1999; Soloff, 1994). Treba napomenuti da su učinci tretmana bili općenito umjereni, a većina je lijekova testirana samo tijekom kraćeg razdoblja. Općenito, farmakoterapija se smatra mogućim dodatkom psihoterapiji, a ne samim tretmanom GPL-a (Bateman i Fonagy, 2004). Osim toga, postoje specifični rizici u propisivanju lijekova ovoj populaciji: paradoksalni učinci štetna upotreba te ovisnost i korištenje za suicidalne namjere. Ovo je naročito moguće kod benzodijazepina, koji se mogu propisati kad su pacijenti u stanju akutnog straha. Često, ovaj strah hrane agresivni porivi za koje pacijent osjeća da ih ne može kontrolirati. Korištenje benzodijazepina može dovesti do smanjenja straha u provođenju ovih poriva i snižavanju praga za provođenje takvih aktivnosti, slično alkoholu (Cowdry i Gardner, 1988; Gardner i Cowdry, 1985). Često je viđeno i pojačavanje emocionalnih kriza, što je dovelo do samoozljeđivanja i suicidalnih pokušaja, nakon upotrebe benzodijazepina, a osobito kad su se koristili u kombinaciji s alkoholom. Ovaj "paradoksalni" učinak treba objasniti klijentu i od njega/nje zatražiti da prekine s upotrebom benzodijazepina i alkohola (Bateman i Fonagy, 2004). Kratkotrajno korištenje antipsihotika je obično sigurnija alternativa, kad se čini da su razine anksioznosti postale nepodnošljive. Dugotrajno korištenje antipsihotika smanjuje mnoge simptome

GPL-a, ali može onemogućiti bavljenje važnim osjećajima, te se stoga općenito ne podržava (Zanarini, 2005).



## 5. PROBLEMI U TRETMANU

Najveći problemi terapeutima uključuju namjerno samoozljeđivanje, ponavljanje suicidalne prijetnje, te impulzivna ponašanja s potencijalno autodestruktivnim posljedicama. Ova ponašanja mogu predstavljati klijentovo samokažnjavanje, te se mogu javiti u stanjima opijenosti kao posljedica konzumacije psihoaktivnih supstanci. Potrebno je ispitati namjere klijenta u određenim aktivnostima. Ukoliko se suicidalne namjere potvrde, sigurnost klijenta postaje prioritet u terapiji. To može zahtijevati hospitalizaciju, a nerijetko zahtjeva i kontakt s članovima obitelji. U situacijama u kojima se prisutnost suicidalnih namjera ne potvrdi, učinkovito upravljanje samoozljeđujućim ponašanjima ili prijetnjama može se postići iskazivanjem zabrinute pažnje te uspostavom plana za upravljanje u kriznim situacijama. Ako se, kojim slučajem, klijent upusti u autodestruktivna ponašanja, u skrb klijenta nužno je uključiti psihijatra, koji raspolaže iskustvom rada s pacijentima s graničnim poremećajem ličnosti. Izazov za psihoterapeute jeste utvrđivanje kako reagirati na klijentovo često izražavanje ljutnje prema odvojenosti od obitelji, te se radi toga psihoterapeuti često susreću sa članovima obitelji koji se bore sa osjećajima ljutnje i nemoći. Istraživanja pokazuju višestruku dobit koju nosi uključivanje članova obitelji u terapijski proces što uključuje unapređene razumijevanja i podrške obitelji klijentu, olakšavanje komunikacije između njih, kao i umanjivanje emocionalnog i financijskog tereta klijenta (Horvat, 2015).

Zbog mnogih problema, te zbog niza specifičnih simptoma, tretman za granični poremećaj ličnosti iznimno je teško strukturirati, te je zbog toga važno staviti važnost na komunikaciju. Kreisman i Straus (2004) su ponudili generalni komunikacijski pristup osobama s graničnim poremećajem ličnosti koji sadrži pet sljedećih akcijskih koraka:

### 1. Održavati granice

Bez terapeutovog dosljednog osjećaja identiteta, jedna se klijentova granica lako spaja s drugom. Zbog toga je neophodno da obje strane zadrže svoju odvojenost. Nužno je prepoznati i prihvatiti razlike. Pri tomu se moraju uvažiti klijentova ograničenja i dati mu do znanja da ga se potpuno prihvaća čak i kada prijeti samoubojstvom i zagorčava život svima drugima, uključujući i samom terapeutu.

## 2. Ne preuzimati odgovornost

Ako se jasne granice ne održavaju, terapeut ili druga bliska osoba mogu osjećati odgovornost za emocije ili ponašanja klijenta. Pokušaji promjene, zaštite ili preuzimanje odgovornosti za graničnu osobu često vode u zamku koja se naziva kozavisnost (eng.codependency). Taj fenomen onemogućava efikasan rad na jednom od bitnih terapijskih ciljeva – kreiranju autonomnog i konzistentnog identiteta.

## 3. Plan za sigurnost

Terapeut i osoba u pratnji trebaju držati sigurnost svih strana kao najviši prioritet i trebali bi biti spremni za hitnu intervencijsku akciju, pogotovo ako osobna anamneza klijenta sadržava nasilje. Ako klijent prijeti da će ozlijediti sebe ili neku drugu osobu, on se mora mirno i činjenično obavijestiti će buduće prijetnje rezultirati konkretnim mjerama, poput poziva policiji. Izbjegavati pokušaje logičnog urazumljavanja klijenta u vremenima krize.

## 4. Objasniti proturječnosti

Pratioci su često suočeni s kontradiktornim zahtjevima svojih graničnih partnera koji ih dovode u situacije u kojima za njih nema pobjede („no win situations“). U nekriznim situacijama ovi paradoksi se često mogu riješiti jasnim i detaljnim objašnjenjem klijentovih neizrečenih potreba i motiva.

## 5. Pripremiti se za predvidljive situacije

Edukacija partnera o graničnim obrascima ponašanja može ih pripremiti za suzbijanje vlastitih neprikladnih odgovora na takva ponašanja.

Važno je i spomenuti i vjerovanja i ponašanja osoba sa graničnim poremećajem ličnosti koja ometaju terapiju (Beck, 2011). Primjeri takvih vjerovanja i ponašanja:

1. Klijent može postati ovisan o svom terapeutu
2. Može smatrati da će ga terapeut odbaciti i napustiti
3. Može smatrati da ako se usmjeri na rješavanje problema, neće uspjeti te će to dovesti do pogoršanja
4. Omalovažavanje terapeuta
5. Pretjerano oslanjanje na terapeuta, kako bi došlo do poboljšanja
6. Previše kriznih telefonskih poziva između seansi
7. Zahtijevanje da klijenta terapeut pretjerano mnogo uvažava

U ranijem radu, Kreisman i Straus (1989) predložili su "PEI" – Podrška, Empatija, Istina ("SET" — Support, Empathy, Truth) – trodijelni sustav komunikacije s osobama s graničnim poremećajem ličnosti. Tijekom konfrontacija s destruktivnim ponašanjima, važnih seansi posvećenim odlučivanju ili kriznih situacija, interakcije s graničnim klijentom trebaju prizivati sva tri elementa. RU predstavlja Razumijevanje i Ustrajnost („UP“ – Understanding, Perseverance), odnosno ciljeve koje obje strane pokušavaju postići. „P faza“ tog sustava, podrška, priziva osobne "Ja" izjave zabrinutosti u kojima je naglasak na govornikovim vlastitim 18 osjećajima koji odražavaju želju da se bude od pomoći. U „E fazi“ – segmentu empatije, nastoji se odati priznanje klijentovim kaotičnim osjećajima s "Vi" izjavama. Empatija treba biti izražena na neutralan način s minimalnim osvrtom na vlastite osjećaje. Ovdje je naglasak na klijentovom bolnom iskustvu, a ne na govornika. „I izjava“ prezentira istinu ili stvarnost, a ističe da je granični klijent u konačnici odgovoran za svoj život, te da se tuđim pokušajima pomoći ne može atribuirati ta najveća odgovornost. Dok podrška i suosjećanje sadrže subjektivne tvrdnje koje potvrđuju kako se klijent i terapeut osjećaju, kroz izjave istine priznaje se da problem postoji i bavi se praktičnim i objektivnim pitanjem što se može učiniti da se taj problem riješi. Marsha Linehan (1987; prema Davison i Neale, 1999) smatra da terapeut mora jasno klijentu prikazati što je potrebno učiniti da bi se postigla promjena i koji su dosezi tog pothvata. To bi se trebalo izraziti na faktografski neutralan način koji izbjegava okrivljavanje i sadističko kažnjavanje. Segment istine PEI sustava najvažniji je i najteži za prihvaćanje od strane graničnog sugovornika budući da je njegov intrapsihički svijet konstruiran na način koji žestoko isključuje ili odbija realne posljedice. U komunikaciju s osobom s graničnim poremećajem ličnosti treba pokušati uključiti sve tri poruke. PEI izjave mogu poslužiti za rješavanje strahova u pozadini i spriječiti tranziciju u veći sukob.

## 6. ZAKLJUČCI

Poremećaj ličnosti predstavlja 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, tokom vremena je stabilan, te dovodi do patnje ili oštećenja (American Psychiatric Association, 2013). Poremećaji ličnosti se mogu podijeliti u tri grupe i to: grupa A uključuje paranoidni, shizoidni i shizotipni poremećaj ličnosti, grupa B uključuje antisocijalni, granični, histroinični i narcistični poremećaj ličnosti i grupa C uključuje izbjegavajući, ovisni i opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti.

Naziv *borderline* je prvi put korišten prije više od 70 godina od strane A. Sterna kako bi opisao stanje pacijenata koji su bili na granici između psihoze i neuroze. Tek 1980. godine u trećem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika (DSM-III) Američke Psihijatrijske Udruge po prvi put je klasificirana dijagnoza graničnog poremećaja ličnosti.

Tipična karakteristika osoba sa graničnim poremećajem ličnosti jeste rigidno razdvajanje pozitivnih i negativnih misli i osjećaja o sebi i drugima. Granični poremećaj ličnosti je oko pet puta češći u bioloških rođaka u prvom koljenu onih sa ovim poremećajem nego u općoj populaciji. Također postoji povišen obiteljski rizik za poremećaje uzimanja psihoaktivnih tvari, antisocijalni poremećaj ličnosti, te depresivne ili bipolarnе poremećaje (American Psychiatric Association, 2013). Jedna od važnijih odlika graničnog poremećaja ličnosti je nemogućnost i teškoće u uspostavljanju i održavanju međuljudskih odnosa. Upravo zbog toga osobe sa GPL-om se često upuštaju u disfunkcionalne odnose gdje su često u ulozi žrtve. Turbulentne veze i impulzivnost su dva najdiskriminativnija kriterija za definiranje ovog poremećaja (Kreisman i Straus, 2004).

Granični poremećaj ličnosti također obilježavaju i sljedeće karakteristike:

- *poteškoće u odnosima*. Osobe sa GPL-om karakteriše nemogućnost i teškoće u uspostavljanju i održavanju međuljudskih odnosa. Pored toga nestabilna slika o sebi i osjećaj praznine je nešto što uveliko obilježava granični poremećaj ličnosti
- *problemi samokontrole*. Impulzivnost je možda najčešći simptom graničnog poremećaja. Intenzitet simptoma značajno pridonosi dimenzija autodestruktivnosti koju impulzivne radnje obično sadrže. Pored toga, samoozljeđivanje je bitna karakteristika ovog poremećaja

te istraživanja i pokazuju da dijagnozu poremećaja ličnosti prate izvršena samoubojstva u gotovo 30 posto slučajeva.

- *afektivna nestabilnost*. Očajan strah od napuštanja, koji utiče na mnoge druge definirajuće simptome je također jedna od glavnih karakteristika osoba sa graničnim poremećajem ličnosti. Također, karakteristika koja se najčešće vrlo brzo može primijetiti kod graničnog poremećaja ličnosti je afektivna nestabilnost tj. promjena raspoloženja. Emocije poput depresije, radosti ili ljutnje se mogu naglo promijeniti kao odgovor na podražaje iz okoline.
- *polarizirano mišljenje*. Osobe sa graničnim poremećajem ličnosti teško prihvataju ljudske nedosljednosti i dvosmislenosti, te ne mogu pomiriti tuđe dobre i loše osobine u jedinstvenoj i koherentnoj slici.

Prema kognitivno-bihevioralnom pristupu osobe sa graničnim poremećajem ličnosti imaju čitav sklop različitih upečatljivih karakteristika i pretpostavki o sebi ili vlastitom životu i o drugima: *vjerovanja o sebi* gdje osobe misle da su loše i bezvrijedne, *vjerovanja o drugima* gdje osobe misle da su drugi jako i da ih mogu ozlijediti, *kondicionalne pretpostavke* gdje osobe misle da će sve biti uredu ako izbjegavaju izazove, ovisno o drugima, *pretjerano razvijene strategije suočavanja* gdje osobe imaju generalno nepovjerenje prema drugima te često svaljuju krivnju na druge, *nedovoljno razvijene strategije suočavanja* gdje osobe često balansiraju između tuđih potreba.

Postoje tri kognitivno-bihevioralna shvatanja graničnog poremećaja ličnosti (GPL-a): *Linehantično dijalektičko-bihevioralna terapija*, *Beckova kognitivno-bihevioralna terapija* i *Youngov model modaliteta shema*.

Glavna karakteristika Linehantičnog modela (DBT) jeste da se na osobe sa GPL-om gleda kao na osobe koje imaju problem sa regulacijom emocija, da je okolina onesposobljavajuća odnosno da su neispravne emocionalne reakcije doprinijele problemima u regulaciji i podnošenju vlastitih emocija. Glavna karakteristika samog terapijskog procesa jeste da terapeut zauzima dijalektičko stajalište odnosno da istovremeno prihvata klijentovu emocionalnu bol dok mijenja prethodnike stresa i načine nošenja sa klijentovim vlastitim emocijama. Sticanje vještina podnošenja i regulacije emocija, kao i potvrđivanje emocionalnih reakcija na središnjem su mjestu

u Linehaničinoj DBT. S druge strane Beckova kognitivno – bihevioralna terapija naglašava veliku ulogu pretpostavki kod osoba sa GPL-om. Neke od najbitnijih pretpostavki su: "*Svijet je opasan i zlonamjeran*", "*Ja sam nemoćan i ranjiv*" i "*Ja sam jednostavno neprihvatljiv*". Također, dihotomno mišljenje je bitna karakteristika graničnog poremećaja ličnosti. Dihotomno mišljenje pridonosi emocionalnoj buri i ekstremnim odlukama kod osoba sa GPL-om. Youngov model modaliteta shema, kao što i sam naziv kaže, se temelji na shemama koje su zapravo regresivna stanja. Za osobe s GPL-om pretpostavlja se da se katkad iznenadno prebacuju iz jednog modaliteta u drugi. Young je pretpostavio da su za GPL od središnjeg značenja četiri modaliteta shema: modalitet napuštenog djeteta; modalitet srditog/impulzivnog djeteta; modalitet kažnjavajućeg roditelja i modalitet udaljenog zaštitnika. Osim toga, postoji i modalitet zdravog odraslog, kojim se opisuje zdrava strana klijenta.

Mnoge komponente kognitivno-bihevioralne terapije slične su elementima psihodinamske psihoterapije, iako se nazivaju različitim imenima. Linehan govori o tome da je usmjeravanje na ponašanje koje ometa terapiju slično psihodinamskom isticanju transfernih postupaka. Slično tome pojam uvažavanja odgovara pojmu empatije. Beck i Freeman govore o tome kako kognitivno usmjereni terapeuti i psihoanalitičari imaju zajednički cilj, a to je prepoznavanje i mijenjanje sržnih teškoća povezanih s poremećajem ličnosti, ali psihodinamski usmjereni terapeuti smatraju da takve sržne teškoće imaju korijen u nesvjesnom, koje nije dostupno klijentu, a kognitivno usmjereni terapeuti uglavnom ih posmatraju u području svjesnoga. Iako se dijalektička bihevioralna terapija već godinama opširno opisuje u literaturi, nije jasno koliko je teško nove terapeute podučavati u tom terapijskom pravcu u okruženjima drugačijim od onoga gdje je ta terapija nastala. Promjenjivi rezultati postignuti u različitim okruženjima mogu biti posljedica mnogih faktora, kao što su ne baš pretjerano oduševljenje tom metodom među terapeutima, razlike u treningu terapeuta u području dijalektičke bihevioralne terapije i različite populacije klijenata (Američka psihijatrijska udruga, 2004). Linehan je sugerisala da određena terapeutova obilježja koja se preporučuju u dijalektičkoj bihevioralnoj terapiji (npr. direktan, možda neuljudan i ponekad „žestok“ stav prema sadašnjim i prijašnjim parasuicidalnim i drugim disfunkcionalnim postupcima) mogu biti djelotvorna kada ih posjeduju terapeuti kojima odgovara takav osobit stil rada.

Moderne verzije kognitivno-bihevioralne terapije kao i dijalektičko-bihevioralne terapije specifično načinjene za rješavanje problema koje postavlja GPL čini se da su povećale učinkovitost psihološkog tretmana GPL-a. Udio pacijenata koji prijevremeno završava tretman dramatično je smanjen, a učinci tretmana čini se da su prošireni i produbljeni u odnosu na ranije pristupe koji su bili usmjereni na ograničen broj problematičnih ponašanja. Kratkotrajniji tretmani (tj. godinu dana) mogu smanjiti većinu problematičnih ponašanja i poboljšati kontrolu bijesa i socijalno funkcioniranje, no prosječan klijent daleko je od izliječenog. Čini se da je za opsežnije izlječenje potreban dugotrajniji tretman.

Dalje, specifične intervencije uključuju: hijerarhijski pristup gdje se problemi klijenta redaju hijerarhijskim redoslijedom, rješavanje kriza gdje je terapeut taj koji mora kroz empatiju i razumijevanje klijentovih osjećaja pomoći klijentu te postavljanje granica gdje terapeut odmah na početku terapijskog procesa treba odvojiti koja su to prihvatljiva, a koja neprihvatljiva ponašanja. Što se tiče kognitivnih tehnika one uključuju rad na dihotomnom mišljenju, tehnike kartica, iskustvene tehnike, tehnike prazne stolice i doživljavanje emocija. Sve ove kognitivne tehnike imaju za cilj ispraviti pogrešna vjerovanja te pomoći osobama da osvijeste vlastiti način mišljenja, njegove pogubne posljedice i naučiti ih procjenjivati situacije na drugačiji način. Kroz rad na mislima i vjerovanjima direktno se utiče i na doživljavanje emocija. Glavne karakteristike bihevioralnih tehnika jeste eksperimentiranje novim ponašanjem putem potkrepljivanja novih shema i strategija. Dakle, čak i kad klijent i dalje osjeća da ovaj novi način ponašanja nije integriran u njega, može biti od pomoći. Farmakološke intervencije se često koriste kao dodatak psihoterapiji u tretmanu graničnog poremećaja ličnosti. Ipak, svaki terapeut mora biti na oprezu jer postoje specifični rizici u propisivanju lijekova ovoj populaciji: paradoksalni učinci, štetna upotreba te ovisnost i korištenje za suicidalne namjere. Ovo je naročito moguće kod benzodijazepina, koji se mogu propisati kad su pacijenti u stanju akutnog straha. Stoga, u tretmanu GPL-a lijekove koristiti kao dodatak psihoterapiji te je potreban oprez u prepisivanju odgovarajuće doze.

Kao problemi koji se javljaju u tretmanu graničnog poremećaja ličnosti najčešći su samoozljeđivanje, suicidalne prijetnje i impulzivna ponašanja koja često uključuju samokažnjavanje klijenta. Kako je stopa suicida kod ovog poremećaja visoka, suicidalne prijetnje uvijek treba uzeti za ozbiljno te tada sigurnost klijenta postaje prioritet u terapiji. Također, ako se

klijent upusti u autodestruktivna ponašanja, u skrb klijenta nužno je uključiti i psihijatra, koji raspolaže iskustvom rada s pacijentima s graničnim poremećajem ličnosti. Pored ovoga, emocionalna nestabilnost koju karakterište izražavanje ljutnje i bijesa često usporava sam terapijski proces i znatno ga otežava.



## 7. LITERATURA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub
- Arntz, A. (1994). *Treatment of borderline personality disorder: A challenge for cognitive-behavioural therapy*. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 419–430.
- Arntz, A., & Weertman, A. (1999). *Treatment of childhood memories: Theory and practice*. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 715–740.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2004) *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment*. NY: Oxford University Press
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work*. Guilford Press.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, J.B. (2011) *Cognitive therapy: Basics and Beyond*. NY: The Guilford Press
- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Begić, D. (2011). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Berk, M. S., Forman, E. M., Henriques, G. R., Brown, G. K., & Beck, A. T., (2002, August). *Characteristics of suicide attempters with borderline personality disorder*. Paper presented at the annual conference of the American Psychological Association, Chicago.
- Black, D.W., Blum, N., Pfohl, B. i Hale, N. (2004). *Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder: Prevalence, Risk Factors, Prediction, and Prevention*. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 226-239.
- Brown, G. K., Newman, C. F., Charlesworth, S., & Crits-Cristoph, P. (in press). *An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder*. *Journal of Personality Disorders*.

- Corey G. (2004). *Teorija i praksa psihološkog savjetovanja i psihoterapije*, Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Cowdry, R. W., & Gardner, D. (1988). *Pharmacotherapy of borderline personality disorder: alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine and tranlycypromine*. Archives of General Psychiatry, 45, 111–119.
- Dimeff, L. A., McDavid, J., & Linehan, M. M. (1999). *Pharmacotherapy for borderline personality disorder: A review of the literature and recommendations for treatment*. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 6, 113–138
- Dimeff, L.A., & Linehan, M.M. (2001). *Dialectical Behavior Therapy in a nutshell*. The California Psychologist, 34, 10-13.
- Ferraz, L., Gelabert, E., Martín-Santos, R., Navarro, J.B., Vázquez, M i Subirà, S. (2009). *Dimensional assessment of personality and impulsiveness in borderline personality disorder*. Personality and Individual Differences, 46(2), 140–146.
- Foreman, E.I., Pollard, C. (2011) *CBT: A Practical Guide*. London: Icon Books Ltd
- Gardner, D. L., & Cowdry, R. W. (1985). *Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder*. American Journal of Psychiatry, 142, 98–100.
- Giesen-Bloo, J., Arntz, A., van Dyck, R., Spinhoven, P., & van Tilburg, W. (2001, July). *Outpatient treatment of borderline personality disorder: Analytical psychotherapy versus cognitive behavior therapy*. Paper presented at the World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Vancouver.
- Giesen-Bloo, J., Arntz, A., van Dyck, R., Spinhoven, P., & van Tilburg, W. (2002, November). *Outpatient treatment of borderline personality disorder: Schema focused therapy vs. transference focused psychotherapy, preliminary results of an ongoing multicenter trial*. Paper presented at the symposium on “Transference Focused Psychotherapy for Borderline Personality,” New York

- Gunderson, J. G., & Ridolfi, M. E. (2001). *Borderline personality disorder*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932(1), 61-77.
- Gunderson, J.G., Links, P.S. (2008) *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. London, Washington: American Psychiatric Publishing Inc.
- Healy, C. (2008) *Understanding your borderline personality disorder: A Workbook*. Chichester: John Wiley and Sons
- Horvat, A. (2015). *Granični poremećaj ličnosti: Završni rad*. Osijek: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Osijeku.
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books.
- Krawitz, R. (2004): *Borderline personality disorder: attitudinal change following training*. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(7), 554-559.
- Kreisman, J. J. i Straus, H. (1989). *I hate you—don't leave me: Understanding the borderline personality*. New York: Avon Books.
- Kreisman, J. J., i Straus, H. (2004). *Sometimes I act crazy: Living with borderline personality disorder*. New York: John Wiley & Sons.
- Layden, M. A., Newman, C. F., Freeman, A., & Morse, S. B. (1993). *Cognitive therapy of borderline personality disorder*. Boston: Allyn & Bacon.
- Leahy, R.L., Tirch, D., Napolitano, L.A. (2011) *Emotion regulation in Psychotherapy: A Practitioners Guide*. NY: The Guilford Press
- Linehan, M. M. (1987). *Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method*. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51(3), 261.
- Linehan, M.M. (1993) *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. NY, London: The Guilford Press

- Linehan, M.M., Hayes, S.C., Follette, V.M. (2004) *Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. NY, London: The Guilford Press
- McGinn, L. K., & Young, J. E. (1996). *Schema-focused therapy*. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 182–207). New York: Guilford Press
- Paris, J. (2008) *Treatment of Borderline Personality Disorder: A Guide to evidence-based practice*. NY: The Guilford Press
- Pretzer, J. (1990). *Borderline personality disorder*. In A. T. Beck, A. Freeman, & Associates, *Cognitive therapy of personality disorders* (pp. 176–207). New York: Guilford Press.
- Ryan, K. i Shean, G. (2007). *Patterns of interpersonal behaviors and borderline personality characteristics*. *Personality and Individual Differences*, 42, 193–200.
- Smucker, M. R., Dancu, C., Foa, E. B., & Niederee, J. L. (1995). *Imagery rescripting: A new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress*. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9, 3–17.
- Soloff, P. H. (1994). *Is there any drug treatment of choice for the borderline patient?* *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 379, 50–55.
- Stewart I. (2011). *Savremena transakciona analiza*, Psihopolis.
- Udruga, A.P. (2004). *Praktične smjernice za liječenje graničnog poremećaja ličnosti*. Jastrebarsko: Naklada slap.
- Udruga, A. P. (2013). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-5)*. 5. izdanje. Jastrebarsko: Naklada slap.
- Weertman, A., & Arntz, A. (2001, July 17–21). *Treatment of childhood memories in personality disorders: A controlled study contrasting methods focusing on the present and methods focusing on childhood memories*. Paper presented at the World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Vancouver.

Westen, D. (1991). *Cognitive-behavioral interventions in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality disorders*. *Clinical Psychology Review*, 11(3), 211-230.

Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, Rev. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

Zanarini, M.C. (2005) *Borderline Personality Disorder*. NY, London: Taylor and Francis Group