

Univerzitet u Sarajevu

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI : PRIKAZ SLUČAJA

Završni magistarski rad

Kandidat: Sumejja Brković

Mentor: Prof.dr. Enedina Hasanbegović-Anić

Sarajevo, 2019.

Sažetak

Cilj ovog rada je integriranje teorijskih spoznaja i rezultata empirijskih istraživanja o graničnom poremećaju ličnosti (GPL) s osobnim iskustvom i doživljajem osobe oboljele od ovog poremećaja. Kako bismo razumjeli doživljaj osobe s GPL-om, najprije su detaljno opisana specifična klinička obilježja graničnog poremećaja ličnosti, pretpostavljena etiologija, epidemiologija, intervencijski pristupi zasnovani na dokazima, te pristupi usmjereni na destigmatizaciju oboljelih. Nadalje, u radu je dat prikaz slučaja koji obuhvaća razvoj, tok i obilježja graničnog poremećaja ličnosti, te komorbidnih psihičkih poremećaja s fokusom na osobni doživljaj ispitanice u suočavanju s poteškoćama u odnosima, problemima samokontrole i nestabilnosti afekta. Podaci su prikupljeni primjenom polustrukturiranog intervjua koji je konstruiran za potrebe konceptualizacije slučaja, te dopunjeni analizom iskaza ispitanice iz njezinih videozapisa koje postavlja na društvenu platformu „Youtube“ u kojima govori o svom iskustvu suočavanja s ovim oboljenjem. Na osnovu pregleda teorijskih spoznaja i podataka iz prikaza slučaja izvedeni su zaključci koji predstavljaju sintezu ovog rada.

Ključne riječi: granični poremećaj ličnosti, poremećaj ličnosti, prikaz slučaja

Sadržaj

1. UVOD	1
2. GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI	4
2.1. Klinička slika, diferencijalna dijagnoza i epidemiologija graničnog poremećaja ličnosti.....	4
2.2. Etiologija graničnog poremećaja ličnosti.....	8
2.2.1. Biološka objašnjenja.....	8
2.2.2. Psihološka objašnjenja.....	9
2.2.3. Socijalna objašnjenja.....	10
2.2.4. Biosocijalna teorija.....	10
2.3. Tretman graničnog poremećaja ličnosti.....	12
2.3.1. Farmakoterapija.....	12
2.3.2. Psihoterapija.....	13
2.3.3. Obiteljska terapija.....	15
2.4. (De)stigmatizacija graničnog poremećaja ličnosti.....	16
3. SPECIFIČNA OBILJEŽJA GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI	23
3.1. Poteškoće u odnosima.....	23
3.1.1. Nestabilni interpersonalni odnosi.....	23
3.1.2. Poteškoće u formiranju identiteta.....	23
3.1.3. Osjećaj praznine.....	24
3.1.4. Disocijacija od realnosti.....	24
3.2. Problemi samokontrole.....	24
3.2.1. Destruktivna impulzivnost.....	24
3.2.2. Samoozljeđivanje i suicidalno ponašanje.....	25
3.3. Afektivna nestabilnost.....	25
3.3.1. Strah od napuštanja.....	25
3.3.2. Nestabilno raspoloženje.....	26
3.3.3. Ljutnja.....	26
4. PRIKAZ SLUČAJA	27
4.1. Opći podaci o M.B. (24).....	27
4.2. Djetinjstvo i adolescencija.....	28
4.3. Subjektivni doživljaj simptoma.....	29

4.3.1. Samoozljeđivanje.....	29
4.3.2. Suicidalno ponašanje	30
4.3.3. Ljutnja / impulzivnost.....	31
4.3.4. Promjene raspoloženja.....	32
4.3.5. Interpersonalni odnosi	32
4.3.6. Disocijacija	33
4.4. Komorbiditetni poremećaji	34
4.4.1. Anksiozni i depresivni poremećaj	34
4.4.2. Posttraumatski stresni poremećaj	35
4.4.3. Poremećaj hranjenja (bulimija)	35
4.5. Trenutno stanje.....	37
4.6. Iskustvo stigmatizacije zbog mentalnog oboljenja.....	37
5. ZAKLJUČCI	39
6. LITERATURA	41

1.UVOD

Poremećaj ličnosti je 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 (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Pojedinci s poremećajem ličnosti imaju poteškoće s identitetom, afektom, kognicijom i interpersonalnim odnosima. Navedene poteškoće se razvijaju tijekom djetinjstva i adolescencije i mogu trajati tijekom cijelog života. Manifestiraju se u tipičnom obliku u ranoj odrasloj dobi. Oba glavna klasifikacijska sustava (ICD i DSM) omogućuju dijagnozu prije dobi od 18 godina. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-IV) za dijagnozu zahtijeva minimalno da osoba ima šesnaest godina (iznimka: antisocijalni poremećaj ličnosti–osamnaest godina), dok u DSM-V ne postoji dobna granica za postavljanje dijagnoze (Schmeck i Schlüter-Müller, 2017). Poremećaji ličnosti grupirani su u tri skupine, na temelju sličnosti u opisima. Sklop A uključuje paranoidni, shizoidni i shizotipni poremećaj ličnosti. Osobe s ovim poremećajima često se doimaju čudnima ili ekscentričnima. Sklop B uključuje antisocijalni, granični, histrionični i narcistični poremećaj ličnosti. Osobe s ovim poremećajem često se čine dramaturizirajućima, emocionalnima ili nedosljednima. Sklop C uključuje izbjegavajući, ovisni i opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti. Osobe s ovim poremećajima često su anksiozne ili ustrašene. Osobe često pokazuju u isto vrijeme 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 (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Klinički znakovi graničnog poremećaja ličnosti uključuju emocionalnu disregulaciju, impulzivnu agresivnost, ponavljano samoozljeđivanje i kronične suicidalne sklonosti, zbog kojih su ti pacijenti česti korisnici usluga za mentalno zdravlje. Uzročni čimbenici su samo djelomično poznati, ali genetski čimbenici i nepovoljni događaji tijekom djetinjstva, kao što su fizičko i seksualno zlostavljanje, doprinose razvoju GPL-a (Bohus i sur., 2004). Uobičajena i važna obilježja GPL-a jesu jako smanjen kapacitet za stvaranje privrženosti i predvidivo neprilagođeno ponašanje, kao reakcija na odvajanje. Nastojanje da se izbjegne

napuštanje može uključivati neprikladan bijes, neopravdane optužbe i impulzivne postupke kao što su samoozljeđivanje ili suicidalna ponašanja (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

GPL karakterizira ozbiljno psihosocijalno oštećenje te visoka stopa smrtnosti zbog samoubojstava - do 10% bolesnika počini samoubojstvo, a stopa samoubojstva je gotovo pedeset puta veća nego u općoj populaciji. Pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti zahtijevaju više terapijskih resursa u odnosu na pojedince s drugim psihijatrijskim poremećajima (Bohus i sur., 2004). Ponašanje karakteristično za granični poremećaj ličnosti, najčešće se 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 tridesetih i četrdesetih godina života, mnoge osobe s graničnim poremećajem ličnosti uspostave određenu stabilnost u svojim životima (Horvat, 2015; prema Kreisman i Straus, 2004).

Uz problematične simptome same bolesti, pojedinci koji imaju dijagnozu poremećaja ličnosti moraju se nositi s destruktivnim utjecajem socijalne stigme. Dokazi sugeriraju da su osobe s poremećajima ličnosti više stigmatizirane u odnosu na osobe s drugim dijagnozama. Javnost ima manje suosjećanja za pojedince koji imaju poremećaj ličnosti i manje je vjerojatno da vjeruju da će tim pojedincima trebati profesionalna pomoć u usporedbi s osobama s drugim psihijatrijskim poremećajima (Sheehan i sur., 2016). Granični poremećaj ličnosti je najstigmatiziraniji poremećaj ličnosti, za koji je potrebno razviti specifične strategije smanjivanja stigme od strane javnosti i zdravstvenih stručnjaka, kao i strategije koje će utjecati na javne stereotipe i predrasude koje pojedinci prihvaćaju i primjenjuju na sebe što rezultira smanjenim samopoštovanjem i samoefikasnosti.

U većini slučajeva specifični tretman se nudi kasno u tijeku poremećaja, a i to relativno malom broju pojedinaca (Schmeck i Schlüter-Müller, 2017). Vodič sa smjernicama za liječenje GPL-a Američkog psihijatrijskog udruženja preporučuje psihoterapiju kao glavno liječenje, uz farmakoterapiju kao dodatnu komponentu liječenja (Kruse i sur., 2011). Specifična vrsta tretmana za liječenje GPL-a je dijalektičko-bihevioralna terapija koja se razvila iz standardne kognitivno-bihevioralne terapije, posebice za liječenje suicidalnih i disfunkcionalnih pojedinaca. Razna istraživanja pokazuju kako dijalektičko-bihevioralna terapija utječe na značajno poboljšanje simptoma i ukupnog funkcioniranja osoba s GPL-om u usporedbi s drugim terapijama.

U ovom radu će biti formirani odgovori na osnovu teorijskih razmatranja, empirijskih rezultata i analize studije slučaja, a tiču se ovih pitanja:

1. Koje su suvremene spoznaje pretpostavljene etiologije, kliničke slike i dokazano efikasnih tretmana graničnog poremećaja ličnosti?
2. Koji su se pristupi pokazali efikasnim u destigmatizaciji osoba s graničnim poremećajem ličnosti?
3. Koje su karakteristike ponašanja i doživljavanja osobe s graničnim poremećajem ličnosti?

2. GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

2.1. Klinička slika, diferencijalna dijagnoza i epidemiologija graničnog poremećaja ličnosti

Naziv „borderline“ prvotno je upotrijebljen 1938. godine od strane psihoanalitičara A. Sterna, kako bi opisao stanje pacijenata koji su bili na granici između psihoze i neuroze, no nisu se mogli na odgovarajući način klasificirati. Kroz desetljeća psihijatri su prepoznavali postojanje ovako definirane „granične“ bolesti, ali nisu bili u mogućnosti formirati konsenzusnu definiciju (Kreisman i Straus, 2004). U takvom obliku „borderline“ je dugo ostala dijagnoza koja je uzrokovala više zabune, nego razumijevanja. Tek krajem 20.stoljeća granični poremećaj ličnosti je uvršten u opće priznate i internacionalno korištene medicinske sustave klasifikacije (Niklewski i Riecke-Niklewski, 2004).

Temeljno obilježje 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. Osobe s graničnim poremećajem ličnosti čine velike napore da izbjegnu stvarno ili umišljeno napuštanje. Doživljaj prijeteće separacije ili odbacivanja, ili gubitak mogu dovesti do dubokih promjena u slici o sebi, afektu, kogniciji i ponašanju (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Očajnički strah od napuštanja utječe i na mnoga druga definirajuća ponašanja GPL-a, kao što su interpersonalni odnosi, ometa stvaranje stabilnog identiteta, izaziva jake promjene raspoloženja i utječe na pojavu samodestruktivnog ponašanja i čestih izljeva bijesa (Kreisman i Straus, 2004). Također još jedno od obilježja GPL-a jest obrazac nestabilnih i snažnih odnosa. Oni mogu na prvom ili drugom susretu idealizirati potencijalnog skrbnika ili voljenu osobu, međutim vrlo brzo se prebacuju s idealiziranja drugih ljudi na njihovo podcjenjivanje, uz osjećaj da druga osoba o njima dovoljno ne skrbi, ne daje im dovoljno pažnje ili nije prisutna u dovoljnoj mjeri. Osobe s GPL-om mogu empatizirati s drugim ljudima i brinuti o njima, ali samo uz očekivanje da će u zamjenu te druge osobe biti „tu za njih“ da zadovolje njihove potrebe (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Većina osoba s graničnim poremećajem ličnosti nikad ne razvije stabilnu sliku o sebi ili osjećaj selfa (Kreisman i Straus, 2004). Postoje iznenadne i dramatične promjene ciljeva, vrijednosti, poslovnih želja, karijere, seksualnog identiteta, vrijednosti i vrste prijatelja. Premda većinom imaju sliku o sebi koja se temelji na tome da su ili loši ili zli, osobe s GPL-om mogu katkad imati osjećaj da uopće ne postoje. Često

pokazuju i impulzivnost u najmanje dva područja koja su potencijalno štetna za njih. Oni mogu kockati, trošiti neodgovorno novac, prejedati se, zlorabiti psihoaktivne tvari, upuštati se u nesiguran seks ili nesmotreno voziti. Osobe s graničnim poremećajem ličnosti pokazuju i opetovana suicidalna ponašanja, geste ili prijetnje ili samoozljeđujuće ponašanje. Opetovana suicidalnost je čest razlog da se ove osobe javljaju po pomoć. Ove autodestruktivne aktivnosti najčešće su uzrokovane prijetnjom odvajanjem ili odbacivanjem. Osobe s graničnim poremećajem ličnosti mogu pokazivati afektivnu nestabilnost koja je posljedica značajne reaktivnosti raspoloženja (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Promjene raspoloženja kod osoba s GPL-om mogu biti uzrokovane drugim dijagnozama, poput depresije, bipolarnog poremećaja, anksioznog poremećaja (Kreisman i Straus, 2004). Temeljno disforično raspoloženje osoba s GPL-om je obično narušeno razdobljima srdžbe, panike ili očajanja i rijetko je olakšano razdobljima dobrog osjećanja ili zadovoljstva. Uz sve ovo, osobe s GPL-om može mučiti i kronični osjećaj praznine. Lako ih hvata osjećaj dosade i stoga stalno tragaju za onim što će raditi. Često pokazuju i neprimjeren, snažnu srdžbu ili imaju teškoće u kontroli te srdžbe. Mogu pokazivati izniman sarkazam, trajnu gorčinu ili verbalne izljeve srdžbe. Srdžbu često izaziva doživljaj da je skrbnik ili voljena osoba zanemaruje ili napušta. Tijekom razdoblja iznimnog stresa, mogu se pojaviti prolazne paranoidne ideje ili disocijativni simptomi, no oni su obično nedostatne težine ili trajanja da bi opravdali dodatnu dijagnozu (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Osobe s graničnim poremećajem ličnosti mogu imati i obrazac potkopovanja sebe samih u trenutku kad bi se upravo trebao ostvariti neki cilj. Neke osobe mogu razviti i simptome slične psihotičnima (npr. halucinacije, iskrivljenja u slici tijela, ideje odnosa, hipnagogne pojave) tijekom razdoblja stresa. Prijevremena smrt zbog samoubojstva moguća je kod osoba s GPL-om, a osobito kod onih s istodobno prisutnim depresivnim poremećajem ili poremećajem uzimanja psihoaktivnih tvari. Tjelesni hendikep može biti posljedica zlostavljačkog ponašanja usmjerenog prema sebi ili pokušaja samoubojstva. Tjelesno i seksualno zlostavljanje, zanemarivanje, neprijateljski konflikti i rani gubitak roditelja češći su u djetinjstvu osoba s graničnim poremećajem ličnosti (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Diferencijalna dijagnoza

Dijagnoza se prema DSM-V temelji na devet kriterija, od kojih pojedinac mora imati minimalno pet da bi dobio dijagnozu graničnog poremećaja ličnosti. Pervazivni obrazac nestabilnosti u interpersonalnim odnosima, slici o sebi, afektu i značajna impulzivnost, koji

počinju do rane odrasle dobi i prisutni su u različitim situacijama, a očituju se kao pet (ili više) od sljedećeg (Američka psihijatrijska udruga, 2014) :

1. Mahniti napori da se izbjegne stvarno ili zamišljeno napuštanje. (Napomena:ne uključuj suicidalnost ili samoozljeđujuće ponašnje opisano u Kriteriju 5.)
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. trošenje, seks, zloraba psihoaktivnih tvari, nesmotrena vožnja, prejedanje). (Napomena:ne uključuj suicidalno ili samoozljeđujuće ponašanje opisano u Kriteriju 5).
5. Opetovano suicidalno ponašanje, geste ili prijetnje ili samoozljeđujuće ponašanje.
6. Afektivna nestabilnost zbog snažne reagibilnosti raspoloženja (npr. epizode snažne disforije, razdražljivosti ili anksioznosti koje obično traju nekoliko sati i samo rijetko duže od par dana).
7. Kroničan osjećaj praznine.
8. Neprimjerena, snažna srdžba ili teškoće u kontroli srdžbe (npr. učestali izljevi bijesa, stalna srdžba, opetovane tučnjave).
9. Prolazne paranoidne ideje ili teški disocijativni simptomi vezani uz stres.

Granični poremećaj ličnosti redovito se povezuje s poremećajima osi I i osi II. Najčešće je povezan s poremećajima raspoloženja, anksioznim poremećajima i poremećajima vezanim uz zloupotrebu psihoaktivnih tvari (Kruse i sur., 2011). Pokazalo se da su anksiozni poremećaji gotovo jednako prisutni kod pojedinaca s graničnim poremećajem ličnosti kao i poremećaji raspoloženja. Utvrđeno je da je PTSP uobičajen, ali ne i univerzalan komorbidni poremećaj kod pojedinaca s graničnim poremećajem ličnosti i taj nalaz nije u skladu s mišljenjem da je granični poremećaj ličnosti zapravo oblik kroničnog PTSP-a. Uz granični poremećaj najčešće se javljaju psihotični poremećaji (1%), somatiformni poremećaji (oko 10%), anksiozni poremećaji (preko 80%) i poremećaji raspoloženja (preko 90%). U ovim navedenim

komorbiditetnim poremećajima ne postoji značajna razlika u njihovoj učestalosti između muškaraca i žena, no pokazano je da postoji značajna razlika u područjima poremećaja zloupotrebe tvari i poremećaja prehrane. Poremećaji vezani uz zloupotrebu tvari značajno su češći kod muškaraca s graničnim poremećajem, dok su kod žena s graničnim poremećajem ličnosti češći poremećaji hranjenja (Dubo i sur., 1998).

Drugi poremećaji ličnosti mogu se zamijeniti s graničnim poremećajem ličnosti jer imaju neka zajednička obilježja. Zbog toga je važno razlučiti 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 oni dijagnosticirati. Premda histroinični 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 kroničnim 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, no relativna odsutnost autodestruktivnosti, impulzivnosti i zabrinutosti zbog napuštanja, razlikuje ove poremećaje od graničnog poremećaja ličnosti. 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. 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 (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Epidemiologija

Medijan prevalencije graničnog poremećaja ličnosti u populaciji se procjenjuje na 1,6%, no moguće je da je viši, sve do 5.9%. Prevalencija graničnog poremećaja ličnosti je oko 6% u

primarnoj zdravstvenoj zaštiti , oko 10% između osoba u ambulantnoj skrbi za psihičko zdravlje, te oko 20% među bolnički liječenim psihijatrijskim bolesnicima. Prevalencija se smanjuje u starijoj dobi (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Granični poremećaj ličnosti mnogo češće se dijagnosticira kod žena, s tim da je odnos broja žena i muškaraca s tom dijagnozom 3:1. 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. Prisutan je i veći obiteljski rizik od poremećaja vezanih uz psihoaktivne tvari, antisocijalnog poremećaja ličnosti i poremećaja raspoloženja (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

Podaci su rijetki za djecu i adolescente, a uzorci su mnogo manji. Francuska studija je pokazala visoku prevalenciju graničnog poremećaja ličnosti kod adolescenata (10% dječaci i 18% djevojčice) (Cailhol, Gicquel i Raynaud, 2015; prema Chabrol i sur., 2001).

Granični poremećaj ličnosti nije formalno prepoznat kao dijagnoza sve do 1980., ali poremećaj se sada češće dijagnosticira od bilo kojeg drugog poremećaja ličnosti. Ispitivanjem incidencije graničnog poremećaja ličnosti tj. broja novih slučajeva u populaciji tijekom određenog vremenskog razdoblja, može pomoći u utopunjavanju nalaza o prevalenciji poremećaja. Međutim, nema podataka o incidenciji graničnog poremećaja ličnosti (Widiger i Weismann, 1991).

2.2. Etiologija graničnog poremećaja ličnosti

Postoji nekoliko objašnjenja etiologije graničnog poremećaja ličnosti, a to su : biološka, psihološka i socijalna objašnjenja te biosocijalna teorija. Kod graničnog poremećaja ličnosti ne postoji samo jedan faktor koji ga uzrokuje, već je razvoj GPL-a pod utjecajem više čimbenika koji se nalaze u specifičnoj interakciji.

2.2.1. Biološka objašnjenja

Biološki čimbenici u poremećajima ličnosti sastoje se od karakteristika temperamenta (urođenih ili nasljednih) koje su prisutne u odrasloj dobi kao stabilne crte ličnosti : obrasci mišljenja, afekti i ponašanja koja karakteriziraju pojedinca i stabilni su tijekom vremena. Nasljedni faktori čine oko polovice varijabilnosti u svim ispitivanim osobinama. Konkretno i

afektivna nestabilnost i impulzivnost imaju nasljednu komponentu ove veličine, a studije koje su uključivale blizance pokazale su i da sam granični poremećaj ličnosti pokazuje sličan genetski utjecaj. Studije obiteljske povijesti otkrile su da pojedinci s impulzivnim poremećajima kao što su antisocijalni poremećaj ličnosti i poremećaj zlouporabe psihoaktivnih tvari češće imaju rođake u prvom koljenu s graničnim poremećajem ličnosti (Paris, 2005). Ovi članovi uže obitelji također imaju značajno veću vjerojatnost da iskazuju promjene raspoloženja, impulzivnost i zloupotrebu psihoaktivnih tvari. Disfunkcije određenih neurotransmitera, kao što su serotonin, norepinefrin, dopamin i drugi, povezani su s impulzivnošću, poremećajima raspoloženja i drugim karakteristikama graničnog poremećaja ličnosti. Promjene u metabolizmu i morfologiji mozga također su povezani s graničnim poremećajem ličnosti. Ovi pojedinci izražavaju hiperaktivnost u dijelu mozga povezan s emocionalnošću i impulzivnošću (limbička područja) i smanjenu aktivnost u dijelu koji kontrolira racionalno mišljenje i regulaciju emocija (prefrontalni korteks). Osim toga promjene volumena u ovim dijelovima mozga također su povezane s graničnim poremećajem ličnosti i ovim fiziološkim promjenama. Ove promjene u mozgu mogu biti povezane i s ozljedama mozga ili bolestima. Značajan postotak pojedinaca s graničnim poremećajem ima povijest moždanih trauma, encefalitisa, epilepsije, poteškoća u učenju i ADHD. Ove abnormalnosti se ogledaju u nepravilnostima moždanih valova (EEG ili elektroencefalogram), metaboličkoj disfunkciji i smanjenom volumenu bijele i sive tvari (Kreisman i Straus, 2010). Istraživanja središnje neurotransmitterske aktivnosti pokazala su da su impulzivne osobine, glavna komponenta graničnog poremećaja ličnosti, povezane s nedostacima u središnjem serotonergičkom funkcioniranju. Međutim, biološki korelati afektivne nestabilnosti nisu poznati (Paris, 2005). Mala je vjerojatnost da jedan gen doprinosi pojavi graničnog poremećaja, već su kao i mnogi medicinski poremećaji pod utjecajem većeg broja gena i okolinskih čimbenika (Kreisman i Straus, 2010). I danas se postavlja pitanje da li je granični poremećaj ličnosti nasljedan, no izgleda da to jest slučaj s njegovim pojedinim obilježjima (Niklewski i Riecke-Niklewski, 2004).

2.2.2. Psihološka objašnjenja

Na prvi pogled najsmislenije objašnjenje nastanka graničnog poremećaja ličnosti daje pretpostavka o postojanju izuzetno traumatičnog doživljaja u djetinjstvu ili mladosti (Niklewski i Riecke-Niklewski, 2004). Psihološki čimbenici mogu biti upečatljivi, ali nisu dosljedni. Granični poremećaj ličnosti klinički se prvi put pojavljuje u adolescenciji u

prosječnoj dobi od 18 godina. Iako mnogi pojedinci s graničnim poremećajem ličnosti opisuju teškoće, kao što su obiteljske disfunkcije, kao i promjene raspoloženja i impulzivnost koju su doživljavali u djetinjstvu, longitudinalne studije su te koje su potrebne da bi se odredio precizan utjecaj ranih rizičnih čimbenika (Paris, 2005). Mnogobrojna istraživanja su dokazala da je velik broj osoba s graničnim poremećajem ličnosti u djetinjstvu doživio tjelesno i/ili psihičko nasilje ili/i seksualno zlostavljanje. Takva iskustva nalazimo značajno češće u izjavama pojedinaca s graničnim poremećajem nego kod, npr. depresivnih pacijenata (Niklewski i Riecke-Niklewski, 2004). Velike traume poput gubitka roditelja, zanemarivanja, odbacivanja, fizičkog ili seksualnog zlostavljanja tijekom ranih godina razvoja može povećati vjerojatnost ovog poremećaja u adolescenciji i odrasloj dobi (Kreisman i Straus, 2010).

Istraživanja su pokazala da jedna četvrtina klijenata opisuje seksualno zlostavljanje od strane skrbnika i da trećina prijavljuje teške oblike zlostavljanja. Međutim, iako je zlostavljanje očigledno rizični čimbenik, ono nije specifičan za granični poremećaj ličnosti. Općenito, nepovoljni životni događaji sami po sebi nisu dosljedno patogeni, već uzrokuju posljedice u ranjivim populacijama (Paris, 2005).

2.2.3. Socijalna objašnjenja

Socijalna objašnjenja polaze od socijalne dezintegracije kojom se vrši pritisak na pojedince za usvajanjem univerzalnih mehanizama prilagodbe na složene socijalne zahtjeve, čime se suzbija individuacija (Begić, 2011). Naime, suvremeno društvo općenito gubi mehanizme kojima mlade ljude hrabri na formaciju vlastitog idiosinkratičnog identiteta. Pred pojedinca se istovremeno s jedne strane postavljaju veliki zahtjevi koji naglašavaju nezavisno djelovanje, dok se s druge strane ne nudi prostor za razvoj sigurnosti. Posljedično, pojedinci razvijaju pretjeranu zavisnost o okolini i labilan identitet bez čvrstih granica. Uz globalne društvene faktore, specifična društva i kulture, u kojima su nestabilni obiteljski odnosi uobičajeni, mogu pridonijeti riziku za razvoj graničnog poremećaja ličnosti (Horvat, 2015).

2.2.4. Biosocijalna teorija

Linehanova biosocijalna teorija graničnog poremećaja ličnosti (1993) jedna je od najosnovnijih etioloških modela ovog poremećaja. Prema Linehan, granični poremećaj ličnosti je prije svega poremećaj disregulacije emocija i proizlazi iz interakcija između

pojedinaca s određenim biološkim ranjivostima i specifičnih utjecaja okoline (Crowell, Beauchaine i Linehan, 2009). U ovoj teoriji radi se o naizmjeničnom utjecaju bioloških i socijalnih utjecaja (Niklewski i Riecke-Niklewski, 2004). Disfunkcija koju je predložila Linehan predstavlja široku disregulaciju u svim aspektima emocionalnog odgovora. Kao posljedica toga, pojedinci s graničnim poremećajem ličnosti imaju pojačanu osjetljivost na emocionalne podražaje, nemogućnost reguliranja intenzivnih emocionalnih odgovora, usporeni povratak na početno emocionalno stanje (Crowell, Beauchaine i Linehan, 2009). Zbog toga nastaju stanja uzbuđenosti, doživljena kao stanja napetosti koja se javljaju naglo i jedva se mogu kontrolirati. Prema ovom modelu, odrasli s graničnim poremećajem ličnosti nisu imali samo teške polazne osnove, već cijelog života nisu doživjeli odgovarajuću potporu koja bi im pomogla regulirati emocije na prikladan način (Niklewski i Riecke-Niklewski, 2004).

Nadalje, iz Linehanove perspektive, konstrukt emocija (a time i emocionalne disregulacije) je vrlo širok i uključuje kognitivni proces koji je povezan s emocijama, biokemijom i fiziologijom, reakcijama lica i mišića i akcijama koje su povezane s emocijama. Disregulacija emocija naknadno dovodi do disfunkcionalnih obrazaca odgovora tijekom emocionalno izazovnih događaja. Linehan je predložila i niz mogućih bioloških supstrata emocionalne disregulacije (npr. limbička disfunkcija) te je predložila da se razvoj graničnog poremećaja ličnosti razvija unutar „invalidirajućeg okruženja“. To „invalidirajuće okruženje“ karakterizira netolerancija prema izražavanju privatnih emocionalnih iskustava, posebno emocija koje nisu podržane vidljivim događajima (Crowell, Beauchaine i Linehan, 2009). U ovakvom se okruženju bolni osjećaji djeteta omalovažavaju, ignoriraju, odbacuju kao pogrešni ili se na njih ne obraća pažnja. Posljedica je rastuća neusklađenost između vlastitih iskustava i onoga što okolina, naime roditelji, potvrđuju kao ispravno. Time se djetetu onemogućuje, na osnovi njegovih teških polaznih temelja, naučiti kako da imenuje i regulira svoje uzbuđenje. Već kao djeca, osobe s graničnim poremećajem ličnosti imaju iskustvo da samo neuobičajeno, ekstremno izražavanje osjećaja uopće biva zamijećeno i time uče ekstremno reagirati (Niklewski i Riecke-Niklewski, 2004).

2.3. Tretman graničnog poremećaja ličnosti

U posljednjih nekoliko godina, postoji čitav niz dostignuća u liječenju graničnog poremećaja ličnosti. Poboljšane dijagnostičke metode dovele su do napretka u prepoznavanju i liječenju ovog stanja (Mohan, 2002). Premda liječenje graničnog poremećaja ličnosti ima dugu tradiciju, ne postoje dobro oblikovana istraživanja koja bi uspoređivala farmakoterapiju i psihoterapiju. Iako je psihoterapija glavna metoda liječenja za osobe s graničnim poremećajem ličnosti, lijekovi su ti koji mogu poboljšati bolesnikov kapacitet za uključivanje u psihoterapiju (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

2.3.1. Farmakoterapija

Simptomi oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti često su vidljivi na trima ponašajnim dimenzijama : nemogućnost kontrole emocija i impulzivnih postupaka te kognitivno-perceptivne poteškoće. Za njihovo ublažavanje moguće je upotrijebiti specifičan farmakološki način liječenja. Farmakoterapija se koristi u ublažavanju trenutačnih simptoma u razdoblju akutne dekompenzacije, ali i poremećaja trajnih osobina ličnosti. Iako se lijekovi učestalo koriste u liječenju oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti, Uprava za hranu i lijekove nije odobrila ni jedan lijek koji bi bio specifično namijenjen liječenju GPL-a (Američka psihijatrijska udruga, 2004). Visok postotak osoba s graničnim poremećajem ličnosti kontinuirano uzima lijekove za ublažavanje simptoma. Kod mnogih pacijenata, lijekovi ne samo da smiruju pacijenta, već im također omogućuju da razmisle prije samog djelovanja (Bohus i sur., 2004). Povezani poremećaji poput depresije ili anksioznosti, također mogu biti meta psihofarmakoloških intervencija (Lieb i sur., 2010). Lijekovi se propisuju pod pretpostavkom da je potrebno da se koristi više lijekova za liječenje GPL-a, i da svaki lijek ublažava različite aspekte graničnog poremećaja ličnosti (Nose i sur., 2006; prema Bender i sur., 2001; Zanarini i sur., 2001). Prva skupina lijekova su SIPPS antidepresivi koji se koriste za ublažavanje simptoma nemogućnosti kontrole emocije i impulzivnog ponašanja, uključujući i samoozljeđivanje. Iduća skupina lijekova su antidepresivi koji se uzimaju radi ublažavanja teškoća s kontrolom emocija koje se javljaju u obliku depresivnog raspoloženja, razdražljivosti i nestabilnog raspoloženja. Treća skupina lijekova su MAO inhibitori koji se koriste u ublažavanju emocionalnih simptoma, sklonosti nasilju i

impulzivnosti povezane sa simptomima raspoloženja GPL-a. Četvrta skupina lijekova su anksiolitici koji se koriste za ublažavanje raznih oblika tjeskobe. Peta skupina lijekova uključuje neuroleptike koji ublažavaju akutne simptome u svim područjima, osobito shizotipnih i psihotičnih simptoma, ljutnje i sklonosti nasilju (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

Uz psihoterapiju, koja predstavlja temelj liječenja GPL-a, farmakoterapija je u kliničkoj praksi čest izbor kliničara (Nose i sur., 2006). Ovaj tretman može biti od značaja za psihosocijalne intervencije i pruža mogućnost da se prekine s uzimanjem lijekova kada pacijent nauči upravljati sobom (Bohus i sur., 2004). Rezultati istraživanja o djelotvornosti su različita. Postoje istraživanja koja nisu mogla dokazati nikakvu djelotvornost, a u drugim se pokazalo da se npr. antidepresiv fluoksetin u usporedbi s placeboom pokazao učinkovitim, no pozitivni efekt nije tako jednoznačan, kao što je to slučaj kod tretiranja zasebnih depresija (Niklewski i Riecke-Niklewski, 2004). Istraživanja o djelovanju spomenutih lijekova na osobama s dijagnozom GPL-a su malobrojna, pa njihova upotreba znači mogući rizik (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

2.3.2. Psihoterapija

Primarni tretman GPL-a je psihoterapija koja je upotpunjena farmakoterapijom usmjerenom na simptome. U ovom djelu opisat će se dva glavna pristupa u liječenju klijenata s dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti i koliko su se pokazali efikasnim u liječenju GPL-a.

1. Kognitivno bihevioralni pristup

Kognitivno-bihevioralna terapija općenito uključuje posvećivanje pažnje skupu disfunkcionalnih automatskih misli ili duboko ukorijenjenih sustava vjerovanja te učenju i uvježbavanju novih, prilagođenih postupaka (Američka psihijatrijska udruga, 2004). Liječeći kronično suicidalne pojedince, Marsha Linehan otkrila je važan nedostatak standardnih kognitivnih i bihevioralnih tretmana. Ti tretmani su samo fokusirani na to da pacijenti mijenjaju svoje misli, osjećaje i ponašanje. Pošto su isključivo usmjereni na promjene, to često nije predstavljalo ugodno iskustvo za klijente, koji su se zbog toga osjećali loše i odustajali od liječenja (Lynch i sur., 2006). Modifikacija KBT terapije je *dijalektičko-bihevioralna terapija*. Teorijska orijentacija DBT-a za liječenje, predstavlja spoj tri teorijska

stajališta: nauke o ponašanju, dijalektičke filozofije i zen prakse. Stvarni postupci i strategije znatno se preklapaju s različitim alternativnim terapijskim usmjerenjima, uključujući psihodinamsku, terapiju orijentiranu ka klijentu, strateške i kognitivne terapije (Linehan i sur., 2001). Temelji se na biosocijalnoj teoriji Marshe Linehan, koja promatra GPL primarno kao disfunkciju sustava regulacije emocija. Tretman je organiziran oko hijerarhije ponašajnih ciljeva koji se razlikuju u različitim načinima terapije (Mohan, 2002). Osnovni program liječenja sastoji se od rješavanja problema, tehnika izloženosti, treninga vještina, upravljanja izvanrednim situacijama i kognitivne promjene (Mohan, 2002; prema Linehan, 1993). Linehan i sur. (2006) su u svom istraživanju dobili rezultate koji su pokazali da se tijekom godina liječenja statistički značajno smanjila upotreba psihotropnih lijekova u grupi koja se liječila s dijalektičkom terapijom u usporedbi s grupom na koju je primjenjen uobičajen tretman. Također rezultati pokazuju da je ova terapija bila učinkovitija od uobičajene u sprječavanju pokušaja samoubojstava. Pokušaji samoubojstva su se umanjili za polovicu s ovom vrstom terapije u usporedbi s nebihevioralnom terapijom razvijenom od strane stručnjaka. Koons i sur. (2001) su također došli u svom istraživanju do rezultata koji pokazuju znatno smanjenje suicidalnih ideja, beznada, depresije i izražavanja ljutnje kod pacijenata koji su bili u grupi koja je liječena dijalektičkom terapijom u usporedbi sa standardnom terapijom za granični poremećaj ličnosti. Osim toga, pokazali su značajno smanjenje broja parasuicidalnih djela, ljutnju koja je doživljena, disocijaciju, te broj hospitalizacija. Danas postoji mreža psihoterapijskih ustanova i odjela koji su si postavili za cilj dalje razvijati taj oblik terapije, te razviti osnove i smjernice za terapijski rad kako bi uklonili eventualne nedostatke terapije (Niklewski i Riecke- Niklewski, 2004).

2. Psihodinamski pristup

Psihodinamska psihoterapija proizlazi iz tri teorijske perspektive: ego psihologije, objektnih odnosa i ja-psihologije. Većina terapijskih pristupa oboljelima od GPL-a ne drži se strogo samo jednog od triju spomenutih teorijskih okvira (Američka psihijatrijska udruga, 2004). Cilj psihoanalitički orijentirane terapije graničnog poremećaja ličnosti jest pacijentu osvijestiti i pružiti razumijevanje djelovanja obrambenih mehanizama tipičnih za GLP, koji mu otežavaju ophođenje sa sobom i drugima (Niklewski i Riecke-Niklewski, 2004). Obično uključuje unutarnje istraživanje koje je dopunjeno terapeutskom podrškom. Ciljevi samoistraživanja uključuju: prepoznavanje neprilagođenih nesvjesnih ponašanja i njihovo svjesno ispravljanje, učenje uklanjanja bolnih osjećaja i izbjegavanje impulzivnih radnji. Tijekom istraživačkih interakcija, terapeut je općenito pasivan, omogućavajući pacijentu da se

bori s tim problemima. U okviru razmjene potpore, terapeut postaje aktivniji i pruža savjete, ohrabrenje i afirmaciju. Ciljevi uključuju jačanje samopoštovanja, potvrđivanje afektivnih iskustava i jačanje potrebnih mehanizama suočavanja (Kreisman i Straus, 2004). U jednoj australskoj studiji uspoređivano je stanje osoba s GPL-om godinu dana prije i godinu dana poslije 12-mjesečne psihodinamske terapije. Kod trideset oboljelih koji su završili s tretmanom bila su vidljiva značajna smanjenja u nasilničkom poanšanju, korištenju droga, broja posjeta liječniku, samoozljeđivanju, izostancima s posla, broju prijema u bolnici. Iako istraživanje nije imalo kontrolnu skupinu, kod oboljelih je primjećeno značajno poboljšanje (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

Psihoterapija temeljena na mentalizaciji je psihodinamski orijentiran pristup. Mentalizacija predstavlja proces u kojem postajemo svjesni sebe i drugih oko nas, implicitno i eksplicitno, u smislu subjektivnih stanja i mentalnih procesa. Ovaj pristup za GPL, utemeljen je na specifičnoj teorijskoj osnovi da učestalost gubitka mentaliziranja predstavlja osnovnu patologiju koja rađa ove karakteristične simptome. Osobe s GPL-om privremeno i često gube sposobnost točne mentalizacije u međuljudskim interakcijama. Ovo ih čini ranjivim na brzo mijenjanje emocionalnih stanja i impulzivnosti (Bateman i Fonagy, 2013). Početni zadatak u ovom pristupu je stabiliziranje emocionalne ekspresije. Nekontrolirani afekt dovodi do impulzivnosti, a tek kad je taj utjecaj pod kontrolom, moguće je usredotočiti se na unutrašnju reprezentaciju i ojačati pacijentov osjećaj sebe (Bateman i Fonagy, 2010). Druga vrsta psihodinamski orijentiranog pristupa je *psihoterapija usmjerena na transfer*. Kod ovog terapijskog oblika radi se u prvom redu o tome da se kod osoba s GPL-om mijenjaju tipični obrasci ponašanja koji se koriste pri oblikovanju odnosa. Preduvjet za to je osnovni pristup terapeuta koji posebnu pozornost posvećuje tome što se događa prilikom oblikovanja odnosa između terapeuta i klijenta, jer tu postaje vidljiva unutarnja shema uz pomoć koje klijent oblikuje svoje odnose (Niklewski i Riecke-Niklewski, 2004).

Mnogi vidovi psihoterapije u liječenju oboljelih od GPL-a zahtijevaju daljnja istraživanja. Potrebno je provoditi kontrolirana istraživanja ovih pristupa, posebice u uvjetima ambulantnog liječenja (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

2.3.3. Obiteljska terapija

Odnosi u obiteljima osoba s graničnim poremećajem ličnosti vrlo često su kaotični i burni (Američka psihijatrijska udruga, 2004). Ponašanja koja obično prate GPL, poput pokušaja

samoubojstva, intenzivnog bijesa i samoozljeđivanja, stvaraju stresne situacije i za osobe s GPL-om i za njihove članove obitelji. Obitelji osoba s GPL-om su često zapostavljene po pitanju pružanja terapijskih usluga od strane stručnjaka u usporedbi s obiteljima osoba s drugim psihijatrijskim poremećajima, iako češće doživljavaju teret, depresiju, gubitak, tugu i druge poteškoće (Hoffman i sur., 2005; prema Glick i Loraas, 2001; Harman i Walso, 2001; Hoffman i sur., 2005). Cilj obiteljske terapije jest poboljšati razumijevanje graničnog poremećaja ličnosti kod članova obitelji, poboljšati odnose između oboljelog i članova obitelji te poboljšati opće funkcioniranje obitelji (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

U istraživanju Hoffmana i sur. (2005) su sudjelovale 34 obitelji u 12-tjednom manualiziranom edukativnom programu. Taj program vođen je od strane istreniranih članova obitelji i temeljio se na strategijama standardne dijalektičko-biheviornalne terapije i DBT za obitelj. Rezultati su pokazali da su u post-testu značajno smanjeni tuga i opterećenje kod članova obitelji osoba s GPL-om.

Klinička literatura pokazuje da obiteljska terapija može pomoći oboljelima koji još ovise o svojoj obitelji ili su jako uključeni u nju. Neki kliničari izvještavaju o djelotvornosti dinamski utemeljene terapije, a drugi podupiru djelotvornost psihoedukativnog pristupa u kojem se najviše pažnje posvećuje da se obitelj podučava o dijagnozi, poboljšanju komunikacije, uklanjanju nasilja i osjećaja krivnje te na ublažavanju tereta bolesti. Primjena tradicionalne dinamski utemeljene obiteljske terapije zahtijeva dugotrajan trening i dovoljno iskustva u radu s oboljelima od GPL-a (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

2.4.(De)stigmatizacija graničnog poremećaja ličnosti

„Osobe koje pate od mentalnih bolesti i drugih mentalnih problema spadaju u najstigmatiziranije, najdiskriminiranije, najmarginaliziranije i najranjivije članove našeg društva” (Johnstone, 2001., str. 201).

Mnogi ljudi s ozbiljnim mentalnim bolestima imaju dvostruki izazov u životu. S jedne strane, oni se bore sa simptomima i poteškoćama koje su posljedica bolesti. S druge strane, bore se sa stereotipima i predrasudama koje proizlaze iz zabluda javnosti o mentalnim bolestima (Corrigan i Watson, 2002). Stigmatizacija je prepoznata kao glavna prepreka traženju liječenja i za oporavak osoba s ozbiljnijim mentalnim bolestima, kao što je granični poremećaj ličnosti (Aviram i sur., 2006). Istraživanje Aviram i sur. (2006) pokazuje kako se

osobe koje žive s graničnim poremećajem ličnosti opisuju kao otporne na liječenje, manipulativne, zahtjevne, opasne i može se promatrati kao manje ozbiljna mentalna bolest od ostalih, kao što je npr. shizofrenija (Shanks i sur., 2011). Vjerojatnije i da će osobe s graničnim poremećajem ličnosti biti pod utjecajem procesa intezivnog socijalnog etiketiranja kao psihički bolesnih, npr. zbog čestih hospitalizacija i vidljivih ožiljaka od samoozljeđivanja. Njihov izbjegavajući način suočavanja igra važnu ulogu, jer ih može zaustaviti u poduzimanju akcija da potraže adekvatan tretman za liječenje (Bohus i sur., 2004). Rüschi i sur. (2006) u svom su istraživanju dokazali da se žene s graničnim poremećajem ličnosti drugačije suočavaju sa stigmatizacijom i više pate od samostigme nego npr. žene sa socijalnom fobijom. Stigmatizacija se nažalost odvija i od strane zdravstvenih stručnjaka. Granični poremećaj ličnosti je najstigmatiziranija mentalna bolest od strane zdravstvenih radnika (Bohus i sur., 2014; prema Nehls, 1998). Medicinske sestre obično vide osobe s graničnim poremećajem ličnosti kao teške, neugodne, manipulativne, otporne na liječenje, opasne, kao one koji traže samo pažnju i smatraju ih gubitkom vremena (Bonnington i Rose, 2014; prema Wilstrand i sur., 2007). Stoga, stigma može predstavljati prepreku prema učinkovitom liječenju. To je osobito slučaj za osobe s graničnim poremećajem ličnosti gdje su istraživanja pokazala da negativne reakcije osoblja mogu dovesti do kontraterapijskih uvjeta, uključujući privremeni prekid liječenja, racionalizaciju neuspjeha tretmana, manju vjerojatnost formiranja učinkovitog saveza liječenja između terapeuta i klijenta, socijalno distanciranje, nedostatak vjerovanja u oporavak i percepcije klijenta kao moćnije, opasnije i manipulativnije u usporedbi s klijentima koji imaju druge psihijatrijske dijagnoze (Knaak i sur., 2015). Oni koji imaju granični poremećaj ličnosti izvještavaju da zdravstveno osoblje reagira negativnije na pacijente s poremećajima ličnosti u odnosu na pacijente s drugim dijagnozama (Markaham, 2003; prema Brody i Farber, 1996; Fraser i Gallop, 1993; Gallop i sur., 1989; Lewis i Appleby, 1998). Istraživanja pokazuju i da sami kliničari obično izvještavaju o doživljenjoj ljutnji ili frustraciji i neadekvatnosti tijekom tretmana kada rade s osobama koje imaju granični poremećaj ličnosti (Knaak i sur., 2015).

Knaak i sur. (2015) su u svom istraživanju došli do rezultata da su zdravstveni radnici imali veće smanjenje stigmatiziranih stavova prema osobama s graničnim poremećajem ličnosti nego prema osobama s drugim mentalnim bolestima, nakon primjene intervencijskog programa. Rezultati su pokazali da je stigma prema osobama s graničnim poremećajem ličnosti bila znatno viša nego prema osobama s drugim mentalnim bolestima. U istraživanju Markahama (2003) dobiveni su rezultati koji pokazuju da registrirane medicinske sestre za

mentalno zdravlje, manje društveno odbijaju pacijente s dijagnozom shizofrenije i percipiraju ih manje opasnim od pacijenata s dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti. Osoblje je također bilo najmanje optimistično u pogledu pacijenata s dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti i imali su više negativnih iskustava u radu s ovom skupinom u usporedbi s drugim skupinama pacijenata. Ovi rezultati su pružili dodatne dokaze da je granični poremećaj ličnosti izrazito stigmatiziran poremećaj među pružateljima zdravstvenih usluga i podupire argument da postoji značajna potreba za provođenjem programa protiv stigme usmjerene na ovaj poremećaj (Knaak i sur., 2015).

Bonnington i Rose (2014) su u svom istraživanju naveli četiri najčešća iskustva povezana sa stigmom s kojim se pojedinci s graničnim poremećajem ličnosti suočavaju svakodnevno:

1. Patologija- Sudionici su izvještavali da su njihova normalna psihološka i bihevioralna stanja bila vanjski označena kao patološka, što po njima predstavlja diskriminaciju.
2. Normalizacija- Za razliku od neprimjerene patologije, mnogi sudionici su se osjećali neopravdano normalizirani od strane drugih. Smatrali su da je njihova bolest nelegitimno odbačena od strane zdravstvenih radnika, prijatelja i obitelji. Umjesto da se smatraju „bolesnima“, njihovo ponašanje je percipirano kao neka vrsta moralnog prekoračenja. Ovakva kategorizacija može dovesti do pogrešnog razumijevanja i podcjenjivanja problema s kojima se suočavaju.
3. Stereotipiziranje- Smatrali su da su drugi pogrešno koristili stereotipe da bi ih devaluirali. Dobivali su i stereotipne prosudbe vezane za njihovu dijagnozu. Bili su svjesni da javnost nije dobro informirana o graničnom poremećaju ličnosti, a da ti stereotipi najčešće potječu od strane zdravstvenih stručnjaka.
4. Bespomoćnost- Sudionici su zbog tuđih prosudbi bili spriječeni/obeshrabreni da razviju subjektivne interpretacije vlastitih problema i djelotvornih načina upravljanja njima. Mnogi su bili nemoćni oduprijeti se prekomjernoj zaštiti od strane svoje obitelji i pretjeranom nadzoru pri zapošljavanju.

Mnogi su doživjeli fizičko i psihološko nasilje zbog svoje mentalne bolesti. To se uglavnom događalo pri ulasku ili unutar zdravstvene ustanove od strane stručnog osoblja. Za neke sudionike nasilje se odvijalo i u intimnim i obiteljskim vezama (Bonnington i Rose, 2014).

Zbog svega navedenog postoji značajna potreba za obrazovanjem i obukom zdravstvenih stručnjaka s ciljem poboljšanja stavova, kao i njihove sposobnosti da učinkovito djeluju s pacijentima s dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti.

Stavovi prema visoko stigmatiziranim poremećajima, kao što je granični poremećaj ličnosti, mogu se poboljšati kroz relativno kratke intervencije, ako su te intervencije osmišljene i provedene na odgovarajući način (Knaak i sur., 2015). Strategije smanjenja stigme i intervencije na razini zajednice ciljaju na povećanje znanje o specifičnim zdravstvenim stanjima i stigmati unutar određene zajednice. U ovom dijelu ukratko će se definirati neke od strategija koje su učinkovite u borbi protiv stigme.

1. *Obrazovanje* je često prvi korak u smanjenju stigme i često se kombinira sa drugim strategijama (Heijnders i Van Der Meij, 2006). Predstavlja strateško pružanje informacija o mentalnim bolestima što smanjuje negativne stereotipe. Studije su pokazale da sudjelovanje u edukativnim programima o mentalnim bolestima dovodi do pozitivnijih stavova prema osobama s mentalnim bolestima (Corrigan i Watson, 2002). Obrazovne intervencije koriste prezentacije, rasprave, simulacije, audio kasete i filmove koji ciljaju specifičnu populaciju. Educiranje javnosti ne mora uvijek dovesti do pozitivnijih stavova, stoga je najbolje ovu vrstu strategije kombinirati s drugim vrstama, kako bi se povećala efikasnost samog programa (Heijnders i Van Der Meij, 2006).

2. *Kontakt* se odnosi na sve interakcije između javnosti i osoba s mentalnim bolestima s posebnim ciljem smanjivanja stigmatizirajućih stavova. Kontakt može biti izravan (licem u lice) ili neizravan npr. putem medija (Heijnders i Van Der Meij, 2006). Kontakt dovodi do pozitivnijih stavova posebice ako se šira javnost susreće s osobama s mentalnim bolestima koji su u stanju zadržati posao ili biti dobri susjedi u zajednici (Corrigan i Watson, 2002). Ispitivanja pokazuju da je kontakt u kombinaciji s edukacijskom intervencijom jedan od najperspektivnijih pristupa. Uključivanje pojedinaca s mentalnim bolestima u strategiju kontakata nije ipak bez opasnosti. Ljudi mogu biti prisiljeni na otkrivanje privatnih podataka, a njihova otvorenost može imati negativne posljedice (Heijnders i Van Der Meij 2006; prema Boevink, 2002). Programi trebaju voditi računa o oboljelim osobama da su dobro pripremljeni za suočavanje u tim situacijama.

3. *Prosvjed* predstavlja reaktivnu strategiju koja pokušava umanjiti negativne stavove o mentalnim bolestima, ali ne uspijeva promovirati pozitivnije stavove potkrijepljene činjenicama (Corrigan i Watson, 2002). Organizirani prosvjed može biti korisno sredstvo za

uvjeravanje, na primjer, televizije i ostalih medijskih mreža kako bi prestale s prikazivanjem stigmatizirajućih programa i reklama . Čini se da je prosvjed legitimna intervencija, ali stvarni učinak na smanjenje stigme čini se minimalnim i zahtijeva daljnje istraživanje (Heijnders i Van Der Meij, 2006).

4. Korištenje interneta

S obzirom na stigmom povezanu s mentalnim bolestima nije iznenađujuće što preko trećine sudionika više preferira internetsku podršku u usporedbi s licem u lice, a razlog tome je što im anonimnost interneta pomaže da budu otvoreniji o stvarima vezanima za njihovu bolest (Houston i sur., 2002). Ljudi s različitim zdravstvenim stanjima sve se više okreću korištenju društvenih medija kako bi podijelili svoja iskustva s bolestima ili potražili savjet od drugih koji imaju slične zdravstvene probleme (Naslund i sur., 2014). Do danas nema studija koje bi posebno istraživale upotrebu interneta među ljudima koji imaju stigmatizirane bolesti. Osobe s mentalnim bolestima često skrivaju svoja stanja ili izbjegavaju situacije koje ih mogu otkriti. Napori koji se ulažu u skrivanje stigmatiziranih bolesti često dovode do kašnjenja u traženju zdravstvene zaštite i informacija (Berger i sur., 2005; prema Link i sur., 1992). Kao i kod svih bolesti koje se mogu liječiti ili spriječiti, kašnjenja ili nedostatak liječenja i prevencije za stigmatizirane bolesti rezultiraju nepotrebnom patnjom, izgubljenom produktivnosti i neoptimalnim korištenjem zdravstvene zaštite. Internetske informacije se mogu ležerno pretraživati bez da se osoba klasificira kao ona koja ima mentalnu bolest. Ova neformalnost može učiniti pretragu o zdravstvenim informacijama manje zastrašujućom, nego kad bi osoba tražila savjet od zdravstvenih stručnjaka (Berger i sur., 2005). Još neki od razloga za povećano traženje zdravstvenih informacija na internetu jesu praktičnost, anonimnost i mogućnost pristupa širokom nizu resursa (Kaplan i sur., 2011; prema Fox i Rainie, 2000). Ovaj nestrukturirani medij može predstavljati platformu na kojoj pojedinci s teškom mentalnom bolešću pružaju i primaju vršnjačku podršku. Vršnjačka podrška uključuje sustav uzajamnog davanja i primanja, gdje pojedinci s teškom mentalnom bolešću mogu ponuditi nadu, druženje i ohrabrenje drugima koji se suočavaju sa sličnim izazovima i problemima. Ova vrsta podrške prepoznata je kao obećavajuća strategija za oporavak mentalnog zdravlja i za prevladavanje ograničenja bolesti.

Vršnjačka podrška prepoznata je kao obećavajuća strategija za oporavak mentalnog zdravlja. Dokazi upućuju na to da pojedinci s različitim mentalnim bolestima su skloniji dijeliti osobne

stvari putem blogova, graditi prijateljstva na društvenim mrežama i koristiti internet za pristup zdravstvenim informacijama u usporedbi s osobama bez mentalnih bolesti. Razlog tome može biti jer se društveni mediji percipiraju kao medij koji ne ugrožava i koji pruža mogućnost identificiranja i povezivanja sa sličnim pojedincima unutar sigurnosti vlastitog doma (Naslund i sur., 2014). Društveni mediji su prikladni za vršnjačku podršku među osobama s mentalnim bolestima. Oni omogućuju korisnicima omogućuju da izbjegnu tjeskobe i strahove povezane s interakcijom kao „lice u lice“ (Naslund i sur., 2014). Također dopuštaju da se informacije prikazuju na druge načine, a ne samo putem teksta te mogu donijeti zdravstvene informacije pojedincima s poteškoćama, npr. videozapisi se mogu koristiti kao dopuna ili zamjena teksta i mogu biti korisni kad je pismenost slušatelja niska. Niz društvenih medija mogu olakšati dijalog između pacijenta, te pacijenta i psihijatra/psihologa (Moorhead i sur., 2013). Također osobe koje su stigmatizirane zbog svoje bolesti često su vrlo motivirani tražiti druge pojedince s istim stanjem, što društveni mediji mogu jedini omogućiti (Naslund i sur., 2014). Jedan od rastućih društvenih medija za razne svrhe jest Youtube kanal. Javnost koristi Youtube za dijeljenje zdravstvenih informacija o lijekovima, simptomima i dijagnozama te od strane pacijenata kako bi podijelili osobne priče o bolesti (Moorhead i sur., 2013).

U svom istraživanju Naslund i sur. (2014) su pregledavali Youtube videe i komentare postavljene od pojedinaca s mentalnim bolestima i utvrdili su četiri teme koje predstavljaju ključne aspekte vršnjačke podrške putem ovog medija :

1. Minimiziranje osjećaja izoliranosti i pružanje nade

Komentari su pokazali zahvalnost pojedincima koji su dijelili osobnu povijest i doživljena iskustva te su uvjerali jedni druge da nisu sami u bolesti. Vršnjačka podrška im omogućuje da se međusobno povežu na temelju zajedničkih iskustava. Videozapisi na Youtubeu također su poslužili kao izvor inspiracije, potičući osobe da učine isto i podijele svoje priče o mentalnoj bolesti.

2. Pronalaženje podrške putem razmjene i uzajamnosti

Komentari su sadržavali poruke ohrabrenja te se raspravljalo o raznim temama vezanim za mentalne bolesti, kao i osobnim anegdotama i zajedničkim interesima poput omiljene glazbe ili umjetnosti. Komentatori su branili pojedince koji su postavljali videozapise, kad bi im netko ostavio negativan komentar.

3. Rješavanje svakodnevnih izazova vezanih za različite mentalne bolesti

Youtube prevladava percipiranu nesposobnost nekih osoba s mentalnim bolestima da nauče kako se nositi s tim, pružajući korisnicima mogućnost da podijele svoje misli, borbe, nade i strahove u receptivnoj mreži. Komentatori su priznali da se bore s mentalnim bolestima i da objavljivanje komentara na Youtube može samo po sebi poslužiti kao mehanizam suočavanja. Pojavljivale su se i opsežne rasprave o tome kako se nositi s mentalnim bolestima.

4. Učenje iz zajedničkih iskustava o korištenju lijekova i traženju adekvatne skrbi za mentalno zdravlje

Korisnici su pomagali jedni drugima da bolje razumiju kako je to koristiti lijekove i ići na terapiju, pa čak i kako prevladati strahove dijeleći iskustvo o nuspojavama lijekova i traženju adekvatne terapije nakon dobivanja dijagnoze. Komentari su sadržavali detalje o uzimanju lijekova, hospitalizaciji, zdravstvenim stručnjacima i suočavanju s teškim dijagnozama.

Uz beneficije korištenja interneta, postoje i rizici pristupa sadržaju na Youtube-u. Može uključiti povećanu tjeskobu ili zbunjenost oko vlastitih simptoma i stanja, osjećaj inferiornosti ako drugi s istim stanjem bolje napreduju u kontroli bolesti, dovesti do nerealističnih očekivanja u vezi s liječenjem i izloženost pogrešnim informacijama. Unatoč navedenim rizicima, Youtube služi kao okruženje u kojem pojedinci s raznim mentalnim bolestima mogu normalizirati svoju bolest i potvrditi svoj identitet i glas dijeljenjem zajedničkih iskustava s vršnjacima i takve potencijalne koristi nadmašuju bilo kakve potencijalne nedostatke, a njegova upotreba od strane ove ranjive skupine stanovništva predstavlja novu dimenziju društvenog života vrijednog daljnjih istraživanja (Naslund i sur., 2014). Internet bi u budućnosti mogao biti korisno sredstvo za kontaktiranje i komunikaciju s ljudima koji imaju psihijatrijsku stigmatiziranu bolest (Berger i sur., 2005). Preporučljivo je i da se kliničari bolje upoznaju s upotrebom interneta u zdravstvene svrhe, razgovaraju o upotrebi zdravstvenih informacija s klijentima i strategijama za sigurno pretraživanje, kao i postizanju maksimalne koristi od toga (Waldron i sur., 2000).

3. SPECIFIČNA OBILJEŽJA GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI

Granični poremećaj ličnosti ima svoja specifična obilježja koja će biti prikazana u daljnjem tekstu. Devet kriterija graničnog poremećaja ličnosti iz DSM-V mogu se grupirati u 3 opće klasifikacijske kategorije : poteškoće u odnosima, problemi samokontrole i afektivna nestabilnost.

3.1. Poteškoće u odnosima

3.1.1. Nestabilni interpersonalni odnosi

Nestabilni interpersonalni odnosi kod pojedinaca s graničnim poremećajem ličnosti izravno su povezani s njihovom intolerancijom i strahom od napuštanja. Obično su ovisni i idealiziraju odnose sve dok njihovi partneri ili prijatelji ne počnu zanemarivati njihove potrebe nekom vrstom odbijanja ili ravnodušnosti i tada se ekstremna idealizacija pretvara u devaluaciju i potpuno izbjegavanje (Kreismann i Straus, 2010). Jedno je istraživanje pokazalo da su turbulentne veze i impulzivnost dva najdiskriminativnija kriterija za definiranje ovog poremećaja (Horvat, 2015; prema Kreismann i Straus, 2004). Suvremeni pristupi terapiji ističu važnost poboljšanja interpersonalnih vještina i osjećaja samoeфикаsnosti u međuljudskoj domeni te ih navode kao najvažnije komponente liječenja graničnog poremećaja ličnosti (Horvat 2015; prema Ryan i Shean , 2007).

3.1.2. Poteškoće u formiranju identiteta

Pojedincima s graničnim poremećajem ličnosti nedostaje konstantan osjećaj identiteta, baš kao što im nedostaje stalna i temeljna konceptualizacija drugih ljudi (Kreisman & Straus, 2010). Oni mogu doživjeti dramatične promjene u slici o sebi koje karakteriziraju promjenu ciljeva, vrijednosti, težnji, spolnog identiteta i sl. Često vide sebe kao zle ili loše osobe, a ponekad se osjećaju da uopće ne postoje, osobito u situacijama kada ne dobivaju adekvatnu njegu i podršku od strane bliskih osoba (Gunderson i Hofman, 2005). Ne prihvaćaju vlastitu inteligenciju, privlačnost ili osjetljivost kao konstantne osobine, nego kao usporedne kvalitete koje trebaju stalno biti prosuđivane i prihvaćene od strane drugih ljudi (Kreisman i Straus, 2010). Adler i Buie opisali su da pojedinci s graničnim poremećajem ličnosti pate od osjećaja neusklađenosti i nepovezanog razmišljanja, gubitka integracije i subjektivnog

osjećaja gubitka funkcionalne kontrole nad sobom. Iz psihološke perspektive nedostaje im sposobnost internaliziranja mnogih aspekata njihovih primarnih skrbnika koji bi im omogućili da razviju kohezivni osjećaj sebe (Wilkinson-Ryan i Westen, 2000).

3.1.3. Osjećaj praznine

Ljudi s graničnim poremećajem ličnosti često izvještavaju o unutarnjoj praznini, dosadi i besmislu koji osjećaju. Osjećaji praznine i dosade mogu ih preplaviti u situacijama koje su ih trenutak ranije 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).

3.1.4. Disocijacija od realnosti

Najčešća psihotična iskustva vezana za granični poremećaj ličnosti su: osjećaj nestvarnosti i paranoidne iluzije. Nerealni osjećaji uključuju disocijaciju od uobičajenih percepcija te sam pojedinac počinje doživljavati sebe i druge ljude nestvarnima. Neke osobe mogu doživjeti neku vrstu unutrašnjeg razdvajanja u kojem osjećaju različite aspekte svoje osobnosti u različitim situacijama. Također pojedinci s graničnim poremećajem ličnosti mogu postati prolazno psihotični kada se suoče s određenim stresnim situacijama (kao što je osjećaj napuštenosti) ili ako se nalaze u vrlo nestrukturiranom okruženju. Psihoze se također mogu potaknuti zloupotrebom droga. Za razliku od pacijenata koji imaju dijagnozu psihotične depresije, manije, shizofrenije i sl., granična psihoza je obično kraćeg trajanja i percipira se kao izrazito zastrašujuća i u potpunosti drugačija od uobičajenog iskustva (Kreisman i Straus, 2010).

3.2. Problemi samokontrole

3.2.1. Destruktivna impulzivnost

Glavno obilježje graničnog poremećaja ličnosti jest impulzivno samouništavajuće ponašanje, uključujući nepromišljeno upravljanje automobilom i trošenje novca, krađe, prejedanje i

povraćanje, zloupotrebu psihoaktivnih tvari, rizično spolno ponašanje, samoozljeđivanje i pokušaje samoubojstva. Smatra se da takvi postupci odražavaju teškoće koje oboljeli od graničnog poremećaja imaju s ublažavanjem jakih emocija ili poriva i suzdržavanjem od njihova pokazivanja (Američka psihijatrijska udruga, 2004). Njihovo ponašanje može biti naglo i kontradiktorno jer proizlazi iz snažnih trenutačnih osjećaja – percepcija koje se sastoje od izoliranih i nepovezanih iskustava. Često impulzivni postupci poput zloupotrebe droga i alkohola služe kao obrana od osjećaja usamljenosti i napuštenosti (Kreisman i Straus, 2010). Velik broj studija je pokazao da pojedinci s graničnim poremećajem ličnosti imaju poremećaj inhibitorne kontrole. Utvrđeno je da ih karakterizira veća motorna aktivacija, manji kapacitet pažnje, smanjeno planiranje te visoka razina agresivnosti i neprijateljstva posebice u dimenzijama s većom zastupljenošću emocionalne komponente, kao što su ljutnja, sumnja, razdražljivost i krivnja (Ferraz i sur., 2009).

3.2.2. Samoozljeđivanje i suicidalno ponašanje

Suicidalno ponašanje se pojavljuje vrlo često kod pojedinaca s graničnim poremećajem ličnosti., najmanje tri četvrtine ih pokuša izvršiti suicid, a otprilike 10% na kraju i izvrši samoubojstvo (Black, Blum, Pfohl i Hale, 2004). Često samoozljeđivanje započinje kao impulzivno, samokažnjavajuće djelovanje, ali s vremenom može postati ritualni postupak. Samoubilačke prijetnje i geste odražavaju i sklonost za depresiju i beznađe i sposobnost manipulacije drugima. (Kreisman i Straus, 2010). Rizični faktori za samoubojstvo kod graničnih pojedinaca su : prethodni pokušaji samoubojstva, prethodne hospitalizacije, povijest perzistentne depresije, beznađe, impulzivnost i agresivnost, komorbiditetna antisocijalna obilježja, zloupotreba psihoaktivnih tvari, starija dob. Samoubilačke radnje treba razlikovati od samoozljeđivanja, koje može biti potencijalno opasno po život, ali nije motivirano željom za umiranjem. Namjerno samoozljeđivanje može biti potaknuto raznim psihološkim motivima, kao što su samokažnjavanje, otpuštanje napetosti ili dobivanje pažnje i većinom se događa tijekom epizoda intenzivnih emocija i dovodi do fizičkih ozljeda (Black i sur., 2004). Iako se mnogi od kriterija za granični poremećaj ličnosti smanjuju tijekom vremena, rizik od samoubojstva traje tijekom cijelog života (Kreisman i Straus, 2010).

3.3. Afektivna nestabilnost

3.3.1. Strah od napuštanja

Uobičajena i važna obilježja graničnog poremećaja ličnosti jesu jako smanjen kapacitet za stvaranje privrženosti i predvidivo neprilagođeno ponašanje, kao reakcija na odvajanje. Oni su vrlo osjetljivi na odbacivanje i silno se trude izbjeći stvarno ili doživljeno napuštanje (Američka psihijatrijska udruga, 2004). Percepcija predstojećeg odvajanja od važne osobe ima destabilizirajući učinak na raspoloženje, sliku o sebi, obrasce mišljenja i ponašanja (Gunderson i Hofman, 2005). Osjećaju intenzivan strah i ljutnju zbog odbacivanja, čak i kad je odvajanje od nekog uobičajeno tj. vremenski ograničeno. Kako bi izbjegli napuštanje izražavaju neprikladan bijes, neopravdane optužbe i impulzivne postupke kao što su samoozljeđivanje ili suicidalna ponašanja, što u drugih ljudi izaziva zaštićujuće reakcije pune osjećaja krivnje i straha (Američka psihijatrijska udruga, 2004). Strah od napuštanja može se i izmjeriti PET-om te je jedna studija koristeći ga pokazala da kod žena s graničnim poremećajem ličnosti postoje određene promjene u protoku krvi u određenim područjima mozga kad su izložene sjećanjima na napuštanje (Kreisman i Straus, 2010).

3.3.2. Nestabilno raspoloženje

Ljudi s graničnim poremećajem ličnosti doživljavaju vrlo intenzivne i ekstremne osjećaje, koji se trenutno mogu pretvoriti u suprotan osjećaj. Tu spadaju i pozitivna i negativna čuvstvena stanja. Kao posljedica toga izloženi su promjenama raspoloženja koje se javljaju naglo i s velikim intenzitetom (Niklewski i Riecke-Niklewski, 2004). Ovdje se radi o izrazitim promjenama raspoloženja (npr. jake povremene disforije, razdražljivost ili tjeskoba koji obično traju nekoliko sati, a vrlo rijetko dulje od nekoliko dana). Takvo disforično raspoloženje često obilježava ljutnja, panika ili očaj i vrlo se rijetko izmjenjuje s razdobljima dobrog raspoloženja. Takve epizode mogu biti izazvane izrazitom osjetljivošću na interpersonalne stresore (Američka psihijatrijska udruga, 2004).

3.3.3. Ljutnja

Uz afektivnu nestabilnost, ljutnja je najčešći simptom graničnog poremećaja ličnosti (Kreisman i Straus, 2010). Izražavaju izrazitu impulzivnost i nedostatnu sposobnost kontrole ljutnje. Posljedica su česti neprikladni ispadi bijesa, koji dovode do stalnih konflikata s drugim ljudima i žestokim svađama, sve do agresivnih radnji (Niklewski i Riecke-Niklewski, 2004). Takva ljutnja može biti izazvana doživljajem da ih neka važna osoba zanemaruje, da je suzdržana, da je nije briga za njih ili ih napušta (Američka psihijatrijska udruga, 2004)

4. PRIKAZ SLUČAJA

Cilj ovog prikaza slučaja je prikazati subjektivni doživljaj simptoma mlade djevojke M.B. (24 godine) s graničnim poremećajem ličnosti u svrhu boljeg razumijevanja osoba s ovom dijagnozom. Autorica ovog rada je saznala za M.B. preko njezinih videozapisa koje objavljuje na društvenoj platformi „Youtube“ kako bi educirala javnost o samoj bolesti i pomogla drugima koji se nose s istim poteškoćama kao i ona. Najprije se ispitanici putem e-maila objasnili svrha rada te se zatražilo dopuštenje korištenja informacija iz njezinih videozapisa, kao dodatnog izvora podataka. Nakon što je ispitanica pristala sudjelovati u izradi prikaza slučaja, autorica je konstruirala dvadeset pitanja za polustrukturirani intervju. Intervju se odvijao preko „Skypea“ te je protekao u ugodnoj atmosferi. Unatoč tome što ispitanica nije htjela odgovoriti na određena pitanja koja je smatrala preosobnima, pokazala je veliku otvorenost i komunikativnost i educiranost o samoj bolesti.

„ Smatram da postoji mnogo tabua oko mentalnih bolesti, ali ljudi trebaju shvatiti da je mentalna bolest ista kao i svaka druga bolest. Npr. ako slomite ruku nećete biti posramljeni što radi toga nosite gips kako bi vam ruka zacijelila, isto tako ne trebate osjećati sram kad se liječite od mentalne bolesti“ (M.B., 24 godine)

4.1. Opći podaci o M.B. (24)

M.B. rođena je 18. studenog 1994. godine u Southamptonu. Uz dijagnozu graničnog poremećaja ličnosti dijagnosticiran joj je depresivni poremećaj, anksiozni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) i poremećaj hranjenja (bulimija).

Prvi simptomi se javljaju u četrnaestoj godini kada se prvi put samoozljeđuje (rezanje po raznim dijelovima tijela iglama). U periodu prije prve hospitalizacije posjećivala je razne psihijatre i dijagnozu koju je tada imala jest depresivni i anksiozni poremećaj te je pila antidepressive.

Prvi put je hospitalizirana sa sedamnaest godina u općoj bolnici, nakon čega je osoblje iz bolnice odlučilo da je neće otpustiti, već da će je poslati kao hitnog pacijenta na psihijatriju jer je predstavljala rizik za sebe zbog suicidalnosti. Bila je na psihijatrijskom odjeljenju za adolescente, no kad je napunila osamnaest godina morala je napustiti to odjeljenje i prebaciti se u psihijatrijsku bolnicu za odrasle.

Nakon par mjeseci otpuštena je kući i svaki tjedan su je posjećivali pomoćni radnici tj. savjetnici koji su joj pravili društvo i izvještavali o njezinom trenutačnom stanju. Kada je imala dvadeset i jednu godinu imala je pomoćnu radnicu s kojom je bila bliska i ona joj je prvi put spomenula da je moguće da ima granični poremećaj ličnosti iako nije bila kvalificirana za postavljanje dijagnoza. Nakon toga je pronašla privatnog psihijatra koji joj je potvrdio tu dijagnozu.

Napušta fakultet i počinje raditi na sebi i svom mentalnom zdravlju te otvara svoj Youtube kanal kako bi pomogla i drugima koji se nalaze u istoj situaciji kao i ona.

Najčešći simptomi su promjene raspoloženja koje variraju iz dana u dan. Najviše se boji napuštanja od strane bliskih osoba i često ima nekontrolirane izljeve bijesa koje pokušava uz terapiju kontrolirati.

4.2. Djetinjstvo i adolescencija

M.B. izjavljuje da se u djetinjstvu mnogo selila te da je do dvanaeste godine jedanaest puta promijenila mjesto stanovanja. Osim toga, promijenila je tri osnovne škole što je otežavalo proces adaptacije na nova mjesta i u znatnoj mjeri utjecalo na njezino djetinjstvo. Iako ističe da su njezini roditelji uvijek pokazivali istinsku brigu i bili puni ljubavi nije uspjela ostvariti bliskost s njima jer su bili previše religiozni i nametali su joj da mora odlaziti u crkvu i ponašati se kao istinska vjernica.

„Kada sam imala trinaest godina roditelji su mi rekli da sada sama izaberem hoću li nastaviti ići u crkvu ili ne. Osjetila sam olakšanje jer nisam uživala u tome niti sam vjerovala u ono što oni govore. Tad sam prvi put shvatila da je u redu imati drugačije mišljenje o određenim aspektima života kao npr. o seksu, braku, religioznosti itd.“

M.B. ističe da dok je bila dijete nitko iz njezine obitelji nije primjećivao njezino neobično i drugačije ponašanje u odnosu na drugu djecu.

„Kad sam imala sedam godina, rekla sam svom ocu da mislim da imam vruga unutar sebe.“

U adolescenciji za sebe kaže da je bila buntovna i da je često bila u sukobu sa svojim roditeljima. Mnogo je pila u tom periodu jer je to za nju bio bijeg od realnosti.

„ Roditelji su mi odbijali kupiti alkohol i govorili su mi da je štetan pa sam morala skrivati od njih da pijem sve do trenutka kada bi trebali doći po mene s neke zabave jer bih bila toliko pijana da nisam mogla hodati i samo sam povraćala.“

Smatra da je bila iznadprosječno inteligentno dijete u školi i perfekcionista te je zbog toga svaki školski zadatak morala obaviti savršeno.

„Kažnjavala bih samu sebe kad nešto ne bih uradila dobro, moji roditelji su me tješili i govorili mi da nije važno da sve obavim savršeno. Ja sam ta koja sam sama sebi stvarala pritisak.“

U početku se družila s učenicima koji su imali jako dobre ocjene, a kasnije se pridružila popularnom drušvu i tako je krenulo njezino buntovništvo i česta opijanja i izlasci.

Ne izvještava o nikakvom značajnom traumatskom događaju tijekom djetinjstva i adolescencije koji je mogao utjecati na razvoj bolesti.

4.3. Subjektivni doživljaj simptoma

M.B. smatra da je njezina priča poprilično ekstremna s obzirom da je mnogo toga proživjela do svoje dvadeset i prve godine kad je dobila dijagnozu graničnog poremećaja ličnosti. Subjektivni doživljaj simptoma oboljele će se prikazati tako što će se kriteriji opisati iz njezine perspektive.

„ Imala sam 21 godinu kad mi je prvi put dijagnosticiran granični poremećaj ličnosti. Osjećala sam olakšanje jer sam s tom dijagnozom sebi objasnila zašto sam toliki naglasak i važnost pridavala odnosu s drugim ljudima dok moji prijatelji s dijagnozom depresivnog poremećaja nisu.“

4.3.1. Samoozljeđivanje

Prvi put se počela samoozljeđivati kad je imala četrnaest godina i u to vrijeme nije znala što radi te je bila jako preplašena da ljudi to ne saznaju. Za njezino samoozljeđivanje nije nitko znao osim dvije najbliže prijateljice koje su tome svjedočile. Izjavljuje da su najčešći okidači bili momci i veze i da ni sama ne zna kako je došla na ideju da to uradi. Prisjeća se da se dobro osjećala samokažnjavajući se jer je mislila da nije dostojna ničije ljubavi i smatrala je

to uzbudljivim. Nije bilo ozbiljnijih ozljeda sve do šesnaeste godine kad je to postalo sve učestalije i ozbiljnije. Godinu dana nakon prvog samoozljeđivanja posjetila je psihijatra koji joj je postavio dijagnozu depresivnog poremećaja te prepisao antidepresive. Roditelji su tek saznali za to kad je imala sedamnaest godina i kada je bila u poprilično lošem psihičkom stanju.

„Imala sam ogroman strah od odbijanja. Prvi momak s kojim sam bila ostavio me je te sam se počela osjećati jako loše u vlastitoj koži. Imala sam osjećaj da me nitko ne želi te sam se kažnjavala tako što sam se samoozljeđivala iglama. Moji roditelji nisu to saznali sve do sedamnaeste godine jer sam nosila duge majice ili narukvice kako bih to prikrila.“

Danas joj pomaže terapija pomoću koje uči koji su joj okidači i kako da se nosi s depresijom i anksioznosti uz koje se uvijek javlja samoozljeđivanje. No bez obzira na to, u situacijama kada se javlja depresivno raspoloženje ili je pod utjecajem alkohola, samoozljeđivanje vidi kao jedini način da se nosi s tim. U takvim i sličnim situacijama, od velike pomoći su joj tehnike distrakcije koje je naučila primjenjivati tokom dugogodišnje terapije. Samoozljeđivanje uspoređuje s bilo kojom drugom vrstom ovisnosti u smislu da s vremenom želi sve više to raditi i na sve opasnije načine.

Izuzevši samoozljeđivanje od ostalih samodestruktivnih ponašanja navodi da često zna piti žestoka alkoholna pića jer na taj način pokušava zaustaviti svoje negativne misli. Prije svog sadašnjeg momka kako bi izbjegla strah od napuštanja od strane bliskih osoba upuštala se i u rizične seksualne odnose sa strancima ili osobama koje bi upoznala na psihijatriji jer je smatrala da se seksualnim odnosom neće emocionalno vezati za osobu, ali će je opet na neki način posjedovati.

„ Moji ožiljci su danas simbol patnje kroz koju sam prošla i podsjetnik su na to tko sam danas i kako sam uspjela sve to staviti pod kontrolu iako sam mislila da nikad neću.“

4.3.2. Suicidalno ponašanje

Okidači za pokušaje samoubojstva, kao i za samoozljeđivanje, su najčešće bili prekidi veza. Sa sedamnaest godina je nakon prekida postala vrlo depresivna i navodi da iako je i prije znala biti depresivna, tada je beznadežnost koju je osjećala prvi put rezultirala pokušajem samoubojstva. Posljedice su ostale trajne i zbog tog događaja sada ima PTSP, jer uvijek kad

dođe do prekida veze njezin um se na neki način vraća na taj prvi prekid i počinje se osjećati suicidalno.

„Ako nemam tog dečka moj život nema smisla, osjećala sam se kao da sam u nekoj mračnoj šumi neshvaćena i napuštena od svih.“

M.B. navodi i načine na koje je pokušavala izvršiti samoubojstvo kao npr. iskakanje kroz prozor, iskakanje pred auto u pokretu, zabijanje vlastitim autom u nešto, predoziranje i samoozljeđivanje.

„ Nije prošao dan da nisam pomislila da se ubijem. Mislila sam da će mojim prijateljima i obitelji biti bolje bez mene, to je bio kao život u nekom alternativnom mračnom svijetu. Nisam vidjela svjetlo na kraju tunela, sve je oko mene bio mrak. Jedino što sam u tim trenucima mogla osjetiti jest moja bol i jedino rješenje da ta bol prestane jest da se ubijem.“

Sada se trudi da ne razmišlja previše o tome i pokušava shvatiti da su te emocije privremene i da nije potrebno da poduzima tako drastične mjere kako bi prevazišla to stanje.

„ Kad se osjetim suicidalnom, naučila sam se izboriti s tim osjećajem, znam da će proći i uvijek pomislim na svoje prijatelje i obitelj, kako bi se oni osjećali. U početku je teško skrenuti misli i misliš samo na to da počiniš samoubojstvo i da se sva ta patnja završi. Samoubojstvo u tom trenutku vidiš kao jedinu opciju.“

4.3.3. Ljutnja / impulzivnost

Kao najčešće okidače za nekontrolirane izljeve bijesa navodi situacije u kojima želi nešto uraditi, a ne uspijeva u tome ili kada nešto krene po zlu i neplanirano, a ona osjeti da se ne može nositi s tim. Ljutito i frustrirano se osjeća većinu vremena i često su uzrok tome obične sitnice kojima drugi ljudi ne bi pridavali pažnju.

„Jedan incident mi se dogodio kad nisam mogla zatvoriti ladicu od stola. Razmišljala sam tada o tome kako je moj stol uništen i kako ću morati kupiti novi iako sam ga uzela nedavno i bio je vrlo skup što me je jako razljutilo te sam je oblijepila selotejpom. Jedan dan sam pokušala izvući tu istu ladicu, ali nisam uspjela pa sam je istrgnula tako snažno da se raspala“

na pola i u tom trenutku sam više izgubila kontrolu nad sobom i počela sam lomiti sve oko sebe, vrištati i lupati glavom od zid.“

Svoje impulzivno ponašanje objašnjava na način da osjeća kao da ima ugrađenu „stvar“ u svom mozgu koja u tim situacijama dovodi do toga da se ne može iskontrolirati koliko god to htjela i da joj ta stvar govori da je primjereno imati takve ekstremne izljeve ljutnje. Često zna biti impulzivna i kad se svađa s nekim i u tom trenutku sama sebi kaže da će si učiniti nešto nažao kao npr. ozlijediti se da ta osoba vidi koliko ona pati i da ima osjećaj krivnje zbog nje.

Terapija joj danas pomaže da „ukloni“ samu sebe iz situacije kako bi zaustavila nalet bijesa ili pokušava ne razmišljati o tome.

„ Godinama na terapiji učim kako da se izborim s tim. U ovakvim situacijama misliš samo na sebe i manipuliraš drugom osobom i želiš da osjeća krivnju i da te žali. Teško je to zaustaviti, to nije moja krivica, to nije nešto što radim svjesno. Jednostavno kad se to dogodi ne razmišljam o posljedicama i najbezazlenija stvar koju možete zamisliti može dovesti do takvog ponašanja.“

4.3.4. Promjene raspoloženja

M.B. izjavljuje da svaki dan ima promjene raspoloženja. Okidači za te promjene mogu biti obične sitnice. Obično se njezino raspoloženje zna kretati od osjećaja sreće pa sve do vrlo niskog raspoloženja pa zatim opet od niskog raspoloženja do nekontroliranog uzbuđenja. Promjene se većinu vremena temelje na riječima ili akcijama drugih ljudi.

„Ako se osjećam loše i netko mi uputi kompliment to će podići moje raspoloženje i tako će ono samo rasti i rasti, ali ako mi u tom trenutku npr. dečko kaže nešto što me povrijedi, moje raspoloženje će se naglo spustiti i poželim se tada nečim ozlijediti.“

4.3.5. Interpersonalni odnosi

Prva veza sa šesnaest godina dovela je do ozbiljnijeg samoozljeđivanja i tada još uvijek nije znala da ima problema s mentalnim zdravljem. S tim dečkom je bila godinu ipo dana i nakon što je ostavio, zbog depresije i pokušaja samoubojstva završila je na psihijatriji.

„Ostavljala sam mu glasovne poruke na mobitel i vrištala da ću se ubiti ako mi se ne javi.“

Nakon toga četiri godine nije bila u nikakvoj ozbiljnijoj vezi. Odnosi u koje se upuštala tijekom te četiri godine su većinom bili fizičke prirode s muškarcima koji su također imali određene psihijatrijske probleme. Kad bi ih pobliže upoznala tada bi prekidali s njom i govorili bi joj da im taj odnos postaje previše intenzivan, a to bi bio okidač za ponovni povratak na samoozljeđivanje i pokušaje samoubojstva.

Prije sadašnjeg momka s kojim je dvije godine i šest mjeseci u vezi, navodi da je u veze ulazila ishitreno radi samopotvrđivanja i odobravanja od strane drugih ljudi (prijatelji i obitelj su stavljali pritisak na nju da nađe nekoga). Sadašnji momak nije znao ništa o graničnom poremećaju ličnosti, ali se počeo raspitivati i zainteresirao se, a nije samo pobjegao i odustao kao mnogi drugi prije njega.

„On je uvijek moj glas razuma u razdobljima anksioznosti i depresije. Moji prijašnji partneri nisu razumjeli granični poremećaj ličnosti i jednostavno zbog toga nismo mogli biti skupa jer je to veliki dio mene, a on me tretira kao i svaku drugu osobu i puno je zreliji od njih. Imamo otvorene razgovore o svemu, a ponajviše o mojim osjećajima i sve probleme rješavamo kao tim i zajedno tražimo rješenja.“

Iako joj terapija puno pomaže i danas ima strah od napuštanja od strane bliskih osoba. Pokušava se suočiti s tim strahom tako što izgrađuje svoje samopouzdanje na način da se prisjeća situacija iz prošlosti kad je bila ostavljena, a ipak je to uspjela prebroditi. Navodi da joj se često zna dogoditi da u kratkom vremenu od idealiziranja neke osobe pređe u ekstremnu devaluaciju te iste osobe.

„Većinu vremena mi se to događa s mojim dečkom. Najčešće to radim dok on spava jer se tad prisjećam stvari koje je učinio u prošlosti, a koje su me razljutile ili se prisjećam stvari zbog kojih ga volim i to radim skoro svaku noć.“

Uz dečka ima punu podršku i svoje obitelji i navodi da joj to mnogo olakšava kad zna da ima uvijek nekog uz sebe na koga se može osloniti kad se osjeća loše.

4.3.6. Disocijacija

M.B. navodi da je prošle godine 90% vremena osjećala disocijaciju. Disocijacija se kod nje manifestirala na način da je vlastito tijelo htjelo zaštititi i odlazilo bi u „borba ili bijeg“ stanje kad bi osjećala anksioznost ili kad bi prolazila kroz neku traumu ponovo.

„To je kao da gledaš sebe na nekom filmu ili se promatraš izvana. Gledaš sebe kako živiš svojoj život, ali ti nisi tamo. Kao da promatraš svoje emocije, ali ih ne osjećaš.“

Postoje različiti oblici disocijacije od kojih ona navodi dva koja ima. Prvi je derealizacija koja označava osjećaj izmjenjivanja percepcije ili iskustva vanjskog svijeta pri čemu se svijet čini nestvarnim.

„Znala sam hodati okolo kad sam bila anksiozna i osjećala sam se kao da sam u nekoj alternativnoj realnosti gdje nisam povezana sa stvarima oko sebe.“

Drugi oblik disocijacije je depersonalizacija koja je obilježena razdobljima nepovezanosti s vlastitim tijelom, emocijama i mislima. Većinom je to osjećala kad je bila pod utjecajem lijekova koji su još više naglašavali njezine emocije.

„To je kao začarani krug. Osjećaš se anksioznom pa osjećaš disocijaciju i onda si anksiozna što si disocijativna i na kraju počinješ paničariti i učinit ćeš sve što je u tvojoj moći da prestane to disocijativno stanje.“

4.4. Komorbiditetni poremećaji

Kao što je već navedeno M.B. uz dijagnozu graničnog poremećaja ličnosti ima i dijagnozu depresivnog poremećaja, anksioznog poremećaja, PTSP-a i poremećaja hranjenja (bulimiju). U ovom poglavlju će se ukratko opisati kako se ti poremećaji manifestiraju kod oboljele.

4.4.1. Anksiozni i depresivni poremećaj

Sa šesnaest godina je dobila dijagnozu depresivnog i anksioznog poremećaja i tada je počela piti razne antidepresive. Odbijala je ići na terapiju jer je bila previše anksiozna da bi razgovarala s nekim pa je zato izabrala samo lijekove. Unatoč tome što je imala savršen život, prijatelje i dečka osjećala se kao da i dalje nešto nije u redu. U tom periodu je pokušala balansirati socijalni život i ispite zbog kojih se previše opterećivala. Prisjeća se da je jedno ljeto otišla u Francusku na razmjenu učenika i da se tada počela osjećati još više usamljenom

i izoliranom. Mnogo vremena je tada provela sakrivajući se u svojoj sobi i osjećala je snažnu anksioznost. Roditelji su je natjerali da ostane tu tjedan dana više nego što je trebala i to je uzrujalo pa je popila veću količinu antidepresiva od dopuštenog. Nakon što se vratila kući stanje je postajalo sve gore, stalno je dane provodila u svojoj sobi i nije se osjećala povezanom sa svijetom oko sebe. Ono što je dovelo do njezinog pokušaja samoubojstva i hospitalizacije na psihijatrijskom odjelu za adolescente jest prekid s dečkom.

S anksioznosti se najviše borila posljednje dvije godine kad se preselila od svojih roditelja u novi stan. Morala se tada početi nositi s obavezama „odraslih“ i katastrofizirala je i u najbezazlenijim situacijama te je postala jako samokritična.

„Prije nisam znala da je to što osjećam anksioznost, često sam znala gubiti dah i nisam mogla udahnuti dovoljno duboko i tada bih doživjela panične napade kojih nisam tad bila svjesna. Bila sam i poprilično nervozna u određenim socijalnim situacijama i pitala sam se uvijek da li sam ja jedina kojoj se to događa jer su drugi djelovali poprilično samopouzdana. U školi sam sa četrnaest godina prvi put osjetila anksioznost i tad sam počela i sa samoozljeđivanjem.“

Nakon što je par godina kasnije dobila dijagnozu graničnog poremećaja ličnosti bolje se nosi sa depresijom i anksioznosti koje svakodnevno prate taj poremećaj. Danas joj pomažu najviše lijekovi i mindfulness, prijatelji i roditelji. Kada se osjeti anksioznom često pokušava skrenuti svoje misli razmišljajući o nekim lijepim stvarima poput mora, svog kućnog ljubimca i sličn

4.4.2. Postraumatski stresni poremećaj

Nakon što je doživjela traumatičan prekid prve ozbiljne veze, svaki iduć prekid je doživljavala na isti način kao i prvi. Navodi da bi joj se javile iste misli i osjećaji i da bi joj se mentalno stanje ponovo pogoršalo kao i tada kada je bila u najkritičnijem stanju. Navodi da joj je taj prekid bio vrlo traumatično iskustvo jer dok je bila hospitalizirana zbog pokušaja samoubojstva, saznala je da je taj dečko imao seksualne odnose s njezinom najboljom prijateljicom. Danas na to gleda drugačije i izjavljuje : *„Treba znati voljeti sebe i uvijek misliti da si vrijedan nečije iskrene ljubavi.“*

4.4.3. Poremećaj hranjenja (bulimija)

Do sedamnaeste godine nije imala nikavih problema s prehranom. Bavila se raznim sportovima no kad je krenula na fakultet počela je puno učiti i nije stizala vježbati. Zbog ispita je osjećala stalno ogroman pritisak i tad je odlučila bar reducirati hranu i otići na dijetu da bi se vratila na svoju prijašnju težinu. U tom periodu je bila i suicidalna zbog prekida veze i jako depresivna. Ova kombinacija događaja je držala u krevetu po cijele dane i nije imala apetita. Izgubila je mnogo na težini vrlo brzo na psihijatrijskom odjeljenju za adolescente. Psihijatri su više bili fokusirani na njezinu suicidalnost pa izjavljuje da nitko nije kontrolirao njezine porcije hrane niti koliko je nečega pojela što je njoj tada odgovaralo. Kad se vratila kući postala je opsjednuta prehranom prateći kalorije te je istraživala razne dijetete. U tom periodu nije se imala na što fokusirati jer nije išla na fakultet te je samo vrijeme provodila kod kuće. Najviše vremena je provodila u supermarketu gdje je satima gledala na proizvodima sastav i broj kalorija. Stanje joj se pogoršavalo i mislila je za sebe da je neprivlačna i pretila.

„ Imala sam na mobitelu spremljene slike drugih djevojaka i htjela sam izgledati kao i one. U to vrijeme sam sam se i samoozljeđivala i urezivala bih na razne dijelove tijela riječ „debela“ jer sam se gadila samoj sebi.“

Izjavljuje da su joj u tom periodu noći bile najteže jer je previše razmišljala.

„Uzela bih čipseve i slatkiše i gledala bih serije do četiri ujutro da skrenem sebi misli. Nakon toga bih povraćala i još bih se uz to i samoozljeđivala. Radila sam to svaku noć, a danju bih bila oprezna što jedem.“

Počela se i drugačije oblačiti te je nosila široke džempere i haljine. Pokušala se i vratiti na fakultet, ali se osjećala oslabljenom i nespremnom. Na predavanjima bi osjećala slabost i vrtoglavice te nije imala koncentracije za učenje. Prijelomna točka što se tiče bulimije se dogodila kad se upisala u poseban „health club“ gdje je počela vježbati u teretani i koristila je i njihov wellness centar. Prvi put je počela vježbati da poboljša svoje mentalno zdravlje, a ne da promijeni tijelo. Čim je počela vježbati, odlučila je i jesti zdravije i radi svog fizičkog i psihičkog zdravlja. Proučavala je nutricionizam i počela je pripremati zdravije obroke uz trening, a ne se izglednijavati kao prije i pratiti kalorije. Tako su joj se smanjivali i depresija i anksioznost.

„Naravno promjena se nije dogodila odjednom jer sam i dalje mijenjala raspoloženja i percepciju o svom tijelu i sebi, ali sam se osjećala mnogo bolje uz svoj novi način života i prehrane.“

Izjavljuje da joj se slika o tijelu svako malo mijenja i da se i danas zna ponekad fokusirati na hranu i kalorije. Danas se bori s tim tako što se bavi jogom i trčanjem. Uz pomoć terapije je naučila da gleda pozitivne aspekte sebe i da je svatko lijep na svoj način i što je najvažnije da se ne uspoređuje s drugima.

„Još uvijek moram poraditi na svom odnosu prema hrani, ali se nikad više ne želim vratiti u stanje u kakvom sam bila, jer to nije zdrav način života i može imati fatalne posljedice.“

4.5. Trenutno stanje

M.B. navodi da se nije u potpunosti oporavila, ali funkcionira mnogo bolje nego prijašnjih godina. Ona razumije da se nikad neće moći u potpunosti izliječiti, ali može neke stvari staviti pod kontrolu uz pomoć terapije. Kognitivno-bihevioralna i dijalektičko-bihevioralna terapija joj pomažu da promijeni svoj način razmišljanja i vidljiv je veliki napredak. Ima bolje razmišljanje o određenim ponašanjima iz mladosti, koja su bila duboko usađena u njoj godinama. Bez obzira što pati s vremena na vrijeme, sada ima riječi i objašnjenja za misli ili ponašanja i tehniku suočavanja koja joj puno pomaže. To joj je sve pomoglo da prestane sa samoozljeđivanjem i da prestane osjećati stalan strah od napuštanja od strane bliskih osoba te navodi da se već dug period nije pokušala predozirati tabletama. Također je smanjila i broj lijekova koje konzumira pa tako danas koristi samo klonazepam koji joj pomaže u stabiliziranju raspoloženja i kada je anksiozna. Antidepresive više ne pije zbog nuspojava zbog kojih se osjećala loše. Ono što joj je najviše pomoglo uz terapiju je: smještanje u psihijatrijsku bolnicu za adolescenete kad je bila u najkritičnijem stanju, podrška prijatelja i obitelji, rad na Youtube kanalu i osjećaj podrške i ispunjenosti kad dobije pozitivne komentare na svoje videe i pomogne drugima u njihovoj borbi.

4.6. Iskustvo stigmatizacije zbog mentalnog oboljenja

M.B. smatra da ne postoji mnogo ljudi koji otvoreno razgovaraju o mentalnim bolestima, ali ipak se to u zadnjih par godina promijenilo od kada ima Youtube kanal. Primjećuje da se sve

više ljudi osjeća slobodno da otvoreno govore o tome, ali i dalje se treba boriti protiv stigme od strane ljudi koji to ne razumiju. Ona pokušava educirati ljude o mentalnim bolestima na način da uspoređuje mentalnu bolest s fizičkom bolesti. Ljudi koji nisu educirani vide to kao dvije potpuno različite stvari, a u suštini su vrlo slične.

M.B. to objašnjava ovako:

„ Nećemo reći nekome tko ima slomljenu nogu da ide trčati maraton odmah idući dan, pa isto tako ne bismo trebali reći nekome tko ima depresiju da se razvedri jer mu to neće pomoći. Potreban im je tretman i oporavak isto kao što je potrebno i za fizičku bolest.“

Pošto ona otvoreno priča o svim svojim problemima na svom kanalu susreće se najviše s pozitivnim komentarima, ali ponekad neki korisnici znaju imati izljeve mržnje i komentirati joj da osobe s graničnim poremećajem ličnosti samo traže pažnju i da su manipulativni i zli. Danas se pokušava boriti s takvim komentarima tako što educira ljude i želi dati do znanja drugim ljudima koji imaju mentalnu bolest da nisu sami i da imaju njezinu podršku u svakom smislu.

„ Prvo bih im rekla da nisu sami i nadam se da bi im to pružilo neku vrstu utjehe, jer se obično osobe s mentalnim bolestima osjećaju izolirano. Pokušavam one koji mi se privatno obraćaju putem poruka uvjeriti da će im biti bolje uz pomoć psihoterapije i lijekova, kao što je i meni danas u usporedbi s prethodnim godinama.“

Zaključno navodi :

„ Granični poremećaj ličnosti je nešto s čim se naučiš nositi i živjeti. Nikad se ne možeš u potpunosti oporaviti, ali nadam se što budem starija da će se intenzitet mojih simptoma smanjivati. Želim ljudima pomoći preko Youtube-a jer me to ispunjava i pomoć je obostrana.“

„AKO NIJE DOBRO, NIJE KRAJ“

M.B.

5. ZAKLJUČCI

Granični poremećaj ličnosti kao obrazac ponašanja koji je pervazivan i nefleksibilan, kod osoba koje su imale priliku susresti se s njim, izaziva različite reakcije i komentare. Brojni komentari opisuju osobe s ovim poremećajem kao osobe koje konstantno traže pažnju i burno reagiraju te imaju „težak“ karakter. U interpersonalnom kontekstu, zbog nemogućnosti kontrole emocija, impulzivnih reakcija, kao i čestih izljeva bijesa, osobe s graničnim poremećajem ličnosti su često neshvaćene i ne primaju odgovarajuću podršku. Prikazom slučaja u ovom radu nastojao se predstaviti granični poremećaj ličnosti i svi njegovi simptomi iz subjektivne perspektive M.B. i sa njezine točke gledišta. Na ovaj način, čitateljima je pružena prilika da iz njezinih opisa simptoma i događaja do kojih su simptomi doveli, suosjećaju s njom, ali i bolje shvate i razumiju da nije u pitanju „težak“ karakter već poremećaj koji se uz adekvatnu terapiju i podršku najbližih osoba može držati pod kontrolom. Kroz prikaz slučaja navedena su brojna iskustva kroz koje je M.B. praktično predstavila simptome graničnog poremećaja ličnosti. Subjektivni doživljaj M.B. pruža priliku da se granični poremećaj ličnosti predstavi u drugom svijetlu koje omogućuje da se razbiju predrasude i stigme koje se često pojavljuju u društvu.

Osim toga, u radu je predstavljen i problem koji se tiče pogrešnog uspostavljanja dijagnoze te se granični poremećaj ličnosti često mijenja sa anksioznim ili depresivnim poremećajem, ali ponekad i bipolarnim afektivnim poremećajem. Pogrešna dijagnoza podrazumijeva i potpuno drugačiju terapiju kao i terapijski pristup što dodatno može ugroziti stanje osobe. Također, bitno je da se podigne svijest i educira društvo o ovom poremećaju kako bi oboljele osobe mogle prepoznati simptome i na vrijeme početi s adekvatnim liječenjem. Svjedoci smo sve većeg porasta broja samoubojstava mladih osoba koje su zbog simptoma ovog poremećaja bile neshvaćene i samim time neprihvaćene u društvu i okolini. Mediji i njihov utjecaj bi mogli biti od prevencijskog značaja ukoliko bi češće izvještavali o mentalnom zdravlju, psihičkim poremećajima kao i načinima njihova tretiranja. M.B. je iskoristila društvene mreže kako bi pomogla sebi i drugima te je kroz brojne video uratke govorila o mentalnom zdravlju, graničnom poremećaju ličnosti kao i načinu na koji se borila sa svojim poteškoćama. Tako je osobama oboljelima od graničnog poremećaja ličnosti pružila brojne korisne informacije, ali i podršku koja im je često uskraćena. M.B. je svjedočeći o svom mentalnom zdravlju, istaknula koliko je podrška i razumijevanje od strane najbližih osoba važan faktor u terapijskom procesu.

Danas je sve veći broj osoba sa simptomima koji upućuju na granični poremećaj ličnosti zbog čega su napori znanstvenika rezultirali razvojem dijalektičko bihevioralne terapije koja se koristi posebno za osobe s ovim poremećajem te kao takva pokazuje znatna poboljšanja u ponašanju i svakodnevnom životu oboljelih osoba u odnosu na druge vrste terapije. Zaključno, granični poremećaj ličnosti se može tretirati i kontrolirati adekvatnim strategijama i psihoterapijom uz veliku količinu podrške obitelji i prijatelja i snažnu volju osobe da radi na očuvanju sebe i svog mentalnog zdravlja.

6. LITERATURA

- Američka psihijatrijska udruga. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM 5)*. Jastrebarsko : Naklada Slap
- Aviram, R., Brodsky, B., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*, *14*(5), 249-256.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, *33* (6), 595-613.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry*, *9* (1), 11.
- Begić, D. (2011). Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada.
- Berger, M., Wagner, T.H., & Baker, L.C. (2005). Internet use and stigmatized illness. *Social science & medicine* *61* (8), 1821-1827. Ka
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of personality disorders*, *18*(3: Special issue), 226-239.
- Bohus, M., Lieb, K., Linehan, M.M., Schmahl, C., & Zanarini, M.C. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, *364*, 453–61.
- Bonnington, O., & Rose, D. (2014). Exploring stigmatisation among people diagnosed with either bipolar or borderline personality disorder : A critical realist analysis. *Social Science & Medicine*, *123*, 7-17.
- Cailhol, L., Gicquel, L., & Raynaud, J. P. (2015). Borderline personality disorder. In Rey J. M. (Ed.), *Child and adolescent mental health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Corrigan, P.W., & Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry*, *1* (1), 16.
- Crowell, S.E., Beauchaine, T.P., & Linehan, M.M. (2009). A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality : elaborating and Extending Linehan's Theory. *Psychol Bull.* *135* (3) : 495-510.
- Dubo, E.D., Frankenburg, F.R., Levin, A., Reynold, V., Sickel, M.A., Trikha, A., & Zanarini, M.C. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*. *155*:1733–1739.
- Ferraz, L., Gelabert, E., Martín-Santos, R., Navarro, J.B., Váñez, M & Subirà, S. (2009). Dimensional assessment of personality and impulsiveness in borderline personality disorder. *Personality and Individual Differences*, *46*(2), 140–146.
- Gunderson, J.G., & Hoffman, P.D. (2005). *Understanding and treating borderline personality disorder*. American Psychiatric Publishing, Inc : Washington, DC & London, England.
- Heijnders, M., & Van Der Meij, S. (2006). The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychology, health & medicine*, *11*(3), 353-363.

- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E., Neiditch, E. R., Penney, D., Bruce, M. L., ... & Struening, E. (2005). Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family process*, 44(2), 217-225.
- Horvat, A. (2015). *Granični poremećaj ličnosti*. Završni rad. Osijek: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Osijeku.
- Houston, T.K., Cooper, L.A., & Ford, D.E. (2002). Internet support groups for depression: a 1-year prospective cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 159 (12), 2062-2068.
- Kaplan, K., Salzer, M.S., Solomon, P., Brusilovskiy, E., Cousounis, P. (2011). Internet peer support for individuals with psychiatric disabilities: a randomized controlled trial. *Social Science & Medicine*, 72: 54-62.
- Knaak, S., Szeto, A.C., Fitch, K., Modgill, G., & Patten, S. (2015). Stigma towards borderline personality disorder: effectiveness and generalizability of an anti-stigma program for healthcare providers using a pre-post randomized design. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 2 (1), 9.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., ... & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior therapy*, 32(2), 371-390.
- Kreisman, J. J., i Straus, H. (2004). *Sometimes I act crazy: Living with borderline personality disorder*. New York: John Wiley & Sons.
- Kreisman, J.J., & Straus, H. (2010). *I hate you – don't leave me*. A perigee Book : New York, USA.
- Kruse, J., Leibing, E., Leichsenring, F., Leweke, F., & New, A.S. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377, 74-84.
- Lieb, K., Völm, B., Rücker, G., Timmer, A., & Stoffers, J.M. (2010). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *The British Journal of Psychiatry*, 196(1), 4-12.
- Linehan, M. M., Cochran, B. N., & Kehrer, C. A. (2001). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*, 3, 470-522.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L.,& Lindenboim, N. (2006). Two- year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 63 (7), 757-766.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 459-480.
- Mohan, R. (2002). Treatments for borderline personality disorder: Integrating evidence into practice. *International Review of Psychiatry*, 14(1), 42-51.
- Moorhead, S.A., Hazlett, D.E., Harrison, L., Carroll, J.K., Irwin, A., & Hoving, C. (2013). A New Dimension of Health Care : Systematic Review of the Uses, Benefits, and

- Limitations of Social Media for Health Communication. *Journal of medical internet research*, 15 (4), e85.
- Naslund, J.A., Grande, S.W., Aschbrenner, K.A., & Elwyn, G. (2014). Naturally Occurring Peer Support through Social Media: The Experiences of Individuals with Severe Mental Illness Using Youtube. *PLOS one*, 9(10), e110171.
- Niklewski, G., & Riecke-Niklewski, R. (2004). *Kako živjeti s graničnim poremećajem ličnosti*. Jastrebarsko : Naklada Slap,
- Nose, M., Cipriani, A., Biancosino, B., Grassi, L., & Barbui, C. (2006). Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. *International clinical psychopharmacology*, 21 (6), 345-353.
- Paris, J. (2005). Borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal*. 172(12): 1570-1583.
- Rüsch, N., Hölzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G. A., Bohus, M., ... & Corrigan, P. W. (2006). Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(10), 766-773.
- Schmeck, K., & Schüter-Müller, S. (2017). Early detection and intervention for borderline personality disorder in adolescence. *Socijalna psihijatrija*, 45 (1), 30-35.
- Shanks, C., Pfol, B., Blum, N., & Black, D. (2011). Can negative attitudes toward patients with borderline personality disorder be changed : The effect of attending a steps workshop. *Journal of personality disorders*, 25 (6), 806-812.
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. (2016). The stigma of personality disorders. *Current psychiatry reports* 18 (1), 11.
- Udruga, A.P. (2004). *Praktične smjernice za liječenje graničnog poremećaja ličnosti*. Jastrebarsko: Naklada slap.
- Waldron, V. R., Lavitt, M., & Kelley, D. (2000). The nature and prevention of harm in technology-mediated self-help settings three exemplars. *Journal of technology in human services*, 17 (2/3), 267-293.
- Wilkinson- Ryan, T., & Westen, D. (2000). Identity disturbance in Borderline Personality Disorder : An Empirical Investigation. *American Journal of psychiatry*, 157 (4), 528-541.
- Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 42(10), 1015-1021.