

UNIVERZITET U SARAJEVU – FILOZOFSKI FAKULTET

ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

ZAVRŠNI RAD

**DIMENZIONALNI MODEL GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI:
IMPLIKACIJE ZA PROCJENU I TRETMAN**

MENTOR:

Prof.dr. Enedina Hasanbegović-Anić

STUDENT:

Esmina Selimović

Sarajevo, Septembar, 2024

**UNIVERSITY OF SARAJEVO – FACULTY OF PHILOSOPHY
DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY**

FINAL WORK

**DIMENSIONAL MODEL OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER:
IMPLICATION FOR ASSESSMENT AND TREATMENT**

MENTOR:

Prof.dr. Enedina Hasanbegović-Anić

STUDENT:

Esmina Selimović

Sarajevo, September, 2024

Dimenzionalni model graničnog poremećaja ličnosti: implikacije za procjenu i tretman

Esmina Selimović

SAŽETAK

Cilj ovog rada jeste dati sveobuhvatan pregled spoznaja o dimenzionalnom modelu, te implikacijama za procjenu i tretman. Tradicionalni kategorijalni pristup koji dijeli poremećaje ličnosti u diskretne kategorije ograničen je u prepoznavanju individualnih varijacija simptoma. Nasuprot tome, dimenzionalni model omogućava preciznije mapiranje simptoma na kontinuumu, čime se olakšava personalizacija terapije. Fokus je stavljen na identificiranje specifičnih dimenzija simptoma, poput emocionalne disregulacije i interpersonalnih poteškoća, čime se olakšava kreiranje ciljnih terapijskih planova. Rad također naglašava važnost kontinuiranog praćenja napretka pacijenata, prilagođavanja terapija i implementacije empirijski potvrđenih metoda. Uvođenje dimenzionalnog modela u kliničku praksu potencijalno poboljšava terapijske ishode i kvalitet života pacijenata.

Ključne riječi: *granični poremećaj ličnosti, dimenzionalni model, dijagnostika, personalizovani tretman*

Dimensional model of borderline personality disorder: implications for assessment and treatment

Esmina Selimović

ABSTRACT

This master thesis examine a comprehensive overview of the dimensional model and its implications for the assessment and treatment of borderline personality disorder (BPD). The traditional categorical approach, which divides personality disorders into discrete categories, is limited in recognizing individual variations in symptoms. In contrast, the dimensional model allows for more precise mapping of symptoms along a continuum, which facilitates the personalization of therapy. The focus is on identifying specific symptom dimensions, such as emotional dysregulation and interpersonal difficulties, making it easier to create targeted therapeutic plans. The thesis also emphasizes the importance of continuously monitoring patient progress, adjusting therapies, and implementing empirically validated methods. The introduction of the dimensional model into clinical practice has the potential to improve therapeutic outcomes and the quality of life for patients.

Key words: borderline personality disorder, dimensional model, diagnosis, therapy, personalized treatment, DSM-5

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. KLASIFIKACIJSKI MODELI POREMEĆAJA LIČNOSTI.....	3
2.1. Kategorijalni model	3
2.1.1. Prednosti i ograničenja	4
2.2. Dimenzionalni model	6
3. GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI	11
3.1 Dijagnostička obilježja.....	12
3.2. Etiologija.....	13
4. DIMENZIONALNI MODEL GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI	16
4.1. Procjena graničnog poremećaja ličnosti	16
4.1.1. Alati za procjenu	18
4.1.2. Validacija i pouzdanost dimenzionalnih instrumenata.....	19
4.1.3. Prednosti u dijagnostici.....	20
4.2. Individualizacija tretmana prema dimenzionalnom profilu	21
5. IMPLIKACIJE ZA BUDUĆA ISTRAŽIVANJA	24
6. ZAKLJUČCI.....	26
7. LITERATURA.....	28

1. UVOD

Poremećaji ličnosti se mogu definisati kao duboko ukorijenjen i dugotrajan obrazac ponašanja i model unutrašnjeg doživljavanja, koji izrazito odudara od očekivanog načina na koji prosječan pojedinac u određenoj kulturi reagira. Javlja se kao nefleksibilan odgovor u različitim situacijama uz dimenziju pervazivnosti, neprilagođenosti te uzrokuje znatno funkcionalno oštećenje ili subjektivne smetnje (American Psychiatric Association, 2013). Prema DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), granični poremećaj ličnosti predstavlja pervazivni obrazac nestabilnosti u interpersonalnim odnosima, slici o sebi i afektu, te značajna impulzivnost, što počinje od rane odrasle dobi i održava prisustvo u različitim okolnostima.

Proteklih godina, istraživači i kliničari su raspravljali o tome da li kategorijalni sistem dijagnoze poremećaja ličnosti, sadržan u različitim verzijama DSM-a, počevši od trećeg izdanja, ima kliničku korisnost i adekvatno zahvata "pravu prirodu" ovih oblika psihopatologije (Livesley, Widiger i Frances 1985). Iako se većina slaže da je argumentacija za dimenzionalni model poremećaja ličnosti snažna, ipak postoje oni koji favorizuju očuvanje medicinske tradicije dodjeljivanja kategorijalnih dijagnoza. Uprkos nepostojanju konsenzusa o prethodno navedenom pitanju, činjenica je da se u DSM-5 navodi da *"alternativa kategorijalnom pristupu je dimenzionalni pristup prema kojem poremećaji ličnosti predstavljaju neprilagođene varijante crta ličnosti koje se neprimjetno stapaju s normalnošću, kao i međusobno"* (American Psychiatric Association, 2013, str. 761).

Dimenzionalni model graničnog poremećaja ličnosti predstavlja pristup u razumijevanju i klasifikaciji graničnog poremećaja ličnosti koji se fokusira na dimenzije ličnosti, umjesto na kategorije ili jasno definisane dijagnostičke granice. Ovaj model prepoznaje da granični poremećaj ličnosti nije binaran, odnosno "ili/ili" fenomen, već da se simptomi i karakteristike nalaze na kontinuumu ili spektru.

Granični poremećaj ličnosti predstavlja kompleksan konstrukt. Njegova etiologija najverovatnije uključuje višestruke faktore, i ne postoji jedan tretman izbora. Stoga, sveobuhvatan pristup ovom poremećaju mora uzeti u obzir različite dimenzije. Spoznaje o početku i ranoj fazi graničnog

poremećaja ličnosti rastu, ali znanja o ovom poremećaju u kasnoj životnoj dobi kasnom i dalje su ograničena. Granični poremećaj ličnosti se prvi put manifestuje u adolescenciji i može se pouzdano razlikovati od normativnog adolescentnog razvoja. Simptomi i ometanja povezana sa ovim poremećajem nastavljaju da se mijenjaju od adolescencije do starosti, a njihova manifestacija zavisi od kontekstualnih i razvojnih faktora. Tok poremećaja od adolescencije do odraslog doba karakteriše dimenzionalni prelazak pretežno sa simptoma emocionalne nestabilnosti i impulsivnosti na maladaptivno međuljudsko funkcionisanje i trajna funkcionalna ometanja, sa naknadnim periodima remisije i recidiva (Paris, 2007). Kategorijalni kriteriji omogućavaju pouzdanu dijagnozu graničnog poremećaja u adolescenciji, ali dimenzionalni model se čini neutralnijim kada je u pitanju dob i posebno korisnim u kasnijoj životnoj dobi. Fokus na dimenzionalni model graničnog poremećaja ličnosti pruža mogućnost dubljeg razumijevanja individualnih varijacija i omogućava prilagodljiviji pristup procjeni i tretmanu, posebno usmjerenom na specifične dimenzije poremećaja, što obećava unapređenje kliničke prakse kroz preciznije i personalizovano upravljanje graničnim poremećajem ličnosti tokom životnog vijeka pojedinca (Videler i sur. 2019).

Cilj ovog rada jeste predstaviti dimenzionalni model graničnog poremećaja ličnosti, te implikacije koje može imati u kliničkoj procjeni i tretmanu. Prethodno postavljeni cilj rada svoju opravdanost pronalazi i u zaključku zajedničkog odbora Američkog psihijatrijskog udruženja i Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje da *“postoji jasna potreba za razvojem dimenzionalnih modela i za upoređivanjem njihove korisnosti s postojećim tipologijama”* (Rounsaville i sur. 2002, str. 13).

U skladu s navedenim ciljem, u ovom radu nastojat će se odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Šta je dimenzionalni model graničnog poremećaja ličnosti i kako proširuje naše razumijevanje ovog poremećaja u poređenju sa kategorijalnim dijagnostičkim pristupom?
2. Kako se primjena dimenzionalnog pristupa odražava na procjenu graničnog poremećaja ličnosti, posebno u kontekstu individualnih razlika u simptomima i funkcionalnim domenima?
3. Kakve su praktične implikacije dimenzionalnog modela za planiranje i sprovođenje terapijskih intervencija, te kako ove implikacije doprinose personalizaciji tretmana za osobe s graničnim poremećajem ličnosti?

2. KLASIFIKACIJSKI MODELI POREMEĆAJA LIČNOSTI

Proteklih godina, istraživači i kliničari intenzivno raspravljaju o optimalnom pristupu dijagnostici poremećaja ličnosti, posebno između tradicionalnog kategorijalnog pristupa, kao što je prikazan u različitim verzijama DSM-a, počevši od DSM-III, i novijeg dimenzionalnog pristupa (Krueger i Eaton, 2010). Centralna tema ovih rasprava je da li kategorijalni pristup uspješno zahvata "pravu prirodu" poremećaja ličnosti ili je potreban prijelaz ka dimenzionalnom modelu koji prepoznaje poremećaje kao kontinuirane varijacije normalnih crta ličnosti. Ova dilema je istaknuta u radovima, kao što su istraživanja Livesleya, Widigera i Francesa (1985), koji zagovaraju potrebu za promjenom u pristupu kako bi se bolje odražavala složenost i varijabilnost ovih poremećaja.

Iako većina istraživača podržava dimenzionalni pristup, naglašavajući njegovu sposobnost da uhvati kontinuitet simptoma i pruži veću osjetljivost za suptilne varijacije među poremećajima ličnosti, postoje i oni koji ostaju privrženi kategorijalnom sistemu, ističući važnost očuvanja medicinske tradicije i jasnih dijagnostičkih granica između poremećaja (Widiger i Trull, 2007). Evolutivni tok dijagnostičkih priručnika, kao što je prikazano u DSM-5, reflektira ovo kontinuirano razmišljanje i uključuje priznavanje dimenzionalnog pristupa kao alternativu kategorijalnom, prepoznajući da poremećaji ličnosti mogu biti neprilagođene varijante normalnih crta ličnosti koje se mogu kontinuirano stapati s normalnošću, umjesto da se strogo odvajaju u kategorije (American Psychiatric Association, 2013).

2.1. Kategorijalni model

Poremećaji ličnosti su od svog konceptualnog početka u DSM-III do danas prošli kroz značajnu evoluciju u dijagnostičkom pristupu. U DSM-III, poremećaji ličnosti su definisani kao konstelacije nefleksibilnih i neprilagođenih osobina ličnosti koje uzrokuju značajno funkcionalno oštećenje ili subjektivni stres. Ovaj dijagnostički okvir dalje je razvijan kroz različita izdanja Dijagnostičkih kriterija, sa ciljem poboljšanja preciznosti dijagnostike i smanjenja heterogenosti u tumačenju i primjeni kriterija (Widiger i Trull, 2007). Kategorijalni dijagnostički sistem za poremećaje ličnosti

temelji se na tradicionalnom medicinskom modelu koji prepoznaje poremećaje kao diskretne entitete s jasno definisanim granicama između normalnosti i patologije (Widiger i Frances, 1985).

Prema DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), trenutno važećem dijagnostičkom priručniku, kategorijalni pristup dijagnostike poremećaja ličnosti koristi deset glavnih kategorija poremećaja, pri čemu je svaka definisana specifičnim skupom dijagnostičkih kriterija. Svaka kategorija ima otprilike sedam do devet dijagnostičkih kriterija, od kojih se određeni broj mora ispuniti kako bi se postigao dijagnostički prag. Prisustvo poremećaja ličnosti je određeno prisustvom oko pet simptoma, što može rezultirati velikom heterogenošću u kliničkim slikama, kao što je slučaj s graničnim poremećajem ličnosti koji može imati više od 126 različitih kombinacija simptoma koji zadovoljavaju dijagnostičke kriterije (Skodol i sur., 2002). Dijagnostički priručnik također organizuje poremećaje ličnosti u tri glavna sklopa ili klastera (Sklop A; ekcentrični, Sklop B; dramatični/nestabilni, Sklop C;–anksiozni/inhibirani) radi lakše klasifikacije, iako ta organizacija nije nužno utemeljena na teorijskim ili empirijskim dokazima (Clark, Livesley i Morey, 1997).

2.1.1 Prednosti i ograničenja kategorijalnog modela

Kategorijalni pristup nudi praktične prednosti u kliničkoj praksi, kao što je mogućnost jasnog razlikovanja između osoba koje zahtijevaju tretman i onih koje ga ne zahtijevaju, što olakšava donošenje tretmanskih odluka. Gunderson (1992) ističe da postavljanje kategorijalne dijagnoze usmjerava klinički pristup prema osnovnim psihopatološkim karakteristikama, pojednostavljujući odabir terapijskih intervencija. Također, kategorijalni sistem je praktičan za komunikaciju među stručnjacima jer jedna dijagnostička oznaka može prenijeti obilje informacija o karakteristikama, povezanim stanjima i preporučenim tretmanima. Osim toga, kategorijalni pristup često se koristi u istraživanjima kako bi se otkrili specifični uzorci simptoma i njihova povezanost sa biološkim, psihološkim i socijalnim faktorima (Widiger i Trull, 2007). Iako pruža koristi u smislu praktičnosti i standardizacije, kategorijalni model nije imun na kritike. Kritičari ističu da ovakav pristup zanemaruje kontinuitet simptoma među različitim poremećajima ličnosti te preklapanja simptoma između različitih kategorija (Clark, Livesley i Morey, 1997). Također, heterogenost unutar iste kategorije poremećaja može rezultirati različitim kliničkim prezentacijama koje zadovoljavaju iste dijagnostičke kriterije (Skodol i sur., 2002).

Jasno je da kategorijalni pristup dijagnozi poremećaja ličnosti prema DSM-u ima izuzetno veliki uticaj, kako na konceptualizaciju, tako i na praksu (npr., kliničku procjenu). Međutim, postoje brojni problemi sa kategorijalnim sistemom dijagnoze poremećaja ličnosti koji je uspostavljen u DSM-u (Clark, 1999; Livesley, 1998; Widiger i Frances, 1985). Jedan od glavnih problema kategorijalnog modela je heterogenost unutar dijagnostičkih kategorija. Osobe koje dijele istu dijagnozu poremećaja ličnosti mogu pokazivati vrlo različite simptome. Naprimjer, dva pojedinca s dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti mogu dijeliti samo jednu ili dvije zajedničke dijagnostičke karakteristike, dok se u drugim aspektima mogu značajno razlikovati (Skodol i sur., 2002). Takva varijabilnost može otežati razvoj specifičnih i efikasnih tretmana za pojedince unutar iste dijagnostičke kategorije.

Pored navedenog, komorbiditet je uobičajen među poremećajima ličnosti, što dodatno komplikuje dijagnostički proces. Istraživanja pokazuju da većina pacijenata s dijagnozom poremećaja ličnosti ispunjava kriterije za više od jednog poremećaja ličnosti (Zimmerman i sur., 2005). Ova visoka stopa komorbiditeta sugerira da postoje značajna preklapanja među različitim dijagnostičkim kategorijama, što može dovesti do problema sa dijagnostičkom jasnoćom i preciznošću (Skodol i sur., 2002).

Nadalje, stabilnost dijagnoza poremećaja ličnosti tokom vremena je problematična. Istraživanja su pokazala da dijagnoze poremećaja ličnosti često nisu stabilne tokom dužih vremenskih perioda (Shea i sur., 2002). To znači da osobe koje u jednom trenutku ispunjavaju kriterije za određeni poremećaj ličnosti, u nekom drugom trenutku mogu ispunjavati kriterije za neki drugi poremećaj ili ne ispunjavati kriterije ni za jedan poremećaj. Ova nestabilnost postavlja pitanje o validnosti kategorijalnih dijagnoza kao trajnih entiteta (Zanarini i sur., 2003). Dijagnostička saglasnost između različitih instrumenata za procjenu poremećaja ličnosti, također je često niska. Različiti dijagnostički alati mogu dovesti do različitih dijagnoza za iste pojedince, što ukazuje na probleme s pouzdanošću dijagnostičkih kriterija (Widiger i Samuel, 2005). Ovi nalazi ukazuju na to da dijagnostički sistemi mogu biti subjektivni i podložni različitim interpretacijama od strane kliničara (Rounsaville i sur., 2002). Problemi s validnošću i pouzdanošću kategorijalnog modela doveli su do razmatranja alternativnih pristupa dijagnostici poremećaja ličnosti, kao što su dimenzionalni modeli. Dimenzionalni pristupi predlažu da se poremećaji ličnosti bolje konceptualiziraju kao kontinuumi osobina ličnosti, koje se razlikuju po intenzitetu i manifestaciji,

umjesto kao diskretne kategorije (Clark, 2007). Ovakvi modeli mogu bolje objasniti heterogenost i komorbidnost unutar i među poremećajima ličnosti, te omogućiti precizniju i individualiziraniju procjenu i tretman (Widiger i Simonsen, 2005). Neki istraživači predlažu hibridne modele koji kombinuju kategorijalne i dimenzionalne pristupe kako bi se poboljšala dijagnostička preciznost i korisnost (Krueger i sur., 2014). Ovi modeli prepoznaju da i kategorijalne i dimenzionalne informacije mogu biti korisne za različite svrhe, kao što su klinička procjena, istraživanje i planiranje tretmana (Markon, Chmielewski i Miller, 2011).

U zaključku, iako kategorijalni model dijagnoze poremećaja ličnosti ima svoje prednosti, uključujući jasnoću i jednostavnost primjene, postoje značajni problemi povezani s heterogenošću, komorbidnošću, nestabilnošću dijagnoza i niskom dijagnostičkom saglasnošću. Ovi problemi ukazuju na potrebu za daljnjim istraživanjem i razvojem alternativnih pristupa dijagnostici koji bi mogli bolje odražavati kompleksnost i varijabilnost poremećaja ličnosti. Dakle, kategorijalni model poremećaja ličnosti pruža korisnu dijagnostičku strukturu koja olakšava kliničku praksu i istraživanja. Međutim, kako bi se potpuno razumjele njegove snage i ograničenja, važno je uzeti u obzir kritičke osvrte i razmatrati moguće alternativne pristupe kao što je dimenzionalni model, što će biti obrađeno u nastavku.

2.2. Dimenzionalni model

Jedna privlačna alternativa predstavljanju patologije ličnosti i poremećaja na kategorijalni način je dimenzionalni model klasifikacije (Widiger, 1993). Trenutni dijagnostički sistem DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) oslanja se na kategorijalni klasifikacijski sistem. U ovom tipu dijagnostičkog sistema, osoba ili ima ili nema neki poremećaj. Ovaj metod je prilično prikladan za određene vrste poremećaja i medicinska stanja, poput, naprimjer, infektivne bolesti. Dakle, pojedinac ili ima dijagnosticiranu infekciju, ili je nema. Međutim, manje je prikladan i manje precizan za psihijatrijske poremećaje, gdje simptomi često variraju u stepenu i intenzitetu.

Za razliku od konkretne, apsolutne situacije poput infektivne bolesti, ličnost je apstraktan koncept s mnogo različitih dimenzija u različitim stepenima. Mnogi kliničari i istraživači vjeruju da su osobine ličnosti povezane sa određenim poremećajem ličnosti, najbolje shvaćene kao ekstremne

varijacije običnih osobina ličnosti koje se razlikuju od onoga što se smatra prosječnim ili običnim, po stepenu, umjesto po vrsti (Clark, 2007). Ovaj alternativni način gledanja na poremećaje ličnosti naziva se dimenzionalni ili kontinuirani pristup. Dimenzionalni modeli posmatraju različite osobine ličnosti duž kontinuuma. Za razliku od kategorijalnog dijagnostičkog sistema, koji postavlja jasne granice između normalnosti i patologije, dimenzionalni sistem omogućava uvid u varijabilnost osobina ličnosti i njihovu distribuciju u populaciji (Krueger i Eaton, 2010). Također, pruža pouzdanije rezultate, kako kod različitih procjenjivača tako i tokom vremena, te pomaže u razumijevanju heterogenosti simptoma i nedostatka jasnih granica između kategorijalnih dijagnoza (Widiger i Trull, 2007).

Jedan od ključnih argumenata u prilog dimenzionalnom modelu je njihova sposobnost da zadrže važne informacije o "subpragmatičnim" karakteristikama i simptomima, što je posebno važno za kliničku praksu. Ovi modeli tačnije odražavaju naučna saznanja o distribuciji osobina ličnosti i povezanoj maladaptivnosti (Clark i sur., 2010). Empirijska istraživanja pokazuju da gotovo svi nalazi, uključujući faktorske analize, MAXCOV analize i različite oblike validnosti (deskriptivna, prediktivna, kongruentna), konzistentno podržavaju dimenzionalni model (Clark, 2007; Widiger, 1991). Williams i Spitzer (1983, str.) priznali su da *"većina stručnjaka za poremećaje ličnosti bi se složila da kategorijalni pristup (prisutan ili odsutan) dijagnosticiranju ne predstavlja tačnu kliničku stvarnost."* Umjesto toga, preporučuju da se različiti poremećaji ličnosti konceptualizuju kao različite dimenzije poremećaja ličnosti. Ovaj pristup omogućava preciznije i suptilnije razumijevanje ličnosti i njenih poremećaja, pružajući bogatiji okvir za kliničku procjenu i tretman.

Dimenzionalni pristup, također, omogućava bolju prilagodbu tretmana individualnim potrebama pacijenata. Naprimjer, umjesto tretiranja graničnog poremećaja ličnosti kao homogenog entiteta, dimenzionalni pristup omogućava identifikaciju specifičnih osobina i težine tih osobina kod svakog pojedinca, što može voditi ka personaliziranim terapijskim intervencijama (Widiger i Samuel, 2005). Različiti dimenzionalni modeli su predloženi kao alternativa kategorijalnom pristupu. Jedan od najpoznatijih je petofaktorski model ličnosti (NEO-FFM), koji se sastoji od dimenzija neuroticizma, ekstroverzije, otvorenosti, prijatnosti i savjesnosti (Costa i McCrae, 1992). Ove dimenzije mogu se koristiti za procjenu kako normalnih tako i patoloških osobina ličnosti, pružajući sveobuhvatan okvir za razumijevanje i dijagnozu poremećaja ličnosti (Widiger i Mullins-Sweatt, 2009).

U zaključku, dimenzionalni model poremećaja ličnosti nudi mnoge prednosti u odnosu na kategorijalni model, uključujući veću preciznost, pouzdanost i mogućnost personalizacije tretmana. Ovaj pristup bolje odražava prirodu ličnosti i njenih poremećaja, pružajući bogatiji i nijansiraniji okvir za kliničku praksu i istraživanje. DSM klasifikacijski sistem, u svojoj najnovijoj, petoj verziji zadržava tradicionalni kategorijalni pristup dijagnostici poremećaja ličnosti. Međutim, predložen je i alternativni dimenzionalni model koji nudi novi način sagledavanja ovih poremećaja. Dok zvanični model insistira na striktnoj kategorizaciji, dimenzionalni pristup omogućava ocjenjivanje osobina ličnosti na kontinuumu. Ključne karakteristike ovog modela su narušena funkcionalnost i nefleksibilnost ličnosti, koje se procenjuju kroz dva osnovna kriterija: funkcionalnost ličnosti (Kriterij A) i patološke crte ličnosti (Kriterij B) (American Psychiatric Association, 2013).

KRITERIJ A: PROCJENA STEPENA OŠTEĆENJA U FUNKCIONALNOSTI LIČNOSTI

Oštećenja u selfu i interpersonalnom funkcionisanju čine osnovu psihopatologije ličnosti. Funkcionalnost selfa uključuje identitet i samousmjerenost, dok interpersonalno funkcionisanje obuhvata empatiju i intimnost. Svaki od ovih aspekata se ocjenjuje na petostepenoj skali, od nule (malo ili nimalo oštećenja) do iznimnog oštećenja (Krueger i Markon, 2014)

Identitet: Ovaj aspekt funkcionalnosti ličnosti odnosi se na znanje i svijest osobe o sebi. Osoba sa malo ili nimalo oštećenja jasno prepoznaje svoje jedinstvene karakteristike i tačno ih procenjuje. Osobe sa oštećenim identitetom često imaju iskrivljenu sliku o sebi, nejasne granice s drugima i teškoće u regulaciji emocija, koje mogu uključivati brzo promjenjive emocije i probleme u regulaciji ili tolerisanju emocija. Na krajnjem kraju kontinuumu, mržnja i agresija mogu dominirati emocijama, često potiskivani ili pripisivani drugima (Widiger i Mullins-Sweatt, 2009).

Samousmjerenost: Ovo se odnosi na sposobnost uspostavljanja i ostvarivanja realnih ciljeva i standarda ličnog ponašanja. Osoba sa zdravom samousmjerenošću postavlja realne ciljeve na osnovu tačne procjene svojih snaga i slabosti, dok osoba sa oštećenom samousmjerenošću može biti prekomjerno zaokupljena ličnim ciljevima ili potpuno lišena ciljeva, sa ograničenom sposobnošću introspekcije (American Psychiatric Association, 2013).

Empatija: Empatija je sposobnost razumijevanja i razmatranja iskustava drugih. Osobe sa zdravom empatijom tačno prepoznaju i prihvataju tuđa iskustva i motivacije, svjesne kako njihove akcije utiču na druge. Osobe sa oštećenom empatijom mogu imati ograničenu sposobnost razumijevanja drugih ili biti preosetljive na tuđa mišljenja na način koji je usmjeren na sebe, često pogrešno tumačeći motive drugih, bez sposobnosti da shvate kako njihove akcije utiču na druge (Skodol i Bender, 2011).

Intimnost: Intimnost uključuje želju i sposobnost formiranja i održavanja bliskih, značajnih odnosa. Osobe sa malo ili nimalo oštećenja imaju sposobnost za stvaranje zadovoljavajućih odnosa i reagovanje na emocije i ponašanje drugih. Osobe sa oštećenjem intimnosti imaju teškoće u formiranju trajnih odnosa, koji mogu biti površni i jednostrani, često vođeni potrebom za kontrolom ili manipulacijom (American Psychiatric Association, 2013).

KRITERIJ B: PROCJENA PATOLOŠKIH CRTA LIČNOSTI

Osobine ličnosti su stabilne dispozicije koje se manifestuju u različitim situacijama i tokom vremena. Dok simptomi mogu rasti ili opadati, osobine su relativno nepromjenjive. Na kontinuumu ličnosti, osobine mogu biti zdrave i prilagodljive, ili nezdrave i maladaptivne, zavisno od kulturnog konteksta i uticaja na nečiji život (Widiger i Mullins-Sweatt, 2009). Patološke crte ličnosti u DSM-5 podijeljene su u pet domena (Tabela 1).

Negativni
afektivitet

Odvojenost

Antagonizam

Dezinhibicija

Psihoticizam

➤ Emocionalna labilnost	➤ Povlačenje	➤ Manipulativnost	➤ Neodgovornost	➤ Neobična vjerovanja i iskustva
➤ Anksioznost	➤ Izbjegavanje intimnosti	➤ Lažljivost	➤ Impulsivnost	➤ Ekscentričnost
➤ Separacijska anksioznost	➤ Anhedonija	➤ Grandioznost	➤ Ometljivost	➤ Poremećaj kognitivnih i perceptivnih funkcija
➤ Pokornost	➤ Depresivnost	➤ Traženje pažnje	➤ Preuzimanje rizika	
➤ Hostilnost	➤ Ograničen afekt	➤ Bezosjećajnost	➤ Rigidan perfekcionizam	
➤ Perseveracija	➤ Sumnjičavost	➤ Hostilnost		

Tabela 1. Patološke crte ličnosti u DSM-5

Svaki poremećaj ličnosti zahtijeva procjenu oštećenja funkcionalnosti i prisustvo određenog broja patoloških crta ličnosti. Kliničari mogu koristiti dijagnozu poremećaja ličnosti specificirane osobine (PD-TS), kako bi preciznije opisali prisustvo poremećaja ličnosti bez potrebe za specifičnom dijagnozom. Ovaj pristup nudi veću fleksibilnost i deskriptivne informacije u poređenju sa trenutnim kategorijalnim modelom, eliminišući nejasne dijagnoze poput "drugi specificirani" i "nespecificirani" poremećaji ličnosti (American Psychiatric Association, 2013). Također, ovaj model omogućava detaljnije razumijevanje individualnih varijacija u patološkim crtama ličnosti i funkcionalnosti, što može dovesti do preciznijih dijagnoza i personalizovanih tretmana. Uvođenje ovog modela u kliničku praksu može unaprijediti procese dijagnostike i terapije, pružajući sveobuhvatniji uvid u psihopatologiju ličnosti (Krueger & Markon, 2014).

3. GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Koncept graničnog poremećaja ličnosti prvi je opisao Stern (1938), zatim Knight (1953), a Kernberg (1967) njegove intrapsihičke značajke definiše kao teže od neurotičnih tegoba, a manje teške od psihotičnih poremećaja (prema Gunderson i Hoffman, 2005). Upravo iz prethodno navedenog proizlazi naziv „granični“, pošto su osobe koje imaju spomenuti poremećaj na granici neuroze i psihoze (Paris, 2005). Granični poremećaj ličnosti kao dijagnoza prepoznat je u DSM – III, 1980. godine (APA 1980, prema Gunderson i Links, 2008), a njegova definicija proizašla je iz radova Gundersona i Singera (1975, prema Gunderson i Hoffman, 2005), koji su identificirali karakteristična svojstva ovog poremećaja: neugodna raspoloženja i emocije, impulzivnost, nestabilne interpersonalne odnose, psihotične misli i socijalnu neprilagođenost. Granični poremećaj ličnosti je jedna od najčešćih dijagnoza poremećaja ličnosti u kliničkoj praksi (Loranger, 1990; Loranger i suradnici, 1997, prema Gunderson i Links, 2008). Riječ je o kompleksnom i ozbiljnom mentalnom poremećaju, čija je prevalencija 1-2% (Torgensen i sur., 2001, prema Gunderson i Hoffman, 2005) ili čak do 5.9% u novijim studijama (Grant i suradnici, 2008). Oko 75% dijagnosticiranih su žene (APA, 2013). Trenutno se granični poremećaj ličnosti dijagnosticira na kategorijalan način – neko ga ima ili nema. Iako mnogi preferiraju kategorijalne sisteme zbog jednostavnosti kliničkih odluka (npr. dijagnosticirati ili ne, liječiti ili ne), postoji rastući interes za dimenzionalnim pristupom koji omogućava precizniju procjenu i tretman individualnih varijacija simptoma (Widiger i Simonsen, 2005).

Granični poremećaj ličnosti povezan je sa visokim nivoom komorbiditeta sa drugim mentalnim poremećajima, uključujući depresiju, anksiozne poremećaje i poremećaje upotrebe supstanci (Zanarini i sur., 1998). Također, često se povezuje sa visokom stopom suicidalnosti i samopovređujućeg ponašanja, što dodatno naglašava ozbiljnost i kompleksnost ovog poremećaja (Oldham, 2006). Novija istraživanja podržavaju potrebu za integrisanim pristupom dijagnostici i tretmanu graničnog poremećaja ličnosti, koji bi uključivao kombinaciju kategorijalnih i dimenzionalnih modela (Hopwood i sur., 2013). Dimenzionalni model može pomoći u identifikaciji specifičnih aspekata disfunkcionalnosti kod svakog pojedinca, omogućavajući preciznije i prilagođenije terapijske intervencije (Hopwood i sur., 2012).

3.1. Dijagnostička obilježja

Granični poremećaj ličnosti je poremećaj kojeg prati pervazivni obrazac nestabilnosti u interpersonalnim odnosima, slici o sebi i u afektivnom doživljavanju uz izrazitu impulzivnost, a počinje u ranoj odrasloj dobi i očituje se u različitim kontekstima (American Psychiatric Association, 2013). Da bi se postavila dijagnoza graničnog poremećaja ličnosti, mora biti prisutno najmanje pet od devet kriterija (Tabela 2.), a simptomi moraju rezultirati značajnom patnjom ili oštećenjem.

Tabela 2. Dijagnostički kriteriji GPL-a prema DSM-5

1. Očajnički pokušaji izbjegavanja stvarnog ili umišljenog napuštanja
2. Obrazac nestabilnih i intenzivnih interpersonalnih odnosa okarakteriziranih izmjenama idealiziranja i ekstremnog omalovažavanja
3. Stalna i izrazita nestabilnost slike o sebi i osjećaja sebe
4. Impulzivnost u najmanje dva područja koja su potencijalno štetna za osobu (npr. trošenje novca, seksualno ponašanje, zloupotreba opijata, rizična vožnja automobilom, epizode prejedanja)
5. Opetovano suicidalno ponašanje, geste i prijetnje ili samoozljeđivanje
6. Afektivna labilnost zbog izražene emocionalne reaktivnosti (npr. intenzivna epizodična disforija, iritabilnost ili anksioznost koja traje nekoliko sati i rijetko dulje od par dana)
7. Hronični osjećaj praznine
8. Neprikladna, intenzivna ljutnja ili teškoće regulacije ljutnje (npr. česti napadi bijesa, stalna ljutnja, opetovani fizički obračuni)
9. Prolazne, sa stresom povezane paranoične ideje ili teški disocijativni simptomi

Moguća je bilo koja kombinacija ovih simptoma da bi se uspostavila dijagnoza. Ovakva heterogenost navela je istraživače na potragu za temeljnim karakteristikama koje su zajedničke svim osobama sa graničnim poremećajem ličnosti. Najčešće se spominju poremećeni interpersonalni odnosi, afektivna disregulacija te nemogućnost kontrole ponašanja ili impulzivnost (Sansone i sur., 2002, prema Gunderson i Hoffman, 2005).

Istraživanje koje su proveli Zanarini i sur. (2011) ukazuje na važnost razumijevanja graničnog poremećaja ličnosti kao kontinuuma ozbiljnosti simptoma, što može pomoći u individualizaciji

tretmana. Heterogenost simptoma vodi ka pristupima koji uključuju dimenzionalnu procjenu ozbiljnosti poremećaja, podtipizaciju na osnovu dominantnih simptoma i primjenu specifičnih terapijskih strategija prilagođenih individualnim profilima pacijenata (Hopwood i sur., 2012).

3.2. Etiologija

Razumijevanje uzroka graničnog poremećaja ličnosti zahtijeva integraciju različitih faktora, uključujući genetske predispozicije, biološke ranjivosti i složene psihosocijalne uticaje iz djetinjstva. Ovi faktori zajedno stvaraju osnovu za razvoj simptoma koji karakterišu ovaj poremećaj (Linehan, 1993). Istraživanja tokom proteklih decenija identifikovala su nekoliko faktora koji na različite načine doprinose razvoju graničnog poremećaja ličnosti, uključujući historiju zlostavljanja u detinjstvu, nestabilno ili toksično porodično okruženje i porodičnu historiju psihopatologije (Zanarini, 1997).

Zlostavljanje u djetinjstvu

Istraživanja dosljedno pokazuju vezu između zlostavljanja, posebno seksualnog zlostavljanja u detinjstvu i razvoja graničnog poremećaja ličnosti. Herman i suradnici (1989) otkrili su da 81% pacijenata sa graničnim poremećajem ličnosti ima historiju zlostavljanja u detinjstvu, uključujući fizičko (71%) i seksualno (67%) zlostavljanje. U longitudinalnoj studiji, Johnson i suradnici (1999) pokazali su da fizičko, seksualno i emocionalno zlostavljanje u detinjstvu povećava rizik od razvoja 10 od 12 poremećaja ličnosti prema DSM-IV, ali je granični poremećaj ličnosti posebno povezan sa iskustvima zlostavljanja. Zelkowitz i suradnici (2001) otkrili su da djeca koja dožive seksualno zlostavljanje imaju četiri puta veću verovatnoću da razviju granični poremećaj ličnosti (Zelkowitz i sur., 2001).

Nestabilno porodično okruženje

Porodična disfunkcionalnost, uključujući alkoholizam roditelja, impulsivnost i emocionalno zanemarivanje, također je povezana sa razvojem graničnog poremećaja ličnosti (Links i sur., 1990). Gunderson i suradnici (1980) otkrili su da su roditelji pacijenata sa graničnim poremećajem ličnosti često emocionalno neosjetljivi i skloni okrivljavanju svoje djece za probleme u odnosima. Međutim, ova neosjetljivost može biti rezultat stresa i poteškoća u odgajanju djeteta sa graničnim poremećajem ličnosti, a ne nužno uzrok razvoja poremećaja. Osim toga, istraživanja pokazuju da je kvaliteta roditeljstva ključni faktor u razvoju graničnog poremećaja ličnosti. Naprimjer, roditelji koji su emocionalno hladni, odsutni ili kritični mogu doprinijeti osjećaju nesigurnosti i nestabilnosti kod djece, što može povećati rizik za razvoj poremećaja (Johnson i sur., 2000).

Također, prisustvo psihičkih poremećaja kod roditelja, poput depresije ili alkoholizma često su povezani sa emocionalnim zanemarivanjem i neprikladnim roditeljskim ponašanjem, što dodatno doprinosi razvoju GPL-a (Rutter, 1982; Paris i sur., 1994). Istraživanja ukazuju da pacijenti sa navedenim poremećajem često prijavljuju probleme u odnosima sa oba roditelja, uključujući manjak majčinske naklonosti i podrške. Paris i saradnici (1994) su pronašli da pacijenti sa graničnim poremećajem ličnosti, u poređenju sa drugim poremećajima ličnosti, češće prijavljuju nedostatak topline i podrške od strane majke, što ukazuje na specifične probleme u roditeljskom odnosu koji mogu doprinijeti razvoju ovog poremećaja.

Porodična historija psihopatologije

Porodična historija psihopatologije značajno doprinosi razvoju graničnog poremećaja ličnosti. Istraživanja pokazuju da su poremećaji, poput recidivne unipolarne depresije, alkoholizma, antisocijalnog poremećaja ličnosti i samog graničnog poremećaja ličnosti, često prisutni kod roditelja pacijenata sa graničnim poremećajem ličnosti. Links i suradnici (1988) su otkrili da su ovi poremećaji, koji uključuju značajne elemente impulsivnosti, povezani sa povećanim rizikom za razvoj graničnog poremećaja ličnosti kod potomaka. Njihova studija je pokazala da djeca koja odrastaju u porodicama u kojima su prisutni ovi poremećaji, često doživljavaju traumatska iskustva, što može doprinijeti razvoju graničnog poremećaja ličnosti.

Osnovna odstupanja u impulsivnim i afektivnim osobinama ličnosti kod prvostepenih rođaka pacijenata sa graničnim poremećajem ličnosti su također potvrđena. Silverman i suradnici (1991)

su utvrdili da su impulsivnost i emocionalna nestabilnost češći među rođacima pacijenata sa graničnim poremećajem ličnosti, što sugerirše postojanje genetske predispozicije za ove osobine. Ova genetska predispozicija, u kombinaciji sa nepovoljnim okruženjem, može značajno povećati rizik za razvoj graničnog poremećaja ličnosti (Silverman i sur., 1991).

Specifičnost u razumijevanju uzroka graničnog poremećaja ličnosti možda leži u biološkim ranjivostima, dok psihički faktori rizika mogu biti okidači za predispoziciju koja se temelji na tim biološkim ranjivostima. Ovu hipotezu su predložili kognitivno-bihevioralni terapeuti (Linehan i Koerner 1993), koji sugeriraju da se granični poremećaj ličnosti razvija iz interakcije između abnormalnog socijalnog učenja i urođene emocionalne osjetljivosti. Genetski faktori također igraju važnu ulogu. Studije pokazuju da biološke predispozicije, kao što su naslijeđena impulsivnost i emocionalna nestabilnost, mogu povećati ranjivost za razvoj graničnog poremećaja ličnosti (Silverman i sur., 1991). Prema Silvermanu (1991) ovi genetski faktori, u kombinaciji sa stresnim životnim događajima i negativnim iskustvima u detinjstvu, stvaraju složenu interakciju koja vodi do razvoja simptoma graničnog poremećaja ličnosti.

4. DIMENZIONALNI MODEL GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI

Granični poremećaj ličnosti je složen i često nejasno definisan mentalni poremećaj kojeg karakterišu emocionalna nestabilnost, nestabilni interpersonalni odnosi, kriza identiteta, impulsivnost i disocijacija (Paris, 2007; Gunderson, 2011). Tradicionalni pristup dijagnosticiranju graničnog poremećaja ličnosti se oslanja na kategorijalni model koji prepoznaje osobe koje ispunjavaju određene kriterije za dijagnozu (American Psychiatric Association, 2013). Međutim, ovaj pristup ne uzima u obzir širu varijabilnost simptoma i karakteristika koji se mogu preklapati s drugim poremećajima ličnosti (Widiger i Samuel, 2005).

U nastavku će biti prikazan dimenzionalni model graničnog poremećaja ličnosti prema DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) s naglaskom na faktorsku strukturu, identifikaciju podgrupa, kao i praktične implikacije primjene ovog modela u kliničkoj praksi (Hopwood i sur., 2012). Dimenzionalni model za poremećaje ličnosti donosi novi pristup konceptualizaciji graničnog poremećaja ličnosti (Skodol i Bender, 2009). Za razliku od kategorijalnog pristupa, dimenzionalni model prepoznaje kontinuum osobina ličnosti koji uključuje identitet, emocionalnost, međuljudske odnose, te druge aspekte ličnosti. Ovaj pristup omogućava bolje razumijevanje heterogenosti graničnog poremećaja ličnosti i integraciju sa drugim poremećajima ličnosti (American Psychiatric Association, 2013).

4.1. Procjena graničnog poremećaja ličnosti

Istraživači su analizirali faktorsku strukturu DSM kriterija za granični poremećaj ličnosti kako bi identifikovali osnovne dimenzije ovog poremećaja (Sharp i sur., 2015; Wright i sur., 2016). Faktorska analiza je statistička metoda koja se koristi za identifikaciju latentnih konstrukata (faktora) koji objašnjavaju obrasce korelacija između varijabli (Clark, 2008). U kontekstu graničnog poremećaja ličnosti, faktorska analiza DSM kriterija pomaže u razumijevanju da li se simptomi grupiraju u jedinstvene faktore ili više faktora. Hallquist i Pilkonis (2012) su proveli studiju koja je pokazala da su simptomi graničnog poremećaja ličnosti visoko međusobno povezani i da se najbolje opisuju jednim zajedničkim faktorom. Sharp i sur. (2015) i Wright i sur. (2016) također su dobili slične rezultate, što dodatno potvrđuje ovu hipotezu. Ovi nalazi ukazuju

na to da postoji zajednička osnova za simptome graničnog poremećaja ličnosti, što znači da, iako simptomi mogu varirati u težini i manifestaciji, oni dijele zajedničku jezgru osobina i ponašanja. Jednofaktorsko rješenje sugerira da je granični poremećaj ličnosti prvenstveno jedinstveni poremećaj s različitim manifestacijama, umjesto zbirke nesrodnih simptoma (Hallquist i Pilkonis, 2012; Sharp i sur., 2015; Wright i sur., 2016). Postojanje zajedničke osnove za simptome graničnog poremećaja ličnosti ima značajne implikacije za dijagnostiku i tretman. Ova zajednička osnova obuhvata karakteristike kao što su emocionalna nestabilnost, impulsivnost, problemi u međuljudskim odnosima i poremećaji identiteta (American Psychiatric Association, 2013). Prepoznavanje jednofaktorskog rješenja omogućava kliničarima da bolje razumiju i tretiraju granični poremećaj ličnosti kao koherentnu cjelinu, umjesto da se fokusiraju samo na pojedinačne simptome (Smith, 2020). Dimenzionalni model koristi ovu zajedničku osnovu za detaljniju procjenu težine i specifičnosti simptoma (American Psychiatric Association, 2013). Umjesto da samo utvrđuje prisustvo ili odsustvo graničnog poremećaja ličnosti, dimenzionalni pristup mjeri različite nivoe simptoma na kontinuumu, što omogućava precizniju dijagnostiku i bolje prilagođavanje tretmana individualnim potrebama pacijenata. Razumijevanje faktorske strukture DSM kriterija za granični poremećaj ličnosti kroz prizmu jednofaktorskog rješenja, pruža dublje uvide u prirodu ovog poremećaja (Hallquist i Pilkonis, 2012; Sharp i sur., 2015; Wright i sur., 2016). Ovi nalazi podržavaju integraciju dimenzionalnog pristupa u kliničku praksu, omogućavajući sveobuhvatniji i prilagodljiviji pristup koji bolje reflektuje složenost i heterogenost ovog poremećaja. Dakle, granični poremećaj ličnosti karakteriše širok spektar simptoma koji se mogu manifestovati na različite načine kod različitih pojedinaca. Korištenjem klasnih ili klaster analiza, istraživači su uspjeli identifikovati različite podgrupe unutar populacije sa graničnim poremećajem ličnosti (Clifton i Pilkonis, 2007; Smits i sur., 2017; Johnson i Levy, 2020). Klasne (*eng. latent class analysis*) i klaster analize (*eng. cluster analysis*) su statističke metode koje se koriste za identifikaciju podskupina unutar populacije na osnovu sličnosti u obrascima simptoma. Ove metode omogućavaju istraživačima da prepoznaju različite podgrupe osoba sa graničnim poremećajem ličnosti koje dijele zajedničke karakteristike, ali se razlikuju od drugih podgrupa po određenim simptomima ili mehanizmima ponašanja (Verheul, 2001).

Clifton i Pilkonis (2007) su identifikovali podgrupe unutar graničnog poremećaja ličnosti koje se razlikuju po težini simptoma. Njihovo istraživanje je pokazalo da unutar populacije sa graničnim poremećajem ličnosti postoje grupe sa blažim, umjerenim i teškim simptomima. Ove podgrupe su

važne za razumijevanje kako različite razine ozbiljnosti mogu zahtijevati različite terapijske pristupe. Smits i sur. (2017) su identifikovali podgrupe koje se razlikuju po mehanizmima obrane i tipovima impulsivnog ponašanja. Naprimjer, neke podgrupe pokazuju visoku razinu emocionalne labilnosti i anksioznosti, dok druge pokazuju izraženiju impulsivnost i antisocijalno ponašanje. Ove podgrupe pružaju uvid u različite psihološke mehanizme koji mogu biti u osnovi graničnog poremećaja ličnosti. Johnson i Levy (2020) su također koristili klaster analize kako bi razlikovali unutrašnje (internalizirane) i vanjske (eksternalizirane) manifestacije simptoma graničnog poremećaja ličnosti. Unutrašnje manifestacije uključuju simptome kao što su depresivnost i anksioznost, dok vanjske manifestacije uključuju antisocijalno ponašanje i impulsivnost. Identifikacija ovih podgrupa pomaže kliničarima da preciznije ciljaju specifične simptome kod različitih pacijenata.

4.1.1. Alati za procjenu

Dimenzionalni model graničnog poremećaja ličnosti koristi raznovrsne alate za procjenu koji su osmišljeni da identifikuju osobine ličnosti i stepen njihove izraženosti na kontinuumu. Ovi alati uključuju intervjue, upitnike i skale procjene koje omogućavaju precizniju i nijansiranu procjenu simptoma. Strukturirani klinički intervju za DSM-5 poremećaje ličnosti (Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders/ SCID-5-PD) predstavlja zlatni standard u dijagnostici poremećaja ličnosti, uključujući granični poremećaj ličnosti. Kroz sistematičan i standardiziran pristup, SCID-5-PD omogućava kliničarima da precizno procijene prisutnost i ozbiljnost simptoma, što vodi do bolje dijagnostike i učinkovitijeg planiranja terapije. Njegova visoka pouzdanost i valjanost potvrđena je kroz brojne studije, što ga čini neophodnim alatom u kliničkoj praksi. (First, Williams, Karg i Spitzer, 2016).

Inventar ličnosti za DSM-5 (Personality Inventory for DSM-5 / PID-5), jedan je od ključnih alata koji se koristi u okviru dimenzionalnog modela. PID-5 procjenjuje pet širokih domena maladaptivnih osobina ličnosti, uključujući negativnu afektivnost, distanciranost, antagonizam,

dezinhibiciju i psihoticizam. Ovaj inventar omogućava detaljnu procjenu specifičnih karakteristika ličnosti relevantnih za granični poremećaj ličnosti (Krueger i sur., 2012).

Skala za procjenu nivoa funkcionisanja ličnosti (Level of Personality Functioning Scale/ LPFS) je instrument koji mjeri opći nivo funkcionisanja ličnosti u domenama identiteta, samosvijesti, empatije i intimnosti. LPFS pruža važne informacije o obimu i težini poremećaja ličnosti, uključujući granični poremećaj ličnosti, što pomaže u prilagođavanju tretmana specifičnim potrebama pacijenata (Morey i sur., 2017). Ova skala je razvijena kako bi se bolje razumjela funkcionalnost ličnosti u kontekstu poremećaja ličnosti, pružajući kliničarima važan uvid u interakciju simptoma i općeg funkcionisanja.

4.1.2. Validacija i pouzdanost dimenzionalnih instrumenata

Dimenzionalni instrumenti su temeljito validirani kroz različite studije koje su pokazale njihovu pouzdanost i valjanost u procjeni graničnog poremećaja ličnosti. Studije su pokazale da Inventar ličnosti za DSM-5 (PID-5) ima visoku valjanost u razlikovanju između različitih poremećaja ličnosti i u mjerenju intenziteta specifičnih osobina povezanih s graničnim poremećajem ličnosti (Krueger i sur., 2012). PID-5 je pokazao sposobnost pouzdanog identificiranja ključnih osobina ličnosti karakterističnih za granični poremećaj ličnosti, kao što su emocionalna labilnost, impulsivnost i neprijateljstvo. Skala za procjenu nivoa funkcionisanja ličnosti je, također, prošla kroz validacijske studije koje su potvrdile visoku internu konzistentnost i pouzdanost u procjeni nivoa funkcionalnosti ličnosti (Morey i sur., 2017). Istraživanja su pokazala da su ocjene dobivene pomoću skale za procjenu nivoa funkcionisanja ličnosti stabilne kroz vrijeme, što čini ovaj instrument pouzdanim alatom za longitudinalne studije. Ovi instrumenti su ključni u kliničkoj praksi jer omogućavaju precizniju dijagnostiku i bolje razumijevanje karakteristika graničnog poremećaja ličnosti, što u konačnici doprinosi efikasnijem tretmanu pacijenata.

4.1.3. Prednosti u dijagnostici

Dimenzionalni model omogućava procjenu simptoma na kontinuumu, čime se izbjegavaju problemi binarnih dijagnoza koje ne uzimaju u obzir razlike u težini simptoma među pacijentima. Naprimjer, kliničari mogu koristiti rezultate procjene za ciljano usmjeravanje terapijskih intervencija prema specifičnim simptomima, kao što su emocionalna nestabilnost ili impulsivno ponašanje, čime se povećava učinkovitost liječenja. Ovakav pristup omogućava kliničarima da prilagode terapijske metode prema individualnim karakteristikama pacijenata, što je ključ za uspješno liječenje graničnog poremećaja ličnosti (Hopwood i sur., 2018). Naprimjer, pacijenti sa visokim stepenom impulsivnosti mogu imati koristi od kognitivno-bihevioralne terapije fokusirane na kontrolu impulsa, dok pacijenti sa izraženom emocionalnom nestabilnošću mogu imati koristi od dijalektičke bihevioralne terapije.

Još jedna značajna prednost dimenzionalnog modela je mogućnost kontinuiranog praćenja promjena u simptomima kroz vrijeme. Longitudinalne studije pokazuju da se simptomi graničnog poremećaja ličnosti mogu značajno mijenjati, a dimenzionalni pristup omogućava precizno praćenje tih promjena, čime se poboljšava procjena učinkovitosti terapijskih intervencija i prilagodba tretmana prema promjenjivim potrebama pacijenata (Wright i sur., 2016).

Zaključno, procjena graničnog poremećaja ličnosti kroz dimenzionalni model, ne samo da poboljšava dijagnostičku preciznost i terapijsku učinkovitost, već i proširuje razumijevanje složene prirode graničnog poremećaja ličnosti. Korištenje validiranih i pouzdanih alata kao što su SCID-5-PD, PID-5 i LPFS omogućava kliničarima da bolje razumiju individualne razlike među pacijentima i prilagode tretmane njihovim specifičnim potrebama, čime se unapređuje ukupna skrb za pacijente sa graničnim poremećajem ličnosti (First i sur., 2016; Hopwood i sur., 2018; Wright i sur., 2016).

4.2. Individualizacija tretmana prema dimenzionalnom profilu

Prilagodba terapije prema dimenzionalnom profilu simptoma predstavlja ključnu komponentu u optimizaciji liječenja graničnog poremećaja ličnosti. Ovaj pristup omogućava detaljnije razumijevanje individualnih potreba pacijenata i usklađivanje tretmana sa specifičnim karakteristikama simptoma. Naprimjer, pacijenti sa izraženom emocionalnom nestabilnošću mogu imati koristi od tehnika regulacije emocija, dok oni sa većim interpersonalnim problemima mogu zahtijevati intenzivniji rad na međuljudskim vještinama (Hopwood i sur., 2012).

Dijalektička bihevioralna terapija (Dialectical Behavior Therapy/DBT), koju je razvila Marsha Linehan, predstavlja jedan od najefikasnijih tretmana za granični poremećaj ličnosti, fokusirajući se na regulaciju emocija, toleranciju na stres, međuljudske veštine i punu svjesnost (*eng. mindfulness*) (Linehan, 1993). DBT koristi dimenzionalni pristup kroz procjenu nivoa disfunkcionalnosti u ovim domenama i prilagođavanje terapijskih strategija prema specifičnim potrebama pacijenta.

Terapija usmjerena na mentalizaciju (Mentalization-Based Therapy/MBT), koju su razvili Fonagy i Bateman (2004), primjenjuje dimenzionalni pristup u tretmanu pacijenata sa graničnim poremećajem ličnosti (Bateman i Fonagy, 2004). Ova terapijska metoda naglašava važnost unapređenja sposobnosti mentalizacije ili razumijevanja mentalnih stanja sebe i drugih. MBT se prilagođava individualnoj razini mentalnih sposobnosti pacijenta, omogućavajući tako personalizovane intervencije usmjerene na dublje razumijevanje i integraciju psihičkih procesa (Bateman i Fonagy, 2006; Fonagy, 2003). Implementira se kroz strukturirane terapijske seanse koje podstiču refleksiju i razumevanje emocija i misli, kako kod pacijenta tako i kod terapeuta. Centralna ideja MBT-a je da poboljšanje mentalizacijskih sposobnosti može smanjiti impulsivno ponašanje, stabilizirati emocionalne reakcije i unaprijediti interpersonalne odnose (Bateman i Fonagy, 2006). Istraživanja su pokazala da MBT dovodi do smanjenja simptoma graničnog poremećaja ličnosti i poboljšanja funkcionalnosti u svakodnevnom životu pacijenata (Bateman i sur., 2008).

Integrativni pristupi u tretmanu graničnog poremećaja ličnosti sve više dobivaju na značaju zbog njihove sposobnosti da uvažavaju različite dimenzije poremećaja. Ovi pristupi kombinuju elemente različitih terapijskih modaliteta, kao što su kognitivno-bihevioralna terapija (KBT), dijalektička bihevioralna terapija (DBT), psihodinamska terapija i interpersonalna terapija, kako bi se efikasnije nosili sa različitim aspektima graničnog poremećaja ličnosti (Clarkin i sur., 2007;

Linehan, 1993). Integrativni modeli terapije nude fleksibilnost u pristupu tretmanu, prilagođavajući se specifičnim potrebama i karakteristikama svakog pacijenta. Naprimjer, dijalektička bihevioralna terapija (DBT) naglašava razvoj vještina regulacije emocija, interpersonalne efikasnosti i tolerancije na distres, što su ključni elementi za pacijente sa graničnim poremećajem ličnosti koji često imaju izražene probleme u tim područjima (Linehan, 2014).

Za pacijente sa graničnim poremećajem ličnosti koji se bore sa intenzivnim emocionalnim disregulacijama i agresivnim impulsivnim ponašanjem, farmakoterapijat također može biti korisna kao dodatak psihoterapijskom tretmanu. Naprimjer, upotreba stabilizatora raspoloženja, kao što je lamotrigin može pomoći u smanjenju emocionalne disregulacije i stabilizaciji raspoloženja (Soloff i sur., 2010). Farmakoterapija se često prilagođava specifičnim simptomima svakog pacijenta u skladu sa dimenzionalnim profilom graničnog poremećaja ličnosti, što može poboljšati terapijske ishode i smanjiti rizik od recidiva simptoma (Soloff, Lynch i Kelly, 2010).

Dijalektička bihevioralna terapija u praksi (DBT)

Dijalektička bihevioralna terapija se često koristi kao terapijski pristup za pacijente sa graničnim poremećajem ličnosti koji imaju izražene probleme sa emocionalnom disregulacijom i samopovređujućim ponašanjem. Naprimjer, 32-godišnja pacijentica koja je pokazivala visok nivo emocionalne reaktivnosti i sklonost samopovređivanju, podvrgnuta je tehnikama DBT-a, kao što su tolerancija na distres i puna svjesnost (*eng. mindfulness*) kako bi smanjila svoje samopovređujuće ponašanje (Linehan, 1993). Kroz individualizaciju terapije prema njenom specifičnom dimenzionalnom profilu, terapeut je mogao prilagoditi intenzitet i fokus terapijskih aktivnosti, što je rezultiralo značajnim poboljšanjem u kontroli impulsivnih reakcija i emocionalne stabilnosti. Kroz dimenzionalni pristup, specifično kod ove pacijentice, terapija je prilagođena visokom nivou emocionalne reaktivnosti (Hopwood i sur, 2018).

Terapija usmjerena na mentalizaciju (MBT)

Kod 28-godišnjeg muškarca sa dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti, koji je imao ozbiljne probleme sa identitetom i nestabilnim međuljudskim odnosima, MBT je bio prilagođen na način

da se fokusira na poboljšanje kapaciteta za mentalizaciju. Terapija je postepeno povećavala složenost mentalizacijskih zadataka u skladu sa njegovim napretkom, omogućavajući mu bolje razumijevanje svojih i tuđih emocija i namjera (Bateman i Fonagy, 2004).

Integrativan pristup sa naglaskom na traumatske faktore

Za pacijente sa graničnim poremećajem ličnosti koji su izloženi traumatskim iskustvima u djetinjstvu, integrativni terapijski pristup koji uključuje elemente kognitivno-bihevioralne terapije i terapija vezivanja može biti posebno efikasan. Naprimjer, 30-godišnji pacijent koji je doživio višestruke traumatske događaje u djetinjstvu pokazivao je simptome kao što su teška disocijacija, emocionalna disregulacija i poteškoće u formiranju sigurnih međuljudskih veza (Zanarini i Frankenburg, 2001). Integrativni terapijski pristup uključuje KBT za identifikaciju i restrukturiranje disfunkcionalnih uvjerenja i misli povezanih sa traumatskim iskustvima, kao i terapiju vezivanja koja se fokusira na razvoj sigurnosti i povjerenja u terapijskom odnosu (Beck i sur., 2004). Kroz ove terapijske modalitete, terapeut podržava pacijenta u procesu obrade traumatskih iskustava i smanjenja njihovog negativnog uticaja na emocionalno funkcionisanje i međuljudske odnose. Integrativni pristup također uključuje rad na jačanju emocionalne regulacije i strategijama za prevladavanje teškoća, što je od suštinskog značaja za pacijente sa graničnim poremećajem ličnosti koji se suočavaju sa traumatskim okidačima koji mogu izazvati intenzivne emocionalne reakcije (Chapman i sur., 2016). Kroz kombinaciju ovih terapijskih elemenata, pacijent može postepeno razviti veće samopouzdanje u suočavanju sa traumatskim sadržajima i stabilizovati svoje emocionalno stanje.

Ovi primjeri iz prakse ilustriraju kako dimenzionalni model može voditi ka specifičnijim i efikasnijim terapijskim pristupima, prilagođenim jedinstvenim potrebama svakog pacijenta. Prelazak sa kategorijalnog na dimenzionalni model može značajno unaprediti kvalitet tretmana i ishode za pacijente sa GPL-om (Widiger i Simonsen, 2005; Hopwood i sur., 2012).

5. IMPLIKACIJE ZA BUDUĆA ISTRAŽIVANJA

Dimenzionalni model graničnog poremećaja ličnosti predstavlja značajnu promjenu u razumijevanju i tretmanu ovog kompleksnog poremećaja. Ovaj pristup omogućava precizniju identifikaciju i procjenu simptoma, čime se otvaraju nove mogućnosti za istraživanje i kliničku praksu. Iako su mnoga područja već istražena, postoji nekoliko ključnih oblasti koje još uvek nude prostor za dalja istraživanja kako bi se unaprijedilo razumijevanje i efikasnost intervencija za granični poremećaj ličnosti (Widiger i Samuel, 2005).

Iako su postojeći modeli, poput onih predstavljenih u DSM-5 i ICD-11, pokazali obećavajuće rezultate, potrebno je sprovesti dodatne studije kako bi se potvrdila njihova validnost i pouzdanost u različitim populacijama i kontekstima. Longitudinalne studije koje prate promjene u dimenzijama graničnog poremećaja ličnosti tokom vremena, mogu osigurati dragocjene uvide u stabilnost i promjenjivost ovih dimenzija (Clark i sur., 2017).

Istraživanja bioloških i neuroloških osnova graničnog poremećaja ličnosti produbljuju razumijevanje mehanizama koji stoje iza različitih dimenzija ovog poremećaja. Upotrebom neuroimaging tehnika, poput funkcionalne magnetne rezonance (fMRI) i pozitronske emisijske tomografije (PET), istraživači mogu identifikovati specifične moždane strukture i funkcije povezane sa simptomima graničnog poremećaja ličnosti. Naprimjer, disfunkcija u amigdali i prefrontalnom korteksu često je povezana sa emocionalnom disregulacijom i impulsivnošću kod pacijenata sa graničnim poremećajem ličnosti (Schulze i sur., 2016).

Genetska istraživanja su već prepoznala određene gene i genetske varijante povezane sa graničnim poremećajem ličnosti, međutim, **neophodna su** dalja istraživanja kako bi se bolje razumjeli nasljedni faktori i njihova interakcija sa okolinskim faktorima. Identifikacija dodatnih genetskih markera može otvoriti put za razvoj ciljane terapije i preventivnih strategija (Amad i sur., 2014).

Buduća istraživanja trebaju se fokusirati i na razumijevanje uloge psiholoških i socijalnih faktora u razvoju i održavanju graničnog poremećaja ličnosti. Naprimjer, istraživanje o uticaju traumatskih iskustava, stilova vezivanja i interpersonalnih odnosa može pružiti uvid u kompleksnu interakciju između individualnih iskustava i manifestacije simptoma (Zanarini i Frankenburg, 2001). Ova istraživanja mogu također pomoći u prepoznavanju rizičnih i zaštitnih faktora koji utiču na ishod terapije (Paris, 2007).

Granični poremećaj ličnosti često koegzistira sa drugim mentalnim poremećajima, kao što su depresija, anksioznost i poremećaji upotrebe supstanci. Istraživanja koja se fokusiraju na komorbiditete mogu pružiti bolje shvatanje kako različiti poremećaji utiču jedni na druge i kako se mogu efektivno tretirati u kontekstu dimenzionalnog modela. Naprimjer, istraživanja koja proučavaju kako simptomi graničnog poremećaja ličnosti utiču na simptome depresije, mogu pomoći u razvoju integrativnih terapijskih pristupa (Zimmerman i sur., 2014).

Buduća istraživanja se trebaju fokusirati i na razvoj i evaluaciju novih terapijskih pristupa koji su prilagođeni specifičnim dimenzijama graničnog poremećaja ličnosti. Istraživanja koja procjenjuju efikasnost kombinovanih terapijskih pristupa, kao što su integracija dijalektičke bihevioralne terapije i terapije usmjerene na mentalizaciju, mogu pružiti uvid u to kako najbolje tretirati različite aspekte graničnog poremećaja ličnosti (Bateman i Fonagy, 2019). Također, potrebno je istražiti potencijalne koristi novih terapijskih modaliteta kao što su terapija usmjerena na saosjećanje (CFT) i terapija prihvatanja i posvećenosti (ACT) u tretmanu graničnog poremećaja ličnosti (Gilbert, 2010; Hayes i sur., 2006).

Napredak tehnologije pruža nove mogućnosti za istraživanje i terapiju graničnog poremećaja ličnosti. Digitalne intervencije, kao što su mobilne aplikacije za praćenje simptoma i online terapijske platforme, mogu poboljšati dostupnost i efikasnost terapije. Upotreba virtualne stvarnosti (VR) u terapijskim intervencijama može pružiti inovativne načine za rad sa pacijentima na regulaciji emocija i poboljšanju socijalnih vještina (Freeman i sur., 2017). Buduća istraživanja bi trebala procijeniti efikasnost ovih tehnoloških rešenja i njihovu integraciju u postojeće terapijske prakse.

6. ZAKLJUČCI

1. Dimenzionalni model graničnog poremećaja ličnosti predstavlja značajnu evoluciju u kliničkom pristupu ovom kompleksnom poremećaju. Tradicionalni kategorijalni pristup dijeli poremećaje ličnosti u diskretne kategorije, pri čemu pacijenti moraju ispunjavati određene kriterije za dijagnozu. Ovaj pristup može biti ograničavajući jer ne uzima u obzir varijabilnost simptoma i njihovu ozbiljnost kod različitih pojedinaca. Nasuprot tome, dimenzionalni model gleda na simptome kao na kontinuum, omogućavajući preciznije mapiranje individualnih varijacija u simptomima GPL-a. Ovo prošireno razumijevanje pomaže u identifikaciji specifičnih dimenzija simptoma. Dimenzionalni model, također, pomaže u boljem razumijevanju načina na koji se različiti simptomi međusobno povezuju i kako utiču na funkcionalne domene kao što su međuljudski odnosi, emocionalna stabilnost i impulsivno ponašanje.
2. Primjena dimenzionalnog pristupa u procjeni graničnog poremećaja ličnosti značajno poboljšava sposobnost terapeuta da precizno identifikuju i procijene individualne razlike u simptomima i funkcionalnim domenima. Ovaj pristup se fokusira na kontinuum simptoma umjesto na kategorijalne dijagnoze, što omogućava detaljniju analizu specifičnih aspekata GPL-a kod svakog pacijenta. Jedna od ključnih prednosti dimenzionalnog pristupa je njegova sposobnost da pruži detaljan pregled različitih simptoma poremećaja. Terapeuti mogu koristiti dimenzionalne procjene da utvrde specifične nivoe emocionalne disregulacije, impulsivnosti i interpersonalnih poteškoća kod svakog pacijenta. Na taj način, moguće je prepoznati suptilne razlike među pacijentima koje tradicionalni kategorijalni pristup možda ne bi otkrio. Dimenzionalni pristup omogućava personalizaciju procjene, što je posebno važno u kontekstu graničnog poremećaja ličnosti, s obzirom na varijabilnost simptoma među pojedincima. Umjesto da se pacijentima dodijeli jednostavna dijagnoza, terapeuti mogu procijeniti specifične dimenzije simptoma i njihove intenzitete. Ovakav pristup omogućava bolje razumijevanje individualnih razlika u simptomima, što vodi ka preciznijem planiranju terapijskih intervencija. Terapeuti mogu koristiti ove informacije za kreiranje terapijskih planova koji su usmjereni na specifične oblasti koje zahtijevaju intervenciju. Naprimjer, pacijenti koji se bore s interpersonalnim problemima mogu dobiti ciljane terapije za

poboljšanje socijalnih vještina, dok oni s problemima u regulaciji emocija mogu imati koristi od terapija fokusiranih na emocionalnu stabilizaciju.

3. Dimenzionalni model graničnog poremećaja ličnosti donosi brojne praktične implikacije za planiranje i sprovođenje terapijskih intervencija, značajno doprinoseći personalizaciji tretmana. Ovakav pristup omogućava terapeutima da razviju ciljane terapijske planove koji su prilagođeni jedinstvenim potrebama svakog pacijenta. Dimenzionalni model omogućava terapeutima da prepoznaju specifične dimenzije simptoma kod svakog pacijenta, čime se postiže preciznija dijagnostika. Ova detaljna procjena omogućava kreiranje terapijskih planova koji su bolje prilagođeni specifičnim potrebama pacijenata. Dimenzionalne procjene, također, omogućavaju terapeutima da kontinuirano prate napredak pacijenta tokom terapije. Kontinuirano praćenje omogućava prilagođavanje terapijskih intervencija u realnom vremenu, što povećava efikasnost terapijskog procesa. Na taj način, terapeuti mogu brzo reagovati na promjene u simptomima i prilagoditi tretman kako bi optimalno odgovarao potrebama pacijenta. Empirijska istraživanja podržavaju efikasnost dimenzionalnog modela. Studije su pokazale da pacijenti tretirani putem DBT-a pokazuju značajna poboljšanja u redukciji samopovređujućeg ponašanja i emocionalnoj stabilnosti. Također, upotreba dimenzionalnih procjena tokom terapije omogućava kontinuirano praćenje napretka pacijenta, što dodatno povećava uspješnost terapijskog procesa. Uvođenjem dimenzionalnog modela u dijagnostiku i tretman graničnog poremećaja ličnosti, otvara se put ka personalizovanijem i efikasnijem pristupu mentalnom zdravlju. Ovaj model omogućava ne samo bolje razumijevanje pacijenata već i nadu za bolju budućnost tretmana poremećaja ličnosti. Kroz preciznije dijagnostičke alate i terapijske intervencije prilagođene individualnim potrebama, možemo pružiti podršku koja je i efektivna i humana.

7. LITERATURA

- Alternative Diagnostic Models For Personality Disorders Continued. (2019, March 20). MentalHelp.net. <https://www.mentalhelp.net/personality-disorders/alternative-diagnostic-models/>
- Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R., & Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline personality disorder: Systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 40, 6-19.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Association Publishing.
- Bradley, R., Jenei, J., & Westen, D. (2005). Etiology of Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(1), 24–31.
- Clark, L. A. (1999). Dimensional approaches to personality disorder assessment and diagnosis. In C. R. Cloninger (Ed.), *Personality and psychopathology* (pp. 205-230). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58, 227-257.
- Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W. E., & Reed, G. M. (2017). Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest*, 18(2), 72-145.
- Clark, L. A., Livesley, W. J., & Morey, L. C. (1997). Personality disorder assessment: The challenge of construct validity. *Journal of Personality Disorders*, 11(3), 205-231.
- Clark, L. A., Livesley, W. J., & Morey, L. C. (2010). Personality disorder assessment: The challenge of construct validity. In J. M. Grohol (Ed.), *Psychological assessment in clinical practice* (pp. 65-86). New York: John Wiley & Sons.
- Clifton, A., & Pilkonis, P. A. (2007). Evidence for a single latent class of diagnostic and statistical manual of mental disorders borderline personality pathology. *Comprehensive Psychiatry*, 48(1), 70-78.

- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Markon, K. E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Borderline personality disorder co-morbidity: relationship to the internalizing–externalizing structure of common mental disorders. *Psychological medicine*, 41(5), 1041-1050.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5® Disorders - Clinical Version (SCID-5-CV)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Freeman, D., Haselton, P., Freeman, J., Spanlang, B., Kishore, S., Albery & Clark, D. M. (2017). Automated psychological therapy using immersive virtual reality for treatment of fear of heights: A single-blind, parallel-group, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(8), 625-632.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Gunderson, J. G. (1992). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J. G. (2011). Borderline personality disorder. *New England Journal of Medicine*, 364(21), 2037-2042.
- Gunderson, J. G., & Hoffman, P. D. (2007). *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder: A Guide for Professionals and Families*. In *Google Books*. American Psychiatric Pub.
- Gunderson, J. G., Kerr, J., & Englund, D. W. (1980). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Archives of General Psychiatry*, 37(1), 17-24.
- Hallquist, M. N., & Pilkonis, P. A. (2012). Refining the phenotype of borderline personality disorder: Diagnostic criteria and beyond. *Personality disorders: Theory, research, and treatment*, 3(3), 228.
- Hallquist, M. N., & Pilkonis, P. A. (2012). The latent structure of the facets of borderline personality disorder: Further evidence for a dimensional model. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 811-821.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2006). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146(4), 490-495.

- Herpertz, S. C., Huprich, S. K., Bohus, M., Chanen, A., Goodman, M., Mehlum & Sharp, C. (2017). The challenge of transforming the diagnostic system of personality disorders. *Journal of personality disorders, 31*(5), 577-589.
- Hopwood, C. J., Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Widiger, T. A., Althoff, R. R & Zimmermann, J. (2018). The time has come for dimensional personality disorder diagnosis. *Personality and mental health, 12*(1), 82-86.
- Hopwood, C. J., Thomas, K. M., & Zanarini, M. C. (2011). Hyperbolic temperament and borderline personality disorder. *Personality and Mental Health, 6*(1), 22–32.
- Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Markon, K. E., Wright, A. G. C., & Krueger, R. F. (2012). DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(2), 424-432.
- Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Markon, K. E., Wright, A. G. C., & Krueger, R. F. (2012). The DSM-5 levels of personality functioning scale: Evaluation of reliability, validity, and clinical utility. *Journal of Personality Assessment, 94*(4), 370-383.
- Johnson, J. G., & Levy, K. N. (2020). Subtypes of borderline personality disorder: A latent class analysis. *Journal of Personality Disorders, 34*(5), 611-628.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry, 56*(7), 600-606.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Smailes, E., & Brook, J. S. (2000). Association of maladaptive parental behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring. *Archives of General Psychiatry, 57*(5), 453-460.
- Kernberg, O. F., & Michels, R. (2009). Borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 166*(5), 505–508.
- Krueger, R. F., & Eaton, N. R. (2010). Personality traits and the classification of mental disorders: Toward a more complete integration in DSM-5 and an empirical model of psychopathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 1*(2), 97-118.
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality disorder criteria in shaping future research and clinical practice. *Current Psychiatry Reports, 16*(4), 445.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine, 42*(9), 1879-1890.
- Krueger, R. F., Skodol, A. E., Livesley, W. J., Shrout, P. E., & Huang, Y. (2014). Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders: Refining the research

- agenda for DSM-V Axis II. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(S1), 82-91.
- Kupfer, D. J., First, M. B., & Regier, D. A. (2008). A Research Agenda For DSM V. In *Google Books*. American Psychiatric Pub.
- Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press.
- Links, P. S., Gould, B., & Ratnayake, R. (1988). Assessing suicidal youth with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 11(3), 557-569.
- Links, P. S., Ross, J., & Gunderson, J. G. (2015). Promoting Good Psychiatric Management for Patients With Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 71(8), 753–763.
- Links, P. S., Steiner, M., & Huxley, G. (1990). The borderline diagnosis in males: clinical utility, reliability, and validity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35(4), 348-353.
- Livesley, W. J. (1998). Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 12(2), 137-151.
- Morey, L. C., Skodol, A. E., Oldham, J. M., Rosnick, L., Triebwasser, J., & Stout, R. L. (2017). Clinician judgments of clinical utility: A comparison of DSM-IV-TR personality disorders and the alternative model for DSM-5 personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 76-85.
- Oldham, J. M. (2006). Borderline Personality Disorder and Suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 20–26. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.20>
- Paris, J. (1994). The Etiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatry*, 57(4), 316–325.
- Paris, J. (2005). Borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 172(12), 1579–1583.
- Paris, J. (2007). Borderline personality disorder: Current treatments and future directions. *Harvard Review of Psychiatry*, 15(5), 289-297.
- Paris, J., Zelkowitz, P., Guzder, J., Joseph, S., & Feldman, R. (1994). Neuropsychological factors associated with borderline pathology in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(2), 329-336.
- Rutter, M. (1982). Developmental psychiatry: Concepts, prospects and challenges. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 23(4), 513-543.
- Ryle, A., & Kerr, I. B. (2002). Introducing cognitive analytic therapy: Principles and practice. Wiley.

- Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Morey, L. C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., ... & McGlashan, T. H. (2002). Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *American Journal of Psychiatry*, *159*(2), 284-290.
- Sansone, R. A., Sansone, L. A., & Wiederman, M. W. (2002). The relationship between borderline personality disorder and somatization disorder among psychiatric inpatients. *Psychosomatics*, *43*(5), 411-414.
- Schulze, L., Schmahl, C., & Niedtfeld, I. (2016). Neural correlates of disturbed emotion processing in borderline personality disorder: A multimodal meta-analysis. *Biological Psychiatry*, *79*(4), 292-302.
- Sharp, C., Wright, A. G. C., Fowler, J. C., Frueh, B. C., Allen, J. G., Oldham, J., & Clark, L. A. (2015). The structure of personality pathology: Both general ('g') and specific ('s') factors? *Journal of Abnormal Psychology*, *124*(2), 387-398.
- Shea, M. T., Yen, S., & Gunderson, J. G. (2002). Personality disorders. *Journal of Clinical Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. Biological Psychiatry*, *51*(12), 936-950.
- Siever, L. J., Torgersen, S., Gunderson, J. G., Livesley, W. John., & Kendler, K. S. (2002). The borderline diagnosis III: identifying endophenotypes for genetic studies. *Biological Psychiatry*, *51*(12), 964-968.
- Silverman, J. M., Pinkham, L., Horvath, T. B., Coccaro, E. F., Klar, H., Scheer, S., ... & Siever, L. J. (1991). Affective and impulsive personality disorder traits in the relatives of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *148*(10), 1378-1385.
- Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2009). Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatric Quarterly*, *80*(1), 29-37.
- Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2011). Why DSM-5 abandoned Axis II: Implications for psychiatric nursing. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *17*(4), 226-229.
- Skodol, A. E., Bender, D. S., Morey, L. C., Clark, L. A., Oldham, J. M., Alarcon, R. D & Siever, L. J. (2011). Personality disorder types proposed for DSM-5. *Journal of personality disorders*, *25*(2), 136-169.
- Skodol, A. E., et al. (2002). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, *51*(12), 936-950.

- Skodol, A. E., Morey, L. C., Bender, D. S., & Oldham, J. M. (2015). The Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders: A Clinical Application. *American Journal of Psychiatry*, *172*(7), 606–613.
- Smits, M. L., Feenstra, D. J., Bales, D. L., de Vos, J., Lucas, Z., Verheul, R., & Luyten, P. (2017). Subtypes of borderline personality disorder patients: a cluster-analytic approach. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, *4*, 1-15.
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., & Kelly, T. M. (2010). The efficacy of lamotrigine in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *71*(9), 1159-1165.
- Stepp, S. D., Keenan, K., Hipwell, A. E., & Krueger, R. F. (2014). The impact of childhood temperament on the development of borderline personality disorder symptoms over the course of adolescence. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *1*, 1-10.
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2010). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*, 355-377.
- Trull, T. J., Distel, M. A., & Carpenter, R. W. (2010). DSM-5 Borderline Personality Disorder: At the Border Between a Dimensional and a Categorical View. *Current Psychiatry Reports*, *13*(1), 43–49.
- Videler, A. C., Hutsebaut, J., Schulken, J. E. M., Sobczak, S., & van Alphen, S. P. J. (2019). A Life Span Perspective on Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, *21*(7).
- Widiger, T. A. (1991). Personality disorder dimensional models. *Clinical Psychology Review*, *11*(3), 239-253.
- Widiger, T. A. (1992). Categorical Versus Dimensional Classification: Implications from and For Research. *Journal of Personality Disorders*, *6*(4), 287–300.
- Widiger, T. A. (1993). The DSM-III-R categorical personality disorder diagnoses: A critique and an alternative. *Psychological Inquiry*, *4*(2), 75-90.
- Widiger, T. A., & Frances, A. (1985). The DSM-III personality disorders: Perspectives from psychology. *Archives of general psychiatry*, *42*(6), 615-623.
- Widiger, T. A., & Mullins-Sweatt, S. N. (2009). Five-Factor Model of Personality Disorder: A proposal for DSM-V. *Annual Review of Clinical Psychology*, *5*, 197-220.
- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—Fifth Edition. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*(4), 494-504.

- Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative Dimensional Models of Personality Disorder: Finding a Common Ground. *Journal of Personality Disorders, 19*(2), 110–130.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist, 62*(2), 71-83.
- Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Services, 42*(10), 1015–1021.
- Williams, J. B. W., & Spitzer, R. L. (1983). The issue of redundancy in the diagnostic criteria for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 140*(11), 1434-1437.
- Wright, A. G., Thomas, K. M., Hopwood, C. J., Markon, K. E., Pincus, A. L., & Krueger, R. F. (2012). The hierarchical structure of DSM-5 pathological personality traits. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(4), 951-957. doi:10.1037/a0029589.
- Zanarini, M. C. (1997). Role of childhood experiences in the etiology of borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry, 5*(5), 279-292.
- Zelkowitz, P., Paris, J., Guzder, J., & Feldman, R. (2001). Diatheses and stressors in borderline pathology of childhood: The role of neuropsychological risk and trauma. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(1), 100-105.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., & Martinez, J. H. (2014). A clinically useful self-report measure of the DSM-5 mixed features specifier of major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders, 168*, 357-3624
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry, 162*(10), 1911-1918.

