

Granični poremećaj ličnosti i psihijatrijski komorbiditeti

Milevoj, Ilaria

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Medicine / Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:909118>

Rights / Prava: [Attribution 4.0 International](#)/[Imenovanje 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-27**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET
INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI
SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Ilaria Milevoj

GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI I PSIHIJATRIJSKI KOMORBIDITETI

Diplomski rad

Rijeka, 2022

Sadržaj:

1. UVOD	1
1.1. Definicija i dijagnostički kriteriji	1
1.2. Povijesno-epidemiološki pregled	4
1.3. Etiologija	6
1.4. Patofiziologija	9
1.5. Klinička slika	12
1.7. Liječenje	16
1.7.1. Psihoterapija	16
1.7.2. Farmakoterapija	18
1.7.3. Socioterapija	19
2. SVRHA RADA	21
3. GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI I PSIHIJATRIJSKI KOMORBIDITETI	21
3.1. Depresija i granični poremećaj ličnosti	21
3.2. Bipolarni poremećaj i granični poremećaj ličnosti	23
3.3. Anksiozni poremećaji i granični poremećaj ličnosti	23
3.3.1. Panični poremećaj	24
3.3.2. Opsesivno-kompulzivni poremećaj	25
3.3.3. Generalizirani anksiozni poremećaj	25
3.3. Posttraumatski stresni poremećaj i granični poremećaj ličnosti	26
3.4. Bolesti ovisnosti i granični poremećaj ličnosti	27
3.4.1. Ovisnost o alkoholu i granični poremećaj ličnosti	28
3.4.2. Psihoaktivne tvari i granični poremećaj ličnosti	29
3.5. Psihотиčni poremećaji i granični poremećaj ličnosti	30
3.6. Poremećaji prehrane i granični poremećaj ličnosti	31
4. RASPRAVA	32
5. ZAKLJUČCI	37
6. SAŽETAK	38
7. SUMMARY	38
8. LITERATURA	40
9. ŽIVOTOPIS	57

Mentor rada: doc.dr.sc. Tanja Grahovac Juretić, dr.med., spec. psihijatrije

Diplomski rad ocijenjen je dana _____ u/na

_____, pred

povjerenstvom u sastavu:

1. izv.prof.prim.dr.sc.Elizabeta Dadić-Hero
2. doc.prim.dr.sc. Daniela Petrić
3. izv.prof.dr.sc. Jasna Grković

Rad sadrži 56 stranica, 108 literaturnih navoda.

1. UVOD

1.1. Definicija i dijagnostički kriteriji

Pojam ličnosti nerijetko se poistovjećuje s pojmom osobnosti. No, osobnost i ličnost nisu istoznačne. U hrvatskom jeziku osobnost se definira kao “skup osobnih obilježja i svojstava koji čine dio ličnosti, a po kojima se pojedinac razlikuje od drugih” (1). Nadalje, ličnost se definira kao “razmjerno stabilan oblik ponašanja, navika i tendencija, što ga je neka osoba razvila na temelju nasljeđa, u reakcijama na nagrade i kazne koje je primila tijekom života” (2). Ličnost je “u psihičkom smislu cjelokupnost pojedinca, njezina sveobuhvatna psihička cjelina”, a osobnost “ne pokriva sve aspekte koji su sadržani u konceptu ličnosti” (3). Ličnost je širi pojam od osobnosti i ona u svojoj definiciji obuhvaća osobnost. Kada govorimo o rasponu ličnosti, razlikujemo zdravu, neurotsku i graničnu razinu organizacije ličnosti. Granična razina se proteže od neurotske do psihotične organizacije ličnosti.

U ovom radu govoriti će se o jednom od poremećaja ličnosti, a poremećaj osobnosti po definiciji “ne postoji u psihijatrijskom smislu (jer je svaka osobnost jedinstvena, a sve su osobnosti međusobno drugačije)” (3).

Poremećaj ličnosti je način razmišljanja, osjećanja i ponašanja koji odstupa od kulturoloških očekivanja, te uzrokuje uznemirenost ili poteškoće u funkcioniranju i traje izvjesno vrijeme (4). Osobe s poremećajem ličnosti počinju pokazivati znakove neprikladnog ponašanja ili osjećanja uglavnom u kasnoj adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, iako sam poremećaj nastaje u djetinjstvu (5). Poremećajem možemo nazvati stanje u kojem osobi zbog svojeg ponašanja i načina razmišljanja postaje teško funkcionirati u uobičajenoj sredini, a radi čega je nefleksibilna i neprilagodljiva. To, nadalje, uzrokuje mnoge poteškoće u svakodnevnom životu bolesnika ali i njegovoj bliskoj okolini.

Poremećaje ličnosti dijelimo u tri glavne skupine: (A) neobični/ekscentrični, (B) dramatični/nestalni/emocionalni i (C) anksiozni/ustrašeni. (6) U poremećaje skupine A ubrajaju se paranoidni, shizoidni i shizotipni poremećaj ličnosti, a svih ih karakterizira distanciranost i nepovjerljivost. Poremećaje grupe B nalazimo kod ljudi koji su emocionalno nestabilni i impulzivni, a u njih ubrajamo granični, antisocijalni, narcisoidni i histrionski poremećaj ličnosti. Grupa C je karakterizirana pasivnošću i zabrinutošću bolesnika, a poremećaji koji se tu ubrajaju su ovisni, izbjegavajući i opsesivno-kompulzivni (6). Granični poremećaj ličnosti (engl. borderline personality disorder) jedan je od poremećaja iz skupine B. To je najčešći poremećaj ličnosti (5). Simptomi graničnog poremećaja ličnosti najčešće se prvi puta javljaju u ranoj odrasloj dobi, a simptomatika se može umanjiti starenjem pojedinca (6). Simptomi se kod takvih osoba mogu pokrenuti raznim, naizgled nebitnim događajima, odnosno okidač za pojavu simptoma može biti bilo što, a to je najčešće kraća epizoda separacije od bliskih osoba (6).

Dijagnozu ovog poremećaja postavlja specijalist psihijatrije prema važećim klasifikacijama (MKB-10 i/ili DSM-5) (6). Granični poremećaj ličnosti često koegzistira s drugim psihijatrijskim oboljenjima, što može otežati postavljanje dijagnoze. Ne postoje laboratorijski testovi ili slikovne metode koje bi potvrdile dijagnozu poremećaja. Za postavljanje dijagnoze koriste se klasifikacije psihičkih poremećaja MKB-10 (Deseta revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema Svjetske zdravstvene organizacije iz 2010.) i DSM-5 (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne bolesti Američke psihijatrijske udruge iz 2014.). U MKB-10 ovaj je poremećaj svrstan u skupinu “emocionalno nestabilne ličnosti” (F60.3), a dijeli se u dva podtipa: granični i impulzivni tip (3). U DSM-5 klasifikaciji postoje četiri glavne skupine simptoma, a to su afektivnost, interpersonalno funkcioniranje, kontrola impulsa i kognitivne funkcije (7). Za postavljanje dijagnoze potrebno je zadovoljiti najmanje 5

dijagnostičkih kriterija, od ukupno njih 9, a to su: mahnuti napori da se izbjegne stvarno ili zamišljeno napuštanje; obrazac nestabilnih i intenzivnih interpersonalnih odnosa obilježenih izmjenama između idealizacije i podcjenjivanja; smetnje identiteta: značajno i perzistentno nestabilna slika o sebi ili osjećaju selfa; impulzivnost u najmanje dva područja koja su potencijalno štetna za samu osobu, a da ne uključuje suicidalno ili samopovređujuće ponašanje (primjerice prekomjerno trošenje, nezaštićeni i nepromišljeni seksualni odnosi, zlouporaba supstanci, nepromišljena vožnja, neumjerenost u jelu); opetovano suicidalno ponašanje, geste ili prijetnje ili samoozljeđujuće ponašanje; afektivna nestabilnost zbog snažne reagibilnosti raspoloženja (intenzivna epizodična disforija, razdražljivost ili anksioznost koja obično traje nekoliko sati ili pak rijetko više od nekoliko dana); kronični osjećaj praznine; neprimjerena, snažna srdžba ili teškoće u kontroli srdžbe (česti iskazi temperamenta, stalna ljutnja, ponavljajući fizički okršaji), te prolazne paranoidne ideje ili teški disocijativni simptomi vezani uz stres (7).

Subjektivno iskustvo bolesnika prema vlastitim simptomima je izuzetno važno i nužno ga je detaljno sagledati. Drugim riječima, osoba može imati simptome anksioznosti, depresije ili loše kontrole impulsa koji su samo dio ukupnog promijenjenog emocionalnog funkcioniranja.

Raznim psihologijskim testovima identificirana su tri glavna tipa bolesnika sa graničnom ličnosti, a to su anakliktički, introjektivni i shizofrenični. Anakliktički tip je afektivno labilan i izrazito ovisan tip, te se donekle uklapa u prethodno navedene dijagnostičke kriterije graničnog poremećaja ličnosti. Introjektivni tip je ideacijski, izrazito introvertiran, socijalno izoliran, a gledajući DSM klasifikaciju odgovara paranoidnom, shizoidnom ili opsesivnom poremećaju ličnosti. Oba navedena tipa su karakterizirana "stabilnom nestabilnošću" granične organizacije ličnosti. Shizofrenični tip ima poremećeno opažanje i shvaćanje temeljnih granica ponašanja i u svakome je trenutku u mogućnosti se psihotično dekompenzirati.

1.2. Povijesno-epidemiološki pregled

Za razliku od većine ostalih poremećaja ličnosti koji su najprije opisani u Europi, naziv granični poremećaj (eng. *borderline*) prvi se puta spominje u Sjedinjenim Američkim Državama 1938. godine, a opisao ga je psihoanalitičar Adolph Stern. Taj je naziv upotrijebio kao pokušaj opisivanja skupine bolesnika koji se nisu uklapali niti u sliku psihotičnih niti neurotičnih poremećaja (8). Pojam “granična organizacija ličnosti” uveo je Otto Kernberg 1975. godine kako bi opisao trajne načine osjećanja, razmišljanja, ponašanja, doživljavanja sebe i okoline te suočavanja sa neugodnim situacijama. Taj je obrazac karakteriziran nestabilnošću raspoloženja, a odraz je poremećaja u psihološkoj samoorganizaciji i formiranju identiteta (8). Po njegovom mišljenju, bolesnici sa graničnom organizacijom ličnosti skloni su korištenju drastičnih, nezrelih načina suočavanja s emocijama i impulsima (primjerice poricanje očitih stvarnosti, samoozljeđivanje u obliku rezanja). Oni nisu psihotični, ali mogu pokazivati manjak kognitivne organizacije, osobito u stresnim trenucima, te imaju poteškoća u održavanju stalnog mišljenja o sebi i bliskim osobama (cijepanje ili eng. *splitting*) (9). Navedeni skup simptoma i ponašanja počeli su biti sve prepoznatljiviji i počeli su se i šire povezivati sa graničnim poremećajem, a uključivali su prepoznatljive brze fluktuacije raspoloženja, od izrazitog samopouzdanja do stanja izrazitog očaja, nestabilne slike o sebi i straha od odbacivanja i napuštanja sa strane bližnjih. Na to se još nadovezuje i sklonost suicidalnim mislima i samoozljeđivanju.

Prvi prijedlog za dijagnostičke kriterije graničnog poremećaja donijeli su Grinker i suradnici 1968. godine, a ti su kriteriji uključivali poremećaj formiranja identiteta, zavisne interpersonalne odnose, depresiju zbog osjećaja usamljenosti, te izraženu impulzivnost (12). Karakteristike koje danas definiraju granični poremećaj ličnosti opisali su Gunderson i Kolb 1978. godine i od tada su uključene u suvremene psihijatrijske klasifikacije. Specifična

dijagnostička kategorija ovog poremećaja je prvi puta definirana u trećem izdanju DSM (DSM-III; APA, 1980) po Kernbergovom konceptu, a takva je sa manjim preinakama ostala sljedećih 20 godina. Kao urednik DSM-III, Spitzer je predložio potencijalne dijagnostičke kriterije za granični poremećaj ličnosti, a rezultati njegovog rada postali su temelj za kriterije u DSM-3. Upravo je taj događaj pridonio tome da granični poremećaj ličnosti postane službeni psihijatrijski poremećaj, a ne samo razina strukture ličnosti. Četvrto izdanje DSM (DSM-IV; APA, 1994) detaljnije opisuje graničnu ličnost tako da ju dijeli u tri skupine (klastere) koje danas poznajemo; A (ekscentrični), B (dramatični) i C (anksiozni) (7). DSM-4 definira važne značajke poremećaja kao prožimajući obrazac nestabilnih međuljudskih odnosa, slike o sebi i afekta, te izrazita impulzivnost s početkom u ranoj odrasloj dobi (7). Peto izdanje DSM-a (DSM-5) objavljeno je 2013. godine, a kriteriji za dijagnozu graničnog poremećaja ostali su isti kao i u prethodnoj verziji (DSM-4).

Iako se za granični poremećaj smatra da ima globalnu pojavnost, neznatan je broj epidemioloških istraživanja provedeno na tu temu. Ograničeni epidemiološki podaci upućuju na to da je prevalencija poremećaja u općoj populaciji između 0.2 i 1.8%, među psihijatrijskim bolesnicima 15%, a čak 50% među psihijatrijskim bolesnicima sa dijagnozom poremećaja ličnosti (13). Istraživanje iz 2006. pokazalo je da je u randomiziranom uzorku prevalencija poremećaja u Velikoj Britaniji 0.7% (10). U SAD-u 2002. godine randomizirano istraživanje je pokazalo prevalenciju graničnog poremećaja ličnosti od 0.5% (11). U norveškom istraživanju iz 2001. godine prevalencija poremećaja je iznosila 0.7% (12). Iz navedenog se vidi određena podudarnost u procjeni prevalencije graničnog poremećaja ličnosti, s time da medijan prevalencije iznosi 0.7%. Jedna od zanimljivosti iz potonjeg istraživanja jest to da podaci nisu potkrijepili pretpostavku veće zastupljenosti ovog poremećaja među ženama, o čemu je već

prethodno bilo riječi. Torgersen i suradnici su proveli i meta-analizu 8 većih epidemioloških istraživanja, uključujući i svoje iz 2001. godine, te su utvrdili da je prosječna prevalencija graničnog poremećaja ličnosti u općoj populaciji 1,2% (12). U primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Ujedinjenom Kraljevstvu, prevalencija se kreće u rasponu od 4 do 6% bolesnika (13, 14). Prema nekim podacima, 75% dijagnosticiranih osoba sa graničnim poremećajem ličnosti su žene (15). U SAD-u se procjenjuje da 1,4% odraslog stanovništva jednom u životu ima poteškoća sa graničnim poremećajem ličnosti (8). Koliko je ovaj poremećaj sveprisutan govori i procjena da sveukupno 10% ambulantno liječenih bolesnika ima između ostalog i granični poremećaj ličnosti, a kod bolesnika liječenih u bolnici taj postotak može biti i veći (16).

Omjer žena i muškaraca dijagnosticiranih sa graničnim poremećajem ličnosti iznosi otprilike 3:1 (15). Nameće se pitanje razloga veće pojavnosti ovog poremećaja kod žena. Naime, moguće je da se radi o tome da se poremećaj različito ispoljava kod žena i muškaraca, tako da se kod žena češće manifestira sa depresijom, anksioznošću, somatizacijama, suicidalnim mislima i samoozljeđivanjem, dok se kod muškaraca češće susreće u obliku agresije i impulzivnosti (15). Upravo zbog ove razlike u kliničkoj slici između spolova, žene se češće javljaju za neki od oblika pomoći jer im to u većoj mjeri remeti svakodnevno funkcioniranje. Štoviše, u prilog tomu govore i podaci u nekim od novijih istraživanja koja sugeriraju da je prevalencija ovog poremećaja zapravo jednaka u oba spola, ali žene češće potraže psihijatrijsku pomoć (19). Osim toga, muškarci su nerijetko pogrešno dijagnosticirani sa depresijom ili posttraumatskim stresnim poremećajem, dok je zapravo u podlozi bolesti granični poremećaj ličnosti (8).

1.3. Etiologija

Suvremena saznanja o etiologiji graničnog poremećaja ličnosti ne daju jasne informacije o njegovim uzrocima. Nije još jasno koji su sve čimbenici uključeni u proces razvoja poremećaja,

no poznato je da postoji široka lepeza faktora koji na to utječu, te da se svakako radi o njihovom kompleksnom međudjelovanju. U te se faktore ubrajaju genetika, neurofiziološke i neurobiološke disfunkcije emocionalne regulacije i stresa, zlostavljanja u djetinjstvu, razdvajanje ili gubitak, te nesigurna privrženost. Općenito, može se reći da na formiranje poremećaja utječu biološki čimbenici, uključujući genetsku predispoziciju i kemijske i strukturalne promjene na mozgu, te psihosocijalni čimbenici (15).

Poznato je da se osobine ličnosti nasljeđuju (18), ali u kojoj mjeri to doprinosi razvoju poremećaja još nije u potpunosti razjašnjeno. Istraživanje na blizancima sugeriralo je da je faktor nasljeđivanja za granični poremećaj ličnosti 0.69 (19), međutim, više je vjerojatno da se prenose osobine kao što je impulzivnost i nemogućnost regulacije raspoloženja, a ne sam poremećaj. Impulzivna agresija je važno karakteristično obilježje poremećaja klastera B, pa tako i graničnog poremećaja ličnosti, te pokazuje tendenciju genetskog prijenosa (20). S druge strane, podatke o genetskom nasljeđivanju je teško interpretirati i analizirati zbog poteškoća u razdvajanju nasljednih faktora od utjecaja samog obiteljskog okruženja i njihovih navika i postupaka. Primjerice, ukoliko dijete ima roditelja sa psihopatologijom povezanom s graničnom ličnosti ili pak sam poremećaj, veća je vjerojatnost štetnih i neugodnih događaja po dijete u odrastanju (21). Postoje dokazi da genetski utjecaj na općenito sve poremećaje osobnosti djeluje i pojedinačno i u kombinaciji s okolišnim čimbenicima (21). Novija istraživanja upućuju na to da genetski faktori igraju manju ulogu nego li se to ranije pretpostavljalo, barem za poremećaje klastera C (20).

Uloga neurotransmitera u formiranju poremećaja i utjecaju na temperament je također istraživana i potvrđena. Regulacija emocija je središnja os u graničnom poremećaju ličnosti, a neurotransmiteri igraju ulogu u regulaciji impulsa i afekta. Najviše je proučavana uloga serotonina, te je utvrđen obrnuto proporcionalan odnos između razine serotonina i agresivnosti.

Nije jasan točan mehanizam ovog odnosa, ali smanjena razina serotonina može dovesti do nemogućnosti kontrole impulsa, te pojave destruktivnih poriva. Postoje istraživanja koja su pokazala povezanost nižih razina serotonina, samoozljeđivanja i suicidalnosti (22). Dokazan je smanjen odgovor posredovan 5-HT_{1A} receptorom u žena s graničnim poremećajem ličnosti i anamnezom zlostavljanja u djetinjstvu, što sugerira na povezanost čimbenika okoliša i razine serotonina, pa posljedično i razine agresivnosti (22). Od gena za serotoninske receptore, polimorfizmi gena 5HT_{2A} i 5HT_{2C} pokazuju veću korelaciju sa razvojem graničnog poremećaja ličnosti. Varijante gena za 5HT_{2A} receptor koreliraju s većom vjerojatnošću suicidalnog ponašanja, nestabilnošću afekta i nemogućnosti kontrole impulsa (23). O ulozi kateholamina u regulaciji afekta postoji malo dokaza. Bolesnici s ovim poremećajem imaju niže razine metabolita kateholamina u plazmi u usporedbi s kontrolnom skupinom, međutim taj nalaz se gubi kada se simptomi agresivnosti kontroliraju (24). Druge studije su pak sugerirale da prekomjerna agresivnost može biti posljedica orbitalne prefrontalne disfunkcije, odnosno inhibicije limbičkih regija (25). Nadalje, kod ovog poremećaja narušena je funkcionalna povezanost između određenih regija mozga, što se može prikazati magnetskom rezonancom (25).

Kod psihosocijalnih faktora veliku ulogu imaju obiteljski odnosi i psihološko stanje članova obitelji. Bolesnici s graničnim poremećajem ličnosti su češće bili izloženi fizičkom, seksualnom ili emocionalnom zlostavljanju u djetinjstvu (26). Pozitivna obiteljska anamneza poremećaja raspoloženja i zlouporabe ilegalnih psihoaktivnih tvari može biti važna u razvoju graničnog poremećaja ličnosti. Zanemarivanje u djetinjstvu i emocionalna odsutnost roditelja ili skrbnika mogu biti uzrok djetetovih poteškoća u socijalizaciji, a možda i povećati rizik od suicidalnog ponašanja (26). Istraživanje Zanarinija i suradnika ukazuje na to da je čak 84% bolesnika s graničnim poremećajem opisalo iskustvo emocionalnog zlostavljanja i zanemarivanja

sa strane roditelja u djetinjstvu (27). Međutim, zlostavljanje samo po sebi nije dovoljno niti esencijalno za razvoj graničnog poremećaja ličnosti, ali odnos između roditelja i djeteta može biti posredni faktor u razvoju poremećaja. Emocionalno udaljavanje roditelja od djeteta može doprinijeti kasnijem razvoju graničnog poremećaja ličnosti u tog djeteta. Još jedan od riziko faktora za razvoj graničnog poremećaja ličnosti je dugoročna separacija od roditelja ili gubitak, odnosno smrt jednog ili oba roditelja. To dovodi do nemogućnosti stvaranja privrženosti djeteta s roditeljem (engl. *attachment*). Osobe koje nisu stvorile organiziranu privrženost su ranjivije kada su izložene stresnim psihosocijalnim iskustvima. To se može dogoditi kao posljedica zanemarivanja u obitelji, odbacivanja, nepodržavanja određenih odnosa, ali i pretjerane kontrole nad djetetom (28).

Kao što je već spomenuto, granični poremećaj ličnosti povezan je s nesigurnom privrženosti. Štetni učinci nesigurnih i neorganiziranih odnosa privrženosti posredovani su neuspjehom u razvoju društvene kognitivne sposobnosti kao što je to razumijevanje i tumačenje vlastitih i tuđih postupaka kao smislenih (29). Dakle, pojedinci koji su konstitucionalno ranjivi ili su izloženi utjecajima koji onemogućavaju razvoj društvenih kognitivnih sposobnosti, ne mogu razviti zdravu sposobnost moduliranja i kontrole afekta. Navedeni faktori, sa ili bez dodatne traume mogu dovesti do promjena u neuralnim mehanizmima, te u strukturi i funkciji mozga u razvoju (29).

1.4. Patofiziologija

Patofiziologija graničnog poremećaja ličnosti veoma je kompleksna i nastaje kao kombinacija mnogih čimbenika. Obuhvaća genetsku predispoziciju, okolišne čimbenike, osobito one iz ranoga djetinjstva te neurobiološke disfunkcije. Oksitocin je jedan od mnogih čimbenika koji utječu na patofiziologiju granične ličnosti (29). Ispitivana je uloga oksitocina u regulaciji

empatije i osjećaja nagrade kao jednog od mogućih uzroka poremećaja. Smanjenje osjetljivosti 5HT-1A receptora može imati bitnu ulogu u tom procesu.

Kao što genetski čimbenici mogu predisponirati pojedinca za razvoj poremećaja, epigenetske promjene isto tako mogu imati ulogu. One utječu na ekspresiju gena bez mijenjanja DNA sekvence. Primjerice, metilacija prva tri egzona OXTR gena smanjuje transkripciju OXTR proteina, a time se pak smanjuju efekti oksitocina (30). Genetske i epigenetičke promjene oksitocinskog sustava su povezane sa patofiziologijom graničnog poremećaja ličnosti, točnije s agresivnim, ali i socijalnim ponašanjem.

Temeljni mehanizmi u patofiziologiji graničnog poremećaja ličnosti nisu još u potpunosti razjašnjeni, no sve više dokaza upućuje na to da promjene u hipotalamus-hipofiznoj osi mogu doprinijeti tom procesu (25). Stimulacija osovine hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda ima za rezultat proizvodnju kortizola. Kronično izlaganje stresnim situacijama, kao što su to poteškoće u djetinjstvu, mijenja aktivnost ove osovine, a posljedično tome i količinu proizvedenog kortizola, što može utjecati na to kako će pojedinac reagirati i percipirati stresore u budućnosti (31). Neka istraživanja su pokazala povišene razine kortizola kod bolesnika s graničnim poremećajem, dok su druga pokazala proturječne rezultate (32,33). Kortizol kao biomarker osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda je potencijalno korisna mjera u proučavanju poremećaja ličnosti, iako još nije jasno u kojoj mjeri (34).

Recentne studije se sve više fokusiraju na izravnu vizualizaciju strukture i funkcije mozga pomoću neuroimaginga u svrhu utvrđivanja biološke osnove graničnog poremećaja. Većina se istraživanja fokusira na regije mozga uključene u emocionalnu regulaciju, kao što su amigdala, insula, hipokampus i cingularni korteks (25). Istraživanja ukazuju na smanjenje volumena lijeve amigdale i desne hipokampalne regije kod osoba s graničnim poremećajem

ličnosti (35). Pokazalo se da je uzrok smanjenju volumena amigdale ekscitotoksičnost, proces u kojem su neuroni oštećeni pretjeranom stimulacijom, uslijed stresa (39). Meta-analiza nalaza funkcije ovih regija mozga u osoba s graničnim poremećajem otkrila je pojačanu aktivnost u lijevoj amigdali, lijevom hipokampusu i stražnjem cingularnom korteksu tijekom negativnih emocionalnih podražaja. Isti podražaji rezultirali su smanjenom aktivacijom prefrontalnih regija (36). Nadalje, meta-analiza Ruoccoa i suradnika pokazala je pak povećanu aktivnost insule, ali bez povećane aktivacije amigdala (35). Kada su se bolesnicima sa poremećajem pokazale fotografije dizajnirane za izazivanje negativnih emocija, aktivacija amigdale bila je veća nego u ljudi bez ovoga poremećaja (36). Postoje i istraživanja koja pokazuju abnormalnosti EEG-a u bolesnika sa poremećajem. Tu se većinom radi o smanjenoj oscilatornoj aktivnosti u theta valovima. Istraživanje iz 2021. godine pokušalo je spojiti nalaze EEG-a i fMRI-a i otkrilo višestruke promjene u obradi povratnih informacija u bolesnika s poremećajem, koje su djelomično povezane s impulzivnošću (36). U konačnici, bolesnici s graničnim poremećajem su pokazali značajno više razine impulzivnosti u usporedbi sa zdravim kontrolama.

Čini se da osobe koje boluju od graničnog poremećaja ličnosti pokazuju i abnormalnu neuronalnu aktivnost u području medijalnog i lateralnog prefrontalnog korteksa, koji su zaduženi za modulaciju emocija. Analizirajući nalaze funkcionalnih neuroimaging metoda (fMRI) otkriven je hipometabolizam prefrontalne regije tijekom regulatornih kontrolnih procesa, povećana neuronska aktivnost u području insule, te smanjena aktivnost subgenualnog prednjeg cingularnog korteksa i dorzolateralnog prefrontalnog korteksa u osoba s graničnim poremećajem ličnosti (35). Sve bolje i detaljnije razumijevanje neurobiologije i disfunkcije neurotransmitera vjerojatno će doprinijeti boljem razumijevanju patofiziologije, a time i terapijskih opcija kod ovog poremećaja.

1.5. Klinička slika

Klinička slika osoba s graničnim poremećajem ličnosti može se prezentirati različitom simptomatikom (17). Bolesnici s ovim poremećajem pokazuju emocionalnu nestabilnost, odnosno afektivnu disregulaciju, poremećene obrasce mišljenja, impulzivna ponašanja, te intenzivne ali nestabilne odnose sa drugima. Važno je obratiti pozornost na trajanje simptoma, jer je potrebno da simptomi budu prisutni dulje vrijeme (7). Ako se pojave novi simptomi ili dođe do promjena u ponašanju i funkcioniranju bolesnika, dijagnoza ovog poremećaja je manje vjerojatna (7). Još jedan od važnih faktora koji su indikativni za ovaj poremećaj je postojanje poteškoća i simptoma u više područja. Ovi su bolesnici impulzivni, promjenjivog mišljenja, emocionalno nestabilni, skloni oscilacijama raspoloženja, osjećaju praznine, te samoozljeđivanju i suicidu (37). U svrhu izbjegavanja pogrešnog dijagnosticiranja ovog poremećaja potrebno je detaljnije opisati navedene domene simptoma.

Obrazac nestabilnih interpersonalnih odnosa jedan je od najvažnijih simptoma u procesu postavljanja dijagnoze. Osobe s graničnim poremećajem ličnosti nemaju kapaciteta za emocionalnu bliskost. Poteškoće se kod tih osoba pojavljuju u svim oblicima interpersonalnih odnosa, prijateljskim i emocionalnim. Manje od polovice žena s graničnim poremećajem ličnosti ulaze u brak, a još manji dio njih ima djecu (48). Poteškoće u interpersonalnim odnosima se često ispoljavaju kao pokušaj izbjegavanja stvarnog ili pak umišljenog napuštanja sa strane bliskih im osoba, promjene osjećaja prema poznanicima i bližnjima sa jednog ekstrema u drugi, primjerice u jednom trenu iskazuju i osjećaju veliku privrženost i ljubav prema određenoj osobi, dok u drugom osjećaju mržnju (8). Ovo potonje je znano kao cijepanje, razdvajanje (engl. *splitting*). To je mehanizam obrane koji omogućuje toleriranje i procesuiranje teških emocija, pomoću kojeg se na nešto gleda kao apsolutno dobro ili apsolutno loše (crno-bijelo) (38).

Razdvajanje (engl. splitting) omogućava bolesnicima da odbace ono što su označili kao loše, a prihvate ono što smatraju dobrim, iako to u realnosti može biti za njih rizično ili štetno. U jednom trenu osjećaju da će ih partner napustiti u trenutku kad ga najviše trebaju, dok u drugom imaju osjećaj da ih partner “guši” svojom konstantnom prisutnošću. Kada se boje napuštanja od strane partnera, osjećaju tjeskobu i ljutnju, te u pokušaj da ga zadrže uz sebe poduzimaju mjere kao što su konstantno upućivanje poruka i poziva, odbijanje mogućnosti da se osoba udalji od njih, fizičko prijanjanje uz partnera ili samoozljeđivanja ukoliko ih partner odluči napustiti (38).

Još jedan mehanizam obrane koji ove osobe koriste je projekтивna identifikacija. To je u suštini nesposobnost shvaćanja problematičnih aspekata vlastite osobnosti, te uvjerenost da druge osobe imaju te nepoželjne karakteristike pa se prema njima ponašaju u skladu sa svojim uvjerenjem (39). Kako su osobe sa graničnim poremećajem često uvjereni da su tijekom odrastanja bile zakinite za pažnju, traže ju u odrasloj dobi iz raznih izvora i odnosa. U trenutku kad je ne uspiju dobiti, postaju agitirani i bijesni, te se osjećaju prazno i kao da nisu dobili ono što zaslužuju. Kada osjete napuštanje od strane bližnjih pokazuju znakove disocijacije, ponekad i impulzivnosti popraćene očajem (6). Veoma im je bitno da uspostave stabilne odnose s drugima jer se izuzetno boje samoće i strahuju od napuštanja sa strane bliskih, dok im je s druge strane to izuzetno teško ostvariti zbog svojeg karaktera s kojim se teško nositi i koji je često razlog zbog kojeg budu napušteni. Često pokazuju impulzivno ponašanje, kako u partnerskim, tako i u roditeljskim ulogama, bilo to u obliku verbalnog ili fizičkog zlostavljanja (40).

Kod majki dijagnosticiranih sa graničnim poremećajem nerijetko se javljaju poteškoće u izvršavanju roditeljskih obveza i postavljanja primjera zdravog odnosa i uspostavljanja sigurnog *attachmenta*. Majka se može osjećati nesposobno u svojoj ulozi, pa čak i osjećati strah od vlastitog djeteta i djetetovih reakcija, pa ga posljedično tome zanemarivati i biti manje osjetljiva

na potrebe djeteta (41,42). Majka koja boluje od graničnog poremećaja ličnosti može pokazivati i potpuno suprotno ponašanje, te sa djetetom postupati suviše zaštitnički, što za dijete kasnije može značiti razvijanje poteškoća u socijalnom funkcioniranju.

Nadalje, osobe s graničnim poremećajem ličnosti često imaju iskrivljenu i nestabilnu sliku sebe, što uvelike može utjecati na njihovo raspoloženje, ciljeve, odnose i mišljenja. Nije rijetka pojava disocijativnih misli i osjećaja, odnosno odvajanje od vlastitih misli ili gubljenje osjećaja psihičkog i fizičkog identiteta, a ni paranoidnih misli povezanih sa stresom. Suočavanjem s izrazitim stresom može dovesti i do kratkih psihotičnih epizoda (8). Emocionalna nestabilnost se očituje u obliku intenzivnih negativnih emocija, kao što je to bijes, tuga, sram, panika, strah, suicidalne misli, dugotrajni osjećaj praznine i usamljenosti. Česte su oscilacije raspoloženja. Bolesnici mogu osjećati očaj i suicidalne misli, a kratko nakon toga vrlo pozitivno i sretno (38). Poremećeni obrasci mišljenja u ovih bolesnika uključuju uznemirujuće misli, osjećaj da osoba ne postoji ili da je iznimno loša osoba te halucinacije (pretežito slušne) i sumanute ideje.

Što se tiče afektivnih simptoma, prvi je kriterij postojanje afektivne nestabilnosti, odnosno izrazito često i nenadano mijenjanje raspoloženja. Takvo se stanje može zamijeniti za bipolarni poremećaj, ali postoji nekoliko razlika koje pomažu u razlikovanju bipolarnog poremećaja i graničnog poremećaja ličnosti, kao što je trajanje fluktuacija raspoloženja koje je u graničnom poremećaju ličnosti puno kraće. Psihičko stanje bolesnika se kod graničnog poremećaja ličnosti poboljšava s vremenom, dok se kod bipolarnog poremećaja manija i hipomanija mogu pojaviti u bilo kojem dijelu života (43). Te su epizode kraće kod graničnog poremećaja ličnosti u odnosu na bipolarni poremećaj. Postoji nekoliko karakteristika koje nam pomažu u razlikovanju patoloških od zdravih reakcija, kao što je to trajanje i intenzitet emocija.

Tako negativne emocije perzistiraju dulje i intenzivnije su u bolesnika s poremećajem nego kod zdravih osoba, iako to ne vrijedi za pozitivne emocije (44).

Još jedan bitan afektivni simptom je kronični osjećaj praznine. Taj je osjećaj teško definirati, ali bolesnici s poremećajem ga opisuju kao osjećaj da im “nešto nedostaje”, a javlja se zajedno s osjećajem beznada, samoosude i drugih simptoma, uključujući strah od napuštanja i samodestruktivnost (45). Razdoblja izrazite tjeskobe, intenzivnog depresivnog raspoloženja ili razdražljivosti mogu trajati kod ovakvih bolesnika različito dugo, od svega nekoliko sati do nekoliko dana. Upravo ti ostali simptomi koji se javljaju uz navedeni kronični osjećaj praznine pomažu u razlikovanju ovog poremećaja od depresije.

Sljedeća kategorija simptoma je kontrola impulsa. Impulzivne reakcije lakše se prepoznaju od strane kliničara, ali svejedno mogu predstavljati određene dijagnostičke poteškoće jer se javljaju i u drugim psihijatrijskim patologijama. Kod impulzivnih ponašanja razlikujemo samoozljeđivanje, te upuštanje u rizične aktivnosti (opijanje, zlouporabu ilegalnih psihoaktivnih tvari, kockanje, upuštanje u nezaštićene spolne odnose, nepromišljenu vožnju) (38).

Što se tiče kognitivnih simptoma, 40 do 50 posto bolesnika pokazuje kratke epizode psihoza ili disocijacije (44). Uglavnom se radi o paranoidnim mislima ili slušnim halucinacijama, ali značajno kraćeg trajanja nego li u shizofreniji, te je pojava ovih simptoma povezana sa određenim stresnim situacijama (46). U trenucima egzacerbacija, bolesnici sa graničnim poremećajem ličnosti mogu odavati dojam psihotičnih bolesnika, odnosno pokazivati prolazne psihotične elemente teške prožimajuće tjeskobe i uvjerenja koja nisu podložna korekciji. Nadalje, mogu se javiti depersonalizacija, derealizacija i iluzije (8).

1.7. Liječenje

Liječenje ovog poremećaja je izazovno, kompleksno i zahtjevno. Razlog tome je što osobe sa poremećajem ličnosti imaju oštećen kapacitet za stvaranje i održavanje terapijskog odnosa sa liječnikom, što izravno utječe na uspješnost liječenja (39). Takve osobe nerijetko razvijaju intenzivne i promjenjive stavove prema tijeku svojeg liječenja i liječnicima. Postoji i mogućnost doživljavanja psihoterapeuta kao potpuno dobre ili loše osobe, ili kao sliku određene osobe iz prošlosti, te ih je vrlo teško razuvjeriti od takvog poimanja. Osobe s graničnim poremećajem ličnosti rijetko samostalno traže pomoć psihijatra (39). Najčešće se liječniku javljaju na nagovor obitelji ili drugih bliskih osoba.

Liječenje obuhvaća psihofarmakoterapiju, psihoterapiju i socioterapiju. Danas, mnogi bolesnici s ovim poremećajem mogu živjeti s minimalnim smetnjama i tek blagim simptomima, pod uvjetom da im se pruži odgovarajuća pomoć. Terapijski ciljevi se postavljaju isključivo u okviru dugotrajnog i kontinuiranog liječenja. Mnogo je faktora koji utječu na trajanje terapije, zato je važno da bolesnik i njegovi bližnji budu strpljivi i dobiju odgovarajuću podršku.

1.7.1. Psihoterapija

Psihoterapija je prva metoda izbora u liječenju poremećaja ličnosti. Postoji nekoliko oblika psihoterapije koje se koriste u liječenju graničnog poremećaja ličnosti, međutim, najveću ulogu u uspješnosti liječenja ima kvaliteta odnosa između terapeuta i bolesnika (47). Bolesnici sa graničnim poremećajem ličnosti su nerijetko u strahu od kritika, odbacivanja ili napuštanja terapeuta. Obzirom da su to osobe s nezrelom ličnosti, psihoterapijom se omogućava njezino sazrijevanje i razvijanje boljih mehanizama adaptacije na vanjske stimulanse. Postavljanje jasnih granica i uvođenje strukture terapijskog plana je korisno u liječenju ovih bolesnika.

Postoje tri temeljna psihoterapijska pristupa, a to su psihodinamski, kognitivno-bihevioralni i suportivni pristup. Psihodinamski orijentirana psihoterapija uzima u obzir dubinske, nesvjesne čimbenike i konflikte koji sudjeluju u nastanku simptoma, a simptomi su samo površinski fenomen. Cilj ovog pristupa je redukcija simptoma i promjena strukture ličnosti. Kognitivno-bihevioralni pristup ima za cilj pomoći bolesniku da prepozna svoja disfunkcionalna vjerovanja koja dominiraju njegovim životom i da učini modifikacije potrebne za prilagođavanje funkcioniranja u društvu (39). Kognitivno-bihevioralna terapija se osvrće na prošla iskustva bolesnika koja su dovela do formiranja njegovih temeljnih uvjerenja i kognicije da bi se moglo prepoznati i promijeniti patološke obrasce ponašanja i razmišljanja (16). Dijalektičko-bihevioralna terapija je oblik kognitivno-bihevioralne, a koristi se kod bolesnika sa problemom suicidalnosti, da bi se uklonila takva rizična ponašanja. Pretpostavlja da su patološka ponašanja naučena, te ih pokušava ispraviti podučavanjem novih vještina suočavanja pružajući razumijevanje i empatiju. Nadalje, postoji psihoanalitička psihoterapija koja se bazira na slobodnim asocijacijama, analizi snova te interpretaciji interpersonalnih odnosa psihoanalitičara i bolesnika. Psihoterapija temeljena na mentalizaciji je oblik terapije gdje liječnik potiče bolesnika da pokuša shvatiti svoje vlastite doživljaje i osjećaje, te da promišlja prije reagiranja (48). Cilj je ove terapije bolja regulacija afekta i interpersonalnog funkcioniranja. Suportivna psihoterapija stavlja naglasak na jačanje i sazrijevanje mehanizama obrane i rješavanje aktualnih realnih problema.

Iako je često potrebna odgovarajuća farmakoterapija kao dodatak psihoterapijskom liječenju, čini se da je svejedno većini bolesnika potrebna dugotrajna psihoterapija da bi se postigli zadovoljavajući rezultati (48).

1.7.2. Farmakoterapija

Iako se većinom daje prednost psihoterapiji u liječenju graničnog poremećaja ličnosti, ponekad je neizbježno i uputno, uz psihoterapiju koristiti i psihofarmake da bi se smanjio utjecaj simptoma na kvalitetu života bolesnika. Preporuke za liječenje poremećaja ličnosti farmakoterapijom većinom su izvedene iz kliničke prakse. Ukoliko je farmakoterapija indicirana, potrebno je voditi se općim principima u liječenju poremećaja ličnosti, a to je kombinacija psihoterapijskog i farmakoterapijskog liječenja. Učinak lijekova kod ovih bolesnika je slabiji negoli kod drugih psihijatrijskih bolesnika. Psihofarmakoterapija je uglavnom simptomatska i ovisi o dominantnim psihičkim simptomima (39).

Najveći broj istraživanja utjecaja farmakoterapije na poremećaje ličnosti usmjerio se upravo na granični poremećaj ličnosti. Kod ovog poremećaja nužno je liječiti komorbidna stanja kao što su depresija i suicidalnost, samoozljeđivanje, intenzivna anksioznost i bijes, te psihotične dekompenzacije povezane s doživljajem bijesa (39).

Od psihofarmaka u liječenju graničnog poremećaja ličnosti koriste se antidepresivi iz skupine inhibitora ponovne pohrane serotonina, stabilizatori raspoloženja, anksiolitici te u slučaju psihotičnih dekompenzacija antipsihotici (49). Antidepresivi su široko korišteni kao prva linija liječenja graničnog poremećaja i uklanjanja depresivnih simptoma. U meta-analizi randomiziranih istraživanja iz 2010. godine amitriptilin je pokazao jasan pozitivan učinak na depresivne simptome, no njegova upotreba je ograničena obzirom na niz nuspojava u slučaju predoziranja (50). Negativna strana korištenja antidepresiva jest pojava razdražljivosti, nesanice, uznemirenosti i anksioznosti. Upravo zbog toga se nerijetko kao bolja opcija smatraju stabilizatori raspoloženja. Stabilizatori raspoloženja se također koriste u svrhu ublažavanja afektivne nestabilnosti i impulzivnosti. Litij se ne preporučuje kao prvi izbor u liječenju zbog

uske terapijske širine i toksičnosti kod predoziranja. Za stabilizatore raspoloženja kao što su natrijev valproat i lamotrigin postoje čvršći znanstveni dokazi u učinkovitosti protiv suzbijanja simptoma agresivnosti, a kod topiramata je pokazana čak i djelotvornost u suzbijanju anksioznosti i interpersonalnih poteškoća (51,52,53). Benzodiazepini se koriste u ublažavanju anksioznosti i ljutnje (15). Vjeruje se da antipsihotici pozitivno djeluju na ublažavanje simptoma anksioznosti, impulzivnosti i agresije, ali je njihova upotreba većinom ograničena na liječenje akutnih psihotičnih stanja i relapsa (54). Utvrđeno je da olanzapin smanjuje impulzivnost, nestabilnost afekta i psihotične simptome (55,56). Aripiprazol, lijek iz skupine atipičnih antipsihotika u kliničkoj praksi pokazao je pozitivan učinak u suzbijanju psihotičnih simptoma, dok je klozapin kao pripadnik iste skupine lijekova pokazao učinkovitost u uklanjanju agresivnosti i suicidalnih ponašanja (39).

Općenito se sve skupine psihofarmaka mnogo češće koriste kod osoba s graničnim poremećajem ličnosti negoli kod liječenja ostalih poremećaja ličnosti. Velika se važnost daje dobrom terapijskom savezu i adherenciji bolesnika prema propisanoj terapiji iako je to vrlo teško postići. Redovito praćenje, potrebna korekcija terapije i psihoedukacija bolesnika o individualnim terapijskim ciljevima i očekivanjima potiču razvoj dobrog terapijskog saveza. Važno je i imati na umu tendenciju ovih bolesnika prema zlouporabi propisanih lijekova i čestu refrakternost bolesnika na terapiju, te osjetljivost na nuspojave.

1.7.3. Socioterapija

Socioterapija je način ponovnog učenja društvenih uloga i međuljudskog ponašanja kroz doživljavanje socijalnih interakcija u kolektivnom okruženju. U metode socioterapije ubrajamo terapijske zajednice, trening socijalnih vještina, te radnu i rekreativnu terapiju (57). Socioterapijske tehnike uključuju savjetovanje, podučavanje, usmjeravanje na stvarnost,

kognitivno restrukturiranje i trening socijalnih vještina, a nerijetko se primjenjuju uz farmakoterapiju (39). Upravo zbog toga što osobe koje boluju od graničnog poremećaja ličnosti imaju većih poteškoća u interakciji sa ljudima oko sebe i u uspostavljanju zdravih i stabilnih odnosa, socioterapija je od velikog značaja u njihovoj rehabilitaciji. Cilj je ove metode cjelokupna rehabilitacija, reintegracija bolesnika u socijalnu okolinu, resocijalizacija i poboljšanje njegovog funkcioniranja u društvu. Grupna socioterapija je aktivniji proces od same psihoterapije jer su promjene u ponašanju bolesnika rezultat novih, zadovoljavajućih iskustava u međuljudskim interakcijama. Kako grupna socioterapija ima za zadatak oponašati vanjski svijet, članovi grupe se moraju naučiti prilagoditi ostalim sudionicima grupe, potiče se verbalizacija i razjašnjavanje poteškoća i osjećaja bolesnika, međusobna diskusija i razgovor o njima. Nastoji se ukloniti emocionalnu napetost bolesnika pri interakciji sa drugim ljudima, te ostvariti i probuditi osjećaj pripadnosti koji bi se trebao preslikati na bolesnikovu vanjsku okolinu i bliske osobe. Osjećaj prihvaćanja sa strane ostalih članova grupe preslikava se pak na samoga bolesnika koji počinje bolje prihvaćati samoga sebe, odnosno potiče se proces individualnog sazrijevanja.

Kod treninga socijalnih vještina radi se na unapređenju bolesnikovih sposobnosti savladavanja svakodnevnih životnih situacija i izazova. Radna terapija koristi radnu aktivnost za učenje vještina i postizanje određenog stupnja samostalnosti kod bolesnika. Rekreativna terapija koristi sportske i ostale zabavne aktivnosti u cilju opuštanja i rehabilitacije bolesnika jer u sportskim grupama se može mnogo naučiti o važnosti surađivanja u svrhu postizanja zajedničkog cilja. Važnost socioterapije u cijelosti u liječenju graničnog poremećaja ličnosti jest to da su bolesnici sa ovim poremećajem skloniji korištenju svih oblika psihosocijalne terapije (17).

2. SVRHA RADA

Granični poremećaj ličnosti nerijetko je povezan s različitim komorbidnim psihijatrijskim entitetima. Svrha ovog rada je pregledom dostupne recentne literature ukazati na psihijatrijske komorbiditete kao česte dijagnostičke entitete u komorbiditetu s graničnim poremećajem ličnosti. Upravo su psihijatrijski komorbiditeti često otežavajući faktori u tretmanu graničnog poremećaja ličnosti te je stoga važno na njih obratiti posebnu pozornost.

3. GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI I PSIHIJATRIJSKI KOMORBIDITETI

Jedan od trajnih izazova u liječenju bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti je da samo mali dio bolesnika ima jasnu kliničku sliku bez komorbidnih stanja. Granični poremećaj ličnosti nerijetko je u komorbiditetu s poremećajima raspoloženja, anksioznim poremećajima, prolaznim kratkim psihotičnim epizodama i/ili zlouporabom različitih supstanci (59).

3.1. Depresija i granični poremećaj ličnosti

Depresija je stanje koje se najčešće javlja u komorbiditetu s graničnim poremećajem ličnosti. Štoviše, vrlo je rijetko da se granični poremećaj ličnosti i depresija ne javljaju istodobno (58). U jednom je istraživanju pokazano da oko 96% bolesnika sa graničnim poremećajem ličnosti zadovoljava kriterije za neki od poremećaja raspoloženja, od čega je oko 83% bolesnika zadovoljilo kriterije za veliki depresivni poremećaj, što je u skladu s rezultatima drugih istraživanja i kliničkim iskustvom (59). S obzirom na izraženo preklapanje simptoma između ovog poremećaja i afektivnih poremećaja, postoje radovi koji navode da je granični poremećaj ličnosti varijanta afektivnog poremećaja (60). Međutim, danas je stav stručnjaka da granični poremećaj nije varijanta ni depresivnog ni bipolarnog poremećaja, iako se zajedno sa njime može

pojaviti i depresivni i bipolarni poremećaj (60,61). Najznačajniji dokaz ovog stava jest da liječenje depresije ne rezultira remisijom elemenata iz kruga poremećaja ličnosti, dok učinkovito liječenje poremećaja ličnosti može rezultirati remisijom depresije (60).

Kada se depresija i granični poremećaj ličnosti javljaju istodobno, potrebno je liječiti oba entiteta. Velika depresivna epizoda koja se javlja zajedno sa graničnim poremećajem ličnosti ne reagira jednako dobro na antidepresivnu terapiju kao ona koja se javlja u odsutnosti graničnog poremećaja (62). Osobe koje boluju od depresije, a imaju i granični poremećaj ličnosti, uglavnom ne reagiraju na terapiju antidepresivima kao i oni koji imaju samo dijagnozu depresije (62). Simptomi depresije se mogu javiti i kao dio samog poremećaja ličnosti, ali oni su u pravilu prolazni i povezani sa stresom uzrokovanim interpersonalnim odnosima, primjerice nakon događaja koji izaziva osjećaj odbačenosti. Takvo depresivno stanje uglavnom regredira kada se odnos obnovi i problem razriješi. Simptomi depresije u graničnom poremećaju isto tako mogu poslužiti za izražavanje ljutnje, frustracije ili razočaranja koje bolesnik nije u stanju izraziti na prihvatljivije načine (58). U tim slučajevima “depresija” predstavlja nastojanje da bolesnik izrazi svoje nezadovoljstvo zbog određene situacije. Takva depresivna stanja neće reagirati na liječenje antidepresivima, već na terapiju primarnog poremećaja. Jedino se na taj način može pomoći bolesniku da prilagodi svoje ponašanje na način da ono bude društveno prihvatljivije (58).

Uz depresivna stanja, ali i granični poremećaj često idu i nagon za samoozljeđivanjem i suicidalnost. Suicidalnost sama po sebi je manje indikativna za granični poremećaj ličnosti negoli ako je popraćena još i zlouporabom ilegalnih psihoaktivnih tvari i kroničnim osjećajem praznine i ljutnje (63). Kod postavljanja dijagnoze velike depresivne epizode u osoba s graničnim poremećajem ličnosti, potrebno je pratiti simptome depresije tijekom nekoliko tjedana. Kvaliteta depresivnih simptoma u graničnom poremećaju je drugačija (64,65,66). Kod

tih osoba ističu se osjećaji praznine, usamljenosti i otuđenosti uz prisutnost izrazite ovisnosti o drugim osobama, te straha od odbijanja ili napuštanja sa strane bližnjih. Pojavljuju se i nestabilnost negativnog afekta, sumnja u samoga sebe uz suicidalne misli i ponašanja. Dijagnoza depresije u bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti može se postaviti samo kada je njegovo raspoloženje perzistentno sniženo tijekom najmanje dva tjedna, zajedno sa drugim simptomima koji su dovoljni za zadovoljavanje kriterija depresije (46).

3.2. Bipolarni poremećaj i granični poremećaj ličnosti

Otpriblike 20% bolesnika s bipolarnim poremećajem ima komorbidni granični poremećaj ličnosti, a približno 20% bolesnika s graničnom ličnosti ima bipolarni poremećaj (67). Dakle, jedna petina bolesnika ima komorbidne dijagnoze. Istraživanja su usredotočena na identificiranje kliničkih karakteristika koje razlikuju ta dva poremećaja u svrhu njihovog lakšeg diferenciranja (68,67). Frias i suradnici su pregledom literature o kliničkom utjecaju jednog poremećaja na drugi, došli do saznanja da među bolesnicima s bipolarnim poremećajem, oni s komorbidnim graničnim imaju više epizoda fluktuacija raspoloženja, raniju dob početka bipolarnog poremećaja, veću stopu suicidalnosti i prevalenciju zlouporabe psihoaktivnih tvari (68).

3.3. Anksiozni poremećaji i granični poremećaj ličnosti

Anksiozni poremećaj je skupina bolesti obilježena strahom i zabrinutošću koja je perzistentna, preplavljujuća i ne može se kontrolirati. Anksiozni poremećaji su češći među bolesnicima s graničnim poremećajem osobnosti nego li u drugim kliničkim populacijama. Razlika između graničnog poremećaja i anksioznih poremećaja je što potonji uzrokuju simptome koji su češći i duže traju. Kod anksioznih poremećaja anksioznost je sveprisutna i kronična, za razliku od one povezane s graničnim poremećajem (80).

Iako jedan od simptoma graničnog poremećaja ličnosti može biti anksioznost, između 75 i 90 posto osoba s ovim poremećajem također zadovoljava kriterije za barem jednu vrstu anksioznog poremećaja, kao što su socijalni anksiozni poremećaj i panični poremećaj (69,70). Prema istraživanju Zanarinija i suradnika iz 1998. godine među bolesnicima s graničnim poremećajem ličnosti, 88% je zadovoljavalo kriterije za anksiozni poremećaj, uključujući posttraumatski stresni poremećaj (56%), panični poremećaj (48%), socijalno anksiozni poremećaj (46%), specifičnu fobiju (32%), opsesivno-kompulzivni poremećaj (16 %), generalizirani anksiozni poremećaj (14%) i agorafobiju (12%) (59). Anksiozni poremećaji se češće pojavljuju među ženama nego li muškarcima s graničnim poremećajem ličnosti (70). Utvrđeno je da anksiozni poremećaji smanjuju vjerojatnost postizanja remisije graničnog poremećaja ličnosti te da povećavaju rizik od samoubojstva i samoozljeđivanja u ovoj populaciji (71, 72,73).

3.3.1. Panični poremećaj

Panični poremećaj kod osoba koje boluju od graničnog poremećaja ličnosti nije rijetkost. Štoviše, istraživanje Weilera i suradnika još iz 1988. godine ukazuje da je 57% osoba sa graničnim poremećajem ličnosti ujedno zadovoljilo i kriterije paničnog poremećaja (77). Osobe sa koegzistirajućim graničnim poremećajem ličnosti i paničnim poremećajem prezentirale su se brojnijim simptomima, kako u odrasloj dobi, tako i u djetinjstvu. Ti simptomi su posebno bili vezani za anksioznost zbog separacije i odvajanja od roditelja (77).

Poremećaji ličnosti mogu utjecati na tijek paničnog poremećaja. Prema istraživanju iz 2004. godine, osobe koje uz panični poremećaj imaju i granični poremećaj ličnosti imaju teže simptome anksioznosti, depresije i agorafobije (78). Također je pokazano da komorbidni poremećaji ličnosti pogoršavaju kliničku sliku paničnog poremećaja, te da granični poremećaj

ličnosti može biti povezan s visokom učestalošću pokušaja samoubojstva u bolesnika s paničnim poremećajem (78).

3.3.2. Opsesivno-kompulzivni poremećaj

Komorbidni granični poremećaj ličnosti i opsesivno-kompulzivni poremećaj imaju relevantne implikacije na simptomatiku i farmakološko liječenje poremećaja. Više su stope određenih opsesija (agresivne, seksualne, religiozne, opsesivne sumnje) i kompulzija (kompulzije kontrole, gomilanja, spremanja) koje zahtijevanju češća bolnička liječenja i složene farmakološke intervencije (79). Klinička i epidemiološka istraživanja sugerirala su da je stopa komorbidnog graničnog i opsesivno kompulzivnog poremećaja u kliničkim i epidemiološkim uzorcima bolesnika do 21,5% (80). Nadalje, ispitanici s opsesivno-kompulzivnim poremećajem i komorbidnim graničnim poremećajem ličnosti pokazuju veću stopu paničnih simptoma, agorafobije, uporabe ilegalnih psihoaktivnih tvari, te više stope narcističkog i antisocijalnog poremećaja ličnosti (79). Slično tome, pokazano je da prisutnost komorbidnog opsesivno kompulzivnog poremećaja kod osoba sa graničnim poremećajem predviđa veću vjerojatnost kroničnog tijeka graničnog poremećaja ličnosti i veću učestalost velikih depresivnih epizoda, s tendencijom slabijeg odgovora na stabilizatore raspoloženja (81).

3.3.3. Generalizirani anksiozni poremećaj

Iako se čini da generalizirani anksiozni poremećaj nema značajnu povezanost sa određenom vrstom poremećaja ličnosti, u slučaju istodobnog postojanja graničnog poremećaja ličnosti i generaliziranog anksioznog poremećaja postoji veća vjerojatnost relapsa anksioznosti (82).

3.3. Posttraumatski stresni poremećaj i granični poremećaj ličnosti

Posttraumatski stresni poremećaj i granični poremećaj ličnosti nerijetko se javljaju zajedno. Prema radu Tulla između 25 i 60% osoba s graničnim poremećajem ličnosti također ima posttraumatski stresni poremećaj (72). Pretpostavka je da uzrok oba poremećaja leži u određenom traumatskom iskustvu koje je osoba prethodno doživjela (32). Žene čine otprilike dvije trećine osoba s komorbidna oba poremećaja u zajednici i više od 85 % ove komorbidne populacije u kliničkim uvjetima (73,59). Misli, osjećaji i ponašanja prisutna u graničnom poremećaju ličnosti mogu biti rezultat traume iz djetinjstva. Impulzivno ponašanje i nestabilni odnosi u osoba s graničnim poremećajem mogu ih izložiti većem riziku za neki traumatski događaj (72).

Simptomi ovih dvaju poremećaja mogu se i preklapati. Osobe s posttraumatskim stresnim poremećajem mogu imati poteškoće s upravljanjem emocijama ili stalne promjene raspoloženja. Također mogu imati poteškoća u upravljanju ljutnjom (74). Osobe s obje dijagnoze obično imaju više psihičkih i fizičkih simptoma, uključujući probleme s ljutnjom, anksioznost, depresiju, disocijaciju, impulzivnost, poteškoće u međuljudskim odnosima, češće hospitalizacije, opsesivno-kompulzivne simptome, druge psihijatrijske poremećaje i suicidalne misli. Utvrđeno je da postojanje posttraumatskog stresnog poremećaja pojačava neke, ali ne i sve simptome graničnog poremećaja. Simptomi koji se najviše pogoršavaju dodatnom dijagnozom posttraumatskog stresnog poremećaja uključuju afektivnu disregulaciju, disocijaciju, samoozljeđivanje i pokušaje samoubojstva (75). Disocijacija može barem djelomično biti rezultat prethodnog zlostavljanja u djetinjstvu, što je čimbenik rizika za oba poremećaja. Osobe s oba poremećaja imaju složeniju i težu kliničku sliku. Uspješno liječenje graničnog poremećaja ličnosti može ovisiti o liječenju posttraumatskog stresnog poremećaja (76).

3.4. Bolesti ovisnosti i granični poremećaj ličnosti

Veza između graničnog poremećaja ličnosti i bolesti ovisnosti je veoma kompleksna i vrlo često ova dva stanja koegzistiraju. Nekada je teško razlučiti da li je ovisnost u osoba sa graničnim poremećajem ličnosti primarna ili je nastala prilikom kupiranja simptoma podliježeće tjeskobe, pa se tada radi o bolesti ovisnosti sekundarnog podrijetla. Najčešća bolest ovisnosti koja se javlja kod osoba sa graničnim poremećajem ličnosti je ovisnost o alkoholu, a slijede ju ovisnost o kokainu te potom ovisnost o opijatima (83). Tvari poput alkohola i kokaina mogu bolesniku pružiti osjećaj zadovoljstva i kontrole nad emocijama, te mu pomoći da pobjegne od simptoma koje osjeća, međutim, olakšanje je samo privremeno. Osobe koje koriste tvari za suočavanje s problemima se često osjećaju lošije nakon prestanka djelovanja tvari i osvješćivanja činjenice da je njihova prethodna situacija ostala nepromijenjena. Unatoč tome, upotreba droge se nastavlja jer bolesnici žude za privremenim osjećajem olakšanja. Time započinje ciklus ovisnosti. (83)

Čini se da postoji jasna veza između bolesti ovisnosti i raznih drugih psihijatrijskih poremećaja, uključujući poremećaje ličnosti, a posebno granični poremećaj ličnosti. Brojne su studije ispitivale odnose između bolesti ovisnosti i graničnog poremećaja ličnosti, sa stopom komorbiditeta u rasponu od 14 do 72% (84,85). Stope prevalencije najniže su ako se u obzir uzima trenutna bolest ovisnosti, a najviše ako se uključi prisutnost bolesti ovisnosti bilo kada u životu bolesnika. U kliničkim populacijama, muškarci sa ova dva komorbidna stanja brojčano nadmašuju žene. Osim toga, čini se da je zlouporaba lijekova također povezana s graničnim poremećajem ličnosti. Međutim, u ovom obliku zlouporabe tvari, čini se da zastupljenost žena jednaka zastupljenosti muškaraca. (84)

Konzumacija ilegalnih psihoaktivnih tvari i alkohola dugoročno pogoršava neke od najizraženijih simptoma graničnog poremećaja, uključujući bijes i depresiju (84). Strah od

napuštanja može povećati vjerojatnost bolesnika da se okrenu zlouporabi ilegalnih psihoaktivnih tvari kako bi ublažili emocionalnu bol (85). Istovremeno dijagnosticiranje graničnog poremećaja ličnosti i bolesti ovisnosti može biti vrlo izazovno, zbog sličnosti simptoma ovih dvaju stanja. Autodestruktivno i impulzivno ponašanje, fluktuacije raspoloženja, nezainteresiranost za vlastito zdravlje i sigurnost, nedostatak poštovanja prema sebi samome, nestabilnost emocionalnih i radnih odnosa se mogu primijetiti u oba poremećaja (85). Liječenje navedene dvojne dijagnoze izrazito je zahtjevno.

3.4.1. Ovisnost o alkoholu i granični poremećaj ličnosti

Istraživanja su pokazala da je vjerojatnost da će se kod osoba koje boluju od ovisnosti o alkoholu dijagnosticirati i granični poremećaj ličnosti čak 3,35 puta veća negoli kod ostatka populacije (83). U Nacionalnoj epidemiološkoj anketi o alkoholu i srodnim stanjima (NESARC), 42% sudionika koji su zadovoljili dijagnostičke kriterije za bilo koji poremećaj ličnosti također je zadovoljilo kriterije za dijagnozu ovisnosti o alkoholu prema DSM-IV (86). Istodobna pojava ta dva stanja bila je najizraženija kod poremećaja ličnosti iz klastera B, kojem pripada granični poremećaj ličnosti. Između osoba koje su zadovoljile dijagnostičke kriterije za granični poremećaj ličnosti, njih 46-49% je također zadovoljilo dijagnostičke kriterije za trenutnu ovisnost o alkoholu, a 59% njih je zadovoljilo dijagnostičke kriterije za cjeloživotno prisutan problem sa alkoholizmom (87). Kod osoba sa dijagnosticiranom ovisnošću o alkoholu prevalencija dijagnoze graničnog poremećaja ličnosti bila je između 12 i 17% (87).

Postavlja se pitanje zašto su ova dva poremećaja tako blisko povezana. Osim pretpostavke da postoji zajednička genetička predispozicija za navedene poremećaje, osobe s graničnim poremećajem ličnosti često koriste alkohol u svrhu smanjenja intenzivnih emocionalnih iskustava koja su jedno od glavnih obilježja ovog poremećaja (86). Nažalost,

konzumacija alkohola u svrhu lakšeg suočavanja sa simptomima graničnog poremećaja ličnosti stvara začarani krug emocionalne disregulacije (88). Obzirom na kroničnu prirodu poremećaja ličnosti, čini se vjerojatnim da bi prisutnost istodobnog poremećaja ličnosti bila povezana s lošijim tijekom i ishodom ovisnosti o alkoholu. Iako se neznatan broj istraživanja bavio ovom temom razvidno je da istodobno postojanje poremećaja ličnosti i ovisnosti o alkoholu ima lošiju prognozu (89). Osobe koje boluju od alkoholizma i graničnog poremećaja ličnosti imaju tendenciju kasnijeg traženja pomoći liječnika u odnosu na osobe koje boluju od samoga alkoholizma, iako takve osobe u prosjeku počinju sa konzumiranjem alkohola u ranijoj dobi, te pokazuju kraće vrijeme između recidiva (89).

Klinički pristupi u liječenju poremećaja ličnosti i ovisnosti o alkoholu kao psihijatrijskog komorbiditeta često se sastoje u tome da se ta dva poremećaja liječe nezavisno jedno o drugome. Ovisno o težini ovisnosti o alkoholu, prije procjene stanja poremećaja ličnosti može biti potrebno provesti detoksikaciju (90). Kod ovakvih slučajeva mogu se pojaviti brojne komplikacije, kao što su suicidalne misli ili ponašanja povezana s poremećajem ličnosti koja potencijalno onemogućuju uspješan nastavak liječenja bolesti ovisnosti. Stoga nije uvijek moguće liječiti samo jedan od ovih poremećaja, a zatim nastaviti s liječenjem drugoga. Budući da je vrlo malo istraživanja provedeno u svrhu ispitivanja ova dva komorbidna stanja, ne postoji određena empirijska terapija koju bi trebalo provoditi u tim slučajevima (91).

3.4.2. Psihoaktivne tvari i granični poremećaj ličnosti

Konzumacija ilegalnih psihoaktivnih tvari, od razine zlouporabe pa do razvoja ovisnosti može pogoršati kliničku sliku graničnog poremećaja ličnosti. To je osobito izraženo kada se zlouporaba ilegalnih psihoaktivnih tvari događa tijekom perioda adolescencije, razdoblja kada se granični poremećaj ličnosti većinom počinje ispoljavati (85). Zlouporaba ilegalnih psihoaktivnih

tvari u adolescenciji uzrokom je raznih socijalnih i emocionalnih problema. Takve mlade osobe teže pronalaze osjećaj pripadnosti i sigurnosti, a kada ih nađu u intimnim odnosima, oni su nerijetko toksični. Ovakav slijed događaja u životu adolescenta ima potencijal da ubrza razvijanje i ispoljavanje graničnog poremećaja ličnosti (26).

Istraživanja su pokazala da čak 45% bolesnika s dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti zadovoljava i kriterije za dijagnozu bolesti ovisnosti o ilegalnim psihoaktivnim tvarima (87). Najčešće se radi o ovisnosti o kokainu, te ovisnosti o opijatima. Čini se da je učinak bolesti ovisnosti o ilegalnim psihoaktivnim tvarima na ekspresiju poremećaja ličnosti takav da pogoršava simptomatiku poremećaja ličnosti, te pridonosi kronicitetu poremećaja (92).

Osoba s graničnim poremećajem ličnosti koja istovremeno konzumira psihoaktivne tvari predstavlja poseban terapijski izazov. Simptomi poput impulzivnosti, suicidalnosti i samoozljeđivanja tih bolesnika se mogu pogoršati zlouporabom ilegalnih psihoaktivnih tvari (92). Osim toga, prisutnost graničnog poremećaja ličnosti može pridonijeti pogoršanju simptoma bolesti ovisnosti, a i liječenje ovisnosti o ilegalnim psihoaktivnim tvarima može biti kompliciranije za osobe koji također imaju i granični poremećaj ličnosti (92). U liječenju komorbidnog graničnog poremećaja ličnosti i bolesti ovisnosti o ilegalnim psihoaktivnim tvarima često je nužan timski pristup, a koji obuhvaća multidisciplinarni tim (specijalistu psihijatra, psihologa, socijalnog radnika, grupnog terapeuta) (93). Najistraženiji pristup liječenju je dijalektička bihevioralna terapija, koja je prilagođena za liječenje ova dva komorbidna stanja. Za ovisnost o opijatima uz gore navedeno koristi se i supstitucijska terapija (93).

3.5. Psihotični poremećaji i granični poremećaj ličnosti

Dijagnoza psihotičnog poremećaja često se smatra nekompatibilnom s dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti, iako pacijenti ponekad istodobno zadovoljavaju dijagnostičke kriterije za

oba poremećaja. Utjecaj komorbidnih psihotičnih poremećaja na tijek i ishod graničnog poremećaja ličnosti nije dovoljno istražen. Međutim, istraživanja fokusirana na izolirane slušne verbalne halucinacije u bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti pokazuju da su ovi percepcijski simptomi povezani sa suicidalnim ponašanjem i hitnom hospitalizacijom (94). U istraživanju iz 2018. godine psihotični poremećaji bili su prisutni u 38 posto bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti. Najčešći podtip psihotičnih poremećaja bio je psihotični poremećaj koji nije drugačije specificiran (NOS) s prevalencijom od 20 posto. Najrjeđi podtipovi bili su shizofrenija (2%), psihotični poremećaj izazvan supstancama (2%) i kratkotrajni psihotični poremećaj (1%) (94). Obzirom da su psihotični poremećaji jedan od prediktora lošijeg ishoda graničnog poremećaja ličnosti, adekvatna dijagnoza i liječenje oba poremećaja opravdana je i nužna u skupini bolesnika s dvostrukom dijagnozom.

3.6. Poremećaji prehrane i granični poremećaj ličnosti

Poremećaji prehrane se češće javljaju u osoba koje boluju od graničnog poremećaja ličnosti nego li u općoj populaciji, s time da su češći u žena nego u muškaraca (77). Primjerice, u istraživanju Zanarinija i suradnika pokazano je da 53,8% bolesnika s graničnim poremećajem također zadovoljava kriterije za poremećaj prehrane, u usporedbi s 24,6% bolesnika s drugim poremećajima osobnosti (95). U navedenom istraživanju 21,7% bolesnika je zadovoljilo kriterije za anoreksiju nervozu dok je 24,1% ispitanika zadovoljilo kriterije za bulimiju nervozu (138). Naravno, to ne znači da osobe s poremećajima hranjenja nužno imaju granični poremećaj ličnosti. Čini se da je stopa javljanja graničnog poremećaja ličnosti u osoba s poremećajima hranjenja donekle povišena u usporedbi s općom populacijom, oko 6 do 11%, u usporedbi s 2 do 4% u općoj populaciji (138). Postoji mogućnost da doživljavanje traume u djetinjstvu dovodi osobu u veći rizik i za granične ličnosti i poremećaje hranjenja (96). Osim toga, neki stručnjaci

sugeriraju da simptomi granične ličnosti mogu dovesti osobu u opasnost od razvoja poremećaja hranjenja. Kronična impulzivnost i nagoni za samoozljeđivanjem mogu dovesti do poteškoća sa prehranom, što s vremenom može prerasti poremećaja prehrane per se (139).

Suprotno tome, poremećena prehrana može dovesti do osjećaja stresa i srama, a koji mogu potaknuti razvoj granične ličnosti kod osoba s genetskom predispozicijom za taj poremećaj (139). Kada se ovi poremećaji javljaju istodobno, poremećaj hranjenja može mijenjati svoj oblik. Simptomi poremećaja hranjenja zapravo mogu biti manifestacija impulzivnih simptoma graničnog poremećaja ličnosti. Ako se pacijent prezentira sa ozbiljnim gubitkom težine kao posljedicom anoreksije nervoze, ovu bolest treba liječiti prije započinjanja terapije graničnog poremećaja ličnosti. Suprotno tome, epizode prejedanja treba liječiti na isti način kao i samoozljeđivanja ili zlouporabu tvari, odnosno psihoterapijskim pristupom specifičnim za granični poremećaj (96).

4. RASPRAVA

Poremećaj ličnosti je trajno odstupanje ponašanja i razmišljanja od određenih kulturoloških očekivanja, a osobi znatno otežava funkcioniranje u zajednici. Granični poremećaj ličnosti najčešći je poremećaj ličnosti. On pripada skupini poremećaja ličnosti klastera B, koji je karakteriziran dramatičnim, suviše emocionalno angažiranim i nepredvidivim ponašanjima i razmišljanjima. Jedan od glavnih problema u liječenju graničnog poremećaja ličnosti jest postojanje psihijatrijskih komorbiditeta koji mogu interferirati sa predviđenim tijekom liječenja. Najčešći psihijatrijski komorbiditeti u osoba s graničnim poremećajem ličnosti su depresivni poremećaji, bolesti ovisnosti, anksiozni poremećaji i prolazne psihotične epizode.

Incidencija graničnog poremećaja ličnosti se razlikuje između zemalja i populacija. Najviše je istraživanja provedeno u Sjedinjenim Američkim Državama, gdje je 2002. godine

pokazano da se stopa prevalencije u općoj odrasloj populaciji kreće između 0,5% i 1,4%. (19, 97,22). Studije temeljene na podacima iz Nacionalnog epidemiološkog istraživanja o alkoholu i srodnim stanjima, evidentirale su više stope prevalencije, između 2,7 i 5,9 posto, ovisno o tome koliko su strogo primjenjivani dijagnostički kriteriji (98,70). Istraživanja u kliničkim uvjetima u Sjedinjenim Američkim Državama pokazala su da je zastupljenost ovog poremećaja 6,4% kod pacijenata primarne zdravstvene zaštite, a 9,3% kod ambulantno liječenih psihijatrijskih bolesnika (20,99). Čini se da se, općenito govoreći, stopa populacijske prevalencije graničnog poremećaja ličnosti kreće oko 1%, a novija istraživanja pokazuju stopu rasta incidencije poremećaja, te procjenjuju da je prevalencija u općoj populaciji čak između 2.7% i 5.9%. (100, 70).

Granični poremećaj ličnosti češće se javlja u žena (15). No, recentno istraživanje Granta i suradnika sugerira da su muškarci jednako zastupljeni kao i žene, ali su obično pogrešno dijagnosticirani s nekim drugim poremećajem (70). Nadalje, smatra se da su nekada studije provedene sa strane kliničara koji su imali određenu pristranost u smislu postavljanja dijagnoze graničnog poremećaja ličnosti u žena. Postoji još nekoliko hipoteza koje bi objasnile neravnomjernost u raspodjeli ovog poremećaja između spolova, a to su nepravilno uzorkovanje, kulturološka očekivanja, različitost odgajanja muške i ženske djece, što posljedično nosi drugačija ponašanja i ispoljavanja simptoma u odrasloj dobi. Važno je i spomenuti mogućnost da se žene češće javljaju liječniku za pomoć, što svakako treba uzeti u obzir kod procjenjivanja prevalencije među spolovima. Distribucija graničnog poremećaja ličnosti između žena i muškaraca ipak je prilično ujednačena, ali su prezentacije poremećaja u muškaraca i žena različite, što može biti razlogom postavljanja različitih kliničkih dijagnoza istog poremećaja kod muškaraca i žena.

Bez obzira na razlike u stopama prevalencije, dokazi o visokoj stopi komorbidnog graničnog poremećaja ličnosti i određenih psihijatrijskih poremećaja ostaju konzistentni (70). Od psihijatrijskih komorbiditeta najčešće se javljaju depresija, anksioznost i bolesti ovisnosti (18,101,70). Istraživanje Carmela i Comptois iz 2014. godine pokazalo je da je čak 19% bolnički liječenih psihijatrijskih bolesnika zadovoljilo kriterije za dijagnozu graničnog poremećaja ličnosti (102). U retrospektivnoj studiji Fyera čak je 91% bolesnika sa graničnim poremećajem ličnosti imalo jedan dodatni psihijatrijski komorbiditet, a njih 42% dva ili više. Najčešće komorbidne dijagnoze bile su depresija i neki od anksioznih poremećaja, oboje zastupljene sa oko 80% (96). U istraživanju Zanarinija 83% bolesnika sa graničnim poremećajem ličnosti zadovoljilo je kriterije za depresivni poremećaj, a 88% za neki od anksioznih poremećaja (59).

Od komorbidnih anksioznih poremećaja iz istraživanja Zanarinija i suradnika razvidno je da je najzastupljeniji bio posttraumatski stresni poremećaj (56%), potom slijedi panični poremećaj (48%), pa socijalno anksiozni poremećaj (46%) i neka od specifičnih fobija (32%) (59). Anksiozni poremećaji kao komorbiditeti graničnom poremećaju ličnosti češći su u žena (70). Osobe sa komorbidnim graničnim poremećajem ličnosti i posttraumatskim stresnim poremećajem često u anamnezi navode traumatska iskustva u ranijoj životnoj dobi u usporedbi s osobama kojima je dijagnosticiran samo posttraumatski stresni poremećaj (72,76).

Nadalje, impulzivno ponašanje i nestabilni interpersonalni odnosi koji se uobičajeno javljaju u osoba sa graničnom poremećajem ličnosti mogu ih izložiti različitim rizicima (npr. nesreća pri vožnji motornog vozila, fizički sukob, seksualno zlostavljanje) (74). Osobe s obje istodobne dijagnoze obično imaju više psihičkih i fizičkih simptoma, poput anksioznosti, depresije, ljutnje, disocijacije, impulzivnosti, češćih hospitalizacija, opsesivno-kompulzivnih simptoma, suicidalnih misli i češće su opće loše volje (75). Utvrđeno je da posttraumatski stresni poremećaj

pojačava neke, ali ne sve simptome graničnog poremećaja ličnosti (75,72). Simptomi koji se najviše pogoršavaju dodatnom dijagnozom posttraumatskog stresnog poremećaja uključuju disregulaciju afekta, disocijativne smetnje, samoozljeđivanje i pokušaje samoubojstva (75).

Osobe sa socijalnim anksioznim poremećajem i graničnim poremećajem ličnosti iznimno su osjetljive na društveno odbacivanje (103). Pogoršanje stanja graničnog poremećaja ličnosti značajno utječe na pojavu relapsa nekih od anksioznih poremećaja, poput socijalne fobije, što znači da negativno utječe na tijek ovog poremećaja u slučaju njihovog istodobnog pojavljivanja (104). U tom slučaju predlaže se davanje prioriteta liječenju graničnog poremećaja ličnosti (76).

Pregledom dostupne literature iščitava se da su komorbidni granični poremećaj ličnosti i depresivni poremećaj su također češći kod žena (70). Pojava velike depresivne epizode može dovesti do produljenih razdoblja lošeg raspoloženja (više od dva tjedna), nedostatka interesa, umora i problema sa spavanjem, što su sve također simptomi graničnog poremećaja ličnosti i prisutni su u većine osoba koje pate od tog poremećaja, ali kao takvi traju kraće (105). Kako bi se riješio problem kliničkog razlikovanja graničnog poremećaja ličnosti od simptoma depresije koji su sastavni dio simptomatike istoga, postoje određene značajke kojima se kliničari mogu voditi. To uključuje činjenice da su depresivni simptomi koji proizlaze iz primarne dijagnoze graničnog poremećaja ličnosti uglavnom prolaznog karaktera i reakcija su na stresore iz okoline, ne pokazuju značajan klinički odgovor na terapiju antidepresivima, te povoljno reagiraju na psihoterapiju prikladnu za liječenje graničnog poremećaja ličnosti (105). U radu Zaherra i suradnika ukazuje se da između 60 i 78 posto bolesnika sa graničnim poremećajem ličnosti pokazuje suicidalno ponašanje, a njih gotovo 90 posto se samoozljeđuje, što je i visoko indikativno za ovaj poremećaj (106). Samoozljeđivanje u obliku zarezivanja dijela tijela kao način reguliranja emocija je karakteristično obilježje graničnog poremećaja ličnosti. Također,

konzumacija psihoaktivnih tvari, a koja ponekad može rezultirati i predoziranjima, u cilju umanjivanja anksioznih smetnji česta je u osoba s graničnim poremećajem ličnosti (106).

Mnogi psihijatrijski poremećaji, pa tako i granični poremećaj ličnosti često se javljaju zajedno s bolesti ovisnosti. Budući da bolesnici sa graničnim poremećajem ličnosti pate od osjećaja praznine i usamljenosti, konzumacija alkohola ili ilegalnih psihoaktivnih tvari im često služi kao metoda ublažavanja navedenih simptoma (83). Štoviše, studije su pokazale da 78 posto odraslih osoba sa dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti razvije neku od bolesti ovisnosti u određenom trenutku života (107). U uzorku njemačkog istraživanja od 147 pacijenata, cjeloživotna prevalencija bolesti ovisnosti u osoba sa graničnim poremećajem ličnosti iznosila je 57 posto, u usporedbi sa prevalencijom od 64 posto prema studiji Bartha i suradnika (108, 59). U istraživanju provedenom u Njemačkoj su ovisnost o duhanu (54%), ovisnost o alkoholu (47%) i ovisnost o ilegalnim psihoaktivnim tvarima (22%) bili najčešći komorbiditeti (108). U slučaju ovih dvaju komorbidnih stanja, učinci oba poremećaja se povećavaju i simptomi postaju izraženiji. Takve su osobe impulzivnije i klinički nestabilnije od osoba koje boluju od graničnog poremećaja ličnosti u odsustvu bolesti ovisnosti. Češće pokazuju suicidalno ponašanje, odustaju od liječenja i imaju kraće faze apstinencije. Kombinacija ovih dvaju poremećaja stoga zahtjeva poseban terapijski pristup, te je nužno oba entiteta liječiti istodobno (91).

Što se tiče fobičnih poremećaja kao komorbiditeta graničnom poremećaju ličnosti, za istaknuti je da se najčešće javlja agorafobija (59). Prema podacima u literaturi agorafobija se javlja u oko 12 posto osoba sa graničnim poremećajem ličnosti (59).

Stanje koje se vrlo često pojavljuje kao komorbiditet kod bolesnika sa graničnim poremećajem ličnosti, a nerijetko zanemaruje, jest poremećaj prehrane. Poremećaji prehrane su češći kod žena koje boluju od graničnog poremećaja ličnosti. Istraživanja su pokazala da 53,8

postu bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti zadovoljava kriterije za poremećaj prehrane, od čega 21,7 posto bolesnika zadovoljava kriterije za anoreksiju nervozu dok njih 24,1 posto za bulimiju nervozu (138).

Prema desetogodišnjoj studiji Zanarinija i suradnika više od 90 posto bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti koji su ispunjavali kriterije za anoreksiju, bulimiju ili neki drugi nespecificirani poremećaj hranjenja na početku istraživanja imalo je stabilnu remisiju nakon desetogodišnjeg praćenja (138). Relapsi bolesti (52%) i pojave novih nespecificiranih poremećaja prehrane (43%) su bili češći nego relapsi i nove pojave anoreksije (28% i 4%) i bulimije (29% i 11%). Rezultati ove studije pokazuju da je prognoza anoreksije i bulimije u osoba sa graničnim poremećajem ličnosti nepredvidiva, pri čemu su remisije ovih stanja vrlo česte. Nadalje, česte su i evolucije jednog poremećaja prehrane u drugi. Rezultati ovog istraživanja također sugeriraju da su nespecificirani poremećaji prehrane najtvrdokorniji i najtrajniji poremećaji prehrane u ovih bolesnika (138).

Granični poremećaj ličnosti povezan je sa teškim oštećenjem socijalnog funkcioniranja bolesnika. Liječenje graničnog poremećaja ličnosti je vrlo kompleksno, zahtjevno i dugotrajno. Podrška članova obitelji i prijatelja bolesnika ključna je u liječenju ovog kompleksnog oboljenja.

5. ZAKLJUČCI

1. Granični poremećaj ličnosti najčešći je u komorbiditetu s depresijom, a potom anksioznim poremećajima, te bolestima ovisnosti.
2. Od anksioznih poremećaja, u komorbiditetu s graničnim poremećajem ličnosti najčešće se javlja posttraumatski stresni poremećaj, zatim slijedi panični poremećaj, potom agorafobija, opsesivno-kompulzivni poremećaj te generalizirani anksiozni poremećaj.

3. Od bolesti ovisnosti koje se javljaju u komorbiditetu sa graničnim poremećajem ličnosti najčešća je ovisnost o alkoholu, a potom slijedi ovisnost o kokainu, te ovisnost o opijatima.
4. Anksiozni i depresivni poremećaji se češće javljaju među ženama nego li muškarcima s graničnim poremećajem ličnosti.

6. SAŽETAK

Granični poremećaj ličnosti spada u skupinu B poremećaja ličnosti. To je najčešći poremećaj ličnosti, a karakteriziran je emocionalnom nestabilnošću, odnosno nemogućnošću regulacije afekta, poremećenim obrascima mišljenja i ponašanja, impulzivnim ponašanjima, te intenzivnim ali nestabilnim odnosima sa drugima. Granični poremećaj ličnosti nerijetko je povezan s različitim komorbidnim psihijatrijskim entitetima, koji su često glavni otežavajući faktor u terapiji graničnog poremećaja ličnosti. Najčešća komorbidna stanja koja se susreću u bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti su poremećaji raspoloženja, od kojih je najčešća depresija, zatim anksiozni poremećaji, bolesti ovisnosti, te psihotični poremećaji.

7. SUMMARY

Borderline personality disorder is one of the personality disorders from cluster B. It is the most common personality disorder, and is characterized by emotional instability, inability to regulate affect, disturbed patterns of thinking and behavior, impulsive behavior, and intense but unstable relationships with others. Borderline personality disorder is often associated with various comorbid psychiatric entities, which are often the main problem when treating borderline personality disorder. The most common comorbid conditions that can be seen in patients with

borderline personality disorder are mood disorders, mostly depression, followed by anxiety disorders and addiction.

8. LITERATURA

1. Hrvatska enciklopedija [Internet]. Leksikografski zavod "Miroslav Krleža"; 2021. Osobnost; [citirano 31.12.2021.]. Dostupno na:
<https://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=45737>
2. Hrvatska enciklopedija [Internet]. Leksikografski zavod "Miroslav Krleža"; 2021. Ličnost; [citirano 31.12.2021.]. Dostupno na:
<https://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=36411>
3. Begić D. Psihopatologije. 2nd ed. Zagreb: Medicinska naklada; 2014. 129-130.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: Am Psychiatr Publ; 2013. 663-666.
5. Lieb K et al. Borderline Personality Disorder. Lancet [Internet]. 31.07.2004. [ažurirano 06.08.2004.; citirano 31.12.2021.]; 2004;364(9432):453-461. Dostupno na:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
6. Mayo clinic. Borderline Personality Disorder. MFMER [Internet]. 17.07.2019. [citirano 04.01.2022.]. Dostupno na:
<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/borderline-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20370237>
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: Am Psychiatr Publ; 2000. 646-649.
8. Gunderson JG, Links PS. Borderline personality disorder: A clinical guide. 2nd ed. Washington, DC: Am Psychiatr Publ; 2008. 155-156.
9. O'Donohue W et al. Personality Disorders: Toward the DSM-V. Thousand Oaks, CA: SAGE Publishing; 2007. 156-158.

10. Coid J et al. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry* [Internet]. Svibanj, 2006. [citirano 10.01.2022.]; 2006;188:423-431. Dostupno na: <https://doi.org/10.1192/bjp.188.5.423>
11. Samuels J et al. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *BJPsych* [Internet]. Lipanj, 2002. [citirano 10.01.2022.]; 2002;180:536-542. Dostupno na: <https://doi.org/10.1192/bjp.180.6.536>
12. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch. intern. med. Res.* [Internet]. Lipanj, 2001. [citirano 10.01.2022.]; 2001;58(6):590-596. Dostupno na: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>
13. Moran P et al. The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. Srpanj, 2000. [citirano 10.01.2022.]; 2000;102(1):52-57. Dostupno na: <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102001052.x>
14. Gross R et al. Borderline personality disorder in primary care. *Arch Intern Med* [Internet]. 14.01.2002. [citirano 10.01.2022.]; 2002;162(1):53-60. Dostupno na: <https://doi.org/10.1001/archinte.162.1.53>
15. Maljuna I et al. Psihosocijalni Aspekti Graničnog Poremećaja Ličnosti. *Ljetopis socijalnog rada* [Internet]. Srpanj, 2019. [citirano 02.01.2022.]; 2019;26(2):213-234. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/330509>
16. Gunderson JG, Hoffman PD. Understanding and treating borderline personality disorder: A guide for professionals and families. Arlington: Am Psychiatr Publ; 2005.
17. Kreisman JJ, Straus H. Sometimes I act crazy: Living with borderline personality disorder. New York: John Wiley & Sons; 2004.

18. Pervin LA. Handbook of personality: Theory and research. New York: Guilford Press; 2001. 225–243.
19. Torgersen S et al. A twin study of personality disorders. *Compr. Psychiatry* [Internet]. Prosinac, 2000. [citirano 10.01.2022.]; 2000;41(6):416-425. Dostupno na: <https://doi.org/10.1053/comp.2000.16560>
20. Skodol AE et al. The borderline diagnosis: Psychopathology, comorbidity, and personality structures. *Biol. Psychiatry* [Internet]. 15.06.2002. [citirano 10.01.2022.]; 2002;51(12):936-950. Dostupno na: [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01324-0](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01324-0)
21. Caspi A et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* [Internet]. 18.07.2003. [citirano 10.01.2022.]; 2003;301(5631):386-389. Dostupno na: <https://doi.org/10.1126/science.1083968>
22. Rinne T et al. Serotonergic blunting to meta-chlorophenylpiperazine highly correlates with sustained childhood abuse in impulsive and autoaggressive female borderline patients. *Biol. Psychiatry* [Internet]. 15.03.2000. [citirano 10.01.2022.]; 2000;47(6):548-556. Dostupno na: [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(99\)00181-x](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(99)00181-x)
23. Amad A et al. Genetics of borderline personality disorder: systematic review and proposal of an integrative model. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 20.01.2014. [citirano 10.01.2022.]; 2014;40:6-19. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.01.003>
24. Coccaro EF, Lee R, McCloskey M. Norepinephrine function in personality disorder: plasma free MHPG correlates inversely with life history of aggression. *CNS Spectrums* [Internet]. Listopad, 2003. [citirano 10.01.2022.]; 2003;8(10):731-736. Dostupno na: <https://doi.org/10.1017/s1092852900019106>

25. Pier KS, Marin LK. The Neurobiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr. Times* [Internet]. 31.03.2016. [citirano 10.01.2022.];33(3). Dostupno na:
<https://www.psychiatrictimes.com/view/neurobiology-borderline-personality-disorder>
26. Johnson JG et al. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch. Gen. Psychiatry* [Internet]. Kolovoz, 2002. [citirano 05.02.2022.]; 2002;59(8):741-749. Dostupno na:
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.8.741>
27. Zanarini MC et al. Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *J. Pers. Disord.* [Internet]. Rujan, 2000. [citirano 05.02.2022.]; 2000;14(3):264-273. Dostupno na: <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.3.264>
28. Levy KN. The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Dev. Psychopathol* [Internet]. Rujan, 2005. [citirano 05.02.2022.]; 2005;17(4):959-986. Dostupno na:
<https://doi.org/10.1017/s0954579405050455>
29. Herpertz SC, Bertsch KA. New Perspective on the Pathophysiology of Borderline Personality Disorder: A Model of the Role of Oxytocin. *Am. J. Psychiatry* [Internet]. 01.09.2015. [citirano 05.02.2022.]; 2015;172(9):840–851. Dostupno na:
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15020216>
30. Puglia MH et al. Epigenetic modification of the oxytocin receptor gene influences the perception of anger and fear in the human brain. *Proc Natl Acad Sci* [Internet]. 17.03.2015. [citirano 05.02.2022.]; 2015;112(11):3308-3313. Dostupno na:
<https://doi.org/10.1073/pnas.1422096112>

31. Tyrka A et al. The neurobiological correlates of childhood adversity and implications for treatment. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 10.05.2013. [citirano 05.02.2022.]; 2013;128(6):434-447. Dostupno na: <https://doi.org/10.1111/acps.12143>
32. Cattane N et al. Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry* [Internet]. 15.07.2017. [citirano 05.02.2022.]. 2017;17(1):221. Dostupno na <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1383-2>
33. Jogems BJK et al. Basal cortisol and DHEA levels in women with borderline personality disorder. *J Psychiatr Res* [Internet]. 09.10.2006. [citirano 05.02.2022.]; 2006;41(12):1019-1026. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.07.019>
34. Thomas N et al. Systematic review and meta-analysis of basal cortisol levels in Borderline Personality Disorder compared to non-psychiatric controls. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 10.12.2018. [citirano 05.02.2022.]; 2018;102:149-157. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.12.009>
35. Ruocco AC et al. Neural correlates of negative emotionality in borderline personality disorder: an activation-likelihood-estimation meta-analysis. *Biol Psychiatry* [Internet]. 15.01.2013. [citirano 05.02.2022.]; 2013;73(2):153-160. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.07.014>
36. Schulze L, Schmahl C, Niedtfeld I. Neural correlates of disturbed emotion processing in borderline personality disorder: a multimodal meta-analysis. *Biol Psychiatry* [Internet]. 15.01.2016. [citirano 05.02.2022.]; 2016; 79(2):97-106.

37. Stoffers JM et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst. Rev.* [Internet]. 15.08.2012. [citirano 05.02.2022.]; 2012;79(2), 97–106. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.03.027>
38. Fertuck EA, Fischer S, Beeney J. Social cognition and borderline personality disorder: Splitting and trust impairment findings. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 16.10.2018. [citirano 05.02.2022.]; 2018;41(4): 613-632.
39. Marčinko D et al. *Poremećaj Ličnosti: Stvarni Ljudi Stvarni Problemi*. Zagreb: Medicinska Naklada; 2015. 63-65.
40. Dixon L, Hamilton CG, Browne K. Classifying partner femicide. *J. Interpers* [Internet]. 01.01.2008. [citirano 09.02.2022.]; 2008;23(1):74-93. Dostupno na: <https://doi.org/10.1177%2F0886260507307652>
41. Newman L. Parents with borderline personality disorder – approaches to early intervention. *Australas Psychiatry* [Internet]. 04.11.2015. [citirano 09.02.2022.]; 2015;23(6):696-698. Dostupno na: <https://doi.org/10.1177/1039856215614988>
42. Newman L et al. Borderline personality disorder, mother–infant interaction and parenting perceptions. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 01.07.2007. [citirano 09.02.2022.] 2007;41(7):598-605. Dostupno na: <https://doi.org/10.1080/00048670701392833>
43. Zanarini MC et al. The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry* [Internet]. Lipanj, 2007. [citirano 09.02.2022.]; 2007;164(6):929-935. Dostupno na: <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.929>

44. Stiglmayr CE et al. Aversive tension in patients with borderline personality disorder: a computer-based controlled field study. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. Svibanj, 2005. [citirano 09.02.2022.]; 2005;111(5):372-379.
45. Klonsky ED. What is emptiness? Clarifying the 7th criterion for borderline personality disorder. *J Pers Disord* [Internet]. Kolovoz, 2008. [citirano 09.02.2022.]; 2008;22(4):418-426.
46. Paris J. *Treatment of borderline personality disorder: a guide to evidence-based practice*. New York: Guilford Press; 2008. 25-33.
47. Hrvatska enciklopedija [Internet]. Leksikografski zavod "Miroslav Krleža"; 2021. Psihoterapija; [citirano 15. 01. 2022.]. Dostupno na: <https://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=50958>
48. Gunderson JG. A BPD brief: An introduction to borderline personality disorder: Diagnosis, originis, course and treatment. New York: NEA-BPD; 2011. 6-8.
49. Olabi B, Hall J. Borderline personality disorder: current drug treatments and future prospects. *Ther. Adv. Chronic Dis.* [Internet]. Ožujak, 2010. [citirano 09.02.2022.]; 2010;1,2:59-66. Dostupno na: <https://doi.org/10.1177/2040622310368455>
50. Lieb K et al. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomized trials. *Br J Psychiatry* [Internet]. Siječanj, 2010. [citirano 09.02.2022.]; 2010;196(1):4-12. Dostupno na: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.062984>
51. Nickel MK et al. Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients: a double-blind, placebo-controlled study. *Biol Psychiatry* [Internet]. 01.03.2005. [citirano 09.02.2022.]; 2005;57(5):495-499. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.044>

52. Tritt K et al. Lamotrigine treatment of aggression in female borderline-patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Psychopharmacol* [Internet]. [citirano 09.02.2022.]; 2005;19(3):287-291. Dostupno na: <https://doi.org/10.1177/0269881105051540>
53. Loew TH et al. Topiramate treatment for women with borderline personality disorder: A double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* [Internet]. Veljača, 2006. [citirano 09.02.2022.]; 2006;26(1):61-66. Dostupno na: <https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000195113.61291.48>
54. Nosè M et al. Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol* [Internet]. Studeni, 2006. [citirano 09.02.2022.]; 2006;21(6):345-353. Dostupno na: <https://doi.org/10.1097/01.yic.0000224784.90911.66>
55. Soler J. Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* [Internet]. Lipanj, 2005. [citirano 09.02.2022.]; 2005;162(6):1221-1224. Dostupno na: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1221>
56. Reynolds GP, Kirk SL. Metabolic side effects of antipsychotic drug treatment-pharmacological mechanisms. *Pharmacol Ther* [Internet]. Siječanj, 2010. [citirano 09.02.2022.]; 2010;125(1):169-179. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2009.10.010>
57. Hrvatska enciklopedija [Internet]. Leksikografski zavod “Miroslav Krleža”; 2021. Socioterapija; [citirano 12.01.2022.]. Dostupno na: <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=56951>

58. Beatson JA, Rao S. Depression and borderline personality disorder. *Med J Aust* [Internet]. 29.10.2013. [citirano 12.01.2022.]; 2012;199(6):24-27. Dostupno na: <https://www.mja.com.au/journal/2013/199/6/depression-and-borderline-personality-disorder>
59. Zanarini MC et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* [Internet]. Prosinac, 1998. [citirano 12.01.2022.]; 1998;155:1733-1739. Dostupno na: <https://doi.org/10.1176/ajp.155.12.1733>
60. Gunderson JG et al. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *J Clin Psychiatry* [Internet]. Kolovoz, 2004. [citirano 12.01.2022.]; 2004;65(8):1049-1056. Dostupno na: <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0804>
61. Paris J. Borderline or bipolar? Distinguishing borderline personality disorder from bipolar spectrum disorders. *Harv Rev Psychiatry* [Internet]. Svibanj, 2004. [citirano 12.01.2022.]; 2004;12(3):140-145. Dostupno na: <https://doi.org/10.1080/10673220490472373>
62. Newton GH, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry* [Internet]. Siječanj, 2006. [citirano 12.01.2022.]; 2006;188:13-20. Dostupno na: <https://doi.org/10.1192/bjp.188.1.13>
63. Zanarini MC et al. Discriminating BPD from other axis II disorders. *JPersDisord* [Internet]. Veljača, 1990. [citirano 12.01.2022.]; 1990;147(2):161-167. Dostupno na: <https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.161>
64. Levy KN, Edell WS, McGlashan TH. Depressive experiences in inpatients with borderline personality disorder. *Psychiatr Q* [Internet]. Lipanj, 2007. [citirano

12.01.2022.]; 2007;78(2):129-143. Dostupno na:

<https://doi.org/10.1007/s11126-006-9033-8>

65. Westen D et al. Quality of depressive experience in borderline personality disorder and major depression: when depression is not just depression. *J Pers Disord* [Internet]. Veljača, 2011. [citirano 12.01.2022.]; 1992;6(4):382-293. Dostupno na: <https://doi.org/10.1521/pedi.1992.6.4.382>
66. Silk KR. The quality of depression in borderline personality disorder and the diagnostic process. *J Pers Disord* [Internet]. Veljača, 2010. [citirano 12.01.2022.]; 2010;24(1):25-37. Dostupno na: <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.1.25>
67. Zimmerman M, Morgan TA. The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Dialogues Clin Neurosci* [Internet]. Lipanj, 2013. [citirano 12.01.2022.]; 2013;15(2):155-169. Dostupno na: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.2/mzimmerman>
68. Frias A, Baltasar I, Birmaher B. Comorbidity between bipolar disorder and borderline personality disorder: Prevalence, explanatory theories, and clinical impact. *J Affect Disord* [Internet]. 15.09.2016. [citirano 12.01.2022.]; 2016;202:210-219. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.048>
69. Linehan MM et al. Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-Up of Dialectical Behavior Therapy vs. Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* [Internet]. Srpanj, 2006. [citirano 12.01.2022.]; 2006;63:757-766. Dostupno na: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>
70. Grant BF et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol

- and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 04.05.2009. [citirano 05.03.2022.]; 2009;69(4):533-545. Dostupno na: <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>
71. Harned MS, Valenstein HR. Treatment of borderline personality disorder and co-occurring anxiety disorders. *F1000Prime Rep* [Internet]. 01.05.2013. [citirano 05.03.2022.]; 2013;5:15. Dostupno na: <https://doi.org/10.12703/P5-15>
72. Tull M. Symptoms and Diagnosis of PTSD with Borderline Personality Disorder. *Verywell Mind* [Internet]. 25.03.2020. [ažurirano 25.03.2020.; citirano 06.05.2022.] Dostupno na: <https://www.verywellmind.com/having-both-ptsd-and-borderline-personality-disorder-2797510>
73. Pagura J et al. Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *J Psychiatr Res* [Internet]. Prosinac, 2010. [citirano 06.05.2022.]; 2010;44(16):1190-1198. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.04.016>
74. Giourou E et al. Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma?. *World J Psychiatry* [Internet]. 22.03.2018. [citirano 06.05.2022.]; 2018;8(1):12-19. Dostupno na: <https://doi.org/10.5498/wjp.v8.i1.12>
75. Cackowski S, Neubauer T, Kleindienst N. The impact of posttraumatic stress disorder on the symptomatology of borderline personality disorder. *Borderline Personal. Disord. Emot. Dysregulation* [Internet]. 01.08.2016. 2016. [citirano 06.05.2022.]; 2016;3:7. Dostupno na: <https://doi.org/10.1186/s40479-016-0042-4>

76. Heffernan K, Cloitre M. A comparison of posttraumatic stress disorder with and without borderline personality disorder among women with a history of childhood sexual abuse: etiological and clinical characteristics. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. Rujan, 2000. [citirano 06.05.2022.]; 2000;188(9):589-595. Dostupno na: <https://doi.org/10.1097/00005053-200009000-00005>
77. Weiler MA et al. Panic disorder in borderline personality disorder. *UOJM* [Internet]. 1988. [citirano 06.05.2022.]; 1988;13(3):140–143. Dostupno na: <https://psycnet.apa.org/record/1989-22672-001>
78. Ozkan M, Altindag A. Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: do personality disorders increase clinical severity?. *Compr Psychiatry* [Internet]. Veljača, 2005. [citirano 06.05.2022.]; 2005;46(1):20-26. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.07.015>
79. Hantouche EG et al. Cyclothymic OCD: a distinct form? *J. Affect. Disord* [Internet]. Lipanj, 2003. [citirano 06.05.2022.]; 2003;75(1):1-10. Dostupno na: [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00461-5](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00461-5)
80. Perugi G et al. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *J. Affect. Disord* [Internet]. Listopad, 1997. [citirano 06.05.2022.]; 1997;46(1):15-23. Dostupno na: [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(97\)00075-x](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(97)00075-x)
81. Zutshi A et al. Comorbidity of anxiety disorders in patients with remitted bipolar disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 16.06.2006. [citirano 06.05.2022.]; 2006;256(7):428-436. Dostupno na: <https://doi.org/10.1007/s00406-006-0658-2>

82. Ansell EB et al. The association of personality disorders with the prospective 7-year course of anxiety disorders. *Psychol Med* [Internet]. Svibanj, 2011. [citirano 06.05.2022.]; 2001;41:1019-1028. Dostupno na: <https://doi.org/10.1017/S0033291710001777>
83. Murray E. Borderline Personality Disorder and Addiction. Addiction Center. [ažurirano 16.02.2022.; citirano 23.03.2022.]. Dostupno na: <https://www.addictioncenter.com/addiction/borderline-personality-disorder/>
84. Sansone RA, Sansone LA. Substance use disorders and borderline personality: common bedfellows. *Innov Clin Neurosci* [Internet]. Rujan, 2011. [citirano 23.03.2022.]; 2011;8(9):10-13. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3196330/>
85. Lesser B. The Relationship Between Borderline Personality Disorder and Addiction. *Dualdiagnosis.org* [Internet]. 07.03.2021. [ažurirano 24.05.2021.; citirano 07.02.2022.]. Dostupno na: <https://dualdiagnosis.org/borderline-personality-disorder-and-addiction/>
86. Helle AC et al. Alcohol Use Disorder and Antisocial and Borderline Personality Disorders. *Alcohol Res Health* [Internet]. 30.1.2019. [citirano 07.02.2022.]; 2019;40(1):5. Dostupno na: <https://doi.org/10.35946/arc.v40.1.05>
87. Trull TJ et al. Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. *BPDED* [Internet]. 19.09.2018. [citirano 07.02.2022.]; 2018;5:15. Dostupno na: <https://doi.org/10.1186/s40479-018-0093-9>
88. Hailes HP et al. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiat* [Internet]. 10.09.2019. [citirano 07.02.2022.]; 2019;6(10):830-839. Dostupno na: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)

89. Zikos E, Gill KJ, Charney DA. Personality disorders among alcoholic outpatients: Prevalence and course in treatment. *Can J Psychiatry* [Internet]. Veljača, 2010. [citirano 07.02.2022.]; 2010;55(2):65-73. Dostupno na: <https://doi.org/10.1177/070674371005500202>
90. Mark TL et al. Factors associated with the receipt of treatment following detoxification. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. Lipanj, 2003. [citirano 07.02.2022.]; 2003;24(4):299-304. Dostupno na: [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(03\)00039-4](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(03)00039-4)
91. Gianoli MO et al. Treatment for comorbid borderline personality disorder and alcohol use disorders: A review of the evidence and future recommendations. *Exp Clin Psychopharmacol* [Internet]. Kolovoz, 2012. [citirano 07.02.2022.]; 2012;20(4):333-344. Dostupno na: <https://doi.org/10.1037/a0027999>
92. Brady KT, Sinha R. Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. *Am J Psychiatry* [Internet]. Kolovoz, 2005. [citirano 07.02.2022.]; 2005;1483-1493. Dostupno na: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1483>
93. Center for Substance Abuse Treatment. Incorporating alcohol pharmacotherapies into medical practice. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 49. Rockville: HHS Publication; 2009.
94. Slotema CW et al. Comorbid Diagnosis of Psychotic Disorders in Borderline Personality Disorder: Prevalence and Influence on Outcome. *Front. Psychiatry* [Internet]. 14.03.2018. [citirano 08.06.2022.]; 2018;9:84. Dostupno na: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00084>

95. Zanarini MC et al. The course of eating disorders in patients with borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Int J Eat Disord* [Internet]. Travanj, 2010. [citirano 07.02.2022.]; 2010;226-232. Dostupno na: <https://doi.org/10.1002/eat.20689>
96. Sansone RA, Sansone LA. Childhood trauma, borderline personality, and eating disorders: a developmental cascade. *Eat Disord* [Internet]. Rujan, 2007. [citirano 05.04.2022.]; 2007;15(4):333-346. Dostupno na: <https://doi.org/10.1080/10640260701454345>
97. Arens EA et al. Borderline Personality Disorder in four different age groups: a cross-sectional study of community residents in Germany. *J Personal Disord* [Internet]. Travanj, 2013. [citirano 05.04.2022.]; 2013;27(2):196-207. Dostupno na: <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.2.196>
98. Tomko RL et al. Characteristics of borderline personality disorder in a community sample. *J Personal Disord* [Internet]. Listopad, 2014. [citirano 05.04.2022.]; 2014;28(5):734-750. Dostupno na: https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093
99. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* [Internet]. Listopad, 2005.[citirano 05.04.2022.]; 2005;162(10):1911-1918. Dostupno na: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1911>
100. Lenzenweger MF. Current status of the scientific study of the personality disorders: an overview of epidemiological, longitudinal, experimental psychopathology, and neurobehavioral perspectives. *J Am Psychoanal Assoc* [Internet]. Kolovoz, 2010. [citirano 05.04.2022.]; 2010; 58(4):741-778. Dostupno na: <https://doi.org/10.1177/0003065110386111>

101. Lenzenweger MF et al. DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* [Internet]. 09.01.2007. [citirano 05.04.2022.]; 2007;62(6):553-564. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.019>
102. Comtois KA, Carmel A. Borderline Personality Disorder and High Utilization of Inpatient Psychiatric Hospitalization: Concordance between Research and Clinical Diagnosis. *J Behav Health Serv Res* [Internet]. *Travanj*, 2014. [citirano 05.04.2022.]; 2014;43(2):272-280. Dostupno na: <https://doi.org/10.1007/s11414-014-9416-9>
103. Gutz L et al. Neural processing of social participation in borderline personality disorder and social anxiety disorder. *J Abnorm Psychol* [Internet]. 19.01.2015. [citirano 05.04.2022]; 2015;124 (2):421-431. Dostupno na: <https://doi.org/10.1037/a0038614>
104. Keuroghlian AS et al. Interactions of borderline personality disorder and anxiety disorders over 10 years. *J Clin Psychiatry* [Internet]. *Studenj*, 2015. [citirano 05.04.2022]; 2015;76(11):1529-1534. Dostupno na: <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09748>
105. Rao S, Broadbear J. Borderline personality disorder and depressive disorder. *Australas Psychiatry* [Internet]. *Prosinac*, 2019. [citirano 05.04.2022]; 2019;27(6):573-577. Dostupno na: <https://doi.org/10.1177/1039856219878643>
106. Zaheer J, Links PS, Liu E. Assessment and emergency management of suicidality in personality disorders. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. *Rujan*, 2008. [citirano 05.04.2022]; 2008;31(3):527-547. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.007>
107. Kienast T et al. Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Dtsch. Ärztebl.* [Internet]. 18.04.2014. [citirano

05.04.2022]; 2014;111(16):280-286. Dostupno na:

<https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0280>

108. Barth J. Subgruppendifferenzierung bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung unter Berücksichtigung von dimensionaler Persönlichkeitsausprägung, Komorbiditäten und Symptomausprägung. UB Heidelberg [Internet]. 10.08.2009. [citirano 05.04.2022]. Dostupno na: <http://www.ub.uni-heidelberg.de/archiv/9746>

9. ŽIVOTOPIS

Ilaria Milevoj rođena je 12. prosinca 1997. godine u Rijeci, u Republici Hrvatskoj. Osnovnu školu “Ivo Lola Ribar” završila je u istarskom gradu Labinu sa odličnim uspjehom, te se nakon toga upisuje u opći gimnazijski program srednje škole Mate Blažine u Labinu. Nakon završene dvije godine srednjoškolskog obrazovanja, treću godinu provodi u privatnoj srednjoj školi “Miss Hall’s School” u Sjedinjenim Američkim državama, u gradu Pittsfieldu, koji pripada saveznoj državi Massachusetts. Četvrti razred srednje škole završava u Labinu, te se 2016. godine upisuje na Medicinski Fakultet Sveučilišta u Rijeci, kojeg redovito pohađa. Po završetku pete godine studija medicine odlazi na studentsku razmjenu u Brazil, u grad Curitiba, u trajanju od mjesec dana, gdje prisustvuje aktivnostima u sklopu odjela plastične kirurgije u bolnici “Hospital Universitário Evangélico Mackenzie”. Tijekom pete godine studija pridružuje se Hrvatskom društvu za hipertenziju, te pohađa kongres organiziran sa strane istoga.

Tijekom školovanja bavila se mnogim različitim sportskim i umjetničkim aktivnostima, uključujući kickboxing, u sklopu kojeg je pohađala razna natjecanja na državnoj i međunarodnoj razini, zatim tenis, odbojku, ples i pjevanje, a završila je i četiri razreda osnovne glazbene škole Matka Brajše Rašana svirajući klavir. Tečno govori engleski jezik, a talijanski, španjolski i njemački na razini razumijevanja.