

Granični poremećaj ličnosti

Hauptert, Lukas

Master's thesis / Diplomski rad

2024

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://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:421156>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-18**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI

MEDICINSKI FAKULTET

SVEUČILIŠNI INTEGRIRANI PRIJEDIPLOMSKI I DIPLOMSKI

STUDIJ MEDICINA

Lukas Hauptert

GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Diplomski rad

Rijeka, 2024.

SVEUČILIŠTE U RIJECI

MEDICINSKI FAKULTET

SVEUČILIŠNI INTEGRIRANI PRIJEDIPLOMSKI I DIPLOMSKI

STUDIJ MEDICINA

Lukas Hauptert

GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Diplomski rad

Rijeka, 2024.

Mentor rada: nasl. doc. dr. sc. Lea Gudelj, dr. med.

Diplomski rad ocijenjen je 04.09.2024. godine na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu

Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, pred povjerenstvom u sastavu:

1. izv. prof. dr. sc. Jasna Grković, dr. med.

2. izv. prof. dr. sc. Ivana Ljubičić Bistović, dr. med.

3. doc. dr. sc. Tanja Grahovac Juretić, dr. med.

Rad sadrži 28 stranica i 45 literaturna navoda.

ZAHVALA

Hvala mentorici doc.dr.sc. Lei Gudelj, dr.med na pomoći, strpljenju i svim savjetima.

Hvala svim prijateljima i Krugobrku koji su olakšali i uljepšali ovih šest godina studija.

Hvala roditeljima, svim bližnjima i mojoj drugoj obitelji koji su me podržavali, trpili me i omogućili mi ovo studiranje.

Naposlijetku, hvala mojoj Tei koja je uvijek i u svemu bila uz mene.

SADRŽAJ

| | |
|--|----|
| 1. UVOD..... | 1 |
| 2. SVRHA RADA..... | 3 |
| 3. PREGLED LITERATURE NA ZADANU TEMU | 4 |
| 3.1. POVIJEST I EPIDEMIOLOGIJA | 4 |
| 3.2. ETIOLOGIJA | 6 |
| 3.3. GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI (BORDERLINE USTROJ) U KLINIČKOJ | 9 |
| | 9 |
| PRAKSI..... | 9 |
| 3.4 TERAPIJSKI PRISTUP I LIJEČENJE | 15 |
| 4. RASPRAVA | 17 |
| 5. ZAKLJUČAK..... | 20 |
| 6. SAŽETAK | 21 |
| 7. SUMMARY | 22 |
| 8. LITERATURA..... | 23 |
| 9. ŽIVOTOPIS..... | 28 |

POPIS SKRAĆENICA I AKRONIMA

BPD – eng. borderline personality disorder (hrv. granični poremećaj ličnosti)

DSM – eng. Diagnostic and statistic manual of mental disorders (hrv. Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje)

MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti (eng. ICD)

1. UVOD

„Ličnost je ključni dio psihičkog života pojedinca, ali i čovjekove prirode uopće. Ona je dinamička organizacija psihofizičkih sustava unutar pojedinca koji određuju njegove jedinstvene prilagodbe okruženju u kojem se nalazi (1)”. Ličnost osobe manifestira se kroz njegovo djelovanje prema sebi i okolini, kroz odnose koje sama uspostavlja, uz mogućnost njihova uvida i mijenjanja. Ličnost je integracija svih osobina pojedinca u relativno stabilnu i jedinstvenu organizaciju koja određuje njegovu aktivnost u okolini, te se oblikuje i mijenja pod njenim utjecajem. Valja naglasiti kako se ličnost razlikuje od osobnosti i predstavlja širi termin od same osobnosti. Ona podrazumijeva kompletnu psihičku strukturu, tj. cjelokupnost neke osobe, dok osobnost uključuje obilježja osobe koje predstavljaju samo neke aspekte ličnosti. Osobnost se odnosi na neke osobine pojedinca po kojima se razlikuje od drugih i po kojima je on prepoznatljiv svojoj socijalnoj okolini (impulzivnost, psovanje, velikodušnost, povučenost, emocionalna osjetljivost, teatralnost, itd.). „Osobnost je pak ukupnost karakteristika koje čine specifičnost i neponovljivost osobe, karakterističan način na koji osoba razmišlja, osjeća, ponaša se i koji čine vlastiti stil života i način življenja”(2). Svaka osoba ima osobine ličnosti, koje individualno mogu, ali ne moraju biti promjenjene. Ako je određena crta ličnosti izrazito prisutna i dovodi do narušavanja u svakodnevnom funkcioniranju i kontaktu s okolinom, riječ je o tzv. poremećaju ličnosti. Poremećaji ličnosti vrlo su složena skupina psihijatrijskih poremećaja te predstavljaju izazov za sve one koji rade u institucijama za pružanje skrbi osobama sa psihičkim poremećajima. Izazovi počinju od samog pristupa ovakvom pacijentu, dijagnostike prepoznavanja složenog transfera koji ovi pacijenti razvijaju, naših vlastitih složenih kontratransfernih reakcija, ostvarivanju terapijskog odnosa, te prepisivanju farmakoterapije ili psihoterapije. Poremećaji ličnosti predstavljaju specifične obrasce

ponašanja koji narušavaju njihovu socijalnu integraciju, kao i emocionalno i poslovno funkcioniranje. Osobe sa poremećajem ličnosti se ne mijenjaju, a vrlo su često uvjerenе kako je okolina ta koja se treba mijenjati. Imaju slabu fleksibilnost u stresnim situacijama, a isto su tako i izrazito neprilagodljive u situacijama koje zahtijevaju prilagodbu, kao što su odnosi i zahtjevi na poslu. U svojim su aktivnostima kao i interpersonalnim odnosima vrlo rigidne, ne mogu se prilagoditi okolini od koje očekuju promjenu, a kako se ona ne događa, dolazi do dekompenzacije. Poremećaji ličnosti u mnogih ljudi ostaju neotkriveni u kliničkoj praksi, stoga se, nažalost, tijekom planiranja liječenja ne uzimaju u obzir specifičnosti njihove strukture, što u konačnici dovodi do nedovoljnog učinka ili inadekvatnog tretmana. Komorbiditet s drugim mentalnim poremećajima u njih je čest, a prisutnost poremećaja ličnosti često negativno utječe na tijek i ishod liječenja drugih psihijatrijskih poremećaja. Poremećaj ličnosti također je povezan sa preranom smrtnošću i samoubojstvom te ga je potrebno češće identificirati u kliničkoj praksi (3).

Granični poremećaj ličnosti se smatra jednim od najrizičnijih poremećaja ličnosti za autodestruktivna ponašanja i suicid, a pod dodatno povećanim rizikom su mladi od adolescentne dobi do trideset godina, te stoga predstavlja dijagnostičko - terapijski izazov u pravodobnom otkrivanju i liječenju (4,5).

2. SVRHA RADA

Svrha ovog rada je prikazati etiološke čimbenike u razvoju graničnog poremećaja ličnosti te komparaciju sa komorbidnom psihopatologijom uz adekvatan i učinkovit dijagnostičko - terapijski pristup.

3. PREGLED LITERATURE NA ZADANU TEMU

3.1. POVIJEST I EPIDEMIOLOGIJA

Prije nego što je granični poremećaj ličnosti („borderline personality disorder”- BPD) u potpunosti prepoznat kao zaseban poremećaj, mnogi su ga smatrali kao neku vrstu bolesti onih koji nisu spadali u određene kategorije za druge poremećaje. Služio je kao međuentitet onih za koje se smatralo da su uistinu bolesni i onih koji su se smatrali zdravima. Često se smatralo da osobe koje pate od BPD-a imaju atipičan oblik drugog poremećaja, uključujući anksiozni poremećaj, bipolarni poremećaj, depresiju ili shizofreniju. Izvorno se smatralo da BPD postoji na granici između neurotičnog i psihotičnog ponašanja. Termin „borderland” prvi put se pojavio krajem 19. stoljeća u Engleskoj od strane nekolicine psihijatara kojim su opisivali određenu skupinu pacijenata koji se funkcioniranjem i ponašanjem nisu uklapali niti u jedan spektar poremećaja. Još je i Freud, prije uvedenog termina „graničnog poremećaja”, opisivao osobe koje su netolerantne i nesretne prema napretku terapije unatoč njihovom poboljšanom stanju, a razlog je konstantni centralni konflikt između *superega* koji je nastrojen sadistički i mazohistički usmjerenog *ega* (6). Izraz „granična ličnost” predložio je u Sjedinjenim Državama psihoanalitičar Adolph Stern 1938. godine, dok je većina drugih poremećaja ličnosti prvi put opisana u Europi. Stern je opisao skupinu pacijenata koji se „ne uklapaju ni u psihotičnu ni u psihoneurotičnu skupinu” i uveo je pojam „granični” kako bi opisao ono što je promatrao jer je „graničilo” s drugim psihopatološkim stanjima. Otto Kernberg 1975. godine uveo je koncept „granične organizacije ličnosti” koji se odnosio na konzistentan obrazac funkcioniranja i ponašanja koje karakterizira nestabilnost i odražava poremećenu psihološku samoorganizaciju (7). Bez obzira na temeljne psihološke strukture, skup simptoma i ponašanja povezanih s graničnom osobnošću postajao je sve poznatiji i uključivao je izrazite fluktuacije

od razdoblja samopouzdanja do vremena apsolutnog očajja, izrazito nestabilne slike o sebi, brze promjene raspoloženja, sa strahovima napuštenosti i odbačenosti te jaka sklonost samoubojstvu i samoozljeđivanju. Također mogu biti prisutni prolazni psihotični simptomi, uključujući kratke deluzije i halucinacije. Gunderson i Kolb 1978. doprinijeli su opisu karakteristika koje definiraju ovaj poremećaj te su danas dio suvremene psihijatrijske klasifikacije (8). Objavljivanjem DSM-3 (Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje) 1980. prvi put je uvrštena službena kategorija ovog poremećaja na temelju Kernbergovog koncepta, što je označilo značajnu prekretnicu u prepoznavanju BPD-a. Službeno je predstavljen kao poremećaj osobnosti, s posebnim kriterijima koji su ocrtavali njegove simptome, poput emocionalne nestabilnosti, narušenih interpersonalnih odnosa i impulzivnosti. Danas je BPD i dalje područje aktivnog istraživanja njegovih neuroloških temelja, utjecaja teorije traume i privrženosti te učinkovitosti različitih terapijskih pristupa. BPD je prepoznat zbog svoje složenosti i utjecaja različitih socio-okolišnih čimbenika, što dovodi do poboljšanih mogućnosti liječenja i boljih ishoda za mnoge.

Iako je granični poremećaj ličnosti stanje za koje se smatra da se javlja globalno, provedeno je nedovoljno epidemioloških istraživanja ovog poremećaja izvan zapadnog svijeta da bi se dokazala njegova učestalost (9). Granični poremećaj ličnosti psihički je poremećaj s prevalencijom u općoj populaciji od oko 2%, dok je prevalencija u populaciji ambulantnih psihijatrijskih pacijenata do 10%, a u bolničkoj populaciji čak do 20% (10). Čini znatan zdravstveni problem karakteriziran visokom nestabilnošću i poremećajem funkcioniranja u smislu disfunkcionalnih međuljudskih odnosa, nerealiziranosti na planu edukacije i posla te ovisnosti o socijalnim službama (11). U ispitivanjima randomiziranih uzoraka u zajednici prevalencija poremećaja je otprilike jednaka muškoj i ženskoj, dok u zdravstvenim službama

postoji jasna prevaga žena, za koje je vjerojatnije da će potražiti liječenje. Početak simptoma BPD-a obično se javlja u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi. Poremećaj se rijetko dijagnosticira u djetinjstvu, ali se može prepoznati kod adolescenata. Simptomi mogu oslabiti u intenzitetu s godinama, ali neki pojedinci i dalje doživljavaju značajnu egzacerbaciju tijekom života. Rizik od suicida kod ovog poremećaja je visok i iznosi do 10%, a često se pojavljuje u komorbiditetu s depresijom, anksioznim poremećajima, poremećajima hranjenja, ovisnostima i drugim poremećajima ličnosti (12). Također, povezan je i sa znatnim socioekonomskim troškovima koji se mogu usporediti s onima vezanim uz oboljele od shizofrenije (13).

3.2. ETIOLOGIJA

Etiologija graničnog poremećaja osobnosti (BPD) je složena i multifaktorijalna, uključuje kombinaciju genetskih, neurobioloških, okolišnih i psihosocijalnih čimbenika. Ti čimbenici pridonose razvoju poremećaja, te utječu na njegovu pojavu, težinu i progresiju. Biološke hipoteze o razvoju i nastanku graničnog poremećaja ličnosti upućuju na genetsku predispoziciju, koja se osvrće na činjenicu da je poremećaj učestaliji u nekim obiteljima koje imaju pozitivnu obiteljsku anamnezu drugih psihopatoloških komorbiditeta, kao što su drugi tipovi poremećaja ličnosti i prisutnost više osoba sa poremećajem raspoloženja u obitelji.

Također, dokazano je da se češće javlja kod jednojajčanih nego dvojajčanih blizanaca (14).

Poznato je i da veću šansu genetskog prijenosa unutar obitelji nema sam granični poremećaj, već samo neke specifične komponente ličnosti koje ga određuju, kao što su disregulacija raspoloženja i impulzivna agresija. Isto tako, utjecaj genetike djeluje na razvoj BPD-a jednako izolirano i individualno, kako i pridruženo sa drugim okolišnim faktorima (15,16).

Studije neuroimaging-a identificirale su strukturne, funkcionalne i metaboličke abnormalnosti u nekoliko regija mozga povezane s regulacijom emocija, kontrolom impulsa i interpersonalnim ponašanjem kod osoba s BPD-om, kao što su frontalni režanj i limbički sustav (17). Osobe s BPD-om često pokazuju hiperaktivnost u amigdali, regiji mozga uključenoj u obradu emocija, osobito straha i agresije. To može pridonijeti pojačanoj emocionalnoj osjetljivosti i reaktivnosti vidljivoj kod BPD-a- Smanjena aktivnost u prefrontalnom korteksu, posebno orbitofrontalnom korteksu, povezana je s oštećenom kontrolom impulsa i donošenjem odluka, što su uobičajene karakteristike BPD-a. Također, abnormalnosti u hipokampusu, koji ima ulogu u pamćenju i učenju, mogu se povezati s poteškoćama u upravljanju emocionalnim iskustvima i sveprisutnim osjećajem praznine kod graničnog poremećaja ličnosti (18). U osoba s borderline-om nađene su i neurotransitorske promjene, odnosno smanjena serotoninergička aktivnost u različitim područjima mozga, Najopsežnije je proučavan serotonin, dok drugi neurotransmiteri i neuromodulatori uključeni u istraživanja fenomenologije BPD-a uključuju acetilkolin, vazopresin, kolesterol i neke masne kiseline. Promjene u dopaminergičnom sustavu nisu nađene u svim istraživanjima, no hipersenzibilnost osoba sa graničnim poremećajem povezuje se s hiperekscitacijom noradrenergičnog sustava (19).

Vrlo bitnu ulogu u razvoju poremećaja imaju psihosocijalni čimbenici, kojima se pripisuju štetna i traumatska iskustva u ranom djetinjstvu (20). Od svih faktora, najučestalijim se navodi zlostavljanje u dječjoj dobi. Čak 60 do 90% osoba sa graničnim ustrojem ličnosti je u dječjoj dobi bilo podvrgnuto nekim oblikom fizičkog, seksualnog i verbalnog zlostavljanja (21). Seksualno zlostavljanje smatra se najznačajnijim prediktorskim čimbenikom za razvitak graničnog poremećaja ličnosti. U osoba koje boluju od graničnog poremećaja dvostruko je češća pojavnost pozitivne anamneze zlostavljanja u djetinjstvu nego što se nalazi u drugih

psihijatrijskih bolesnika (22). Određeni traumatski događaji, zaokupljenost roditelja partnerskim problemima, njihova moguća psihopatološka individualna odstupanja, kao i neadekvatni i nedovoljni emocionalni pristup majke uzrok su stvaranja negativne prezentacije selfa, odnosno pojma o samom sebi, u unutrašnji svijet djeteta, što u kasnijoj dobi posljedično dovodi do smetnji u društvenoj integraciji, emocionalnoj nestabilnosti, kao i rizika od pokušaja samoubojstva. Odsutnost ili smrt roditelja bitan su rizični čimbenik u razvoju BPD-a, što za posljedicu ima odsutstvo osjećaja sigurne privrženosti („attachment”) djeteta prema roditelju. Takva osoba je vulnerabilna u stresnim situacijama i sklonija je dekompenzaciji u specifičnim rizičnim okolnostima. Dezorganizacija attachment-a negativno utječe na socijalnu integraciju, razumno promišljanje, prepoznavanje i razumijevanje svojih i tuđih emocija, kao i prilagodbu aktualnim interpersonalnim interakcijama i izazovima (23). Najkorišteniji nezreli mehanizmi obrane oslabljenog *ega* u graničnoj strukturi ličnosti su projekcija, projektivna identifikacija, rascjep (*splitting*) te *acting out* (odigravanje). Kognitivne teorije upućuju na razdvajanje stvarnosti („crno-bijeli”) i određena pridružena emocionalna stanja. Bihevioralni pristup tumači da su granične ličnosti podvrgnute tzv. „sindromu invalidiziranja “ od strane obitelji u kojoj se od djeteta očekuje da bude veselo, a ako nije, to se pripisuje njegovoj grešci. U takvoj obitelji, dijete na neki način „iznuđuje” pažnju roditelja u trenucima izrazite tuge ili napetosti, jer roditelji zanemaruju i ne obraćaju pažnju na „male sitnice”. Na taj način dijete ne stječe adekvatno samopouzdanje, emocionalne vještine i navike smirivanja ili udovoljavanja sebi te odrasta u osobu s izrazitim afektivnim oscilacijama i emocionalnim disbalansom koje nije u stanju kontrolirati. Psihosocijalne teorije pak obraćaju pažnju na socijalnu dezintegraciju u kojoj moderno društvo ne nalazi načine kojima pomaže mladima u izgradnji vlastitog identiteta, pred pojedinca se postavljaju veliki zahtjevi, dolazi do indirektnog nametanja drugih standarda vrijednosti društva i mijenjanja tradicionalnih uvjeta. Sve ovo dovodi do direktnog

ili indirektnog utjecaja na obitelj i rani razvoj djeteta , što se, u kombinaciji sa svim ranije spomenutim faktorima, u konačnici povezuje s porastom broja graničnih poremećaja ličnosti (24).

3.3. GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI (BORDERLINE USTROJ) U

KLINIČKOJ PRAKSI

Sukladno kriterijima u DSM-5 (Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, peto izdanje), granični (borderline) poremećaj ličnosti karakterizira prožimajući obrazac nestabilnosti međuljudskih odnosa, slike o sebi (selfa) i afekata, te izražena impulzivnost koja počinje u ranoj odrasloj dobi i prisutna je u različitim kontekstima, indicirana s pomoću najmanje pet ili više od navedenih kriterija uključenja:

1. stalni pokušaji izbjegavanja napuštanja
2. obrazac nestabilnih i intenzivnih interpersonalnih karakteriziran ekstremom idealizacije i devaluacije
3. poremećaj identiteta manifestiran nestabilnom slikom selfa
4. impulzivnost u sklopu minimalno dva područja koja mogu biti potencijalno samoštetna (trošenje novca, rizično seksualno ponašanje, korištenje supstanci, bezobzirna vožnja, itd.)
5. ponavljajuće epizode samoozljeđivanja i suicidalno ponašanje

6. emocionalna nestabilnost vezana uz reaktivnost osjećaja koja može biti vezana uz personalne i okolinske čimbenike. Kao posljedica pojavljuje se disforija koja može trajati satima ili danima.
7. kronični osjećaj praznine
8. nesvojestven intenzivan bijes ili poteškoće kontrole bijesa
9. prolazni disocijativni simptomi ili paranoidne ideacije u situacijama visokog emocionalnog naboja (27).

DSM-5 alternativni dimenzionalni model za BPD zahtjeva prisutnost umjerenog ili većeg oštećenja u funkcioniranju ličnosti, koje se očituje poteškoćama u najmanje dva od sljedećih područja: nestabilna slika o sebi (identitet); nestabilni ciljevi i vrijednosti (samousmjerenost); ugrožena sposobnost prepoznavanja osjećaja i potreba drugih (empatija); te intenzivni, nestabilni i konfliktni bliski odnosi (intimnost). Osim toga, potrebne su četiri ili više od sedam sljedećih osobina ličnosti (od kojih barem jedna mora biti impulzivnost, preuzimanje rizika ili neprijateljstvo): emocionalna labilnost, anksioznost, nesigurnost odvajanja, depresivnost, impulzivnost, preuzimanje rizika i neprijateljstvo. Oštećenja u funkcioniranju ličnosti i patološke osobine ličnosti moraju biti relativno prožimajuće i stabilne (44).

Prije uvedene klasifikacije prema MKB-11 (jedanaesta revizija Međunarodne klasifikacije bolesti, eng. ICD-11), MKB-10 navodi koncept emocionalno nestabilne ličnosti (F60.3) koja obuhvaća nestabilno raspoloženje, nepredvidivo ponašanje, impulzivnost i problematične emocionalne odnose, a pojavljuje se u dva oblika: impulzivni i granični (borderline) tip. MKB-11 eliminirala je tradicionalnu podjelu poremećaja ličnosti prema tipovima te uvela

stupnjevanje promjena ličnosti koje dijeli na blagi, umjereni i teški, a izražene crte ličnosti ili obrasce ponašanja moguće je opisati odvojeno, opisima koji načelno odgovaraju petofaktorijalnom, „big five“ modelu crta ličnosti (6D11.0 - negativna afektivnost (uživljenost), 6D11.1 – emocionalna i socijalna otuđenost (detachment), 6D11.2 - disocijalnost, 6D11.3 - dezinhibicija, 6D11.4 - anankastija), pri čemu se ranije kategorizacije poremećaja ličnosti opisuju sa dvije ili više osobnosti (25). Granični poremećaj ličnosti ovdje je zadržan kao „6D11.5 – Borderline pattern (granični obrazac)“ kako bi se poboljšala klinička korisnost klasifikacije poremećaja ličnosti i olakšala identifikacija pojedinaca koji mogu odgovoriti na određene psihoterapijske tretmane. Stoga, specifikator graničnog obrasca idealno bi se trebao koristiti u kombinaciji sa specifikatorima domene osobina (npr., umjereni poremećaj ličnosti s negativnom afektivnošću, disocijalnošću i dezinhibicijom, granični obrazac) (26).

Borderline ustroj ličnosti predstavlja psihički poremećaj kojeg obilježavaju određene karakteristike primarne bazične strukture sa pridruženim specifičnim aberantnim ponašanjem. To podrazumijeva bizarnost, ekscentričnost i atipičnu komunikaciju općenito, nepovjerljivost, pozdrivost sa prisutnošću odbojnosti i skeptičnosti, hiperiritabilnost, nizak frustracijski prag, impulzivnost i hirovitost, izrazita socijalna introvertnost i retrahiranost, kao i inadekvatna, nedistancirana ili hiperdistancirana interpersonalna komunikacija.

Simptomatologija graničnog poremećaja manifestira se i kao hladan afekt, anhedonija, te okupiranost paranoičnih i bizarnih misli koji ne dosežu psihotični nivo. Javljaju se i opsesivne personalizirane ideacije i primisli, povremene prolazne lažne ili pseudopsihotične epizode s kontinuiranim izraženijim i ponavljajućim iluzijama, auditornim, perceptivnim ili drugim halucinacijama i poremećaj mišljenja. Osim prethodnih simptoma, nažnačene su brze promjene raspoloženja, osjećaj praznine i dosade, nestabilnost emocionalnih veza i često suicidalno

ponašanje (26). Kod borderline ustroja ličnosti radi se o nestabilnom identitetu, depriviranim međuljudskim odnosima i disbalansiranom i nepredvidivom raspoloženju. Identitet se očituje u nesigurnoj predstavi o sebi, svojim ciljevima, seksualnoj orijentaciji i izboru profesije. Takve osobe lako zapadaju u depresiju, anksioznost ili iritabilnost. Nalet nekontroliranog bijesa, prijetnji te pokušaji ili realizacija auto i hetero destrukcije kompletiraju kliničku sliku. BPD je najčešća dijagnoza koja se povezuje sa samoozljeđivanjem i autodestruktivnim ponašanjem, a kao predisponirajuće faktore uz ranije spomenute, navodi se fizičko i/ili seksualno zlostavljanje u djetinjstvu, kirurške zahvate u razvojnog dobu, tjelesnu bolest u ranom djetinjstvu koja je zahtjevala hospitalizaciju, alkoholizam ili depresiju u roditelja, razvod roditelja ili zanemarivanje. Kada govorimo o samoozljeđivanju, najčešće je to zarezivanje kože, obično ručnih zglobova ili drugih dijelova tijela (podlaktica, nadlaktica, trbuha, natkoljenica, itd.), paljenje kože cigaretama ili upaljačem, probadanje kože iglama i sl. Iako se samoozljeđivanje ubraja u neizravno autodestruktivno ponašanje, ono može biti shvaćeno i u sklopu parasuicida koji podrazumijeva ugrožavajući čin okrenut protiv sebe samog te je zapravo prijetnja apelativnog ili demonstrativnog karaktera (28). Namjerno samoozljeđivanje se uglavnom definira kao impulzivna reakcija u subjektivno nesnosnoj situaciji, bez prave namjere da se počini samoubojstvo, što je često prisutno kod graničnog ustroja ličnosti, no kod kojeg ne možemo zanemariti faktor „izazivanja reakcije okoline”, pa ga ubrajamo i u parasuicide (28). Kao izravan povod samoozljeđivanju ističu se stvarno ili zamišljeno odbacivanje i sve situacije koje dovode do osjećaja bespomoćnosti, ljutnje i krivnje (29.). Sam čin zarezivanja ima posebno značenje graničnim ličnostima koje to prakticiraju. Tako se nakon čina zarezivanja opisuje olakšanje od osjećaja pritiska, tenzije, depresivnosti, usamljenosti i alijenacije. Iako neki pojedinci zarezivanje doživljavaju potpuno bezbolnim, drugima služi kao dokaz o sposobnosti da osjete fizičke senzacije koje im daju potvrdu da su živi. Opisuju osjećaj

osnaživanja nakon samog čina, prije kojeg su se osjećali bespomoćnima. Kako bijes i tenzija postaju sve više preplavljujući, dolazi do tranzicije u stanje depersonalizacije opisane kao stanje „nijemosti” ili „nestvarnosti”. Ličnost postaje obuzeta sama sobom i „odsutna” iz vanjske realnosti (29). Povratkom u realitet i ponovnim uspostavljanjem kontrole i doživljavanjem osjećaja takve osobe dobivaju više „razloga za život”. Jedno od objašnjenja zašto je suicid kod borderline-a najčešći, možemo naći u crti ličnosti impulzivnosti koja je u spomenutim poremećajima vrlo izražena (30). Osobe s izraženom impulzivnošću uvijek traže brza i drastična rješenja svojih intenzivnih unutrašnjih konflikata, a katkad suicidalnost možemo promatrati kao oblik manipulacije okolinom radi dobivanja više potrebne pažnje ili je pokušaj suicida posljednji krik za pomoć (31). BPD karakterizira i prisutnost disfunkcionalnih obrazaca ponašanja u interpersonalnim odnosima, što dugoročno slabi potporu okoline u kriznim situacijama i povećava rizik za autodestruktivno ponašanje i suicide (32). Vrlo često se u borderline-a pojavljuje i pridružena depresija sa impliciranim suicidalnim pulzijama (33). Sudicidalno i parasuicidalno ponašanje često je prouzročeno nekom interpersonalnom krizom. Opisuju se tri znaka koja neposredno prethode suicidu: precipitirajući događaj, intenzivno afektivno stanje (izrazita anksioznost ili ekstremna agitacija), prepoznatljive promjene u obrascima ponašanja, uključujući spominjanje suicida ili poduzimanje radnji koje upućuju na njega, pogoršanje u radnom ili socijalnom funkcioniranju i pojačana zloraba psihoaktivnih supstanci (34). Granična razina funkcioniranja ličnosti ima slabo kohezivan identitet, koristi mehanizme obrane temeljene na rascjepu (splittingu), izrazito je rigidna i neadaptibilna, s bazično očuvanom sposobnošću testiranja realiteta koja je podložna utjecaju emocionalnih stanja uz kompromitiran kapacitet za razumijevanje unutarnjih stanja drugih ljudi (slabi mentalizacijski kapacitet). Sa druge strane, kod psihotične razine funkcioniranja ličnosti identitet je inkoherentan, koriste se nezreli mehanizmi obrane, uz veliku neadaptabilnost i

nemogućnost jasnog testiranja realiteta. Pacijenti sa znatnom patologijom identiteta imaju fragmentiran doživljaj selfa i drugih koji je nestabilan kroz vrijeme i u različitim situacijama. Kod njih su subjektivni doživljaji drugih ljudi slabo razvijeni, nedostaje im suptilnosti i dubine, uglavnom su površni i polarizirani („crno bijeli”) (35). Ovako formirani doživljaji sebe i drugih dovode do ekstremno rigidnih, kontradiktornih, nestabilnih i neprimjerenih obrazaca ponašanja koji postaju obilježja ličnosti. U terapijskom procesu, takvi pacijenti često naglo napuštaju terapiju, teško odražavaju terapijski odnos, s mogućnošću prolaznih epizoda gubitka testiranja realiteta i tendencijom impulzivnih „acting out” reakcija. Osobe s graničnom razinom funkcioniranja slične su neuroticima, iako povremeno znaju postati psihotične pod snažnim afektivnim angažmanom, te se često koriste primitivnim mehanizmima obrane. Granične strukture imaju podijeljene objektno reprezentacije. Za razliku od zdravih i neurotika koji ljude oko sebe vide istodobno i kao dobre i kao loše, granične strukture osobe i situacije oko sebe vide isključivo, ili kao dobre ili kao loše. Posljedica su toga izrazite poteškoće u interpersonalnim odnosima, radnom funkcioniranju te bliskim i intimnim odnosima (36). Već spomenuta specifična klinička slika s graničnom organizacijom ličnosti koja se sastoji od simptoma emocionalne nestabilnosti te crta ličnosti kao što je jaka ljutnja, impulzivnost te paranoidne reakcije na stresne situacije može se približiti bipolarnom poremećaju, za razliku od pacijenata sa shizotipnim poremećajem koji se zbog njegovih kognitivnih osobitosti (neobična uvjerenja, ekscentričan govor) usko povezuje s elementima koji graniče sa shizofrenijom. Međutim, shizotipni poremećaj se klinički često javlja udružen s graničnim ustrojem ličnosti, pri čemu je potrebno postaviti dijagnoze oba poremećaja. Koncept shizotipije zapravo opisuje kontinuum značajki ličnosti i doživljaja od disocijativnih i imaginarnih stanja do ekstremno psihotičnih eksploracija. Osobe s graničnom organizacijom ličnosti u kliničko okruženje donose složenu psihološku i međuljudsku dinamiku koja često uzrokuje frustraciju i

konsternaciju među kliničarima, a pacijenti se osjećaju odbačenima, pa dijagnoza granične organizacije ličnosti često uzrokuje i stigmatu s kojom se ovi pacijenti suočavaju, što predstavlja dodatan problem (37). Ponašanja karakteristična za granični poremećaj ličnosti kao što su autodestruktivno ponašanje, zlouporaba psihoaktivnih tvari, kockanje i seksualni promiskuitet atak su na društvene i moralne norme te izazivaju negativne kognitivne i emocionalne reakcije okoline. Stoga se naglašava potreba organizacije dodatnih edukacija u praksi zasnovanih na dokazima, za stručnjake iz mentalnog zdravlja koji rade s tom skupinom pacijenata (38).

3.4. TERAPIJSKI PRISTUP I LIJEČENJE

U pristupu liječenju osoba sa graničnim poremećajem ličnosti koristi se psihoterapija i psihofarmakoterapija. Izbor terapije ovisi o simptomatologiji, intenzitetu samih simptoma i pridruženim komorbiditetima.

Postoji niz psihoterapijskih tehnika i intervencija koje se koriste u liječenju osoba sa BPD-om. Bave se različitim načinima integracije razuma i osjećaja, a pokazale su se iznimno učinkovitima u smanjenju suicidalnog ponašanja, ublažavanju simptoma depresije te poboljšanju općeg funkcioniranja osoba sa ovim poremećajem. Godinama je granični poremećaj ličnosti bio karakteriziran kao izrazito zahtjevan za liječenje, uz visoko ispadanje („drop-out”) iz terapijskih procesa (39). Dok uobičajen psihijatrijski tretman uglavnom nije rezultirao znatnim pomacima, pokazalo se da je specijalizirana psihoterapija iznimno učinkovita metoda liječenja za pacijente sa BPD-om (40). Dokazana je učinkovitost kombinacije četiriju vrsta psihoterapijskih modela:

1. transferno fokusirana terapija kojoj je cilj interakcija između pacijenta i terapeuta,
2. kognitivno-bihevioralna terapija koja je usmjerena prema disregulaciji emocija i deficitu u socijalnim vještinama. Ona uključuje dijalektičko-bihevioralnu terapiju, sa ciljem učenja i uvježbavanja novih vještina kroz grupni pristup, sa svrhom boljeg funkcioniranja i prilagodbe okolini i STEPPSS (eng. systems training for emotional predictability and problem solving) – Sustavi obuke za emocionalnu predvidljivost i rješavanje problema
3. tretman temeljen na mentalizaciji, koja se odnosi na proces prepoznavanja i razumijevanja vlastitog mentalnog stanja te mentalnog stanja drugih, a povezano je s obilježjima privrženosti (attachmenta) u ranoj dobi
4. shema fokusirana terapija, tj. kombinirana integrativna terapija koja uključuje kognitivnobihvioralnu terapiju, teoriju privrženosti, psihodinamske koncepte i terapije usmjerene na emocije.

Psihofarmakoterapija se uvodi pri težim kliničkim slikama ovisno o specifičnoj simptomatologiji i pridruženim psihopatološkim komorbiditetima. To uključuje simptome depresije, anksioznosti, suicidalnosti, kao i mogućih pridruženih psihotičnih epizoda.

Psihofarmaci djeluju ciljano na određene simptome, a najdjelotvorniji su pri manjim dozama. Sukladno međunarodno dogovorenim algoritmima u terapiji BPD-a primjenjuju se SIPPS (selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina – eng. SSRI) antidepresivi, koji su minimalno učinkoviti kod depresije i anksioznosti u osoba sa BPD-om, stabilizatori raspoloženja kao što je lamotrigin (inidiciran kod afektivne impulzivnosti, anksioznosti i depresije), antiepileptici i antipsihotici nove generacije (teška kognitivna dezorganizacija, projektivne elaboracije, crno-bijelo razmišljanje i sl.), dok se anksiolitici ne preporučuju zbog rizika od zlouporabe i ovisnosti (32).

4. RASPRAVA

BPD je teški mentalni poremećaj kojeg karakterizira sveprisutan obrazac simptoma koji uključuje emocionalnu nestabilnost, nestabilan identitet, kronični osjećaj praznine, strah od napuštanja, intenzivne i nestabilne međuljudske odnose, disocijativne simptome, impulzivnost i suicidalna ili samoozljeđujuća ponašanja. Izvor je tema o kojoj se mnogo raspravlja zbog svoje kompleksne i specifične prirode te izazova koje postavlja za pogođene, njihovu obitelj i okolinu, kao i zdravstvene djelatnike koji su suočeni s ovim poremećajem. BPD pogađa gotovo 2% populacije i 10 % psihijatrijskih pacijenata te je gotovo jednako čest kao shizofrenija i opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) zajedno. Osim toga, uz opterećujuću simptomatologiju, povezan je s teškim morbiditetom i visokim društvenim troškovima.

Pravovremenim prepoznavanjem i dijagnozom moglo bi se na vrijeme pomoći pacijentima s BPD-om da dobiju potrebnu podršku i pomoć. Zemlje diljem svijeta i ključna organizacijska tijela udružuju se kako bi postigli konsenzus o tome kako najbolje i što ranije upravljati ovim stanjem. Heterogenost u kliničkoj prezentaciji znači da ne postoje dva pacijenta sa identičnom ili čak sličnom simptomatologijom, a trenutni jedinstveni pristup dijagnozi i liječenju ne rješava u potpunosti složene potrebe mnogih ljudi koji žive s BPD-om (45). Jedan od problema je što se preferirane metode za dijagnozu BPD-a i dalje se razlikuje među zemljama. U većini kliničkih okruženja, pacijenti sa sumnjom na BPD bit će procijenjeni pomoću kliničkih intervjua. Iako postoji konsenzus u većini zemalja o korištenju polustrukturiranih intervjua za dijagnozu, postoje neki koji su manje uvjereni u njihovu korisnost. Na primjer, švedske smjernice ukazuju da upotreba polustrukturiranih intervjua sama po sebi nije dovoljna za formuliranje dijagnoze graničnog poremećaja ličnosti i umjesto toga predlaže usvajanje LEAD (Longitudinal Expert All Data) principa kao zlatnog standarda, pozivajući se na kliničara koji

je pokazao svoju kompetentnost za procjenu temeljenu na temeljitom kliničkom intervjuu i uzimajući u obzir

sve dostupne podatke. U međuvremenu, UK daje prednost službama za mentalno zdravlje u zajednici (poznate i kao timovi za mentalno zdravlje u zajednici) koji pružaju podršku i liječe osobe u kućnom okruženju (umjesto u psihijatrijskoj bolnici), za dobivanje dijagnostičkih dokaza (41,42). Dijagnoza BPD-a oslanja se na kliničarevo tumačenje subjektivnih simptoma i samoizvještavanje bolesnika. DSM-5 navodi devet kriterija za BPD, od kojih pet mora biti prisutno za dijagnozu. U postavljanju dijagnoze prema ovim aktualnim dijagnostičkim kriterijima vrlo brzo se pojavljuju brojne poteškoće. Ovi su kriteriji široki i otvoreni za tumačenje, što dovodi do varijabilnosti u dijagnozi. Na primjer, „impulzivnost“ ili „bjesomučni napori da se izbjegne napuštanje“ mogu se različito manifestirati među pojedincima, a kliničari mogu dati prednost različitim simptomima prilikom postavljanja dijagnoze. Ta subjektivnost može dovesti do nedosljednih dijagnoza, pri čemu se nekim pacijentima dijagnosticira BPD u jednom setting-u, ali ne i u drugom. Ovakav subjektivni pristup pretpostavlja da se granični poremećaj ličnosti može jasno razlikovati od normalnih varijacija, kulturnih razlika i drugih mentalnih poremećaja te da su trenutačne dijagnostičke kategorije valjane i homogene, što je velik problem. Riječ je o nehomogenoj grupi ljudi koje je vrlo teško kategorizirati u entitete s nadom da će se predvidjeti njihovo buduće ponašanje. Dijagnostika ovog poremećaja jedna je od najzahtjevnijih u psihijatriji, pogotovo ako se ima u vidu da je riječ o dijagnozi koja je cijeloživotna. Sa druge strane, nemamo nikakve biološke markere koji mogu potvrditi tu dijagnozu. Idući problem je što ovi ljudi često ne vide da oni a ne drugi imaju problem u interpersonalnim odnosima i da je problem u njima, a ne isključivo u drugima. Sve su to razlozi razlozi zašto profesionalci djeluju u dva pravca, jedni zagovaraju što precizniju dijagnostiku jasnih kategorija, dok drugi zagovaraju dimenzionalnu klasifikaciju temeljenu na teorijama ličnosti (3). Nadalje, komorbiditet s drugim poremećajima značajan je izazov u

dijagnosticiranju BPD-a. Bolesnici s BPD-om često imaju dodatna stanja, kao što su depresija, anksioznost, poremećaji prehrane ili ovisnosti o supstancama. Prisutnost ovih komorbidnih stanja može zamagliti dijagnozu BPD-a, budući da simptomi jednog poremećaja mogu dominirati kliničkom prezentacijom, što dovodi do početnog fokusa na liječenje očitijeg poremećaja. Diferencijalna dijagnoza je ključna, ali izazovna, jer zahtijeva pažljivu procjenu kako bi se razdvojili simptomi koji se preklapaju i odredila primarna dijagnoza. Simptomi BPD-a mogu uvelike varirati od osobe do osobe, pa čak i unutar iste osobe tijekom vremena. Ova varijabilnost komplicira dijagnostički proces jer pacijenti možda neće pokazivati sve simptome u vrijeme procjene. Na primjer, neke osobe s BPD-om mogu se prvenstveno boriti sa samoozljeđivanjem i emocionalnom nestabilnošću, dok druge mogu pokazivati ozbiljne poremećaje identiteta ili nestabilnost odnosa. Fluktuirajuća priroda ovih simptoma znači da jedna procjena možda neće obuhvatiti puni opseg poremećaja, što dovodi do nedovoljne ili pogrešne dijagnoze. Kliničko iskustvo ukazuje da mnogi pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti ne saznaju svoju dijagnozu i nerijetko se liječe pod dijagnozama bipolarnog poremećaja ili depresije zbog čega često neuspješno tragaju za pomoći za svoju „terapijski rezistentnu“ bolest osi I koju možda i imaju, ali ona svakako nije njihov primarni problem (43). Granični poremećaj ličnosti je često povezan s ranom traumom, osobito tijekom djetinjstva, kao što je fizičko, emocionalno ili seksualno zlostavljanje. Odnos između traume i BPD-a dodaje još jedan sloj složenosti dijagnostičkom procesu. Trauma može dovesti do različitih psiholoških odgovora, uključujući PTSP, složeni PTSP i disocijativne poremećaje, koji svi dijele simptome s BPD-om. Procjena utjecaja traume i razlikovanje između BPD-a i poremećaja povezanih s traumom zahtijeva nijansirano razumijevanje pacijentove razvojne povijesti i međugre između traume i razvoja osobnosti.

5. ZAKLJUČAK

Granični poremećaj ličnosti jedan je od najučestalijih poremećaja ličnosti kojeg obilježava znatan poremećaj ponašanja i općeg funkcioniranja osobe u svakom spektru te nosi visoki rizik za suicidalno i parasuicidalno ponašanje, stoga ga je potrebno na vrijeme prepoznati i dijagnosticirati. Dijagnostički izazovi BPD-a su višestruki, uključujući preklapanje simptoma, stigmatu, subjektivnost u tumačenju kriterija, komorbiditet, varijabilnost u prezentaciji simptoma i utjecaj traume. Rješavanje ovih izazova zahtijeva temeljit i nijansiran proces procjene, svijest o mogućnosti pogrešne dijagnoze i predanost smanjenju stigme u području mentalnog zdravlja. Poboljšana obuka za kliničare, poboljšani dijagnostički alati i veća svijest o složenosti BPD-a ključni su za poboljšanje točnosti i dosljednosti dijagnoza, što u konačnici dovodi do boljih ishoda za one koji su pogođeni ovim poremećajem. Istraživanja sugeriraju da je granični poremećaj ličnosti velik javnozdravstveni problem, ali da uz ranu prognozu i detekciju te adekvatno i pravodobno liječenje ima znatno bolju prognozu nego što se prije smatralo.

6. SAŽETAK

Granični poremećaj ličnosti karakteriziraju teška funkcionalna oštećenja, visok rizik od samoubojstva, negativan učinak na tijek depresivnih poremećaja, ekstenzivna primjena liječenja i visoki troškovi za društvo. Tijek ovog poremećaja je manje stabilan od očekivanog za ostale poremećaje osobnosti. Konkretni uzroci još nisu u potpunosti jasni, ali čini se da genetski čimbenici i nepovoljni životni događaji i okolnosti, osobito u ranom djetinjstvu, međusobno djeluju i dovode do poremećaja. Neurobiološka istraživanja pokazuju da su abnormalnosti u frontolimbickim mrežama povezane s mnogim simptomima. Podaci o učinkovitosti ciljane psihofarmakoterapije u liječenju BPD-a variraju i dokazi još nisu čvrsti, ali je poznato da znatno pomažu u liječenju težih oblika bolesti, specifičnih simptoma kao i određenih komorbiditeta (44). Određeni oblici psihoterapije pokazali su se iznimno korisnima za suočavanje s problemima koji se često javljaju u bolesnika s graničnim poremećajem osobnosti. Potrebna su daljnja istraživanja o dijagnozi, neurobiologiji i liječenju da bi se našao konkretan uzrok, postavile idealne smjernice i kriteriji za dijagnozu te otkrio najadekvatniji terapijski pristup.

Ključne riječi: borderline, granični poremećaj ličnosti, dijagnostika, psihoterapija, psihofarmakoterapija

7. SUMMARY

Borderline personality disorder is characterized by severe functional impairment, a high risk of suicide, a negative impact on the course of depressive disorders, extensive treatment, and high costs to society. The course of this disorder is less stable than expected for other personality disorders. The specific causes are not yet fully understood, but genetic factors and adverse life events and circumstances, especially in early childhood, seem to interact to produce the disorder. Neurobiological research indicates that abnormalities in the frontal limbic networks are associated with many symptoms. Data on the effectiveness of targeted psychopharmacotherapy in the treatment of BPD vary and the evidence is not yet firm, but it is known to be of considerable help in the treatment of severe forms of the disease, specific symptoms as well as certain comorbidities (44). Certain forms of psychotherapy have proved to be extremely helpful in dealing with the problems that often occur in borderline personality disorder patients. Further research on diagnosis, neurobiology and treatment is needed to identify a specific cause, establish ideal guidelines and criteria for diagnosis, and identify the most appropriate therapeutic approach.

Key words: borderline, borderline personality disorder, diagnosis, psychotherapy, psychopharmacotherapy

8. LITERATURA

1. Allport GW. Personality: a psychological interpretation. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1937.
2. Anić V. Veliki riječnik hrvatskog jezika. Zagreb: Novi Liber, 2003.
3. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence , and effect of personality disorder. Lancet. 2015 Feb 21;385(9969):717-26
4. Stone MH, Stone DK., Hurt SW. Natural history of borderline patients treated by intense hospitalization. Psychiatr Clin North Am. 1987.; 10: 185-206.
5. Friedman RC, Corn R. Suicide and the borderline depressed adolescent and young adult. J Am Ac Psychoanal. 1987.; 15: 429-48
6. Lachkar J, The narcissistic/borderline couple: new approaches to marital therapy. 2nd ed. New York i Hove: Brunner-Routledge, 2004.
7. Gunderson JG, Links PS. Borderline personality disorder: A clinical guide. 2nd ed. Washington, DC: Am Psychiatr Publ; 2008. 155-156
8. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Borderline Personality Disorder: Treatment and Management. [Internet]. Leicester (UK): British Psychological Society (UK); 2009 [citirano: 10.8. 2024.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55415/>
9. Pinto C, Dhavale HS, Nair S, et al. Borderline personality disorder exists in India. Journal of Nervous and Mental Disease. 2000;188:386–388.
10. Paris J: Estimating the prevalence of personality disorders in the community. J Pers

- Disord 2010; 24: 405-11.
11. Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dyck IR, Stout RL, Bender DS et al.: Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant or obsessive-compulsive personality disorder. *Am J Psych* 2002; 159: 276-83.
 12. Conclin CZ & Westen D: Borderline personality disorder in clinical practice. *Am J Psychiatry* 2005; 162(5): 867-75
 13. Soeteman DI, Hakkaart-van Roijen L, Verheul R & Buschbach JJV: The economic burden in personality disorders in mental health care. *J Clin Psychiatr* 2008;69(2): 259-65
 14. Torgersen S, Lygren S, Oien PA, et al. A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 2000;41:416–425.
 15. White CN, Gunderson JG, Zanarini MC, et al. Family studies of borderline personality disorder: a review. *Harvard Review of Psychiatry*. 2003;11:8–19.
 16. Caspi A et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* [Internet]. 2003. [citirano 10.08.2024.]; 2003;301(5631):386-389. Dostupno na: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.1083968>
 17. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet* 2004; 364: 453-461
 18. Tebartz van Elst L, Hesslinger B, Thiel T, et al. Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study. *Biological Psychiatry*. 2003;54:163–171.
 19. Friedel RO. Dopamine dysfunction in borderline personality disorder: A hypothesis. *Neuropsychopharmacology* 2004; 29: 1029-1039

20. Zanarini MC. Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 2000; 23:89-101
21. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990.
22. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 1989; 146: 490-495
23. Levy KN. The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Dev. Psychopathol* [Internet]. Rujan, 2005. [citirano 12.08.2024.]; 2005;17(4):959-986. Dostupno na:
<https://doi.org/10.1017/s0954579405050455>
24. Begić D. *Psihopatologija*. Četvrto, dopunjeno i obnovljeno izdanje Zagreb: Medicinska naklada; 2021. str. 504-506.
25. Begić D. *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2022. str. 116.-117.
26. Pan, B., Wang, W. Practical implications of ICD-11 personality disorder classifications. [Internet]. *BMC Psychiatry* 24, 191 (2024) [citirano 20.08.2024.]. Dostupno na:
<https://doi.org/10.1186/s12888-024-05640-3>
27. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC: Am Psychiatr Publ; 2013.
28. Jakovljević M. Procjena i liječenje suicidalnog pacijenta. U: *Krizna stanja* . Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1986.

29. Farberow NL. i ur. Indirect self-destructive behaviour. Comprehensive textbook of suicidology. New York London: The Guilford Press; 2000. str. 427-55.
30. Joiner TE Jr, Rudd MD, Rajab MH. The modified scale for suicidal ideation: factors of suicidality and their relation to clinical and diagnostic variables. J Abnorm Psychol 1997; 106 (2): 260-5
31. Pompili M, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R. Suicidality in DSM IV cluster B personality disorders. An overview. Ann Ist Super Sanita. 2004; 40(4): 457-83.
32. Marčinko D et al. Poremećaj Ličnosti: Stvarni Ljudi Stvarni Problemi. Zagreb: Medicinska Naklada; 2015. str 14-65.
33. Kernberg OF. Agression in personality disorders and perversions. New Heaven and London: Yale University Press; 1992. str. 316.
34. Hendin H., Maltzberger JT, Lipschitz A, Hass AP, Kyle J. Recognizing and responding to a suicide crisis. Suicide Life Threat Behav. 2001; 31 (2): 115-28.
35. McWilliams N. Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Prosecc. 2nd edt. New York: The Guilford Press; 2011.
36. Restek-Petrović B, Filipčić I, Poremećaji ličnosti u kliničkoj praksi. Zagreb: Medicinska naklada; 2023. str. 65.-66.
37. Potter, N. Mapping the Edges and the In-Between: A Critical Analysis of Borderline Personality Disorder. International perspectives in Philosophy and Psychiatry. Oxford University Press, 2013.
38. Black DW, Pfohl B, Blum N, McCormick B, Allen J, North CS, Phillips KA, Robins C, Siever L, Silk KR, Williams JB, Zimmerman M. Attitudes toward borderline personality disorder: a survey of 706 mental health clinicians. CNS Spectr. 2011;16(3):67-74

39. Jorgensen CR, Kjolbye M, Freund C, Boye R & Jordet H: Level of functioning of patients with borderline personality disorder. The Risskov-I study. Nord Psykol 2009; 61: 42-60.
40. Jorgensen CR, Freund C, Boye R, Jordet H, Andersen D & Kjolbye M: Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder. A randomized trial. Acta Psychiatr Scand 2012; 127: 305-17
41. National Institute for Health and Care Excellence. Borderline personality disorder: recognition and management. [Internet] 2009. [citirano 20.08.2024.] Dostupno na : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/resources/borderline-personality-disorder-recognition-and-management-pdf-975635141317>.
42. Simonsen S, et al. Borderline Personal Disord Emot Dysregul 2019;6:9.
43. Zanarini MC, Conkey LC, Temes CM, Fitzmaurice GM. Randomized Controlled Trial of Web-Based Psychoeducation for Women With Borderline Personality Disorder. J clin Psychiatry. 2018;79(3).
44. The World Psychiatric Association. World Psychiatry. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversi. [Internet]. National Library of Medicine. PubMed Central; 2024. [citirano: 15.08. 2024.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10786009/>
45. Guideline Digest: Borderline Personality Disorder. Connecting Psychiatry. [Internet] May 2023. [citirano 20.08.2024.]. Dostupno na: <https://pro.boehringer-ingenelheim.com/connecting-psychiatry/resources/guidelines-bpd>

9. ŽIVOTOPIS

Lukas Hauptert rođen je 28.03.1998. godine u Zagrebu. Završio je osnovnu školu grofa Janka Draškovića u Zagrebu 2013. godine i upisao opći smjer XIII. Gimnazije u Zagrebu koju završava 2016. godine. Integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij Medicine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci koji je upisao akademske godine 2018./2019. završava 2024. godine.