

# GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI U DJETINSTVU I ADOLESCENCIJI

---

Mrđen, Ivana

Master's thesis / Diplomski rad

2019

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:184:069601>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-29**



Repository / Repozitorij:

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



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

Ivana Mrđen

GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI U DJETINJSTVU I ADOLESCENCIJI

Diplomski rad

Rijeka, 2019. godina

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

Ivana Mrđen

GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI U DJETINJSTVU I ADOLESCENCIJI

Diplomski rad

Rijeka, 2019. godina

Mentor rada: izv. prof. dr. sc. Mirjana Graovac, dr. med.

Diplomski rad ocijenjen je dana \_\_\_\_\_ u/na

\_\_\_\_\_, pred povjerenstvom u  
sastavu:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Rad sadrži 49 stranica i 41 literaturni navod.

## Zahvala

*Zahvaljujem se svojoj mentorici, izv. prof. dr. sc. Mirjani Graovac, na suradnji i razumijevanju pri izradi diplomskog rada.*

*Također, zahvaljujem se svim svojim dragim prijateljima što su mi sve ove godine pružali neizmjernu podršku i uljepšali studentske dane.*

*Posebno se želim zahvaliti svojoj obitelji, osobito majci Anamariji, na ljubavi i razumijevanju koju mi je kroz sve vrijeme školovanja pružala.*

*Za kraj, zahvaljujem se i svojoj najdražoj Hani.*

## Tablica sadržaja

1. Uvod.....	1
2. Svrha rada.....	3
3. Poremećaji ličnosti kroz povijest i sadašnjost.....	4
3.1. Granični poremećaj ličnosti kroz povijest i sadašnjost.....	5
4. Granični poremećaj ličnosti u odrasloj dobi - dijagnostički kriteriji, epidemiologija, etiologija i liječenje.....	7
4.1. Dijagnostički kriteriji za granični poremećaj ličnosti.....	7
4.2. Epidemiologija graničnog poremećaja ličnosti.....	9
4.3. Etiologija graničnog poremećaja ličnosti.....	9
4.4. Liječenje graničnog poremećaja ličnosti.....	10
4.4.1. Bihevioralna psihoterapija.....	11
4.4.2. Psihodinamska psihoterapija.....	11
4.4.3. Specifične psihoterapijske mogućnosti liječenja graničnog poremećaja ličnosti.....	13
4.4.4. Medikamentozna terapija u liječenju graničnog poremećaja ličnosti.....	13
5. Granični poremećaj ličnosti u djetinjstvu i adolescenciji.....	15
5.1. Epidemiologija graničnog poremećaja ličnosti u djetinjstvu i adolescenciji.....	15
5.2. Etiologija graničnog poremećaja ličnosti - međuodnos genetike, neurotransmitera, neuroanatomije i okoliša.....	16
5.2.1. Uloga gena i neurotransmitera u etiologiji graničnog poremećaja ličnosti.....	16
5.2.2. Uloga gena i neuroanatomije u etiologiji graničnog poremećaja ličnosti.....	18
5.2.3. Uloga gena i okoliša u etiologiji graničnog poremećaja ličnosti.....	19
5.3. Etiologija graničnog poremećaja ličnosti- uloga trauma i drugih psihičkih uzroka.....	19
5.3.1. Granični poremećaj ličnosti i reakcija posttraumatskog opterećenja.....	20
5.3.2. Traumatizirajuća iskustva u djetinjstvu.....	20
5.3.3. Psihoanalitički pogled na nastanak graničnog poremećaja ličnosti – utjecaj individuacije.....	21
5.4. Zaključno o etiologiji graničnog poremećaja ličnosti.....	23
6. Manifestacije graničnog poremećaja ličnosti u djetinjstvu.....	24
6.1. Poremećaji interpersonalnih odnosa kao manifestacija graničnog poremećaja ličnosti u djece.....	25
6.2. Poremećaj kontrole impulsa kao manifestacija graničnog poremećaja ličnosti u djece.....	25
6.3. Strah kao manifestacija graničnog poremećaja ličnosti u djece.....	26
6.4. Poremećaj osjećaja vlastite vrijednosti kao manifestacija graničnog poremećaja ličnosti u djece.....	26
6.5. Poteškoće s realitetom kao manifestacija graničnog poremećaja ličnosti u djece.....	27
6.6. Liječenje graničnog poremećaja ličnosti u djece – uloga dječje psihoterapije.....	27

6.7. Zaključno o graničnom poremećaju ličnosti u djetinjstvu.....	28
7. Manifestacije graničnog poremećaja ličnosti u adolescenciji .....	29
7.1. Rizično ponašanje i samoozljeđivanje kao manifestacije graničnog poremećaja ličnosti u adolescenata.....	29
7.2. Poremećaj psihosocijalnog funkcioniranja kao manifestacija graničnog poremećaja ličnosti u adolescenata.....	30
7.3. Pojavnost komorbiditeta s ostalim duševnim oboljenjima kao manifestacija graničnog poremećaja ličnosti u adolescenciji .....	30
7.4. Liječenje graničnog poremećaja ličnosti u adolescenciji .....	31
7.5. Zaključno o manifestacijama graničnog poremećaja ličnosti u adolescenciji.....	31
8. Posljedice graničnog poremećaja ličnosti - poremećaj interpersonalnih odnosa i suicid.....	33
8.1. Poremećaj interpersonalnih odnosa kao posljedica graničnog poremećaja ličnosti - utjecaj na partnerske odnose .....	33
8.2. Suicidalnost kao posljedica graničnog poremećaja ličnosti .....	35
9. Tijek graničnog poremećaja ličnosti – mogućnost izlječenja? .....	36
10. Rasprava .....	37
11. Zaključak .....	41
12. Sažetak .....	42
13. Summary .....	43
14. Literatura .....	44
15. Životopis.....	49

## 1. Uvod

„Ličnost je kompletna psihička struktura koja obuhvaća emocionalne i kognitivne osobine, oblike doživljavanja i reagiranja, temperament, moralne osobine i karakter. Ona obilježava sveobuhvatnu psihu, te uključuje temperament, karakter, sposobnost, uvjerenja, interese, stavove, vrijednosti i motive. Ličnost je u psihičkome smislu cjelokupnost neke osobe, njezina sveobuhvatna psihička cjelina“(1). Poremećaji ličnosti podrazumijevaju rigidne i neprilagođene načine ponašanja, koji za posljedicu imaju poremećaje u socijalnim, međuljudskim i radnim odnosima. Specifični obrasci slabije prilagodbe su evidentni, te se kao takvi pojavljuju već u razdoblju djetinjstva. Osobe s poremećajima ličnosti su često manje sposobne za prevladavanje svakodnevnih događaja, te ih doživljavaju kao frustraciju, uz povišenu razinu tjeskobe, no unatoč tome smatraju da je njihov način ponašanja ispravan. Upravo iz tih razloga ovakve osobe rijetko samostalno traže liječničku pomoć, pa ih tako liječnici susreću tek onda kada ih na liječenje dovedu njihovi bližnji ili socijalna služba i to zbog poteškoća koje te osobe svojim maladaptivnim obrascima ponašanja uzrokuju drugima, a ne sebi. Uočiti razliku između poremećaja ličnosti i mentalnih oboljenja nije uvijek jednostavno, ali jest iznimno bitno u liječničkoj praksi, poglavito zato što poremećaji ličnosti mogu ubrzati razvoj težeg mentalnog oboljenja, ali i zato jer je ponašanje bolesnika često presudno za ishod liječenja. Diferencijalno dijagnostički trajanje ponašanja, koje nije uobičajeno, može predstavljati ishodište u procjeni mentalnih poremećaja i poremećaja ličnosti. Odnosno, ukoliko se pojedinac oduvijek ponašao „normalno“, te se odjednom počeo ponašati „abnormalno“, to će govoriti u prilog poremećaju u razvitku, ali ne i poremećaju ličnosti, u čijem se slučaju osoba oduvijek na neki način ponašala „abnormalno“. Upravo zato, vrlo je bitno prepoznati karakteristike poremećaja ličnosti što ranije, odnosno, već u djetinjstvu ili adolescenciji.



Granični poremećaj ličnosti jedan je od tipova poremećaja ličnosti, te će se u ovom radu baviti prezentacijom simptomatologije istog u djetinjstvu i adolescenciji (2).

## **2. Svrha rada**

Svrha ovog rada jest prikazati etiologiju, epidemiologiju i simptomatologiju graničnog poremećaja ličnosti u djetinjstvu i adolescenciji, te usporedbu navedenih s graničnim poremećajem ličnosti u odrasloj dobi. Ujedno, svrha ovog rada je i isticanje važnosti pravodobne dijagnostike ovog poremećaja s ciljem ranijeg započinjanja i poboljšanja ishoda liječenja. Naime, znanstveno je dokazano kako raniji nastup simptoma graničnog poremećaja ličnosti korelira sa njegovim postojanjem i u odrasloj dobi (3). Ujedno, cilj ovog rada jest prikazati kako i u djetinjstvu i adolescenciji postoji dovoljno elemenata za postavljanje dijagnoze graničnog poremećaja ličnosti, usprkos činjenici da je riječ o dobima u kojima se ona još uvijek razvija. Pokušaj skidanja stigme s ove dijagnoze, posljednja je ali možda i najviše bitna svrha ovog rada.

### 3. Poremećaji ličnosti kroz povijest i sadašnjost

Povijest poremećaja ličnosti seže još u 17. stoljeće, kada je francuski psihijatar Philippe Pinel započeo prve opise ovih poremećaja, dok je istraživanja kasnije nastavio engleski liječnik James Cowles Prichard definirajući ih kao morbidnu nastranost uobičajenih osjećaja, temperamenta i običaja, odnosno nazivao ih je „moralnim ludilom“. Kao one koji nemaju mogućnosti za istinite moralne emotivne senzacije definirao ih je engleski psihijatar Henry Maudsley, dok je sljedeći korak učinio njemački psihijatar Koch predlažući naziv „psihopatska inferiornost“ što bi podrazumijevalo nenormalnosti ponašanja bez prisutnog mentalnog oboljenja ili ispada intelektualnog funkcioniranja. Prvi koji je pokušao napraviti klasifikaciju ovih poremećaja bio je njemački psihijatar Emil Kraepelin, te je opisao sedam vrsta poremećaja ličnosti. Njegov rad nadopunio je njemački psihijatar Kurt Schneider koji je utvrdio da kod je kod psihopata sigurno to da uzrokuju patnje samima sebi. Tri skupine psihopatije definirao je škotski psihijatar David Henderson, u kojoj su prvu činili pretežno agresivni pojedinci kao i oni skloni zlouporabi raznih supstanci i ovisnostima, drugu pasivni pojedinci karakterizirani nestabilnom ličnošću kao i oni sa shizoidnim karakteristikama, dok su treću skupinu činili kreativni psihopati.

Danas postoje dvije valjane klasifikacije koje opisuju poremećaje ličnosti, a to su: Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB) i Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM). Među njima postoje neke razlike u klasifikaciji ovih poremećaja, pri čemu Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema poremećaje ličnosti svrstava kao ravnopravne preostalim duševnim oboljenjima, dok ih Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje označava na drugačijoj osnovi i tako određuje podležeće karakteristike ličnosti bolesnika od neke druge duševne bolesti. Tijek i prognoza samog liječenja određene duševne bolesti najčešće više

ovise o ličnosti pacijenta nego o samoj duševnoj bolesti zbog koje se pojedinac liječi, te upravo zato klasifikacijski sustavi sve više naginju prema tome da se značaj poremećaja ličnosti poveća (2).

### **3.1. Granični poremećaj ličnosti kroz povijest i sadašnjost**

Još krajem 17. stoljeća engleski liječnik Thomas Sydenham u jednom svom pismu prijatelju opisao je čitav niz vlastitih pacijenata sljedećom, danas poznatom, rečenicom: „Oni preko svake mjere vole iste one koje će bez razloga mrziti“. Bio je šokiran naglim ispadima bijesa, boli i straha, koje je primjećivao kod svojih pacijenata. Tada Sydenham karakteristike koje je opisivao nije nazivao graničnim poremećajem ličnosti, već je žene nazivao histeričnima, a muškarce hipohondrima. I dan danas su simptomi, odnosno karakteristike koje je tada navodio, dva najvažnija kriterija za postavljanje dijagnoze graničnog poremećaja ličnosti. No, unatoč takvom točnom opisu, tek dva stoljeća kasnije takvi slučajevi su prozvani graničnima. Pred kraj 19. stoljeća među nekolicinom engleskih psihijatara počeo se pojavljivati naziv *borderland*, što u prijevodu znači granično područje. Prilikom korištenja tog naziva i oni su promišljali o pacijentima koje su izdvajali od ostalih prema načinu razmišljanja, osjećaja i funkcioniranja. Naime, takvi pacijenti izdvajali su se po svojim brzim izmjenama različitih, čak i potpuno suprotnih osjećaja i afekata, kao i zbog crno-bijelog načina promišljanja, ali i čestih izljeva bijesa. Godine 1938. američki psihoanalitičar Adolph Stern uveo je pojam *borderline* koji u prijevodu znači granična crta, pri čemu je htio pojmovno razgraničiti određenu skupinu pacijenata. Naime, poremećaj kojeg je pronalazio u takvih pacijenata nije se uklapao u kriterije uobičajene za neuroze, ali se isto tako nije mogao ni jednoznačno nazvati psihotičnim. Zbog svog prilično neodređenog oblika ova dijagnoza je dugo vremena smatrana neprikladnom za postavljanje, te je trebalo proći još pola stoljeća dok termin granični poremećaj ličnosti nije postao službeno priznat kao bolest. Godine 1975. Gunderson i

Singer pregledali su kliničke opise odrasle osobe s graničnim poremećajem u literaturi i predložili su šest značajki na kojima su temeljili dijagnozu: prisutnost intenzivnog afekta, povijest impulzivnog ponašanja, površna društvena prilagodljivost, kratke psihotične epizode, specifični obrasci na psihološkom testiranju i poremećeni međuljudski odnosi (4). Dakle, tek je krajem 20. stoljeća navedeni poremećaj uvršten u internacionalne i općepriznate medicinske klasifikacijske sustave. Na takav način, granični poremećaj ličnosti, pronašao je svoj put u medicinska istraživanja, praksu, dijagnostiku i terapiju (5,6).

#### **4. Granični poremećaj ličnosti u odrasloj dobi - dijagnostički kriteriji, epidemiologija, etiologija i liječenje**

Pojam granični poremećaj ličnosti odnosi se na psihijatrijski sindrom kojeg karakterizira neadekvatna regulacija emocija, impulzivnost, rizično ponašanje, razdražljivost, osjećaji praznine, samoozljeđivanja, strah od napuštanja, kao i nestabilni međuljudski odnosi. Ovaj poremećaj nije uobičajen isključivo kod psihijatrijske populacije, već je čest i u općoj populaciji, te stoga predstavlja važan javnozdravstveni problem (7).

Radi se o nestabilnim osobama koje imaju problema u interpersonalnim odnosima, osobama koje su promjenjivog raspoloženja kao i narušene predodžbe o samima sebi. Radi se o osobama ekstrema, za koje svijet može biti isključivo „crn ili bijel“, odnosno o ljudima za koje neutralnosti ne postoje, oni ili vole ili mrze. Ponekad je testiranje realiteta kod ovih osoba poprilično loše, tako da mogu nalikovati i na psihotične bolesnike. Primjerice, nerijetko se pojavljuju kratkotrajne, ali potpune halucinacije i sumanutosti. No, za razliku od primjerice shizoidnih ličnosti, međuljudski odnosi su kod ovog poremećaja izrazito dramatični i intenzivni (2).

##### **4.1. Dijagnostički kriteriji za granični poremećaj ličnosti**

Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje (DSM-IV), kriteriji za postavljanje dijagnoze graničnog poremećaja ličnosti podrazumijevaju pervazivne modele nestabilnosti u međuljudskim odnosima, poimanju samog sebe i emocija kao i izraženu impulzivnost, pri čemu sve od navedenog započinje još u ranoj odrasloj dobi, te se manifestira u brojnim situacijama kao pet ili više od sljedećih obilježja:

1. Snažni napori kako bi se izbjegla mogućnost stvarnog ili izmišljenog napuštanja
2. Model intenzivnih, ali nestalnih međuljudskih odnosa karakteriziran izmjenama krajnje idealizacije i omalovažavanja, poznat kao „crno-bijeli svijet“
3. Izražena i trajno nestabilna slika o samome sebi, odnosno smetnje identiteta
4. Impulzivnost koja se manifestira na minimalno dva područja koja su štetna za njih same, poput spolnih odnosa bez zaštite, bezglavog trošenja novca, uporabe psihoaktivnih supstanci
5. Suicidalno ponašanje, prijetnje, geste ili ponašanje koje rezultira samounakazivanjem
6. Izražena reaktivnost raspoloženja koja za posljedicu ima emotivnu nestabilnost
7. Trajan osjećaj praznine
8. Poteškoće s kontrolom bijesa koje podrazumijevaju česte tučnjave, izljeve bijesa kao i kroničnu ljutnju
9. Paranoidne ideje ili disocijativne simptome koje su prolazne i najčešće vezane uz stres (8).

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB) granični poremećaj ličnosti definira se kao emocionalno nestabilan poremećaj u kojeg spadaju dvije podvrste: impulzivni tip i *borderline* tip. Osobe na koje se dijagnoza emocionalno nestabilnog poremećaja ličnosti odnosi pate od značajnih promjena raspoloženja, odnosno osobe na koje se ovo odnosi, kao i njihovo ponašanje, okarakterizirano je stanjima i raspoloženjima koja se stalno i naglo mijenjaju. Oba podtipa ovog poremećaja karakterizirana su impulzivnošću kao dijagnostičkim kriterijem. Kako ova klasifikacija opisuje, osobe s graničnim poremećajem ličnosti imaju izraženu sklonost ka impulzivnom djelovanju što bi značilo da ne uzimaju u obzir moguće posljedice svog ponašanja. Isto tako, osobe koje pate od ovog poremećaja se često tuže na određene nesigurnosti u odnosu na vlastiti identitet, odnosno njihova slika o

samima sebi je poremećena. Kao daljnji kriterij navodi se i sklonost prema intenzivnim, no nestalnim odnosima, uz ulaganje nadnaravnih napora da se izbjegne osjećaj napuštanja, koji može biti stvaran, no najčešće je imaginaran. Tada dolazi do emocionalnog konflikta, te se upravo u takvim kriznim situacijama mogu javiti prijetnje samoubojstvom ili autodestruktivno ponašanje (5).

#### **4.2. Epidemiologija graničnog poremećaja ličnosti**

Granični poremećaj ličnosti čest je kako u općoj populaciji tako i u kliničkim uvjetima. Prevalencija poremećaja ličnosti u općoj populaciji iznosi od 10-13%, dok prevalencija graničnog poremećaja ličnosti iznosi 2% (9). Omjer žena i muškaraca s poremećajem veći je u kliničkim populacijama nego u općoj populaciji, te je tako omjer u kliničkim uvjetima 3: 1. Dvije epidemiološke ankete opće populacije Sjedinjenih Američkih Država otkrile su da se životna prevalencija ovog poremećaja ne razlikuje značajno između muškaraca i žena, a ta činjenica ukazuje na to da žene s ovim poremećajem samo češće traže liječničku pomoć od muškaraca. U istraživanju pacijenata s graničnim poremećajem ličnosti utvrđeno je da i muškarci i žene imaju sličnu stopu povijesti traume u djetinjstvu i razine trenutnog psihosocijalnog funkcioniranja (10). Važno je naglasiti da je među najučestalijim dijagnozama u kliničkoj medicini zapravo mješoviti poremećaj ličnosti, što podrazumijeva čitav slijed preklapanja brojnih tipova poremećaja, pa shodno tome i nedovoljnu specifičnost kategorizacije dijagnoza (9).

#### **4.3. Etiologija graničnog poremećaja ličnosti**

Ličnost pojedinca ovisi o mnogobrojnim faktorima, pri čemu jedan od temeljnih faktora zauzimaju nasljedne predispozicije. Za njih možemo reći da tvore biološke temelje svakog daljnjeg razvoja ličnosti, od rođenja pa do odrasle dobi. Shodno tome, možemo reći, kako je



ličnost rezultanta međudnosa nasljeđa, socijalnih iskustava i psihičke prorade istih. Opterećujuća iskustva tijekom života, te određeni konstitucijski ili biološki faktori mogu kod osobe pridonijeti razvitku određenih karakteristika ličnosti, koje ga potom uvijek iznova dovedu u konflikte, te čine harmoničnu uravnoteženost odnosa sa samim sobom i okolinom otežanom ili nemogućom. Dakle, poremećaji ličnosti su posljedica ometajućih čimbenika uz otežane početne predispozicije. No, unatoč navedenom, danas smo još daleko od objašnjenja, kao i razumijevanja, nastanka graničnog poremećaja ličnosti. Za sada ne postoje jednoznačni odgovori na pitanja o specifičnim smetnjama koje zasigurno dovode do ovog poremećaja. No, ono što se danas zna i s čime se većina stručnjaka slaže, jest stav struke da vjerojatno postoji više uzroka koji dovode do ovog poremećaja. Naime, da bi do njegovog razvitka došlo potreban je spoj brojnih čimbenika, pri čemu bitnu ulogu imaju kako biološke predispozicije, tako i psihološko okruženje koje na razvoj ličnosti utječe (5).

#### **4.4. Liječenje graničnog poremećaja ličnosti**

U liječenju graničnog poremećaja ličnosti naglasak se stavlja na psihoterapijske metode kojima se oboljelima pomaže u njihovim nastojanjima u poboljšavanju prilagodbi u stresnim životnim situacijama, kao i temeljite promjene njihovih polariziranih stavova, a što bi u konačnici trebalo rezultirati povlačenjem većine simptoma ovog poremećaja odnosno prevladavanjem istog. Znanstvena literatura nudi više stotina različitih oblika terapije, no u ovom sažetom prikazu psihoterapijskih metoda liječenja osvrnut ću se na dvije koje su najčešće korišten e- bihevioralnu psihoterapiju i psihodinamsku psihoterapiju, te ukratko spomenuti novije specifične psihoterapijske metode liječenja. No, isto tako, bitno je za napomenuti kako uz psihoterapijske metode liječenja ovog poremećaja u obzir dolaze i nadopune istih medikamentoznom terapijom, čiji se cilj i smisao ogleda u poboljšanju određenih simptoma ove bolesti, poput depresivnog raspoloženja ili tjeskobe. Za kraj ovog uvoda bitno je napomenuti kako ne postoji samo jedna metoda liječenja ovog poremećaja, isto

kao što i ne postoji samo jedan univerzalni oblik ove bolesti, zato se koriste kombinacije različitih metoda, čiji odabir dominantno ovisi o iskustvu liječnika, simptomatologiji i težini kliničke slike (5).

#### **4.4.1. Bihevioralna psihoterapija**

Bihevioralna psihoterapija ima vodeću ulogu u liječenju graničnog poremećaja ličnosti. Ona polazi od osnovne pretpostavke kako je svaka vrsta ponašanja naučena, te da se na isti način kako je naučena može i „odučiti“. Bitno je napomenuti kako se pod terminom ‚ponašanje‘ ne misli samo na ono koje se može opažati izvana, već i na unutarnje procese poput mišljenja, stavova i tjelesnih procesa. Osnovni cilj ovakve vrste terapije jest u pokretanju procesa učenja koji su zasnovani na sposobnosti oboljele osobe da si samopomogne, odnosno ova terapija vodi ka tome da se pogrešno naučeno promijeni. To pogrešno naučeno se najčešće ogleda u obrascima ponašanja koji se odvijaju na nesvjesnoj razini i kao takvi nisu efikasni. Tijekom terapije radi se na otkrivanju potencijala osobe, njezinih talenata i mogućnosti. Pretpostavka koja mora biti ispunjena kako bi terapijski proces bio uspješan je izgradnja čvrstog odnosa sa terapeutom. Zapravo, može se reći kako je poanta cijelog postupka ta da oboljeli postane na neki način „sam sebi terapeut“, odnosno da pomoću terapije dođe do stanja u kojem je sposoban u svojoj svakodnevnicu prepoznavati nove mogućnosti ponašanja i aktivno ih testirati. Terapija se odvija kroz razgovor, ali i s praktičkim vježbama koje mogu biti individualne ili unutar grupe (5).

#### **4.4.2. Psihodinamska psihoterapija**

Dubinska psihoterapija koju je utemeljio Siegmund Freud daje bitne aspekte potrebne za razumijevanje graničnog poremećaja ličnosti. Osnovna pretpostavka ove terapije jest ta da svi psihodinamski postupci polaze od toga da se većinski dio naših duševnih procesa odvija na

nesvjesnoj razini (5). Pod pojmom psihodinamike misli se na teoriju koju je iznio Siegmund Freud, a ona nalaže da je unutarnji život osobe vrlo bitan izvor za sve njegove akcije i reakcije, te da se sve želje i emocije nalaze u stalnom pokretu. Takvo konstantno pomicanje unutrašnjeg psihičkog stanja naziva se psihodinamskim radom, a psihodinamsko razumijevanje ličnosti nalaže da svi ljudski osjećaji, fantazije kao i želje iznimno utječu na čovjekovo ponašanje, te ga tako mijenjaju i pokreću (11). Ujedno, ova vrsta psihoterapije nalaže kako poremećaji u pojedinim fazama razvitka mogu dovesti do specifičnog oblikovanja karaktera, ali i simptoma, koji naknadno mogu biti izazvani sadašnjim zbivanjima. Naime, prema teoriji na kojoj je ova terapija zasnovana, simptomi određenog poremećaja zapravo proizlaze iz određenog kompromisa kojeg osoba izabire kako bi mogla izdržati tenzije zbog konflikta koji do sada nije bio na svjesnoj razini. Na osnovi takvog poimanja duševna bolest nije pogreška, već predstavlja jedinu mogućnost svladavanja određenog konflikta u određenom životnom razdoblju. Odnos između tih simptoma i individualnog razvoja može objasniti samo psihodinamska psihoterapija. U taj proces Freud je uveo formulu koja podrazumijeva prisjećanje, ponavljanje i prorade, te je na takav način precizno definirao slijed i tijek ove vrste terapije. Naime, terapija započinje od aktualnih tegoba pacijenta, a potom temom postaje pozadina dosadašnjeg života na način da sjećanja počinju sudjelovati u oblikovanju odnosa između terapeuta i pacijenta. To se u psihoanalitičkoj terminologiji naziva prijenosom. Prisjećanje unutar ove terapije, dakle, ne podrazumijeva samo banalno opetovano razmišljanje o nečem, već obuhvaća i mišljenje i osjećaje, što bi značilo da pacijent u odnosu s terapeutom ponovno pokušava proživjeti nešto što je zaboravljeno, te tek unutar takvog transfernog odnosa pacijent može u potpunosti razumjeti smisao pojedinih simptoma. Unutar ove vrste psihoterapije tijekom godina razvile su se brojne inačice iste, te je u ovom ulomku objašnjen samo osnovni princip funkcioniranja iste (5).

#### **4.4.3. Specifične psihoterapijske mogućnosti liječenja graničnog poremećaja ličnosti**

Aktualni razvitak psihoterapije usmjeren je na razvoj psihoterapijskih metoda specifičnih za određeni poremećaj. Tako i kod graničnog poremećaja ličnosti nalazimo dva specifična postupka, čija je uspješnost znanstveno potvrđena, a riječ je o dijalektičkoj bihevioralnoj terapiji prema Marshi Linehan i psihoterapiji usmjerenoj na prijenos prema Ottu Kernbergu i njegovim suradnicima.

Dijalektička bihevioralna terapija integrira tehnike opuštanja s tehnikama meditacije, a njezin je cilj uvježbavanje razumijevanja vlastitih emocija, ostvarivanje kontakta s istima i ponovno učenje reakcija na iste. Unutar ove terapije postoji jasna hijerarhijska struktura tema, a ona bezuvjetnu prednost daje autodestruktivnom ponašanju. U ovoj vrsti terapije traumatska iskustva prorađuju se tek po završetku terapije odnosno kada pacijent stekne određenu razinu stabilnosti (5,12).

Psihoterapija usmjerena na prijenos je, za razliku od ostalih dubinsko psiholoških postupaka, vrlo jasno strukturirana. Konkretno, u aktualnom odnosu sa psihoterapeutom pacijentu počinje biti jasan način nesvjesnog obrasca po kojem strukturira odnose. Isto tako, pacijent uči prepoznavati koje mehanizme obrane u određenom trenutku koristi, te uči koristiti i alternativne mogućnosti mehanizama obrane i na takav način drugačije oblikovati i doživljavati odnose. Isto kao i kod dijalektičke bihevioralne terapije i psihoterapija usmjerena na prijenos daje vrlo jasnu hijerarhijsku postavku tema, pri čemu samoozljeđivanje uvijek ima prednost (5).

#### **4.4.4. Medikamentozna terapija u liječenju graničnog poremećaja ličnosti**

Pacijentima koji boluju od graničnog poremećaja ličnosti nerijetko se preporuča primjena psihofarmaka. Potrebno je naglasiti kako ne postoji lijek koji bi bio jedini primjenjiv za ovaj poremećaj, kao što je to primjerice slučaj u nekim drugim duševnim bolestima poput shizofrenije ili depresije kojima se ciljano propisuju antipsihotici ili antidepresivi. No, unatoč toj činjenici, davanje psihofarmaka može biti od velike koristi, a ponekad i neophodno, a tijekom duljih razdoblja liječenja i dobra nadopuna psihoterapijskim metodama. Statistika pokazuje kako preko 80% pacijenata oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti tijekom liječenja bude tretirano određenom vrstom medikamentozne terapije. Ono što je zanimljivo, te bitno za napomenuti, jest činjenica kako simptomi graničnog poremećaja ličnosti mogu podrazumijevati brojne različite oblike tegoba, ne samo sklonost suicidu i samooštećujućem ponašanju općenito, već se također mogu pojaviti i psihotična stanja, depresivna stanja ili poremećaji kontrole impulsa. Isto tako, za ovaj poremećaj je specifičan i komorbiditet s drugim psihičkim poremećajima. Takva raznolikost ovog poremećaja, kao i velik broj popratnih tegoba i bolesti, dovode do toga da se danas upotrebljavaju raznoliki lijekovi, ovisno o smetnjama od kojih oboljeli pate. Na osnovi dosadašnjeg kliničkog iskustva u liječenju graničnog poremećaja ličnosti lijekovima, može se zaključiti nekoliko činjenica. Prva je da medikamentozna terapija najviše pomaže kod emocionalnih smetnji poput depresije, smetnji kontrola impulsa, te psihotičnih stanja (5). Sljedeća, ali ne manje bitna, jest činjenica kako za brojne simptome ove bolesti pomažu inhibitori ponovne pohrane serotonina (13). Isto tako, činjenica je i da trajno uzimanje neuroleptika ili litijevih soli, kao i antiepileptika, dugoročno nije preporučljivo, no kratkoročno neki od tih lijekova mogu biti svrhoviti. Ono što je iznimno bitno jest da se u slučaju korištenja medikamentozne terapije uvijek treba napraviti individualan plan liječenja, prilikom kojeg mora biti jasno definirano koje simptome pacijent ima i koje lijekove propisati kako bi učinili da ti određeni simptomi regrediraju odnosno nestanu (5).

## **5. Granični poremećaj ličnosti u djetinjstvu i adolescenciji**

Unatoč dugogodišnjem općem dogovoru da poremećaji ličnosti imaju svoje korijene u djetinjstvu i adolescenciji, dijagnosticiranje graničnog poremećaja ličnosti prije 18-te godine starosti jest i dalje kontroverzno (14). Diljem svijeta kliničari su još uvijek u velikoj mjeri neodlučni u dijagnosticiranju ovog poremećaja u ranim životnim dobima iz tri razloga:

1. Karakteristične značajke graničnog poremećaja, kao što su afektivna nestabilnost ili poremećena slika o sebi mogu biti dio normalnog ponašanja u mladosti
2. Razvoj ličnosti je još uvijek u tijeku
3. Granični poremećaj ličnosti je pogrdan naziv, a liječnici žele zaštititi svoje pacijente od stigmatizacije koju ova dijagnoza sa sobom donosi

No, unatoč gore navedenim razlozima sve je više dokaza koji govore u prilog dijagnosticiranju i liječenju ovog poremećaja u mladosti. Utvrđeno je da je granični poremećaj ličnosti jednako pouzdan i valjan u adolescenciji kao što je i u odrasloj dobi. Ujedno, liječenje specifično za ovaj poremećaj je korisno, a ono dominantno podrazumijeva ranu intervenciju (15,16).

### **5.1. Epidemiologija graničnog poremećaja ličnosti u djetinjstvu i adolescenciji**

Epidemiološki podaci graničnog poremećaja ličnosti i kod djece i adolescenata su ograničeni. Kumulativna stopa prevalencije sugerira kako 1,4% mladih zadovoljava dijagnostičke kriterije za ovaj poremećaj već u dobi do 16-te godine, dok se sa daljnjim starenjem, odnosno u dobi od 22 godine ta prevalencija povećava na 3,2%. Zanimljivo jest to da su ovi podaci usporedivi sa podacima o prevalenciji graničnog poremećaja ličnosti kod odraslih koja zauzima od 0,7%-2,7%, odnosno prosječno 2% (17,18). Unatoč uvriježenom mišljenju kako

je omjer oboljelih žena naspram muškaraca 3:1, populacijske studije ne pokazuju znatne razlike u prevalenciji ovog poremećaja u muškog i ženskog spola u djetinjstvu i adolescenciji. Dijagnostička relevantnost odnosno stabilnost dokazano je otprilike jednaka u adolescentnoj dobi, kao i u odrasloj. Isto tako, 10 godina nakon inicijalne dijagnoze 85% odraslih s ovim poremećajem će ući u „remisiju“ bolesti, odnosno zadovoljavat će manje od pet kriterija za ovu bolest, a taj postotak će 16 godina nakon inicijalne dijagnoze narasti i do 99%. Takvi podaci potvrđuju činjenicu da granični poremećaj ličnosti postaje klinički vidljiv tijekom adolescencije, s pikom u ranoj mladosti, a potom sa starenjem klinička uočljivost opada (19).

## **5.2. Etiologija graničnog poremećaja ličnosti - međuodnos genetike, neurotransmitera, neuroanatomije i okoliša**

Kako je već prije rečeno, točan uzrok graničnog poremećaja ličnosti jest i dalje nepoznanica, međutim, četiri važne teorije zauzimaju ključno mjesto u objašnjavanju nastanka istog, a to su: teorija o genetskom utjecaju, teorija neurotransmitera i hormona, neuroanatomska teorija i teorija okoliša. Svaki od njih zagovara drugačiji faktor kao odlučujući za razvoj ovog poremećaja. U daljnjem tekstu svaka od navedenih teorija biti će pojašnjena s ciljem povezivanja osnovnih manifestacija ovog poremećaja, kao i njegovih uzroka, s razvojnim životnim dobima - djetinjstvom i adolescencijom (5).

### **5.2.1. Uloga gena i neurotransmitera u etiologiji graničnog poremećaja ličnosti**

Tijekom posljednjeg desetljeća učinjena su brojna opsežna istraživanja koja su pokušavala otkriti uzroke graničnog poremećaja ličnosti. Za sada, rezultati ukazuju na povezanost genetskih abnormalnosti i nekih karakteristika ovog poremećaja. Multinacionalna velika studija, učinjena na jednojajčanim blizancima, otkrila je kako genetski čimbenici igraju ulogu u individualnim razlikama nekih obilježja graničnog poremećaja ličnosti u zapadnom društvu.

Genetski utjecaji objašnjavaju 42% varijacija u obilježjima graničnog poremećaja ličnosti i kod muškaraca i kod žena, dok okolišni čimbenici objašnjavaju preostalih 58% (20,21).

Daljnje istraživanje genetske podloge četiriju glavnih značajki graničnog poremećaja ličnosti, odnosno: afektivne disregulacije, kognitivnih poremećaja, poremećenih međuljudskih odnosa i poremećaja u ponašanju, sugerira da je jedan genetski faktor podloga većine genetskih varijacija u simptomima graničnog poremećaja ličnosti. Dvije studije u osnovi prikazuju kako su geni odgovorni za većinu simptoma graničnog poremećaja ličnosti, te da je vjerojatno riječ o specifičnom, ali nepoznatom skupu gena. Nakon toga, provedeno je još jedno istraživanje na 711 braće i sestara i 561 roditelj. Studijom je identificiran genetski materijal koji je vjerojatno povezan s ovim poremećajem i to na kromosomima 1, 4, 9 i 18. Među njima deveti kromosom ima vjerojatno najbitniju ulogu i to konkretno 9p24 područje tog kromosoma (22).

Ono što je iznimno zanimljivo jest činjenica kako ti isti kromosomi igraju vrlo bitnu ulogu i u nastanku nekih drugih mentalnih oboljenja, poput shizofrenije i bipolarnog poremećaja, što donekle može pojasniti preklapanje simptoma graničnog poremećaja ličnosti sa simptomima bipolarnog poremećaja. No, unatoč navedenim činjenicama, specifični geni koji bi bili konkretno povezani sa svim simptomima graničnog poremećaja nisu uočeni. No, osim navedenih gena, postoje i neki drugi specifični geni koji bi mogli ponuditi drugačiji uvid u samu etiologiju graničnog poremećaja ličnosti. Studija o moždanom neurotrofnom čimbeniku (BDNF- *brain derived neurotrophic factor*), faktoru bitnom za preživljavanje postojećih neurona, kao i za rast i diferencijaciju novih neurona i sinapsi, otvorila je neke nove mogućnosti za objašnjenje razvoja navedenog poremećaja. Naime, povećana metilacija promotora ovog gena je uočena u osoba oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti, a ono što je još zanimljivije jest činjenica kako je uočena korelacija između povećane metilacije kod zlostavljane djece odnosno osoba zlostavljanih u djetinjstvu. Isto tako, zanimljiva je i činjenica da je kod osoba koje su pohađale bihevioralne terapije i primijetile pozitivan učinak



istih, pokazale smanjenje metilacije tog istog promotora. To otkriće je iznimno bitno iz razloga što pokazuje kako promjene u epigenetskom statusu pojedinih gena mogu biti u podlozi kognitivnih promjena u graničnom poremećaju ličnosti, te da mogu biti ispravljene putem adekvatnog psihoterapijskog pristupa (20,23).

Izuzev već spomenutih gena, geni povezani sa serotoninom koji je neurotransmiter uključen u regulaciju raspoloženja, apetita i spavanja, je također istraživana u nekim studijama, kao potencijalni faktor u nastanku graničnog poremećaja ličnosti. Među nekoliko genskih mutacija koje su bile dovedene u vezu sa ovim poremećajem, najznačajniji su bili oni otkriveni u 5-HT<sub>2C</sub> receptoru i TPH2 enzimu (20,24). 5-HT<sub>2C</sub> je serotonininski receptor koji regulira raspoloženje, anksioznost, hranjenje i reproduktivno ponašanje preko otpuštanja dopamina, dok je TPH2 enzim u serotoninergičnim neuronima mozga koji regulira sintezu i razinu serotonina. Jedna od studija, rađena na miševima, je utvrdila kako TPH2 abnormalnosti mogu biti uzrokom kognitivne nefleksibilnosti, koja je simptom brojnih mentalnih poremećaja. Isto tako, uočeno je kako su ti isti miševi, nakon tretiranja sa 5-HT<sub>2C</sub> agonistima, pokazali redukciju kognitivnog deficita (20,25).

### **5.2.2. Uloga gena i neuroanatomije u etiologiji graničnog poremećaja ličnosti**

Još od samih početaka istraživanja graničnog poremećaja ličnosti brojne studije su implicirale kako postoje evidentne neuroanatomske nepodudarnosti među zdravim osobama i osobama oboljelim od ovog poremećaja, poglavito u područjima mozga odgovornim za regulaciju emocija. Jedna od posljednjih studija rađenih na ovu temu potvrđuje tu teoriju, odnosno kazuje kako procesuiranje negativnih emocija kod oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti može biti uzrokovana abnormalnom recipročnom vezom između limbičkih struktura i frontalnih regija mozga. Naime, limbički sustav odgovoran je za stupnjevanje subjektivno procijenjenih negativnih emocija, dok su frontalne moždane regije odgovorne za regulaciju

emocija (20,26). Jedna studija dokazala je povezanost funkcionalnog polimorfizma, koji je genetska anomalija, 5-HTR1A gena sa strukturnim anomalijama amigdale - strukture presudne za iskustvo emocija, u pacijenata s graničnim poremećajem. Naime, tom studijom potvrđeno je kako osobe koje boluju od navedenog poremećaja imaju manji volumen amigdale u prisustvu anomalije 5-HTR1A gena (27).

### **5.2.3. Uloga gena i okoliša u etiologiji graničnog poremećaja ličnosti**

Geni mogu biti povezani s još jednim iznimno bitnim faktorom koji sudjeluje u nastanku graničnog poremećaja ličnosti - okolišem. Zlostavljanje u djetinjstvu je od posebne važnosti s obzirom da je godinama smatrano osnovnim uzrokom nastanka ovog poremećaja i tako dugo vremena bilo suprotstavljano ulozi genetike. Novija istraživanja pokazuju kako postoji povezanost između zlostavljanja u djetinjstvu i reduciranog volumena desnog ventrolateralnog prefrontalnog korteksa, dijela mozga odgovornog za kontrolu emocija (20,28).

### **5.3. Etiologija graničnog poremećaja ličnosti- uloga trauma i drugih psihičkih uzroka**

Najbliže objašnjenju nastanka graničnog poremećaja ličnosti na prvi pogled daje pretpostavka o postojanju iznimno traumatičnog doživljaja u djetinjstvu ili ranoj mladosti. Brojna istraživanja su dokazala kako je velik broj pacijenata oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti, doživjelo neki oblik zlostavljanja, bilo tjelesnog, duševnog ili seksualnog. Ujedno, takvi događaji se mnogo češće mogu čuti u izjavama pacijenata oboljelih od navedenog poremećaja nego u primjerice pacijenata oboljelih od depresije. Prema nekim istraživanjima, četvrtina svih osoba oboljelih od ovog poremećaja nekada je u mladosti proživjela seksualno zlostavljanje od strane svojih bližnjih. Takva saznanja postavljaju pitanja o snazi poveznice

graničnog poremećaja ličnosti i traumatskih iskustava, i mogućnošću povezivanja s posttraumatskim stresnim poremećajem (5).

### **5.3.1. Granični poremećaj ličnosti i reakcija posttraumatskog opterećenja**

Četvrtina ljudi koji su proživjeli neko izuzetno ugrožavajuće iskustvo, kao što je primjerice silovanje, razvije posttraumatski stresni poremećaj. Isti se može pojaviti odmah nakon traume ili naknadno, s odgodom od nekoliko tjedana ili mjeseci. Simptomi ovog poremećaja podrazumijevaju: nemir, smanjen kapacitet otpornosti na opterećenja, strah, poremećaje spavanja, a nerijetko se kod istih pojavljuju i memorijski bljeskovi neugodnih događaja (eng. *flashback*). Prilikom tih memorijskih bljeskova, osobe se disociraju odnosno odvajaju od stvarnosti. Takve senzacije vrlo često prate i žestoke senzacije vegetativnog sustava poput tahikardije, znojenja ili naglog povišenja krvnog tlaka. Ujedno, osobe koje pate od ovog poremećaja, često izbjegavaju situacije, lokalitete i ljude koji bi im mogli izazvati sjećanja na traumatski događaj. Brojna istraživanja potvrđuju kako čak 50% pacijenata oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti također ispunjava gore navedene kriterije vezane za posttraumatski stresni poremećaj. No, nije svaka osoba koja boluje od graničnog poremećaja ličnosti u mladosti doživjela neželjeno iskustvo poput nasilja ili zlostavljanja. Isto tako, teško i traumatično djetinjstvo mogu dovesti i do brojnih drugih duševnih poremećaja. Zaključno, unatoč svim podudarnostima, granični poremećaj ličnosti se ne može svesti pod posttraumatski stresni poremećaj, niti može obratno (5).

### **5.3.2. Traumatizirajuća iskustva u djetinjstvu**

Mnoge studije i istraživanja koja su se bavila brojnim životnim pričama i iskustvima pacijenata s graničnim poremećajem ličnosti, došle su do nekoliko zaključaka o djetinjstvu oboljelih. U pričama iz djetinjstva oboljeli od ovog poremećaja mnogo češće navode rastave

roditelja, bolest ili smrt jednog ili oba roditelja, život u domu za nezbrinutu djecu i slično (29).

Ujedno, brojni izvještavaju i o tome kako je stil kojim su odgajani bio po tipu rigidnog nadzora bez ljubavi ili s druge strane pretjerane brige i želje za zadržavanjem. Odnosno, svaki korak prema neovisnosti kao i svaki pokušaj osamostaljivanja kod roditelja bi izazivao ili reakciju kažnjavanja ili nagrađivanja, odnosno poticanja ovisničkih potreba. Iz navedenih razloga stručnjaci danas, za nepodobne događaje u djetinjstvu oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti, više ne koriste izraz trauma - već traumatizirajući odnosi. Ta su iskustva toliko traumatizirajuća jer su povezana s odnosom s roditeljima, koji je od iznimne važnosti za psihički razvoj djeteta. Isto tako, nedostatak temeljnih odnosa, koji bi trebali poticati razvitak i osiguravati stabilnost mogu biti smatrani bitnim za razvoj ovog poremećaja, kao i konkretne pojedinačne traume (5).

### **5.3.3. Psihoanalitički pogled na nastanak graničnog poremećaja ličnosti – utjecaj individuacije**

Psihoanalitičko gledište na nastanak graničnog poremećaja ličnosti usmjerava pogled na unutarnji svijet djeteta. Za takvo dijete je obitelj, koja bi inače trebala predstavljati mjesto sigurnosti i podrške, ujedno i mjesto strahovitih iskustava. Općenito se takvi teški poremećaji u ranom djetinjstvu danas smatraju jednim od bitnih uzroka graničnog poremećaja ličnosti. Ujedno, smetnje tijekom druge i treće godina života smatraju se naročitim faktorima rizika. Tijekom djetinjstva, poglavito tijekom druge i treće godine života, dijete se suočava s vrlo važnim razvojnim zadatkom - sposobnošću doživljavanja sebe kao individue koja ima svoju vlastitu volju, koja je odvojena i neovisna od drugih, kao i u odnosima s drugima. Tada dijete po prvi puta spoznaje činjenicu da sve možemo učiniti samostalno, te da ima pravo usprotiviti se zahtjevima drugih. Tijekom druge godine života dijete postaje sposobno prepoznati se na

fotografiji, počinje govoriti o sebi isprva u trećem licu, a potom u prvom, te ujedno i pokazuje buntovno ponašanje u takozvanom razdoblju negativizma. Isto tako, sa dvije i pol godine djeca postaju sposobna stvarati pojam o svom tijelu, te tako znaju jesu li dječak ili djevojčica, veliki ili maleni, te ujedno počinju koristiti riječi poput „moje“ i „ja“, koje se u toj dobi koriste s posebnim naglaskom. Da bi dijete moglo bez problema svladati sve razvojne zadatke, koji se inače nazivaju i „psihičkim rođenjem“ neminovno mu je potrebno razumijevanje, potpora i ohrabrenje od strane uže obitelji odnosno osoba koje o njemu skrbe. Tek tada dijete postaje sposobno razviti važne funkcije ega, koje su kod oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti evidentno poremećene. Te važne funkcije ega podrazumijevaju: osjećaj vlastitog tijela koje se potom poistovjećuje sa samim sobom, sigurne granice ega kako prema vanjskim tako i prema unutarnjim podražajnim čimbenicima, mehanizme potiskivanja i sublimacije koji su oboje mehanizmi obrane i služe proradi snažnih afekata poput bijesa, poboljšano testiranje realiteta koje omogućava izdržavanje frustracija te bolju kontrolu vlastitih nagona i impulsa, sposobnost da bude samo i bolje podnosi strahove kao i osjećaje krivnje i započinjanje sposobnosti suosjećanja prema drugima.

Čini se kako smetnje u ranoj fazi individuacije mogu dovesti do graničnog poremećaja ličnosti. Poznati psihoanalitičar James F. Masterson simptomatologiju ovog poremećaja objašnjava kao posljedicu neuspješne individuacije, te smatra kako ista nije bila uspješna jer su djeca bila zadržavana od strane roditelja u nakani da istu izvrše. Primjer za to bi bilo dijete koje odrasta u obitelji u kojoj majka svaki korak prema osamostaljivanju djeteta kažnjava uskraćivanjem emocija, dok svako vezivanje uz sebe nagrađuje iznimnom brižnošću. S obzirom da se navedeni splet događaja odvija u razdoblju u kojem bilo koja prijetnja odvajanjem, pa i suptilno izražena, u djetetu izaziva dramatičan strah od napuštanja, takav način zadržavanja na dijete djeluje vrlo razarajuće. Tada maleno dijete proživljava unutarnji konflikt između poriva za samostalnošću i straha od toga da bude napušteno. Krajnji ishod

takvih događaja rezultira time da strah od napuštanja sprječava bilo koje pokušaje za autonomijom. Isprva dijete na takav splet događaja reagira bijesom, no u situaciji da bi zbog istog moglo biti kažnjeno i manje voljeno, brzo odustaje. Tada se razvija osjećaj krivnje i strah od gubitka roditeljske ljubavi, pa dijete reagira osjećajem bespomoćnosti. Nakon toga uslijedit će osjećaj praznine. Takvi teški unutarnji konflikti nadilaze djetetove sposobnosti za prorađu traumatizirajućih iskustava i shodno tome dijete razvija mehanizme kojima će održati dobru sliku o roditeljima, a u jedan od njih spada i rascjep. Naime, dijete u silnom pokušaju da se unutar vlastite obitelji osjeća sigurno, odcjepljuje sve negativne emocije, što znači da ono u svojoj unutrašnjosti odcjepljuje vlastiti svijet osjećaja na crno i bijelo. Posljedica toga je da djetetov unutarnji svijet ne funkcionira kao povezana cjelina, već se dijeli na navedena dva dijela (5).

#### **5.4. Zaključno o etiologiji graničnog poremećaja ličnosti**

Danas je općeprihvaćena teorija o multifaktorijalnom modelu nastanka graničnog poremećaja ličnosti. Taj model obuhvaća sve, do sada, navedene čimbenike: genetsku predispoziciju, promjene neurološke funkcije i traumatizirajuća iskustva u djetinjstvu. U takvom modelu dvije različite skupine faktora su povezane: faktori okoline i konstitucijski faktori. Faktori okoline podrazumijevaju traume u djetinjstvu poput gubitka jednog od roditelja ili odvajanja, zlostavljanja ili općenito poremećenih odnosa unutar obitelji. Konstitucijski faktori podrazumijevaju genetsku sklonost prema određenim psihičkim smetnjama, poremećaje neurotransmitera i funkcionalne smetnje mozga. Smatra se da tek onda kada postoji prisutnost faktora iz obe skupine, kao i njihova međusobna interakcija, dolazi do stvaranja graničnog poremećaja ličnosti (5).

## **6. Manifestacije graničnog poremećaja ličnosti u djetinjstvu**

Djetinjstvo se definira kao životno razdoblje koje počinje od trenutka rođenja, a završava s navršениh 12 godina života (30). Brojni stručnjaci diljem svijeta i dan danas vode brojne kontroverzne rasprave o tome ima li uopće smisla u dječjoj dobi govoriti o poremećaju ličnosti, za što postoje brojni opravdani razlozi. Naime, djetinjstvo predstavlja životnu dob u kojoj se ličnost još uvijek razvija, a ista činjenica vrijedi i za identitet. Iz tih razloga, na ovu temu, postavljaju se brojna pitanja, a jedno od ključnih jest ono koje propituje činjenicu da je u dječjoj dobi zapravo nemoguće govoriti o graničnom poremećaju ličnosti s obzirom da je ta dob i u slučajevima u potpunosti zdravog razvitka obilježena brzim izmjenama čuvstvenih stanja. Svako životno razdoblje pridonosi razvitku ličnosti na određen način, pa shodno tome i u svakom životnom razdoblju postoje određeni ometajući faktori koji mogu utjecati na nastanak graničnog poremećaja ličnosti. Iz tog razloga neki dijagnostičari predlažu zamjenu naziva „granični poremećaj ličnosti“ s „graničnim poremećajem ličnosti u razvoju“, što bi zapravo značilo da bi se kod dijagnosticiranja graničnog poremećaja ličnosti radilo prvenstveno o procjeni jesu li postignuti svi razvojni koraci ličnosti u skladu s određenom dobi, te i o tome da li postoje određene strategije prilagodbe koje dijete koristi u razrješavanju konflikata i ako postoje koje su.

Granični poremećaj ličnosti kod djece utječe na brojna područja života. Takva djeca su često upadljiva zbog agresije koju ispoljavaju naspram drugih, kao i naspram sebe, te zbog strahova, sniženog raspoloženja i prolaznih gubitaka kontakata sa stvarnosti. Izuzev ovakvih psihičkih poteškoća, djeca s ovim poremećajem, pokazuju i brojne somatske smetnje poput motoričkih smetnji, enureze i enkompreze. Ovakve simptome često prate i poteškoće s učenjem, kao i problemi u obrazovno-odgojnim ustanovama, ali i govorni poremećaji (5).

## **6.1. Poremećaji interpersonalnih odnosa kao manifestacija graničnog poremećaja ličnosti u djece**

Poremećaji interpersonalnih odnosa predstavljaju jedan od tipičnih simptoma graničnog poremećaja ličnosti u djece. Takve poteškoće ovoj djeci onemogućavaju uspostavljanje stabilnih odnosa sa okolinom, te mogu poprimiti vrlo raznolik manifestacijski spektar. Ponekad djeca s graničnim poremećajem ličnosti mogu prema svojim roditeljima nastupati izričito zahtjevno ili pak, s druge strane, mogu biti iznimno vezana za roditelje i pokušavati nadzirati njihovo ponašanje. Ponekad nisu sposobni dijeliti roditeljsku ljubav s braćom ili sestrama. Kao i kod odraslih koji boluju od ovog poremećaja tako i djeca mogu pokazivati ekstremne oscilacije između ljubavi i mržnje prema istoj osobi, pa tako i roditeljima. Ponekad i sami roditelji očajavaju zbog ovakvog ponašanja iz razloga što im vlastito dijete odjednom postaje poprilično neshvatljivo poglavito jer ne razumiju uzroke takvih naglih promjena osjećaja odnosno ponašanja. Prema svojim vršnjacima djeca koja pate od ovog poremećaja često pokazuju poteškoće u uspostavljanju kontakta, a prema djeci mlađoj od sebe često se ponašaju nadzirujuće, a ponekad iskazuju sadizam. U školama ili vrtićima ovakva djeca često stoje po strani ili se ponašaju poput razrednog „klauna“, no uvijek bivaju upadljivi dominantno zbog svog teško predvidljivog impulzivnog ponašanja (5).

## **6.2. Poremećaj kontrole impulsa kao manifestacija graničnog poremećaja ličnosti u djece**

Smetnje kontrole impulsa izražene su kako i kod odraslih koji boluju od graničnog poremećaja ličnosti, tako i u djece s ovim poremećajem. Takva djeca najčešće bez ikakvog razloga, a ponekad i nakon minimalnih provokacija, reagiraju vrlo žestokim napadajima bijesa. Inače, napadaji bijesa podrazumijevaju normalan dio djetinjstva, no u takvim slučajevima isti prolaze nakon maksimalno deset minuta, dok je kod djece s ovim



poremećajem ličnosti situacija drugačija. Naime, takva djeca napadaje bijesa proživljavaju i po sat vremena ili dulje, prilikom čega roditelji ili neka druga osoba koja o djetetu skrbi, ni na koji način nije sposobna riječima doprijeti do djeteta kako bi ga smirila (5).

### **6.3. Strah kao manifestacija graničnog poremećaja ličnosti u djece**

Djeca s graničnim poremećajem ličnosti često pate od raznolikih strahova. Takvi strahovi su često mnogo intenzivniji i bizarniji od onih kakve pokazuju djeca koja pate primjerice od anksioznog poremećaja. Najčešći strahovi koje djeca s graničnim poremećajem ličnosti osjećaju jesu oni od velikih katastrofa ili primjerice strahovi od mogućnosti da će se sami smrznuti i polomiti na djeliće, raspasti ili istrnuti. Tijekom napadaja takvih strahova ova djeca često ostavljaju dojam uzbuđenosti ili pak, s druge strane, mogu djelovati u potpunosti umrtvljeno. Iz takvih strahova najčešće proizlaze i brojni novi strahovi, radi čega djeca počinju gledati svijet kao opasno i nesigurno mjesto, a posljedica toga može biti jaka ovisnost o skrbniku kao i traženje njegove zaštite. Vrlo često djeca s ovim poremećajem takve strahove pretvaraju u agresiju (5).

### **6.4. Poremećaj osjećaja vlastite vrijednosti kao manifestacija graničnog poremećaja ličnosti u djece**

Značajan poremećaj osjećaja vlastite vrijednosti jedan je od najupadljivijih simptoma graničnog poremećaja ličnosti u djece. Naime, rascjep, kao jedan od obrambenih mehanizama kojeg ovakva djeca koriste, često dovodi do brzih i naglih izmjena između grandioznih fantazija o samima sebi i osjećaja da su loši ili manje vrijedni. Često su takve brze izmjene percepcije praćene i naglim izmjenama raspoloženja i ponašanja, poglavito izmjenama slatkorječivog hvalisanja s depresivnom povučenošću (5).

## **6.5. Poteškoće s realitetom kao manifestacija graničnog poremećaja ličnosti u djece**

Djeca oboljela od graničnog poremećaja ličnosti ponekad znaju imati poteškoće s realnošću. Inače je ovakvo ponašanje normalno kod mlađe djece, no ono se kod oboljelih od ovog poremećaja ipak znatno razlikuje. Takva djeca nisu sposobna prijeći iz svijeta mašte u svakodnevnicu, te ispravljanje doživljaja na temelju realnosti odjednom postaje otežano. Naime, ovakva djeca imaju tendenciju da svoje maštarije smatraju stvarnima, te počinju vjerovati vlastitim fantazijama u kojima su najčešće svemoćni i „veliki“. Takvo ponašanje često može biti opasno, primjerice dijete može maštati kako je neki akcijski heroj i da primjerice može letjeti, što za posljedicu ima skakanje s velike visine (5).

## **6.6. Liječenje graničnog poremećaja ličnosti u djece – uloga dječje psihoterapije**

Liječenje djece oboljele od graničnog poremećaja ličnosti se ne razlikuje bitno od liječenja odraslih s ovim poremećajem, pa je tako dječja psihoterapija predstavlja osnovnu liječenja. U liječenju se najčešće koriste tri načina psihoterapije: bihevioralna, dubinsko-psihološka i obiteljska psihoterapija.

Cilj bihevioralne psihoterapije je uklanjanje ustaljenih obrazaca ponašanja, te razvitak novih metoda svladavanja stresnih situacija, kao i kompletna unutarnja promjena stavova naspram svega onoga što se do tada smatralo opasnim ili problematičnim.

Cilj dubinsko-psihološke psihoterapije je pronalazak podloge problema, odnosno nesvjesnog konflikta.

Cilj obiteljske psihoterapije je tumačenje postojećih i otkrivanje odnosa unutar obitelji, dominantno odnosa utjecaja i moći, te pronalazak novih načina ophođenja u obitelji kao cjelini.

Koji je psihoterapijski pristup idealan za pojedino dijete ovisi o brojnim čimbenicima, djetetu samom, ali i obitelji, kao i socioekonomskim prilikama u kojima se ista nalazi (5). Uspješnost dječje psihoterapije u liječenju graničnog poremećaja ličnosti je teško utvrdiva, no činjenica jest ta da djeci psihoterapija svakako pomaže (31).

### **6.7. Zaključno o graničnom poremećaju ličnosti u djetinjstvu**

Dijagnosticiranje graničnog poremećaja ličnosti u djetinjstvu predstavlja veliki izazov, dominantno iz razloga što su brojni oblici ponašanja koji bi mogli biti klasificirani kao obilježja poremećaja, dio posve normalnog dječjeg razvoja. No, ipak postoje neke karakteristike koje djecu oboljelu od graničnog poremećaja ličnosti izdvajaju od ostalih, a one su: trajanje i intenzitet upadljivog ponašanja, te brza izmjena različite simptomatologije. Isto tako, djeca oboljela od ovog poremećaja mogu u nekim trenucima djelovati sasvim „normalno“, a već se u drugim ponašati teško poremećeno. Shodno svemu navedenom dječji i adolescentni psihijatri se slažu u jednom, a to je da dijagnozu graničnog poremećaja ličnosti u dječjoj dobi ne može opravdati samo jedan karakterističan simptom ili upadljivo ponašanje, već da tek nepredvidljiva ponašanja koja su inače tipična i za odrasle oboljele od ovog poremećaja, predstavljaju trenutak koji kod dijagnostičara izaziva osobitu pozornost (5).

## **7. Manifestacije graničnog poremećaja ličnosti u adolescenciji**

Adolescencija predstavlja razvojni period od 12-te do 22-ge godine života (2). Granični poremećaj ličnosti u adolescenciji još uvijek predstavlja znatan dijagnostički problem, unatoč činjenici kako je ova dijagnoza uvrštena u treću sekciju petog izdanja Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje, te je kao takva u potpunosti legitimna. Osnovni razlog radi kojeg kliničari izbjegavaju napisati ovakvu dijagnozu u razdoblju adolescencije jest stigma koju ista sa sobom nosi. Granični poremećaj ličnosti u adolescenciji se smatra teškim mentalnim poremećajem koji je povezan sa riskantnim i autodestruktivnim ponašanjem, te se ujedno često pojavljuje u komorbiditetu s drugim duševnim oboljenjima (19).

### **7.1. Rizično ponašanje i samoozljeđivanje kao manifestacije graničnog poremećaja ličnosti u adolescenata**

Adolescenti, kao i odrasli koji boluju od graničnog poremećaja ličnosti, često pokazuju afinitete za impulzivna ponašanja što za posljedicu često ima samoozljeđivanje ili neki drugi oblik autodestruktivnog ponašanja. Osnovne značajke ovog poremećaja u adolescenciji su upravo ponavljajuće samoozljeđivanje bez suicidalne nakane, te suicidalno ponašanje kao takvo. Brojni odrasli pacijenti koji boluju od ovog poremećaja u svojoj povijesti bolesti imaju dugoročna ponavljajuća samo-oštećujuća ponašanja koja datiraju još iz doba adolescencije. Ono što je zanimljivo jest činjenica kako samo-oštećujuće i suicidalno ponašanje predstavljaju osnovnu simptomatologiju graničnog poremećaja ličnosti u adolescenciji, dok ista u odrasloj dobi opada. Smatra se kako su adolescenti oboljeli od ovog poremećaja podložniji rizičnom ponašanju iz razloga što zbog promjenjivih emocionalnih stanja nisu sposobni razumjeti sve posljedice koje takvo ponašanje nosi. Isto tako, adolescenti često pokazuju sklonost ka uzimanju određenih psihoaktivnih supstanci poput droga ili alkohola, dominantno zato što

nisu sposobni nositi se sa vlastitim emocijama, osobito s značajnom promjenjivošću istih. Ujedno, adolescenti oboljeli od ovog poremećaja često pokazuju i sklonost ka rizičnom seksualnom ponašanju, koje se osobito ističe onda kada tijekom takvih nakana uzimaju i određene psihoaktivne supstance (19).

## **7.2. Poremećaj psihosocijalnog funkcioniranja kao manifestacija graničnog poremećaja ličnosti u adolescenata**

Adolescenti koji boluju od graničnog poremećaja ličnosti pokazuju znatno lošije funkcioniranje u interpersonalnim odnosima, kao i u školskim/akademske postignućima. Isto tako, klinička istraživanja potvrđuju kako adolescenti oboljeli od ovog poremećaja žive znatno manjom kvalitetom života u odnosu na adolescente oboljele od nekih drugih duševnih poremećaja (19). Ujedno, jedna studija jest potvrdila kako granični poremećaj ličnosti, dijagnosticiran u adolescenciji daje jasnu predikciju budućih poremećenih međuljudskih odnosa, komorbiditeta, te reducirane kvalitete života, što još dodatno govori u prilog važnosti ranog dijagnosticiranja ovog poremećaja i njegovog pravovremenog liječenja (32).

## **7.3. Pojavnost komorbiditeta s ostalim duševnim oboljenjima kao manifestacija graničnog poremećaja ličnosti u adolescenciji**

Još jedna od karakteristika graničnog poremećaja ličnosti u adolescenciji jest i pojava komorbiditeta s drugim duševnim oboljenjima. Naime, studije su dokazale kako je učestalost komorbiditeta s drugim mentalnim poremećajima veća u adolescenciji nego što je u odrasloj dobi. Naime, dvije studije su rađene, te su obadvije pokazale kako se gotovo 100% promatranih adolescentnih pacijenata oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti, manifestiralo s još minimalno jednom dodatnom duševnom bolešću, od kojih su najčešće bile: poremećaji raspoloženja, poremećaji hranjenja, te poremećaji ovisnosti (33). Isto tako, kada se uspoređuju adolescenti oboljeli od graničnog poremećaja ličnosti s adolescentima oboljelim

od neke druge duševne bolesti, dolazi se do zaključka kako je učestalost komorbiditeta s drugim duševnim oboljenjima u prvoj skupini znatno više izražena (19).

#### **7.4. Liječenje graničnog poremećaja ličnosti u adolescenciji**

Kao i u odrasloj te dječjoj dobi, tako i u adolescentnoj dobi, osnovu liječenja graničnog poremećaja ličnosti zauzima psihoterapija. Danas postoji nekoliko različitih vrsta psihoterapije usmjerene na liječenje graničnog poremećaja ličnosti, a najčešće se primjenjuju: kognitivno analitička psihoterapija, terapija usmjerenu na regulaciju emocija, te terapija usmjerenu na mentalizaciju.

Kognitivno analitička psihoterapija je vremenski ograničena, integrativna, transdijagnostička psihoterapija koja se zasniva na teoriji objektnih odnosa i kognitivnoj psihologiji. Njezin cilj je identifikacija i razumijevanje neprilagođenih obrazaca ponašanja i njihovo ispravljanje. Terapija usmjerena na regulaciju emocija traje 17 tjedana, te predstavlja grupnu bihevioralnu terapiju za adolescente s graničnim poremećajem ličnosti. Kombinira kognitivne bihevioralne elemente i vještine treniranja emocija.

Terapija usmjerena na mentalizaciju podrazumijeva psihodinamsku psihoterapiju usmjerenu na prepoznavanje i razumijevanje vlastitih i tuđih emocija, te prilagodbu reakcija na iste. Izuzev navedenih terapija, u liječenju graničnog poremećaja ličnosti u adolescenciji, u obzir dolazi i ranije spomenuta dijalektička bihevioralna terapija, koja se inače koristi u liječenju odraslih oboljelih od ovog poremećaja (12).

#### **7.5. Zaključno o manifestacijama graničnog poremećaja ličnosti u adolescenciji**

Granični poremećaj ličnosti se može dijagnosticirati u adolescentnoj populaciji. Bitno je za napomenuti kako je ovaj poremećaj povezan s teškom psihopatologijom, te velikim rizicima

za smanjenu kvalitetu života u budućnosti ukoliko se na vrijeme ne prepozna. Dijagnosticiranje graničnog poremećaja ličnosti u adolescenciji ima brojne koristi, dominantno jer pravovremeni početak primjene adekvatne terapije znatno reducira posljedice i simptome ove bolesti kasnije u životu. Shodno svemu navedenom, smatra se kako je promicanje novih i starih saznanja o ovom poremećaju u adolescenciji ključni korak ka povećanju osviještenosti o istom, a shodno tome i njegovom liječenju (34).

## **8. Posljedice graničnog poremećaja ličnosti - poremećaj interpersonalnih odnosa i suicid**

Posljedice graničnog poremećaja ličnosti su brojne, no u ovom odjeljku kratko ću se osvrnuti na najznačajnije - poremećene međuljudske odnose i suicidalnost, s ciljem isticanja važnosti ovog poremećaja, a shodno tome i njegove pravovremene dijagnostike i liječenja (5).

### **8.1. Poremećaj interpersonalnih odnosa kao posljedica graničnog poremećaja ličnosti - utjecaj na partnerske odnose**

Granični poremećaj ličnosti jest težak poremećaj kada su u pitanju međuljudski odnosi, dominantno partnerski. Nerijetko stavlja partnere oboljelih pred prevelik izazov. Unatoč činjenici kako ne postoji samo jedan univerzalni oblik graničnog poremećaja ličnosti, u partnerskom odnosu s oboljelima ipak postoje neki univerzalni obrasci ponašanja, koji čine svaku takvu vezu iznimno teškom, a često dovode i do njezinog prekida.

Strah od samoće i napuštanja, kojeg oboljeli od graničnog poremećaja ličnosti kronično osjećaju, često ih vode ka stalnoj potrazi za idealnim partnerom koji će uvijek biti tu za njih i nadomjestiti njihov vlastiti nestabilni identitet. No, ono što je paradoksalno, jest činjenica kako isti taj strah od napuštanja od strane partnera često rezultira time da osobe s graničnim poremećajem ličnosti prvi ostave svoje partnere (5). To se događa iz razloga što osobe oboljele od ovog poremećaja bliskost percipiraju kao podčinjavanje i odustajanje od sebe, iz razloga što su takvo ponašanje naučili u djetinjstvu (35). Isto tako, osobe oboljele od ovog poremećaja nisu sposobne regulirati blizinu i udaljenost u partnerskom odnosu, pa tako konstantno traže iznimnu bliskost kako bi izjednačili vlastite unutarnje praznine i nedostatak identiteta, da bi se onda s druge strane se osjećali ugroženo zbog te iste tražene pretjerane bliskosti.



Ono što u partnerskom odnosu s osobom oboljelim od graničnog poremećaja ličnosti stvara poseban problem jesu njihove sklonosti za uporabu primitivnih mehanizama obrane, rascjepa i projekcije, odnosno projektivne identifikacije.

Tendencija osoba oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti da idealiziraju ili obezvrjeđuju odnose i partnere unosi velike poteškoće u partnerske odnose. U početku se partnera idealizira, da bi ga se kasnije u potpunosti obezvrjeđivalo i tako „u krug“. Tako osobe oboljele od ovog poremećaja mogu neobjašnjivo naglo „okrenuti leđa“ odnosu koji se doslovno još jučer činio idealnim i harmoničnim. Takvo ponašanje partnere oboljelih čini povrijeđenima i očajnima, poglavito zato jer ni sami ne razumiju koji su uzroci takve nagle promjene osjećaja i ponašanja.

Izuzev rascjepa kojim se osobe oboljele od graničnog poremećaja ličnosti često koriste da bi stvorili distancu između sebe i onoga što im je neizdrživo, koriste se i projektivnom identifikacijom. Projektivna identifikacija je nezreli mehanizam obrane koji omogućava osobi da svoje emocije prepíše drugoj osobi. Na takav način druga osoba poprima emocije prve osobe, radi čega druga osoba počinje imati pravovaljan razlog da se na drugu osobu ljuti. U konačnici to rezultira time da druga osoba podliježe projektivnoj identifikaciji, te sama postaje ljuta na način kojeg kod sebe uopće ne poznaje, odnosno druga osoba sad sama doživljava ljutnju svog oboljelog partnera (5). To ponovno rezultira time da druga osoba, odnosno partner oboljelog, ništa ne razumije, traži razloge i povode za takvo ponašanje, te sumnja u sebe, kao i u cijeli svoj odnos (36). U konačnici, svi ti užasni osjećaji poput ljutnje, praznine i bespomoćnosti koje oboljeli projicira na svog partnera, na tog istog partnera djeluju razorno (5).

## **8.2. Suicidalnost kao posljedica graničnog poremećaja ličnosti**

Epidemiološka istraživanja pokazuju kako su oni poremećaji ličnosti za koje je karakteristično da su često udruženi sa depresijom najviše rizični za suicidalno ponašanje. Među takve spada i granični poremećaj ličnosti. Postoji nekoliko razloga za to, a najvažniji jesu impulzivnost kao jedna od glavnih karakteristika ovog poremećaja, a nakon toga slijedi i česta udruženost s poremećajima ovisnosti. Ono što je također bitno jest i činjenica kako podrška okoline, koja je neophodno potrebna u kriznim situacijama, kod osoba oboljelih od ovog poremećaja često slabi, dominantno uslijed disfunkcionalnih obrazaca ponašanja u međuljudskim odnosima, te nerijetkih epizoda agresije i bijesa (37,38).

## 9. Tijek graničnog poremećaja ličnosti – mogućnost izlječenja?

S obzirom da pouzdani dijagnostički kriteriji za granični poremećaj ličnosti postoje tek od nedavno, nije moguće dati jedinstven odgovor na pitanje o tijeku graničnog poremećaja ličnosti. No, istraživanja koja su rađena do sada, a pratila su pacijente od postavljanja dijagnoze kroz dugi niz godina nakon istog, utvrdila su kako postoje različiti razvojni tijekovi ove bolesti, a oni dominantno ovise o izraženosti i stupnju težine oboljenja.

Životni period u kojem je rizik za oboljele najveći jest kraj trećeg desetljeća života, no ukoliko se ta kritična faza života prijeđe, točnije ne rezultira suicidom, tada postoji vrlo velika mogućnost da oboljeli počnu voditi bezbrižniji život. Naime, u navedenim istraživanjima, na kraju razdoblja praćenja čak 2/3 oboljelih pokazivalo je još samo minimalne simptome, koji nisu nužno morali biti pripisani graničnom poremećaju ličnosti (5). Ta činjenica poglavito vrijedi za one oboljele koji su uspjeli držati impulse pod kontrolom, kao i one koji su započeli ranije s liječenjem (39). Majčinstvo i brak su se pokazali kao protektivni čimbenici. Zaključno, općenito vrijedi činjenica kako oboljeli od ovog poremećaja imaju vrlo dobre šanse za djelomičnim ili potpunim ozdravljenjem nakon gore navedenog kritičnog životnog razdoblja, a što ranija intervencija, kao i terapija u tim kritičnim razdobljima, čine tu mogućnost još i većom (5,34).

## 10. Rasprava

Granični poremećaj ličnosti je vrlo ozbiljan psihijatrijski poremećaj, ne samo zbog životnih poteškoća koje oboljelom i njegovoj okolini donosi, već i zbog brojnih mogućih posljedica istog. Znanstveno je dokazano kako pravodobno dijagnosticiranje ovog poremećaja uvelike može pomoći u povećanju mogućnosti pozitivnog ishoda liječenja. Upravo iz tih razloga vrlo je bitno prepoznati ovaj poremećaj što ranije. No, unatoč gore navedenim činjenicama, brojni stručnjaci i dalje izbjegavaju dijagnosticiranje graničnog poremećaja kod djece i adolescenata. Nekoliko je razloga za to: mišljenje kako ponašanje poput afektivne nestabilnosti i impulzivnosti može predstavljati normalno dječje i adolescentsko ponašanje, mišljenje kako se ličnost u tim periodima još nije u potpunosti razvila, te mišljenje o posljedičnoj stigmati koju ova dijagnoza sa sobom donosi. No, za takva mišljenja ipak postoje kvalitetni kontraargumenti.

Ono što ne govori u prilog mišljenju kako su afektivna nestabilnost i impulzivnost, kao jedni od glavnih kliničkih obilježja ovog poremećaja, mogući normalni obrasci ponašanja u djetinjstvu i adolescenciji, jest trajanje tih istih simptoma. Primjerice, djeca bez ikakvog duševnog poremećaja mogu imati napadaje bijesa, te pokazivati impulzivno ponašanje, no kod takve djece ono će trajati svega desetak minuta, dok će kod djece s graničnim poremećajem ličnosti takvi napadaji trajati znatno dulje i teško će se regulirati intervencijom okoline. Isto tako i adolescenti bez ikakvog duševnog poremećaja mogu ispoljavati ovakvo ponašanje, no kod onih oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti takvo ponašanje će trajati znatno dulje. Ono što je također bitno za napomenuti jest i činjenica kako afektivna nestabilnost i impulzivnost nisu jedini simptomi graničnog poremećaja ličnosti, već se prema važećim klasifikacijama, između ostalih, tu ubrajaju i smetnje identiteta, strahovi od napuštanja i sklonost destruktivnom ponašanju. Svi navedeni simptomi uočeni su kako i u

odraslih koji boluju od ovog poremećaja, tako i u djece i adolescenata. Isto tako, važeće klasifikacije nalažu kako za dijagnozu graničnog poremećaja ličnosti treba biti zastupljeno minimalno pet od devet dijagnostičkih kriterija, stoga samo nekolicina simptoma koje određena osoba pokazuje ne može biti dovoljna za definitivnu dijagnozu ovog poremećaja. Ta činjenica isključuje mogućnost zamjene normalnog dječjeg ili adolescentnog ponašanja s dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti. Točnije rečeno, afektivna nestabilnost i impulzivnost će za postavljanje definitivne dijagnoze ovog poremećaja u bilo kojoj dobi, morati biti praćeni s još minimalno tri dijagnostička kriterija. Iz tog razloga, stručnjake u postavljanju ove dijagnoze, ne bi trebalo omesti mišljenje kako su afektivna nestabilnost i impulzivnost možebitni dio normalnog ponašanja djece ili adolescenata, upravo zato što će te simptome, na putu prema definitivnoj dijagnozi, pratiti još minimalno tri dijagnostička kriterija koja će manje odgovarati obrascima normalnog ponašanja bilo koje dobi. Drugo mišljenje koje stručnjake često ometa u postavljanju dijagnoze ovog poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji jest činjenica kako je to doba u kojem se ličnost još uvijek razvija. No, unatoč činjenici kako ličnost u razvojnoj dobi još uvijek nije u potpunosti formirana, ne može se isključiti i činjenica kako evidentni simptomi ovog poremećaja egzistiraju kako u djetinjstvu tako i u adolescenciji, neovisno o nepotpuno razvijenoj ličnosti. Naravno, kako takav naziv ne bi bio djelomično netočan, neki stručnjaci predlažu zamjenu naziva dijagnoze graničnog poremećaja ličnosti s graničnim poremećajem ličnosti u razvitku, koja bi omogućila stručnjacima jednostavnije opredjeljivanje za postavljanje ove dijagnoze u mladim. Stav stručnjaka da se granični poremećaj ličnosti treba dijagnosticirati u razvojnoj životnoj dobi pridružuje se najnovija klasifikacija psihijatrijskih poremećaja, naime, prema petoj reviziji Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje ovaj poremećaj se može dijagnosticirati i prije 18-te godine života. Nadalje, razlozi za dijagnosticiranje graničnog poremećaja ličnosti mogu se pronaći i u podacima koji govore o prevalenciji ovog

poremećaja. Naime, prevalencije graničnog poremećaja ličnosti u odrasloj i mladenačkoj dobi su usporedive.

Posljednji, ali možda i najbitniji razlog radi kojeg stručnjaci nisu skloni odrediti dijagnozu graničnog poremećaja ličnosti mladima, svakako jest stigma koju ova dijagnoza sa sobom nosi. Naime, osobe koje boluju od graničnog poremećaja ličnosti često nanose bol i poteškoće kako sebi, tako i drugima. Zbog toga ih okolina često smatra agresivnima, zlonamjernima odnosno općenito problematičnima. Nažalost, okolina je sklona stigmatiziranju svih psihijatrijskih oboljenja općenito, a ne samo ovog poremećaja. Isto tako, stručnjaci često ne žele mladu osobu obilježiti kao „poremećenu“ na bilo kakav način. No, ako pogledamo sve potencijalne uzroke koji postoje u pozadini razvoja ovog poremećaja, vidljivo je kako genetski utjecaji igraju skoro pa podjednaku ulogu kao i okolišni faktori, među kojima su u prvom redu traumatska iskustva. Iz toga se jasno da zaključiti kako osobe koje boluju od ovog poremećaja, kao i od bilo kojeg drugog psihijatrijskog poremećaja, nisu „krive“ za svoju bolest niti ponašanje. Ujedno, dijagnoza graničnog poremećaja ličnosti se s obzirom na stigmatizaciju, ni po čemu drastično ne razlikuje od primjerice poremećaja pozornosti s hiperaktivnošću, a koji se često dijagnosticira u razvojnoj dobi, izuzev po mišljenju kako se posljednji može liječiti i shodno tome ne predstavlja trajnu dijagnozu, a prvi ne. No, ako uzmemo u obzir istraživanja koja dokazuju kako većina pacijenata, a poglavito uz psihoterapiju, može postići remisiju ove bolesti, tada nam je jasno da dijagnoza graničnog poremećaja ličnosti ne mora biti i nije nužno „dijagnoza za cijeli život“. Shodno svemu gore navedenom, valja zaključiti kako ne bi trebale postojati nikakve prepreke u dijagnosticiranju graničnog poremećaja ličnosti u djetinjstvu i adolescenciji, poglavito zato što ranija dijagnostika i početak liječenja istog povećava mogućnosti pozitivnih terapijskih ishoda i umanjuje mogućnost drastičnih posljedica ovog poremećaja poput samoubojstva. Tomu u prilog govori i činjenica kako je sposobnost mozga da se prilagođava i mijenja,

odnosno neuroplastičnost, najviše izražena tijekom djetinjstva i adolescencije, a shodno toj činjenici i psihoterapijski utjecaj u toj dobi potentniji.(39,40)

Međutim, prema podacima iz 2014. godine u Republici Hrvatskoj postoji samo 50 specijalista dječje i adolescentne psihijatrije, dok su potrebe za istima barem dvostruko veće. (41) Takva statistika, zajedno sa svime gore navedenim, apelira na povećanje broja stručnjaka iz ovog područja, te na osiguravanje adekvatnih uvjeta rada i multidisciplinarnog pristupa, kako bi se sva navedena obilježja i posljedice ovoga, ali i ostalih duševnih poremećaja djece i adolescenata, pravodobno prepoznala i liječila.

## **11. Zaključak**

Granični poremećaj ličnosti je vrlo značajan psihijatrijski poremećaj, a klinička praksa pokazuje tendenciju porasta ove patologije i među odraslim pacijentima ali i među mladima. Naime, oboljeli od ovog poremećaja skloni su značajno narušavati kvalitetu života samima sebi, ali i svojoj okolini. Izuzev toga, ovaj poremećaj ponekad može rezultirati i pokušajima suicida, pa i suicidom. U praksi, dijagnoza graničnog poremećaja ličnosti postavlja se osobama starijima od 18 godina. No, sve više dokaza upućuje na to kako se ovaj poremećaj može i treba dijagnosticirati prema dijagnostičkim kriterijima i u ranijoj dobi, dakle i u djece i adolescenata. Najvažniji razlog za pravodobnu dijagnostiku i početak liječenja jest upravo prevencija mogućih teških posljedica ovog poremećaja, te povećanje mogućnosti pozitivnih ishoda liječenja.



## 12. Sažetak

Granični poremećaj ličnosti jest duševni poremećaj obilježen neadekvatnom regulacijom emocija, impulzivnošću, rizičnim ponašanjem, razdražljivošću, osjećajem praznine, samoozljeđivanjem i strahom od napuštanja, kao i nestabilnim međuljudskim odnosima. Povijest ovog poremećaja datira još u 17. stoljeće, no tek je krajem 20. stoljeća uvršten u medicinske klasifikacijske sustave. Današnji klasifikacijski sustavi donose jasne dijagnostičke kriterije koji trebaju biti zadovoljeni da bi se postavila dijagnoza ovog poremećaja. Ova dijagnoza najčešće se postavlja u odrasloj životnoj dobi, no postoje brojne činjenice koje govore u prilog postojanju ovakvog poremećaja i u dječjoj i u adolescentnoj dobi.

Granični poremećaj ličnosti se u dječjoj i adolescentnoj dobi najčešće očituje afektivnom nestabilnošću, poremećajem kontrole impulsa, poremećajima identiteta, te autodestruktivnim ponašanjem, a iste smetnje prezentiraju i odrasli pacijenti. Prevalencija graničnog poremećaja ličnosti u djetinjstvu i adolescenciji usporediva je s onom u odrasloj dobi. Točni uzroci graničnog poremećaja ličnosti još uvijek nisu sasvim poznati, no danas se smatra kako moguće etiološke čimbenike treba tražiti u područjima genetike i okolišnih faktora. Među okolišnim faktorima vodeću ulogu imaju traumatizirajuća iskustva u djetinjstvu.

Osnovu liječenja ovog poremećaja predstavlja psihoterapija. Pozitivni učinci psihoterapije vidljivi su, ne samo u povećanju mogućnosti pozitivnog ishoda liječenja, već i u promjeni epigenetskog statusa pojedinca. Pravovremena dijagnostika i rani početak liječenja povećavaju mogućnost da oboljeli od graničnog poremećaja ličnosti postignu remisiju bolesti i umanje potencijalno teške posljedice poput autodestruktivnih ponašanja. Preporuka stručnjaka je koristiti termin Granični poremećaj ličnosti u razvoju, kada je riječ o djeci i adolescentima.

Ključne riječi: granični poremećaj ličnosti, djetinjstvo, adolescencija

### 13. Summary

Borderline personality disorder is a mental disorder characterized by: inadequate emotional regulation, impulsivity, risk behavior, irritability, feeling of emptiness, self-destruction and fear of abandonment as well as unstable interpersonal relationships. The history of this disorder dates back to the 17th century, but it is only at the end of the 20th century that it has been included in medical classification systems. Today, these valid classification systems suggest the exact diagnostic criteria that need to be fulfilled in order to establish a definitive diagnosis of this disorder. This diagnosis is most commonly found in adults, but there are numerous facts that support diagnosis of this disorder in children and adolescents. In children and adolescents, borderline personality disorders are most often manifested by affective instability, impulse control disorders, identity disorders, and self-destructive behavior. The same can be said for borderline personality disorder and in adulthood. Also, statistical data show that the prevalence of borderline personality disorder in childhood and adolescence is comparable to those in adulthood. The exact causes of borderline personality disorder are still not quite known, but today it is considered to be caused by several factors: genetics and environmental factors. Among the environmental factors, traumatic experiences in childhood play a leading role. The basis for treatment of this disorder is psychotherapy. Positive effects of psychotherapy are evident not only in increasing the potential for positive treatment outcome, but also in changing the individual's epigenetic status. Timely diagnosis and earlier treatment initiation increase the possibility that people with borderline personality disorder will enter the remission of the disease, as they reduce the possibility of fatal consequences such as suicide. In accordance with all the above-mentioned, borderline personality disorder should be diagnosed immediately after recognizing the symptoms, regardless of age.

Key words: borderline personality disorder, suicide, childhood, adolescence

## 14. Literatura

1. Furlan I, Kljajić S, Kolesarić V, Krizmanić M, Szabo S, Šverko B. Psihologijski rječnik. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2005.
2. Frančišković T, Moro Lj, et al. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.
3. Greenfield B, Henry M, Lis E, Slatkoff J, Guilé JM, Dougherty G, et al. Correlates, stability and predictors of borderline personality disorder among previously suicidal youth. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(4):397-406.
4. Bemporad JR, Hanson G, Smith HE. The Diagnosis and Treatment of Borderline Syndromes of Childhood. [Internet]. *American Handbook of Psychiatry*. 2015. [Citirano 22.04.2019.]  
Dostupno na: <https://www.freepsychotherapybooks.org/ebook/the-diagnosis-and-treatment-of-borderline-syndromes-of-childhood/>
5. Niklewski G, Riecke-Niklewski R. Kako živjeti s graničnim poremećajem ličnosti – savjeti oboljelima i njihovim partnerima. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2004.
6. Boderline Personality Disorder Demystified [Internet]. *History Of Borderline Personality Disorder*. Available from: <http://www.bpddemystified.com/what-is-bpd/history/>
7. American Psychiatric Association. DSM-5. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edn. Washington, DC, USA: American Psychiatric Association, 2013.
8. Speranza M, Pham-Scottez A, Revah-Levy A, Barbe RP, Perez-Diaz F, Birmaher B, et al. Factor Structure of Borderline Personality Disorder Symptomatology in

- Adolescents. [Internet] *Can J Psychiatry* 2012. Pristupljeno: 22.04.2019. 57(4):230–7.  
Dostupno na: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674371205700406>
9. Marčinko D, Jakovljević M, Rudan V i suradnici. Poremećaji ličnosti – stvarni ljudi, stvarni problemi. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
10. Borderline personality disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical features, course, assessment, and diagnosis. Up to date. [Internet]  
Dostupno na: <https://www.uptodate.com/contents/borderline-personality-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-features-course-assessment-and-diagnosis>
11. Linehan M. Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: Theory and Method. [Internet] Pristupljeno: 01.05.2019.  
Dostupno na: <https://www.researchgate.net>
12. Ripoll LH. Psychopharmacologic treatment of borderline personality disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2013;15(2):213–24.
13. Chanen AM, McCutcheon LK. Personality disorder in adolescence: The diagnosis that dare not speak its name. *Pers Ment Health*. 2008;2(1):35–41.
14. Chanen AM, Jovev M, McCutcheon LK, Jackson HJ, McGorry PD. Borderline personality disorder in young people and the prospects for prevention and early intervention. *Curr Psychiatry Rev*. 2008;4(1):48–57.
15. Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM. Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(6):969–81.
16. Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry*. 2006;188:423–31.

17. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord.* 2010;24(4):412–26.
18. Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics.* 2014;134(4):782-93
19. Filipović-Grčić L. Genetic explanation of Borderline personality disorder. [Internet] Pristupljeno:01.05.2019.  
Dostupno na: <http://gyrus.hiim.hr>
20. Distel MA, Trull TJ, Derom CA, Thiery EW, Grimmer MA, Martin NG, et al. Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychol Med.* 2008;38(9):1219-29.
21. Distel MA, Hottenga JJ, Trull TJ, Boomsma DI. Chromosome 9: linkage for borderline personality disorder features. *Psychiatr Genet.* 2008;18(6):302-7.
22. Perroud N, Salzmann A, Prada P, Nicastrò R, Hoeppli ME, Furrer S, et al. Response to psychotherapy in borderline personality disorder and methylation status of the BDNF gene. *Transl Psychiatry.* 2013;15;3:e207.
23. Ni X, Chan D, Chan K, McMain S, Kennedy JL. Serotonin genes and gene-gene interactions in borderline personality disorder in a matched case-control study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2009;1;33(1):128-33.
24. Del'Guidice T, Lemay F, Lemasson M, Levasseur-Moreau J, Manta S, Etievant A et al. Stimulation of 5-HT<sub>2C</sub> Receptors Improves Cognitive Deficits Induced by Human Tryptophan Hydroxylase 2 Loss of Function Mutation. *Neuropsychopharmacology.* 2014;1125–34.

25. Ruocco AC, Amirthavasagam S, Choi-Kain LW, McMain SF. Neural correlates of negative emotionality in borderline personality disorder: an activation-likelihood-estimation meta-analysis. *Biol Psychiatry*. 2013;73(2):153-60.
26. Zetsche T, Preuss UW, Bondy B, Frodl T, Zill P, Schmitt G, et al. 5-HT1A receptor gene C -1019 G polymorphism and amygdala volume in borderline personality disorder. *Genes Brain Behav*. 2008;7(3):306-13.
27. Morandotti N, Dima D, Jogia J, Frangou S, Sala M, Vidovich GZ, et al. Childhood abuse is associated with structural impairment in the ventrolateral prefrontal cortex and aggressiveness in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Res*. 2013;213(1):18-23.
28. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1989;146(4):490-5.
29. Wikipedija- slobodna enciklopedija. [Internet] Djeca. Dostupno na: <https://hr.wikipedia.org/wiki/Djeca>
30. Biskin RS. Treatment of Borderline Personality Disorder in Youth. *Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(3): 230–4.
31. Zanarini MC, Horwood J, Wolke D, Waylen A, Fitzmaurice G, Grant BF. Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 English 11-year-olds and 34,653 American adults. *J Pers Disord*. 2011;25(5):607-19.
32. Cheng-Che S, Li-Yu H, Han Y. Comorbidity study of borderline personality disorder: applying association rule mining to the Taiwan national health insurance research database. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2017;17:8.

33. Schmeck K, Schlüter-Müller S. Early detection and intervention for borderline personality disorder in adolescence. *Socijalna Psihijatrija*. 2017;45(1):30-5.
34. Selby EA, Braithwaite SRJ Jr., Fincham TE, Frank D. Features of borderline personality disorder, perceived childhood emotional invalidation, and dysfunction within current romantic relationships. *J Fam Psychol*. 2008;22(6):885-93
35. Bouchard S, Sabourin S, Lussier Y, Villeneuve E. Relationship Quality and Stability in Couples When One Partner Suffers From Borderline Personality Disorder. *J Marital Fam Ther*. 2009;35(4):446-55.
36. Marčinko D, et al. *Suicidologija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
37. Soloff PH, Chiappetta L. Prospective Predictors of Suicidal Behavior in BPD at 6 Year Follow-up. *Am J Psychiatry*. 2012;169(5):484–90.
38. Salzer S, Cropp C, Streeck-Fischer A. Early Intervention for Borderline Personality Disorder: Psychodynamic Therapy in Adolescents. *Z Psychosom Med Psychother*. 2014;60(4):368-82.
39. Karen Pape MD, [Internet] Advantage of the Periods of Peak Neuroplasticity. Dostupno na: <https://www.karenpapemd.com>
40. Collerton D. Psychotherapy and brain plasticity. *Front Psychol*. 2013;4:548.
41. CROSBİ, Hrvatska znanstvena bibliografija, [Internet] Aktuelno stanje dječje i adolescentne psihijatrije- organizacijska pitanja, sadašnje stanje i buduće perspektive Dostupno na: <https://www.bib.irb.hr/743491>

## **15.Životopis**

Ivana Mrđen rođena je 15. siječnja 1994. godine u Zadru. Od 2000. do 2008. godine pohađa Osnovnu školu Šime Budinića u Zadru. Prvi razred srednje škole upisuje u Gimnaziji Vladimira Nazora u Zadru, a od drugog razreda upisuje Zadarsku privatnu gimnaziju. Medicinski fakultet u Rijeci upisuje 2012. godine. Aktivno se služi engleskim jezikom.