

Poremećaj ličnosti

Matoša, Tiffany

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:592584>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-21**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





Završni rad br. 1081/SS/2019

Poremećaji ličnosti

Tiffany Matoša, 5312/601

Varaždin, veljača 2019. godine



Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 1081/SS/2019

Poremećaji ličnosti

Student:

Tiffany Matoša, 5312/601

Mentor:

Marija Božičević, mag.med.techn.

Varaždin, veljača 2019. godine

Zahvala

Iskrena zahvala mojoj mentorici Mariji Božičević, mag.med.techn. na pomoći i korisnim savjetima prilikom izrade završnog rada.

Veliko hvala mojoj obitelji na podršci i razumijevanju za vrijeme studiranja.

Hvala svim mojim dragim prijateljima i kolegama koji su uljepšali i olakšali ovaj put.

Sažetak

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, sposobnosti, uvjerenja, interese, stavove, vrijednosti, motive. Ličnost je u psihičkome smislu cjelokupnost neke osobe, njezina sveobuhvatna psihička cjelina. Poremećaj ličnosti može egzacerbirati nakon gubitka značajne osobe za pružanje podrške ili prethodno stabilne socijalne situacije. No, razvoj promjena ličnosti u srednjoj odrasloj dobi, ili kasnije u životu, opravdava prosudbu radi ispitivanja mogućeg postojanja promjene ličnosti zbog općeg zdravstvenog stanja ili neprepoznatog poremećaja vezanog uz psihoaktivne tvari. O poremećaju mogu pružiti podatke emocionalne reakcije bolesnika i njihova shvaćanja o tome što im uzrokuje tegobe, te kako se drugi prema njima ponašaju. Dijagnoza počiva na opaženim ponavljanim načinima ponašanja ili percepciji koji uzrokuju patnju i ometaju društveno funkcioniranje. Bolesnici često nemaju uvida u te načine; stoga se obrada u početku zasniva na podacima onih koji su u dodiru s bolesnikom. Liječenje ovisi o vrsti poremećaja osobnosti, vrijede neka opća pravila. Obitelj i prijatelji se mogu ponašati tako da, ili pojačavaju ili ublažavaju bolesnikovo problematično ponašanje ili misli, tako da njihovo uključivanje pomaže i često je od osnovne važnosti. Treba poduzeti rani pokušaj da osoba shvati kako osnova problema zapravo leži u tome tko je ona sama. Plan psihijatrijske sestrinske skrbi mora se bazirati na poznavanju i razumijevanju pacijentovog stanja i potreba, odnosno mora se bazirati na cjelovitom pristupu problemu s kojim se pacijent suočava. Na temelju kritičke analize pacijentovog ponašanja, naravi psihičkog poremećaja i brojnih drugih činitelja donosi se sestrinska dijagnoza koja služi sestrinskom timu kao vodič u provođenju sestrinske skrbi.

Ključne riječi: ličnost, poremećaj ličnosti, liječenje, sestrinska skrb

Summary

Personality is a complete psychic structure that embraces emotional and cognitive traits, forms of experiencing and responding, temperament, morality and character. It marks a comprehensive psyche and includes temperament, character, abilities, beliefs, interests, attitudes, values, motives. Personality is in the psychological sense the whole of a person, its comprehensive psychic entity. Personality disorder can become exacerbated after the loss of a significant person to provide support or a pre-stable social situation. However, the development of personality change in middle-aged or later in life justifies judgment for the possible existence of personality changes due to a general health condition or an unrecognized psychoactive substance disorder. About the disorder can provide information on the emotional response of the patient and their perception of what causes them to suffer, and how others behave towards them. Diagnosis rests on perceived repeated behaviors or perceptions that cause suffering and hinder social functioning. Patients often have no insight into these ways; hence the treatment is initially based on the data of those in contact with the patient. treatment depends on the type of personality disorder, some general rules apply. A family and friends can behave in such a way as to, or enhance or alleviate the patient's problematic behavior or thought, so their involvement helps and is often of the utmost importance. An early attempt to make a person realize that the underlying problem lies in who she is herself. The psychiatric nursing care plan must be based on the knowledge and understanding of the patient's condition and needs, and must be based on a holistic approach to the problem the patient faces. Based on the critical analysis of the patient's behavior, the nature of the mental disorder and many other factors, a nursing diagnosis is provided that serves as a nursing team as a guide to nursing care.

Key words : personality, personality disorder, treatment, nursing care

Popis korištenih kratica

NEO-PI Neurticism-Extroversion-Poemess Personality Inventory

DBT Dijagnostička bihevioralna terapija

tzv. tako zvani

NANDA Nourth Amertican Nursing Diagnosis Association

SIPPS Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

DSM-IV,5 Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje

MKB-10 Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema

PTSP Posttraumatski stresni poremećaj

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Razvoj ličnosti.....	3
2.1. Teorija ličnosti prema Cattellu.....	3
2.2. Teorija ličnosti prema Eysencku.....	4
2.3. Petodimenzijalni model ličnosti.....	4
2.4. Rani razvoj ličnosti.....	4
2.5. Razvojne faze.....	5
2.6. Psihički aparat.....	6
3. Epidemiologija.....	8
4. Dijagnoza i podjela ličnosti.....	9
4.1. Podjela poremećaja ličnosti.....	10
4.2. DSM-5 klasifikacija poremećaja ličnosti.....	11
4.3. Diferencijalna dijagnoza.....	12
5. Liječenje poremećaja ličnosti.....	13
6. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika.....	15
7. Moguće sestrinske dijagnoze kod poremećaja ličnosti.....	17
7.1. Anksioznost u/s poremećajem ličnosti.....	18
7.2. Smanjena mogućnost brige o sebi.....	18
7.3. Visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili prema drugima.....	18
7.4. Smanjen stupanj samopoštovanja.....	19
7.5. Promijenjeni obiteljski odnosi.....	20
7.6. Visok rizik za samoubojstvo.....	20
8. Zaključak.....	22

9. Literatura.....	23
--------------------	----

1. Uvod

Stari Grci opisivali su varijacije tipa ličnosti podjelom na sangvinike, kolerike, melankolike i flegmatike. Emil Kraepelin je u 19. stoljeću povezo depresivni tip ličnosti sa melankoličnim, a hipomaničnu ličnost sa sangviničkim temperamentom. Dok je James Cowles Prichard uveo termin moral insanity i opisao osobe koje krše socijalne norme ponašanja. Sigmund Freud je prikazao različite varijante ličnosti povezujući ih sa stadijima psihoseksualnog razvoja. Karl Jaspers je 1910. godine prvi istaknuo razliku između antisocijalnog poremećaja ličnosti i psihoze [1].

Svaki čovjek ima svoj način reagiranja i svoje crte osobnosti. Mnogi događaji izvana, iz okoline, utječu na čovjeka i pokreću njegove reakcije, stvaraju nove reakcije u čovjeku i mijenjaju ga. Novi susreti, brak, rođenje djeteta, bolest, smrt voljene osobe, rat, snažno utječu na nas [2].

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, sposobnosti, uvjerenja, interese, stavove, vrijednosti, motive. Ličnost je u psihičkome smislu cjelokupnost neke osobe, njezina sveobuhvatna psihička cjelina. Osobnost ne pokriva sve aspekte koji su sadržani u konceptu ličnosti. Osobnost su neke osobne značajke pojedinca po kojima se razlikuje od drugih. Te se značajke odnose samo na neke aspekte ličnosti. Po njima je pojedinac prepoznatljiv svojoj socijalnoj okolini kao na primjer on je povučen, sklon opširnom izlaganju, teatralno se izražava, brzo reagira, bahat je. Sve osobe imaju sve sastavnice ličnosti kao cjeline psihičkog života, a osobnost je izdvojeni, individualno specifičan aspekt osobe [2].

Ličnost je integracija osobina pojedinaca u relativno stabilnu i jedinstvenu organizaciju koja determinira njegovu aktivnost u promjenljivoj okolini, a oblikuje se i mijenja pod utjecajem te aktivnosti. Ličnost nije sinonim za osobnost, ličnost je širi pojam od osobnosti te ih treba kao takve i razlikovati. Ličnost pojedinca izražava se kroz njegovo ponašanje, odnos prema drugim ljudima, mogućnost da se na njih utječe, ali i da se sam mijenja. Ako je čovjek svjesno i racionalno biće onda je ličnost ključna u njegovom samoodređenju. Ona ga čini slobodnim i odgovornim za svoje postupke. Ako je čovjek iracionalno biće onda djeluje pod utjecajem nesvjesnog i okoline koji uvjetuju ponašanje ličnost. Konstrukti se ličnosti mnogobrojni i polaze iz različitih filozofskih, psiholoških, bioloških i drugih pristupa. Najznačajnije su psihoanalitička, bihevioralna, kognitivna, fenomenološka i faktorska teorija ličnosti [2].

Poremećaj ličnosti pojavljuju se kao poremećaji doživljavanja vlastite ličnosti i kao poremećaji ličnosti u užem smislu; zasebni entiteti, poremećaji „sami po sebi“, nazivaju se i specifičnim poremećajima ličnosti [2].

Poremećaji ličnosti su relativno trajni načini percipiranja, mišljenja, čuvstvenog doživljavanja i ponašanja, koji interferiraju sa uspješnom socijalnom prilagodbom i donose okolini takve osobe niz teškoća, problema i neugoda. Ovakva osoba ne uči iz iskustva i svoje ponašanje smatra normalnim, bez osjećaja krivnje. Antisocijalno ili asocijalno ponašanje glavne su karakteristike poremećaja ličnosti [3].

2. Razvoj ličnosti

Razvoj ličnosti podrazumijeva procese koje dijete prolazi od rođenja do kraja adolescencije. Nakon rođenja dijete je potpuno ovisno o svojoj okolini, a svršetkom adolescencije postaje odrasla, zrela osoba. Razvoj se odigrava prema biološkim zakonitostima, a njegove faze slijede jedna za drugom i međusobno se dopunjuju. Svako dijete se rađa s određenim genetskim potencijalom koji dijelom određuje njegovu sudbinu. Drugim dijelom sudbina razvoja ovisi o okolini djeteta, u prvom redu o obitelji, užoj ili primarnoj i široj, ali i o društvenoj zajednici koja ima svoja socijalna, ekonomska, kulturna i intelektualna obilježja [4].

Za razvoj ličnosti koji završava adolescencijom, prve su tri ili četiri godine života djeteta presudne za oblikovanje temeljne strukture ličnosti. Razvoj potječe prema određenim razvojnim stupnjevima i donekle se različito tumači u okvirima različitih razvojnih teorija. Razvojna razdoblja nisu vremenski strogo ograničena i na njihov međuodnos snažno utječu razvoj motorike i govora. Temeljne su točke svih teorija razvoja odnos biološke datosti i utjecaj okoline, u prvom redu majke, te pomaci od ovisnosti prema autonomiji. Dva su osnovna koncepta u pristupu i tumačenju razvojnih procesa: bihevioristički i psihoanalitički [4].

2.1. Teorija ličnosti prema Cattellu

Osobinama ličnosti R.B. Cattelli nazivao je osnovnim sastavnicama ličnosti. Postoje dvije vrste strukturnih osobina ličnosti, površinske i izvorne. Površinske osobine ličnosti vezane su uz specifično ponašanje u specifičnim situacijama. Kako se mijenjaju ponašanja mijenjaju se i ove osobine ličnosti. Izvorne osobine nisu povezane situacijom. One su trajnije i bitne za određenje pojedine ličnosti i njezino ponašanje u budućnosti. Cattell smatra da su okolinske osobine povezane s okolinom i uvjetovane njome, konstitucijske su osobine određene nasljeđem, dinamičke osobine potiču na aktivnost, a osobine temperamenta oblikuju emocionalne načine reagiranja. Ličnost se razvija međuodnosom nasljeđa i procesa učenja, a poremećaji ličnosti nastaju u naslijeđenim sklonostima za doživljavanje psihičkih trauma i sukoba [1].

2.2. Teorija ličnosti prema Eysencku

H.J. Eysenck pronalazi sastavnice ličnosti koje su općenitog karaktera, čine temeljne dimenzije ličnosti, a prisutne su u najvećem broju pojedinaca. Eysenck je opisao četiri razine ličnosti. Od najnižeg prema najvišem stupnju, to su: specifične pojedinačne reakcije, uobičajena ponašanja koja se ponavljaju u određenim situacijama, osobine ličnosti (interkorelacije između dvaju ili više uobičajenih ponašanja) i tipovi ličnosti. Postavio je teoriju o dvjema dimenzijama ličnosti: ekstraverzija-introverzija i neuroticizma-emocionalna stabilnost. U kasnijim istraživanjima na psihijatrijskim bolesnicima došao je do treće dimenzije, a to je psihoticizam. U nastanku ličnosti nasljeđe je samo temelj, a konačnu ulogu u tome koji će tip ličnosti nastati ima okolina. Pri tome važno mjesto imaju učenje i socijalizacija. Kako isti principi vrijede i za poremećaje ličnosti, bihevioralni je pristup po Eysencku najprimjereniji i u terapiji [1].

2.3. Petodimenzionalni model ličnosti

Eysenckov su koncept dopunili P. Costa i R. McCrae, stvorivši petofaktorski model za opis i procjenu ličnosti, tzv. Big five konstrukt. Tih pet velikih faktora jesu neuroticizam što znači sklonost anksioznim, ljutitim i depresivnim osjećajima, ekstraverzija što znači sklonost asertivnosti, aktivnosti i druženju s drugima, otvorenost što znači prema novim iskustvima i doživljajima, ugodnost što znači usmjerenost na pozitivne i pomažuće interakcije s drugim ljudima, te savjesnost što se tumači kao sklonost ustrajnom i pouzdanom ponašanju u realiziranju ciljeva. Na osnovi ovog koncepta stvoren je test ličnosti NEO-PI (Neuroticism-Extroversion-Openness Personality Inventory) [1].

2.4. Rani razvoj ličnosti

Odnos majka djeteta jedinstveno je i različito od drugoga. Djetetove su potrebe naoko jednostavne, ono želi biti siti, suho, u toplom. Majka odgovara na djetetove potrebe. Stoga je tijekom ranoj razvoja najznačajnije da djeteta sa svojom majkom uspostavi dobar i trajan odnos tako da su aktivno i emocionalno usklađeni. Usklađenošću djeteta i majke gradi se temelj za osnovno povjerenje nužno za zdravi razvoj. Prvi odnos djeteta-majka prototip je svih drugih odnosa koje će djeteta izgrađivati tijekom svojega života. Uloga majke u procesima usklađivanja

s djetetom podrazumijeva sposobnost majke da se prilagodi potrebama djeteta, a uključuje njezina iskustva iz vlastitog djetinjstva i transgeneracijski prijenos emocija i iskustava [4].

Uspostavom veze između djeteta i njegove okolice (ponajprije majke, a potom oca) postupno se gradi doživljaj unutarnjega i vanjskog svijeta. U psihoanalitičkoj literaturi objekt označuje psihološki značajnu osobu ili dio osobe, stvar, simbol u vanjskom svijetu ili unutarnju predodžbu vanjskog objekta. Objektni odnos označuje stajalište ili ponašanje osobe prema takvim objektima.

2.5. Razvojne faze

Razvojni procesi mogu se pratiti prema razvojnim fazama koje se odvijaju po određenom redoslijedu, ovisno o redu kojim libido ulazi u aktivnost. Libido je oblik nagonске energije. Nagoni prate biološko sazrijevanje, težeći onim ciljevima i objektima koji u određenom razdoblju osiguravaju najvažniju fiziološku funkciju [4].

Područja zadovoljenja nagona nazivaju se erogenim zonama, prema kojima se razlikuju pojedine razvojne faze.

- **Oralna faza:** izvori zadovoljstva su - sisanje, grickanje, žvakanje, ljubljenje; dijete sve stavlja u usta; ustima se ostvaruju i prvi socijalni kontakti. Na osnovi takvih rudimentarnih zadovoljenja dijete razvija osnovno povjerenje ili nepovjerenje u osobe i okolinu, te razvija veću ili manju ovisnost ili neovisnost od te okoline. Djeca koja u ovoj fazi doživljavaju premalo ili preveliko zadovoljenje, postaju oralno-pasivne ličnosti u odrasloj dobi (pasivne, nezrele i ovisne) – oralni tip ličnosti. Ako je količina podraživanja prevelika, dijete nije motivirano da prijeđe u sljedeću fazu, tj. dolazi do fiksacije. Regresije - na oralnu fazu očituju se u pušenju, pretjeranom jedenju, žvakanju žvakaće i slično.
- **Analna faza:** izvori zadovoljstva su: retencija ili ispuštanje fekalija, kontroliranje tog postupka. Dolazi do prvih konflikta sa okolinom. Okolina zahtijeva kontroliranje te aktivnosti (odlazak na WC), stoga poučava i trenira dijete da odgodi neposredno zadovoljavanje i ugodu i da to zadovoljenje uskladi sa socijalnim zahtjevima.
- **Falusna (falogenitalna) faza:** izvori zadovoljstva: stimulacija spolnih organa; zanimanje za svoje spolne organe, spolne razlike, za rađanje djece i slično. Ključni period razvoja - rješava se najveći konflikt u životu pojedinca, kod dječaka Edipov kompleks, a kod

djevojčica Elektrin kompleks. Uspješno rješavanje tog konflikta vodi do uspješnog razvoja superega.

a) EDIPOV KOMPLEKS (kod dječaka) - nesvjesna težnja svakog djeteta da stupa u seksualne odnose s roditeljem suprotnog spola i da se istovremeno riješi roditelja istog spola. Edipov konflikt rješava se oko 7. godine na taj način da dječak represira iz svijesti u podsvijest ili nesvjesno svoje seksualne želje za majkom i počinje se identificirati s ocem (identifikacija s agresorom). Identifikacija znači preuzimanje značajki oca, njegovih stavova, mišljenja, vrijednosti, morala, seksualnog ponašanja, ali i njegovih zabluda, predrasuda.

b) ELEKTRIN KOMPLEKS (kod djevojčica). Rješenje se također sastoji u potiskivanju iz svijesti, što omogućuje prihvaćanje ženske uloge i stjecanje ženskog identiteta. Fiksacija (falusni tip ličnosti): kod muškaraca očituje se: ambicioznošću, hvalisavost, bezobzirnost, drskost, tj. težnjom za dokazivanjem muškosti; a kod žena: pojačanom interesu za muškarce, promiskuitetnom ponašanju, zavođenju [6].

- **Edipska faza:** preklapa se u određenoj mjeri s faličkim stadijem; ova faza razdoblje je neminovnoga sukoba između djeteta i roditelja. Dijete mora deseksualizirati odnos s oba roditelja da bi s njima održalo pozitivan emocionalni odnos. Taj proces postiže se pounutarnjem slika oba roditelja, a na taj način djetetova ličnost dobiva definitivniji oblik [4].
- **Faza latencije:** libido je smanjen i sublimiran; kanaliziran i usmjeren na neseksualne aktivnosti. Kod djece se u tom razdoblju razvijaju najrazličitiji interesi i aktivnosti kao što knjige, znanost, sport, prijatelji. Izbjegava se suprotni spol; druženje samo s vršnjacima istog spola. Taj period zauzima vrlo velik i značajan dio mladenačke dobi i sigurno se ne može zanemariti kao što je to učinio Freud [6].

2.6. Psihički aparat

Prema S. Freudu, psihički aparat čine svjesno, predsvjesno i nesvjesno, a u strukturalnom smislu id, ego i superego.

- **Id (ono):** je spremnik nagonске energije i djeluje prema načelu ugone. Dijete se rađa s određenim genskim pa tako i nagonским potencijalom, polaznom strukturom razvoja i razvojnih procesa. U početku život i funkcioniranje djeteta podložni su isključivo nagonima i njihovom djelovanju [4].
- **Ego (ja):** je temelj ljudske osobe koja sadržava skupinu funkcija, a dijele zajednički zadatak posredovanja između nagona i vanjskog svijeta. Osnovne funkcije ega su primarne autonomne funkcije, odnos prema realitetu koji uključuje osjećaj stvarnosti, testiranje realiteta

i adaptiranje na realitet; kontrola i regulacija nagonskih potreba, prosudba, objektni odnos (sposobnost integriranja pozitivnih i negativnih aspekata odnosa s drugim objektima), sintetičke funkcije i obrambene funkcije ega [7].

- **Superego (nad ja):** je dio psihičkih funkcija koje se odnose na naše moralne zahtjeve, zabrane društva i naše idealne težnje. Može se reći da je superego naša savjest, nastao internalizacijom roditeljskih vrijednosti i zabrana tijekom razrješenja Edipova kompleksa [7].

3. Epidemiologija

Prevalencija poremećaja ličnosti u općoj populaciji iznosi od 10 do 13%. Prevalencije pojedinih tipova poremećaja ličnosti u općoj populaciji iznose:

- Paranoidni poremećaj ličnosti 0,5-2,5%
- Shizotipni 3%
- Antisocijalni 3% kod muškaraca i 1% kod žena
- Granični poremećaj 2%
- Histrionični poremećaj ličnosti 2-3%
- Narcistični poremećaj ličnosti 2-16%
- Izbjegavajući poremećaj ličnosti 0,5-1%
- Opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti 1% [8].

Pri prosuđivanju funkcioniranja neke osobe treba uzeti u obzir etničko, kulturološko i socijalno podrijetlo. Poremećaj ličnosti ne treba miješati s problemima koji prate akulturaciju nakon imigracije ili s izražavanjem navika, običaja ili vjerskih, odnosno političkih stavova karakterističnih za kulturu iz koje potječe ta osoba. Posebice pri prosudbi osobe iz druge sredine korisno je prikupiti dodatne informacije iz izvora čije je kulturološko podrijetlo blisko toj osobi [8].

Poremećaj ličnosti može egzacerbirati nakon gubitka značajne osobe za pružanje podrške ili prethodno stabilne socijalne situacije. No, razvoj promjena ličnosti u srednjoj odrasloj dobi, ili kasnije u životu, opravdava prosudbu radi ispitivanja mogućeg postojanja promjene ličnosti zbog općeg zdravstvenog stanja ili neprepoznatog poremećaja vezanog uz psihoaktivne tvari. Neki poremećaji ličnosti, npr. antisocijalni poremećaj ličnosti dijagnosticiraju se češće kod muškaraca, a neki drugi npr. granični, histrionični, češće kod žena [8].

4. Dijagnoza i podjela poremećaja ličnosti

Dijagnoza poremećaja ličnosti zahtjeva prosudbu dugotrajnog modela funkcioniranja, a osobite crte ličnosti moraju se „ispoljiti“ do rane odrasle dobi. Crte ličnosti kojima se definiraju ovi poremećaji moraju se također razlučiti od karakteristika koje se javljaju kao odgovor na specifične stresore u nekim situacijama ili prolaznijih duševnih stanja [5].

O poremećaju mogu pružiti podatke emocionalne reakcije bolesnika i njihova shvaćanja o tome što im uzrokuje tegobe, te kako se drugi prema njima ponašaju. Dijagnoza počiva na opaženim ponavljanim načinima ponašanja ili percepciji koji uzrokuju patnju i ometaju društveno funkcioniranje. Bolesnici često nemaju uvida u te načine; stoga se obrada u početku zasniva na podacima onih koji su u dodiru s bolesnikom [9].

Dijagnostički pristup koji se koristi u MKB-10, DSM-IV i sekciji II novog DSM-5 je kategorijski pristup, po kojem poremećaji ličnosti predstavljaju kvalitativno različite sindrome. Prema dimenzijskom gledištu (sekcija III u DSM-5), poremećaji ličnosti predstavljaju neprilagođene inačice crta ličnosti koje se neprimjetno stapaju s normalom i jedna s drugom. Ima više različitih pokušaja identifikacije temeljnih dimenzija koje čine pozadinu cijelog područja normalnog i patološkog funkcioniranja ličnosti.

Jedan od glavnih problema kategorijske procjene poremećaja ličnosti je taj da kada bolesnik zadovolji kriterije za neki specifični poremećaj ličnosti, obično zadovoljava kriterije i za druge oblike poremećaja ličnosti, tako da je postavljanje dijagnoze nedovoljno specifično. U alternativnom pristupu dijagnozi poremećaja ličnosti u DSM-5, naglasak je na procjeni oštećenja funkcioniranja ličnosti i patološkim crtama ličnosti [14].

Poremećaj ličnosti treba dijagnosticirati kada se definirajuća karakteristika očitovala do rane odrasle dobi, tipična je za dugotrajno funkcioniranje osobe i ne javlja se isključivo za vrijeme epizode nekog drugog psihijatrijskog poremećaja.

Ponekad je teško razlučiti poremećaje ličnosti od drugih psihijatrijskih poremećaja koji imaju rani početak te kronični i relativno stabilni tijek (npr. distimija). Neki poremećaji ličnosti mogu imati spektarski odnos prema nekim poremećajima koji se temelji na fenomenološkim i biološkim sličnostima te se javljaju unutar obitelji (npr. shizotipni poremećaj ličnosti sa shizofrenijom ili izbjegavajući poremećaj ličnosti sa socijalnom fobijom).

4.1. Podjela poremećaja ličnosti

Na temelju kliničke slike, poremećaji ličnosti se dijele u tri glavne skupine (engl. cluster):

A skupina: paranoidni, shizoidni i shizotipni poremećaj ličnosti

B skupina: antisocijalni, histrionični, narcistični i granični poremećaj ličnosti

C skupina: izbjegavajući, opsesivno-kompulzivni i ovisni poremećaj ličnosti.

Osobe s poremećajima iz skupine A mogu djelovati ekscentrične, one iz skupine B se doživljavaju kao dramatične, naglašeno osjećajne, a iz skupine C kao prestrašene ili anksiozne [14].

Poremećaj ličnosti, neodređen, prikladna je dijagnoza za kliničke slike u kojima nisu zadovoljeni kriteriji za jedan, specifičan, poremećaj, ali su opći kriteriji zadovoljeni, a samo oštećenje je klinički značajno.

Pri prosuđivanju funkcioniranja neke osobe, treba uzeti u obzir i njeno etničko, kulturološko i socijalno podrijetlo, kako se određena ponašanja vezana uz navike, običaje, vjerske stavove ili problemi koji se javljaju nakon imigracije ne bi pomiješali s neprilagođenošću vezanoj uz poremećaj ličnosti. Primijećena je razlika u prevalenciji poremećaja prema spolu, tako da su npr. granični, histrionski i ovisni češći kod žena, a antisocijalni kod muškaraca [14].

Poremećaji ličnosti dijele se na:

- **Paranoidni poremećaj ličnosti** – nepovjerljivost i sumnjičavosti u kojem se tuđi motivi interpretiraju kao zlonamjerni.
- **Shizoidni poremećaj ličnosti** – nezainteresiranosti za socijalne odnose i ograničenog raspona emocionalnog izražavanja.
- **Shizotipni poremećaj ličnosti** – akutno osjećanje nelagode u bliskim odnosima, iskrivljenog kognitivnog ili perceptualnog doživljavanja, te ekscentričnog ponašanja.
- **Antisocijalni poremećaj ličnosti** – neobaziranje na (ili nepoštivanje) prava drugih ljudi.
- **Granični poremećaj ličnosti** – nestabilnost u međuljudskim odnosima, slici samog sebe i osjećajima, te izrazite impulzivnosti.
- **Histrionični poremećaj ličnosti** – pretjerana emocionalnost i traženje pažnje.
- **Narcistički poremećaj ličnosti** – osjećaj veličine, potreba za divljenjem i nedostataka suosjećanja s drugima

- **Izbjegavajući poremećaj ličnosti** – socijalna zakočenost, osjećaja manje vrijednosti i pretjerane osjetljivosti na negativne procjene.
- **Ovisni poremećaj ličnosti** – submisivno ponašanje i stalno držanje uz neku osobu koji je povezan s pretjeranom potrebom za tuđom skrbi.
- **Opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti** – zaokupljenost redom, perfekcionizmom i kontrolom.

- **Poremećaj ličnosti, neodređen** – kategorija koja obuhvaća dvije situacije:
 - ✓ model ličnosti zadovoljava opće kriterije za poremećaj ličnosti i postoje crte nekoliko različitih poremećaja ličnosti, ali nisu zadovoljeni kriteriji na za jedan specifični poremećaj ličnosti,
 - ✓ model ličnosti zadovoljava opće kriterije za poremećaj ličnosti, ali se smatra da osoba ima poremećaj ličnosti koji nije uvršten u Klasifikaciju [5].

4.2. DSM-5 klasifikacija poremećaja ličnosti

Dva su pristupa dijagnostičkoj procjeni poremećaja ličnosti. Dijagnostički pristup koji se koristi u MKB-10, DSM-IV i sekciji II novog DSM-5 je kategorijski pristup, po kojem poremećaji ličnosti predstavljaju kvalitativno različite sindrome. Prema dimenzijskom gledištu poremećaji ličnosti predstavljaju neprilagođene inačice crta ličnosti koje se neprimjetno stapaju s normalnom i jedna s drugom. Ima više različitih pokušaja identifikacije temeljnih dimenzija koje čine pozadinu cijelog područja normalnog i patološkog funkcioniranja ličnosti. Uključivanje oba modela procjene u novom DSM-5, odražava podijeljene stavove američkih psihijatarata koji su stvarali novi DSM, u smislu da se s jedne strane nastavlja kontinuitet DSM-IV koji se koristi u kliničkoj praksi, ali i potrebu da se uvede novi, alternativni pristup. Jedan od glavnih problema kategorijske procjene poremećaja ličnosti je taj da kada bolesnik zadovolji kriterije za neki specifični poremećaj ličnosti, obično zadovoljava kriterije i za druge oblike poremećaja ličnosti, tako da je postavljanje dijagnoze nedovoljno specifično. U alternativnom pristupu dijagnozi poremećaja ličnosti u DSM-5, naglasak je na procjeni oštećenja funkcioniranja ličnosti i patološkim crtama ličnosti. Odnos raznih dimenzijskih modela prema dijagnostičkim kriterijima poremećaja ličnosti u DSM-IV je taj da kada bolesnik zadovolji kriterije za neki specifični poremećaj ličnosti, obično zadovoljava kriterije i za druge oblike

poremećaja ličnosti, tako da je postavljanje dijagnoze nedovoljno specifično. Dijagnoza specifičnog poremećaja ličnosti u alternativnom modelu u DSM-5, izvedena je iz modela koji uključuje antisocijalni, izbjegavajući, granični, narcistični, opsesivno-kompulzivni i shizotipni poremećaj ličnosti. Funkcioniranje ličnosti i crte ličnosti mogu biti procijenjeni bez obzira da li osoba ima ili nema kriterije za poremećaj ličnosti te tako mogu biti klinički važan izvor informacija za pojedinu osobu [15]

4.3. Diferencijalna dijagnoza

Poremećaj ličnosti treba dijagnosticirati samo kada se:

- definirana karakteristika očitovala do rane odrasle dobi
- tipična je za dugotrajno funkcioniranje osobe
- ne javlja se isključivo za vrijeme epizode nekog drugog psihičkog poremećaja.

Ponekad je teško razlučiti poremećaje ličnosti od onih poremećaja na Osi I koji imaju rani početak te kronični i relativno stabilni tijek. Neki poremećaji ličnosti mogu imati spektakularni odnos prema nekim poremećajima na Osi I koji se temelji na fenomenološkim i biološkim sličnostima te se javljaju unutar obitelji. Za tri poremećaja ličnosti, paranoidni, shizoidni i shizotipni, koji mogu biti povezani sa psihotičnim poremećajima, postoji kriterij isključivanja u kojem se kaže da se model ponašanja ne smije javljati isključivo u tijeku nekog od psihotičnih poremećaja ili poremećaja raspoloženja sa psihotičnim obilježjima. Kada osoba ima kronični psihotični poremećaj kojem je prethodio poremećaj ličnosti, na Osi II uz oznaku „premorbidan“ u zagradi. Ako se promjena ličnosti pojavi i traje nakon što je osoba bila izložena ekstremnom stresu, treba razmotriti dijagnozu PTSP-a [15].

5. Liječenje poremećaja ličnosti

Premda liječenje ovisi o vrsti poremećaja osobnosti, vrijede neka opća pravila. Obitelj i prijatelji se mogu ponašati tako da, ili pojačavaju ili ublažavaju bolesnikovo problematično ponašanje ili misli, tako da njihovo uključivanje pomaže i često je od osnovne važnosti. Treba poduzeti rani pokušaj da osoba shvati kako osnova problema zapravo leži u tome tko je ona sama. Drugo pravilo je da liječenje poremećaja osobnosti traje dugo. Kako bi takve osobe postale svjesne svojih obrambenih mehanizama, uvjerenja i neprilagođenih načina ponašanja, obično su potrebna ponavljana suočavanja dugotrajnom psihoterapijom ili grupnom terapijom. Budući da je poremećaje osobnosti posebno teško liječiti, važni su terapeuti s iskustvom, entuzijazmom i razumijevanjem bolesnikovih očekivanih područja emocionalne osjetljivosti, te uobičajenog načina nošenja s njima. Samo ljubaznost i usmjeravanje ne liječe poremećaje osobnosti. Liječenje poremećaja osobnosti može uključivati kombinaciju psihoterapije i lijekova [9].

Prvi je cilj ublažavanje anksioznosti ili depresije, te lijekovi mogu biti od pomoći. Smanjenje okolišnog stresa također može brzo ublažiti takve simptome. Poremećaji prilagođivanja poput bezobzirnosti, društvene izdvojenosti, nedostatka upornosti ili napada bijesa mogu se tijekom mjeseci promijeniti. Učinkoviti su i grupno liječenje i promjena ponašanja, ponekad u okviru dnevne bolnice ili boravka u njoj. Prilikom promjene društveno nepoželjnih ponašanja također može pomoći sudjelovanje u grupama za samopomoć ili obiteljskom liječenju. Kod graničnog, antisocijalnog ili izbjegavajućeg poremećaja osobnosti najvažnije su promjene ponašanja. Dijalektička bihevioralna terapija (DBT) se pokazala učinkovitom kod graničnog poremećaja osobnosti. DBT, koja obuhvaća tjednu pojedinačnu i grupnu psihoterapiju kao i telefonski kontakt s terapeutom između zakazanih sastanaka, ima za cilj da pomogne bolesniku pri razumijevanju vlastitog ponašanja i da ga nauči rješavanju problema i prilagođivanju. U osoba s graničnim i izbjegavajućim poremećajem osobnosti vrlo je učinkovita psihodinamska terapija. Važna sastavnica ovih oblika liječenja je pomaganje bolesnicima s poremećajem osobnosti da reorganiziraju svoje osjećaje te da razmišljaju o učincima koje njihovo ponašanje ima na druge [9].

Za promjenu međuljudskih (interpersonalnih) problema, poput ovisnosti, nepovjerenja, oholosti i manipulativnosti, obično treba više od 1 god. Kamen temeljac za postizanje međuljudskih (interpersonalnih) promjena je individualna psihoterapija koja pomaže bolesniku da shvati izvor svojih međuljudskih problema. Terapeut mora opetovano naglašavati neželjene

posljedice bolesnikovih misli i ponašanja te ponekad mora postaviti i granice bolesnikovom ponašanju. Takva je terapija esencijalna kod histrionskog, ovisničkog ili pasivno–agresivnog poremećaja osobnosti.

Psihofarmaci u terapiji poremećaja ličnosti mogu biti djelotvorni u smanjivanju ljutnje, impulzivnog i agresivnog ponašanja, kao i brzih izmjena raspoloženja i afektivne nestabilnosti. Ukoliko je impulzivnost vodeći simptom, SIPPS (selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina) je lijek prvog izbora. Ako su kognitivno perceptualni simptomi kao paranoidne ideje ili depersonalizacija posebno istaknute ili se radi o kratkotrajnoj psihotičnoj epizodi u okviru poremećaja ličnosti, preporučuje se uvesti antipsihotik novije generacije.

Za neke bolesnike s poremećajima osobnosti kod kojih su pristupi, očekivanja i uvjerenja mentalno organizirani (npr. narcisoidni ili opsesivno–kompulzivni tipovi), preporučljiva je psihoanaliza [9].

6. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

U najstarije doba poimanje psihičkih poremećaja, kao i u ostalom svih drugih bolesti, svodilo se na nadnaravne sile. Psihički poremećaji s ponekad dramatičnim simptomima uklapali su se u demonističko shvaćanje prema kojemu su bolesti posljedica zlih duhova. Kroz godine i sam napredak medicine samo shvaćanje psihičkih bolesnika se naveliko promijenilo. Psihijatrijski bolesnik se sve više integrira u društvo, ma da sama stigma je još uvijek prisutna. Važnost psihijatrijske sestre jest to da mora uspostaviti terapijski odnos i terapijsku komunikaciju s bolesnikom, pri čemu mora stalno procjenjivati kako ona svojim stavom i ponašanjem utječe na njega [10].

Sestrinska skrb psihijatrijskih bolesnika po definiciji zdravstvene njege ne razlikuje se od skrbi za bolesnika s organskom bolešću. Razlike se odnose na vodeća obilježja pojedinih problema, ciljeve koje želimo postići i načine rješavanja problema. Većina sestrinskih dijagnoza koje se rabe u skrbi za psihijatrijske bolesnike odobrene su i uvrštene na listu North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Klasifikacijski sustav se razvija i postoje velike razlike u strukturi sestara – profesionalaca u dijagnosticiranju, u različitim zemljama s obzirom na obrazovne stupnjeve i zakonske okvire unutar kojih sestre djeluju [11].

Suvremeni pristup u zbrinjavanju psihijatrijskih bolesnika teži ka izbjegavanju i smanjenju hospitalizacije kad je to moguće. Medicinske sestre i tehničari imaju važnu ulogu u osmišljavanju i iskorištavanju terapijskih potencijala cjelokupnog okruženja. Medicinske sestre i tehničari su najbrojnija skupina zdravstvenih djelatnika i po naravi svojeg posla provode najviše vremena s bolesnicima. Stoga imaju osobito veliku odgovornost za stvaranje pozitivne psihosocijalne klime na odjelu. Unapređenje terapijskih potencijala okruženja za bolesnike tijekom hospitalizacije u svakom slučaju predstavlja izazov za sestre/tehničare i zahtjeva stručno znanje [10].

Psihijatrijska sestra prikuplja podatke i vrši procjenu tih podataka, te identificira visoke prioritete za dijagnosticiranje sestrinske skrbi. Dijagnosticiranje sestrinskog problema pruža nam osnove za odabir sestrinske intervencije. Dijagnosticirati znači pomno ispitivati i analizirati činjenice radi objašnjenja i razumijevanja nečega, a dijagnoza je odluka utemeljena na ispitivanju. Jedinствена stručna sestrinska terminologija, nužan je uvjet za unapređenje

sestrinske prakse, kvalitetniju interpersonalnu komunikaciju, daljnje obrazovanje psihijatrijskih sestara i njihov rad na području sestrinskih psihijatrijskih istraživanja.

Proces sestrinske skrbi ima za cilj individualizirati skrb za pacijenta, a prilagođen je jedinstvenim potrebama psihijatrijskog pacijenta. On kao okvir za sestrinsku praksu podrazumijeva dokumentiranje u svim fazama sestrinskog procesa. Plan psihijatrijske sestrinske skrbi mora se bazirati na poznavanju i razumijevanju pacijentovog stanja i potreba, odnosno mora se bazirati na cjelovitom pristupu problemu s kojim se pacijent suočava. Na temelju kritičke analize pacijentovog ponašanja, naravi psihičkog poremećaja i brojnih drugih činitelja donosi se sestrinska dijagnoza koja služi sestrinskom timu kao vodič u provođenju sestrinske skrbi [11].

7. **Moguće sestrinske dijagnoze kod poremećaja ličnosti**

7.1. **Anksioznost u/s poremećajem ličnosti**

Nejasan osjećaj neugode i / ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti.

Prikupljanje podataka

- Procijeniti stupanj anksioznosti bolesnika.
- Procijeniti bolesnikove metode suočavanja s anksioznošću i stresom - kroz razgovor,
- od pacijenta i obitelji saznati prethodna suočavanja sa sličnim stanjem.
- Sznati od bolesnika povezanost između pojave anksioznosti i činitelja koji do nje dovode.
- Fizikalni pregled – utvrditi postoje li znaci samoozljeđivanja.

Sestrinske intervencije:

- Stvoriti profesionalan empatijski odnos - bolesniku pokazati razumijevanje njegovih osjećaja.
- Stvoriti osjećaj sigurnosti.
- Opažati neverbalne izraze anksioznosti, izvijestiti o njima (smanjena komunikativnost, razdražljivost do agresije).
- Stvoriti osjećaj povjerenja i pokazati stručnost.
- Bolesnika upoznati s okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim bolesnicima.
- Koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju bolesnika.
- Omogućiti bolesniku da sudjeluje u donošenju odluka.
- Potaknuti bolesnika da potraži pomoć od sestre ili bližnjih kada osjeti anksioznost.
- Potaknuti bolesnika da prepozna situacije (činitelje) koji potiču anksioznost.
- Potaknuti bolesnika da izrazi svoje osjećaje.
- Pomoći i podučiti bolesnika vođenju postupaka smanjivanja anksioznosti:
- Poučiti bolesnika pravilnom uzimanju anksiolitika.
- Kontrolirati i nadzirati uzimanje terapije.
- Stvoriti sigurnu okolinu za bolesnika (ukloniti predmete kojima bi pacijent mogao nanijeti ozljede) [12].

7.2. Smanjena mogućnost brige o sebi

Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog obavljanja osobne higijene. Ova sestrinska dijagnoza može se prepoznati na osnovu sljedećih podataka: nesposobnost ili poteškoće u području hranjenja, održavanja higijene tijela, oblačenja, eliminacije.

Sestrinske intervencije:

- Procijeniti stupanj samostalnosti bolesnika.
- Definirati situacije kada bolesnik treba pomoć.
- Dogovoriti osobitosti načina održavanja osobne higijene kod bolesnika.
- U dogovoru s bolesnikom napraviti dnevni i tjedni plan održavanja osobne higijene.
- Osobnu higijenu izvoditi uvijek u isto vrijeme, ako je to moguće, te tijekom izvođenja
- aktivnosti poticati bolesnika na povećanje samostalnosti.
- Osigurati privatnost.
- Potreban pribor i pomagala staviti na dohvata ruke, te poticati bolesnika da ih koristi.
- Biti u blizini bolesnika tijekom kupanja [12].

7.3. Visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili prema drugima

Visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili prema drugim osobama kao sestrinska dijagnoza očituje se rizičnim ponašanjem bolesnika u kojem pokazuje da je štetan za sebe i okolinu.

Sestrinske intervencije:

- Osigurati mirno i sigurno okruženje, potrebno je reći bolesniku „Ovdje ste sigurni „
- Biti pažljiv i oprezan ako trebamo s bolesnikom stupiti u fizički kontakt
- Obraćati se bolesniku smirenim glasom, paziti na stav tijela
- Poticati bolesnika na verbalizaciju osjećaja
- Pomoći bolesniku da identificira situacije koje izazivaju anksioznost i koje bolesniku predstavljaju opasnost
- Pružiti pomoć bolesniku da definira alternative s obzirom na agresivno ponašanje, poticati ga na samostalne aktivnosti

- Postaviti granice na jasan, specifičan i čvrst način, što je prihvatljivo i što nije prihvatljivo
- Biti oprezan i paziti na znakove koji upućuju na moguće agresivno ponašanje, porast psihomotoričke aktivnosti, intenzitet afekta, verbalizaciju deluzionalnog mišljenja, posebice izražavanja zastrašenosti, zastrašujuće halucinacije
- Dozvoliti fizički prostor (osobni prostor bolesnika)
- Pokušati otkriti uzrok bolesnikove uznemirenosti
- Komunicirati s bolesnikom s poštovanjem njega kao osobe, ali ne odobravati njegovo ponašanje
- Poticati pozitivno ponašanje. Fokusirati se na snage koje jačaju bolesnikovo samopoštovanje, uspostavljaju povjerenje i osjećaj sigurnosti.
- Koristiti pozitivno bodrenje i podršku kad god je to moguće
- Visoko strukturirana okolina sa suporativnim međuljudskim odnosima mogu smanjiti agresivno ponašanje [13].

7.4. Smanjen stupanj samopoštovanja

Verbalizacija izraza bezvrijednosti negativnih osjećaja o samome sebi, neadekvatan razvoj samopoštovanja, beznadnost ambivalencija, autizam, krive posudbe, poremećen smisao o sebi samome.

Sestrinske intervencije:

- Provoditi vrijeme s bolesnikom, slušati i prihvaćati bolesnika
- Poticati i ohrabrivati bolesnika da verbalizira razmišljanja o područjima o kojima želi govoriti ili da verbalizira osjećaje
- Pružiti pomoć bolesniku da shvati kako negativni osjećaji smanjuju samopoštovanje
- Poticati i ohrabrivati bolesnika da prepozna pozitivne karakteristike u vezi sa sobom
- Poticati bolesnika na odgovarajuće aktivnosti
- Poticati bolesnikovu kreativnost
- Ohrabrivati bolesnikove sposobnosti, napore i nastojanja. Razgovarati s bolesnikom o pozitivnim aspektima njegovog osobnog sustava kao što su socijalne odnosno društvene vještine, radne sposobnosti, edukacija i obrazovanje, talenti i izgled, što može osnažiti i osvježiti bolesnikove osjećaje da je korisna, vrijedna i kompetentna ličnost

- Poticati bolesnika na pozitivan izgled tijela što doprinosi samopoštovanju
- Uključiti bolesnika u radno okupacione tretmane
- Koristiti duhovne resurse (ako to bolesnik želi)
- Poticati kontakte sa drugim bolesnicima, obitelji i prijateljima
- Poticati pozitivno razmišljanje [13].

7.5. Promijenjeni obiteljski odnosi

Poteškoće u odnosu između članova obitelji, neučinkoviti procesi donošenja odluka unutar obitelji, nesposobnost slaganja.

Sestrinske intervencije :

- Determiniranje i određivanje sadašnje razine obiteljskog funkcioniranja i razine funkcioniranja prije pojave bolesti, praćenje i bilježenje čimbenika kao što su sposobnosti i vještine rješavanja problema, razine interpersonalnih odnosa, sustava izvanjske potpore i podrške, uloga, pravila ograničenja i komunikacija
- Procjena spremnosti obitelji da integrira bolesnika u sustav sposobnosti kao što su sposobnost obitelji da iskoristi pomoć ili da se suoči s krizom na odgovarajući način, adaptacijom ili promjenom
- Poticati posjete i druženje s bolesnikom
- Educirati obitelj o bolesti, terapiji i promjenama koje bolest nosi
- Dati informacije vezane uz terapiju i resurse iz zajednice koji pružaju pomoć (savjetovališta, centri za dnevnu skrb, socijalna služba) [13].

7.6. Visok rizik za samoubojstvo

Ponašanje u kojem pojedinac pokazuje mogućnost samoozljeđivanja sa željenim smrtnim ishodom.

Sestrinske intervencije:

- Osigurati sigurnu okolinu bolesniku
- Ukloniti potencijalno opasne predmete
- Učestalo kontrolirati ormariće i prostor u kojem bolesnik boravi

- Uputiti obitelj da ne donosi nikakve opasne predmete bolesniku
- Osigurati nadzor bolesnika sukladno riziku za počinjenje samoubojstva
- Prepoznati stanja disimulacije bolesti
- Osigurati odnos povjerenja temeljem na empatiji i aktivnom slušanju
- Biti uz bolesnika kada god moguće
- Primjenjivati načela terapijske komunikacije uz izbjegavanje naređivanja, moraliziranja i kritiziranja
- Potaknuti komunikaciju u kojoj će bolesnik izraziti svoje negativne emocije i osjećaje
- Potaknuti bolesnika da postavi kratkoročne ostvarive ciljeve
- Spriječiti izolaciju i otuđivanje bolesnika
- Kontrolirati uzimanje terapije
- Uključiti obitelj u skrb za bolesnika
- Kontaktirati psihijatra pri pogoršanju stanja bolesnika.

8. Zaključak

Poremećaji ličnosti mogu se protumačiti kao određeno stanje između stanja normalnog i patološkog. Kroz povijest su bile kategorizirane kao duševne bolesti. Da bi se razumjelo duševno zdravlje treba se iznimno dobro poznavati teorije ličnosti da bi se određeni poremećaj mogao klasificirati, teško je određeni poremećaj ličnosti stavljati u određenu kategoriju jer svaki poremećaj za sebe vuče u drugi poremećaj i usko su povezani. O poremećajima ličnosti bi se moglo puno pisati jer zahtijevaju multidisciplinarni pristup kao i samo poznavanje pristupa takvim bolesnicima. Određene literature poremećaje ličnosti čak tretiraju kao stanje, a ne kao bolest. Svakako koliko je sama bolest teška za bolesnika, teška je i za samu obitelj. Koliko je važna edukacija medicinskih sestara/tehničara tako je važna edukacija same obitelji da bi ih se naučilo kako se nositi sa bolesnikovim stanjem kao i kako reagirati u određenim situacijama. Kvalitetno poznavanje bolesti, pravodobna reakcija te kvalitetna njega takvim bolesnicima može pružiti bolju kvalitetu života.

U Varaždinu, 21.06.2019.

Tiffany Matoša

9. Literatura

- [1] D. Labura, Poremećaji ličnosti, Psihijatrijska bolnica Ugljan, 2016.
- [2] D. Begić, Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2014.
- [3] J. Sindik, Problemski pristup u razumijevanju ličnosti, Metodčki ogledi, 13 (2006) 2, 63-74.
- [4] Lj. Moro, T. Frančišković i sur., Psihijatrija, udbenik za više zdravstvene škole, Medicinska naklada, 2010.
- [5] Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, DSM-IV, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1996.
- [6] S. Tatolović Vorkapić, Razvojna psihologija, rani i predškolski odgoj i obrazovanje, 2013.
- [7] R. Gregurek i sur., Suradna i konzultativna psihijatrija, Školska knjiga, Zagreb, 2006.
- [8] www.cybermed.hr/clanci/poremecaji_licnosti/ dostupno: 15.02.2019.
- [9] MSD priručnik, Poremećaji ličnosti, www.msd-prirucnici.placebo.hr dostupno 19.02.2019.
- [10] B. Sedić, Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2006.
- [11] Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika, 17. Dani psihijatrijskog društva medicinskih sestara/tehničara, Plitvička jezera, 2011.
- [12] S. Šepec, B. Kurtović i suradnici: Sestrinske dijagnoze, HKMS, Zagreb, 2011.
- [13] J. Bektić Hodžić, Najčešće sestrinske dijagnoze i intervencije kod prisilno hospitaliziranog bolesnika, Psihijatrijska bolnica Vrapče, 2011.
- [14] <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/10192/Poremecaji-licnosti.html> dostupno 25.02.2019.
- [15] D. Marčinko, M. Jakovljević, V. Rudan i sur., Poremećaji ličnosti: Stvarni ljudi, stvarni problemi, Medicinska naklada, Zagreb, 2015.

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK Tiffany Matoša

MATIČNI BROJ 5312/601

DATUM 19.04.2019.

KOLEGIJ Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

NASLOV RADA Poremećaj ličnosti

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Disorder of personality

MENTOR Marija Božičević, mag.med.techn.

ZVANJE predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. dr.sc. Irena Canjuga, predsjednik
2. Marija Božičević, mag.med.techn., mentor
3. Jurica Veronek, mag.med.techn., član
4. Valentina Novak, mag.med.techn., zamjenski član
- 5.

Zadatak završnog rada

BROJ 1081/SS/2019

OPIS

Ličnost je kompletna psihička struktura koja obuhvaća emocionalne i kognitivne osobine, oblike doživljavanja i reagiranja, temperament, moralne osobine i karakter. Pojavljuju se kao poremećaji doživljavanja vlastite ličnosti i kao poremećaji ličnosti u užem smislu. Poremećaji ličnosti su relativno trajni načini percipiranja, mišljenja, čuvstvenog doživljavanja i ponašanja, koji interferiraju sa uspješnom socijalnom prilagodbom i donose okolini takve osobe niz teškoća, problema i neugoda. Proces sestriinske skrbi ima za cilj individualizirati skrb za pacijenta, a prilagođen je jedinstvenim potrebama psihijatrijskog pacijenta. Na temelju kritičke analize pacijentovog ponašanja, naravi psihičkog poremećaja i brojnih drugih činitelja donosi se sestriinska dijagnoza koja služi sestriinskom timu kao vodič u provođenju sestriinske skrbi.

U radu je potrebno:

- definirati pojam ličnosti
- prikazati razvoj ličnosti i epidemiologiju
- prikazati podjelu poremećaja
- prikazati liječenje poremećaja
- prikazati i objasniti specifičnosti sestriinske skrbi prema potrebama psihijatrijskog pacijenta

ZADATAK URUČEN

28.05.2019.



Marija Božičević

Sveučilište

Sjever

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Tiffany Matoša pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog/diplomskog rada pod naslovom Poremećaji ličnosti te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Studentica:
Tiffany Matoša

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Tiffany Matoša neopozivo izjavljujem da sam suglasna s javnom objavom završnog/diplomskog rada pod naslovom Poremećaji ličnosti čija sam autorica.

Studentica:

Tiffany Matoša