

Poremećaji ličnosti

Sente, Marta

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:462915>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-10-06**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1590/SS/2022

Poremećaji ličnosti

Marta Sente, 4230/336

Varaždin, rujan 2022. godina



Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br: 1590/SS/2022

Poremećaji ličnosti

Student

Marta Sente, 4230/336

Mentor

Marija Božičević, mag med. techn.

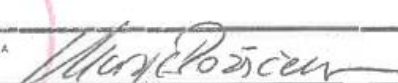
Varaždin, rujan, 2022. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	prediplomski stručni studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Marta Sente	JMBAG	0336034627
DATUM	11.08.2022.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Poremećaji ličnosti		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Personality disorders		
MENTOR	Marija Božičević, mag.med.techn.	ZVANJE	viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. dr.sc. Melita Sajko, v.pred., predsjednik		
	2. Marija Božičević, v.pred., mentor		
	3. doc.dr.sc. Andreja Jambrošić Sakoman, član		
	4. Valentina Vincek, pred., zamjenski član		
	5.		

Zadatak završnog rada

BROJ	1590/SS/2022
OPIS	<p>Ličnost je skup svih osobina i mehanizama unutar osobe, koji su organizirani i relativno trajni, te utječu na interakcije i adaptacije osobe na intrapsihičku, fizičku i socijalnu okolinu.</p> <p>Poremećaj ličnosti dugotrajan je model unutarnjeg doživljavanja i ponašanja koji odstupa od očekivanog s početkom u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi.</p> <p>Poremećaji ličnosti nastaju kao rezultat interakcije genske predispozicije i izloženosti nepovoljnim utjecajima i specifičnim traumatičnim iskustvima. Dijele se na tri podvrste: ekscentrične, dramatične i anksiozne poremećaje ličnosti. Liječenje uključuje psihoterapiju, farmakoterapiju i socioterapiju.</p> <p>Sestrinska skrb psihijatrijskih bolesnika definicijom zdravstvene njege ne razlikuje se od skrbi pacijenta s organskom bolešću. Razlika je u vodećim obilježjima problema, ciljevima i načinima na koji to želimo postići, što ću i opisati u radu.</p> <p>U radu je potrebno:</p> <ul style="list-style-type: none">- definirati i opisati različite teorije ličnosti- opisati epidemiologiju i etiologiju poremećaja ličnosti- navesti podjelu poremećaja ličnosti- opisati proces liječenja i zdravstvene njege osoba s poremećajem ličnosti
ZADATAK URUČEN	28.09.2022
POTPIS MENTORA	



Predgovor

Zahvaljujem svojoj mentorici Mariji Božičević koja me je svojim znanjem i predavanjima još više zainteresirala za moju temu te me usmjeravala prilikom izrade završnog rada. Veliko hvala roditeljima, obitelji i prijateljima koji su bili uz mene tijekom lijepih i manje lijepih dana studiranja te zahvaljujem svim kolegama i kolegicama koji su upotpunili ove 3 godine studiranja.

Sažetak

Ličnost je skup svih osobina neke osobe u jednu cjelinu koja određuje aktivnost te osobe u promjenjivom okruženju i u tim okolnostima je sklona promjenama. Poremećaji ličnosti heterogena su skupina poremećaja, definicija opisuje ponašanja slična velikom broju ljudi. Poremećaj ličnosti je model dugotrajnog unutarnjeg ponašanja i doživljavanja i razlikuje se od očekivanog, početak mu je u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi. Prevalencija u općoj populaciji iznosi 10 do 13%. Najčešća dijagnoza u kliničkoj medicini je mješoviti poremećaj ličnosti. To ukazuje na preklapanje različitih tipova poremećaja i nedovoljnu specificiranost kategorijskih dijagnoza. Poremećaji ličnosti smatraju se rezultatom interakcije genske predispozicije i izloženosti nepovoljnim utjecajima i specifičnim traumatičnim iskustvima. Dijagnostički postupak počinje anamnezom te se koriste različite laboratorijske, elektrofiziološke, neuroradiološke metode i tehnike. Poremećaji ličnosti dijele se na tri podvrste: ekscentrične, dramatične i anksiozne poremećaje ličnosti. Ekscentrični poremećaji ličnosti (klaster A) obuhvaćaju paranoidne, shizoidne i shizotipne poremećaje ličnosti. Dramatični (klaster B) su disocijalni (antisocijalni), granični (borderline), narcistički i histrionski poremećaji ličnosti. U anksiozne poremećaje (klaster C) ubrajaju se opsesivno-kompulzivni, izbjegavajući i ovisni poremećaji ličnosti. Liječenje uključuje psihoterapiju, farmakoterapiju i socioterapiju. Psihoterapija psihološka je metoda liječenja temeljena na odnosu terapeuta i bolesnika, zahtijeva educiranog terapeuta. Sestrinska skrb psihijatrijskih pacijenata definicijom zdravstvene njege ne razlikujemo od skrbi za pacijenta s organskom bolešću. Razlika je u vodećim obilježjima problema, ciljevima i načinima na koji to želimo postići.

Ključne riječi: Poremećaji ličnosti, ličnost, psihoterapija, zdravstvena njega

Summary

Personality is a set of all the characteristics of a person in one whole, which determines the activity of that person in a changing environment and is prone to change in those circumstances. Personality disorders are a heterogeneous group of disorders, the definition describes behavior similar to a large number of people. Persistent personality disorder is a pattern of inner experience and behavior that deviates from what is expected, beginning in adolescence or early adulthood. The prevalence of personality disorders in the general population is 10 to 13%. The leading diagnosis from the circle of personality disorders in clinical medicine is mixed personality disorder, which indicates the overlap of various types of personality disorders and insufficient specificity of categorical diagnoses. Personality disorders are considered the result of the interaction of genetic predisposition and exposure to adverse influences and specific traumatic experiences. The diagnostic procedure begins with an anamnesis, and various laboratory, electrophysiological, neuroradiological methods and techniques are used. Personality disorders are divided into three subtypes: eccentric, dramatic and anxious personality disorders. Eccentric personality disorders (cluster A) include paranoid, schizoid and schizotypal personality disorders. Dramatic (cluster B) are dissocial (antisocial), borderline (borderline), narcissistic and histrionic personality disorders. Anxiety disorders (cluster C) include obsessive-compulsive, avoidant and dependent personality disorders. Treatment includes psychotherapy, pharmacotherapy and sociotherapy. Psychotherapy is a psychological method of treatment that is based on the relationship between the therapist and the patient, and requires an educated therapist. Nursing care of psychiatric patients is not distinguished by the definition of health care from the care of a patient with an organic disease. The difference is in the leading characteristics of the problem, the goals and the ways in which we want to achieve them.

Key words: Personality disorders, personality, psychotherapy, health care

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Ličnost.....	1
1.1.1 Fenomenološka teorija ličnosti.....	2
1.1.2. Faktorska teorija ličnosti	2
1.1.3. Freudova teorija ličnosti	2
2. Poremećaji ličnosti	3
3. Epidemiologija	3
4. Etiologija	3
5. Dijagnosticiranje poremećaja ličnosti	4
5.1. Dijagnostička obilježja	4
6. Podjela poremećaja ličnosti.....	5
6.1. Paranoidni poremećaj ličnosti	5
6.2. Shizoidni poremećaj ličnosti	6
6.3. Shizotipni poremećaj ličnosti	6
6.4. Disocijalni poremećaj ličnosti	7
6.5. Emocionalno nestabilna ličnost.....	8
6.6. Histrionski poremećaj ličnosti.....	8
6.7. Anakastični poremećaj ličnosti.....	9
6.8. Anksiozni poremećaj ličnosti	10
6.9. Ovisna ličnost.....	10
6.10. Narcistički poremećaj ličnosti	11
6.11. Sadistički poremećaj ličnosti.....	12
6.12. Depresivni poremećaj ličnosti	12
6.13. Granični poremećaj ličnosti.....	12
7. Klinička slika oboljelih	13
8. Liječenje poremećaja ličnosti	13
9. Psihoterapija	14
9.1. Interaktivni odnos između psihoterapije i farmakoterapija	14
9.2. Psihoterapija pojedinca s graničnim poremećajem ličnosti.....	15
9.2.1. Terapijski pristup.....	15
9.2.2. Prioriteti.....	15
9.2.3. Psihoterapijski proces	15
9.2.4. Terapijski ciljevi - perspektiva terapeuta.....	15
9.2.5. Terapijski ciljevi - perspektiva bolesnika.....	15
9.2.6. Faze psihoterapijskih promjena	16
9.3. “Ponovno roditeljstvo” - terapeut kao treći roditelj.....	16

9.4.	Kognitivno-bihevioralna terapija.....	17
9.5.	Interpersonalna psihoterapija.....	17
9.6.	Psihoanalitička psihoterapija	17
10.	Poremećaj ličnosti u adolescenciji.....	18
10.1.	Razvoj ličnosti i poremećaj ličnosti u adolescenciji.....	19
10.2.	Dugoročni ishod ranog početka poremećaja ličnosti.....	19
10.3.	Rano otkrivanje i prevencija.....	19
10.4.	Poteškoće u dijagnosticiranju poremećaja u adolescenata	19
10.5.	Liječenje poremećaja osobnosti u razvojnem razdoblju	21
10.6.	Tretman identiteta adolescenata	21
11.	Zdravstvena njega pacijenta oboljelog od poremećaja ličnosti	22
11.1.	Sestrinske dijagnoze	22
11.1.1.	Agresija	22
11.1.2.	Visok rizik za samoozljeđivanje.....	22
11.1.3.	Visok rizik za samoubojstvo	22
11.2.	Pristup pacijentu oboljelom od graničnog poremećaja ličnosti	22
11.2.1.	Sestrinski izazovi.....	23
11.2.2.	Odgovori medicinske sestre	23
12.	Zaključak.....	25
13.	Literatura	26

1. Uvod

Svatko od nas ima neke osobine, crte ličnosti. O poremećajima ličnosti razmišljamo kada zbog naših osobina trpimo mi sami i ostali oko nas, kada su jako naglašene i pojavljuju se u okolnostima i situacijama gdje ne bi trebale. Nema jasnog početka, čini nam se kao da je pojedinac oduvijek takav. Osnovna karakteristika je da je to trajno stanje i tijekom života obično ne nestaje. [1]

S obzirom da su obilježja poremećaja ličnosti nefleksibilna, teško promjenjiva i uvijek su prisutna, pojedinci često ulaze u sukobe s okolinom, no osobe imaju i neke dobre karakteristike. [1]

Osobe primjećuju poteškoće u ophođenju s ostalima. Opisuju kako su žrtve „sustava“ ili drugih. Često ne znaju kako su postali baš ovakvi kakvi su, ne shvaćaju na koji način pridonose vlastitim problemima te kako to promijeniti. Neki od njih mogu biti svjesni autodestruktivnih čimbenika svojih problema no nisu svjesni uloge osobne volje u promjeni. [2]

Prevalencija poremećaja ličnosti polako raste. Profesor Joel Paris spominje kako je prošlo vrijeme u kojem su poremećaji ličnosti za psihijatriju bili isto što i psihijatrija za medicinu, neželjeno dijete. Postoji puno stigmatizirajućih naziva za poremećaje ličnosti kao što su: dijagnostički koš za otpatke i emocionalna hemofilija. [3]

Postoji veliki interes za poremećene načine ponašanja, stanja između fiziološkog i patološkog. Ti načini ponašanja pokazuju kako osoba reagira na stres i kako se ponaša prema drugima. Poremećaji ličnosti duboko su ukorijenjeni i trajni te ekstremno ili znatno odstupaju od prosječnog ponašanja pojedinca. Takvo ponašanje započinje u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi te obuhvaća funkcioniranje pojedinca i ponašanje. [4]

1.1. Ličnost

Ličnost je ključna kod psihičkog dijela osobe. Ona određuje specifične prilagodbe na okruženje u kojem se pojedinac nalazi. Ličnost je skup svih osobina neke osobe u jednu cjelinu koja određuje aktivnost te osobe u promjenjivom okruženju i u tim okolnostima je sklona promjenama. Ličnost je kompleksniji izraz od osobnosti. Izražava se kroz ponašanje i stav prema drugima. Ličnost je ta koja omogućuje osobi slobodu i čini ju odgovornom za vlastite postupke. Ličnost djeluje nesvjesno. Najznačajnije teorije ličnosti su: bihevioralna, fenomenološka, psihoanalitička, kognitivna i faktorska. [5]

Ličnost je manje ili više stabilna i trajna organizacija karaktera, intelekta, temperamenta i fizičke konstitucije osobe i određuje prilagodbu vlastitoj okolini. Ličnost se tvori od karaktera i temperamenta koji su u interakciji. Karakter je pod utjecajem psiholoških, razvojnih čimbenika,

a temperament pod utjecajem gena. Temperament je način na koji se ličnost očituje i shvaća svoju energiju i raspoloženje. Još je Hipokrat naveo 4 oblika temperamenta: flegmatik (ravnodušan, miran), kolerik (borben), sangvinik (živahan, vedar) i melankolik (tugaljiv). [6]

Čovjekova ličnost izražava se kroz ponašanja, odnos prema okolini, utjecaj na nju koji vrši i dojam koji ostavlja na druge. U stalnom aktivnom odnosu s okolinom, čovjek stvara sliku o vanjskom svijetu, ali isto tako kroz procese socijalne integracije oblikuje sliku o sebi i svojim mogućnostima. Djelujući na okolinu on je i sam pod njenim utjecajem. Očekivanja i reakcije socijalne okoline su čovjekovo ogledalo u kojem se on vidi i prepoznaje, procjenjuje svoje osobine i oblikuje osobni identitet, koji neki smatraju jezgrom ličnosti. Ličnost se međutim ne iscrpljuje u izvana vidljivom ponašanju i pojmu o sebi, nego uključuje i osobine koje nisu dostupne neposrednom opažanju i takve kojih pojedinac nije svjestan. [7]

Obilježja ličnosti zaslužna su za ponašanja pojedinca, a obilježje ličnosti obuhvaća kognitivne i konativne osobine. Svaki pojedinac zauzima određene stavove, donosi rješenja i pristupa njihovoj realizaciji ovisno o svojim karakteristikama ličnosti. [7]

1.1.1 Fenomenološka teorija ličnosti

Tu je teoriju postavio Carl Rogers. On smatra čovjeka kao pozitivno biće po svojoj prirodi, a temelj čovjekova djelovanja dobrotu. Rogers veću pažnju pridaje svjesnom. Opisuje tri dijela ličnosti: organizam, vlastito ja i fenomenološko polje. Organizam je sjedište iskustva pojedinca. Doživljavanje vanjske stvarnosti tvori fenomenološko ili pojavno polje pojedinca koje se sastoji od svjesnog i nesvjesnog dijela. Vlastito ja smatra se najvažnijim dijelom ličnosti, obuhvaća opažanje sebe prema drugima. Svijest o postojanju („ja jesam“) i funkciji („ja mogu“) značajni su koncepti pojma o sebi. To čini realno ja, razlikuje se od idealno ja. Idealno ja pojam je kakva osoba želi biti. Nesklad ta dva određenja uzrok je nezadovoljstvo i stvara smetnje ponašanja. Kada postoji nesklad iskustva (sustava organizma) i pojma o sebi (vlastitog ja) nastaje psihički poremećaj. [5]

1.1.2. Faktorska teorija ličnosti

Ova teorija temeljena je na objektivnim rezultatima i matematičkim postupcima. Ljudska ličnost promatra se i objašnjava kroz njezine manje dijelove. [5]

1.1.3. Freudova teorija ličnosti

Psihodinamska teorija ličnosti Sigmunda Freuda govori o čovjeku kao nesvjesnom biću koji je potpuno vođen vlastitim nagonima, ta je teorija u nekim segmentima osporavana i kritizirana. Smatra kako smo svi sami sebi strani, ne poznajemo se i ne možemo se nikad upoznati ako nam netko drugi u tome ne pomogne. Osoba je nesvjesna svojih motiva i svega što je pokreće na akciju. Dvije su kategorije instinkta: instinkt života (eros) i instinkt smrti (thanatos). Kada se instinkt

zadovolji, prestaje djelovati i smanjuje se napetost u organizmu. Kako bi zadovoljili instinkt, važno je postojanje ega i superega, oni reguliraju zadovoljavanje instinkta pojedinca. Id je nesvjesni dio ličnosti, usmjerava psihičku energiju na zadovoljenje nagona, teži za ugodom i ne obazire se na ograničenja društva i realne mogućnosti. Id je urođeni dio svake ličnosti i sadrži naslijeđene instinkte. Ego posreduje između zahtjeva ida i ograničenja realnosti superega. Ego ima zadatak da snažne iracionalne nagone ida kanalizira u društveno prihvatljive oblike. Ego može otprijeti određeni stupanj napetosti za razliku od ida. Superego je definiran kao savjest, moral društva, diktira dobre i loše stavove. Superego stvara se i razvija pod utjecajem društva i socijalne okoline u kojoj pojedinac živi. Čovjekov život neprestano je borba ida, ega i superega. [7]

2. Poremećaji ličnosti

Poremećaji ličnosti heterogena su skupina poremećaja, definicija opisuje ponašanja slična velikom broju ljudi. Poremećaj ličnosti dugotrajan je model unutarnjeg doživljavanja i ponašanja koji se razlikuje od očekivanog, započinje u vrijeme adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi. Izražen je u minimalno 2 sljedeća područja: kognitivnom, emotivnom, interpersonalnom funkcioniranju ili kontroli poriva. [7]

Kod određivanja granica između normalnog i poremećenog funkcioniranja ličnosti, uzima se u obzir čestina i intenzitet odstupajućeg ponašanja. Često postoji poteškoća kod dijagnosticiranja samo jednog specifičnog poremećaja ličnosti budući da osobe pokazuju širok raspon karakteristika te je moguće postaviti više dijagnoza. [7]

3. Epidemiologija

Pojavnost poremećaja ličnosti iznosi od 10 do 13%, prevalencija pojedinih tipova iznosi: paranoidni poremećaji ličnosti 0,5-2,5%, shizoidni 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 1%. [3]

Najčešći dijagnosticirani poremećaj je mješoviti poremećaj ličnosti zbog preklapanja raznih tipova poremećaja ličnosti i nedovoljno specificiranu kategoriju dijagnoza. [3]

4. Etiologija

Poremećaji ličnosti smatraju se rezultatom interakcije genske predispozicije i izloženosti nepovoljnim utjecajima i specifičnim traumatičnim iskustvima. [6]

Istraživanja ukazuju da su crte ličnosti, normalne i patološke, pod utjecajem nasljeđa što je potvrđeno istraživanjima na jednojajčanim i dvojajčanim blizancima te istraživanjima obitelji gdje je pronađena visoka unutarobiteljska incidencija poremećaja ličnosti.[8]

Rani odnosi imaju veliku ulogu u razvijanju ličnosti pojedinca. Ako je osoba imala dobro i stabilno djetinjstvo, unutarnji svijet bio joj je ispunjen pozitivnim figurama, osobito roditeljskim, u odraslom svijetu gradit će stabilne odnose ispunjene ljubavlju, sigurnošću i povjerenjem. No, ako su u ranom djetinjstvu bile prisutne psihičke traume, gubitci i loš odnos sa roditeljima dolazi do razvoja neodgovarajućih odnosa, to se vidi kod graničnog poremećaja u kojem zaostaju primitivni mehanizmi obrane.[8]

Povijesno gledano, okolinski čimbenici mijenjaju se brže od automatskih adaptivnih strategija ljudi. Smatra se da će u novije vrijeme biti sve više ljudi koji imaju obilježja poremećaja ličnosti. Primjer je strategija fizičkog napadanja i agresivnog istupanja koja je čovjeku nekada pomogla u preživljavanju, danas se smatra kao jedan od elemenata antisocijalnog poremećaja ličnosti. [6]

5. Dijagnosticiranje poremećaja ličnosti

Dijagnostički postupak počinje anamnezom. Kod dijagnosticiranja psihičkih poremećaja više se koriste heteroanamnestički podaci nego u tjelesnoj medicini. U postavljanju dijagnoze koriste se različite laboratorijske, elektrofiziološke, neuroradiološke metode i tehnike. To su hematološke, imunološke, hormonalne, biokemijske, neurotransitorske i druge pretrage; elektrokardiografija, elektromiografija, elektroencefalografija, tehnika evociranih potencijala. Njihov cilj je da se potvrdi ili isključi organska podloga duševnim smetnjama. [5]

Pretragama se utvrđuje stupanj organskog ili funkcionalnog oštećenja kojeg može uzrokovati ili koji prati neki psihički poremećaj. [5]

Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje je klasifikacijski sustav Američkog psihijatrijskog udruženja. Primjenjuje se u SAD-u, a u Europi se koristi u svrhe istraživanja. [5]

5.1. Dijagnostička obilježja

Crte ličnosti dugotrajan su model percepcije, odnosa i razmišljanja o okolini i sebi samome, izražava se u socijalnim i osobnim situacijama. Nefleksibilne i neprilagođene crte uzrokuju funkcionalno oštećenje ili subjektivne smetnje, uzrokuju poremećaj ličnosti. Crte ličnosti koje definiraju ovaj poremećaj moraju se razlikovati od karakteristika koje se jave kao odgovor na specifične stresore u određenim situacijama. [3]

6. Podjela poremećaja ličnosti

Postoje tri podvrste poremećaja ličnosti: ekscentrične, dramatične i anksiozne. Svaka od tih skupina (klastera) sadrži međusobno slične poremećaje ličnosti.[5]

Ekscentrični poremećaji ličnosti (klaster A) obuhvaćaju paranoidne, shizoidne i shizotipne poremećaje ličnosti. Dramatični (klaster B) su disocijalni (antisocijalni), granični (borderline), narcistički i histrionski poremećaji ličnosti. U anksiozne poremećaje (klaster C) ubrajaju se opsesivno-kompulzivni, izbjegavajući i ovisni poremećaji ličnosti.[5]

6.1. Paranoidni poremećaj ličnosti

Osoba s paranoidnim poremećajem ličnosti (F60.0) nema povjerenja u okolinu, prisutan je strah i drugi joj predstavljaju opasnost te ih izbjegava. [5]

Epidemiologija: prevalencija u općoj populaciji je 0,5 do 2,5%. češće se javlja u muškarca i u manjinskim grupama (izbjeglice, useljenici). [5]

Etiologija: Osoba svoje vlastite osjećaje ne priznaje kao svoje, vlastite poteškoće i greške pripisuje drugima i smatra da ih treba izbjegavati. Riječ je o neprijateljskim osjećajima, suprotstavljanjima i konfliktima. [5]

Određena odgovornost pripisuje se niskom samopoštovanju, osjećaju manje vrijednosti, podređenosti i sramu. Poremećaj se povezuje sa roditeljskim odbacivanjem, neprihvatanjem od strane okoline. Češće se pojavljuje kod osoba koje su tjelesno oštećene na bilo koji način. [5]

Klinička slika: osoba je stalno anksiozna, uvijek je na oprezu u bilo kojoj situaciji, osjetljiva je na nepravdu, ne oprašta drugima, sumnjičava je i prijateljske postupke smatra neprijateljskima, borbenu zastupa svoja prava, stalno pretpostavlja kako će je netko povrijediti ili iskoristiti pa i nauditi joj u bilo kojem smislu. Pronalaze „skrivena“ značenja, stalno nekome nešto zamjeraju, ljubomorni su bez razloga. [5]

Karakteristika osoba s paranoidnim poremećajem ličnosti jest ustrajna, nerealna sklonost interpretaciji namjera i pažnje drugih kao ponižavajućih ili prijetećih, no nemaju ustrajnih psihotičnih simptoma, npr. sumanosti ili halucinacije. [2]

Autor Cameron (1963, 1974) smatra da se poremećaj javlja zbog temeljnog nedostatka povjerenja kao posljedica lošeg roditeljskog postupanja i nedostatka dosljednosti u roditeljskoj ljubavi. Dijete od drugih očekuje sadistički postupak, na oprezu je i brzo reagira na svaki najmanji znak opasnosti kako bi se obranilo. Zbog pretjerane opreznosti, osoba uviđa svaki znak negativne reakcije kod drugih i snažno reagira a da toga nije ni svjesna. [2]

6.2. Shizoidni poremećaj ličnosti

Glavne karakteristike u shizoidnom poremećaju ličnosti (F60.1) osoba je introvert, povlači se u sebe jer joj smetaju uzbuđenja, distancira se. [5]

Prisutan je i nedostatak (nezainteresiranost) za interpersonalne odnose. [2]

Izraz „shizoidan“ sastoji se od predmetka „shizo“ što znači „podijeljen“ i „oidan“ što znači „poput“. Campbell (1981) navodi da shizoidni poremećaj ličnosti slični „podjeli, odvajanju ili rascjepu ličnosti što je obilježje shizofrenije“. [2]

Epidemiologija: prevalencija u populaciji je 0.8%, dvostruko je češći u muškaraca. [5]

Etiologija: uzrok seže iz ranog odgoja i odnosa s roditeljima. Važan faktor za pojavu poremećaja je ako je dijete bilo odbačeno ili zlostavljano od strane roditelja. U toj situaciji dijete ne može izraziti ili primiti ljubav, te je to temelj za shizoidni poremećaj. Poremećaj se može nastaviti na autizam u dječjoj dobi. [5]

Klinička slika: osoba je povučena, suzdržana, šutljiva, emocionalno hladna i udaljena, rezervirana u kontaktima, nezainteresirana za zbivanja u okolini, otuđuje se od ostalih. Zaokupljaju je vlastite misli, većinom samo planira, ne djeluje. Živi u svojem izoliranom svijetu u kojeg nikoga ne pušta. [5]

Može imati površne društvene kontakte ili izabere osobu s kojom je bliska, a druge zanemaruje. Bira poslove i radno vrijeme u kojem ne dolazi u kontakt s drugim ljudima. Ako prekine emocionalnu vezu, teško ostvaruje novu. Nije sklona izražavanju emocija. Prognoza je dvojaka. Veći dio osoba s ovim poremećajem cijeli život pokazuje ovakvo ponašanje, a u 30 do 40% njih javlja se shizofrenija. [5]

6.3. Shizotipni poremećaj ličnosti

Shizotipni poremećaj ličnosti (F21) osoba se ponaša čudno, neobična je i prisutno je ekscentrično ponašanje. Takve su osobe čudaci, osobenjaci, ekscentrici. [5]

Postoje određene sličnosti između shizotipnog i shizoidnog poremećaja ličnosti. Oba poremećaja obilježena su izbjegavanjem interpersonalnih odnosa, no ljudi sa shizotipnom ličnošću znaju doživljavati psihotične simptome i pokazuju neobičnosti u ponašanju. Glavno obilježje je akutna nelagoda i smanjen kapacitet za bliske odnose, te njihova kognitivna ili perceptivna iskrivljenja i ekscentričnost u ponašanju. Sumnjičavi su, vjeruju da ljudi govore o njima ili im žele nauditi. Nemaju prijatelja, osjećaju se anksiozno u socijalnim situacijama. [2]

Epidemiologija- prevalencija iznosi od 0,6 do 3%. U žena prevladavaju „negativni“ simptomi, a u muškarca „pozitivni“. [5]

Etiologija- postoji biološka sličnost s drugim sindromima u shizofrenom spektru. Psihološka tumačenja slična su kao u shizofreniji (osoba je pretjerano zabrinuta, imala je rigidni odgoj, zanemarivana je i zlostavljana u djetinjstvu). [5]

Klinička slika- osoba se neobično odijeva, drži, ponaša, misli i govori. Povlači se iz društva, nema prijatelje, ne ulazi u emocionalne veze. Osoba podliježe praznovjerju, bavi se magijom, ima dječje fantazije i strahove, vidovita je, može predviđati, bavi se meditacijom i rješava globalne probleme. Obično se u situaciji stresa razvije psihotična slika (sumanute misli, halucinacije). Takvo pogoršanje je prolazno i kratko. Prognoza je različita. Usprkos čudnom ponašanju, društvo prihvaća osobu s ovim poremećajem, radno je sposobna, može imati i obitelj. U nekih će se osoba razviti shizofrenija, a neke počine samoubojstvo. [5]

6.4. Disocijalni poremećaj ličnosti

Disocijalni poremećaj ličnosti (F60.2) naziva se još i sociopatski ili psihopatski poremećaj (sociopatija, psihopatija). Osoba zanemaruje i ne poštuje prava ostalih. [5]

Osobe s disocijalnim (antisocijalnim) poremećajem ličnosti izrazito su neodgovorne i socijalno prijeteće u odrasloj dobi. [2]

Epidemiologija- učestalost u općoj populaciji je 3% u muškaraca i 1% u žena. 50 do 70% muških zatvorenika ima taj poremećaj. Najčešći je kod osoba koje žive u siromašnim gradskim sredinama. [5]

Etiologija- Najveću ulogu ima nasljeđe što je vidljivo iz činjenice da i ostali članovi obitelji osobe s disocijalnim poremećajem ima taj poremećaj. Često su kod njih prisutne i promjene u elektroencefalografiji i blaži neurološki znakovi. [5]

Kako bi osoba dobila ovu dijagnozu, treba biti punoljetna i pokazivati antisocijalni poremećaj ličnosti prije 15. godine života i ne smije pokazivati antisocijalno ponašanje isključivo tijekom shizofrenije ili manične epizode. [9]

Klinička slika- disocijalni poremećaj obilježen je brzim reakcijama, impulzivnošću, traženjem zadovoljenja vlastitih potreba “sada i ovdje”, osoba ne bine u tuđim osjećajima, neodgovorna je. Ne može podnijeti frustraciju pa naglo reagira. Osobe su često nepoštene, prevaranti, prebacuju krivnju na druge. Pojedinaac se može predstaviti kao mirna osoba, zavaravajući druge. To ubrzo nestaje kada osoba postaje napeta, neprijateljski raspoložena i bijesna. Dijagnoza disocijalnog poremećaja može se postaviti ako se javlja do 15. godine života,

a ima najmanje tri od sljedeća simptoma: ne slijedi zakonske norme, uključena je u prijevare i laži, vara zbog ostvarenja dobiti i užitka, impulzivna je, ne planira ništa, razdražljiva je i agresivna, zanemaruje i vlastitu i tuđu sigurnost, nema odgovornosti, nema grižnje savjesti. [5]

Prognoza je različita. Može biti loša, sa stalnim ispadima, sukobima sa zakonom s većom smrtnošću u srednjoj životnoj dobi. Postoji i oblik u kojem se nakon 40. godine života simptomi smanjuju. [5]

6.5. Emocionalno nestabilna ličnost

Osoba s dijagnozom emocionalno nestabilne ličnosti (F60.3) ima nestabilno raspoloženje, nepredvidivo ponašanje, impulzivna je i ima problematične emocionalne odnose. Postoje dva oblika: impulzivni i granični poremećaj ličnosti. Impulzivni tip ima impulzivne i hirovite reakcije, osoba se ne može kontrolirati, ne brine o posljedicama. Granični (borderline) poremećaj ličnosti, uz prethodne simptome, ima brzu izmjenu raspoloženja, osjećaj praznine, česti suicidalni pokušaji, nestabilnost emocionalne veze. Naziv borderline prvotno je označavao stanje koje je između neuroze i psihoze. [5]

Epidemiologija- biološke hipoteze ukazuju na genetsku osnovu, poremećaj je učestaliji u određenim obiteljima. Od psiholoških faktora izdvajaju se štetna iskustva ranog djetinjstva, zlostavljanje u dječjoj dobi. Spolno zlostavljanje je najveći pokazatelj mogućeg razvijanja graničnog poremećaja ličnosti. Zbog traumatskih događaja ili neadekvatnih roditeljskih (pogotovo majčinih) postupaka dolazi do stvaranja negativnog pojma o sebi. [5]

Bihevioralna hipoteza smatra kako granična ličnost dolazi iz obitelji gdje postoji "sindrom invalidiziranja". Od djeteta se traži da bude radosno i njegova je greška ako to nije. Dijete dobiva roditeljsku pažnju kada je izrazito tužno ili napeto. Dijete ne ostvaruje emocionalne vještine umirivanja ili udovoljavanja sebi pa odrasta u osobu s izrazitim emocionalnim oscilacijama koje ne može kontrolirati. [5]

Klinička slika- prisutne su nepredvidive promjene raspoloženja, osjećaji praznine, "napadaji" depresivnosti praćeni suicidalnim mislima i pokušajima, skloni su samoozljeđivanju. Osobu je strah da će biti ostavljena i odbačena. Često razvijaju ovisničko ponašanje. Osoba ima brze promjene raspoloženja, brzo se oduševi ili razočara. [5]

6.6. Histrionski poremećaj ličnosti

(F60.4) obuhvaća egocentričnost, površnu i labilnu afektivnost, preuveličano izražavanje osjećaja, teatralnost i dramatičnost, emocionalnu osjetljivost i traženje pažnje. [5]

Osobe su pretjerano zaokupljene tjelesnim izgledom, pretjerano su zavodljive i najugodnije se osjećaju u središtu pažnje. Njihove se emocije čine neprimjereno pojačane, labilne i površne, imaju opširan, impresionistički stil govora. Živahni su i dramatični, a ponašanje im je reaktivno i snažno. Žude za podražajima pa ponekad reagiraju na male podražaje neracionalnim, srditim izljevima ili napadima. [2]

Epidemiologija- javlja se s učestalošću 1-2 % češće u žena. Mišljenje je da se poremećaj javlja u istom broju kod muškaraca i žena, ali se žene češće javljaju za pomoć. Kod muškaraca se taj poremećaj teže prepoznaje i zamjenjuje se sa “muškim” ponašanjem. Jedina je vrsta poremećaja ličnosti kojem se pripisuju tjelesna obilježja, najčešće se javlja u tjelesno atraktivnih osoba. [5]

Etiologija- Psihodinamska teorija ukazuje na neadekvatni roditeljski odnos i odgoj, roditeljska hladnoća, odbojnost, želja za kontrolom postavlja dijete u situaciju da očajnički traži ljubav i sigurnost. [5]

Klinička slika- osoba je usmjerena na sebe. Traži pažnju, poštovanje, priznanje i divljenje drugih. Ponaša se teatralno, sklona je samodramatizaciji i preuveličanom izražavanju osjećaja. Izgled je uočljiv, napadno se oblače, ukrašavaju i šminkaju. Ako nisu u središtu pažnje, pohvaljene ili nagrađene, reagiraju dramatično, plaču, viču, optužuju, imaju izljeve bijesa. Osobe se zaokupljaju spolnošću, zavodljive su, koketiraju. Spolno funkcioniraju na dva načina, izbjegavaju spolne kontakte zbog straha od intimnosti i povrede ili ostvaruju niz seksualnih kontakata. Nesposobne su za dublje i dulje emocionalne veze. [5]

6.7. Anakastični poremećaj ličnosti

Anakastični ili opsesivno kompulzivni poremećaj ličnosti (F60.5) osoba je perfekcionista, uvijek je na oprezu, ima osjećaj sumnje, provjerava druge, zaokupirana je detaljima, tvrdoglava je i neodlučna. [5]

Epidemiologija- prevalencija je 0,9 - 2%, a među psihijatrijskim bolesnicima 5 - 20%. [5]

Etiologija- Kognitivno-bihevioralna teorija poremećaj definira nerealističnim očekivanjima koje osobe stavljaju pred sebe. Osobna vrijednost počiva im na apstraktnom perfekcionizmu i ako ne uspiju u tome, osjećaju bezvrijednost. [5]

Klinička slika- zaokupljenost detaljima, redom i organizacijom do mjere da gube bit aktivnosti. Pretjerano su posvećeni poslu i ekstremni su perfekcionista. Prognoza je različita, ponekad se starenjem smetnje smanjuju, bolesnici se uklope u svakodnevno funkcioniranje, radno su uspješni. [5]

6.8. Anksiozni poremećaj ličnosti

(F60.6) anksiozni ili izbjegavajući poremećaj ličnosti obilježen je napetošću, nesigurnošću, strahom i osjećajem manje vrijednosti. E. Kretschmer opisao je ovaj poremećaj kao “preosjetljivi temperament”, a klasični psihoanalitičari za njega upotrebljavaju naziv “fobički karakter”. [5]

Epidemiologija- prevalencija iznosi 1 - 5%. Češće se pojavljuje u žena. [5]

Etiologija- psihodinamska teorija izbjegavajući poremećaj ličnosti tumači kao “okretanje od drugih” što je obrambeni mehanizam. Osobe unaprijed imaju očekivanje da će biti odbačene ili kritizirane. Kognitivno-bihevioralni pristup smatra kako se zbog ekstremnog kriticizma u djetinjstvu u osoba razvija vjerovanje “ja sam nevrijedan i ne zaslužujem tuđu pažnju i odobravanje”. I percepcija je obojena bazičnim vjerovanjem pa pogrešno interpretiraju signale koje im ljudi odašilju. [5]

Klinička slika- osoba je osjetljiva na kritiku, neprihvatanje i odbacivanje. Sramežljiva je, ali nije asocijalna. Želi se družiti pod uvjetom da je u potpunosti prihvaćena. [5]

6.9. Ovisna ličnost

(F60.7) pasivno ovisna ličnost ili ovisni poremećaj ličnosti osoba vjeruje kako je neodlučna, bespomoćna i nesposobna te se pasivno prepušta drugima. [5]

Temeljno obilježje je pretjerana potreba da se drugi brinu o toj osobi, što dovodi do submisivnog i vežućeg ponašanja te strahova od separacije. Neskloni su donošenju svakodnevnih odluka, obično se slažu s onim što im drugi ljudi predlažu. Imaju teškoća u započinjanju planova ili samostalnom činjenju stvari, osjećaju se nelagodno kad su sami. Skloni su sebe stavljati u podređen položaj prema drugima, jako se trude svidjeti drugima. [2]

Epidemiologija- prevalencija je od 2 do 8 % odraslih ljudi i u 5 do 15 % psihijatrijskih bolesnika. Češća je pojava u žena. [5]

Etiologija- Kognitivno-bihevioralne teorije govore kako je kod tih bolesnika nerazvijena asertivnost i povišena je anksioznost. [5]

Klinička slika- osoba vjeruje da joj je tuđa pomoć nužna za njeno funkcioniranje. S drugima se savjetuje i oko malih sitnica. Pouzda se u tuđe odluke i nikada neće pokazati neslaganje s njima. Osoba je pasivna i nesamostalna, ima nisko samopouzdanje, osjeća je nekompetentno i posjeduje strah od napuštanja. [5]

U kategoriju (F60.8) svrstavaju se narcistički, sadomazohistički, pasivno-agresivni i depresivni poremećaj ličnosti. [5]

6.10. Narcistički poremećaj ličnosti

Pojam narcis dolazi iz grčkog mita o Narcisu, mladiću koji se zaljubio u svoju vlastitu refleksiju, sliku vlastita lica koja se zrcalila u jezeru. Izgladnio se do smrti i upao u vodu jer se nije mogao odmaknuti od kontemplacije nad vlastitom ljepotom te ga više nitko nije vidio. [10]

Uz disocijalni, histrionski i granični, uključen je u skupinu dramatičnih poremećaja ličnosti (klaster B). Osoba pretjerano osjeća da je važna i jedinstvena te traži pažnju. Osoba ima potrebu da joj se drugi dive, nema razumijevanja za druge. Postoje normalni i patološki narcizam. Normalni je dio samopoštovanja uključuje kao aspekt normalnog samopoštovanja, obuhvaća samopouzdanje, samoodržanje, pozitivno osjećanje koje izvire iz zadovoljstva svojim tijelom, ali i asertivnost. U patološkom narcizmu samopoštovanje je u funkciji zaštite grandioznog i krhkog selfa koji se očituje precjenjivanjem vlastitih sposobnosti i postignuća. [5]

Narcistična osoba vrlo je aktivna i angažirana u postizanju položaja jer se vanjski znakovi položaja koriste kao mjerilo osobne vrijednosti. [2]

Narcistična ličnost temelji se na obrambenom lažnom *ja* koje je napuhano kao balon kako u sebi ne bi osjećala bijes i depresiju povezanu s neodgovarajućim doživljavanjem vlastitog ja. Narcisovo lažno ja mnogo je uspješnije od oštećenog ja osobe s graničnim poremećajem, koje uistinu nije previše kompetentno. [10]

Epidemiologija- prevalencija je od 0,8 do 1%. Većim dijelom pojavljuje se kod muškaraca u ranim dvadesetim godinama života, češće je prisutna kod visokoobrazovanih i sklona je pojavi u nekih zanimanja npr. vojnicima. [5]

Etiologija- Pojavljuje se kod djece čiji ih roditelji ne pohvaljuju. Dijete se suočava sa odbacivanjem, osjeća se bezvrijedno i nezadovoljno pa odrasta s "lažnim selfom". Ono samo po sebi pokazuje vrijednost i talentiranost i tako započinje narcistički poremećaj. Narcizam u odrasloj dobi javlja se zbog nesigurnosti u dječjoj dobi i nezadovoljene potrebe za pažnjom. [5]

Bihevioralno objašnjenje nastanka narcizma je suprotno, posljedica je pretjeranog i nerealnog potkrjepljivanja djece. Stvara se grandiozni self pretjeranim hvaljenjem od strane roditelja, stalnog nagrađivanja djeteta, uzdizanja djetetove sposobnosti. [5]

Kognitivne teorije tumače narcizam kao pogrešno procjenjivanje vlastitog značenja, osoba ne procjenjuje svoja iskustva realno. [5]

Klinička slika- osoba misli da je previše bitna, preuveličava svoje sposobnosti, stalno traži pažnju u društvu, uvijek očekuje pohvalu i ako ju ne dobije onda burno reagira. Nailazi na poteškoće kada je riječ o ostvarivanju i održavanju emocionalne veze iz razloga jer zanemaruje

osjećaje i potrebe partnera. Narcističke osobe preosjetljive su na neuspjeh, nemaju empatiju, sklone su zlouporabi interpersonalnih odnosa. [5]

6.11. Sadistički poremećaj ličnosti

Obilježava ga trajno agresivno, okrutno i ponižavajuće ponašanje prema drugima. Osobi je cilj nekome nanijeti bol i poniziti ga pred drugima. Smatra se da nisu svi sadistički porivi seksualno motivirani. [5]

Epidemiologija- u kliničkoj populaciji učestalost je 0,5 do 10 %, a u forenzičkoj psihijatriji između 15 i 20%. [5]

Klinička slika- osoba želi drugome nanijeti fizičku ili psihičku bol, pri tome ne nastaje seksualna uгода. Te osobe su opčinjene i zaokupljene nasiljem, oružjem, ozljedama, mučenjem. [5]

6.12. Depresivni poremećaj ličnosti

Osoba s depresivnim poremećajem ličnosti je pesimistična, nema mogućnost uživanja i nedostaje joj poleta. [5]

Etiologija- Psihoanaliza ulogu stavlja u rani poremećeni odnos roditelja i djeteta, kasnije strogi odgoj i zabrane dovode do formiranja jakog superega i pretjerane ovisnosti o autoritetu. [5]

Klinička slika- pojedinci su pesimistični, osamljeni, turobni, pokorni, samoosuđujući. Mogu biti pedantni, perfekcionista, zaokupljeni radom. Neodlučni su, oklijevaju, pate u tišini, nisu sretni, ne uživaju. [5]

6.13. Granični poremećaj ličnosti

Kod graničnog poremećaja ličnosti (F60.3) postoji trajni model nestabilnosti u interpersonalnim odnosima, slici samoga sebe i emocijama te izrazita impulzivnost. Počinje u ranoj odrasloj dobi, osoba ima poremećaj identiteta, povratna suicidalna ponašanja, emocionalno je nestabilna, kronično osjeća prazninu, ima veliki neprimjereni intenzitet bijesa te se javljaju paranoidne ideje. [6]

Osoba je iznimno nestabilna na svim aspektima života, uključujući odnose, sliku o sebi, raspoloženje i ponašanje. [2]

Osoba ima kratkotrajne interese, hobije, mijenja partnere, poslove. [1]

Te su osobe ekstremisti, za njih je svijet ili crn ili bijel, nema neutralnosti. Granična osobnost posjeduje donekle izražene osobine svih opisanih poremećaja, a ponekad im je testiranje

realiteta toliko loše da sliče na psihotične bolesnike. U slučaju graničnih poremećaja, postoji puno više poremećaja u obliku procesa mišljenja, nego u antisocijalnom poremećaju, a agresija je češće usmjerena prema sebi. Često se ne pridržavaju terapijskih preporuka. [4]

Osobe će se osjećati dobro i stvarno “voljeni” isključivo onda kada su pasivni, popustljivi i podložni osobama od kojih traže emocionalnu nadopunu. Uhvaćeni su u škripac koji im ne dopušta da se izraze ili dokažu, njihovi emocionalni životi obilježeni su kroničnom ljutnjom i frustracijom. [10]

7. Klinička slika oboljelih

Poremećaji ličnosti imaju tri kategorije (engl. cluster), s obzirom na kliničku sliku:

- A skupina: paranoidni, shizoidni i shizotipni poremećaj ličnosti; osobe iz skupine A okolini mogu biti čudne ili ekscentrične, sklone društvenom i emocionalnom povlačenju
- B skupina: antisocijalni (disocijalni), histrionski, narcistični i granični poremećaj ličnosti; osobe iz skupine B doživljavane su kao dramatične, naglašeno osjećajne ili hirovite
- C skupina: izbjegavajući (anksiozni), opsesivno-kompulzivni (anankastični) i ovisni poremećaj ličnosti; ove osobe djeluju kao prestrašene ili anksiozne [3]

8. Liječenje poremećaja ličnosti

Postoje dva pristupa u tretmanu osoba s poremećajem ličnosti; prvi podrazumijeva duboko poniranje u psihu i izazivanje promjena ličnosti osobe, drugi je tretiranje simptoma poremećaja kao podloge za razvoj pozitivnih aspekata ličnosti. Liječenje uključuje psihoterapiju, farmakoterapiju i socioterapiju. Glavni oblik tretmana osoba s poremećajem ličnosti ostaje psihoterapija, naglasak je na bihevioralnim tehnikama. [8]

Motivaciju za liječenje bolesnici često ne pokazuju, bolesnik razlog za terapiju smatra kao nešto strano ili se osjeća žrtvom. Dugoročno, anksioznost i depresivnost u poremećajima ličnosti rijetko se mogu riješiti farmakoterapijom, dok su zlouporaba lijekova i pokušaj samoubojstva uobičajene komplikacije propisivanja lijekova takvim osobama. Često treba uključiti i obitelj. Grupna i obiteljska terapija, situacije grupnog života i socioterapijski klubovi i bolnička grupna terapija mogu imati veliku terapijsku vrijednost. [4]

Psihofarmaci primjenjuju se ograničeno i simptomatski. Indicirani su u sindromu poremećaja afektiviteta, psihotičnosti i sindromu gubitka kontrole. U obzir dolaze razne vrste psihofarmaka, najčešće anksiolitici i antidepresivi, antipsihotici se primjenjuju u slučaju psihotičnih dekompenzacija kod graničnog, shizotipalnog ili paranoidnog poremećaja ličnosti. Stabilizatori

raspoloženja pomažu kontrolirati agresivna ponašanja i bijesne ispade. Kod izrazito agresivnih pacijenata primjenjuje se litij. [8]

Socioterapija ima za cilj neutralizirati sukob dajući podršku onim snagama u grupi koje podupiru zajedništvo i osjećaj pripadnosti grupi. Najbolji rezultati u socioterapiji postižu se kad je rad organiziran na postulatima terapijske zajednice. [8]

9. Psihoterapija

Psihoterapija je psihološki tretman liječenja temeljen na odnosu između terapeuta i bolesnika, stoga terapeut mora biti posebno educiran za tu vrstu psihoterapije. Na temelju psihoterapijskog razumijevanja međuljudskih odnosa između bolesnika i medicinskog osoblja gradi se psihoterapijski pristup. [4]

Kod većine bolesnika s poremećajem ličnosti, terapijski odnos zahtijeva više pažnje nego kod akutnih poremećaja kao što su anksioznost ili depresija gdje bolesnik ima stabilnu i prilagođenu premorbidnu prilagodbu ličnosti. Uloga terapeuta kod perzistirajućih i pervazivnih poremećaja ličnosti je usmjereni napor prema prihvaćanju utjecaja terapeuta. Veći udio terapijskog vremena posvećuje se upoznavanju bolesnikova ukupnoga života – djece, bračnog partnera, posla, osobne anamneze, interesa. Ovakvo uključivanje terapeuta, uz uvjet da se nalazi unutar razumnih granica, postavlja ga u ulogu prijateljskog savjetodavca. Uloga terapeuta je navođenje vlastitih životnih iskustva i promatranje drugih da bi predložili moguća rješenja problema i edukacija pacijenta o interpersonalnim odnosima. Ovaj proces edukacije i izgradnje vještina osobito je važan u liječenju bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti. Tijekom vremena, terapeut u idealnom slučaju postaje uloga koju će bolesnik oponašati – netko na koga se bolesnik može ugledati pri razmišljanju, pokazivanju takta, zahvalnosti i razumijevanju prema vlastitom krugu intimnih prijatelja i poznanika. [2]

Potvrđena je i provjerena uspješnosti dvaju psiholoških tretmana. To su interpersonalna psihoterapija i kognitivno-bihevioralna terapija. [11]

9.1. Interaktivni odnos između psihoterapije i farmakoterapija

Terapija poremećaja ličnosti najčešće kombinira farmakoterapiju i psihoterapiju. Prednosti farmakoterapije nisu ograničeni samo na prikrivanje simptoma. Lijekovi su više učinkoviti u stabilizaciji raspoloženja ili modulaciji agresije i prilično neučinkoviti u mijenjanju internaliziranih koncepata o sebi i svijetu. Suvremena farmakoterapija još nije postigla preciznu neuralno-molekularnu disekciju složenih subjektivnih psihičkih fenomena da bi izravno utjecala

na njih. Psihoterapija za sada ostaje jedini pristup kojim se ispravljaju složeni psihički procesi i struktura ličnosti. [12]

9.2. Psihoterapija pojedinca s graničnim poremećajem ličnosti

Psihoterapija pacijenata s graničnim poremećajem ličnosti je složena i zahtjevna. Uključuje: terapijski pristup, prioritete u terapiji, psihoterapijski proces, ciljevi psihoterapije (kako od strane terapeuta i perspektiva pacijenta), faze terapijskih promjena. [12]

9.2.1. Terapijski pristup

Važno je otpočetak pacijentu pristupiti na ispravan način, postaviti određene okvire, redosljed i pravila te jasno definirati uloge i odgovornosti, zajedno sa pacijentom definirati prioritete prema hijerarhiji. Terapeut mora biti aktivno uključen i uspostavljati kontrolu ponašanja nad pacijentom, s druge strane trebao bi imati fleksibilan pristup što bi ponekad značilo odstupanje od „pravila“. Terapeut mora znati kombinirati terapijske oblike prema individualnim potrebama pacijenta. [12]

9.2.2. Prioriteti

Prioriteti kojima se psihoterapija bavi jesu: suicidalna i ubilačka ponašanja, ponašanja koja prijete poremećaju terapije, nepoštenje, laganje ili prikrivanje važnih događaja, smatranje sadržaja psihoterapije nevažnim, narcistički otpor, raskid terapijskog ugovora. Održavanje hijerarhije ovih prioriteta uključuje pažljivo dokumentiranje rizičnih ponašanja, stalne konzultacije i nadzor. [12]

9.2.3. Psihoterapijski proces

Osnovna načela psihoterapijskog procesa uključuju: intenzivno i aktivno sudjelovanje od strane terapeuta, tolerancija intenzivnog negativnog (i pozitivnog) prijenosa od strane terapeuta, uspostavljanje odnosa između pacijentovog ponašanja i osjećaja u sadašnjosti, povećanje svijesti pacijenta o vlastitom emocionalna stanja i stanja drugih te tumačenje istih, blokiranje glume i nezadovoljstva samodestruktivnim ponašanjem, usklađivanje ciljeva terapije s etiologijom bolesti. [12]

9.2.4. Terapijski ciljevi - perspektiva terapeuta

Zadatak terapeuta je stvaranje pozitivnog emocionalnog okruženja (pacijent koristi pozitivne emocije terapeuta jer on/ona nema vlastitih), također, pomoći mu da razvije vlastitu predstavu o sebi i pomoći mu da razvije sposobnost samorefleksije (razvijanje samopromatranja, mentalizacije, racionalno i kritičko mišljenje). [12]

9.2.5. Terapijski ciljevi - perspektiva bolesnika

Od pacijenta se očekuje da tijekom psihoterapije nauči tumačiti svoje i tuđe osjećaje, da prihvati vlastite negativne osjećaje i sebe, da analizira vlastite pozicije u komunikacijama i njihove

posljedice u međuljudskim odnosima. Treba poštivati svoje i tuđe interese, preuzeti odgovornost za vlastito ponašanje, osjećaje i odluke, prihvatiti i tolerirati neizvjesnost i bol, prihvatiti otpuštanje umjesto stalne borbe za kontrolom. [12]

9.2.6. Faze psihoterapijskih promjena

Prva faza terapije obično je označena sa autodestruktivnim ponašanjem i glumom, depresijom, i/ili teškom tjeskobom zbog dezintegracije. Pacijentov odnos s terapeutom temelji se na idealizaciji (terapeuta se doživljava kao moćnog pokrovitelja, nadzornik i njegovatelj). Pacijent je vrlo zahtjevan i ljutito reagira ako se terapeut ne pridržava tih uloga. Pacijenti su obično društveno disfunkcionalni u ovoj fazi, često zahtijevajući "utjehu" i podršku, iako srljaju u transfer i izazivaju snažan kontratransfer. Da bi ova faza uspjela, potreban je snažan terapijski savez. [12]

Te karakteristike ostaju i u drugoj fazi, uz smanjenje autodestruktivnih tendencija i potrebe za kontaktom s terapeutom izvan terapije. Više je izražena ovisnost o terapeutu. Kod pacijenta je prisutna bolja socijalna prilagodba no pacijent to pokušava sakriti kako bi i dalje dobivao dovoljno pažnje. [12]

U trećoj fazi, veliki dio glume je eliminiran, pacijent pokazuje sve veće povjerenje, no dolazi do čestih izraza neprijateljstva kao reakcija na razočaranje unutar terapijskog odnosa. [12]

U četvrtoj fazi pacijent se bolje snalazi u društvenim ulogama, preuzima veću odgovornost, te se počinju razvijati prijateljstva. U ovoj fazi važno osvijestiti pacijenta o načinima na koje bi mogao sabotirati svoj razvoj, odnosno napomenuti mu što izbjegavati. [12]

Trajanje pojedinih faza je različito za svakog pacijenta. Faze su isprepletene i napreduju nelinearno s mnogo koraka naprijed-natrag na putu. [12]

9.3. “Ponovno roditeljstvo” - terapeut kao treći roditelj

Psihoterapija osoba s poremećaj ličnosti ponekad uključuje primjenu tehnika koje koriste regresiju kao metodu. Potporno terapeutsko okruženje u kojem su “dopuštenja” dodijeljena umjesto “zabrana”, omogućuje osobi koja je zaustavljena u razvoju da sazrije te oblikuje cjeloviti, realistični prikaz. Na tom putu povremeno treba prihvatiti duboke regresivne reakcije kako bi pacijent mogao razumjeti njihove funkcija. Ponovno roditeljstvo je dugoročan proces koji od pacijenta zahtijeva upornost i mnogo strpljenja od strane terapeuta, slično kao rad roditelja koji odgaja dijete u stvarnom životu, zbog toga je terapeut ponekad opisan kao treći roditelj. Ponekad neki jednostavan, ležerni, pozitivan komentar terapeuta, pacijentu ima ljekoviti učinak jer to možda prvi put čuje, ali da bi bila učinkovita, primjedba mora biti iskrena. [12]

9.4. Kognitivno-bihevioralna terapija

Kognitivno – bihevioralna terapija je psihološki postupak kojim se identificiraju problemi kroz suradnju terapeuta i pacijenta, nastoje se prepoznati individualne blokade, otkrivaju se, ispituju i provjeravaju moguće alternative. Postupak je orijentiran na problem. U ovaj postupak uključuju se i elementi bihevioralne terapije, poput aktiviranja, povećanja kompetentnosti, rješavanja problema, vježbe u svakodnevnom životu, izgradnja vještina sučeljavanja i vježbe komunikacije. [11]

9.5. Interpersonalna psihoterapija

Interpersonalna psihoterapija za cilj ima pacijentu omogućiti ispunjavanje njegove socijalne uloge i da se može prilagoditi na problematične međuljudske odnose bez da mu izazovu neku duboku promjenu strukture ličnosti. Interpersonalna psihoterapija ne traži rekonstrukciju starih iskustva iako uviđa njihov utjecaj. Smatra kako sva prošla iskustva imaju utjecaj na pacijentovo liječenje. [11]

9.6. Psihoanalitička psihoterapija

Za psihoterapijske tehnike potreban je educirani psihoterapeut koji je voljan pristupiti pacijentu, treba se angažirati i biti motiviran kako bi imao povoljan utjecaj na osobnost te kvalitetu pacijentovog života i najviše od svega, bitno je razviti odnos povjerenja. [13]

Za cilj psihoanalitička psihoterapija ima otkloniti i ublažiti psihičke simptome te promijeniti intrapsihičke procese i ličnost. Na kraju uspješno provedene terapije primjećuje se veća sposobnost pacijenta da voli, radi i zadovoljno i vedro doživljava život, više je otporan na stres i sposoban je umjesto u iluziji, živjeti u stvarnosti. [13]

Indikacije za psihoanalitičku psihoterapiju su granični i narcistični poremećaji ličnosti, psihoneuroze, psihosomatski poremećaji. Terapija uvijek započinje psihodinamskom procjenom kako bi odredili može li ovaj oblik psihoterapije pomoći pacijentu s obzirom na psihologijske osobine pacijenta. Terapija djeluje na suportivno-interpretativnoj razini, povećava svjesnost pacijenta, ohrabruje, jača sposobnost pacijenta koju je izgubio zbog akutnog stresa. [13]

Česta izjava društva je kako se poremećaji ličnosti ne mogu izliječiti, no postoje dokazi da osobe s poremećajem ličnosti reagiraju na psihoterapiju. Produljena terapija bitna je za puni učinak liječenja. Lijekovi su korisna dopuna psihoterapiji kod nekih stanja. Iako intenzivna i produžena psihoterapija može biti skupa, dugoročno je vrlo isplativa jer smanjuje boravak u bolnici, epizode samoozljeđivanja, izostanke s posla zbog hospitalizacije i ostale troškove. [14]

Linehan i suradnici nasumično su podijelili 44 pacijenta s graničnim poremećajem ličnosti u dvije skupine. Kod prve skupine, granični poremećaj ličnosti tretiran je dijalektičkom bihevioralnom terapijom, a kod druge skupine je bilo uobičajeno liječenje koje se sastojalo od „pogodi ili promaši“ liječenja u zajednici. Prva skupina liječena bihevioralnom terapijom imala je jednom tjedno grupnu i jednom tjedno individualnu terapiju. Individualna terapija bila je usmjerena na korekciju kognicije, a grupni sastanci učili su pacijente bihevioralnim vještinama suočavanja. Nakon jedne godine, skupina koja je liječena bihevioralnom terapijom imala je medijan od 1,5 pokušaja samoozljeđivanja u razdoblju od 12 mjeseci u usporedbi s 9 u drugoj skupini. Također, epizode samoozljeđivanja bile su manje ozbiljne od onih u drugoj skupini. Došlo je do dramatičnog smanjenja dana hospitalizacije pri čemu je prvoj skupini bilo potrebno samo 8,46 dana hospitalizacije u cijeloj godini u usporedbi s 38,86 dana u drugoj skupini. [14]

Istraživanje u Australiji pratilo je 30 pacijenata s graničnim poremećajem ličnosti. Pacijenti su praćeni 12 mjeseci prije liječenja, zatim su dva puta tjedno 12 mjeseci primali psihodinamičku terapiju pod utjecajem ideja Winnicotta i Kohuta. Po završetku terapije, pacijenti su praćeni 12 mjeseci i uočena su sljedeća značajna i trajna poboljšanja:

1. Prije terapije prosječan izostanak s posla iznosio je 4,7 mjeseci godišnje; nakon terapije, prosjek je pao na 1,37 mjeseci godišnje.
2. Broj epizoda samoozljeđivanja nakon terapije bio je jedna četvrtina razine stopa prije liječenja.
3. Broj posjeta medicinskim stručnjacima pao je na jednu sedminu u odnosu na stope prije tretmana nakon psihoterapije.
4. Prosječno vrijeme provedeno u bolnici smanjilo se za polovicu.
5. Broj prijema u bolnicu se smanjio za 59% nakon terapije. [14]

Trajnost ovih promjena potvrđena je petogodišnjom procjenom praćenja. [14]

10.Poremećaj ličnosti u adolescenciji

Najveći samorazvoj događa se u djetinjstvu i adolescenciji, ali ne završava sa 18. godinom života pa se s toga ne mora čekati do 18. godine da faktori ličnosti postanu stabilni što se tiče dijagnosticiranja same bolesti. [15]

Velika je zabrinutost u stigmatizaciji osobe ako joj se već u adolescenciji dijagnosticira poremećaj te je naša dužnost boriti se protiv tih predrasude i stigmatizacija mladih ljudi koji teško pate. [15]

10.1. Razvoj ličnosti i poremećaj ličnosti u adolescenciji

Razvoj ličnosti kao i poremećaji ličnosti moraju se razumjeti iz perspektive životnog vijeka gdje su temelji u djetinjstvu i adolescenciji. [15]

Razdoblje adolescencije smatra se posebno ranjivom fazom za razvoj graničnog poremećaja ličnosti, a posljednjih godina je opisan kao razvojni poremećaj koji ima početak u adolescenciji oko 13. godine. Prvi simptomi mogu se pojaviti i u ranijoj dobi. [15]

10.2. Dugoročni ishod ranog početka poremećaja ličnosti

Adolescenti s ranim početkom poremećaja ličnosti imaju visok rizik za ozbiljna oštećenja u odraslosti. Ta oštećenja uključuju obrazovni i akademski neuspjeh, širok raspon međuljudskih poteškoća kao i teške probleme mentalnog zdravlja. [15]

10.3. Rano otkrivanje i prevencija

Uobičajeno je ignorirati dijagnozu prije dobi od 18 godina, što dovodi do odgode adekvatnog liječenja. Ne pružanje odgovarajuće terapije i podrške mladim ljudima s poremećajem ličnosti povećava vjerojatnost kroničnog i štetnog tijeka poremećaja kroz cijeli život, zajedno s ogromnim troškovima liječenja. [15]

2014. godine Andrew Chanen, Carla Sharp i Perry Hoffman pokrenuli su inicijativu da se to promijeni. Zajedno s drugim stručnjacima osnovali su Globalni savez za prevenciju i ranu intervenciju za poremećaj ličnosti. Glavni cilj ove inicijative je podržati i kliničke i istraživačke aktivnosti koje pomažu poboljšanom ranom otkrivanju i učinkovitoj intervenciji. Fokus će biti stavljen na intenzivno uključivanje obitelji mladih pacijenata u svim fazama procjene i intervencije. Inicijativa se želi maknuti od natjecanja za pronalaženje „najboljeg“ tretmana i umjesto toga poboljšati pristup različitim tretmanima utemeljenim na dokazima. [15]

10.4. Poteškoće u dijagnosticiranju poremećaja u adolescenata

U adolescenciji je teško razlikovati patologiju osobnosti od normalne razvojne nepostojanosti i nestabilnosti. S druge strane, čini se da mala podskupina mladih ljudi ima psihopatologiju u nastajanju koja nalikuje poremećaju ličnosti odrasle osobe, gdje će rana dijagnoza vjerojatno dovesti do ranih intervencija i tako poboljšati prognozu. Izazov leži u pravilnoj formulaciji. Netočna dijagnoza poremećaja ličnosti kod mlade osobe može odvratiti pozornost od intervencija koje poboljšavaju okolinu skrbi kod kuće ili stigmatizirati mladu osobu na načine koji u konačnici više povećavaju njezine probleme. [16]

Okolina skrbi može proizvesti problematična ponašanja kod ranjive djece, ponašanja koja su temelj dijagnoze poremećaja osobnosti u nastajanju. Okruženje skrbi koje pružaju roditelji i druge odrasle osobe djeluje kao medij za rast u kojem će se prednji mozak rastućeg djeteta razvijati. [16]

Obzirom na prevalenciju zlouporabe sredstava ovisnosti među nekim adolescentima, važno je razmotriti važnost ovoga u odnosu na psihopatologiju i dijagnozu. Adolescenti su motivirani na korištenje psihoaktivnih tvari koje smanjuju anksioznost, povećavaju samopouzdanje i omogućuju vezivanje za vršnjačke skupine. Neposredni učinci uporabe droga i alkohola na ponašanje i društvene funkcije dobro su dokumentirani i glavno su područje prakse kliničkog i socijalnog rada. Međutim, potpuni i dugoročni opseg učinaka psihoaktivnih tvari još nije poznat. Čini se da je mozak adolescenta sve ranjiviji na izazove iz okoliša što zauzvrat može povećati vjerojatnost psihijatrijskih poremećaja kod odraslih. [16]

Ako se mozak mladih ljudi mijenja, onda se vjerojatno mijenja i svaka psihopatologija. Terapijske formulacije i dijagnoze moraju biti fleksibilne i osjetljive na promjene. Također stanje uma ili uvjerenja roditelja o tome kako oni pružaju skrb i kako dijete izaziva skrb ključni su utjecaji na djetetov razvoj i ponašanje. Na ponašanje djece ne utječe toliko ono što roditelji rade, koliko ono što roditelji vjeruju o djetetu i njihovom odnosu s njim/njom. Podrška roditeljima stoga je važan aspekt pomoći mladima s novonastalom patologijom osobnosti. Osim toga, roditelji djece s problemima ponašanja ili hiperaktivnosti vjerojatno će i sami imati značajnu patologiju osobnosti. I geni i okolina potječu od roditelja. Ako dijete ima, na primjer, bezosjećajne i neempatične osobine, tada ih vjerojatno ima i barem jedan od roditelja. [16]

Istraživanja u području poremećaja ličnosti kod mladih moraju se usredotočiti na etiologiju i patogenezu ovih poremećaja. Posljednjih godina interakcije gena i okoliša dobivaju sve veću pozornost kako se ulažu naponi da se razotkriju njihova međudjelovanja. Međutim, buduća istraživanja moraju prestati birati između gena i okoliša budući da čisto genetski ili čisto okolišni pogled vjerojatno neće dati odgovor. Također je malo vjerojatno da će se moći promijeniti genetski profil u skorije vrijeme, dodatna je dužnost intervenirati u nepovoljnom okruženju za djecu. [16]

Usluge bi trebale biti osmišljene tako da interveniraju rano i u adolescentovu okruženju, kući, školi i susjedstvu. Terapeutske intervencije za djecu i adolescente moraju se usredotočiti na pomoć u povećanju njihove otpornosti koliko i na liječenje poremećaja. Naglasak se mora prebaciti na preventivu, u obliku intervencija za roditelje i skrbnike. Okolinske nepogode u djetinjstvu povećavaju rizik od razvoja čitavog niza problema u djetinjstvu i adolescenciji koji se mogu zadržati u odrasloj dobi. [16]

Opravdano je pitanje dijagnosticirati ili ne dijagnosticirati poremećaj ličnosti prije 18. godine života. To je tijekom adolescencije – doba velikih razvojnih promjena, kada ličnost još nije u potpunosti formirana. Prema MKB-10, poremećaj se može dijagnosticirati bez obzira na dob osobe ako su zadovoljeni dijagnostički kriteriji; međutim, to je iznimno rijetko prije dobi od 16 ili 17 godina. [17]

Da bi se dijagnoza mogla postaviti, karakteristike poremećaja ličnosti trebale su biti prisutne trajno najmanje 1 godinu. Treba imati na umu da će se karakteristike identificirane u djetinjstvu promijeniti te da će postati manje očite ili čak nestati u kasnijim razvojnim razdobljima. Međutim, poremećaj ličnosti ne smije se dijagnosticirati kod osoba mlađih od 13 godina. [17]

10.5. Liječenje poremećaja osobnosti u razvojnom razdoblju

Svrha dijagnosticiranja poremećaja ličnosti je pružiti adolescentu odgovarajuće liječenje. Pravodobnim uvođenjem terapije može se značajno utjecati na tijek bolesti. Adolescente treba liječiti tim visokokvalificiranih stručnjaka s jasno strukturiranim modelom intervencije i terapijskim planom. Prije svega, pacijentu se mora osigurati kontinuitet i dosljednost. Bitno je adekvatno organizirati tretmane—ne previše ni premalo. Često su mnoge službe (socijalna služba, škola, liječnik opće prakse, prethodni terapeut) uključene u liječenje; stoga uloge i zadaće treba jasno identificirati i koordinirati. Jedan od glavnih ciljeva tretmana svih članova tima je podržati adolescenta u njegovoj separaciji i individualizaciji te ga aktivno uključiti u proces donošenja odluka. Mnogi adolescenti doživjeli su traumatične događaje; međutim, obrada traume često nije primarna intervencija. Prvenstveno je potrebno smanjiti suicidalnost i povećati emocionalnu stabilnost. [17]

10.6. Tretman identiteta adolescenata

Tretman identiteta adolescenata je terapijski pristup koji uključuje modificirane elemente psihoterapije usmjerene na transfer, psihoedukaciju, kućne planove orijentirane na ponašanje, terapijski ugovor i intenzivan obiteljski rad s adolescentima i roditeljima. [17]

Bez obzira na psihoterapijski pristup, iskrenost, empatija i toplina ključne su karakteristike terapeuta. Terapeut zadržava zdrav i smislen stav, razlikuje dobro od lošeg i zadržava svoju poziciju. Optimizam je nužan uvjet da terapeut razvije predodžbu o adolescentu kao zdravoj i stabilnoj osobi, uključujući i terapeutaov stav da je adolescent sposoban surađivati u seansama i da se može razvijati. Terapeut je uzor. Za adolescenta, terapeut može biti prva osoba koja se istinski zainteresirala za njega ili nju. Na taj način terapeut potiče adolescenta da bude znatiželjan, motiviran i zainteresiran za sebe. [17]

11.Zdravstvena njega pacijenta oboljelog od poremećaja ličnosti

Sestrinsku skrb psihijatrijskih pacijenata definicijom zdravstvene njege ne razlikujemo od skrbi za pacijenta s organskom bolešću. Razlika je u vodećim obilježjima problema, ciljevima i načinima na koji to želimo postići. [18]

11.1. Sestrinske dijagnoze

Osobe s poremećajima ličnosti klastera B imaju jedinstvene karakteristike koje s vremena na vrijeme čine zdravstvenu njegu kompliciranom i teškom. Česti neprilagođeni odgovori pacijenata s poremećajima ličnosti skupine B uključuju manipulaciju, narcisoidnost i impulzivnost. [19]

11.1.1.Agresija

Agresija je primjer sestrinske dijagnoze, a ujedno i opis ponašanja psihijatrijskog bolesnika. Agresija je neiskorjenjiv instinkt, nagon smrti, nagon za isticanjem. Uzrok agresije može biti u boli, frustraciji, kulturi i društvu, izoliranosti, tjeskobi, iskrivljenoj potrebi za nježnošću. Svi su ljudi rođeni s određenom količinom agresije, da bi se ona očitovala, potreban je poticaj.[20]

11.1.2.Visok rizik za samoozljeđivanje

Stanje je gdje osoba ukazuje znakove da će se ozlijediti. Intervencije medicinske sestre u toj situaciji su: pružiti odnos povjerenja, poticati pacijenta da iskaže osjećaje, potaknuti ga da se pridruži grupi podrške, intervenirati kod najmanjih znakova uzbuđenosti, educirati obitelj i upozoriti ih na znakove pokušaja samoozljeđivanja. [21]

11.1.3.Visok rizik za samoubojstvo

Ponašanje je kod kojeg postoji mogućnost za samoozljeđivanje i osoba želi smrtni ishod. Sestrinske intervencije su: uklanjanje opasnih predmeta iz pacijentove okoline, raditi čestu kontrolu pacijentovog ormarića i prostora oko njega, primijetiti ako pacijent prikriva znakove bolesti, nadzirati redovitost uzimanja terapije. [21]

11.2. Pristup pacijentu oboljelom od graničnog poremećaja ličnosti

Uz odgovarajuću edukaciju, podršku i klinički nadzor, poteškoće u njezi bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti smanjuju se, a za osoblje i pacijente postižu se korisni rezultati. [22]

Pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti mogu utjecati na cijeli multidisciplinarni tim. Razumijevanje dinamike bolesnika pomaže osoblju da razvije strategije kako bi se izbjegle podjele, glumačko ponašanje i negativan utjecaj na druge pacijente i osoblje. [22]

Bolesnici s graničnim poremećajem ličnosti imaju niz potreba koje osoblje mora prepoznati kako bi adekvatno upravljalo njihovim boravkom u bolnici. Cilj hospitalizacije je osigurati sigurno okruženje gdje nema životnih stresora koji su doveli do samodestruktivnog događaja. Unutar bolničkog okruženja, pacijenti se mogu povući od stresora i steći kontrolu nad svojim emocijama i jasniju perspektivu krize. Medicinsko osoblje mora procijeniti psihološki status pacijenata i razviti sveobuhvatan plan skrbi. [22]

Jedan od najvećih izazova za medicinske sestre je pružanje sigurne i učinkovite skrbi za hospitalizirane suicidalne pacijente. Potencijal za pokušaje samoubojstva zahtijeva pojačano promatranje i intervencije kako bi se ti pacijenti zaštitili od njihovog impulzivnog i nepromišljenog ponašanja. [22]

Osoblje mora ukazati na samodestruktivna ponašanja pacijenata kada se pojave i identificirati pacijentu rezultate tih ponašanja. Moraju se postaviti granice ponašanja pacijenata koje prijete drugima. [22]

11.2.1.Sestrinski izazovi

Verbalno zlostavljanje

Osoblje nerijetko prima verbalno zlostavljanje od strane pacijenata zbog neprikladne i intenzivne ljutnje kojom pacijent teško može upravljati. Medicinske sestre moraju pratiti vlastite reakcije frustracije, iritacije i ljutnje kako bi izbjegle neprofesionalne odgovore. Ovi pacijenti imaju međuljudske odnose obilježene afektivnom nestabilnošću, impulzivnom agresijom, intenzivnim osjećajima i krizama. Njihova nestabilnost u međuljudskim odnosima i nedostatak emocionalne kontrole dovode do odnosa s medicinskim sestrama koji su ispunjeni stalnom konfrontacijom. [22]

Manipulacija i cijepanje

Do manipulacije i podjele osoblja dolazi kada pacijenti kategoriziraju medicinske sestre u dvije skupine: slabe ili jake, dobre ili loše, neovisne ili ovisne. Samo se nekoliko medicinskih sestara smatra dobrim. Dobre medicinske sestre se idealiziraju, a loše sestre ismijavaju. Ovaj primitivni obrambeni mehanizam kategorizacije medicinskih sestara u jednu ili drugu skupinu naziva se podjelom, a odražava polarizaciju osjećaja pacijenata na dobro/loše i ljubav/mržnju. [22]

11.2.2.Odgovori medicinske sestre

Bijes

Pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti većinom se smatraju teškim pacijentima zbog tipičnih ponašanja kao što su: manipulacija (medicinskih sestara i drugih), samopovređivanje,

nasilje, pritužbe pacijenata i nepoštivanje. Medicinske sestre osjećaju frustraciju i bijes kada su okružene destruktivnim ponašanjem i emocionalnim izljevima pacijenata. Budući da su pacijenti preosjetljivi na okolinu, odgovori medicinskih sestara mogu se činiti ekstremnim i intenzivnim. [22]

Društvena stigma

Markham (2003) je istražio jesu li na odgovore medicinskog osoblja utjecala društvena stigma i otkrio da je medicinsko osoblje izrazilo višu razinu društvenog odbacivanja prema pacijentima s dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti nego prema pacijentima s dijagnozom shizofrenije ili depresije. Zbog mogućnosti nasilnog ponašanja, smatrani su opasnijim od pacijenata sa shizofrenijom ili depresijom. [22]

12. Zaključak

Poremećaji ličnosti su skupina od oko 10 zasebnih poremećaja koji uključuju dugotrajne, ometajuće obrasce razmišljanja, ponašanja, raspoloženja i odnosa s drugima. Osobe s poremećajem ličnosti ne gledaju na svoje misli i ponašanje kao problematične.

Ovaj poremećaj nema direktan fiziološki uzrok i ne povezuje se s organskim oštećenjem središnjeg živčanog sustava. Poremećaj ličnosti događa se između pojedinca i okoline. Oboljeli pojedinac, u pravilu, nema izraženi osjećaj osobne patnje, no zbog ekstremnih crta ličnosti i nefleksibilnosti dolazi do teškoća u socijalnom funkcioniranju. S obzirom da je osoba s poremećajem ličnosti „teška“ za ostale u njenom okruženju, često su oni ti koji osobu potaknu na traženje profesionalne pomoći i liječenje.

Poremećaj ličnosti danas se prihvaća kao važno stanje u psihijatriji diljem svijeta. Iako je često neprepoznat poremećaj u praksi, istraživanja su pokazala da se nerijetko pojavljuje u društvu i stvara znatan morbiditet, povezan je i s visokim troškovima u zdravstvu i društvu. Poremećaji ličnosti nisu još uvijek dovoljno istraživani i objašnjeni što govori podatak kako se teško i pogrešno prepoznaje i dijagnosticira. Postoji sve više dokaza kako psihoterapija ima znatan pozitivan učinak na zalječenje ovog poremećaja. Smatram kako nad psihoterapijom još uvijek prednost ima medikamentozna terapija, no budućim istraživanjem i daljnjom edukacijom vjerujem kako će se i to promijeniti ili barem izjednačiti.

Otkrivanje, prevencija i rana intervencija za poremećaj ličnosti trebao bi postati javnozdravstveni prioritet.

Način pristupa medicinske sestre pacijentu s poremećajem ličnosti izuzetno je važan. Medicinska sestra mora imati puno razumijevanja i strpljenja, mora biti educirana i stručna u ovom području te biti spremna na neočekivana i neugodna ponašanja pacijenata s ovakvom dijagnozom.

13. Literatura

- 1) G. Arbanas: Psihijatrija, Naklada Slap, Zagreb, 2008.
- 2) A. Beck, A. Freeman, D. Davis i sur.: Kognitivna terapija poremećaja ličnosti, Naklada Slap, Zagreb, 2012.
- 3) D. Marčinko, M. Jakovljević, V. Rudan i sur.: Poremećaji ličnosti, stvarni ljudi, stvarni problemi, Medicinska naklada, Zagreb, 2015.
- 4) Lj. Moro, T. Frančišković i sur.: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- 5) D. Begić: Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- 6) D. Begić, V. Jukić, V. Medved: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2015.
- 7) M. Lebedina – Manzoni: Psihološke osnove poremećaja u ponašanju, Naklada slap, Zagreb, 2007
- 8) P. Filaković i sur.: Psihijatrija, Medicinski fakultet Osijek, Osijek, 2014.
- 9) J. Blair, D. Mitchell, K. Blair: Psihopat, emocije i mozak, Naklada slap, Zagreb, 2008.
- 10) J. Masterson: Potraga za istinskim ja, raskrinkavanje poremećaja ličnosti našeg doba, Kruzak, Zagreb, 2016.
- 11) M. Hautzinger: Depresija-modeli, dijagnosticiranje, psihoterapije, liječenje, Naklada Slap, 2002.
- 12) <https://hrcak.srce.hr/178588> , dostupno 10.9.2022.
- 13) <https://hrcak.srce.hr/165955> , dostupno 30.06.2022.
- 14) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330582/> , dostupno 20.08.2022.
- 15) <https://hrcak.srce.hr/178944> , dostupno 10.9.2022.
- 16) <https://www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/personality-disorder-in-adolescence/1537DDBAC3B1B8F700AC4F9317EB3468> , dostupno 10.9.2022.
- 17) <https://doi.org/10.5772/intechopen.93110> , dostupno 10.9.2022.
- 18) B. Sedić: Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika. *Sestrinske dijagnoze u skrbi za bolesnike s psihičkim poremećajima*, HUMS, 2011.
- 19) G. Stuart: Handbook of Psychiatric Nursing, Elsevier Mosby, USA, 2005.
- 20) J. Kovač, Lj. Bastalec: Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika. *Agresija kao sestrinska dijagnoza*, HUMS, 2011.
- 21) https://bib.irb.hr/datoteka/783638.Sestrinske_dijagnoze_3.pdf , dostupno 20.04.2022.
- 22) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1744-6163.2007.00135.x?casa_token=Axc8AUB7mHUAAAAA%3AEGa1giJ8l6Jxuvsv-WvWarLntpx9xb-

[XYeq_nCcbCWlhfAcFuuH3AEG2DdZSQefNWov3c6ban1vdp7Dh](#) , dostupno
30.06.2022.



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, MARTA SENTE (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom POREMEĆAJI LIČNOSTI (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Marta Sente
(vlastoručni potpis)

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, MARTA SENTE (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom POREMEĆAJI LIČNOSTI (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Marta Sente
(vlastoručni potpis)