

Tretman graničnog poremećaja ličnosti iz perspektive različitih psihoterapijskih pristupa

Perhot, Ines

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:650785>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-19**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad
Tretman graničnog poremećaja ličnosti iz perspektive različitih
psihoterapijskih pristupa

Studentica:

Ines Perhot

Zagreb, rujan, 2024.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad
Tretman graničnog poremećaja ličnosti iz perspektive različitih
psihoterapijskih pristupa

Studentica:

Ines Perhot

Mentorica:

izv.prof.dr.sc. Miranda Novak

Sumentorica:

Sonja Biglbauer, mag.psych.

Zagreb, rujan, 2024

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad *Tretman graničnog poremećaja ličnosti iz perspektive različitih psihoterapijskih pristupa* i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ines Perhot

Zagreb, rujan 2024.

SAŽETAK

Tretman graničnog poremećaja ličnosti iz perspektive različitih psihoterapijskih pravaca

Studentica: Ines Perhot

Mentorica: izv.prof.dr.sc. Miranda Novak

Sumentorica: Sonja Biglbauer, mag.psych.

Program/Modul: Socijalna pedagogija/Odrasli (počinitelji kaznenih djela)

Neka od glavnih obilježja graničnog poremećaja ličnosti nestabilni su interpersonalni odnosi, impulzivnost, nestabilna slika o sebi, samoozljeđivanje, suicidalne ideje i pokušaji suicida. Ne samo kod graničnog poremećaja ličnosti, već i kod ostalih poremećaja ličnosti, preporučeni tijekom tretmana je psihoterapija. U psihoterapiji se primjenjuju različite tehnike kako bi se osobama s ovim poremećajem pomoglo u smanjenju simptoma, povećanju tolerancije na negativne podražaje iz okoline, unapređenju socijalnih odnosa te učenju kako na konstruktivan način regulirati emocije i kontrolirati ponašanje. Ciljevi ovog rada su utvrditi kako različiti psihoterapijski pristupi gledaju na tretman graničnog poremećaja ličnosti te utvrditi učinkovitost različitih psihoterapijskih pristupa u tretmanu graničnog poremećaja ličnosti. U radu su ukupno obuhvaćena tri psihoterapijska pristupa te je za svaki opisano teorijsko utemeljenje, tijekom i karakteristike terapije te je opisano jedno ili više istraživanja koja govore o učinkovitosti tog psihoterapijskog pristupa. Ovakvi su pregledi važni kako bi se osobe koje pate od ovog poremećaja mogle informirati o mogućnostima za tretman te kako bi stručnjaci mogli dobiti uvid kako se sve mogu educirati za rad s ovom populacijom. U radu je utvrđeno kako su dijalektičko – bihevioralna terapija i psihoterapija temeljena na mentalizaciji učinkovite opcije za tretman ovog poremećaja te se ujedno i najviše preporučuju za tretman, pogotovo dijalektično – bihevioralna terapija za koju postoji najviše dokaza o učinkovitosti, dok je za gestalt terapiju potrebno još provoditi istraživanja vezana uz učinkovitost.

Ključne riječi: granični poremećaj ličnosti, psihoterapija, tretman graničnog poremećaja ličnosti, učinkovitost

SUMMARY

Treatment of borderline personality disorder from the perspective of different psychotherapy approaches

Student: Ines Perhot

Mentor: Associate Professor Miranda Novak, PhD

Comentor: Sonja Biglbauer

Programme/Modul: Social pedagogy/Adults (criminal offenders)

Some of the main characteristics of borderline personality disorder are unstable interpersonal relationships, impulsivity, unstable self-image, self-harm, suicidal ideation, and suicide attempts. Psychotherapy is the recommended course of treatment not only for borderline personality disorder but also for other personality disorders. In psychotherapy, various techniques are used to help individuals with this disorder reduce symptoms, increase tolerance to negative stimuli from the environment, improve social relationships, and learn how to regulate emotions and control behavior in a constructive manner. The aims of this paper are to determine how different psychotherapeutic approaches view the treatment of borderline personality disorder and to assess the effectiveness of different psychotherapeutic approaches in treating borderline personality disorder. The paper covers three psychotherapeutic approaches in total, describing the theoretical foundations, course, and characteristics of each therapy, along with one or more studies on the effectiveness of the respective psychotherapeutic approach. Such reviews are important to provide individuals suffering from this disorder with information about treatment options, and to give professionals insight into how they can educate themselves to work with this population. The paper concludes that dialectical behavior therapy and mentalization-based therapy are effective options for treating this disorder and are the most recommended for treatment, especially dialectical behavior therapy, which has the most evidence of effectiveness. However, further research on the effectiveness of gestalt therapy is still needed

Keywords: borderline personality disorder, psychotherapy, treatment of borderline personality disorder, effectiveness

Sadržaj

1. UVOD	1
2. GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI	3
2.1. Dijagnoza	4
2.2. Epidemiologija	6
2.3. Etiologija	7
2.4. Razvoj i tijek poremećaja	10
2.5. Komorbiditet.....	11
3. PSIHOTERAPIJA	12
3.1. Psihoterapijski pravci	12
3.2. Psihoterapija i farmakoterapija	15
4. PSIHOTERAPIJSKI TRETMAN GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI	16
5. DIJALEKTIČNO – BIHEVIORALNA TERAPIJA	17
5.2. Teorija u pozadini dijalektičko – bihevioralne terapije	19
5.3. Psihoterapijski postupci u dijalektično – bihevioralnoj terapiji.....	20
5.4. Istraživanja pristupa dijalektično – bihevioralne terapije	23
6. PSIHOTERAPIJA TEMELJENA NA MENTALIZACIJI	26
6.1. Teorija u pozadini psihoterapije temeljene na mentalizaciji	27
6.2. Psihoterapijski postupci u psihoterapiji temeljenoj na mentalizaciji.....	28
6.3. Istraživanja pristupa psihoterapije temeljene na mentalizaciji	31
7. GESTALT	34
7.1. Teorija u pozadini gestalt pristupa.....	34
7.2. Terapijski postupci u gestalt pristupu	41
7.3. Istraživanja gestalt pristupa	43
8. ZAKLJUČAK	45
9. LITERATURA	48

1. UVOD

Poremećaje ličnosti ubrajamo među najčešće doživljavana psihijatrijska stanja (Kessler i sur., 2005; prema Sheehan, Nieweglowski i Corrigan 2016) te su povezani sa značajnom osobnom patnjom i poteškoćama u interpersonalnim odnosima, funkcionalnim oštećenjima i korištenjem značajnih resursa za pomoć pri poteškoćama mentalnog zdravlja (Perry, 1993; Perry i Vaillant, 1989; Skodol, Johnson, Cohen, Sneed, & Crawford, 2007; prema Dixon – Gordon, 2011). Rezultati istraživanja sugeriraju kako su poremećaji ličnosti stigmatizirani još više od ostalih mentalnih poremećaja (Cathor i sur., 2015, Maggalon – Neri i sur., 2013; prema Sheehan i sur., 2016). Prvi izbor za tretman poremećaja ličnosti je psihoterapija (Verheul i Herbrink, 2007), a to vrijedi i za poremećaj ličnosti posebno obrađen u ovom radu, granični poremećaj ličnosti.

Granični poremećaj ličnosti s prevalencijom od 2,7% jedan je od poremećaja ličnosti s najvećom zastupljenošću među svim poremećajima ličnosti (Sheehan i sur., 2016). Ono što ovaj poremećaj ličnosti čini posebno rizičnim je što ga karakterizira samoozljeđivanje, suicidalne ideje i česti pokušaji samoubojstva. Kako je farmakoterapija ograničene učinkovitosti, odnosno većina lijekova pruža samo umjereno ublažavanje simptoma povezanih s različitim obrascima karakterističnima za ovaj poremećaj, psihoterapija se smatra prvim izborom u tretmanu graničnog (Zanarini, 2004; prema Zanarini, 2009). Ono što psihoterapijske tretmane čini praktičnima je da su primjenjivi u različitim formatima, okruženjima, modalitetima i dozama (Verheul i Herbrink, 2007). Pri procjeni psihoterapijskog postupka važno je prepoznati hijerarhijske prioritete simptoma među kojima su od najvišeg prioriteta simptomi suicidalnog i samoozljeđujućeg ponašanja jer zahtijevaju psihoterapeutovo pravodobno prepoznavanje i tretman (Kozarić – Kovačić i Frančišković, 2014).

Granični poremećaj ličnosti povijesno se smatrao teškim za tretman bilo psihoterapijskim ili psihofarmakološkim metodama (Levy, McMain, Bateman i Clouthier, 2018). Uočeno je da osobe koje pate od graničnog poremećaja ličnosti često ne poštuju preporuke za tretman, kaotično koriste usluge i više puta prekidaju tretman. Mnogi terapeuti su zastrašeni mogućnošću tretiranja klijenata s ovim poremećajem ličnosti i pesimistični su u vezi s ishodom tretmana (Levy i sur., 2018).

Ipak, kroz vrijeme je razvijeno nekoliko psihoterapijskih pristupa specifično za ovaj poremećaj (Cristea i sur., 2017), a dosta literature u području dolazi iz tradicija kognitivno-bihevioralne i psihodinamske terapije (Levy i sur., 2018). Ono što daje nadu za uspješan tretman osoba koje pate od ovog poremećaja je činjenica kako su različite samostalne psihoterapije pokazale učinkovitost u smanjenju simptoma relevantnih za ovaj poremećaj, uključujući simptome samopovređivanja, suicidalnosti, korištenje zdravstvenih usluga i opću psihopatologiju (Cristea i sur., 2017). Međutim, nije za sve pristupe jednako istražen tijek tretmana i njegova učinkovitost. O svemu navedenom biti će raspravljeno u nastavku.

2. GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Poremećaj ličnosti trajni je obrazac unutarnjeg doživljavanja i ponašanja koji značajno odstupa od očekivanog u kulturi kojoj ta osoba pripada, koji je stabilan te dovodi do patnje i oštećenja (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Razlikujemo deset poremećaja ličnosti: paranoidni, shizoidni, shizotipni, antisocijalni, granični, histrionični, narcistični, izbjegavajući, ovisni i opsesivno – kompulzivni. Grupiraju se u tri skupine, na temelju sličnostima u opisima. Skupina A uključuje paranoidni, shizoidni i shizotipni poremećaj ličnosti te se osobe s ovim poremećajima ličnosti često doimaju čudnima ili ekscentričnima. U skupinu B spadaju antisocijalni, granični, histrionični i narcistični poremećaj ličnosti te se osobe s ovim poremećajima ličnosti često čine dramaturizirajućima, emocionalnima ili nedosljednima. Skupina C uključuje izbjegavajući, ovisni i opsesivno - kompulzivni poremećaj ličnosti te se osobe s ovim poremećajima ličnosti doimaju anksiozno ili ustrašeno (APA, 2013).

Temeljno obilježje graničnog poremećaja ličnosti (*borderline*) pervazivni je obrazac nestabilnosti u interpersonalnim odnosima, slici o sebi, afektu te značajna impulzivnost, koji započinju u ranoj odrasloj dobi i prisutni su u različitim situacijama (APA, 2013). Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan i Bohus (2004) definiraju granični poremećaj ličnosti kao ozbiljan mentalni poremećaj s karakterističnim sveprisutnim obrascem nestabilnosti u regulaciji afekta, kontroli impulsa, međuljudskim odnosima i samopouzdanju. Granični se poremećaj ličnosti može gledati kao mentalni poremećaj povezanom s visokim stopama samoubojstava, teškim funkcionalnim oštećenjima, visokim stopama komorbidnih mentalnih poremećaja, intenzivnom upotrebom terapije i visokim troškovima za društvo (Bender i sur., 2001, Lieb i sur., 2004, Oldham, 2006, Skodol i sur., 2002., Skodol i sur., 2005; prema Leichsenring, Leibing, Kruse, New i Leweke, 2011)

Naziv *borderline* prvi je upotrijebio Adolph Stern 1938. godine i označavao je stanje između neuroze i psihoze (Al-Alem i Omar, 2008). Poremećaj je prvi put definiran 1978. godine (Gunderson, Herpertz, Skodol, Torgersen i Zanarini, 2018), a 1980. godine naziv je prihvaćen kao psihološki izraz i uključen je u trećem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalno zdravlje, dok je nešto kasnije smješten u skupinu B poremećaja ličnosti, zajedno sa histrioničnim, antisocijalnim i narcističkim poremećajem ličnosti (Al-Alem i Omar, 2008). 1992. godine

poremećaj je smješten i u Međunarodnu klasifikaciju bolesti kao emocionalno nestabilni poremećaj ličnosti (Gunderson i sur., 2018).

2.1. Dijagnoza

Kako bi se granični poremećaj mogao dijagnosticirati, potrebno je da osoba zadovoljava minimalno pet od devet kriterija navedenih u petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalno zdravlje (APA, 2013). Prvi se kriterij odnosi na mahnite napore da se izbjegne stvarno ili zamišljeno napuštanje, što ne uključuje suicidalnost ili samoozljeđujuće ponašanje koji će kasnije biti opisani u petom kriteriju. Doživljaj prijeteće separacije, odbacivanja ili gubitka vanjske strukture mogu dovesti do promjena u slici o sebi, afektu, kogniciji i ponašanju. Osobe koje pate od poremećaja doživljavaju snažne strahove od napuštanja i neprimjerenu srdžbu čak i kada su suočeni s realnim vremenski ograničenim separacijama ili kad dolazi do neizbježnih promjena u planovima. Strah od napuštanja vezan je uz nepodnošenje da budu sami i trebaju druge ljude uz sebe, a mahniti naponi da izbjegnu stvarno ili zamišljeno napuštanje mogu uključivati impulzivne aktivnosti kao što su samoozljeđivanje ili suicidalno ponašanje. Drugi je kriterij obrazac nestabilnih i intenzivnih interpersonalnih odnosa obilježenih izmjenama između krajnosti idealizacije i podcjenjivanja. Osobe koje pate od poremećaja mogu u početku idealizirati potencijalnog skrbnika ili voljenu osobu, traže da se provodi mnogo vremena zajedno i da se dijele najintimniji detalji rano u odnosu. Vrlo brzo sa idealiziranja se mogu prebaciti na podcjenjivanje, odnosno imaju osjećaj da druga osoba o njima dovoljno ne skrbi, ne daje im dovoljno i nije tu za njih u dovoljnoj mjeri. Empatiziraju i brinu o drugima samo uz očekivanje da će drugi biti tu za njih da zadovolje njihove potrebe. Osobe koje pate od poremećaja sklone su iznenadnim i dramatičnim promjenama u gledanju na druge što je često odraz razočaranja bliskom osobom čija je brižnost bila idealizirana ili čije se odbacivanje i napuštanje očekuje. Treći se kriterij odnosi na smetnje identiteta, što podrazumijeva značajno i perzistentno nestabilnu sliku o sebi ili osjećaju selfa. Postoje iznenadne i dramatične promjene u slici o sebi, karakterizirane promjenom ciljeva, vrijednosti i poslovnih želja, iznenadne i dramatične promjene u stajalištima i planovima oko karijere, seksualnog identiteta, vrijednosti i vrste prijatelja. Slika o sebi obično im se temelji na tome jesu li loši odnosno zli, a ponekad mogu imati osjećaj da uopće ne postoje. Četvrti je kriterij impulzivnost u najmanje dva područja koja su potencijalno štetna za samu osobu, što se može

manifestirati kroz kockanje, neodgovorno trošenje novca, prejedanje, zlouporabu psihoaktivnih tvari, upuštaju se u nesiguran seks ili nesmotrenu vožnju. Peti se kriterij odnosi na opetovano suicidalno ponašanje, geste, prijetnje ili samoozljeđujuće ponašanje. Podatci ukazuju da čak 8 do 10% osoba koje pate od poremećaja počine samoubojstvo, a opetovana suicidalnost česti je razlog javljanja za pomoć ovih osoba. Šesti je kriterij afektivna nestabilnost zbog snažnog i brzog reagiranja na situacije, kao što su epizode snažne disforije, razdražljivost ili anksioznost koje obično traju nekoliko sati ili u rjeđim slučajevima nekoliko dana. Temeljno disforično raspoloženje može biti narušeno razdobljima srdžbe, panike ili očajanja i rijetko je olakšano razdobljima dobrog osjećanja ili zadovoljstva, a osobe su iznimno reagibilne na interpersonalni stres. Sedmi se kriterij odnosi na kroničan osjećaj praznine, odnosno osobe koje pate od poremećaja lako hvata osjećaj dosade te stoga stalno tragaju za onim što će raditi. Osmi je kriterij neprimjerena snažna srdžba ili teškoće u kontroli srdžbe, odnosno učestali izljevi bijesa, stalna srdžba ili opetovane tučnjave. Mogu pokazivati izniman sarkazam, trajnu gorčinu ili verbalne izljeve srdžbe koja često izaziva doživljaj da je skrbnik ili voljena osoba zanemaruje, ne brine o njoj ili je napušta. Poslije izljeva srdžbe često slijedi sram i krivnja koji pridonose njihovom osjećaju da su zli. Deveti, odnosno posljednji kriterij odnosi se na prolazne paranoidne ideje ili teške disocijativne simptome vezane uz stres. Ove epizode najčešće se pojavljuju kao reakcija na stvarno ili zamišljeno napuštanje, a simptomi su obično prolazni i traju nekoliko minuta ili sati. Stvaran ili tako doživljen povratak brige skrbnika ili voljene osobe može dovesti do remisije simptoma (APA, 2013).

Osobe koje pate od ovog poremećaja mogu imati obrazac potkopavanja samih sebe u trenutku kada bi se upravo trebao ostvariti neki njihov cilj, kao što je napuštanje škole netom prije diplomiranja ili uništavanje dobre veze kad je jasno da bi ona mogla potrajati (APA, 2013). Osobe koje pate od poremećaja mogu tijekom razdoblja stresa razviti simptome slične psihotičnima kao što su halucinacije, iskrivljenja u slici tijela ili idejama odnosa. Također, mogu imati veći osjećaj sigurnosti uz prijelazne objekte kao što su ljubimci ili neki neživi predmet nego u interpersonalnim odnosima. Razni simptomi graničnog poremećaja ličnosti mogu se podijeliti u četiri domene: kognicija, afekt, interpersonalno funkcioniranje i kontrola impulsa (Leichsenring i sur., 2023). Kognicija se odnosi na opažanje i tumačenje sebe, drugih ljudi i događaja. Osobe koje pate od poremećaja pokazuju tri razine kognitivne simptomatologije. Prvo su zabrinjavajući problemi koji nisu nužno psihotične prirode, poput vrlo izraženih ideja kako su loši, mogu imati iskustava disocijacije u obliku depersonalizacije i gubitka dodira sa stvarnošću te može doći do ne-deluzivne

sumnjičavosti. Nadalje, mogu imati kvazi-psihotične ili psihotične simptome koji se mogu pojaviti u obliku prolaznih, ograničenih i donekle stvarno utemeljenih deluzija i halucinacija te na kraju mogu imati stvarne ili istinske deluzije i halucinacije (Lieb i sur., 2004).

Kategorija afekta se odnosi na intenzitet, labilnost i primjerenost emocionalnih reakcija (Leichsenring i sur., 2023). Osobe koje pate od graničnog poremećaja ličnosti imaju niz intenzivnih neusklađenih emocija, što može uključivati bijes, tugu, sram, paniku, strah i kronični osjećaj praznine i usamljenosti kada te emocije nisu nužno primjerene i u skladu s onim što se oko njih događa (Lieb i sur., 2004). Još jedan aspekt njihovog afektivnog poremećaja je njihova ogromna reaktivnost raspoloženja (Koenigsberg, 2002; prema Lieb i sur., 2004), što zapravo znači kako osobe koje pate od poremećaja vrlo brzo i često prelaze iz jednog reaktivnog stanja raspoloženja u drugo, doživljavajući nekoliko disforičnih stanja i razdoblja emocionalne stabilnosti tijekom jednog dana (Lieb i sur., 2004). Interpersonalno funkcioniranje podrazumijeva načine reagiranja na međuljudske situacije (Leichsenring i sur., 2023). Karakteriziraju ga dvije odvojene, ali međusobno povezane vrste problema (Lieb i sur., 2004). Prvi je problem dubok strah od napuštanja, koji se obično manifestira u očajničkim naporima da se izbjegne napuštanje, dok je drugi problem burna priroda bliskih odnosa, što bi značilo da su odnosi obilježeni čestim svađama, ponovljenim prekidima i oslanjanjem na niz neprilagođenih strategija koje mogu i razljutiti i uplašiti druge.

2.2. Epidemiologija

Voght i Norman (2019) navode kako se za prevalenciju poremećaja u općoj populaciji generalno smatra da je oko 2%. U istraživanjima u općoj populaciji, prijavljena je visoka stopa graničnog poremećaja ličnosti od 5,9%, što ukazuje na to da mnogi pojedinci s ovim poremećajem ne traže psihijatrijsko liječenje (Grant i sur., 2008; prema Leichsenring i sur., 2011). Kada se pak razmatra klinička populacija, granični poremećaj ličnosti najčešće se javlja u tom uzorku (Torgersen, 2005, Gunderson, 2009; prema Leichsenring i sur., 2011), odnosno u primarnoj zdravstvenoj zaštiti prevalencija je oko 6%, oko 10% među osobama u ambulantnoj skrbi za psihičko zdravlje, a oko 20% među bolnički liječenim psihijatrijskim bolesnicima. Prevalencija se smanjuje u starijoj dobi. Oko 75% dijagnosticiranih osoba su žene (Američka psihijatrijska udruga, 2013), međutim, neki

podatci govore kako spolnih razlika nema, već žene samo češće traže pomoć (Coid i sur., 2006; prema Begić, 2021.) U uzorku djece i adolescenata iz zajednice, prevalencija graničnog poremećaja ličnosti iznosila je 11% u dobi od 9 do 19 godina i 7,8% u dobi od 11 do 21 godinu te je bio češći kod djevojčica nego kod dječaka (Bernstein i sur., 1993; prema Lieb i sur., 2004).

2.3. Etiologija

Etiologiji graničnog poremećaja ličnosti može se pristupiti iz biološke, psihološke, kognitivne, bihevioralne i socijalne perspektive (Begić, 2021).

Biološke hipoteze upućuju na genetsku osnovu, što se ogleda u činjenici da je poremećaj učestaliji u određenim obiteljima, pogotovo onima koje imaju više osoba koje pate od poremećaja raspoloženja te je češće prisutan kod jednojajčanih nego dvojajčanih blizanaca (Torgersen i sur., 2000, prema Begić, 2021). Međutim, još uvijek nisu identificirani specifični geni kao uzročnici (Leichsenring i sur., 2011). Ovaj je poremećaj oko pet puta češći u bioloških rođaka u prvom koljenu nego u općoj populaciji (APA, 2013). Nadalje, kod osoba koje pate od poremećaja zapažene su metaboličke promjene u frontalnom režnju i limbičkom području mozga, za koje nije jasno jesu li uzrok ili posljedica graničnog poremećaja ličnosti (Lieb i sur., 2004, prema Begić, 2021). Kod osoba koje pate od poremećaja pronađene su i neurotransmitske promjene, promjene dopaminergičkog sustava koje nisu nađene u svim istraživanjima, smanjena je serotoninergička aktivnost u različitim područjima mozga (Friedel, 2004; prema Begić, 2021) te pretjerana pobudljivost noradrenergičkog sustava koja se povezuje s hipersenzibilnosti osoba koje pate od poremećaja (Begić, 2021).

Psihološki su čimbenici za razvoj graničnog poremećaja ličnost štetna iskustva iz ranog djetinjstva (Zanarini, 2000; prema Begić, 2021), kao što su fizičko, seksualno i verbalno zlostavljanje (Baggard, 1990; prema Begić, 2021), neadekvatni roditeljski postupci, posebno od strane majke, odbacivanje djece, partnerski problemi roditelja te njihova psihopatološka odstupanja (Begić, 2021). Seksualno se zlostavljanje smatra najznačajnijim prediktorskim čimbenikom za razvoj graničnog poremećaja ličnosti (Begić, 2021) te je kod osoba s ovim poremećajem dvostruko češća pojava seksualnog zlostavljanja u dječjoj dobi nego kod drugih psihijatrijskih bolesnika (Herman, Perry i van der Kolk, 1989; prema Begić, 2021). Traumatski događaji i neadekvatni roditeljski

postupci doprinose inkorporaciji negativne reprezentacije selfa u unutrašnji svijet zbog čega je ometen razvitak te kao posljedica prevladavaju primitivne obrane. Najkorišteniji mehanizmi obrane u graničnoj strukturi ličnosti su projekcija, projektivna identifikacija, rascjep (splitting) i acting out (Begić, 2021). Kod projekcije osoba prebacuje na okolinu ono što je u njoj samoj te pripisuje drugima ono što je dio njezine osobnosti (Radionov, 2013). Projektivna je identifikacija proces u kojem osoba prebacuje na okolinu vlastita iskustva, misli i dijelove osobnosti, jednako kao i kod projekcije, međutim uključuje još manipulaciju i poticanje druge osobe da se stvarno i ponaša u skladu s onime što je projicirano (Kernberg, 2018). Splitting je kada osoba doživljava svijet i ljude ili samo kao dobre ili samo kao loše bez razlikovanja nijansi odnosno integriranja dobrog i lošeg u jedinstvenu cjelinu (Blass, 2015). Acting out je kada osoba izražava nesvjesne emocionalne konflikte ili impulse kroz impulzivno ponašanje umjesto kroz verbalizaciju ili samorefleksiju (Zanarini, Weingeroff i Frankenburg, 2009). Valja naglasiti kako nisu svi ljudi s dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti imali negativna iskustva u djetinjstvu (Stepp i sur., 2016; prema Leichsenring i sur., 2023), jednako kako ne razvijaju poremećaj svi ljudi koju su imali negativna iskustva pogodna za razvoj poremećaja (Winsper, 2018).

Prema bihevioralnim hipotezama granične ličnosti dolaze iz obitelji koje imaju „sindrom invalidiziranja“. Dijete traži roditeljsku pažnju kada je izrazito tužno ili napeto jer roditelji ne obraćaju pažnju na „male žalosti“. Zbog toga dijete ne stječe emocionalne vještine umirivanja ili udovoljavanja sebi te odrasta u osobu s izrazito emocionalnim oscilacijama koja ih nije u mogućnosti kontrolirati (Linehan, 1993; prema Begić, 2021).

Kod kognitivnih se tumačenja govori o dihotomiziranju stvarnosti („crno-bijeli“ pogled na sebe i druge) te s time povezana emocionalna stanja (Beck i Freeman, 1990; prema Begić, 2021). Osobe koje pate od poremećaja mogu imati kognitivne smetnje koje se očituju u obliku kognitivnih distorzija poput „sve ili ništa“, ljudi su im „dobri ili zli“ i sve je „crno ili bijelo“ (Begić, 2021).

Socijalna objašnjenja polaze od socijalne dezintegracije, koja je rezultat gubitka mehanizma suvremenog društva da ohrabri i omogući mladim ljudima stjecanje vlastitog identiteta. Na obitelj i rani razvoj djeteta utječu postavljanje velikih zahtjeva, gubitak osjećaja sigurnosti te promjena tradicionalnih uvjeta, što u konačnici doprinosi porastu broja slučajeva graničnog poremećaja ličnosti (Begić, 2021).

Biosocijalni model etiologije graničnog poremećaja ličnosti psihologinje Linehan iz 1993. godine, koji je kasnije proširila s kolegama Crowel i Beauchaineom (2009; prema Idžojtić, 2023) govori kako su u razvoj poremećaja kod pojedinca uključene biološke komponente, odnosno genetske, strukturalne i neurokemijske disfunkcije te okolinski rizični čimbenici, kao što su zanemarivanje, fizičko, emocionalno i seksualno zlostavljanje. Impulzivnost i urođena visoka emocionalna osjetljivost koje su ključne djetetove karakteristike zajedno s nepodržavajućom okolinom dovode do pervazivne emocionalne disregulacije. Te ključne djetetove karakteristike biološki su povezane s čimbenicima poput genetske predispozicije, frontolimbicke i serotonergičke disfunkcije. Emocionalna disregulacija utječe na kognitivni stil, uzrokujući iskrivljeno procesuiranje informacija, poteškoće u organiziranju ciljeva neovisnih o emocijama te nemogućnost kontrole ponašanja povezanih s afektom. Ova disregulacija utječe na socijalne (izolacija, problemi s vršnjacima), kognitivne (niska samoefikasnost, beznade), emocionalne (ljutnja, tuga) i bihevioralne aspekte (izbjegavanje, autodestruktivnost) života te se ciklično ponavlja (Crowel i sur., 2009; prema Idžojtić, 2023). Važno je napomenuti kako prema ovoj teoriji okolina ne mora nužno biti zlostavljajuća, već je ključno da se pojedinac svojim karakteristikama ne uklapa u tu okolinu, a ona mu opetovano ne validira emocije i emocionalne reakcije (Idžojtić, 2023).

U sklopu teorije životne povijesti Brune (2016; prema Idžojtić, 2023) predlaže evolucijsku teoriju graničnog poremećaja ličnosti. Teorija životne povijesti je koncept u sklopu bihevioralne ekologije (Stearns, 1992; prema Brune, 2016). Bihevioralna ekologija fokusira se na varijacije u ponašanju između kao i unutar vrsta te njihovu ovisnost o uvjetima okoliša. Teorija životne povijesti odnosi se na diferencijalno raspoređivanje resursa organizma prema fizičkom rastu i reprodukciji, odnosno postoji kompromis između ulaganja energije organizma u somatski rast i ulaganja energije u reproduktivnu aktivnost, što rezultira različitim strategijama životne povijest. Prema tome su tijekom rasta, dob i veličina tijela za vrijeme seksualne zrelosti, broj i veličina potomaka, dugovječnost itd. biološke karakteristike modelirane prema uvjetima u okolišu. Strategije životne povijesti koje osoba može razviti mogu biti „brže“ ili „sporije“ te ih ona razvija na temelju iskustava iz ranog djetinjstva, kojom procjenjuje trenutnu i buduću dostupnost resursa (Brune, 2016; prema Idžojtić, 2023). Tako prema teoriji životne povijesti, granični poremećaj ličnosti predstavlja ekstremnu ili iskrivljenu ponašajnu strategiju koja nesvjesno teži iskorištavanju interpersonalnih i materijalnih resursa, temeljenih na predviđanjima oblikovanim ranim razvojnim iskustvima (Brune, 2016). Osobe koje su odrastale u kaotičnoj i nepodržavajućoj sredini razvijaju

unutarnju sliku svijeta u kojem su resursi nepredvidivi, što vodi "bržem" sazrijevanju, koje podrazumijeva rane seksualne aktivnosti, veći broj seksualnih partnera, impulzivno ponašanje, nesigurnu privrženostima te sklonost rizičnim situacijama (Brune, 2016; prema Idžojić, 2023).

2.4. Razvoj i tijek poremećaja

Granični poremećaj ličnosti obično se javlja u adolescenciji, a najozbiljniji postaje oko dvadeset pete godine života (Al-Alem i Omar, 2008). Tretman se obično ne traži do kasne adolescencije (Zanarini i sur., 2001; prema Lieb, 2004). Rana intervencija sastoji se od identificiranja i tretmana poremećaja kod adolescenata i osoba s popratnim obilježjima poremećaja ili poboljšanja roditeljskog ponašanja kod roditelja s poremećajem (Florange i Herpertz, 2019; prema Leichsenring i sur., 2023). Međutim, trenutno ne postoje kvalitetni dokazi da programi prevencije ili rane intervencije poboljšavaju ishode kod osoba koje pate od graničnog poremećaja ličnosti (Leichsenring i sur., 2023). Tijekom života većina osoba koje pate od poremećaja imaju neuspješno obrazovanje i odnose (Al-Alem i Omar, 2008), odnosno vrlo su česti opetovani gubici posla, prekidi školovanja te separacije ili razvodi (Lieb, 2004). Suicidalne ideacije imaju svoj vrhunac u ranim dvadesetima, međutim uspješno izvršeni pokušaji samoubojstva najčešći su u tridesetima. Ono što je iznenađujuće je da je moguće da se akutni simptomi graničnog poremećaja ličnosti, za koje se ranije mislilo da su kronični, mogu povući prirodno bez tretmana, uz brže smanjenje simptoma nego što se ranije pretpostavljalo (Bateman, 2012). U dva velika istraživanja o tijeku graničnog poremećaja ličnosti, primijećeno je da su simptomi manje stabilni nego što se ranije mislilo (Shea i sur., 2002, Tohen i sur., 2000, Coryell i sur., 1995, Zanarini i sur., 2003; prema Lieb i sur., 2004). Nakon šest godina praćenja, oko 75% oboljelih od ovog poremećaja, od kojih su svi bili hospitalizirani na početku istraživanja, postiglo je remisiju (Zanarini i sur., 2003; prema Lieb i sur., 2004). Iako sklonost prema intenzivnim emocijama, intenzivnim odnosima i impulzivnosti traje cijelog života, osobe koje se uključe u terapijske postupke obično pokazuju poboljšanje koje počinje u prvoj godini (APA, 2013). S lošim su ishodom ovog poremećaja povezani mnogi čimbenici, uključujući afektivnu nestabilnost i povećanu duljinu prethodnih hospitalizacija (McGlashan, 1985; prema Lieb, 2004), prisutnost disforije, obiteljsku povijest mentalnih poremećaja, mlađu dob pri prvom liječenju, prisutnost majčine psihopatologije (Paris i sur., 1987,

Paris i sur., 1988; prema Lieb i sur., 2004) te povijest roditeljskog zlostavljanja (Stone, 1990; prema Lieb i sur., 2004).

2.5. Komorbiditet

Granični poremećaj ličnosti može se pojaviti kao dominirajući entitet uz prisutnost simptoma drugih poremećaja ličnosti, a može se pojaviti i uz ostale poremećaje ličnosti kao što su histrijski, narcistički, antisocijalni ili shizotipni poremećaj ličnosti (Paris, 2009; prema Begić, 2021). Uz poremećaj se najčešće pojavljuju poremećaji raspoloženja kao što su velika depresivna epizoda i bipolarni afektivni poremećaj, koji ima čak 44% osoba koje pate od ovog poremećaja (Davey, 2008, prema Begić, 2021). Zloupotreba supstanci je čest i često ozbiljan problem kod osoba sa graničnim poremećajem ličnosti (Linehan i sur., 1999). Osobe koje pate od poremećaja su sklone razvijanju ovisničkog ponašanja (Begić, 2021), kao što su ovisnost o alkoholu i ovisnost o psihoaktivnim tvarima (Tomko i sur., 2014; prema Idžojtić, 2023). Zabilježene su razlike između žena i muškaraca s graničnim poremećajem ličnosti, pri čemu su poremećaji povezani sa zluporabom supstanci češći kod muškaraca, dok su poremećaji prehrane češći kod žena (Grant i sur., 2008; prema Leichsenring i sur., 2011). Oko 30% osoba koje pate od ovog poremećaja jednom je u životu dijagnosticiran i posttraumatski stresni poremećaj (Pagura i sur., 2010; prema Idžojtić, 2023). Granični poremećaj ličnosti je također povezan s nepsihijatrijskim poremećajima, uključujući artritis, gastrointestinalnim tegobama te kod mladih odraslih osoba, kardiovaskularnim bolestima (Chanen i sur., 2009; prema Gunderson i sur., 2018).

3. PSIHOTERAPIJA

Različiti autori psihoterapiju opisuju na razne načine pa u području postoje brojne definicije. Kompleksni je to pojam koji se koristi za opisivanje različitih oblika pomoći, liječenja, savjetovanja, vođenja i edukacije (Kozarić-Kovačić i Frančišković, 2014). Iako ne postoji jedinstvena definicija, jedna od prihvaćenijih je ona Lewisa Wolberga (1948; prema Kozarić – Kovačić i Frančišković, 2014) koja kaže kako je psihoterapija tretman emocionalnih problema putem psiholoških metoda, pri čemu educirani terapeut uspostavlja profesionalni odnos s klijentom kako bi ublažio ili uklonio simptome, promijenio poremećene obrasce ponašanja te potaknuo pozitivan rast i razvoj ličnosti. Levy, Ehrenthal, Yeomans i Caligor (2014) definiraju psihoterapiju kao skup tehnika i intervencija koje su usmjerene na poboljšanje mentalnog zdravlja te na rješavanje emocionalnih, ponašajnih, psiholoških i psihijatrijskih poremećaja. Corey (2004) tvrdi kako psihološko savjetovanje odnosno terapija nije namijenjena samo onima koji zadovoljavaju kriterij za neki klinički poremećaj, odnosno smatra kako takvo usmjeravanje na terapijsku praksu ističe nedostatke, a ne snage i mogućnosti. Također tvrdi kako posao terapeuta nije davanje savjeta ili rješavanje teškoća umjesto klijenta, već da bi ključni čimbenik koji utječe na klijenta i promjenu trebala biti terapeutova osobnost, a ne nužno tehnike kojima se služi. Hrvatska komora psihoterapeuta definira psihoterapiju kao nezavisnu interdisciplinarnu znanost koja obuhvaća širok raspon pravaca utemeljenih na znanstvenim principima i metodama (Hrvatska komora psihoterapeuta, 2022). Psihoterapija se često preferira kao prva linija tretmana zbog percepcije da je manje invazivna i sigurnija u odnosu na farmakološke intervencije (Linden i Schermuly-Haupt, 2014). U svojoj srži, psihoterapija se bavi razumijevanjem međusobnog djelovanja prirode i odgoja te kako uspješan ili neuspješan razvoj može utjecati na zdravo funkcioniranje (Kozarić-Kovačić i Frančišković, 2014).

3.1. Psihoterapijski pravci

Na stranicama Hrvatske komore psihoterapeuta stoji kako svaki psihoterapijski pravac predstavlja skup znanstveno utemeljenih znanja, vještina i tehnika u psihoterapiji koji se temelji na različitim načinima gledanja čovjeka i odrednica čovjekova ponašanja (HKP, 2022). Samo uspoređivanje

raznih pravaca teško je zbog njihovih nerijetko posve različitih poimanja što je narav klijentova problema, što je svrha i cilj terapije te shodno tome zbog različitih tehnika (Jukić i Pisk, 2008). Samih psihoterapijskih pravaca danas ima mnogo. Neki od psihoterapijskih pravaca koji su dosta zastupljeni u literaturi su psihoanalitička psihoterapija, kognitivno – bihevioralna terapija, gestalt, realitetna terapija, transakcijska analiza, grupna analiza, psihodrama te integrativna terapija (Corey, 2004, Depreeuw, Eldar, Conroy i Hoffman, 2017, Jukić i Pisk, 2008, HKP, 2022, Kozarić – Kovačić i Frančišković, 2014). Važno je imati na umu kako svaki na svoj način doprinosi pogledu na ljudski um i ljudsko ponašanje te tako daju brojne mogućnosti u pristupu rješavanja problema (Corey, 2004). U sklopu psihoterapijskih pravaca postoji oko 450 različitih tehnika, od kojih je većina nastala iz modifikacija neke druge tehnike i zasnivaju se na istim ili sličnim teorijskim konceptima (Kozarić – Kovačić i Frančišković, 2014).

Prema specifičnostima psihoterapijskih škola i pravaca Clarkson i Pokorny razlikuju četiri skupine: psihoanalitičko – psihodinamska škola, bihevioralno – kognitivna škola, humanističko – egzistencijalna škola te integrativne psihoterapije (Kozarić – Kovačić i Frančišković, 2014). Psihoanalitičko – psihodinamska škola istražuje prošlost klijenta i nesusjesne psihičke procese u pozadini emocionalnog konflikta te traži odgovor na pitanje zašto postoje simptomi. Psihoanalizom terapeut nastoji tehnikama fokusiranim na interpretaciju doći od uvida u kontekstu transfera, odnosno terapeut pomaže klijentu da stekne uvid u nesusjesne emocionalne konflikte i obrasce ponašanja koji se manifestiraju kroz transfer. U psihodinamskom se pristupu koriste slične tehnike kao i u psihoanalizi, međutim kraće i manje intenzivno (Levy, 2011). Bihevioralno – kognitivna terapijska škola je usmjerena na simptome mentalnih poremećaja te se pretežno bavi sadašnjosti koja uključuje neposrednu prošlost klijenta (Kozarić – Kovačić i Frančišković, 2014). Terapija se temelji na konceptu da interpretacija pojedinca o situaciji više utječu na njihove reakcije nego sama reakcija (Beck i Fleming, 2021). Humanističko – egzistencijalna škola naglašena je kombinacija sadašnjosti, prošlosti i budućnosti te je terapija usmjerena na to kako izazvati promjenu u ponašajnoj sferi i samopoimanju (Kozarić – Kovačić i Frančišković, 2014). Egzistencijalne i humanističke teorije, unatoč svojim razlikama, dijele temeljnu pretpostavku da pojedinci imaju slobodu i hrabrost nadvladati egzistencijalne i biološke utjecaje kako bi oblikovali vlastitu budućnost, pri čemu se osobnost razvija kroz sukob između negativnih i pozitivnih neizbježnih aspekata ljudskog postojanja u ljudskoj potrazi za smislom i ispunjenjem (Wong, 2006). Integrativne psihoterapijske škole kombiniraju prethodne pristupe u tretmanu klijenta, na

primjer psihoanalitički i kognitivno – bihevioralni pristupi, kognitivno – bihevioralni i humanistički itd. (Kozarić – Kovačić i Frančišković, 2014).

Prema okolnostima, psihoterapija može biti individualna, bračna/partnerska, obiteljska te grupna (Kozarić – Kovačić i Frančišković, 2014). Za individualnu je terapiju karakteristično da bez obzira na to koji se psihoterapijski pravac primjenjuje u fokusu je tretmana osobe, odnosno pojedinca. Jedan od ključnih elemenata u individualnoj terapiji terapeutski je odnos koji je vrlo važan za uspjeh tretmana (Stefana i sur., 2020). Bračna odnosno partnerska terapija usmjerena je na partnerske maladaptivne obrasce ponašanja (Kozarić – Kovačić i Frančišković, 2014). Danas za ovu problematiku postoje razvijeni učinkoviti tretmanski i preventivni programi kako si se veze mogle održati zdravima (Cordova i sur., 2014). Obiteljska terapija je terapija koja je namijenjena tretmanu poremećenih obiteljskih interpersonalnih odnosa i ponašanja (Kozarić – Kovačić i Frančišković, 2014). Osim za tretman poremećenih obiteljskih odnosa, obiteljska terapija može biti korisna i za tretman djece sa poteškoćama kao što su problemi u ponašanju, ADHD, zlouporaba droga, anksiozni poremećaji i poremećaji raspoloženja te poremećaji hranjenja (Carr, 2014). Grupna psihoterapija u užem smislu je postupak pri kojem se psihoterapeut koristi grupom, odnosno grupnim procesom kao instrumentom liječenja (Kozarić – Kovačić i Frančišković, 2014). Tretman se nudi u interpersonalnom okruženju koje uvažava činjenicu da psihosocijalna dobrobit često ovisi o osjećaju povezanosti sa svijetom te osjećaju poštovanja i vrijednosti od strane drugih (Yalom & Leszcz, 2005; prema Barkowski, Schwartze, Strauss, Burlingame i Rosendahl, 2020) što može biti posebno važno u tretiranju pojedinih poremećaja (Barkowski i sur., 2020).

S obzirom na cilj liječenja, Wolberg (1948; Kozarić – Kovačić i Frančišković, 2014) razlikuje tri psihoterapijska koncepta: suportivnu, reedukativnu i rekonstruktivnu psihoterapiju. Suportivna psihoterapija naziva se još i adaptivna psihoterapija te joj cilj nije promjena već jačanje i podupiranje postojećih obrambenih snaga i stvaranje novih i boljih oblika ponašanja kako bi čovjek mogao sačuvati kontrolu nad samim sobom i postići primjerenu prilagodbu uvjetima okoline. Posljednično se usmjerava na održavanje, poboljšanje i vraćanje samopoštovanja i adaptivnih vještina suočavanja te na reflektiranje i izražavanje emocija u vezi s trenutnim životnim pitanjima (Wilhelm i sur., 2019). Kod reedukativne psihoterapije klijenta se uči bolje koristiti svojim sposobnostima i mogućnostima, odnosno klijenta se osposobljava da bolje kontrolira vlastito ponašanje i da korigira smetnje u međuljudskim odnosima koliko je to moguće uvidom i

prilagodбом (Kozarić – Kovačić i Frančišković, 2014). Rekonstruktivna psihoterapija fokusira se na nesvjesne konflikte kako bi se postigao uvid i duboka promjena strukture ličnosti. Ovaj proces uključuje interpretaciju zasnovanu na specifičnom teorijskom okviru, uz neizbježnu ulogu kognitivnog i socijalnog učenja te sugestije u nekom obliku (Kozarić – Kovačić i Frančišković, 2014). Valja napomenuti kako je sistematizacija pojedinih psihoterapijskih pravaca i tehnika teška te da strogih podjela nema jer se neke tehnike mogu razvrstati u sva tri koncepta (Kozarić – Kovačić i Frančišković, 2014). Cilj je u konačnici uvjetovan klijentovom ličnošću, njegovom motivacijom za liječenje, sposobnošću i izobrazbom terapeuta, vremenom koje je na raspolaganju, okolnostima te klijentovim novčanim mogućnostima.

3.2. Psihoterapija i farmakoterapija

Nerijetko se psihoterapijsko liječenje kombinira s farmakoterapijom. Koji će način tretmana prevladavati ovisi o nekoliko čimbenika kao što su dijagnoza, uloga psihijatra, osobine ličnosti pojedinca te okolinski čimbenici (Kozarić – Kovačić i Frančišković, 2014). Naravno, ukoliko se do umanjenja simptoma i njihovog nestanka može postići podjednako psihoterapijom i lijekovima, preporučljivo je odluku o načinu tretmana prepustiti klijentu nakon što ga se detaljno upozna s mogućnostima jedne i druge metode tretmana. Do uvođenja farmakoterapije u tretman može doći i naknadno zbog pogoršanja koja su nastala za vrijeme psihoterapijskog procesa, nemoći da se psihoterapijskim metodama pomogne klijentu ili zbog terapeutovih emocionalnih reakcija na klijenta (Kozarić – Kovačić i Frančišković, 2014).

Također se postavlja pitanje imaju li farmakoterapija i psihoterapija jednaka područja terapijskog djelovanja, što ovisi o vrstama terapijske metode koja se primjenjuje, ciljevima koje postavimo tijekom psihoterapijskog tretmana, motiviranosti psihoterapeuta i klijenta te o vremenu i raspoloživim sredstvima. Farmakoterapija je jeftinija i može brže postići umanjenje simptoma, dok s druge strane psihoterapija za razliku od lijekova može pomoći u promjeni maladaptivnih obrazaca ponašanja (Kozarić – Kovačić i Frančišković, 2014). S druge strane, lijekovi ne mogu promijeniti set moralnih normi i obrazaca, ali mogu olakšati i pomoći u inicijaciji psihoterapije, odnosno kada se lijekovima smanje određeni simptomi, osoba koja pati od poremećaja može postati otvorenija za psihoterapijski tretman (Vasić i Mihajlović, 2008). Istraživanja sugeriraju da

ljudi koji su bili izloženi zanemarivanju i zlostavljanju u djetinjstvu imaju slabije odgovore na antidepresivnu terapiju (Johnstone i sur., 2009; prema Sandberg i Busch, 2012). Takvi pojedinci mogu imati povoljan odgovor na određene oblike psihoterapije, bilo samostalno ili u kombinaciji s lijekovima (Nemeroff, Heim i Thase, 2003; Zobel, van Calker, Dykieriek, Berger i Schneibel, 2011; prema Sandberg i Busch, 2012).

Metaanaliza koju su proveli Gartlehner i sur. (2021) o farmakološkom tretiranju graničnog poremećaja ličnosti pokazala je da farmakološki tretmani, uključujući antipsihotike druge generacije, antikonvulzive i antidepresive, imaju ograničenu učinkovitost u smanjenju ozbiljnosti simptoma graničnog poremećaja, odnosno dokazi ukazuju na to da farmakoterapija sama po sebi nije dovoljna za učinkovito liječenje graničnog poremećaja ličnosti. Stoffers-Winterling, Storebø i Lieb (2020) u svom pregleda istraživanja na temu farmakološkog tretmana graničnog poremećaja ličnosti zaključuju kako lijekovi ne pokazuju dosljednu snažnu učinkovitost u tretiranju poremećaja, a oni koji pokazuju određene rezultate u smanjenju simptoma kao što je agresija mogu imati neželjene nuspojave. Psihoterapija ima ulogu primarnog tretmana, dok je farmakoterapija sporedna. Francois, Roth, i Klingman (2015) u svom radu tvrde kako je farmakoterapija primjerenija za stabilizaciju simptoma u kriznim situacijama, a ne kao primarni oblik tretmana. O psihoterapiji poremećaja biti će napisano na sljedećim stranicama rada.

4. PSIHOTERAPIJSKI TRETMAN GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI

S obzirom na to kako je psihoterapija osnovno sredstvo tretmana graničnog poremećaja ličnosti, važno je znati koje sve psihoterapijske opcije postoje kada je u pitanju tretman ovog poremećaja. Što više psihoterapijskih pristupa postoji i što su oni bolje istraženi, odnosno što je bolje za njih utvrđena učinkovitost, to će osobe koje pate od ovog poremećaja imati više mogućnosti za tretman te će i moći odabrati tretman koji njima osobno s obzirom na tijek samog terapijskog procesa najbolje odgovara. U ovome će radu biti prikazane dijalektično – bihevioralna terapija, psihoterapija temeljena na mentalizaciji te gestalt psihoterapija. Dijalektično – bihevioralna terapija i psihoterapija temeljena na mentalizaciji biti će prikazane jer za njih postoji najviše

istraživanja i najviše dokaza o njihovoj učinkovitosti kada je u pitanju tretman graničnog poremećaja ličnosti te su u gotovo svakoj literaturi koja govori o psihoterapijskim opcijama tretmana graničnog poremećaja ličnosti navedene među prvima. Nadalje, biti će prikazan i gestalt pristup za koji trenutno ne postoji toliko literature te nisu provedena istraživanja o njegovoj učinkovitosti kada je u pitanju tretman graničnog poremećaja ličnosti, no bez obzira na to svakako sadrži neke zanimljive ideje kako pristupiti tretmanu ovog poremećaja.

5. DIJALEKTIČNO – BIHEVIORALNA TERAPIJA

Dijalektično-bihevioralna terapija (DBT) znanstveno je utemeljen psihoterapijski pravac (Linehan, 1993; prema Dimeff i Linehan, 2001) koji kombinira elemente tradicionalne kognitivno-bihevioralne terapije s praksama prihvaćanja preuzetom iz zen budizma i humanističkih pristupa (Levy i sur., 2018) te dijalektike (O'Connell i Dowling, 2014). Terapija obično traje oko godinu dana (O'Connell i Dowling, 2014) i ima za cilj promjenu ponašanja te upravljanje emocijama kroz ravnotežu i sintezu prihvaćanja i promjene (Lynch i sur., 2006, prema O'Connell i Dowling, 2014). Nadalje, glavni ciljevi DBT-a uključuju smanjenje suicidalnih i životno opasnih ponašanja, smanjenje ponašanja koja ometaju terapijski proces te smanjenje ponašanja koja ozbiljno narušavaju kvalitetu života (Linehan i sur., 1991; prema O'Connell i Dowling, 2014). DBT također nastoji osnažiti klijente s graničnim poremećajem ličnosti pružanjem vještina suočavanja te osiguravanjem strukturiranog okruženja u kojemu te vještine mogu prakticirati (O'Connell i Dowling, 2014). Simptomi kao što su samoozljeđivanja, prejedanja, zlouporaba alkohola, disocijacije ili impulzivnih ponašanja smatraju se strategijama suočavanja s intenzivnim emocijama. Stoga se za primarni cilj DBT-a može reći da nastoji klijente podučiti toleriranju i reguliranju intenzivnih emocija (Fassbinder, Schweiger, Martius, Brand de Wilde i Arntz, 2016).

5.1. Podrijetlo dijalektičko – bihevioralne terapije

Začetnicom dijalektično – bihevioralne terapije može se smatrati Marsha Linehan. Linehan je 1961. godine, kao 17-godišnjakinja, bila hospitalizirana zbog učestalog rezanja svojih ruku, nogu i trbuha te paljenja zapešća cigaretama (O'Connell i Dowling, 2014). Nakon tog iskustva, Linehan je studirala kliničku psihologiju i razvila DBT za liječenje žena s kroničnim samoozljeđivanjem i suicidalnim tendencijama (Linehan 1993; prema O'Connell i Dowling, 2014). Do tada su se takve osobe smatrale neizlječivima (Fassbinder i sur., 2016). Dijalektično – bihevioralna terapija nastala je iz niza neuspjelih pokušaja primjene standardnih protokola kognitivne i bihevioralne terapije iz kasnih 1970-ih na kronično suicidalne klijente (Linehan, 2001). Te su poteškoće uključivale nevalidirajući pristup, što je zapravo značilo da su terapijski fokus na promjenu klijenti često doživljavali kao nevalidaciju njihovih iskustava, što je rezultiralo povlačenjem iz terapije, napadima na terapeuta ili oscilacijama između ovih reakcija. Sljedeća je poteškoća bila podučavanje i jačanje novih vještina, odnosno podučavanje novih vještina unutar individualnih susreta koje je bilo izrazito izazovno, posebno kada se istovremeno trebalo baviti klijentovom suicidalnom motivacijom i nedavnim suicidalnim ponašanjima koja su se dogodila tijekom prethodnog tjedna. Izazov su još predstavljali i štetni učinci, što zapravo znači da su osobe s graničnim poremećajem ličnosti često nesvjesno poticale terapeute na ponašanje koje u konačnici njima nije koristilo. Na primjer, ponekad su klijenti prestajali napadati terapeuta kada bi se promijenila tema na manje uznemirujuću te bi kažnjavali terapeute za učinkovite, ali emocionalno izazovne terapijske intervencije. Takvo ponašanje bi moglo biti u obliku pokušaja samoubojstva klijenta nakon što bi terapeut odbio preporučiti hospitalizaciju (Linehan, 2001).

Kako bi se prevladali ovi izazovi, napravljeno je nekoliko modifikacija koje su postale temelj DBT-a. Prvo, uvedene su strategije koje kombiniraju radikalno prihvaćanje i validaciju trenutnih sposobnosti i ponašanja klijenata. Sinteza prihvaćanja i promjene u okviru tretmana dovela je do uvođenja pojma dijalektički u naziv terapije (Linehan, 2001). Dijalektički pristup povezuje "tehnologije promjene" zasnovane na principima učenja i teoriji kriza s "tehnologijama prihvaćanja" preuzetim iz zen budizma i zapadnjačkih kontemplativnih praksi (Dimeff i Linehan, 2001). Nadalje, DBT je strukturirana kroz nekoliko komponenti, od kojih se svaka fokusira na određeni aspekt terapije. Standardna ambulantska DBT uključuje visoko strukturirane individualne

ili grupne treninge vještina za poboljšanje sposobnosti, individualnu psihoterapiju koja je usmjerenu na motivaciju i jačanje vještina te telefonske konzultacije za pomoć u primjeni vještina suočavanja (Dimeff i Linehan, 2001).

5.2. Teorija u pozadini dijalektičko – bihevioralne terapije

DBT se temelji na kombiniranom modelu nedostatka sposobnosti i motivacije vezan uz granični poremećaj ličnosti koji tvrdi da osobe s graničnim poremećajem ličnosti nemaju važne interpersonalne vještine i vještine samoregulacije koje uključuju regulaciju emocija i vještine tolerancije na stres (Dimeff i Linehan, 2001). Osobni i okolinski čimbenici koji često blokiraju ili inhibiraju upotrebu vještina ponašanja koje klijenti već posjeduju mogu dovesti do smanjenja tolerancije na stres što u konačnici dovodi do pojačavanja disfunkcionalnih ponašanja.

Biosocijalna teorija, koja je temelj DBT-a, granični poremećaj ličnosti vidi kao poremećaj koji se manifestira kroz sveprisutnu emocionalnu disregulaciju, obilježenu visokom emocionalnom ranjivošću i poteškoćama u regulaciji emocija (Linehan, 1993; prema Levy i sur., 2018). Simptomi graničnog poremećaja ličnosti smatraju se posljedicom ili nuspojavom disreguliranih emocija. DBT se stoga usmjerava na sve aspekte regulacije emocija, uključujući kognicije, fenomenološka iskustva, ekspresivno-motoričko ponašanje i akcijske tendencije (Levy i sur., 2018). Biološka komponenta biosocijalne teorije regulacije emocija dovodi do zaključka kako granični poremećaj ličnosti proizlazi iz biološke predispozicije za pojačanu emocionalnu reaktivnost. Naime, istraživanja su konzistentno povezivala abnormalnosti u strukturama mozga kao što su amigdala, prednji cingularni korteks i hipokampus s neurobiologijom graničnog poremećaja ličnosti (Iskric i Barkley-Levenson, 2021).

Dijalektika prihvaćanja i promjene znači da terapeuti prihvaćaju osobu koja pati od ovog poremećaja takvu kakav jest i potvrđuju misli, emocija i ponašanja, dok s druge strane priznaju potrebu za promjenom i potiču učenje novih vještina za suočavanje s problemima (Linehan i Wilks, 2015; prema Fassbinder i sur., 2016). Ovaj dijalektički pristup inspiriran je načelima dijalektičke filozofije kako je sve prolazno, odnosno kako su promjene neizbježne te kako je sve oko nas sastavljeno od kontradikcija (Fassbinder i sur., 2016). Sveobuhvatna dijalektička dimenzija uzima

u obzir prihvaćanje s jedne strane i promjenu s druge, odnosno klijentima se preporučuje da prihvate ono što jesu i svoju trenutnu situaciju, ali istovremeno da razumiju kako je promjena neophodna (Depreeuw i sur., 2017).

5.3. Psihoterapijski postupci u dijalektično – bihevioralnoj terapiji

Standardna dijalektično-bihevioralna terapija ima nekoliko ključnih načina rada koji služe postizanju određenih funkcija (Levy i sur., 2018). Funkcije koje se nastoji postići je da se osobama koje pate od poremećaja pomogne da poboljšaju svoje sposobnosti i razviju nove vještine potrebne za suočavanje sa životnim izazovima, da im se pomogne povećati motivaciju za promjenom, da se radi s njima na generalizaciji postignuća tretmana na njihovo okruženje, da se njihovo okruženje strukturira kako bi se napredak olakšao i održao te uz sve navedeno da se povećav i održi motivacija i sposobnosti samog terapeuta.

Ove se funkcije postižu kroz 4 modela tretmana:

1. Tjedni individualni terapijski susret koji se fokusira na motivaciju klijenta, upravljanje krizama i rješavanju načina kako pomoći klijentu da razvije život vrijedan življenja (Levy i sur., 2018). Individualni se susreti provode od strane individualnog terapeuta na tjednoj bazi te ti susreti traju oko 50 minuta. Individualni je terapeut primarni pružatelj tretmana i odgovoran je za planiranje tretmana, upravljanje krizama i donošenju odluka o pojedinačnim prilagodbama tretmana, podržava klijenta u svakodnevnoj primjeni vještina koje je naučio u grupi za trening vještina, pomaže u rješavanju problema i uklanjanju prepreka za promjenu te osigurava generalizaciju promjene (Fassbinder i sur., 2016). Cilj je optimizirati proces promjene započinjući smanjenjem životno ugrožavajućeg i terapijski ometajućeg ponašanja. Nakon toga, fokus se prebacuje na podršku u stjecanju vještina, tretmanu komorbidnih stanja i rješavanju životnih problema (Fassbinder i sur., 2016). Osnovne strategije tretmana uključuju specifične dijalektičke strategije, validaciju, analizu ponašanja, didaktičke strategije i rješavanje problema, strategije predanosti, upravljanje kontingencijama, postupke promatranja granica, trening vještina, postupke temeljene na

izloženosti, kognitivnu modifikaciju i stilističke strategije kao što su recipročna komunikacija i strategije upravljanja slučajevima (Fassbinder i sur., 2016).

2. Dvosatna tjedna grupa za učenje vještina koja naglašava stjecanje bihevioralnih vještina svjesnosti, regulacije emocija, interpersonalne učinkovitosti i tolerancije na stres te je dizajnirana za poboljšanje sposobnosti (Levy i sur., 2018). U grupi je obično osam osoba i dva trenera koji podučavaju. U izvornom se formatu članovi grupe sastaju jednom tjedno na otprilike dva do dva i pol sata, međutim postoje različite prilagodbe s obzirom na okruženje u kojem se provodi terapija. Klijenti dobivaju domaću zadaću nakon svakog susreta kako bi naučene vještine mogli početi prakticirati u svakodnevnom životu (Fassbinder i sur., 2016). Trening vještina je uklopljen u četiri modula:

- *Mindfulness* je središnji za sve vještine u dijalektično – bihevioralnoj terapiji. Vještine svjesnosti proizlaze iz tradicionalne budističke meditativne prakse te je važno naglasiti kako ne uključuju nikakve religijske koncepte. Uči se prakticiranje potpune svjesnosti i prisutnosti u sadašnjem trenutku, doživljavanje vlastitih emocija, misli ili tjelesnih senzacija bez prosuđivanja i bez reagiranja na njih (Fassbinder i sur., 2016). Vještine svjesnosti podijeljene su na “što vještine”, koje podrazumijevaju promatranje, opisivanje i sudjelovanje te “kako vještine”, odnosno neprosuđivanje, uskogrudnost i učinkovitost. Važan koncept ovog modula je “mudra misao”, koja omogućuje donošenje odluka temeljenih na ravnoteži između intuicije i činjenica. Skriveni cilj je omogućiti spoznaju da su emocije i misli unutarnji procesi, oblikovani kao reakcija na vanjske i unutarnje podražaje. Svjesnost pruža mogućnost promatranja tih misli i emocija iz perspektive promatrača, odvojeno od vanjskog svijeta i vlastitog identiteta (Fassbinder i sur., 2016).
- *Regulacija emocija* uključuje detaljnu psihoedukaciju o emocijama i širokom spektru emocija kako bi se potaknulo duboko razumijevanje emocija i regulacije istih. Regulacija emocija dovodi do vještina u rješavanju problema, provjeravanju stvarnosti i poduzimanju suprotnih akcija u odnosu na ponašajne obrasce povezane s određenim emocijama te također dolazi do razvoja vještina smanjenja emocionalne ranjivosti (Fassbinder i sur., 2016). Cilj je pružiti klijentu novi pogled na emocije i smanjiti emocionalno i iskustveno izbjegavanje. Pretpostavka je kako će stručna znanja o emocijama, poboljšane vještine i korištenje vještina rezultirati boljom regulacijom emocija (Fassbender i sur., 2016). Prema

navedenom DBT modelu emocija i regulacije emocija, postoji šest međusobno povezanih podsustava (Linehan, 2015; prema Fassbinder i sur., 2016). Ti podsustavi su čimbenici emocionalne ranjivosti, unutarnji i vanjski događaji koji mogu djelovati kao emocionalni okidači, procjena i interpretacija tih okidača, tendencije u emocionalnom odgovoru koje uključuju fiziološke, kognitivne i iskustvene reakcije te nagon za djelovanjem, verbalni i neverbalni izrazi emocija i akcije povezane s tim emocijama te posljedice početne emocije koje mogu uključivati sekundarne emocije i problematična ponašanja kao što su socijalna izolacija ili konflikti s vršnjacima.

- *Interpersonalna učinkovitost* u fokusu ima podučavanje kako vješto postići ciljeve i kako učinkovito djelovati u odnosu na ciljeve, odnose i samopoštovanje. Smanjenje interpersonalnog izbjegavanja koje dovodi do promjene u iskustvenom i emocionalnom izbjegavanju glavni je cilj ovog modula (Fassbinder i sur., 2016).
 - *Tolerancija na stres* pomaže u podučavanju vještina preživljavanja u kriznim situacijama, odnosno potiče prihvaćanje u situacijama koje se ne mogu drugačije promijeniti ili izbjeći bez da se stvari pogoršaju. Cilj modula je smanjiti autodestruktivne načine emocionalnog izbjegavanja kao što su samoozljeđivanje, zloropaba supstanci ili odvrćanje pažnje rizičnim ponašanjem (Fassbinder i sur., 2016).
3. Pristup telefonskim konzultacijama između klijenta i terapeuta 24 sata dnevno kako bi se osigurala podrška (Levy i sur., 2018). U kriznim situacijama osobe koje pate od poremećaja mogu izvan susreta nazvati svog individualnog terapeuta te tako zatražiti i dobiti podršku u primjeni odgovarajućih vještina. Svrha telefonskih konzultacija je pomaganje u generalizaciji vještina u svakodnevni život (Fassbinder i sur., 2016).
 4. Tjedni sastanci za konzultacije terapeuta radi povećanja motivacije terapeuta i poboljšanja kompetencija (Levy i sur., 2018). Komunikacija između individualnog terapeuta i trenera vještina vrlo je važna kako bi se međusobno podržavali u pružanju tretmana (Fassbinder i sur., 2016). U standardnom DBT-u terapeuti se sastaju tjedno i pregledavaju koje su vještine trenutno u fokusu grupnih susreta te raspravljaju o problemima koje klijenti imaju u primjeni vještina. Sastanci osiguravaju da se terapeuti usklade te se međusobno podržavaju u pružanju tretmana.

DBT je osmišljena kao terapija koja se odvija u fazama te se može primijeniti kod klijenata s različitim razinama ozbiljnosti i složenosti poremećaja (Dimeff i Linehan, 2001). U prvoj fazi, naglasak je na stabilizaciji klijenta i kontroli ponašanja te je glavni cilj smanjenje suicidalnih ponašanja, ponašanja koja ometaju terapiju i kvalitetu života te povećanje vještina prihvatljivog ponašanja (Dimeff i Linehan, 2001). U drugoj fazi, cilj je zamijeniti takozvani "tih očaj" s netraumatskim emocionalnim iskustvima. Treća faza usmjerena je na postizanje "obične" sreće i smanjenje životnih problema, dok se u četvrtoj i posljednjoj fazi nastoji smanjiti osjećaj nepotpunosti i povećati osjećaj radosti. Ukratko, orijentacija tretmana je prvo postići kontrolu nad djelovanjem, zatim pomoći klijentu da se osjeća bolje, riješiti probleme u životu i preostale poremećaje te pronaći radost. Većina je podataka do sada o DBT-u usredotočena na ozbiljno i višestruko poremećenog klijenta koji ulazi u tretman u prvoj fazi (Dimeff i Linehan, 2001).

5.4. Istraživanja pristupa dijalektično – bihevioralne terapije

Linehan i sur. (1991, 1993, 1994; prema O'Connell i Dowling, 2014) među prvima su proveli niz istraživanja, počevši s randomiziranim kontroliranim ispitivanjem koje je mjerilo učinkovitost psihosocijalnog tretmana za granični poremećaj ličnosti. Prvo istraživanje iz 1991. godine uključivala je kronično suicidalne žene dijagnosticirane s graničnim poremećajem ličnosti, njih 44 i mjerila se učinkovitost dijalektično – bihevioralne terapije u polovici grupe u usporedbi s uobičajenim tretmanom (eng. *treatment as usual*, TAU) u drugoj polovici, tijekom jednogodišnjeg razdoblja. Uobičajeni tretman nije specifično definiran i može uključivati širok raspon terapijskih intervencija, kao što su individualna ili grupna terapija, institucionalni ili neinstitucionalni tretman, korištenje farmakoterapije i drugo (Löfholm, Brännström, Olsson, i Hansson, 2013). Linehan i sur. (1991; prema O'Connell i Dowling, 2014) izvijestili su o brojnim značajnim nalazima koji ističu prednosti DBT-a u odnosu na uobičajeni tretman u tretmanu osoba dijagnosticiranih s graničnim poremećajem ličnosti. Osobe dodijeljene DBT grupi imale su manje suicidalnog ponašanja od onih dodijeljenih grupi gdje se provodio uobičajeni tretman. Osim toga, 83% onih dodijeljenih DBT-u nastavilo je s terapijom tijekom cijele godine, dok je samo 42% onih dodijeljenih grupi sa uobičajenim tretmanom nastavilo pohadati terapiju. Nalazi su također

pokazali da je došlo do značajnog smanjenja bolničkih prijema u DBT grupi s prosječnim boravkom od 8,6 dana godišnje u usporedbi s 38,8 dana godišnje za kontrolnu grupu. U naknadnim praćenjima na 6 i 12 mjeseci nakon završetka eksperimentalne godine, Linehan i sur. (1993; prema O'Connell i Dowling, 2014) izvijestili su da su žene koje su prošle DBT iskazivale znatno manje ljutnje, bolju socijalnu prilagodbu i bolju radnu učinkovitost od kontrolne grupe.

Jedno od sljedećih istraživanja (Linehan i sur. 1994; prema O'Connell i sur., 2014) identificiralo je da je DBT bio učinkovitiji od uobičajenog tretmana u poboljšanju opće i interpersonalne prilagodbe. Međutim, iako je utvrđeno da je grupa koja je sudjelovala u DBT-u postigla značajna poboljšanja, identificirano je da su značajne poteškoće još uvijek prisutne i nakon godinu dana. Linehan i sur. (1994; prema O'Connell i Dowling, 2014) zaključili su da, iako je DBT bio koristan, jednogodišnje liječenje možda nije dovoljno za ovu skupinu klijenata.

Panos, Jackson, Hasan i Panos (2014) proveli su metaanalizu istraživanja koja su uspoređivala učinkovitost dijalektičko – bihevioralne terapije sa ostalim vrstama terapije. Iz baza podataka izdvojili su pet randomiziranih kontroliranih ispitivanja koja su ispitivala učinkovitost DBT-a u smanjenju pokušaja samoubojstva, suicidalnog ponašanja, odustajanja tijekom tretmana ili simptoma depresije kod odraslih osoba s graničnim poremećajem ličnosti.

Istraživanja su provedena između 1990. i 2009. godine. Autori su uključili sva objavljena istraživanja koja su procjenjivala učinkovitost dijalektičko – bihevioralne terapije u smanjenju pokušaja samoubojstva, suicidalnog ponašanja ili simptoma depresije kod odraslih osoba s dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti. Istraživanja su bila isključena ako nisu imala odgovarajuću kontrolnu grupu, kao što je uobičajeno liječenje (TAU) ili alternativnu psihoterapiju koju pruža ustanova za liječenje ili su uključivale osobe bez dijagnoze izvedene iz bilo kojeg objavljenog i validiranog polustrukturiranog intervjua ili kliničkog intervjua (Panos i sur., 2014).

U istraživanjima je ukupno sudjelovalo 247 osoba s graničnim poremećajem ličnosti, gdje je 145 osoba koje pate od poremećaja sudjelovalo u dvije veće opisane studije koje je provela dr. Marsha M. Linehan (Panos i sur., 2014). Četiri od pet istraživanja (Koons i sur., 2001; Linehan i sur., 1991, 2006; Verheul i sur., 2003; prema Panos i sur., 2014) bila su ograničena na žene, dok je peta, koju je proveo dr. Ralph M. Turner (2000) u kojoj je sudjelovalo 24 sudionika, bilo uključeno samo pet muškaraca. Većina ispitanika bile su mlade žene, a raspon ispitanika sezao je od 18 do 70 godina starosti. Uobičajeno liječenje je korišteno za kontrolne skupine u četiri studije (Koons i sur., 2001;

Linehan i sur., 1991, 2006; Verheul i sur., 2003; prema Panos i sur., 2014), dok je peta (Turner, 2000; prema Panos i sur., 2014) koristila modifikaciju uobičajenog liječenja.

Rezultati su pokazali da je DBT značajno smanjila suicidalna i samoozljeđujuća ponašanja, smanjivši pokušaje samoubojstva za otprilike dvije trećine. Iako je DBT pokazala veliku učinkovitost u stabilizaciji i kontroli autodestruktivnog ponašanja te poboljšanju pridržavanja terapije, nema dovoljno podataka za zaključak da DBT uspješno razvija ponašajne vještine potrebne za dugoročno poboljšanje kvalitete života onih koji pate od poremećaja (Panos i sur., 2014).

DeCou, Comtois i Landes (2019) proveli su metaanalizu o učinkovitosti dijalektičko – bihevioralne terapije u tretmanu suicidalnog ponašanja. Suicidalno je ponašanje posebno zabrinjavajući element graničnog poremećaja ličnosti te je važno da terapija uspješno djeluje na ovaj aspekt poremećaja. Ukupno je u analizu uzeto u obzir osamnaest istraživanja koja su bila provedena u razdoblju između 1991. i 2016. godine. Isključujući kriteriji prilikom odabira istraživanja za analizu bili su nedostatak kontrolne skupine, ako istraživanja nisu uključivala eksplicitno mjerenje ishoda samoubojstva te ako je DBT bio uspoređivan sa drugim specifičnim terapijskim intervencijama.

Ukupno je u istraživanjima sudjelovalo 1159 ispitanika. I u ovom su slučaju u većini istraživanja sudjelovale žene, dok su u manjem broju istraživanja bili uključeni i muškarci (Clarkin i sur., 2007; Feigenbaum i sur., 2012; Goldstein i sur., 2015; Goodman i sur., 2016; Springer i sur., 1996; prema DeCou i sur., 2019). Svi su sudionici imali dijagnozu graničnog poremećaja ličnosti ili su imali prethodne pokušaje samoubojstva ili samopovređivanja. Dobni raspon sudionika je od 18 do 56 godina.

Rezultati ove meta-analize pokazali su da je dijalektička bihevioralna terapija učinkovita u smanjenju suicidalnog ponašanja i samopovređivanja. Konkretno, DBT je značajno smanjila samopovređivanje i suicidalno ponašanje u usporedbi s kontrolnim skupinama te je znatno smanjila korištenje kriznih usluga kao što su hitne službe i hospitalizacije. Međutim, meta – analiza je pokazalo kako DBT nije imao značajan učinak na smanjenje suicidalnih misli. Ovi rezultati sugeriraju da DBT može biti posebno učinkovita u smanjenju konkretnih suicidalnih ponašanja i potreba za hitnom psihijatrijskom skrbi, dok je njezina učinkovitost u smanjenju suicidalnih misli nešto manje izražena (DeCou i sur., 2019).

DBT ima i svoju financijsku korist. Amner (2012; prema O'Connell i Dowling, 2014) je u prvoj analizi troškova pružanja DBT tretmana u Ujedinjenom Kraljevstvu, pokazao da jednogodišnji tretman DBT-om može smanjiti troškove sekundarne zdravstvene skrbi povezane s ovim poremećajem (O'Connell i Dowling, 2014).

6. PSIHOTERAPIJA TEMELJENA NA MENTALIZACIJI

Psihoterapija temeljena na mentalizaciji strukturirana je psihodinamska psihoterapija (Levy i sur., 2018). Pojam mentalizacija prvi je put upotrijebio Fonagy 1989. godine kako bi definirao proces kojim sebi i drugima dajemo smisao u terminima subjektivnih stanja i mentalnih procesa. To je duboko društveni konstrukt u smislu da smo pažljivi prema mentalnim stanjima onih s kojima smo fizički ili psihološki u kontaktu (Fonagy, 1989; prema Bateman i Fonagy, 2010). Bateman, Campbell, Luyten i Fonagy (2018) još definiraju mentaliziranje kao razmišljanje o vlastitim i tuđim postupcima u smislu misli i osjećaja te korištenje tog znanja o mentalnim stanjima za svladavanje životnih izazova ili za označavanje tih misli kao misli na koje ne treba djelovati ili koje treba ozbiljno i zrelo razmotriti u svrhu refleksije. Sposobnost mentalizacije može oslabiti kod osoba s poremećajem ličnosti, posebno u situacijama interpersonalnog stresa, koji može dovesti do gubitka kognitivne i emocionalne koherentnosti te jasnog razlikovanja sebe i drugih. (Levy i sur., 2018). Adekvatno mentaliziranje uključivalo bi stavljanje sebe u tuđu poziciju i generiranje alternativnih razloga za njihovo ponašanje (Fonagy i Luyten, 2009; prema Malda - Castillo, Browne i Perez – Algorta, 2018). Mentalizacija se odnosi na to kako ljudi razvijaju sposobnost vođenja refleksivnih dijaloga koji omogućuju uvažavanje različitih perspektiva i kako im ta sposobnost pomaže da se nose s izazovima društvenog okruženja, bez doživljavanja emocionalne nestabilnosti ili iskrivljenih obrazaca mišljenja (Karterud i Bateman, 2010; prema Malda – Castillo i sur., 2018). Psihoterapija temeljena na mentalizaciji za granični poremećaj ličnosti temelji se na ideji kako osobe koje pate od ovog poremećajem imaju nedostatke u svojoj sposobnosti mentaliziranja (Bateman i Fonagy, 2006; prema Bateman i Fonagy, 2010) te da će se

simptomi poboljšati samo ako nauče razumjeti i percipirati mentalna stanja drugih osoba (Bateman i Fonagy, 2010; prema Vogt i Norman, 2019).

6.1. Teorija u pozadini psihoterapije temeljene na mentalizaciji

Mentalizacija nije statična, već dinamična, vještina koja ima posebnu važnost u kontekstu odnosa privrženosti (Bateman i Fonagy, 2013). Teorija mentaliziranja utemeljena je u Bowlbyjevoj teoriji privrženosti i njezinoj razradi od strane suvremenih razvojnih psihologa (Bateman i Fonagy, 2010). Do nepotpunog razvoja sposobnosti mentaliziranja dolazi u ranom razvoju te je za nju karakteristično da se ne razvija maturacijom, već kvalitetnim ranim odnosima. Naše razumijevanje drugih ovisi o tome jesu li roditelji ili skrbnici dok smo bili dojenčad dovoljno razumjeli naša mentalna stanja i prilikom odgovaranja na ta stanja bili brižni, pažljivi i nenasilni. Glavni uzrok poteškoća u mentalizaciji je psihološka trauma doživljena u ranom ili kasnijem djetinjstvu, koja ometa sposobnost razmišljanja o mentalnim stanjima ili izražavanja narativnih prikaza vlastitih prošlih odnosa (Bateman i Fonagy, 2010). Zanemarujuća, zlostavljajuća ili disfunkcionalna iskustva privrženosti narušiti će razvoj sposobnosti mentaliziranja, što u konačnici može dovesti do impulzivnosti, disregulacije afekta, samoozljeđivanja ili anksioznosti (Bateman i Fonagy, 2011, 2012, 2016; prema Malda – Castillo i sur., 2018). Mentalizacijska teorija o graničnom poremećaju ličnosti govori kako pojedinci koji su temeljno ranjivi (Torgersen i sur., 2000; prema Fonagy i Bateman, 2006) te su u djetinjstvu doživjeli zanemarivanje (Battle i sur., 2004; prema Fonagy i Bateman, 2006), gdje njihovi emocionalni doživljaji nisu bili adekvatno prepoznati i reflektirani od strane skrbnika (Crandell, Patrick i Hobson, 2003; prema Fonagy i Bateman, 2006) imaju vrlo oslabljenu sposobnost prepoznavanja i regulacije emocija. Posljedično, kada se suoče s traumom, takvi pojedinci često odvajaju svoj um od tuđih, koristeći ranije psihološke mehanizme za organizaciju iskustva, odnosno mehanizme koji prethode razvoju mentalizacije te zato što im ti mehanizmi odgovaraju ne dođe do razvoja mentalizacije (Fonagy i Bateman, 2006). Simptomi graničnog poremećaja ličnosti u ovom se kontekstu smatraju posljedicom nedostataka u sposobnosti mentaliziranja, koji su posebno izraženi tijekom emocionalno intenzivnih međuljudskih odnosa. Ovi nedostaci, koji potiču potrebu za projiciranjem nepodnošljivih unutarnjih stanja na vanjski svijet, proizlaze iz poremećenih ranih odnosa privrženosti (Levy i sur., 2018). Osobe koje pate od graničnog poremećaja ličnosti imaju povijest dezorganizirane

privrženosti, što dovodi do problema u regulaciji afekta, pažnje i samokontrole što u konačnici dovodi do neuspjeha u razvoju adekvatne sposobnosti mentaliziranja (Bateman i Fonagy, 2010). Adekvatna sposobnost mentaliziranja snažno je povezana sa sigurnom privrženošću (Fonagy i sur., 2002; prema Bateman i Fonagy, 2013). Sigurna privrženost postavlja temelje za zrelu mentalizaciju u kasnijim životnim razdobljima. Privremeni gubici u sposobnosti mentaliziranja sastavni su dio normalnog funkcioniranja, ali sposobnost nastavka mentaliziranja čak i kada su u pitanju stresne okolnosti te relativno brz oporavak od gubitaka sposobnosti mentaliziranja, obilježja su jake i adekvatne sposobnosti mentalizacije (Bateman i Fongay, 2013). Ljudi automatski formiraju vjerovanja o mentalnim stanjima onih s kojima komuniciraju, a naša vlastita mentalna stanja su snažno pod utjecajem tih vjerovanja. Sposobnost nastavka mentaliziranja čak i pod značajnim stresom povezana je s onim što Fridrickson (2001; prema Bateman i Fonagy, 2013) zove ciklusima „širenja i izgradnje” sigurne privrženosti. Ovi ciklusi jačaju osjećaje sigurne privrženosti, regulacije afekta te dovode do razvoja prilagodljivosti okruženju (Mikulincer i Shaver, 2007, prema Bateman i Fonagy, 2013). Mentalizacija u kontekstu privrženosti ukazuje na poželjnu sposobnost koja može dovesti do boljeg upravljanja odnosima, manje turbulentnim vezama i učinkovitijem rješavanju sukoba (Fonagy i Bateman, 2006). Iako veza između graničnog poremećaja ličnosti i specifične vrste privrženosti nije uvijek jasna, granični poremećaj ličnosti često se povezuje s nesigurnom privrženošću. Samo je između šest i osam posto osoba s ovim poremećajem klasificirano kao sigurno privrženo (Levy, 2005; prema Bateman i Fonagy, 2010). Može se zaključiti kako je rana nesigurnost privrženosti relativno stabilna karakteristika osoba koje pate od graničnog poremećaja ličnosti, posebno u kombinaciji s negativnim životnim događajima koji se mogu dogoditi kasnije u životu (Weinfeld i sur, 2000; prema Bateman i Fonagy, 2010).

6.2. Psihoterapijski postupci u psihoterapiji temeljenoj na mentalizaciji

Ovaj pristup podrazumijeva da terapeut pokazuje empatiju i pruža validaciju klijentovog iskustva, razjašnjava i istražuje klijentovu priču te identificira afektivni fokus susreta (Levy i sur., 2018). Terapeut zatim pomaže klijentu da proširi svoju perspektivu o događajima iz njegove priče, nudeći alternativne poglede na te događaje. Rad na proširenju klijentove sposobnosti mentaliziranja

prvenstveno se usredotočuje na trenutne susrete, a postupno uključuje i odnose s ključnim osobama privrženosti i drugim važnim osobama u životu osobe, istražujući kako ti odnosi utječu na mentalizaciju tijekom interakcije s terapeutom (Levy i sur., 2018).

Ukratko, povećane osjetljivosti u procesima privrženosti, osobe koje pate od graničnog poremećaja ličnosti vrlo su sklone gubicima mentalizacije u kontekstu svojih odnosa privrženosti (Bateman i Fonagy, 2013). Gubitak mentalizacije vodi načinima funkcioniranja na razini koja prethodi razmišljanju i svjesnoj percepciji, kao što su psihička ekvivalencija, pretvarajući način i teleološki način subjektivnog iskustva. U takvim stanjima uma, iskustva mogu biti ili ekstremno stvarna ili potpuno besmislena, dok se razumijevanje motiva osobe svodi na fizičke aspekte svijeta, odnosno stvari se fizički moraju dogoditi ili biti napravljene kako bi bile shvaćene kao smislene. Ove distorzije subjektivnosti često su povezane s intenzivnom psihičkom boli koju je teško razumjeti osobama koje ne dijele iskustvo osobe koja pati od poremećaja.

Psihoterapija temeljena na mentalizaciji u početku je bila razvijena i testirana kao program liječenja od osamnaest mjeseci koji uključuje grupne i individualne susrete (Levy i sur., 2018). Međutim, u kliničkim uvjetima nude se u kraćem vremenskom periodu i u formatima koji uključuju samo individualnu ili samo grupnu terapiju. Edukacija je temeljena na zdravorazumskom pristupu razumijevanju uma te integrira opće ideje iz različitih psihoterapijskih modela, prilagođavajući ih specifično za tretman graničnog poremećaja ličnosti (Levy i sur., 2018). Osnovna obuka traje tri dana te se supervizija nudi na radnom mjestu dok terapeuti pružaju tretman. Trenutni rezultati sugeriraju da se razumni ishodi mogu postići unutar ovog okvira usluga bez da terapeuti moraju na dugotrajne specijalističke obuke (Levy i sur., 2018). Dodavanjem grupne terapije individualnim susretima značajno se proširuje kontekst u kojem se ovaj proces može odvijati te se stoga u sklopu ove terapije koriste oba modaliteta, odnosno i individualnu i grupna terapija (Bateman i Fonagy, 2013). Tretman počinje uvodnim susretima, koji uključuju postupak procjene, nakon kojih se nastavlja s tjednim individualnim i grupnim terapijama, uz dodatno planiranje kriznih situacija te uz integriranu psihijatrijsku skrb (Bateman i Fonagy, 2004, 2006; prema Bateman i Fonagy, 2013).

U psihoterapiji temeljenoj na mentalizaciji, prvi korak je stabilizacija emocionalnog izraza, jer bez poboljšane kontrole afekta nije moguće ozbiljno razmatrati unutarnje reprezentacije (Bateman i

Fonagy, 2010). Iako i obrnuto može biti točno, prioritet je najprije raditi na identifikaciji i izražavanju afekta jer nekontrolirani afekt predstavlja prijetnju kontinuiranog održavanja terapije te i samom životu osobe. Kada se afekt dovede pod kontrolu, moguće je usmjeriti pažnju na unutarnje reprezentacije i ojačati osjećaj selfa (Bateman i Fonagy, 2010). Da bi terapija bila učinkovita, potrebno je najprije definirati i organizirati njezinu strukturu i kontekst (Bateman i Fonagy, 2013). Primarni cilj tretmana je ponovno uspostaviti mentalizaciju kada je izgubljena ili pomoći u njezinom održavanju u budućim situacijama (Bateman i Fonagy, 2010). Bilo koja intervencija koja postiže ovaj cilj može biti uključena u terapiju temeljenu na mentalizaciji. Terapeuti u ovoj terapiji ne uče novi model, već fokusiraju svoja postojeća znanja na razvoj mentalizacije, umjesto na razvoj novih ponašanja, kogniciju ili uvid (Bateman i Fonagy, 2010). U psihoterapiji temeljenoj na mentalizaciji vrlo je važan terapeutski stav, koji bi trebao uključivati poniznost koja proizlazi iz prepoznavanja vlastitog neznanja, strpljenje da se pruži dovoljno vremena za prepoznavanje različitih perspektiva, uvažavanje i prihvaćanje različitih perspektiva, aktivno ispitivanje klijenta o njegovom iskustvu, odnosno da se traže detaljni opisi iskustva, a ne njihova objašnjenja i izbjegavanje potrebe za davanjem objašnjenja za stvari koje odmah nemaju smisla, odnosno terapeut odmah mora dati do znanja kada mu nešto nije jasno (Bateman i Fonagy, 2013). Važna komponenta ovog stava je da terapeut prati vlastite neuspjehe u mentaliziranju. Kada terapeut prizna nesporazum, time preuzima odgovornost što u konačnici pomaže smanjiti uznemirenost osobe koja pati od poremećaja. Osim toga, takvo priznanje pruža prilike za istraživanje kako nesporazumi mogu nastati iz pogrešnih pretpostavki o nejasnim mentalnim stanjima i kako te krive percepcije mogu uzrokovati izrazito neugodna iskustva (Bateman i Fonagy, 2013). U tom kontekstu, važno je biti svjestan da terapeut uvijek riskira gubitak svoje sposobnosti mentaliziranja kada se suočava s klijentom koji nema sposobnost mentaliziranja. Kao i kod drugih prekida u mentalizaciji, takvi incidenti zahtijevaju da se nastala situacija istraži. U suradničkom odnosu između klijenta i terapeuta, oboje snose zajedničku odgovornost za razumijevanje tih događaja (Bateman i Fonagy, 2013).

Početak tretmana u ovoj vrsti terapije podrazumijeva postavljanje ciljeva sa klijentom (Levy i sur., 2018). Početni ciljevi uključuju posvećenost i aktivno sudjelovanje u tretmanu, kao i dogovor oko strategija za smanjenje štetnih i samodestruktivnih ponašanja. Zajedno s klijentom, terapeut mapira strategije privrženosti koje se aktiviraju u odnosima i dogovara zajedničku formulaciju tih

obrazaca (Levy i sur., 2018). U tretmanu graničnog poremećaja ličnosti, glavni fokus treba biti na stabilizaciji osjećaja selfa i pomoći klijentu da održi optimalnu razinu uzbuđenja u okviru dobro upravljanog odnosa privrženosti s terapeutom, što znači održavanje odnosa koji nije previše intenzivan niti previše distanciran (Bateman i Fonagy, 2010). Također je važno održati mentalizaciju unutar interpersonalnog konteksta terapije i pomoći klijentu da upravlja optimalnom razinom uzbuđenja tijekom interakcija s drugima (Bateman i Fonagy, 2013). Dugoročni je cilj terapije poboljšanje osnovnih i socijalnih odnosa te angažiranje u konstruktivnim aktivnostima (Levy i sur., 2018). Terapeutov cilj u terapiji temeljenoj na mentalizaciji je aktivno poticati i integrirati mentalizaciju u terapijski proces (Bateman i Fonagy, 2013). To uključuje korištenje vlastitog razumijevanja i prilagođavanje mišljenja u skladu s različitim stavovima koje klijent izražava. Osobe koje pate od graničnog poremećaja ličnosti često prekomjerno prihvaćaju terapeutove sugestije, što može ograničiti njihovu sposobnost istraživanja vlastitih mentalnih procesa te bi ih stoga terapeuti trebali pitati što osjećaju i samo ako imaju poteškoća s odgovorom, usmjeriti ih prema njemu (Bateman i Fonagy, 2013). Za napredak kod klijenta ključno je kontinuirano preispitivanje perspektiva unutar intenzivnog odnosa s terapeutom. Prekomjerno emocionalno uzbuđenje može ometati mentalizaciju i dovesti do impulzivnog ponašanja, dok nedovoljno fokusiranje na odnose može uzrokovati izbjegavanje emocionalnih stanja (Bateman i Fonagy, 2013).

6.3. Istraživanja pristupa psihoterapije temeljene na mentalizaciji

Vogt i Norman (2019) proveli su analizu istraživanja kojom su htjeli utvrditi učinkovitost psihoterapije temeljene na mentalizaciji u tretmanu simptoma graničnog poremećaja ličnosti, odnosno može li se psihoterapija temeljena na mentalizaciji koristiti kao tretman za smanjenje simptoma graničnog poremećaja ličnosti, simptoma povezanih psihijatrijskih bolesti poput anksioznosti ili depresije te može li postići poboljšanje u kvaliteti života osoba koje pate od ovog poremećaja. Iz elektronskih baza podataka uzeli su istraživanja za koja su prethodno odredili kriterije koje su morali zadovoljavati kako bi bili dio pregleda. Kriteriji za uključivanje istraživanja u ovaj pregled bili su da su radovi trebali biti napisani na engleskom jeziku, ako je u uzorku bilo

osoba sa dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti ili ako je bilo navedeno da ima osoba sa simptomima graničnog poremećaja ličnosti koji nisu nužno dijagnosticirani, trebala su biti provedena mjerenja o ozbiljnosti graničnog poremećaja ličnosti ili povezanih stanja, kao što su depresija ili anksioznost. Isključene su bile studije slučaja i kvalitativna istraživanja. U konačnici je 14 istraživanja bilo odabrano za analizu. Od tih 14 istraživanja, 11 su bila originalna istraživanja dok su tri bila follow-up istraživanja. Sva istraživanja koja su bila odabrana za analizu bila su provedena u Europi, većina u Ujedinjenom Kraljevstvu, a ostala u Njemačkoj, Nizozemskoj, Danskoj i Norveškoj. U svim istraživanjima osim u jednom sudjelovali su ispitanici koji su imali dijagnosticiran granični poremećaj ličnosti, dok su u jednom istraživanju (Rossoouw i Fonagy, 2012; prema Vogt i Norman, 2019) bili uključeni adolescenti koji su imali povijest samoozljeđivanja. U originalnim je istraživanjima ukupno sudjelovalo 885 sudionika od kojih je bilo 684 žena i 201 muškarac. Dob ispitanika kretala se od adolescentske pa sve do 31 godine života. Istraživanja su bila provedena u svim okruženjima, od izvanbolničkog do ambulantnog te u sklopu bolničkog liječenja. Sedam je istraživanja uspoređivalo psihoterapiju temeljenu na mentalizaciji sa drugim vrstama terapije, odnosno suportivnom grupnom terapijom (Bateman i Fonagy, 1999, 2001, 2008; Rossouw i Fonagy, 2012; prema Vogt i Norman, 2019) tradicionalnom psihodinamskom terapijom (Kvarstein i sur., 2015; prema Vogt i Norman, 2019) i strukturiranim suportivnim kliničkim upravljanjem (Bateman i Fonagy, 2009; prema Vogt i Norman, 2019). Trajanje same terapije u istraživanjima variralo je između 12 mjeseci i tri godine. Intenzitet same terapije varirao je od istraživanja do istraživanja, međutim u svakom je bila uključena individualna i grupna terapija, samo u različitim omjerima i intenzitetima.

Zaključak ove analize je da psihoterapija temeljena na mentalizaciji predstavlja učinkovit tretman za smanjenje ozbiljnosti simptoma graničnog poremećaja ličnosti, uključujući samoozljeđivanje, suicidalno ponašanje te komorbidne poremećaje kao što su depresija i anksioznost te pomaže i kod smanjenja upotrebe psihotropnih lijekova (Vogt i Norman, 2019). Ovaj pristup također može poboljšati opće psihijatrijsko blagostanje, međuljudsko funkcioniranje i socijalnu prilagodbu. Veličine efekta za smanjenje psihijatrijskih simptoma bile su usporedive ili bolje u odnosu na druge usporedne tretmane. Pozitivni učinci psihoterapije temeljene na mentalizaciji zapaženi su u različitim okruženjima, uključujući dnevne bolnice te bolničke i ambulantne klinike (Vogt i Norman, 2019).

Međutim rezultate ipak treba uzeti uz određen oprez, zbog moguće pristranosti određenih istraživanja koja su provodili autori same terapije te zbog lošije kvalitete dokaza u nekim istraživanjima. Preporuke za buduća istraživanja su da se poboljša kvaliteta istraživanja, da se uzmu u obzir potencijalni medijatori učinkovitosti kao što su spol, ozbiljnost simptom i komorbiditeti te da se prate mentalizacijske sposobnosti na početku i na kraju tretmana, odnosno trebale bi se dodatno provesti analize medijacije kako bi se utvrdilo utječu li promjene u vještinama mentalizacije na ozbiljnost simptoma (Vogt i Norman, 2019).

Laurensen i sur. (2018) proveli su istraživanje učinkovitosti psihoterapije utemeljene na mentalizaciji koja se provodila u dnevnoj bolnici u usporedbi sa specijaliziranim uobičajenim tretmanom za granični poremećaj ličnosti. Istraživanje je imalo za cilj dodatno istražiti učinkovitost psihoterapije temeljene na mentalizaciji koja se provodi u dnevnoj bolnici koju je pružala novouspostavljena služba obučena za pružanje takve terapije, u usporedbi s uobičajenim tretmanom za granični poremećaj ličnosti koji se pruža u dobro uspostavljenom specijaliziranom centru za tretman osoba koje pate od graničnog poremećaja ličnosti. Oni koji su pristali sudjelovati, njih ukupno 114 nasumično su raspoređeni ili u grupu za psihoterapiju temeljenu na mentalizaciji ili u grupu za specijalizirani uobičajeni tretman, uzimajući u obzir dostupnost programa liječenja.

Rezultati istraživanja pokazuju kako su oba pristupa dovela do značajnog poboljšanja u svim promatranim varijablama (Laurensen i sur., 2018). Psihoterapija temeljena na mentalizaciji bila je povezana s većom prihvatljivošću kod osoba koje pate od graničnog poremećaja ličnosti u usporedbi sa specijaliziranim uobičajenim tretmanom, što se odrazilo u značajno većim stopama ranog odustajanja u specijaliziranom uobičajenom tretmanu u odnosu na psihoterapiju temeljenu na mentalizaciji (Laurensen i sur., 2018).

Iako nije utvrđena razlika u učinkovitosti između psihoterapije temeljene na mentalizaciji i specijaliziranom uobičajenom tretmanu, valja imati na umu kako terapeuti koji su provodili psihoterapiju temeljenu na mentalizaciji nisu imali prethodnog iskustva s ovom vrstom terapije, dok su terapeuti koji su provodili specijalizirani uobičajeni tretman imali puno godina iskustva (Laurensen i sur., 2018). Ne može se isključiti mogućnost da je ovaj nedostatak iskustva s psihoterapijom temeljenom na mentalizaciji mogao utjecati na ishod, posebno zato što je specijalizirani uobičajeni tretman bio dobro uspostavljen i provodili su ga profesionalci s godinama iskustva u ovom pristupu.

7. GESTALT

Teoriju i terapijski pravac gestalt terapije utemeljili su Frederick (Fritz) Salomon Perls, Laura Posner Perls i Paul Goodman četrdesetih godina dvadesetog stoljeća (Radionov, 2013). U početku je započela kao revizija i odgovor na klasičnu psihoanalizu, međutim ubrzo je postala cjelokupan i autonoman teorijski i terapijski sistem koji na nov i jedinstven način u sebi integrira postavke različitih pravaca i izvora ujedinjenih u autentičnu kliničku metodologiju i psihoterapiju. Gestalt terapiju kao pojam Perls je prvi put spomenuo u knjizi iz 1951. godine koju je napisao u suradnji sa Ralptom Hefferlineom i Paulom Goodmanom (Radionov, 2013).

U gestalt terapiji važan je kontakt između terapeuta i klijenta, kroz koji klijent dobiva iskrene povratne informacije i razvija svjesnost (Yontef i Jacobs, 2005). Ključna komponenta ovog terapijskog pristupa je eksperimentiranje, u kojem terapeut i klijent istražuju različite načine razmišljanja i ponašanja. Terapeut također može podijeliti svoja osobna iskustva, čime potiče dijalog i gradi ravnopravan odnos s klijentom. Dijalog i empatijsko uključivanje ključni su za uspjeh terapije, jer omogućuju klijentu da prepozna svoju vrijednost i potencijal (Yontef i Jacobs, 2005).

Passons (1975; prema Radionov, 2013) tvrdi kako su temeljne pretpostavke gestalt terapijskog pristupa sljedeće činjenice: osoba je cjelina koja uključuje tijelo, emocije, misli, osjete i percepciju, a svi ti aspekti djeluju međusobno ovisno, osoba je dio svoje okoline i ne može se razumjeti izdvojeno od nje, ljudi su više proaktivni nego reaktivni, jer sami određuju svoje reakcije na svijet, ljudi imaju sposobnost biti svjesni svojih osjeta, misli, emocija i percepcija, kroz samosvijest ljudi mogu birati, što ih čini odgovornima za svoje ponašanje, ljudi posjeduju potencijal i resurse da žive učinkovito i zadovoljavaju svoje potrebe, ljudi mogu doživjeti sebe samo u sadašnjosti te konačno, da se prošlost i budućnost mogu doživjeti samo kroz sjećanja i predviđanja.

7.1. Teorija u pozadini gestalt pristupa

Relacijska psihoterapija, zasnovana na Lewinovoj teoriji polja, kako je prikazana u djelu Perlsa, Hefferlinea i Goodmana (1951; prema Delisle, 2011), sugerira da se psihološke činjenice mogu

razumjeti samo u kontekstu šireg polja, koje obuhvaća dinamičnu interakciju između pojedinca i njegovog materijalnog, društvenog, ekonomskog, filozofskog i metafizičkog okruženja (Delisle, 2011). Komunikacija se, poput svega ostalog, događa u polju te je ono osnovna jedinica gestalt terapije. U polju je naglasak na interakciji organizma i okoline, što čini polje organizam/okolina, pri čemu se pojedinac i okolina promatraju kao nerazdvojivi (Radionov, 2013). Polja su dijelovi mreže interakcija sa interaktivnim svojstvom prema kojem svi organizmi postoje u kontekstu okoline s međusobno recipročnim utjecajima jednih na druge. Organizam je živi zbroj procesa i funkcija, a te su funkcije uvijek u vezi s nečim iz svijeta koji nas okružuje, odnosno iz svijeta kojeg pokušavamo opisati. Nijedan organizam nije samodostatan, već mu je potrebna okolina za zadovoljavanje njegovih potreba, iz čega proizlazi neophodnost međuzavisnosti organizma i okoline (Radionov, 2013). Gestalt terapija objektnih odnosa vjeruje da poremećaj osobnosti proizlazi iz neasimiliranog ranog razvojnog iskustva (Delisle, 2011). Kod te grupe poremećaja, u procesu asimilacije dolazi do dileme kada je polje organizirano tako da je iskustvo neophodno, ali nepodnošljivo i stoga se ne može asimilirati. U procesu asimilacije, koji se odnosi na način na koji integriramo nova iskustva u već postojeće mentalne okvire, može doći do dileme kada iskustvo koje je potrebno za naš razvoj postane previše intenzivno ili bolno za prihvaćanje. Tako postaje nemoguće za mladi self formirati jasnu figuru, razumije ju, asimilira i metabolizira. Figura u gestaltu predstavlja ono što je centralno, važno, u fokusu interesa i što je značajno u sadašnjem trenutku (Polster i Polster, 1973; prema Radionov, 2013). Kada je iskustvo previše bolno, osoba ga prihvaća i usvaja na način koji ne uključuje svjesno suočavanje s njim. Ovo može dovesti do situacije u kojoj osoba nastavlja funkcionirati s iskustvom koje je previše bolno da bi ga potpuno obradilo ili razumjelo, a da pri tome nije svjesna da je to iskustvo ostalo neasimilirano ili "neprobavljivo" (Delisle, 2011). Na taj način, osoba ostaje s iskustvom bez svijesti da je ono nepodnošljivo. Rezultat je gubitak jedinstvenog selfa. Rano internaliziranje ovakvih iskustava, koja se sastoje od okoline, selfa i kontakta između njih, a koja su istovremeno nemoguća za asimilaciju i neophodna za preživljavanje, predstavlja temelj za patogene nedovršene situacije u razvoju osobnosti (Delisle, 2011).

Greenberg (2016) predlaže sistem gestalt dijagnosticiranja graničnog poremećaja ličnosti koji se fokusira na ono što kontinuirano postaje figura i pozadina za klijenta tijekom interakcije s drugima. Pojam figure ranije je objašnjen, dok je pozadina sve ono što je izvan naše trenutne svjesnosti, odnosno cijeli kontekst fenomenološki važnih faktora iz kojih se javila figura, koji daju figuri

perspektivu, no ne zahtijevaju takav zaseban interes kao figura (Polster i Polster; 1973; Yontef, 1995; prema Radionov, 2013). Greenberg (2016) uvodi pojam interpersonalni gestalt, koji označava način na koji organiziramo naše interpersonalno polje u svakom trenutku, odnosno ono što za nas postaje figura, a što postaje pozadina. To obuhvaća ulogu koju želimo imati u interakciji, način na koji želimo da nas drugi vide i tretiraju, osjećaje koje očekujemo tijekom interakcije te naše skrivene želje ili strahove vezane uz drugu osobu. Na ono što će nama postati figura utječu naši interesi, potrebe, očekivanja, fiziologija, kultura, povijest i temperament (Greenberg, 2016). Oni koji su iskusili puno osobnih trauma, kao što su napuštanje, fizičko zlostavljanje i ponižavanje, mogu biti vrlo osjetljivi na interpersonalne znakove koji pobuđuju strah od retraumatizacije. Ovaj koncept ima neka preklapanja sa konceptom teorije objektnih odnosa, odnosno konceptom unutarnjih objektnih odnosa koji se sastoji od pogleda na sebe i pogleda na druge koji su povezani karakterističnim afektom (Greenberg, 2016). To je posebno vidljivo u odnosu klijent – terapeut, odnosno dolazi do toga da klijent vidi njihov odnos na iskrivljen način. Tu se zapravo radi o transferu. U gestaltu do transfera dolazi zbog klijentovih nesvjesnih odgovora na detalje interpersonalne situacije, što dovodi u vezu klijentove emocionalne potrebe ili preokupacije. Odnosno, transfer se temelji na formaciji figura i pozadine (Greenberg, 2016).

Interpersonalni gestalt pristup usklađen je s konceptom Daniela Sterna (1985; prema Greenberg, 2016) o stvaranju unutarnjeg sažetka ranih iskustava s primarnim skrbnicima, što oblikuje kasnija očekivanja o odnosima. Ipak, gestalt terapeuti fokusiraju se na način na koji pojedinac trenutno gradi svoju stvarnost i obrađuje dostupne informacije, s naglaskom na iskustvo na granici kontakta između sebe i okoline. Kontakt se odnosi na odnos prema vanjskim i unutarnjim aspektima koji nisu integrirani u ličnost (Kirchner, 2000; prema Radionov, 2013). Interpersonalni gestalt je kod osoba s poremećajem selfa fiksiran umjesto fleksibilan (Greenberg, 2016). Oni koji pate od poremećaja ustrajni su u organizaciji svih odnosa na isti način, umjesto da uzmu u obzir karakteristike svakog pojedinog odnosa. Do toga dolazi zbog neispunjenih interpersonalnih potreba iz prošlosti, koje žele biti ispunjene u sadašnjosti pa se zato interpersonalna polja organiziraju tako da nude najbolju šansu za ispunjenje nedovršenih situacija. Nametljiva priroda neispunjenih potreba ne dozvoljava da osoba bude u potpunosti prisutna s ostalima te da procijeni točno tko su te osobe zapravo (Greenberg, 2016).

Granični poremećaj ličnosti rekonceptualiziran je kao relativno nefleksibilna organizacija polja organizam/okoliš koji se radi u svakom trenutku na granici kontakta formacije figure (Greenberg, 2016). Osobe koje pate od graničnog poremećaja ličnosti obično primjećuju one detalje u interpersonalnom polju koji su u skladu s njihovom željom da budu voljeni i zbrinuti ili se s druge strane fokusiraju na detalje koji uključuju njihov strah od napuštanja. Ignoriraju i nisu svjesni stvari koje bi im dale potpuniju i točniju sliku drugih, jer su jedino emocionalno važni oni detalji koji su povezani s njihovom neispunjenom željom za ljubavlju (Greenberg, 2016). Na primjer u partnerskim odnosima, ti detalji za njih postaju figure i projiciraju ulogu brižnog partnera češće nego što je realno s obzirom na situaciju te ostaju povrijeđeni i ljuti kada se partner ne ponaša u skladu s tim projekcijama. Percepcija odbijanja potiče usmjerenost na detalje koji potvrđuju negativan pogled na partnera. Iako neke osobe koje pate od ovog poremećaja mogu na kognitivnoj razini biti svjesne da drugi imaju širi oblik postojanja od onog što oni vide te da ono što oni traže nije uvijek primjereno, mogu se koristiti obrambenim mehanizmima, takozvani “splitting” (alternacija dva kontradiktorna fiksirana interpersonalan gestalta, nešto je samo dobro ili samo loše) i poricanje (odbijanje sagledavanja očitog jer bi im to prouzročilo emocionalnu bol) da si pomognu opravdati svoje ponašanje te da drži njihovu neprimjerenost izvan njihove svjesnosti (Greenberg, 2016).

Isadore From dao je značajan doprinos gestalt pogledu na granični poremećaj ličnosti kroz svoja predavanja, integrirajući gestalt epistemologiju s razumijevanjem graničnog poremećaja ličnosti utemeljenog na primarnim odnosima (Spagnuolo Lobb i Francesetti, 2013). From je rekao da je primarna namjera granične osobnosti u kontaktu očuvati mukotrpno izgrađenu sliku vlastitog ja. Primijetio je da se to manifestira u ponašanjima koja mogu izgledati zbunjujuće ili obmanjujuće, gotovo kao da osobe koje pate od poremećaja imaju svoj poseban jezik. Fromov pristup naglašava razumijevanje ovog jezika ne kao udaljavanje od stvarnosti, već kao zaštitnu mjeru od stvarnosti (Spagnuolo Lobb i Francesetti, 2013). Tvrdio je da terapeuti trebaju s empatijom pristupiti ovom jeziku, bez osjećaja napada, kako bi podržali klijenta u očuvanju njegovog osjećaja sebe. Ova perspektiva suprotstavlja se teoriji objektnih odnosa, koja povezuje ponašanja graničnog poremećaja ličnosti s neuspjesima u procesu vezivanja i fragmentiranim osjećajem sebe. Iako je gestalt terapija u skladu s teorijom objektnih odnosa u rješavanju patnje u odnosima, ona dodaje vrijednost fokusirajući se na namjeru osobe koja pati od poremećaja da očuva vlastitog koncepta sebe (Spagnuolo Lobb i Francesetti, 2013).

Gestalt DSM kriterije za dijagnosticiranje poremećaja gleda kroz prizmu iskustva klijenta, iskustva terapeuta te zajedničke namjere klijenta i terapeuta (Spagnuolo Lobb i Francesetti, 2013).

1. *Strah od napuštanja.* Klijentovo iskustvo obilježeno je netolerancijom prema samoći i nesigurnom privrženosti, usamljenosti i očajničkom potrebom za potvrdom i osjećajem prihvaćenosti od terapeuta. Terapeutovo iskustvo obilježeno je njegovim prilagođavanjem svog odgovora na klijentovu ljutnju na osnovu svog razumijevanja klijentovog emocionalnog stanja. Ako terapeut shvati da klijentova ljutnja protječe iz dubokog straha od napuštanja, on će reagirati sa empatijom, prepoznajući klijentovu krhkost i potrebu za zaštitom svog osjećaja selfa. Međutim, ako terapeut vidi klijenta kao emocionalno nezavisnijeg, može ga potaknuti da bude tolerantniji i pokaže više razumijevanja za terapeutove postupke. Zajednička namjera podrazumijeva da u slučaju straha od napuštanja, terapeut ne napusti klijenta, odnosno da klijent ne bude napušten. Terapeut želi biti prepoznat u svojim nastojanjima da bude s klijentom, a klijent u svojoj potrebi da ne bude napušten.
2. *Nestabilni i intenzivni interpersonalni odnos.* Klijentovo iskustvo obilježeno je relacijskom nestabilnošću koja se definira kao nesposobnost klijenta da integrira polarne aspekte svojih osjećaja, što dovodi do stalne sumnje u odnosima. Primjerice, klijent prvo idealizira terapeuta, a zatim ga obezvrijeđuje, izražavajući frustraciju i bijes zbog osjećaja neuspjeha terapije. Kod zajedničke namjere klijent traži sigurno okruženje u kojem može izraziti svoje emocije bez osude, dok terapeut mora ostati usmjeren na klijentove potrebe, ne dopuštajući da ga osobni osjećaji povrijeđenosti ometu.
3. *Nestabilna slika o sebi ili osjećaju selfa.* Klijentovo iskustvo je takvo da on izražava osjećaj nepostojanja jasnih granica između sebe i drugih, što dovodi do zbunjenosti, straha i osjećaja da je preplavljen, tražeći od terapeuta pomoć i sigurnost. Terapeutovo iskustvo je takvo da se njegovi osjećaji prema ovom simptomu obično kreću od suosjećanja do preziranja, odražavajući klijentove uobičajene relacijske obrasce koji su se razvili iz primarnih odnosa. Zajednička namjera obilježena je terapijskim fenomenološkim poljem, gdje klijent očekuje da će terapeut očuvati njegovu sliku o sebi, dok terapeut osjeća napetost zbog zaštite klijentove cjelovitosti, što može uključivati i suosjećanje i preziranje.
4. *Impulzivnost.* Klijentovo iskustvo je takvo da nakon impulzivnog čina često djeluje smireno i ne zanima ga razumijevanje uzročno-posljedičnih veza svog djelovanja, a

njihova objašnjenja mogu varirati između osjećaja usamljenosti, optužbi ili zbunjenosti. Terapeutovo iskustvo je takvo da kada klijent pokazuje impulzivno ponašanje, on osjeća prekid kontakta i nastoji ponovno uspostaviti povezanost unutar terapijskog odnosa, pokušavajući integrirati ponašanje u kontekst odnosa. Kod zajedničke namjere impulzivnost otežava usklađivanje s konkretnim namjerama u terapiji, pa je potrebno odvojiti se od impulzivnih osjećaja kako bi se nastavilo s terapijskim radom i pomoglo klijentu da zaštiti teško stečeni osjećaj sebe.

5. *Suicidalno ili samoozljeđujuće ponašanje.* Klijentovo iskustvo takvo je da kada je posebno depresivan ili obeshrabren, ozbiljne manifestacije poput samoozljeđivanja mogu postati ritual koji definira njegovo postojanje, često praćeno pritužbama na usamljenost i neosjetljivost na pozitivne promjene. Klijentova rigidnost u percepciji sadašnjosti često dovodi do ponovnog vjerovanja u stara negativna uvjerenja. Terapeutovo iskustvo je takvo da njegova reakcija na klijentovo samoozljeđivanje može varirati od stresa i frustracije do uvida ili ljutnje. Zajednička namjera obilježena je time da klijent može biti vođen samoozljeđivanjem ili prekidom kontakta s okolinom, bilo zbog depresije ili ambivalentnosti prema važnoj osobi, dok terapeut treba pružiti nenametljivu podršku, poštujući granice klijenta i suočiti se s osjećajem bespomoćnosti u suočavanju s individualnom slobodom.
6. *Afektivna nestabilnost.* Klijentovo iskustvo je takvo da je svjestan svoje nestabilnosti i često se pita je li lud, osjećajući da je ta nestabilnost izvan njegove kontrole, prelazeći od osjećaja krivnje do zbunjenosti i poricanja. Ovaj kriterij se često opisuje kao afektivna disregulacija, gdje bi temelj poremećaja bio u neuspjehu emocionalne regulacije zbog bioloških uvjeta i društveno nepodržavajuće okoline. Terapeutovo iskustvo takvo je da susret s ovom nestabilnošću može uzrokovati male traume koje štete terapijskom odnosu, budući da se terapijski uspjeh često može brzo urušiti naglim pogoršanjem ponašanja klijenta. U takvim trenucima terapeut se može osjećati zbunjeno i preispitivati vlastite postupke, jer nedostatak stabilnosti u odnosu klijenta ponavlja disfunkcionalnost iz primarnih odnosa. Kod zajedničke namjere ova reakcija kod klijenta s poremećajem, koja se očituje u potrebi za distanciranjem i postajanju "nevoljenim", proizlazi iz straha od prekomjerne bliskosti i gubitka vlastitog identiteta. Iz toga proizlazi da je zajednička namjera očuvanje vlastitog identiteta, odnosno terapeut čuva svoj terapijski pristup,

štiteći ga od nepredvidivih promjena raspoloženja klijenta, dok klijent štiti svoje ranjivo emocionalno stanje od iz njegove perspektive previše intenzivnih intervencija.

7. *Kroničan osjećaj praznine.* Klijentovo iskustvo karakterizirano je Abrahamovim (1975; prema Spagnuolo Lobb i Francesetti, 2013) i Freudovim (1908; prema Spagnuolo Lobb i Francesetti, 2013) povezivanjem ovog osjećaja s neuspjehom u oralnoj fazi razvoja, što predisponira za depresiju i ovisnost te ljutnju prema objektu u odrasloj dobi. Teoretičari objektnih odnosa, poput Kleina (1932, 1946; prema Spagnuolo Lobb i Francesetti), precizirali su ovaj koncept neuspjehom u internalizaciji umirujuće figure, što rezultira nemogućnošću samoumirenja ili samoreferiranja na slike umirujućih drugih. U Gestalt terapiji, ovo se manifestira kao fobija od introjekcije, gdje osoba doživljava tjeskobu umjesto da internalizira podržavajuće figure, što vodi pretjeranoj kritici i nezadovoljstvu. Terapeutovo iskustvo takvo je da kada terapeut naiđe na osjećaj praznine kod klijenta, može osjećati neuspjeh jer se osjeća kao da nije uspio povezati se s klijentom. Ako je klijentov osjećaj praznine toliko različit od onoga što terapeut sam osjeća, terapeut se može distancirati od klijentove stvarnosti što može dovesti do emocionalne udaljenosti od klijenta. Zajednička namjera u ovom slučaju biti će izolacija, odnosno klijent izbjegava stvarnu bliskost s terapeutom, a terapeut se ne može povezati s klijentovim iskustvom, što dovodi do osjećaja praznine kod oboje.
8. *Neprimjerena, snažna srdžba ili teškoće u kontroli srdžbe.* Klijentovo iskustvo može se objasniti Kernbergovim (1967; prema Spagnuolo Lobb i Francesetti) smatranjem da je ovaj kriterij izvor graničnog poremećaja ličnosti, uzrokovan prekomjernim temperamentom ili jakim frustracijama u vrlo ranom djetinjstvu. Ekstremna ljutnja, koja proizađe iz tih uzroka, stvara osjećaj podjele i samodestruktivno ponašanje, otežavajući integraciju nedostataka značajnih drugih u pozitivnu sliku koju klijent treba. Terapeutovo iskustvo takvo je da kada je suočen s ljutnjom klijenta može osjećati razočaranje, ljutnju ili udaljenost te se može distancirati kako bi se zaštitio od frustracije zbog neprepoznatog truda. Ovo može pogoršati klijentovu ljutnju i izazvati ekstremne reakcije, uključujući prekid terapije i izražavanje ljutnje izvan terapijskog konteksta. Zajednička namjera u ovom slučaju je slijepa obrana sebe, što ne vodi terapeutskoj interakciji. Kada klijent s poremećajem izražava ljutnju, terapeut treba verbalizirati ljutnju u okviru odnosa umjesto da je pojačava.

9. *Prolazne paranoidne ideje ili teški disocijativni simptomi vezani uz stres.* Klijentovo iskustvo je dezintegracija u ispitivanju stvarnosti koja je često uzrokovana stresom iz njegovog vanjskog života ili iz terapije koja može ponekad biti značajnija od života izvan nje. Terapeutovo iskustvo njegova je reakcija, u ovim slučajevima obično je suosjećajan i brižan, znatiželjan i anksiozan prema tome što je moglo izazvati stres na susretu ili izvan njega u klijentovom životu. Zajednička namjera obilježena je gubitkom dodira sa stvarnošću, koji može podrazumijevati halucinacije, deluzije ili dezorganizirano mišljenje, a kod graničnog poremećaja ličnosti često je izazvan stresnim situacijama ili emocionalnim konfliktima u životu klijenta. Kada se dekompenzacija dogodi u terapiji, može biti povezana s napretkom, jer terapijski proces pruža podršku koja pomaže klijentu da se nosi sa stresom i ponovno usmjeri na realnost, što stvara mogućnost za promjenu.

7.2. Terapijski postupci u gestalt pristupu

Gestalt terapija fokusira se na podršku postojećoj slici o sebi koju osoba koja pati od poremećaja teško stvara (Spagnuolo Lobb i Francesetti, 2013). Terapeut pomaže klijentu da sagleda druge ljude u cijelosti, odnosno da ih ne vidi podijeljene, jer gestalt terapija smatra da je osjećaj cjelovitosti ono što osoba koja pati od graničnog poremećajem ličnosti traži tijekom cijelog života.

Osoba koja pati od graničnog poremećaja ličnosti treba terapiju kada su njegove anksioznosti usmjerene na određene odnose ili vrste odnosa (Spagnuolo Lobb i Francesetti, 2013). U gestalt terapiji, ključno je održati kompetencije kontakta tijekom cijelog terapijskog procesa, koji može varirati i ne završava uvijek pozitivno, odnosno to znači da terapeut mora kontinuirano upravljati i podržavati odnos s klijentom kroz sve faze terapije. Osobe koje pate od graničnog poremećaja ličnosti često idealiziraju terapeuta, ali se zatim suočavaju s ljutnjom i podcjenjivanjem kada u terapiji dođe do neizbježnih prekida ili zahtijeva. Ovo podcjenjivanje nije nužno namjera da se uništi terapeutski odnos, već može biti način testiranja sposobnosti terapeuta da izdrži ljutnju i poniženje (Spagnuolo Lobb i Francesetti, 2013). Klijenti mogu biti i razočarani kada postanu svjesni da terapija podrazumijeva dugotrajan proces koji na kraju zahtijeva izgradnju terapijskog odnosa između klijenta i terapeuta, jer nikada nisu iskusili zdrav odnos (Vassalo, 2021).

Ključno u terapijskom procesu je terapijski odnos (Greenberg i sur., 2016). U terapijskom odnosu terapeut mora primiti, obraditi, upiti i metabolizirati utjecaj klijenta. Mora krenuti s pretpostavkom da klijent teži ponovnom stvaranju situacija koje odgovaraju njegovim nedovršenim razvojnim pitanjima, kako u terapiji, tako i u drugim značajnim odnosima. Terapeut treba biti spreman biti "dio problema" kako bi pomogao klijentu u rješavanju tih problema (Greenberg i sur., 2016). Terapeutski odnos sastoji se od tri ključna načina odnosa, a to su stvarni odnos, koji podrazumijeva direktnu interakciju između terapeuta i klijenta, zatim to odnos, koji podrazumijeva način na koji klijent prenosi svoja očekivanja i osjećaje iz prošlih odnosa na terapeuta te na kraju hermeneutički odnos, odnosno kako klijent i terapeut zajednički istražuju značenje tih očekivanja i osjećaja. Svaki od ovih načina odnosa na svoj je način važan za uspjeh terapije. Klijent često ponavlja svoje probleme kroz ove odnose, a terapeutova je uloga pomoći u prepoznavanju, razumijevanju i rješavanju tih problema (Greenberg, 2016).

Terapeut bi trebao razumjeti pet domena kompetencija koje su ključne za rad s onima koji pate od graničnog poremećaja ličnosti (Spagnuolo Lobb i Francesetti, 2013). Radije se govori o domenama nego o fazama terapijskog procesa, jer se smatra kako poznavanje kompetencija koje gestalt terapeut može razviti kroz rad s osobama koje pate od graničnog poremećaja ličnosti može pružiti praktičniju i konkretniju podršku nego opis faza koje, a posebno u slučaju razvoja terapije za borderline patnje mogu biti nedovoljno konkretne i frustrirajuće. Gestalt terapeut može gledati na ove domene kao na priručnik osnovnih kompetencija za liječenje borderline patnje (Spagnuolo Lobb i Francesetti, 2013).

Prva se domena naziva siguran, jasan, nemanipulativan stav. Kompetencije koje bi terapeut trebao imati u ovoj domeni su sposobnost kontrole, jasnoća profesionalne etike te nemanipulativnost. Terapeutski cilj u ovoj domeni je podržati osnovnu namjeru osobe da vjeruje određenom terapeutu. Druga se domena naziva prihvaćanje trenutne situacije u relacijskim teškoćama osobe koje pate od poremećaja. Kompetencija koju bi terapeut trebao imati u ovoj domeni je prihvaćanje napetosti da bude u potpuno prisutan s drugom osobom, unatoč agresivnom i podcjenjujućem jeziku. Terapeutski cilj ove domene je da osoba doživljava sposobnost očuvanja slike sebe s drugom osobom, unatoč ambivalenciji koja mu otežava osjećaj cjelovitosti (Spagnuolo Lobb i Francesetti, 2013). Naziv treće domene je izražavanje elemenata zajedničke stvarnosti. Kompetencija koju bi terapeut trebao imati u ovoj domeni je stvaranje mosta između trenutnih reakcija i bolnih

relacijskih obrazaca, a cilj je da osoba osjeti dosljednost između boli iz prošlosti i sadašnje reakcije te osjeća bliskost terapeuta u pokušaju integracije sukobljenih dijelova. Naziv četvrte domene je podržavanje samoregulacije suočene s primitivnim obrambenim mehanizmima. Kompetencija koju bi terapeut trebao imati u ovoj domeni je razvijanje terapijskog jezika koji razumije želju za integracijom između ljubavi prema drugima i autonomije. Cilj je ove domene iskusiti i mogućnost da se dopre do druge osobe i da se ostvari perceptivna autonomija. Posljednja se domena naziva sadržavanje borderline patnje kroz kontra-transfer, gdje je osnovna kompetencija potrebna terapeutu slušanje kontra-transfernih emocija i njihova terapijska kontekstualizacija, a cilj je legitimizirati očajničko iskustvo osobe i podržati razdvajanje s manje anksioznosti i reaktivnosti (Spagnuolo Lobb i Francesetti, 2013).

Gestalt terapeuti nastoje kod klijenata razviti osjećaja vlastite vrijednosti, potaknuti ih u postavljanju osobnih granica i ograničenja te pomoći im u razvoju produktivnog verbalnog izražavanja i uspostavljanje kontinuiteta terapije (Knez, 2013). Neke od tehnika koje se koriste u terapiji graničnog poremećaja ličnosti su izrada genograma, kolaža i crteža, terapija uz pomoć asocijativnih kartica te dnevnik svjesnosti. U nekim slučajevima, terapija i vizualni mediji pomažu klijentu da izrazi i vidi ono što doživljava, jer to iskustvo čini stvarnijim te također omogućuju terapeutu da razmisli o procesu same terapije (Vassalo, 2021).

7.3. Istraživanja gestalt pristupa

U gestalt zajednici istraživanju je posvećeno malo pažnje sve do nedavno (Spagnuolo Lobb i Francesetti, 2013). Istraživanja o učinkovitosti ovog modela predstavljaju slabo istraženu temu što znači da trenutno nedostaju ažurirani pregledi istraživanja koji procjenjuju učinkovitost gestalt terapije (Raffagnino, 2019), ne samo u vezi s graničnim poremećajem ličnosti, već i u širem kontekstu različitih psihičkih poremećaja. Iznimke uključuju rad profesora Leslieja Greenberga, koji je dugi niz godina bio istaknuta osoba u objavljivanju i primjeni istraživanja psihoterapije (Spagnuolo i Francesetti, 2013). Gestalt je humanistički i holistički pristup koji je godinama patio od nedostatka znanstvenog priznanja, djelomično zbog svoje usmjerenosti uglavnom na praksu, a objavljivani radovi većinom su izražavali teorijsko kliničko stajalište i iskustvo autora

(Raffagnino, 2019). Kultura istraživanja u gestaltu započela je 2013. godine, kada je održana suvremena konferencija o istraživanju gestalt terapije u Gestalt International Study Centeru, koju su vodili Philip Brownell i Joseph Melnick (Brownell, 2020). Ta konferencija je afirmirala i kvalitativne i kvantitativne metode u istraživanju te počela rješavati pitanja vezana uz filozofiju znanosti iza istraživanja.

Iako jesu provedena određena istraživanja učinkovitosti gestalt terapije za određene poremećaje, kao što su depresija (Gonzales – Ramirez i sur., 2017; prema Raffagnino, 2019), anksioznost (Leung i Khor, 2017; prema Raffagnino, 2019) te kod promjena ponašanja kod počinitelja kaznenih djela (Doric, 2017; prema Raffagnino, 2019) postoji manjak istraživanja o učinkovitosti gestalt terapije kada je u pitanju tretman graničnog poremećaja ličnosti. Međutim, s obzirom da se kultura istraživanja za gestalt terapiju u odnosu na ostale terapijske pravce počela zapravo tek razvijati, izvjesno je da će prije ili kasnije proizaći i neko istraživanje na ovu temu. U svjetlu rastuće važnosti prakse temeljene na dokazima, gestalt terapeuti morati će prilagoditi svoj stav o istraživanjima te razmotriti relevantnost kvalitativnih metoda istraživanja, kako bi došli do najboljih dokaza za znanstvenu vrijednost svoje prakse (Spagnuolo Lobb i Francesetti, 2013). Svakako će biti potrebno u budućnosti provesti istraživanja učinkovitosti ovog pristupa za tretman graničnog poremećaja ličnosti, jer bez toga ne bi bilo ni etično preporučivati ovaj tretman onima kojima je potreban.

8. ZAKLJUČAK

Granični je poremećaj ličnosti vrlo ozbiljan mentalni poremećaj. Utječe na sve aspekte života osobe koja pati od njega te otežava i smanjuje kvalitetu njezina života. Ne samo što narušava kvalitetu života, već je zbog rizika za samoozljeđivanje i pokušaje samoubojstva potencijalno i fatalan. Zbog prirode poremećaja vrlo ga je zahtjevno tretirati te i sami stručnjaci imaju određenu odbojnost kada je u pitanju tretman ovih klijenata. Međutim, to nije opravdanje da se takvim klijentima ne pruži što kvalitetniji tretman i podrška.

Posebna je važnost psihoterapijskog tretmana ovog poremećaja zbog manjka učinkovite farmakoterapije, odnosno dostupni lijekovi tretiraju samo simptome poremećaja i simptome eventualnih komorbidnih poremećaja koje osoba ima, međutim ne djeluju na razmišljanje, ponašanje i odnose. Drugim riječima ne pruža alate za dugoročno upravljanje vlastitim stanjem. Međutim, kako bi se psihoterapijski tretman mogao pružiti i biti dostupan, važno je da stručnjaci za mentalno zdravlje budu motivirani za rad s ovom populacijom, što je problem u ovom slučaju jer stručnjaci osjećaju određenu odbojnost prema radu s osobama koje pate od ovog poremećaja jer je s njima vrlo zahtjevno raditi i ishod tretmana u očima nekih može biti upitan zbog dojma kako je ovaj poremećaj neizlječiv. Pregledni radovi kao što je ovaj mogu informirati ili potaknuti one koji pate od ovog poremećaja, ali i od drugih mentalnih poremećaja, da se informiraju o mogućnostima psihoterapijskih tretmana koji im mogu pomoći u olakšavanju simptoma, ali i u postizanju remisije. Također mogu stručnjacima pružiti uvid u mogućnosti daljnje edukacije kako bi se osposobili za što kvalitetniji rad s ovom populacijom te im pružiti ohrabrenje prilikom provođenja tretmana.

Psihoterapija može biti vrlo učinkovito sredstvo za tretiranje mentalnih poremećaja općenito, pa tako i graničnog poremećaja ličnosti. Razvoj specijaliziranih psihoterapijskih pristupa ili modifikacija već postojećih pristupa za tretman ovog poremećaja te potvrđivanje učinkovitosti tih pristupa različitim istraživanjima ima presudnu ulogu u omogućavanju kvalitetnijeg tretmana za osobe koje pate od ovog poremećaja. Za dijalektično – bihevioralna terapiju trenutno postoji najviše provedenih istraživanja o učinkovitosti te je dokazana njezina učinkovitost u olakšanju većine tegoba vezanih uz granični poremećaj ličnosti. Psihoterapija temeljena na mentalizaciji također ima velik broj dokaza o svojoj učinkovitosti, međutim za gestalt psihoterapiju manjka

istraživanja o učinkovitosti kada je u pitanju tretman graničnog poremećaja ličnosti. Kako bi se govorilo o vrijednom pristupu kada je u pitanju tretman ovog poremećaja ličnosti važno je da se nekad u budućnosti počnu provoditi istraživanja na tu temu. Iako pristupi imaju različita teorijska utemeljenja i na različit način gledaju na sami poremećaj ličnosti, svaki na svoj način nudi rješenje problema te svaki na svoj način doprinosi raznovrsnosti izbora tretmana za tretman graničnog poremećaja ličnosti. Važno je informirati osobe koje pate od graničnog poremećaja ličnosti o postojećim učinkovitim mogućnostima tretmana, motivirati ih da uopće krenu na tretman, jer iako nije lako i zahtijeva veliki trud i od terapeuta i od klijenta, moguće je postići takvo poboljšanje da osoba može živjeti normalan život, može imati ispunjene i kvalitetne međuljudske odnose te može gledati svijet i ljude, ali i sebe, onako kakvi oni zaista jesu, a ne isključivo kao dobre ili isključivo kao loše, isključivo crne ili isključivo bijele.

Dijalektičko – bihevioralna terapija najzastupljenija je u literaturi te je često prva navedena kao najučinkovitiji pristup za tretman graničnog poremećaja ličnosti. Njezino baziranje na prihvaćanju same osobe i naglašavanjem potrebe za promjenom pruža klijentu mogućnost da vidi sebe u boljem svjetlu, ali i da bude motivirana napraviti promjenu. Psihoterapija temeljena na mentalizaciji praktična je za terapeute jer ne moraju učiti novi pristup, već ih se uči kako da svoja postojeća znanja usmjere i prenamjene za tretman ovog poremećaja. Gestalt terapija nije nužno prvi pristup kojem će se usmjeriti kada je u pitanju tretman graničnog poremećaja ličnosti, uglavnom zbog toga jer nije utvrđena učinkovitost ovog pristupa kada je u pitanju tretman graničnog poremećaja ličnosti. Međutim, ima neke zanimljive ideje kako pristupiti poremećaju te uz provedena istraživanja i daljnji razvoj ima potencijala postati pristup koji će se redovito birati za tretman.

U Hrvatskoj se na mnogim mjestima može dobiti podrška za osobe koje pate od ovog poremećaja. U mnogim psihijatrijskim bolnicama postoje klinike u kojima osobe mogu ili biti na cjelodnevnom prihvatu i prisustvovati grupnim i individualnim susretima s terapeutima ili dolaziti po potrebi i po dogovoru na susrete sa terapeutom. Također postoje i privatni terapeuti te psihoterapijski centri gdje se osobe mogu obratiti za pomoć. U kriznim situacijama osobe koje pate od poremećaja ili njima bliske osobe mogu se obratiti hitnim službama koje će nakon prolaska krizne situacije uputiti osobu na daljnji tretman.

Kao što je već više puta u ovom radu naglašeno, granični poremećaj ličnosti vrlo je rizičan poremećaj te pruža veliku patnju osobama koje pate od njega kao i njihovim bližnjima. Valja

razvijati nove psihoterapijske pristupe za tretman osoba koje pate od ovog poremećaja, kao i provoditi daljnja istraživanja učinkovitosti pristupa koji već postoje kako bi se osobama pružila najbolja moguća skrb i pomoć da žive svoj život najbolje i najkvalitetnije moguće.

9. LITERATURA

1. Al-Alem, L., Omar, H. A. (2008). Borderline personality disorder: an overview of history, diagnosis and treatment in adolescents. *International journal of adolescent medicine and health*, 20(4), 395-404.
2. Američka psihijatrijska udruga. DSM-5. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 5. izdanje. Washington, DC, SAD: Američka psihijatrijska udruga, 2013.
3. Barkowski, S., Schwartze, D., Strauss, B., Burlingame, G. M. i Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 30(8), 965-982.
4. Bateman, A. W. (2012). Treating borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 169(6), 560-563.
5. Bateman, A. i Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry*, 9(1), 11.
6. Bateman, A. i Fonagy, P. (2013). Mentalization – Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595-613.
7. Bateman, A., Campbell, C., Luyten, P. i Fonagy, P. (2018). A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. *Current opinion in psychology*, 21, 44-49.
8. Beck, J. S., & Fleming, S. (2021). A brief history of Aaron T. Beck, MD, and cognitive behavior therapy. *Clinical psychology in Europe*, 3(2).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9667129/>
9. Begić, D. (2021). Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada.
10. Blass, R. B. (2015). Conceptualizing splitting: On the different meanings of splitting and their implications for the understanding of the person and the analytic process. *The International Journal of Psychoanalysis*, 96(1), 123-139.
11. Brownell, P. (2020). Gestalt Therapy Research. *International Journal of Psychotherapy*, 24(3).
12. Brüne, M. (2016). Borderline personality disorder: why ‘fast and furious’?. *Evolution, medicine, and public health*, 2016(1), 52-66.
13. Carr, A. (2014). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of family therapy*, 36(2), 107-157.

14. Cook, S. C., Schwartz, A. C. i Kaslow, N. J. (2017). Evidence-based psychotherapy: Advantages and challenges. *Neurotherapeutics*, 14, 537-545.
15. Cordova, J. V., Fleming, C. J., Morrill, M. I., Hawrilenko, M., Sollenberger, J. W., Harp, A. G., Gray, T. D., Darling, E. V., Blair, J. M., Meade, A. E. i Wachs, K. (2014). The Marriage Checkup: a randomized controlled trial of annual relationship health checkups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(4), 592. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4115001/>
16. Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C. i Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Jama psychiatry*, 74(4), 319-328.
17. Corey, G. (2004). Teorija i praksa psihološkog savjetovanja i psihoterapije. Jastrebarsko, Naklada Slap.
18. DeCou, C. R., Comtois, K. A. i Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior therapy*, 50(1), 60-72.
19. Delisle, G. (2011). Personality pathology, Developmental Perspectives. Karnac, London.
20. Depreeuw, B., Eldar, S., Conroy, K. i Hofmann, S. G. (2017). Psychotherapy approaches. *International perspectives on psychotherapy*, 35-67.
21. Dimeff, L. i Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist*, 34(3), 10-13.
22. Dixon-Gordon, K. L., Turner, B. J. i Chapman, A. L. (2011). Psychotherapy for personality disorders. *International Review of Psychiatry*, 23(3), 282-302.
23. Emmelkamp, P. M., David, D., Beckers, T., Muris, P., Cuijpers, P., Lutz, W., Andersson, G., Araya, R., Banos Rivera, R. M., Barkham, M., Berking, M., Berger, T., Botella, C., Carlbring, P., Colom, F., Essau, C., Hermans, D., Hofmann, S. G., Knappe S., Ollendick T. H., Raes, F., Rief, W., Riper, H., Van Der Oord S. i Vervliet, B. (2014). Advancing psychotherapy and evidence-based psychological interventions. *International journal of methods in psychiatric research*, 23(S1), 58-91. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6878277/>

24. Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O. i Arntz, A. (2016). Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers in psychology*, 7, 1373.
25. Francois, D., Roth, S. D., i Klingman, D. (2015). The efficacy of pharmacotherapy for borderline personality disorder: a review of the available randomized controlled trials. *Psychiatric Annals*, 45(8), 431-437.
26. Gartlehner, G., Crotty, K., Kennedy, S., Edlund, M. J., Ali, R., Siddiqui, M., Fortman, R., Wines, R., Persad, E. i Viswanathan, M. (2021). Pharmacological treatments for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *CNS drugs*, 1-15.
27. Greenberg, E. (2016). *Borderline, Narcissistic and Schizoid Adaptations, The Pursuit of Love, Admiration and Safety*. Greenbroke Press, New York.
28. Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S. i Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature reviews disease primers*, 4(1), 1-20.
29. Idžojtić, V. (2023). Neurobiologija graničnoga poremećaja ličnosti. *Psychē: Časopis studenata psihologije*, 6(1), 83-98.
30. Iskric, A. i Barkley-Levenson, E. (2021). Neural changes in borderline personality disorder after dialectical behavior therapy—A review. *Frontiers in psychiatry*, 12, 772081.
31. Jukić, V. i Pisk, Z. (2008). *Psihoterapija – škole i psihoterapijski pravci u Hrvatskoj danas*. Medicinska naklada, Zagreb.
32. Kernberg, O. F. (2018). Projection and projective identification developmental and clinical aspects. In *Projection, identification, projective identification* (pp. 93-115). Routledge.
33. Knez, R., Gudelj, L. i Sveško-Visentin, H. (2013). Gestalt psychotherapy in the outpatient treatment of borderline personality disorder: a case report. *African Journal of Psychiatry*, 16(1), 52-53.
34. Kozarić – Kovačić, D. i Frančičković, T. (2014). *Psihoterapijski pravci*. Medicinska naklada, Zagreb.
35. Laurensen, E. M., Luyten, P., Kikkert, M. J., Westra, D., Peen, J., Soons, M. B., van Dam, A.M., van Broekhuizen, A.J., Blankers, M., Busschbach, J.J.V i Dekker, J. J.M. (2018). Day hospital mentalization-based treatment v. specialist treatment as usual in patients with borderline personality disorder: randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 48(15), 2522-2529.

36. Leichsenring, F., Heim, N., Leweke, F., Spitzer, C., Steinert, C. i Kernberg, O. F. (2023). Borderline personality disorder: a review. *JAMA*, 329(8), 670-679.
37. Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S. i Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
38. Levy, K. N. (2011). Psychodynamic and psychoanalytic psychotherapy. *Clinical psychology: Assessment, treatment, and research*, 181-214.
39. Levy, K. N., Ehrenthal, J. C., Yeomans, F. E. i Caligor, E. (2014). The efficacy of psychotherapy: focus on psychodynamic psychotherapy as an example. *Psychodynamic Psychiatry*, 42(3), 377-421.
40. Levy, K. N., McMMain, S., Bateman, A. i Clouthier, T. (2018). Treatment of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 711-728.
41. Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M. i Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
42. Linden, M. i Schermuly-Haupt, M. L. (2014). Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World psychiatry*, 13(3), 306.
43. Linehan, Marsha M., Henry Schmidt, Linda A. Dimeff, J. Christopher Craft, Jonathan Kanter i Katherine A. Comtois. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions* 8(4), 279-292.
44. Löfholm, C. A., Brännström, L., Olsson, M. i Hansson, K. (2013). Treatment-as-usual in effectiveness studies: What is it and does it matter?. *International journal of social Welfare*, 22(1), 25-34.
45. Malda-Castillo, J., Browne, C. i Perez-Algorta, G. (2019). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice*, 92(4), 465-498.
46. Mann, D. (2020). *Gestalt therapy: 100 key points and techniques*. Routledge.
47. O'Connell, B. i Dowling, M. (2014). Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(6), 518-525.

48. Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O. i Panos, A. (2014). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Research on social work practice, 24*(2), 213-223.
49. *Popis psihoterapijskih pravaca*. Hrvatska komora psihoterapeuta, 2022. <https://www.hkpt.hr/imenici/popis-psihoterapijskih-pravaca/>
50. Radionov, T. (2013). Geštalt terapija. Jastrebarsko, Naklada Slap.
51. Raffagnino, R. (2019). Gestalt therapy effectiveness: A systematic review of empirical evidence. *Open Journal of Social Sciences, 7*, 66-83.
52. Sandberg, L. S. i Busch, F. N. (2012). Psychotherapy and pharmacotherapy: A contemporary perspective. *Psychodynamic Psychiatry, 40*(3), 505-532.
53. Sheehan, L., Nieweglowski, K. i Corrigan, P. (2016). The stigma of personality disorders. *Current psychiatry reports, 18*, 1-7.
54. Spagnuolo Lobb, M. i Francesetti, G. (2013). Gestalt Therapy in Clinical Practice, From Psychopathology to the Aesthetics of Contact. Instititio di Gestalt HCC Italy, Sirakuza.
55. Stefana, A., Bulgari, V., Youngstrom, E. A., Dakanalis, A., Bordin, C. i Hopwood, C. J. (2020). Patient personality and psychotherapist reactions in individual psychotherapy setting: a systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy, 27*(5), 697-713.
56. Stoffers-Winterling, J., Storebø, O. J., i Lieb, K. (2020). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: an update of published, unpublished and ongoing studies. *Current Psychiatry Reports, 22*, 1-10.
57. Yontef, G. i Jacobs, L. (2005). Gestalt therapy.
58. Vassallo, C. M. (2021). Stepping on Eggshells: A Visual Representation of the Borderline Experience, within a Gestalt psychotherapy framework. *GESTALT TODAY, 38*.
59. Vasić, G. i Mihajlović, G. (2008). Psychotherapy and psychopharmacotherapy-silent bonding. *Engrami, 30*(3-4), 25-34.
60. Verheul, R. i Herbrink, M. (2007). The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: a systematic review of the evidence and clinical recommendations. *International Review of Psychiatry, 19*(1), 25-38.
61. Vogt, K. S. i Norman, P. (2019). Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 92*(4), 441-464.

62. Wilhelm, S., Phillips, K. A., Greenberg, J. L., O’Keefe, S. M., Hoepfner, S. S., Keshaviah, A., Sarvode – Mothi, S. i Schoenfeld, D. A. (2019). Efficacy and posttreatment effects of therapist-delivered cognitive behavioral therapy vs supportive psychotherapy for adults with body dysmorphic disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 76(4), 363-373.
63. Wong, P. T. (2006). Existential and Humanistic Theories.
64. Winsper, C. (2018). The aetiology of borderline personality disorder (BPD): contemporary theories and putative mechanisms. *Current opinion in psychology*, 21, 105-110.
65. Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(5), 373-377.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3876885/>
66. Zanarini, M. C., Weingeroff, J. L., & Frankenburg, F. R. (2009). Defense mechanisms associated with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 23(2), 113-121. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3203733/>