

Granični poremećaj ličnosti - sestrinska skrb

Miljanović, Jacqueline

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:427534>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-14**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI-
SESTRINSKA SKRB**

Završni rad br. 17/SES/2020

Jacqueline Miljanović

Bjelovar, srpanj 2020.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Miljanović Jacqueline** Datum: 08.04.2020. Matični broj: 001583
JMBAG: 0314015484

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA 1**

Naslov rada (tema): **Granični poremećaj ličnosti - sestrinska skrb**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo** Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.** zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Ksenija Eljuga, mag.med.techn., predsjednik**
2. **Tamara Salaj, dipl.med.techn., mentor**
3. **Mirna Žulec, mag.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 17/SES/2020

Granični poremećaj ličnosti očituje se u poteškoćama u emocionalnom, ponašajnom, kognitivnom i interpersonalnom funkcioniranju. Osobe sa navedenim poremećajem često su autodestruktivnog ponašanja koje može uključivati samoozljeđivanje i suicidalno ponašanje.

Sestrinska skrb vrlo je bitna kako u prepoznavanju poremećaja tako u samom liječenju i svim socioterapijskim postupcima koje provodi medicinska sestra.

Studentica će u radu opisati etiologiju, kliničku sliku, liječenje graničnog poremećaja ličnosti sa posebnim osvrtom na sestrinsku skrb u primarnoj, sekundarnoj i tercijalnoj zdravstvenoj zaštiti.

Zadatak uručen: 08.04.2020.

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**



Zahvala

Zahvaljujem se svojoj mentorici, Tamari Salaj dipl. med. techn., na stručnoj pomoći i strpljenju tijekom pisanja ovog završnog rada, te podršci tijekom mog studiranja na Veleučilištu u Bjelovaru.

Zahvaljujem se svojoj obitelji i prijateljima na podršci i pomoći tijekom života i za vrijeme studiranja. Posebno hvala mojoj mami Editi, ujaku Eduardu te baki Katarini, na njihovom ustrajanju da završim studij, na podršci, na ljubavi te što su mi omogućili da danas budem to što jesam.

Zahvaljujem se svom suprugu Ivanu na potpori, podršci, ljubavi te razumijevanju tijekom mog studiranja.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. CILJ RADA.....	2
3. METODE.....	3
4. POREMEĆAJI LIČNOSTI.....	4
4.1. Granični poremećaj ličnosti.....	6
4.1.1. Etiologija graničnog poremećaja ličnosti.....	8
4.1.2. Dijagnosticiranje graničnog poremećaja ličnosti.....	11
4.1.3. Prognoza graničnog poremećaja ličnosti.....	13
4.1.4. Liječenje graničnog poremećaja ličnosti.....	14
5. ZDRAVSTVENA NJEGA.....	22
5.1. Uloga medicinske sestre u liječenju osoba s graničnim poremećajem ličnosti.....	23
5.2. Sestrinske dijagnoze kod graničnog poremećaja ličnosti.....	26
5.3. Život s graničnim poremećajem ličnosti.....	32
6. ZAKLJUČAK.....	33
7. LITERATURA.....	34
8. OZNAKE I KRATICE.....	36
9. SAŽETAK.....	37
10. SUMMARY.....	38

1. UVOD

Pojam "granični poremećaj ličnosti" predložio je američki psihoanalitičar Adolph Stern, 1938.godine u Sjedinjenim Američkim državama. Tada je većina drugih poremećaja po prvi puta opisana u Europi. Izraz „granični poremećaj ličnosti“ uveo je psiholog i profesor psihologije Otto Kernberg, 1975.godine, te se to odnosilo na obrazac ponašanja i funkcioniranja osobe, karakteriziran nestabilnošću i poremećenom psihološkom samoorganizacijom. Granični poremećaj ličnosti karakteriziran je negativnom percepcijom drugoga. Skupina simptoma i ponašanja povezana s graničnom osobnošću postajala je sve poznatija i uključivala je upečatljive promjene ponašanja, od razdoblja potpunog pouzdanja do razdoblja apsolutnog očajja, izrazito nestabilne slike o sebi, brzih promjena raspoloženja, strahova napuštanja i odbacivanja i snažne sklonosti suicidalnom razmišljanju(1).

Također, mogu biti prisutni prolazni psihotični simptomi, uključujući kratke zablude i halucinacije. U ekstremnim slučajevima ljudi mogu doživjeti i vidne i slušne halucinacije i jasne zablude, ali one su obično kratke i povezane su s emocionalnom nestabilnošću te se na taj način mogu razlikovati od osnovnih simptoma shizofrenije i ostalih srodnih poremećaja(1). Stručne spoznaje o graničnom poremećaju ličnosti su sljedeće: granični pacijenti imaju tendenciju intenzivnijih reakcija na niže razine stresa, treba im duže vrijeme za oporavak, vide sebe kao bespomoćne žrtve u opasnom svijetu, smatraju se neprihvaćenima u društvu, vrlo im je nisko samopouzdanje, skloni su samoozljeđivanju. Marsha Linehan, jedna od glavnih stručnjaka u radu s osobama s graničnim poremećajem ličnosti, te kreatorica bihevioralne terapije kod liječenja graničnog poremećaja ličnosti, opisala je bolesnike s graničnim poremećajem ličnosti na sljedeći način: „Osobe s graničnim poremećajem ličnosti su poput ljudi s opeklinama trećeg stupnja na preko 90% površine tijela. U odsustvu emocionalne kože, osjeća agoniju na najmanji dodir ili pokret“(2).

2. CILJ RADA

Cilj ovog završnog rada je prikazati obilježja graničnog poremećaja ličnosti, objasniti pojam, kako nastaje, što sve obuhvaća, etiologiju, kliničku sliku, učestalost bolesti, opisati život te ponašanje osobe s graničnim poremećajem ličnosti. Također, prikazati liječenje, rehabilitaciju te ulogu medicinske sestre u radu s osobom koja boluje od graničnog poremećaja ličnosti. Naposljetku, cilj rada je predstaviti najčešće sestrinske dijagnoze i intervencije u skrbi za bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti.

3. METODE

Metode rada uključivale su pregled stručne literature na hrvatskom i engleskom jeziku, dostupne na Internetu, u bazama zdravstvenih i stručnih radova kao što su Hrčak, NCBI te ostalo. Također, korištene su pouzdane internetske stranice, članci iz stručnih časopisa.

4. POREMEĆAJI LIČNOSTI

Poremećaj ličnosti možemo definirati kao trajni obrazac unutarnjeg iskustva i ponašanja koji odstupa od očekivanja pojedine kulture. To su poremećaji koji mijenjaju aspekte ličnosti kod osobe, uključujući identitet, socijalne i osobne odnose. Poremećaji ličnosti razvijaju se u djetinjstvu i adolescenciji te može imati cijelo životni tijek. Razvoj ličnosti kao i poremećaj ličnosti moraju se prihvatiti iz životnih perspektiva u kojoj u temelji postavljeni u djetinjstvu i adolescenciji(3). Postoji duga povijest proučavanja ljudske ličnosti te tako postoji i veliki broj definicija koje najviše ovise o autoru. G. W. Allport je bio prvi koji se opisao psihologiju ličnosti(4). On je tvrdio da je *"ličnost dinamička organizacija unutar pojedinca onih psihofizičkih sustava koji određuju njegove specifične prilagodbe okolini"*(5). Poremećaje ličnosti također možemo opisati i kao prikazivanje ekstremnih osobina ličnosti koje se miješaju u svakodnevni život i doprinose značajnoj patnji, funkcionalnim ograničenjima ili oboje. Kod poremećaja ličnosti takve stvari su uobičajene i često se susreću u gotovo svim oblicima zdravstvene zaštite. Poremećaj ličnosti povezujemo s lošom kvalitetom života, lošim zdravstvenim stanjem i preranom smrtnošću. Etiologija poremećaja ličnosti je složena i na nju utječu genetski i okolišni čimbenici. Klinička slika varira između različitih tipova poremećaja ličnosti; najčešći i temeljniji aspekt povezan je s nemogućnošću izgradnje i održavanja zdravih međuljudskih odnosa. Taj aspekt loše utječe na interakciju između zdravstvenih radnika i pacijenta koji boluje od poremećaja ličnosti(6). Ljudska ličnost je jednim dijelom određena nasljeđem i oblikuje se stjecanjem iskustva(4).

Philippe Pinel, francuski liječnik, prvi je rekao da poremećaj ličnost spada u nozologiju psihijatrije. Pinel je uveo termin "manie sans delire", odnosno manija bez zablude. Za to se vrijeme izraz "manija" koristilo za označavanje stanja uznemirenosti. Pinel je sa svojim kolegama liječnicima, Jeanom Etienne Dominique Esquirol te Jamesom Cowles Prichard, bio opsjednut tadašnjim pitanjem "može li psihijatrija objasniti nenormalno ponašanje kod osobe koja nema akutne psihijatrijske simptome a koja je počinila nasilni zločin?"(6).

Francuski psiholog Theodule Ribot opisao je normalne i nenormalne osobine kod osobe. Istaknuo je da je karakter osobe stabilan od djetinjstva do života odraslih. Opisao je tri primarna tipa ličnosti: osjetljivu, aktivnu i apatičnu ličnost(6). Poremećaji ličnosti su također i grupirani u tri skupine. Skupina A uključuje paranoidni i shizoidni poremećaj ličnosti. Osobe s poremećajem ličnosti iz skupine A su opisane kao "čudne ili ekscentrične". Skupina B uključuje anisocijalni, granični, histrionični i narcistični poremećaj ličnosti. Takve osobe su opisane kao "dramatizirajuće, emocionalnog ili nedosljednog ponašanja". Skupina C uključuje izbjegavajući, ovisni i opsesivno kompulzivni poremećaj ličnosti. Osobe s takvim poremećajem ličnosti su često anksiozne i ustrašene(7).

Uzroci poremećaja ličnosti su urođene karakteristike i vanjski čimbenici, što u puno slučajeva uzrokuje socijalnu distancu, strah i izolaciju. Poremećaje ličnosti je teško razumjeti jer se oni ne pojavljuju zbog jednog uzroka nego zbog spleta više njih. Osoba oboljela od poremećaja ličnosti bori se sa simptomima poremećaja ličnosti, odnosno sa stresom, već u djetinjstvu, a to se nastavlja i u adolescenciji i odrasloj dobi. U ranom djetinjstvu i u adolescenciji je teško pouzdano utvrditi dijagnozu poremećaja ličnosti, jer se faze stresa događaju povremeno(8).

4.1. Granični poremećaj ličnosti

Izraz 'granična organizacija osobnosti' uveo je Otto Kernberg te se odnosi na dosljedan obrazac funkcioniranja i ponašanja obilježen nestabilnošću i odražavanjem poremećene psihološke samoorganizacije. Bez obzira na zamišljene psihološke strukture, skupina simptoma i ponašanja povezana s graničnom osobnošću postajala je sve poznatija i uključivala je upečatljive fluktuacije od razdoblja pouzdanja do razdoblja apsolutnog očaja, izrazito nestabilnog samopouzdanja, brze promjene raspoloženja, strahova napuštanja i odbacivanja i snažne sklonosti suicidalnom razmišljanju i samopovredi. Također mogu biti prisutni prolazni psihotični simptomi, uključujući kratke zablude i halucinacije(1).

„Granični poremećaj ličnosti“ je izraz koji se odnosi na psihijatrijski sindrom koji karakterizira poremećaj regulacije emocija, impulzivnost, ponašanje na riziku, razdražljivost, osjećaj praznine, samopovređivanja i strah od napuštanja, kao i nestabilni međuljudski odnosi. Granični poremećaj ličnosti nije uobičajen samo u psihijatrijskoj populaciji, već je i rasprostranjeniji u općoj zajednici nego što se prije mislilo, te stoga predstavlja važno javnozdravstveno pitanje(9). To je zapravo mentalni poremećaj koji uključuje kruti i nezdravi obrazac razmišljanja. Poremećaji osobnosti su prevladavajući u općoj populaciji, a više u kliničkoj populaciji. Tok graničnog poremećaja ličnosti vrlo je promjenjiv. Većina ljudi pokazuje simptome u kasnoj adolescenciji ili ranom životnom dobu(1). Granični poremećaj ličnosti povezan je sa značajnim oštećenjem, posebno u odnosu na sposobnost održavanja stabilnih odnosa kao rezultat osobne i emocionalne nestabilnosti. Za mnoge se ozbiljnost simptoma i ponašanja koja karakteriziraju granični poremećaj ličnosti podudara s težinom osobnih, socijalnih i profesionalnih oštećenja. Međutim, to nije uvijek slučaj, a neki ljudi s onim što izgleda na drugi način izraženim graničnim poremećajem ličnosti mogu raditi u vrlo visokoj razini u karijeri. Mnogi, ali ne svi, ljudi s graničnim poremećajem ličnosti ponavljano se ozljeđuju, obično pružaju olakšanje od nepodnošljivih nevolja koje za mnoge mogu dovesti do značajnih tjelesnih oštećenja i invaliditeta. Štoviše, samoubojstvo je još uvijek uobičajeno kod osoba s graničnim poremećajem osobnosti i može se dogoditi nekoliko godina nakon prvog prikazivanja simptoma(1).

Iako je prognoza graničnog poremećaja ličnosti relativno dobra, jer većina ljudi ne ispunjava kriterije za dijagnozu nakon 5 godina, važno je napomenuti da mali broj ljudi ima trajne simptome do kasnog života. Ponavljajuće samopovređivanje može povremeno biti problem u starijih osoba i mogućnost da se to može dogoditi zbog graničnog poremećaja ličnosti u takvim okolnostima. Međutim, rasprostranjenost stanja u starijih osoba mnogo je niža nego kod mladih, a jedna od ohrabrujućih karakteristika remisije iz stanja je da je mnogo rjeđe praćen recidivima nego što je to slučaj kod većine drugih psihijatrijskih poremećaja(1).

4.1.1. Etiologija graničnog poremećaja ličnosti

Postoje mnoge teorije o razvoju graničnog poremećaja ličnosti. U mentalizirajućem modelu Petera Fonagyja i Anthonyja Batemana, granični poremećaj ličnosti rezultat je nedostatka otpornosti na psihološke stresore. U tom okviru, Fonagy i Bateman definiraju otpornost kao sposobnost generiranja adaptivne ponovne procjene negativnih događaja ili stresora; pacijenti s oslabljenom ponovnom procjenom gomilaju negativna iskustva i ne usvajaju se iz dobrih iskustava. U biosocijalnom modelu koji je popularizirala dr. Marsha Linehan, genetska ranjivost djeluje na "kronično invalidno okruženje" kako bi stvorila zvijezde graničnih simptoma poremećaja ličnosti. U drugoj teoriji, granični poremećaj ličnosti proizlazi iz nemogućnosti reguliranja utjecaja i nedostatka formiranja odgovarajućih mehanizama rješavanja reakcija na stres. Otto Kernberg teoretizirao je da nedostatak integracije u rani materijalni odnos dovodi do graničnog poremećaja ličnosti, Kernberg je pretpostavio da novorođenče doživljava majčinu figuru u dihotomnom okviru, ljubavnu i negujuću majku koja pruža dijete i kaznu, mržnju majku koja oduzima dijete. Ta kontradikcija izaziva intenzivnu anksioznost i ako nije integrirana u umjereniji unitarni koncept, u konačnici dovodi do razvoja cijepanja. Izraz "cijepanje" odnosi se na obrambeni mehanizam u kojem pacijent ne može oblikovati realni pogled na drugu osobu, i to u bilo kojem trenutku na drugu osobu se gleda kao na potpuno dobro ili potpuno loše. Ova nemogućnost gledanja drugih kao pozitivnih i negativnih atributa narušava osobne odnose(10).

Etiološki modeli graničnog poremećaja ličnosti sugeriraju da razvoj „nepovjerljivih unutarnjih radnih modela“ temeljenih na nesigurnoj vezanosti predisponira percipiranje drugih kao nepouzdatih. Uzročni čimbenici u ovom razvoju uključuju traumu u djetinjstvu, poput emocionalnog zanemarivanja ili fizičkog i seksualnog zlostavljanja, premda je povezivanje graničnog poremećaja ličnosti samo s traumatičnim događajima previše pojednostavljeno. Doprinos genetike kod graničnog poremećaja ličnosti nije uvjerljiv, ali čini se da je nasljeđivanje značajno(9).

Biološki čimbenici poremećaja ličnosti sastoje se od temperamentnih (urođenih ili nasljednih) karakteristika koje se u odrasloj dobi prikazuju kao stabilne osobine ličnosti: obrasci mišljenja, utjecaja i ponašanja koji karakteriziraju pojedince i stabilni su tijekom vremena. Nasljedni čimbenici predstavljaju otprilike polovicu varijabilnosti u gotovo svim ispitivanim svojstvima. Konkretno, i afektivna nestabilnost i impulzivnost imaju nasljedne komponente ove veličine, a studije koje uključuju blizance pokazale su da i sam granični poremećaj ličnosti pokazuje sličan genetski utjecaj. Također, istraživanja obiteljske povijesti otkrila su da su impulzivni poremećaji poput antisocijalne ličnosti i zlorabe tvari osobito česti kod rodbine prvog stupnja pacijenata s graničnim poremećajem ličnosti. Međutim, biološki korelati afektivne nestabilnosti nisu poznati, a nisu utvrđeni markeri specifični za cjelokupni poremećaj(11).

Psihološki čimbenici graničnog poremećaja ličnosti mogu biti upečatljivi, ali nisu konzistentni. Granični poremećaj ličnosti se prvi klinički prikazuje u adolescenciji, u srednjoj dobi od 18 godina. Iako mnogi pacijenti opisuju nepovoljnosti poput porodične disfunkcije kao i raspoloženje i impulzivne simptome koji sežu u djetinjstvo, potrebni su longitudinalni podaci kako bi se utvrdio precizan utjecaj ranih čimbenika rizika. Izvještavanja o visokoj učestalosti traumatičnih događaja tijekom djetinjstva u ovoj populaciji trebaju uzeti u obzir studije u zajednici, koje pokazuju veliku otpornost nakon traume, posebno za manje teške ozljede. Međutim, zlostavljanje u mlađim životnim godinama smatra se kao faktor rizika no to nije strogo specifično za granični poremećaj ličnosti. Općenito, nepovoljni životni događaji sami nisu dosljedno patogeni, već stvaraju posljedice kod ranjive populacije(11).

Socijalni čimbenici u graničnom poremećaju ličnosti sugeriraju se posrednim dokazima. Do sada nisu postojale međukulturalne studije o graničnom poremećaju ličnosti, iako su karakteristični simptomi poput ponavljajućih pokušaja samoubojstva rjeđi u tradicionalnim društvima, u kojima se male generacije ne mijenjaju, ali su u porastu u modernim društvima i u društvima koja su podvrgnuta brzim promjenama(11).

Neurobiološki čimbenici graničnog poremećaja ličnosti, kao što su impulzivnost slabo se razumiju. S obzirom na heterogenost poremećaja, radnici su istraživali različite podskupine u potrazi za različitim endofenotipovima. Nekoliko istraživača zabilježilo je značajne razlike između pacijenata muškog i ženskog roda, u odnosu na serotonergičku funkciju. Strukturalno i funkcionalno neuroimaging otkrilo je disfunkcionalnu mrežu moždanih regija koja kao da posreduju u važnim aspektima graničnih simptoma poremećaja ličnosti(11).

4.1.2. Dijagnosticiranje graničnog poremećaja ličnosti

Najčešći poremećaj povezan s graničnim poremećajem ličnosti je depresija, ali kod graničnog poremećaja ličnosti simptomi se obično povezuju s nestabilnošću raspoloženja, a ne s produženim i neprekidnim razdobljima slabijeg raspoloženja viđenim kod klasičnih poremećaja raspoloženja. Također, zbog karakterističnih promjena raspoloženja, granični poremećaj ličnosti često se zamijeni za bipolarni poremećaj. Međutim, pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti ne pokazuju kontinuirano povišeno raspoloženje već umjesto toga pokazuju obrazac naglih promjena utjecaja povezanih s događajima u okruženju, s „visokim“ periodima koji traju satima, a ne danima ili tjednima. Granični poremećaj ličnosti se može zamijeniti za shizofreniju; međutim, umjesto dugotrajnih psihotičnih simptoma, pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti doživljavaju kratkotrajne „mikropsihotičke“ pojave (one traju nekoliko sati ili najviše nekoliko dana), slušne halucinacije bez gubitka vida (bolesnici sa shizofrenijom ne prepoznaju da je halucinacija zamišljena, a pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti prepoznaju), paranoidni su i javljaju se depersonalizacijska stanja u kojima pacijenti sebe ili svoju okolinu doživljavaju kao nestvarne. Konačno, pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti izloženi su povećanom riziku od zlorabe tvari, što je dio kliničke slike raširene impulzivnosti(11).

Zapravo, dijagnoza se temelji na simptomima koji su prisutni od adolescencije ili rane odrasle dobi i koji se pojavljuju u višestrukim kontekstima. Ne postoje laboratorijski ili slikovni testovi koji bi mogli pomoći dijagnozi. Brojni strukturirani i polustrukturirani intervjui mogu pomoći pri postavljanju dijagnoze. Tijekom razgovora s pacijentima moraju se istražiti različite domene simptoma. Simptomi u graničnom poremećaju ličnosti javljaju se u 4 domene: afektivnost, interpersonalno funkcioniranje, kontrola impulsa i kognitivna. Dijagnoza zahtijeva ispunjavanje najmanje 5 od 9 specifičnih kriterija(12).

Kriteriji za postavljanje dijagnoze graničnog poremećaja ličnosti su:

- Iskreni napori za izbjegavanje stvarnog ili zamišljenog napuštanja. Ne uključuje samoubilačko ili samoponižavajuće ponašanje obuhvaćeno kriterijem.
- Obrazac nestabilnih i intenzivnih međuljudskih odnosa karakterizira izmjena ekstremnih idealizacija i devalvacije.
- Poremećaj identiteta: izrazito i uporno nestabilna slika o sebi ili osjećaj za sebe.
- Impulzivnost u najmanje dva područja koja mogu biti štetna za sebe (npr. seks, zlouporaba droga, nesmotrena vožnja, konzumiranje hrane iz domaćeg uzgoja). Ne uključuje samoubilačko ili samoponižavajuće ponašanje obuhvaćeno kriterijem.
- Ponavljajuće samoubilačko ponašanje, gestikulacije ili prijetnje ili samouništavajuće ponašanje.
- Afektivna nestabilnost zbog izrazite reaktivnosti raspoloženja (npr. Intenzivna epizodna disforija, razdražljivost ili anksioznost koja obično traje nekoliko sati, a rijetko više od nekoliko dana).
- Kronični osjećaji praznine.
- Neprimjeren, intenzivan bijes ili poteškoća u kontroli bijesa (npr. Često pokazivanje temperamenta, stalnog bijesa, ponavljajuće fizičke borbe).
- Privremena, paranoidna ideja povezana sa stresom ili teški disocijativni simptomi(12).

Nadalje, sljedeći korak je procjena osobnosti, koja zahtijeva dobru povijest. Iako će liječnik tijekom rutinskog pregleda moći dobiti potrebne informacije od većine pacijenata, oni također mogu uz pristanak pacijenta razgovarati s članovima obitelji ili prijateljima. Završni korak je utvrđivanje kategorije koja najbolje odgovara kliničkoj slici. Da bi dijagnosticirali granični poremećaj ličnosti, liječnici moraju utvrditi da su obrasci afektivne nestabilnosti, impulzivnosti i nestabilnih odnosa bili dosljedni tijekom vremena(11).

4.1.3. Prognoza graničnog poremećaja ličnosti

Upravljanje pacijentima s graničnim poremećajem ličnosti može biti opterećujuće za liječnike i medicinske sestre jer će se oni možda morati nositi s ponovljenim prijetnjama i pokušajima samoubojstva tijekom godina. Također, pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti ne poštuju granice i mogu se pretjerano vezati za svoje liječnike i medicinske sestre/tehničare. Većina bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti poboljšava se s vremenom. Oko 75% ponovno će se približiti normalnom funkcioniranju u dobi od 35 do 40 godina, a 90% će se oporaviti do 50. godine života. Nažalost, oko 1 od 10 pacijenata na kraju uspije počiniti samoubojstvo.

Međutim, teško je predvidjeti ovaj ishod, a 90% pacijenata poboljšava se unatoč tome što im je u više navrata prijetilo da će okončati život. Mehanizam oporavka graničnog poremećaja ličnosti nije u potpunosti razumljiv, ali impulzivnost se općenito smanjuje s godinama, a pacijenti s vremenom uče kako izbjeći situacije koje im pružaju najviše problema npr. Intenzivne ljubavne veze(11).

Longitudinalna studija 290 bolesnika s dijagnosticiranim graničnim poremećajem ličnosti i ponovna procjena u dvogodišnjim intervalima tijekom 16 godina dala je sljedeće stope remisije:

- 35% remisija nakon 2 godine
- 91% remisija nakon 10 godina
- 99% remisija nakon 16 godina

Nažalost, autori ove studije primijetili su da je remisija povezana s osiromašenim socijalnim odnosima, što ih navodi na zaključak da se čini da pacijenti mogu remisirati jer izbjegavaju međuljudske odnose, umjesto da postupno razvijaju bolje međuljudske vještine. Nakon postignuća, remisija je održana više od osam godina kod 75% pacijenata. Nekoliko čimbenika bilo je povezano s bržim početkom remisije, uključujući nedostatak komorbiditeta, povijest seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu, povijest zloupotrebe supstanci u obitelji, visoko funkcioniranje (pokazano u školi ili na radnom mjestu) i starost manja od 25 godina. Trajna remisija graničnog poremećaja ličnosti dokazana je i u nekoliko drugih studija(10).

4.1.4. Liječenje graničnog poremećaja ličnosti

Budući da bolesnici s graničnim poremećajem ličnosti trpe značajan morbiditet i smrtnost, to izaziva terapeutske izazove za liječnike. Liječenje graničnog poremećaja ličnosti u prvom redu je psihoterapija. Međutim, lijekovi usmjereni na simptome su također učinkoviti.

Psihoterapije prilagođene liječenju bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti su: terapija dijalektičkog ponašanja, terapija koja se temelji na mentalizaciji, terapija usmjerena na prenošenje, kognitivno-bihevioralna terapija i terapija usmjerena na shemu. Ove terapije pružaju aktivne i usredotočene intervencije koje naglašavaju trenutno funkcioniranje i odnose. Ovi modaliteti terapije također pružaju:

- strukturirani priručnik koji podržava terapeuta i daje preporuke za uobičajene kliničke probleme
- ako su strukturirane tako da potiču povećanu aktivnost, proaktivnost i samo-agencije za pacijente
- usredotočiti se na emocionalnu obradu, posebno na stvaranje čvrstih veza između djela i osjećaja
- povećana kognitivna koherencija u odnosu na subjektivno iskustvo u ranoj fazi liječenja uključivanjem modela patologije koji se pažljivo objašnjava pacijentu i poticanja aktivnog stava terapeuta, što neizbježno uključuje izričitu namjeru da se potvrdi i pokaže empatija i stvori snažne vezanosti za stvaranje temelja savezništva.

Psihoedukacija je također važan dio liječenja graničnog poremećaja ličnosti. To uključuje informiranje pacijenata i obitelji o poremećaju, znakovima i simptomima poremećaja, kao i mogućim uzrocima i mogućnostima liječenja. Mentalizacijska terapija također uključuje kognitivne tehnike. Na primjer, pacijentu je pružena podrška da promatra svoj um i stvara alternativne perspektive svojih misli drugima. Transfuzijski fokusirana terapija uključuje konfrontaciju, istraživanje i interpretacije transfera za odnos bolesnika koji boluju od graničnog poremećaja ličnosti s drugim pojedincima. Također, obiteljski odgoj može se koristiti kao dodatak drugim terapijama za liječenje graničnim poremećajem ličnosti(13).

4.1.4.1. Psihofarmakoterapija

Psihofarmaci, lijekovi koji u svojoj terapijskoj dozi postižu povoljan psihoaktivni učinak te se koriste u liječenju psihičkih poremećaja. Primjena antidepresiva, stabilizatora raspoloženja i antipsihotika, skupina lijekova različite strukture koji imaju dobar učinak na simptome depresije, uobičajena je u kliničkoj praksi. Tijekom ispitivanja liječenja graničnog poremećaja ličnosti u SAD-u, istaknuti profesor psihologije Edwin P. Hollander, otkrio je da je 10% osoba s graničnim poremećajem ličnosti propisano antipsihotik u nekom trenutku tijekom kontakta s uslugama, 27% stabilizator raspoloženja, 35% anksiolitik i 61% antidepresiv, stopa propisivanja za životni vijek antidepresiva bila je dvostruko veća od one u bolesnika s velikom depresijom. Takav tretman se često započinje tijekom razdoblja krize, a stopa placebo odgovora u ovom kontekstu je visoka; kriza je obično vremenski ograničena i može se očekivati da će se riješiti neovisno o liječenju lijekovima(1).

Često se propisani lijek nastavlja u pokušaju zaštite od daljnjih prolaznih simptoma povezanih sa stresom, a kad se pojave, vjerojatno se dodaje i drugi lijek iz druge klase. Oni koji imaju opetovana krizna primanja u bolnicu može im se propisati više psihotropnih lijekova u kombinaciji s nizom lijekova za manje fizičke tegobe. Srednjoročna primjena lijekova često je slaba, a učestalost mijenjanja receptata otežava utvrđivanje koji je lijek, ako postoji, pomogao i kako.

Psihotropni lijekovi koji se obično propisuju povezani su s klinički značajnim nuspojavama. Na primjer, antipsihotični lijekovi mogu dovesti do znatnog povećanja tjelesne težine, što izaziva probleme sa samopoštovanjem i povećava rizik od ozbiljnih fizičkih patologija kao što su dijabetes i kardiovaskularne bolesti. Litij može uzrokovati hipotireozu i vrlo je toksičan lijek kod predoziranja; valproat može dovesti do povećanja tjelesne težine i glavni je ljudski teratogen i selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina mogu uzrokovati neugodne simptome prekida ako se ne uzimaju dosljedno. Ravnoteža rizika i koristi psihotropnih lijekova općenito je još nepovoljnija kod adolescenata i mlađih odraslih(1).

Farmakološki tretman graničnog poremećaja ličnosti ostaje ograničen u doseg. Iako nekoliko lijekova "skida rub" sa simptomima, oni ne proizvode remisiju graničnog poremećaja ličnosti(11). Neuroleptici mogu biti učinkoviti protiv kognitivno-perceptivnih simptoma, poput sumnjivosti, paranoidne ideje, referentne ideje ili prolaznih (stresnih) halucinacija.

Nijedan psihotropni lijek nije posebno licenciran za upravljanje graničnim poremećajem ličnosti, iako neki imaju široke licence za proizvode koji pokrivaju pojedinačne simptome ili nakupine simptoma. Tamo gdje postoji dijagnoza komorbidne depresije, psihoze ili bipolarnog poremećaja, uporaba antidepresiva, antipsihotika i stabilizatora raspoloženja bila bi unutar njihovih licenciranih indikacija. Ako postoje depresivni ili psihotični simptomi ili afektivna nestabilnost, koji ne zadovoljavaju dijagnostičke kriterije za mentalne bolesti, upotreba psihotropnih lijekova u velikoj mjeri nije licencirana. Minimalno propisivanje lijeka trebalo bi biti u skladu s cijenjenim liječničkim mišljenjima i biti u stanju podnijeti logičku analizu(1).

Vrlo je bitno da medicinska sestra/tehničar zna prepoznati nuspojave određenih lijekova kako bi se pravilno interveniralo.

- Antidepresivi

Kod antidepresiva se javljaju delirantna stanja, posanost, nemir, nesanica, konvulzije, mučnina, povraćanje, retencija urina, galaktoreja, zamućen vid, osip i slično.

- Anksiolitici

Kod anksiolitika se javljaju ataksija, konfuzija, anafilaktička reakcija, bijes, iritabilnost, gubitak kontrole nad vlastitim ponašanjem, mučnina, tremor, anterogradna amnezija itd.

- Antipsihotici

Kod antipsihotika se javljaju nuspojave u središnjem živčanom sustavu (tardivna diskenizija, neuroleptički maligni sindrom, znojenje, tahikardija, nesanica, konvulzije itd), nuspojave u autonomnom živčanom sustavu (zamućen vid, opstipacija, retencija urina, midrijaza), u kardiovaskularnom sustavu (poremećaj srčanog ritma, ortostatska hipotenzija te iznenadna smrt). Također se javljaju galaktoreja, ginekomastija, smanjenje libida, mučnina, povraćanje, pojačano znojenje te glavobolja(14).

4.1.4.2. Psihoterapija

Glavno sredstvo liječenja graničnog poremećaja ličnosti je i dalje psihoterapija. Terapija dijalektičkog ponašanja je oblik kognitivne bihevioralne terapije koja cilja afektivnu nestabilnost i impulzivnost, koristeći grupne i individualne sesije kako bi se pacijenti naučili kako da reguliraju svoje emocije. Ovaj oblik terapije ponašanjem pokazao se učinkovitim u stavljanju suicidalnih ponašanja pod kontrolu u roku od godinu dana(11). Psihoanaliza i psihoterapija već se dugo koriste u liječenju bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti.

Posljednjih je godina uobičajeno da se psihoterapijsko liječenje dijeli u tri skupine: psihoanalitički orijentirane, kognitivno-bihevioralne i podržavajuće. Ti pristupi su nastali na različitim teorijama i psihološkim osnovama. U stvarnoj praksi, a posebno u čestim kriznim situacijama koje karakteriziraju tijekom graničnog poremećaja ličnosti u ranim fazama, mnogi će se terapeuti oslanjati na taktike i intervencije posuđene iz drugog pristupa koji nije njihov primarni. Takvi pomaci zahtijevaju zdravu mjeru fleksibilnosti, osim što ulijevaju malo eklekticizma u praksu mnogih koji intenzivno rade s graničnim pacijentima(15).

Psihoterapija mora biti usmjerena na pomaganje pacijentu da počne doživljavati nijanse sive između krajnosti i integrirati pozitivne i negativne aspekte sebe i drugih. Glavni poticaj psihoterapije je pomoći pacijentima da shvate da je njihova percepcija drugih, uključujući terapeuta, više reprezentacija, a ne kako su zapravo(16).

Psihoanalitičke ili "psihodinamičke" metode temelje se na pretpostavci da nesvjesne sile i sukobi kože graničnog pacijenta i odgovorni su za oštro polarizirane stavove i često divlje oscilirajuće obrasce ponašanja koji se vide u graničnom poremećaju ličnosti. Na primjer, granični pacijenti skloni su prelasku iz obožavanja u prezir prema ključnim ličnostima u svom životu. Ovi pomaci u stavu mogu se pokrenuti nepredvidivo kroz sasvim manje događaje u njihovom međuljudskom životu, tako da drugi ljudi graničnu osobu doživljavaju kao neintegraciju i postoje samo u krajnosti. Psihodinamički pristup nastoji promovirati psihičku integraciju pažljivim ispitivanjem polariziranih stavova (koji se održava izvan svijesti zaštitom od cijepanja), koristeći činjenicu da će terapeut uskoro doživjeti, putem transfera, kao različita snažna osjećaja (ljubav, mržnja, požuda, ljubomora, zavist i slično) koji zapravo potječu od graničnog pacijenta, ali koji za sada postoje izvan pacijentove svijesti i bivaju zavaljeni, kako bismo rekli, oko ramena terapeuta, putem obrana projektivne identifikacije.

Tijekom ovog postupka kod terapeuta će se pojaviti snažni kontratransferski osjećaji. Takvi osjećaji postaju vrlo koristan materijal za terapeuta te za obradu i na kraju tumačenje dijagnoze pacijentu. Cilj psihodinamičkog pristupa je, općenito, postići integraciju dosad rastavljenih i razdvojenih elemenata u psihi pacijenta, nadajući se da će to dovesti do primjerenijeg odnosa prema drugim ljudima i do moduliranijeg ponašanja u svakodnevnom životu(15).

U ranim fazama rada s graničnim pacijentima, terapeut se može suočiti sa svim vrstama ponašanja opasnih po život ili samutilacijom, međuljudskim krizama, poremećajima u liječenju i slično, što zahtijeva upotrebu različitih potpornih intervencija. Kad su prisutni suicidnost ili ekstremna impulzivnost i zahtijevaju hospitalizaciju, psihodinamička razmatranja zauzimaju drugo mjesto za intervencije postavljanja granica i potpora, sve dok se stabilnost ne obnovi(15).

Kognitivno-bihevioralni pristupi liječenju graničnih pacijenata stavljaju naglasak na opažajuće ponašanje i na psihičke sheme ili "unutarnje skripte" (uobičajeni obrasci razmišljanja koji se odnose na ja i međuljudski svijet, izgrađeni tijekom nećijih razvojnih godina). Ponašanja i njihove temeljne sheme su u evoluciji graničnog poremećaja ličnosti postali neprilagođeni za razne uzročne čimbenike: nasljedne predispozicije, poniženja i druge psihološke ozljede koje su doživjele od medicinskog osoblja, a u nekim slučajevima i izravne traume koje proizlaze iz fizičkog ili seksualnog zlostavljanja. Kognitivne distorzije tipične za bolesnike s graničnim poremećajem ličnosti uključuju (kao što smo napomenuli u raspravi o dinamičkim pristupima) polarizirane stavove bez ikakvog ponašanja. Iako kognitivno-bihevioralni terapeuti često ne prenose prijenos poput takvih, taj se fenomen može lako razumjeti na kognitivnom jeziku, kao reakcije pacijenta prema terapeutu koji se temelje na rano ugrađenim vjerovanjima i očekivanjima koja su proizašla iz prošlih iskustava, a ne na terapeuta kao stvarnog i realno percipiranog pojedinca. Terapija se fokusira na smanjenje sklonosti ka dihotomnom razmišljanju, pomažući pacijentu da razvije bolju kontrolu nad svojim emocijama i impulsima i ojača bolesnikov osjećaj identiteta(15).

Ovakav pristup liječenju uključuje korištenje jedne pojedinačne terapije tjedno s terapeutom, zajedno s tjednim grupnim terapijama, orijentiranim na trening vještina. Telefonski pozivi terapeutu su dozvoljeni, ali pod uvjetom da će terapeut razgovarati s pacijentom koji se sprema samostalno izrezati ili izvršiti samoubilačku gestu, u očekivanju da će njihov razgovor dovesti do sposobnost pacijenta da stekne samokontrolu i da se suzdrži od samopovratnog čina.

Ako pacijent nazove nakon što je učinio samozavaravajuću radnju, tada se poziv prekida, kao sredstvo za smanjivanje "sekundarnog dobitka" koji bi inače mogao biti izveden iz slušanja terapeuta o onome što je pacijent u stvari već učinio. Što se tiče dijalektike pojedinih terapija, to uključuje istu vrstu psihičke integracije i razvoj prikladnijih obrazaca ponašanja, koji se traže kao ciljevi u psihodinamičkim terapijama. Budući da su mnogi bolesnici s graničnim poremećajem ličnosti bili zlostavljani i zlostavljani u djetinjstvu, u situacijama kada su roditelji koristili zastrašivanje i negiranje da bi objavili stvarnost onoga što se djeci čini, validacija tijekom terapije postaje važna ljekovita intervencija: uvjeravanje graničnog pacijenta da doista su se dogodila određena negativna iskustva (zanemarivanje, neopravdano kažnjavanje, incest i slično) i da pacijent nije bio "lud" za tim razmišljanjem(15).

4.1.4.3. Terapijske zajednice

Terapijska zajednica je svjesno dizajnirano socijalno okruženje i program unutar stambene ili dnevne jedinice u kojoj se socijalni i grupni proces koristi s terapijskim namjerama. U terapijskoj zajednici sama je zajednica primarni terapijski instrument(9). Različiti oblici terapijske zajednice razvili su se iz ovog podrijetla, od kojih je jedan jasan dio specifičnog liječenja ljudi s poremećajima ličnosti. Terapijske zajednice za poremećaj ličnosti kreću se od bolnica sa punim radnim vremenom do jedinica koje djeluju nekoliko sati u jednom danu svakog tjedna. Iako je, kao što je gore navedeno, sama zajednica glavno terapijsko sredstvo, programi uključuju niz različitih terapija, koje se obično održavaju u skupinama. Oni mogu uključivati male analitičke skupine, srednje analitičke skupine, psihodramu, transakcijsku analizu, umjetničku terapiju, CT , rješavanje socijalnih problema, psihoedukaciju i gestalt. Uz specifične terapije, postoje i sastanci i aktivnosti u zajednici(1).

Terapijske zajednice općenito koriste složeni postupak prijema, a ne neposredne kriterije za uključivanje i isključenje. To rezultira dijagnostičkom heterogenošću i nijedna tvrdnja da isključivo tretira granični poremećaj ličnosti; međutim, nedavni rad pokazao je da prijemne karakteristike članova pokazuju visoku razinu poboljšavanja ličnosti, pri čemu većina pokazuje dovoljna obilježja za dijagnosticiranje više od tri poremećaja ličnosti, često u više grupa. Faza prijema uključuje procese angažiranja, procjene, pripreme i odabira prije nego što započne definitivni program terapije i predstavlja model postupne skrbi gdje korisnici usluga odlučuju kada i hoće li prijeći na sljedeću fazu programa. Postupak glasanja postojećih članova zajednice, na posebnoj konferenciji o slučaju ili prijemnom panelu obično se koristi za primanje novih članova. Programi i njihove različite faze vremenski su ograničeni, a nijedna terapijska zajednica posebno za poremećaj ličnosti nije otvorena. Neki od njih imaju formalne ili neformalne programe postterapije koje vode zaposlenici ili korisnici(1). Timovi osoblja u terapijskim zajednicama uvijek su multidisciplinarni, a izvlače se uglavnom iz osnovnih profesija mentalnog zdravlja, uključujući izravni psihijatrijski doprinos i specijaliste psihoterapeute. Oni također često zapošljavaju 'socijalne terapeute', koji su neobučeno osoblje s odgovarajućim osobnim osobinama, te bivši korisnici usluga. Uloga osoblja je manje očita nego u pojedinačnim terapijama i često može obuhvatiti širok spektar aktivnosti kao dio socioterapije.

Međutim, jasne strukture - poput opisa poslova koji definiraju njihove različite odgovornosti, uzajamno dogovorenih procesa suočavanja s nizom svakodnevnih problema i rigoroznih nadzornih aranžmana - uvijek podupiru različite uloge osoblja(1).

Neki terapeuti stvaraju hijerarhiju prioriteta koje treba uzeti u obzir u liječenju (npr. Prvo se usredotočujući na samoubilačko ponašanje). Ostale vrijedne intervencije uključuju potvrđivanje patnje i iskustva pacijenta, kao i pomaganje pacijentu da preuzme odgovornost za svoje postupke. Budući da pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti mogu pokazati široki niz prednosti i slabosti, fleksibilnost je presudan aspekt učinkovite terapije. Ostale komponente učinkovite terapije za pacijente s graničnim poremećajem ličnosti uključuju upravljanje osjećajima (kako kod pacijenta, tako i kod terapeuta), promičući refleksiju, a ne impulzivno djelovanje, smanjujući pacijentovu sklonost dijeljenju i postavljanju ograničenja bilo kakvom autodestruktivnom ponašanju. Pojedinačna psihodinamička psihoterapija bez istodobne grupne terapije ili drugih djelomičnih bolničkih modaliteta ima određenu empirijsku potporu(16). Grupni pristupi se obično koriste u kombinaciji s individualnom terapijom i drugim vrstama liječenja.

5. ZDRAVSTVENA NJEGA

Osobe s graničnim poremećajem ličnosti mogu biti izrazito emocionalno uzbuđeni. Skloni su svijet gledati kao opasan i zloban, a sami sebe kao nemoćni, ranjivi i suštinski neprihvatljivi. Često imaju ili pokazuju visoku osjetljivost na emocionalne okidače; neprimjeren, intenzivan bijes ili poteškoće u kontroli bijesa, strah od napuštanja, impulzivnost viđena zloupotrebom supstanci, neselektivnom seksualnom aktivnošću te česte samoubilačke ideje i samopovrede (poput rezanja). Ovi simptomi obično počinju u ranoj odrasloj dobi. Granični poremećaj ličnosti ima visoki komorbiditet s drugim mentalnim bolestima kao što su depresija, anksioznost, bulimija, problemi s uporabom tvari i drugi poremećaji ličnosti. Često postoji povijest fizičkog i seksualnog, ali i psihičkog zlostavljanja i zanemarivanja u djetinjstvu. Osobe s graničnim poremećajem ličnosti često će se predstavljati s osjećajem kaosa i često izazivaju snažne emotivne reakcije davatelja usluga(17).

Medicinska sestra/ tehničar koji rade na psihijatrijskom odjelu i koji se susreću s pacijentima oboljelim od graničnog poremećaja ličnosti prvo prikuplja podatke i vrši procjenu istih tih podataka. Nadalje, individualno se pristupa svakom pacijentu te se plan psihijatrijske sestrinske skrbi mora odnositi na svakog pacijenta posebno, ovisno o stanju pacijenta i njegovim potrebama(17).

Prikladni ciljevi za odnos medicinske sestre/ tehničara i pacijenta u zajednici ili bolnici su:

- Razvijanje dobrog odnosa s pacijentom, na temelju empatije i povjerenja, no istovremeno održavajući granice u tom odnosu,
- Osigurati primjerenu skrb, njega i liječenje za pacijenta,
- Promicanje učinkovite i funkcionalne vještine kod suočavanja i rješavanja problema
- Osigurati dobra suradnja i komunikacija s ostalim članovima tima (liječnicima, psihijatrima itd.)(18).

5.1. Uloga medicinske sestre u liječenju osoba s graničnim poremećajem ličnosti

Psihijatar prije svega provodi početnu procjenu pacijenta i određuje način liječenja (npr. bolničko ili ambulantno). Budući da pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti često doživljavaju suicidalnu ideju (8% -10% počini samoubojstvo), sigurnosna pitanja bi trebala biti prioritet tijekom razgovora sa pacijentom, npr. „Imate li suicidalne misli?“ itd. Prije nego što se donese odluka o načinu liječenja (ambulantna, bolnička ili druga razina skrbi), potrebno je temeljito procijeniti sigurnost samog pacijenta. Važno je na početku liječenja uspostaviti jasan i izričit okvir liječenja. To se ponekad naziva "postavljanje ugovora". Postavljanje ugovora se odnosi na dogovore i razgovore s pacijentom da je medicinskoj sestri/tehničaru na prvom mjestu pacijent i njegovo liječenje, o načinu liječenja, o njegovim dnevnim aktivnostima itd. Iako je ovaj postupak općenito primjenjiv na liječenje svih pacijenata, bez obzira na dijagnozu, takav je dogovor posebno važan za pacijente s graničnim poremećajem ličnosti. Medicinska sestra/ tehničar i pacijent se mogu pozvati na ovaj sporazum kasnije u liječenju, ako je to potrebno. Pacijenti i medicinske sestre/ tehničari trebali bi uspostaviti sporazume o ciljevima liječenja (npr. smanjenju simptoma, osobnom rastu, poboljšanju funkcioniranja) i o tome koja se uloga očekuje za postizanje tih ciljeva(19).

Očekuje se da pacijenti, primjerice, izvještavaju o problemima kao što su sukobi između pacijenta i obitelji, prijatelja, medicinskog osoblja, disfunkcija održavanja odnosa i predstojeće životne promjene. Očekuje se da će medicinske sestre/tehničari ponuditi razumijevanje, objašnjenja za intervencije liječenja, nerazmjernu pažnju i poštovanje, suosjećajne stavove s razumnim povratnim informacijama pacijentima koji im mogu pomoći u postizanju njihovih ciljeva. Uz to, od ključne je važnosti da pacijenti i medicinske sestre/ tehničari rade na uspostavljanju sporazuma o tome kada, gdje i s kojom učestalošću će se održavati liječenje(16). Pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti imaju poteškoće u razvoju i održavanju povjerljivih odnosa. To može biti problem kod liječenja kao i značajna prepreka razvoju saveza liječenja potrebnih za provođenje plana liječenja.

Stoga medicinska sestra / tehničar bi trebao obratiti posebnu pozornost na utvrđivanje da li se pacijent slaže i prihvaća plan liječenja. Sljedeći zadatak izgradnje povjerenja između pacijenta i medicinske sestre/tehničara je poticanje pacijenata na aktivno sudjelovanje u liječenju, kako u svojim zadacima (npr. Praćenju učinaka lijekova, bilo uočavanju i refleksiji na njihov osjećaj), tako i u odnosu. To se može postići fokusiranjem pozornosti na to da li pacijent razumije i prihvaća ono što liječnici i medicinske sestre/tehničari kažu(19).

Psihoedukacijske metode često su korisne i obično ih pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti prihvaćaju, a prema potrebi i njihove obitelji. U odgovarajućem trenutku liječenja, pacijente treba upoznati s dijagnozom, uključujući njezin očekivani tijek, reaktivnost na liječenje i, kad je to primjereno, patogene čimbenike. Mnogi pacijenti s graničnim poremećajem osobnosti profitiraju od stalne edukacije o načinu života (npr. Siguran seks, potencijalni pravni problemi, uravnotežena prehrana). Tu je vrlo bitna dobra edukacija same medicinske sestre/ tehničara(19). Obitelji ili drugi - posebno oni mlađi - koji žive s pojedincima s graničnim poremećajem ličnosti također će imati koristi od psihoedukacije o poremećaju, njegovom tijeku i liječenju. Psihoedukaciju za obitelji treba razlikovati od obiteljske terapije, koja je ponekad poželjan dio plana liječenja, a ponekad nije, ovisno o pacijentovoj povijesti i stanju trenutnih odnosa. Agresivno ili razorno ponašanje u medicinskim uvjetima je česta pojava kod osoba oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti. Brojni agresivni postupci klinički su povezani s graničnim poremećajem ličnosti, kao npr. odbijanje liječenja, bijesni ispadi koji su u velikoj mjeri nesrazmjerni situaciji, zahtjevnosti ili zastrašivanju. Također, ne rijetko se pojavljuje i namjerna sabotaza medicinske skrbi. Namjerna sabotaza liječenja s graničnim poremećajem ličnosti kao takva ponašanja može djelovati kao ekvivalent samopovređivanja, npr. manje prepoznatljive varijante ponašanja kod samopovređivanja.

Mnogi su pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti doživjeli značajno zanemarivanje i zlostavljanje u djetinjstvu, pa je empatična potvrda stvarnosti tog zlostavljanja i patnje koju je prouzročila dragocjena intervencija. Učinkovita terapija pomaže pacijentima da shvate da, iako nisu bili odgovorni za zanemarivanje i zlostavljanje koje su doživjeli u djetinjstvu, trenutno su odgovorni za kontrolu i sprečavanje samodestruktivnih obrazaca u sadašnjosti. Ponekad medicinske sestre/tehničari mogu biti u mogućnosti ponuditi interpretacije nesvjesnih obrazaca koji pomažu pacijentu da razvije uvid. U drugim slučajevima, podrška i empatija mogu imati terapijski učinak. Strategije potpore ne smiju se pogrešno tumačiti kao jednostavno nude prijateljsku vezu. Provjeravanje ili potvrđivanje pacijentovog iskustva, jačanje adaptivne obrane i posebni savjeti primjeri su korisnih potpornih pristupa.

Medicinske sestre/ tehničari bi trebali poticati pacijenta da se uključi u proces samoopažanja, kako bi stvorio veće razumijevanje o tome kako ponašanja potječu od unutarnjih motivacija i utječu na stanja, te da znaju u kojim situacijama na koji način odreagirati(19).

Vrlo je bitan način uspostavljanja odnosa između medicinske sestre/tehničara i pacijenta. Svaki pacijent različito reagira na hospitalizaciju te isto tako i pristup svakom pacijentu mora biti individualan. Kod pacijenta se javljaju anksioznost, bijes, nesigurnost i slično. Medicinska sestra/ tehničar je najčešće ta osoba koju psihijatrijski bolesnik prvu upozna u novom okruženju, kojoj se prvo povjeri te je bitno da medicinska sestra/tehničar nemaju predrasude niti strah od takvih pacijenata. Pacijent mora imati odnos povjerenja s medicinskom sestrom/ tehničarom, mora biti siguran u postupke koje izvode, da mu žele pomoći, mora se osjećati ugodno s njima. Medicinska sestra/ tehničar moraju prihvatiti pacijenta onakvog kakav on je, bez obzira na njegovu rasu, vjersku pripadnost, politička uvjerenja ili seksualnu orijentaciju. Tijekom razgovora s pacijentom, medicinska sestra/ tehničar provodi takozvanu terapijsku komunikaciju, koja dovodi do usvajanja novih vještina kod pacijenta, dovodi do povećanja stupnja samopoštovanja i samopouzdanja kod pacijenta, smanjuje osjećaj anksioznosti i straha te pospješuje boljoj orijentaciji pacijenta u novoj okolini(20).

5.2. Sestrinske dijagnoze kod graničnog poremećaja ličnosti

- Anksioznost

Anksioznost se opisuje kao osjećaj neugode ili straha, praćen napetošću, panikom i tjeskobom. Najčešće je uzrokovana nekom prijetećom opasnosti, gubitkom kontrole ili sigurnosti(21).

Medicinska sestra/ tehničar najprije prikuplja podatke od pacijenta te i od njegove obitelji ako je to potrebno. Procjenjuje stupanj anksioznosti, prati simptome i znakove, procjenjuje kako se pacijent suočava s anksioznošću i strahom, te procjenjuje čimbenike koji dovode do osjećaja anksioznosti. Također, potreban je i fizikalni pregled kako bi se utvrdilo postoje li znakovi samoozljeđivanja. Medicinska sestra/ tehničar treba stvoriti empatijski odnos s pacijentom, pokazati mu da razumije njegove osjećaje. Potrebno je stvaranje osjećaja sigurnosti te opažati neverbalne znakove anksioznosti. Budući da je pacijentu nepoznata okolina, medicinska sestra/ tehničar upoznaju pacijenta s novom okolinom, aktivnostima te sa ostalim pacijentima. Da bi pacijent vjerovao medicinskoj sestri/ tehničaru potrebni su dogovori između njih, kao što je dogovor koje se informacije i kome smiju reći, zajedničko planiranje aktivnosti itd. Pacijent mora biti podučan o postupcima i procedurama koje će se događati tijekom njegove hospitalizacije. Važno je osigurati pacijentu sigurnu i mirnu okolinu s primjenom umirujuće glazbe. Medicinska sestra/ tehničar potiču pacijenta da potraži pomoć kada ima osjećaj anksioznosti, da prepozna činitelje koji potiču anksioznost te da izrazi svoje osjećaje. Također, jedan od vrlo bitnih zadataka medicinske sestre/ tehničara je da poduče pacijenta pravilnom uzimanju propisane terapije, te to kontrolirati i nadzirati. Neki od ciljeva kojima medicinska sestra/ tehničar teže su da pacijent prepozna znakove anksioznosti te da se pozitivno suočava s istima(21).

- Smanjena socijalna interakcija i smanjen stupanj samopoštovanja (Stigmatizacija)

Smanjena socijalna interakcija je stanje nezadovoljavajućeg odnosa s okolinom, u ovom slučaju kod graničnog poremećaja ličnosti najčešće zbog stigmatizacije osobe koja boluje(22).

Puno više od bilo koje druge vrste bolesti, mentalni poremećaji podliježu negativnim prosudbama i stigmatizaciji. Mnogi pacijenti ne samo da se moraju nositi s često razornim učincima svoje bolesti, već i pate od socijalne isključenosti i predrasuda. Stigmatizacija mentalno bolesnih ima dugu tradiciju, a sama riječ "stigmatizacija" ukazuje na negativne konotacije: u staroj Grčkoj je "stigma" bila marka za označavanje robova ili zločinaca. Već tisućljećima društvo nije mnogo bolje tretiralo osobe koje pate od depresije, autizma, šizofrenije i drugih mentalnih bolesti nego robove ili zločince: zatvorene su, mučene ili ubijane. Tijekom srednjeg vijeka, duševna je bolest smatrana božjom kaznom: mislilo se da su oboljeli od vraga opsjednuti i da su spaljeni na lomači, ili bačeni u kaznionice i luđake u kojima su bili vezani zidovima ili krevetima. Za vrijeme prosvjetiteljstva, psihički bolesni konačno su oslobođeni svojih lanaca i uspostavljene su ustanove za pomoć oboljelima od mentalnih bolesti. Međutim, stigmatizacija i diskriminacija dosegli su nesretni vrhunac za vrijeme nacističke vladavine u Njemačkoj, kada su stotine tisuća mentalno bolesnih ljudi ubijene ili sterilizirane(23). Stigmatizacija mentalnih bolesti i dalje je važan društveni problem. Opća populacija uglavnom nije svjesna ovog problema, a strah od psihički bolesnih i dalje prevladava. Iako mentalno bolesne više ne zatvaramo, spaljujemo ili ne ubijamo kao u srednjem vijeku ili u nacističkoj Njemačkoj, naši su socijalni standardi i stavovi ipak nedostojni modernih država blagostanja. Strukturna diskriminacija psihički bolesnih i dalje je prisutna, bilo u zakonodavstvu, bilo u naporima rehabilitacije.

Stigma se može opisati na tri konceptualne razine: kognitivnoj, emocionalnoj i bihevioralnoj, što nam omogućuje odvajanje pukih stereotipa od predrasuda i diskriminacije. Stereotipi se odnose na unaprijed pripremljena mišljenja i stavove prema pripadnicima određenih grupa, poput etničkih ili vjerskih skupina, bijelaca i crnaca, Europljana i Latinoamerikanaca, Židova i muslimana, i mentalno bolesnih.

Najistaknutiji stereotipi koji okružuju mentalno bolesne pretpostavljaju opasnost, nepredvidivost i nepouzdanost; pacijenti sa shizofrenijom najviše su pod utjecajem takvih pogleda. Stereotipi nisu nužno pogrešni ili negativni, jer oni mogu pomoći da se donese brza prosudba o osobama koje imaju određene karakteristike. Stereotipi omogućuju da se osoba nosi s određenom situacijom ili da se prilagodi bez potrebe za više informacija o uključenim osobama. Za pravično i racionalno rasuđivanje o pojedincima, međutim, potrebno je više informacija nego jednostavno pozivanje na stereotipe. U slučaju mentalnih bolesti, stereotipi mogu postati disfunkcionalni, jer obično aktiviraju generalizirane, a ne prilagođene obrasce odgovora; kontradiktorne informacije mogu čak pojačati stereotipe jer "iznimke dokazuju pravilo". U slučaju psihički bolesnih može se utvrditi je li osoba doista opasna, nepredvidiva ili nepouzdana ako se bolje upozna. Stigma vezana za mentalne bolesti je sveprisutna. Ne postoji zemlja, društvo ili kultura u kojoj ljudi s mentalnom bolešću imaju istu društvenu vrijednost kao i ljudi koji nemaju mentalnu bolest. Dok je stigma univerzalna, na iskustvo stigmatizirane osobe utječe kultura. Na primjer, u mnogim nezapadnim zemljama još uvijek prevladava uloga natprirodnih, religijskih ili magičnih objašnjenja mentalnih bolesti. Postoje i razlike u stigmatizaciji ovisno o vrsti poremećaja. Općenito, ljudi žele zadržati veću socijalnu distancu od osobe sa shizofrenijom nego od osobe s depresijom. Mediji imaju važan doprinos lažno primijenjenim stereotipima. Medijsko izvještavanje o mentalnim bolestima bilo je dosljedno i poprilično negativno i neprecizno. Televizijske vijesti i zabavni programi, filmovi i novine igraju središnju ulogu u širenju pristranih informacija o mentalnim bolestima i jačanju negativnih stereotipa. Senzacionalistička izvješća o nasilju i zločinima koje su počinili pojedinci s tim poremećajima dobivaju mnogo više pozornosti od sličnih zločina koje su počinile mentalno zdrave osobe. Ovo kristalizira pristranu sliku pacijenata s mentalnim poremećajima kao prijetnji osobama koje ugrožavaju društvo(23).

Samo-stigma obično opisuje proces u kojem pojedinac s mentalnom bolešću internalizira stigmom, a zatim doživljava smanjenu samopoštovanje i samo-efikasnost, ograničavajući izgled za oporavak(23).

Socijalni psiholozi tvrde da taj proces započinje čak i prije nego što je osoba oboljela od mentalne bolesti, jer se u tom razdoblju obično uči i internalizira kulturne stereotipe o takvim bolestima. U ovom slučaju kategorizacija se odnosi na pretpostavljenu osobinu poput „mentalno bolesni imaju slab karakter, dakle imam i slab karakter“, nakon čega slijedi emocionalno odobravanje koje rezultira niskim samopoštovanjem: „Nisam u stanju postići ništa u mom životu“. Reakcija u ponašanju je, na primjer, nedostatak inicijative u potrazi za poslom ili stanom: "Ne trebam pokušavati, ionako nemam nikakve šanse". Zbog toga pojedinci smanjuju svoje društvene mreže u iščekivanju odbacivanja povezanih sa stigmom i izoliraju se. Obiteljska stigma poseban je slučaj koji se odnosi na roditelje, braću i sestre, supružnike, djecu i ostale rođake. Na primjer, roditelji su optuženi da su stvorili patološko okruženje koje bi moglo pogodovati nastanku mentalnih bolesti, poput "majke shizofrenije" koja je izazvala shizofreniju kod svog djeteta zbog svog disfunkcionalnog načina komuniciranja. Kao što pogođene osobe javnu stigmom internaliziraju u samo-stigmom, tako i članovi obitelji osjećaju sram i krivnju, optužujući sebe da na neki način doprinose bolesti. Takve reakcije mogu biti u rasponu od emocionalne nevolje do stresa suočavanja s poremećenim ponašanjem i poremećaja u kućnim rutinama. Obiteljska stigma s kojom se susreću može također ograničiti društvene aktivnosti ili dovesti do ekonomskih poteškoća. Dijeljenje kućanstva s nekim tko je psihički bolestan dodatno je povezano s lošijim fizičkim zdravljem koje izvještava o sebi, sve manjim aktivnostima, većom uporabom javnih usluga i drugim negativnim posljedicama(23).

Intervencije nisu usmjerene na specifične poremećaje. Većina intervencija se odnosi na samog pacijenta. Medicinska sestra/ tehničar pruža podršku pacijentu, podučava ga kako se suočiti sa stresom, kako se uključiti u grupne terapije, nadzire uzimanje propisanih lijekova, podučava pacijenta komunikacijskim vještinama, potiče ga na pozitivno razmišljanje o društvenoj interakciji i slično. Također, medicinska sestra/ tehničar primjenjuje intervencije koje su usmjerene i na obitelj pacijenta, kao npr. edukacija obitelji o bolesti pacijenta, o načinima komuniciranja, o pravilnoj primjeni propisanih lijekova itd.

- Visok rizik za samoubojstvo i samoozljeđivanje

Visok rizik za samoubojstvo je ponašanje kada pacijent pokazuje mogućnost samoozljeđivanja sa željenim smrtnim ishodom(22).

Granični poremećaj ličnosti povezan je s samoubilačkim ponašanjem i samopovređivanjem. Oko 10% bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti umrijet će samoubojstvom. Granični poremećaj ličnosti je povezan s širokim rasponom psihopatije, uključujući nestabilno raspoloženje, impulzivno ponašanje, kao i nestabilne međuljudske odnose. Pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti imaju prosjek tri pokušaja samoubojstva tijekom života, uglavnom predoziranja. Ponašanja samoozljeđivanja također su česta kod graničnog poremećaja ličnosti. Pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti imaju problema s emocionalnom regulacijom i smanjuju se ovisnosti kako bi smanjili bolna unutarnja stanja. Rezanje oslobađa emocionalnu napetost, ali ne odražava želju za umiranjem. Iako predoziranje lijekovima ponekad može biti opasno po život, takva ponašanja uvelike variraju po prirodi i namjeri. Obično se javljaju nakon stresnih životnih događaja, a pacijenti svoju motivaciju opisuju kao želju za bijegom. Većina incidenata odražava ambivalentnu motivaciju, uključujući male količine lijekova ili pozivaju značajne druge za pomoć. Čak i kad se dogodi potencijalno fatalno predoziranje, pacijenti često kontaktiraju ljude koji mogu intervenirati. Mnogi pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti imaju tečajeve liječenja obilježene višestrukim neuspjelim pokušajima samoubojstva. Ovi tretmani povezani su s višestrukim ispitivanjima psihoterapije, višestrukim receptima, opetovanim posjetima hitne pomoći i hospitalizacijom zbog pokušaja i prijetnji samoubojstva. Najopsežnije liječenje je dijalektička terapija ponašanja. Glavni ishodi su smanjenje predoziranja, smanjenje posjeta kućama radi samoubojstva, smanjena učestalost samopovrede i smanjeni prijem u bolnicu. Pacijenti s poremećajima raspoloženja mogu imati samoubilačke misli kada su depresivni, ali obično te ideje odbacuju kad krenu u remisiju. Suprotno tome, pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti mogu razmišljati o samoubojstvu svakodnevno mjesecima do godinama, a u remisiju kreću mnogo kasnije. Ideje za samoubistvo vremenom će se razlikovati po intenzitetu. Smrt samoubojstvom rijetki su događaji u odnosu na pokušaje(24).

Većina bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti, unatoč dugogodišnjem razmišljanju o samoubojstvu i višestrukim pokušajima samoubojstva, nikada se ne ubijaju. U praksi se bolesnici s graničnim poremećajem ličnosti obično hospitaliziraju u hitnim slučajevima kad prijete samoubojstvom, režu se ili predoziraju(24).

Medicinska sestra/ tehničar putem intervjua provjerava postojanje suicidalnih misli ili ideja, postavlja pitanja kao što su „*Jeste li ikada poželjeli nauditi sebi?*“, „*Jeste li ikada pokušali počiniti samoubojstvo?*“, „*Imate li plan za počinjenje samoubojstva?*“, „*Imate li povjerenja u sebe kako biste kontrolirali svoje misli, osjećaje ili nagone?*“. Potrebno je pacijentu osigurati sigurnu okolinu te ukloniti sve opasne predmete oko njega kao što su oštri predmeti, elektronički uređaji, stakleni predmet, remenje, lijekovi. Kontrola ormarića i prostora je nužna te se učestalo mora provoditi. Edukacija obitelji je vrlo važna, te im je potrebno objasniti da ne donose nepotrebne ili opasne predmete pacijentu, iako ih on to traži ili moli. Također, potiču se članovi obitelji da održe iskrene i tople odnose sa svojim članom obitelji bez obzira na njegovo ponašanje, ideje ili misli. Ako je povećan rizik za samoubojstvom pacijent se nadzire 24h. Izbjegava se naređivanje pacijentu, kritiziranje, sugeriranje te se primjenjuju načela komunikacije i stvara se osjećaj empatije i povjerenja. Svakodnevne aktivnosti pacijenta se nadziru te se organiziraju u skladu s pacijentovim sposobnostima i mogućnostima, ali i voljom(22).

5.3. Život s graničnim poremećajem ličnosti

Granični poremećaj ličnosti je uobičajen u praksi. Zbog širokog spektra simptoma opaženih kod graničnog poremećaja ličnosti koji su tipični i za druge poremećaje kao što su poremećaji raspoloženja i anksioznosti, zloupotreba supstanci i poremećaji prehrane, pacijenti mogu osjetiti jedno od ovih stanja dok im granični poremećaj ličnosti ne bude otkriven. Najčešći poremećaj povezan s graničnim poremećajem ličnosti je depresija, simptomi su obično povezani s nestabilnošću raspoloženja, a ne s produženim i neprekidnim razdobljima slabijeg raspoloženja viđenim kod klasičnih poremećaja raspoloženja.–Također, zbog karakterističnih promjena raspoloženja, granični poremećaj ličnosti se često zamijeni s bipolarnim poremećajem. Međutim, pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti ne pokazuju kontinuirano povišeno raspoloženje, već umjesto toga pokazuju obrazac naglih promjena utjecaja povezanih s događajima iz okoliša, s „visokim“ periodima koji traju satima, a ne danima ili tjednima. Granični poremećaj ličnosti se također može zamijeniti i sa shizofrenijom, međutim, umjesto dugotrajnih psihotičnih simptoma, pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti doživljavaju kratkotrajne „mikropsihotske“ pojave (traju nekoliko sati ili najviše nekoliko dana), slušne halucinacije bez gubitka uvida (bolesnici sa shizofrenijom ne prepoznaju da je halucinacija zamišljena, a pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti), paranoidni trendovi i stanja depersonalizacije u kojima pacijenti sebe ili svoju okolinu doživljavaju kao nestvarne. Pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti izloženi su povećanom riziku od zlouporabe tvari, što je dio kliničke slike raširene impulzivnosti(11).

6. ZAKLJUČAK

Granični poremećaj ličnosti je kronični psihijatrijski poremećaj koji karakterizira izražena impulzivnost, nestabilnost raspoloženja i međuljudskih odnosa i suicidalno ponašanje koje može komplicirati medicinsku njegu. Prepoznavanje ove dijagnoze važno je za planiranje liječenja. Iako je uzrok graničnog poremećaja ličnosti neizvjestan, većina se pacijenata s vremenom poboljšava. Klinički izazov usredotočuje se na upravljanje kroničnom suicidalnošću. Granični poremećaj ličnosti povijesno se doživljavao kao doživotni, visoko invalidski poremećaj. Ova dijagnoza se može točno identificirati u adolescenciji, a tijek poremećaja, u adolescenciji i odrasloj dobi, općenito je sličan, s smanjenjem simptoma tijekom vremena. Funkcionalni oporavak je manje dosljedan, a daljnje istraživanje o čimbenicima ili tretmanima koji mogu poboljšati dugoročni funkcionalni ishod bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti je opravdan(25). Iako je granični poremećaj ličnosti u djetinjstvu relativno nedovoljno istražena tema, sve je više dokaza da se ova dijagnoza može pouzdano i valjano dijagnosticirati u adolescenciji. Tijek graničnog poremećaja ličnosti kod adolescenata sličan je onome što se događa kod odrasle populacije. Općenito, tijek graničnog poremećaja ličnosti tijekom adolescencije nije vrlo stabilan. Tijek graničnog poremećaja ličnosti od adolescencije do kasnog života karakteriziran je simptomatskim prelaskom s afektivne disregulacije, impulzivnosti i suicidalnosti, na neprilagođeno interpersonalno funkcioniranje i trajna funkcionalna oštećenja, s naknadnom remisijom i ponovnim pojavama. Glavni problem s kojim se medicinske sestre/ tehničari susreću u njezi osoba s graničnim poremećajem ličnosti je kronična želja za samoubojstvom. Ključ uspješnog liječenja je postavljanje točne dijagnoze, održavanje potpornog odnosa s pacijentom i uspostavljanje ograničenih ciljeva. Iako granični poremećaj ličnosti može postojati godinama, ne traje zauvijek i može se s velikim optimizmom reći da će se većina pacijenata s vremenom oporaviti. Psihoterapija može pomoći ubrzati taj proces.

7. LITERATURA

1. Nacionalni centar za mentalno zdravlje (NCCMH). Granični poremećaj ličnosti: liječenje i upravljanje: Velika Britanija; 2009.
2. Linehan M. Kognitivno-bihevioralno liječenje graničnog poremećaja ličnosti: New York; 1993.
3. Maljuna I, Ostojić D, Jendričko T. Psihosocijalni aspekti graničnog poremećaja ličnosti, Ljetopis socijalnog rada; 26 (2), 213-234, Zagreb; 2019.
4. Hogan R, Johnson J, Briggs, S. Priručnik- psihologija ličnosti, SAD;1997.
5. Američka psihijatrijska udruga. Praktične smjernice za liječenje oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti, Jastrebarsko; 2004.
6. Ekselius L. Poremećaj ličnosti: prerusena bolest, Švedska; 2018.
7. Američka psihijatrijska udruga. Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja, Arlington, Virginija; 2013.
8. Ballus C. Učinci antipsihotika na kliničko i psihosocijalno ponašanje bolesnika sa šizofrenijom, Zavod za psihijatriju i kliničku psihobiologiju, Španjolska; 1997.
9. Brune M. Granični poremećaj osobnosti- Zašto 'brzi i bijesni'?, Njemačka; 2016.
10. Chapman J, Radia T, Fleisher C. Granični poremećaj osobnosti, Los Angeles; 2020.
11. Paris J. Granični poremećaj osobnosti, CMAJ- JAMC 172 (12): 1579–1583, Kanada; 2005.
12. Biskin R, Paris J. Dijagnosticiranje graničnog poremećaja ličnosti, CMAJ- JAMC 184 (16): 1789- 1794., Kanada; 2012.
13. Kulacaoglu F, Kose S. Granični poremećaj ličnosti (BPD): usred ranjivosti, kaosa i strahopoštovanja, MDPI (11): 201, Turska; 2018.
14. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Visoka zdravstvena škola, Zagreb; 2006.

15. Kamen H. M. Upravljanje graničnim poremećajem ličnosti: pregled psihoterapijskih pristupa, Svjetska psihijatrija 5 (1): 15–20., New York;2006.
16. Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika. 17. Dani psihijatrijskog društva medicinskih sestara/tehničara, Plitvička jezera; 2011.
17. Briga za osobu koja boluje od graničnog poremećaja ličnosti. Članak na internetu (online) Dostupno na: https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0034/444598/disorders.pdf 26.06.2020.
18. Starc J. Učinkovita komunikacija i rješavanje sukoba između medicinske sestre i pacijenta, JAHS 2(2): 133-146, Slovenija; 2016.
19. Sedić, B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Visoka zdravstvena škola, Zagreb; 2004.
20. Hrvatska komora medicinskih sestara. Sestrinske dijagnoze, Zagreb; 2011.
21. Hrvatska komora medicinskih sestara. Sestrinske dijagnoze 3, Zagreb; 2015.
22. Starc J. Učinkovita komunikacija i rješavanje sukoba između medicinske sestre i pacijenta, JAHS 2(2): 133-146, Slovenija; 2016.
23. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Visoka zdravstvena škola, Zagreb; 2004.
24. Rossler W. Stigma mentalnih poremećaja- Tisućljetna povijest socijalne isključenosti i predrasuda, EMBO (9): 1250–1253., Njemačka; 2016.
25. Biskin S.R. Životni tijek graničnog poremećaja osobnosti, CJP RCP 60 (7): 303–308., Kanada; 2015.

8. OZNAKE I KRATICE

BPD- Borderline personality disorder (Granični poremećaj ličnosti)

CT- –kompjuterizirana tomografija

ITD.- i tako dalje

NPR.- na primjer

RiO program- ujedinjujući i kombinirajući različite teorijske i terapijske pristupe ima za cilj postizanje većeg sklada između osjećajnog i razumskog dijela ličnosti, bolje razumijevanje sebe i drugih osoba te bolje funkcioniranje u socijalnim odnosima.

9. SAŽETAK

Granični poremećaj ličnosti složen je i ozbiljan psihijatrijski poremećaj koji karakterizira prožimajuća nestabilnost u regulaciji emocija, samopouzdanju, međuljudskim odnosima i kontroli impulsa. Granični poremećaj ličnosti je najčešći poremećaj ličnosti u kliničkim okruženjima i povezan je s teškim funkcionalnim oštećenjem, značajnom uporabom liječenja i visokim stopama smrtnosti od samoubojstva. Nekad se smatralo da se ne može izliječiti no granični poremećaj ličnosti danas se učinkovito liječi sve većim brojem psihoterapijskih tretmana koji se temelje na dokazima. Liječenje graničnog poremećaja ličnosti je izazovno. U posljednja 2 desetljeća došlo je do razvoja specijaliziranih psihoterapijskih tehnika dizajniranih za ovu populaciju. Takvi tretmani nude učinkovite opcije koje mogu dovesti do smanjenja samopovrede, samoubojstva i primanja u bolnicu te do ukupnog poboljšanja simptoma povezanih s poremećajem. Dostupnost ovih terapija nudi i druge mogućnosti osim prijema u bolnicu. Uloga farmakoterapije ostaje ograničena na smanjenje simptoma, premda neki lijekovi pokazuju obećanje da će zahtijevati dodatna istraživanja za potvrdu. Medicinske sestre za mentalno zdravlje često skrbe za korisnike usluga s dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti, kako u bolnicama, tako i u zajednici. Budući da je samoubilačko ponašanje često kod osoba oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti, medicinske sestre moraju pratiti vlastite reakcije kako bi osigurale terapijski odnos medicinska sestra i pacijent, te ne trebaju prelaziti profesionalnu granicu između sebe i pacijenta.

Ključne riječi: granični poremećaj ličnosti, liječenje, medicinske sestre

10.SUMMARY

Borderline personality disorder is a complex, serious psychiatric disorder characterized by pervasive instability in regulation of emotion, self-image, interpersonal relationships, and impulse control. BPD is the most prevalent personality disorder in clinical settings and is associated with severe functional impairment, substantial treatment utilization, and high rates of mortality by suicide. Once thought to be an untreatable condition, borderline personality disorder (BPD) is now effectively treated by a growing number of evidence based psychotherapeutic treatments. The treatment of borderline personality disorder is challenging. The past 2 decades have seen the development of specialized psychotherapy techniques designed for this population. These treatments offer effective options that can lead to reductions in self-harm, suicidality and hospital admissions and to overall improvements in symptoms associated with the disorder. Availability of these therapies offers options other than hospital admission. The role of pharmacotherapy remains limited to symptom reduction, although some medications show promise that would require further research to corroborate. Nurses often care for service patient with borderline personality disorder, in hospitals and in the community. Because suicidal behavior is common in people with borderline personality disorder, nurses must monitor their own reactions to ensure a therapeutic relationship between nurse and patient, and she should not cross the professional boundary between themselves and the patient.

Keywords: borderline personality disorder, treatment, nurses

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>24.07.2020.</u>	JACQUELINE MIYANDVIĆ	<i>Miyandvić Jacqueline</i>

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

JACQUELINE MIČANOVIĆ

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 24.07.2020.

Mičanović Jacqueline
potpis studenta/ice