

# Psihosocijalni tretman osoba s poremećajem ličnosti

---

**Brekalo, Valentina**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2022**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:721526>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-08-14**



*Repository / Repozitorij:*

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
PRAVNI FAKULTET  
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA**

**Valentina Brekalo**

**PSIHOSOCIJALNI TRETMAN OSOBA S  
POREMEĆAJEM LIČNOSTI**

**ZAVRŠNI RAD**

Mentorica: doc. dr. Tihana Jendričko, dr. med.

Komentorica: doc.dr.sc. Koraljka Modić-Stanke

Zagreb, 2022.

## SADRŽAJ

<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>1. POVIJEST PROUČAVANJA LIČNOSTI</b> .....	<b>2</b>
1.1 Hipokrat-Galenova tipologija temperamenta.....	2
1.2 Eysenckova teorija ličnosti .....	3
1.3 Catellova teorija ličnosti .....	4
1.4 Petofaktorski model ličnosti.....	4
<b>2. POREMEĆAJI LIČNOSTI</b> .....	<b>5</b>
2.1. Prevalencija poremećaja ličnosti .....	6
2.2. Etiološki čimbenici poremećaja ličnosti .....	7
2.3. Klasifikacija poremećaja ličnosti .....	10
2.3.1. Poremećaji ličnosti skupine A.....	11
2.3.2. Poremećaji ličnosti skupine B.....	12
2.3.3. Poremećaji ličnosti skupine C.....	14
<b>3. LIJEČENJE POREMEĆAJA LIČNOSTI</b> .....	<b>15</b>
3.1. Farmakoterapija .....	16
3.2. Sociokulturalni čimbenici.....	16
3.3. Psihosocijalni tretman .....	17
<b>4. INTERVENCIJE SOCIJALNIH RADNIKA U RADU S OSOBAMA S POREMEĆAJIMA LIČNOSTI U SUSTAVU SOCIJALNE SKRBI</b> .....	<b>19</b>
<b>ZAKLJUČAK</b> .....	<b>21</b>
<b>LITERATURA</b> .....	<b>22</b>

## Psihosocijalni tretman osoba s poremećajem ličnosti

### Sažetak:

*Ličnost je skup karakteristika koje obuhvaćaju različite aspekte pojedinca, kao što su njegove emocionalne i kognitivne osobine, karakterne osobine i stavovi. Pojam ličnosti odnosi se na cjelovito mentalno stanje osobe. U ovom radu se objašnjavaju poremećaji ličnosti koji su vrlo kompleksnog karaktera te psihosocijalni pristup njihovom liječenju. Nastoji se definirati sam pojam poremećaja ličnosti, kako se on manifestira, koji čimbenici doprinose pojavi poremećaja te pogodna terapija za liječenje. U radu je istaknuto kako je moguće razviti poremećaje ličnosti kasnije u životu zbog različitih čimbenika koji su do tada utjecali na pojedinca. Ovaj rad može pružiti bolji uvid u stanje osoba koje boluju od ovih poremećaja, te pomoći drugima u boljem pristupu i načinu tretmana koje će koristiti.*

**Ključne riječi:** ličnost, teorije ličnosti, poremećaj ličnosti, terapija, psihosocijalni tretman

## Psychosocial treatment of persons with personality disorder

### Abstract:

*Personality is a set of characteristics that includes various aspects of an individual's personality, such as his or her emotional and cognitive traits, character traits, and attitudes. The term personality refers to the complete mental state of a person. This paper explains personality disorders that are very complex in nature and the psychosocial approach to their treatment. The aim is to define the very concept of "personality disorder", how it manifests itself, what factors contribute to the occurrence of the disorder and the appropriate therapy for the treatment. The paper points out that it is possible to develop personality disorders later in life due to various factors that have affected the individual until then. This work can provide a better insight into the condition of a person suffering from these disorders and help others to better approach and the treatment that will be used.*

**Key words:** personality, personality theories, personality disorder, therapy, psychosocial treatment

### **Izjava o izvornosti**

Ja, Valentina Brekalo pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristio/-la drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Valentina Brekalo

Datum: 20.8.2022. godine

## UVOD

Ličnost kao složeni sustav naših života, iako je dugi niz godina istraživana kroz povijest, još uvijek je vrlo aktualna tema današnjih društvenih polemika te ona iznova doživljava razdoblje renesanse. Ličnost osobe je skup karakteristika koje opisuju njezine različite individualne osobine i osobne stilove. Ove karakteristike predstavljaju različite načine na koje se pojedinac razlikuje od tipične osobe u društvu (Bergner, 2020). Ličnost se može definirati kao dinamička organizacija psihofizičkih sustava unutar osobe, koji stvaraju karakteristične obrasce ponašanja, misli i osjećaja (Chamorro-Premuzic, 2016). Druga široko rasprostranjena definicija je ona da je ličnost „karakteristični obrazac mišljenja, emocija i ponašanja pojedinca, koji uključuje i psihološkemehanizme (skriveno ili ne) iza tih obrazaca“ (Magnavita, 2004). Jednostavnije rečeno, ličnost bismo mogli definirati kao ono što osobu čini drugačijom ili sličnom drugima. Unatoč golemoj količini istraživanja koja su provedena o tipovima ljudske ličnosti, proučavanje ovih karakteristika još je uvijek zanimanje mnogih znanstvenika. Poput proučavanja osobina, razvoj zajedničke taksonomije otežan je nedostatkom konsenzusa među istraživačima (Bergner, 2020).

U radu će se identificirati glavne dimenzije ličnosti po kojima se ljudi razlikuju. Većina individualnih razlika među ljudima nastala je i izvučena je iz stvarnih, svakodnevnih situacija i odnosi se na normalno ponašanje. Slijedom toga, stručnjaci su razvili teorije abnormalnog ponašanja i uspostavili kriterije za prosuđivanje "psihološkog zdravlja". Pojam "normalnost" često se zloupotrebljava, iskrivljuje i osuđuje od strane pojedinaca s predrasudama. Postoji nekoliko konvencionalnih kriterija za definiranje abnormalnosti, kao što su statistička devijantnost, društvene i moralne norme, osobna nevolja i neprilagođenost koja je povezana s ponašanjem (Davison i Neale, 1998., prema Chamorro-Premuzic, 2016). U radu će biti objašnjena i etiološka osnova abnormalnosti odnosno poremećene ličnosti kod pojedinaca. Prikazat će se pregled čimbenika koji doprinose disfunkcionalnim i funkcionalnim stanjima ličnosti.

Prema Black i Grant (2014) poremećaj ličnosti trajni je obrazac unutarnjeg iskustva i ponašanja koji izrazito odstupa od očekivanja kulture pojedinca. Ovaj

obrazac se očituje u nekoliko područja kao što su, primjerice, spoznaja (tj. načini percipiranja i tumačenja sebe, drugih ljudi i događaja), afektivnost (tj. raspon, intenzitet, labilnost...), interpersonalno funkcioniranje i slično. Pojam poremećaja ličnosti ima iznimnu kliničku važnost za cijelo čovječanstvo unatoč stigmi koja se pojavljuje kada se ovakva oznaka dodjeljuje drugoj osobi. Ovaj je konstrukt ostao u središtu pažnje moderne psihologije više od jednog stoljeća, sudeći prema tome može se zaključiti o sveprisutnoj važnosti izučavanja ove tematike.

## **1. POVIJEST PROUČAVANJA LIČNOSTI**

Povijest proučavanja razvoja ličnosti seže još u staru Grčku i razdoblje Antike; prvi je koncept ličnosti uspostavio Hipokrat, opisivanjem međuljudskih razlika u emocionalnom reagiranju i temperamentu, a kasnije ga je razvio liječnik po imenu Galen, za kojeg se također vjeruje da je dalje razradio ovu teoriju. Postoji mnogo teorija ličnosti te će najistaknutije od njih biti objašnjene u idućem dijelu rada.

### **1.1 Hipokrat-Galenova tipologija temperamenta**

Magnavita (2004) ističe kako se prema Hipokratu osobnost sastojala od četiri dimenzije. Hipokrat-Galenova teorija temeljila se na ideji da postoje glavni tipovi temperamenta na koje utječu biološke i psihološke razlike. Teorija je pretpostavljala da će razlike u biološkim osobinama uzrokovati razlike u ponašanju te se ova ideja smatrala temeljnim dijelom znanstvene psihologije kasnije. Chamorro-Premuzic (2016) također navodi četiri različita tipa temperamenta koja su opisala biološke razlike u razini specifičnih tekućina u ljudskom tijelu, koje bi zauzvrat određivali individualne razlike u svakodnevnom ponašanju.

Prema Chamorro-Premuzic (2016) sangvinički tip karakterizira pojedince koji su sretni i zadovoljni svojim životom, entuzijastični su, optimistični te dobrog fizičkog i psihičkog zdravlja. Dok se, kolerički tip, odnosi se na agresivne, nestalne i temperamentne osobe. Flegmatični tip opisuje smirene, opušteno i spore pojedince, a melankolični tip karakterizira osobe koje su depresivne i imaju negativan pogled na

život (Chamorro-Premuzic, 2016). Prema Stelmack i Stalikas (1991) ova tipologija omogućila je kasnije dodatno razrađivanje i definiranje tipova temperamenta.

## 1.2 Eysenckova teorija ličnosti

Koncept gigantske trojke (eng. *gigantic three*) temelji se na sustavnim istraživanjima koje je Eysenck proveo o osobinama ličnosti i individualnim razlikama i smatra se glavnim alatom za procjenu osobina ličnosti (Chamorro-Premuzic, 2016). Prema ovoj teoriji, pretpostavlja se da se svaki pojedinac može se opisati pomoću tri glavne dimenzije: neuroticizam, ekstraverzija i psihoticizam (Eysenck, 1978., prema Mlačić i Knezović, 1997.). Chamorro-Premuzic (2016) iznosi kako su tri dimenzije ortogonalne ili neovisne. To znači da visoki rezultat na, recimo dimenziji neuroticizma, ne daje nikakve informacije o rezultatima druge dvije dimenzije, i obrnuto. Dakle, osoba može biti stabilna i ekstravertirana, ili stabilna i introvertirana i tako dalje. Neuroticizam prikazuje razinu emocionalnosti pojedinca i sklonost brizi, neraspoloženju, osjetljivosti, tjeskobi. Neuroticizam/osobina emocionalne stabilnosti je kontinuitet uzrujanosti i uznemirenosti. Ljudi s visokim neuroticizmom općenito su tjeskobni, pod stresom, pesimistični i uplašeni te imaju niže samopoštovanje. Ljudi niskog neuroticizma emocionalno su stabilni, smireni, optimistični. Ekstraverzija procjenjuje stupanj do kojeg pojedinci pokazuju sklonost pričljivosti, otvorenosti i energičnosti. Faktor ekstraverzije/introverzije predstavlja kontinuitet društvenosti, živahnosti i dominacije. Psihoticizam se odnosi na individualnu razinu konformizma, agresivnosti i osjećaja prema drugima.

Učenje i socijalizacija mogu utjecati na razvoj ličnosti, kao i na razvoj poremećaja ličnosti pa je stoga po mišljenju Eysencka bihevioralni pristup najprimjereniji i u terapiji (Chamorro-Premuzic, 2016). Prema Banduri (1969) među različitim procesima uključenim u socijalizaciju, identifikacijsko učenje ima najistaknutiju ulogu, a identifikacija se odnosi na proces u kojem osoba oblikuje svoje misli, osjećaje ili postupke prema drugoj osobi. Davison i Neale (2002) ističu nesposobnost osoba s poremećajem ličnosti da uče na temelju vlastitog iskustva, pa tako, primjerice, osobe s poremećajem ličnosti neće pokušavati izbjeći negativne posljedice socijalno neprihvatljivog ponašanja.



### **1.3 Catellova teorija ličnosti**

Catell je pretpostavljao da se svaki aspekt ličnosti pojedinca može opisati postojećim riječima u svakom jeziku (tzv. leksička hipoteza) pa je na temelju iscrpne i sustavne analize engleskog jezika zaključio da postoji 16 glavnih dimenzija ličnosti (Chamorro-Premuzic, 2016). Chamorro-Premuzic (2016) iznosi kako su prvo dokumentirano leksičko istraživanje proveli Allport i Odbert (1936) koji su pronašli čak 17, 953 riječi za opisivanje psiholoških aspekata po kojima se pojedinci mogu uspoređivati. Ove riječi mogu se smatrati pridjevima za opisivanje nečije ličnosti, primjerice "sretan, sramežljiv, tih, agresivan...". Budući da često postoje različite riječi za opis iste osobine ili aspekta ličnosti, njihov ukupan broj može se znatno reducirati. Taksonomija osobina ličnosti uglavnom se oslanjala na pridjeve zbog toga što su Allport i Odbert (1936) u prvom sustavnom popisu dali prednost pridjevima (Mlačić, 2002). Osobine ličnosti mogu se podijeliti na površinske i izvorne, pri čemu se prve odnose na osobine koje su povezane s određenim ponašanjem u određenoj situaciji, dok se druge ne odnose na neku određenu situaciju jer su one trajnije i određuju buduće ponašanje pojedinca (Matoša, 2019).

### **1.4 Petofaktorski model ličnosti**

Costa i McCrae (1992) osmislili su model s pet faktora koji dimenzionalno prikazuje strukture ličnosti te su smatrali da je na temelju njega moguće opisati ličnost svakog pojedinca. Model opisuje pet dimenzija/čimbenika (neuroticizam, ekstraverzija, otvorenost, ugodnost i savjesnost) te je svaka dimenzija petofaktorskog modela sastavljena od više komponenti nižeg reda koje predstavljaju osnovna obilježja osobe (John i Srivastava, 1999., prema Krapić, 2005.). Najvažnije dimenzije ličnosti su one s najvećim brojem pojmova za opisivanje i razlikovanje njihovih manifestacija kod osobe (Miller i Widiger, 2020). Neuroticizam predstavlja dimenziju sastavljenu od emocionalne reaktivnosti, nesigurnosti i iritabilnosti. Ekstraverzija znači da je prisutna pozitivna emocionalnost, sadržane su komponente socijalnosti, poduzetnosti, asertivnosti i ambicioznosti. Komponente kao što su ljubaznost, kooperativnost i sklonost pomaganju spadaju pod dimenziju ugodnosti. Savjesnost

obuhvaća potrebu za kontrolom, opreznost, pouzdanost, odgovornost, te sklonost napornom radu i postignuću. Otvorenost je mješavina različitih komponenti funkcioniranja ličnosti među kojima je intelekt u užem smislu (npr. inteligencija, pronicljivost, kreativnost), otvorenost za iskustva te neki aspekti kulture, osobnih stavova, sklonosti i orijentacija (npr. umjetnički interesi, nekonformizam i slično) (Krapić, 2005).

Prema Costa i McCrae (1992) petofaktorski model sadržava dokaze o sveobuhvatnosti, univerzalnosti i longitudinalnoj stabilnosti ovih dimenzija te razmatra nekoliko pristupa procjeni čimbenika i njihovih definirajućih osobina. Mjerenje ovih faktora može se koristiti za analizu ljestvica poremećaja ličnosti i profilirati osobine skupina pacijenata s poremećajem ličnosti; nalazi poslije mogu biti korisni u dijagnosticiranju pojedinaca. Costa i McCrae (2008) razvili su Neo-PI (*Neuroticism-Extroversion-Openness-Personality-Inventory*) test ličnosti na osnovi petofaktorskog modela ličnosti. Rezultati dosadašnjih istraživanja pokazali su da pet čimbenika i ljestvice koje se koriste za mjerenje značajki poremećaja ličnosti imaju jake korelacije. U meta-analizi Samuel i Widiger (2008) iznose važnost različitih čimbenika iz ovog modela koji utječu i objašnjavaju ljestvice koje se koriste za mjerenje poremećaja ličnosti. U istraživanju su primijetili da se razlika između shizoidnih i izbjegavajućih pojedinaca može napraviti uzimajući u obzir rezultate na skali te su došli do saznanja kako su i izbjegavajući i shizoidni pojedinci introvertirani, ali izbjegavajući pojedinci su stvarno emocionalno nestabilni (Costa & McCrae, 1992).

## **2. POREMEĆAJI LIČNOSTI**

Poremećaji ličnosti su skup karakteristika koje opisuju unutarnje iskustvo i ponašanje pojedinca te se mogu okarakterizirati raznim čimbenicima koji odstupaju od očekivanja kulture pojedinca, a također mogu uzrokovati oštećenje i uznemirenost kod osobe. Poremećaji ličnosti postali su veliki medicinski i društveni problem. Prema istraživanjima, oko 10% do 15% društvene zajednice i oko 50% psihijatrijskih pacijenata pati od ovakvog stanja (Svrakic i sur., 2002). Radi se o kroničnim i

iscrpljujućim poremećajima koji utječu na više aspekata nečijeg života, kao što su obiteljska disfunkcija, društvena devijantnost i osobna patnja. Poremećaji ličnosti nisu samo teški za liječenje, već također ometaju liječenje drugih komorbiditetnih psihijatrijskih i medicinskih stanja, povećavajući na taj način osobnu nesposobnost, morbiditet i smrtnost ovih pacijenata (Svrakic i sur., 2002).

Autori Black i Grant (2014) navode kako je to obrazac razmišljanja i ponašanja koji je stabilan tijekom vremena, a može se razlikovati od drugih poremećaja po pojavi tijekom adolescencije ili rane odrasle dobi. Davison i Neale (2002) poremećaje ličnosti definiraju kao „trajne, neflekseбилne obrasce doživljavanja i ponašanja“ koji su ujedno i devijantni te se smatraju izvorom stresa i poremećenog funkcioniranja. Prema Black i Grant (2014) simptomi se obično prvi put pojavljuju u adolescenciji, a zatim dostižu vrhunac oko 20-ih godina. Neke vrste poremećaja ličnosti, kao što su oni koji uključuju granične ili antisocijalne poremećaje ličnosti, imaju tendenciju postati manje vidljivi kako osoba stari. S druge strane, drugi tipovi, poput onih koji uključuju opsesivno-kompulzivne ili shizotipne poremećaje, imaju tendenciju postati istaknutiji kako osoba stari (Black i Grant, 2014). Iako se poremećaj ličnosti može pojaviti u djetinjstvu, njegove karakteristike neće ostati iste u odrasloj dobi (Black i Grant, 2014). Pojedinci s promjenom svoje ličnosti tijekom srednjeg ili kasnijeg života mogu imati potencijalni poremećaj upotrebe opijata ili drugo zdravstveno stanje koje bi moglo objasniti promjenu u njihovoj ličnosti. U Nacionalnom epidemiološkom istraživanju o alkoholu i srodnim stanjima iz 2001.-2002., Hasin i Grant (2015) sugeriraju da otprilike 15% odraslih osoba u SAD-u ima barem jedan poremećaj ličnosti.

## **2.1. Prevalencija poremećaja ličnosti**

Važno je znati koliko ljudi u zajednici ima ozbiljnu patologiju ličnosti kako bi se moglo dalje raditi na poboljšanju liječenja i boljem identificiranju simptoma i stanja. Poremećaji ličnosti u cjelini, kako ih definira DSM - 5, imaju prevalenciju između 6% i 13% te ovaj prilično širok raspon sugerira da stope ovise o tome gdje je postavljena granica između osobina i poremećaja, a ukupna prevalencija od 10% ili 15% učinila bi ove poremećaje središnjom brigom za istraživanje i liječenje mentalnog zdravlja (Paris, 2010). Prema Labura (2006) prevalencija različitih tipova poremećaja ličnosti

je oko 10% do 13% u općoj populaciji te iznosi 0,5-2,5% za paranoidni poremećaj ličnosti, shizotipni 3%, antisocijalni 3% kod muškaraca i 1% kod žena, granični poremećaj 2%, histrionični poremećaj ličnosti 2-3%, narcistični poremećaj ličnosti 2-16%, izbjegavajući poremećaj ličnosti 0,5-1% i na kraju opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti 1%.

Gawda & Czubak (2017) u svom istraživanju za cilj su imali utvrditi prevalenciju poremećaja ličnosti u zdravoj (nekliničkoj) poljskoj populaciji, ispitati razlike između muškaraca i žena te pokazati strukturu klastera koje poremećaji formiraju u odnosu na muškarce i žene. Ispitan je veliki uzorak od 1460 osoba u dobi od 18 do 65 godina. Rezultati pokazuju da je otprilike 9% uzorka imalo barem jedan poremećaj (ukupna stopa je 8,9%), a razlike između muškaraca i žena su slične kao u drugim europskim i sjevernoameričkim zemljama. Najčešći poremećaji su opsesivno-kompulzivni (9,6%), narcisoidni (7%) i granični (7%). Rezultati pokazuju značajan komorbiditet što znači da oko 9% odrasle populacije ima barem jedan poremećaj i zapravo pokazuju značajke mnogih specifičnih poremećaja. Određeni poremećaji ličnosti, kao što je antisocijalni poremećaj ličnosti, češće se dijagnosticiraju kod muškaraca nego kod žena, međutim, te razlike u prevalenciji ovih poremećaja vjerojatno su posljedica rodnih stereotipa (Gawda & Czubak,2017).

## **2.2.Etiološki čimbenici poremećaja ličnosti**

Jedan od glavnih razloga zašto su etiološka istraživanja važna je taj što još nemamo dovoljno informacija o doprinosu okolišnih i genetskih čimbenika u nastanku poremećaja ličnosti. To otežava razvoj učinkovitih strategija liječenja koje je utemeljeno na pretpostavkama. Također, broj poremećaja ličnosti je još uvijek nejasan. Razvoj novih metoda i tehnika pruža vrijedan uvid u različita taksonomska pitanja (Parker, 1997). Postoje različiti čimbenici koji mogu utjecati na disfunkciju ličnosti osobe, međutim, nismo u mogućnosti predvidjeti ili odrediti te čimbenike s bilo kojim stupnjem sigurnosti. Etiološki čimbenici uključuju: genetsku predispoziciju, iskustvo privrženosti, traumatske događaje, obiteljsku strukturu te sociokulturne i političke snage. Ti su čimbenici sastavljeni od složenih neuroanatomsko-psihološko-kemijskih povratnih veza koje se mogu razvijati tijekom cijelog života. U svom radu Contrada i suradnici (1990) ispituju čvrstoću znanstvenih spoznaja o povezanosti ličnosti i

zdravlja, no kako bi se razumjeli čimbenici ličnosti koji utječu na bolest potrebno je razjasniti sve značajke između fizioloških procesa i ličnosti i postaviti dobar uzročni model.

Iako nije moguće pronaći gen koji može uzrokovati poremećaje ličnosti, postoji nekoliko gena koji mogu utjecati na naš neurobiološki sustav i ponašanje. *Genetska predispozicija* bitan je etiološki čimbenik. Procjenjuje se da oko 30% do 50% ljudi ima genetsku varijaciju koja onda utječe na njihovu ličnost (Buss, 1999., prema Magnavita, 2004.). Osobine ličnosti su genetski konstrukti na koje utječu djelovanje određenog neurobiološkog sustava. Razvoj poremećaja ličnosti može objasniti interakcijama između različitih neurobiheviornalnih sustava pojedinaca. Neurobiološke dispozicije koje su povezane s razvojem ličnosti nazivaju se temperamentom (Depue i Lenzenweger, 2001., prema Magnavita, 2004.). Pokazalo se kako se te promjene mogu uočiti tijekom ranih faza razvoja osobe. Magnavita (2004) iznosi analizu različitih uočljivih reakcija dojenčadi u kojoj je otkriveno da na njihov temperament utječu različiti čimbenici kao što je pristup majke, njihovo raspoloženje i raspon pažnje, a vjeruje se da i priroda i odgoj igraju ulogu u razvoju osobina ličnosti, iako je njihov doprinos u razvoju nejasan i nemjerljiv.

Jedan od najvažnijih čimbenika koji može utjecati na razvoj osobe je *iskustvo privrženosti* odnosno kvaliteta i vrsta privrženosti koju pojedinac formira kroz svoj razvoj (Magnavita, 2004.). Teorija privrženosti bavi se prirodom ranih iskustava djece i utjecajem tih iskustava na aspekte kasnijeg funkcioniranja koji su od posebne važnosti za poremećaje ličnosti (Fonagy, 1999). Prema Magnavita (2004) poremećaj ličnosti osobe smatra se odstupanjem od očekivanog razvoja. Pretpostavlja se da se poremećaj razvijao tijekom duljeg vremenskog razdoblja i da je povezan s različitim međudjelujućim čimbenicima rizika, koji se razlikuju među pojedincima i poremećajima. Različiti putevi mogu dovesti do istog ishoda za osobe s različitim poremećajima ličnosti. Na primjer, ako osoba ima određenu vrstu poremećaja ličnosti, postoji više načina koji su mogli dovesti do istog ishoda. Jedan od najvažnijih čimbenika koji mogu utjecati na razvoj osobe je kvaliteta njezine privrženosti (Magnavita, 2004.). Fonagy (1999) privrženost definira kao poseban tip društvenog odnosa između djeteta i skrbnika, uključujući afektivnu vezu, a privrženost se može promatrati i kao kontekst unutar koje dijete uči regulirati emocije.

Proživljavanje *traumatskog događaja* snažno je povezano s razvojem poremećaja ličnosti. To je osobito vidljivo u istraživanjima o teškim poremećajima ličnosti; Back i suradnici (2021) ispitivali su povezanost između emocionalne i fizičke traume u području funkcioniranja ličnosti i pojedinačnih osobina. Važno je napomenuti da to ne znači da će svatko tko doživi traumatski događaj neizbježno razviti patologiju ličnosti. Iako nije u potpunosti jasno kako objasniti ovu uzročnu vezu, pretpostavlja se da je proživljavanje traumatskog događaja uobičajen put do razvoja ovog stanja (Magnavita, 2004). Postoje različiti čimbenici koji traumatiziranim pojedincima mogu pomoći u razvoju otpornosti. Prema Parisu (2010) ljudi koji su otporni na nevolje imaju prednost u odnosu na one koji to nisu. Međutim, čak i najotporniji pojedinci bit će teško pogođeni traumom i to će utjecati na razvoj njihove ličnosti. Trauma koja se dogodila u ranoj dobi i bila je teška za pojedinca, na neki način „oštećuje“ mozak jer takav događaj zaokupljuje neurobiološki sustav i može dovesti do budućih poremećaja u razvoju (Paris, 2010). Prekomjerno nadraživanje određenih moždanih centara može dovesti do negativnog učinka koji kod osobe lako može stvoriti intenzivnu i neorganiziranu emocionalnu reakciju na događaje (Magnavita,2004).

Istraživanja su pokazala kako su ljudi koji su odgajani u obiteljima s teškom disfunkcionalnošću skloniji razvoju disfunkcije ličnosti (Magnavita, 2004). Zbog toga možemo vidjeti kako su *obiteljska struktura i disfunkcija* jedan od važnijih čimbenika. Na primjer, kada je riječ o odvajanju od roditelja, to može biti površno/duboko ili trajno/privremeno razdvajanje. Takva se obiteljska slika često bilježi u pozadini osoba s poremećajima ličnosti, no točna važnost i specifičnost razdvajanja nisu kvantificirani. Iako se koncept disfunkcionalnog roditeljstva često povezuje s razvojem antisocijalnog poremećaja ličnosti, nije nužno povezan s uzrokom ovog stanja. Pretpostavlja se da je rizik od razvoja bolesti povećan zbog kombinacije svih čimbenika.

Roditeljski čimbenici snažno i dosljedno pretpostavljaju čimbenike koji utječu na određene poremećaje kao što su granični, antisocijalni, opsesivni i ovisni, a manje za paranoidni i shizoidni. Roditelji koji infantiliziraju svoje dijete, potiču time

njegovu ovisnost ili na neki drugi način sprječavaju djetetov proces individualizacije (Magnavita, 2004). Psihopatsko ponašanje povezano je s nedosljednim odgojnim postupcima roditelja i njihovom učenju djece da se odgovorno ponašaju prema drugima (Bennet, 1960., prema Davison i Neal, 2002). Međutim, čak i ako su se takvi roditelji ponašali na ranije naveden način, to ne znači da je nužno da su samo oni uzročni čimbenici za nastanak poremećaja. Primjer koji povezuje ovaj čimbenik i nastanak bolesti je i roditeljska kontrola tijekom djetetove analne faze što bi kasnije moglo utjecati i doprinosti razvoju opsesivno-kompulzivnog poremećaja (Bennet, 1960., prema Davison i Neal, 2002). Neodgovarajuće metode roditeljstva mogu se procijeniti na različitim razinama od temeljnih roditeljskih karakteristika do izlaganja djeteta određenim situacijama kao što su smrt, razdvajanje, nasilje, incest (Parker, 1997).

*Sociokulturni i politički čimbenici* igraju važnu ulogu u razvoju poremećaja ličnosti. U svom temeljnom radu, Erickson je identificirao važnost i utjecaj dezintegracije društva na identitet kao mogući uzrok poremećaja (Erickson, 1950., prema Magnavita, 2004). Paris (2010) je također primijetio da brze društvene promjene mogu biti čimbenik koji uvelike pridonosi poremećaju. Utjecaj sociokulturnih i političkih snaga na identitet ljudi je značajan. Kako bi bolje razumjeli uzroke poremećaja ličnosti, važno je da istraživači obrate pozornost na različite čimbenike koji utječu na izražavanje ljudi. Na primjer, kontekst života (obiteljske institucije, društvene klase, nacije/kulture, povijesti i spola) neke osobe može utjecati na njezinu razinu izražavanja, a osim neposrednog situacijskog konteksta, na razvoj poremećaja ličnosti mogu utjecati i drugi čimbenici poput demografske i obiteljske strukture (Magnavita, 2004).

### **2.3. Klasifikacija poremećaja ličnosti**

Prema Black i Grant (2014), poremećaji ličnosti podijeljeni su u tri glavne skupine (engl. cluster) na temelju njihovih opisnih sličnosti. U skupini A to su paranoidni, shizoidni i shizotipni poremećaji, kojima je zajedničko da osobe s ovim poremećajima obično izgledaju čudno ili neobično. U skupini B kategorizirani su granični, histrionični i narcistički poremećaj ličnosti, a osobe s ovim poremećajima

često su dramatične i emocionalne. Skupina C uključuje izbjegavajuće, ovisne i opsesivno-kompulzivne poremećaje ličnosti, pri čemu osobe s ovim poremećajima često izgledaju tjeskobno ili uplašeno. Treba napomenuti kako ovaj sustav grupiranja, iako je koristan u nekim istraživačkim i obrazovnim situacijama, ima ozbiljna ograničenja i nije dosljedno potvrđivan. Black i Grant (2014) iznose kako je poznato da osobe s višestrukim poremećajima ličnosti imaju istodobne poremećaje iz različitih skupina. Prema procjenama, prevalencija ovih poremećaja je oko 5,9% u skupini A, 5,5% u skupini B i 9,1% u skupini C (Black i Grant, 2014).

### 2.3.1. Poremećaji ličnosti skupine A

Prema Davison i Neale (2002) kod *paranoidnog poremećaja ličnosti* prisutna je opća sumnjičavost prema drugima tako da se njihovi motivi tumače kao zlonamjerni s mogućim znacima prevare i iskorištavanja. Ovakav obrazac prisutan je kod osobe počevši od rane odrasle dobi i prisutan je u različitim kontekstima, na što mogu ukazivati primjerice: sumnjičavost bez dovoljno osnova, uvjerenje da ga drugi iskorištavaju, oštećuju ili varaju, zaokupljenost neopravdanim sumnjama u odanost ili pouzdanost prijatelja ili suradnika i niz drugih (Black i Grant, 2014). Iako se točna razina paranoje uvelike razlikuje među populacijom, osobe s paranoidnim poremećajem osobnosti obično se ne smatraju jednostavnim kliničkim entitetom. S paranoidnim poremećajem ličnosti, pojedinci su vrlo osjetljivi na prisutnost drugih ljudi i njihovo ponašanje, a također su skloni doživljavati svoje neprijatelje kao agresivne i neprijateljski nastrojene čak i kada nisu prisutni (Black i Grant, 2014).

Kod *shizoidnog poremećaja ličnosti*, Davison i Neale (2002) navode nedostatak zainteresiranosti za druge, distanciranost i izostanak osjećaja prema drugim ljudima. Prisutan je obrazac odvajanja od društvenih odnosa i ograničen raspon emocionalnog izražavanja u međuljudskim okruženjima, počevši od rane odrasle dobi i prisutan je u različitim kontekstima. Na ovakav obrazac jasno će ukazivati primjerice da osoba niti želi niti uživa u bliskim odnosima, uključujući to što je dio obitelji te gotovo uvijek bira samačke aktivnosti i ima vrlo malo ili nema interesa za seksualna iskustva s drugom osobom (Black i Grant, 2014).



Kod *shizotipnih poremećaja ličnosti* raširen je obrazac društvenih i međuljudskih deficita obilježenih akutnom nelagodnom i smanjenom sposobnošću za bliske odnose, kao i kognitivnim ili percepcijskim iskrivljenjima i ekscentričnostima ponašanja. Započinjući od rane odrasle dobi i u različitim kontekstima, osoba često ima čudna uvjerenja ili magično razmišljanje koje utječe na ponašanje, supkulturne norme (npr. praznovjerje, vjera u vidovitost, telepatiju) ili prisustvo “šestog čula” kod djece i adolescenata, kao i bizarne fantazije ili preokupacije te neobična perceptivna iskustva, uključujući tjelesne iluzije. Davison i Neale (2002) ističu kako je glavna razlika između shizotipnog i shizoidnog poremećaja postojanje „čudnih uvjerenja i sklonosti magijskom mišljenju“ kod shizotipnog poremećaja.

### 2.3.2. *Poremećaji ličnosti skupine B*

*Antisocijalni poremećaj ličnosti* karakterizira obrazac nepoštivanja i kršenja prava drugih. Javlja se obično već od petnaeste godine te je obilježen s tri ili više sljedećih simptoma; nepoštivanje društvenih normi u pogledu zakonitog ponašanja (na što ukazuje opetovano činjenje radnji koje su razlog za uhićenje), prisutne su prijevare (uzastopno laganje, korištenje pseudonima ili prevare drugih radi osobne dobiti ili zadovoljstva), česte impulzivne radnje ili neuspjeh planiranja unaprijed (Black i Grant, 2014). Beck i suradnici (2012) ističu kako je potraga za stručnom pomoći osoba koje pate od ovog poremećaja uglavnom posljedica pritiska drugih ljudi u želji da se promijene, no osobe nisu motivirane za tu promjenu, već se osjećaju „prisiljeno“.

*Granični poremećaj ličnosti* uključuje obrazac nestabilnosti međuljudskih odnosa, slike o sebi i afekta, te izražene impulzivnosti. Kod osobe su vidljivi intenzivni naponi da se izbjegne stvarno ili zamišljeno napuštanje, uz često samopovređujuće ponašanje. Masterson (2016) ističe i kako se kod pacijenata javlja jak osjećaj nepostojanosti za sve dobro što se oko njega događa. Prema Black i Grant (2014), kod osobe je prisutan poremećaj identiteta s izrazito i trajno nestabilnom slikom o sebi ili osjećajem za sebe. Impulzivnost se javlja u najmanje dva područja koja su potencijalno samoštetna (npr. potrošnja, seks, zlouporaba supstanci, nepromišljena vožnja, prejedanje).

Istraživački interes trenutno je usmjeren na granični i antisocijalni poremećaj ličnosti. Preporuke o psihosocijalnom tretmanu bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti prilično su se promijenile tijekom 40 godina koliko se već poremećaj proučava. Prvi psihosocijalni tretmani koji su se koristili bile su psihoanalitičke terapije, a terapeut s dobrim profesionalnim vještinama mogao je donijeti značajne promjene. Problemi s kojima su se stručnjaci susretali doveli su do kreativne prilagodbe terapija, čineći ih specifičnijim za poteškoće osoba s npr. graničnim poremećajem ličnosti. Psihološki tretmani su modificirani i podvrgnuti testiranju u nasumičnim kontroliranim ispitivanjima, a većina je dala poboljšane rezultate u pogledu ponašanja i psihijatrijskih simptoma (Bateman i sur., 2015).

Kognitivna terapija je shematizirana (terapija usmjerena na shemu) ili specifična za granični poremećaj ličnosti (granični poremećaj ličnosti - kognitivna bihevioralna terapija). Nažalost, nakon ovih specijalističkih tretmana ostaje nekoliko ograničenja; granični poremećaj ličnosti čini samo oko 20% bolničkih prijema i ambulantnih upućivanja (Bateman i sur., 2015). Unatoč značajnom poboljšanju simptoma, ove terapije nisu značajno poboljšale funkcioniranje osobe u društvu; zahtijevaju proširenu obuku za terapeute i iznimnu predanost pacijenata. Ako pacijent ne odgovori na opći pristup, može se uputiti na intenzivnije i specijalizirane programe liječenja. Iako je moguće pružiti bolju alternativu općem pristupu liječenju graničnog poremećaja ličnosti, još uvijek nije moguće odrediti koja će vrsta liječenja biti najučinkovitija za svakog pojedinca. Primjerice, ako pacijent ima komorbiditet s višestrukim poremećajima ličnosti, moguće ga je liječiti specijaliziranim umjesto općim psihijatrijskim pristupom. Međutim, izazov za budućnost je još uvijek odrediti koja će vrsta liječenja biti najprikladnija za svakog pojedinca (Bateman i sur., 2015).

*Histrionični poremećaj ličnosti* uključuje obrazac pretjerane emocionalnosti i traženja pažnje, koji počinje u ranoj odrasloj dobi i prisutan je u različitim kontekstima, te su kod osobe prisutni primjerice neki od ovih simptoma: osoba je izrazito neugodna u situacijama u kojima ona nije u centru pažnje; interakcija s drugima je često okarakterizirana neprimjereno seksualno zavodljivim provokativnim ponašanjem, a također je vidljivo i površno izražavanje emocija (Black i Grant, 2014).

*Narcistični poremećaj ličnosti* karakterizira obrazac grandioznosti (u fantaziji ili ponašanju), potrebe za divljenjem i nedostatak empatije, počevši od rane odrasle dobi i prisutan je u različitim kontekstima. Osoba ima grandiozan osjećaj vlastite važnosti (npr. preuveličava postignuća i talente, očekuje da će biti prepoznata kao superiorna bez razmjernih postignuća), zaokupljena je fantazijama o neograničenom uspjehu, moći, sjaju, ljepoti ili idealnoj ljubavi (Black i Grant, 2014). Osoba s ovim poremećajem motivirana je konstantnom potrebom za „opskrbom“ koja će ga hraniti, a opskrbom bi se smatrale sve aktivnosti koje osobi potiču i veličaju njegovu grandioznost (Masterson, 2016).

### 2.3.3. *Poremećaji ličnosti skupine C*

Davison i Neal (2002) ističu kako je kod *izbjegavajućeg poremećaja ličnosti* osoba osjetljiva na mogućnost kritike, odbacivanja te ne ulazi u odnose u kojima neće biti prihvaćena i voljena. Uključuje obrazac društvene inhibicije, osjećaja neadekvatnosti i preosjetljivosti na negativnu evaluaciju, koji počinje u ranoj odrasloj dobi i prisutan je u različitim kontekstima. Karakteristično je da osoba izbjegava profesionalne aktivnosti koje uključuju značajan međuljudski kontakt zbog straha od kritike, neodobravanja ili odbijanja. Ne želi se družiti s ljudima osim ako je siguran da će mu se svidjeti. Pokazuje suzdržanost unutar intimnih odnosa zbog straha da ga se ne posrami ili bude ismijavan (Black i Grant, 2014).

Osobe s *ovisnim poremećajem ličnosti* imaju pretjeranu potrebu za brigom koja dovodi do pokornog i prijanjajućeg ponašanja i straha od odvajanja, počevši od rane odrasle dobi i prisutna je u različitim kontekstima. Osoba ima poteškoća u donošenju svakodnevnih odluka bez pretjerane količine savjeta i uvjeravanja od drugih. Izražena potreba da drugi preuzmu odgovornost za većinu važnih područja njezina života, a također prisutne su poteškoće u izražavanju neslaganja s drugima zbog straha od gubitka podrške ili odobrenja (Black i Grant, 2014).

Kod *opsesivno-kompulzivnog poremećaja ličnosti* osobe su zaokupljene urednošću, perfekcionizmom, mentalnom i osobnom kontrolom na račun fleksibilnosti, otvorenosti i učinkovitosti. Osoba sa opsesivno-kompulzivnim

poremećajem je zaokupljena detaljima, pravilima, popisima, redosljedom, organizacijom ili rasporedima do te mjere da se gubi glavna točka aktivnosti. Pokazuje perfekcionizam koji ometa dovršenje zadatka (npr. nije u stanju dovršiti projekt jer nisu ispunjeni njegovi ili njezini prestrogi standardi). Pretjerana posvećenost poslu i produktivnosti, isključujući aktivnosti u slobodno vrijeme i prijateljstva (što se ne objašnjava očitom ekonomskom nužnošću) (Black i Grant, 2014). Osobe koje pate od anksioznih poremećaja, uključujući socijalnu fobiju i ostale specifične fobije, imaju povećanu vjerojatnost za oboljenje od opsesivno-kompulzivnog poremećaja osobnosti (Alex i sur., 2010).

Rezultati nasumičnog kontroliranog ispitivanja pokazali su da je psihodinamska terapija značajno poboljšala društvenu funkciju bolesnika s poremećajima klastera C, a također je smanjila i stres. S druge strane, primijećeno je da je kognitivna bihevioralna terapija učinkovitija u liječenju izbjegavajućeg poremećaja ličnosti. Druga istraživanja također sugeriraju da kognitivna bihevioralna terapija i psihoterapija usmjerena na shemu mogu pomoći pacijentima s poremećajima klastera C. Kontrolirano ispitivanje fokusirano na psihoterapije za klaster C, paranoidnih, histrionskih ili narcističkih poremećaja ličnosti izvijestilo je o boljim ishodima u usporedbi s redovitim liječenjem (Bateman i sur., 2015).

Trenutačno ne postoje nasumična ispitivanja koja podržavaju učinkovitost kognitivne terapije u liječenju opsesivno-kompulzivnog poremećaja. Meta analiza provedena o učincima psihodinamske i kognitivne terapije na 3 poremećaja klastera C otkrila je da su ove dvije vrste terapije rezultirale srednjim do velikim pozitivnim učincima, iako istraživačima nije bilo jasno koji je od ovih poremećaja imao najviše koristi od liječenja, međutim, većina poboljšanja uočena je tijekom liječenja, a dodatne promjene su također vidljive i nakon praćenja (Bateman i sur., 2015).

### **3. LIJEČENJE POREMEĆAJA LIČNOSTI**

Liječenje poremećaja osobnosti može uključivati kombinaciju psihoterapije i lijekova, a važan je i utjecaj okoline tijekom procesa liječenja jer međuljudski odnosi nerijetko mogu utjecati na ishod terapijskog odnosa. Prema Mazza i suradnici (2016) crte ličnosti ostaju dinamične tijekom cijelog života te akutne smetnje često dovode

do pogoršanja kliničke slike. Temeljna strategija za stručnjake tijekom procesa liječenja je intervencija koja se temelji na aktivnom slušanju i izradi zajednički razvijenog plana za pacijenta.

### **3.1. Farmakoterapija**

Newton-Howes i Tyrer (2003) govore kako procjena učinaka liječenja lijekovima kod poremećaja ličnosti nije jednostavna zbog komorbiditeta te je samim time i specifične učinke lijekova teško identificirati. Prema Triebwasser i Siever (2007) farmakoterapija uz psihoterapiju ima važnu pomoćnu ulogu, te oni također ističu problem komorbiditeta uz visoku stopu "placebo efekta" kod određenih poremećaja ličnosti ispitanika. Mazza i suradnici (2016) iznose kako psihoaktivni agensi posebno mogu pomoći u ublažavanju akutnih manifestacija, ali mogu i dugoročno poboljšati simptome bolesti. Iako su se farmakološki tretmani koristili za liječenje nekoliko poremećaja osobnosti, većina medicinske literature ograničena je na granični poremećaj osobnosti. Prema Mazza i suradnici (2016) postoje dokazi da su psihijatri skloni propisivanju lijekova izvan odobrenih indikacija. Osim toga, vrlo često specijalizirana psihoterapija nije lako dostupna, a rizik za psihijatra je usredotočiti se na farmakološku terapiju ciljanih simptoma, a ne poremećaja ličnosti u cjelini. Odluku o farmakoterapiji kao vrsti liječenja poremećaja ličnosti mora donijeti psihijatar kao dio opće procjene mentalnog zdravlja osobe i razvoj dogovorenog plana liječenja (Mazza i sur., 2016). Rezultati farmakološkog liječenja mogu su opisati tek kao blago ublažavanje simptoma (Pariz, 2005., prema Triebwasser i Siever, 2007).

### **3.2. Sociokulturalni čimbenici**

Prijelaz s tradicionalnih na moderne društvene strukture, popraćen je društvenom dezintegracijom i brzim društvenim promjenama. Sve takve promjene ometaju funkcioniranje obitelji i zaštitu od društvene zajednice. Poremećaji ličnosti pokazuju veliki stupanj kulturne relativnosti. Kada profili ličnosti pojedinaca odgovaraju društvenim očekivanjima, određene osobine se ne smatraju patološkim (Paris, 1996). Mentalna bolest može se promatrati i iz sociokulturalnog konteksta te je

važno uzeti u obzir sociokulturalne čimbenike koji pridonose razvoju poremećaja ličnosti (Magnavita, 2004). Budući da su poremećaji patološka pojačanja normalnih osobina, a osobine pokazuju sociokulturalne dimenzije, poremećaji ličnosti mogu se manifestirati s različitim simptomima u različitim društvenim kontekstima, a neke kategorije mogu čak biti vezane za kulturu.

Strukturni čimbenici koji utječu na razvoj poremećaja ličnosti se ne mijenjaju. Osobe s ovim stanjima vjerojatnije imaju poteškoća u pronalaženju društvenih uloga. Ne može se u potpunosti osobi pružiti zamjena tradicionalne strukture koju obitelji i zajednice imaju za svoje pacijente s poremećajem ličnosti. Međutim, još uvijek mogu imati koristi od uspostavljanja društvenih mreža i grupa podrške. To je zato što, u većini slučajeva, društvene mreže pojedinca mogu pomoći da i oni sami razviju vlastiti društveni život. Grupe za podršku često se temelje na modelu anonimnih alkoholičara i osmišljene su da pomognu pojedincima koji se nalaze u socijalnoj izolaciji (Magnavita, 2004).

### **3.3. Psihosocijalni tretman**

Prema Bateman i suradnicima (2015) trenutno je većina postojećih dokaza o poremećaju ličnosti namijenjena liječenju graničnog poremećaja, ali čak i to je ograničeno malim veličinama uzoraka i slabom kontrolom nad psihopatologijom poremećaja. Iako su farmakoterapija i psihološka intervencija obično primarni tretman liječenja graničnog poremećaja ličnosti, također je važno razmotriti druge intervencije kao što su psihosocijalna terapija i psihoterapija. Interakciju psihoterapije i lijekova za liječenje poremećaja ličnosti treba proučavati zajedno s njihovim mehanizmima promjene tijekom razvoja svake od njih (Bateman i sur., 2015). Prema Mazza i suradnici (2016) osobe s poremećajima ličnosti imaju veći morbiditet i mortalitet od ostalih (povećana učestalost samoubojstava i ubojstava na što utječu čimbenici načina života koji povećavaju rizik od kardiovaskularnih i respiratornih bolesti) te mnogi pacijenti pate od višestrukih poremećaja ličnosti. Simptomatsko poboljšanje komorbidnog poremećaja tijekom liječenja teško je razlikovati od temeljne promjene ličnosti kod pojedinca.

Unatoč svim teškoćama, razlozi za optimizam u liječenju ovakvih vrsta poremećaja i dalje su prisutni. Starija uvjerenja koja govore o nužnosti dugotrajnosti

ovih ponašanja i o njihovoj stabilnosti tijekom vremena, više se ne mogu smatrati ispravnima. Međutim, ono što ostaje tijekom vremena kao vidljiva posljedica kod osobe su međuljudske disfunkcije i problemi s identitetom (Bateman i sur., 2015). Dugoročno gledano, pacijenti se često i dalje osjećaju nezadovoljno u vezi sa svojim životima, bore se za upravljanje konstruktivnim intimnim odnosima i nedovoljno funkcioniraju u složenim društvenim kontekstima kao što su zapošljavanje i obrazovanje. Unatoč liječenju, ovakve poteškoće traju duže i izraženije su kod onih osoba s težim poremećajem. Kako bi se neko liječenje smatralo uspješnim ono mora imati snažan učinak na temeljne simptome poremećaja i društvenu prilagodbu tijekom dugoročnog razdoblja (Bateman i sur., 2015).

Chiesa i Fonagy (2003) u svom istraživanju utvrdili su da su pacijenti koji su bili izloženi kraćem boravku praćenom dugotrajnom psihosocijalnom terapijom u vanjskoj zajednici pokazali značajno smanjenje samoozljeđivanja, pokušaja samoubojstva i ponovnih prijema u bolnicu nego pacijenti koji su bili raspoređeni na dugotrajno liječenje bez skrbi. Značajna razlika između ovih dviju skupina sugerira da je naknadni psihoterapijski tretman nakon razdoblja hospitalizacije važan za stabilizaciju ovih pacijenata natrag u zajednicu. Planirana stalna podrška nakon otpusta koju pruža terenski psihosocijalni tim stvara osjećaj pripadnosti kod osobe.

Budući da se kognitivna terapija pokazala kao najčešće primjenjivana u liječenju poremećaja ličnosti, važno je istaknuti bitne elemente njezina provođenja. *Strategija suradnje* odnosi se na tretman koji će terapeut ponuditi. On može biti kratkotrajan, usmjeren na određeni cilj kao što je smanjivanje impulzivnosti i samoozljeđujućeg ponašanja (najopasniji problemi kod graničnog poremećaja). Neki autori, primjerice, Beck i suradnici (2012) ipak smatraju da je dugogodišnji tretman bolja opcija za pacijente poremećajima koji imaju nepovjerenje prema drugima i potrebno im je više vremena za ostvarivanje odnosa između terapeuta i klijenta. S druge strane, kod npr. antisocijalnog poremećaja ličnosti, važno je da terapeut jasno odredi granice i očekivano ponašanje i terapeuta i klijenta jer pacijenti s ovim poremećajem imaju slab osjećaj za granice. Prema Masterson (2016) terapeut koji radi s osobama koje boluju od narcisoidnog poremećaja mora biti pripremljen na drugačiju vrstu susreta; mora se usredotočiti na narcisoidnu ranjivost i obrane koje će se javljati

u pacijenta (osoba smatra da ima potpunu responzivnost). Kod osoba koje pate od opsesivno kompulzivnog poremećaja, terapija nalikuje na radni odnos u kojem je usmjerenost na problem veća nego kod ostalih vrsta poremećaja, a emocionalna potpora je manje naglašena. Kada terapeut odabire primarni problem kojim će se baviti, savjetuje se da koristi *hijerarhijski pristup*. Dakle, potrebno je upoznati klijentove strahove i prije početka same terapije odrediti koji problemi zahtijevaju hitno rješavanje. Ovakav pristup olakšava planiranje cjeloukupnog terapijskog procesa. Neke od *specifičnih intervencija* kojima se terapeuti koriste mogu biti prevladavanje kognitivnog i emocionalnog izbjegavanja kod izbjegavajućeg poremećaja ličnosti ili osporavanje vjerovanja da je osoba bespomoćna kod ovisnog poremećaja ličnosti (Beck i suradnici, 2012).

#### **4. INTERVENCIJE SOCIJALNIH RADNIKA U RADU S OSOBAMA S POREMEĆAJIMA LIČNOSTI U SUSTAVU SOCIJALNE SKRBI**

Maljuna i suradnici (2019) definiraju socioterapiju kao disciplinu koja uključuje liječenje poremećaja mentalnog zdravlja i socijalnu prilagodbu pacijenata. To je dio rehabilitacijskog programa koji za cilj ima poboljšanje kvalitete života liječenih. Socijalni radnik je u ovoj situaciji dio multidisciplinarnog tima koji pomaže pacijentima s poremećajima mentalnog zdravlja te može sudjelovati u raznim fazama njihove rehabilitacije. Socijalni radnik ukoliko je završeni psihoterapeut ili savjetodavni terapeut, pruža usluge individualne i grupne terapije (savjetovanja), psihoedukacije obitelji oboljele osobe i destigmatizacije pacijenata. Kornfein i suradnici (1992) govore kako socijalni radnici imaju primarnu ulogu u radu sa starijim osobama poremećene ličnosti jer ranjivost koja dolazi sa starosti i neprilagođena ponašanja u kombinaciji s tim, zahtijevaju veću potrebu za učinkovitom podrškom sustava. Krhke starije osobe s poremećajima ličnosti među najtežim su klijentima socijalnih radnika, no poznavanje poremećaja i odgovarajuće strategije koje koriste socijalni radnici biti od velike pomoći.

Dužnosti socijalnog radnika uključuju smještaj pacijenta i pružanje podrške u njegovom domu ili drugim ustanovama, kao i praćenje napretka te pomaganje



osobama da se vrate svojim redovitim aktivnostima. Socijalni radnici bi se trebali usredotočiti na različite čimbenike koji pridonose pacijentovim osobnim poteškoćama, kao što su njihovi etiološki čimbenici i simptomi. Također bi trebali pomoći pojedincima s poremećajem ličnosti u liječenju te ih poticati da potraže pomoć ako imaju problema sa svojom obitelji ili društvenim okruženjem (Maljuna i sur., 2019). Jedna od konkretnih usluga koje bi socijalni radnici mogli pružiti je pomoć pojedincima s poremećajem ličnosti da kontroliraju svoje živote i da se riješe osjećaja bespomoćnosti i ranjivosti (Kornfein i sur., 1992).

U svom radu Gunderson (2008) je došao do spoznaje o značaju društvenih rehabilitacija u liječenju ovih bolesti. Ističe kako bi socijalni radnici trebali postati sve važniji u pružanju svojih usluga. Trajne poteškoće kao što su nedostatak prijatelja i zaposlenja i dalje su glavne prepreka za postizanje zadovoljavajućeg života pacijenata. Budući da su dugoročni psihosocijalni tretmani pacijenata bili uspješni, u budućnosti bi se moglo razviti socijalnu rehabilitaciju koja bi bila unutar sustava socijalne skrbi te bi socijalni radnici direktno radili s oboljelima na njihovim problemima.

Važno je napomenuti da su socijalni radnici dužni pridržavati se određenih propisa kada je u pitanju pružanje usluga osobama s psihičkim smetnjama, a to uključuje Obiteljski zakon (NN 103/15, 98/19), Zakon o socijalnoj skrbi (NN 18/22, 46/22) i Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN 76/14). Osobe s graničnim poremećajem ličnosti također se mogu smatrati korisnicima sustava socijalne skrbi. Mogu primati i novčane naknade i socijalne usluge. Postoje različiti čimbenici (biološki, psihosocijalni) koji mogu utjecati na razvoj osobe s graničnim poremećajem ličnosti. Veze između ovih čimbenika i zakonskih uloga i ovlasti socijalnih radnika mogu spriječiti da osobe s ovim stanjem dožive negativne posljedice. Zbog rasprostranjenosti trauma i zlostavljanja u djetinjstvu, socijalni radnici trebali bi uzeti u obzir potrebe djece u različitim situacijama. Također, socijalni radnici su u mogućnosti identificirati odgovarajuće mjere za zaštitu njihovih prava (Maljuna i sur., 2019).

Budući da se socijalni radnici kao profesionalci svakodnevno susreću s osobama u nepovoljnim osobnim, obiteljskim, socijalnim i ekonomskim okolnostima, oni mogu imati ključnu ulogu u ranom prepoznavanju simptoma koji vode do poremećaja, te naposljetku mogu potaknuti osobu i na liječenje. Kada je riječ o komorbiditetu

poremećaja ličnosti i zlouporabe sredstava ovisnosti, suočavanja s različitim oblicima nasilja, osobe s ovim poremećajem često su korisnici psihosocijalne podrške sustava socijalne skrbi. Ovakva vrsta podrške pomaže im da razviju vještine i znanja za rješavanje svojih problema (npr. ovisnosti). Kroz psihosocijalnu podršku osobe s poremećajima ličnosti, usmjeravaju se na razvitak snage za suočavanje sa životnim izazovima i poboljšanjem svojih socijalnih vještina, također im pomaže u izgradnji komunikacije i međuljudskih odnosa (Maljuna i sur., 2019).

## ZAKLJUČAK

Zbog sve veće prevalencije društvenih i kulturalnih čimbenika (nedostatak društvene strukture, uloga, obiteljske strukture...) koji mogu utjecati na razvoj ličnosti osobe, očekuje se porast rizika za razvoj poremećaja ličnosti. Kako bi se poboljšala kvaliteta života osoba s poremećajima ličnosti važno je bolje razumijevanje različitih čimbenika koji mogu utjecati na razvoj ličnosti. Istraživanja koja su usmjerena na razvoj poremećaja ličnosti također bi trebala razmotriti različite sociokulturalne čimbenike koji mogu utjecati na razvoj osobe. Unatoč brojnim poteškoćama povezanim s liječenjem osoba s poremećajem ličnosti i drugim mentalnim poremećajima, tijekom godina povećavao se entuzijizam za liječenje ovih osoba, a s njime i izgledi za njihovo liječenje. Bolje razumijevanje temeljnih mehanizama (bioloških i psihosocijalnih razvojnih procesa) koji dovode do razvoja ovih poremećaja omogućuju znanstvenicima da razvijaju nove načine liječenja u budućnosti.

Osobe s poremećajem ličnosti često su u potrebi za intervencijom socijalnih službi tijekom epizoda bolesti kada im simptomi otežavaju život te su tada socijalni radnici osobe koje će im pomoći u održavanju osobnog i radnog funkcioniranja. Kao profesionalci u ovom području trebali bi moći i znati prepoznati znakove poremećaja i uputiti ljude na liječenje kada dođu u kontakt s pojedincima u nepovoljnim situacijama. Također bi trebali sudjelovati u liječenju pojedinaca i osigurati zaštitu prava bolesnika. Iako postoji niz čimbenika koji mogu utjecati na vjerojatnost razvoja poremećaja, kao što su temperament, seksualna orijentacija, traumatska iskustva, točni čimbenici koji mogu izazvati ovo stanje još nisu poznati. No, zasigurno karakteristike

osobe kao što su dobra sposobnost rješavanja problema, komunikacijske sposobnosti, posjedovanje visokog samopoštovanja i pripadnost dobroj društvenoj klasi mogu biti područje na kojem se s pojedincem treba raditi s ciljem poboljšanja tijekom psihosocijalnih tretmana koje nude psihoterapeuti, socijalni radnici i ostali stručnjaci. Socijalni radnici koji su zaposleni u sustavu zdravstva te se tamo nalaze kao ravnopravni članovi multidisciplinarnog tima, trebali bi sudjelovati u svim fazama liječenja i zajedno s kolegama iz sustava socijalne skrbi osigurati ostvarivanje prava oboljelim osobama. Psihosocijalni tretman daje osnove za optimizam. Liječenje bi trebalo biti strukturirano partnerstvo u kojem se pacijenti potiču u preuzimanju kontrole nad sobom. Terapeuti i stručnjaci bi trebali biti aktivni, odgovorni, potvrđujući, usredotočeni na upravljanje životnim situacijama i dobro nadzirani.

## LITERATURA

1. Alex, R., Ferriter, M., Jones, H., Duggan, C., Huband, N., Gibbon, S., ... & Lieb, K. (2010). Psychological interventions for obsessive-compulsive personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, (5).
2. Bandura, A. (1969). Social-learning theory of identificatory processes. *Handbook of socialization theory and research*, 213, 262.
3. Back, S. N., Flechsenhar, A., Bertsch, K., & Zettl, M. (2021). Childhood traumatic experiences and dimensional models of personality disorder in DSM-5 and ICD-11: Opportunities and challenges. *Current Psychiatry Reports*, 23(9), 1-10.
4. Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 735-743.
5. Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2012). *Kognitivna terapija poremećaja ličnosti*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
6. Bergner, R. M. (2020). What is personality? Two myths and a definition. *New Ideas in Psychology*, 57, 100759.

7. Black, D. W., & Grant, J. E. (2014). *DSM-5® guidebook: the essential companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
8. Contrada, R. J., Leventhal, H., & O'Leary, A. (1990). Personality and health. U R. J. Contrada, H. Leventhal, & A. O'Leary, *Handbook of personality: Theory and research* (str. 638-669). New York: Guilford Press.
9. Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of personality disorders*, 6(4), 343-359.
10. Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (2008). *The Revised Neo Personality Inventory (neo-pi-r)*. Sage Publications, Inc.
11. Chamorro-Premuzic, T. (2016). *Personality and individual differences*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons.
12. Chiesa, M., & Fonagy, P. (2003). Psychosocial treatment for severe personality disorder: 36-month follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 183(4), 356-362.
13. Davison, G. C., & Neale, J. M. (2002). *Psihologija abnormalnog ponašanja i doživljavanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
14. Fonagy, P. (1999). Attachment, the development of the self, and its pathology in personality disorders. In *Treatment of personality disorders* (str. 53-68). Springer, Boston, MA.
15. Gawda, B., & Czubak, K. (2017). Prevalence of personality disorders in a general population among men and women. *Psychological reports*, 120(3), 503-519.
16. Gunderson, J. (2008). Borderline personality disorder: An overview. *Social Work in Mental Health*, 6(1-2), 5-12.
17. Hasin, D. S., & Grant, B. F. (2015). The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(11), 1609-1640.
18. Krapić, N. (2005). Dimenzije ličnosti petofaktorskog modela i radno ponašanje. *Psihologijske teme*, 14(1), 39-55.

19. Kornfein Rose, M., Hailparn Soares, H., & Joseph, C. (1992). Frail elderly clients with personality disorders: A challenge for social work. *Journal of Gerontological Social Work, 19*(3-4), 153-165.
20. Labura, D. (2006). Stigmatizacija–glavni čimbenik dugotrajnosti boravka forenzičnih pacijenata u psihijatrijskoj ustanovi. IV. hrvatski psihijatrijski kongres "Za boljitak bez stigme". Sažeci radova. Cavtat: 27
21. Magnavita, J. J. (Ed.). (2004). *Handbook of personality disorders: Theory and practice*. John Wiley & Sons.
22. Maljuna, I., Ostojić, D. & Jendričko, T. (2019). Psihosocijalni aspekti graničnog poremećaja ličnosti. *Ljetopis socijalnog rada, 26*(2), 213-234.
23. Masterson, J.F. (2016). Potraga za istinskim ja. Raskrinkavanje poremećaja ličnosti našega doba. Zagreb: Kruzak.
24. Matoša, T. (2019). *Poremećaj ličnosti*. Završni rad. Varaždin: Sveučilište Sjever, Odjel za Biomedicinske znanosti.
25. Mazza, M., Marano, G., & Janiri, L. (2016). An update on pharmacotherapy for personality disorders. *Expert opinion on pharmacotherapy, 17*(15), 1977-1979.
26. Miller, J. D., & Widiger, T. A. (2020). The Five-Factor Model of personality disorders. In C. W. Lejuez & K. L. Gratz (Eds.), *The Cambridge handbook of personality disorders* (str.145–160). Cambridge: Cambridge University Press.
27. Mlačić, B. (2002). Leksički pristup u psihologiji ličnosti: pregled taksonomija opisivača osobina ličnosti. *Društvena istraživanja-Časopis za opća društvena pitanja, 11*(60+ 61), 553-576.
28. Mlačić, B., & Knezović, Z. (1997). Struktura i relacije Big-Five markera i Eysenckova upitnika ličnosti: empirijska usporedba dvaju strukturalnih modela ličnosti. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja, 6*(1 (27)), 1-21.
29. Newton-Howes, G., & Tyrer, P. (2003). Pharmacotherapy for personality disorders. *Expert Opinion on Pharmacotherapy, 4*(10), 1643-1649.
30. Obiteljski zakon. *Narodne novine*, br. 103/15, 98/19.
31. Paris, J. (1996). *Social factors in the personality disorders: A biopsychosocial approach to etiology and treatment*. Cambridge University Press.

32. Paris, J. (2010). Estimating the prevalence of personality disorders in the community. *Journal of personality disorders*, 24(4), 405-411.
33. Parker, G. (1997). Special feature: The etiology of personality disorders: A review and consideration of research models. *Journal of Personality Disorders*, 11(4), 345-369.
34. Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet level analysis. *Clinical psychology review*, 28(8), 1326-1342.
35. Svrakic, D. M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2002). Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(3), 189-195.
36. Stelmack, R. M., & Stalikas, A. (1991). Galen and the humour theory of temperament. *Personality and Individual Differences*, 12(3), 255-263.
37. Triebwasser, J., & Siever, L. J. (2007). Pharmacotherapy of personality disorders. *Journal of Mental Health*, 16(1), 5-50.
38. Zakon o socijalnoj skrbi. *Narodne novine*, br. 18/22, 46/22.
39. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. *Narodne novine*, br. 76/14.