

**PRAKTIČNE SMJERNICE ZA LIJEČENJE
OBOLJELIH OD GRANIČNOG POREMEĆAJA
LIČNOSTI**

Američka psihijatrijska udruga

**ČLANOVI RADNE SKUPINE ZA PROUČAVANJE
GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI**

dr. med. John M. Oldham, predsjednik
dr. med. Katharine A. Phillips, konzultantica
dr. med. Glen O. Gabbard
dr. sc. med. Marcia K. Goin
dr. med. John Gunderson
dr. med. Paul Soloff
dr. med. David Spiegel
dr. med. Michael Stone

**ČLANOVI STRUČNE KOMISIJE ZA IZRADU
PRAKTIČNIH SMJERNICA**

dr. med. John S. McIntyre, predsjednik
dr. med. Sara C. Charles, zamjenica predsjednika
dr. med. Kenneth Alshuler
dr. med. C. Deborah Cross
dr. med. Helen Egger
dr. med. Barry J. Landau
dr. med. Louis Alan Moench
dr. med. Allan Tasman
dr. med. Stuart W. Twemlow
dr. sc. med. Sherwyn Woods
dr. med. Joel Yager

KONZULTANTI I SURADNICI

dr. med. Paula Clayton, konzultantica
dr. sc. med. Amarendra Das (suradnica)
dr. sc. med. Marcia K. Goin (suradnik)
dr. med. Marion Goldstein (suradnica)
dr. med. Sheila Hafter Gray, konzultantica
dr. med. Margaret T. Lin (suradnica)
dr. med. Herbert Meltezer, konzultant
dr. med. Grayson Norquist, konzultant
dr. med. Susan Stabinsky, konzultantica
dr. med. Robert Johnston (područje I)
dr. med. James Nininger (područja II)
dr. med. Roger Peele (područje III)
dr. med. Anthony D'Agostino (područje IV)
dr. med. R. Scott Benson (područje V)
dr. med. Lawrence Lurie (područje VI)
dr. med. R. Dale Walker (područje VII)
dr. med. Michael B. First, urednik u medicinskom području, "Vodiči za
brzo snalaženje"

OSOBLJE PROJEKTA

mr.sc. Rebecca M. Thaler, javno zdravstvo, licencirana specijalistica u
području zdravstvenog obrazovanja, glavna voditeljica projekta
mr.sc. Robert Kunkle, voditelj projekta
Althea Simpson, koordinatorica projekta
Claudia Hart, ravnateljica Odsjeka za unapređenje kvalitete i psihija-
trijskih usluga
dr. med. Lloyd I. Sederer, ravnatelj Odjela kliničkih usluga

SVRHA PRIRUČNIKA

Ovaj priručnik ne treba smatrati standardom medicinske skrbi niti ga valja tako upotrebljavati. Standardi medicinske skrbi određuju se na temelju svih kliničkih podataka koji su dostupni o pojedincu i podložni su mijenjanju zbog razvoja znanstvenih spoznaja i napretka tehnologije. Navedene parametre prakse treba smatrati samo smjernicama. Njihovim pridržavanjem nećemo osigurati uspjeh u svakom pojedinačnom slučaju, one ne sadrže sve prikladne metode skrbi i ne isključuju druge prihvatljive metode brige namijenjene postizanju istih ciljeva. Konačan sud o određenom kliničkom postupku ili tretmanskome planu mora donijeti psihijatar na temelju kliničkih podataka dobivenih od bolesnika i na osnovu dostupnih dijagnostičkih i tretmanskih mogućnosti.

Praktične smjernice za rad koje slijede oblikovali su psihijatri koji aktivno rade u kliničkoj praksi. Osim toga, neki od autora ponajprije su uključeni u istraživanja ili u neke druge akademske pothvate. Moguće je da su, zahvaljujući tim aktivnostima, neki autori priručnika ostvarili zaradu primjenom nekih vrsta liječenja o kojima se raspravlja u ovim smjernicama. Upotrijebljeni su brojni mehanizmi kako bi se smanjila mogućnost davanja pristranih preporuka zbog sukoba interesa. Priručnik su temeljito proučili mnogi članovi Američke psihijatrijske udruge te predstavnici srodnih područja. Od autora i recenzenata bilo je traženo da svoje preporuke utemelje na objektivnoj procjeni dostupnih podataka. Od svakog autora ili recenzenta s mogućim sukobom interesa, koji bi mogao utjecati (prividno ili stvarno) na njegov/njezin rad, zatraženo je da o tome obavijesti Odsjek za unapređenje kvalitete i psihijatrijskih usluga Američke psihijatrijske udruge. O mogućoj pristranosti tada se raspravljalo s predsjedateljem radne skupine i s predsjednikom Stručne komisije za izradu praktičnih smjernica. Zatim su poduzimane određene mjere, ovisno o procjeni moguće pristranosti.

Praktične smjernice odobrene su u srpnju, a tiskane u listopadu 2001. godine.

UPUTE ZA KORIŠTENJE PRAKTIČNIH SMJERNICA

Praktične smjernice su preporuke utemeljene na dostupnim podacima i na ~~slaganju kliničara kako bi pomogle psihijatrima u oblikovanju plana skrbi o~~ odraslim ljudima oboljelim od graničnog poremećaja ličnosti. Smjernice sadrže različite odjeljke koji neće svi biti jednako korisni svim čitateljima. Sljedeće upute pomoći će čitateljima da pronađu odjeljke koji će im najviše koristiti.

Dio A sadrži preporuke za liječenje oboljelih od graničnog poremećaja lično-sti. Odjeljak I. je sažetak tretmanskih preporuka i uključuje najvažnije preporuke za liječenje, zajedno s oznakama koje govore o stupnju kliničke pouzdanosti svake od preporuka. Odjeljak II. je vodič u oblikovanju i provedbi plana liječenja u radu s pojedincima. Taj odjeljak uključuje sve preporuke za liječenje. U odjeljku III: “Specifični činitelji koji utječu na liječenje”, raspravlja se o različitim kliničkim činiteljima koji mogu izmijeniti opće preporuke o kojima je riječ u II. odjeljku. U odjeljku IV govori se o načinima smanjenja rizika koje valja uzeti u obzir pri liječenju oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti.

U dijelu B: “Osnovne informacije i pregled dostupnih podataka”, iscrpno se iznose podaci koji čine podlogu tretmanskih preporuka iz dijela A. Odjeljak V. daje pregled DSM-IV-TR kriterija, učestalosti javljanja graničnog poremećaja ličnosti i općih podataka o njegovoj prirodnoj povijesti i tijeku. Odjeljak VI. je strukturirani pregled i sinteza objavljene literature o dostupnim tretmanima graničnog poremećaja ličnosti

Dio C: “Potrebe za budućim istraživanjima”, oslanja se na prethodne odjeljke radi sažetog pregleda onih područja gdje je potrebno prikupiti valjanije empirijske podatke, kao osnovu za donošenje kliničkih odluka.

U VOD

Smjernice za praksu sastoje se od pregleda podataka koji se odnose na skrb ~~oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti.~~

Granični poremećaj ličnosti najčešći je poremećaj ličnosti u kliničkim uvjetima i javlja se u različitim kulturama diljem svijeta. No, taj se poremećaj u kliničkoj praksi često pogrešno dijagnosticira ili se uopće ne dijagnosticira. Granični poremećaj ličnosti izaziva velike nevolje i teškoće u socijalnom i radnom funkcioniranju i povezan je s vrlo učestalim samouništavajućim ponašanjima (npr. pokušaji samoubojstva) te uspješno izvedenim samoubojstvima.

Glavna značajka graničnog poremećaja ličnosti jest prevladavajući obrazac nestabilnosti u međuljudskim odnosima i emocionalnom doživljavanju te izrazita impulzivnost. Spomenute značajke javljaju se u ranoj odrasloj dobi i vidljive su u različitim kontekstima. Dijagnostički kriteriji za taj poremećaj prikazani su u tablici 1. Za postavljanje dijagnoze mora biti prisutno pet od devet kriterija. Višestruka priroda sklopa kriterija odražava heterogenost poremećaja. Može se reći da se ključne osobine graničnog poremećaja ličnosti sastoje od brojnih psihopatoloških dimenzija (npr. impulzivnost, emocionalna nestabilnost). Potpuniji opis poremećaja, uključujući i njegove kliničke značajke, procjenu, diferencijalnu dijagnozu, epidemiologiju te prirodnu povijest i tijek, nalazi se u dijelu B ovoga priručnika.

Nabrojene smjernice prikazuju tretmane koji mogu biti potrebni oboljelima od graničnog poremećaja ličnosti. Psihijatri skrbe za oboljele u vrlo različitim okruženjima i imaju različite funkcije. Zbog toga trebaju pružiti ili preporučiti odgovarajuće liječenje oboljelima od graničnog poremećaja ličnosti. Osim toga, mnogi oboljeli imaju i popratna stanja i/ili poremećaje koji mogu zahtijevati liječenje. Prema tome, skrbeći za oboljele od graničnog poremećaja ličnosti psihijatri mogu razmotriti načine liječenja preporučene u ovom priručniku, iako se ne trebaju ograničiti samo na njih.

TABLICA 1

Prevladavajući obrazac nestabilnosti u međuljudskim odnosima, slici o sebi i emocijama te izrazita impulzivnost koji počinju u ranoj odrasloj dobi i vi-dljivi su u različitim kontekstima, što se vidi po pet (ili više) sljedećih kriterija:

1. Grčevito nastojanje da se izbjegne stvarno ili zamišljeno napuštanje od strane druge osobe²
2. Obrazac nestabilnih i intenzivnih međuljudskih odnosa koje obilježava odlazak iz jedne u drugu krajnost, tj. idealizacija i obezvredivanje
3. Poremećaj identiteta: izrazito i ustrajno nestabilna slika o sebi ili doživljaj sebe
4. Impulzivnost najmanje u dva područja koja predstavljaju opasnost za samoga/samu sebe (npr. trošenje novca, spolni odnosi, upotreba psihoaktivnih tvari, nepažljivo upravljanje automobilom, napadi prejedanja²)
5. Ponovljeni pokušaji samoubojstva, geste, prijetnje ili samoozljeđivanje
6. Emocionalna nestabilnost uzrokovana izrazitim promjenama raspoloženja (npr. intenzivna povremena disforija, razdražljivost ili tjeskoba koji obično traju nekoliko sati, a rijetko dulje od nekoliko dana)
7. Kroničan osjećaj praznine
8. Neprikladna, jaka ljutnja ili teško kontroliranje ljutnje (npr. učestali ispadi bijesa, stalna ljutnja, ponovljene tučnjave)
9. Prolazne, sa stresom povezane paranoide misli ili teški simptomi disocijacije

Kriteriji za postavljanje dijagnoze graničnog poremećaja ličnosti¹

¹ Prema DSM-IV-TR (1).

² Isključujući pokušaj samoubojstva ili samoranjavajuće ponašanje (uključeno u kriterij br. 5).

PRIKAZ PROCESA NASTANKA SMJERNICA

~~Ovo je praktičan vodič za skrb o bolesnicima u prvome redu odraslim osobama starijim od 18 godina – koji boluju od graničnog poremećaja ličnosti. Nastojali smo da iznesene smjernice budu što više oslobođene pristranosti prema i jednom teorijskom pristupu liječenju.~~

Smjernice za praksu nastale su pod pokroviteljstvom Stručne komisije za izradu praktičnih smjernica. Proces njihova nastanka opširno je opisan u te-kstu: “Proces nastanka smjernica Američke psihijatrijske udruge”, a može se dobiti na uvid u Odsjeku za unapređenje kvalitete i psihijatrijskih usluga Američke psihijatrijske udruge. Glavne značajke tog procesa jesu:

- Temeljit pregled literature i stvaranje baze podataka.
- Radna skupina koju su činili psihijatri s kliničkim i istraživačkim iskustvom u području graničnog poremećaja ličnosti piše početni tekst.
- Pisanje tekstova s opsežnim pregledom dostignuća. Velik doprinos tom poslu dalo je 13 ustanova i više od 60 pojedinaca.
- Skupština i Upravne odbor Američke psihijatrijske udruge odobrili su tekst.
- Planiranje prerade teksta u redovitim vremenskim razmacima.

Odgovarajuća literatura pretraživana je pomoću računala i to u MEDLINE i PsycINFO bazama podataka.

Prvo pretraživanje literature u MEDLINE bazi podataka, i to za razdoblje od 1966. godine do prosinca 1998. godine, provedeno je pomoću sljedećih ključnih riječi: “granični poremećaj ličnosti”, “terapija”, “terapija lijekovima”, “psihoterapija”, “farmakoterapija”, “psihofarmakologija”, “grupna psihoterapija”, “histeroidna disforija”, “parasuicidalnost”, “emocionalna nestabilnost” i “tretman”. Na taj način pronađene su ukupno 1.562 reference.

Pretraživanje literature u PsycINFO bazi podataka obuhvatilo je razdoblje od 1967. godine do studenog 1998. godine, a upotrijebljene su sljedeće ključne riječi: “granični poremećaj ličnosti”, “histeroidna disforija”, “parasuicidalnost”, “emocionalna nestabilnost”, “terapija”, “tretman”, “psihofarmakologija”, “farmakoterapija”, “granična stanja”, “kognitivna terapija”, “terapija lijekovima”, “elektrokonvulzivna šok terapija”, “obiteljska terapija”, “grupna psihoterapija”, “inzulinska šok terapija”, “milieu terapija”, “radna terapija”, “psihoanaliza” i “tjelesni tretman”. Na taj je način ukupno pronađeno 2.460 referenci.

Dodatno pretraživanje literature provedeno je u MEDLINE bazi podataka za razdoblje od 1990. do 1999. godine i to pomoću ključnih riječi “samoozljeđivanje” i “mentalna retardacija”. Ukupno su pronađene 182 reference.

Osim toga, osoblje Američke psihijatrijske udruge i pojedini članovi radne skupine za proučavanje graničnog poremećaja ličnosti pregledavali su literaturu i na manje formalan način.

Preporuke iznesene u ovom priručniku temelje se na dostupnim podacima i na slaganju među kliničarima. Sažet prikaz preporuka za liječenje obilježen je prema razini pouzdanosti s kojom je svaka od preporuka donesena. Osim toga, svaku referencu prati oznaka (slovo u zagradi) koja upućuje na prirodu podataka koji je podržavaju.

DIO A:

PREPORUKE ZA LIJEČENJE

I. SAŽETAK PREPORUKA

A. SUSTAV KODIRANJA

Svaka od iznesenih preporuka svrstana je u jednu od triju kategorija i označena je rimskim brojem u uglatoj zagradi. Tri kategorije predstavljaju različite razine pouzdanosti koja se veže uz određenu preporuku:

- I. Preporučuje se s velikom kliničkom pouzdanošću
- II. Preporučuje se s umjerenom kliničkom pouzdanošću
- III. Može se preporučiti na temelju pojedinačnih slučajeva

B. OPĆA RAZMATRANJA

Granični poremećaj ličnosti najučestaliji je poremećaj ličnosti u kliničkim uvjetima. Obilježavaju ga izrazite teškoće i poremećaji u funkcioniranju, učestala samouništavajuća ponašanja (npr. pokušaji samoubojstva) i uspješna samoubojstva. Skrb o ljudima oboljelim od graničnog poremećaja ličnosti u-ključuje vrlo različite pristupe. U ovom su priručniku prikazane mogućnosti liječenja i činitelji koje valja uzeti u obzir u liječenju oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti.

C. SAŽETAK PREPORUKA

1. Početna procjena

Psihijatar najprije provodi početnu procjenu oboljeloga kako bi odredio okruženje u kojem će se provoditi liječenje [I.]. Budući da su razmišljanja o samoubojstvu i pokušaji samoubojstva uobičajena pojava, prioritet treba dati bolesnikovoj sigurnosti i to pitanje valja temeljito procijeniti. Na temelju takve procjene i razmatranja drugih kliničkih činitelja, bit će određeno okruženje

za provedbu tretmana (tj. izvanbolničko ili bolničko liječenje). Potom treba načiniti sveobuhvatnu procjenu oboljelog [I.]. Na početku tretmana važno je načiniti jasan plan liječenja [I.], što uključuje postizanje dogovora s oboljelim o ciljevima liječenja.

2. Psihijatrijski menadžment

Psihijatrijski menadžment jest osnova liječenja svih pacijenata. Temeljni način liječenja oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti jest psihoterapija u kombinaciji s farmakoterapijom usmjerenom na simptom [I.]. Osim toga, psihijatrijski menadžment uključuje različite trajne aktivnosti i intervencije koje psihijatar mora uspostaviti za sve oboljele od graničnog poremećaja ličnosti [I.]. Neovisno o specifičnim primarnim i dodatnim oblicima izabranog liječenja, važno je tijekom cijelog tretmana provoditi psihijatrijski menadžment. Sastavni dijelovi psihijatrijskog menadžmenta za oboljele od graničnog poremećaja ličnosti uključuju reagiranje na krizna stanja i praćenje bolesnikove sigurnosti, uspostavu i održavanje terapijskog okvira i odnosa, edukaciju o graničnom poremećaju ličnosti i njegovu liječenju, koordinaciju različitih vrsta liječenja tretmana koje pružaju kliničari različitih struka, praćenje bolesni-kova napretka i stalnu procjenu učinkovitosti plana liječenja. Osim toga, psihijatar mora biti svjestan mogućih teškoća, koje uključuju rascjep (eng. *splitting*, nap. prev.) (vidjeti odjeljak II.B.6.a) i pitanja granica (vidjeti odjeljak II.B.6.b), te raditi na njihovu ublažavanju.

3. Principi odabira načina liječenja

A) VRSTA

U liječenju graničnog poremećaja ličnosti djelotvorne su određene vrste psihoterapije (i drugih psihosocijalnih intervencija) i određeni lijekovi [I.]. Premda empirijski nije dokazano da je jedan pristup djelotvorniji od drugoga, kliničko iskustvo pokazuje kako je većini oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti potrebna dugotrajna psihoterapija ako se želi postići i održati trajno poboljšanje u području ličnosti, interpersonalnih teškoća i cjelokupnog funkcioniranja [II.]. Farmakoterapija često ima važnu ulogu kao dodatak psihoterapiji, osobito u ublažavanju simptoma kao što su emocionalna nestabilnost, impulzivnost, kvazipsihotični simptomi i samouništavajuće ponašanje [I.]. Ne postoje istraživanja koja bi uspoređivala kombinaciju psihoterapije i farmakoterapije s primjenom svakog od tih pristupa posebno, ali kliničko iskustvo pokazuje da se najveći uspjesi postižu kombinacijom spomenutih vrsta liječenja [II.].

B) TEŽIŠTE

Tijekom planiranja liječenja u obzir valja uzeti granični poremećaj ličnosti, ali i popratne poremećaje s osi I i II, s tim da će prioritet biti određen prema rizičnim ili prevladavajućim simptomima [I.].

C) PRILAGODLJIVOST

Budući da su popratni poremećaji često prisutni i da je bolesnikova prošlost jedinstvena te zbog heterogene prirode graničnog poremećaja ličnosti, tretmanski plan mora biti prilagodljiv i usklađen s potrebama svakog oboljelog [I.]. Prilagodljivost je nužna i radi reagiranja na činjenicu da se karakteristike oboljeloga s vremenom mijenjaju.

D) ULOGA BOLESNIKOVIH PREFERENCIJA

Liječenje bi trebalo biti suradnički proces između oboljelog i kliničara pa je bolesnikova preferencija određenog tretmana važan činitelj u oblikovanju individualnog plana liječenja [I.].

E) LIJEČENJE KOJE PROVODI JEDAN KLINIČAR NASUPROT UKLJUČIVANJU VIŠE NJIH

Liječenje koji provodi jedan kliničar i onaj u kojem sudjeluje više njih predstavljaju prihvatljive pristupe [II.]. Liječenje koji provodi više kliničara ima određene prednosti, ali može postati rascjepkanim; zbog toga su jako važne dobra suradnja među članovima tretmanskog tima i jasnoća njihovih uloga [I.].

4. Specifične strategije liječenja

A) PSIHOTERAPIJA

U dobro kontroliranim istraživanjima sa slučajnim uzorcima utvrđena je djelotvornost dvaju psihoterapijskih pristupa: psihoanalitičke/psihodinamske terapije i dijalektičke biheviornalne terapije [I.]. Tretmani proučavani u spomenutim istraživanjima imaju tri ključna obilježja: tjedne individualne su-srete s terapeutom, jedan ili više tjednih grupnih susreta i sastanke terapeuta radi konzultacije/supervizije. Ne postoje rezultati dobiveni izravnom usporedbom tih dvaju pristupa, a koji bi upućivali na to koji bolesnici bolje reagiraju na koju vrstu liječenja. Premda kratkotrajna terapija za oboljele od graničnog poremećaja ličnosti nije sustavno proučavana, istraživanja dugotrajnijih načina liječenja pokazuju da se vidljiva poboljšanja javljaju tek nakon bolesnikova

sudjelovanja u otprilike jednogodišnjoj psihoterapiji; no, mnogima je potrebno i dugotrajnije liječenje.

Kliničko iskustvo pokazuje kako postoje brojna zajednička obilježja koja mogu pomoći psihoterapeutu, neovisno o vrsti primijenjene terapije [I.]. Ta obilježja su čvrst terapijski odnos te praćenje samouništavajućeg i suicidalnog ponašanja. Neki terapeuti stvaraju hijerarhiju prioriteta koje valja uzeti u obzir u liječenju (npr. usmjeravanje prvo na suicidalno ponašanje). Ostale korisne intervencije uključuju uvažavanje bolesnikove patnje i doživljaja te pomaganje da preuzme odgovornost za svoje postupke. Budući da oboljeli od graničnog poremećaja ličnosti mogu imati širok raspon snaga i slabosti, prilagodljivost je ključna osobina djelotvorne terapije. Ostale komponente uspješne terapije oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti jesu upravljanje osjećajima (bolesnikovim i terapeutovim), poticanje razmišljanja - umjesto impulzivnog djelovanja, ublažavanje bolesnikove sklonosti prema rascjepu i postavljanje granica za svako samouništavajuće ponašanje.

Postoje određene empirijske potvrde o uspješnosti psihodinamske psihoterapije s pojedincem, bez popratne grupne terapije ili drugih povremenih bolničkih usluga [II.]. Malo je literature o grupnoj terapiji ili o grupnom uvježbavanju vještina s oboljelima od graničnog poremećaja ličnosti, ali pokazalo se da bi takvi načini liječenja mogli biti korisni [II.]. Grupni pristupi obično se koriste u kombinaciji s individualnom terapijom i drugim vrstama liječenja. Literatura o terapiji parova također je ograničena, ali pokazuje da i takva terapija može koristiti te da katkada može biti iznimno važnim dijelom liječenja. Međutim, terapija parova ne preporučuje se kao jedini oblik liječenja oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti [II.]. Premda ima malo podataka i o obiteljskoj terapiji, oni pokazuju da psihoedukativan pristup može biti koristan [II.]. Objavljeni klinički izvještaji razlikuju se prema ponuđenim preporukama glede prikladnosti obiteljske terapije i uključivanja obitelji u liječenje; obiteljska terapija ne preporučuje se kao jedini oblik liječenja oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti [II.].

B) FARMAKOTERAPIJA I DRUGE VRSTE TJELESNIH TRETMANA

Farmakoterapija se koristi u liječenju trenutačnih simptoma u razdoblju akutne dekompenzacije i u ublažavanju teškoća koje su posljedica problema u području osobina ličnosti. Simptomi oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti često su vidljivi na trima ponašajnim dimenzijama: nemogućnost kontrole emocija i impulzivnih postupaka te kognitivno-perceptivne teškoće, i za njihovo ublažavanje moguće je upotrijebiti specifičan farmakološki način liječenja.

Nemogućnost kontrole emocija

Oboljeli od graničnog poremećaja ličnosti sa simptomima na toj dimenziji nestabilnog su raspoloženja, osjetljivi su na odbacivanje, neprimjereno jako su ljuti, doživljavaju depresivne “slomove raspoloženja” ili izljeve bijesa. Te simptome treba od početka ublažavati selektivnim inhibitorom ponovne pohrane serotonina (SIPPS) ili s njim povezanim antidepresivom kao što je venlafaksin [I.]. Proučavanja djelovanja tricikličkih antidepresiva dala su nejednoznačne rezultate. Kada se nemogućnost kontrole emocija javlja u obliku tjeskobe, tretman SIPPS-om može biti nedostatan i tada valja razmotriti dodavanje benzodiazepina. Doduše, istraživanja o djelovanju spomenutih lijekova na oboljele od graničnog poremećaja ličnosti su malobrojna, pa njihova upotreba znači mogući rizik [III.].

Kada se nemogućnost kontrole emocija pojavljuje u obliku nezaustavljive ljutnje, koja prati ostale simptome na čuvstvenom planu, SIPPS-ovi su također tretman izbora [II.]. Kliničko iskustvo pokazuje da se bolesnicima s izrazitim teškoćama u kontroli ponašanja mogu dodati male količine neuroleptika koji će brzo djelovati i ublažiti simptome u emocionalnom području [II.].

Premda postoje čvrsti empirijski dokazi o djelotvornosti inhibitora monoamino oksidaze (MAO inhibitori) u tretmanu teškoća kontrole emocija obo-ljelih od graničnog poremećaja ličnosti, MAO inhibitori nisu prvi tretmanski izbor zbog rizika od teških popratnih pojava i teškoća s pridržavanjem ograničenja u prehrani [I.]. Stabilizatori raspoloženja (litij, valproat, kabamazepin) smatraju se tretmanom drugog reda (ili pridodanim tretmanom) u ublažavanju teškoća u upravljanju emocijama premda su istraživanja tih pristupa malobrojna [II.]. Vrlo je malo podataka i o djelotvornosti elektrokonvulzivne terapije u liječenju simptoma koji upućuju na nemogućnost kontrole emocija kod obo-ljelih od graničnog poremećaja ličnosti. Prema kliničkom iskustvu, elektrokonvulzivna terapija katkad može biti indiciranom za bolesnike s popratnom teškom depresijom s osi I, koja je otporna na farmakoterapiju, ali elektrošokovi u pravilu ne ublažavaju emocionalna obilježja graničnog poremećaja ličnosti [II.].

Algoritam s koracima koji se mogu poduzeti u liječenju simptoma otežane kontrole emocija kod oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti prikazan je u Dodatku 1.

Ublažavanje simptoma nemogućnosti kontrole impulzivnih postupaka

Kod oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti, kod kojih je prisutna ta dimenzija, vidljivi su sljedeći simptomi: impulzivna agresija, samoozlijeđivanje

ili samouništavajuće ponašanje (npr. promiskuitetni spolni odnosi, zloupotreba droga i alkohola, nepromišljeno trošenje novca). Kao što se vidi iz Dodatka 2, SIPPS-ovi su početni tretman izbora [I.]. Kad nemogućnost kontrole ponašanja znači ozbiljnu prijetnju za sigurnost oboljelog, SIPPS-u je potrebno dodati i manje količine neuroleptika [II.]. Kliničko iskustvo pokazuje da se djelomična učinkovitost SIPPS-a može povećati dodavanjem litija [II.]. Ako SIPPS ne postigne željeni učinak, valja razmotriti prelazak na MAO inhibitor [II.]. Poboljšanje kontrole poriva može se postići i primjenom valproata ili karbamazepina premda je njihova upotreba, radi ublažavanja impulzivne agresivnosti oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti, rijetko proučavana [II.]. Početni podaci pokazuju da netipični neuroleptici mogu biti djelotvornima u ublažavanju impulzivnosti oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti [II.].

Ublažavanje simptoma kognitivno-perceptivnih teškoća

Kod oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti sa simptomima na toj dimenziji prisutni su sumnjičavost, ideje odnosa, paranoidne misli, iluzije, derealizacija, depersonalizacija ili simptomi koji nalikuju halucinacijama. Kao što je vidljivo u Dodatku 3, male količine neuroleptika tretman su izbora za te simptome [I.]. Spomenuti lijekovi ne ublažavaju samo simptome karakteristične za psihoze, nego i depresivno raspoloženje, impulzivnost i ljutnju/nasilnost. Ako je reakcija na lijek slabija od očekivane, valja povećati njegovu količinu i to do one koja je prikladna za liječenje poremećaja s osi I [II.].

5. Posebna obilježja koja utječu na liječenje

U planiranju i provedbi liječenja važno je uzeti u obzir sljedeća obilježja: komorbiditet s poremećajima s osi I i s osi II, zloupotrebu psihoaktivnih tvari, nasilna ponašanja i osobine koje upućuju na antisocijalnost, kronične samouništavajuće postupke, traume i posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), disocijativne osobine, psihosocijalne izvore stresa, spol, dob i kulturalne činitelje [I.].

6. Kontrola rizika

Vrlo je važno posvetiti pažnju pitanjima kontrole rizika [I.]. Kontrola rizika uključuje potrebu za suradnjom i komunikacijom sa svim kliničarima koji sudjeluju u tretmanu te potrebu za temeljitom i odgovarajućom dokumentacijom. Pažnju valja obratiti na teškoće koje se tiču transfera i kontratransfera, a kad je riječ o jako rizičnim oboljelima, potrebne su konzultacije s kolegom. U svim slučajevima valja slijediti standardne smjernice za završetak liječenja. Psihoe-

dukacija o poremećaju često je prikladna i korisna. Ostala klinička obilježja koja zahtijevaju osobitu pažnju, kad je riječ o kontroli rizika, jesu: rizik od samoubojstva, mogućnost kršenja granica te mogućnost ljutitog, impulzivnog ili nasilnog ponašanja.