

## **Nastanak i fenomenologija graničnog poremećaja ličnosti**

Jovana Ljubeno*vić*

Evropski akreditovan psihoterapijski trening institut - Studio za edukaciju Beograd

(EAPTI- SEB) & EAPTI- GPTIM NETWORK (EGN)

Program: Diploma iz geštalt psihoterapije

Modul: Završni ispit

Mentorka: Snežana Opačić D. Psych (Gest.)

Mart, 2024.

## Sadržaj

Apstrakt.....	2
Nastanak i fenomenologija graničnog poremećaja ličnosti .....	3
Razvoj graničnog poremećaja ličnosti .....	4
Ciklus kontakta i prekidi ciklusa kontakta (mehanizmi odbrane).....	6
Psihodijagnostički metod .....	7
Panični pokušaji izbegavanja stvarnog ili umišljenog napuštanja.....	8
Obrazac nestabilnih i burnih međuljudskih odnosa.....	9
Smetnje u oblikovanju identiteta i hroničan osećaj praznine .....	10
Impulsivnost .....	11
Suicidno ponašanje/pretnje samoubistvom i samopovređivanje .....	11
Nestabilno emotivno stanje .....	12
Neprimerena intenzivna ljutnja .....	13
Paranoidne ideje ili ozbiljni simptomi disocijacije.....	13
Ostale osobine uobičajene za granični poremećaj ličnosti .....	13
Psihoterapijski rad sa graničnim poremećajem ličnosti .....	14
Susret sa klijentom.....	15
Transfer i kontratransfer .....	17
Doživljaj selfa.....	20
Interpersonalni geštalt.....	21
Terapijski odnos i cilj terapije .....	22
Intervencije .....	27
Farmako/psihoterapija.....	31
Zaključak.....	32
Reference .....	35

## Apstrakt

U današnjem razumevanju termina granični poremećaj ličnosti često se susrećemo sa fenomenom da kada se koristi izraz “poremećaj ličnosti” terapeuti često misle na borderlajn (*borderline*, eng.), jer je ovaj nivo funkcionisanja zajednička karakteristika svih poremećaja ličnosti, i kao takav je važan kao diferencijalno-dijagnostički ključ. U radu sa klijentima graničnog poremećaja ličnosti ispod fasade kompenzatornih patoloških ponašanja sakriven je rudimentarni pravi self, sastavljen od isparčanih slika o sebi i realnosti, pothranjen negativnim afektima, bez koherentne motivacije i podložan fragmentaciji. U zavisnosti od datih urođenih ili sredinskih faktora, osobe sa graničnom organizacijom ličnosti “kreiraju” svoju kliničku fasadu, odnosno sliku svog poremećaja ličnosti. Normalnost ili patologija datog stila adaptacije se diferenciraju po stepenu izraženosti crte ili ponašanja, učestalosti ispoljavanja, pervazivnosti (opsegu zahvaćenih aspekata ličnosti u kojima se poremećaj ponašanja manifestuje) i kao najvažnije, prisustvu ili odsustvu dubljeg poremećaja u strukturi i organizaciji ličnosti. Jedan od najsloženijih zadataka u razvoju ličnosti je da pronade ravnotežu između ličnih potreba i potreba drugih, kao što je jedan od najsloženijih ciljeva rada sa graničnim adaptacijama ličnosti da u odraslom dobu razviju kapacitete za isto. S obzirom na kontroverzu i kompleksnost ovog moda funkcionisanja i opservaciju da se ponašanje karakteristično za poremećaje ličnosti može videti i kod istog tipa adaptacije normalne ličnosti, kroz ovaj rad pokušala sam da pojasnim razvoj i fenomenologiju kroz tradicionalne psihodijagnostičke i humanističke modele, kao i osnovne principe geštaltističkog psihoterapijskog procesa ove adaptacije ličnosti.

*Ključne reči:* granični poremećaj ličnosti, granična adaptacija ličnosti, geštalt psihoterapija, rad sa kontratransferom

## **Nastanak i fenomenologija graničnog poremećaja ličnosti**

Izraz poremećaj ličnosti se koristi da opiše širok i uporan opseg problema koji počinju u ranom detinjstvu, a nastavljaju se kroz odraslo doba (Greenberg, 1998). Zovu se poremećajima ličnosti jer problemi imaju tendenciju da utiču na shvatanje sebe, identiteta, ponašanje, na ono što osoba očekuje od drugih (Greenberg, 1998). To je način na koji osoba organizuje iskustvo (Delisle, 1999). Dodatno, ovi aspekti ostaju konzistentni tokom vremena i prenose se na mnoge situacije (Greenberg, 1998). Test realnosti je kod ovih osoba neoštećen, a jedna od karakteristika je nestabilnost koja se proteže na gotovo sve aspekte njihovih iskustva (Delisle, 1999). Ova nestabilnost je zapravo izražena kroz nedostatak kontinuiteta u iskustvu selfa, delova sebe i različitih momenata u svom životu (Francesetti, 2021). Drugim rečima, postoje delovi iskustva koji nisu integrisani u ličnost, ali i delovi ličnosti koji nisu deo celine. Kontrola afekta i impulsa je slaba, a glavni okidači su lični ciljevi i interpersonalne relacije (Delisle, 1999). Fokus nije na strahu od izražavanja emocija, već strahu od toga da će to izražavanje dovesti do diskontinuiteta u doživljaju selfa, ali i da će uticati na njihove interpersonalne odnose (Francesetti, 2021). Iz socijalnog konteksta, današnje društvo preplavljeno je izloženosti novim iskustvima, i zbog toga funkcija persone je pod izazovom da konstantno asimiluje pre nego što se novi sadržaj pojavi (Francesetti, 2021). Kreativna adaptacija iliti neprekidna tranzicija između novine i rutine, čiji su ishod asimilacija i rast, je ometana prekidima, inhibicijama ili drugim, što nam zapravo opisuje granični mod funkcionisanja (Perls et al., 1994).

Osobe s graničnim poremećajem ličnosti osećaju iste emocije kao i svi drugi ljudi (Mason & Kreger, 2003). Oni čine isto što i drugi ljudi ili bi želeli učiniti. Razlikuju se po tome što sve osećaju snažnije, u ponašanju idu iz krajnosti u krajnost i teško kontrolišu svoje emocije i postupke (Mason & Kreger, 2003). Dakle, granični poremećaj ne uzrokuje bitno drugačije

ponašanje, nego ekstremno ponašanje. Ono što je važno napomenuti je da ove osobe nisu na "granici" nečega (Mason & Kreger, 2003). Istraživači su počeli upotrebljavati izraz "granični" u prvoj polovini 20. veka, jer su imali poteškoću da smeste ovaj obrazac doživljaja i ponašanja u postojeće kategorije neuroze i psihoze. Granična patologija u osnovi nema haotičnost, dezorganizaciju i defekat testa realnosti kao u slučaju psihotičnih, ali nema ni integrisanost, stabilnost odnosa i regulaciju afekta kao kod neurotičnih, pa su ga tumačili kao stanje na granici između ove dve klasifikacije. Iako je ta ideja odbačena u 1970-ima, izraz "granični" koristi se i danas (Mason & Kreger, 2003).

“Pokušati definisati granični poremećaj ličnosti je kao posmatranje petrolejske svetiljke: ono što vidite stalno se menja. Ovo stanje ne samo da uzrokuje nestabilnost, nego je i simbolizuje.“ (Mason & Kreger, 2003, 17).

### **Razvoj graničnog poremećaja ličnosti**

Za uspešno razumevanje problema i planiranje tretmana najkorisnije je da saznamo kako je došlo do poremećaja u razvoju ličnosti i kako se on održava (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017). Često, važan aspekt u razvoju poremećaja je genetski. Kada kažemo genetski faktor, ne implicujemo da su ponašanja direktno nasledna, izuzev malog broja instiktivnih ponašanja (na primer refleks sisanja kod sisara), već da genotip nosi šifru za opšte neurobiološke dispozicije emocija i ponašanja koje, u interakciji sa faktorima okoline, mogu da povećavaju ili smanjuju rizik za lošu adaptaciju (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017). Traumatska iskustva mogu epigenetskim mehanizmima da dovedu do perzistentnog defekta u aktivnosti mozga sa povećanim rizikom za razvoj širokog spektra simptoma. Grinberg (Greenberg, 1998) se osvrće na faktore okoline i navodi da se kod osoba sa graničnim iskustvom često desilo traumatsko iskustvo kao što su neki vid zlostavljanja ili napuštanja. Napuštanje ne mora biti namerno, može

majka biti bolesna i hospitalizovana, što će dete ostaviti sa neispunjenim emocionalnim potrebama i uzrokovati određene obrasce ponašanja, a može da bude i veoma ciljano i ugrožavajuće poput najtraumatičnije konfuzije u razvoju ličnosti koja se dešava pri incestnom iskustvu (Salonia, 2013). Takođe, sistem vaspitanja, poput kažnjavanje nezavisnosti, takođe može da dovede do određenih maladaptivnih mehanizama (Yontef, 1993). Intruzivni stil, poput nametanja da se jede kada dete nije gladno, teranja na spavanje kada se detetu ne spava itd, uskraćuju detetu svest o fiziološkim potrebama i doživljaj spontanosti (Salonia, 2013). Sa druge strane, kao suprotnost intruzivnom stilu vaspitanja, narcističko društvo, takođe, sa svojim ekstremima dovodi do konfuzije u razvojem fazama ličnosti (Spagnuolo Lobb, 2013). Pojam narcističko društvo odnosi se na zapadnu individualističku kulturu, gde se kroz kapitalizam kultura selfa, ličnih sloboda i materijalnih prihoda akcentuje više od zajedništva, porodice, tradicionalnih i religijskih vrednosti. Roditelji ovog društva su jako usmereni na ispunjavanje sopstvenih želja i veruju u autonomiju svoje dece, odnosno, davanje prostora deci da se sama bore u ostvarivanju ciljeva koji su neretko ciljevi samih roditelja. U ovakvim sistemima, velika očekivanja su usmerena na detetov uspeh i samostalnost, povezanost i podrška su nedovoljni, a svaki neuspeh, nesavršenost, greška i borba je razlog za odbacivanje (Spagnuolo Lobb, 2013). Ovakav pristup nas dalje vodi u razvoj ambivalentnih primarnih veza, sa rigidnim zahtevima za samostalnošću i nedostatkom podrške za deljenje sa drugima kroz kontakt. Emocije se zadržavaju i ispoljavanje istih obeshrabruje, što je upravo način na koji se može opisati granična adaptacija ličnosti – ambivalentno, nezadovoljavajuće, bez kapaciteta da se dogodi separacija u cilju potvrđivanja sopstvene vrednosti. Iskustveno polje se kreira tako da je stalno prisutan snažan osećaj nestabilnosti i rasepa u osobi, gde se istovremeno javljaju želja za kontaktom i prezir prema kontaktu sa drugim (Spagnuolo Lobb, 2013).

## **Ciklus kontakta i prekidi ciklusa kontakta (mehanizmi odbrane)**

Granični poremećaj ličnosti se sastoji od niza pogrešno prilagođenih osobina koje proizlaze iz strategija preživljavanja (*coping strategies*, eng.) razvijenih u ranom detinjstvu, koje su se tada činile kao jedina održiva metoda za zadovoljenje određenih potreba (Mason & Kreger, 2003). U odraslom dobu kada pogledamo iskustveni ciklus osoba sa graničnim poremećajem ličnosti možemo izdvojiti sledeće (Delisle, 1999):

- Senzacije: Teško im je da raspoznaju svoje senzacije.
- Svesnost: Nesigurni su u to da li da veruju svojim senzacijama, a kada nekima dozvole da postanu figura, gube mnogo pozadine u tom procesu.
- Mobilizacija: Ili visoko mobilizovani ili apatični.
- Akcija: Akcije su iznenadne i neočekivane, pokret ka akciji je vrlo rapidan, slaba samokontrola.
- Kontakt: Može da se “zalepi” u kontaktu i da ima poteškoća da se odvoji.
- Povlačenje: Povlačenje stvara anksioznost zbog straha od napuštanja.

Glavni prekid kontakta graničnih osoba koje organizuju svoje iskustvo na ovakav način kreira se između senzacija i svesnosti (Pecotić, 2018). Problem je što je Id funkcija nestabilna, kontakt sa telom i senzornom aktivnošću je disbalansirana, odgovor na spoljašnje i unutrašnje emocije je takođe nestabilan. Ne postoji kapacitet da se unutrašnja i spoljašnja stimulacija na bilo kakav način stabilno organizuju u figure (Pecotić, 2018). Ta nestabilnost, nemogućnost da se senzacije artikulišu u figure, je posledica poremećaja kod prijema senzacija (ako roditelj nije prisutan nema niko da organizuje te senzacije). Dakle u graničnom iskustvu, čvor je kod prijema kakve senzacije prihvatamo, kako ih dekodiramo i kako pravimo selekciju (Pecotić, 2018). Ovo dalje implicira da su granični klijenti najfunkcionalniji onda kada su u struktuiranom iskustvu,

kada postoji kontekst, jer njima onda nije problem da organizuju senzacije (na radnim mestima su vrlo dobri jer postoje smernice, problem je kada se nađu u situaciji u kojoj nema strukture, u kojoj treba da se oslone na sebe) (Pecotić, 2018).

Kao i svi, tako i osobe sa graničnom adaptacijom ličnosti koriste mehanizme odbrane. Razlika je što njihova kreativna adaptacija na ovaj način je češća i intenzivnija. Iako granični pojedinci mogu da budu intelektualno svesni da drugi imaju šire postojanje od onog koje im je dato i da je ono što traže na neki način neadekvatno; oni koriste mehanizme odbrane da pomognu sebi da opravdaju svoje ponašanje i da neprikladnost drže van svesnosti (Greenberg, 1998). Najčešće korišćeni mehanizmi odbrane u ovakvim situacijama su cepanje (*splitting*, eng.) tendencija da se razmišlja kroz ekstreme i polarnosti, od idealizacije do poništavanja, nemogućnost spajanja kontradiktornih introjeksija; odbijanje – u kontekstu da je teško da se vidi ono što je očigledno jer će to da izazove emotivnu bol, negacija na potrebe i osetljivost na najmanju različitost u komunikaciji, jer automatski aktivira osećaj odbačenosti. I poslednje, projektivna identifikacija, pri kojoj distinkcija između onoga što je lično i što pripada drugom u odnosu je nejasna, preplavljujuća i neadekvatna (Mason & Kreger, 2003). Zahvaljujući ovom mehanizmu osoba ne može da prepozna svoje negativne osobine (npr. sujeta), jer ih projektuje na druge – ako je ljuta ponaša se kao da izaziva ljutnju u drugima (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017).

### **Psihodiagnostički metod**

Prema definiciji iz Dijagnostičkog i statističkog priručnika (APA, 2013), poremećaj ličnosti je trajni obrazac unutrašnjeg iskustva i ponašanja koje značajno odstupa od očekivanja kulture pojedinca, dominantan je i neprilagodljiv, te se s vremenom ustaljuje i dovodi do teškoća ili smetnji u međuljudskim odnosima. Ta definicija poremećaja ličnosti ukazuje da on izaziva

uznemirenost i kod osobe koja ima poremećaj i kod osoba koje su s njom u interakciji (APA, 2013). Granični poremećaj ličnosti je jedan od deset poremećaja ličnosti, pod B klasterom poremećaja ličnosti, zajedno sa antisocijalnim, narcističkim i histrioničnim (APA, 2013).

Kriterijumi u Dijagnostičkom i statističkom priručniku (APA, 2013) za granični poremećaj ličnosti podrazumevaju dominantan obrazac nestabilnosti međuljudskih odnosa, doživljaja sebe i emocija. Izražena impulsivnost je prisutna već u ranom detinjstvu i u različitim kontekstima, koji uključuju 5 (ili više) od ovih ponašanja:

1. Panični pokušaji izbegavanja stvarnog ili umišljenog napuštanja, koji ne uključuju suicidalno ili samopovređujuće ponašanje.
2. Obrazac nestabilnih i burnih međuljudskih odnosa koje karakteriše naizmenična idealizacija i omalovažavanje.
3. Smetnje u oblikovanju identiteta: izrazito ili stalno nestabilna slika ili doživljaj sebe.
4. Hroničan osećaj praznine.
5. Impulsivnost u barem dva područja koja su potencijalno štetna za osobu, a koje ne uključuju suicidalno ili samopovređujuće ponašanje.
6. Suicidno ponašanje ili pretnje samoubistvom i samopovređivanje.
7. Nestabilno emotivno stanje izazvano naglim promenama raspoloženja.
8. Neprimerena intenzivna ljutnja ili poteškoća pri kontrolisanju ljutnje.
9. Prolazne i sa stresom povezane paranoidne ideje ili simptomi disocijacije.

### ***Panični pokušaji izbegavanja stvarnog ili umišljenog napuštanja***

Osobe sa graničnim poremećajem ličnosti se stalno osećaju kao da će biti napušteni i odbačeni (Mason & Kreger, 2003). Zapravo i najmanja sitnica može izazvati strah od napuštenosti. Ponekad će osoba sa graničnim iskustvom otvoreno reći da se boji napuštenosti.

Ali, jednako često taj će strah izražavati na druge načine – besom, na primer (Mason & Kreger, 2003). Osećaj ranjivosti i gubitka kontrole može izazvati ljutnju. Ako je osoba s graničnim poremećajem kao dete bila zanemarivana ili je odrasla u ozbiljno disfunkcionalnoj porodici, možda je naučila poricati ili potiskivati svoj strah od napuštanja (Mason & Kreger, 2003). Upravo zbog ovog konstantnog reaktiviranja doživljaja odbačenosti i napuštenosti, čest slučaj je da se individue sa graničnim poremećajem ličnosti lakše povezuju sa tranzitivnim objektima nego sa drugim osobama, na primer sa kućnim ljubimcima ili sa materijalnim predmetima, jer se u odnosu sa njima osećaju sigurnije.

### ***Obrazac nestabilnih i burnih međuljudskih odnosa***

Osobe sa graničnim poremećajem računaju na druge da im pruže ono što im je teško da pruže sami sebi, poput samopoštovanja, potvrde i osećaja identiteta (Mason & Kreger, 2003). Oni najviše tragaju za brižnim negovateljem čija će večna ljubav i saosećanje popuniti crnu prazninu u njima i ukloniti njihov očaj. Njihovo samopoštovanje je toliko nisko da ne razumeju zašto bi neko hteo biti s njima. Jako su oprezni i stalno traže znakove koji bi mogli upućivati na to da ih voljena osoba zapravo ne voli i da će ih ostaviti (Mason & Kreger, 2003). Kad se njihovi strahovi potvrde, oni se mogu razbesniti, optuživati druge, plakati, planirati osvetu, povrediti se, prevariti partnera ili se upustiti u druga štetna ponašanja. To nas dovodi do glavne ironije graničnog poremećaja ličnosti (Mason & Kreger, 2003). Osobe koje boluju od tog poremećaja očajnički žele bliskost i intimnost, ali, ponašanje kojim to teže da postignu često odbija ljude (Mason & Kreger, 2003). Takođe, doživljaj drugih formiraju kroz polarnosti. Ovo karakteriše naizmenična idealizacija i omalovažavanje osobe sa kojom su u kontaktu. Kada druge osobe ne postupaju u skladu sa njihovim projekcijama, bivaju povređeni i ljuti i u takvim situacijama jako lako prelaze u drugu krajnost osećanja u odnosu na drugu osobu (Greenberg, 1998). Teško im je

da zadrže sliku osobe kada su odvojeni, kroz vreme i prostor (Yontef, 1993). Ako ne postoji nešto u sadašnjem senzornom polju, teško im je da se sa tim povežu (Yontef, 1993). Ovo dalje vodi do teškoća u održavanju adekvatne i podržavajuće socijalne mreže zbog afektivnog i nestabilnog ponašanja (Delisle, 1999). Delil (Delisle, 1999) navodi da se interpersonalna mreža podrške žena sa graničnim poremećajem ličnosti sastoji od nestabilnih i intenzivnih heteroseksualnih odnosa, dok je mreža podrške za muškarce institucionalnija – posao, religiozne grupe itd.

### ***Smetnje u oblikovanju identiteta i hroničan osećaj praznine***

Kada neko ne pati od ovog poremećaja ličnosti onda ima različite doživljaje sebe u zavisnosti od vremena, okruženja i socijalnog konteksta, dok osoba koja ima ovaj poremećaj nema taj kontinuitet doživljaja selfa (Mason & Kreger, 2003). Umesto toga imaju doživljaje sebe koje ne mogu da integrišu. Stalno govore da se osećaju prazno iznutra, da su "ništa" i da su različite osobe u zavisnosti od toga s kime su u odnosu. Osećaj unutrašnje praznine i haosa čini osobu zavisnom o tuđim smernicama kako se ponašati, šta misliti i kakav biti; samoća ih lišava osećaja selfa i daje im osećaj da ne postoje (Mason & Kreger, 2003). To delimično objašnjava njihove panične i impulsivne napore da izbegnu samoću, kao i njihove opise panike i razorne dosade. Sa jedne strane drugi su im potrebni da bi doživeli sebe, a sa druge strane često se smatraju bespomoćnim žrtvama drugih ljudi – čak i kad je njihovo ponašanje uticalo na ishod određene situacije. Takođe, uloga žrtve im odgovara jer ona izaziva empatiju i pažnju okruženja, pruža identitet i daje im privid da nisu odgovorni za svoje postupke (Mason & Kreger, 2003). S obzirom na čestu istoriju zlostavljanja u detinjstvu, osobe koje pate od graničnog poremećaja ličnosti nekada se osećaju kao večne žrtve, jer su naučili da očekuju okrutno ponašanje od ljudi kojima veruju. Druga uloga u kojoj se često pronalaze je pomagač ili staratelj. Ta pozitivnija

uloga može im pružiti identitet, pojačati osećaj kontrole i smanjiti osećaj unutrašnje praznine (Mason & Kreger, 2003).

### ***Impulsivnost***

Kao što smo već naveli, ispunjavanje praznine i stvaranje identiteta je veliki zadatak za nekoga ko pati od graničnog poremećaja ličnosti i nekada kroz impulsivna ponašanja poput prežderavanja i namernog povraćanja, neumerene seksualne aktivnosti, krađe, nekontrolisanog kupovanja, alkoholizma i drogiranja, osobe mogu dobiti privid o ispunjenosti i suštini (Mason & Kreger, 2003). Takođe, češće se razvode, menjaju poslove ili napuštaju školavanje. Komorbidni poremećaji su PTSD, depresija, poremećaji ishrane, bipolarni poremećaj, ADHD, zloupotreba supstanci i drugi poremećaji ličnosti (APA, 2013). Ovo često uzrokuje poteškoće pri dijagnostikovanju, kao i neadekvatnu terapiju, jer ako, na primer, osoba sa graničnim iskustvom aktivno uzima drogu i neumereno pije, može biti teško utvrditi koje je ponašanje vezano za granični, a koje za zavisnost (Mason & Kreger, 2003). Neki autori dalje smatraju da je granična struktura ličnosti baza za sve druge poremećaje ličnosti i da su drugi poremećaji ličnosti jedan oblik manifestovanja granične strukture (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017).

### ***Suicidno ponašanje/pretnje samoubistvom i samopovređivanje***

Jako je veliki procenat osoba koje boluju od graničnog poremećaja ličnosti i izvrše samoubistvo. Zapravo osobe sa graničnim poremećajem ličnosti imaju značajno viši nivo suicidalnosti, samopovređivanja i komorbiditeta, kao i otežanog socijalnog funkcionisanja u odnosu na druge mentalne poremećaje (Campbell et al., 2020). Mejson i Kredžer (Mason & Kreger, 2003) smatraju da samoubistvo i druga impulsivna ponašanja za ove individue predstavlja rešenje za uklanjanje opterećujućeg i prekomernog emocionalnog bola.

Samopovređivanje može imati različite forme i to okruženje osobe koja pati teško razume. Ovaj simptom može biti manifestovan kroz posekotine, opekotine, lomove kostiju, lupanje glavom, bodenje iglama, grebanje po koži, čupanje kose, čupanje krasti - bez suicidalnih namera (Mason & Kreger, 2003). Ponekad opasno ili nasilno ponašanje može biti oblik samopovređivanja – na primer, prežderavanje do gojaznosti ili izazivanje tuče. Samopovređivanje je mehanizam za preživljavanje koji osobe koriste da bi se umanjila ili lakše podnela prekomerna emocionalna bol – posebno osećaj srama, ljutnje, tuge i napuštenosti (Mason & Kreger, 2003). Razlozi za samopovređivanje su razni, ali neki od najčešćih su što kroz ovaj čin osoba dobija utisak o kontroli bola, doživljaj stvarnosti u “sada i ovde”, preusmerava fokus sa emotivnog na fizički bol, kažnjava se, privlači pažnju na svoju bol i traži pomoć, ali takođe i oslobađa beta-endorfin u organizmu koji pruža osećaj blagostanja (Mason & Kreger, 2003).

Namera i doživljaj pri samom trenutku samopovređivanja takođe mogu biti različiti. Samopovređivanje može biti isplanirano unapred ili izvršeno impulsivno. Može biti namerno ili nesvesno (Mason & Kreger, 2003). Osoba koja se povređuje može, ali i ne mora, osećati bol. Neke osobe skrivaju svoje povrede i ranjavaju se samo po delovima tela koji su prekriveni odećom, dok neke osobe otvoreno pokazuju svoje rane – da bi ukazali koliko je njihova bol velika i da im je potrebna pomoć (Mason & Kreger, 2003).

### ***Nestabilno emotivno stanje***

Osobe koji ne boluju od graničnog poremećaja ličnosti, uglavnom u određenoj meri, imaju razvijene mehanizme za samoregulaciju, tj kontrolu nad kontekstom na koji način sopstveno raspoloženje utiče na odnose sa drugima i koje korake treba preduzeti da bi se osećali bolje u nekim situacijama (Mason & Kreger, 2003). Osobama koje imaju granični poremećaj ovo nije ni malo lako. Njihovo se raspoloženje u nekoliko sati može promeniti iz snažne ljutnje u

depresiju, iz depresije u razdražljivost i iz razdražljivosti u bol. Ta nepredvidljivost često iscrpljuje bliske osobe, jer ne postoji konstruktivna regulacija kako da se to ne usmeri na njih (Mason & Kreger, 2003).

### ***Neprimerena intenzivna ljutnja***

Bes osobe sa graničnim poremećajem ličnosti može imati dve krajnosti (Mason & Kreger, 2003). Jedna krajnost je da je vrlo snažan, nepredvidljiv i ne može se umanjiti logičnim argumentima, ali može nestati jednako brzo kao što se i pojavio. Dok je druga krajnost potpuna nemogućnost da se izrazi ljutnja iz straha da se ne izgubi kontrola i osoba prema kojoj je ljutnja usmerena. Mejson i Kredžer (Mason & Kreger, 2003) vrlo slikovito porede osobu koja boluje od graničnog poremećaja ličnosti sa osobom koja pati od opekotine trećeg stepena na 90 posto površine svoga tela i navode da njima isto tako nedostaje "emocionalne kože" što uzrokuje bol i zbog najmanjeg dodira ili pokreta.

### ***Paranoidne ideje ili ozbiljni simptomi disocijacije***

Iako je test realnosti kod osoba sa poremećajem ličnosti uglavnom očuvan, pod stresom ili kada su uznemireni, ove osobe mogu da dožive i manifestuju delimičan poremećaj testa realnosti (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017). Ovo se uglavnom manifestuje kroz paranoidne ideje ili simptome disocijacije ili u ekstremnim slučajevima, zbog potrebe da se pobegne od bolnih osećanja i situacija, osoba može čak i nakratko izgubiti dodir sa stvarnošću (Mason & Kreger, 2003).

### ***Ostale osobine uobičajene za granični poremećaj ličnosti***

Osobe sa ovim poremećajem mogu pokazivati i druge osobine koje nisu uvrštene u definiciju iz Dijagnostičkog i statističkog priručnika (APA, 2013), ali koje istraživači smatraju čestim znakovima tog poremećaja (Mason & Kreger, 2003). Neke od ovih osobina su

dominantan stid koji može postati preokupacija ili stid koji je potpuno potisnut u odnosu na sebe i na druge, nedefinisane vlastite granice i granice u odnosu sa drugima, potreba za kontrolisanjem drugih jer postoji doživljaj da ne mogu da kontrolišu sebe, izražena empatija (interpersonalno oštroumno opažanje) iliti mogućnost da “pročitaju” druge, sposobnost snalaženja samo u specifičnim situacijama, narcisoidni zahtevi iliti potreba da budu u centru pažnje; namerno ili nenamerno manipulativno ponašanje (Mason & Kreger, 2003).

### **Psihoterapijski rad sa graničnim poremećajem ličnosti**

Reč “dijagnoza” potiče iz grčke reči “diagignoskein” koja znači “razlikovati” (Campbell et al., 2020). Dakle, potreba za kategorizacijom dolazi iz potrebe za jasnoćom radi adekvatnog lečenja podržanom medicinskim, patološkim i striktno struktuiranim simptomima. Ovo je jako zahtevno i često neodgovarajuće za psihodijagnostiku. Dijagnostikovanje poremećaja ličnosti je dimenzionalno, kroz spektar, a ne kategorički (Campbell et al., 2020). Poteškoća u kategoričkom dijagnostikovanju graničnog poremećaja ličnosti je što granični poremećaj ličnosti, dakle, ima svoj dijapazon i nije jednako ispoljen kod svake osobe koja boluje. Postoje visoko i nisko funkcionalne osobe sa ovim poremećajem. Kod nekih je to adaptirano tako da utiče na kompletan životni kvalitet, a kod nekih samo u određenim segmentima i u interakciji sa jako bliskim osobama (Mason & Kreger, 2003). Takođe, s obzirom da je glavna referenca za dijagnostikovanje DSM 5 (APA, 2013), što podrazumeva minimum pet prisutnih od navedenih simptoma, to implicira da svi obrasci ponašanja imaju jednak značaj, pri čemu fokus biva na samom ponašanju bez konteksta ili pozadine, što psihoterapeutu stvara određena ograničenja u odnosu sa klijentom (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017). Franceseti (Francesetti, 2021) kao argument za ograničenja koja kategorizacija kroz DSM 5 (APA, 2013) kreira, navodi da je jako

bitno da psihopatologiju odvojimo od ovog poznatog priručnika jer prvobitno nije nastao za kliničke i terapijske svrhe, već kao statistički formulisane smernice za vojno regrutovanje.

Ovo razmišljanje nas dalje usmerava i na način na koji imenujemo granično iskustvo. Kroz literaturu možemo uočiti različite nazive, poput granična struktura ličnosti, granični mod funkcionisanja, granični sindrom, granična organizacija itd. Iako je dijagnostički najrelevantniji naziv granični poremećaj ličnosti, koji se navodi u DSM 5 (APA, 2013), nasuprot ovom rigidnom terminu "poremećaj ličnosti", Grinberg (Greenberg, 1998) predlaže termin "adaptacija ličnosti" i naglašava da na ovaj način uvažavamo da su teškoće nastale kao kreativne adaptacije na traumatične situacije u detinjstvu. Takođe se navodi, da ovaj pristup psihoterapeutu daje bolje razumevanje obrazca ponašanja, a ne etiketira osobu, tj klijenta.

Psihoterapeut, u radu sa klijentom, treba da bude obazriv i da ne shvati dijagnostiku definitivno, jer onda ona postaje fiksni geštalt koji ometa sposobnost da se uzme u obzir jedinstvenost individue kao i mogućnost da se autentično razume i doživi šta se zaista događa u seansi (Greenberg, 1998). Divac-Jovanović i Švrakić (2017) predlažu da psihoterapijski rad sa osobama sa graničnom adaptacijom ličnosti treba da bude specijalno prilagođen ovim klijentima, da bude integrativan po metodu i eklektičan po tehnikama.

U nastavku rada ćemo se osvrnuti na geštalt psihoterapijski pristup klijentu sa graničnom adaptacijom ličnosti, kroz teze kao što su: susret sa klijentom, transfer i kontratransfer, doživljaj selfa, interpersonalni geštalt, terapijski odnos i cilj terapije i intervencije.

### ***Susret sa klijentom***

Osobe sa poremećajem ličnosti često ne vide kod sebe uzrok svojih problema, pa retko samoinicijativno traže pomoć. Obično se na ovaj korak odlučuju na zahtev ili savet drugih (često

partnera, jer se simptomi pojačavaju u bliskim odnosima) ili kada ih na to prinude nagomilani problemi u interpersonalnim odnosima (porodičnim, poslovnim, prijateljskim) ili zbog komorbidnih stanja (najčešće depresija, alkoholizam, zloupotreba droge) (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017). Oni ne doživljavaju sopstvene maladaptivne odlike i ponašanje kao problematične, već kao razumljive, opravdane i normalne, te je često prva potreba od terapeuta, ne da se koriguje sopstveno ponašanje, već da se njihova perspektiva potvrdi kao ispravna (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017). Od samog početka rada, izuzetno je važno u kontaktu sa klijentom obratiti pažnju na doživljaj nasuprot sadržaju – fokus nije šta osoba govori, već na koji način o tome govori (kojim izrazom lica, tonom glasa, kojim rečima, kojim afektom, kako pravi omaške, na koji način uvažava ili ne uvažava drugu osobu itd) (Perls et al., 1994).

U odnosu sa terapeutom, klijenti sa graničnom adaptacijom ličnosti su jako zahtevni i kreiraju izrazito preplavljujuće polje. Oni se retko fokusiraju na statusne simbole ili male detalje psihoterapeutovog ponašanja (Greenberg, 1998). Ako se žale kako im je bilo teško da dođu u psihoterapeutovu kancelariju ili koliko problema imaju da bi platili terapiju, oni se fokusiraju na to koliko su bespomoćni i koliko se osećaju neopremljeno da se probiju u svetu kao odrasli; ne krive terapeuta koliko se osećaju neadekvatno sami sa sobom. Obično su njihove žalbe slabo prikriiveni pokušaji da nateraju terapeuta da se brine o njima (Greenberg, 1998). S obzirom da je njihovo iskustvo zasnovano na dva aspekta, otuda i najveći strahovi: da budu progutani ili napušteni (Greenberg, 1998).

U susretu sa graničnim klijentom terapeut ima potrebu da brine o njima ili alternativno se dosađuje ili oseća frustraciju njihovom bespomoćnošću. Ovo obično znači da klijent projektuje ulogu staratelja na terapeuta, bilo negujućeg staratelja (otuda želja da se brine o klijentu), bilo nevoljnog ili ljutog staratelja (otuda osećanje frustriranosti i dosade) (Greenberg, 1998). Da bi

smo mogli da osetimo na kom smo mestu u odnosu na klijenta i koju ulogu nam je dodelio, ključan je kontratransfer.

### *Transfer i kontratransfer*

“Kaže se da psihoterapija sa graničnim poremećajem ličnosti uključuje dva pacijenta, a ne jednog” (Searls, 1986, prema Divac-Jovanović i Švrakić, 2017, 235). Ovo je važno imati u vidu zbog specifičnosti odnosa između terapeuta i klijenta kroz transfer i kontratransfer koji se aktivno i intenzivno dešavaju kao centralni fenomen dijagnostičkog i terapijskog konteksta graničnih adaptacija ličnosti (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017). Terapeut igra dvostruku ulogu bivajući i aktivan učesnik u odnosu, ali i komentator odnosa (Delisle, 1999). Fokus na transferu i kontratransferu u radu sa klijentima sa graničnom adaptacijom ličnosti doživljava se skoro pa kao etička norma (Spagnuolo Lobb, 2013). Geštalt terapeut mora da se fokusira ne samo na spektar ispoljenih i prekrivenih klijentovih osećanja, već i na sopstveni doživljaj. Ovo znači da mora da koristi terapeutsku osetljivost da oseti na koji način u klijentovom polju značajni drugi doprinose održavanju graničnog obrasca (Spagnuolo Lobb, 2013).

U partnerskim odnosima granični klijenti često ne mogu da razumeju emocije koje imaju, zbog čega nekada moraju da se distanciraju i odu korak unazad, da bi shvatili svoje iskustvo (Salonia, 2019). Ovo se dešava i u terapijskom kontekstu. Dakle, ako se u toku terapije postigne povezanost, njih će to zbuniti i sledeći put će doći još zatvoreniji ili se možda čak neće ni pojaviti. Značajno je da se u takvoj situaciji ne forsiraju da dođu na terapiju, nego treba da se puste da oni procene kada im odgovara da se vrata (Salonia, 2019). Zapravo, ovaj postupak treba uvažiti kao potencijalno nevidljiv terapijski proces (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017). Dokaz za mogućnost procesa koji se dešava je da se obe strane osećaju iznenađujuće loše kada dođe do naglog prekida, iako se naizgled ništa nije dešavalo u terapiji (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017).

Važan aspekt rada na granici kontakta se dešava kroz proces “sada i ovde”, na pažljiv i stabilizujuć način; ovakav pristup treba da bude podržavajuć i okrenut ka realnosti (Delisle, 1999). Fokus je na ojačavanju veze između selfa i afekata. Kroz aktivnu prisutnost u “sada i ovde” i spoznaje osećanja koja izazivaju u terapeutu, klijenti razvijaju socijalne veštine i empatiju (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017). Ovakva intenzivna prisutnost zahteva od terapeuta sposobnost da izdrži neke od snažnih, preplavljujućih afekata, kako pozitivnih, tako i negativnih (Delisle, 1999).

Pozitivni afekti u radu sa klijentima sa graničnom adaptacijom ličnosti se često manifestuju kroz idealizaciju terapeuta. Specifična ispoljavanja i komplikovani međuljudski odnosi ovih klijenata su jedan od najistaknutijih adaptacija ponašanja, kojih terapeut treba da je svestan kada se dogode i u terapijskom odnosu (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017). Dakle idealizacija terapeuta ne dolazi sa mesta terapeutove autentične superiornosti, već iz potrebe klijenta da terapeut bude na mestu spasitelja i negovatelja – na mestu odgovornosti. Klijenta treba usmeriti da prepozna defanzivnu funkciju idealizacije, a terapeut treba da opservira svoja kontratransferna osećanja. Osnovno je obuhvatiti značenje idealizacije terapeuta ili druge osobe i postepeno razvijati sa klijentom mogućnost sagledavanja sebe i drugih u realnom svetlu, kao i razvijati kapacitete da se toleriše negativna reakcija, neuspeh i razočarenje (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017).

Snažni i preplavljujući negativni afekti, su u kontratransferu zahtevniji za terapeuta da se sa njima nosi. S obzirom na projekivnu identifikaciju kao jednim od glavnih mehanizama koji klijenti sa graničnom adaptacijom ličnosti koriste, često su neprihvatljivi aspekti selfa nesvesno projektovani na terapeuta, uz interpersonalni pritisak na primaoca projekcije (terapeuta) da izdrži snažnu identifikaciju - tako da se terapeut i ponaša u skladu sa projektovanim materijalom

(Divac-Jovanović i Švrakić, 2017). Ove zamagljene granice između ličnih doživljaja i onih koje pripadaju okruženju, da bi terapeut mogao da “podnese i izdrži” projekcije svog klijenta radi procesa, uvode pitanje ograničenja koje je za ove klijente od suštinske važnosti (Yontef, 1993). Nestrukturisana situacija je okidač za projektovanje latentnih iscepkanih i neintegrisanih unutrašnjih sadržaja (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017). U okviru terapije, projektivna identifikacija postaje više od mehanizma odbrane, postaje alat psihoterapijskog procesa. Terapeut stalno treba da menja fokus i vraća na granice kontakta između njega i klijenta (Yontef, 1993). Kada se rad fokusira na odnose klijenta van terapije, u celini bi taj rad takođe trebalo da naglašava svesnost o granici kontakta u okviru tih odnosa, kao i granici kontakta između terapeuta i klijenta dok rade na odnosu sa drugim ljudima (Yontef, 1993). Ako se ne uspostave čvrste granice u startu, ishod je dugotrajna neuspešna terapija ili prekidanje terapije zbog ekstremno negativnog kontratransfera sa kojim se ne može izaći na kraj (Yontef, 1993). Ovaj doživljaj može da bude obostran, pa se kod terapeuta nekada javlja nesposobnost da zadrži svoju ulogu, zbog intenzivnih i nestabilnih afekata ovih klijenata (Delisle, 1999). Klijenti sa graničnom adaptacijom nas izazivaju da stavimo u akciju najpodeljenije delove nas samih i dovode u pitanje naše celokupno blagostanje (Spagnuolo Lobb, 2013). Uobičajna osećanja koja se kreiraju u kontaktu sa graničnim klijentima su krivica, potreba za efikasnošću i fantazije o spašavanju klijenta koji se percipira kao stvarno bespomoćan, potreba za prekoračenjem profesionalnih granica radi njih, bes i ljutnja, bespomoćnost, bezvrednost i profesionalna neadekvatnost, anksioznost i ekstreman senzibilitet i strah u biranju reči i pristupa u kontaktu (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017). Zato je važno da terapeut sve ovo razume kao proces terapije, da pokuša da izbegne zamke osećanja i bude taj koji će se snažno podržati i osveščivati u kontaktu i imati dovoljno vere da prevaziđe očaj klijenta i otkrije nove mogućnosti (Yontef, 1993). Dakle, da se

terapeutov bes i doživljaj nemoći transformiše u snagu umesto da se naivno donese u polje sa verom u terapeutovu autentičnost koja je jedna od ključnih vrednosti geštalt terapije. Suštinski, ovi klijenti su konstantan podsticaj da poboljšamo svoju relaciju stabilnost terapije (Spagnuolo Lobb, 2013). Kroz ovu delikatnu razmenu i pravilnu obradu projektovanog materijala kreira se suštinski važno „korektivno emocionalno iskustvo“ (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017). Ovo je postepen i dugotrajan proces. Supervizija, intervizija i lična terapija su ključne u radu sa graničnim klijentima (Delisle, 1999).

### ***Doživljaj selfa***

Iz geštalt perspektive vidimo dva osnovna aspekta graničnog iskustva – skicu selfa (nešto što liči na self, ali to nije u potpunosti) i dostojanstvo kojim se on održava (Spagnuolo Lobb, 2013). Zapravo, suština je da nema osećaja selfa, nema osećaja odgovornosti, jer granični klijenti jako teško koncipiraju ko je odgovoran u određenim situacijama (Pecotić, 2018). Iz pozicije teorije objektnih odnosa, granična adaptacija ličnosti predstavlja izostanak stabilog atačmenta i mogućnosti da se internalizuje stabilan osećaj pripadanja (Spagnuolo Lobb, 2013). U kontaktu sa drugima, osećaj stabilnosti selfa može biti narušen kroz proces diferenciranje od drugog, otuda strah od napuštanja, a drugi je narušavanje selfa usled prilaska drugog, što uzrokuje strah od invazije (Spagnuolo Lobb, 2013). Terapeutova težnja u radu je da potpomogne proces individuacije kako bi klijent izrastao iz bolnog splittinga (rascepa), ambivalencije i nesigurnosti.

U početnim fazama ovi klijenti idealizuju terapeuta, kasnije devalviraju. Ovo je protektivni pokret od strane klijenta koji izbegava da postane previše intiman sa terapeutom kako bi zaštitio gore navedenu skicu selfa (Spagnuolo Lobb, 2013). Ovaj pokušaj u svojoj osnovi nema nameru da ošteti terapijski savez, već da sačuva self i testira terapeutovu sposobnost da iznese bes i destrukciju. U susretu sa klijentovim besom terapeut će često osetiti hladnoću koju je

osećao roditelj u primarnoj situaciji, ali će takođe i videti klijentovu potrebu da bude prihvaćen sa ovom svojom karakternom osobinom. Dakle, važno je da terapeut reparativno stane na mesto odrasle osobe koja ovaj put neće pobeći, poništiti niti odbaciti klijenta (Spagnuolo Lobb, 2013).

### ***Interpersonalni geštalt***

Graničnu adaptaciju ličnosti možemo definisati kao relativno nefleksibilnu organizaciju polja, gde pri relaciji organizam/sredina dolazi do poteškoća u formiranju figure i pozadine na granici kontakta. Da bi smo bolje razumeli ovaj koncept Grinberg (1998) uvodi termin Interpersonalnog geštalta (IG). Interpersonalni geštalt je način na koji mi organizujemo naše interpersonalno polje u svakom trenutku: šta u mnogim interpersonalnim mogućnostima za nas postaje figura, a šta pozadina. To uključuje kontekste kao što je uloga koju biramo u interakciji, kako želimo da budemo viđeni i tretirani od strane drugih, kako očekujemo da se osećamo tokom interakcije i šta potajno želimo od druge osobe ili čega se plašimo (Greenberg, 1998). Dakle, skloni smo da primetimo one stvari koje želimo, za kojima imamo potrebu ili kojih se plašimo. Tako ćemo verovatno biti naročito responsivni na interpersonalne signale koji ili obećavaju ispunjenje naših želja za kojima najviše žudimo i nezadovoljenih potreba ili na one koji bude naše najdublje interpersonalne strahove (Greenberg, 1998). Oni među nama koji su iskusili interpersonalne traume u prošlosti, kao što su napuštanje, fizičko zlostavljanje ili ponižavanje, skloni su da budu veoma osetljivi na interpersonalne signale koji bude strah da ponovo mogu biti retraumatizovani na isti način (Greenberg, 1998). Tako, neko koga povišen ton asocira na udarac, ima tendenciju da organizuje Interpersonalni geštalt tako da povišen ton lako postaje figura.

Interpersonalni geštalt kod klijenata sa poremećajima selfa su „fiksirani“ pre nego „fleksibilni“. To je zato što oni istrajavaju u organizaciji gotovo svih odnosa na isti način,

umesto da dozvole jedinstvenim karakteristikama svake relacije i svakom momentu da teku i odrede šta je figura, a šta pozadina za njih (Greenberg, 1998). Po svoj prilici, to je zato što imaju neispunjene interpersonalne potrebe iz prošlosti koje ih pritiskaju da budu ispunjene i otuda oni konstantno organizuju interpersonalno polje na način koji će da im da najbolju šansu da kompletiraju nezavršenu situaciju (Greenberg, 1998).

Ovo je u skladu sa osnovnim principom geštalt psihologije koji kaže da nazavršeni poslovi u prošlosti, pritiskaju ispunjenje u sadašnjosti. Granični klijenti obično dolaze zato što ih je napustio neko do koga im je stalo ili zato što su se našli u situaciji da se od njih zahteva da strukturiraju svoj život i ponašaju se autonomno (Greenberg, 1998).

### ***Terapijski odnos i cilj terapije***

Rad sa graničnom adaptacijom ličnosti je lično i profesionalno izazovan za terapeuta, ali kreativnost u kontaktu paradoksalno pruža veći stepen slobode nego rad sa drugim klijentima (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017). Baza terapijskog odnosa psihoterapeuta i klijenta sa graničnom adaptacijom ličnosti je JA - TI odnos iliti kontakt. Ono što nam kontakt nudi je “otkrivanje i stvaranje” budućeg rešenja (Perls et al., 1994). Elinor Grinberg (Greenberg, 1998) tvrdi da je cilj terapije klijenata sa graničnom adaptacijom ličnosti - pomoći osobi da se suoči i prihvati stare rane i boli, nađe adaptivne načine za nošenje sa bolom i istraži i iskaže svoj self. Geštalt želi da pomogne klijentu da se uceli, da kontaktira drugog u svojoj celovitosti, a to je ono što ovi klijenti traže celog života (Spagnuolo Lobb, 2013).

Naglašavanje svesnosti i odgovornosti je potrebno na početku terapije, ali mora da se prati kroz kontakt mera u kojoj klijent to može da prihvati u datom trenutku. Klijenti sa graničnom adaptacijom ličnosti moraju biti svesni svoje odgovornosti za vlastitu terapiju, kao i odgovornosti i potrebe da kontrolišu afekat, jer terapija ne može biti uspešna ukoliko se afekat ne

ograniči, eventualno i zaustavi (Yontef, 1993). Terapeut mora da, uz dobar tajming, uvede u fenomenološko polje klijenta na razmatranje ono što je isključeno njegovim rascepljenim stanjem (Yontef, 1993). Ako se klijentu interpretira otpor u ranim fazama terapije ovo može da probudi osećaj nemanja kontrole nad terapijskim procesom. Umesto interpretacije, terapeut sluša i postavlja pitanja, ulazi u svet klijenta da bi razumeo doživljaje i mehanizme koji su od ključne važnosti (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017). Za hranljiv i konstruktivan terapijski odnos potrebno je terapeutovo strpljenje, empatija, ljubav, simpatija i čvrsto insistiranje na aktuelnom, uz jasne granice u odnosu (Yontef, 1993).

Klijent i terapeut zajedno pišu skript priče koja je jedinstvena i predstavlja reparaciju i drugačije iskustvo za klijenta od onih prethodnih (Delisle, 1999). Terapeut mora da uvaži da je mudrost klijenta, koji prolazi kroz patološko iskustvo, jednaka mudrosti terapeuta koji ima znanje, i da je terapijski odnos zajednički izazov i polje razvoja (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017). Delil (Delisle, 1999) navodi da su ključni segmenti terapijskog putovanja: reprodukcija, rekognicija i krajnja destinacija – reparacija.

#### 1. Transforni odnos – reprodukcija

Stvarni odnos je jedni koji može da popravi self, transforni odnos otkriva ranu koja mora da se isceli (Delisle, 1999). Terapeut kroz transfer treba da dozvoli klijentu da reprodukuje svoje uobičajene neuspele pokušaje (Delisle, 1999). Dopuštanje transfornog odnosa klijentu daje doživljaj da ga je neko konačno upoznao i ugledao, te je zato u terapijskom odnosu reparacije štetno utvrđivati činjenice (Delisle, 1999).

#### 2. Hermeneutički odnos – rekognicija

Ovde se radi o zajedničkom razumevanju tokom kojeg klijent i terapeut zajedno daju značenja na osnovu klijentovog iskustva. Ovaj odnos je onaj koji sadrži meta-tumačenje terapeuta i kako odnos napreduje – klijenta (Delisle, 1999).

### 3. Odnos zasnovan na realnosti – reparacija

Stvarni odnos je onaj odnos koji ima za cilj ponovno uspostavljanje klijentovog kapaciteta za kontakt. Klijent u terapeutu nalazi osobu koja, ne samo da je u stanju da toleriše odgovornost za transfer i njegovo tumačenje, već pomaže klijentu da metaboliše tu odgovornost i transformiše je u energiju kontakta. Kroz lični integritet terapeuta psihoterapija postaje stvarni odnos (Delisle, 1999).

Transforni odnos ponavlja i oživljava, hermeneutički osvetljava proces kao celinu i dovodi ga u svest, stvarni odnos ispravlja i ponovo uspostavlja (Delisle, 1999).

Đovani Salonija (Salonia, 2013), takođe, naglašava važnost reparativnog odnosa psihoterapeuta i klijenta, kroz čiju celovitost dominantan osećaj prevarenosti i zbunjenosti klijenta, koji je kreiran u važnim ranim razvojim fazama, ima mogućnost da se transformiše. Upravo zbog ovih iskustva, granično iskustvo podržano oprezom je zapravo način da se svaki novi doživljaj umanjiti da bi se mogućnost ponovnog osećaja nepoverenja isključila (Salonia, 2013). Fokus terapijskog rada je na podržavajuće i stabilizujuće afekte odnosa terapeut i klijent pre nego na sadržaj klijentovih intrapsihičkih procesa (Delisle, 1999). Kroz ovaj odnos dešavaju se mnoge klijentu značajne razmene, npr. njima su potrebne razne informacije u svim životnim domenima, jer posle dugo vremena smeju i imaju koga da pitaju i kome da veruju (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017).

Jednostavan primer odnosa roditelja i deteta “Mesec je od sira (*The moon is made of cheese*, eng.)” deskriptivno objašnjava rano stečeno iskustvo zbog kog granični klijenti imaju oprez u odnosu sa okolinom (Salonia, 2019). Zamislimo da nam dete kaže da je mesec je od sira. Šta bi bio adekvatan odgovor na ovo? Ako bi naš odgovor bio potvrđan onda bi se dete osećalo prevareno, a ako bi odgovor bio negativan onda bi se dete postidelo. Adekvatan odgovor bi bio “I mesec i sir su žute boje”, jer na ovaj način nećemo osramotiti dete niti ćemo ga prevariti (Salonia, 2019). Ovo se odnosi i na način komunikacije u terapijskom kontekstu sa osobama sa graničnim iskustvom. Ne treba da im se kaže da je neko njihovo uverenje neistinito, već je važno da se uvaži i razume njihov doživljaj. Dakle istina u odnosu sa njima nije važna za terapeuta, koliko je bitno da se ne ponovi ono što je u njihovom predhodnom iskustvu dovelo do granične adaptacije ličnosti (Salonia, 2013). Na primer, ako granični klijent kaže terapeutu da izgleda tužno, terapeut ne treba da uđe u negaciju, i da razmatra da li se radi o klijentovoj projekciji, već treba da da odgovor koji je istina, ali nije negacija na klijentovu konstataciju, kao što je “Osećam se umorno“ (Salonia, 2013). Ovo nam govori da u odnosu sa graničnim klijentima, da bi se dogodilo međusobno razumevanje i zajedničko davanje začinja klijentovim iskustvima, za terapeuta je krucijalno da pažljivo “prevodi” verbalne i neverbalne informacije koje mu klijent donosi i koje nas vode do načina na koji je klijent organizovao svoje granično iskustvo (Salonia, 2013).

Cilj terapije nije da menjamo stil kontakta i guramo u promenu, već da klijent svoj stil kontakta koristi sa manje anksioznosti kao samoregulatorni proces (Spagnuolo Lobb, 2013). Razvijamo terapijski jezik koji će moći da obuhvati iskustvo integracije koje već postoji na određeni način kod klijenta sa graničnom adaptacijom ličnosti (Spagnuolo Lobb, 2013). Da bi mogao da bude dobar prevodilac ovog terapijskog jezika, terapeut treba sa puno pažnje da

obuhvati klijentovu zbunjenost kroz prizmu razvoja deteta koje je nesvesno pogrešno usmereno i ne dobija adekvatne i hranljive informacije iz okruženja (Salonia, 2013). Način na koji klijent proživljava terapijski odnos odražava patnju koja je ostala otvorena u primarnom odnosu. S toga je zadatak terapeuta da završi, u što relaksiranijem maniru, intencionalnost koja je bila prekinuta u primarnoj vezi i koja sada donosi patnju (Spagnuolo Lobb, 2013).

Drugi primer situacije u terapijskom kontekstu, koji deskriptivno pokazuje na koji način terapeut mora da bude pažljiv u kontaktu, je kada klijent pita terapeuta da li je ljut na njega, ako terapeut samo kaže da nije i ponudi izvinjenje što se tako osetio, za klijenta to ne znači da je priznao grešku i želi 'pomirenje', već će smatrati da se terapeut izvinjava samo da bi ga izmanipulisao i da bi mu smanjio nezadovoljstvo zato što vidi da je uznemiren (Salonia, 2013). Ako bi terapeut odgovorio sa više znatiženje i pokušao sa klijentom da istraži na koji način je zbunio klijenta, odnosno na koji način je izazvana ta reakcija, ovo bi za klijenta bilo značajnije i dalo bi mu podršku za kontakt (Salonia, 2013).

Takođe, ako nekada terapeut nije u potpunosti prisutan na terapiji, osoba koja ima graničnu adaptaciju ličnosti će to odmah da primeti. U ovim situacijama je bitno da se kaže klijentu istina, zato što su, kao što je već navedeno, jako osetljivi i vrlo intuitivni na manipulacije i laži (Pecotić, 2018). Klijent treba uvek, pa i ovakvim situacijama da bude ohrabren da izrazi svoja osećanja vezana za terapiju i terapeuta – i pozitivna i negativna (Greenberg, 1998). Terapeut treba da uvaži klijentov senzibilitet, objasni o čemu se radi i naglasi da ljudsko biće nekada ode pa se vrati, ali povezanost ostaje. Zapravo dragoceno je dati im šansu da je moguće nekome dati nekada negativan feedback bez pravdanja, a da osoba ne uvredi i ne odbaci ih (Greenberg, 1998). Kroz ovakav, autentičan odnos, klijente treba podržati da verbalizuju svoja osećanja i misli, jer kada nauče da otvoreno komuniciraju potrebe drugima, potreba za

samopovređivanjem se smanjuje u velikoj meri (Greenberg, 1998). U periodima akutnog stresa to znači da terapeut treba da bude sposoban da se ponaša kao filter za neizdržive afekte, u isto vreme podsećajući klijenta da su njegovi trenutni problemi prolazni i da će uspeti da stvari vidi iz drugog ugla, samo ako uspe da prođe kroz krizu ne nanoseći sebi štetu (Delisle, 1999). Kroz ove snažne afekte i preplavlivanja, pravilo za terapeuta je da ne bude zamagljen sadržajima i intenzitetom emocija već da bude prsutan, uzemljen i strpljiv. “Važno je da se ne zaboravi da ovi klijenti nikada nisu toliko dobro kada su dobro i nikada toliko loše kada su loše” (Maffei, 1993, prema Divac-Jovanović i Švrakić, 2017, 242). Često mogu da zbune terapeuta kada, na primer, odaju utisak da nemaju uvid i onda imaju najdublje uvide i obrnuto, da posle nekoliko godina terapije ukažu na početničku nekritičnost (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017).

### ***Intervencije***

Mehanizmi odbrane koji su najviše zastupljeni kod graničnih klijenata su splitting i projekтивna identifikacija. Zbog toga je važno da sa ovim klijentima ne radimo mnogo na transferu, jer oni to mogu da dožive kao odbacivanje od strane terapeuta (Pecotić, 2018). Kod graničnih klijenata postoji i strah od konfluencije, plaše se da će usled konfluencije biti progutani, uništeni, zato što misle da nisu dovoljno dobri (Pecotić, 2018). Kontradiktorno je to što se sa jedne strane plaše konfluencije, imaju osećaj kao da će ona da ih preplavi, dok sa druge strane ih prati strah od odbacivanja. Nalaze se konstantno između straha od konfluencije i odbacivanja (Pecotić, 2018). Sa ovog mesta straha od odbacivanja i želje za pripadanjem, važno je usmeriti klijenta da veruje svom osećaju, svojim izborima i da se na taj način podržati klijentov istinski self. Mogućnost da se obrate svom unutrašnjem selfu za vođstvo, umesto da se okreću terapeutu i ostalima u okolini daće im sigurnost u sebe i u odnose sa drugima (Greenberg, 1998).

Intervencije u radu sa klijentima sa graničnom adaptacijom ličnosti okrenute su ka verbalnom, a ne iskustvenom istraživanju. Tehnike (npr. prazna stolica) i bihevioralne intervencije se ne koriste jer one pojačavaju intezitet uzbuđenja koji klijent već teško kontroliše i obično ga preplavljuje. Bitno je voditi računa o smirivanju uzbuđenja i naći način da se ono kanališe, a to je zapravo ono što majka nije mogla da uradi, jer u intimnosti nije bila adekvatno prisutna za dete, dok je u odlasku bila kritična (Pecotić, 2018). Terapeut treba u radu sa klijentom da se drži JA - TI odnosa. Ovaj odnos je jako naporan jer je zahtevan, ambivalentan, poništavajući, ali potrebno je da ostanemo istrajni (Pecotić, 2018). Potreban im je kontakt, radi organizacije senzacija preko kojih će oni praviti svoja značajna iskustva, s druge strane to im je preplavljujuće, zbog njihovog straha prema konfluenciji. Kada se konfluencija pojavi u terapiji, terapeut stekne utisak da se klijent taman otvori, a zapravo njega to uglavnom preplavi i on dođe na sledeću seansu zatvoreniji nego što je bio pre (Pecotić, 2018). Bitno je i postaviti jasne granice i konstantno ih se pridržavati zbog toga što klijenti imaju poteškoće u održavanju svojih i uočavanju tuđih granica. Granice moraju stalno da se ponavljaju i naglašavaju (Pecotić, 2018).

Dobra terapija zavisi od kvaliteta kontakta terapeuta – brige, empatije, autentičnosti, predanosti tokom vremena, jasnoće i adekvatnosti terapeutovog kliničkog znanja, lične svesnosti i kapaciteta za kontakt (Yontef, 1993). Granični klijenti vrlo reaguju na neautentičnost terapeuta. Često zahtevaju da se terapeut u većoj meri otvori da bi se oni otvorili za uzvrat (Yontef, 1993).

Kao što smo već naveli iskustvene tehike ne treba da se koriste u radu sa graničnim klijentima, svaku tehniku mogu da dožive kao separaciju (Pecotić, 2018). Preostaje nam za rad kontratransfer, projektivna identifikacija, fenomenologija “ovde i sada”, kao i postavljanje i održavanje granica (Pecotić, 2018). Neke praktične i jednostavne tehnike mogu biti od koristi sa graničnim klijentima, kao na primer, pokazati im da određene aktivnosti mogu imati pozitivan

efekat na njihovo raspoloženje, podstaći ih da naprave listu aktivnosti koje im donose uživanje koje mogu koristiti u trenucima kada se osećaju loše (Greenberg, 1998). Druga praktična intervencija koja može biti korisna je verbalno iznošenje nelogičnosti i kontradiktornosti onoga što govore i onoga što rade, tako što ćemo staviti i jedno i drugo u istu rečenicu (Greenberg, 1998). Vraćanje na “sada i ovde“ u relaciji sa predhodnim iskustvom je veoma značajno za klijente sa graničnom adaptacijom ličnosti. Na ovaj način dajemo značenje njihovim često preplavljujućim i konfuznim doživljajima i kreiramo uvide o sopstvenim nesvesnim motivacijama u aktuelnim odnosima (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017).

Geštalt terapeutkinja Elinor Grinberg (Greenberg, 2016) kao tehniku za rad sa klijentima sa graničnom adaptacijom ličnosti, predlaže pet pitanja koji će biti značajni za kreiranje i dosezanje ka značajnom cilju.

1. Definisanje cilja: Koju promenu bi voleo/la da napraviš u svom životu?
2. Konkretni koraci: Šta tačno treba da uradiš ove nedelje da bi počeo/la da ostvaruješ svoj cilj?
3. Uočavanje prepreka: Koje unutrašnje i spoljašnje prepreke mogu da stanu na put preuzimanju prvih koraka ove nedelje?
4. Suočavanje sa preprekama: Kako ćeš se izboriti sa preprekama koje mogu da se pojave u toku pokušaja realizacije ove nedelje?
5. Motivaciona provera: Da li si speman/a da uradiš sve što je potrebno da ispuniš svoj cilj za ovu nedelju?

“Cilj nije cilj” – Suština ove intervencije, nije samo ostvarivanje određenog cilja, već razvijanje klijentovog kapaciteta za struktuirano pristupanje ličnim i unutrašnjim potrebama koji kasnije može da praktikuje i izvan terapijskog konteksta (Greenberg, 2016). Psihoterapeut

dijaloški istražuje kroz pitanja koja se odnose na to šta zapravo klijentu podržava introspekciju i rešavanje problema, izvlačenju klijentovog ličnog mišljenja i rešenja kroz prevazilaženje prepreka, kreiranje pitanja koja će se pojavljivati u polju pri postizanju cilja, podržati emotivne oscilacije koje će klijent prolaziti u ovom procesu (Greenberg, 2016). Ovaj ciklus je veoma dug, spor i ponavljajući, i jako je važno razvijati samostalno struktuirano razmišljanje kod klijenta na ovaj način, bez da lako upadne terapeut na mesto da to uradi umesto klijenta, na šta granični klijenti često pozivaju kroz često žaljenje na proces i na efikasnost psihoterapije (Greenberg, 2016).

Granični klijenti su skloni retrofleksiji u vidu samopovređivanja i impulsivnosti na drugom ekstremu. Veliki deo terapije ljudi sa graničnom adaptacijom će biti usmeren na razvoj njihove sposobnosti da adekvatno retroflektuju i na taj način razviju bolji sistem kontrole impulsa i afekata (Delisle, 1999). Značajno je pomoći klijentu da razume povezanost između samodestruktivnog afekta i onoga što pokušavaju da izbegnu da osećaju (Greenberg, 1998). Ali treba biti oprezan u saopštavanju osobi da pati od ovog poremećaja. Nažalost, u većini situacija osoba sa poremećajem će poricati da ga ima i krivice druge (Pecotić, 2018). Za graničnu osobu je karakteristično da ne vide problem kod sebe nego u drugima i na taj način njima je njihovo ponašanje opravdano. Pored toga reakcija može da bude i potpuno suprotna, osoba može da se oseća toliko posramljeno da se samopovredi, a čak može doći i do pokušaja suicida (Pecotić, 2018).

Suicid kao tema u radu sa graničnim klijentima je vrlo česta i samim tim vrlo je značajno za terapeuta da se informiše. Kada razmišljamo o suicidu važno da je razumemo da je njihov glavni introjekt "ja ne treba da postojim, jer ovakav kakav jesam nisam ok" (Pecotić, 2018). Najčešći poziv na destrukciju kod graničnih klijenata dešava se kroz emotivne i intimne odnose. Ponekada

su zapravo vrlo mirni, kada nemaju emotivne odnose, pa je važno za terapeuta da bude pripremljen da emotivna veza najviše inspiriše afektivno ponašanje u pravcu suicida (Pecotić, 2018). Ta afektivna nestabilnost zapravo dolazi iz hroničnog doživljaja praznine jer nema iskustva, a iskustva nema jer postoji nemogućnost da se kreira figura iz senzacije (Pecotić, 2018).

Otvoren kraj: Uz adekvatan psihoterapijski kontakt lepeza doživljenih i izraženih afekata se proširuje u terapiji i van nje. Van terapije klijenti imaju poboljšane performanse u socijalnim ulogama, preuzimaju više odgovornosti i profesionalnih ambicija i počinju da razvijaju prijateljstva, ali ovo ne znači da su potrebe klijenta u potpunosti zadovoljene, zapravo terapija sa klijentima sa graničnom adaptacijom ličnosti često nema kraj (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017). Divac-Jovanović i Švrakić (2017) navode da je važno da klijent ima dozvolu da napravi pauzu sa radom kada je smisleno i kada mu je potrebno, uz obaveznu poruku da je dobrodošao kada god da se vrati. Terapeut u radu sa graničnim klijentima uvek ostaje na raspolaganju, biva podrška iz pozadine za njihove životne procese i uglavnom je kasnije tu za konsultacije prema trenutnim potrebama klijenta.

### **Farmako/psihoterapija**

U psihoterapijskom radu, bilo kog modaliteta, etička i moralna odgovornost svakog terapeuta je da bude svestan svojih ličnih i profesionalnih limitacija i da tretira klijenta u skladu sa istim. Zato je vrlo važan faktor procene kada je psihoterapija nedovoljna i potrebno je da se uključi farmakoterapija. U radu sa klijentima sa graničnom adaptacijom ličnosti, stepen intenziteta uticaja maladaptivnih mehanizama na životnu funkcionalnost nam određuje na kom dijapazonu je mentalno stanje. Psihoterapija se veoma teško primenjuje u uslovima nestabilnih afekata, rizičnih i/ili samodestruktivnih ponašanja, što je čest slučaj na početku rada sa graničnim

klijentima (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017). I ako je psihoterapija primarna jer omogućava sazrevanje nezrele ličnosti i razvoj kapaciteta za bolja adaptivna rešenja, farmakoterapija uspostavlja povoljnu platformu za lečenje kroz psihoterapiju (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017). Interaktivni efekat i dvosmeran modulirajući odnos je nekada neophodan za klijentovu stabilizaciju i boljitak. Poboljšanje raspoloženja ili nestanak ekstremnih simptoma zahvaljujući farmakoterapiji može da indirektno oslobodi prostor za složene psihološke fenomene kao što je integracija identiteta (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017).

### **Zaključak**

Efekti okoline i gena su dovoljno moćni da modifikuju crte ponašanja u bilo kom smeru – dobro okruženje može da kompenzuje lošu genetiku, a loše okruženje može da patologizuje dobru genetiku. Rani konstitucionalni negativni afekti mogu da budu uzrok nezreloj ličnosti i pokretači procesa maladaptacije. U okolnostima neadekvatne nege, dete (kasnije odrasla osoba) ne razvija sposobnost da prepozna, definiše i modulira emocije, toleriše ili obrađuje emocionalni ili interpersonalni stres i da veruje svojim iskustvima kao validnim (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017). Granična adaptacija ličnosti predstavlja skup različitih rano razvijenih nivoa patoloških mehanizama koji su srodni većini kliničkih podtipova maladaptivnih ličnosti. Radi adekvatne diferencijacije klastera poremećaja ličnosti, izuzetno je važno razumeti i prepoznati granični, koji u kliničkom kontekstu služi kao "kišobran" za sve vrste poremećaja ličnosti. Dijagnoza ili bolje rečeno klinička procena ličnosti jeste važna, ali ne u dogmatskom smislu već kao radna platforma. Psihoterapeut treba da bude upoznat sa dijagnostičkim kontekstom da bi mogao da prepozna određene strukture koje su važne za razumevanje klijenta, ali nekada je i značajnije odstupiti od kategorizacija i klijentov obrazac ponašanja doživeti kao način regulacije kroz određeno životno iskustvo. Humanistički pristup psihoterapijskog rada maladaptivna

funkcionisanja ličnosti doživljava kao kreativne adaptacije, a baza ovakvog pristupa je vera u snagu svake ličnosti. Kroz rad se pokazalo da autentično poverenje terapeuta u kapacitete klijenta otvara prostor i daje klijentu intimnu dozvolu za rast i razvoj ličnosti koja se naizgled činila fiksirano. Svakom klijentu, a naglašeno klijentu sa graničnom adaptacijom ličnosti, je od presudnog značaja da bude priznat i poštovan kao jedinstveno biće, vredno ljubavi. Ovakav kontakt daje mogućnost da se klijent separira i ponaša samostalno, kao i da testira nove načine ponašanja u zaštićenoj i sigurnoj sredini (Greenberg, 1998). Dakle, postavljanje hipoteza umesto tvrdnji, kontakt ispred dijagnostike ili etiologije mentalnih poremećaja i tumačenje simptoma kao seta pogrešnih rešenja koja su u nekom trenutku bila jedini način da se preživi. Poremećaj ponašanja ima funkciju da održi patološku homeostazu poremećenih odnosa u porodici (sistemu) i ima značenje, nosi poruku tom sistemu. Važno je uvideti i uvažiti ove maladaptivne mehanizme. U fokusu je negovanje terapijskog odnosa, pa tek onda promena. Psihoterapijski odnos je snažan i moćan jer klijent i terapeut zajedno učestvuju u veoma intenzivnom i ličnom razvoju sa obe strane (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017). Osnovni principi psihoterapijskog procesa su snažan terapijski savez i formulisanje terapijskog ugovora uz jasne granice, povećana prisutnost terapeuta u kontaktu, tolerancija snažnog negativnog (i pozitivnog) transfera, stalno praćenje i korišćenje kontransfera kao instrumenta u terapiji, uspostavljanje veze između klijentovih ponašanja i osećanja u sadašnjosti (davanje značenja sa klijentom), osveščivanje i tumačenje svojih i tuđih emocionalnih stanja i reagovanja (mentalizacija), orijentacija na snagu i resurse, fokusiranje, interpretacija u “sada i ovde” umesto analize i podržavanje razvijanja drugih mehanizama umesto kompleksa primitivnih odbrana. Terapijski ciljevi su usmereni na kreiranje pozitivnog emocionalno podržavajućeg setinga, integracija predstave sebe i drugih (razvijanje kapaciteta da se uvidi tuđa perspektiva i uvaži sopstvena i tuđa potreba), konstantna

interpretacija klijentove agresije i kontejniranje agresivnih fantazija, podrška za povećanje klijentove tolerancije na separacionu anksioznost i negativna osećanja, osveščivanje projekcija u kontaktima, osveščivanje značenja koja se daju pojavama i događajima, i preuzimanje odgovornosti za svoja ponašanja i odluke. Pošto je poremećaj ličnosti pervazivan (obuhvata sve aspekte ličnosti) i terapija je pervazivna – sve što se dešava u kontaktu između terapeuta i klijenta je deo terapije (Divac-Jovanović i Švrakić, 2017).

“Klijenta treba susretati na mestu na kome je on, umesto da pokušavamo da ga dovedemo na mesto na kome smo mi.” (Jalom, 2011, prema Divac-Jovanović i Švrakić, 2017, 252).

## Reference

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Campbell, K., Clarke, K. A., Massey, D. & Lakeman, R. (2020). Borderline Personality Disorder: To diagnose or not to diagnose? That is the question. *International journal of mental health nursing*, 29(5), 972-981. <https://doi.org/10.1111/inm.12737>
- Delisle, G. (1999). *Personality Disorders: a Gestalt Therapy Perspective*. Gestalt Institute of Cleveland Press.
- Divac - Jovanović, M. i Švrakić, D. (2017) *Granična ličnost i njena različita lica: Šta su poremećaji ličnosti* (drugo izdanje). Clio.
- Francesetti, G. (2021). *Fundamentals of Phenomenological Gestalt Psychopathology*. L'exprimerie IFGT.
- Greenberg, E. (1998). *Borderline, Narcissistic, and Schizoid Adaptations. The Pursuit of Love, Admiration, and Safety*. Institute of Gestalt psychotherapy, New York.
- Greenberg, E. (2015). Goals and the Borderline Client: A Gestalt Therapy Approach. *Gestalt Review*, 19(2), 133-143. <https://doi.org/10.5325/gestaltreview.19.2.0133>
- Mason, P. & Kreger, R. (2003). Prestanite hodati po ljuskama jajeta.
- Pecotić, L. (2018). *Narcistični i granični poremećaj ličnosti*. Predavanje iz teorije i metodologije geštalt terapije. EAPTI SEB.

Perls F.S., Hefferline R. & Goodman P. (1994). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. The Gestalt Journal Press.

Salonia, G. (2013). The moon is made of cheese. Exercises of gestaltic translation of borderline language. *Gestalt Therapy Kairos Institute Journal of Psychotherapy*, 4, 17-70.

Salonia, G. (2019). *The moon is made of cheese - Gestalt therapy and borderline language*. EAPTI Geštalt Institut Skoplje.

Spagnuolo Lobb, M. (2013). Borderline. The Wound of the Boundary. In G. Francesetti, M.

Gecele and J. Roubal (Eds). *Gestalt Therapy in Clinical Practice: From Psychopathology to Aesthetics of Contact*, 609-640. Franco Angeli.

Yontef, G. M. (1993). *Awareness, dialogue & process: Essays on Gestalt therapy*. The Gestalt Journal Press.