

Granični poremećaj ličnost i geštalt pristup

Jelena Janković

Evropski akreditovani obrazovni institut iz oblasti psihoterapije – Studio za edukaciju, Beograd

Program: Diploma iz geštalt terapije

Diplomski rad

Mentor: Marija Stefanović

Februar 2024, Beograd

Sadržaj

Apstrakt.....	2
Granični poremećaj ličnost i geštalt pristup.....	3
<i>Ličnost i poremećaji ličnosti</i>	<i>3</i>
Pojam ličnosti.....	3
Poremećaji ličnosti	4
<i>Definicija.....</i>	<i>4</i>
<i>Istorijski razvoj pojma, klasifikacija i dijagnoza</i>	<i>5</i>
Istorijski razvoj pojma.....	5
Klasifikacija	7
Dijagnoza	7
<i>Etiologija nastanka</i>	<i>12</i>
Genetski faktori	12
Psihološki faktori.....	12
Socio-ekonomsko-kulturni faktori	15
<i>Granični poremećaj ličnosti iz geštalt perspektive</i>	<i>16</i>
Teorija selfa.....	17
Ciklus kontakta.....	18
Mehanizmi adaptacije	19
Transfer, kontratransfer, projekтивna identifikacija.....	20
<i>Terapijski proces sa graničnim iskustvom</i>	<i>20</i>
Zaključak	28
Literatura	29

Apstrakt

Odlučila sam se da pišem o ovoj temi inspirisana klijentom sa dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti. U kontaktu sa njim osećala sam veliku napetost, intenzivnu impulsivnost, bio mi je čudan njegov pogled na svet kao i način na koji prekida kontakt. Imala sam utisak, da sa čuđenjem, svaki put kao da je prvi, ugledava svet oko sebe. Trudila sam se da razumem teme o kojim mi priča kao i da osetim sa čim se suočava, ali sam imala doživljaj da nemam odgovarajuću pozadinu za potpuno razumevanje njegovog iskustva. To me je podstaklo da se usmerim na ovu temu kao bih mogla da bolje razumem osobe sa ovim poremećajem i obuhvatim veliki emotivni bol koji osećaju.

Kroz ovaj rad pokušala sam da obuhvatim dijagnostiku, klasifikacije, etiologiju nastanka graničnog poremećaja ličnosti. Takođe sam se posmatrala ovu adaptaciju kroz osnovne geštalt teorijske koncepte kao što su teorija selfa, ciklus kontakta, mehanizmi adaptacije, transfer i kontratransfer. Više autora se bavilo terapijskim pristupom iz geštalt perspektive. U ovom delu rada najviše sam se oslonila na knjigu „Svesni dijalog i proces“ koju je napisao Gari Jontef i članak Margaret Spanguolo Lob „Granično iskustvo povreda granice“ iz knjige „Od psihopatologije do lepote kontakta“ koji na sveobuhvatan način pristupaju razumevanju klijenata sa graničnim poremećajem ličnosti i psihoterapiji, kroz teorijski okvir geštalt terapije.

Intenzitet patnje, nestabilan afekt, impulsivnost u ponašanju, nedostatak slike o sebi kao i nestabilnost i inpersonalnim odnosima, terapiju ovih osoba čine izazovnom i dugotrajnom.

Stalna tendencija rasta prevalence graničnog poremećaja ličnosti ukazuje na značaj kako razumevanja tako i usavršavanja terapijskog pristupa ovoj adaptaciji.

Ključne reči: granični poremećaj ličnosti, adaptacija ličnosti, geštalt terapija

Granični poremećaj ličnost i geštalt pristup

Poremećaji ličnosti predstavljaju dijagnostički i terapijski izazov terapeutima. Kako bi terapijski proces, sa klijentima koji imaju poremećaj ličnosti, bio kompetentan, potrebno je da terapeut zna kako da dijagnostikuje tipove organizacije ličnosti i nivo funkcionisanja ličnosti. Slični ili isti klinički simptomi mogu imati klijenti sa različitim organizacijama ličnosti. Ako terapeut ne prepozna nivo organizacije ličnosti koji utiče na bihevioralne manifestacije, onda može doći do pogrešne dijagnostike ili terapijskog pristupa. (Mićović,2021)

Granični poremećaj ličnosti karakteriše poremećeno funkcionisanje na više nivoa, emocionalna nestabilnost, impulsivnost, kao i sklonost ka kognitivno-perceptivnim distorzijama u kontekstu hronično nestabilnih interpersonalnih odnosa.

Ranije se ovaj poremećaj smatrao varijantom sizofrenije. Pedesetih godina prošlog veka opisivan je kao poremećaj karaktera „stabilani u svojoj nestabilnosti“.

Osobe sa ovim poremećajem deluju kao da su neprestano u stanju krize. Promene raspoloženja su česte i njihovo ponašanje je krajnje nepredvidivo. Značajan i stalni poremećaj mišljenja i odnosa prema sebi samom (poremećaj identiteta) ključni su za razumevanje ovog poremećaja.

Osobe sa graničnim poremećajem ličnosti imaju bolni osećaj sopstvenog življenja, koji često vodi u samopovređivanje, a ponekad i u suicid, upotrebu alkohola i psihoaktivnih supstanci jer nisu u stanju da obrade intenzivna osećanja koja ih preplavljaju, pa na taj način pokušavaju da druge pozovu u pomoć, da se oslobode ljutnje ili da se psihološki zamrznju (Jašović Gašić i Lečić Toševski, 2014).

Prema DSM 5 granični poremećaj ličnosti odnosi se na prožimajući obrazac nestabilnosti u interpersonalnim odnosima, slici o sebi, afektivitetu, uz naglašenu impulsivnost, koji počinje od ranog odraslog doba i prisutan je u različitim kontekstima.

Geštalt psihoterapija koristi termin granična adaptacija ličnosti, naglašavajući kreativni kapacitet nasuprot poremećaju (Delisle, 1999).

Ličnost i poremećaji ličnosti

Pojam ličnosti

Pojam ličnost istraživan je u raznovrsnim disciplinama i definisan na mnogobrojne načine. Samo poreklo ovog pojma najčešće se dovodi u vezu sa latinskom reči persona (per – kroz, sona – glas), koja je označavala pozorišnu masku koja je prikazivala karaktere i kroz koju su glumci govorili.

Ličnost (personality- eng.) predstavlja u tom kontekstu “masku” koju prezentujemo svetu. Pretpostavlja se da poreklo srpskog izraza ličnost predstavlja uopštavanje srpskog izraza lik, lice na unutrašnje odlike ljudi (Stojnov, 1999).

Jedna od najčešće korišćenih definicija je da je ličnost skup organizovanih, srazmerno trajnih psiholoških osobina i mehanizama unutar pojedinca koji utiču na njegove interakcije sa okolinom i prilagođavanje okolini (Larsen & Buss, 2005).

Žil Delil (Delisle, 1999) navodi da je ličnost za geštalt terapeute specifičan i relativno stabilan način na koji se organizuje nečija kognitivna, emotivna i bihejvioralna komponenta iskustva. Osećaj identiteta osobi daju značenje koje pridaje događajima i osećanjima koja prate taj događaj koji ostaju relativno stabilni tokom vremena. Ličnost predstavlja taj doživljaj identiteta i uticaj koji on ima na druge. Geštalt terapeuti posmatraju na koji način osoba na granici kontakta koristi svoje konaktne funkcije, modeluje kontakt kroz procese otpora i prilagodjavanja i koristi ili ne koristi svoj sistem podrške. (Delisle, 1999)

Poremećaji ličnosti

Normalna ličnost se odlikuje integrisanim konceptima selfa i značajnih drugih, što osobi daje stabilan i koherentan osećaj selfa i drugih (identitet) (Caligor et al., 2007; Kernberg, 2004). Poremećaj ličnosti predstavlja duboko ukorenjene maladaptivne (neprilagođene) obrasce ponašanja koji se manifestuju u širokom spektru odnosa prema sebi i prema okolini, a koji dovode do značajnih subjektivnih i socijalno profesionalnih problema.

Simptomi koji se javljaju kod poremećaja ličnosti su obično "ego sintoni" osoba ne prepoznaje da je bilo šta loše kod nje što bi trebalo menjati. Najčešće sve probleme smatra posledicama grešaka drugih. Kada su suočene sa problemima ili stresom, osobe sa poremećajem ličnosti teže da promene okolinu, a ne sebe (aloplastičnost). Osobe sa ego-distoničnim poremećajima (npr. neurotičnim) u takvim situacijama žele da promene sebe (autoplastičnost). (Divac Jovanović i Švrakić, 2016)

Poremećaj ličnosti iz geštalt perspektive je nefleksibilna i maladaptivna organizacija uzoraka tri bazične komponente iskustva kao što su te da individua doživljava značajnu nemogućnost u socijalnom ili radnom ponašanju, ili subjektivne probleme ili i jedno i drugo. (Delisle, 1999)

Definicija

Granični poremećaj ličnosti se najbolje može shvatiti kao heterogeni sindrom koji se ispoljava ego sintonom afektivnom nestabilnošću i impulsivnošću, odnosno diskontrolom ponašanja i sklonošću

ka kognitivno-perceptivnim distorzijama u kontekstu hronično nestabilnih interpersonalnih odnosa. (Đurić, 2021).

Mnogi su autori primetili da granične osobe izgledaju mnogo kompetentnije i sposobnije za život nego što stvarno jesu. (Đurić, 2021)

Kod graničnog poremećaja ličnosti normalne ego funkcije, koje pripadaju sekundarnom procesu, kao što su mišljenje, integracija, realistično planiranje, adaptacija na okolinu, održavanje objektnih relacija i odbrane od prodora izida u mišljenje, impulsa i njihovih fantazijskih elaboracija, su teško oštećene dok su druge funkcije ega, kao što su sposobnost konvencionalne, mada površne, adaptacije na sredinu i površno održavanje odnosa objektnih relacija uglavnom nedirnuti. (Knight, 1953)

Granični poremećaj ličnosti je među otpornijim poremećajima na tretman i jedan od najtežih poremećaja ličnosti. U okviru dijagnostičkih klasifikacija postoje konkretni kriterijumi za ovaj poremećaj, ali čak i van okvira dijagnostičke klasifikacije postoji veliki broj osoba koje imaju stil ličnosti sa graničnim karakteristikama. Upravo, ovaj stil je poznat kao granična organizacija ličnosti, koji nije manje maladaptivan u odnosu na granični poremećaj ličnosti ali obuhvata širi spektar simptoma i iskustava nego što je obuhvaćeno u dijagnostičkim klasifikacijama. (Delisle, 1999)

Gari Jontef je naveo da pacijent koji pati zbog karakternog poremećaja ne može da zadrži kohezivan doživljaj sebe u sukcesiji momenata u ovde i sada, posebno u pojedinim oblicima interpersonalnog kontakta. Osobe sa poremećajem karakera u trenucima konflikta i povišenog stresa, kada doživljavaju razlike između sebe i drugih, nemaju sposobnost kontinuiranog posmatranja sebe, auto-regulacije i preuzimanja odgovornosti za svoje ponašanje. (Yontef, 1993)

Istorijski razvoj pojma, klasifikacija i dijagnoza

Istorijski razvoj pojma

Engleski lekar Tomas Siden još u 17. veku pisao je o pacijentima koji bez mere vole one koje će uskoro mrzeti bez razloga. (Krajsman i Straus, 2021)

Danas mnogi stručnjaci smatraju, da bi pacijenti za koje je Frojd nekada smatrao da imaju histeriju, danas mogli da budu dijagnostikovani kao granični poremećaj ličnosti. Adolf Štern je 1938. godine za pacijente za koje je smatrao da su na granici između neuroza i psihoza upotrebio naziv „borderline“, granični pacijent, označivši ih kao neurotične osobe rezistentne na terapiju na kauču. Napravio je listu njihovih karakteristika koja je uključivala sklonost ka ljutnji, depresiji ili anksioznosti u odgovoru na interpretacije koje su dovodile u pitanje njihovo samopoštovanje, kao i

upotrebu projekcije da bi se unutrašnja ljutnja pripisala spoljnim izvorima, teškoće u testiranju realnosti, tj. nepsihotične teškoće u razumevanju i empatiji.

Pedesetih i šezdesetih godina prošlog veka nastavlja se ispitivanje ovog poremećaja, a u literaturi možemo naći termine „ambulantna šizofrenija“, „pseudoneurotična šizofrenija“ i „latentna šizofrenija“ (Krajsman i Straus, 2021).

Poremećaj ličnosti prvi put se pojavljuje u zvaničnim klasifikacijama mentalnih poremećaja 1952. godine u DSM 1 (APA, 1952, prema Divac Jovanović i Švrakić, 2016.). Sa jedne strane ova dijagnoza donosi entuzijazam i nadu da će definisanje kriterijuma voditi efikasnijim i adekvatnijim psihoterapijskim strategijama za ovu grupu pacijenata, dok sa druge strane donosi strah da može voditi dijagnostičkom etiketiranju bilo kog ponašanja kao psihopatološkog (Divac Jovanović i Švrakić, 2016)

Kernberg pravi razliku između graničnog poremećaja ličnosti i granične organizacije ličnosti koja uključuje različite tipove iskustva i relacione manifestacije, sa određenim zajedničkim iskustvima, od kojih je granični poremećaj jedan primer. (Clarkin et al., 2000)

Za strukturu graničnog iskustva, prema Kernbergu, karakteristične su tri odlike: 1) sindrom difuznog identiteta; 2) primitivni mehanizmi odbrane koncentrisani na cepanje; 3) kontinuiran test stvarnosti, očuvana sposobnost testiranja realnosti (Clarkin et al., 2000)

1. Sindrom difuznog identiteta je kako Kernberg naziva manjak integrisanog koncepta selfa i integrisanog koncepta značajnih drugih u klijentovom iskustvu. Nastaje razvojno, iz neuspeha da se ranije identifikacije integrišu u harmoničan geštalt.

Sposobnost za refleksiju je oštećena (iskustvo u vezama ne ogleda se u selfu na integrisan, prilagođen način), kao i sposobnost da održavaju kontinuitet iskustva između dobrog i lošeg, integrišući dobra i frustrirajuća iskustva. Granični pacijent nije moguće da oprostí loše kod drugog ili da uzme u obzir da dobar drugi može imati loše momente. (Clarkin et al., 2000)

2. Primitivni ili na splittingu zasnovani mehanizmi (mehanizmi izvrtanja) ne sklanjaju mentalni sadržaj iz svesnosti, već oba aspekta iskustva koja su u konfliktu, su dozvoljena da se pojavljuju u potpunosti u svesnosti, ali ne u isto vreme ili povezana u okviru istog odnosa sa objektom. Neki od primitivnih mehanizama odbrane su cepanje, projektivna identifikacija, poricanje, idealizacija i obezvređivanje, i oni se prvi javljaju u razvoju osobe.

3. Test realnosti je očuvan i kod granične i kod neurotične strukture, ali dok je neurotičar sposoban za empatiju, tananost i diskreciju, granični (iako nas ponekada može iznenaditi duboko empatičnim izjavama) je često impulsivan, haotičan, afektivno nestabilan, i u stresnim uslovima doživljava veze na paranoidan način. Ovaj nedostatak perceptivne stabilnosti, uz impulsivnost, može dovesti do rizika od suicidalnog ponašanja, ozbiljnih poremećaja ishrane, predispozicije za nasilje, zavisnosti od droga i/ili alkohola i antisocijalnog ponašanja. Prisustvo ovakvih rizičnih ponašanja, uz nedostatak stabilne afektivne veze, pokazatelj je negativne progne. (Divac Jovanović i Švrakić, 2016)

Klasifikacija

U ICD 10 granični poremećaj ličnosti se pojavljuje kao potkategorija emocionalno nestabilnog poremećaja ličnosti /F 60.3) koji pripada kategoriji specifičnih poremećaja ličnosti (F60).

Emocionalno nestabilni poremećaj ličnosti, označen šifrom F 60.3, je onaj sa izraženom tendencijom ka impulsivnim radnjama bez razmišljanja o posledicama, hirovito raspoloženje i ćudljivost. Izlivi intenzivne ljutnje često mogu odvesti do nasilja ili „bihevioralnih eksplozija“; takvi izlivi su izazvani kritikom ili osujećivanjem impulsivnih postupaka. Označavaju se dve varijante ovog poremećaja ličnosti, a obe dele opštu temu impulsivnosti i nedostatka samokontrole.

• F 60.30 Impulsivni tip

Osnovne karakteristike su emocionalna nestabilnost i nedostatak kontrole impulsa. Česti su napadi nasilnog i pretećeg ponašanja, naročito kao reakcija na kritike od strane drugih.

• F 60.31 Granični (borderline) tip

Dominantne karakteristike pored emocionalne nestabilnosti su i poremećena predstava o sebi, ciljevima i unutrašnjim prioritetima (uključujući seksualne), hronično osećanje praznine, sklonost ka uključivanju u intenzivne i nestabilne odnose, kao i samodestruktivno ponašanje koje uključuje suicidalne pretnje i pokušaje samoubistva.

Dijagnoza

DSM je multiaksijalna klasifikacija koja obuhvata psihopatološke sindrome na I osovini, poremećaje ličnosti na II osovini, dok treću osovину čine somatska stanja i poremećaji koji utiču na mentalno zdravlje. Na IV osovini su psihosocijalna stanja, sredinski i socijalni uslovi koji utiču na mentalno zdravlje. V osovina odnosi se na generalnu procenu funkcionisanja, odnosno na određivanje stepena poremećaja. DSM je i kategorijalna klasifikacija. Poremećaji ličnosti svrstani su u klastere-podgrupe

koji ukazuju na dimenzije koje ih karakterišu, ekscentrični (klaster A), dramatični (klaster B) i anksiozni (klaster C). U podgrupu ekscentrika spadaju narcistični, antisocijalni, histrionični i granični poremećaj ličnosti. Česta je komorbiditetna pojava drugih poremećaja ličnosti uz onaj osnovni. Obično postoji komorbiditet između poremećaja ličnosti koji pripadaju istom klasteru. Sa druge strane, granični poremećaj ličnosti se često pojavljuje udruženo sa zavisnim poremećajem ličnosti koji pripada klasteru C. Dokazana je visoka stopa komorbiditeta graničnog poremećaja sa bipolarnim poremećajem i drugim poremećajima raspoloženja, poremećajima vezanim za uzimanje psihoaktivnih supstanci i bulimijom nervozom.

Prema poslednjem, petom, izdanju DSM-a (APA, 2013), granični poremećaj ličnosti je onaj kod koga preovlađuje crta nestabilnosti interpersonalnih relacija, predstava o sebi, afektivitetu, kao i naznačena impulsivnost koja počinje od ranog odraslog doba i pojavljuje se u različitim kontekstima.

Dijagnoza se postavlja na osnovu devet kriterijuma od kojih najmanje pet mora da bude prisutno u dužem vremenskom periodu:

1. Veliki naponi da se izbegne stvarno ili imaginarno napuštanje

Osobe sa graničnim poremećajem ličnosti ulaze u haotične međuljudske odnose što je jedna od glavnih karakteristika ovog poremećaja. Doživljaj pretećeg odbacivanja i samoće kao i gubitak spoljne strukture mogu voditi ka dubokim promenama u afektu, kogniciji, ponašanju i slici o sebi. Ove osobe doživljavaju preplavljujuće strahove i u situacijama u kojima dolazi do neizbežnih promena planova, kada neko ko im je važan kasni na sastanak nekoliko minuta, jer privremenu usamljenost doživljavaju kao trajnu izolaciju. Za većinu ljudi samoća je ponekad željena i retka prilika da evociraju uspomene, da ponovo uspostave kontakt sa sobom i otkriju ko su, ali osoba sa graničnim poremećajem nema formiran doživljaj sebe i okreće se praznini, pa samoća podstiče paniku koja je doživljena u detinjstvu. Često koriste prelazne objekte da umire anksioznost (Krajsman i Straus, 2021). Osećaj napuštenosti i straha, koje osećaju ove osobe, možemo doživeti ako zamislimo da smo malo dete koje ne može da pronađe majku na mestu gde ostala, već tamo zatiče nepoznate ljude koji ga preteći posmatraju. Osobe sa graničnim poremećajem konstantno imaju takav osećaj, usamljenosti i teskobe (Mason i Kreger, 2003).

2. Obrazac nestabilnih i intenzivnih međuljudskih odnosa koje karakteriše odlazak iz krajnosti u krajnost, između idealizacije i omalovažavanja

U Geštalt terapiji možemo da definišemo nestabilnost u odnosu kao nesposobnost pacijenta da integriše polarne aspekte svojih osećanja. Ono što nedostaje je konstantnost objekta. Pacijenti

sumnjaju u odnose, čak i u odnos sa terapeutom, tako da i pri najmanjem stimulusu koji pacijent prepozna kao ugrožavajući za sopstveni integritet, sumnja u odnos se aktivira. Njihovo trenutno mišljenje o nekome zavisi od posljednje interakcije s tom osobom (Spagnuolo Lobb, 2013)

U bilo kojem trenutku, netko je ili "dobar" ili "loš"; nema ništa između, samo crno-belo bez sivog. Taj mehanizam tzv. "splitting" omogućuje osobi sa graničnim poremećajem ličnosti da se zaštiti od protivrečnih osjećanja i spoznaja kao i od težine koju izaziva pokušaj da se te razlike pomire, ali često dolazi do suprotnog efekta: iskustva postaju duboki rascepi; osjećaj sopstvenog identiteta i identiteta drugih osoba još se više i češće menja (Mason i Kreger, 2003).

Marša Linehan (Linehan, 1993) prepoznaje dva karakteristična obrasca atačmenta. Prva grupa „nesigurno vezanih“ sklona je formiranju brzih, intenzivnih, zavisnih i burnih terapijskih odnosa, dok je druga grupa onih „nalik leptiru“ sklona da dolazi i odlazi sa terapije, povremeno se angažuje u radu, odbija da se odazove telefonskim pozivima i učestvuje u terapiji, kao i ranom završavanju terapije.

3.Poremećaj identiteta: izrazito i trajno nestabilna slika o sebi i doživljaj sebe

Pri formiranju identiteta granične osobe oslanjaju se dominantno na aktuelne osećaje, misli i ponašanja, sa minimalnim obaziranjem na pređašnja iskustva, što rezultira nejasnom, zavisnom i nekonzistentnom slikom o sebi. (Kreisman & Straus, 2004). Crno-belo razmišljanje prisutno je kako u posmatranju drugih, tako i pri kreiranju slike o sebi. One doživljavaju sebe na osnovu svog posljednjeg postignuća ili neuspjeha. One su stroge prema sebi kao i prema drugima i ništa nikad ne rade dovoljno dobro. Neke osobe su vrlo uspješne u svemu što rade, uspješne su na poslu, u zajednici ili kod kuće. Ali, često se osjećaju kao glumci koji recitiraju stihove. Kad publika ode kući, oni prestaju da postoje (Mason i Kreger, 2003).

4.Impulsivnost u barem dva područja koja su potencijalno štetna njima samima (kupovina, seks, zloupotreba supstanci, rizična vožnja, prejedanje)

Impulsivnost graničnih osoba je autodestruktivna i najčešće se pojavljuje kao reakcija na razočarenja u odnosu na bliske osobe. One često pokušavaju da ispune prazninu i stvore identitet za sebe kroz impulsivna ponašanja poput iznenadnih izliva besa, burne međuljudske odnose, zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, kockanje, upuštanje u rizično seksualno ponašanje, epizode prejedanja ili prekomerno trošenje novca. (Kreisman & Straus, 2004)

5.Suicidalne misli, pokušaji suicida, pretnje ili samopovređivanje

Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku IV, oko 8-10% ljudi s graničnim poremećajem ličnosti izvrši samoubistvo (Mason i Kreger, 2003). Samoubistvo i druga impulsivna i poremećena ponašanja smatraju rešenjem za uklanjanje opterećujućeg i prekomernog emotivnog bola, posebno osećaja stida, ljutnje, tuge i napuštenosti. (Linehan, 1993)

Različite su motivacije i načini ispoljavanja jedne od najprepoznatljivijih karakteristika graničnog poremećaja ličnosti – ponavljanog i namernog samopovređujućeg ponašanja i suicidalnosti. Samopovređujuće ponašanje može se pojaviti u vidu sečenja, nanošenja opekotina, udaranja glavom, griženja, čupanja kose, tetoviranja, pirsinga i različitog značajno nepromišljenostog ponašanja. Ono što prethodi ovom ponašanju najčešće je pretnja razdvajanjem ili odbacivanjem ili očekivanje da osoba preuzme više odgovornosti. Funkcije samopovređivanja mogu biti olakšavanje fizičkog bola, oslobađanje tenzije, postizanje kontrole, obezbeđivanje sigurnosti i potraga za ekstazom. Suicidalno ponašanje ne predstavlja uvek želju za smrću, već može biti mehanizam kojim se komunicira bol ili traži pomoć (Kreisman & Straus, 2004).

Postoji pogrešno uvjerenje da su sve osobe sa graničnim poremećajem ličnosti sklone samoopovređivanju ili suicidu. Mnoge osobe koje su uspele da postignu visok kvalitet života nemaju takve sklonosti. Međutim, osobe koje se samopovređuju, možda će potražiti stručnu pomoć češće od onih koje nisu tome sklone (Mason i Kreger, 2003).

6.Emotivna nestabilnost prouzrokovana izraženim promenama raspoloženja (intenzivne epizode disforije, iritabilnosti ili anksioznosti, koje uglavnom traju nekoliko sati, a retko duže od nekoliko dana)

Kad se osećaju loše, ljudi uglavnom preduzimaju korake koji će im pomoći da se osećaju bolje i u određenoj meri mogu da kontrolišu koliko njihovo raspoloženje ili reakcije utiču na odnose s drugima. Osobama graničnim poremećajem to nije lako. Njihovo se raspoloženje može u nekoliko sati da se promeni iz snažne ljutnje u depresiju, iz depresije u razdražljivost i iz razdražljivosti u teskobu (Mason i Kreger, 2003).

7.Hronični osećaj praznine

To je osećaj u stomaku, lociran u abdomenu ili grudima, koji ne bi trebalo pomešati sa osećajem dosade (koji se češće odnosi na narcističko iskustvo) ili egzistencijalnog bola ili nepostojanja (koji se odnosi više na depresivno iskustvo). Ako se razlikuje na ovaj način, osećaj praznine bi mogao biti osnovni kriterijum dijagnoze graničnog iskustva. (Spagnuolo Lobb, 2013)

8. Neprimeren, intenzivan bes ili teškoće u kontrolisanju besa (česti napadi besa, stalna ljutnja, ponavljani fizički obračuni)

Bes koji osećaju obično je vrlo snažan, nepredvidljiv i ne može se ukloniti logičnim argumentima. On je poput divlje bujice, iznenadnog zemljotresa ili munje. Može nestati podjednako brzo kao što se pojavio (Mason i Kreger, 2003).

9. Prolazne paranoidne ideje povezane sa stresom, teški simptomi disocijacije.

Granične osobe mogu imati različite stepene disocijacije da bi pobjegli od bolnih osjećaja i situacija. Što je situacija stresnija, veća je verovatnoća da će doći do disocijacije. Za razliku od ozbiljnijih formi disocijacije, kod disocijacije graničnih osoba postoji svesnost o svom ponašanju (Kreisman & Straus, 2004).

Kada se bavimo dijagnostikom, po Divac-Jovanović i Švrakić (2016), treba razlikovati sledeće vidove (nivo) graničnosti :

1. Granične fenomene: odnose se na obrasce doživljavanja i ponašanja koji se pojedinačno, povremeno i u manjem intenzitetu pojavljuju, a koji ne mora nužno da bude okarakterisan kao poremećaj ličnosti. Granični fenomeni predstavljaju marker nestabilnosti različitih tipova normalnih ličnosti i mogu da upozore na mogućnost razvoja poremećaja ličnosti

2. Granična organizacija ličnosti: odnosi se na dominantan i karakterističan način organizovanja emotivnog iskustva, mišljenja i ponašanja koji se proteže na većinu životnih situacija i duži vremenski period i koji obično povlači dijagnozu poremećaja ličnosti.

3. Granična dekompenzacija: odnosi se na privremeno i/ili povremeno granično funkcionisanje inače zdravih osoba, koje je uslovljeno afektivnim okidačem često vezanim za neku stresogenu situaciju. Na primer, granični nivo funkcionisanja koji se iznenada pojavljuje tokom epizode "major" depresije i koji prestaje sa prestankom depresivne epizode. Postoji visok komorbiditet između depresije i poremećaja ličnosti, pa ih nazivamo pseudograničnim simptomom jer nestaju sa izlečenjem depresije.

4. Granični nivo funkcionisanja ličnosti: može da pokrije sve navedene fenomene jer definiše nivo funkcionisanja u jedinici vremena sa mogućnošću reverzibilnosti na kontinuumu patologije. (Divac Jovanović i Švrakić, 2016)

Etiologija nastanka

Etiologija graničnog poremećaja ličnosti je kompleksna i uključuje više faktora koji su u međusobnoj interakciji. Poremećaji ličnosti imaju karakteristike koje ukazuju na biološke, psihološke i socio-ekonomske i kulturne uticaje. Američka psihijatrijska asocijacija ističe da, osim organskih mentalnih poremećaja, nijedan drugi tip poremećaja sadržan u DSM-u nema jasno ustanovljenu etiologiju. Zbog toga su kliničke kategorije DSM-a, uz izuzetak bioloških poremećaja, bazirane na opisnim kriterijumima u kojima se ne razmatra uzročnost ili poreklo poremećaja. Neophodno je prepoznati da su mnoga postojeća uzročna objašnjenja po svojoj prirodi hipotetička, tako da im je neophodna praktična potvrda (Delisle, 1999).

Genetski faktori

Granični poremećaj ličnosti može imati genetsku osnovu. U prilog ovome govori da je poremećaj češći u porodicama sa poremećajima raspoloženja. Mnoge studije pokazuju veću incidencu kod jednojajčanih nego kod dvojajčanih blizanaca (Coid et al., 2006, prema Begić, 2021). Jednojajčani blizanac koji je usvojen i razmešten u drugu porodicu, razviće tokom vremena granični poremećaj ličnosti, ako se javi kod jednog blizanca, sa verovatnoćom od 30% do 70% procenata. Prema genetskom modelu efekt heritabilnosti je 0,69 (1 je maksimalan iznos), što ukazuje na važnu ulogu genetike (Gunderson i Hoffman, 2005)

Psihološki faktori

Kernberg smatra da se granična struktura formira u oralnoj fazi psihoseksualnog razvoja pre definitivne integracije dobrog i lošeg objekta. Prekomerna rana agresija kod malog deteta vodi do prekomernog splittinga, odnosno do nezavisne reprezentacije pozitivnih i negativnih aspekata slike o sebi i majci. Stoga oni nikad ne postižu realističan i balansiran pogled, već osciliraju između ekstrema dobrog i lošeg. (Kernberg, 1975)

Drugi pristup psihološkom uticaju na razvoj graničnog poremećaja ličnosti razmatra neuspehe u ranom materinstvu, koje za uzvrat kreiraju neuspehe u razvoju stalnosti objekta (Adler & Buie, 1979). Adler smatra da granične ličnosti pate od nedostatka stalnosti doživljaja objekta koji je izazvan nedakvatnim majčinstvom. Drugim rečima, granična osoba ne uspeva da internalizuje stabilan objekt majke ili negujuće figure koja daje dovoljno obezbeđenja i podrške koje dete može imati i u trenucima kad majka nije fizički prisutna.

Bez roditeljske figure sa kojom može da ostvari empatičku interakciju, buduća granična ličnost ne može da ostvari stabilan doživljaj identiteta dovoljno dobar da podnese životna iskušenja. Regresija na primitivna ego stanja je zbog toga očekivan rizik.

Drugo, pošto svoj razvoj ne može da organizuje oko pozitivne interakcije sa roditeljskom figurom, dete je ostavljeno sa dubokim osećanjem praznine izazvane odsustvom pozitivnih introjekata i hroničnom disforijom – što je saglasno klasičanom analitičkom konceptu da je depresija izazvana gubitkom objekta.

Treće, nekonstantnost objekta objašnjava zašto granične osobe grčevito izbegavaju napuštanje i traže stalno fizičko prisustvo. U stvari, one traže čitavog života prihvatajući objekt kakav nisu dobile u ranom razvoju. (Adler & Buie, 1979).

Treća teorija od uticaja proizašla je iz razvojne teorije Margaret Maler. Maler-ova je utvrdila da granične i narcistične ličnosti ne prolaze na uobičajen način kroz razvojne faze koje kulminiraju u Edipovom kompleksu i neurozi. Pod uticajem intruzivne majke, faza simbioze može svojim produženim trajanjem sprečiti prirodan razvoj detetove autonomije u fazi puzanja-odvajanja od majke, kada treba da doživi svoje prve separacione anksioznosti, anksioznosti pred strancem i strah od gubitka objektivne ljubavi. Diferencijaciju od majke između petog i osmog meseca života podstiču odobravanja i libidinalno ogledanje prijateljski naklonjenih odraslih osoba. Ti rani narcistički doprinosi su važni za razvoj telesnog ega i telesnog selfa i u simbiotskoj fazi i kasnije, u razvojnoj fazi deteta koje puzi i diferencira se telesnim odvajanjem majke. Ukoliko ovi sredinski faktori ne deluju u odgovarajućem vremenu, nastaju poremećaji u izgradnji autonomnog selfa. Umesto faze ponovnog približavanja (eng. Rapprochement phase) kada je dete u stanju da ostavi majku bez uznemirenosti, pošto može da zadrži doživljaj majke u njenom odsustvu, rascep ostaje dominantan mehanizam odbrane koji sprečava introjekciju objekata u celini i dostizanje edipalne konstelacije objektivnih reprezentacija. (Mahler, 1972)

Razvojna etiologija graničnog poremećaja ličnosti po Džejsmu Matersonu oslanja se na kliničku opservaciju dece u prve tri godine života.

Dete koje izražava svoju osnovnu potrebu za individualnošću (kroz ego funkciju) izaziva u roditelju želju da zadrži bliskost sa detetom. Kada roditelj prekida ovu potrebu, dete postaje ambivalentno prema osobi koja ga odgaja, najčešće majci, ponekad prihvatajući prijanjajući-zavisan odnos od majke, a drugi put se negativistično povlači. Konflikt između želje da se zadrži roditeljska nega i briga i želje za razvojem samostalne i jedinstvene ličnosti sprečava dete da integriše predstave dobre

i loše majke. Očaj koje dete oseća u tim situacijama je preplavljujući, toliko da se protiv toga brani cepanjem na prijemčivog („nagrađujućeg“) roditelja i ličnost deteta koje ima potrebu za konfluencijom i na odbijajućeg („povlačećeg“) roditelja i ličnost deteta, koje odbija i koje je ljuto. Dete u takvom konfliktu ne uspeva da konsoliduje sopstveni identitet.

Uviđajući da i majka može biti granično organizovana, Masterson primećuje da je majka ta koja podstiče simbiotičko pripijanje deteta uz nju. U isto vreme, majka preta da će uskratiti ljubav ako dete nastavi sa težnjom ka autonomiji. Tako nastaje duboki strah od napuštanja koji se održava tokom čitavog života. Zavisnost je potkrepljena, a autonomija izjednačena sa gubitkom ljubavi. Dete je tako uhvaćeno u zamku gubitničke ambivalencije između napuštanja i samopotvrđivanja: što god da uradi, izgubiće. Tako nastaje baza za klasične simptome kod graničnih ličnosti kao što su nestabilnost u odnosima, tendencija da se idealizuju i romantizuju fuzijski odnosi, kao i stanja praznine i depresije. Prema Mastersonu, majka je ta koja je odgovorna za nastanak graničnepatologije, a ne konstitucija ili sam subjekt. (Masterson, 1988)

Važan doprinos razumevanju graničnog poremećaja ličnosti dala je grupa autora koja svoja teorijska razmatranja zasniva na Bolbijevoj teoriji afektivne vezanosti i nesigurnim-dezorganizovanim atačmentom. Oni granični poremećaj posmatraju kao disfunkciju self regulacije u kontekstu socijalnih odnosa. Smatraju da i regulacija emocija i katastrofička reakcija na gubitak emocionalno investirane veze ukazuju da granična patologija pripada domenu vezivanja.

Nesposobnost trpljenja samoće predstavlja srž granične patologije, a nesposobnost graničnih da prizovu u svest umirujućí introjekt kad je to potrebno predstavlja posledicu ranih poremećaja u afektivnom vezivanju. Prijanjanje uz objekat, strah od potrebe za zavisnošću, užas pred ostavljanjem i konstantno nadgledanje negujuće figure nastalo kao posledica dezorganizacije sistema vezivanja u detinjstvu kasnije dovodi do disfunkcionalne granične patologije. (Gunderson 1996)

Fonaži je u okviru teorije vezivanja posebno naglasio ulogu vezivanja u razvoju simboličke funkcije i načina na koji nesigurno dezorganizovano vezivanje može izazvati vulnerabilnost u susretu sa životnim nemirima i izazovima. Reprezentacija vezivanja je krajnje nesigurna i dezorganizovana kod pacijenata sa graničnom organizacijom ličnosti. (Fonaggy, 2005)

Čest podatak kod osoba sa graničnim poremećajem je da su iz porodice razvedenih roditelja ili da je jedan od roditelja često odsutan, prepušten nekom od poroka. Roditelj koji ostaje sam odlazi u neku od polarnosti: perfekcionizam sa konfluencijom, prezaštićujući dete i onemogućavajući zdravu serapaciju ili postaje psihološki distanciran (Divac-Jovanović i Švrakić, 2016). Prema Elinor

Grinberg (Greenberg, 2016), osobe sa graničnim poremećajem ličnosti su najčešće u detinjstvu bile nagrađivane za neodvajanje od roditelja ili kažnjavane uskraćivanjem ljubavi za svaki pokušaj da funkcionišu samostalno. Ovakvo dete odrasta sa idejom da je njegova usmerenost na majčine potrebe neophodna da bi majka ostala živa, te odustaje od sopstvenih. Kada odraste, na najdubljem emocionalnom nivou, oni i dalje veruju da odvajanje i samostalnost znače smrt ili ludilo. S obzirom da ovo uverenje postoji u podsvesti, kod njih je svaki, čak i minimalni pokret individuacije, praćen neprijatnim emocijama tako da im je neophodno da naprave distrakciju ponašanjima kao što su prejedanje, zloupotreba psihoaktivnih supstanci, opijanje, tuče, samopovređivanje ili promiskuitetni seksualni odnosi (Greenberg, 2016).

Od psiholoških faktora najveći udeo ima zlostavljanje u detinjstvu – 60% do 90% osoba sa graničnim poremećajem ličnosti bilo je fizički, verbalno ili seksualno zlostavljano (Gabbard, 1990, prema Begić, 2021). Na taj način deca uče da je ljubav bol. U kasnijem dobu biće im onemogućeno da u potpunosti dožive emocionalno zadovoljstvo i zato se često javlja seksualni promiskuitet i napeti međuljudski odnosi (Kreisman i Straus, 2021).

Socio-ekonomsko-kulturni faktori

Socio-ekonomsko i političko polje, u kojem se društvo trenutno nalazi, prave povoljnu klimu za razvoj granične adaptacije ličnosti. Ako se posmatra kao produkt “narcističkog društva”, “tehnološko društvo” bi se moglo definisati kao “granično” (Spagnuolo Lobb, 2013). Prelaz iz narcističnog u granično društvo predstavlja prelaz iz eksplozije subjektivnosti i imidža u prostor konfuznih odnosa, fobije od slušanja i sumnje kao relacione premise. Za razliku od narcističnog društva „samo je moja perspektiva validna“, granično društvo pokazuje manjak subjektivnosti. On granično društvo dalje opisuje kao ono koje ostaje bez odnosa, zbog toga što, ne samo da postoji nezainteresovanost, već i nesposobnosti za dijalog i upoređivanje mogućnosti (Salonia, 2013).

Bauman govori o tome da je ambivalentnost prema sopstvenoj vrednosti, podstaknuta novim tehnološkim dostignućima, koja se uzimaju „zdravo za gotovo“ trasirala put za osjećanje likvidnosti (Bauman, 2000). Deca današnjeg društva, čiji su roditelji odsutni zbog svojih ličnih ciljeva (granična dvoznačnost je zapljusnula potomke, sa emocionalnom distanciranošću), imaju iskustvo odsustva intimnih, konstitutivnih veza. Pritisak roditelja sa jedne strane da deca budu savršena („mali bogovi“) i nedostatak podrške za njihove želje i autentične potrebe sa druge strane, kao i nemogućnost da odrastaju uz svoje greške, razvila je granični relacioni modalitet: ambivalentni, nezadovoljni, nesposobni da se separiraju kako bi afirmisali sopstvene vrijednosti da budu neko u svijetu. Božije

dijete ne pravi greške, ono odrasta sa iluzijom da je izuzetno, a sa druge strane prikriva činjenicu da se lažno predstavlja. Tradicionalni način života se napušta, a gradske četvrti su zamenjene “četvrtima” na društvenim mrežama. Deca kada su suočena sa teškoćama i kad su im je potrebno ohrabrenje i granice, zbog nedostupnih roditelja idu na internet, gde im pretraživač pronalazi sve moguće odgovore i rešenja, ali nema relacionog kontejnera, ljudskog tela, već imaju samo hladni kompjuter nesposoban da ih zagrlji. (Spagnuolo Lobb, 2013)

U tekućim društvenim kontekstima u kojima živimo, granično funkcionisanje ličnosti ima tendenciju da bude dominantno jer je izgradnja definisanih granica između sebe i sveta veoma nestabilna i nedefinisana (Francesetti, 2021). Sadašnje društvo neguje dehumanizaciju, pojedinac odgovara doslovce onako kako se definiše granični poremećaj: smanjenim osećajem identiteta, ruši i kratkotrajno uspostavlja odnose, osamljuje se i izoluje, reaguje impulsivno (Divac-Jovanović i Švrakić, 2016).

Granični poremećaj ličnosti iz geštalt perspektive

Poslednjih decenija XX veka društvo je moralo da se suoči sa psihopatološkom patnjom tako da svaki psihoterapijski model koji je mislio da opstane, morao je da se suoči sa realnošću porasta poremećaja ličnosti i da ponudi tehnike za prevenciju i tretman. (Spagnuolo Lobb, 2013)

Geštalt teorija uzima u obzir da je svako ljudsko biće specifično kao i da je svaku trenutak neponovljiv. Geštalt kao humanistička perspektiva smatra da poremećaji ličnosti predstavljaju adaptaciju ličnosti, stvarajući kreativne adaptacije na teške situacije u detinjstvu. (Greenberg, 2016).

Geštalt pristup je baziran na procesu, fenomenološki posmatrajući ono što se dešava na granici kontakta. Granica kontakta se sastoji od kontaktnih funkcija. Način na koji pacijent koristi svoje kontakt funkcije geštalt terapeutima pomaže u proceni celovitog funkcionisanja osobe. Disfunkcija na granici kontakta se manifestuje u nekoj od fazi kontakta kroz otpor i prilagođavanje kontaktu kao i kroz nepotpuno korišćenje sistema podrške. Otpori prilagođavanja kontaktnim procesima su: konfluencija, introjeksija, projekcija, retrofleksija i defleksija. Sistemi podrške su: interpersonalni, kognitivni i biološki potporni sistem. (Delisle, 1999).

Žil Delil definiše granični poremećaj ličnosti kao nefleksibilnu i maladaptivnu organizaciju tri bazične komponente iskustva, subjektivne probleme ili značajnu nemogućnost u socijalnom ili radnom ponašanju, ili i jedno i drugo. (Delisle, 1999)

Klijenti na terapiju dolaze sa „nezavršenim poslovima“ koji su započeti u detinjstvu ili u nekom drugom životnom periodu i moraju da postanu vični da pronađu veštački način da ih završe. Neurotičari ograničavaju njihov svet u onim oblastima gde su bolna osećanja ostala u pozadini. Granični su u konfluenciji sa nekim drugim ili sa drogom ili sa seksom u pokušaju da se drže dalje od bola koji izaziva kontakt ili da jednostavno budu viđeni – i polude od besa i očaja kada druga osoba pokuša da napravi distancu. (Philipson, 2001)

Teorija selfa

Geštalt terapija je relacionala, ne gledajući primarno na unutrašnje nagone, introspekciju, samosvest, kao ni na spoljšnje stimulanse koji „uzrokuju“ odgovor, sociologiju, zahteve sredine „kreirajući“ nas na određeni način. Geštalt teorija se bavi procesom osobe koja je u vezi sa sredinom na bazi organizmičkih poreba, zahteva iz sredine i naših izbora i interesa. U tom procesu, self je aktualizovan. Self nije viđen kao stvar, nego kao kreacija polarnosti u odnosu sa drugim. Ni jedan koncept nema značenja osim u relaciji sa svojom polarnošću. Proces kontaktiranja i odnosa na bazi potreba i interesa jeste self. (Philipson, 2021)

Granična adaptacija podrazumeva konstituisanog subjekta, ali na nestabilan način, bez kontinuiteta u iskustvu selfa, delova sebe i različitih momenata u svom životu. Drugim rečima, postoje delovi iskustva koji nisu integrisani u ličnost, ali i delovi ličnosti koji nisu deo celine.

Osobe sa graničnim poremećajem ličnosti nemaju strah od izražavanja emocija, već strah od toga kako će to izražavanje dovesti do diskontinuiteta u doživljaju selfa, ali i da će uticati na njihove interpersonalne odnose (Francessetti, 2021). Nema doživljaja jasne granice kontakta, pozadina je pomešana sa figurom. Iskrivljenost telesne slike je znak percepcije selfa koja nije podržana jasnim granicama (Spagnuolo Lobb, 2013).

Id funkcija osoba sa graničnom adaptacijom je nestabilna, dezorijentisana i konfuzna, bez mogućnosti da impulse prepoznaju, kanališu, struktuiraju i sprovedu u aktivnost. Ne postoji kapacitet da se unutrašnja ili spoljašnja stimulacija stabilno organizuju u figuru. Kada izostane prisustvo roditelja koji treba da obuhvati uzbuđenje deteta, da organizuje senzacije, figure, kao i da značenje povezano sa realnošću, tada deca ne mogu da regulišu uzbuđenje i desenzitiziraju telo. (Pecotic, 2017). Intruzivna majka umesto prepoznavanja detetovih osećanja tumači ova iskustva na pogrešan način, mešajući ih sa sopstvenom potrebom. Dete prerano postaje hiperdefinisano (kada je dete tužno majka mu govori umoran si, itd.) kroz lažnu empatiju, onemogućavajući mu da nauči da daje prave nazive sopstvenim osećanjima. Iskustvo deteta je prekinuto u procesu simbolizacije i davanja

značenja iskustvu (Conte, 2010). Često je oslanjanje na virtuelnu realnost, drogu, nepravilnu ishranu, tetoviranje, nediskriminativan seks, kako bi se regulisalo uzbuđenje. Telo ne uspostavlja svoj ritam (Pecotic, 2017). Dezorijentacija između unutrašnje i spoljašnje stimulacije utiču na nemogućnost da se senzacije stabilno organizuju u figuru. Ovaj proces rezultira glavnim prekidom kontakta ovih osoba u fazi između senzacija i svesnosti (Pecotic, 2017).

Ego funkcija je zbunjena. Na nivou ego funkcije glavno pitanje je: kome ovo iskustvo pripada? Zbog nepoverenja u sopstvene senzacije, nestalnost boji njihovu ličnost i ceo mehanizam bivanja (Krajsman i Straus, 2021). Interakcije sa roditeljima rezultiraju zbunjenošću i nemogućnošću da se određeno osećanje pripiše sebi ili drugom. Ne postoji jasna svesnost o sopstvenim potrebama, organizam se mobilise najčešće kroz polarnosti, sa smanjenom svesnošću o mogućnostima izbora. Akcija je, prateći polarizaciju impulsivna, dok konačnog zadovoljenja i relaksacije organizma nema, jer finalni kontakt nije ostvaren, odnosno ostvaren je samo delimično.

Funkcija persone je obojena „spliting“-om. U slučaju graničnih osoba separacija od majke, odnosno primarnog roditelja, nije se izvršila i osoba ostaje u konfluentom odnosu. Konfluenciju održavaju usvajanjem mehanizma koji omogućavaju da self i njegov razvoj budu žrtvovani, da se ne pojavljuju. Kao rezultat pojavljivanja koje ne uključuje autentični self sa svim onim što jeste, dolazi do iskustva u kome osoba ne zna zapravo ko je. Doživljaj sebe sastoji se od iscepkanih iskustava selfa, koja se već u idućem pokretu gube. Mehanizam koji kreira cepanje i gubitak selfa nastaje iz pretnje ili predstave o pretnji iz sredine, da će self biti uništen. Kao rezultat cepanja ličnosti, nedostaje kapacitet za držanje kontradiktornih afekata i aspekata realnosti, ne postoji jedan psihološki sud, koji će integrisati ove aspekte i dati integrisan doživljaj realnosti. Doživljaj selfa je kontradiktoran i ambivalentan (Pecotić, 2012).

U graničnom funkcionisanju imamo primitivne mehanizme odbrane, (na prvom mestu cepanje i projektivnu identifikaciju), ispitivanje realnosti je obično očuvano, ali ego je nejasan (informisan od strane nestabilnog ida i polarizovane persone) i stoga nema definisane granice (Divac-Jovanović i Švrakić, 2016).

Ciklus kontakta

Osobama sa graničnom adaptacijom je teško da razgraniče svoje senzacije (otpor je između faze svesnosti i senzacije). One se nalaze na oscilaciji između doživljaja senzacija kao manifestacija sopstvenih potreba i identiteta i doživljaja senzacija kao okidajućeg odgovora na neke realne ili zamišljene pretnje ili uvrede. (Delisle, 1999).

Ove osobe doživljavaju senzacije kroz sopstveno shvatanje selfa, koji je nezreo, nesiguran i konfuzan. Oni su nesigurni, nemaju poverenja u svoje senzacije. Kada dozvole da neke senzacije postanu figura, gube mnogo od pozadine u tom procesu. Stoga se potpuno izgube u najurgentnijoj potrebi nemajući svest o kontinuitetu (Delisle, 1999). Klijenti sa graničnom adaptacijom ne mogu da održavaju stabilan emocionalni odgovor na senzacije, bilo da dolaze spolja ili iznutra.

Osobe sa ovom adaptacijom karakteriše bipolarna dinamika, tako da mobilizacija može biti visoka ili može da izostane (apatija).

Akcija je iznenadna i neočekivana. Često akcija može biti nasilna ili samokažnjavajuća.

Kontakt je uglavnom zahtevan, „prikačen“, sa teškoćama u odvajanju ili distanciran, u tvrdoglavom opiranju kontaktu.

Povlačenje stvara anksioznost zato što je obojeno sadržajima napuštanja. Klijent, povremeno, može da doživljava regresivne periode intenzivnog povlačenja (Delisle, 1999).

Mehanizmi adaptacije

Osobe graničnim poremećajem ličnosti teško uspostavljaju kontakt.

Najčešći otpor u ciklusu kontakta je konfluencija. Oni žude za kontaktom, imaju fantaziju da se neko brine i stapa sa njima. Konfluencija je za njih ujedno i privlačna i zastrašujuća (Yontef, 1993).

Zbog nesigurnog doživljaja ličnog identiteta konfluencija se smenjuje sa prolaznim naletima „autonomije“. (Delisle, 1999).

Bipolarna priroda graničnog poremećaja introjeksiju podržava, ali i ometa. Faze intenzivnog introjektovanja, „usisavanja“ smenjuju se povremeno sa odbacivanjem i izopštavanjem introjekata.

Poricanje vlastitih neugodnih osobina, ponašanja ili osećaja postižu projekcijom, kako bi na taj način stekli bolju sliku o sebi, smatrajući druge manje vrednim, zlim, nepouzdanim i nemoralnim.

Retrofleksija se manifestuje u formi samodestruktivnog ponašanja. Samoubistvo i samopovredjivanje se smatraju formama retrofleksije. U terapijskom procesu razvija se sposobnost klijenta da adekvatno retroflektuje kao i da razvije efikasniji sistem za kontrolu impulsa i afekata.

Defleksijom ove osobe prekidaju smislene veze između raspoloženja i trenutnog okruženja. U fazama intenzivnog stresa dolazi do značajnog nedostatka kohezije između afekta koje doživljavaju i trenutnog okruženja. Ovaj nedostatak smislene veze između onog što se aktuelno dešava oko

njihovog iskustva održava se putem defleksije informacije koje su u neskladu sa raspoloženjem (Delisle, 1999).

Ove osobe uglavnom ne mogu da obuhvate sopstvene senzacije i uzbuđenje. Kontakt sa telom i senzornom aktivnošću je disbalansiran. One stvaraju unutrašnji osećaj haosa, koji se desenzitizacijom reguliše (Pecotić, 2017).

Transfer, kontratransfer, projektivna identifikacija

Krivica, bes i strah su najčešći transferi kada smo u kontaktu sa osobama sa graničnim poremećajem ličnosti. „Granični“ transfer je nedosledan, baš kao i drugi aspekti života klijenta. U jednom momentu na terapeuta gledaju kao sposobnog, kompetentnog, brižnog, zainteresovanog, a u drugom kao bezosećajnog amatera. To je zato što njegovo samopoštovanje zavisi od trenutnih okolnosti, tako i svoj stav o drugoj osobi zasniva na poslednjem susretu, a ne na stabilnoj i postojanijoj percepciji koja se bazira na doslednom, povezanom nizu iskustava (Krajsman i Straus, 2021). Kontratransferno terapeut iz relacije se suočava sa krivicom, besom i mržnjom (projekcija negativnog i sirovog afekta), bespomoćnošću i bezvrednošću, anksioznošću i užasom (pod pritiskom smo da ćemo reći ili uraditi nešto pogrešno što će dovesti klijenta do faze „pucanja“) (Divac-Jovanović i Švrakić, 2016).

Pozitivna projektivna identifikacija je kada klijenti projektuje zdrave i pozitivne aspekte sebe (da bi ih sačuvali) i na taj način mobilizuju u terapeutu nadu, zainteresovanost, i optimizam spasavanja (Krajsman i Straus, 2021).

Terapijski proces sa graničnim iskustvom

Primat psihoterapiji nad ostalim vidovima lečenja daje se zbog cilja terapije, a to je sazrevanje ličnosti i razvoj kapaciteta za bolja adaptivna rešenja. Farmakoterapija ublažava ekstremna ometajuća osećanja i ponašanja da bi se došlo do povoljnog terena za psihoterapijski rad. Ove dve terapije funkcionišu po principu pozitivne povratne sprege. Farmakoterapija stabilizuje afekte i ponašanja koji ometaju psihoterapiju, dok se sazrevanjem ličnosti i razvojem prosocijalnih emocija ublažavaju ekcesivna ponašanja i sa njima povezane primarne emocije, prvenstveno strah i bes koje sami pacijenti najteže podnose.

Neki kliničari smatraju da grupna terapija izuzetno prija osobama sa graničnim poremećajem ličnosti. Omogućava klijentu različite transfere, dolazi do „razblaživanja“ intenziteta osećanja usmerenih prema jednom pojedincu (terapeutu). U grupi lakše može da kontroliše stalnu borbu između emocionalne blizine i distance, a terapeuta „spašava“ preplavljujućeg kontratransfera

(Delisle, 1999). Suočavanja i rad ostalih članova prija ovakvom klijentu, nekada više nego fokus jedan na jedan sa idealizovanim ili devalviranim terapeutom. Napredak ostalih članova grupe može poslužiti kao podrška i inspracija. Ono što takođe rad u grupi čini potencijalno dobrim je i otpor koji se javlja zbog potrebe za individualnom pažnjom, zavist i nepoverenje koji se mogu javiti. Klijenti će svakako ovde iskustveno učiti da razviju empatiju kojom baš i ne obiluju (Krajsman i Straus, 2021). Grupna terapija mora biti interaktivna da bi se izbeglo osnaživanje klijentove tendencije da regredira ka infantilnom ponašanju zato se ohrabruje da postane aktivan (Delisle, 1999). Kako se funkcionisanje granično poremećanog klijenta odražava na sva polja, možemo reći da je geštalt terapija cele porodice takođe dobrodošla. Terapeut mora biti oprezan ukoliko postoji velika otuđenost. Prednost kada radimo sa celom porodicom je u tome što je terapeutu omogućeno da opservira i radi sa transferom prema drugim članovima porodice. S obzirom da se klijent i porodica pre fokusiraju jedni na druge nego na terapeuta, to terapeutu omogućava da ga čuju sa manje otpora i da ima veći kredibilitet nego kada istu intervenciju radi u individualnom susretu (Delisle, 1999).

Osobe sa graničnom adaptacijom najčešće dolaze na psihoterapiju ako je neko za koga su vezani otišao ili ukoliko su se našli u situaciji koja od njih zahteva da strukturiraju sopstveni život i ponašaju se autonomno. (Greenberg, 2016).

Gari Jontef (Jontef, 2016) navodi devet vodilja terapijskog rada sa klijentima sa graničnom adaptacijom.

1. Kontakt sa granicama kontakta baziranim na aktuelnom (realnost)

Način na koji kontakt, u tretmanu graničnih stanja, treba da bude primenjen razlikuje se u odnosu na druge klijente. Potrebno je da terapeut bude disciplinovan, konzistentan i profesionalan, posebno u naglašavanju verbalnog i neverbalnog kontakta koji je eksplicitno u sadašnjosti centriran.

Terapeut će možda morati da energičnije kaže kako na njega klijent deluje, ili svoja uverenja, mišljenja, ili će morati da bude prisutan kao čuvar potreba svih članova sistema čiji je granični klijent sastavni deo.

Terapija sa graničnim klijentom zahteva od terapeuta da uspostavi kontakt koji naglašava fenomenološku aktuelnost graničnog klijenta kroz različita emocionalna stanja koja prolazi (moglo bi se reći kroz različite oblike selfa). Terapeut će morati da preuzme inicijativu podsećajući graničnog klijenta koji doživljava jedan deo rascepljene celine na aspekte iskustva koje izbegava.

Granični klijent je često emocionalno ekspresivan, a da nije u kontaktu sa sadašnjim kontekstom, on često ne prepoznaje ograničenja situacije, posledice, sukobljene potrebe, osobine sopstvene ličnosti koje su u pozadini umesto onih koje su upadljive, činjenicu da terapeut koji mu je važan je istovremeno i separisan od njega.

Da bi se, tokom dijaloškog kontakta između terapeuta i klijenta, poboljšala klijentova svesnosti o njegovim sopstvenim procesima svesnosti, potrebna je autonomna i budna svesnost terapeuta i često je potrebno da se terapeut bori sa graničnim klijentom pored toga što je empatično usklađen

Ako terapeut dozvoli graničnom klijentu da se fokusira samo na sebe, tj. samo na sebe iz celine ja-dруги, granični neće uspeti da se razvija i zadržaćе veoma nezreo stil.

Ako granični klijent nastavi da veruje da uzimanje u obzir realnosti druge osobe znači da će on/ona morati da odustane od sebe i da se preda drugom, on će nužno morati da izostavlja svest o drugom. Tada on ne može i neće ostvariti svest koja dovodi do rasta i kontakt.

Graničnom klijentu je potreban terapeut koji energično, pouzdano, eksplicitno, doslovno i na insistirajući način zahteva da se okolina uzme u razmatranje. Ovaj susret ne treba da nametne promenu klijentu ili da ga ubedi kako je promena potrebna, već da ga navede da se bavi onim što je za njega esencijalno u njegovoj sredini, a čemu on ne dopušta da prodre u svest, a zatim da konačno osposobi klijenta, da bude svestan sopstvenog procesa svesnosti.

Ukazivanje na potrebu razmatranja drugih ne znači nametanje klijentu. Fenomenološka realnost klijenta se mora maksimalno poštovati. Graničnom klijentu je potrebno da shvati potrebu za razmatranjem potreba drugih uz nemoralistički, neprocenjajući, činjenički stav terapeuta, a ne uz autoritativno nametanje.

Ovo je obično početna tačka za uvođenje u svest graničnih opcija koje inače ne bi bile dostupne.

Osoba sa graničnim poremećajem u potpunosti se percipira i oseća u ovom trenutku, a on se može menjati iz minuta u minut, nema ni konteksta ni poređenja (Krajsman i Straus, 2021)

Logične posledice ponašanja često nisu deo svesti klijenta kada se neko ponašanje dešava, iako u nekom sledećem trenutku klijent pati zbog upravo tih posledica. Često prave ili/ili izbore zato što ne uviđaju da postoje i druge mogućnosti. Usklađivanje zasnovano na kontaktu nije moguće ukoliko se granični ne suoči sa sopstvenom realnošću i realnošću drugih. Terapeut može da predstavi potrebe ja-dругиh i tako otvori nove mogućnosti.

Za ostale klijente obično su dobre terapijske intervencije koje se baziraju na poštovanju klijentove realnosti. U radu sa graničnim klijentima često je potrebno modifikovati ovakav terapijski stav.

Potrebno je terapiju fokusirati na ponašanje, misli, osećanja, uverenja, itd. koja su i dalje ego sintona. Ne vrši se pritisak na klijenta da odustane od svoje "realnosti", od onoga što je ego sintono, već da proširi fokus kroz koji on posmatra svet i da uzme u obzir različitu svesnost terapeuta i relevantnih drugih. To dovodi do proširenja svesnosti, umesto da se klijentu prepusti da izabere između svoje sopstvene i terapeutove realnosti. Rast proističe iz ove interakcije.

Ovo je izuzetno težak zadatak, otežan dodatno time, što je klijentova potreba za podrškom i regresivnom negom od strane terapeuta urgentna, kao i nesposobnošću klijenta da formira geštalt uzimajući u obzir sopstvene potrebe, potrebe drugih i ograničenja koje nameće situacija.

Granični klijent koji se drži destruktivnog, ali ego sintonog ponašanja, radi to iz važnog razloga. Destruktivno ponašanje može da omogući neku vrstu psihičkog opstanka. Izazov za terapeuta je kako da objasni klijentu funkciju takvog ponašanja, kao i da u perceptivno polje klijenta uvede druge aspekte koje on sistematski isključuje iz svoje svesnosti. Ovo uključuje i da klijent postane svestan višestrukosti sopstvenih potreba, potreba drugih, ograničenja, mogućnosti i zahteva situacije, kao i mogućnosti da se ti zahtevi zadovolje na različite načine. Terapeut mora da bude taj koji će imati dovoljno vere da prevaziđe očaj graničnog i da otkrije nove mogućnosti. Ovo je postepen i dugotrajan proces.

Jontef smatra da je bar minimalna odgovornost pacijenta za sopstvenu terapiju neophodan preduslov za uspešan terapijski tretman.

Ne samo da granični pacijenti moraju biti svesni svoje odgovornosti za vlastitu terapiju, već takođe i svoje odgovornosti i potrebe da kontrolišu acting out. Terapija sa graničnima ne može biti uspešna ako se acting out ne ograniči, eventualno zaustavi. Ako se pacijent napije ili postane na neki drugi način hemijski zavistan ili promiskuitetan ili nasilan, itd. uvek kada je napet, terapija ne može da uspe. Ne samo da će stresovi života graničnog omesti tok razvoja terapije i da će acting out pogoršati situaciju, već će normalne krize koje se javljaju tokom terapije rezultirati još jačim acting out-om i sprečiti njegovo prorađivanje.

Neki oblici acting outa završavaju u središnjoj fazi terapije. Obično granični pacijent nauči da se oseća odgovornim tek u kasnijim fazama terapije. U međuvremenu, terapeut može da izbegne saradnju sa regresivnim fantazijama i da konfrontira pacijenta sa izraženim acting out ponašanjem. Konfrontacija se najbolje postiže pomoću ljubavi i empatije ali uz čvrsto insistiranje na aktuelnom.

Pitanje ograničenja je često početna bitka sa graničnim pacijentima. Granični pacijent kome je dopušteno da propusti susret (naročito kada za to ne plaća), da ne plati račun, da zove nakon dogovorenog vremena, itd. osuđen je na propast u takvoj terapiji. Zato je važno napraviti jasan ugovor. To se pre svega odnosi na dužinu i frekventnost seansi, kao i funkcionisanja između seansi (da li mogu zvati telefonom, da li mogu zakazivati dodatne seanse između zakazanih itd). Dobro je sugerisati mu šta sve može da učini između seansi ukoliko tada teško funkcioniše (odlazak na grupnu terapiju, razgovor sa prijateljem) (Greenberg, 2016).

2. Ne hranite regresivni self

Gari Jontef (Jontef, 2016) navodi da terapija u kojoj nedostaje čvrstina, postavljanje ograničenja i pomaganje regresije, dovodi do dugotrajne neuspešne terapije, ili do prekidanja terapije zbog ekstremno negativnog transfera sa kojim se ne može izaći na kraj. Potrebno je da terapeut upozna sopstvena ograničenja kao i da pusti klijenta da ode ako želi.

Masterson smatra da je potrebno konfrontirati graničnog pacijenta na početku terapije po pitanju preuzimanja odgovornosti za terapijski rad. Ako je klijent nespreman ili nije u stanju da preuzme odgovornost, i zahteva izuzetnu podršku terapeuta, Masterson savetuje da terapeut treba klijenta da „pusti“ da ode. On kaže da ne zna ni za jedan slučaj napuštanja terapije zato što je terapeut odbio da hrani regresivni self, a da je kasniji rad sa drugim terapeutom uspešno nastavljen (Masterson, 1981).

3. Kontratransfer

Klijenti sa graničnom adaptacijom često pokreću kod terapeuta kontratransfer, osećanje krivice, stida i neadekvatnosti i ogorčenost. Terapeuti često žele da ih spase ili da ih povrede, ili i jedno i drugo. Mnoge krize često nastaju jer se terapeut plaši fatalnog ishoda, npr. uspešnog samoubistva.

Terapeut mora izdržati snažne, preplavljujuće negativne i pozitivne izlive emocija, u koje će klijent upadati tokom suočavanja sa stvarnošću usled proširivanja svesnosti. U periodima kada je klijent vidno pod stresom, terapeut kontejnira sve neizdržive afekte. Držeći tako tu psihopatologiju, podseća graničnog klijenta da je trenutna situacija prolazna i da će stvari početi da ugledava sa drugog mesta, samo ako uspe da, sa našom podrškom, prođe kroz krizu ne nanoseći štetu sebi i drugima (Greenberg, 2016).

Važno je da terapeut može da „kontejnira“ patnju graničnog iskustva kroz kontratransfer, jer je terapeutova svesnost o osećanjima koja se javljaju u kontaktu sa klijentom način da se razume šta je klijentu nedostajalo u primarnim odnosima. Kako bi se ovo izvelo, neophodno je da terapeut prati

svoje kontratransferne emocije, ali i da analizira terapijski kontekst u kome se one pojavljuju. Cilj je umanjivanje tenzije koju klijent oseća kada se suočava sa doživljajem rascepa (Spagnuolo Lobb, 2013)..

4. Genetički materijal

Ako se u terapijski proces rano uvedu teme iz detinjstva, dok klijent još nije razvio dovoljno podrške u sebi, on neće uspeti da savlada snažno osećanje izneverenosti i doći će do jačanja primitivne i regresivne želje. U tom slučaju povećava se rizik od fragmentacije, regresije, dekompenzacije. Na primer, ako se primitivan bes pojavi pre nego što se ojačaju sistemi samopodrške, klijent neće biti u stanju da asimiluje i integriše.

Genetički materijal mora se prorađivati deo po deo u skladu sa klijentovom sposobnošću da ga asimilira.

5. Potreba za terapijskom jasnoćom

Granični pacijenti se lako uključuju u lažne priče i emocionalnost držeći nekongruentne aspekte rascepljeno, očekuju spašavanje i ne preuzimaju odgovornost za terapijski rad. Oni će pričati o nevažnim temama, ometati ili interpretirati samo na osnovu netačnih zapažanja, ili će interpretirati sami sebe smatrajući da je interpretacija tačna, centralna i relevantna za njihov sadašnji rad. Oni su često obuzeti sopstvenim smetnjama i često pokazuju emocionalnost koju ne bismo očekivali uz sadržaj o kom se diskutuje. Sa graničnima intuicija i klinička pronicljivost terapeuta je u prvom planu, terapeut mora da ima sopstveni kompas. Sa graničnima ako je terapeut van centra, ako iskrivljuje stvarnu temu u datom trenutku, pacijent će slediti to iskrivljenje.

6. Polarni odgovori

Zbog cepanja i izražene potrebe za terapijskom jasnoćom, preporučuje se da terapeut izrazi oba aspekta polariteta koji se obično pretpostavljaju, mudro je uvek eksplicitno izraziti bipolarnost.

Ni sama frustracija i čvrstina, ni empatija sama za sebe nisu dovoljni da bismo pomogli graničnima.

Pitanje stida, krivice i odgovornosti za graničnog pacijenta i ljude sa kojima je u interakciji su vrlo osetljiva i teška. Kada govorimo o odgovornosti moramo je pažljivo razlikovati od stida ili krivice. Takođe je potrebno da sasvim jasno stavimo do znanja da kada govorimo o odgovornosti da nije samo granični pacijent odgovoran i to je potrebno naglasiti istovremeno.

Empatija sa pacijentovim osećanjem očajja, a da se ne obuhvati pacijentov nedostatak vere u budućnost i mračne predikcije budućnosti predstavlja drugi polaritet koji treba izraziti. Kada empatišemo sa klijentovim s osećanjem očajjanja istovremeno je potrebno da naglasimo da imamo poverenje u pogledu pacijentove budućnosti.

7. Kontakt pre i posle svega

Pre nego počene bilo kakav rad i po završetku terapije potrebno je biti u kontaktu sa klijentom naročitu je važno u grupnoj terapiji ne dozvoliti da klijent ode bez pozdrva.

8. Separacija bez konstantnosti objekta

Svaka separacija i odvajanje predstavlja potencijalnu krizu u tretmanu graničnih klijenata. Kraj svake seanse može da pokrene pitanje emocionalne diskontinuiranosti odnosa. Separacija bez konstantnosti objekta znači gubitak osobe i separacija znači da se povezanost nikada više neće uspostaviti. Za graničnog je teško da predpostavi da će on/ona biti stvaran između seansi.

9. Bes i osveta

Granični klijenti ima veoma snažna osećanja besa i želju za osvetom. Njihove granice su zamagljene i ispunjene gorčinom koja "lebdi" u vazduhu. Oni se često osećaju očajno, nezadovoljno, zavidno.

Granično iskustvo ne dozvoljava da se kombinuje naklonost za drugog i nezavisnost. Bes je na neki način oblik samoregulacije: zahtev da se ova patnja vidi (Spagnuolo Lobb, 2013).

Izbegavajući ograničenja, njima je teško da zaustave svoje impulsivno kretanje u jednom pravcu i da dođu do nule. Okrivljavanje drugih i preuzimanje odgovornosti, stvara poteškoće u pogledu preuzimanja promena koje su potrebne da bi stigli tamo gde žele da budu. Samo prevladavanjem besa i osvete granični mogu da oprostite svojim roditeljima, terapeutima, ljubavnicima i samima sebi. Da bi osećali uravnoteženost i spokoj, granični moraju konačno da prihvate nepromenljivu prošlost, nepromenljivu činjenicu postojanja ograničenja i da pokažu hrabrost da promene ono što se zaista može promeniti. Bes i osveta nisu kompatibilni sa mudrošću ili spokojem.

Margareta Spanjolo Lob (Spagnuolo Lobb, 2013) navodi 5 domena bazičnih sposobnosti geštalt terapeuta koji služe kao vodič terapeutima u terapiskom procesu sa graničnim klijentima.

1. **Prvi domen** podrazumeva etički stav terapeuta koji je jasan, pouzdan i ne-manipulativan. Potrebna je sposobnost „kontejniranja“ potencijalno destruktivnih aspekata klijenta. Važno je kreirati stabilno, pouzdano i sigurno okruženje. Cilj iz ovog domena je pružanje podrške klijentu da razvije poverenje u određenog terapeuta.

2. **Drugi domen** odnosi se na spremnost terapeuta da prihvati ono što klijent trenutno jeste, kako bi se otvorio put ka narednoj razvojnoj fazi. Neophodno je da terapeut potpuno prihvati klijenta, uprkos agresivnim, nipodaštavajućim rečima koje mu klijent upućuje. Sposobnost terapeuta za izdržavanje tenzije i agresivnosti mora biti velika. Cilj iz ovog domena je da klijent, uprkos ambivalenciji koja čini da se uruši fragilan self, može da iskusi osećaj da je sačuvao skicu svog selfa.

3. **Treći domen** predstavlja povezivanje trenutnih reakcije klijenta sa njegovim bolnim relacionim obrascima. Potrebno je Granični pacijenti deluju snažno kada pričaju o bolnim iskustvima, ali kako ta priča nije katarktična (kao kod neurotičnog iskustva), ona više raspiruje vatru koja je bila prigušena; ono što sledi nije lako za njih; izlaže ih usamljenosti i besu. Zato je važno da da terapeut bude obazriv i nikada ne treba da precenjuje sposobnost klijenta da kontejnira svoju anksioznost. Cilj ovog domena je da klijent dok pokušava da integriše suprotstavljene delove oseti prisustvo drugog (terapeuta).

4. **Četvrti domen** se odnosi na podršku klijentu u samo-regulaciji prilikom suočavanja sa primitivnim odbranama. Granično iskustvo ne dozvoljava da se afekcija za drugog i nezavisnost integrišu. Bes je na neki način oblik samoregulacije nastao iz potrebe da se patnja učini vidljivom.

Zato je važno da terapeut razvije adekvatan terapijski jezika koji obuhvata želju za integracijom naklonosti ka drugima poštujući autonomiju klijenta. Cilj je da klijent može da posegne za drugim uz mogućnost da percipira sopstvenu autonomiju

5. **Peti domen** predstavlja upotrebu kontratransfera za kontejniranje granične patnje. Kroz kontratransfer terapeut može da razume šta je nedostajalo klijentu u primarnom odnosu zato je važno da terapeut prati svoj kontratransfer obraćajući pažnju na terapijski kontekst u kojem se pojavljuje. Cilj je da se uvaži klijentovo iskustvo očaja kada dolazi do rascepa i time umanjiti anksioznost i reaktivnost. (Spagnuolo Lobb, 2013).

Zaključak

Granična adaptacijalichnosti postaje sve rasprostranjenija u savremenom svetu.

Globalni fenomeni se neprestano i nepredvidivo umnožavaju i sve više menjaju ono što smo doživljavali kao relativno stabilne instance u nama i oko nas (self, ličnost, država, granica, priroda, intimnost, komunikacija). Društvo sve više fragmentiše u fizičkom, a organizuje u virtuelnom prostoru što dovodi do novih adaptivnih zadataka. U savremenom društvu, gde su granice između privatnog i socijalnog veoma propustljive, granično iskustvo predstavlja jedan od najverovatnijih načina kreativne adaptacije (Gecele, 2013).

Danas kada se iskustva smenjuju velikom brzinom, funkcija persone je stavljena pred težak zadatak. Često ne postoji dovoljno vremena da se iskustvo asimiluje, a već se pojavljuje novo. Teško je integrisati različita iskustva i ono što zbog njih postajemo, teško je odgovoriti na pitanje “ko sam ja”, kada nema vremena za refleksiju o pitanju “ko sam postao”, kroz iskustva koja nisu adekvatno asimilovana. Zbog toga, granični mod funkcionisanja postaje način da se funkcioniše u takvoj brzini socijalnog konteksta. (Francesetti, 2021)

Fragmentisani self modernog čoveka razumemo kao mentalni fenomen u okviru evolucije ličnosti, kao rezultat promene psihološke strukture pojedinca u odgovoru na velike socijalne promene koje je donela digitalna revolucija. Konstituisanje koherentnog identiteta zahteva adekvatan rad funkcije persone, čiji je zadatak da pomiri različite aspekte iskustva, koji su često suprotstavljeni (Divac-Jovanović i Švrakić, 2016).

Ozbiljan i kompetentan terapistički pristup podrazumeva procenu nivoa funkcionisanja ličnosti, strukture ličnosti i tipa adaptacije. Geštalt pristup omogućava terapeutima da sagledaju granično iskustvo kroz način kako klijenti pokušavaju da zadovolje potrebu za kontaktom dok istovremeno pokušavaju da se sačuvaju, kao i da vide lepotu u klijentovom bolu (Francesetti, 2012).

Literatura

1. American Psychiatric Association. (2013). Personality Disorders. In Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.) American Psychiatric Publishing.
2. Begić, D.(2021) Psihopatologija
3. Delisle, G. (1999). Personality Disorders: a Gestalt Therapy Perspective.
4. Divac - Jovanović, M. i Švrakić, D. (2016) Granična ličnost i njena različita lica
5. Đurić Zoran,(2021). Poremećaji ličnosti. Predavanja iz specijalne psihopatologije Savez društava psihoterapeuta Srbije, Psihoterapijska propedeutika.
6. Francesetti, G. (2021). Fundamentals of Phenomenological Gestalt Psychopathology
7. Fonagy, P. (2005) Affect Regulation, Mentalization, and the Development of Self Paperback
8. Greenberg, E. (2016). Borderline, Narcissistic and Schizoid Adaptations: The Pursuit of Love, Admiration and Safety
 1. Knight, R. P. (1953). Borderline states
 2. Krajsman, Dž. Dž., i Straus, H. (2021) Mrzim te, ne ostavljaj me: Razumevanje graničnog poremećaja ličnosti
 3. Larsen R & Buss D, (2005) Personality Psychology: Domains of Knowledge About Human Nature
 4. Linehan, M. (1993) Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder (Diagnosis & Treatment of Mental Disorders)
 5. Mahler, M. S. (1972). Rapprochement Subphase of the Separation-Individuation Process, Psychoanalytic Quartely, 41: 487–506.
 6. Mason P. i Kreger R.(2003) Prestanite hodati po ljuskama jajeta
 7. Masterson, J. F. (1988). The search for the real self. The Free Press.
 8. Mićović Gordana (2021) Granično funkcionisanje ličnosti, Geštalt Zbornik
 9. M. Jašović Gašić i D. Lečić Toševski, (2014) Psihijatrija udžbenik za studente medicine
 10. Philippon, P. (2001) Self in Relation

11. Pecotić, L. (2012). Poremećaji ličnosti. Predavanja iz teorije i metodologije geštalt terapije. EAPTI-SEB.
12. Pecotić, L. (2017). Narcistično i granično iskustvo. Predavanja iz teorije i metodologije geštalt terapije. EAPTI-SEB.
13. Spagnuolo Lobb, M. (2013). Borderline. The Wound of the Boundary. In G. Francesetti, M. Gecele, & J. Roubal (Eds.). *Gestalt Therapy in Clinical Practice: From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*
14. Stojnov Dušan (1999) Ličnost: ispitivanje porekla, značenja i razlike od srodnih pojmova, Psihologija
15. Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., et al. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*
16. Yontef, G. (1993). *Awareness, Dialogue and Process: Essays on Gestalt Therapy*.