

Poremećaji osobnosti

Bagarić, Marijana

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Pula / Sveučilište Jurja Dobrile u Puli**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:137:151714>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-21**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository Juraj Dobrila University of Pula](#)



SVEUČILIŠTE JURJA DOBRILE U PULI
MEDICINSKI FAKULTET U PULI
Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

MARIJANA BAGARIĆ

POREMEĆAJI OSOBNOSTI

Završni rad

Pula, srpanj 2022.

SVEUČILIŠTE JURJA DOBRILE U PULI
MEDICINSKI FAKULTET U PULI
Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

MARIJANA BAGARIĆ

POREMEĆAJI OSOBNOSTI

Završni rad

JMBAG: 0303086791, **izvanredni student**

Studijski smjer: Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

Kolegij: Psihijatrija i mentalno zdravlje

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

Mentor: Ivica Šain, dr. med.

Pula, srpanj 2022.



IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, dolje potpisana Marijana Bagarić, kandidatkinja za prvostupnicu, ovime izjavljujem da je završni rad naslovljen *Poremećaji osobnosti* rezultat isključivo mogega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio Završnog rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz kojega necitiranog rada, te da ikoji dio rada krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

U Puli 10. 7. 2022. godine.

Studentica



IZJAVA o korištenju autorskog djela

Ja, Marijana Bagarić, dajem odobrenje Sveučilištu Jurja Dobrile u Puli kao nositelju prava iskorištavanja da moj završni rad pod nazivom *Poremećaji osobnosti* koristi tako da gore navedeno autorsko djelo kao cjeloviti tekst trajno objavi u javnoj internetskoj bazi Sveučilišne knjižnice Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli te kopira u javnu internetsku bazu završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice (stavljanje na raspolaganje javnosti), sve u skladu sa Zakonom o autorskom pravu i drugim srodnim pravima i dobrom akademskom praksom, a radi promicanja otvorenoga, slobodnog pristupa znanstvenim informacijama.

Za korištenje autorskog djela na gore navedeni način ne potražujem naknadu.

U Puli 10. 7. 2022.

ZAHVALA

Zahvaljujem svom mentor i šefu dr. Ivici Šainu na stručnom usmjerenju i savjetima tijekom pisanja ovog završnog rada. Hvala na strpljenju i trudu koji ste izdvojili za mene.

Zahvaljujem svojoj nadređenoj Sonji Žufić što mi je izlazila ususret tijekom školovanja, prilikom usklađivanja studentskih i poslovnih obaveza.

Veliko hvala mojim roditeljima i mom Davoru koji su me nesebično podržavali tijekom školovanja.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. POREMEĆAJI OSOBNOSTI	4
2.1. Epidemiologija	4
2.2. Etiologija.....	5
2.3. Klasifikacija poremećaja osobnosti.....	7
2.4. Dijagnoza kod poremećaja osobnosti.....	8
2.5. Kliničke slike poremećaja osobnosti.....	9
2.5.1. Paranoidni poremećaj osobnosti (F 60.0).....	9
2.5.2. Shizoidni poremećaj osobnosti (F 60.1)	10
2.5.3. Shizotipni poremećaj osobnosti.....	11
2.5.4. Antisocijalni (disocijalni) poremećaj osobnosti (F60.2)	11
2.5.5. Granični poremećaj osobnosti (F60.3).....	12
2.5.6. Histrionski poremećaj osobnosti (F60.4)	13
2.5.7. Narcistički poremećaj osobnosti	14
2.5.8. Izbjegavajući (anksiozni) poremećaj osobnosti (F60.6).....	14
2.5.9. Ovisnički poremećaj osobnosti (F60.7).....	15
2.5.10. Opsesivno - kompulzivni poremećaj osobnosti (F60.5)	16
2.6. Liječenje poremećaja osobnosti	17
2.7. Uloga medicinske sestre u liječenju pacijenata s poremećajem osobnosti ...	19
3. CILJ RADA	24
4. PRIKAZ SLUČAJA	24
5. ZAKLJUČAK	27
6. SAŽETAK	28
7. SUMMARY	29
8. LITERATURA	30

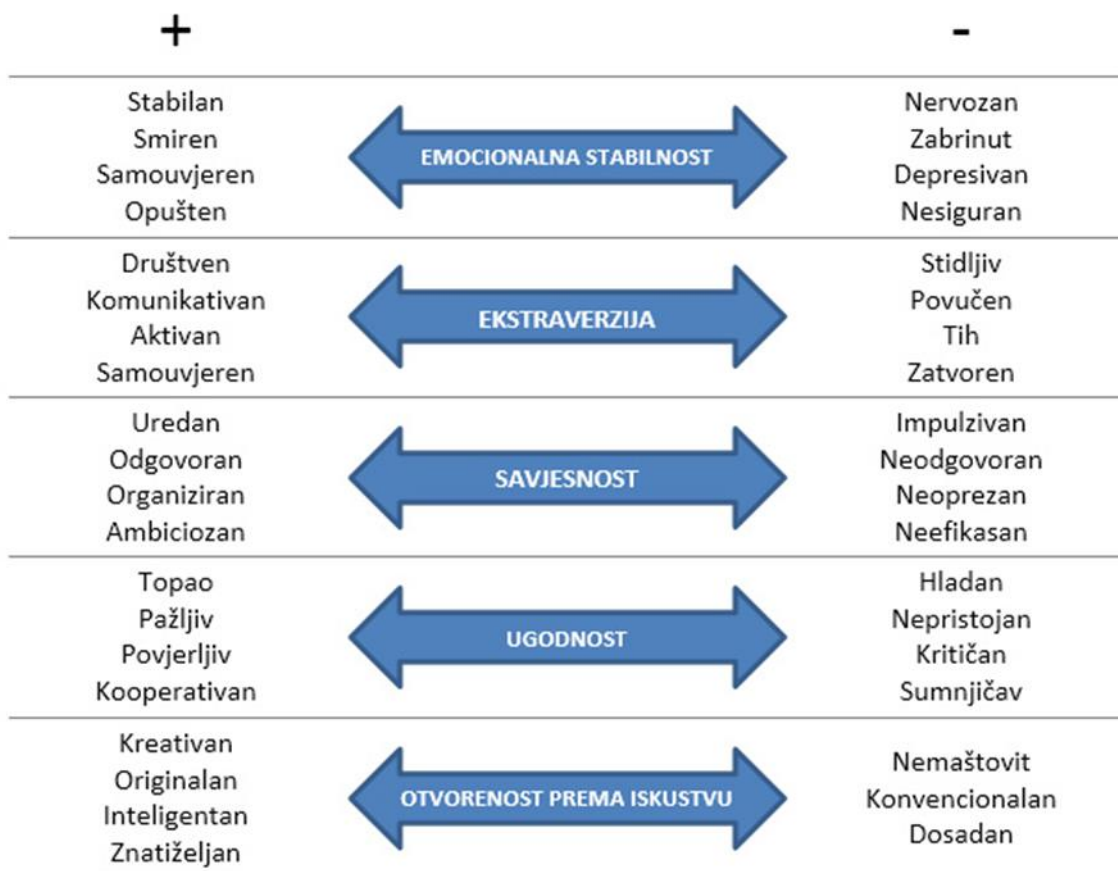
POPIS POKRATA i KRATICA.....	33
POPIS SLIKA I TABLICA.....	34

1. UVOD

Postoji veliki broj različitih definicija i teorija osobnosti, a sve bi se one mogle svesti pod jednu. Osobnost se definira kao specifičan skup ponašanja, emocionalnih obrazaca te spoznaja koje se oblikuju iz raznih okolišnih i bioloških faktora (Corr i Matthews, 2009). Osobnost je sama po sebi kompleksna te su se mnogi autori, ne samo iz područja psihologije, nego i neuroznanosti, bavili njome i istraživali je (DeYoung, 2010). Psihologija je pridonijela otkrivanju važnih karakteristika osobnosti, ali je njezin doprinos razumijevanju bioloških izvora tih karakteristika relativno mali. S druge strane, neuroznanost uključuje razne metode proučavanja jedinstvenih razlika u motivaciji, ponašanju, spoznaji i emocijama. Neuroznanost u svome radu koristi metode kao što su EEG, molekularna genetika, psihofarmakološke manipulacije te ostale metode za proćavanje mozga (DeYoung, 2010).

Najpoznatiji znanstveni model podjele osobnosti je „Velikih pet“ ili „Model pet faktora.“ Taj model većinu osobina grupira u pet domena: ekstrovertnost, ugodnost, neuroticizam (emocionalna stabilnost), savjesnost i otvorenost / intelekt (DeYoung, 2010). Ekstrovertnost podrazumijeva osobine poput asertivnosti ili samopouzdanja, energičnosti, komunikativnosti, druželjivosti. Druga strana ove domene jest introvertnost koja podrazumijeva osobine poput sramežljivosti i rezerviranosti. Introvertne osobe, za razliku od ekstrovertnih, birat će aktivnosti u kojima će samostalno uživati (Karabegović, 2013). Druga domena ovog modela odnosi se na osobine poput altruizma (pomaganje drugoj osobi bez ikakve izravne koristi za sebe), skromnosti, brižnosti i povjerljivosti. Takve osobe su orijentirane na druge i njihove osjećaje, naglašavajući njihove pozitivne osobine za razliku od onih koji se nalaze na “druvoj strani” ovog modela i koji su orijentirani prvenstveno na sebe, emocionalno hladni i neljubazni te su skloniji sukobima s drugima (Karabegović, 2013). Savjesnost je treća domena koja obuhvaća ponašanja poput odgovornosti, organiziranosti, prilagođavanja pravilima i normama te postavljanja prioriteta. Uz osobe koje imaju visoku razinu savjesnosti povezuje se zdrav način života te bolji školski uspjeh. Druga strana ovog modela su osobine suprotne navedenima, npr. neorganiziranost, neodgovornost, kašnjenje.

Četvrti model je neuroticizam. Osobe niske emocionalne stabilnosti često su nervozne, anksiozne, teško prihvaćaju i prilagođavaju se životnim promjenama. Emocionalno stabilne osobe su staložene te imaju puno bolje odnose s drugima, prihvaćajući sve vrste životnih promjena na miran način (Karabagović, 2013). Posljednja, peta domena je otvorenost / intelekt te uključuje obilježja poput originalnosti, otvorenosti, sklonosti umjetnosti i kreativnosti. Također, visoka razina ove domene doprinosi višim razinama obrazovanja (Karabegović, 2013).



Slika 1. Prikaz pet faktorskog modela osobnosti

Izvor: <http://www.istrzime.com/organizacijska-psihologija/licnost-i-radno-ponasanje/>, pristupljeno: 9. 5. 2022.

„Svaka“ prenaplašena crta osobnosti čini patološki model osobnosti ili poremećaj osobnosti što dovodi do disfunkcije i slabije socijalne prilagodbe te utječe na različita područja ponašanja i mentalnog funkcioniranja (Karlović i sur., 2014). U nastavku rada, objasnit ću epidemiologiju, etiologiju, klasifikaciju te liječenje poremećaja osobnosti.

2. POREMEĆAJI OSOBNOSTI

Poremećaji osobnosti se konceptualiziraju kao teška i često kronična oštećenja u funkcioniranju osobnosti koja utječu na širok raspon individualnih i međuljudskih situacija. Poremećeno interpersonalno funkcioniranje jedna je od temeljnih značajki poremećaja osobnosti što uključuje probleme povezane s kršenjem normi i društveno devijantnim ponašanjem (Bertsch, 2018). Poremećaji osobnosti spadaju među najčešće poremećaje koje psihijatri liječe. Razlozi učestalog korištenja psihijatrijskih usluga su težina i kroničnost oštećenja jer oni uzrokuju veliku patnju oboljelim pojedincima te njihovoj okolini. Drugi razlog je vezan uz dugačak popis komorbidnih psihičkih i tjelesnih bolesti bolesnika s ovim poremećajima (Bertsch, 2018). U posljednjem desetljeću dogodio se ogroman napredak u procjeni i terapiji poremećaja osobnosti. Uveli su se novi dijagnostički i konceptualni modeli koji uključuju domene interpersonalnog funkcioniranja kao ključne aspekte poremećaja osobnosti, a pomažu razumijevanju njihovih temeljnih mehanizama, uključujući deficite u regulaciji afekta, samopoštovanja ili međuljudskog funkcioniranja (Bertsch, 2018).

2.1. Epidemiologija

Studije u zajednici provedene tijekom posljednjeg desetljeća uvelike su doprinijele epidemiologiji poremećaja osobnosti. Procjenjuje se da 3-10% pojedinaca u ukupnoj populaciji ima poremećaj osobnosti (Karlović i sur., 2014). Od tog postotka na paranoidni poremećaj otpada oko 1 % populacije, na shizoidni poremećaj osobnosti manje od 1 %, shizotipni, antisocijalni i histrionski poremećaji pojavljuju se u 2 % osoba, dok se narcistički i ovisni poremećaji pojavljuju u manje od 1% populacije. Anksiozni poremećaj osobnosti susrećemo u oko 5 % populacije, dok se opsesivni poremećaji osobnosti pojavljuju s prevalencijom od otprilike 3% (Karlović i sur, 2014). Postoje studije koje su dokazale razlike u prevalenciji poremećaja osobnosti prema spolu. Kod žena su češći histrionski, granični i ovisni poremećaji, dok su kod muškaraca antisocijalni poremećaji osobnosti učestaliji (Marčinko i sur., 2015). Prevalencija poremećaja osobnosti varira među sociodemografskim skupinama.

Poremećaji osobnosti najčešće uključuju poremećaje raspoloženja, anksiozne poremećaje i poremećaji upotrebe alkohola i drugih supstanci. Kod osoba s poremećajima osobnosti postoji veća vjerojatnost počinjenja kaznenih djela poput obiteljskog te općenito nasilja u društvu, kao i suicidalnog ponašanja (Samuels, 2011).

Traume u djetinjstvu, posebice zlostavljanje i zanemarivanje, potencijalni su čimbenici rizika za razvoj poremećaja osobnosti. Iako postoje mnoge studije o razlozima nastanka poremećaja osobnosti i dalje nisu u potpunosti odgonetnuti potencijalni uzroci i posljedice istih (Samuels, 2011).

2.2. Etiologija

Uzroci nastanka poremećaja osobnosti nisu još uvijek u potpunosti poznati, ali se zna da na njih utječu različiti psihološki, biološki i okolinski (socijalni) čimbenici. Kod pojedinih istraživanja češće se istražuje jedan od čimbenika koji bi mogao dati karakterističnu osobnost, ali, u stvari, sva tri čimbenika zajedno daju istu (Karlović i sur., 2014). Presudnu ulogu u razvoju poremećaja osobnosti imaju genetski faktori i rana životna iskustva. Ta rana, najčešće negativna, životna iskustva u djetinjstvu, poput života u disfunkcionalnoj obitelji te psihički poremećaji kod roditelja, spadaju u psihološke čimbenike (Maljuna i sur., 2019). Kod bioloških čimbenika istraživala se genetska predispozicija za neke poremećaje osobnosti, utjecaj poremećaja hormona te neurotransmitterske promjene (Karlović i sur., 2014). Zajednička pojava poremećaja osobnosti veća je u jednojajčanih blizanaca nego dvojajčanih, neovisno o tome jesu li odgajani odvojeno ili zajedno. Još jedan od primjera nasljedne osnove su paranoidni, shizotipni i shizoidni. Kod osoba koje imaju neki od ovih poremećaja, učestaliji je broj krvnih srodnika oboljelih od shizofrenije (Begić, 2014). Kod shizofrenije i ove skupine poremećaja osobnosti uočene su još neke sličnosti, kao što su određene promjene u mozgu. Posljedice tih promjena su nesnalaženje u prostoru, oslabljeno kratkoročno pamćenje i verbalna inteligencija (Begić, 2014). Zbog navedenih činjenica i sličnih karakteristika, može se zaključiti kako su i shizotipni poremećaj i shizofrenija zasigurno vjerodostojni klinički „svjetovi” te čine shizofreni ili shizoidni spektar poremećaja osobnosti (Klarica, 2020).

Granični poremećaj osobnosti te bipolarni afektivni poremećaj dio su spektra bipolarnih poremećaja, za koje su specifične brze promjene raspoloženja, dok su osobe oboljele od anksioznih poremećaja osobnosti kao što su izbjegavajući poremećaji osobnosti i socijalna fobija dio spektra socijalne anksioznosti (Begić, 2014). Kod nekih osoba oboljelih od pojedinih poremećaja osobnosti pronađene su promjene u normalnim vrijednostima hormona pa su tako, na primjer, kod osoba koje su sklone impluzivnom i agresivnom ponašanju pronađene povišene vrijednosti testosterona (Karlović i sur., 2014). Kod osoba kod kojih je dijagnosticiran antisocijalni poremećaj osobnosti, pronađene su promjene u EEG-u (Karlović i sur., 2014).

Značajnu ulogu kod razvoja poremećaja osobnosti imaju i socijalni čimbenici. Ovisno o kulturi te sredini u kojoj je osoba odrasla i odgajana, može se razviti pojedini poremećaj osobnosti. Značajnu ulogu imaju siromaštvo, loši odnosi s roditeljima, loš socioekonomski status, psihičko stanje roditelja te psihičko i fizičko zlostavljanje pojedinca u dječjoj dobi kao i doživljeno obiteljsko nasilje (Maljuna i sur., 2019). Spomenut ću Biosocijalni model osobnosti po Cloningeru. On smatra da interakcija između bioloških i socijalnih čimbenika doprinosi razvoju poremećaja osobnosti te da se osobnost sastoji od dva osnovna dijela, a to su karakter koji se stječe učenjem i utjecajem okolinskih faktora, i temperament koji je nasljedan. Izdvojio je četiri osnovne i nasljedne crte osobnosti uz pomoć psiholoških i genetskih analiza te rezultatom Gaussove krivulje. Kod poremećaja osobnosti je spomenuta krivulja pokazivala ekstremne vrijednosti u jednoj ili više odnosno sve četiri crte osobnosti (Karlović i sur., 2014).

2.3. Klasifikacija poremećaja osobnosti

Postoje dva pristupa prema kojima se dijagnosticiraju poremećaji osobnosti, a to su klasifikacijski sustavi DSM-5 ili MKB-10. Poremećaji osobnosti se u ova dva klasifikacijska sustava različito klasificiraju iako su poprilično usklađeni.

Prema objema klasifikacijama poremećaji osobnosti dijele se u tri klastera (A, B, C). Prvi ili A klaster poremećaja osobnosti čine paranoidni, shizoidni i shizotipni poremećaji osobnosti (Karlović i sur., 2014). Klaster B čine antisocijalni, histrionski, granični i narcistički poremećaj osobnosti. Po MKB-10 klasifikaciji antisocijalni poremećaj osobnosti naziva se disocijalni dok se granični poremećaj osobnosti naziva emocionalno - nestabilni poremećaj osobnosti. Također, prema MKB-10 klasifikaciji, emocionalno - nestabilni poremećaj dijeli se na dva podtipa, a to su impluzivni i granični poremećaj osobnosti (Karlović i sur., 2014). Klaster C poremećaja osobnosti čine ovisni, izbjegavajući i opsesivno kompulzivni poremećaj osobnosti. Prema MKB-10 klasifikaciji izbjegavajući poremećaj osobnosti naziva se anksiozni poremećaj osobnosti, dok se opsesivno - kompulzivni poremećaj naziva anankastični poremećaj osobnosti. Razlike se javljaju kod nazivlja još nekih poremećaja osobnosti. Tako se u MKB-10 klasifikaciji nalaze emocionalno - nestabilni i trajni poremećaji osobnosti koji nemaju veze s oštećenjima mozga dok u DSM-5 klasifikaciji toga nema. U DSM-5 klasifikaciji pojavljuje se narcistički poremećaj osobnosti, ali ga u MKB-10 nema. Razlika se vidi i kod shizotipnog poremećaja osobnosti koji je u DSM-5 klasificiran pod poremećaje osobnosti, a u MKB-10 naziva se shizotipni te je u istoj kategoriji sa shizofrenijom (Karlović i sur., 2014).

Tablica 1 Podjela i vrsta poremećaja osobnosti prema suvremenim klasifikacijama

(Izvor: Karlović i sur., 2014)

Klaster	DSM - 5 klasifikacija poremećaja osobnosti	MKB - 10 klasifikacija poremećaja osobnosti
Klaster A	Paranoidni Shizoidni Shizotipni	Paranoidni Shizoidni Shizotipni ¹
Klaster B	Antisocijalni Histrionski Granični Narcistički	Disocijalni Histrionski Emocionalno - nestabilni ²
Klaster C	Ovisni Izbjegavajući Opsesivno – kompulzivni	Ovisni Anksiozni (Izbjegavajući) Anankastični

1 Klasificira se u grupi shizofrenija i drugi psihotični poremećaji

2 Ima dva podtipa: Impluzivni i granični

2.4. Dijagnoza kod poremećaja osobnosti

Na temelju općih i specifičnih kriterija koji će biti objašnjeni u kliničkoj slici poremećaja osobnosti, postavlja se njegova dijagnoza. Ne postoji specifični biološki marker kao kod nekih bolesti koji bi dokazao postojanje poremećaja osobnosti. U psihologiji postoje testovi koji se koriste za dijagnozu poremećaja osobnosti, a to je psihologijsko testiranje. Psihologijski testovi koji se koriste u procjeni poremećaja osobnosti najčešće su višedimenzionalni upitnici za procjenu opće psihopatologije kao npr. Minnesota multifazični inventar ličnosti (MMPI-2), Inventar za ispitivanje ličnosti (PAI) i sl. Da bi se postavila dijagnoza poremećaja osobnosti uz prepoznavanje specifičnih kriterija za svaki poremećaj, u obzir se uzima i nalaz psihologa, očitani iz psihologijskog testiranja.

2.5. Kliničke slike poremećaja osobnosti

Svi poremećaji osobnosti imaju neke glavne ili slične karakteristike. Ovisno o skupini kojoj pripadaju, osobe s poremećajem osobnosti mogu se činiti čudne, anksiozne ili pretjerano osjećajne (Marčinko i sur., 2015). Po MKB-10 (F 60) ali i DSM-5 klasifikaciji postoje opći i specifični kriteriji kod dijagnosticiranja poremećaja osobnosti. Opće karakteristike su: neprimjereno ponašanje prema drugima, neprimjereno emocionalno reagiranje, nemogućnost kontrole poriva, neprimjereno zadovoljavanje potreba i iskrivljene ideje o sebi i drugima (Marčinko i sur., 2015).

2.5.1. Paranoidni poremećaj osobnosti (F 60.0)

Obilježja ovog poremećaja osobnosti su pretjerana zabrinutost, nepovjerenje u svoje bližnje te sumnja u njihovu lojalnost.

Kod osoba kod kojih je dijagnosticiran paranoidni poremećaj osobnosti javlja se neosnovana sumnja da im drugi ljudi žele odmoći, da ih iskorištavaju i nanose štetu.

Zbog navedenih sumnji, u emotivnim odnosima su hladni i sumnjičavi te često napadaju emotivnog partnera bez opravdanog razloga te samim time dolazi do problema u emotivnim odnosima. Iz istog razloga mogu imati pretjerane izljeve bijesa te nemaju sposobnost poslušati i usvojiti tuđe mišljenje (egocentrizam). Specifično je nepovjerenje prema svima i pretjerana rigidnost u vjerovanjima i osobnim stavovima. Imaju nisko samopoštovanje i potrebu kontrolirati druge. U suštini su nezadovoljni i nesigurni (Begić i sur., 2015).

Prema Marčinko i sur. (2015) kod dijagnoze ovog poremećaja, uz opće karakteristike, moraju biti prisutna četiri od sljedećih sedam simptoma:

1. Preosjetljivost na problem
2. Nemogućnost opraštanja, npr. uvreda
3. Iskrivljeno doživljavanje prijateljskih gesti (neprijateljskim i omalovažavajućim)
4. Nepopustljivost i ratoborno poimanje svojih prava
5. Sumnje u svoje bližnje, posebno partnera (bračnog ili seksualnog)

6. Stalna upućenost na samog sebe koja se očituje u pretjeranom isticanju vlastite važnosti

7. Sklonost teorijama zavjere.

2.5.2. Shizoidni poremećaj osobnosti (F 60.1)

Osobe sa shizoidnim poremećajem osobnosti ne izražavaju emocije te iz tog razloga teško uspostavljaju emocionalne i seksualne odnose. Izbjegavaju interakciju s drugim ljudima i često se upuštaju u maštanje. Vole osamu i biraju aktivnosti u kojima mogu samostalno sudjelovati. Ograničena im je sposobnost izražavanja osjećaja i prisutan je nedostatak uživanja u svakodnevnom životu (Skodol, 2018).

Kod dijagnostike ovog poremećaja, potrebno je da kod osobe budu prisutna četiri od sljedećih devet simptoma (Marčinko i sur., 2015):

1. Malo ili gotovo nikako ne sudjeluju u svakodnevnim aktivnostima
2. Emocionalno su hladni te je prisutna afektivna tupost
3. Nesposobnost izražavanja emocija (ljutnje, nježnosti, topline)
4. Ravnodušnost prema pohvalama i kritikama
5. Manjak interesa za seksualne odnose
6. Ustrajanje u usamljeničkim aktivnostima
7. Manjak potrebe za bliskošću te prijateljstvima
8. Prisutna pretjerana svjesnost i opažanje vlastitih psihičkih doživljaja (introspekcija) i zaokupljenost fantazijama
9. Neuvažavanje i neosjetljivost na opće prihvaćene socijalne norme i konvencije.

2.5.3. Shizotipni poremećaj osobnosti

Neke od osobina osoba s ovim poremećajem su eksentričnost, anksioznost, čudno i neobično ponašanje kao i govor. Teško ili nikako ne uspostavljaju interpersonalne odnose. Često su anksiozni u prisustvu ostalih ljudi. Mogu se pojaviti iluzije, a to su lažne percepcije ili lažni odgovori na osjetilne podražaje. Često su zaokupljene praznovjermem i paranormalnim pojavama. Mogu biti prisutne grandiozne zablude tj. vjerovanje da posjeduju posebne moći ili veličinu. Takve osobe vjeruju da mogu kontrolirati ostale ljude čitajući njihove misli te da mogu utjecati na događaje u budućnosti. Prisutno je čudno, eksentrično i upadljivo oblačenje i ponašanje (Šimičić, 2018).

2.5.4. Antisocijalni (disocijalni) poremećaj osobnosti (F60.2)

Postoji razlika u klasifikacijama (MKB-10 i DSM-5) za postavljanje dijagnoze kod ovog poremećaja. Kriteriji iz MKB-10 klasifikacije su manjak brige za sebe, manjak nježnosti u intimnim odnosima, nasilno ponašanje, okrutnost, a samim time i psihička, fizička ili seksualna agresija prema svom partneru, dok kriteriji DSM-5 klasifikacije zahtijevaju pojavu poremećaja ponašanja prije petnaeste godine života (Karlović i sur., 2014).

Kod osoba s ovim poremećajem prisutno je impluzivno i upadljivo ponašanje koje je većinom popraćeno promiskuitetnim ponašanjem te ovisnostima kao što su narkomanija i alkoholizam. Skloni su varanju i laganju drugih ljudi. Specifično za ovaj poremećaj je manjak brige za druge te impluzivno i agresivno ponašanje (Poslon, 2021).

Često je prisutno neodgovorno ponašanje koje se manifestira kroz nestabilno radno iskustvo, neodgovornost prema financijama i "parazitski" način života. Sa svojim stavovima i neodgovornim ponašanjima često ugrožavaju svoju i tuđu sigurnost bez razmišljanja o mogućim posljedicama. Prisutan je manjak grižnje savjesti za već počinjena djela (Poslon, 2021).

Psihopatiju i antisocijalni ili disocijalni poremećaj osobnosti neki stručnjaci i autori smatraju identičnima zbog podudaranja u kliničkoj slici, ali to nije do kraja istraženo i razriješeno (Poslon, 2021).

2.5.5. Granični poremećaj osobnosti (F60.3)

Simptomi ovog poremećaja mogu se svrstati u tri kategorije, a to su: nekontrolirano ponašanje, afektivna nestabilnost i poremećeni interpersonalni odnosi.

U kliničkim uvjetima ovaj poremećaj je najčešći, a odlikuje ga velika stopa počinjenih samoubojstava (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Dijagnoza graničnog poremećaja osobnosti se temelji na devet kriterija, a njih pet mora biti zadovoljeno da bi se opravdala dijagnoza poremećaja (Horvat, 2015).

Kriteriji su:

1. Čvrsto zalaganje da se spriječi napuštanje od strane druge osobe (stvarno ili zamišljeno)
2. Intezivni i nestabilni međuljudski odnosi, koje označava prelazak iz idealizacije u obezvređivanje tj. iz jedne krajnosti u drugu
3. Poremećena slika i doživljaj sebe (poremećen identitet)
4. Djelovanje u najmanje dva područja bez razmišljanja o negativnim posljedicama i opasnosti za samog sebe
5. Samoozljeđivanje, prijetnje samoubojstvom ili učestali pokušaji istog
6. Iznimne promjene u raspoloženju (emocionalna nestabilnost). Tjeskoba i razdražljivost koje traju u periodu od nekoliko dana ili intezivni osjećaj tuge (distrofija)
7. Osjećaj praznine koji je kroničan
8. Jaka i neprikladna ljutnja te teža kontrola iste (učestale tučnjave, česti ispadi bijesa)
9. Teški simptomi disocijacije ili pojava prolaznih paranoidnih misli povezanih sa stresom (Horvat, 2015).

2.5.6. Histrionski poremećaj osobnosti (F60.4)

Prema kriterijima DSM-5 kategorizacije, dijagnoza kod histrionskog poremećaja osobnosti postavlja se kada su prisutne specifične manifestacije ovog poremećaja kao što su pretjerano traženje pažnje i nekontrolirane emocionalne reakcije (French, 2021).

Prema MKB-10 klasifikaciji za dijagnosticiranje ovog poremećaja osobnosti potrebno je zadovoljiti četiri specifična kriterija za ovaj poremećaj (Marčinko i sur., 2015), dok po DSM-5 klasifikaciji dijagnoza zahtijeva ispunjavanje pet ili više sljedećih kriterija (French, 2021) :

1. Stalna potreba za pažnjom
2. Povokativno ili pretjerano zavodljivo ponašanje
3. Plitke i promjenjive emocije
4. Dramatične ili pretjerane emocije
5. Korištenje izgleda za privlačenje pažnje
6. Nejasan i impresionistički govor
7. Nekritičko prihvaćanje tuđih osobina, uvjerenja ili ideja (sugestibilnost)
8. Doživljavanje odnosa intimnijima nego što ustvari jesu.

Osobe s histrionskim poremećajem sklone su preuveličavanju situacija koju čine dramatične i ljutite scene, emocionalne ucjene, pokušaji samoubojstva iz demonstracije. One neprestano traže uzbuđenje i pažnju. Skloni su samozavaravanju te se pojedinci s ovim poremećajem mogu svrstati u patološke lažljivce. Sve ove osobine utječu i emocionalno iscrpljuju osobe koje su u emocionalnom odnosu s osobama kod kojih je dijagnosticiran histrionski poremećaj (Karlović i sur., 2014).

2.5.7. Narcistički poremećaj osobnosti

Po DSM-5 klasifikaciji dijagnoza, osobe s ovim poremećajem imaju manjak empatije za druge i pokazuju grandiozni osjećaj vlastite važnosti (Čuržik i Jakšić, 2012).

Ovaj poremećaj je u MKB–10 klasifikaciji svrstan pod kategoriju ostali poremećaji osobnosti (Karlović i sur., 2014).

Najčešće korišteni kriterij kod dijagnoze narcističkog poremećaja osobnosti je osjećaj vlastite grandioznosti. Očituje se u umanjivanju tuđih potreba i u preuveličavanju svojih zasluga i općenito vlastitih sposobnosti. Ne smatraju se vrijednijim od drugih jedino kada je u pitanju briga i razumijevanje drugih, sebe prikazuju kao osobe visoke inteligencije, statusa i profesionalnih sposobnosti. O sebi često pričaju u superlativima kako bi dobili priznanje i divljenje. Biraju partnere i poznanike samo visokog statusa, jako su šarmantni te ostavljaju dobar prvi dojam.

Skloni su mijenjanju partnera i prijatelja, teško održavaju dugotrajne interpersonalne odnose kao i dugogodišnja radna mjesta (Čuržik i Jakšić, 2012).

Još jedna osobina osim grandioznosti je bitan kriterij kod dijagnoze narcističkog poremećaja osobnosti, a to je nerazumijevanje osjećaja i mišljenja drugih. Kako bi došli do svojih ciljeva, često koriste druge ljude. Reagiraju nasilno, veoma kritično i osvetoljubivo ako ne dobiju pomoć koju su očekivali ili potvrdu za svoja stajališta i postignuća (Čuržik i Jakšić, 2012).

2.5.8. Izbjegavajući (anksiozni) poremećaj osobnosti (F60.6)

Ovaj poremećaj osobnosti karakterizira, kako i sam naziv kaže, izbjegavanje društvenih kontakata. Prisutna je pretjerana osjetljivost, stalni strah od odbacivanja i kritiziranja. Osobe s ovim poremećajem sklone su pesimizmu, manjku vjere u sebe te su opterećene tuđim mišljenjem o sebi. Dosta su pasivni te imaju potrebu svima ugoditi. Zbog straha od napuštanja, često ulaze iz jednog odnosa u drugi. Imaju mali broj prijatelja, a blizak odnos ostvaruju samo s njima i najbližim članovima obitelji (Jendričko, 2015).

Kod dijagnoze ovog poremećaja mora biti zadovoljeno najmanje četiri od šest kriterija (Marčinko i sur., 2015):

1. Vjerovanje da je osoba manje vrijedna (inferiorna i manje privlačna od drugih)
2. Trajni osjećaj napetosti i strahovanja (strepnje)
3. Izbjegavanje socijalne interakcije zbog straha da neće biti prihvaćena ili voljena
4. Pretjerana zaokupljenost mogućnošću kritike ili odbacivanja od strane drugih
5. Izbjegavanje radnih i socijalnih aktivnosti zbog straha od kritike, odbacivanja i nerazumijevanja
6. Pretjerana potreba za fizičkom sigurnosti i ograničavajući životni stil zbog istog

2.5.9. Ovisnički poremećaj osobnosti (F60.7)

Osobe s ovisničkim poremećajem osobnosti imaju stalnu potrebu za ugađanjem drugima te su emocionalno ovisni o njima. Prisutan je strah od separacije i samoće. Zbog pesimizma i straha pristaju na odnose s nasilnim, agresivnim osobama koje su sklone pretjeranoj konzumaciji alkohola. Podložne su izbjegavanju vlastite odgovornosti i prebacivanju odgovornosti na druge (Jendričko, 2015)

Prema Marčinko i sur. (2015), kod dijagnoze ovog poremećaja potrebno je da budu zadovoljena najmanje četiri od šest kriterija ili simptoma:

1. Većinu važnih životnih odluka za njih donose drugi
2. Besmisleno ispunjavanje želja drugima, ovisnost o drugima, podređivanje vlastitih potreba drugima
3. Nerado postavljanje razumnih očekivanja spram drugih ljudi o kojima ovisi
4. Nemogućnost i strah osobe da bude sama zbog uvjerenja o nesposobnosti brige o sebi
5. Prisutan stalan strah od napuštanja
6. Potrebna stalna pomoć i pretjerano savjetovanje drugih osoba kod donošenja svakodnevnih odluka.

2.5.10. Opsesivno - kompluzivni poremećaj osobnosti (F60.5)

Karakteristike opsesivno - kompluzivnog poremećaja osobnosti su zaokupljenost pojedinostima iz svakodnevnog života, perfekcionizam i pretjerana pedantnost te nametanje neugodnih i upornih misli s naglašenom opreznosti i sumnjom prema drugima. Često su osobe s ovim poremećajem tvrdoglave i krute. Zaokupljene su pojedinostima kao što su pravila, detalji i rasporedi (Švorc, 2015).

Često su toliko usredotočene na radne obveze da odlazak na godišnji odmor odgađaju ili nikad na njega ni ne odu. Smatraju odlazak na godišnji odmor gubitkom vremena te često posao odrađuju u svoje slobodno vrijeme (Skodol, 2018).

Kod dijagnoze ovog poremećaja moraju biti prisutna najmanje četiri od osam simptoma:

1. Perfekcionizam, pretjerana kontrola drugih, sebe, okoline te okupacija radom
2. Težnja savršenstvu zbog koje dolazi do ometanja kod radnih obaveza
3. Usredotočenost ka radu u tolikoj mjeri da se zapostavljaju prijatelji i slobodne aktivnosti
4. Nefleksibilnost, rigidnost, izbirljivost i pretjerana savjesnost
5. Skupljanje bezvrijednih i istrošenih predmeta
6. Nepodložnost prema raspodjeli posla u kolektivu
7. Tvrdoglavost i krutost
8. Škrtost prema sebi i drugima.

2.6. Liječenje poremećaja osobnosti

Liječenje je skoro nemoguće pa i teško. Osobe oboljele od poremećaja osobnosti nemaju uvida u svoje stanje i ne smatraju da bi trebale nešto liječiti (Giroto, 2019).

Nedovoljno je dokaza o učinkovitosti tretmana liječenja kod poremećaja osobnosti. Većina postojećih dokaza kod liječenja ovog poremećaja namijenjena je liječenju graničnog poremećaja osobnosti. Međutim, takva istraživanja pokazala su nedostatke kao što su mali broj uzoraka i kratka praćenja u kliničkim ispitivanjima. Psihološka ili psihosocijalna intervencija preporučuje se kao primarni tretman za granični i ostale poremećaje osobnosti, a farmakoterapija se preporučuje samo kao pomoćno liječenje (Bateman i sur., 2015). Istraživanja temeljnih, abnormalnih, psiholoških ili bioloških procesa koji dovode do nastanka poremećaja osobnosti još uvijek se provode, a mogla bi dovesti do učinkovitijih mjera kod njihova liječenja. Međudjelovanje psihoterapije i lijekova za liječenje poremećaja osobnosti treba proučavati u sinergiji (Bateman i sur., 2015).

Glavni aspekt liječenja kod poremećaja osobnosti je psihoterapija, a u nju spadaju i dinamska i kognitivna psihoterapija. Vrsta psihoterapije koja će se primijeniti u liječenju ovisi o pacijentovom stanju i angažmanu. Pomoću iste, psihijatar ili terapeut najbolje mogu razumijeti pacijenta, dobiti objektivnu procjenu pacijentovog problema te mu pomoći kod pronalaska najboljeg načina rješavanja njegovog problema. Bitna stavka kod psihoterapije i liječenja pacijenata s poremećajem osobnosti je podrška. Do pomaka u liječenju može doći jedino ako se pacijent osjeća sigurno i ima povjerenja u medicinsko osoblje (Karlović i sur., 2019).

Farmakoterapija se daje samo da bi se ublažila depresija, anksioznost, agresivno ponašanje te ostali poremećaji raspoloženja. U liječenju poremećaja osobnosti koriste se antipsihotici, antidepresivi kod depresivnih stanja te stabilizatori raspoloženja kod smirivanja impluzivnih simptoma i agresivnih ponašanja (Karlović i sur., 2019)

Liječenje ovisno o poremećaju osobnosti (Horvat, 2015) :

- Osobe oboljele od paranoidnog poremećaja osobnosti su sumnjičave i osjetljive te iz tog razloga ne reagiraju dobro na liječenje
- Osobe sa shizoidnim poremećajem osobnosti često odustaju nakon nekoliko tretmana jer su neskloni ostvarivanju bliskog kontakta s ostalim osobama te često preispituju učinkovitost liječenja
- Kod oba navedena poremećaja, rezultati liječenja su ograničeni, a process liječenja spor
- U tretmanu liječenja shizoidnog, shizotipnog i graničnog poremećaja osobnosti koriste se antipsihotici (dokazi o uspješnosti su limitirani)
- Pacijenti s opsesivno - kompulzivnim poremećajem osobnosti ne reagiraju dobro na psihoterapiju te se liječenje usmjerava na razvijanje boljih načina nošenja sa stresnim situacijama
- Liječenje pacijenata s anksioznim poremećajem osobnosti usmjereno je k terapijskom odnosu kroz koji će mu pomoći da poboljša svoje nisko samopoštovanje
- Pacijenata s ovisnim poremećajem osobnosti poticati će se da preuzme odgovornost prema svojim problemima i samome sebi (Karlović i sur., 2019).
- Kod graničnog poremećaja osobnosti prvi tretman koji se preporučuje je psihoterapija. Farmakoterapija se koristi kod ublažavanja simptoma graničnog poremećaja osobnosti. Ovisno o simptomima koji su prisutni daju se antidepresivi, manje količine neurioleptika, stabilizatori raspoloženja te benzodiazepine (Horvat, 2015).

2.7. Uloga medicinske sestre u liječenju pacijenata s poremećajem osobnosti

Moderni pristup u liječenju psihijatrijskih bolesnika stremi k smanjenju i izbjegavanju hospitalizacija kad god za to postoji mogućnost, međutim kod nekih poremećaja ona je neophodna te uz psihijatra veliku ulogu kod hospitaliziranih psihijatrijskih pacijenata igra medicinska sestra (Sedić, 2007). Kako bi se što kvalitetnije posvetila svojoj ulozi, medicinska bi sestra trebala imati kompetencije temeljene na teoriji zdravstvene njege Virginie Henderson te poštivanju 14 osnovnih ljudskih potreba (Šepec, 2011). Proces otkrivanja problema bolesnika i pronalazak najboljeg rješenja predstavlja proces zdravstvene njege. Za svaki problem, koji je ključni pojam kod procesa zdravstvene njege, medicinska sestra mora intervenciju usmjeriti k njegovom rješenju (Fučkar, 1995). Procjenom i dobivenim podacima medicinska sestra izrađuje plan zdravstvene njege, sa svim intervencijama i ciljevima usmjerenima k poboljšanju bolesnikova stanja te rješavanju određene sestrinske dijagnoze (Fučkar, 1995).

Za svaku sestrinsku intervenciju temeljno polazište su načela koja se odnose na opća pravila ili zakonitosti. Neka od načela u psihijatrijskoj praksi su dostojanstvo i pravednost, holistički (cjeloviti) pristup, terapijska komunikacija, poštivanje jedinstvenog ljudskog bića (prihvatanje osobe onakve kakva je, sa svim manama i vrlinama), bezuvjetno prihvaćanje tj. pružanje pomoći bez osude te pomoć pri učinkovitoj prilagodbi koja se odnosi na stvaranje terapijskog okruženja i pomoć kod prilagodbe na promjene koje donosi liječenje (Sedić, 2007).

Sestrinske intervencije kod osoba s poremećajem osobnosti trebaju biti usmjerene poboljšanju ponašanja u društvenom funkcioniranju. Konačni cilj sestrinske skrbi kod ovih pacijenata mora biti osmišljen u cilju povećanja motivacije i socijalizacije. Važno je da medicinska sestra prihvati osobe s poremećajem osobnosti te stekne njihovo povjerenje, ali i pacijentu postavi granice te dosljedne smjernice o tome što je prikladno i prihvatljivo ponašanje u određenoj situaciji (Neeb, 2001).

Kod prikupljanja podataka i postavljanja sestrinske dijagnoze medicinska sestra mora biti svjesna da osobe s poremećajem osobnosti manipuliraju te je važno da kroz svoje iskustvo i znanje to i prepozna. Održavanje mirne atmosfere je još jedna uloga koja se očekuje od medicinske sestre, a ona se postiže dopuštanjem fleksibilnosti s ograničenjima, što je izrazito teško jer svaki pacijent ima različite zahtjeve.

Već bojom namještaja, zidova prostorija u kojima pacijenti borave, a i što je najbitnije, prijateljskim, ali profesionalnim stavom medicinskog osoblja, promiče se osjećaj smirenosti. Osobe s poremećajem osobnosti je teško shvatiti i izrazito su neprijateljski rapoložene prema medicinskom osoblju te se iz tog razloga od medicinske sestre u radu s njima očekuje mnogo strpljenja (Neeb, 2001).

Neke od sestrinskih dijagnoza i sestrinsko - medicinskih problema kod osoba kod kojih je dijagnosticiran poremećaj osobnosti jesu:

- Visoki rizik (vr) za suicidalnost ili samoubojstvo

Dijagnoza za visoki rizik od samoozljeđivanja predstavlja široku dijagnozu koja može obuhvatiti samozlostavljanje, samopovređivanje i/ili rizik od samoubojstva. Iako u početku mogu izgledati isto, razlika leži u namjeri. Samopovređivanje i samozlostavljanje su patološki pokušaji privremenog oslobađanja od stresa, dok je samoubojstvo pokušaj smrti kako bi se trajno ublažio stres. Liječenje ove dijagnoze uključuje validaciju rizika i sprječavanje istoga uz pomoć sestrinskih intervencija i liječenja simptoma bolesti kao što su depresija, psihotična i ostala stanja (Carpenito, 2013). Kod ove sestrinske dijagnoze prisutni su faktori rizika kao što su samoubilačke ideje, obiteljska povijest samoubojstava, zlouporaba alkohola i droga, beznađe i mnogi drugi. Cilj je da pacijent za vrijeme hospitalizacije verbalizira svoje osjećaje i suicidalne misli. Najbitniji cilj je da pacijent ne počini suicid, redovno uzima propisanu medikamentoznu terapiju i sudjeluje u tretmanima na odjelu. Medicinska sestra će poticati pacijenta da verbalizira suicidalne misli te da prvenstveno u nju stekne povjerenje. Pokrenut će sve mjere predostrožnosti na odjelu, ukloniti sve oštre predmete (staklo, pojaseve, limenke...) te sve ono što bi bolesnik mogao zlorabiti (npr. električnu opremu). Medicinska sestra će pacijenta redovito obilaziti te pratiti putem video nadzora, spriječit će otuđivanje i izoliranje od ostalih bolesnika, provjeravati uzima li propisanu terapiju. Nakon određenog poboljšanja pacijentovog stanja te nakon konzultacije s odjelnim ili dežurnim psihijatrom, uključit će ga u grupnu i radnu terapiju uz pojačan nadzor (Carpenito, 2013).

- Beznađe

Beznađe opisuje osobu koja ne vidi mogućnost poboljšanja svog života te ne vjeruje da u njenom životu postoje osobe koje joj žele pomoći. Beznađe se razlikuje od nemoći po tome što beznadna osoba sve vidi kao „problem koji nema rješenja.” Beznađe može biti prisutno i kod osoba koje imaju kontrolu nad svojim životom, ali ne vide realnu sliku. Trajni osjećaj nemoći može dovesti do beznađa. Beznađe je obično povezano s tugom i depresijom, a jedan je od razloga samoubojstva (Carpenito, 2013). Neki od etioloških čimbenika su stres, gubitak vjere, nemogućnost brige o sebi, dugotrajna izolacija, odvajanje od bližnjih te nemogućnost postizanja životnih ciljeva. Kod pacijenta mogu biti prisutne misli o samoubojstvu, često je prisutan nedostatak samopouzdanja, izražavanje misli o besmislu života te neadekvatna komunikacija (HKMS, 2015). Ciljevi kojima se teži su da pacijent u određenom vremenskom razdoblju pokaže više energije što će biti vidljivo kod ispunjavanja svakodnevnih aktivnosti kao što su briga o sebi, vježbanje ili radna terapija. Izrazit će pozitivna očekivanja za blisku budućnost te će opisati vlastiti smisao i svrhu u životu i postaviti realne ciljeve za budućnost (Carpenito, 2013). Sestrinske intervencije usmjerene su k poticanju pacijenata na verbalizaciju. Sestra ima važnu ulogu kod slušanja pacijenta, prihvaćanja njegovog izražavanja osjećaja, ima ulogu kod pomoći prepoznavanja razloga koji su doveli do beznađa te identifikacije izvora nade kao što su vjera i bliski emotivni odnosi. Sestra će poticati pacijenta da razvije plan za realne ciljeve u životu. Naučit će pacijenta da prati određene znakove napretka, koji će mu koristiti kao samojačanje (Carpenito, 2013).

- Anksioznost (SMP i SP)

Anksioznost je nejasan osjećaj nelagode ili straha popraćen autonomnim odgovorima čiji je uzrok često nepoznat. Prisutan je osjećaj strepnje uzrokovan iščekivanjem opasnosti. Pacijent osjećaj anksioznosti doživljava kao signal za opasnost te ga simptomi anksioznosti sprječavaju u poduzimanju mjera za suočavanje s tim osjećajem. Anksioznost se očituje simptomima iz svake kategorije - fiziološkim, emocionalnim i kognitivnim - a simptomi variraju ovisno o razini anksioznosti. Mogu biti prisutni simptomi kao što su povećani puls, nesanica, povećani krvni tlak, pojačana

frekvencija disanja, diarea, umor, prisutan može biti strah, razdražljivost, plač i zbunjenost (Carpenito, 2013). Jedan od prihvatljivih ciljeva može biti da će se pacijent pozitivno suočiti sa simptomima anksioznosti te će znati opisati smanjenu razinu anksioznosti (HKMS, 2011). Anksioznost može biti sestrinski problem i sestrinsko - medicinski problem. Medicinska sestra potiče pacijenta na verbaliziranje strahova, ostavlja prostora za postavljanje pitanja, potiče na razgovor i ohrabruje, pokazuje vježbe disanja i upoznaje bolesnika s okolinom. Ukoliko medicinska sestra uz stečena znanja, vještine i intervencije ne može učinkovito svesti anksioznost, odnosno tjeskobu na prihvatljivu razinu, tada anksioznost postaje SMP. U rješavanju problema sudjeluje i liječnik koji uz stečena znanja i kompetencije koje posjeduje propisuje medikamentoznu terapiju koja će pacijentu olakšati problem (Carpenito, 2013).

- Nisko samopoštovanje

Nisko samopoštovanje je obilježje osobe koja ima negativnu percepciju o sebi i vlastitim mogućnostima. Osoba verbalizira negativne osjećaje o sebi, izražava bezvrijednost, prisutne su krive prosudbe i osjećaj beznadnosti kao i poremećena slika samoga sebe (Sedić, 2007). Čimbenici mogu biti različiti, a neki od njih su operativni zahvati, razne kronične bolesti, financijski problemi, psihogeni poremećaji, tjeskoba, depresija, zlouporaba alkohola i droga te iskrivljena percepcija samoga sebe. Medicinska sestra će intervencije usmjeriti prema mogućim ciljevima kao što su identifikacija mogućih uzroka problema, izražavanje pozitivnih osjećaja i mišljenja o sebi te sudjelovanje u interakciji s drugima. Medicinska sestra omogućit će pacijentu da izrazi svoje osjećaje, osigurat će adekvatan prostor i privatnost za razgovor s bolesnikom, svakodnevno promatrati promjene u ponašanju te prisutnost suicidalnih misli. Poticati će pacijenta na druženje s ostalim pacijentima te sudjelovanje u dnevnim aktivnostima za koje je prethodno, u dogovoru s pojedincem, izradila plan. Uključit će pacijenta u grupnu i radnu terapiju na psihijatrijskom odjelu (HKMS, 2015).

- Smanjena socijalna interakcija

Ova dijagnoza povezana je s osjećajem nepovjerenja i sumnjičavosti prema drugima (Carpenito, 2013), a karakterizira ju nezadovoljavajući odnos s okolinom. Neka od vodećih obilježja ove dijagnoze su moguće prisustvo halucinacija, iluzija, manjak samopuzdanja i motivacije kao i prisutstvo osjećaja tuge i beznađa. Uloga medicinske sestre je da stekne kod pacijenta odnos povjerenja, pruži mu podršku, potakne ga na uključivanje u svakodnevne aktivnosti i grupnu terapiju te da ga poduči i educira tehnikama suočavanja sa stresom (HKMS, 2015). Potrebno je identificirati koje ponašanje utječe na socijalnu interakciju osobe te osigurati pacijentu individualne razgovore i podršku. Sestra mora redovito kontrolirati uzimanje terapije kod pacijenta te ga uključiti u grupnu, radnu terapiju te ostale aktivnosti na odjelu. Medicinska sestra će pomoći pacijentu da zajedno pronađu pravi način za borbu protiv stresa i pristupe koji su najbolji za rješenje njegovog problema, poticat će ga da se usredotoči na sadašnjost i stvarnost, pomoći mu da osvijesti kako stres utječe na njegovu socijalnu interakciju. Medicinska sestra će svaku socijalnu interakciju kod pacijenta pohvaliti i nagraditi te će u njegovo liječenje uključiti i ostale članove obitelji (Carpenito, 2013). Cilj svih ovih intervencija je da pacijent bude suradljiv, da se ponaša socijalno prihvatljivo i da prepozna ponašanja koja mu onemogućuju socijalnu interakciju (HKMS, 2015).

3. CILJ RADA

Cilj ovog završnog rada bio je :

- prikazati specifičnosti osoba s dijagnosticiranim nekim od poremećaja osobnosti
- prikazati ulogu medicinske sestre u procesu liječenja kod osoba s poremećajem osobnosti.

4. PRIKAZ SLUČAJA

Po svom ustroju, ovaj završni rad je retrospektivni prikaz slučaja. Prikazani su anamnestički podaci pacijentice kod koje je dijagnosticiran poremećaj osobnosti u Općoj bolnici Pula, na Odjelu psihijatrije.

Pacijentica N.N. u tridesetim godinama, inače živi izvan Pule, ima višu stručnu spremu, zaposlena je. Trenutno je na bolovanju. Njezin izgled odgovara njenoj kronološkoj dobi (starosti). Nježne je i krhke građe, ali uredne vanjštine. Ovo joj je prva hospitalizacija na odjelu za psihijatriju OB Pula. Dovedena je kolima hitne medicinske pomoći u pratnji djelatnika MUP-a nakon konzumacije nekritične količine alkohola i benzodiazepina te samoozljeđivanja po zapešću lijeve ruke. Iz HA (policija) podataka dobivenih kod prijema saznaje se da je pacijentica nađena na podu toaleta i da je pored nje pronađeno više vrsta tableta (Rivotril, Diazepam, Wellbutrin, Ketonal). Rezala se po lijevom zapešću te ostavila poruku u kojoj prijeti samoubojstvom. Kod dolaska u hitnu psihijatrijsku ambulantu zabilježeni su sljedeći vitalni parametri: RR: 110/70 mmHg, puls: 75 otkucaja te frekvencija disanja 12/min. Pacijentica je dobila Anexate 0,25 mg i. v. te je pregledana na OHBP-u od strane kirurga, gdje joj se previlo zapešće na lijevoj podlaktici. Verbalni kontakt se uspijeva uspostaviti nakon dobivenog Anexata. Kontrola dregerovim uređajem ustanovila je količinu alkohola u dahu od 1,67 promila. Navodi da zadnjih par mjeseci često pije, skoro svaki dan. Iznosi da je popila oko 1 l crnog vina, 6 tbl Normabela od 5 mg, 10 tbl Rivotrila od 0.5 mg te iznosi da je tablete nabavila „na crno.“ Na pitanja odgovara usporeno, nesigurna je, vremenski i prostorno orijentirana, psihomotorno usporena te verbalizira da se htjela ubiti. Pacijentica se nakon toga zaprima na Odjel za psihijatriju u jedinicu za psihodijagnostiku i liječenje.

Pacijentica nakon stabilizacije od nekoliko sati postaje verbalno i fizički agresivna prema osoblju, psihomotorno nemirna, agitirana. Traži da je se otpusti iz bolnice, prijeti da će se ubiti. Počinje bacati stvari po bolesničkoj sobi. Pacijenticu se fizički sputava fiksatorima za krevet te joj se daje Haloperidol amp. 5 mg i Diazepam amp. 10 mg parenteralno. Po aplikaciji terapije se psihomotorno smiruje te nakon tri dana dobivanja parenteralne terapije, postaje suradljivija te pristaje uzimati oralnu terapiju. U kasnijem tijeku se doza lijekova prilagođava shodno njenom psihofizičkom statusu.

Iz anamneze se saznaje da ima supruga ali da ima osjećaj da joj ne pruža dovoljno pažnje, potpore i zaštite u skladu s njenim očekivanjima. Navodi da je on sada na nju ljut. To je jedan od razloga zbog kojeg je željela počiniti samoubojstvo. Prije se nikad nije samoozljeđivala. Zapravo se ni sada ne sjeća detalja od dana kada je hospitalizirana na odjelu psihijatrije. Priznaje da već neko vrijeme razmišlja o tome da poćini suicid. Ima osjećaj da joj se posložilo više stvari koje su kod nje izazvale opisane događaje. Boji se da je suprug želi napustiti, ne može se s tim nositi, niti to može prihvatiti. Pacijentica u više nevrata, kod više obavljenih razgovora za vrijeme hospitalizacije na psihijatrijskom odjelu, iznosi da nije zadovoljna s sa svojim životom. Izjavljuje da se kao lićnost osjeća slaba, neizgrađena te da se ne može nositi s problemima. Sama je primijetila da za svoje odluke dosta traži podršku iz svoje bližnje okoline. Opisuje svoje promjene u raspoloženju, često se osjeća tjeskobno i tužno, nekad ima osjećaj da je nitko ne razumije i da nikome od njenih bližnjih nije stalo do nje, a samim time se javlja osjećaj praznine. Od rane adolescencije je u psihijatrijskom tretmanu vezano za anoreksiju i bulimiju, nakon toga odlazi ambulantno na preglede i psihoterapiju kod psihijatra ovisno o svome stanju. Prije dva tjedna bila je u tretmanu kod privatnog psihijatra. Kod razgovora je usredotoćena na obiteljske odnose i probleme koje ima u odonosu sa suprugom.

Nakon šestog dana hospitalizacije pacijentica je psihomotorno mirna, suradljiva, bez sumanutih interpretacija. Distancira se i negira suicidalne ideje i promišljanja, te se zaprima na otvoreni psihijatrijski odjel na jedinicu za socijalizaciju i rehabilitaciju. Uključuje se u grupu dnevne bolnice za alkoholizam i druge ovisnosti te u socioterapijski grupni tretman na psihijatrijskom odjelu, uključuje se u radnu terapiju te u redovnu grupnu terapiju sa socijalnom radnicom psihijatrijskog odjela. Tretman liječenja se nastavlja uz uzimanje propisane medikamentozne terapije do stabilizacije stanja.

Terapija:

Diazepam (Apaurin) tbl. 10 mg 0-1/2-0 per os (u slučaju uznemirenosti po potrebi)

Kvetiapin tbl. 25 mg 1-1-3 tbl. per os

Nakon petnaestog dana hospitalizacije na psihijatrijskom odjelu, pacijentica se uz pratnju supruga otpušta s odjela uz preporuku za uzimanjem propisane terapije i nastavkom tretmana u KLA.

5. ZAKLJUČAK

Liječenje i psihijatrijski pristup osobama s poremećajem osobnosti predstavlja veliki izazov. Ovisno o kliničkoj slici, kod liječenja se primjenjuju psihofarmakološke metode i uključuju lijekovi poput antidepresiva, antipsihotika te stabilizatora raspoloženja. U liječenju se također primjenjuju individualna i grupna, psihodinamska i kognitivna psihoterapija. Obzirom da poremećaj osobnosti u osnovi predstavlja trajne i duboko ukorijenjene obrasce pojedinca, rezultati liječenja su često upitni. Važnu ulogu u liječenju pacijenata s dijagnosticiranim poremećajem osobnosti, ali i kod ostalih psihijatrijskih poremećaja, ima prvostupnica sestrinstva. Kvalitetnim i profesionalnim pristupom osobama kod kojih je dijagnosticiran neki od poremećaja osobnosti uvelike se može pridonijeti njihovoj kvaliteti života. Medicinske sestre koje rade s psihijatrijskim pacijentima trebaju imati znanja o psihičkom životu i psihopatološkim zbivanjima oboljelih te o utjecaju bolesti na njihovu osobnost. One po opisu svoga posla provode najviše vremena s pacijentima. Da bi uspostavile pravilni terapijski i komunikacijski odnos s psihijatrijskim pacijentima, moraju stalno analizirati kako njihovo ponašanje i njihova osobnost utječu na pacijente. Često moraju razmišljati i preispitivati svoje ponašanje te njegov utjecaj na druge. Ne smiju zanemariti razgovore s ostalim članovima psihijatrijskog tima, svakodnevno raditi na sebi i educirati se kroz cijeli svoj radni vijek. Također trebaju imati dobro razvijene opažajne i komunikacijske vještine. U njihovom radu je uspostavljanje odnosa povjerenja i iskrenosti s pacijentom od izuzetne važnosti. Odnos medicinske sestre s pacijentom treba težiti pomaganju i izlječenju istog. Kroz empatiju, profesionalnost, dobrim komunikacijskim sposobnostima, stvaranjem odnosa povjerenja i međusobnog uvažavanja medicinska sestra, uz ostale članove psihijatrijskog tima, ima nezamjenjiv značaj.

6. SAŽETAK

Poremećaj osobnosti nije tipična psihijatrijska dijagnoza kao ostale psihijatrijske bolesti. Kod poremećaja osobnosti dominiraju neke od osobina osobnosti. Normalne karakteristike ljudske osobnosti postaju dominantne i ekstremno izražene do te mjere da dolazi do disfunkcije i slabije prilagodbe u društvu kao i problema u interpersonalnim odnosima. U tom trenutku možemo govoriti o poremećaju osobnosti. Kroz cijelu povijest postavlja se pitanje koja je granica između normalne i patološke osobnosti. Postoje dva pristupa kada je u pitanju postavljanje dijagnoze poremećaja osobnosti, a to su MKB-10 te DSM-5. Postavljanje pravilne dijagnoze bitno je kod svake bolesti pa tako i kod poremećaja osobnosti, a samim time potrebno je prilagoditi pristup da se dođe do pravilne metode liječenja. Kod poremećaja osobnosti se preporučuju razne psihijatrijske metode. Psihoterapija kao najbitnija metoda ima najbolje rezultate kod liječenja ovih poremećaja, a farmakoterapija koja se propisuje uz psihoterapiju pomaže u liječenju ostalih popratnih komorbiditeta. Uz psihijatra, veliku ulogu u liječenju osoba s ovim poremećajima imaju i medicinske sestre na psihijatrijskom odjelu. Pravilni pristup i prepoznavanje potencijalnih sestrinskih, ali i medicinskih, problema uvelike mogu pridonijeti njihovom sprječavanju i liječenju.

Ključne riječi: poremećaji osobnosti, liječenje, medicinska sestra

7. SUMMARY

Personality disorders do not belong to typical psychiatric diagnoses as other psychiatric diseases. Personality disorders are dominated by certain personality traits. Normal traits become dominant and extremely expressed, to that measure that persons become dysfunctional and less strong when it comes to adapting to society, which consequently leads to problems in interpersonal relationships. In that sense, we can talk about personality disorders. Throughout history the issue of the difference between normal and pathological personalities has been raised. There are two approaches in establishing the personality disorder diagnosis and they are MKB-10 and DSM-5. To make the right diagnosis is important for all diseases, and therefore for personality disorders, too. Consequently, it is important to modify the approach to come to the right treatment. Various psychiatric methods are recommended for personality disorders. Psychotherapy as the most significant method has the best results when it comes to treating the disorders, whereas pharmacotherapy which is prescribed along psychotherapy supports the treatment of other accompanying comorbidities. Not only psychiatrists, but also nurses at the psychiatric department, play an important role in the treatment of persons suffering from those disorders. The right approach, and the understanding of potential nursing, but also medical, problems can highly contribute to their prevention and treatment.

Keywords: personality disorders, treatment, nurse

8. LITERATURA

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.(DSM-5)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Američka psihijatrijska udruga (2014.) *Dijagnostički statistički priručnik za duševne poremećaje* [5. izdanje]. Naklada Slap.

Bateman, A., Gunderson, J. i Mulder, R. (2015) *Treatment of personality disorder*. 2015. 735-743. [Online] Dostupno na:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673614613945>

[Pristupljeno: 20.05.2022].

Begić, D. (2014.) *Psihopatologija*. Drugo izdanje. Zagreb: Medicinska naklada

Bertsch, K. i Herpertz S. C. (2018) Personality Disorders, Functioning and Health. *Psychopathology*. 51(2), 69–70.

Carpenito, L.J. (2013) *Nursing Diagnosis*. Četrnaesto izdanje. Philadelphia, Pennsylvania. SAD: Lippincott Williams & Wilkins.

Čuržik, D., i Jakšić, N. (2012). 'Patološki narcizam i narcistični poremećaj ličnosti - pregled suvremenih spoznaja', *Klinička psihologija*, 5(1-2), str. 21-36. [Online] Preuzeto s: <https://hrcak.srce.hr/158520> [Datum pristupa: 27.06.2022.]

DeYoung, C. G. (2010) Personality Neuroscience and the Biology of Traits. *Social and Personality Psychology Compass*. 4(12):1165–1180.

French, J.H. i Shrestha S. (2019) *Histrionic personality disorder*. StatPearls Publishing [Online]. [pristupljeno 23.05.2020.] Dostupno na:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542325/>

Fučkar, G. (1995.) *Proces zdravstvene njege*. Zagreb: Medicinski fakultet.

Hrvatska komora medicinskih sestara. [Online] Dostupno na: http://www.hkms.hr/data/1316431477_292_mala_kompetencije_18062011_kompletno.pdf [Pristupljeno: 15. lipnja 2022]

Horvat, A. (2015.) *Granični poremećaj ličnosti*. [Online] Dostupno na:

<https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:021180> [Pristupljeno: 19. svibnja 2022]

Jakšić, N. i Čuržik, D. (2012.) Antisocijalni poremećaj ličnosti i psihopatija – pregled suvremenih spoznaja. *Socijalna psihijatrija*. 40, 57-68.

Jendričko, T. (2015.) Narcistički poremećaj ličnosti. [Online] Dostupno na: <https://www.zdravobudi.hr/clanak/psihijatrija/narcisticni-poremecaj-licnosti-1-dio-16923> [Pristupljeno: 20. svibnja 2022]

Neeb, K. (2001) *Mental Health Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company. Second Edition.

Karabegović, M. (2013.) *Velikih pet dimenzija ličnosti - gdje ih prepoznajemo usvakodnevnom životu*. [Online] Dostupno na: <http://www.istrazime.com/psihologija-licnosti/velikih-pet-dimenzija-licnosti-gdje-ih-prepoznajemo-u-svakodnevnom-zivotu/> [Pristupljeno: 20 svibnja 2022]

Karlović, D. i sur. (2019.) *Psihijatrija*. Zagreb: Naklada slap.

Klarica, A. (2020.) *Psihodinamika i epigenetika poremećaja ličnosti i poremećaja hranjenja*. [Online] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:967776> [Pristupljeno: 14.05.2022].

Maljuna, I., Ostojić, D. i Jendričko, T. (2019.) Psihosocijalni aspekti graničnog poremećaja osobnosti. *Ljetopis socijalnog rada* 2019., 26 (2), 213-234.

Marčinko, D. i sur. (2015.) *Poremećaji ličnosti: stvarni ljudi, stvarni problemi*. Zagreb: Medicinska naklada.

Poslon, T. (2021.) Antisocijalni poremećaj ličnosti i psihopatija. *Časopis studenata psihologije*. 4(1), str. 22-37. [Online] Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/264254> [Pristupljeno: 18.05.2022].

Samuels, J. (2011) Personality disorders: Epidemiology and public health issues, *International Review of Psychiatry*, 23(3), 223-233, DOI: [10.3109/09540261.2011.588200](https://doi.org/10.3109/09540261.2011.588200) [Online] Dostupno na: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09540261.2011.588200> [Pristupljeno: 10. svibnja 2022].

Sedić, B. (2007.) *Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.

Skodol, A. (2018). *Shizoidni poremećaj osobnosti*. MSD priručnik za liječnike. [Online] Dostupno na: <https://hemed.hr/Default.aspx?sid=12620> [Pristupljeno: 20.05.2022].

Šepec, S. (2011.) *Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege*. Hrvatska komora medicinskih sestara. [Online] Dostupno na: http://www.hkms.hr/data/1316431477_292_mala_kompetencije_18062011_kompletno.pdf [Pristupljeno: 25. svibnja 2022]

Šimičić, D. (2018.) *Usporedba shizotipnog poremećaja ličnosti i shizofrenije*. Dostupno na: <urn:nbn:hr:142:199160> [Pristupljeno: 20.travnja 2022]

Švarc, P. (2015) *Diferencijalna dijagnostika i liječenje opsesivno kompulzivnog poremećaja*. [Online] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:004086> [Pristupljeno: 19.svibnja 2022]

POPIS POKRATA I KRATICA

per os - preko usta

i.v. – intravenozno

tbl. - tableta

OHBP - objedinjeni hitni bolnički prijem

EEG - elektroencefalografija

DSM - dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje

MKB - međunarodna klasifikacija bolesti

KLA - klub liječenih alkoholičara

MUP - ministarstvo unutarnjih poslova

SMP - sestrinsko-medicinski problem

SP – sestrinski problem

OB - opća bolnica

HA - heteroanamneza

POPIS SLIKA I TABLICA

Slika 1. Prikaz pet faktorskog modela osobnosti	2
Tablica 1 Podjela i vrsta poremećaja osobnosti prema suvremenim klasifikacijama	8