

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA
MEJNA OSEBNOSTNA MOTNJA IN ZGODNJE
IZKUŠNJE V OTROŠTVU

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

Mejna osebnostna motnja in zgodnje izkušnje v otroštvu

(Borderline Personality Disorder And Early Childhood Experiences)

Ime in priimek: Hana Skrt

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc

Koper, september 2015

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Hana SKRT

Naslov zaključne naloge: Mejna osebnostna motnja in zgodnje izkušnje v otroštvu

Kraj: Koper

Leto: 2015

Število listov: 43

Število referenc: 96

Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc

Ključne besede: Osebnostna motnja, mejna osebnostna motnja, mejna osebnostna organizacija, izkušnje v otroštvu, navezanost, travma, starševstvo

Izveček: Mejna osebnostna motnja je pogosta in kompleksna motnja. Za osebe, ki zanjo trpijo, je značilno, da imajo težave na področju medosebnih odnosov. Mejna osebnostna motnja povzroči napačno dojetje samega sebe ter težje nadziranje čustev in impulzov. K nastanku bolezni lahko prispevajo različni dejavniki. Pregled literature je pokazal, da so številne študije ugotovile povezavo med genetskimi in biološkimi faktorji ter nastankom mejne osebnostne motnje. Prav tako pa na njen nastanek vplivajo zgodnje izkušnje v otroštvu, na katere smo se v diplomski nalogi bolj osredotočili. Pri tem smo ugotovili, da so ne-varna navezanost, inhibicija procesa mentalizacije, zlorabe ter neustrezno družinsko okolje mogoči dejavniki za razvoj mejne osebnostne motnje.

Key words documentation

Name and SURNAME: Hana SKRT

Title of the final project paper: Borderline Personality Disorder And Early Childhood Experiences

Place: Koper

Year: 2015

Number of pages: 43

Number of references: 96

Mentor: Assist. Prof. Gregor Źvelc, PhD

Keywords: personality disorder, borderline personality disorder, borderline personality organization, childhood experiences, attachment, mentalization, trauma, parenting

Abstract: Borderline personality disorder is a common and complex disorder. The core symptom of borderline personality disorder are difficulties in personal relationships. Individuals who suffer from this disorder usually exhibit distortions in the way they think about themselves. They also tend to be emotionally unstable and often act on impulse. There are different factors that contribute to the development of borderline personality disorder. Literature review showed that a lot of studies found a connection between genetic and biological factors and borderline personality disorder. There also exist a lot of studies that consider early childhood experiences as main reasons for the development of this disorder. In our thesis we focused precisely on the latter. Studying childhood experiences we found out that insecure attachment, inhibition of mentalization, traumas and inappropriate family environment are possible factors for borderline personality disorder development.

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju dr. Gregorju Žvelcu za pomoč in koristne nasvete pri pisanju zaključnega dela.

Zahvaljujem tudi asist. mag. Vesni Jug, ki mi je prav tako pomagala pri izdelavi končne podobe zaključne naloge.

Zahvala gre seveda tudi moji družini in prijateljem, ki so mi stali ob strani ter me spodbujali.

KAZALO VSEBINE

1 UVOD.....	1
2 OSEBNOST.....	2
3 MOTNJE OSEBNOSTI.....	3
4 MEJNA OSEBNOSTNA MOTNJA	4
4.1 Klinična slika.....	4
4.2 Kriterij	5
4.3 Kratka zgodovina	5
4.5 Pogostost in komorbidnost.....	6
4.5.1 Pogostost.....	6
4.5.2 Komorbidnost.....	6
4.6 Kernbergov model (mejna osebnostna organizacija).....	7
4.7 Vzroki nastanka (etiologija).....	8
4.7.1 Biološki faktorji (dednost, geni in nevrologija)	9
4.7.2 Okoljski in psihološki faktorji.....	10
5. IZKUŠNJE V OTROŠTVU IN MEJNA OSEBNOSTNA MOTNJA	11
5.1 Psihoanaliza in mejna osebnostna motnja	11
5.1.1 Teorija Otta Kernberga	11
5.1.2 Teorija Adlerja in Buiea	12
5.1.3 Teorija Mastersona	13
5.2 Teorija navezanosti in mejna osebnostna motnja.....	13

5.2.1 Stili navezanosti v otroštvu	14
5.2.2 Stili navezanosti v odraslosti	15
5.2.3 Stili navezanosti in mejna osebnostna motnja	17
5.2.4 Dezorganizirana navezanost in mejna osebnostna motnja	19
5.3 Mentalizacija in mejna osebnostna motnja	20
5.4 Zlorabe v otroštvu in mejna osebnostna motnja.....	22
5.4.1 Empirični dokazi o povezavi med zlorabo v otroštvu in nastankom mejne osebnostne motnje	23
5.5 Izguba starša in ločitev od starša	25
5.6 Značilnosti staršev oseb z mejno osebnostno motnjo	25
6. SKLEPI.....	27
7. LITERATURA	29

1 UVOD

Mejna osebnostna motnja (MOM) je opredeljena kot prežemajoč vzorec nestabilnosti na področju medosebnih odnosov, samopodobe in občutij ter močno opazne impulzivnosti, ki se pojavi v zgodnji odraslosti ter se manifestira na različne načine (DSM-V, 2013). Nestabilnost v medosebnih odnosih velikokrat povzroča težave v družinskih odnosih, na delu, v dolgoročnem načrtovanju ter pri posameznikovem občutku identitete (Jackson in Westbrook, 2009). Obstaja deset klasificiranih motenj osebnosti, med katerimi je mejna osebnostna motnja najbolj pogosta, najbolj kompleksna, najbolj preučevana ter zagotovo ena izmed najbolj pogubljenih motenj osebnosti (Gundersen, 2011). MOM je duševna motnja, ki si zasluži pozornost in zdravljenje. Osebe, ki trpijo za to motnjo, namreč doživljajo čustveno bolečino na različnih področjih, vključujoč tesnobo, žalost, depresijo, sram, krivdo, praznino in osamljenost (Krawitz in Jackson, 2008). Vzroki za nastanek mejne osebnostne motnje so kompleksni in še ne popolnoma pojasnjeni. K nastanku bolezni lahko prispevajo genetski dejavniki, konstitucijske značilnosti, nevrološke in nevropsihološke nepravilnosti pri čustveni regulaciji in stresu ter zlorabe v otroštvu in dezorganiziran vzorec navezanosti (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009).

Namen diplomske naloge je predstaviti mejno osebnostno motnjo ter njen nastanek. Pri tem se bomo osredotočili na pomen zgodnjih izkušenj v otroštvu, ki pomembno vplivajo na razvoj osebnosti pri otroku. Mejno osebnostno motnjo ter vpliv zgodnjih izkušenj bomo predstavili preko koncepta navezanosti v otroštvu, vpliva zgodnjih travm oziroma zlorabe ter drugih negativnih interakcij, ki so jih bolniki z MOM imeli kot otroci s svojimi starši.

2 OSEBNOST

Osebnost je relativno trajna in edinstvena celota duševnih, vedenjskih in telesnih značilnosti posameznika (Musek, 1993).

Po osebnostnih značilnostih se ljudje med seboj razlikujejo, hkrati pa se prav po teh značilnostih prepoznavajo. Osebnostne lastnosti so namreč tiste, ki dajejo posameznemu človeku enkratno in neponovljivo istovetnost, po njih pa lahko prav tako predvidevamo, kako se bo neka oseba v določeni situaciji obnašala. To pa tudi pomeni, da so osebnostne značilnosti, kljub nenehnim spremembam v okolici, dokaj stabilne (Tomori in Zihel, 1999). Formacija osebnosti se nanaša na proces, v katerem posameznik postane individuuum. Gre torej za proces, kjer oseba razvije stabilne in trajne vzorce mišljenja, občutenja in vedenja. Ti vzorci so adaptacija tako na notranje zahteve, kakor na zunanje zahteve konformiranja in socializacije (Gerson, 1993).

3 MOTNJE OSEBNOSTI

Vsak človek ima osebnost; trajne vzorce zaznavanja, vedenja in razmišljanja o okolju ter o samem sebi. V primeru, ko so ti vzorci nefleksibilni, slabo prilagodljivi in povzročajo pomembne motnje v delovanju ali distress, konstituirajo osebnostno motnjo (Gundersen, 2011).

Osebnost je dokaj stalna, vendar se lahko zaradi različnih življenjskih izkušenj razvija. Ko dozorimo, se način mišljenja, naši občutki in vedenje nekoliko spremenijo. Pretekle izkušnje nas namreč izučijo, kako prilagoditi vedenje, da lažje upravljamo svoje življenje. Osebam z motnjami osebnosti je to težje doseči. Njihovi vzorci mišljenja, občutij in vedenj so težje spremenljivi, prav tako pa imajo omejen razpon emocij in vedenj, s katerimi se lahko spoprimejo z vsakdanjim življenjem (Darton, 2013).

DSM-V (2013) definira osebnostne motnje kot trajni vzorec notranjega izkustva in vedenja, ki pomembno odstopa od pričakovanj kulture, ki ji posameznik pripada. Ta vzorec se manifestira na vsaj dveh od naslednjih področij: kogniciji, čustvovanju, medosebnem funkcioniranju ter kontroli impulzov. Ta vzorec je nefleksibilen in prodoren v različnih osebnih in socialnih situacijah. Trajni vzorec vodi do klinično pomembnega distressa ali motenj na socialnem, delovnem ali drugih pomembnih področjih delovanja. Vzorec je stabilen in traja dolgo časa. Nastopi lahko že v adolescenci ali pa vsaj v zgodnji odraslosti. Vzrok ni manifestacija ali posledica katere izmed drugih duševnih bolezni. Trajni vzorec prav tako ni posledica direktnega fiziološkega učinka substanc (drog, zdravil) ali splošnega bolezenskega stanja.

DSM-V (2013) navaja deset klasificiranih osebnostnih motenj, ki so na podlagi opisnih značilnosti razdeljene v tri večje razrede. V razred A (čudaškost/ekscentričnost) spadajo paranoidna, shizoidna in shizotipska motnja osebnosti. V razred B (dramatičnost/impulzivnost) prištevamo antisocialno, mejno, histrionično in narcisistično osebnostno motnjo, v razred C (tesnoba/strah) pa spadajo izogibajoča, odvisnostna in obsesivno-kompulzivna motnja osebnosti (Angstman in Rasmussen, 2011).

Razred B, kamor spada tudi mejna osebnostna motnja (MOM), je opredeljen z dramatičnimi in nepredvidljivimi vzorci navezovanja vezi z drugimi osebami. Vzrok za to so težave pri reguliranju čustvenih stanj in vedenj (American Psychiatric Association, 2000, po Burnette, South in Reppucci, 2007).

4 MEJNA OSEBNOSTNA MOTNJA

Živeti življenje, podobno mehiški nadaljevanki, je živeti življenje z mejno osebnostno motnjo (Millon, 2004).

4.1 Klinična slika

Mejna osebnostna motnja (MOM) je duševna bolezen, ki človeku oteži, da bi se v medosebnih odnosih počutil varnega. Prav tako povzroči napačno dojetje samega sebe ter težje nadziranje čustev in impulzov. Osebe z mejno osebnostno motnjo lahko na različnih področjih (delo, družina, družabno življenje) doživljajo distres, pride pa lahko tudi do samo-poškodovanja (National Health and Medical Research Council, 2013).

Medtem ko pri osebi z depresijo ali bipolarno motnjo določeno razpoloženje ponavadi traja več tednov, pa oseba z MOM izkusi intenzivna občutja jeze, depresije ali anksioznosti, ki trajajo le nekaj ur ali nekaj dni. V tem času se lahko pojavijo epizode impulzivne agresije, samo-poškodovanja ter zlorabe drog in alkohola (National Institute of Mental Health, 2001). Osebe z mejno osebnostno motnjo svojo jezo velikokrat stresejo prav nad ljudi, ki so jim najbližje (Kreisman in Straus, 2010). MOM povzroči, da imajo te osebe zelo nestabilne medosebne odnose. Čeprav lahko razvijejo močno navezanost, so te vezi večinoma zelo burne. Njihovo obnašanje do najbližjih ter ljubljenih oseb se spreminja od idealizacije (močne ljubezni in občudovanja) pa do jeze in razočaranja. Sprememba se po navadi pojavi, ko pride do manjšega konflikta ali kratke separacije z ljubljeno osebo. Osebe z MOM so zelo občutljive glede zavrnitve, na katero se odzovejo z jezo in distresom (National Institute of Mental Health, 2001). Zavrnitev vzamejo kot dokaz o tem, da so sami slabe osebe. Strahovi zaradi zavrnitve so povezani s tem, da ne prenesejo biti sami, ter s potrebo po tem, da morajo vedno imeti nekoga ob sebi. Burna prizadevanja, da bi se izognili temu, da jih ljudje zavrnejo, lahko vključujejo tudi samo-poškodovanje, impulzivna dejanja ter celo samomorilna vedenja (DSM-V, 2013). Motnje v kogniciji ter v zaznavanju samega sebe vodijo pri osebah z MOM do nenehnih sprememb v dolgoročnih načrtih. Prav tako pa se velikokrat vidijo kot slabe in nevredne, zdi se jim, da so narobe razumljene ali da se z njimi grdo ravna (National Institute of Mental Health, 2001). Pogosto se počutijo nemočne in prazne, zanje pa so značilne tudi motnje identitete (Kreisman in Straus, 2010).

4.2 Kriterij

DSM-V (2013) opredeljuje mejno osebnostno motnjo kot prežemajoč vzorec nestabilnosti v medosebnih odnosih, samopodobi ter občutjih in močno opazne impulzivnosti, ki se pojavi v zgodnji odraslosti. Manifestira se v vsaj petih od naslednjih področij;

1. Burno prizadevanje za izognitev realni ali namišljeni zapustitvi
2. Vzorec nestabilnih in intenzivnih medosebnih odnosov, ki so opredeljeni z izmenjavo med ekstremom idealizacije ter ekstremom razvrednotenja
3. Motnja identitete: opazna in obstojno nestabilna samopodoba ali občutek jaza
4. Impulzivnost na vsaj dveh področjih, ki sta potencialno samo-ogrožajoči (prekomerno zapravljanje, zloraba drog, neodgovorna vožnja, prenajedanje itd.)
5. Ponavljajoče se samomorilno vedenje, kretnje, grožnje ter ponavljajoče se samo-poškodovanje
6. Čustvena nestabilnost zaradi opazne reaktivnosti razpoloženja (intenzivna epizodična disforija, razdražljivost ali anksioznost, ki ponavadi traja nekaj ur, le občasno nekaj dni)
7. Kronični občutek praznine
8. Neprimerna, intenzivna jeza ali težave z obvladovanjem jeze (konstanten občutek jeze, ponavljajoči se fizični napadi)
9. Prehodne s stresom povezane paranoidne misli ali hudi disociativni simptomi

4.3 Kratka zgodovina

Uporabo termina »mejna osebnost ali *borderline* osebnost« je prvi predlagal Adolph Stern leta 1938 (Stern 1938, po Lieberman, 2004). Opisal je skupino pacientov, ki niso spadali ne v nevrotično skupino ne v psihotično skupino, ter za njih uporabil prav besedo »borderline«. S terminom je želel poudariti, da je za to skupino pacientov značilno, da mejijo na druge motnje (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009).

Skupina ljudi, ki so odstopali od tedanjih mej psihoterapije in niso spadali v nevrotično ali psihotično skupino, je postala bolj prepoznavna v zgodnjih petdesetih letih devetnajstega stoletja, kot rezultat člankov na to temo, ki jih je objavil Robert Knight (Gunderson & Links, 2008). Tako Stern kot Knight sta opisala pojav, ko pride pri nekaterih pacientih v nestrukturiranih situacijah do regresije na »borderline shizofrenijo«. Naslednji korak v razvoju MOM predstavlja leto 1967, ko je psihoanalitik Kernberg »borderline« definiral

kot srednjo raven osebnostne organizacije, ki na eni strani meji na psihotično organizacijo osebnosti (sem spadajo bolj bolni pacienti), na drugi strani pa na nevrotično organizacijo osebnosti, kamor spadajo bolj zdravi pacienti. Prvo empirično raziskavo o pacientih z MOM je v šestdesetih letih opravil Grinker, leta 1980 pa je diagnoza mejne osebnostne motnje postala uradna z objavo v DSM III (Gunderson, 2009).

4.5 Pogostost in komorbidnost

4.5.1 Pogostost

Mejna osebnostna motnja je zagotovo ena izmed najbolj pogostih psihiatričnih diagnoz. Ali je to odraz dejanske pogoste pojavnosti motnje, njene popularnosti ali pa le nespecifičnega diagnostičnega kriterija, ni jasno. Zaradi variabilnosti kriterijev ter postopkov, ki so uporabljeni v psihodiagnostičnih študijah, je pojavnost težko določiti (Tasman, Hales in Frances, 1989).

Grant idr. (2008) so opravili večjo študijo, v kateri so preučevali nacionalno reprezentativne vzorce o pogostosti, socio-demografskih korelacijah, invalidnosti ter komorbidnosti mejne osebnostne motnje med moškimi in ženskami. Opravili so intervjuje s 34.653 odraslimi, ki so sodelovali pri NESARC (Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions). V študiji so pojavnost mejne motnje osebnosti ocenili na 5,9 %, kjer niso ugotovili razlik v pojavnosti motnje med moškimi (5,6 %) in ženskami (6,2 %). Avtorji so iz raziskave zaključili, da se MOM v splošni populaciji pojavlja veliko pogosteje, kot so do tedaj mislili. Rezultati so prav tako pokazali, da se MOM pogosteje pojavlja pri avtohtonih Američanih, mlajših odraslih, ki so ločeni ali ovdoveli, in pri posameznikih z nižjo stopnjo izobrazbe.

DSM-V (2013) pa navaja naslednje podatke o pojavnosti MOM: pojavnost mejne osebnostne motnje v populaciji je ocenjena na 1,6 %, vendar bi ta številka lahko bila tudi višja – 5,9 %. Pogostost mejne osebnostne motnje pri pacientih v primarni oskrbi je ocenjena na približno 6 %, v 10 % se motnja pojavlja med posamezniki v ambulantni oskrbi, v 20 % pa se MOM pojavlja med posamezniki v psihiatrični oskrbi. Čeprav za MOM zbolijo tudi moški, so pacienti predvsem ženske.

4.5.2 Komorbidnost

Eden izmed problemov pri obravnavi in zdravljenju pacientov z MOM je ta, da le malo oseb izkazuje čiste klinične simptome brez so-pojavnosti (komorbidnosti) drugih motenj. Simptomi, ki se pojavijo zaradi drugih motenj, velikokrat prispevajo k temu, da zdravnik

zgreši diagnozo mejne osebnostne motnje (Biskin in Paris, 2009). Prav tako pa MOM prispeva k nastanku drugih motenj (Kreisman in Straus, 2010).

Skupaj z MOM se velikokrat pojavljata bipolarna motnja in depresija (DSM-V, 2013), pa tudi motnje psihotičnega spektra ter ostale osebnostne motnje (Jackson in Westbrook, 2009).

Zanarini idr. (1998) so prišli do rezultatov, da naj bi več kakor 90 % oseb z MOM, ki so sodelovali v študiji, trpelo tudi za motnjami razpoloženja, nekaj manj kot 90 % udeležencev pa naj bi poleg MOM trpelo še za anksioznimi motnjami. Natančneje, približno polovica udeležencev je bila poleg MOM diagnosticirana še za panično motnjo, socialno fobijo ali posttravmatsko stresno motnjo. Približno tretjina jih je ustrezala diagnozi splošne fobije, šestina pa jih je poleg MOM trpela še za agorafobijo, obsesivno-kompulzivno motnjo in generalizirano anksiozno motnjo.

Loas idr. (2013) so v svoji študiji ugotavljali komorbidnost MOM z motnjami druge osi pri najstnikih. Rezultati so pokazali, da imajo obsesivno-kompulzivna (35,2 %), antisocialna (22,4 %), izogibajoča (21,2 %), odvisnostna (11,8 %) in paranoidna (9,4 %) osebnostna motnja pomembno so-pojavnost z mejno osebnostno motnjo. Čeprav med spoloma ni bilo pomembnih statističnih razlik, pa so opazili, da se antisocialna motnja nekoliko pogosteje pojavlja pri moških (45,5 %) kot pri ženskah (19 %).

4.6 Kernbergov model (mejna osebnostna organizacija)

Kernbergova teorija objektivnih odnosov, še posebej njegovo raziskovanje mejne osebnostne organizacije, je v zadnjih letih postala zelo vplivna v psihološki in psihiatrični skupnosti (Christopher, Bickhard in Lambeth, 2001).

Konstrukt mejne osebnosti je Kernberg opisal s psihoanalitičnega vidika (Gunderson in Links, 2008), z vidika psihologije ega in teorij objektivnih odnosov (Žvelc, 2011). Med seboj je poskusil povezati različne vrste motenosti. Menil je, da sta vrsta in teža določene motnje odvisni od stopnje popačenosti procesa ponotranjenja, ki se zgodi v prvih letih življenja (Kernberg, 1992, po Praper, 1996). Osebnostne motnje je opisal kot sklop patoloških potez osebnosti, ki so tako zelo močne, da privedejo do motenj v delovanju intra in/ali interpsihičnega sistema (Kernberg, 1986, po Benedik, 2000).

Kernbergov klasifikacijski sistem osebnostnih motenj se pomembno razlikuje od tistega v DSM-V (Christopher, Bickhard in Lambeth, 2001). Temelji namreč na dimenziji resnosti

(stopnji resnosti motnje), kjer osebnostne motnje variirajo od psihotične, preko mejne, do nevrotične osebnostne organizacije (Kernberg 1976, po Kernberg 2004).

Kernberg je med seboj ločil tri osebnostne organizacije, in vsaka od njih je bila povezana z določeno stopnjo razvoja objektnih odnosov (Žvelc, 2011). Težje patologije spadajo med psihotično osebnostno organizacijo, srednji nivo predstavlja mejna osebnostna organizacija, lažje patologije pa spadajo v nevrotično osebnostno organizacijo (Kernberg, 1986, po Benedik, 2000). Mejna osebnostna organizacija vključuje vse resnejše osebnostne motnje, ki se pojavljajo v klinični praksi. To so po navadi mejna, shizoidna, shizotipska, paranoična, hipomanična, narcisistična ter antisocialna osebnostna motnja (Kernberg, 2004).

Osebe z mejno osebnostno organizacijo so pod vplivom primitivnih in intenzivnih čustev, ki niso integrirane in ki jih ne morejo nadzirati. Take osebe ne postanejo le jezne, temveč so prepričane, da za njihovo jezo obstajajo upravičeni razlogi. Tak odziv kaže na to, da osebe trpijo za motnjo v regulaciji čustev in kognicije. Osebe z mejno osebnostno organizacijo imajo prav tako razpršeno identiteto, uporabljajo primitivne obrambne mehanizme, nekonsistentno ponotranjajo vrednote in imajo težave na področju spolnosti. Zelo slabo ocenjujejo realnost. Označujejo jih tudi slabi odnosi z drugimi. Najpomembnejši vidik mejne osebnostne organizacije pa je neintegriran koncept sebe ter pomembnih drugih, ki povzroča nekonsistentno identiteto (Clarkin, Yeomans in Kernberg, 2006).

Poleg razpršenosti identitete, primitivnih obrambnih mehanizmov in simptomatskih kriterijev (anksioznost, ki je kronična in difuzna, nevroza, pri kateri se kombinira več simptomov hkrati, seksualne deviacije, klasične predpsihotične osebnostne strukture, impulzivna nevroza in odvisnost ter karakterne motnje nižjega nivoja), Kernberg navaja še druge karakteristike, značilne za mejno organizacijo. To so nespecifične šibkosti ega, premik k primarnemu procesu mišljenja ter patologija ponotranjenih objektnih odnosov (Kernberg, 1975, po Žvelc, 2011).

4.7 Vzroki nastanka (etiologija)

Čeprav je mejna osebnostna motnja splošno sprejeta, pa je etiologija nastanka še vedno v procesu ugotavljanja (Zanarini, 1997).

Obstajata dva različna pogleda: prvi, ki je popularen med psihoterapevti in psihoanalitiki in poudarja zgodnje izkušnje (separacija-individualizacija, neprimerno starševstvo, travme in

navezanost), ter drugi, ki poudarja biološke faktorje (geni, temperament in možganske nepravilnosti) (Kernberg in Michels, 2009).

Vse moderne teorije pa se sedaj strinjajo, da je MOM posledica interakcije genetskih, socialnih in psiholoških faktorjev (Gundersen, 2011).

4.7.1 Biološki faktorji (dednost, geni in nevrologija)

Večina študij o MOM preučuje ter poudarja socialne in okoljske faktorje, ki sicer veliko prispevajo k razvoju MOM, vendar pa ne pojasnijo vseh variabilnosti. Genetski faktorji so dodatni dejavniki tveganja za razvoj motnje, ki jih preučujemo s pomočjo družinskih študij ter študij dvojčkov (Jackson in Westbrook, 2009).

Študije družin nakazujejo, da imajo sorodniki (po prvem kolenu) bolnika, ki trpi za MOM, več možnosti kakor drugi za to, da bodo izkazovali znake osebne motnje, še posebej mejne. Prav tako imajo ožji sorodniki bolnikov več možnosti, da bodo imeli razpoloženske in impulzivne motnje ter motnje zlorabe substanc (Sansone in Sansone, 2009). V študiji, ki so jo izvedli Reichborn-Kjennerud idr. (2013), so ugotovili 55% dednost mejne osebne motnje. Podobne rezultate (43,9% ali 58,6%, odvisno od metode ocenjevanja) so v družinski študiji ugotovili tudi Gunderson idr. (2011).

Največja študija dvojčkov, izvedena na Norveškem, je pokazala, da ima enojajčni dvojček osebe, ki trpi za MOM, 35 % možnosti, da prav tako trpi za omenjeno motnjo. Verjetnost, da jo ima dvojajčni dvojček osebe, pa je 7% (Torgersen idr. 2000, po Chapman in Gratz, 2007). Gena, ki ju povezujejo z nastankom MOM, sta med drugimi 5-HTT (Ni idr., 2006; Pscual idr., 2007) in monoaminska oksidaza A gen (Ni idr., 2007).

Študija, ki so jo opravili Paris idr. (2004), povezuje impulzivnost pri mejni osebni motnji z nenormalnim prenosom serotonina (Paris idr., 2004, po Osso, Berlin, Serati in Altamura, 2009). Z mejno osebno motnjo so prav tako povezali dopaminergični sistem (Friedel, 2004). Dopamin naj bi igral pomembno vlogo pri treh simptomih mejne osebne motnje, in sicer: motnjah čustvene regulacije, impulzivnosti ter motnjah pri zaznavi. Hiperaktivnost dopaminergičnega sistema naj bi vodila do hiperaktivnosti amigdale, ki povzroči motnje v čustveni regulaciji in negativne reakcije na socialne situacije (Friedel, 2004, po Osso, Berlin, Serati in Altamura, 2009). Grosjean idr. (2007) so z mejno osebno motnjo povezali tudi glutamin. Motnje v glutaminergičnem sistemu naj bi povzročale kognitivne okvare pri osebah z mejno osebno motnjo (Grosjean idr., 2007, po Osso, Berlin, Serati in Altamura, 2009).

Osebe, ki trpijo za MOM, kažejo povečan odziv amigdale na socialne in čustvene dražljaje (Donegan idr., 2003) ter zmanjšano aktivnost v predelih možganov, ki so odgovorni za racionalno mišljenje ter regulacijo čustev (Lis, Greenfield, Henry, Guile in Dougherty, 2007). Raziskave so prav tako pokazale okvaro anteriornega cingulatnega korteksa pri sintezi serotonina (Leyton idr., 2001, v Minzenberg, 2008).

4.7.2 Okoljski in psihološki faktorji

V zadnjih letih se je razumevanje etiologije osebnostnih motenj preusmerilo s poudarjanja zgolj notranjih karakteristik človeka na poudarjanje razvojnih dejavnikov (Millon, 1994, po Lyddon in Sherry, 2001).

Vzgoja v okolju, kjer sta prisotna zloraba ali zanemarjenje, bo pomembno vplivala na človekov psihološki razvoj. Zmanjšala bo njegove možnosti, da v odraslost vstopi s pričakovanimi psihološkimi spretnostmi, samospoštovanjem in samozavestjo. Številne osebe, ki trpijo za MOM, so bile v preteklosti žrtve fizične in spolne zlorabe oz. so jih starši zanemarjali ali čustveno prikrajšali (Krawitz in Jackson, 2008).

5. IZKUŠNJE V OTROŠTVU IN MEJNA OSEBNOSTNA MOTNJA

Mejna osebnostna motnja je kompleksna motnja, katere vzroki so prav tako kompleksni. Veliko različnih faktorjev se mora med seboj preplesti, da bi se pri posamezniku izrazila. Poleg genov, možganov in osebnosti lahko MOM povzročijo tudi nekatere življenjske izkušnje. Mejna osebnostna motnja tako ni le plod genov, s katerimi se je oseba rodila, temveč tudi plod izkušenj, ki jih je posameznik doživel v življenju (Champan in Gratz, 2007).

5.1 Psihoanaliza in mejna osebnostna motnja

Prvi poskusi obrazložitve etiologije mejne osebnostne motnje prihajajo iz psihoanalitične skupnosti. Zanarini omenja tri večje psihodinamične teorije, ki razlagajo nastanek motnje (Zanarini, 1997). Poudarjajo pomen interakcije med konstitucijskimi faktorji in vplivi iz okolja v začetku življenja (Kernberg in Caligor, 2005).

5.1.1 Teorija Otta Kernberga

Prvo izmed teorij je predlagal Otto Kernberg (Kernberg, 1975, po Zanarini, 1997). Kernberg (1976) pravi, da so posameznikove zgodnje izkušnje z drugimi shranjene v spominu in so tako ponotranjene. Ti spomini naj bi bili sestavljeni iz treh delov: samo-representacije, reprezentacije drugih in iz značilnosti čustvenih stanj, ki so posledica interakcije prvih dveh delov. Stopnja diferenciacije in integracije predstav o samem sebi ter o drugih predstavlja osebnostno organizacijo. Osnovna logika Kernbergove teorije je, da postanejo reprezentacije sebe in drugih med razvojem vedno bolj diferencirane in integrirane. Zrelejše in bolj integrirane reprezentacije omogočajo integracijo dobrega in slabega, pozitivnega in negativnega. Prav tako omogočajo obstoj ambivalence in nasprotij v samem sebi ter drugih (Kernberg, 1976, po Clarkin, Levy in Dammann, 2002).

Po Kernbergu je mejna osebnostna motnja močno motena stopnja osebnostne organizacije, definirana z obrambnim mehanizmom, ki se imenuje razcep (Kernberg, 1976, po Clarkin, Levy in Dammann, 2002). Prekomerna zgodnja agresija vodi do tega, da otrok loči svoje pozitivne in negativne predstave o sebi in materi (Kernberg, 1975, po Zanarini, 1997). Pri tem uporablja zgodnje oblike introjekcije, projekcije ter projekcijske identifikacije (Praper, 1999, po Žvelc, 2011). Razcep je primarni obrambni mehanizem, ki ga bolniki z mejno osebnostno motnjo velikokrat uporabljajo. Tehnično gledano je razcep toga ločitev med

pozitivnimi in negativnimi predstavami o sebi ter drugih, ki jih med seboj ne moreš združiti (Kreisman in Straus, 2010).

Kernbergov model razvoja selfa in objekta je razdeljen na pet različnih faz, ki opredeljujejo rast ponotranjenih enot objektnih odnosov. Razcep naj bi nastal zaradi motnje v razvoju med tretjo fazo, tj. diferenciacijo selfa od objekta. Razvojna naloga te faze je integracija libidnih in agresivnih reprezentacij selfa in objekta v bolj realen koncept selfa ter celostno objektno reprezentacijo. Med to fazo začne otrok integrirati self in objektno reprezentacije različnih čustvenih valenc. Dober in slab koncept selfa se združita v integriran koncept selfa, dober in slab koncept objektnih reprezentacij pa tvorita celostno objektno reprezentacijo (Christopher, Bickhard in Lambeth, 2001).

Pri otrocih, ki kasneje razvijejo mejno osebnostno motnjo, do procesa integracije selfa in objektnih reprezentacij ne pride (Clarkin, Yeomans in Kernberg, 2006). Namesto tega prehajajo med različnimi oblikami sedanjosti ter se popolnoma poistovetijo s trenutnim čustvenim stanjem. Rezultat tega se kaže kot trenutni razcep selfa, ki izključuje preteklost in prihodnost kot dimenziji konstantnosti objekta. Osebi z mejno osebnostno motnjo primanjkuje konstantnosti objekta v tem smislu, da ni zmožna ohraniti pozitivne slike o pomembnih drugih med začasno separacijo ali zavrnitvijo (Fuchs, 2007).

5.1.2 Teorija Adlerja in Buiea

Drugo teorijo o razvoju MOM sta razvila Adler in Buie, ki razlagata, da napake v zgodnjem materinstvu povzročajo neuspešen razvoj stabilne konstantnosti objektov (Adler in Buie, 1979, po Zanarini, 1997). Osebe z mejno osebnostno motnjo naj bi trpele zaradi občutka nepovezanosti, nepovezanega mišljenja, občutkov pomanjkanja integracije ter subjektivnega občutka, da izgubljajo nadzor nad selfom in drugimi fragmenti selfa. Primanjkuje jim sposobnost ponotranjenja različnih vidikov primarnih skrbnikov, kar jim onemogoča, da razvijejo povezan občutek selfa (Wilkinson-Ryan in Westen, 2000). Mati otroka, ki kasneje razvije mejno osebnostno motnjo, naj bi bila pri vzgoji nekonsistentna, neobčutljiva in naj ne bi kazala empatije. Otrok tako ni razvil doslednega koncepta selfa ter koncepta drugih, ki bi ga lahko uporabil v stresnih situacijah (Adler in Buie, 1979, po Zanarini, 1997). Ker osebam z MOM primanjkuje sposobnost, da si prikličejo mentalno reprezentacijo pomirjujočega drugega (ki je odziven, empatičen in zanesljiv), so ohromljeni z nestrpnostjo do samote. Ker so zelo težko sami, jim odleže le takrat, ko nekdo za njih dejansko skrbi in jih pomirja (Adler in Buie, 1979, v Gunderson, 1996).

5.1.3 Teorija Mastersona

Tretjo teorijo je predlagal Masterson, ki trdi, da je strah pred zapustitvijo glavni faktor mejne osebnosti (Masterson, 1972, po Zanarini, 1997). Prav tako poudarja vlogo faze separacije-individualizacije. Koncept procesa separacije-individualizacije kot normalne faze odnosa med materjo in otrokom je plod študij ego psihologije. Povzročil je povečano zanimanje za različne vzorce materinstva.

Masterson pravi, da se separacija pri bolniku z MOM ne pojavi kot normalna razvojna izkušnja. Nasprotno, pojavijo se intenzivni, neprijetni občutki zapuščenosti. Da bi se obranili teh občutkov, se osebe z MOM oklepajo mamine figure in tako neuspešno napredujejo skozi normalne faze procesa separacije-individualizacije do avtonomije. Masterson pravi, da mama otroka, ki ima MOM, tudi sama boleha za isto motnjo. Ker se ji sami ni uspelo uspešno ločiti od svoje matere, spodbuja simbiozo med seboj in otrokom, torej spodbuja nadaljevanje otrokove odvisnosti od nje, zato da bi ohranila lastno čustveno ravnovesje. Počuti se ogroženo in se ne more spoprijeti z otrokovo nastajajočo individualnostjo (Masterson, 1986).

5.2 Teorija navezanosti in mejna osebnostna motnja

Teorija navezanosti je kombinacija prispevkov iz etiologije, razvojne psihologije, sistemske teorije in psihoanalize. Fokusira se na temeljne zgodnje vplive na čustveni razvoj otroka ter poskuša razložiti razvoj sprememb v navezanosti med posamezniki (Brisch, 2004).

Korenine teorije navezanosti ležijo v delih in raziskavah Johna Bowlbya. Na podlagi svojih opazovanj je ugotovil, da med otrokom in njegovim skrbnikom obstaja več vrst vezi, ki vplivajo na otrokove čustvene izkušnje. Ob rojstvu naj bi bili otroci opremljeni z biološko določenima vedenjskim in motivacijskim sistemom, ki sta se razvila z namenom, da spodbujata povezanost oz. bližino otroka s skrbnikom. Evolucijsko gledano je formacija bližnjih odnosov namenjena zagotovitvi varnosti in zaščite ter posledično povečanim otrokovim možnostim za preživetje (Bowlby, 1969, po Lyddon in Sherry, 2001).

Skrbnikova bližina je tako potrebna za razvoj otrokovih notranjih občutkov sigurnosti ter ljubljenosti. Osrednja ideja Bowlbyja je, da otroci prilagodijo svoje vedenje tako, da si z njim lahko zagotovijo primerno razpoložljivost in odzivnost staršev. Otroci, ki niso bili varno navezani ter jim ni uspelo razviti stanovitnosti objektov, odrastejo v ljudi, ki so razvili vedenjske adaptacije kot odgovor na nekonsistentne, odsotne ali frustrirajoče starše (Gunderson, 1996).

Bartholomew, Kwong in Hart (2001) menijo, da teorija navezanosti z vidika razvojne psihopatologije nudi nov okvir, skozi katerega bi lahko razlagali patologijo osebnosti. S te perspektive so osebnostne motnje razložene kot deviacija od optimalnega razvoja. Ta odklon naj bi se razvijal daljše obdobje, povezan pa naj bi bil s številnimi med seboj povezanimi dejavniki tveganja, ki se med posamezniki in motnjami razlikujejo. Več različnih poti lahko vodi do istega zaključka (osebnostne motnje), vendar naj ne bi bil noben specifični dejavnik dovolj za njen razvoj. Proces navezovanja, v preteklosti in sedanjosti, bi lahko bil eden izmed pomembnih dejavnikov, ki vplivajo na nastanek osebnostnih motenj (Bartholomew, Kwong in Hart, 2001).

Veliko značilnosti ne-varne navezanosti v odraslosti spominja na simptome različnih osebnostnih motenj (Adshead in Sarkar, 2012, po Lorenzini in Fonagy, 2013). Veliko študij preučuje vzorce navezanosti pri osebah, ki trpijo za katero izmed osebnostnih motenj. Še posebej veliko jih preučuje navezanost pri ljudeh, ki trpijo za motnjami iz razreda B (Bender, Farber in Geller, 2001, po Lorenzini in Fonagy, 2013). To nakazuje, da so taki posamezniki večkrat ne-varno navezani kakor ostala populacija (Cassidy in Shaver, 2008, po Lorenzini in Fonagy, 2013).

Od vseh motenj osebnosti je MOM privlekla največ pozornosti raziskovalcev in teoretikov procesa navezanosti, kar ni presenetljivo, saj so osrednji faktorji MOM prav nestabilni in intenzivni medosebni odnosi ter burno prizadevanje za izognitev realni ali namišljeni zapustitvi s strani drugih. Čustvena nestabilnost pacientov kaže na neučinkovito reguliranje tesnobe, ki se pojavi znotraj medosebnih odnosov. Neučinkovito reguliranje tesnobe vodi do skrajne jeze ter ponavljajočih se samomorilnih groženj, ki odražajo pacientove obupane poskuse, da bi si zagotovil zaželeno navezanost z določeno osebo. Mejna osebnostna motnja je nadalje videna kot motnja oz. motnje pri vzdrževanju skladne reprezentacije tako odnosov v otroštvu kot trenutnih/sedanjih intimnih odnosov (Bartholomew, Kwong in Hart, 2001).

5.2.1 Stili navezanosti v otroštvu

Poleg Bowlbya je pri razvoju teorije navezanosti imela pomembno vlogo tudi Mary Ainsworth (Mikulincer in Shaver, 2007). Skupaj s sodelavci je oblikovala laboratorijski poskus, imenovan *tuja situacija*, v katerem so opazovali odziv otroka na situacijo, v kateri so ga raziskovalci za nekaj časa ločili od starša, nato pa sta se otrok in starš ponovno srečala (Main in Solomon, 1990). Na podlagi poskusa je izoblikovala tri vzorce navezanosti: varno navezanost, ambivalentno navezanost ter izogibajočo navezanost (Levy, Ellison, Scott in Bernecker, 2011). Zadnji dve spadata pod ne-varno navezanost

(Erzar in Kompan Erzar, 2011). Ker nekaterih otrok ni bilo možno uvrstiti v kategorije, ki jih je razvila Ainsworthova, sta Mary Main in Judith Solomon kasneje oblikovali še četrti vzorec navezanosti, ki sta ga poimenovala dezorganizirana navezanost (Main in Solomon, 1990).

Varno navezanost oblikujejo otroci, katerih matere so senzibilne. Z otrokom so pogosto v kontaktu, na njegove potrebe pa se hitro odzivajo. Taki otroci v odsotnosti matere okolico aktivno raziskujejo, na odhod matere reagirajo burno (Batistič Zorec, 2006). Ainsworthova in Bowlby sta prišla do zaključka, da so varno navezani otroci bolj samozavestni, radovedni, empatični in vztrajni. Prav tako imajo pri igri boljše socialne veščine (Batistič Zorec, 2006).

Izogibajoče navezani otroci mame sploh niso opazili oz. so jo ignorirali. Prav tako niso pokazali nobenega odziva, ko je mati odšla. Mame teh otrok so do njih omejevalne, oblastne ali jih odklanjajo (Batistič Zorec, 2006). Ambivalentno navezani otroci so bili z materjo zelo okupirani. Z njo so si dali toliko opravka, da okolice niso poskušali raziskati. Ob materinem odhodu so se zelo vznemirili, ob njeni vrnitvi pa so se odzvali z jezo (Lefrancois, 1990, po Batistič Zorec, 2006). Mame takih otrok so bile do njih ambivalentne. Včasih so se na otrokove potrebe odzvale s toplino in ljubeznijo, spet drugič pa se za njegove potrebe niso zmenile. Pri otrocih je to sprožilo občutek negotovosti (Crain, 1992, po Batistič Zorec, 2006). Dezorganizirano navezani otroci so v poskusu kazali krajša obdobja dezorganiziranega vedenja, kot na primer tek k mami, kjer so se sredi poti obrnili ter stekli proč od nje ter tako še povečali razdaljo med njima (Brisch, 2004). Vzorec dezorganizirane navezanosti se kaže pri otrocih, katerih starši so doživeli travmatično izgubo ali separacijo, so z njimi grdo ravnali ali pa so bili celo zlorabljeni. Posledice teh izkušenj so prinesli v svoj odnos z otroki (Main in Hesse, 1990, v Brisch, 2004).

5.2.2 Stili navezanosti v odraslosti

Bowlbyjeva teorija navezanosti (1979) se primarno osredotoča na vez med otrokom in starši, vendar Bowlby trdi, da ima sistem navezanosti pomembno vlogo skozi celo življenje (Feeney in Noller, 1997).

Kot odrasli se ljudje navežejo na druge pomembne osebe, ki so med razvojem prišli v njihovo življenje. S temi osebami oblikujejo podobne vzorce navezanosti, kot so jih v otroštvu oblikovali s starši (Carver, 1997).

5.2.2.1 Ugotavljanje navezanosti v odraslosti z Intervjujem navezanosti v odraslosti

Eden izmed načinov za ugotavljanje navezanosti v odraslosti se imenuje intervju navezanosti v odraslosti (ang. *Adult Attachment Interview*), ki so ga razvili Carol George, Nancy Kaplan in Mary Main (Crowell in Treboux, 1995). Mainova in kolegi so identificirali tri večje vzorce navezanosti v odraslosti. To so varna/avtonomna navezanost, odklonilna navezanost in preokupirana navezanost (Main, Kaplan in Cassidy, 1985, po Levy, Meehan, Weber Reynoso in Clarkin, 2005). Kasneje sta bili dodani še dve kategoriji: nerazrešena/dezorganizirana navezanost (Main in Solomon, 1986, po Duchinsky, 2015) in kategorija »ni mogoče klasificirati« (Hesse 1996/1999, po Hesse in Main, 2000).

Avtonomna navezanost pri odraslih ustreza varni navezanosti v otroštvu, odklonilna navezanost ustreza izogibajoči navezanosti v otroštvu, preokupirana ustreza anksiozno-ambivalentni, nerazrešena pa dezorganizirani navezanosti v otroštvu (Siegel, 1999, in Wallin, 2007, po Žvelc, 2011).

5.2.2.2 Ugotavljanje navezanosti v odraslosti preko samoocenjevalnih vprašalnikov

Drugi pristop ugotavljanja navezanosti v odraslosti je s samoocenjevalnimi vprašalniki. Začetnika tega pristopa sta Hazan in Shaver, uporabljala pa sta ju tudi Bartholomew in Horowitz (Žvelc in Žvelc, 2006). Temeljne komponente teorije navezanosti sta Hazan in Shaver (1987) prevedla v koncepte, ki ustrezajo partnerski zvezi odraslih (Žvelc in Žvelc, 2006). Hazan in Shaver trdita, da se trije glavni stili navezanosti pri otrocih (varni, izogibajoči in ambivalentni) manifestirajo v romantičnih zvezah odraslih (Feeney in Noller, 1997).

Kasneje sta Bartholomew in Horowitz (1991) razvila nov model, ki opisuje štiri stile navezanosti v odraslosti. To so varno navezani, plašljivo-izogibajoči, preokupirani in odklonilno-izogibajoči (Žvelc in Žvelc, 2006).

Za varno navezane posameznike je značilen pozitiven model sebe in drugih. Te osebe imajo zato občutek sposobnosti, druge pa dojemajo kot sprejemajoče in odzivne (Bartholomew in Horowitz, 1991).

Za plašljivo-izogibajoče je značilen negativen model sebe in pa tudi drugih. Te osebe se zato počutijo ne vredne, bojijo se zavrnitve, zato se ne morejo zanašati na druge. Čustveno so ranljivi in zadržani. V zvezi so ljubosumni in odvisni, ob ločitvi pa se pojavi separacijska anksioznost (Bartholomew in Horowitz, 1991).

Za preokupirano- oz. anksiozno-ambivalentno navezane posameznike je značilen občutek nepomembnosti v kombinaciji s pozitivno oceno drugih (Bartholomew in Horowitz, 1991).

Za odklonilno-izogibajoče je značilen pozitiven model sebe ter negativen model drugih. Posamezniki s tem stilom navezanosti se bojijo, da bi bili razočarani, zato se skušajo zavarovati pred tesnimi odnosi tako, da ohranjajo distanco in samostojnost. To jim daje občutek neranljivosti (Bartholomew in Horowitz, 1991).

5.2.3 Stili navezanosti in mejna osebnostna motnja

5.2.3.1 Študije z uporabo intervjuja navezanosti v odraslosti

Patrick, Hobson, Castle, Howard in Maughan (1994) so izvedli študijo, v kateri so med seboj primerjali 12 distimičnih pacientov in 12 pacientov z mejno osebnostno motnjo. Za ugotavljanje navezanosti so uporabili intervju navezanosti v odraslosti. V prvi meritvi, kjer so pri udeležencih ugotavljali varno, odklanjajočo in preokupirano navezanost, so ugotovili, da je kar vseh 12 oseb z MOM bilo opredeljenih kot preokupiranih. V drugi meritvi so ugotavljali dezorganizirano navezanost pri udeležencih. Rezultati so pokazali, da je bilo devet oseb z MOM klasificiranih kot dezorganizirano navezanih, medtem ko so bile dezorganizirano navezane le tri distimične osebe.

Stalker in Davies (1995) sta preučevala povezavo med psihosocialnim funkcioniranjem, organizacijo navezanosti ter osebnostnimi motnjami, opisanimi v DSM-IV. Za ugotavljanje navezanosti sta tudi onadva uporabila intervju navezanosti v odraslosti. Rezultati so pokazali, da je 5 od 8 žensk, ki so bile diagnosticirane z MOM, bilo opredeljenih kot preokupiranih. Tri so bile klasificirane kot odklonilno navezane, 7 od 8 pa je bilo dodatno klasificiranih še pod nerazrešeni/dezorganizirani stil navezanosti (Levy, Meehan, Weber Reynoso in Clarkin, 2005).

Levy in sodelavci (2002) so v svoji študiji, ki je zajemala 25 pacientov z MOM, ugotovili, da je bilo 44 % pacientov opredeljenih kot preokupirano navezanih, 32 % jih je bilo odklonilno navezanih, 8 % jih je bilo varno navezanih, 4 % pa so bili klasificirani z neopredeljeno navezanostjo. Dodatno jih je bilo 44 % klasificiranih z nerazrešenim stilom navezanosti zaradi pretekle izgube ali travme (Levy, Meehan, Weber, Reynoso in Clarkin, 2005).

Fonagy idr. (1996) so prišli do zaključka, da je MOM največkrat povezana z nerazrešenim in preokupiranim stilom navezanosti, Rosenstein in Horowitz (1996) pa so MOM povezali

s preokupiranim in odklonilnim stilom (Agrawal, Gunderson, Holmes in Lyons-Ruth, 2004).

5.2.3.2 Študije z uporabo samoocenjevalnih vprašalnikov

V študiji, ki so jo izvedli Levy, Meehan, Weber, Reynoso in Clarkin (2005), so ugotovili, da se je 53,3 % oseb z MOM opredelilo kot plašljivo-izogibajočih, 35,6 % oseb se je opredelilo kot preokupirano navezanih, 3 % oseb pa so se opredelili kot odklanjajoče-izogibajoče navezani. Kot varno navezanih se jih je opredelilo 8 %.

Brennan in Shaver (1998) sta ugotovila, da sta preokupirani in plašljivi stil povezana z mejno osebnostno motnjo. Dutton, Saundres, Strazomski in Bartholomew (1994) so z mejno osebnostno motnjo prav tako povezali zgoraj omenjena stila (Bartholomew, Kwong in Hart, 2001).

Dve študiji (Nickell idr., 2002; Sack idr., 1996) sta pokazali, da so bolniki z MOM večkrat klasificirani kot ambivalentno ali izogibajoče navezani od oseb iz primerjalnega vzorca. Prav tako so bolniki z MOM večkrat opredeljeni z zgoraj omenjenima stiloma tudi v primerjavi z bolniki, ki trpijo za drugimi osebnostnimi motnjami (Fonagy in Betaman, 2005).

Fossati idr. (2001) so prišli do ugotovitve, da je bilo največ pacientov z MOM opredeljenih kot preokupiranih, plašljivih in odklanjajočih (Agrawal, Gunderson, Holmes in Lyons-Ruth, 2004).

5.2.3.3 Povzetek empiričnih ugotovitev

Skladno s pojmovanjem pacientov z MOM kot ne-varno navezanih, je varna navezanost med temi bolniki zelo nizka, še posebej v primerjavi z drugimi skupinami (Levy, 2005).

Levy idr. (2005) so v zgoraj omenjeni študiji, kjer so ugotavljali povezanost med stili navezanosti in MOM s samoocenjevalnimi vprašalniki in z intervjuji navezanosti v odraslosti, ugotovili, da sta plašljivo-izogibajoči ter preokupirani stil navezanosti povezana z drugačnimi simptomi MOM. Medtem ko je plašljivo-izogibajoči stil povezan z intenzivno jezo in agresijo, je preokupirani stil povezan z intenzivnim strahom separacije, izgube ali zapustitve (Mikulincer in Shaver, 2007).

Bartholomew, Kwong in Hart (2001) so s kliničnimi in ne-kliničnimi vzorci ter zgoraj omenjenimi študijami (Patrick idr., 1994; Fonagy idr., 1996; Stalker in Davies, 1995; Rosenstein in Horowitz, 1996; Brennan in Shaver, 1998; Dutton, Saundres, Starzomski in Bartholomew, 1994; Sack, Sperling, Fagen in Foelsch, 1996) prišli do zaključka, da je osrednja povezava med navezanostjo in mejno osebnostno motnjo patološki nivo tesnobe.

Agrawal, Gunderson, Holmes in Lyons-Ruth so leta 2004 opravili študijo, ki je zajemala pregled 13 študij, ki so preučevale povezavo med MOM in navezanostjo. Najbolj dosledna ugotovitev, ki je izhajala iz njihovega pregleda, je bila, da imajo pacienti z MOM največkrat nerazrešeni, preokupirani in plašljivo-izogibajoči stil navezanosti.

Veliko študij je pokazalo, da ima dezorganizirani stil navezanosti v otroštvu največjo napoved za razvoj poznejših psiholoških motenj (Fonagy in Bateman, 2005).

5.2.4 Dezorganizirana navezanost in mejna osebnostna motnja

Dezorganizirani vzorci navezanosti nastanejo kot posledica odziva na skrbnike, ki se na otroke odzivajo na zastrašujoč, prestrašen ali zmeden način. Otrok zato ni sposoben formirati kohezivnega, stabilnega in prilagodljivega stanja uma. Dezorganiziranost postane ponavljajoč se vzorec, ki lahko sčasoma postane osebnostna lastnost, kot sta disociacija ali dezorganizacija pri mejni osebnostni motnji (Siegel, 1999, po Baird, 2008).

Nekateri avtorji trdijo, da korenine mejne osebnostne motnje ležijo v dezorganiziranem stilu navezanosti v otroštvu (Fonagy idr., 2002; Holmes, 2003, 2004; Liotti, 2000, po Levy, 2005).

Liotti (2000) je opazil, da je klinični vzorec pacientov z MOM dosledno povezan z dezorganizirano navezanostjo. Dezorganizirana navezanost zmoti konstrukcijo enotnega notranjega delovnega modela o sebi ter o figurah navezanosti (Liotti, 2000, po Levy, 2005). Liotti pravi, da je model razdrobljen in nepovezan. Notranji delavni modeli so si med seboj tako nasprotujoči ter nekompatibilni, da se jih zelo težko ponovno integrira (Main, 1991, v Levy, 2005).

Crittenden (1997) je v svojo predstavitev o dezorganizirani navezanosti v odraslosti vključila specifične sloge posameznikov z MOM, ki so globoko ambivalentni in plašljivi v tesnih odnosih (Fonagy in Bateman, 2006).

Holmes (2003) dezorganizirano navezanost ter mejno osebnostno motnjo označi kot dilemo pristopa-izogibanja pri otrocih, katerih starši so travmatizirani ter so hkrati vir groženj in varnosti. Dilema pristopa-izogibanja se kaže tako, da bolniki z MOM svoja čustva raje dramatično izlijejo, kot pa da bi jih ubesedili.

Fonagy, Target in Gergely (2000) so prav tako uporabili okvir teorije navezanosti, vendar so poudarili vlogo navezanosti v kontekstu razvoja simboličnih funkcij ter poti, po kateri dezorganizirana navezanost lahko proizvede ranljivost ob nadaljnjih pretresih in izzivih. Predpostavljajo, da konstitucijsko ranljiv posameznik, ki je doživel razvojno travmo v kontekstu procesa navezovanja, postane psihološko ranljiv v kasnejših kontekstih navezanosti zaradi nestabilnosti selfa. V poskusu, da bi se s tem spoprijel, poskuša ločiti um od uma drugih. Pri tem se zanaša na zgodnje psihološke mehanizme, da bodo organizirali izkušnje. Pri tem početju se razkrijejo fragmenti posameznikovega selfa (Fonagy, Target in Gergely, 2000, po Fonagy in Bateman, 2006).

5.3 Mentalizacija in mejna osebnostna motnja

Koncept mentalizacije se je v psihoanalitični literaturi pojavil v 60. letih devetnajstega stoletja. Koncept je postal nekoliko bolj raznolik, ko so ga trideset let pozneje nekateri avtorji aplicirali na področja nevrobiologije, avtizma in shizofrenije. Peter Fonagy in sodelavci pa so pojem mentalizacije aplicirali na področje razvojne psihopatologije v povezavi s teorijo navezanosti (Allen in Fonagy, 2006).

Teorija mentalizacije in na njej osnovane terapije predstavlja nedaven psihoanalitičen podaljšek teorije navezanosti. Ta podaljšek se osredotoča na starševsko razumevanje in refleksijo otrokovega notranjega sveta; poudarja sinergističen odnos med procesi navezovanja in otrokovo sposobnostjo, da razume medosebna vedenja v smislu mentalnih stanj. Ta sposobnost se imenuje mentalizacija (Fonagy, Gergely, Jurist in Target, 2002, po Fonagy, Gergely in Target, 2008).

Mejna osebnostna motnja je razumljena kot motnja v sposobnosti čustvene regulacije, kontroli pozornosti ter mentalizaciji, ki so drugače normalno pridobljene v kontekstu procesa navezanosti in odnosov. Mentalizacija, ki je vrhunec teh samoregulativnih sposobnosti, omogoča, da človek na podlagi namernih mentalnih stanj (kot so želje, občutki in prepričanja) iz svojih lastnih dejanj in dejanj drugih oblikuje neki smisel (Bateman in Fonagy, 2004).

Sposobnost mentalizacije omogoča otrokom, da »beregajo« misli ljudi in da drugim pripisujejo mentalna stanja. Razvoj te reflektivne funkcije predpostavlja otrokovo zmožnost, da sebe loči od drugih ter da ljudem pripíše njihov namen (Atkinson in Goldberg, 2004).

Visoki nivoji starševske reflektivne funkcije (sposobnost mentalizacije) so povezani z oblikovanjem varne navezanosti otroka. V nasprotnem primeru, ko je reflektivnost staršev nizka, pride do ne-varne navezanosti in morda do dezorganizirane navezanosti. Slaba sposobnost matere mentalizacije o otroku povzroča vedenja, ki preprečujejo zdrav razvoj otrokove sposobnosti reprezentacije, ki lahko posledično spodkopava proces navezanosti ter vodi do dezorganiziranega selfa. Zgodi se, da so nekateri deli selfa občuteni kot odtujeni oziroma kot da k selfu ne spadajo (Fonagy in Bateman, 2005).

Sposobnost razumeti sebe in druge na način, da nas vodijo cilji in nameni, je razumljena kot ključna razvojna pridobitev. Motnja le-te pa naj bi bil glavni element pri psihopatologiji MOM (Bateman, Ryle, Fonagy in Kerr, 2007).

Model Fonagyja in Batemana (2008) povezuje dezorganizacijo selfa in dezorganizirano navezanost, kjer naj bi bil dezorganizirani self posledica dezorganiziranega stila navezanosti. Avtorja predpostavljata, da dezorganizirana struktura selfa (posledica dezorganizirane navezanosti) pride do izraza zaradi inhibicije mentalizacije v trenutkih intenzivnih čustev.

Otrokov obrazni izraz in vedenje staršu nakažeta, kaj otrok želi oz. kaj misli. Skrbnik se na te potrebe odzove. Mati v svojih mislih ustvari reprezentacijo o otrokovem mentalnem stanju, ki ga nato preko obraznih izrazov, tona in kretenj posreduje (prezrcali) otroku. Otrok nato to reprezentacijo ponotranji ter tako izoblikuje jedro svojega psihološkega selfa (Fonagy in Bateman, 2008). Uspešno zrcaljenje privede do tega, da otrok razume, da je odziv starša na njegove potrebe del njegove (otrokove) čustvene izkušnje in ne skrbnikove (Bateman idr., 2007). Če skrbniku pri zrcaljenju spodleti, bo otrok ponotranjil reprezentacijo skrbnika kot del reprezentacije samega sebe (Winnicott, 1956, po Fonagy in Bateman, 2008). To privede do nepovezanosti jaza (Fonagy in Bateman, 2008). Ta diskontinuiteta znotraj selfa se imenuje odtujeni self (ang. *alien self*) in je normalen del razvoja, čeprav je bolj intenzivna pri otrocih z dezorganizirano navezanostjo (Bateman idr., 2007). Kasneje lahko otrokovo vedenje z dezorganizirano navezanostjo postane nadzorujoče. S tem želi pri starših izzvati vidike, ki jih pri sebi ne tolerirajo (npr. jezo), kar se imenuje projektivna identifikacija (Fonagy in Bateman, 2008). Obstaja torej nagnjenost k eksternaliziranju samo-uničujočega odtujenega selfa. Fragmentacija selfa je zmanjšana s sočasnim razvojem mentalizacije. Fenomen oseb z mejno osebnostno motnjo je posledica inhibicije mentalizacije in posledica pojavljanja načinov doživljanja notranje realnosti, ki so pri otrocih v uporabi pred razvojem mentalizacije. Pri njih vedno znova prihaja do

težnje po eksternalizaciji odtujenega selfa (projektivni identifikaciji). Ko so čustveno vznburjeni, velikokrat napačno »preberejo« svoje misli ter misli drugih (Bateman idr., 2007).

Faktor, ki prispeva k fragmentaciji selfa pri mejni osebnostni motnji, je travma (Fonagy in Bateman, 2006). Fonagy (1991) kot vzrok neuspešne mentalizacije navaja obrambno reakcijo na psihološko ali spolno zlorabo, ki je pri posamezniku povzročila nepovezanost mentalnih procesov, ki vključujejo tudi razmišljanje o občutkih in mislih pri samem sebi ter drugih (Fonagy, 1991, po Fonagy in Bateman, 2006). Kasneje so bili kot vzrok dodani še konstitucijski faktorji (Bateman in Fonagy, 2004, po Fonagy in Bateman, 2006).

5.4 Zlorabe v otroštvu in mejna osebnostna motnja

Obstaja več različnih definicij o zlorabi otrok, ki se v času spreminjajo. Vendar pa strokovnjaki med zlorabe največkrat prištevajo naslednja dejanja (Salters-Pednault, 2014):

- Fizična zloraba
- Spolna zloraba
- Čustvena zloraba
- Zanemarjanje (ang. *neglect*)

V zadnjem desetletju so se raziskovalci osredotočili na vlogo izkušenj v otroštvu kot povoda za nastanek mejne osebnostne motnje. Ideja o pomembni vlogi teh izkušenj, ki izhajajo iz psihoanalitičnih študij, je čez čas pridobila nekaj empiričnih dokazov in tako je postalo jasno, da travma v otroštvu pomembno prispeva k MOM (Winston, 2000).

Posamezniki z MOM sami sebe velikokrat vidijo kot slabe osebe. Mislijo, da so brez moči in ranljivi. Ostale ljudi vidijo kot nevarne in maligne (Beck idr., 1990, po Arntz, Dietzel in Dreessen, 1998). Arntz (1994) je na podlagi zgornje opazke izoblikoval hipotezo, da so ta osnovna prepričanja povezana z etiološkimi faktorji v otroštvu, kot so spolna zloraba s strani bližnjih, čustvena in fizična zloraba ter zanemarjenje (Arntz, Dietzel in Dreessen, 1999). Odnosi odraslih ljudi, ki so diagnosticirani z MOM, so karakterizirani z obdobji intenzivnega iskanja intimnosti v povezavi z idealizacijo osebe (kar jih velikokrat izpostavi tveganju, da podoživijo zlorabo, ki so jo doživeli v otroštvu) in z obdobji jeznega umika od osebe ter njene očrtnitve (Again in Herman, 1997, po Baird, 2008).

Ponavljajoča se neuglašenost v otroštvu, ko so nevronske povezave še v času razvoja, lahko privede do določenih osebnostnih značilnosti, v ekstremnih primerih pa tudi do osebnostnih motenj, kot so antisocialna osebnostna motnja ter MOM (Baird, 2008). Vendar pa lahko nekateri ljudje, ki v otroštvu niso doživeli zlorabe, prav tako razvijejo MOM (The National Alliance on Mental Illness, 2009). Bio-socialna teorija (Linehan, 1993) pravi, da so nekateri ljudje, ki razvijejo MOM, bolj psihološko ranljivi oz. bolj podvrženi povečani aktivnosti in vznurjenosti čustvenega sistema. V kombinaciji z neprimernim okoljem v otroštvu to privede do motenj v regulaciji čustvenega sistema, kar je glavna značilnost pri osebah z mejno osebnostno motnjo (Linehan, 1993, po Cavazzi in Becerra, 2014). Tudi izkušnje ljudi, ki trpijo za MOM, vendar pa kot otroci niso bili zlorabljeni, prav tako nakazujejo na to, da obstajajo biološke komponente bolezni (The National Alliance on Mental Illness, 2009).

Spolna zloraba je zelo močan napovednik za razvoj mejnih simptomov (Wonderlich idr., 2001, po Pereda, Gallardo-Pujol in Padilla, 2011). Poleg spolne zlorabe pa z MOM pogosto povezujejo tudi fizično zlorabo v otroštvu (Links, Steiner, Offord in Eppel, 1988; Zanarini, Williams, Lewis, Reich, Vera, Marino, Levin, Yong in Frankenburg, 1997), čustveno zlorabo (Kuo, Khoury, Metcalfé, Fitzpatrick in Goodwill, 2015; Gratz, Litzman in Tull, 2011), pa tudi različne oblike zanemarjanja (Zanarini idr., 1997).

5.4.1 Empirični dokazi o povezavi med zlorabo v otroštvu in nastankom mejne osebnostne motnje

Zlasti veliko študij je nakazalo na povezavo med MOM in spolno zlorabo v otroštvu. Vendar pa ugotovitve med različnimi študijami nekoliko variirajo. Najbližja ocena je, da je bila približno polovica oseb z MOM v otroštvu spolno zlorabljena (Silk, Wolf in Ben-Ami 2005, po Chapman in Gratz, 2007).

Links, Steiner, Offord in Eppel (1988) so v svoji študiji, ki je zajemala 88 bolnikov, diagnosticiranih z MOM, ter 42 oseb z znaki iste motnje, primerjali njihove izkušnje v otroštvu. Ugotovili so, da so bile osebe, diagnosticirane z MOM, večkrat spolno ali fizično zlorabljene s strani skrbnikov kot osebe iz kontrolne skupine. Prav tako je bilo med njimi več oseb, ki so bile za daljša obdobja ločene od staršev.

V drugi študiji, ki je obravnavala izkušnje v otroštvu petdesetih oseb z MOM ter petinpetdesetih ljudi z motnjami druge osi (kontrolna skupina), so ugotovili, da so osebe z MOM pogosteje poročale o verbalni ter spolni zlorabi v otroštvu kakor ljudje z drugimi motnjami. Vendar pa se poročila o pojavnosti fizične zlorabe ter treh oblik zanemarjanja

(fizično zanemarjanje, čustveni umik in nekonsistentno obravnavanje) v otroštvu niso pomembno razlikovala med skupinama (Zanarini idr., 1989, po Zanarini, 1997).

Zanarini idr. (1997) so izvedli študijo, ki je zajemala 358 pacientov z MOM ter 109 pacientov z drugimi motnjami. Od tega je 91 % oseb z MOM poročalo, da so bili pred 18. letom starosti podvrženi zanemarjanju. Osebe z MOM so bile pogosteje čustveno in fizično zlorabljene s strani skrbnikov ter spolno zlorabljene s strani oseb, ki niso bili njihovi skrbniki. Prav tako poročajo, da so se skrbniki vedli nekonsistentno, ni jim uspelo zagotoviti potrebne zaščite in so bili čustveno oddaljeni. Ko so avtorji preštudirali vse dejavnike tveganja, so ugotovili, da obstajajo štiri dejavniki tveganja za razvoj motnje: ženski spol, spolna zloraba s strani moškega, ki ni skrbnik, ter zanikanje občutkov in misli s strani skrbnika. Študijo so zaključili z ugotovitvijo, da spolna zloraba ni ne potrebna ne zadostna za razvoj mejne osebnostne motnje ter da pomembne dejavnike predstavljajo tudi druge izkušnje v otroštvu, še posebej zanemarjanje s strani skrbnikov obeh spolov.

Lobbestael idr. (2010) so preučevali odnos med različnimi oblikami zlorabe v otroštvu in nastankom osebnostnih motenj. Ugotovili so, da spolna zloraba napoveduje nastanek osebnostnih motenj v treh razredih (še posebej paranoidno, shizoidno, odklonilno in mejno osebnostno motnjo), medtem ko imajo druge oblike zlorab, kot je na primer fizična, vpliv le na antisocialno motnjo (Pereda, Gallardo-Pujol in Padilla, 2011).

V študiji, ki so jo izvedli Gratz, Latzman, Tull, Reynolds in Lejuez (2011), so preučevali medsebojno povezanost med motnjami v čustvovanju in impulzivnostjo (pomembni lastnosti oseb z MOM), čustveno zlorabo (okoljski stresor) in značilnostmi mejne osebnostne motnje v otroštvu. Študija je zajemala 225 otrok. Rezultati so pokazali, da so motnje čustvovanja in impulzivnost edinstveno povezane z značilnostmi mejne osebnostne motnje v otroštvu. Ugotovitve so prav tako podpirale vlogo čustvene zlorabe pri nastanku mejnih značilnosti pri otrocih. Rezultati prav tako podpirajo hipotezo o interakciji med podvrženostjo oz. občutljivostjo za razvoj MOM ter čustveno zlorabo pri otrocih z značilnostmi mejne osebnostne motnje.

Tudi študija, ki so jo izvedli Kuo idr. (2015), je preučevala povezavo med čustveno zlorabo in značilnostmi mejne osebnostne motnje. Rezultati so pokazali, da je bila frekvenca čustvene zlorabe (in ne spolne ali fizične) edinstveno povezana z resnostjo značilnih znakov MOM. Čeprav niso ugotovili direktne povezave med čustveno, spolno in fizično zlorabo ter značilnostmi MOM, so našli posredno povezavo med čustveno zlorabo v otroštvu in značilnostmi MOM preko težav z regulacijo čustev. Zaključili so, da bi različne oblike zlorab v otroštvu, še posebej pa čustvena zloraba, lahko bile ključnega pomena za razvoj mejne osebnostne motnje.

5.5 Izguba starša in ločitev od starša

Z nastankom mejne osebnostne motnje sta povezani tudi ločitev od starša ali izguba starša (Zanarini in Frankenburg, 1997, po Klonsky, Oltmanns, Turkheimer in Fiedler, 2000).

V biografiji oseb z mejno osebnostno motnjo so pogoste ločitve od staršev, še posebej v prvih letih življenja. Na površju se lahko te separacije zdijo nepomembne, vendar imajo lahko globoke posledice. Daljša bolezen, pogosta potovanja, ločitev ali smrt starša razvijajočega se otroka prikrajšajo za dosledno materinstvo v ključnih trenutkih, kar lahko moti otrokove sposobnosti za razvoj zaupanja in konsistentnosti v njegovem nestabilnem in nezanesljivem življenju (Kreisman in Straus, 2010).

Soloff in Millward (1983) sta v študiji, kjer so med seboj primerjali 45 bolnikov z MOM, 42 shizofrenih bolnikov in 32 bolnikov z depresijo, ugotovila, da so bolniki z MOM pogosteje kot drugi bolniki doživeli izgubo starša (zaradi smrti ali ločitve) v zgodnjem življenju, prav tako so imeli več težav z normalno razvojno separacijo.

Walsh (1997) je v svoji študiji ugotovil, da je večina družin s pacienti, ki trpijo za MOM, doživela izgubo starša zaradi ločitve ali pa zaradi njegove smrti. Ta izguba starša je bila bistveno večkrat prisotna pri družinah, ki imajo v oskrbi pacienta z MOM, kakor pri družinah, kjer imajo shizofrenega bolnika. Prav tako je ugotovil, da je kar polovica bolnikov z MOM doživela kronično bolezen starša, zaradi katere je bil le-ta dalj časa hospitaliziran. Le 21 % pacientov z MOM pa prihaja iz družin, kjer ni bilo ločitve, smrti ali resne bolezni (Walsh, 1977, po Zanarini, 1997).

Bradley (1979) pa je v študiji, kjer je ugotavljal povezanost separacije od mame ali drugega pomembnega skrbnika med pacienti z MOM ter med osebami iz kontrolnih skupin, ugotovil, da je večina otrok ali najstnikov z MOM imela daljše separacije v prvih petih letih življenja. Pri njih je zabeležil več daljših ločitev od staršev kakor pri kontrolnih skupinah, kjer so imele osebe ali psihozo ali osebnostno motnjo. Zaključil je, da študija daje statistične dokaze, da imajo motnje v zgodnjih vezeh med otrokom in materjo vlogo pri mejni osebnostni motnji.

5.6 Značilnosti staršev oseb z mejno osebnostno motnjo

Starši igrajo pomembno vlogo pri zgodnji socializaciji otroka. Zato so motnje v socializaciji, ki jih zasledimo pri osebnostnih motnjah, lahko posledica problemov s starši, vključno s problematičnim starševstvom (Keinänen, Johnson, Richards in Courtney, 2012).

Posamezniki z mejno osebnostno motnjo velikokrat prihajajo iz družin, kjer je bila prisotna psihopatologija, vključno z osebnostnimi motnjami, ter iz družin z nefunkcionalnimi stili starševstva (Sansone, Farukhi in Wiederman, 2013). Starši otrok z MOM so različno opisani kot negativni, neskrbni, preveč nadzorujoči in preveč zaščitniški. Prav tako jim primanjkuje empatije in čustvenosti. Otrokove misli in občutke razveljavljajo, so kritični, manj se posvečajo vzgoji ter so vanjo manj vpleteni. Prav tako pa so tudi čustveno odmaknjeni (Sansone in Sansone, 2009, po Sansone, Farukhi in Wiederman, 2013).

Grinker in sodelavci (1986) so med preučevanjem družin s pacienti, ki trpijo za MOM, ugotovili, da je bila manjšina družin karakterizirana z odnosi, kjer so bili starši preveč vključeni ali pa preveč zaščitniški. Večina družin pa je bila opredeljenih s prodornim zanikanjem težav. V teh družinah so opazili odsotnost zakonskega nesoglasja ter pomanjkanje starševskega vpliva, tako pozitivnega kakor negativnega. Najbolj pogost vzorec teh družin pa je bila visoka stopnja nesoglasja med materjo in otrokom ter med staršema (Grinker idr., 1968, po Zanarini, 1997).

Torgensen in Alnaes sta v svoji študiji preučevala, kakšne so razlike med zaznavanjem povezovanja s starši (ang. *parental bonding*) med različnimi skupinami bolnikov. Rezultati so pokazali, da so bolniki z MOM pogosteje poročali o prevelikem oz. negativnem vmešavanju staršev kakor bolniki iz drugih skupin (Torgensen in Alnaes 1992, po Keinänen, Johnson, Richards in Courtney, 2012).

6. SKLEPI

Namen naloge je bil predstaviti značilnosti mejne osebnostne motnje ter dejavnike tveganja, ki povzročijo njen nastanek. Mejna osebnostna motnja je sicer posledica interakcije tako genov in bioloških dejavnikov kakor tudi okoljskih in psiholoških faktorjev. V diplomski nalogi so predstavljeni vsi pomembni dejavniki, ki prispevajo k izoblikovanju mejne osebnostne motnje, vendar smo se podrobneje osredotočili na pomen zgodnjih izkušenj. Te izkušnje so oblika navezanosti v otroštvu, zgodnje travme oziroma zlorabe ter druge slabe izkušnje, ki so jih bolniki z MOM doživeli kot otroci (izguba starša ali ločitev od starša ter značilnosti družinskega okolja, v katerem so odraščali).

V prvem delu diplomske naloge smo se osredotočili na opis oseb z mejno osebnostno motnjo in na obrazložitev kriterija, zapisanega v DSM-V, ter kriterija Otta Kernberga, ki se pomembno razlikujeta. Vseeno pa lahko opazimo, da so poglavitne značilnosti oseb z MOM težavni in nestabilni odnosi z drugimi ter intenzivna čustva, ki jih ne morejo kontrolirati. Na tej točki lahko diplomska naloga pripomore k ozaveščanju simptomov MOM ter k njihovemu prepoznavanju pri ljudeh, ki jih morda izkazujejo.

V drugem delu naloge smo poskušali pojasniti povezavo med teorijo navezanosti in mejno osebnostno motnjo. Na to temo je bilo opravljenih veliko študij, ki nakazujejo na to, da so osebe z mejno osebnostno motnjo večinoma ne-varno navezane. Prevladujejo predvsem plašljivo-izogibajoči, preokupirani ter nerazrešeni oziroma dezorganizirani vzorec navezanosti. Zaključno delo lahko na tej točki pripomore k boljšemu pregledu do sedaj izvedenih študij ter njihovih zaključkov. V nadaljevanju smo se osredotočili na proces mentalizacije, na zlorabe v otroštvu in na značilnosti staršev otrok z mejno osebnostno motnjo. Iz pregleda literature je razvidno, da je inhibicija procesa mentalizacije eden izmed možnih vzrokov za nastanek mejne osebnostne motnje. Prav tako vidimo, da se mejna osebnostna motnja povezuje z vsemi oblikami zlorabe. Osebe, ki so v otroštvu doživele spolno, fizično in čustveno zlorabo ali so bile s strani staršev zanemarjene so bolj podvržene kasnejšemu nastanku mejne osebnostne motnje. Na nastanek motnje pa prav tako vpliva zgodnja izguba starša, daljša ločitev od starša ter značilnosti staršev. Veliko staršev oseb z mejno osebnostno motnjo je namreč opisanih kot preveč zaščitniških, negativnih ali preveč nadzirajočih. Vrednost zaključnega dela na tej točki je ozaveščanje bralecev, da so osebe z mejno osebnostno motnjo velikokrat žrtve travm in zlorab v otroštvu.

Ker je mejna osebnostna motnja pogosta diagnoza in je o njenem nastanku še vedno veliko nejasnosti, menimo, da bi bilo koristno, da se na to temo opravi še več raziskav. Prav tako menimo, da bi morali o mejni osebnostni motnji bolj intenzivno ozaveščati ljudi, saj je le-

ta še vedno zelo stigmatizirana. Ljudje bi tako lažje razumeli dejanja in obnašanje oseb z MOM, ki so velikokrat negativno sprejeta.

7. LITERATURA

Agrawal, H.R., Gunderson, J., Holmes, B.M. in Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment Studies With Borderline Patients. A Review. *Harv Rev Psychiatry*, 12(2), 94-104.

Allen, J.G. in Fonagy, P. (ur.). (2006). *Handbook of mentalization-based treatment*. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.

Angstman, K. B. in Rasmussen, N. H. (2011). Personality Disorders: Review and Clinical Application in Daily Practice. *Am Fam Physician*, 84(11), 1253-1260.

Arntz, A., Dietzel, R. in Dreesen, L. (1999). Assumptions in borderline personality disorder: specificity, stability and relationship with etiological factors. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 545-557.

Baird, L. (2008). Childhood Trauma in The Etiology of Borderline Personality Disorder: Theoretical Considerations and Therapeutic Interventions. *Hakomi Forum*, 31-42.

Bartholomew, K. in Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.

Bartholomew, K., Kwong, M.J. in Hart, S.D. (2011). Attachment. V Livesley, W.J. (ur.), *Handbook Of Personality Disorders. Theory, Research and Treatment*. (196-231). New York; The Guildford Press.

Bateman, A.W. in Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. New York: Oxford University Press.

Bateman, A.W., Ryle, A., Fonagy, P. in Kerr, I.B. (2007). Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Theory and Cognitive Analytic Therapy Compared. *International Review of Psychiatry*, 19(1), 51-62.

Batistič Zorec, M. (2000/2006). *Teorije v razvojni psihologiji*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Benedik, E. (2000). Odnos med duševnostjo in duševnimi motnjami. *Psihološka Obzorja*, 9(2), 53-64.

Biskin, R.S. in Paris, J. (2009). *Comorbidities in Borderline Personality Disorder*. Pridobljeno 3. 7. 2015 z <http://www.psychiatrytimes.com/borderline-personality/comorbidities-borderline-personality-disorder>.

Bradley, S. J. (1979). The relationship of early maternal separation to borderline personality in children and adolescents: a pilot study. *Am J Psychiatry*, 136(4A), 424-6.

Brisch, K.H. (2004). *Treating attachment disorders: from theory to therapy*. New York: Guilford Press.

Burnette, M.L., South, S.C. in Reppucci, N.D. (2007). Cluster B Personality Pathology in Incarcerated Girls: Structure, Comorbidity and Aggression. *Journal of Personality Disorders*, 21(3), 262-272.

Carver, C.S. (1997). Adult Attachment and Personality: Converging Evidence And A New Measure. *PSPB*, 23(8).

Cavazzi, T. in Becerra, R. (2014). Psychophysiological Research of Borderline Personality Disorder: Review and Implications for Biosocial Theory. *Europe's Journal of Psychology*, 10(1), 185-203.

Chapman, A.L. in Gratz, K.L. (2007). *The Borderline Personality Disorder, Survival Guide. Everything You Need to Know About Living With BPD*. Oakland; New Harbinger Publications, Inc.

Christopher, J.C., Bickhard, M.H. in Lambeth G.S. (2001). Otto Kernberg's Object Relations Theory, A Metapsychological Critique. *Theory & Psychology*, 11(5), 687-711.

Clarkin, J.F., Levy, K.N. in Dammann, G.W. (2002). An Object-Relations Approach to the Treatment of Borderline Patients. V Kaslow, F.W. in Magnavita J.J. (ur.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy. Volume 1, Psychodynamic/Object Relations* (239-253). New York: John Wiley & Sons.

Clarkin, F.J., Yeomans, F.E. in Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Darton, K. (2013). *Understanding personality disorders* [Brošura]. London: Mind.

Dell'Osso, B., Berlin, H., Serati, M. in Altamura, A.C. (2009). Neuropsychobiology, Comorbidity And Dimensional Models in Borderline Personality Disorder: Critical Issue for Treatment. V Jackson, H.M. in Westbrook, F.L. (Ur.), *Borderline Personality Disorder: New Research*, (59-81). New York: Nova Science Publishers, Inc.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-V). (2013). Washington DC: American Psychiatric Association.

Donegan, N.H., Sanislaw, C.A., Blumberg, H.P., Fulbright, R.H., Lacadie, C., Skudlarski, P., ...Wexler, B.E. (2003). Amygdala Hypereactivity in Borderline Disorder: Implications for Emotional Dysregulation. *Biological Psychiatry*, 2003(54), 1284-1293.

Duchinsky, R. (2015). The Emergence of The Disorganized/Disoriented (D) Attachment Classification, 1979-1982. *History of Psychology*, 18(1), 32-46.

Erzar, T. in Kompan Erzar, K. (2011). *Teorija navezanosti*. Celje: Celjska Mohorjeva družba: Društvo Mohorjeva družba.

Feeney, J. in Noller, P. (1996). *Adult Attachment*. London: SAGE Publication, Inc.

Fonagy, P. in Bateman, A.W. (2005). Attachment Theory and Mentalization-Oriented Model of Borderline Personality Disorder. V Oldham, J.M., Skodol, A.E. in Bender, D.S. (ur.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders* (187-209). Arlington: Psychiatric American Publishing, Inc.

Fonagy, P. in Bateman, A.W. (2006). Mechanisms of Change in Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 411-430.

Fonagy, P. in Bateman, A. (2008). Attachment, mentalization and borderline personality disorder. *European Psychotherapy*, 8(1), 35-47.

Fonagy, P., Gergely, G. in Target, M. (2008). Psychoanalytic Constructs and Attachment Theory and Research. V Cassidy, J. in Shaver, P. R. (ur.), *Handbook of attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (2th ed.), (783-811). New York: The Guilford Press.

Fuchs, T. (2007). Fragmented Selves: Temporality and Identity in Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 40, 379-387.

Gerson, M.J. (1993). *Psychoanalytic Theories of Personality*. Pridobljeno 5. 3. 2015 z <http://www.psychstudies.net/Psychoanalytic%20Theories%20of%20Personality.pdf>

Grant, B.F., Chou, S.P., Goldstein, R.B., Huang, B., Stinson, F.S, Saha, T.D.,...Ruan, W.J. (2008). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM –VI Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, 69(4), 533-545.

Gratz, K. L., Litzman, R. D. in Tull, M. T., Reynolds, E.K. in Lejuez, C.W. (2011). Exploring the Association Between Emotional Abuse and Childhood Borderline

Personality Features: The Moderating Role of Personality Traits. *Behavior Therapy*, 42(3), 493-508.

Gunderson, J.G. (1996). The Borderline Patient's Intolerance of Aloneness: Insecure Attachments and Therapist Availability. *Am J Psychiatry*, 153(6), 752-758.

Gunderson, J.G. (2009). Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *Am J Psychiatry*, 166(5), 530-539

Gunderson, J. G. (2011). *An Introduction to Borderline Personality Disorder. Diagnosis, Origins, Course And Treatment*. Pridobljeno 5. 3. 2015 z <http://www.scribd.com/doc/249148618/A-Bpd-Brief-Rev2011-1#scribd>

Gunderson, J. G. in Links, P.S. (2008). *Borderline Personality Disorder. A Clinical Guide* (2nd ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Gunderson, J.G., Zanarini, M.C., Choi-Kan, L.W., Mitchell, K.S., Jang, L.G. in Hudson, J.I. (2011). Family Study of Borderline Personality Disorder and Its Sectors of Psychopathology. *Arch Gen Psychiatry*, 68(7), 753-762.

Hesse, E. in Main, M. (2000). Disorganized Infant, Child, And Adult Attachment: Collapse in Behavioral and Attentional Strategies. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 48, 1079-1127.

Holmes, J. (2003). Borderline personality disorder and the search for meaning: an attachment perspective. *Aust N Z J Psychiatry*, 37(5), 542-31.

Jackson, H.M. in Westbrook, F.L. (Ur.), *Borderline Personality Disorder: New Research*, (59-81). New York: Nova Science Publishers, Inc.

Keinänen, M. T., Johnson, J. G., Richards, E. S. in Courtney, E. A. (2012). A systematic review of the evidence-based psychosocial risk factors for understanding of borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(1), 65-91.

Kernberg, O.F. (2004). *Narcissism, and Self-Destructiveness in The Psychotherapeutic Relationship*. New Haven: Yale University Press.

Kernberg, O.F. in Caligor, E. (2005). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. V Lenzenweger, M.F. in Clarkin, J.F. (Ur.), *Major Theories of Personality Disorder* (2th ed.), (114-157). New York: Guildford Press.

Kernberg, O.F. in Michels, R. (2009). Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(5), 505-508.

Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., Turkheimer, E. in Fiedler, E. R. (2000). Recollections of Conflict with Parents and Family Support in The Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 14(4), 327-338.

Kobak, R. in Esposito, A. (2004). Levels of Processing in Parent-Child Relationships: Implications for Clinical Assessment and Treatment. V Atkinson, L. in Goldberg, S. (ur.), *Attachment Issues in Psychopathology and Intervention* (3-25). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Krawitz, R. in Jackson, W. (2008). *Borderline Personality Disorder*. New York: Oxford University Press, Inc.

Kreisman, J.J. in Straus, H. (2010). *I Hate You- Don't Leave Me*. New York: Penguin Group.

Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S. in Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 39, 147-155.

Levy, K.N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 959-986.

Levy, K.N., Ellison, W.D., Scott, L.N. in Bernecker, S.L. (2011). Attachment Style. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67(2), 193-203.

Levy, K.N., Meehan, K. B., Weber, M., Reynoso, J. in Clarkin, J.F. (2005). Attachment and Borderline Personality Disorder: Implications for Psychotherapy. *Psychopathology*, 38, 64-74.

Lieberman, J. (2004). Borderline Personality Disorder: Interface With Mood And Other Axis I Disorders. *Advanced Studies in Medicine*, 4(10), 965-969.

Links, P. S., Steiner, M., Offord, D. in Eppel, A. B. (1988). Characteristics of Borderline Personality Disorder: A Canadian Study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 33(5), 336-340.

Lis, E., Greenfield, B., Henry, M., Guile, J. M. in Dougherty, G. (2007). Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: a review. *J Psychiatry Neurosci*, 32(3), 162-173.

Loas, G., Pham-Scottez, A., Cailhol, L., Perez-Diaz, F., Corcos, M. in Speranza, M. (2013). Axis II Comorbidity of Borderline Personality Disorder in Adolescents. *Psychopathology*, 46, 172-175.

Lorenzini, N. in Fonagy, P. (2013). Attachment and personality disorder: a short review. *Journal of Longlife Learning and Pschyatry*, 11(2), 155-166.

Lyddon W.J. in Sherry, A. (Jesen, 2001). Developmental Personality Styles: An Attachment Theory Conceptualization of Personality Disorders. *Journal of Counseling & Development*.

Main, M. in Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. V M.T. Greenberg, D. Cicchetti in E.M. Cummings (ur.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention*, (121-160). Chicago: The University of Chicago.

Masterson, J.F. (1986). *Treatment of Borderline Adoloscet: A developmental Approach*. New New York: Wiley Interscience.

Mikulincer, M. in Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. New York: The Guilford Press.

Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. in Ramnath, R. (2004). *Personality Disorders in Modern Life* (2th ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Minzenberg, M.J., Fan, J., New, A.S., Tang, C.Y. in Siever, L.J. (2008). Frontolimbic structural changes in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 42 (2008), 727-733.

Minzenberg, M. J., Poole, J. H. in Vinogradov, S. (2008). A neurocognitive model of borderline personality disorder: Effects of childhood sexual abuse and relationship to adult social attachment disturbance. *Development and Psychopathology*, 20, 341-368.

Musek, J. (1993). *Znanstvena podoba osebnosti*. Ljubljana: Educy, doo.

National Collaborating Centre for mental Health. (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment And Manegment*. Pridobljeno 8. 3. 2015 z

<http://www.nice.org.uk/guidance/cg78/resources/cg78-borderline-personality-disorder-bpd-full-guideline3>

National Health and Research Council. (2013). *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*. Pridobljeno 3. 3. 2015 z: http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/mh25_borderline_personality_guideline.pdf

National Institute of Mental Health. (2001). *Borderline Personality Disorder: Raising questions, finding answers..* Pridobljeno 3. 3. 2015 z: <http://www.a2zpsychology.com/resources/nimh/Borderline%20Personality%20Disorder.pdf>

National Institute of Mental Health. (2003). *Borderline Personality Disorder. Raising questions, finding answers.* Pridobljeno 2. 3. 2015 z: <http://www.a2zpsychology.com/resources/nimh/Borderline%20Personality%20Disorder.pdf>

Ni, X., Chan, K., Bulgin, N., Sicard, T., Bismil, R., McMMain, S. in Kenedy, L.J. (2006). Association between serotonin transporter gene and borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 40(5), 448-453.

Ni, X., Sicard, T., Bulgin, N., Bismil, R., Chan, K., McMMain, S. in Kenedy L.J.(2007). Monoamine oxidase A gene is associated with borderline personality disorder. *Psychiatric Genetics*, 17(3), 153-157.

Pascual, J.C., Soler, J., Baiget, M., Cortes, A., Menoyo, A., Barrachina, J.,...Perez, V. (2007). Association between the serotonin transporter gen and personality traits in borderline peronality disorder patients evaluated with Zuckerman-Zuhlam Personality Questionnaire (ZKPQ). *Actas Espanolas de Psiquitria*, 35(6), 382-386.

Patrick, M., Hobson, R.P., Castle, D., Howard, R. in Maughan, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology*, 6, 375-388.

Pereda, N., Gallardo-Pujol, D. in Padilla. (2011). Personality disorders in child sexual abuse victims. *Actas Esp Psiquiatar*, 39(2), 131-9.

Praper, P. (1996). Koncepti in modalitete razvojne analitične psihoterapije. *Psihološka Obzorja*, 5(3), 93-105.

Reichborn-Kjennerud, T., Ystrom, E., Neale, M.C., Aggen, S.H., Mazzeo, S.E., Knudsen, G.P.,...Kendler, K.S. (2013). Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Symptoms of DSM-IV Borderline Personality Disorder. *JAMA Psychiatry*, 70(11), 1206-1214.

Salters-Pednault, K. (2014). *The Relationship Between Child Abuse and BPD*. Pridobljeno 2.3. 2015 na http://bpd.about.com/od/causesofbpd/a/Abuse_ar.htm.

Sansone, R. A., Farukhi, S. in Wiederman, M. W. (2013). Perceptions of childhood caretakers and borderline personality symptomatology. *Child Abuse & Neglect*, 37, 1030-1033.

Sansone, R.A. in Sansone, L.A. (2009). The Families of Borderline Patients; The Psychological Environment Revisited. *Psychiatry* 6(2), 19-24.

Soloff, P. H. in Millward, J. W. (1983). Developmental histories of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 24(6), 574-588.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2010). *Report to Congress on Borderline Personality Disorder*. Pridobljeno 16. 4. 2015 z: <https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA11-4644/SMA11-4644.pdf>

Tasman, A., Hales, R.E. in Frances, A.J. (ur.). (1989). *American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Volume 8*. Alexandria: American Psychiatric Press, Inc.

The National Alliance on Mental Illness. (2009). *Borderline Personality Disorder: What you need to know about this medical illness*. Pridobljeno 1.3.2015 z: http://www2.nami.org/Template.cfm?Section=Borderline_Personality_Disorder_%28BPD%29&Template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=81017

Tomori, M. , & Zihel, S. (1999). *Psihijatrija*. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani.

Wilkinson-Ryan, T. in Westen, D. (2000). Identity Disturbance in Borderline Personality Disorder: An Empirical Investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 157(4), 528-541.

Winston, A. P. (2000). Recent developments in borderline personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 221-218.

Zanarini, M.C. (Ur.). (1997). *Role of Sexual Abuse in the Etiology of Borderline Personality Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trihka, A., Levin A. in Reynolds, V. (1998). Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1733-1739.

Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L. in Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1101-1106.

Žvelc, G. (2011). *Razvojne teorije v psihoterapiji. Integrativni model medosebnih odnosov*. Ljubljana: IPSA.

Žvelc, M. in Žvelc, G. (2006). Stili navezanosti v odraslosti. *Psihološka obzorja*, 15(3), 51-64.