

PREPOZNAVANJE SIMPTOMA GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI RODITELJA U SITUACIJAMA UGROŽENE DOBROBITI DJETETA: PERSPEKTIVA STRUČNJAKA IZ CENTARA ZA SOCIJALNU SKRB

SAŽETAK

Granični poremećaj ličnosti je učestali psihički poremećaj koji se manifestira kroz simptome afektivne nestabilnosti, impulzivnog i nekontroliranog ponašanja, poremećaj identiteta, nestabilne interpersonalne odnose i moguće pogreške u testiranju realnostiuslijed kojih osoba može imati značajnih poteškoća u osobnom, roditeljskom, obiteljskom, socijalnom i radnom funkcioniranju. U ovom radu prikazani su rezultati kvalitativnog istraživanja »Prepoznavanje simptoma graničnog poremećaja ličnosti roditelja u situacijama ugrožene

¹ Ivana Maljuna, magistrica socijalnog rada, e-mail: ivana.maljuna1@gmail.com

² Prof. dr. sc. Marina Ajduković, psihologinja, e-mail: marina.ajdukovic@pravo.hr

³ Doc. dr. sc. Draženka Ostojić, specijalistica psihijatrije, e-mail: drazenkaostojic@gmail.com

Izvorni znanstveni članak
Primljeno: listopad, 2019.
Prihvaćeno: prosinac, 2019.
UDK 364.62:616.89-055.52
DOI 10.3935/ljsr.v26i3.337

Ivana Maljuna¹
orcid.org/0000-0001-9144-2186

Marina Ajduković²
orcid.org/0000-0002-0561-9908

Sveučilište u Zagrebu
Pravni Fakultet
Studijski centar socijalnog
rada

Draženka Ostojić³
orcid.org/0000-0003-1796-6867
Klinika za psihijatriju Vrapče

Ključne riječi:

granični poremećaj ličnosti,
stručnjaci, centar za
socijalnu skrb, psihosocijalne
intervencije, međusektorska
suradnja.

dobrobiti djeteta« u kojem je sudjelovalo 12 socijalnih radnika i psihologa iz Odjela za zaštitu djece, obitelji i braka centara za socijalnu skrb na području Grada Zagreba i Zagrebačke županije. Istraživanje je provedeno metodom polustrukturiranog intervjua. U obradi podataka korištena je tematska analiza. Rezultati istraživanja pokazuju da stručnjaci u svakodnevnom radu u situacijama ugrožene dobrobiti djeteta prepoznaju različite simptome afektivne nestabilnosti, impulzivnog i nekontroliranog ponašanja, smetnji identiteta, nestabilnih i intenzivnih interpersonalnih odnosa te teškoća testiranja realnosti koje su potencijalno povezane s mogućim graničnim poremećajem ličnosti roditelja. Kao otežavajuću okolnost u radu s ovim roditeljima stručnjaci iz centara za socijalnu skrb navode poteškoće suradnje sa stručnjacima iz zdravstvenog sustava.

UVOD

Granični poremećaj ličnosti⁴ zbog svojih je specifičnosti u psihijatriji bio dugo neprepoznata i »problematična« dijagnoza koja se postavljala tek kada se pacijentu ne bi mogao dijagnosticirati neki poremećaj ili bolest iz neurotičnog ili psihotičnog spektra, ili neki drugi poremećaj ličnosti. Karakterizira ga pervazivni obrazac nestabilnosti u interpersonalnim odnosima, slici o sebi i afektu, nekontrolirano i impulzivno ponašanje te moguće pogreške u testiranju realnosti (APA, 2014.; Gunderson i Links, 2008., prema Maljuna, Ostojić i Jendričko, 2019.) koji se najčešće javljaju do rane odrasle dobi i prisutni su u različitim okolnostima (APA, 2014.). U sustavu socijalne skrbi roditelji s dijagnozom i/ili simptomima ovog poremećaja ličnosti javljaju se kao korisnici različitih socijalnih usluga, a najčešće zbog nedostatnih roditeljskih kompetencija i ponašanja koja su ugrožavajuća za dijete.

Klinička slika i dijagnosticiranje graničnog poremećaja ličnosti

Dijagnostička procjena i postavljanje dijagnoze graničnog poremećaja ličnosti temelji se na važećim klasifikacijama psihičkih poremećaja: Desetoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) Svjetske zdravstvene organizacije (2010.) i Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne bolesti (DSM-5) Američke psihijatrijske udruge (2014.). U MKB-10 granični poremećaj ličnosti svrstan je u potkategoriju poremećaji ličnosti – »emocionalno nestabilna ličnost« (F60.3) uz razlikovanje impulzivnog i graničnog tipa. Impulzivni

⁴ U ovom istraživanju polazi se od DSM klasifikacije u kojoj se koristi pojam granični poremećaj ličnosti (eng. *borderline personality disorder*). Po MKB-10 sustavu, koji se službeno koristi u Hrvatskoj, ovaj poremećaj ličnosti se vodi pod pojmom emocionalno nestabilna ličnost (eng. *emotionally unstable personalities*) i obuhvaća nestabilno raspoloženje, nepredvidljivo ponašanje, impulzivnost i problematične emocionalne odnose (F60.3).

tip karakterizira emocionalna nestabilnost, nemogućnost kontrole te učestali napadi prijetećeg i nasilnog ponašanja koji se javljaju kao reakcija na kritiku (Svjetska zdravstvena organizacija, 2010.). Osoba je sklona impulzivnim i hirovitim reakcijama, ne može se obuzdati i ne vodi računa o posljedicama za sebe i za druge (Begić, 2014.). Kod graničnog tipa, osim prethodnih simptoma, prisutne su i dodatne poteškoće kao što su poremećaj predodžbe slike o sebi, ciljevima i unutarnjim prioritetima, kronični osjećaj praznine, intenzivni i nestabilni interpersonalni odnosi i autodestruktivno ponašanje koje uključuje prijetnje samoubojstvom i pokušaje samoubojstva (Svjetska zdravstvena organizacija, 2010.).

U DSM-5 koristi se termin »granični poremećaj ličnosti« (eng. *borderline personality disorder*) pri čemu *borderline* kao nadređeni pojam, označuje poremećaj ličnosti koji obuhvaća impulzivnu, afektivnu i kognitivnu dimenziju (Begić, 2014.). Da bi se mogla postaviti dijagnoza graničnog poremećaja ličnosti, osoba mora zadovoljiti minimalno pet od navedenih devet dijagnostičkih kriterija koji su svrstani u dvije osnovne skupine (A i B) (APA, 2014.):

1. mahniti napori da se izbjegne stvarno ili zamišljeno napuštanje
2. obrazac nestabilnih i intenzivnih interpersonalnih odnosa obilježenih izmjenama između krajnosti idealizacije i podcjenjivanja
3. smetnje identiteta: značajno i perzistentno nestabilna slika o sebi ili osjećaju selfa
4. impulzivnost u najmanje dva područja koja su potencijalno štetna za samu osobu
5. opetovano suicidalno ponašanje, geste ili prijetnje ili samoozljeđujuće ponašanje
6. afektivna nestabilnost zbog snažne reagibilnosti raspoloženja
7. kronični osjećaj praznine
8. neprimjerena, snažna srdžba ili teškoće u kontroli srdžbe
9. prolazne paranoidne ideje ili teški disocijativni simptomi vezani uz stres.

Klinička slika i prezentacija graničnog poremećaja ličnosti o kojima detaljnije govore Maljuna, Ostojić i Jendričko (2019.), mogu dovesti do značajnih teškoća u osobnom, obiteljskom, socijalnom i radnom funkcioniranju uslijed kojih su roditeljima sa simptomima ovog poremećaja ličnosti često potrebne intervencije sustava socijalne skrbi. Granični poremećaj ličnosti potencijalno je povezan s većom vjerojatnosti agresivnog ponašanja u partnerskim odnosima u rasponu od verbalne agresije do fizičkog nasilja i ubojstva supružnika (npr. Dixon, Hamilton-Giachritsis i Browne 2008.; Whisman i Schonbrun, 2009.; Newhill, Eack i Mulvey, 2009.; Ross i Babcock, 2009.; Lawson, Brossart i Shefferman, 2010.). Kod majki s ovim poremećajem ličnosti uočene su značajne teškoće u izvršavanju roditeljske uloge i uspostavljanju sigurne privrženosti s djetetom; primjerice, strah u interakciji s djetetom i osjećaj otuđenosti,

neprijateljstvo, pogrešno tumačenje djetetovih afekta, manja osjetljivost na djetetove potrebe i nedosljedno odgovaranje na potrebe djeteta, psihološka kontrola, pretjerano zaštitničko ponašanje, oštre kazne, zanemarivanje, fizičko i seksualno nasilje (npr. Shore, 2001., prema Newman, 2015.; Bland i sur., 2004.; Newman i sur., 2007.; White i sur., 2011., prema Petfield i sur., 2015.; Elliot i sur., 2014.; Zalewski i sur., 2014.; Newman, 2015.; Marcoux i sur., 2017.; Dittrich i sur., 2018.). Zbog prethodno navedenog, djeca roditelja s graničnim poremećajem ličnosti u visokom su riziku da će doživjeti traumatska iskustva, imati neke poteškoće mentalnog zdravlja (npr. simptome depresivnosti, suicidalnost, poremećaj kontrole impulsa, strah od napuštanja, razvoj graničnog poremećaja ličnosti i dr.) i socijalnog funkcioniranja (npr. poteškoće u prijateljstvima, označavanju i razumijevanju emocija, poremećaji privrženosti, problemi u ponašanju i dr.) (Marin i sur., 2002., prema Newman, 2015.; Crandell i sur., 2003., Hobson i sur., 2005., prema Levy, 2005.; Macife i sur., 2005., prema Levy, 2005.; Abela i sur., 2005., prema Petfield, 2015.; Barnow i sur., 2006., prema Petfield, 2015.; Herr i sur., 2008., prema Petfield, 2015.; Macife i sur., 2014.; Gratz i sur., 2014.; Mahan i sur., 2018.) što ukazuje na važnost primjene psihosocijalnih intervencija s ciljem zaštite dobrobiti djeteta i unaprjeđenja funkcioniranja roditelja. Prilikom planiranja psihosocijalnih intervencija važno je da socijalni radnici razumiju osjetljivost osoba s graničnim poremećajem ličnosti na situacijski stres. Napuštanje visoko stresnog okruženja te podržavajuće okruženje mogu značajno doprinijeti remisiji simptoma ovog poremećaja ličnosti (Gunderson, 2008.).

Temeljem pregleda literature našli smo tek rijetka istraživanja koja se bave ovom temom. Keys i Lambert (2002.) su 20. listopada 1999. godine pretraživali pojam »poremećaj ličnosti« u kombinaciji sa socijalnim radom u elektroničkim bazama časopisa s fokusom na razdoblje od 1990. do 1999. godine. Nakon izuzimanja duplih radova i članaka objavljenih u časopisima koji u svom nazivu ne sadrže pojam »socijalni rad«, pronašli su svega 24 rada koji se bave ovom temom, a koji su objavljeni u 12 časopisa koji u naslovu sadrže »socijalni rad«. Od ukupno 24 rada, u razdoblju od 1990. do 1995. godine, objavljeno je devet radova, svi u SAD-u, a u razdoblju od 1995. do 1999. godine 15 radova. Analiza sažetaka radova objavljenih u razdoblju od 1995. do 1999. godine pokazala je da su procjena, etiologija i tretman obrađeni u sedam radova, dok su samo dva rada kritički istraživala prirodu i dijagnozu poremećaja ličnosti. U jednom radu zaključeno je da je primjena graničnog poremećaja ličnosti rodno specifična te da rezultira negativnijim stavovima prema ženama (Leedy, 1997., prema Keys i Lambert, 2002.), dok je drugi više usmjeren na istraživanje društvene i kulturne konstrukcije poremećaja višestruke ličnosti (Hartocollis, 1998., prema Keys i Lambert, 2002.).

Prema Hershu (2008.), poteškoće u prepoznavanju simptoma graničnog poremećaja ličnosti, postavljanju dijagnoze, odabiru i provedbi tretmana mogu biti

povezane sa stereotipovima i mitovima stručnjaka o ovom poremećaju ličnosti. Primjerice, mit da je granični poremećaj ličnosti rijetko viđeno stanje može biti posljedica neuspjeha kliničara u istraživanju pacijentove povijesti ili prezentacije simptoma koja bi sugerirala dijagnozu graničnog poremećaja ličnosti, oslanjanja isključivo na izvještaje pacijenta koji često ne razumiju i ne prihvaćaju dijagnozu, odbacivanja deskriptivne psihijatrije i oslanjanja na alternativne sustave razumijevanja patologije (posljedično i neoslanjanje na dijagnostičke kriterije DSM-a) te filozofskih razloga. Zabluda/mit da se dijagnoza graničnog poremećaja ličnosti ne bi trebala postavljati prije nego su iskorištene opcije za liječenje afektivnog poremećaja jer uskraćuje pacijentima »korist sumnje« nerijetko dovodi do višekratnih hospitalizacija, propisivanja neadekvatnih kombinacija lijekova, kasnog postavljanja dijagnoze graničnog poremećaja ličnosti te upoznavanja pacijenta i članova obitelji s istim. Razumijevanje prijetnji samoubojstvom i gesta kao simptoma graničnog poremećaja ličnosti, moglo bi doprinijeti smanjivanju nepotrebnih hospitalizacija i pravovremenog propisivanja odgovarajuće kombinacije lijekova. Pacijentima za koje se vjeruje da imaju afektivni poremećaj uz istovremeno ignoriranje simptoma graničnog poremećaja ličnosti, često se propisuju lijekovi koji kod predoziranja mogu biti toksični (npr. triciklički antidepresivi i stabilizatori raspoloženja). Također, uobičajeno je da se pacijentima s graničnim poremećajem ličnosti s ili bez komorbiditeta s afektivnim poremećajem zbog prisutnosti različitih simptoma, uključujući simptome afektivnih poremećaja, impulzivnosti i prolazne psihotične simptome, propisuju kombinacije antidepresiva, antipsihotika, sedativa, anksiolitika i psihostimulansa. Propisivanje takvih kombinacija lijekova nakon neodgovaranja pacijenta na uobičajenu terapiju za afektivne poremećaje i kasno postavljanje dijagnoze graničnog poremećaja ličnosti dovode do zbunjenosti pacijenta i članova njihove obitelji (Hersh, 2008.).

Polazeći od svega navedenog, svrha ovog rada je istražiti prepoznaju li stručnjaci Odjela za zaštitu djece, braka i obitelji u centrima za socijalnu skrb simptome graničnog poremećaja ličnosti roditelja u situacijama ugrožene dobrobiti.

CILJ RADA I ISTRAŽIVAČKA PITANJA

Ciljevi istraživanja su:

1. dobiti uvid u prepoznavanje simptoma graničnog poremećaja ličnosti roditelja od strane stručnjaka Odjela za zaštitu djece, braka i obitelji pri centru za socijalnu skrb u situacijama ugrožene dobrobiti djeteta
2. dobiti uvid u poteškoće stručnjaka Odjela za zaštitu djece, braka i obitelji pri centru za socijalnu skrb koje proizlaze iz rada s roditeljima kod kojih su prisutni simptomi graničnog poremećaja ličnosti

3. dobiti uvid u potrebe stručnjaka Odjela za zaštitu djece, braka i obitelji pri centru za socijalnu skrb koje proizlaze iz rada s roditeljima kod kojih su prisutni simptomi graničnog poremećaja ličnosti.

Sukladno postavljenim ciljevima, postavljena su sljedeća istraživačka pitanja:

1. Koje simptome graničnog poremećaja ličnosti roditelja stručnjaci Odjela za zaštitu djece, braka i obitelji pri centru za socijalnu skrb prepoznaju u situacijama ugrožene dobrobiti djeteta?
2. U kojim situacijama, po mišljenju stručnjaka Odjela za zaštitu djece, braka i obitelji, simptomi graničnog poremećaja ličnosti roditelja dolaze do izražaja?
3. Koje intervencije poduzimaju stručnjaci Odjela za zaštitu djece, braka i obitelji prema roditeljima kod kojih su prisutni simptomi graničnog poremećaja ličnosti u situacijama ugrožene dobrobiti djeteta?
4. S kojim poteškoćama se susreću stručnjaci Odjela za zaštitu djece, braka i obitelji u radu s roditeljima kod kojih su prisutni simptomi graničnog poremećaja ličnosti?
5. Koje su potrebe stručnjaka Odjela za zaštitu djece, braka i obitelji koje proizlaze iz rada s roditeljima kod kojih su prisutni simptomi graničnog poremećaja ličnosti?

METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Uzorak

Istraživanjem je obuhvaćeno 12 socijalnih radnica i psihologinja od ukupno 20 zaposlenih na Odjelu za zaštitu djece, obitelji i braka pri centrima za socijalnu skrb (CZSS) na području Grada Zagreba i Zagrebačke županije u kojima je provedeno istraživanje. Odabir centara za socijalnu skrb i njihovih podružnica temeljio se na fizičkoj dostupnosti istraživača, ali je istodobno omogućavao potrebnu raznolikost s obzirom na veličinu centra za socijalnu skrb. Istraživanjem su obuhvaćene tri od ukupno deset podružnica CZSS-a Zagreb te dva od ukupno sedam CZSS-a na području Zagrebačke županije. Odabir osmero sudionika temeljio se na procjeni kompetentnosti, dobrovoljnosti i motiviranosti za sudjelovanjem u istraživanju od strane nadređenih (ravatelja CZSS-a i/ili voditelja Odjela za zaštitu djece, obitelji i braka), a odabir četiri sudionika na procjeni istraživača. Sudionik istraživanja trebao je biti dobar informator (prema vlastitoj procjeni imati iskustva rada s roditeljima sa simptomima graničnog poremećaja ličnosti), zaposlen kao socijalni radnik ili psiholog na Odjelu za zaštitu djece, obitelji i braka pri centru za socijalnu skrb u trajanju od minimalno godinu dana. Raspon dobi sudionika kreće se između 30 i

60 godina (prosječna dob je 45 godina). Svi sudionici istraživanja su ženskog spola. Od ukupnog broja sudionika, 9 sudionika su socijalne radnice, a 3 sudionika psihologinje. Prosječno trajanje ostvarenog ukupnog radnog staža u struci sudionika je 18 godina (od 2 do 35 godina), a radnog staža na Odjelu za zaštitu djece, obitelji i braka 8 godina (od 1 do 10 godina). Uzorak je namjerni.

Postupak prikupljanja podataka

Podaci su prikupljeni metodom polustrukturiranog intervjua⁵ temeljem suglasnosti ravnatelja CZSS-a, u sklopu aktivnosti programa »Sustavna podrška obiteljima s djecom: Procjenjivanje i smanjivanje rizika za dobrobit djece« UNICEF-a, Društva za psihološku pomoć i Ministarstva za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku. Prije svakog intervjua ispitaniku je objašnjeno tko provodi istraživanje, u koju svrhu i s kojim ciljevima. Navedeno je očekivano trajanje intervjua te da će intervju, uz njihovu prethodnu suglasnost, biti sniman aplikacijom diktafona na mobilnom uređaju. Sudionicima istraživanja zajamčena je dobrovoljnost, povjerljivost, anonimnost, pravo na odustajanje od razgovora tijekom intervjua te pravo ne odgovaranja na pojedina pitanja. Intervjui su u prosjeku trajali 31 minutu. Devet intervjua provedeno je u prostorijama centara za socijalnu skrb, a tri intervjua u ugostiteljskom objektu (kafiću) zbog nedostatka slobodnog prostora u centru za socijalnu skrb. Postupak prikupljanja podataka trajao je od travnja do srpnja 2019. godine.

Postupak obrade podataka

Dobiveni zvučni zapisi transkribirani su uz minimalno jezično uređivanje. U obradi podataka korištena je kvalitativna analiza podataka koja je provedena postupkom tematske analize, a koja ima eksplorativan karakter. Teme se definiraju kao dijelovi u cjelini prikupljenih podataka koji su važni za istraživačka pitanja te predstavljaju obrasce određenog sadržaja. Pomoću tematske analize moguće je opisati, ali i dodatno interpretirati različite aspekte istraživnog konstrukta (Braun i Clarke, 2006.).

Iz transkripta za cjelokupnu empirijsku građu označeni su dijelovi teksta koji su procijenjeni relevantnima za ciljeve istraživanja, a koji predstavljaju pojmove, te su dobiveni zapisi podijeljeni na slijedeće tematske cjeline:

1. prepoznavanje simptoma graničnog poremećaja ličnosti
2. situacije u kojima dolaze do izražaja simptomi graničnog poremećaja ličnosti roditelja

⁵ Predložak s pitanjima za polustrukturirani intervju može se dobiti na uvid od prve autorice teksta.

3. manipulativna ponašanja
4. poduzete intervencije prema roditeljima kod kojih, prema mišljenju stručnjaka, postoje simptomi graničnog poremećaja ličnosti ili je postavljena dijagnoza istog
5. ugrožena dobrobit djeteta
6. poteškoće stručnjaka
7. profesionalni stres i sagorijevanje
8. potrebe stručnjaka.

U obradi podataka koja se odnosi na prepoznavanje simptoma graničnog poremećaja ličnosti korišteni su dijagnostički kriteriji koji se prema API (2014.) mogu grupirati u četiri skupine: afektivna nestabilnost (kriterij 1, 6, 7, i 8), impulzivno i nekontrolirano ponašanje (kriterij 4 i 5), poremećeni interpersonalni odnosi (kriterij 2 i 3) i iskrivljenost mišljenja i percepcije (kriterij 9). Sukladno tome, tematska cjelina prepoznavanje graničnog poremećaja ličnosti obuhvaća afektivnu nestabilnost, impulzivno i nekontrolirano ponašanje, poremećene interpersonalne odnose te iskrivljenost mišljenja i percepcije, dok tematske cjeline poteškoće i potrebe stručnjaka obuhvaćaju neposredan rad s roditeljima sa simptomima graničnog poremećaja ličnosti, organizaciju i uvjete rada u CZSS-u te suradnju s drugim sustavima.

U ovom radu bit će prikazana obrada 1. tematske cjeline koja se odnosi na prepoznavanje simptoma graničnog poremećaja ličnosti te 4. i 6. tematske cjeline koje se odnose na poteškoće i potrebe stručnjaka koje proizlaze iz rada s roditeljima kod kojih su, prema mišljenju stručnjaka, prisutni simptomi graničnog poremećaja ličnosti s naglaskom na suradnju sa zdravstvenim sustavom.

Tematska cjelina prepoznavanje simptoma graničnog poremećaja ličnosti roditelja u okviru polustrukturiranog intervjua obuhvaćena je pitanjima *»Sjetite se i opišite jedan Vaš slučaj u kojem su, prema Vašem mišljenju, kod roditelja postojali simptomi graničnog poremećaja ličnosti ili je bila postavljena dijagnoza graničnog poremećaja ličnosti. Kako su se, prema Vašem mišljenju, u ovom slučaju kod roditelja manifestirali simptomi ovog poremećaja ličnosti?«* kojima je prethodilo uvođenje u intervju s kratkim opisom graničnog poremećaja ličnosti i njegovih glavnih simptoma od strane intervjuea. Tematska cjelina koja se odnosi na poteškoće stručnjaka obuhvaćena je pitanjem *»Što Vam predstavlja izazov/teškoću u radu s roditeljem kod kojeg su, prema Vašem mišljenju, prisutni neki simptomi graničnog poremećaja ličnosti?«,* a potrebe pitanjem *»Što bi Vam olakšalo rad s roditeljima kod kojih su prisutni neki simptomi graničnog poremećaja ličnosti? Koje su Vaše potrebe?«.*

Svakom sudioniku istraživanja dodijeljena je zasebna oznaka koja se sastoji od slova i brojanog zapisa (npr. S1) te se nalazi uz izjave sudionika. Na taj način osigurana je anonimizacija prikupljenih podataka.

Etički aspekti istraživanja

Sudionicima našeg istraživanja jamčili smo načelo povjerljivosti i anonimizacije prikaza dobivenih rezultata. Prije samog provođenja intervjua zatražena je suglasnost ravnatelja centara za socijalnu skrb, a odabir sudionika istraživanja u osam od ukupno 12 provedenih intervjua temeljio se na procjeni kompetentnosti i motiviranosti za sudjelovanjem u istraživanju od strane ravnatelja i/ili voditelja Odjela za zaštitu djece, obitelji i braka. Svi sudionici su dobrovoljno sudjelovali u istraživanju. Rizik da je dio sudionika pristao sudjelovati u istraživanju zbog stvarnog ili percipiranog pritiska od strane nadređenih je minimalan, s obzirom da se ne radi o istraživanju koje je na bilo koji način od specifičnog interesa rukovodnih osoba.

Tragični događaji u sustavu socijalne skrbi (ubojstvo socijalne radnice i pravnik iz CZSS-a Đakovo, 9. srpanj 2019.) u periodu provođenja istraživanja, kod djela sudionika doveo je do izražavanja straha zbog mogućih posljedica sudjelovanja u istraživanju s naglaskom na strah da će korisnici prepoznati njihov identitet. Zbog navedenog, kako bismo dodatno osigurali anonimnost ispitanika, nigdje se ne navode podaci o konkretnim centrima za socijalnu skrb u kojima je provedeno istraživanje.

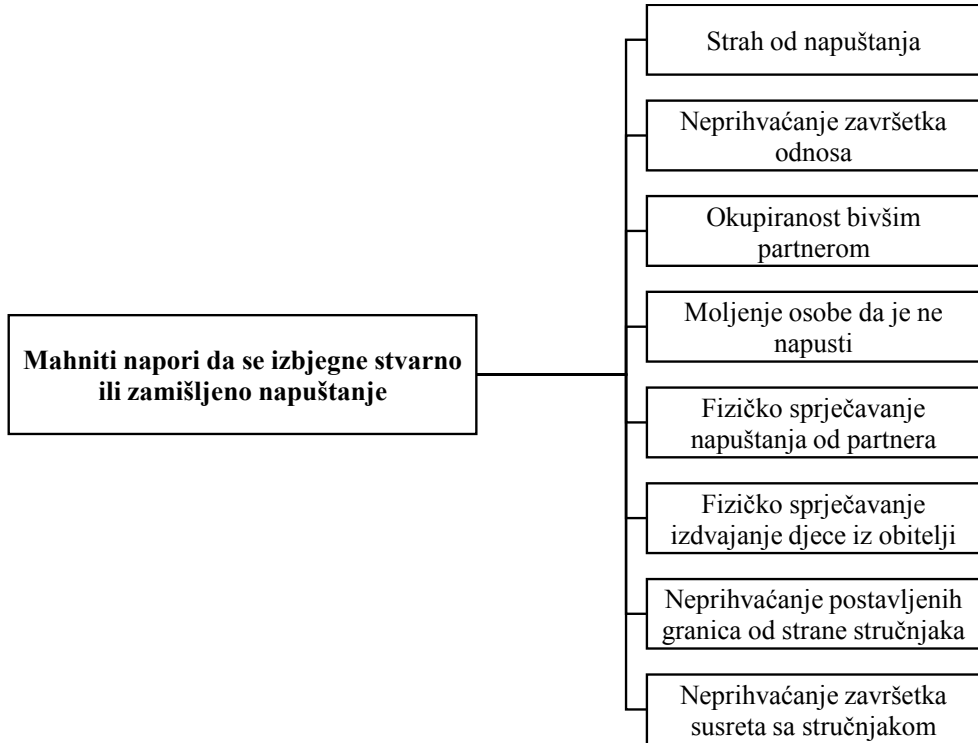
Tijekom provođenja intervjua susreli smo se s organizacijskim poteškoćama. Zbog prostornih uvjeta rada u centrima za socijalnu skrb, pet intervjua provedeno je u prisutnosti druge osobe (druge djelatnice centra za socijalnu skrb) od kojih su tri provedena u ugostiteljskom objektu (kafiću). Iako su intervjui provedeni u izdvojenom dijelu ugostiteljskog objekta (na katu) u kojem tijekom njihovog provođenja nisu bili prisutni drugi gosti ni djelatnici ugostiteljskog objekta, zbog prisutnosti drugih sudionika istraživanja, ugroženo je načelo povjerljivosti.

REZULTATI

Sukladno postavljenim ciljevima i istraživačkim pitanjima, dobiveni su sljedeći rezultati za temu »Prepoznavanje simptoma graničnog poremećaja ličnosti roditelja stručnjaka Odjela za zaštitu djece, obitelji i braka u centrima za socijalnu skrb u situacijama ugrožene dobrobiti djeteta«.

Socijalni radnici i psiholozi zaposleni na Odjelu za zaštitu djece, obitelji i braka u CZSS-u (dalje stručnjaci) kod roditelja prepoznaju različite simptome afektivne nestabilnosti, impulzivnog i nekontroliranog ponašanja, poremećenih interpersonalnih odnosa i iskrivljenosti mišljenja i percepcije. Prema API (2014.), afektivna nestabilnost obuhvaća mahnite napore da se izbjegne stvarno ili zamišljeno napuštanje (dijagnostički kriterij 1), afektivnu nestabilnost zbog reagibilnosti raspoloženja (dijagnostički

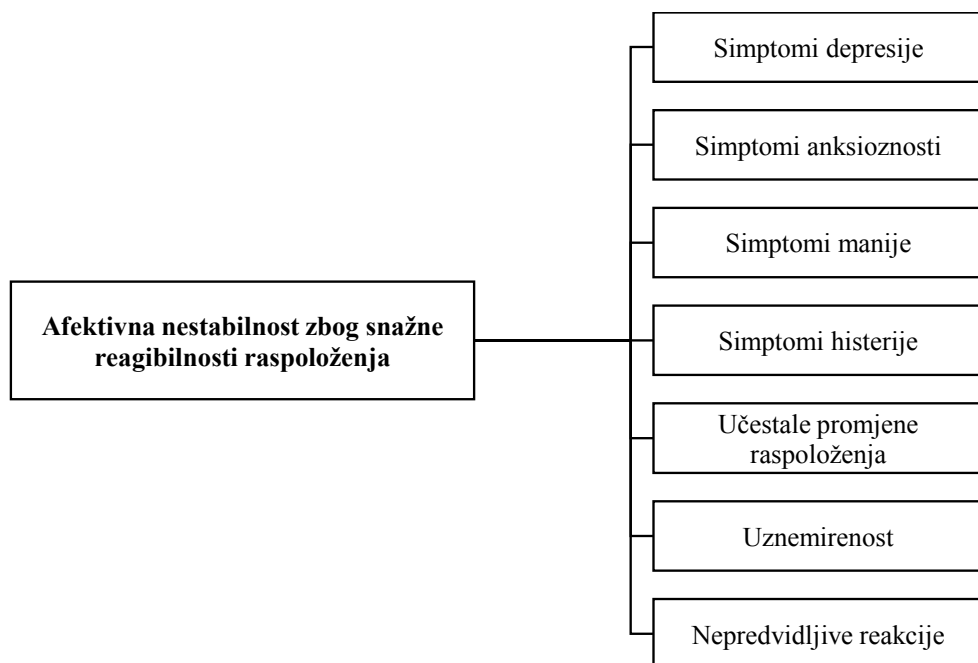
kriterij 6), kroničan osjećaj praznine (dijagnostički kriterij 7) i neprimjerno snažnu srdžbu ili teškoće u kontroli srdžbe (dijagnostički kriterij 8).



Slika 1. Prepoznavanje simptoma graničnog poremećaja ličnosti od strane stručnjaka s Odjela za zaštitu djece, obitelji i braka pri CZSS-u: Mahnuti napori da se izbjegne stvarno ili zamišljeno napuštanje

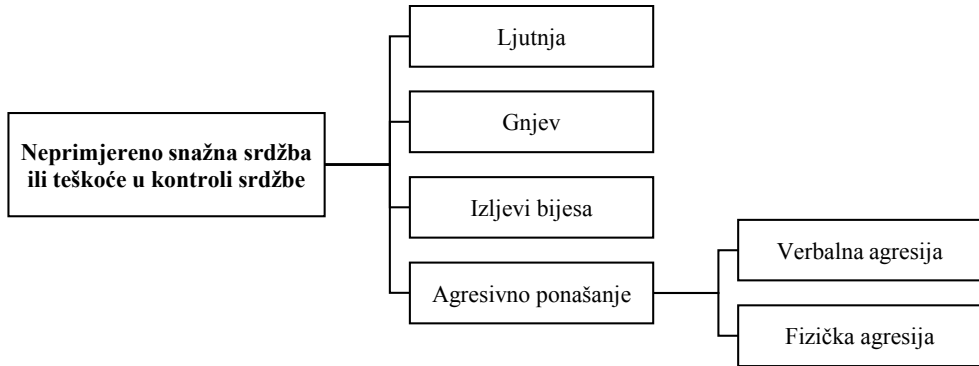
»Mahnite napore da se izbjegne stvarno ili zamišljeno napuštanje« stručnjaci prepoznaju (Slika 1.) kao »strah od napuštanja«: »Ja sam tu isto vidjela jedan signal straha od odvajanja kod majke, u smislu on je sad to dijete koje je cijelo vrijeme bilo uz nju...«(S1); »Zatim strah od napuštanja... Baš je izražavala veliki strah.«(S2), »neprihvatanje završetka odnosa«: »...apsolutno generirano njenim neprihvatanjem da on odlazi... Opće taj dio odvajanja to je bilo vrlo problematično kod nje. Prihvatanje toga razilaženja i odvajanja.«(S1); »...želja da zadrži partnera, da bude s njime...«(S8), »okupiranost bivšim partnerom«: »...što je ona bila i dalje u toj vezi silno okupirana suprugom. I dalje je pričala o njemu.«(S1), »moljenje osobe da je/ga ne napusti«: »... moljenje osobe da ne napusti zajednicu...«(S7); »I onda te neke teatralne scene kad netko

ne znam padne na koljena, kleči, sve ću učiniti za tebe i tako dalje...«(S8), »Ono nemoj me ostaviti, ići ću na tretman...«(S12), »fizičko sprječavanje napuštanja od strane partnera/ice i izdvajanja djece iz obitelji«: »...ona je prvo njemu pristupila onako histrionski, skliznula je na koljena, zagrlila mu je noge, rekla je di si bio ljubavi cijelu noć, ja sam te čekala, zašto si me ostavio...«(S8); »Znači u situaciji kad je došlo, mislim trebalo doći do realizacije izdvajanja djece, nije došlo. Mislim nije se fizički to moglo izvesti jer to je bilo toliko dramatično da se jednostavno nije izvelo.«(S1). U odnosu sa stručnjacima, mahnuti napori da se izbjegne napuštanje manifestiraju se kroz »neprihvatanje postavljenih granica od strane stručnjaka«: »...mene je znao čekat ono kad sam postavila neke granice... znao me je ujutro dole na parkingu čekat dok se sparkiram i izađem iz auta, i za ruku, molim vas može 5 minuta – ne može, je l' se možemo nać poslije vašeg radnog vremena negdje vani u gradu – ne možemo.«(S4) i »neprihvatanje završetka susreta sa stručnjakom«: »Sad je nedavno bila ovdje kod mene i pričale smo sat i 15 minuta... Kad sam rekla nakon tih sat i 15 minuta da ćemo sad morat završiti, da već 15 minuta kasnim u razgovoru sa drugom strankom koja je bila naručena. Onda mi je nakon tih sat i 15 minuta rekla aha, vi se mene samo hoćete riješit.«(S5).



Slika 2. Prepoznavanje simptoma graničnog poremećaja ličnosti od strane stručnjaka s Odjela za zaštitu djece, obitelji i braka pri CZSS-u: Afektivna nestabilnost zbog snažne reagibilnosti raspoloženja

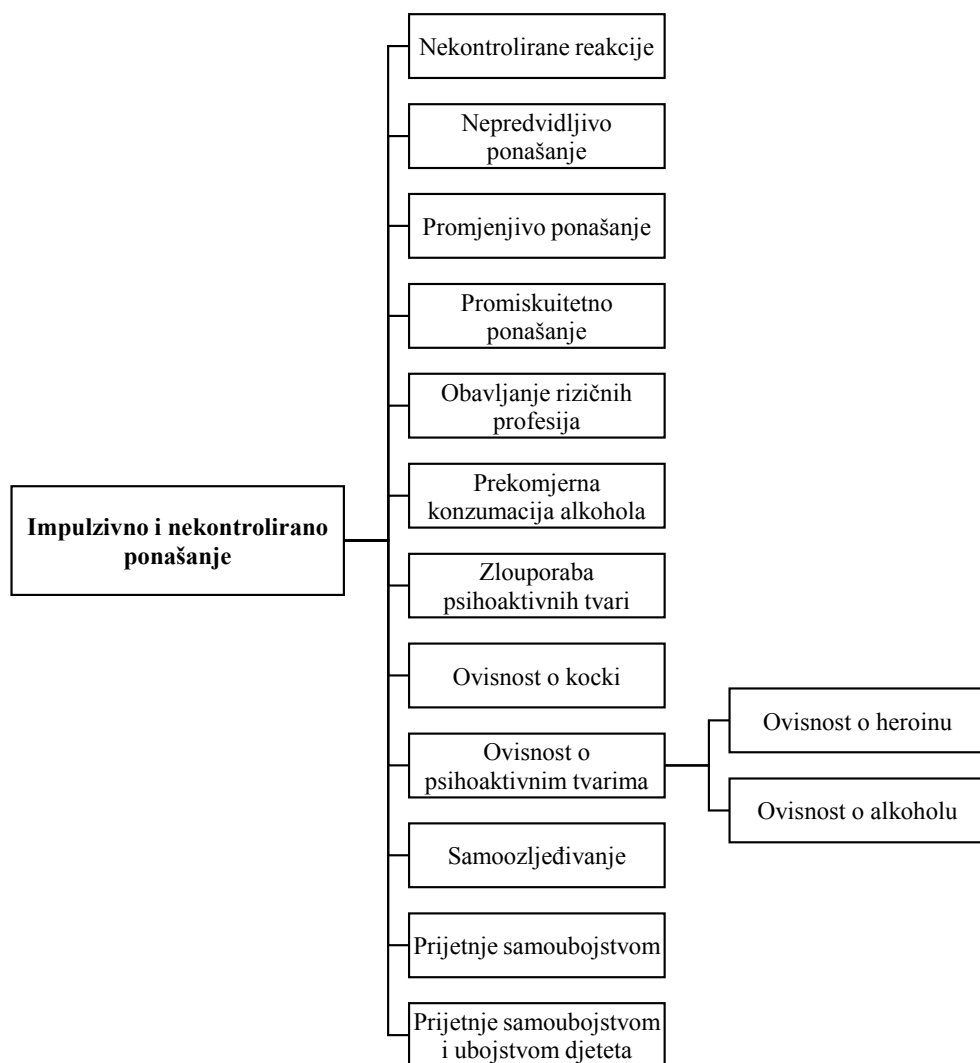
»Afektivnu nestabilnost zbog snažne reagibilnosti raspoloženja« stručnjaci prepoznaju (Slika 2.) kao simptome »anksioznosti«: »...anksioznost je bila baš onako, jako jako naglašena.«(S1), »depresije«: »Nije mogla nać snage negdje ić predstaviti se i tražit...«(S1); »Od ovih nekih depresivnih...« (S7); »histerije«: »...gdje bi histerizirala.«(S1); »...ona traži razgovor u centru jer njoj nešto treba, dođe i onda promijeni ponašanje u histeriju...«(S3); »...pa opet počne histerija...«(S11), »manije«: »...do, rekla bih možda i maničnih ponašanja...«(S7); učestale »promjene raspoloženja«: »...te izmjene i raspoloženja i to sve...«(S1); »...od toga da su joj raspoloženja izuzetno promjenjiva.«(S5); »...odnosno, upravo je negdje vidljiva promjena raspoloženja. To je nešto što je apsolutno prisutno konstantno.«(S8); »uznemirenost«: »Toliko je došla... potpuno blijeda, sva izobličena, ovako je lomila ruke. Jedva smo je ovdje umirili, tak je disala (pokazuje brzo i duboko disanje). Ovak su joj se ruke tresle.«(S8) i »nepredvidljive reakcije«: »Vrlo teško je predvidjet kako će reagirati...«(S5).



Slika 3. Prepoznavanje simptoma graničnog poremećaja ličnosti od strane stručnjaka s Odjela za zaštitu djece, obitelji i braka pri CZSS-u: Neprimjerena i snažna srdžba ili teškoće u kontroliranju srdžbe

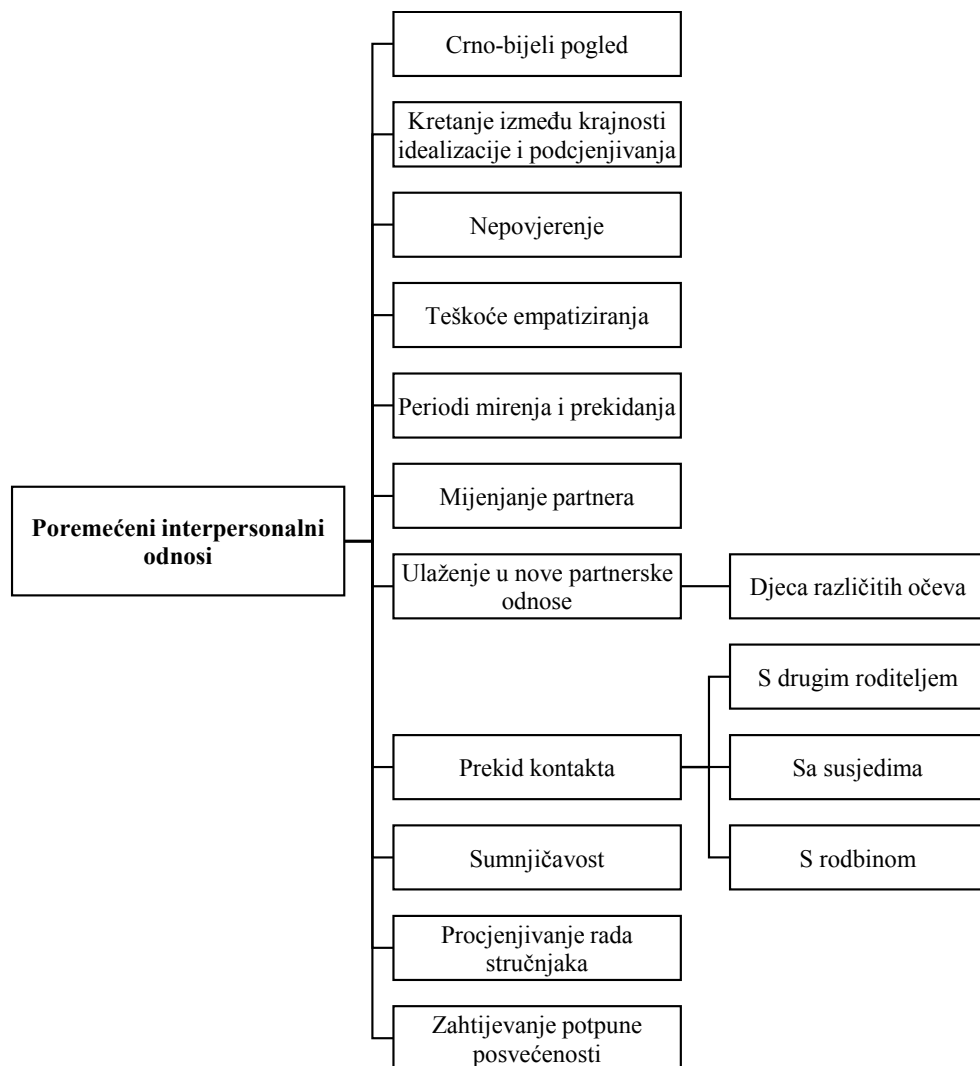
»Neprimjerena i snažnu srdžbe te teškoće u kontroliranju iste« stručnjaci prepoznaju (Slika 3.) kao »ljutnju«: »...uglavnom tu je bila ljuta nakon toga...«(S1); »Ja sam ju uputila da ide, da potraži nekakvu stručnu pomoć. To je ona meni strašno zamjerila.«(S6); »...Ona se je na to jako razljutila.« (S8), »gnjev«: »...ali kako je ona bivala sve više gnjevna...«(S1); »izljeve bijesa«: »...i oni su znali doć u školu i tamo napraviti rusvaj.«(S4); »... pa su opet počeli ti nekontrolirani izljevi bijesa.«(S11), »agresivno ponašanje«: »...u principu zbog agresivnog ponašanja...«(S9), »...kada ona osjeti da mi očekujemo nekakve promjene, zapravo reagira agresijom.«(S10) koje se izražava kroz »verbalnu«: »kada centar prvi puta reagira, dakle na njihovu svađu... ona drugi dan zove i vrijeđa mene.«(S2); »Često je u sukobu s ljudima s kojima bi trebala surađivati,

od ustanove u kojoj su djeca smještena, do centara, do liječnika, bilo gdje. Gdje god se pojavi tu veoma brzo dolazi u sukob sa svima.«(S5) i »fizičku agresiju«:»... iako su djeca meni iskazivala da ih je mama znala kažnjavat, da ih je znala tuć, kak je to izgledalo, ne znamo.« (S5); »...ali imamo izvješća iz policijske postoje dok su bili u drugoj županiji o fizičkom nasilju od žene prema mužu i muža prema ženi.«(S11).



Slika 4. Prepoznavanje simptoma graničnog poremećaja ličnosti od strane stručnjaka s Odjela za zaštitu djece, obitelji i braka pri CZSS-u: Impulzivno i nekontrolirano ponašanje

»Impulzivno i nekontrolirano ponašanje« prema API (2010.) obuhvaća «impulzivnost na najmanje dva područja koja predstavljaju opasnost za samoga/samu sebe, primjerice kao što su trošenje novca, spolni odnosi, upotreba psihoaktivnih tvari, nepažljivo upravljanje automobilom i napadi prejedanja (dijagnostički kriterij 4) i »ponovljene pokušaje samoubojstva, geste, prijetnje i samoozljeđivanje« (dijagnostički kriterij 5). Stručnjaci izvještavaju (Slika 4.) o impulzivnosti koja se manifestira kroz »nekontrolirane reakcije«: »...nekontroliranih nekakvih reakcija...«(S1); »...jer ona zna više poludit.«(S8), »...onak, baš se nije mogao iskontrolirati.«(S9), »nepredvidljivo ponašanje«: »Nepredvidljivo ponašanje...«(S2); »Naprosto nikada ne znate što očekivati. Jedno misle, drugo čine, treće osjećaju.«(S8); »Osim što imaju tih nekakvih amplituda svojeg ponašanja koje direktno ugrožava dijete...«(S10), »promjenjivo ponašanje«: »...česte oscilacije u ponašanju.«(S7); »A ova majka koja zapravo je jednoroditeljska obitelj, ona ima vrlo velike oscilacije u ponašanju...«(S10), »sklonost promiskuitetnom ponašanju«: »Vidljivo je bilo iz slika koje nam je tata dostavio, isto tako, ona je jednostavno sklona promiskuitetu.«(S2); »...onda bude i promiskuitetno ponašanje...«(S12) »obavljanju rizičnih profesija«: »...posao gdje ona radi u noćnom klubu i toči piće, ali mi smo tu sumnjali na nešto drugo, na prostituciju. Naravno, nismo to dokazali...«(S8), »...majka koja se bavi prostitucijom...«(S12), »prekomjerno konzumaciji alkohola«: »Tu je povremeno prekomjerno konzumiranje alkohola...«(S8), »Bila je pod utjecajem alkohola... Nisu ovisnici, ali konzumiraju. Čašica vina, pivica i tako to.«(S11); »To budu roditelji koji su skloni alkoholu...«(S12) i »zlouporabi psihoaktivnih tvari«: »Kod žene postoji povijest zlouporabe trave.«(S11); »...pa često bude uz zlouporabu alkohola, pa ekscesivno opijanje... droge...«(S12). Ponekad roditelji s dijagnozom i/ili simptomima graničnog poremećaja ličnosti razvijaju različite oblike »ovisnosti«, primjerice »ovisnost o kocki«: »...oboje su imali ovisničko ponašanje kockanja...«(S4); »...i sklonost kocki...«(S12) i »ovisnost o psihoaktivnim tvarima«: »...uputili smo je u bolnicu Sestre milosrdnice zbog ovisnosti o heroinu.«(S10). Neki su roditelji s dijagnozom i/ili simptomima graničnog poremećaja ličnosti skloni »samoozljeđivanju«: »Bilo je i ovog pokušaja samoozljeđivanja gdje je ona bila uzela neki žilet i po trbuhu se izrezala.«(S7) i »prijetnjama suicidom«: »Prvo je zvala u centar da ona ne može s djecom, da razmišlja da će se ubiti pa smo pozvali hitnu i otišli tamo.« (S7); »I ona će se ubiti jer to više ne može izdržati.«(S10) koje ponekad »uključuju i prijetnju ubojstvom djeteta«: »...da se prijetila da će skočiti s djetetom kroz prozor...«(S8).

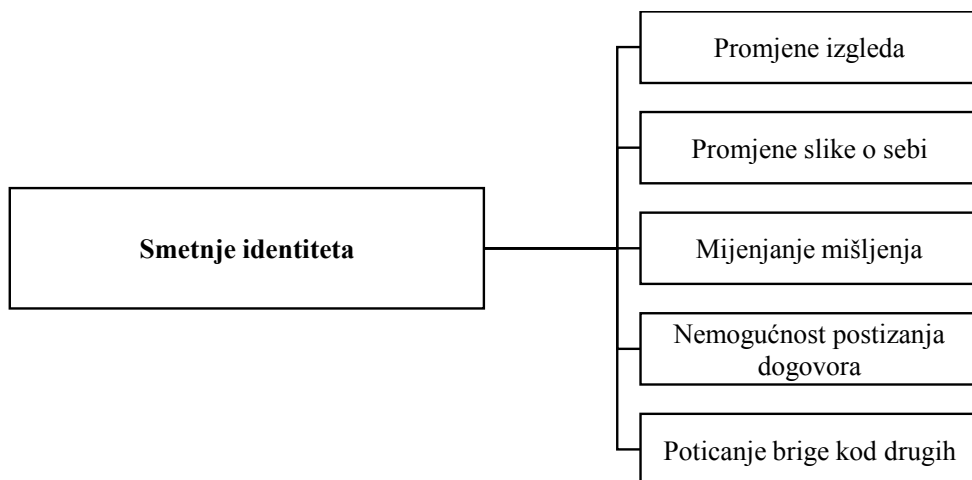


Slika 5. Prepoznavanje simptoma graničnog poremećaja ličnosti od strane stručnjaka s Odjela za zaštitu djece, obitelji i braka pri CZSS-u: Poremećeni interpersonalni odnosi

Poremećeni interpersonalni odnosi uključuju obrazac nestabilnih i intenzivnih interpersonalnih odnosa obilježenih izmjenama između krajnosti idealizacije i podcjenjivanja (dijagnostički kriterij 2) i smetnje identiteta: značajno i perzistentno nestabilna slika o sebi ili osjećaju selfa (dijagnostički kriterij 3) (APA, 2014.). Kod roditelja kojima je postavljena dijagnoza graničnog poremećaja ličnosti ili su prema

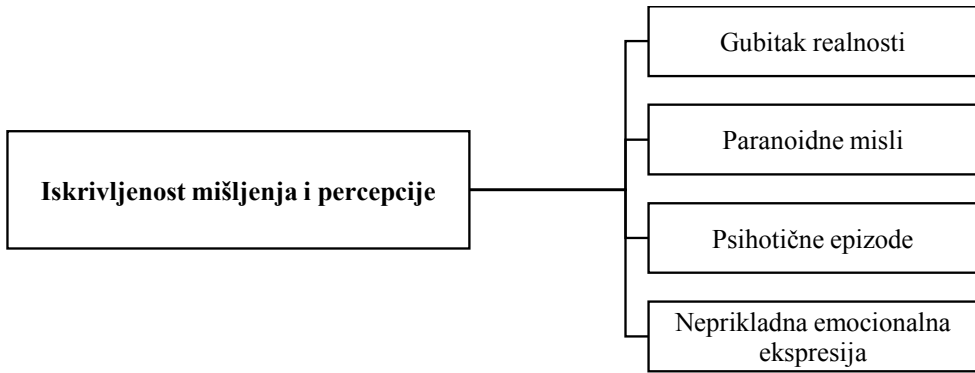
mišljenju stručnjaka prisutni simptomi ovog poremećaja ličnosti, stručnjaci uočavaju (Slika 5.) »crno-bijeli pogled« na svijet koji prati kretanje između »krajnosti idealizacije i podcjenjivanja«: »... znači, ta podjela ljudi na dobre i loše, znači sve to gledanje svijeta kao crno-bijelog, to je definitivno bilo uočljivo kroz te postupke...«(S1); »Pogled na ljude i svijet oko sebe koji se očituje u podjeli na dobro i loše, to je bilo prisutno. Ljudi su dobri ili zli. Nas, recimo, u centru je prikazivala apsolutno lošim, zlim, a svoje socijalne radnice u drugom centru, one su joj bile ok.«(S2), »nestabilne romantične odnose«: »Mislim da su tad bili u vezi tri dana... Bila je rekla da je to čovjek njezinog života, da žele dijete.«(S7) »obilježene nepovjerenjem«: »Ona uopće nije imala povjerenja u njega, mislila je da laže, da će ne znam šta meni reći.«(S8) i »periodima mirenja i prekidanja«: »Ta veza... Da, bila je onako burna...«(S1); »Onda su se u par navrata sastajali – rastajali da bi već jedno, a sigurno 6-7 godina, bili razdvojeni...«(S7); »Doslovno su to tako riječi njene i njegove. Ljubav cvijeta, oni su sad jako dobri, riješili su sve probleme i tako.«(S5). Stručnjaci izvještavaju kako je učestalo prisutno »mijenjanje partnera i ulaženju u nove odnose«: »Kako to da je ušla u treću vezu, a nije realizirala ove dvije kako treba.«(S2); »Znači, prvo je bila sa ovim mužem, onda su prekinuli prije ovog službenog razvoda braka. Onda je bila s tim sadašnjim partnerom, onda jedno vrijeme su svi troje živjeli zajedno i dijete, znači starija curica, ovo najmlađe nije bilo još rođeno. Pa bi se onda preselila s partnerom, pa bi se s njim svađala, pa bi se vraćala suprugu.«(S7) koje nerijetko dovodi do toga da imaju »djecu s različitim partnerima«: »Njoj je jednostavno ovo sad treći partner s kojim ima dijete.«(S2), »Imala je troje djece sa tri različita partnera...«(S3). Prisutne su »teškoće empatiziranja«: »To je ono što sam rekla, fokus mame nije bio na djeci nego na sebi.«(S1), »A to on jednostavno sa svojim, s tim jednim kvarnim pristupom gdje je on isključivo orijentiran na sebe, onak kako će njemu bit dobro...«(S4), »prekidi kontakta sa susjedima«: »...prekinula je kontakte s njima, nije ih više pozdravljala...«(S1), »rodbinom«: »Ona je prekinula i odnose sa rodbinom.«(S1) i »drugim roditeljem«: »Dakle, prvi partner, s njim više nema nikakve kontakte niti on viđa dijete nakon što je dijete izdvojeno i smješteno u dom...«(S8). U odnosu sa stručnjacima iskazuju »nepovjerenje«: »...iskazivala nepovjerenje prema stručnjacima...«(S1); »...nije imala povjerenja u nas.«(S6) i »sumnjičavost«: »Kad sam ju znala pitati... Ono u stilu kak to da se ja brinem, dok odvjetnica nije rekla, i dok ja nisam rekla ja vas lijepo ljudski pitam i želim takav odgovor. Onda je odvjetnica rekla, kaže socijalna radnica Vas pita normalnim tonom, ne provocira, ona je to u svojoj glavi totalno okrenula.«(S2); »Znači... sumnja u stručnost djelatnika i institucija...«(S6). Prisutno je »procjenjivanje rada stručnjaka«: »...koji je, svaku riječ važe, glede tolke detalje da spominje način na koji ga gledate, način na koji sjedite. Bitno mu je, znači bitno mu je sve od neverbalne komunikacije do verbalne, do toga na koji način ste se obratili njemu, na koji ženi.«(S4); »Procjenjivala je nas stručnjake, smatrala je da smo koruptivno vezani... Znači, često je, stalno je ona procjenjivala naš stručni rad.«(S6) i »zahtijevanje potpune posvećenosti

stručnjaka: »Ovaj dio gdje je on isto tražio, znao nazvat, isto sad i odmah. Evo mene, ja sam jedini na svijetu, 300% se meni posveti što je nemoguće kroz naš način rada.«(S4).



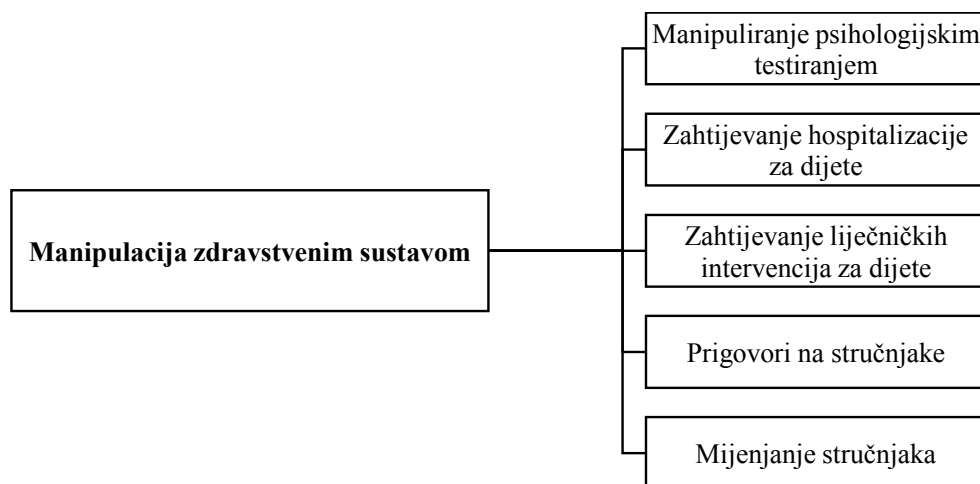
Slika 6. Prepoznavanje simptoma graničnog poremećaja ličnosti od strane stručnjaka s Odjela za zaštitu djece, obitelji i braka pri CZSS-u: Smetnje identiteta

»Smetnje identiteta« stručnjaci prepoznaju (Slika 6.) kao »promjene izgleda«: »U međuvremenu je potpuno promijenila frizuru, znaju biti često promjene u vanjskom izgledu...«(S8) i »slike o sebi«: »...promijenjene slike o sebi...«(S2), učestalo »mijenjanje mišljenja«: *I »ako imate još takav borderline gdje ćete vi jedan dan reći oke, drugi dan ne...« (S4); »I da se strpi još sljedećih mjesec dana dok ona promijeni mišljenje. Uvijek je i bilo to da bi ona na kraju promijenila mišljenje...«(S7), »nemogućnost postizanja dogovora«: »Znači, kad bi ona nekako se osjećala bolje, onda taj da recimo kad bi došla, taj dan bi se čak i moglo nešto odrazgovarat s njom, napraviti neki plan, dogovoriti nekakve strategije, oni neki kratkoročni ciljevi, banalne neke stvari. Da bi sljedeći put već priča bila drugačija, cijela ta situacija bi pala u vodu, takve nekakve izmjene, amplitude gore-dolje, to je baš bilo onak prisutno.«(S1); »To je ovo nema dogovora, nema, jednu stvar se dogovorimo, za pola sata je drugo, kad god je čovjek njoj išao na ruku, dakle i sve to je padalo u vodu.« (S2); »Nikad ništa s njom ne možeš normalno riješiti, a da onda taj dogovor koji je postignut traje.«(S5) i »poticanje brige kod drugih«: »Ovo da kod drugih može svojim nesvjesnim potrebama potaknut brigu, to sam ja vidjela kod sebe.«(S2); »Samoozljeđivala se je. Poslije je objašnjavala da je to napravila kako bi dobila pažnju tog supruga.«(S7).*



Slika 7. Prepoznavanje simptoma graničnog poremećaja ličnosti od strane stručnjaka s Odjela za zaštitu djece, obitelji i braka pri CZSS-u: Iskrivljenost mišljenja i percepcije

»Iskrivljenost mišljenja i percepcije«, prema API (2010.), obuhvaća prolazne sa stresom povezane paranoidne misli ili teške simptome disocijacije (dijagnostički kriterij 9) koje stručnjaci prepoznaju (Slika 7.) kao »gubitak realnosti«: »...i tu je onda gubila kontakt s realitetom. Dakle, tu je... već pomalo počelo izgledati kao da počinje gubiti vezu s realitetom.«(S1); »...vidi se da baš nema u tim momentima doticaj s realnošću...«(S12), »paranoidne misli«: »Stalno je zapravo imala taj jedan paranoidni štih da je netko, recimo, više uvažio ono što bi bilo na strani oca, a ne nje do nekakvih čak paranoidnih ideja da smo pristrani mi ovdje u centru.«(S1); »Uglavnom ima dojam da su svi usmjereni protiv nje, da ju nitko ne razumije, ne uvažava, da svi imaju neki interes da ju proglase ludom.«(S5), »neprikladnu emocionalnu ekspresiju«: »...kad bi je pitali pa dobro kako je sa svim tim živjela do tada, znači dok su živjeli kao obitelj, praktički je ono, na to bi se smijala, recimo bila je totalno jedna, jedna emocionalna ekspresija koja je neprikladna za taj kontekst, je l' za sadržaj koji je ona iznosila.«(S1) i »psihoteične epizode«: »Onaj tipični granični poremećaj gdje povremeno odu i u psihoteične epizode.«(S12).



Slika 8. Manipulacija zdravstvenim sustavom

Stručnjaci navode da su roditelji kod kojih uočavaju simptome graničnog poremećaja ličnosti skloni »manipulaciji zdravstvenim sustavom« (Slika 8.) koja se očituje »manipuliranjem psihologijskim testiranjem«: »...pa da, svi lažu u trenucima procjene. Mislim, kad znaju da ih se procjenjuje, sigurno prilagode odgovore da budu socijalno poželjni... Koliko god da testovi koriste, toliko se može isto malo izmanipulirati u odgovorima.«(S3);»...ali je ipak otišla kod privatnog psihologa koji je obavio nekakvo testiranje i tu je ona ispala nadprosječno inteligentna. S tim je ona mahala po svuda, po sudovima i govorila kako ona nije bolesna.« (S6), »zahtijevanjem hospitalizacije i liječničkih intervencija za dijete«: »...U jednom trenutku je pozvana hitna pomoć od strane djelatnica udruge Babe... Dijete je bilo otpeljano u bolnicu gdje nije, mislim utvrđeno je da je bilo uznemireno, naravno što smo i mi vidjeli. Dakle, nikakvih drugih znakova, elemenata ni indikacija medicinskih nije bilo da bi se zadržalo u bolnici, pušteno je doma.« (S1); »Prvo je zvala u centar da ona ne može s djecom, da razmišlja da će se ubiti pa smo pozvali hitnu i otišli tamo. Kad smo došli u stan, ona je djelovala skroz ok, već smo mislili da je neće hitna htjet odvest. A onda kad je hitna došla na vrata, opet je počela radit scene.«(S7); »Dok je bio manji, vodala ga je po doktorima i htjela je dokazati da dijete nije psihički u redu. I vodila ga psihijatrima.«(S6). Skloni su učestalim »prigovorima i mijenjanju stručnjaka«: »Jer ima prigovor na svakog stručnjaka gdje god su bili, opća praksa, specijalisti, Poliklinika... pa idu jednom, drugom, petom stručnjaku, svakom nađu prigovor.«(S12); »Onda je bila nezadovoljna radom Poliklinike pa je krenula u Kukuljevićevu, pa onda je tamo bila nezadovoljna. Onda bi našla drugo neko mjesto tako je, recimo, što se djece tiče, završila kod privatne psihologinje.«(S1).

Druga tematska cjelina koju ćemo prikazati u ovom radu odnosi se na poteškoće stručnjaka Odjela za zaštitu djece, obitelji i braka u centrima za socijalnu skrb u suradnji sa zdravstvenim sustavom – ograničenja suradnje sa stručnjacima iz zdravstvenog sustava.

Stručnjaci upozoravaju na »izostanak suradnje i razmjene informacija sa zdravstvenim sustavom«: *»A zdravstvu, tu mi se čini da baš i nema suradnje.«(S9); »Suradnja sa zdravstvom je jako problematična... oni s nama ne surađuju...«(S12)*, a objašnjavaju je primjenom »Zakona o zaštiti osobnih podataka«: *»Ono što nam je problem je ta zaštita podataka, privatnost i tajnost podataka. Mi od liječnika više ništa ne dobijemo. Ja, ako se obratim liječniku opće medicine ili specijalisti, neću dobiti ništa. Meni samo stranka može donijeti nalaz i dokumente, a to neće donijeti ako to nije u korist stranke. Ja nemam pravo inzistirati. To je njezina privatna stvar, dakle liječnički nalaz, tako da ja u tom dijelu ne mogu ništa.« (S10); »...pogotovo od kad postoji taj novi Zakon o zaštiti osobnih podataka gdje moraš paziti koje podatke ćeš ti dati drugoj osobi i tu su psihijatri postali jako oprezni i ne žele dati nikakav podatak, pa ni kad pitamo za procjenu roditeljskih kapaciteta takvog roditelja koji je već negdje uključen u zdravstvenu ustanovu... nego kažu da možemo dobiti nalaz ako nam ga stranka da osobno, a naravno, oni to nisu spremni. I što mi onda možemo?«(S12)*. Veliku teškoću u radu s ovim roditeljima predstavlja »izostanak dijagnoze«: *»Ono što je nama otežavajući faktor je to što mi nerijetko imamo neke svoje zaključke, a vrlo rijetko dijagnozu, nekakav nalaz liječnički tako da mi tu ni ne smijemo nastupati na način gledajte vi tu radi toga i toga u smislu dijagnoza, jer ste to i to, imate poremećaj ličnosti ili nešto, morate to.«(S10); »...tu nema dijagnoze...«(S12)*, »odbijanje stručne pomoći«: *»Ono što nam uvijek predstavlja problem, to je da vrlo teško uspijevamo ili gotovo nikako takve osobe privoliti da zatraže nekakvu stručnu pomoć, psihijatrijsku ili psihologijsku, da uđu u nekakav tretman.«(S1); »Jedna mama... je, recimo, iskazala strah da u slučaju postavljanja dijagnoze, da bi joj to smanjilo šanse da ona ostvari roditeljsku skrb i da živi s tim djetetom.«(S5)* i ranije navedeno »manipuliranje psihologijskim testiranjem i učestalo mijenjanje stručnjaka«. Nadalje, stručnjaci ukazuju na »izostanak savjetovanišnog rada s cijelom obitelji i obiteljskih terapija«: *»Kad upućujemo u savjetovanište te neke roditelje i dijete, ili stručnjaci rade s roditeljima, ili s djetetom, ali raditi znači obiteljski pa u fokusu taj roditelj koji je problematičan i sa djetetom, toga uopće nema.«(S12)*.

Treća tematska cjelina koju ćemo prikazati odnosi se na potrebe stručnjaka Odjela za zaštitu djece, obitelji i braka u centrima za socijalnu skrb koje proizlaze iz ograničene suradnje sa zdravstvenim sustavom – potreba za unaprjeđenjem suradnje sa zdravstvenim sustavom.

Sukladno iskazanim poteškoćama, stručnjaci ukazuju na potrebu suradnje sa zdravstvenim sustavom kroz »razmjenu informacija o zdravstvenom stanju roditelja«: *»Veća dostupnost informacija o zdravstvenom stanju.«(S10); »brže dijagnostici-*

ranje graničnog poremećaja ličnosti»: *»A za ove kojima nije dijagnosticiran, da brže dođe do liječenja. Ok, tu onda postoje neke, nekako je tu podrška tog drugog sustava. Neki elementi su onda vidljivi.« (S7), »uključivanje roditelja u terapijski rad»: »Da je tu konstantno rad jer mislim da se to ne može pustit u ni jednom trenutku da to bude prema potrebi. Ta je potreba vječna. To je stalno... konstantno je potreban rad, neka psihoterapija, ili šta ja znam, neki oblik pomoći.« (S7); »Tu je stvarno bitno da su ti ljudi uključeni u nekakvu terapiju.«(S9) i cijele obitelji u »obiteljsku psihoterapiju»: »Nego jednu kontinuiranu obiteljsku terapiju da se ta djeca osnaže, da ta djeca što lagodnije prebrode to razvojno visokokonfliktno roditeljstvo i da se te same roditelje uči isključivo vezano uz djecu.«(S4) te »češće kontrole psihijatra»: »Ali da su bar te kontrole češće kod ovih koji su u sustavu, kojima je već dijagnosticirano.«(S7).*

RASPRAVA

Stručnjaci Odjela za zaštitu djece, obitelji i braka pri centrima za socijalnu skrb u svom svakodnevnom radu s roditeljima u situacijama ugrožene dobrobiti djeteta, prepoznaju brojna ponašanja i simptome koji ukazuju na afektivnu nestabilnost, intenzivne i nestabilne interpersonalne odnose, impulzivno i nekontrolirano ponašanje i teškoće testiranja realnosti koji su potencijalno povezani s mogućim graničnim poremećajem ličnosti roditelja. Međutim, važno je istaknuti kako je ovaj poremećaj ličnosti često teško identificirati i dijagnosticirati iz niza razloga. Jedan od razloga vezan je uz složenost simptoma graničnog poremećaja ličnosti i njihovu prezentaciju. Naime, kao i kod većine drugih psihičkih poremećaja, ne postoji specifičan simptom koji nedvojbeno ukazuje na postojanje graničnog poremećaja ličnosti, već se radi o nizu simptoma i ponašajnih manifestacija koji se javljaju i kod drugih psihičkih poremećaja (primjerice, afektivni simptomi obilježje su i afektivnih poremećaja). Dodatnu otegotnu okolnost prepoznavanja ovog poremećaja predstavlja i česti komorbiditet s drugim psihičkom poremećajima, primjerice afektivnim i zlouporabom sredstava ovisnosti, pri čemu komorbidna stanja često »zamaskiraju« simptome primarnog poremećaja. Navedeno je evidentno i u našem istraživanju podaci kojeg ukazuju da stručnjaci obuhvaćeni istraživanjem govore o roditeljima s postavljenom dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti i bipolarnog poremećaja, o roditeljima s dijagnozom i/ili simptomima graničnog poremećaja ličnosti i ovisnosti o kocki i sl.

Poteškoće stručnjaka u prepoznavanju simptoma graničnog poremećaja ličnosti mogu proizlaziti i iz različitih mitova, stereotipa i predrasuda (Hersh (2008.)). Jedan od njih je da je granični poremećaj ličnosti rijetko viđeno stanje, iako osobe s ovim poremećajem ličnosti koriste više zdravstvenih usluga u odnosu na osobe

s drugim poremećajima ličnosti ili depresijom (Bender i sur., 2001., prema Hersh, 2008.) te čine značajan postotak ukupnog broja ambulantno i bolnički liječenih pacijenata (Weissman, 1991., prema Hersh, 2008.). Neki od razloga pravodobnog neprepoznavanja simptoma ovog poremećaja vezani su uz neadekvatno prikupljanje anamnestičkih podataka pacijenta, isključivo oslanjanje na izvještaje samih pacijenta koji često ne razumiju i ne prihvaćaju vlastite simptome, odbacivanja opisne psihijatrije i, sukladno tome, oslanjanja na alternativne sustave razumijevanja psihopatologije.

Temeljem rezultata našeg istraživanja, uočljivo je da stručnjaci iz sustava socijalne skrbi roditelje sa simptomima graničnog poremećaja ličnosti opisuju kao osobe sklone manipulativnom ponašanju koje zahtijevaju potpunu posvećenosti stručnjaka što može dovesti do predrasuda i diskriminacije ove skupine korisnika. Ovu hipotezu možemo potkrijepiti s rezultatima stranih istraživanja. Tako je npr. istraživanje u Novom Zelandu o diskriminaciji osoba s graničnim poremećajem ličnosti od strane zdravstvenih djelatnika u kojem je sudjelovalo devet osoba s dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti pokazalo kako su osobe s ovim poremećajem ličnosti često opisane kao »teške« i manipulativne osobe koje traže pažnju stručnjaka i troše resurse te da je često bio dovoljan jedan »incident« da ih se kategorizira kao teške ili »granične« te da se nakon toga njihove pritužbe ušutkavaju, a da se oni kao korisnici ne uzimaju »ozbiljno«, već kao »oni koji se žale« (Veysey, 2014.). Neka istraživanja ukazuju na nižu razinu empatije stručnjaka mentalnog zdravlja prema osobama s graničnim poremećajem ličnosti u odnosu na pacijente s drugim poteškoćama mentalnog zdravlja te na nastojanje održavanja veće socijalne distance u odnosu s osobama s graničnim poremećajem ličnosti (Marham, 2009., prema Beeney i sur., 2018.).

U literaturi se upozorava na uvjerenje da je granični poremećaj ličnosti dijagnoza koju kliničari postavljaju pacijentima koji ih ljute i koje ne vole (Hersh, 2008.) što može rezultirati zlouporabom dijagnoze graničnog poremećaja ličnosti (Reiser i Levenson, 1988., prema Hersh, 2008.). S druge strane, postoji mogućnost da se zbog složene kliničke slike i prezentacije graničnog poremećaja ličnosti ova dijagnoza postavlja samo pacijentima s najtežim i kroničnim simptomima (Hersh, 2008.). Polazeći od toga, postoji mogućnost da dio sudionika našeg istraživanja zbog frustracije koja proizlazi iz rada s pojedinim roditeljima neka ponašanja percipiraju kao dio granične patologije iako ona to nisu. Također, postoji mogućnost da kod nekih od njihovih korisnika nije u zdravstvenom sustavu dijagnosticiran granični poremećaj ličnosti, jer su neki simptomi i ponašanja, iako su dio granične kliničke slike, ostali neprepoznati.

Stoga ne iznenađuje da stručnjacima iz centra za socijalnu skrb u radu s roditeljima kod kojih prepoznaju simptome graničnog poremećaja ličnosti poteškoće

predstavlja ograničena suradnja sa stručnjacima iz zdravstvenog sustava koja se očituje u poteškoćama razmjene informacija o zdravstvenom stanju roditelja (oboljele osobe), izostanku dijagnoze ovog poremećaja ličnosti i ograničenoj dostupnosti psihoterapije. Sukladno iskazanim poteškoćama, stručnjaci sustava socijalne skrbi navode potrebu unaprjeđenja suradnje sa zdravstvenim sustavom, brže dijagnostičiranje psihičkih poremećaja, uključujući granični poremećaj ličnosti, te uključivanje oboljele osobe i članova njezine obitelji u psihoterapiju⁶.

Današnje spoznaje ukazuju na visoku zastupljenost osoba s graničnim poremećajem ličnosti u tradicionalnim područjima socijalnog rada kao što su beskućništvo, siromaštvo, obiteljsko nasilje, zlostavljanje i zanemarivanje djece (Keys i Lambert, 2002.; Maljuna, Ostojić i Jendričko, 2019.) što ukazuje na važnost razumijevanja socijalnih radnika ovog poremećaja ličnosti. Iako obrazovanje socijalnih radnika u Hrvatskoj, osobito na preddiplomskom studiju, uključuje osnovnu edukaciju o psihičkim poremećajima, potrebne su dodatne edukacije. Poželjno je staviti veći naglasak na edukaciju o teorijskim osnovama klasifikacije poremećaja ličnosti, informacije o dijagnostičkim kriterijima i novim oblicima liječenja (Keys i Lambert, 2002.) i informacije koje se suprotstavljaju stereotipima i predrasudama. Korisno je razmotriti i uvođenje poslijediplomskog studijskog programa za socijalne radnike s naglaskom na rad s osobama s poteškoćama mentalnog zdravlja (Keys i Lambert, 2002.).

Nadalje, potrebno je unaprjeđenje suradnje zdravstvenog i socijalnog sustava. Primjerice, kod majki s graničnim poremećajem ličnosti uočene su značajne poteškoće u izvršavanju roditeljske uloge, u rasponu od poteškoća uspostavljanja sigurne privrženosti s djetetom i nedosljednog odgovaranja na djetetove potrebe do zanemarivanja, fizičkog i seksualnog nasilja nad djetetom (npr. Elliot i sur., 2014.; Zalewski i sur., 2014.; Newman, 2015.; Petfield i sur., 2015.; Marcoux i sur., 2017.; Dittrich i sur., 2018.). Sukladno tome, dostupnost informacija o zdravstvenom stanju roditelja, odnosno oboljele osobe, ima važnu ulogu u procjeni roditeljskih kompetencija i kapaciteta te planiranju intervencija iz sustava socijalne skrbi, dok uključenost članova obitelji u obiteljsku terapiju može pridonijeti poboljšanju razumijevanja, komunikacije i povezanosti među članovima obitelji, suzbijanju i prevenciji agresivnog ponašanja, zlostavljanja i zanemarivanja djece te očuvanju dobrobiti djeteta. Jedna od mogućnosti unaprjeđenja suradnje i podrške stručnjacima iz sustava socijalne skrbi u radu s osobama s teškoćama mentalnog zdravlja je osiguranje redovitih konzultacija

⁶ Suradnju trenutno otežavaju pravila Europske unije o zaštiti osobnih podataka. Tako je stavljanje izvan snage Zakona o zaštiti osobnih podataka (2003., 2006., 2008., 2011., 2012.) nakon stupanja na snagu Uredbe (EU) 679/2016. Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka i stupanja na snagu Zakona o provedbi Opće uredbe o zaštiti osobnih podataka (2018.).

sa stručnjacima iz zdravstvenog sustava (prvenstveno sa psihijatrima zaposlenima u psihijatrijskim bolnicama, domovima zdravlja i sl. na području ustanove socijalne skrbi) u planiranju i provođenju psihosocijalnih intervencija.

Prilikom planiranja psihosocijalnih intervencija važno je da socijalni radnici razumiju kako socijalna podrška i promjena okruženja može značajno doprinijeti redukciji simptoma i remisiji graničnog poremećaja ličnosti. Prema rezultatima dviju studija, oko 50% osoba s ovim poremećajem ličnosti tijekom dvije godine bilo je u remisiji (Gunderson i sur., 2000., Zanarini i sur., 2003., prema Gunderson, 2008.). Brojni su razlozi koji doprinose remisiji, međutim, najčešći je promjena situacije (životnih okolnosti, specifičnih stresora i sl.) (Gunderson, 2008.). Osobe s ovim poremećajem ličnosti osjetljive su na situacijski stres, stoga napuštanje visoko stresnog okruženja i/ili podržavajuće okruženje doprinose redukciji simptoma ljutnje, impulzivnosti, disocijativnih iskustava i osjećaja praznine, dok osjećaj razumijevanja i privrženosti u odnosu s terapeutom, može rezultirati uspješnom suradnjom (Gunderson, 2008.). Rezultati istraživanja Beeneya i sur. (2018.) ukazuju na povezanost izraženijih simptoma graničnog poremećaja ličnosti i niže razine percipirane socijalne podrške od osoba iz socijalne mreže, češćih sukoba te manje povezanosti s osobi važnim ljudima. Sukladno navedenom, u planiranju psihosocijalnih intervencija i ciljeva liječenja, od velikog značaja je procjena dostupnosti socijalnih usluga i mreže podrške. Primjerice, usluga čuvanja djece mogla bi značajno olakšati snalaženje u majčinskoj ulozi, a podržavajući i privrženi odnos s terapeutom ili socijalnim radnikom doprinijeti redukciji simptoma impulzivnosti i afektivne nestabilnosti (Gunderson, 2008.).

Temeljem svega navedenog, a uvažavajući suvremene pristupe prepoznavanju (dijagnosticiranju) i (terapijskom) postupanju s osobama s graničnim poremećajem ličnosti, možemo istaknuti neke osnovne preporuke u radu s tim osobama: postavljanje dijagnoze graničnog poremećaja ličnosti trebalo bi bazirati na važećim klasifikacijama psihičkih poremećaja Desetoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) Svjetske zdravstvene organizacije (2010.) i/ili Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne bolesti (DSM-5) Američke psihijatrijske udruge (2014.) pri čemu je važno obratiti pažnju na prezentaciju simptoma, njihovo trajanje i utjecaj simptoma na funkcioniranje osobe; osobi s graničnim poremećajem ličnosti osigurati dostupnu mrežu socijalne i zdravstvene pomoći; izgraditi podržavajući odnos temeljen na povjerenju; strukturirati multidisciplinarni tim (socijalni radnik, psiholog, psihijatar...) koji je kapacitiran za provođenje socijalnih i medicinskih postupaka primjerenih trenutnim potrebama osobe, posebice u kriznim situacijama; osigurati kontinuiranu edukaciju i superviziju svih stručnjaka uključenih u skrb za osobe s graničnim poremećajem ličnosti (National Institute for Health and Care Excellence, 2009.).

Unatoč metodološkim ograničenjima koja su već opisana, ovo istraživanje otvorilo je iznimno značajnu temu doživljaja socijalnih radnika korisnika sa simptomima ili dijagnozom graničnog poremećaja. U budućim istraživanjima bilo bi korisno usmjeriti se na područje stereotipa i predrasuda socijalnih radnika prema osobama s poremećajem ličnosti, te definiranje profesionalnih kompetencija socijalnih radnika za rad s osobama s poremećajem ličnosti i drugim poteškoća mentalnog zdravlja.

ZAKLJUČAK

Današnje spoznaje ukazuju na zastupljenost osoba s graničnim poremećajem ličnosti u tradicionalnim područjima socijalnog rada kao što su siromaštvo, beskućništvo, obiteljsko nasilje i zlostavljanje i zanemarivanje djece. Sukladno tome, stručnjaci iz sustava socijalne skrbi imaju važnu ulogu u prepoznavanju simptoma graničnog poremećaja ličnosti, poticanju i upućivanju osoba na liječenje te rehabilitaciji oboljelih osoba. Primjena psihosocijalnih intervencija iz sustava socijalne skrbi i izricanje mjera obiteljsko-pravne zaštite mogu pridonijeti uspješnijoj rehabilitaciji i resocijalizaciji oboljelih osoba, dok tretman i liječenje učinkovitosti psihosocijalnih intervencija i mjera iz sustava socijalne skrbi.

Ako povežemo nalaze međunarodnih istraživanja koja ukazuju na obrasce i izvore stigmatizacije i diskriminacije od strane stručnjaka osoba s graničnim poremećajem ličnosti s nalazima našeg istraživanja koje pokazuju da je za stručnjake sustava socijalne skrbi rad s roditeljima koji svojim ponašanjem ugrožavaju dobrobiti djeteta i s kojim imaju poteškoće u ustavljanju odnosa zbog afektivnu nestabilnost, nestabilnih interpersonalnih odnosa te impulzivnog i nekontroliranog ponašanje i teškoće testiranja realnosti težak i zahtjevan, jasno upućuje da je potrebno voditi računa da se isti obrazac stigmatizacije i diskriminacije može javljati i kod naših stručnjaka. Jedan od mogućih čimbenika koji doprinosi stigmatizaciji je nedostatak informacija o graničnom poremećaju ličnosti. Navedeno ukazuje na potrebu senzibilizacije stručnjaka iz sustava socijalne skrbi o poteškoćama i potrebama koje mogu proizlaziti iz simptoma graničnog poremećaja ličnosti i na važnost edukacije o poremećajima ličnosti, radu s korisnicima s poteškoćama mentalnog zdravlja (uključujući osobe s poremećajem ličnosti) i nedobrovoljnim korisnicima. Postojeća pravna regulativa, još više postojeća praksa, ograničava suradnju stručnjaka iz zdravstvenog i socijalnog sustava stoga bi bilo poželjno razmotriti uvođenje novih oblika suradnje čime bi se pospješio rad stručnjaka iz oba sustava.

LITERATURA

1. APA - Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje – Hrvatska verzija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Babcock, J. C., Green, C. E., & Webb, S. A. (2008). Decoding deficits of different types of batterers during presentation of facial affect slides. *Journal of Family Violence*, 23 (5), 295-302. <https://doi.org/10.1007/s10896-008-9151-1>
3. Beene, J. E., Hallquist, M. N., Clifton, A. D., Lazarus, S. A. & Pilkonis, P. A. (2018). Social disadvantage and borderline personality disorder: A study of social networks. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9 (1), 62. <https://doi.org/10.1037/per0000234>
4. Begić, D. (2014). *Psihopatologija, drugo dopunjeno i obnovljeno izdanje*. Zagreb: Medicinska naklada.
5. Bland, A. R., Williams, C. A., Scharer, K. & Manning, S. (2004). Emotion processing in borderline personality disorders. *Issues in Mental Health Nursing*, 25 (7), 655-672. <https://doi.org/10.1080/01612840490486692>
6. Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
7. Dittrich, K., Boedeker, K., Kluczniok, D., Jaite, C., Attar, C. H., Fuehrer, D. & Röpke, S. (2018). Child abuse potential in mothers with early life maltreatment, borderline personality disorder and depression. *The British Journal of Psychiatry*, 213 (1), 412-418. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.74>
8. Dixon, L., Hamilton-Giachritsis, C. & Browne, K. (2008). Classifying partner femicide. *Journal of Interpersonal Violence*, 23 (1), 74-93. <https://doi.org/10.1177/0886260507307652>
9. Elliot, R. L., Campbell, L., Hunter, M., Cooper, G., Melville, J., McCabe, K., Newman, L. & Loughland, C. (2014). When I look into my baby's eyes... Infant emotion recognition by mothers with borderline personality disorder. *Infant Mental Health Journal*, 35 (1), 21-32. <https://doi.org/10.1002/imhj.21426>
10. Gratz, K. L., Kiel, E. J., Latzman, R. D., Elkin, T. D., Moore, S. A. & Tull, M. T. (2014). Emotion: Empirical contribution: Maternal borderline personality pathology and infant emotion regulation: Examining the influence of maternal emotion-related difficulties and infant attachment. *Journal of Personality Disorders*, 28 (1), 52-69. <https://doi.org/10.1521/pedi.2014.28.1.52>
11. Gunderson, J. (2008). Borderline personality disorder: An overview. *Social Work in Mental Health*, 6 (1-2), 5-12. https://doi.org/10.1300/J200v06n01_02
12. Hersh, R. (2008). Confronting myths and stereotypes about borderline personality disorder. *Social Work in Mental Health*, 6 (1-2), 13-32. https://doi.org/10.1300/J200v06n01_03

13. Keys, D. & Lambert, G. (2002). Concept of »personality disorder« and its relationship to social work. *Australian Social Work*, 55 (3), 161-171. <https://doi.org/10.1080/03124070208410972>
14. Lawson, D. M., Brossart, D. F. & Shefferman, L. W. (2010). Assessing gender role of partner-violent men using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Comparing abuser types. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41 (3), 260-266. <https://doi.org/10.1037/a0019589>
15. Levy, K. N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17 (4), 959-986.
16. Macfie, J., Swan, S. A., Fitzpatrick, K. L., Watkins, C. D. & Rivas, E. M. (2014). Mothers with borderline personality and their young children: Adult attachment interviews, mother-child interactions, and children's narrative representations. *Development and Psychopathology*, 26 (2), 539-551. <https://doi.org/10.1017/S095457941400011X>
17. Mahan, R. M., Kors, S. B., Simmons, M. L. & Macfie, J. (2018). Maternal psychological control, maternal borderline personality disorder, and adolescent borderline features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9 (4), 297-304. <https://doi.org/10.1037/per0000269>
18. Maljuna, I., Ostojić, D. & Jendričko, T. (2019). Psihosocijalni aspekti graničnog poremećaja ličnosti. *Ljetopis socijalnog rada*, 26 (2), 213-234. <https://doi.org/10.3935/ljsr.v26i2.286>
19. Marcoux, A. A., Bernier, A., Séguin, J. R., Boike Armerding, J. & Lyons-Ruth, K. (2017). How do mothers with borderline personality disorder mentalize when interacting with their infants?. *Personality and Mental Health*, 11 (1), 14-22. <https://doi.org/10.1002/pmh.1362>
20. National Institute for Health and Care Excellence (2009). *Borderline personality disorder: Recognition and management*. London: National Institute for Health and Care Excellence.
21. Newhill, C. E., Eack, S. M. & Mulvey, E. P. (2009). Violent behavior in borderline personality. *Journal of Personality Disorders*, 23 (6), 541-554. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.6.541>
22. Newman, L. (2015). Parents with borderline personality disorder – approaches to early intervention. *Australasian Psychiatry*, 23 (6), 696-698. <https://doi.org/10.1177/1039856215614988>
23. Newman, L. K., Stevenson, C. S., Bergman, L. R. & Boyce, P. (2007). Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: Preliminary findings. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41 (7), 598-605. <https://doi.org/10.1080/00048670701392833>

24. Petfield, L., Startup, H., Droscher, H. & Cartwright-Hatton, S. (2015). Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evidence-based Mental Health*, 18 (3), 67-75. <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102163>
25. Ross, J. M. & Babcock, J. C. (2009). Proactive and reactive violence among intimate partner violent men diagnosed with antisocial and borderline personality disorder. *Journal of Family Violence*, 24 (8), 607-617. <https://doi.org/10.1007/s10896-009-9259-y>
26. South, S. C., Turkheimer, E. & Oltmanns, T. F. (2008). Personality disorder symptoms and marital functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (5), 769-780. <https://doi.org/10.1037/a0013346>
27. Svjetska zdravstvena organizacija (2010). *International statistical classification of diseases and related health problems. - 10th revision, edition 2010*. Geneva: World Health Organization.
28. Veysey, S. (2014). People with a borderline personality disorder diagnosis describe discriminatory experiences. *Kotuitui: New Zealand Journal of Social Sciences Online*, 9 (1), 20-35. <https://doi.org/10.1080/1177083X.2013.871303>
29. Whisman, M. A. & Schonbrun, Y. C. (2009). Social consequences of borderline personality disorder symptoms in a population-based survey: Marital distress, marital violence, and marital disruption. *Journal of Personality Disorders*, 23 (4), 410-415. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.4.410>
30. Zakon o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka (2018). *Narodne novine*, 42/2018.
31. Zakon o zaštiti osobnih podataka (2003, 2006, 2008, 2011, 2012). *Narodne novine*, 103/2003., 118/2006., 41/2008., 130/2011., 106/2012.
32. Zalewski, M., Stepp, S. D., Scott, L. N., Whalen, D. J., Beeney, J. F. & Hipwell, A. E. (2014). Maternal borderline personality disorder symptoms and parenting of adolescent daughters. *Journal of Personality Disorders*, 28 (4), 541-554. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_131

Ivana Maljuna
Marina Ajduković
University of Zagreb
Faculty of Law
Department of Social Work

Draženka Ostojić
University Psychiatric Hospital Vrapče

RECOGNITION OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER SYMPTOMS IN PARENTS WHEN THE CHILD'S WELFARE IS AT RISK: PERSPECTIVE OF EXPERTS FROM SOCIAL WELFARE CENTRES

ABSTRACT

Borderline personality disorder is a common mental disorder with the symptoms of affective instability, impulsive and uncontrolled behaviour, identity disorder, unstable interpersonal relationships, and possible reality-testing errors, due to which the affected person can experience significant difficulties in personal, parental, family, social and professional functioning. This paper presents the results of a qualitative study on the recognition of symptoms of borderline personality disorder in parents when a child's welfare is at risk, including 12 social workers and psychologists from the Department for the Protection of Children, Family and Marriage of the social welfare centres in the City of Zagreb and Zagreb County. The research was conducted using the method of a semi-structured interview. Thematic analysis was used for data processing. The results of the research show that in their daily work, in situations when a child's welfare is threatened, experts recognise different symptoms of affective instability, impulsive and uncontrolled behaviour, identity disorders, unstable and intensive interpersonal relationships, as well as difficulties with reality testing, which may be related to possible borderline personality disorder in parents. Experts from social welfare centres mention difficulties in cooperation with healthcare professionals as an aggravating circumstance in working with this group of parents.

Key words: *borderline personality disorder, experts, social welfare centre, psychosocial interventions, cross-sectoral cooperation.*



Međunarodna licenca / International License:
Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0.

