

Terapijske intervencije za roditelje s poremećajem osobnosti

Ahel, Ema

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Medicine / Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:484497>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-29**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET
INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI
SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Ema Ahel

TERAPIJSKE INTERVENCIJE ZA RODITELJE S POREMEĆAJEM OSOBNOSTI

Diplomski rad

Rijeka, 2020.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET
INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI
SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Ema Ahel

TERAPIJSKE INTERVENCIJE ZA RODITELJE S POREMEĆAJEM OSOBNOSTI

Diplomski rad

Rijeka, 2020.

Mentor rada: doc. dr. sc. Marina Letica Crepulja, dr. med.

Komentor: Naslovni poslijedoktorand dr.sc. Nikolina Jovanović

Diplomski rad ocjenjen je dana _____ u/na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci,

pred povjerenstvom u sastavu:

1. doc. dr. sc. Daniela Petrić (predsjednik povjerenstva)

2. izv. prof. dr. sc. Ika Rončević-Gržeta

3. izv. prof. dr. sc. Mirjana Graovac

Rad sadrži 44 stranicu, 5 tablica i 71 literaturni navod.

Sadržaj

1	Uvod	1
2	Svrha rada.....	1
3	Poremećaji osobnosti.....	2
3.1	Klasifikacija poremećaja osobnosti	2
3.2	Etiologija.....	6
3.3	Javnozdravstvena perspektiva	7
4	Roditeljstvo osoba s poremećajem osobnosti.....	7
4.1	Što je roditeljstvo?	7
4.2	Kako mentalni poremećaji utječu na roditeljstvo?	9
4.3	Koje su posljedice poremećaja osobnosti roditelja na djecu?	13
4.4	Poremećaji osobnosti i okoliš	14
5	Terapijske intervencije	15
5.1	Gledajte, Čekajte i Čudite se (Watch, Wait and Wonder).....	19
5.2	Zračni Projekt (Project Air)	20
5.3	Farmakoterapija za poremećaje osobnosti.....	25
6	Rasprava	26
6.1	Moguća implementacija terapijskih intervencija za roditelje s poremećajem osobnosti u Hrvatskoj.....	26
6.2	Osobni osvrt.....	28
7	Zaključak	29
8	Sažetak.....	30
9	Summary	31
10	Literatura	32
11	Životopis.....	44

Popis skraćenica i akronima

MKB - Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema

DSM (*eng. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) - Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje

NICE (*eng. National Institute for Health and Care Excellence*) - Nacionalni institut za izvrsnost u zdravstvu i skrbi

SAPAS (*eng. Standardised Assessment of Personality Abbreviated Scale*) - Standardizirana ljestvica za procjenu osobnosti

IPDE (*eng. International Personality Disorder Examination*) - MKB Međunarodni test za poremećaje osobnosti

PIPES (*eng. Psychologically informed planned environments programmes*) - Psihološki informirani programi planiranog okruženja

PIP (*eng. Parent-Infant Psychotherapy*) - Psihoterapija roditelj-dojenče

WWW (*eng. Watch, Wait and Wonder*) - Gledajte, Čekajte i Čudite se

PPT - Psihodinamička psihoterapija

PSI (*eng. Parenting Stress Index*) - Indeks roditeljskog stresa

BDI (*eng. Beck Depression Inventory*) - Beckov inventar depresije

1 Uvod

Svako deseto dijete u razvijenim zemljama ima emocionalne, ponašajne i druge poremećaje mentalnog zdravlja (1). Ti poremećaji negativno utječu na razvoj djeteta, akademska postignuća i društveno funkcioniranje (2). Ova djeca, kad odrastu, mogu imati problema s mentalnim zdravljem, dugotrajnom nezaposlenošću i kriminalnim ponašanjem (1).

Poremećaji osobnosti (PO) kao najučestalija grupa mentalnih poremećaja karakterizirani su postojanim neprilagođenim obrascima ponašanja, spoznaje i unutarnjeg iskustva koji odstupaju od onih koje je kultura pojedinca prihvatila (1). Ti se obrasci javljaju rano, prožimajući su i nefleksibilni, te uzrokuju značajnu patnju ili funkcionalni poremećaj (3).

Kada osobe s PO postanu roditelji, njihovi poremećaji utječu na roditeljstvo i mogu imati štetne učinke na njihovu djecu (2). Takvi roditelji imaju rizik od povećane emocionalne disregulacije, neprijateljskog interpersonalnog funkcioniranja, skloniji su samoozljeđivanju i zlouporabi psihoaktivnih tvari, te potencijalno štetnim roditeljskim ponašanjima poput pretjeranog roditeljskog nadzora, posesivnosti i fizičkog kažnjavanja (4). Navedeni problemi mogu ometati privrženost roditelja i narušiti njegovu sposobnost da djeci pruži toplo, nježno i dosljedno roditeljstvo (1).

2 Svrha rada

U ovom preglednom radu najprije će se opisati PO, roditeljstvo i utjecaj PO na roditeljstvo. Zatim će se evaluirati dvije intervencije za roditelje s PO: Gledajte, čekajte i čudite se (*eng. Watch, Wait and Wonder*) i Zračni projekt (*eng. Project Air*). Ciljevi ovog rada su identificirati terapijske intervencije razvijene specifično za roditelje s PO i evaluirati njihovu učinkovitost, proširenost i pristupačnost, te preliminarno diskutirati njihovu moguću implementaciju u zdravstvenom sustavu u Hrvatskoj.

3 Poremećaji osobnosti

U ovom poglavlju dan je pregled PO s obzirom na klasifikaciju, etiologiju, te javnozdravstvenu perspektivu.

3.1 Klasifikacija poremećaja osobnosti

Službeni kriteriji za dijagnosticiranje PO navedeni su u desetom izdanju Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB), te u petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (DSM). Ne postoje značajne razlike između MKB-10 i DSM-5 klasifikacije PO, s obzirom da su prema MKB-10 klasifikaciji PO ravnopravni ostalim duševnim poremećajima, a nova DSM-5 klasifikacija PO navodi na isti način kao i druge duševne poremećaje. To je razlika u odnosu na prethodnu DSM-IV klasifikaciju u kojoj su ovi poremećaji bili na drugoj osi.

Postoji šest dijagnostičkih kriterija za PO:

1. Trajni obrazac unutarnjeg iskustva i ponašanja koji značajno odstupa od očekivanja pojedinca u njegovoj kulturi, a očituje se u dva ili više sljedećih područja: kognicija (tj. načini doživljavanja i tumačenja sebe, drugih ljudi i događaja), afektivnost (tj. raspon, intenzitet, labilnost i primjerenost emocionalne reakcije), interpersonalno funkcioniranje i upravljanje impulsima.
2. Trajni obrazac koji je nefleksibilan i sveprisutan u širokom rasponu osobnih i socijalnih situacija.
3. Trajni obrazac koji dovodi do klinički značajnog poremećaja u socijalnom, profesionalnom ili drugom važnom području funkcioniranja.
4. Obrazac koji je stabilan i dugotrajan, a čiji se početak može pratiti barem od adolescencije ili rane odrasle dobi.
5. Trajni obrazac koji nije bolje objašnjen kao manifestacija ili posljedica nekog drugog duševnog poremećaja.

6. Trajni obrazac koji se ne može pripisati fiziološkim učincima neke tvari (npr. zlouporaba psihoaktivnih tvari, lijekovi) ili nekom drugom zdravstvenom stanju (npr. trauma glave) (3).

Prema MKB-10 klasifikaciji postoji devet specifičnih poremećaja osobnosti kako je navedeno u Tablici 1.

Tablica 1: Poremećaji osobnosti prema MKB-10 klasifikaciji

F60 SPECIFIČNI POREMEĆAJI OSOBNOSTI
F60.0 Paranoidni poremećaj osobnosti
F60.1 Shizoidni poremećaj osobnosti
F60.2 Disocijalni poremećaj osobnosti
F60.3 Granični poremećaj osobnosti
F60.4 Histrionski poremećaj osobnosti
F60.5 Anankastični poremećaj osobnosti
F60.6 Anksiozni (izbjegavajući) poremećaj osobnosti
F60.7 Ovisna osobnost
F60.9 Nespecificirani poremećaj osobnosti

Paranoidni PO obuhvaća hladnoću i udaljenost u vezama, s potrebom za nadzorom i sklonošću ljubomori ukoliko dođe do stvaranja povezanosti. Takvi su ljudi često tajnoviti i nepovjerljivi, sumnjičavi prema promjenama, često pronalaze neprijateljske i zlobne porive u postupcima drugih ljudi.

Shizoidni PO obilježen je povučenošću u sebe, povlačenjem iz društva, izolacijom te emocionalnom hladnoćom i udaljenošću.

Disocijalni PO obilježen je pervazivnim obrascem nepoštovanja i kršenjem pravila drugih ljudi, s obzirom da takve osobe nemaju osjećaj za dobro i loše.

Granični PO obilježen je iskrivljenom slikom o sebi, nestalnim raspoloženjem, ponašanjem i vezama. Pogodene osobe su uvjerenе da su tijekom djetinjstva bile zakinute za odgovarajuću njegu, te se osjećaju prazno i neumorno traže pažnju.

Histrionski PO obuhvaća dramatične osobe koje izražavaju svoje emocije pretjerano, djetinjasto ili površno.

Anankastični PO obilježen je savjesnošću, urednošću i pouzdanošću, no nefleksibilnost im često onemogućuje da se prilagode promjeni. Takve osobe imaju poteškoće pri donošenju odluka i dovršavanju poslova.

Anksiozni PO karakterizira preosjetljivost, socijalno inhibirano ponašanje, osjećaj neadekvatnosti, te izbjegavanje društvenih kontakata zbog straha od posramljivanja, kritiziranja ili odbacivanja.

Ovisna osobnost karakterizirana je osjećajem bespomoćnosti, submisivnosti, nesposobnošću donošenja odluka te potrebom za stalnom podrškom (5).

Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB-11)

U MKB-11 sve su pojedinačne dijagnoze PO uklonjene i zamijenjene jedinstvenom dijagnozom "poremećaj osobnosti" (6). U ovoj se klasifikaciji procjenjuje stupanj težine poremećaja na temelju procjene poremećaja u međuljudskim odnosima i svakodnevnom životu pacijenta u rasponu od "blagih", preko "umjerenih" do "teških". Svaka od dolje navedenih šest dimenzija crta osobnosti (Tablica 2) se stupnjuje na spomenuti način.

Tablica 2: Poremećaji osobnosti prema MKB-11 klasifikaciji

Negativna afektivnost
Odvojenost
Disocijacija
Disinhibicija
Anankastija
Obrasci graničnog poremećaja

Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM -5 - eng. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

DSM-5 razlikuje deset PO koje dijeli u tri skupine (Tablica 3). Tako skupini A pripadaju bolesnici koji su distancirani i nepovjerljivi, skupini B pripadaju emocionalno nestabilni, impulzivni i razdražljivi, a skupini C nervozni i zabrinuti bolesnici (7).

Tablica 3: Poremećaji osobnosti prema DSM-5 klasifikaciji

Skupina A (neobični/ekscentrični)	Skupina B (dramatični/emocionalni/nestalni)	Skupina C (anksiozni/ustrašeni)
Paranoidni tip	Antisocijalni tip	Izbjegavajući tip
Shizoidni tip	Granični tip	Ovisni tip
Shizotipni tip	Histrijski tip	Kompulzivno-prisilni tip
	Narcistički tip	

3.2 Etiologija

Osobnost je kombinacija misli, emocija i ponašanja koja čovjeka čini jedinstvenim. To je način na koji čovjek vidi, razumije i odnosi se s vanjskim svijetom i samim sobom. Tipovi osobnosti oblikuju se tijekom djetinjstva uz interakciju s genetskom predispozicijom s obzirom da roditelji mogu prenijeti određene osobine ličnosti na svoje potomke. Nadalje, okruženje, odnosno okolina u kojoj je čovjek odrastao, događaji i iskustva, te odnosi s članovima obitelji i drugim ljudima imaju veliku ulogu u formiranju osobnosti. Prema tome, PO posljedica su kombinacije genetskih i okolišnih faktora. Geni mogu pojedinca učiniti ranjivim za razvoj PO, dok životna situacija može potaknuti stvarni razvoj (4).

Okolina u kojoj odrastamo i kvaliteta skrbi koju dobivamo mogu utjecati na razvoj naše osobnosti (8). Naša pozitivna i negativna iskustva tijekom odrastanja utječu na našu osobnost u kasnijem životu. Teška ili traumatična iskustva poput zanemarivanja, gubitka roditelja, te bilo kojeg oblika zlostavljanja mogu povećati rizik za PO. Međutim, neće sve osobe koje dožive traumatičnu situaciju razviti ove probleme, niti svi koji razviju PO imaju prethodno traumatično iskustvo (1).

Zasad još nedovoljno znamo o interakciji gena i okoliša u formiranju specifičnih PO.

Istraživanja pokazuju da djeca majki koje su doživjele neki oblik zlostavljanja mogu imati problema s mentalnim zdravljem (4). To se tumači time što su zlostavljane majke doživljavale veći stres i imale manju socijalnu podršku tijekom djetetova odrastanja, a uz to su djeca mogla biti izložena maltretiranju tijekom ranog djetinjstva. Stoga, u dobi od 7 godina, djeca maltretiranih majki imaju povećani rizik od klinički značajnih emocionalnih i bihevioralnih problema (2). Može se očekivati da će se navedene poteškoće odraziti na osobnost i moguće dovesti do PO u odrasloj dobi (4).

3.3 Javnozdravstvena perspektiva

Čak 35.5% djece i adolescenata koji su bili izloženi traumatičnim iskustvima kasnije u životu razviju poremećaj raspoloženja, a 23.4% PO (4).

Specifični podaci o prevalenciji duševnih poremećaja djece onih roditelja koji imaju PO su ograničeni, ali je vjerojatno da će značajan dio ljudi s PO postati roditelji, posebice oni kojima je dijagnosticiran emocionalno nestabilni PO (9). Podaci dobiveni na uzorku osoba koje se liječe izvanbolnički govore da je 37% osoba s PO ostvarilo roditeljstvo (4). Tu brojku treba uzeti sa zadržkom jer postoji dio roditelja s PO bez službene dijagnoze.

Ono što je važno napomenuti kod PO jest da su oni usko povezani s drugim poremećajima mentalnog zdravlja, skraćenim životnim vijekom, te povećanim tjelesnim komorbiditetom (8). Udruženi morbiditet i mortalitet povećava individualne probleme u obitelji, te utječe na društvo povećanim korištenjem zdravstvenih usluga (4). PO roditelja potencijalno dovode do povećane upotrebe usluga i za njihovu djecu (8). Primjerice dio roditelja koji zlostavlja svoju djecu ima PO, a djeca roditelja s PO imaju povećani rizik za duševne tegobe i s njima povezano liječenje. Time se otvaraju nova pitanja vezana za zaštitu djece s obzirom na veliki učinak PO roditelja na društvo jer će njihovoj djeci vrlo vjerojatno trebati skrb različitih zdravstvenih službi (9).

4 Roditeljstvo osoba s poremećajem osobnosti

U ovom poglavlju dan je pregled roditeljstva, utjecaja mentalnih poremećaja na roditeljstvo, posljedice PO roditelja na djecu, te interakcija PO i okoliša.

4.1 Što je roditeljstvo?

Roditeljstvo ili odgoj djece je proces promicanja i podrške tjelesnom, emocionalnom, socijalnom i intelektualnom razvoju djeteta od razdoblja novorođenačke do odrasle dobi.

Roditeljstvo se ne odnosi isključivo na biološki odnos, već na cijeli niz kompleksnih radnji

koje su povezane s odgojem djeteta poput održavanja zdravlja i sigurnosti djece, promicanja njihove emocionalne dobrobiti, poticanja socijalnih vještina i intelektualnog razvoja djece - socijalna klasa, bogatstvo, kultura i prihod imaju vrlo snažan utjecaj na metode koje roditelji koriste prilikom odgoja djece (10).

Teorija privrženosti

Teorija privrženosti Johna Bowlby-ja (1907.-1990.) jedna je od razvojnih teorija po kojoj je preživljavanje ljudske vrste determinirano djetetovim urođenim nagonom za povezivanjem s roditeljskim objektom. Emocionalna veza s majkom kod novorođenčadi ne predstavlja primarno zadovoljenje potrebe za hranom i ugodom, nego se radi o posebnoj i trajnoj tendenciji traženja odnosa s drugima. Bowlby smatra da dijete ima prirodenu potrebu za objektom, bez obzira na to zadovoljava li objekt njegove potrebe. Tvrdi da je djetetovo povezivanje usmjereno prema majci, ali da se ono isto tako može razviti i prema drugim osobama iz okoline, čak i kada one ne zadovoljavaju njegove fiziološke potrebe. Tako je funkcija povezivanja, osim zadovoljavanja djetetovih potreba za hranom i oslobađanja prekomjerno nagomilanih neugodnih podražaja, zaštita od različitih opasnosti i ugroza kojima djeca mogu biti izložena (11). Američki etolog Harlow radio je pokuse s mladuncima majmuna koje je odvajao od majki, pri čemu su oni objekti s kojima je mladunčad mogla uspostaviti kontakt dodirom i osjećajem topline preko krzna prevagnula u odnosu na hladne objekte koji su čak nudili hranu. Dijete koje je razvilo povezivanje uz figuru majke, u situaciji kada je od nje odvojeno bez svoje volje pokazuje bolnu uznemirenost koja je veća u slučaju nepovoljnijih okolnosti odvajanja (12).

Postoje dva oblika privrženosti - sigurni i nesigurni. Kod sigurnog oblika privrženosti dijete se slobodno igra i istražuje, često pričajući s neznancima dok je roditelj prisutan. Kada roditelj ode dijete postane vidljivo uznemireno, a kada se roditelj vrati dijete se brzo umiri i ponaša

uobičajeno. Na privrženost u velikoj mjeri utječe osjetljivost roditelja na djetetove potrebe. Roditelji koji dosljedno odgovaraju na potrebe svog djeteta imat će sigurno povezano dijete, te će takva djeca biti sigurna da će njihovi roditelji odgovarati na njihove potrebe i održavati dosljednu komunikaciju. Kod nesigurnog oblika privrženosti, dijete pri odsutnosti roditelja može reagirati na tri načina: nesigurnim izbjegavajućim ponašanjem, nesigurnim ambivalentnim ponašanjem, te dezorganiziranim ponašanjem. Nesigurno izbjegavajuće ponašanje pokazuje grupa djece koja ignorira roditeljsko napuštanje, ali i povratak. U slučaju približavanja roditelja, djeca izbjegavaju roditelje i pokazuju ravnodušnost. Nesigurno ambivalentno ponašanje pokazuju djeca reagirajući ljutitim priljublivanjem uz roditelje. Takva djeca su vrlo uznemirena, čak i pri kratkotrajnom udaljavanju roditelja. Posljednji tip nesigurne privrženosti je dezorganizirano ponašanje. U slučaju odsustva roditelja, takva djeca pokazuju ponašanje koje oscilira između sigurnog i nesigurnog ponašanja sa slomom funkcioniranja kao konačnim rezultatom (11, 13).

Hipoteza o razvoju djeteta "Orhideja i maslačak" (14)

Tijekom djetinjstva djeca rastu i razvijaju se, kako fizički, tako i psihički. Roditeljsko ponašanje i mentalno stanje u interakciji s okolišem vrlo rano djeluje na dijete, utječući na razvoj uma i mentalnih sposobnosti djeteta. Hipoteza o razvoju djeteta "Orhideja i maslačak" sugerira da postoje neke značajke poput roditeljske oštine, kroničnog neprijateljstva i odbacujućeg ponašanja, te stavova koji izgledaju posebno negativno ili opasno za dijete u razvoju koje mogu naštetiti i najotpornijoj djeci. Takva mentalna stanja i ponašanja su češća kod roditelja s PO, a upravo iz njih proizlaze različite vrste neadekvatnog roditeljskog ponašanja povezane s visokom stopom psihopatologije kod djece i adolescenta (15).

4.2 Kako mentalni poremećaji utječu na roditeljstvo?

Osobnost odrasle osobe ključni je aspekt njegove roditeljske sposobnosti zbog važne uloge

vlastitih sposobnosti u reguliranju afekta i društvenih odnosa. Stoga se može pretpostaviti da će PO utjecati na ponašanje roditelja prema djeci na različite načine.

Roditeljstvo je kompleksna socijalna aktivnost, koja zahtijeva od pojedinca da uravnoteži i održi odgovarajuće granice s maksimalnom naklonošću i pažljivim odgojem. Od roditelja se ne očekuje da budu savršeni, međutim trebali bi pružiti dovoljno dobru njegu i skrb svome djetetu da ga nauče kako se umiriti, te uspostavljati zdrave odnose s drugim ljudima tijekom života (9, 10).

Roditeljstvo obuhvaća zahtjevne specifične radnje i sposobnosti za koje roditelji trebaju biti spremni u psihološkom smislu. Trebaju biti u stanju upravljati vlastitim negativnim emocijama, ne reagirati bijesom, neprijateljstvom, okrutnošću ili panikom na stres ili poteškoće u roditeljstvu. Moraju imati dobar uvid u realitet, isto tako biti sposobni tolerirati čekanje i nesigurnost, te moći raditi s drugim odraslim osobama koje su dio djetetovog života. Najviše od svega moraju biti suosjećajni prema stalnoj ranjivosti i ovisnosti, jer upravo ta vrsta ovisnosti je ona koja kod djece neminovno dovodi do opetovanih zahtjeva za pažnjom (9, 15).

Uobičajeni životni događaji poput narušenih odnosa, stresa na poslu, tjelesne bolesti ili blagog stupnja mentalnog poremećaja mogu privremeno poremetiti roditeljske vještine i kod većine otpornih roditelja. Teži psihički poremećaji mogu dovesti do značajnih poremećaja roditeljske funkcije. Majke s PO doživljavaju negativne emocije djeteta kao neprihvatljive i stresne, što ne samo da ograničava njihovu fleksibilnost u reagiranju na djetetove poteškoće, nego može doći do povlačenja te neugodnih ili agresivnih reakcija (16).

Conroy i njegovi kolege (17) proveli su istraživanje na uzorku od 200 majki 8 tjedana nakon poroda, te su otkrili značajne učinke depresije i PO na rezultate kvalitete njege novorođenčadi, čak i nakon kontroliranja razdražljivosti novorođenčadi. Ispitivanje utjecaja PO na skrb o dojenčadi na razini skupina PO (A, B i C), ukazalo je da najveći utjecaj na

roditeljstvo imaju PO skupine B, i to prvenstveno na kvalitetu njege novorođenčadi (18). Uz to, u radovima koji su koristili podatke iz kasnog djetinjstva i rane adolescencije (19-25), utvrđeno je da je roditeljski PO povezan s problematičnim roditeljstvom, da maladaptivno roditeljstvo predviđa kasnije simptome PO kod potomaka i da je roditeljski PO povezan sa simptomima i poremećajima u potomstvu (18).

Dobra vijest je da će samo manji uzorak roditelja imati mentalne poremećaje koji mogu negativno utjecati na njihovo roditeljstvo. Tako je zabilježeno da je prevalencija mentalnih poremećaja roditelja 9-10% za majke i 5-6% za očeve. Najčešće dijagnoze uključuju depresiju ili anksioznost, dok su psihotični poremećaji zastupljeni u manje od 0.5% slučajeva (9, 15).

IZRAVNI UTJECAJ POREMEĆAJA OSOBNOSTI

Studije učinjene prije 50 godina pronašle su dokaze da je PO roditelja povezan s neprijateljstvom prema djeci, povećavajući tako rizik od mentalnih poremećaja kod djeteta (26, 27). Kasnije studije potvrđuju ranije analize, pa su tako visoke stope antisocijalnog PO i majki i očeva pronađene su u studijama roditelja djece kojima je dijagnosticiran poremećaj ponašanja (28-30). Weiss i suradnici (31) otkrili su da djeca majki s graničnim PO imaju više psihijatrijskih dijagnoza te lošiju kontrolu impulsa od djece majki bez takvih poremećaja, te da djeca majki s antisocijalnim osobinama i depresijom imaju više psihičkih problema od djece majki koje su imale ili antisocijalne osobine ili depresiju (15). Berg-Nielsen i Wichström (32) navode da su osobine PO kod roditelja povezane s eksternalizirajućim ponašanjem svoje djece, te da PO roditelja predviđa PO adolescenata, što je povezano s neprilagođenim roditeljskim ponašanjem (15).

Iako kod većine ljudi s PO ne predstavlja rizik za nanošenje štete drugima, neke vrste PO (posebice antisocijalni i narcisoidni) mogu biti povezane s većim rizikom opasnosti po druge osobe koje su ranjive ili ovisne. Retrospektivna kohortna ispitivanja roditelja s PO koji se ne

liječe često otkrivaju visoku prevalenciju PO koja iznosi čak 60 do 70% (33-36). Unatoč mogućoj nedosljednosti studije, podaci iz forenzičke literature govore da su PO roditelja rizični čimbenik za nasilje u obitelji i zlostavljanje djeteta u određenim situacijama. Tako su primjerice parovi kod kojih PO spada u B grupu poremećaja (antisocijalni, granični, narcisoidni, histrionski) i koji su udruženi s zlouporabom psihoaktivnih tvari i okolišnim faktorima, (posebice ako se radi o očevima s antisocijalnim PO koji su vrlo često u odnosima s majkama koje imaju granični PO) češće uključeni u obiteljsko nasilje, s povećanim rizikom od svih oblika zlostavljanja djece u kući (2,15).

NEIZRAVNI UTJECAJ POREMEĆAJA OSOBNOSTI

Majke s PO mogu pokazivati različita odstupanja u ponašanju koja utječu na razvoj njihove djece. Postoji uska povezanost između PO i somatizacija, poremećaja prehrane i hipohondrije (37). Majke koje somatiziraju svoje emocionalne probleme, teško odgovaraju na djetetove potrebe, te postoji mogućnost da će i njihova djeca početi somatizirati (38). Podgrupa majki s PO koje imaju simptome poremećaja prehrane mogu potaknuti disfunkcionalnost u prehrani svoje djece pretjeranom kontrolom (4, 15). PO majke može imati neizravan učinak na razvoj djeteta, utječući na planiranje obitelji. Žene s graničnim PO obično uspostavljaju intenzivne i nestabilne emocionalne veze s drugim odraslim osobama. Njihovi međusobni odnosi su često povezani s visokom razinom percepcije prijatni, negativnom emocionalnošću i strahom. Takve žene u reproduktivnoj dobi često zatrudne dok su emocionalno povezane sa svojim partnerom, međutim nije rijetko da raskinu s njim ubrzo nakon što rode dijete, ponekad u okolnostima optužbe za obiteljsko nasilje. Stoga nije rijetkost da majka s graničnim PO ima više djece od različitih partnera, od kojih niti jedan nije prisutan u njenom životu. Takva majka je socijalno ugrožena i vrlo ranjiva s visokom mogućnošću razvitka komorbidne depresije s obzirom da mora brinuti o više djece koja su vrlo često mlađa od 10 godina, a

istovremeno ni sama nije razvila sigurnu privrženost (15).

4.3 Koje su posljedice poremećaja osobnosti roditelja na djecu?

Dijagnoza PO kod majki jasno je povezana s razlikama u roditeljstvu. Prema studijama koje su se provodile u ranom djetinjstvu i koje su bile usredotočene na interakcije majka-dijete, PO majke povezuje se sa smanjenom osjetljivošću i povećanom nametljivošću prema djetetu (10). Podaci nisu iznenađujući s obzirom da istraživanja pokazuju da majke s PO teško ispravno prepoznaju emocije na fotografijama vlastite i tuđe djece. Isto tako, takvim majkama je teže strukturirati aktivnosti svog malog djeteta, što rezultira lošijom razinom obiteljske organizacije. Obiteljsko okruženje tih majki obilježeno je visokom razinom neprijateljstva i niskom razinom kohezije. Takve majke pokazuju visoku razinu zaštitničkog ponašanja, ali nižu razinu samosvjesnosti i smanjenu sposobnost utjecaja na unutarnji svijet svog djeteta (39).

S obzirom na navedene poteškoće u roditeljstvu koje su iskusile majke s PO, one se osjećaju manje sposobne i zadovoljne u roditeljskoj ulozi, te im roditeljstvo predstavlja vrlo stresan zadatak (16).

Djeca majki s PO doživljavaju niz negativnih ishoda. U dojenačkoj dobi se interakcije s majkom doživljavaju kao manje zadovoljavajuće. Dojenčad pokazuju znakove negativnog utjecaja, odvrćaju pogled od majke i manje vokaliziraju. U usporedbi s kontrolnom skupinom djece, ta djeca imaju niz kognitivno-bihevioralnih čimbenika rizika - imaju više poteškoća u sklapanju i održavanju prijateljstva, razumijevanja uzroka zajedničkih osjećaja, te imaju povećanu sklonost maštanju i poteškoće u razlikovanju fantazije od stvarnosti. Oni također doživljavaju poteškoće u odnosu majka-dijete, a četiri su studije pokazale visoku razinu poremećenih stilova privrženosti, kao i strah od napuštanja, te negativna očekivanja od roditelja. Djeca roditelja s PO su imala probleme u mentalnom zdravlju u odnosu na kontrolne

skupine, pokazujući značajno povišenu razinu depresije, suicidalnost, strah, probleme u ponašanju i poremećaj pozornosti (39).

4.4 Poremećaji osobnosti i okoliš

Genetska ranjivost djece, ali i stresno okruženje života s roditeljem koji ima PO negativno utječe na roditeljske sposobnosti i razvijanje djeteta. Poremećaj duševnog zdravlja u djetinjstvu i adolescenciji rezultat je interakcije između genetske ranjivosti i okolišnih faktora. Iako se pod okolišnim faktorima vrlo često podrazumijevaju isključivo tjelesne značajke roditelja, njima pripadaju i psihička obilježja poput mentalnog statusa oba roditelja, te njihovog odnosa prema djeci (15).

Roditelji s umjerenim stupnjem PO izloženi su povećanom riziku od prerane smrti zbog većeg rizika od samoubojstva i nasilja, oni mogu biti uključeni i u neki oblik kriminalnog ponašanja, postoji veća vjerojatnost da će sklopiti nestabilne odnose, te imaju povećani rizik od lošeg tjelesnog zdravlja. Stoga svako dijete roditelja s makar i umjerenim stupnjem PO može biti izloženo nepovoljnim okolišnim i socijalnim okolnostima koje uz postojeću genetsku ranjivost djeteta pridonose razvoju poremećaja (40).

Roditeljski se PO može naslijediti izravno prijenosom ranjivosti. Poznato je da su obilježja osobnosti nasljedna, pa će tako djeca naslijediti gene roditelja koji utječu na osobnost ili neku njihovu verziju. Prema tome takva su djeca izložena dvostrukom nepovoljnom utjecaju, jer osim izravnog prijenosa genoma, osobine njihovih roditelja negativno utječu na roditeljsko ponašanje povećavajući rizik od poremećaja već u djetinjstvu (15).

Epigenetska istraživanja pokazala su da ponašanje roditelja tijekom odgoja djece dovodi do različitih obrasca metilacije DNA u različitim djelovima mozga (41), te je dokazano da je genetski profil povezan s razinom neurotransmitera koji utječu na ponašanje roditelja. Prema tome, ponašanje roditelja koje promiče sigurnu povezanost između odrasle osobe i djeteta može promovirati otpornost djece. Može se zaključiti da, osjetljivost roditeljskog ponašanja

utječe na razvoj privrženosti potomstvu. Pod pojmom "osjetljivost roditeljskog ponašanja" (42) podrazumijeva se čitav niz roditeljskih reakcija na djetetovo ponašanje i njegove verbalne znakove, posebice na način na koji roditelj reagira na vlastiti stres ili na stres drugih. Pozitivna i privržena osjetljivost na djetetov strah promiče sigurnu povezanost, dok prestrašena roditeljska ponašanja dovode do neorganizirane vezanosti kod djece, što je s druge strane povezano s nizom nenormalnih ponašanja u djetinjstvu i psihopatologijom u djece (15, 40).

U zadnjih deset godina, ispitivanja o utjecaju PO majke na odnose majke i djeteta pokazala su da negativni učinci mogu biti posredovani poremećajima u komunikaciji majka-dijete, i to čak u prvih nekoliko tjedana i mjeseci života (43). Isto tako, ispitivanja potvrđuju da roditelji s graničnim PO imaju lošu regulaciju emocija i poriva, što znači da im prijete opasnost od neprijateljskih i disocijativnih stanja svijesti, što negativno utječe na privrženost djece. Ta neprijateljska i bespomoćna stanja su češća kod majki koje zlostavljaju svoju djecu (44). Dokazano je da ako se roditelj osjeća nemoćno i neprijateljski, vjerojatnije je da će prema svom djetetu postupati kao prema odrasloj osobi odnosno vršnjaku, što može dovesti do preokreta uloga ili čak i napadačkog ponašanja (16).

5 Terapijske intervencije

Nažalost, vrlo je malo praktičnih informacija o tome kako je najbolje pomoći roditeljima s PO. Opsežni pregled mentalnog zdravlja roditelja od strane Tunnarda (45) malim se djelom odnosi na PO kod roditelja, a i nedavno izvješće Ofsted (46) daje površnije preporuke o tome kako službe mentalnog zdravlja trebaju raditi s lokalnim odborom za zaštitu djece. Smjernice Nacionalnog instituta za izvrsnost u zdravstvu i skrbi (*NICE - eng. National Institute for Health and Care Excellence*) za liječenje PO (47, 48) ne uključuju pozivanje na potrebu pružanja određenih intervencija koje se odnose na roditeljstvo, iako PO uglavnom utječe na

odrasle osobe u reproduktivnoj dobi.

Često se PO roditelja prvi put prepoznaje kada se obitelji obrate službama za zaštitu djece, a lokalne vlasti nastoje uzeti u skrb djecu pod nekim rizikom u vlastitoj obitelji (15).

Postoji dovoljno dokaza da se PO mogu liječiti odgovarajućim tretmanom, pa su tako dostupne i NICE smjernice za liječenje graničnog i antisocijalnog PO (47, 48). U graničnom PO, dokazano je da blagi do umjereni stupanj poremećaja dobro reagira na niz terapijskih intervencija, dok teži poremećaj bolje reagira na intenzivnije oblike terapije, poput liječenja utemeljenog na mentalizaciji. PO skupine A i C mogu se liječiti općim intervencijama koje se bave metakognitivnom funkcijom (1).

Službe za mentalno zdravlje odraslih, te djece i adolescenata mogu biti korisne za postavljanje odgovarajuće dijagnoze PO roditeljima. Instrumenti koji se mogu koristiti za procjenu je Standardizirana ljestvica za procjenu osobnosti (*SAPAS - eng. Standardised Assessment of Personality Abbreviated Scale*) (49) i probna inačica MKB međunarodnog testa za PO (*IPDE - eng. International Personality Disorder Examination*) (50). Instrumenti poput ovih mogu pomoći liječnicima da utvrde odstupanja u ponašanju i stavovima kako bi se na njih usmjerili svojim intervencijama. Službe za mentalno zdravlje djece i adolescenata mogu razmotriti korištenje IPDE upitnika probira (51), koji se široko koristi u epidemiološkim istraživanjima, ali i nekim službama koje pružaju psihoterapiju. To nije dijagnostički instrument, ali visoki rezultati na bilo kojoj ljestvici ukazuju na to da je daljnja procjena obilježja osobnosti opravdana (40).

Uz terapiju za odstupanja na razini osobnosti, roditelji s PO trebaju raditi kako na odnosima sa svojom djecom tako i na roditeljskim vještinama s ciljem smanjenja ugroženosti svoje djece. Psihološke terapije obuhvaćene konceptom mentalizacije i samorefleksivne funkcije trebaju se usredotočiti na poboljšanje kapaciteta takvih roditelja. Postoji mnogo dokaza o učinkovitosti intervencija koje promiču mentalizaciju u roditelja (52). Prakticiranje

"usredotočene svjesnosti" (*eng. mindfulness*) može biti vrlo korisno roditeljima s PO čija razina neprijateljstva prema sebi i svojoj djeci ukazuje na nedostatak samilosti prema sebi i drugima. Intervencije koje koriste povratne informacije putem video-prikaza također su pokazale dobre rezultate, tako da promiču dječju otpornost i dobrobit (15).

Pružanje pomoći i usluga od ključne je važnosti za poboljšanje zaštite roditelja i njihove djece. Roditelji koji zlostavljaju svoju djecu vrlo često imaju PO - posebice granični i antisocijalni tip. Vrlo je teško potaknuti takve roditelje na liječenje, posebice ako zlostavljanje nema vidljivih posljedica ili se poriče. Nažalost odbacuju ih sve službe: njihovi problemi se ne smatraju "dovoljno forenzičkim" za forenzičku evaluaciju jer rijetko zahtijevaju stalno bolničko liječenje, a timovi za mentalno zdravlje ih odbacuju jer nemaju teški duševni poremećaj. Većina službi za mentalno zdravlje djece i adolescenata više ne pruža terapiju roditeljima, a ne postoje niti službe specijalizirane za pružanje psihoterapije osobama s PO (2, 4). U slučajevima bilo kojeg oblika zlostavljanja djeteta, službe postupaju u smjeru izuzimanja djeteta iz obitelji. Dijete može biti izuzeto iz obitelji privremeno ili trajno, ovisno o tipu zlostavljanja i kapacitetu roditelja da se promijeni.

Važno je naglasiti da je roditelje s PO teško angažirati u tretmanu. Oni se mogu osjećati napadnuto i teško prihvaćaju svoje poteškoće. Također, potrebno im je i vrijeme da uspostave odnos povjerenja s zdravstvenim radnicima. Po tome su vrlo slični forenzičkim pacijentima, koji su često slabo angažirani, oprezni i kojima je potrebna dugoročna podrška. Roditelji s PO nerijetko su uključeni u niz pravnih postupaka vezanih uz počinjenje kaznenih djela ili područja zaštite dječjih prava. Upravo iz navedenih razloga ostaje nejasno zašto forenzičke službe ne nude pomoć za roditelje s PO koji zlostavljaju svoju djecu. To je posebice čudno s obzirom da se u zatvorima i zajednici razvijaju i provode psihološke intervencije za druge počinitelje s PO (15).

Novi psihološki informirani programi planiranog okruženja (*PIPES* - *eng.*

Psychologically informed planned environments programmes) (53) razvijaju se u Engleskoj koristeći sredstva koja su prethodno stavljena na raspolaganje za liječenje ljudi koji su zbog teških PO bili opasni za druge ljude. Dvojbeno je zašto ne postoje jednake usluge i za roditelje koji zbog PO dovode u opasnost svoju djecu. Navodno postoje programi za roditeljstvo u Engleskoj razvijeni za obitelji kojima je ta pomoć potrebna, uključujući Inicijativu problematičnih obitelji (54) za obitelji koje je teško pridobiti u tretman, te za različite projekte terapije (15). Međutim, obitelji s roditeljem s PO su često isključene iz takvih programa, jer se njihovi problemi doživljavaju previše složenim, posebno ako su uključeni u pravne postupke ili ako imaju pozitivnu anamnezu na obiteljsko nasilje. Nažalost, većina roditeljskih programa nije usredotočena na smanjenje ili kontrolu simptoma PO, niti nudi posebne tehnike za poboljšanje i regulaciju upravljanja s problemima djece (15, 40).

Intervencije zasnovane na privrženosti općenito pristupaju sprječavanju prijenosa nesigurne privrženosti s roditelja (obično majke) na dijete na jedan od dva načina: individualnom psihoterapijom s majkom, te psihoterapijom s majkom i djetetom (18).

Intervencije koje su usmjerene na roditelja kao primarnog pacijenta imaju za cilj pružiti "korektivnu" privrženost kroz interakcije i iskustva s terapeutom (55). Za vrijeme individualne psihoterapije, majku se potiče da govori o vlastitim iskustvima iz djetinjstva i povezuje te događaje s trenutnim odnosom s djetetom, omogućavajući joj na taj način stjecanje uvida u vlastita iskustva nesigurnih odnosa (18).

Drugi pristup u psihoterapiji utemeljen na privrženosti usmjeren je na intervencije na razini odnosa majke i djeteta (56). Kao i kod individualne psihoterapije, majke razgovaraju o svojoj povijesti razvoja u smislu interakcija i iskustava s njegovateljima. Međutim, razlika je u tome što terapeut promatra interakcije između majke i djeteta kako bi olakšao majci povezivanje

svojih prošlih iskustava i vlastitog stila privrženosti uz njezin trenutni odnos s djetetom. Postoji nekoliko strukturiranih oblika ovakve psihoterapije usmjerene na odnos roditelj - dijete, od kojih je najvažniji Gledajte, Čekajte i Čudite se (*WWW - eng. Watch, Wait and Wonder*) (57).

5.1 Gledajte, Čekajte i Čudite se (Watch, Wait and Wonder)

Psihoterapija roditelj-dojenče (*PIP - eng. Parent-Infant Psychotherapy*) vrsta je psihoterapije koja počiva na teoriji privrženosti i psihoanalizi, te ima za cilj ublažiti emocionalne poremećaje roditelja i djeteta, te na razini njihove interakcije (57).

WWW je pristup usmjeren prema dojenčadi, zasnovan na Bowlbyjevoj sugestiji da se sigurnost privrženosti razvija emocionalnom reakcijom i fizičkom blizinom roditelja. Razlikuje se od psihoterapije roditelj-dojenče po tome što ima i reprezentacijsku i bihevioralnu komponentu, a ne samo reprezentacijsku psihodinamsku komponentu. Tako se sigurna privrženost neće razviti ako majka ne opaža i ne reagira na djetetove signale. Terapeut u tom slučaju od majke traži da promatra dijete i komunicira na djetetovu inicijativu. Majka tako postaje promatrač aktivnosti svoga djeteta, potencijalno dobivajući uvid u unutarnji svijet novorođenčeta i njegove relacijske potrebe. Terapeut "gleda, čeka i pita se o interakcijama između majke i djeteta" (58).

Newman i Stevenson (59) opisuju primjenu WWW-a u skupini od 20 majki koje imaju dijagnosticiran granični PO (18). Intervencija uključuje 12-14 terapijskih susreta u razdoblju od 5 mjeseci. U prvom dijelu susreta terapeut poziva majku da prati dijete u igranju s igračkama, a u drugoj polovici on razgovara s majkom o aktivnostima koje je započelo dijete, kao i o majčinom razumijevanju djetetovog ponašanja tijekom seanse igranja. Opisuju se i poteškoće koje roditelji iskazuju svojim terapeutima u pogledu svakodnevnih roditeljskih vještina, poput održavanja dnevnog rasporeda hranjenja i spavanja za svoju dojenčad (15).

Rezultati koji se tiču učinkovitosti ove intervencije u poboljšanju sigurnosti privrženosti su

različiti, pa su tako nalazi metaanalize van Ijzendoorna, Juffer-a i Duyvesteyna (60) pokazali da iako su intervencije s majkama koje se temelje na privrženosti povećavale majčinsku osjetljivost prema njihovoj dojenčadi i djeci, one su imale malo utjecaja na sigurnost majke ili djeteta u privrženosti (18).

5.2 Zračni Projekt (Project Air)

McCarthy je zajedno sa svojim kolegama (61) izradio priručnik pod nazivom Zračni projekt, s ključnom točkom programa u smislu poticanja sigurnosti djece na način da podučava roditelje s PO da razumiju i ispunjavaju potrebe svoje djece, razvijaju krizne planove i uče opće roditeljske vještine poput postavljanja pravila i ograničenja za svoju djecu. Kvalitativna procjena iskustva kliničara s navedenim programom dala je obećavajuće rezultate za prihvaćanje kako od strane profesionalaca, tako i od korisnika (40).

Zračni projekt je strategija za PO koja nudi: preoblikovanje vođenja i pružanja usluga u kliničkom okruženju, edukaciju i trening, pružanje kratkoročnih i dugoročnih tretmana, brzi pristup psihološkoj pomoći, podršku obiteljima, te bolji pristup informacijama i resursima. Strategija je usvojila relacijski model utemeljen na razumijevanju da su PO opisani kao poremećaji odnosa s tri ključna faktora: odnos klijenta sa samim sobom, odnos između klijenta i zdravstvenog djelatnika, te odnos između klijenta i šireg okruženja. Odnos klijenta sa samim sobom u graničnom PO često je karakteriziran ekstremnom samokritikom i niskim samopoštovanjem. Odnos između klijenta i zdravstvenih djelatnika može biti ključ uspjeha, ali isto tako izvor sukoba kojim se teško može upravljati s obzirom da često uključuje neprijateljske, narcisoidne, anksiozne i seksualne dimenzije. Konačno, odnos klijenta i šireg okruženja koje uključuje obitelj, obrazovanje, zdravstvo te usluge u zajednici karakterizira ambivalentnost u kapacitetu, te spremnost za pružanje odgovarajuće podrške (62).

Svi tretmani koji se temelje na dokazima djeluju na prvu komponentu odnosa, neke sadrže strategije za pomoć s drugom, dok se malo njih obraća trećoj komponenti uključujući širi

kontekst. Opseg djelovanja se mora pomaknuti izvan isključivog fokusiranja na pojedinca i njegove intrapsihičke poteškoće na međuljudski nivo koji uključuje zdravlje profesionalaca, obitelji, nastavnika, poslodavaca i zajednice u okviru oporavka (40, 62). Na početku Zračnog projekta, provedeno je niz istraživanja i evaluacijskih studija za utvrđivanje plana implementacije, prikupljeni su podaci od kliničkog osoblja koje je bilo uključeno u liječenje osoba s PO, zatim su organizirane grupe usmjerene na potrebne promjene, učinjen je pregled literature, dobivena je međunarodna stručna evaluacija, te je provedeno usklađivanje s nacionalnim i međunarodnim smjericama (63).

Zračni projekt, izdan 2011. godine, sastoji se od kliničkih smjernica za usmjeravanje klijenta kroz zdravstvene službe, procjenu planiranja kratkoročne i dugoročne terapije, primjenu lijekova u bolničkoj i socijalnoj skrbi, te interakcije s liječnicima obiteljske medicine. Ključna strategija je uloga kliničkih psihologa koji djeluju kao točka za koordinaciju protoka klijenta u kratkom i intenzivnijem tretmanu koji vodi lokalni savjetodavni tim. Također je važna suradnja u planiranju skrbi za pomoć u koordinaciji i integraciji usluge. Strategija Zračnog projekta sveobuhvatni je relacijski pristup koji objedinjuje individualne konzultacije sa širim društvenim i emocionalnim angažiranjem s uslugama, obiteljima, skrbnicima i zajednicom za promicanje potrebne skrbi o procjeni usluga temeljenih na smjericama (62).

Tablica 4: Osnovne komponente terapijske intervencije Gledajte, Čekajte i Čudite se za roditelje s poremećajem osobnosti

Naziv intervencije	Gledajte, Čekajte i Čudite se	
Autor (država, godina)	1999. godina: Nancy J. Cohen i Mirek Lojkasek (Toronto), Elisabeth Muir (Novi Zeland)	
Kratki opis intervencije	WWW je namijenjen roditeljima i njihovoj djeci koja imaju problema s odnosima i poteškoćama u razvoju. Dizajniran je za djecu od 0 do 4 godine, ali se koristi i u radu sa starijom djecom. Fokus pristupa je na jačanju povezanosti između njegovatelja i djeteta, s ciljem poboljšanja djetetove samoregulirajuće sposobnosti i osjećaja učinkovitosti, te povećanja osjetljivosti njegovatelja. Jedinstvena značajka ovog pristupa je uporaba susreta za igru (57). U prvoj polovici sesije terapeut poziva majku da prati vodstvo djeteta u igranju s igračkama, a u drugoj polovici on razgovara s majkom o aktivnostima koje je započelo dijete, kao i o majčinom razumijevanju djetetovog ponašanja tijekom seanse igranja (15).	
Očekivani učinak	Rezultati koji se tiču učinkovitosti ove intervencije u poboljšanju sigurnosti povezanosti su pomiješani, pa su tako nalazi metaanalize van Ijendoorna, Juffer-a i Duyvesteyna (60) pokazali da iako su intervencije s majkama na temelju vezanosti povećavale majčinsku osjetljivost prema njihovoj dojenčadi i djeci, one su imale malo utjecaja na sigurnost majke ili djeteta u privrženosti (18).	
Priručnik o intervenciji	Potrebno je kupiti priručnik: "A manual describing a dyadic infant-led approach to problems in infancy and early childhood" (64).	
Tko može izvoditi intervenciju	Preporučuje se dodatna edukacija psihologa, socijalnih radnika, psihoterapeuta, psihijataru, pedijataru, medicinskih sestara te savjetnika za mentalno zdravlje (65).	
Edukacija osoblja	Osoba treba proći edukaciju u obliku radionica (workshop) da bi mogla ponuditi intevenciju pacijentima (65).	
Evaluacija intervencije	<p>1. Tip evaluacije: RTC (<i>eng. randomized controlled trial</i>) - randomizirano kontrolirane studije</p> <p>Broj sudionika: 67 dojenčadi sa svojim majkama</p> <p>Sudionici:</p> <p><i>Dob:</i> Djeca: 10-30 mjeseci; Odrasli: 32 godine</p>	<p>2. Tip evaluacije: RTC (<i>eng. randomized controlled trial</i>) - randomizirano kontrolirane studije</p> <p>Broj sudionika: 58</p> <p>Sudionici:</p> <p><i>Dob:</i> Djeca: 10-30 mjeseci; Odrasli: 32 godine</p>

	<p><i>Rasa/Etnicitet:</i> nije specificirano <i>Spol:</i> Djeca: nije specificirano; Odrasli: 100% žene <i>Status:</i> Sudionici su bile majke i djeca upućeni u centar za mentalno zdravlje radi problema s hranjenjem, spavanjem i regulacijom ponašanja. <i>Institut:</i> Hincks-Dellcrest Centre for Children's Mental Health, Ontario, Canada</p> <p>Sažetak: Cilj ove studije bio je testirati učinke Watch, Wait, Wonder (WWW) na dojenčadi u klinici u usporedbi s psihodinamičkom psihoterapijom (PPT). Sudionici su nasumično smješteni ili na intervenciju WWW ili u PPT. Korištene mjere uključuju <i>Chatoor Play Scale</i>, <i>Bayleyevu ljestvicu razvoja novorođenčadi</i>, <i>Indeks roditeljskog stresa (PSI)</i>, <i>Roditeljski osjećaj ljestvice kompetencije</i> te <i>Inventory Beck Depression (BDI)</i>. Rezultati pokazuju poboljšanja u objema skupinama kod simptoma problema novorođenčadi, u rezultatima <i>PSI</i> te u interakciji majke i djeteta (posebice kod majčine nametljivosti i konflikta). WWW intervencija dovela je do znatno većih poboljšanja povezanosti, kognitivnog razvoja, emocionalne regulacije te depresije majke. Ograničenja uključuju nedostatak kontrolne skupine, mali uzorak i nedostatak praćenja.</p> <p>Trajanje praćenja nakon intervencije: Nema (57).</p>	<p><i>Rasa/Etnicitet:</i> nije specificirano <i>Spol:</i> Djeca: nije specificirano; Odrasli: 100% žene <i>Status:</i> Sudionici su bile majke i djeca upućeni u centar za mentalno zdravlje radi problema s hranjenjem, spavanjem i regulacijom ponašanja. <i>Institut:</i> Hincks-Dellcrest Centre for Children's Mental Health, Ontario, Canada</p> <p>Sažetak: Ova studija prati 58 parova majki i novorođenčadi. Cilj ove studije bio je testirati učinke Watch, Wait, Wonder (WWW) na dojenčadi u klinici u usporedbi s psihodinamičkom psihoterapijom (PPT). Sudionici su nasumično smješteni ili na intervenciju WWW ili u PPT. Korištene mjere uključuju <i>Chatoor Play Scale</i>, <i>Bayleyevu ljestvicu razvoja novorođenčadi</i>, <i>Indeks roditeljskog stresa (PSI)</i>, <i>Roditeljski osjećaj ljestvice kompetencije</i> te <i>Inventory Beck Depression (BDI)</i>. Rezultati ne samo da pokazuju poboljšanja u objema skupinama kod simptoma problema novorođenčadi, roditeljskog stresa i interakcije, nego su održavani ili ojačani u šestomjesečnom praćenju. Uz to, PPT grupa ima bolje rezultate vezano za kognitivni razvoj, emocionalnu regulaciju i povezanost - slično WWW grupi. Nakon šest mjeseci, grupa WWW je i dalje pokazala bolje ocjene udobnosti majki u reagiranju na dječja ponašanja te ocjene roditeljskog stresa. Ograničenja uključuju nedostatak kontrolne skupine, mali uzorak i duljinu praćenja.</p> <p>Trajanje praćenja nakon intervencije: 6 mjeseci (66).</p>
Implementacija intervencije	-HRVATSKA: intervencija nije dostupna -SVIJET: Ujedinjeno Kraljevstvo	

Tablica 5: Osnovne komponente terapijske intervencije Zračni Projekt za roditelje s poremećajem osobnosti

Naziv intervencije	ZRAČNI PROJEKT
Autor (država, godina)	Službeno je počelo 2011.godine - McCarthy i suradnici (Australija). Pozadinsko istraživanje i primjenjeni rad je krenuo 2001. godine - Projekt integracije mentalnog zdravlja Commonwealth (67).
Kratki opis intervencije	Intervencija opisuje PO kao poremećaje odnosa s tri ključna faktora: odnos između klijenta i sebe, odnos između klijenta i zdravstvenog radnika te odnos između klijenta i šireg okruženja (62). Cilj intervencije je poticanje sigurnosti djece na način da podučava roditelje s PO da razumiju i ispunjavaju potrebe svoje djece, razvijaju krizne planove i uče opće roditeljske vještine poput postavljanja pravila i ograničenja za svoju djecu (40).
Očekivani učinak	Kvalitativna procjena iskustva kliničara s navedenim programom dala je obećavajuće rezultate za prihvaćanje kako od strane profesionalaca, tako i od korisnika (40). Strategija Zračnog projekta sveobuhvatni je relacijski pristup koji objedinjuje individualne konzultacije sa širim društvenim i emocionalnim angažiranjem s uslugama, obiteljima, skrbnicima i zajednicom za promicanje potrebne skrbi o procjeni usluga temeljenih na smjernicama (62).
Priručnik o intervenciji	Besplatan on-line (68).
Tko može izvoditi intervenciju	Originalno se preporuča doškolovanje medicinskih sestara, psihologa, psihoterapeuta, psihijataru te savjetnika za mentalno zdravlje (67).
Edukacija osoblja	Osoba treba proći edukaciju u obliku radionica (workshop) da bi mogla ponuditi intervenciju pacijentima (68).
Evaluacija intervencije	Nije evaluirana u randomiziranoj kontrolnoj studiji.
Implementacija intervencije	-HRVATSKA: intervencija nije dostupna -SVIJET: Australija

5.3 Farmakoterapija za poremećaje osobnosti

Prva linija liječenja PO je psihoterapija. Liječenje PO usmjereno na simptome obično se smatra dodatkom psihoterapiji. Farmakoterapija se također može koristiti za komorbidna stanja, npr. depresiju ili anksiozni poremećaj koji se javlja uz PO.

Lijekovi se koriste u liječenju PO uz informirani pristanak pacijenta kada potencijalne koristi očigledno nadmašuju rizike primjene lijekova, a primjena ovisi o pacijentovim simptomima, razini povezanog oštećenja i dokazima iz kliničkih ispitivanja. U navedenim slučajevima koristimo: stabilizatore raspoloženja i antipsihotike u malim dozama za afektivnu disregulaciju, antipsihotike u malim dozama kod poremećaja kognitivnih percepcija u vezi sa stresom, te stabilizatore raspoloženja za impulzivnost i poremećaj ponašanja (69).

Osobe s shizotipnim, shizoidnim i paranoidnim PO (skupina A) često ne traže liječenje osim kada su uključeni i drugi akutni problemi poput zlouporabe psihoaktivnih tvari. Oni pacijenti koji traže liječenje imaju velikih poteškoća u uspostavljanju terapijskog odnosa, iako neki žele povezanost.

Granični, narcisoidni, histrionski i antisocijalni PO (skupina B) povezani su s testiranjem i pomicanjem granica odnosa liječenja. Liječnici moraju paziti na mogućnost prekida veza i izbjegavati prelazak odgovarajućih granica u potrazi za izgradnjom odnosa. Stoga mnogi pacijenti skupine B predstavljaju izazov u održavanju terapijskih odnosa.

Izgradnja terapijskog odnosa s pacijentima s ovisnim, izbjegavajućim i opsesivno-kompulzivnim PO (skupina C) je olakšana jer su ti pacijenti spremni preuzeti odgovornost za svoje probleme i spremnije se uključiti u dijalog s terapeutom kako bi ih pokušali riješiti (70).

6 Rasprava

Podrška obiteljima sa složenim psihosocijalnim potrebama nažalost je često fragmentirana, nije prilagođena i personalizirana, te nije usmjerena na vezu između kvalitete roditeljstva i emocionalnog i interpersonalnog funkcioniranja osoba s PO koji su roditelji.

Tako na primjer postoje razlike između usluga koje dobivaju roditelje koje boluju od PO i roditelje s poslijeporođajnom psihozom. Majkama s postporođajnim psihotičnim poremećajima nude se posebne usluge uz bolničko liječenje i praćenje u zajednici, i to s pravom, zbog zabrinutosti i rizika za djecu. Međutim, majkama s PO se ne pruža slična specifična usluga unatoč vrlo sličnim problemima. Odsutstvo usluga zabrinjava, s obzirom na dokaze da prisutnost PO kod roditelja ugrožava roditeljstvo u istoj mjeri kao i teška mentalna bolest, ako ne i više.

Pokušavajući objasniti obiteljske poteškoće i osjećaj bespomoćnosti, roditelji se zbog dijagnoze PO osjećaju stigmatizirano i okrivljeno za probleme svoga djeteta (9). To ostavlja roditelje u uvjerenju da njihova dijagnoza 'uzrokuje' poteškoće njihove djece i da potkopava njihove napore da dobiju odgovarajuću pomoć. U isto vrijeme, liječnici imaju poteškoće u otvorenom i učinkovitom razgovoru s osobama s PO koji su roditelji zbog različitih stajališta o prirodi, uzroku i razumijevanju obiteljskih poteškoća. Ove poteškoće bi trebalo riješiti zajedničkim razumijevanjem roditelja i liječnika u cilju jačanja roditeljskog angažmana (1).

6.1 Moguća implementacija terapijskih intervencija za roditelje s poremećajem osobnosti u Hrvatskoj

Ovdje ćemo preliminarno raspraviti moguću implementaciju opisanih intervencija u Hrvatskoj. U Hrvatskoj postoje službe koje se bave liječenjem osoba oboljelih od PO. Iako u ovom trenutku one ne nude specifične intervencije za roditelje s PO, imalo bi ih smisla ponuditi određenim skupinama roditelja kao što su motivirani roditelji koji imaju uvid u svoje

poteškoće i žele unaprijediti svoje roditeljstvo i odnos s djecom. Druga skupina kojoj bi imalo smisla ponuditi ove intervencije su roditelji kojima su dijete ili djeca oduzeti, a oni se odlučuju imati još djece. Pomoć tim roditeljima je nužna kako bi se zaustavio začarani krug opetovanog oduzimanja djece od istih roditelja. Može se očekivati da bi ove dvije skupine mogle imati najveću korist od intervencija, a također bi se smanjilo njihovo korištenje zdravstvenog sustava kao i sustava socijalne skrbi. Time bi se opravdala uložena sredstva, a moguće i donijela ušteda na razini cijelog sustava. Naravno, ove pretpostavke bi trebalo ispitati u dobro osmišljenim evaluacijskim studijama. Ova rasprava je vođena zaključcima slične rasprave i detaljne analize koja je provedena u Velikoj Britaniji. Naime, stručnjaci sa London School of Economics ustvrdili su da neliječeni psihički poremećaji majki u perinatalnom razdoblju (trudnoća i prva postnatalna godina) dovode do ogromnih zdravstvenih i socijalnih troškova koji iznose čak 8.1 milijardi funti za djecu rođenu u pojedinoj godini (71). Za usporedbu, implementacija terapijskih intervencija za majke, odnosno roditelje u perinatalnom razdoblju iznosi 280 milijuna funti godišnje (71).

Zaključno, uspješna implementacija terapijskih intervencija za roditelje s PO zahtjevala bi ljudske resurse, sredstva za njihovu profesionalnu edukaciju i superviziju, prostor za odvijanje ovih intervencija, sredstva za promotivne aktivnosti i podizanje razine svijesti o ovom problemu među roditeljima, ali i osobljem u sustavu zdravstvene zaštite i socijalne skrbi koje bi roditelje upućivalo na liječenje. Budući da pozitivni učinci ovih intervencija mogu biti dugoročni i potencijalno smanjiti razinu psihičkih poteškoća u narednoj generaciji (kod djece roditelja s PO), imalo bi smisla otvoriti diskusiju o njihovoj implementaciji. Naravno ona mora uključiti i pregled znantsvenih dokaza učinkovitosti i detektiranje intervencija koje imaju zadovoljavajuću razinu dokaza učinkovitosti, te temeljitu ekonomsku analizu implementacije.

6.2 Osobni osvrt

Smatram da bi se trebala pružati usluga iz područja unaprjeđenja mentalnog zdravlja i liječenja odraslim osobama s PO koji su roditelji, a koje bi bile usmjerene na roditeljsku ulogu pacijenta. To je važno s aspekta činjenice da trenutno postoje učinkovite terapije za PO, kao i snažan psihološki i ekonomski aspekt budući da poboljšanje mentalnog zdravlja roditelja pridonosi smanjenju budućeg psihijatrijskog obolijevanja njihovih potomaka.

Ono što sam naučila tijekom izrade ovog rada i što ću ponijeti kao novu spoznaju je da treba biti strpljiv jer roditeljima s PO nije nimalo lako. Oni su u stalnom kontaktu s liječnicima, neki od njih se osjećaju kao da ih liječnici osuđuju i krive. Roditelji smatraju da postavljanje dijagnoze PO automatski znači biti "loš roditelj". Posljedično tome, oni misle kako liječnici ne shvaćaju roditeljsko iskustvo ozbiljno, da ih percipiraju kao funkciju svojih međuljudskih poteškoća, te su nesposobni prenijeti svoj osjećaj bespomoćnosti.

Upravo iz tih razloga treba raditi na tome da se roditelji ne osjećaju da moraju pristati na profesionalni savjet i intervenciju, jer će se inače smatrati nesuradljivima, već da liječnici svojim odgovarajućim terapijskim pristupima nadvladaju tu stigmu.

7 Zaključak

Iako je 37% osoba s PO ostvarilo roditeljstvo, dijagnoza sama po sebi ne govori puno o rizicima razvitka bolesti u potomstvu. Većina pojedinaca s PO može brinuti o svojoj djeci uz stručnu pomoć i ne predstavljaju opasnost za svoju djecu. Međutim visoka stopa roditelja s PO ima djecu koja pati od poremećaja ponašanja. Roditelji s PO utječu na razvoj svojeg djeteta na višestruke načine: od izravnog prijenosa gena koji povećavaju osjetljivost na PO preko pojačanog roditeljskog neprijateljstva prema djeci, pa do nemogućnosti pružanja sigurnog fizičkog okruženja za dijete.

Jednokratne procjene PO vrlo su nepouzdanе. Iako ne postoji zlatni standard za procjenu PO, postoje neki instrumenti koji imaju zadovoljavajuća psihometrijska svojstva, te pružaju mogućnost dobre kliničke procjene. Za sigurnije postavljanje dijagnoze, procjenu treba više puta ponavljati ili ju treba učiniti više stručnih osoba. Trenutno postoje učinkoviti programi liječenja za blage do umjerene PO, posebice za granični PO. Od izuzetne je važnosti da se psihijatri uključe u aktivno liječenje roditelja s PO, posebice majki. Kapacitet roditelja može se značajno poboljšati psihološkim terapijama, poput Gledajte, Čekajte i Čudite se, te Zračnog projekta. Važna je i odgovarajuća primjena farmakološke terapije u slučaju potrebe.

Treba naglasiti da pružanje pomoći roditeljima s PO može u konačnici dovesti do većih ušteda u budućnosti, u smislu smanjenja korištenja usluga, te poboljšanog mentalnog zdravlja sljedeće generacije. Nažalost još uvijek postoji nejednakost u pružanju usluga roditeljima koji boluju od drugih psihijatrijskih poremećaja u odnosu na roditelje s PO.

8 Sažetak

PO su prožimajući, nefleksibilni i stalni oblici ponašanja koji uzrokuju značajnu subjektivnu trpnju ili poremećaj u funkcioniranju. Kada pacijenti postanu roditelji, ti poremećaji utječu na njihovo roditeljstvo i mogu imati štetne učinke na njihovu djecu. Podaci dobiveni na uzorku osoba koje se liječi izvanbolnički govore da je 37% osoba s PO ostvarilo roditeljstvo. Postoji dovoljno dokaza da se PO mogu liječiti odgovarajućim tretmanom jer je pružanje pomoći i usluga od ključne važnosti ne samo za roditelje osobno, već i za njihovu djecu. Postoji nekoliko strukturiranih oblika ovakve psihoterapije usmjerene na odnos roditelj-dijete, od kojih je najvažniji Gledajte, čekajte i čudite se, te Zračni projekt. Gledajte, čekajte i čudite se intervencija uključuje 12-14 terapijskih susreta u periodu od 5 mjeseci. Terapeut poziva majku da prati dijete u igranju s igračkama, a zatim razgovara s majkom o aktivnostima koje je započelo dijete, te o djetetovom ponašanju tijekom seanse igranja. Zračni projekt druga je terapijska intervencija koja potiče sigurnost djece, podučavajući roditelje s PO da razumiju i ispunjavaju potrebe svoje djece, razvijajući krizne planove i učeći opće roditeljske vještine poput postavljanja pravila i ograničenja za djecu. U Hrvatskoj postoje službe koje se bave liječenjem osoba oboljelih od PO, ali one trenutno ne nude specifične intervencije za roditelje s PO. Motivirani roditelji koji imaju uvid u svoje poteškoće i žele unaprijediti svoje roditeljstvo i odnos s djecom, te roditelji kojima su dijete ili djeca oduzeti, a odlučuju se imati još djece ciljane su skupine kojima bi imalo smisla ponuditi navedene intervencije.

Ključne riječi: poremećaji osobnosti; roditeljstvo; terapijske intervencije; gledajte, čekajte i čudite se; zračni projekt

9 Summary

Personality disorders are pervasive, inflexible and ongoing behaviors that receive significant suffering or functional impairment. When patients become parents, these disorders affect their parenthood and can have adverse effects on their children. Data from an outpatient sample of adult mental health indicate that 37% of people with personality disorders have achieved parenting. There is ample evidence that personality disorders can be treated with proper therapy because it has provided assistance and service of important help for parents and their children. There are several codified examples of parent-child therapeutic interventions. The most important are: Watch, Wait and Wonder and Project Air. The Watch, Wait and Wonder intervention includes 12-14 sessions of therapy over a period of 5 months. The therapist encourages the mother to accompany the child in playing with the toys and then discusses with the mother the activity that the child started. Project Air is another therapeutic intervention that promotes child safety, thus teaching parents with personality disorders to understand and meet their children's needs, develop crisis plans and general parenting skills like setting rules and limits for children. There are services in Croatia that deal with the treatment of people with personality disorders, but currently does not offer special interventions for parents with personality disorders. The target groups of parents to provide these interventions are: motivated parents who have insight into their difficulties and want to improve their parent-child relationship and parents whose child or children are taken away, but desire to have more children.

Key words: personality disorders; parenthood; therapeutic interventions; watch, wait and wonder; project air

10 Literatura

1. Wilson R, Weaver T, Michelson D, Day C. Experiences of parenting and clinical intervention for mothers affected by personality disorder: a pilot qualitative study combining parent and clinician perspectives . *BMC Psychiatry*. 2018 May 25; 18 (1): 152. [Internet]. doi:10.1186/s12888-018-1733-8. PubMed PMID: 29801441; PubMed Central PMCID: PMC5970472.
2. Bosquet Enlow M, Englund MM, Egeland B. Maternal Childhood Maltreatment History and Child Mental Health: Mechanisms in Intergenerational Effects. *J Clin Child Adolesc Psychol* , 2018; 47(SUP1): S47–S62.; [Internet]. doi:10.1080/15374416.2016.1144189. PubMed PMID: 27070479; PubMed Central PMCID: PMC5061589.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM 5*, fifth edition. American Psychiatric Publishing Washington, DC. London, England; 2013.
4. Luoni C, Agosti M, Crugnola S, Rossi G, Termine C. Psychopathology, Dissociation and Somatic Symptoms in Adolescents Who Were Exposed to Traumatic Experiences. *Front. Psychol.*, 04 December 2018 , Vol. 9:2390. [Internet]. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02390. PubMed PMID: 30564170; PubMed Central PMCID: PMC6288276.
5. Frančišković T, Moro Lj. *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.
6. Bach B, First MB. Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry* 18, 351 (2018). 29 October 2018 [Internet]. Dostupno na: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>

7. Arbanas, G. Dijagnostički i statistički priručnik za psihičke poremećaje, peto izdanje (DSM5) - novosti i tendencije. Knjiga sažetaka 6. psihijatrijskog kongresa s međunarodnim sudjelovanjem Hrvatska psihijatrija u kontekstu etičko-pravnih i društvenih propitivanja / Jukić, Vlado - Zagreb: Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2014, 93-93. [Internet]. Dostupno na: <https://www.bib.irb.hr/719937>

8. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, Reynolds V. Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 1 December 1998. [Internet]. Dostupno na: <https://doi.org/10.1176/ajp.155.12.1733>

9. Royal College of Psychiatrists London. Parents as patients: supporting the need of patients who are parents and their children College. Report CR164; January 2011. [Internet]. Dostupno na: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr164.pdf?sfvrsn=79416179_2

10. Vance AJ, Brandon DH. Delineating Among Parenting Confidence, Parenting Self-Efficacy, and Competence. *ANS Adv Nurs Sci*. 2017 Oct-Dec;40(4):E18–E37. [Internet]. doi:10.1097/ANS.000000000000179. PubMed PMID: 28825934; PubMed Central PMCID: PMC5664183.

11. Gregurek R. Psihološka medicina. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.

12. Van der Horst FCP, Van der Veer R, Van Ijzendoorn MH. John Bowlby and ethology: An annotated interview with Robert Hinde, *Attachment and Human Development*. 2007 December; 9:4, 321-335, (2007). [Internet]. doi: 10.1080/14616730601149809. PubMed

PMID: 17852051.

13. Adshead G. Security and the social mind: Attachment and therapeutic communities. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*. April 2015. 36. 12-20. . [Internet]. doi: 10.1108/TC-02-2015-0009.

14. Ellis, B. J., & Boyce, W. T. (2008). Biological Sensitivity to Context. *Current Directions in Psychological Science*, 17(3), 183–187. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00571.x>

15. Adshead G. Parenting and personality disorder: clinical and child protection implications. *The Royal College of Psychiatrists*. Volume 21, Issue 1 January 2015 , pp. 15-22. [Internet]. doi: <https://doi.org/10.1192/apt.bp.113.011627>.

16. Dittrich K, Bempohl F, Kluczniok D, Hindi Attar C, Jaite C, Fuchs A, Neukel C, Herpertz SC, Brunner R, Winter SM, Lehmkuhl U, Roepke S, Kaess M, Heim C, Boedeker K. Alterations of empathy in mothers with a history of early life maltreatment, depression, and borderline personality disorder and their effects on child psychopathology. *Psychological Medicine*, 2019 May 22, Vols. 1-9. [Internet]. doi: 10.1017/S0033291719001107. PubMed PMID: 31115280.

17. Conroy S, Marks MN, Schacht R, Davies HA, Moran P. The impact of maternal depression and personality disorder on early infant care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2009; 45(3):285–92. [PubMed: 19466372]

18. Stepp SD, Whalen DJ, Pilkonis PA, Hipwell AE, Levine MD. Children of Mothers with

Borderline Personality Disorder: Identifying Parentg Behaviors as Potential Targets for Intervention. 10.1037/a0023081, s.l. : Personal Disord , 2012 January, Vols. 3(1): 76–91. [Internet]. doi: 10.1037/a0023081. PubMed PMID: 22299065. PubMed Central PMCID: PMC3268672.

19. Berg-Nielsen TS, Vikan A, Dahl AA. Parenting related to child and parental psychopathology: A descriptive review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2002; 7(4):529–552.

20. Bezirgianian S, Cohen P, Brook JS. The impact of mother-child interaction on the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1993; 150:1836–1842. [PubMed: 8238639]

21. Cohen P. Childhood risks for young adult symptoms of personality disorder: Method and substance. *Multivariate Behavioral Research*. 1996; 31:121–148.

22. Cohen P, Crawford TN, Johnson JG, Kasen S. The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 2005; 19(5):466–486. [PubMed: 16274277]

23. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*. 1999; 56:600–606. [PubMed: 10401504]

24. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Personality disorders evidence by early adulthood and risk for anxiety disorders during middle school. *Journal of Anxiety Disorders*. 2006; 20(4):408–426. [PubMed: 16054332]
25. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early childhood. *Archives of General Psychiatry*. 2002; 59:741–749. [PubMed: 12150651]
26. Wolff, S., & Acton, W. P. (1968). Characteristics of parents of disturbed children. *The British Journal of Psychiatry*, 114(510), 593–601. <https://doi.org/10.1192/bjp.114.510.593>
27. Rutter M, Quinton D (1984) Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*, 14: 853–80.
28. Lahey BB, Piacentini JC, McBurnett K, et al (1988) Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27: 163–70.
29. Frick PJ, Lahey BB, Loeber R, et al (1992) Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60: 49–55.
30. Nigg JT, Hinshaw SP (1998) Parent personality traits and psychopathology associated with antisocial behaviors in childhood attentiondeficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39: 145–59.

31. Weiss M, Zelkowitz P, Feldman RB, et al (1996) Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder: a pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry/La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 41:285–90.
32. Berg-Nielsen TS, Wichström L (2012) The mental health of preschoolers in a Norwegian population-based study when their parents have symptoms of borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders: at the mercy of unpredictability. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6: 1–13.
33. Taylor CG, Norman DK, Murphy JM, et al (1991) Diagnosed intellectual and emotional impairment among parents who seriously mistreat their children: prevalence, type, and outcome in a court sample. *Child Abuse and Neglect*, 15: 389–401.
34. Famularo R, Kinscherff R, Fenton T (1992) Psychiatric diagnoses of abusive mothers: a preliminary report. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180: 658–61.
35. Dinwiddie S, Bucholz K (1993) Psychiatric diagnoses of self-reported child abusers. *Child Abuse and Neglect*, 17: 465–76.
36. Stanley N, Penhale B (1999) The mental health problems of mothers experiencing the child protection system. *Child Abuse Review*, 8: 34–45.
37. Stern J, Murphy M, Bass C (1993) Personality disorders in patients with somatisation disorder. A controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 163: 785–9.

38. Craig TKJ, Cox AD, Klein K (2002) Intergenerational transmission of somatization behaviour: a study of chronic somatizers and their children. *Psychological Medicine*, 32: 805–
39. Petfield L, Startup H, Droscher H, Cartwright-Hatton S. Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evid Based Mental Health* August 2015 Vol 18 No 3, pp. 67-75. [Internet]. doi:10.1136/eb-2015-102163. PubMed PMID: 26205740.
40. Florange JG, Herpertz SC. Parenting in Patients with Borderline Personality Disorder, Sequelae for the Offspring and Approaches to Treatment and Prevention. 21: 9, s.l. : Current Psychiatry Reports, Springer Science+Business Media, 7 February 2019. [Internet]. doi: 10.1007/s11920-019-0996-1. PubMed PMID: 30729325.
41. van IJzendoorn, MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Ebstein RP (2011) Methylation matters in child development: toward developmental behavioral epigenetics. *Child Development Perspectives*, 5: 305–10.
42. van IJzendoorn M (1995) Adult attachment representations, predictive responsiveness and infant attachment: a meta-analysis of the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117: 387–403.
43. Lyons-Ruth K, Yellin C, Melnick S, et al (2005) Expanding the concept of unresolved mental states: hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother–infant communication and infant disorganization. *Development and*

Psychopathology, 17: 1–23.

44. Frigerio A, Costantino E, Ceppi E, et al (2013) Adult attachment interviews of women from low-risk, poverty, and maltreatment risk samples: comparisons between the hostile/helpless and traditional AAI coding systems. *Attachment and Human Development*, 15: 424–42.

45. Tunnard J (2004) *Parental Mental Health Problems: Messages from Research, Policy and Practice*. Research in Practice.

46. Ofsted (2013) *What about the Children? Joint Working between Adult and Children's Services when Parents or Carers have Mental Ill Health and/or Drug and Alcohol Problems*. Ofsted.

47. National Institute for Health and Clinical Excellence (2009a) *Antisocial Personality Disorder: Treatment, Management and Prevention (NICE Clinical Guideline 77)* (September 2013). NICE.

48. National Institute for Health and Clinical Excellence (2009b) *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management (NICE Clinical Guideline 78)*. NICE.

49. Moran P, Leese M, Lee T, et al (2003) Standardised Assessment of Personality – Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 183: 228–32.

50. Loranger AW, Janca A, Sartorius N (eds) (1997) Assessment and diagnosis of personality disorders: The ICD-10 International Personality Disorder Examination (IPDE). Cambridge University Press.
51. Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, et al (1994) The International Personality Disorder Examination: the World Health Organization/ Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51: 215–24.
52. Nijssens L, Luyten P, Bales DL (2013) Mentalization-based treatment for parents (MBT-P) with borderline personality disorder and their infants. In *Minding the Child: Mentalization-Based Interventions with Children, Young People and Their Families* (eds N Midgley, I Vrouva): 79–97. Routledge.
53. National Offender Management Service, Department of Health (2012) A Guide to Psychologically Informed Planned Environments. National Offender Management Service/Department of Health.
54. Department for Communities and Local Government (2012) The Troubled Families Programme: Financial Framework for the Troubled Families Programme’s Payment-by-Results Scheme for Local Authorities. TSO (The Stationery Office).
55. Lieberman, AF.; Zeanah, CH. Contributions of attachment theory to infant-parent psychotherapy and other interventions with infants and young children. In: Cassidy, J.;

Shaver, PR., editors. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. New York, NY, US: Guilford Press; 1999. p. 555-574.

56. Stern, DN. The motherhood constellation: A unified view of parent–infant psychotherapy. New York: Basic Books; 1995.

57. Cohen N, Muir E, Lojkasek M, Muir R, Parker C, Barwick M, Brown M. Watch, wait and wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 20, #4, 429-450; 18 February 2000. [Internet]. Dostupno na: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199924\)20:4<429::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199924)20:4<429::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-Q)

58. Cohen N, Lojkasek M, Muir E. WATCH, WAIT, AND WONDER: An Infant-led Approach to Infant-parent Psychotherapy. *The Signal*. 14. Newsletter of the Infant Mental Health Promotion Project (IMP) Volume 35, Winter 2002-03. [Internet]. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/237306205_WATCH_WAIT_AND_WONDER_An_Infant-led_Approach_to_Infant-parent_Psychotherapy

59. Newman LK, Stevenson CS. Issues in infant-parent psychotherapy for mothers with borderline personality disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2008; 13(4):505–514. [PubMed:18927137]

60. van Ijzendoorn M, Juffer F, Duyvesteyn M. Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effectiveness of attachment based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1995; 36:225–248. [PubMed: 7759588]

61. McCarthy KL, Lewis KL, Bourke ME, Grenyer BF. A new intervention for people with borderline personality disorder who are also parents: a pilot study of clinician acceptability. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2016;3(1):10. <https://doi.org/10.1186/s40479-016-0044-2>.
62. Grenyer BFS. An Integrative Relational Step-Down Model of Care: The Project Air Strategy for Personality Disorders. *The ACPARIAN: ISSUE 9: July 2014 Australian Clinical Psychology Association* 2014. [Internet]. Dostupno na: <https://projectairstrategy.org/content/groups/public/@web/@ihmri/documents/doc/uow177533.pdf>
63. Grenyer, B. F. S. (2013). Improved prognosis for borderline personality disorder: New treatment guidelines outline specific communication strategies that work. *Medical Journal of Australia*, 198(9), 464–465.
64. Muir E, Lojkasek M, Cohen NJ. *Watch, Wait and Wonder: A manual describing a dyadic infant-led approach to problems in infancy and early childhood.* 1999. Ontario, Canada: Hincks-Dellcrest Institute.
65. *Watch, Wait and Wonder. An Infant or Child-Led Intervention Aimed at the Troubled Parent-Child Relationship.* [Internet]. Dostupno na: <https://watchwaitandwonder.com/>
66. Cohen NJ, Lojkasek M, Muir E, Muir R, Parker CJ. Six-month follow-up of two mother-infant psychotherapies: Convergence of therapeutic outcomes. *Infant Mental Health Journal*, 23(4), 361-380. 2002. [Internet]. doi:10.1002/imhj.10023

67. Project Air Strategy: Innovation in clinical care and community impact. [Internet]. Dostupno na: <https://research-impact.uow.edu.au/case-studies/project-air-strategy-world-innovation-in-clinical-care-and-community-impact/>
68. Project Air: A personal disorder strategy. [Internet]. Dostupno na: <https://projectairstrategy.org/guidelines/index.html>
69. Nelson KJ. Pharmacotherapy for personality disorders. 26 June 2018. UpToDate [Internet]. Dostupno na: <https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-personality-disorders#H3400847570>
70. Skodol A, Bender D. Approaches to the therapeutic relationship in patients with personality disorders. 14 March 2019. UpToDate [Internet]. Dostupno na: <https://www.uptodate.com/contents/approaches-to-the-therapeutic-relationship-in-patients-with-personality-disorders>
71. Bauer A, Parsonage M, Knapp M, Iemmi V, Adelaja B. Costs of perinatal mental health problems. London School of Economics and Political Science, London, UK. 20 October 2014. [Internet]. Dostupno na: <http://eprints.lse.ac.uk/59885/>

11 Životopis

Ema Ahel rođena je 27. svibnja 1995. godine u Rijeci, u Republici Hrvatskoj. Nakon završene osnovne škole, u istom gradu upisuje prirodoslovno - matematički smjer u Gimnaziji Andrije Mohorovičića Rijeka, a po završetku gimnazijskog programa 2014. godine polaže ispite državne mature te iste godine upisuje Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, smjer Medicina čiji je redoviti student bila svih 6 godina (od 2014. do 2020. godine). Na fakultetu je sudjelovala na mnogobrojnim razmjenama u sklopu hrvatske udruge studenata medicine CroMSIC Rijeka - istraživački projekti u Brazilu (Sveučilište Santa Catarina, Florianopolis) i Kanadi (Sveučilište Montreal), te profesionalne razmjene u Indoneziji, Hong Kongu (odjel ginekologije i opstetricije) i Njemačkoj (odjel oftalmologije u Sveučilišnoj bolnici u Augsburgu). Bila je aktivni sudionik na mnogo kongresa (Kongres prehrane i kliničke dijetoterapije, Kongres Hitne medicine, Practical Knowledge for Students - Split, ZIMS - Zagreb, Tečaj ultrazvuka u Heidelbergu). Koautorica je dvaju znanstvenih radova: "Screening for Fabry disease among patients with chronic kidney disease in Clinical hospital centre Rijeka" s kojim je sudjelovala na 7. hrvatskom simpoziju nefrologije Diatransplant te "Crypto-1 in the microenvironment of the prostate cancer" s kojim je sudjelovala na 31. europskom kongresu patologa u Nici.