

Partnerski odnosi osoba s dijagnosticiranom shizofrenijom

Grgić, Andrea

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:654018>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-15**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



Sveučilište u Zagrebu
Pravni fakultet
Studijski centar socijalnog rada

Andrea Grgić

**PARTNERSKI ODNOSI OSOBA S
DIJAGNOSTICIRANOM SHIZOFRENIJOM**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2024.

Sveučilište u Zagrebu
Pravni fakultet
Studijski centar socijalnog rada

**PARTNERSKI ODNOSI OSOBA S
DIJAGNOSTICIRANOM SHIZOFRENIJOM**

Mentorica:

doc. dr. sc. Draženka Ostojić

Zagreb, 2024.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Shizofrenija.....	1
1.2. Povijest shizofrenije	1
1.3. Epidemiologija shizofrenije.....	2
1.4. Etiologija shizofrenije	3
1.5. Klinička slika shizofrenije.....	4
1.6. Dijagnosticiranje i tijek shizofrenije	6
2. PARTNERSKI ODNOSI OSOBA SA SHIZOFRENIJOM.....	8
2.1. Povezanost partnerskih odnosa i mentalnog zdravlja	8
2.2. Teškoće partnerskih odnosa u kojima jedan od partnera ima mentalni poremećaj	9
2.3. Karakteristike partnerskih odnosa osoba s dijagnosticiranom shizofrenijom	11
2.4. Stigma i teškoće u formiranju partnerskih odnosa.....	18
3. TRETMANI I PODRŠKA.....	23
3.1. Farmakoterapija	23
3.2. Psihosocijalne intervencije i psihoterapija	24
3.2.1. Kognitivna remedijacija	24
3.2.2. Kognitivno bihevioralna terapija	25
3.2.3. Trening socijalnih vještina.....	25
3.2.4. Metakognitivni trening	26
3.2.5. Obiteljska intervencija.....	27
3.2.6. Bračna terapija	28
4. ULOGA PROFESIJE SOCIJALNOG RADA.....	30
4.1. Socijalni rad u psihijatriji	30
4.2. Uloga socijalnog radnika u radu s osobama s dijagnosticiranom shizofrenijom	31
4.3. Uloga socijalnog radnika u partnerskom savjetovanju	33
5. ZAKLJUČAK	36
6. LITERATURA.....	38

Partnerski odnosi osoba sa dijagnosticiranom shizofrenijom

Sažetak:

Shizofrenija je težak psihički poremećaj koji pogađa u prosjeku 1 % opće populacije. Utječe na kvalitetu života oboljele osobe i njeno svakodnevno funkcioniranje. Pozitivni i negativni simptomi shizofrenije utječu na nedostatke u interpersonalnom funkcioniranju osobe što utječe na proces liječenja i potenciraju stigmatizaciju i autostigmatizaciju oboljelih. Cilj ovog rada je dati uvid u partnerske odnose osoba sa shizofrenijom i specifičnosti teškoća koje se pojavljuju u partnerskim odnosima osoba sa shizofrenijom. Također, razmotrit će se dostupni tretmani i sustavi podrške u procesu liječenja i rehabilitacije te na kraju i produbiti uvid u socijalni rad u psihijatriji i uloge socijalnih radnika u radu s osobama oboljelim od shizofrenije.

Ključne riječi: shizofrenija, partnerski odnosi, stigma, socijalni rad

Partner relationships of persons diagnosed with schizophrenia

Abstract:

Schizophrenia is a severe mental disorder that affects an average of 1% of the general population. It affects the quality of life of the affected person and his daily functioning. The positive and negative symptoms of schizophrenia affect the shortcomings in a person's interpersonal functioning, which affects the treatment process and potentiates the stigmatization and self-stigmatization of people with schizophrenia. The aim of this work is to provide insight into the partner relationships of people with schizophrenia and the specific difficulties that appear in the partner relationships of people with schizophrenia. Available treatments and available support systems in the treatment and rehabilitation process will also be considered, and finally, deepen insight into social work in psychiatry and the roles of social workers in working with people suffering from schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, partner relations, stigma, social work

Izjava o izvornosti

Ja, Andrea Grgić (ime i prezime studenta/ice) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica diplomskog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristio/-la drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Andrea Grgić

Datum: 28.02.2024

1. UVOD

1.1. Shizofrenija

Shizofrenija se smatra rascjepom duše i razuma, gdje postoji ideoafektivna disocijacija, stanje u kojem su misli i osjećaji neusklađeni (Begić, 2014.). Shizofrenija je duševna bolest koja nastaje kao posljedica poremećenog funkcioniranja mozga, što rezultira poremećajem važnih psihičkih funkcija i ponašanja s izraženim narušavanjem socijalnog, obiteljskog i radnog funkcioniranja (Jakovljević, 2011.).

1.2. Povijest shizofrenije

U razdoblju antike pojavljuje se terminologija koja bi prema današnjim objašnjenjima opisivala shizofrenog bolesnika, Hipokrat osim pojmova melankolije i manije upotrebljava i pojam paranoja u kontekstu kliničke prezentacije koju bismo u današnjim terminima opisali kao shizofreniju (Karlović i Silić, 2019.). Krajem 14. i početkom 15. stoljeća biografija francuskog kralja Karla VI. Ludog opisuje epizode u kojima se njegovo "ludilo" pojavljivalo, smirivalo i opet vraćalo. Krajem 18. stoljeća javljaju se detaljni opisi opsjednutosti osoba koje bi po današnjim kriterijima bile dijagnosticirane kao shizofrenija. Sve do 19. stoljeća osobama koje bi danas bile dijagnosticirane kao shizofrene pripisivali su se najčešće demencije, paranoje, monomanije, amencije i sl. Psihijatar Benedict Augustin Morel 1845. godine uvodi termin *démence précoce* za bolesnike čija je psihička bolest počela u adolescenciji popraćena sumanutostima, bizarnim ponašanjem s ireverzibilnim i deteriorirajućim tijekom. Karl Ludwig Kahlbaum 1874. godine sličan poremećaj naziva *versania tipica* i posebno opisuje simptome katatonije za koju smatra da je simptom strukturne bolesti mozga. Kahlbaum 1863. godine opisao i hebefreniju kao kognitivno propadanje s početkom u adolescenciji i poremećajima u afektu i mišljenju, ali takvo

stanje nije tada posebno imenovao, što je 1871. godine učinio njegov učenik Ewald Hecker. U 19. i početkom 20. stoljeća psihijatrija se najintenzivnije razvija u Njemačkoj. Emil Kraepelin prihvaća Morelov naziv *dementia preacox* i uvodi ga prvi put 1899. godine. Eugen Bleuler 1911. godine u svom djelu *Dementia preacox die Gruppe der Schizophrenien* mijenja naziv *dementia preacox* u shizofrenija. Naziv shizofrenija dolazi od grčkih riječi shizos-rascjep i frenos-duša. Smatrao je da nenastavljena shizofrenija nije jedinstveni klinički entitet već sindrom, grupa različitih patofizioloških/patomorfoloških poremećaja sa sličnom kliničkom slikom koja nije nužno deteriorirajuća te da intelektualno propadanje nije u srži poremećaja, nego rascjep između afektivnog i misaonog života (Karlović i Silić, 2019.).

1.3. Epidemiologija shizofrenije

Životna prevalencija shizofrenije kreće se od 0,5 % - 2 %, prosječni rizik za obolijevanje iznosi 1 %, a broj novooboljelih iznosi 10-40 na 100 000 ljudi u jednoj godini (van Os i Allardyce, 2009.; prema Begić, 2014.). Shizofrenija se pojavljuje u svim društvima, narodima i kulturama, no postoje tvrdnje kako incidencija i prevalencija shizofrenije varira od jedne do druge kulture. Sjeverni dijelovi Švedske i sjeverni dijelovi Irske zabilježavaju veću prevalenciju shizofrenih poremećaja. Isto tako navodi se kako je shizofrenija simplex češća u Aziji nego u Europi i Sjevernoj Americi, dok karakteristika agresivnosti uz shizofreniju češća je u Europi nego u Aziji (Jakovljević, 2011.). Također, shizofrenija se češće pojavljuje u gradovima nego u seoskim područjima. Begić, 2014., navodi kako je razlog zato što je život u gradovima popraćen višestrukim urbanim stresorima koji potencijalno mogu narušiti zdravlje pojedinca. Brown, 2011., prema Jakovljević 2011., objašnjava taj rizik brojnim čimbenicima poput manjka vitamina D, nezdrava prehrana, češće infekcije, socijalna fragmentacija i smanjenje socijalnog kapitala (socijalna izolacija, otuđenosti, smanjena socijalna komunikacija). Isto tako, utvrđeno je da shizofrenija češće pojavljuje kod osoba nižeg socioekonomskog statusa (Begić, 2014.). Pojavnost shizofrenije veća je kod muškaraca nego kod žena (Jakovljević, 2011.). Begić, 2014., navodi da veća pojavnost kod muškaraca objašnjava čestim korištenjem opojnih

sredstava koji mogu biti čimbenik u nastanku bolesti kod genetski predisponiranih osoba. Istraživanja koja analiziraju dob pojave shizofrenije pokazala su raniju pojavu bolesti kod muškaraca (Begić, 2014.). Kod muškaraca najveći rizik odobolijevanja je između 15 – 24 godine života, a kod žena između 25 – 34 godine života (Jakovljević, 2011.). Žene u odnosu na muškarce imaju bolje premorbidno funkcioniranje i imaju više afektivnih i pozitivnih nego negativnih simptoma (Begić, 2014.). Također, osobe oboljele od shizofrenije u prosjeku žive za 15-20% kraće u usporedbi s općom populacijom. Stručnjaci smatraju da je dijelom zbog relativno visoke stope suicida (oko 5 % oboljelih) i zbog veće učestalosti raznih komorbidnih somatskih bolesti. Najčešći rizični čimbenici su pušenja, nezdrava prehrana, manjak tjelesne aktivnosti i nuspojave farmakoterapije (Jakovljević, 2011.).

1.4. Etiologija shizofrenije

Uzroci i nastanak shizofrenije pitanja su koja i dalje predstavljaju izazov za suvremenu psihijatriju (Jakovljević, 2011.). Iako postoji mnoštvo hipoteza o nastanku shizofrenije niti jedna ne objašnjava u potpunosti uzrok bolesti te nije prisutna u svakom bolesniku oboljelom od shizofrenije (Begić, 2014.). Biološki, psihološki i socijalni čimbenici u složenom međudjelovanju oblikuju kliničku sliku bolesti (Begić, 2014.). Jedna od najvažnijih pretpostavki javljanja shizofrenije je dijateza-stres model, koji pretpostavlja osjetljivost pojedinca na kojeg djeluju stresori i drugi okolinska događanja. Osjetljivost pojedinca može biti biološka, okolinska ili kombinirana, a događaji koji dugoročno pridonose pojavi shizofrenije mogu biti biološke, socijalne i psihološke prirode (Begić, 2014.). S obzirom na to da je pojavnost shizofrenije utvrđena u svim kulturama i zemljama svijeta razmatralo se genetsku predispoziciju za shizofreniju, gdje u prilog idu broja istraživanja obitelji bolesnika sa shizofrenijom, istraživanja jednojajčanih i dvojajčanih blizanaca i adoptivne studije. Rizik obolijevanja od shizofrenije znatno je veći za bliske srodnike osobe koja boluje od shizofrenije. Tako studije na monozigotnim blizancima pokazuju veliku podudarnost koja iznosi 40-50 %, dok je kod dizigotnih blizanaca podudarnost za shizofreniju znatno manja te iznosi oko 10 % (Jakovljević, 2011.).

Istraživanja usvajanja djece bolesnika sa shizofrenijom pokazuju da kod djece iako su bila odvojena od biološkog roditelja ne smanjuje se vjerojatnost za razvoj shizofrenije. Iako postoji nekoliko gena koji bi mogli biti odgovorni za nasljeđivanje shizofrenije, nije još sa sigurnošću potvrđeno koji su. Poligenični multifaktorijski model smatra da je shizofrenija vjerojatno posljedica kombiniranog i adoptivnog djelovanja multiplih gena u interakciji s okolinskim čimbenicima. Studije slikovitih neuroloških metoda poput kompjuterizirane tomografije i magnetske rezonance razmatraju da je shizofrenija neurodegenerativni proces kojeg obilježavaju strukturalne i funkcionalne abnormalnosti mozga pri čemu je gubitak funkcije neurona prisutan u cjelokupnom tijeku bolesti. Sukladno tome, pravodobnim liječenjem bolesti može se spriječiti ili reducirati neuronska destrukcija (Stahl, 2008.; Weinberger i McClure, 2002.; prema Ostojić, 2012.).

1.5 Klinička slika shizofrenije

Karakteristike kliničke slike shizofrenije su raznolika i težina same bolesti varira pa se često naglašava kako nema dviju jednakih shizofrenija. Bolest može početi naglo s brojnim jasno vidljivim simptomima, ali isto tako može početi i postupno socijalnim povlačenjem bez jasno vidljivih pozitivnih simptoma. Stručnjaci glavne simptome shizofrenije dijele na pozitivne simptome i negativne simptome (Begić, 2014.). Međutim, suvremeni pristup simptomatskoj dimenziji bolesti koji se temelji na brojnim istraživanjima shizofrenije smatra da se simptomi shizofrenije mogu sagledati kroz pet dimenzija: pozitivni simptomi, negativni simptomi, kognitivni simptomi, agresivni i afektivni simptomi (Ostojić, 2012.). Ovakav način sagledavanja simptoma u psihijatrijskoj praksi, iako nije dio formalnih dijagnostičkih kriterija shizofrenije, ima korist omogućavanja učinkovitijeg provođenja specifičnih i ciljanih terapijskih postupaka te olakšati moguću prognozu tijeka bolesti s obzirom na intenzitet i pojavnost pojedine dimenzije simptoma (Ostojić, 2012.).

Pozitivni simptomi dijele se u dvije skupine: pozitivni psihotični simptomi (deluzije i halucinacije) i pozitivni simptomi smetenosti ili dezorganiziranosti (formalni poremećaji mišljenja i dezorganizirano ponašanje). Deluzije poput sumanutih ideja,

sumanutih misli i sumanutosti, sadržajni su poremećaji mišljenja, odnosno zablude nastale na bolesnoj osnovi koje nisu dostupne razuvjeravanju. Najčešće su to ideje odnosa, ideje proganjanja, religiozne sumanutosti, erotomanske sumanutosti i sl (Begić, 2014.). Halucinacije su kvalitativni poremećaji opažanja kod kojih ne postoji podražaj, ali bolesnik se ponaša kao da postoji. One mogu biti povezane za bilo koji osjet, a najčešće su slušne, vidne i tjelesne. Formalni poremećaji mišljenja podrazumijevaju smetenost govora i mišljenja, gdje je najčešće riječ o disociranom mišljenju u kojem nema uobičajenog slijeda asocijacija već je on nejasan i nelogičan. Također disociranost se može razlikovati po stupnju, najblaži oblik podrazumijeva jasan govor, ali nelogičan slijed tema, dok najteži oblik podrazumijeva nejasan i sugovorniku nelogičan način povezivanja riječi u jednoj rečenici najčešće kroz ponavljanje iste riječi ili rečenice ili stvaranjem novih i nelogičnih konstrukcija i riječi ili govoreći u potpunosti nerazumljivo (“salata od riječi”) (Begić, 2014.). Dezorganizirano ponašanje je raznoliko. Najčešće se manifestira čudnim ponašanjem, odijevanjem ne distanciranošću i agitiranošću. Isto tako, može se javiti katalepsija, katatoni sumpor, katatoni negativizam, uzbuđenost, manirizam i stereotipija (Begić, 2014.).

Negativni simptomi su: alogija, poremećaj afektivnosti, anhedonija i avolicija. Alogija je siromaštvo govora koji obuhvaća usporeno mišljenje, nedostatak izražajnosti u govoru i kratki i šturi odgovori. Poremećaj afektivnosti obilježava udaljeni, hladni i zaravnjeni afekti koji su najčešće neadekvatni (raspoloženje ne odgovara misaonom sadržaju ili mimika ne odgovara raspoloženju koji prati misaoni sadržaj). Anhedonija podrazumijeva potpuni gubitak interesa i nemogućnost doživljavanja zadovoljstva. Avolicija obuhvaća nemogućnost započinjanja i održavanja ciljeva što na kraju rezultira gubitak socijalne aktivnosti i inicijative (Begić, 2014.).

Razlikuju se primarni negativni simptomi, kada označavaju bazične simptome shizofrenije od sekundarnih negativnih simptoma, koji nastaju kao posljedica pozitivnih simptoma bolesti (Ostojić, 2012.). Sekundarni simptomi mogu se javiti kao odgovor na terapiju nekim antipsihoticima, izostanak socijalne potpore (povlačenje u vlastiti izolirani svijet) i povlačenje iz društva zbog sumanutosti

proganjanja i sl. (Begić, 2014.). Iako u akutnoj fazi bolesti negativni simptomi nisu toliko izraženi oni zbog svog deteriorirajućeg učinka na kapacitete osobe da ostvari socijalnu interakciju, mogućnost samostalnog življenja, održavanja interpersonalnih odnosa i kapaciteta za rad i učenje, često rezultiraju lošijom prognozom ishoda bolesti i kvalitete života (Stahl, 2008.; prema Ostojić, 2012.).

Kognitivni simptomi obilježava privremena ili trajna smetenost mentalnih procesa. Specifični kognitivni deficiti koji variraju od nižih razina procesuiranja informacija kao što su pažnja i percepcija pa sve do najviših razina i najsloženijih intelektualnih funkcija. Najčešće se očituje kroz nemogućnost zadržavanja pažnje, rastresenost, oslabljena koncentracija, oštećenje učenja, pamćenja, apstraktnog mišljenja i opće inteligencije (Begić, 2014.).

Agresivni simptomi se često mogu preklapati s pozitivnim simptomima. Oni uključuju: verbalnu i fizičku agresivnost, autodestruktivno i suicidalno ponašanje, impulzivnost, sklonost oštećivanja imovine, seksualno nepredvidivo reagiranje, hostilnost i sl. (Ostojić, 2012.).

Afektivni simptomi su često prisutni u shizofreniji iako mogu ukazivati i komorbiditet afektivnih i anksioznih poremećaja. Afektivni simptomi su: depresivno raspoloženje, osjećaj krivnje, napetost, iritabilnost, anksioznost i zabrinutost (Stahl, 2008.; Rapado-Castro i sur., 2010.; prema Ostojić, 2012.).

1.6. Dijagnosticiranje i tijek shizofrenije

Smatra se da shizofrenija obično prolazi kroz nekoliko faza bolesti. Pojavi "jasnih" simptoma bolesti prethodi dugo asimptomatsko razdoblje koje se naziva premorbidna faza, koji traje od rođenja do, najčešće, adolescentnog doba tijekom koje osoba ima održanu funkcionalnost (Ostojić, 2012.). To je razdoblje u kojem nema jasnih znakova bolesti, međutim mogu postojati neka obilježja ličnosti kao što su nedruštenost, submisivnost, anksioznost, sramežljivost, preosjetljivost i povlačenje. Kod osoba s ovim crtama ličnosti može razviti neki od poremećaja ličnosti ili shizofrenija, a mogu biti prisutne bez da se pojavi neki psihijatrijski poremećaj

(Begić, 2014.). Dalje se nastavlja prodromalna faza, najčešće u adolescentnom dobu i ranim dvadesetim godinama, koju karakterizira pad funkcionalnih kapaciteta i promjene u ponašanju (Ostojić, 2012.). Prodromalna faza je faza postupne detorijacije koja može trajati i nekoliko godina. U ovoj fazi osoba je pokazuje povlačenje iz društva, bezvoljnost, tjeskobu, nepovjerenje, prisilne misli, kompulzije, smetnje nagona i sl. (Begić, 2014.). Akutna faza javlja se nakon prodromalne faze, najčešće u dvadesetim godinama života, a karakterizirana je psihotičnim simptomima, bez povratka na razinu funkcionalnosti prije pojave bolesti. (Ostojić, 2012.). U ovoj fazi nastaju sumanute misli, formalni poremećaji mišljenja i govora, halucinacije, dezorganizirano ponašanje i promijenjeni afekt. Ovi simptomi ometaju osobu u funkcioniranju, a najčešće su iznimno izraženi da dovode do hospitalizacije osobe (Begić, 2014.). Nakon prve akutne faze, a nekada nakon više faza remisije i relapsa bolesti zamjećuje se poremećaj funkcioniranja, trajne afektivne promjene i kognitivna deterioracija (Begić, 2014.). Jedan od mogućih ishoda shizofrenije je kada bolest ulazi u fazu izraženih negativnih i kognitivnih simptoma s povremenim poboljšanjima. Tada postoji mogućnost terapijske rezistentnosti na antipsihotike kao i psihosocijalne terapijske intervencije iz čega se očituje kroničan tijek bolesti (Ostojić, 2012.).

Za dijagnostiku službeno se koristi dijagnostički kriterij prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, skraćeno MKB-10 i Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, skraćeno DSM-V. Na temelju kliničkih simptoma i njihova trajanja postavlja se dijagnoza shizofrenije. Dijagnostički kriteriji obiju klasifikacija su slične što implicira dobru podudarnost, a razlike se očituju u vremenskom trajanju psihotičnih simptoma koji su nužni za uspostavu dijagnoze shizofrenije (MKB-10, mjesec dana, a DSM-V, šest mjeseci) (Ostojić, 2012.). Podtipovi shizofrenije nisu više relevantni u DSM-V klasifikaciji, dovoljnim se smatra dimenzionalni pristup procjene simptoma shizofrenije (Crnogaća, 2023.).

2. PARTNERSKI ODNOSI OSOBA SA SHIZOFRENIJOM

2.1. Povezanost partnerskih odnosa i mentalnog zdravlja

Potreba za pripadanjem jedna je od temeljnih ljudskih potreba, odnosno motivacija pojedinca za ostvarenjem osjećaja povezanosti s drugima u trajnim, bliskim odnosima (Baumeister & Leary, 1995; prema Stanton & Campbell, 2014.). Pri upitu što im je najznačajnije u životu, većina ljudi navodi zadovoljavajuće bliske odnose, osobito romantične odnose (Berscheid, 1985.; prema Stanton & Campbell, 2014.). Posljednjih desetljeća, istraživači su utvrdili da zdravstveno stanje pojedinaca varira ovisno o tome imaju li zadovoljavajuće međuljudske odnose i odgovarajuću društvenu podršku (Berkman, Glass, Brissette i Seeman, 2000.;Cohen, 2004.; Kiecolt-Glaser & Newton, 2001.; ljubav i Slatcher, 2013.; Uchino, 2006; prema Stanton & Campbell, 2014.). Ljudi koji imaju dugotrajne zadovoljavajuće odnose žive dulje i boljeg su zdravlja od onih osoba koji su društveno izolirani (Stanton & Campbell, 2014.). Bliski odnosi imaju za potencijal utjecati na identitet pojedinca, sreću i zadovoljstvom životom, kao i fizičko i psihičko zdravlje. Romantični odnosi pojedincima služe kao izvor socijalne podrške, pomažu pojedincu prevladati vlastite nesigurnosti i potiču ih na samorazvoj (McIntyre i sur., 2022.). Pri analizi uloge romantičnih odnosa na probleme mentalnog zdravlja pojedinca uzimaju se u obzir individualna obilježja pojedinca, kao što su: rod, spol, osobine ličnosti i razinu samopoštovanja (Davila, 2008.; Miller, 2015.; prema McIntyre i sur., 2022.). Posebno se ističe uloga samopoštovanja koja pokazuje koliko se ljudi sviđaju samima sebi (Baumeister, 2005.; prema Krnić i sur., 2022.), koliko vjeruju u svoju kompetentnost u različitim područjima života (Mruk, 2006.; prema Krnić i sur., 2022.), što pokazuje i razinu adaptacije pojedinca (Jelić, 2012.; prema Krnić i sur., 2022). Samopoštovanje je ključno u očuvanju mentalnog zdravlja, autori navode da osobe s niskom razinom samopoštovanja češće pokazuju probleme mentalnog zdravlja, osobito depresije i anksioznosti (Sowislo i Orth, 2013.; prema Krnić i sur., 2022.). “Samopoštovanje je jedan od ključnih čimbenika u praćenju reakcija drugih osoba na ponašanje pojedinca i održavanju interpersonalnih odnosa” (Krnić i sur.:665, 2022.).

Opisano kroz teoriju sociometra, sociometar kroz interakcije s okruženjem ima za cilj ustanoviti potencijalnu negativnu samoevaluaciju nastalu neodobravanjem, izbjegavanjem ili odbijanjem u različitim interakcijama s okolinom (Krnić i sur., 2022.). Ovisno o dobi i razvojnem razdoblju pojedinca, njegov će sociometar biti posebno reaktivan na percepciju prihvaćanja ili odbijanja u različitim kontekstima. Tako će u djetinjstvu fokus percepcije prihvaćanja i odbijanja biti u interakcijama s roditeljima, dok u razdoblju rane i srednje adolescencije fokus percepcije biti u interakciji s vršnjacima. U razdoblju kasne adolescencije (od 15 do 19 godina) i rane odrasle dobi (od 20 do 24 godine) fokus percepcije prihvaćanja i odbijanja biti će u interakcijama s romantičnim partnerima (Krnić i sur., 2022.). Prema ovoj teoriji važnost interakcija u domeni romantičnih odnosa gleda se iz psihološkog aspekta. Kvalitetni romantični odnosi povezani su s mnogobrojnim povoljnim psihosocijalnim ishodima. Utvrđene spoznaje zaključuju da samopoštovanje utječe na opće zadovoljstvo romantičnim odnosima (Hendrick i sur., 1988; prema Krnić i sur., 2022.), dok pozitivne romantične samoevaluacije imaju niz pozitivnih posljedica na mentalno zdravlje u obliku većeg zadovoljstva, produktivnosti, kreativnosti i jačanja otpornosti (Baumeister i sur., 2003; Du i sur., 2014; Taylor i Stanton, 2007.; prema Krnić i sur., 2022.).

2.2. Teškoće partnerskih odnosa u kojima jedan od partnera ima mentalni poremećaj

U situacijama kada je jednom od partnera dijagnosticiran mentalni poremećaj, novonastala situacija može predstavljati izazov za partnerski odnos. Psihička bolest jednog od partnera može uzrokovati raspad partnerskog odnosa jer partner koji nema mentalni poremećaj preuzima više odgovornosti u odnosu, za sebe, svog partnera i djecu (Crowe 2004:309; Temane i sur., 2019.). Partner je izložen višestrukim rizicima, uključujući stres i opterećenje brigama. Rowe i Morris smatraju da partnerski odnosi u kojem je jedan partner dijagnosticiran s mentalnim poremećajem povećava vjerojatnost nastanka disfunkcionalnih odnosa (Rowe & Morris, 2012.; prema Temane i sur., 2019.). Bowen ukazuje na to da je par sustav (Bowen, 1994.:174-176; prema Temane i sur., 2019.). S druge strane, Gurman definira par

kao bračni par koji je neodvojiv podsustav unutar obitelji čiji odnos može biti samo potpuno shvaćen unutar šireg obiteljskog, povijesnog i današnjeg konteksta (Gurman 2011:281; prema Temane i sur., 2019.). Bowen ističe da ukoliko dio sustava postane dezintegriran, cijeli sustav se raspada. Ovaj raspad utječe na odnos partnera i ima psihološke i socijalne posljedice (Bowen, 1994.:176; prema Temane i sur., 2019.). Prema Lawnu i McMahonu i Croweu, svaka bolest ili stanje uzrokovat će promjenu ravnoteže unutar partnerskog odnosa, pogotovo kad drugi partner pokušava zadržati psihološku i socijalnu ravnotežu u odnosu, pokušavajući biti fleksibilniji kako bi se održala homeostaza u odnosu (Lawn,McMahon, 2014.:260–261, Crowe 2004.:310; prema Temane i sur., 2019.). Ovakve situacije često uzrokuju tjeskobu partnera bez mentalnog poremećaja. Nadalje Bowen smatra da je ključni faktor anksioznosti u obiteljskim i partnerskim odnosima i subjektivna percepcija velike bliskosti ili prevelike udaljenosti u vezi (Bowen, 1994:174–176; prema Tamane i sur, 2019.). Istraživanja su ukazala na fenomen želje za manjom bliskošću u romantičnim odnosima, odnosno da je pretjerano stapanje pojedinca s partnerom (*“inclusion of other in self”*) predstavlja prijetnju osobnoj kontroli i identitetu, što može biti razlog pojedinaca za manje bliskosti s partnerom (Aron i sur., 2004.; Mashek & Sherman, 2004.; prema Frost & Forrester, 2013.). Međutim, stručnjaci navode da povećani doživljaj bliskosti u partnerskom odnosu može biti koristan za dobrobit odnosa ako se iskazuje u obliku intimnosti, brige jednog partnera za drugog i njegovanje odnosa, ali štetni ako poprime oblik nametljivosti, gubitka osjećaja sebe i vlastite neovisnosti (Green & Werner, 1996.; Lewandowski, Nardone i Raines, 2010.; Werner, Green, Greenberg, Browne i McKenna, 2001.; prema Frost & Forrester, 2013.). Osjećaj "prevelike bliskosti" s partnerom i subjektivno percipiranim gubitkom sebe može imati štetan učinak na dobrobit partnerskog odnosa i mentalno zdravlje pojedinca (Aron i sur., 2004.; Mashek & Sherman, 2004.; prema Frost & Forrester, 2013.).

Butterworth & Rodgers, 2008., zaključuju da parovi u kojima je jedan od partnera imao mentalni poremećaj imaju veću stopu razvoda braka od parova u kojima partneri nemaju tih teškoća. Pokazalo se da parovi u kojima oba partnera imaju mentalni poremećaj pokazuju puno veći rizik od naknadnih poremećaja u partnerskom odnosu. Lawn i McMahon i Crowe proučavali su učinke određenih bolesti na partnerske odnose i istakli su da mentalna bolest pogađa oba partnera,

rezultira kontinuiranim supružničkim pritiskom, poremećenim seksualnim funkcioniranjem i promijenjenim bračnim odnosima nakon što se pojavila mentalna teškoća (Lawn,McMahon, 2014.:260–261,Crowe, 2004.:312-314; prema Temane i sur., 2019.). Zeighami & Ahmadi, 2021., u svojem istraživanju prikazuju na koji način mentalni poremećaji utječu na njihove partnere. Pokazalo se da su partneri zbog trajnih problema i životnih obaveza, zanemarili očuvanje svog zdravlja i dobrobiti. Istakla su se tri potkoncepta koja su sažela glavna iskustva s kojima se susreću, a to su: "premještanja uloga", "zanemarivanja samog sebe" i "rano starenje." Partneri zbog prihvatanja brige o partneru i najčešće njegovog dijela odgovornosti u životu, suočeni su s pokušajem ispunjavanja dvije uloge. Zbog velikih promjena u svakodnevnom životu zdravstveno stanje i životno funkcioniranje je snažno pogođeno i stoga dovodi do veće vjerojatnosti oboljenja i općenitog pada razine zdravlja i životne kvalitete. Također, zbog velike razine stresa, što sve navedeno donosi, pokazala se i subjektivna percepcija preranog starenja kod partnera. Pokazalo se da novonastale životne okolnosti kod partnera mogu utjecati i na njihovo raspoloženje koji se vrlo često pogoršava uz pojavu osjećaja razočarenja, beznadnosti prema budućnosti, uznemirenost i usamljenosti. Partneri se često brinu o prosudbama drugih pojedinaca o sebi osobno, njihovom partneru i njihovom odnosu. Posljedica toga je ograničavanje osobnih odnosa, što pridonosi osjećaju manjka podrške i izoliranosti iz neposredne okoline. Isto tako, financijski problemi i troškovi svakodnevnog života (troškovi lijekova, liječenja i sl.) su se pokazali postojanima s obzirom na to da većina oboljelih partnera nije u mogućnosti biti zaposlena (Zeighami & Ahmadi, 2021.).

2.3. Karakteristike partnerskih odnosa osoba s dijagnosticiranom shizofrenijom

Shizofreniju često karakteriziraju teškoće u interpersonalnom funkcioniranju jer osobe sa shizofrenijom trajanjem bolesti doživljavaju promjene u svojem emocionalnom životu, mogu imati poteškoća u ostvarivanju društvenog kontakta, postaju ravnodušni prema okolini te naposljetku smanjuju kontakte s drugima i

povlače se u vlastiti unutarnji svijet (Elizur, Tiano i Munitz, 2002.; prema Doron i sur., 2014.). Arazi-Hirshberger navodi da društvene sposobnosti i životi osoba sa shizofrenijom su ograničeni, navodeći samoću, ovisnost i oslanjanje na obitelj pri ispunjenju svakodnevnih potreba (Arazi-Hirshberger, 2001.; prema Doron i sur., 2014.). Loša kvaliteta obiteljskih odnosa i inferioran način komunikacije prema osobama sa shizofrenijom, može znatno utjecati na proces oporavka osobe (Erickson, Beiser, Iacono, Fleming i Lin, 1989; prema Doron i sur., 2014.).

U pogledu romantičnih odnosa u istraživanjima je zabilježena želja za ljubavlju i značajnim osobnim odnosima kod osoba sa shizofrenijom (Davidson i Stayner, 1997; Redmond i sur., 2010.; Davidson, 2011.; prema Budziszewska i sur., 2020.). Isto tako, kao dijagnostička obilježja bolesti zabilježeni su i problemi poput socijalne izolacije, gubitak interesa za romantične odnose i poteškoće u stvaranju i održavanju bliskih međuljudskih odnosa (Hooley, 2010.; prema Budziszewska i sur., 2020.). Nedostaci u socijalnoj kogniciji posebno utječu na osiromašenje društvenog funkcioniranja, što može ostaviti dojam da su pojmovi "ljubav" i "shizofrenija" dva nekompatibilna pojma što na kraju održava popularne stereotipe o ovoj bolesti i osobnog stereotipiziranja kod samih oboljelih osoba (Redmond i sur., 2010.; prema Budziszewska i sur., 2020.). Loranerova studija je pokazala da postotak stupanja u brak kod osoba sa shizofrenijom je manji od opće populacije, manje od 25% muškaraca i 50 - 70 % žena stupi u brak (Loraner, 1984.; prema Doron i sur., 2014.). Snyder i Whisman razliku u spolu objašnjavaju kasnijim početkom bolesti kod žena, kao i općenitim razlikama u rodnim ulogama u intimnim odnosima tijekom faze i procesa udvaranja. Međutim, bračni odnosi muškaraca sa shizofrenijom imaju tendenciju da budu uspješniji nego kod žena, što je povezano sa stavom njihovih partnerica prema stanju bolesti i zbog dobi pojavljivanja bolesti (Snyder i Whisman, 2003.; prema Doron i sur., 2014.). Također Shanes i sur., navode kako je stopa reproduktivne uspješnosti osoba sa shizofrenijom smanjena za 30-70 % u usporedbi s općom populacijom (Shanes i sur., 2004.;prema Jakovljević, 2011.).

Općenito, problemi s mentalnim zdravljem kod jednog partnera utječe na psihičko zdravlje drugog partnera zbog specifičnih teškoća koje se pojavljuju u takvom odnosu, zbog posljedica ekonomskih i životnih uvjeta ili samo zbog brige o

oboljelom partneru. Zadovoljstvo u vezi vezano je za vlastito mentalno zdravlje, kao i za mentalno zdravlje svog partnera (Jacob i Ahmed, 2018.). Učinkom negativnih simptoma i nedostatkom uvida u vlastitu bolest osobe oboljele od shizofrenije mogu podcijeniti svoju ulogu muža/žene/intimnog partnera, gdje pritom njihovi partneri zamjene ulogu supružnika ili intimnog partnera ulogom njegovatelja (Muke i sur., 2014.).

Bračni život narušava se i kada postupci oboljelog partnera postaju nepredvidivi i ponekad neugodni. Partner sa shizofrenijom može posumnjati na nevjeru ili se osjećati iskorišteno od svog partnera te se onda postupno partneri osoba sa shizofrenijom suočavaju s nesigurnošću, strahom, sramom i krivnjom (Jacob i Ahmed, 2018.). Partneri se suočavaju i s problemima poremećenog svakodnevnog ponašanja partnera tijekom akutnih epizoda bolesti, poremećenom kućnom rutinom kao rezultatom nepravilnog spavanja, prehrane i brige o sebi, neprikladnog međuljudskog ponašanja, društvenog povlačenja i emocionalna otupjelosti. (Muke i sur., 2014.). Protokom vremena te postupnim povećanjem iscrpljenosti i frustracije kod partnera ti osjećaji se mogu pretvoriti u ljutnju ili zamjerenje prema oboljelom partneru (Jacob i Ahmed, 2018.). Ako se romantična očekivanja ne ostvare, frustracija se usmjerava izravno na oboljelog partnera te dovodi do smanjenja osjećaja ljubavi i predanosti odnosu. U takvim slučajevima „*burnout*“ će postati zamjena za ljubav. Bračni „*burnout*“ je jedan od temeljnih razloga za bračne poremećaje i smanjenu intimnost (Jacob i Ahmed, 2018.). Također nesklad u intimnim odnosima je vjerojatniji kada partneri vjeruju da oboljeli partner može kontrolirati vlastitu bolest, kada su preopterećeni kućanskim i svakodnevnim obavezama ili seksualno nezadovoljni (Muke i sur., 2014.).

Supružnici osoba oboljelih od shizofrenije procjenjuju da je odluka na zajednički život s partnerom bila velika promjena u životu koja je ozbiljno utjecala na odnos s partnerom, obitelj i njihov vlastiti život (Jacob i Ahmed, 2018.). Isto tako mnogi parovi, iako doživljavaju teškoće u odnosu povezane s dijagnozom shizofrenije partnera, osjećaju veću bliskost međusobno jer zajedno prolaze kroz teška razdoblja (Jacob i Ahmed, 2018.). Oko 20-30% osoba oboljelih od shizofrenije

je u romantičnoj vezi ili braku. U usporedbi s roditeljima oboljelih osoba, supružnici doživljavaju puno veći teret u brizi za oboljele osobe (Sahu i sur., 2020.).

Romantične veze i brakovi mogu imati i zaštitne i oslabljujuće učinke na tijek shizofrenije. Teret koji doživljavaju supružnici razlikuje od tereta koji doživljavaju roditelji osoba sa shizofrenijom: u središtu problema supružnika su oni koji se odnose na partnerstvo kao što su osporavanje bračne intimnosti i zajedništva, reorganizacija obiteljskih i partnerskih zadataka i redefinicija planova za zajednički život (Sahu i sur., 2020.). U istraživanju Rammohan i Subbakrishna, 2002., gdje su uspoređivali poteškoće i terete brige između roditelja i intimnih partnera osoba oboljelih od shizofrenije, zamijetili su da roditelji i intimni partneri doživljavaju veliku količinu opterećenosti u brizi s tim da intimni partneri doživljavaju i iznimno veću razinu emocionalne opterećenosti. Emocionalna opterećenost odnosi se na mogućnost oboljele osobe da dijeli svakodnevne odgovornosti sa svojim partnerom, seksualne odnose i općenitu kvalitetu intimne veze s partnerom. Objektivan teret brige je sličan za roditelje i intimne partnere, ali razlikuje se u doživljaju subjektivnog tereta i opterećenja brige o oboljelim osobama. Isto tako, zanimljive razlike su pronašli u aspektu mehanizama suočavanja s opterećenjem brige o oboljelim osobama. Utvrđeno je da roditelji koriste poricanje kao strategiju suočavanja, što sugerira da teže prihvaćaju stvarnost bolesti svoga djeteta, što može rezultirati odgodom traženja liječenja i pomoći ili lošiju usklađenost s liječenjem. Supružnici su više koristili negativnu distrakciju kao strategiju suočavanja, najčešće strategije odvratanja pažnje korištenjem alkohola i opojnih sredstava. Autori naglašavaju kako je u istraživanju prevladavao veći postotak muških intimnih partnera te sugeriraju kako muške partnere osoba oboljelih od shizofrenije treba posebno usmjeriti prilagodljivim načinima nošenja sa stresom. Rammohan i Subbakrishna, 2002., navode još objektivne faktore koji utječu na opterećenost roditelja i partnera. Dob, stupanj obrazovanja i stupanj funkcioniranja oboljele osobe u kombinaciji s uporabom strategije poricanja doprinosi opterećenosti. Niži stupanj obrazovanja oboljele osobe pridonosi većem opterećenju za roditelja ili intimnog partnera zbog manje mogućnosti zapošljavanja ili izuzetno niskih primanja. Niska razina funkcioniranja doprinosi većem opterećenju roditelja ili intimnih partnera u brizi za oboljelu osobu. Osobe koje koriste poricanje kao strategiju suočavanja

pokazuju veći stupanj opterećenja, što autore navodi na razmišljanje da psihološka intervencija s roditeljima ili partnerima koji koriste ovu strategiju je nužna kako bi se usredotočili na to da prihvate bolest i preuzmu aktivniju ulogu.

Tijekom akutnih faza bolesti partneri osoba sa shizofrenijom doživljavaju intenzivan stres, također doživljavaju i kronična opterećenja u svakodnevnom životu koja može naštetiti njihovoj životnoj situaciji i dobrobiti. Tu se spominju nesigurnost i ambivalentnost u odnosu prema oboljelom partneru, promjene u intimnosti i prisnosti, promjene u ulogama koje bi inače bile raspodijeljene među partnerima, nedostatak mogućnosti za vlastite opuštajuće aktivnosti, tuga i strahovi za daljnji tijek bolesti oboljelog partnera i odnosa u budućnosti i narušavanje vlastitog zdravlja i financijsko opterećenje (Jungbauer i sur., 2004.; prema Angermeyer i sur., 2006.). Sales smatra da je razumno za pretpostaviti da ovi oblici različitih objektivnih i subjektivnih opterećenja potencijalno umanjuju kvalitetu života partnera koji skrbe o partnerima koji su oboljeli od shizofrenije (Sales, 2003.; prema Angermeyer i sur., 2006.). U svojem istraživanju Angermeyer i sur., 2006., istražujući kvalitetu života partnera osoba oboljelih od shizofrenije, utvrdili su da je kvaliteta života niža u pogledu psihološke dobrobiti i socijalnog funkcioniranja. Zaključuju da smanjenje psihološke dobrobiti ne začuđuje s obzirom na već nabrojene brojne stresore i opterećenja kojima su izloženi partneri. Što se tiče nižeg socijalnog funkcioniranja autori objašnjavaju da vremenska preokupiranost brigom o oboljelom partneru ograničava njihove partnere u mogućnosti održavanja socijalnih kontakata izvan obitelji i generalno povećanu osjetljivost i vezanu uz negativne reakcije okoline. Isto tako, autori naglašavaju da je u istraživanju postojala značajna povezanost između funkcionalne razine oboljelog partnera i kvalitete života njihovih partnera, odnosno što je funkcionalna razina, stanje i tijekom bolesti oboljelog partnera bilo lošije to je i kvaliteta života njihovih partnera bila lošija. To sugerira da je kvaliteta života od strane partnera ovisi donekle o stanju bolesnog partnera. Sahu i sur., 2020., navode kako su tereti partnera koji postaju njegovatelji partnera oboljelih od shizofrenije višestruki jer se sva odgovornost, koju inače dijele dva partnera u odnosu, prebacuje na jednog partnera koji u svakodnevnom funkcioniranju vodi sam brigu o upravljanju financijama, brigu o kućanskim poslovima, brigu o odgoju zajedničke djece. Dugoročno gledano teret se prebacuje i na druge članove obitelji i sustave podrške i

liječenja jer česte hospitalizacije i potrebe za dugotrajnom psihosocijalnom i ekonomskom podrškom smanjuju produktivnost.

Kulhara i sur, 2012., u svome radu o pozitivnim aspektima brige o oboljelim od shizofrenije naveli su da je pozitivno iskustvo brige o oboljelim subjektivno iskustvo i da kao takvo nema jasnu definiciju. Kramer ju opisuje kao subjektivnu procjenu njegovatelja koja poboljšava i obogaćuje život pojedinca, a može uključivati bilo koji pozitivni učinak za njegovatelja kao rezultat iskustva njegovanja. Kao pozitivne aspekte skrbi navodi osjećaj korisnosti, učenje novih vještina, stvaranje smisla vlastitom osjećaju sebe samog, stjecanje osjećaja ispunjenosti u pružanju skrbi i zadovoljstvo koje proizlazi iz skrbi o voljenoj osobi (Kramer, 1997.; prema Kulhara, 2012.). Chen i Greenberg u svojem istraživanju utvrdili su da je 70% ispitanika koji skrbe o bliskoj osobi sa shizofrenijom, izjavilo da su postali osjetljiviji prema potrebama osoba koje imaju dijagnosticiran neki psihički poremećaj, a više od 50% izjavilo je da im je briga i skrb za blisku osobu značajno pomogla u razrješavanju vlastitih prioriteta u životu i da im je dala veći osjećaj unutarnje snage. Isto tako, pokazalo se da obitelji u kojima postoji više percipiranih pozitivnih aspekata brige imaju znatno nižu razinu stresa i opterećenja (Chen, Greenberg, 2004.; prema Kulhara, 2012.). S obzirom na razinu uključenosti, pokazalo se da njegovatelji imaju pozitivnije iskustvo kada je prijašnji i trenutačni odnos s osobom oboljelom od shizofrenije bio zadovoljavajući, kada je manji opseg dnevnih odgovornosti u brizi i skrbi te kada su vlastitim inicijativama prihvatili brigu i skrb za oboljelu osobu. Neka istraživanja pokazuju da su pozitivna iskustva brige i skrbi o oboljeloj osobi zabilježeni su kada su oboljeli partneri žene, kada su partneri njegovatelji muškarci starije dobi i niskih primanja te se pokazalo da obrazovaniji partneri njegovatelji imaju više razine pozitivnih iskustava i višu razinu percepcije dobrih aspekata odnosa (Kulhara, 2012.).

Doron i sur., 2014., u svojem istraživanju iskustva i percepcije osoba sa shizofrenijom u romantičnim i intimnim vezama došli su do saznanja da postoje znatne razlike u percepciji romantičnog odnosa između osoba sa shizofrenijom i osoba koje nemaju shizofreniju. Autori su razlike pronašli u aspektima koje su proučavali: predanost, intimnost i strast. U pogledu aspekta predanosti osobe sa

shizofrenijom pokazuju značajno niže ocjene predanosti za romantične i intimne odnose. Autori objašnjavaju to kroz teoriju razmjene koja naglašava da osobni i međuljudski odnosi djeluju unutar sustava nagrađivanja, što bi objasnilo zašto osobe oboljele od shizofrenije zbog svoje bolesti su više usmjereni ulažući vrijeme, misli i osjećaje na vlastiti unutarnji svijet više nego na interpersonalne odnose i romantične i intimne odnose. Isto tako, smanjeno ulaganje u odnose može se dogoditi i povlačenjem partnera u unutarnji svijet ili kao simptomatski izraz nedostatka interesa i apatije (Cancro & Lehmann, 1998; Nevid, Rathus, & Greene, 2000; Tsuang & Faraone, 1997; prema Doron i sur., 2014.). Aspekti intimnosti također su pokazali niže ocjene kod osoba oboljelih od shizofrenije. Autori ove podatke objašnjavaju simptomatskom posljedicom kognitivnih i komunikacijskih nedostataka, socijalnim povlačenjem, neadekvatnim afektom, nedostatkom interesa i nedostatkom koncentracije što utječe na društvene vještine povezivanja s drugim ljudima i romantičnim i intimnim partnerima (Doron i sur., 2014.). Aspekt strasti također se pokazao značajno nižim kod osoba sa shizofrenijom. Fan i sur., pronašli su višu razinu deficita u svim aspektima seksualnog funkcioniranja kod muškaraca i žena sa shizofrenijom (Fan i sur., 2007.; prema Doron i sur., 2014.). Nestoros i sur., povezuju ove deficite s nuspojavama psihofarmakoterapije kod osoba sa shizofrenijom (Nestoros i sur., 1981.; prema Doron i sur., 2014.).

Rezultati istraživanja pokazali su da 40,8% osoba sa shizofrenijom ima seksualnu disfunkciju. Dugotrajnost intimnog odnosa nema značajan utjecaj na kvalitetu odnosa i seksualni odnos partnera (Aggarwal, Grover i Chakrabarti, 2019.). Coulter i sur., 2020. navode kako su istraživanja o rizičnom seksualnom ponašanju kod osoba sa shizofrenijom pokazuju različite podatke. Neka potvrđuju rizična seksualna ponašanja poput izmjene velikog broja partnera, manjka zaštite i manjka znanja i veći postotak zaraze seksualno prenosivim bolestima, dok druga istraživanja opovrgavaju seksualno rizična ponašanja u ovoj skupini. Što se tiče neprimjerenog seksualnog ponašanja, neka istraživanja potvrđuju veći postotak kod osoba s dijagnozom shizofrenije, dok kod nekih je utvrđeno samo u komorbiditetu s upotrebom opojnih supstanci. Jedno od istraživanja neprimjerenog seksualnog ponašanja utvrdilo je postojanje seksualnih zabluda, opscene komunikacije i ekshibicionističko ponašanje više kod žena nego kod muškaraca, iako je kod

muškaraca zabilježena veća seksualna aktivnost. Žene oboljele od shizofrenije imaju tendenciju iskusiti veću seksualnu disfunkciju iskazujući niže seksualno samopoštovanje, motivacije i zadovoljstva, veću seksualnu tjeskobu, depresiju i strah za razliku od muškaraca. Jedno istraživanje pokazalo je da čak 90% osoba sa shizofrenijom osjećaju potrebu za seksualnim izražavanjem i 80% osjeća potrebu za romantičnom vezom, međutim te potrebe su prepoznate 10-40% od strane stručnjaka koji rade s osobama sa shizofrenijom (McCann, 2010.; prema Coulter i sur., 2020.). Osobe sa shizofrenijom teško pronalaze odgovarajuće partnere i imaju manjak samopouzdanja u potrazi za romantičnim i intimnim odnosima, što je uvelike povezano s vanjskom i internaliziranom stigmom (Coulter i sur., 2020.).

2.4. Stigma i teškoće u formiranju partnerskih odnosa

Stigmatizacija osoba s mentalnim poremećajima zastupljena je u kulturama cijelog svijeta. Rezultati istraživanja pokazali su velik postotak stigme prema mentalnim poremećajima, što znatno utječe na društvene odnose pojedinca. (Jorm i Oh 2009; prema Boysen, 2017.). U općoj populaciji dobro je utvrđena želja za socijalnom distancom od ljudi s mentalnim poremećajem (Jorm i Oh 2009.; prema Boysen, 2017.), ali socijalno distanciranje u kontekstu seksualnih i ljubavnih veza nije toliko istraženo, no ipak je poznato da ti pojedinci doživljavaju stigmatu kao značajnu prepreku u njihovim nastojanjima da se uključe u seksualno i romantično ponašanje (Boysen, 2017.). Dokaz romantične stigmatizacije pojedinaca s mentalnim poremećajem prikazuje anketno istraživanje u kojem 66-89% ljudi u općoj populaciji složilo s tvrdnjama da većina ljudi ne pokazuje interes za romantičnim ili seksualnim odnosom s nekim tko ima mentalnu bolest, misle da osoba s mentalnom bolešću neće biti dobar partner te misle da je osoba s mentalnim poremećajem nije seksualno poželjna (Wainberg i sur., 2016., str. 93; prema Boysen, 2017.). Elkington i sur., 2013., navode se da 60% pojedinca s mentalnim poremećajem smatra da pojedinci koji nemaju teškoće mentalnog zdravlja općenito gledano ne bi željeli biti u romantičnom odnosu s nekim tko ih ima. Izrazili su uvjerenje da bi ih potencijalni romantični partneri smatrali “ne pouzdanima” te kao rezultat toga ne bi htjeli biti s

njima. Također, autori navode da su ispitanici svoje teškoće s mentalnim zdravljem smatrali nečim s čim se potencijalni partneri ne bi htjeli baviti i da bi ih s vremenom potencijalni partner smatrao teretom veze. Elkington i sur., 2013., navode da su ispitanici internalizirali svoja iskustva i uvjerenja šireg društva da sami po sebi nisu dobri partneri, a neki su se čak doživljavali kao nezaslužni romantičnih ili seksualnih odnosa.

Teorija stigme i teorija odabira partnera sugeriraju da osobe s teškoćama mentalnog zdravlja, ukoliko djeluju na načine koji nisu društveno konvencionalni, mogu naštetiti svojoj privlačnosti kao potencijalni romantični partneri. Muškarci i žene pri odabiru romantičnog partnera gledaju karakteristike poput: zdravlje, toplina, razumijevanje, inteligencija, osobnost i kompatibilnost (Buss et al. 1990; Li et al. 2002.; Li i Kenrick 2006.; Regan i sur. 2000.; prema Boysen, 2017.). Općenito, ljudi žele partnera koji je stimulativan, ali nije nestalan ili nepredvidljiv (Buss et al. 1990.; prema Boysen, 2017.).

Uz pristup istraživanja osobina koje ljudi smatraju poželjnim kod partnera, postoji interes i za provođenjem istraživanja kako negativne osobine utječu na odabir partnera (Jonason et al. 2015.; prema Boysen, 2017.). Pokazalo se da su ljudi motivirani za pronalaženje visoko kvalitetnog romantičnog partnera te da izbjegavaju romantične partnere s ozbiljnim nedostacima. Mentalne teškoće nisu same po sebi istražene kao negativne osobine, ali neki eksternalni pokazatelji mentalnih teškoća percipirani su kao negativne osobine (npr. loša higijena, zlouporaba opojnih sredstava, niska razina brige o sebi) (Boysen, 2017.). Također, u pogledu specifičnih mentalnih poremećaja određeni simptomi mogu uzrokovati hladnoću, kognitivna oštećenja, neobično ponašanje i razne aberacije osobnosti; percepcija ovih karakteristika kod potencijalnog partnera, čak i ako je iluzorna, mogla bi biti prepreka u odabiru partnera. (Boysen, 2017.). Boysen, 2017., zaključuje da je stigmatizacija osoba s mentalnim poremećajem kao potencijalnih romantičnih partnera jednaka je za muškarce i žene, neovisna je o vrsti mentalnog poremećaja, o razini fizičke atraktivnosti ili o tipu veze koju bi htjeli ostvariti s pojedincem.

Shizofrenija se najčešće javlja u kasnoj adolescenciji ili u ranoj odrasloj dobi. Karakterizira ju premorbidna faza koju obilježava razdoblje stabilnih društvenih i kognitivnih deficita koji dugo prethode prvoj epizodi poremećaja (Davidson i sur., 1999.; prema Ballon i sur., 2007.). Prodromalna faza slijedi nakon premorbidne faze koju potencijalno karakterizira razdoblje nedostatka stabilnosti i gradirajuće pogoršanje psihosocijalnog oštećenja koje kulminira pojava psihoze (Keith i Matthews, 1991; Yung i sur., 1996.; prema Ballon i sur., 2007.). Jedan od glavnih značajki koja često prethodi psihozi je pad kvalitete života i društvenog funkcioniranja (Melle et al., 2005.; prema Ballon i sur., 2007.). Connolly i sur., 2014. ističu kako romantični odnosi nastaju u ranim adolescentskim godinama i sazrijevaju tijekom adolescencije od početnih međuspolnih veza pa sve do dijadnih partnerstava. Iako se većina romantičnih odnosa u mladosti ne pretvaraju u stabilne veze odraslih ta iskustva su ključna u sazrijevanju i uspostavljanju stabilnih romantičnih veza u odrasloj dobi, odnosno doprinose kognitivnom razvoju i predviđaju kvalitetu intimnih odnosa u odrasloj dobi. U periodu kasne adolescencije fokus je na stvaranju snažne emocionalne konekcije s kompatibilnim partnerom. Uspostavljeni romantični odnosi često traju godinu dana ili više, adolescenti ih opisuju kao ozbiljne, ekskluzivne i vrlo važne (Seiffge-Krenke, 2003.; prema Connolly i sur., 2014.). U ranoj odrasloj dobi većina pojedinaca stekla je iskustva i vještine kako bi održala predane i dugoročne romantične veze, no ipak ta istraživanja još uvijek ističu da i u tom periodu postoji mnogo nestabilnosti (Arnett, 2004.; prema Connolly i sur., 2014.). Redmond i sur., 2010., navode da su romantične veze značajne u razvoju identiteta, povećanoj neovisnosti i autonomiji, one su ključni čimbenik u prijelazu iz adolescencije u odraslu dob te olakšavaju put u sljedeću fazu života. Međunarodna istraživanja provedena u više od 27 zemalja potvrdila su visoku razinu iskustva i anticipiranih diskriminacija osoba sa shizofrenijom. Oko 27% ispitanika sa shizofrenijom doživjelo je diskriminaciju u romantičnim vezama i seksualnim odnosima, a 55% ispitanika sa shizofrenijom je predviđalo ovu vrstu diskriminacije (Thornicroft i sur., 2009.; prema Budziszewska i sur., 2020.). Pokazalo se da 87% osoba oboljelih od shizofrenije je iskusilo odbijanje u međuljudskim odnosima, dok je oko 50% izgubilo u potpunosti kontakt s bliskom osobom nakon oboljenja. Također dvije trećine osoba vjeruje da druge osobe ne žele imati romantičnu vezu s

partnerom koji ima dijagnozu shizofrenije (Budziszewska i sur., 2020.). Također pokazalo se da je ozbiljan problem postala i samostigmatizacija skupine osoba oboljelih od shizofrenije jer je u GAMAIN-europskom istraživanju provedenom u 14 zemalja utvrdila da gotovo polovica sudionika (41,7%) je iskazala umjerenu ili visoku razinu autostigme (Brohan i sur., 2010.; prema Budziszewska i sur., 2020.). Oboljele osobe pritom počinju prihvaćati negativne stavove o sebi, smatrajući sebe manje vrijednim osobama i članovima društva i nesposobnim da se osjećaju korisnim i produktivnim članovima društva (Kurtović i Svalina, 2016.). Osobe sa shizofrenijom osjećaju se „nevidljivo“ u kontekstu romantičnih i intimnih odnosa i ne smatraju se atraktivnim partnerima. Ono što doprinosi stigmatizaciji oboljelih osoba je pojava pretilosti koje je uzrokovana farmakoterapijom, ali i nezdravim načinom života. Pretilost osoba u zapadnjačkoj kulturi smatra se romantično neprivačnima te ako je uz to osoba bolesna i siromašna, njen društveni status postaje prilično nizak (Budziszewska i sur., 2020.). Sulejmanpašić-Arslanagić i Tunović, 2015., navode kako je stigma prema osobama oboljelim od shizofrenije uzrokovana kombinacijom nedovoljnog znanja o bolesti u općoj populaciji i strahova koji su kroz povijest nastali stvaranjem mitova i predrasuda o bolesti na čiji se spomen javljaju osjećaji nelagode, straha, predrasuda i izbjegavajućeg ponašanja prema oboljelim osobama. Jakovljević, 2011., navodi da postoji mnoštvo pogrešnih predodžbi o shizofreniji koje, uz stigmatizaciju, pridonose i lošijim ishodima liječenja. Pogrešne predodžbe prisutne su u svim sredinama i kulturama, a razlog postojanja je djelomično preklapanje i nadopunjavanje s negativnim učincima bolesti. Najčešće zablude i mitovi o shizofreniji su: shizofrenija je posljedica lošeg roditeljstva, shizofrenija je bolest koja dolazi naglo i neočekivano, brak i ljubav će izliječiti shizofreniju, djeca ne obolijevaju od shizofrenije, osobe sa shizofrenijom su agresivne i opasne, osobe sa shizofrenijom su otpisani i radno nesposobni, osobe sa shizofrenijom su lijezne i neodgovorne, osobe sa shizofrenijom su manje inteligentne, shizofrenija nije medicinska bolest kao što su to tjelesne bolesti, shizofrenija je bolest za koju nema lijeka, shizofrenija je nasljedna obiteljska bolest i sramota, shizofrenija predstavlja višestruku ličnost i sl. Kombinacija psihijatrijske dijagnoze shizofrenije, diskriminacije i stigmatiziranosti oboljelih osoba u svih sferama života znatno uzrokuje produbljanje emocionalne izoliranosti oboljelih osobama, interferira u

percepciji interpersonalnih odnosa verbalnom i neverbalnom komunikacijom, udaljava oboljele osobe od obitelji, prijatelja i partnera te dodatno produbljuje njihove patnje (Sulejmanpašić-Arslanagić i Tunović, 2015.). U istraživanju Majdančića, 2018., postoji percepcija niza predrasuda osoba oboljelih od shizofrenije doživljenih od strane društva primjerice sklonost društva da ih ignorira, doživljava ludima, neodgovornim, opasnima i nasilnima. Tako se pokazalo u jednom istraživanju da će 57% ljudi odbiti romantičan „spoj“ s nekim tko ima psihički poremećaj, a 44% ljudi bi odbili romantičan “spoj” ako bi osobe otvoreno izjasnile svoju psihijatrijsku dijagnozu. Isto tako, većina ljudi je izjavila kako bi pozitivno reagirala kada bi njihov potencijalni partner otvoreno iznio psihijatrijsku dijagnozu nakon nekoliko mjeseci veze. U tom slučaju 27% ljudi je izjavilo da bi htjeli dobiti dublji uvid u psihičko stanje i psihijatrijsku dijagnozu partnera, 18% ljudi bi imalo potrebu pružiti podršku partneru, a 15% ljudi je izjavilo da bi osjećali zadovoljstvo u vezi jer im se partner mogao otvoriti i povjeriti o svojem mentalnom stanju (Seeman, 2013.).Može se zaključiti da je vrijeme otvorene komunikacije i otkrivanja bolesti ključno (Seeman, 2013.). Ovakve situacije mogu probuditi velik strah i ranjivost kod oboljelih osoba koje se već nose s manjkom samopouzdanja, internaliziranom stigmom i simptomima bolesti.

3. TRETMANI I PODRŠKA

Posljednjih desetljeća došlo je do značajnijih napredaka u liječenju shizofrenije, stvoren je širok spektar usluga koji imaju za cilj smanjivanje simptoma i poboljšanje kvalitete života. Liječenje i rehabilitacija obično se dijele po kliničkim fazama bolesti, odnosno liječenje akutne faze, faze stabilizacije, faze održavanja i faze oporavka. Liječenje shizofrenije uključuje psihofarmakoterapiju u kombinaciji s nekim oblikom psihosocijalnih intervencija, najčešće suportivnu psihoterapiju, obiteljske psihoedukacijske intervencije i profesionalnu rehabilitaciju (Kučukalić i sur., 2006.). Terapijski i rehabilitacijski postupci u liječenju osoba oboljelih od shizofrenije provode se s ciljem što boljeg oporavka bolesnika što uključuje i bolesnikove kapacitete za uspostavom i održavanjem partnerskih odnosa.

3.1. Farmakoterapija

Za liječenje shizofrenije osnovnu farmakoterapiju čine antipsihotici. To su lijekovi koji ublažavaju i otklanjanju sumanute ideje i halucinacije, pridonose reorganizaciji dezorganiziranih psihičkih funkcija i omogućuju povratak oboljele osobe u stvarnost (Babić, 2019.). Antipsihotici pokazali su se vrlo efikasnim za liječenje akutne faze bolesti i za dugoročnu terapiju održavanja i prevencije relapsa. Antipsihotici se dijele po generacijama (Babić, 2019.). Starije generacije antipsihotika uz svoje navedeno djelovanje često su uzrokovali raznovrsne nuspojave i do 40% kod oboljelih osoba poput parkinsonizma, diskinezije, akatizija, ali i nekih opasnijih nuspojava poput epileptičkih napadaja, malignih neuroleptički sindroma i sl. Iako se ove nuspojave liječe redukcijom doze antipsihotika, često se prepoznaju kao pogoršanje psihotičnih simptoma što rezultira povećanjem doze antipsihotika. Još neki od simptoma nuspojave lijeka koji se manifestiraju je sedacija, porast tjelesne težine, seksualne disfunkcije. Novije generacije antipsihotika jednako su učinkovite u smanjenju pozitivnih simptoma shizofrenije, ali dolaze sa znatno manje nuspojava pri uporabi lijeka i bolji utjecaj i na negativne simptome bolesti (Kučukalić i sur., 2006.). Odsustvo nuspojava od velikog je značaja za poboljšanja i održavanje boljeg ishoda

liječenja i suradljivosti oboljele osobe (Kučukalić, 2006.). Antipsihotici ne utječu na sve simptome shizofrenije, stoga se za liječenje shizofrenije uz antipsihotike često koriste i drugi lijekovi poput antidepresiva, stabilizatora raspoloženja, antikolinergici, benzodiazepina i sl. (Babić, 2019.).

3.2. Psihosocijalne intervencije i psihoterapija

Psihosocijalne intervencije smatraju se dijelom liječenja shizofrenije. S obzirom na to da se stavlja naglasak na funkcionalan ishod bolesti, psihosocijalnim intervencijama nastoji prevenirati psihičku i funkcionalnu deterioraciju oboljele osobe te postići simptomatsku i funkcionalnu remisiju. Kod osoba s prvom psihotičnom epizodom ključno je što ranije započeti liječenje kombinacijom farmakoloških i psihosocijalnih terapijskih intervencija koje moraju biti prilagođene svakom pojedinom bolesniku. Psihoterapijske i psihosocijalne intervencije uključuju niz terapijskih postupaka od kojih izdvajamo kognitivno-bihevioralnu terapiju, trening socijalnih vještina, kognitivnu remedijaciju, te metakognitivni trening (Ostojić i sur., 2017.). Također, u liječenju i rehabilitaciji oboljelih koriste se i suportivna psihoterapija, obiteljske intervencije, profesionalna rehabilitacija i psihosocijalna rehabilitacija (Kučukalić, 2006.). Kučukalić i sur., 2006., navode da u toku akutne faze bolesti farmakoterapija olakšava oboljelim osobama da prihvate psihosocijalne intervencije, a u fazi održavanja uz farmakoterapiju psihosocijalne intervencije pomažu oboljelim osobama u poboljšanju kvalitete života.

3.2.1. Kognitivna remedijacija

Metoda kognitivne remedijacija ima za cilj poboljšati kognitivne sposobnosti koje poboljšavaju radno i socijalno funkcioniranje. Prepreku zapošljavanju osoba oboljelih od shizofrenije predstavljaju kognitivna oštećenja, posebno u sferi pamćenja, pozornosti i izvršnih funkcija organizacije i planiranja i naposljetku smanjenje radnog kapaciteta (Đuran, 2021.).

3.2.2. Kognitivno bihevioralna terapija

Kognitivno bihevioralna terapija polazi od toga da normalni psihološki procesi mogu održavati i oslabiti postojanost i ozbiljnost psihotičnih simptoma kao što su sumanute ideje i halucinacije. Terapija se obično provodi u odnosu jedan na jedan, a gradi se empatičan i neprijeteći odnos tijekom kojeg oboljela osoba razrađuje svoja iskustva (Lehman i sur., 2010.). Kognitivno bihevioralna terapija je psihološki postupak u kojem se osoba podučava da uspostavi vezu između misli, osjećaja i ponašanja u odnosu na sadašnje ili prethodne simptome bolesti i zajedno s terapeutom prosuđuje svoju percepciju i vjerovanja u odnosu na simptome koji čine preduvjet ove intervencije. Rad može uključivati praćenje misli, osjećaja i ponašanja u odnosu prema simptomima, opetovanoj pojavi simptoma ili poticanje alternativnih načina nošenja sa simptomima kako bi se smanjio stres i poboljšati funkcioniranje (Đuran, 2021.). Terapija uključuje podupiranje i jačanje prirodnih mehanizama suočavanja i podržavajuće vođenje osobe u racionalniju kognitivnu perspektivu o simptomima koji se pojavljuju. To najčešće uključuje modifikaciju uvjerenja, retribuciju i normaliziranje psihotičnog iskustva. Retribucija ima poseban fokus u radu sa slušnim halucinacijama, pritom terapeut potiče osobu da razradi svoje iskustvo s halucinacijom u detalje (Lehman i sur., 2010.). Kognitivno-bihevioralna terapija preporučuje se osobama s dijagnosticiranom shizofrenijom s kontinuiranim simptomima psihoze u individualnim ili grupnim terapijama i u najmanje 16 seansi (Đuran, 2021.).

3.2.3. Trening socijalnih vještina

Trening socijalnih vještina definiran je upotrebom bihevioralnih tehnika i aktivnosti učenja koje omogućuju osobama oboljelim od shizofrenije stjecanje instrumentalnih i afilijativnih vještina u domenama života koje stagniraju u ovoj bolesti poput međuljudskih odnosa, brige o sebi, suočavanja sa svakodnevnim odgovornostima u životu i odgovornosti života u zajednici. Struktura treninga je napravljena tako da uključuje sustavno učenje specifičnih ponašanja koja su ključna za uspjeh u

socijalnim interakcijama. Također može uključivati i učenje osoba kako prepoznati upozoravajuće znakove relapsa, identificirati nuspojave, izraziti svoje potrebe u pogledu pomoći i liječenja (Lehman i sur., 2010.). Trening socijalnih vještina treba se provoditi na temelju individualne procjene osobe, a najčešće se preporučuje osobama koji imaju umjerene/ozbiljne deficite u socijalnim vještinama nužnim za svakodnevni život. Trening se najčešće provodi u manjim grupama između šest do osam osoba (Đuran, 2021.).

3.2.4. Metakognitivni trening

Metakognitivni trening je terapijski pristup nastao kao kombinacija kognitivno-bihevioralne terapije, psihoedukacije i kognitivne rehabilitacije namijenjen osobama sa shizofrenijom i ostalim psihotičnim poremećajima u svrhu reduciranja psihotičnih simptoma. Kod osoba sa shizofrenijom utvrđene su kognitivne pristranosti koje pogoduju nastanku i održavanju deluzija. Najčešće su to ishitrena zaključivanja i kognitivna distorzija, kada su osobe sklone donošenju čvrstih prosudbi na temelju vrlo male količine dokaza. Također je utvrđena disfunkcija metamemorije kod osoba sa shizofrenijom, gdje je uočena reducirana živost sjećanja, uočena je pretjerana uvjerenost u pogrešna sjećanja praćena smanjenom uvjerenosti u točna sjećanja (Čuržik, 2015.). Mortiz i Woodward nazivaju to “kvarom u znanju”. Još jedna kognitivna pristranost koja je uočena naziva se pristranost protiv opovrgavajućih dokaza, gdje osobe donose čvrste zaključke i uvjerenja usprkos očitim dokazima koji to opovrgavaju. Ova pristranost ne veže se i uz sadržaje neutralnog karaktera, a ne samo za sumanute misli (Mortiz i Woodward, 2006.; prema Čuržik, 2015.). Isto tako, sve je više empirijskih dokaza kako su osobe sa shizofrenijom i ostalim psihotičnim poremećajima nesvjesne ovih kognitivnih pristranosti i kako sebe doživljavaju neutralnim u donošenju odluka i otvorenim prihvaćanju drugačijih pogleda na situaciju (Freeman, Garety, Kuipers, Colbert, Jolley i Fowler, 2006.; Warman i Martin, 2006.; prema Čuržik, 2015.). Uloga metakognitivnog treninga je povećati razumijevanje vlastitih smetnji kod osobe, generalno smanjiti stres i poboljšati suradljivost osobe za vrijeme liječenja. Primjenjuje se u grupnom radu između tri do

deset sudionika, a može ga provoditi psihijatar, klinički psiholog ili radni terapeut (Čuržik, 2015.).

3.2.5. Obiteljska intervencija

Brojna istraživanja naglašavaju vrijednost sudjelovanja obitelji u liječenju osobe oboljele od shizofrenije. Glavni cilj obiteljskih intervencija koje se u literaturi navode i kao psihoedukacije je smanjiti rizik od relapsa bolesti kod oboljele osobe. Također cilj je i poboljšati funkcioniranje oboljele osobe, smanjiti obiteljsko opterećenje i poboljšati obiteljsko funkcioniranje što uključuje i partnerske odnose. Učinkovite obiteljske intervencije uključuju edukaciju o bolesti, učenje vještina suočavanja i rješavanja problema unutar obiteljskih odnosa, učenje boljih i efektivnijih načina komunikacije među članovima obitelji i smanjenje stresa. Intervencije koriste praktične obrazovne bihevioralne metode za poticanje obiteljskog sudjelovanja, suradnje u planiranju liječenja i postavljanje ciljeva (Lehman i sur., 2010.).

Burbach, 2018., navodi opis obiteljske intervencije u sedam preklapajućih faza. Prva faza je faza dijeljenja informacija i pružanje emocionalne i praktične podrške, gdje je obitelj najčešće dijeli osjećaje zbunjenosti, šoka, potresenosti i očaja. Obiteljski pokušaji traženja pomoći nerijetko su frustrirajući kada se tome pridoda još i potencijalna traumatična iskustva u fazi prve psihotične epizode člana obitelji, prisilne hospitalizacije i sl. Također, tome pridonose i reakcije šire zajednice u kojoj je stigma još uvijek uvelike prisutna. Napočetku rada ključno je pružiti obitelji emocionalnu podršku aktivnim slušanjem njihovih iskustava, normaliziranje njihove reakcije na traumatske događaje i pružanje informacija kako bi im se pomoglo da se osjećaju osnaženi za suočavanje s novonastalom situacijom. U drugoj fazi naglasak se stavlja na identifikaciju resursa kod oboljele osobe, obitelji i šire zajednice. Burbach, 2018., navodi da je važno identificirati snage i kompetencije svakog pojedinca u svrhu potencijalnih doprinosa i rješenja u kojem članovi obitelji i šira zajednica može biti neprocjenjiv resurs, pogotovo u periodu relapsa. Treću fazu karakterizira poticanje međusobnog razumijevanja jer odnosi zbog teških okolnosti

uzrokovanih bolešću postaju teški, a konflikti češći. Zbog toga se naglasak stavlja na stvaranje otvorene i sigurne komunikacije među članovima obitelji u kojoj se otvoreno komunicira osvim osjećajima koji se pojavljuju. Četvrta faza uključuje identifikaciju i promjenu neproduktivnih obrazaca interakcije unutar obitelji, odnosno istražiti specifične situacije i ponavljajuće negativne ponašajne obrasce. Peta faza podrazumijeva poboljšanje upravljanja stresom i vještine rješavanja problema. U šestoj fazi radi se na suočavanju sa simptomima i prevenciji relapsa bolesti, istražujući faktore i okidače koji su doveli do psihotične epizode. Isto tako, u ovoj fazi potiče se i razvoj strategija suočavanja i neke moguće intervencije unutar obitelji ako dođe do relapsa. Sedma faza je faza završetka u kojoj se evaluiraju ključne točke učenja i stečeni napredak (Burbach, 2018.).

Pokazalo se da je stopa relapsa bolesti 12% s primjenom obiteljskih intervencija u odnosu na 40% relapsa bolesti kod primjene uobičajenog psihijatrijskog tretmana i individualnog savjetovanja (Isenberg-Grzeda, Kerner, 2012.). Obiteljske intervencije u prosjeku traju od devet mjeseci do dvije godine. Istraživanja su pokazala da obiteljske intervencije koje traju kraće od devet mjeseci imaju lošiji učinak od programa koji traju devet mjeseci i duže (Lehman i sur., 2010.).

3.2.6. Bračna terapija

Bračna terapija je intervencija kojoj je fokus i cilj usmjeren na promjene u dijadnom odnosu partnera. Uključuje zajedničke sastanke s oba partnera u kojima terapeut stvara dubinske uvide u kompleksan sustav bračnog odnosa (Kheshigi-Genovese, 1993.). Prevalencija bračnih problema povećala se unutar psihijatrijske populacije. Najčešće se bračni problemi odnose na emocionalne poteškoće, borbe za moć i odvajanje/problemi razvoda, poteškoće s biološkim obiteljima, ljubomora, izvanbračne veze, poteškoće u komunikaciji, seksualne poteškoće i fizičko/emocionalno zlostavljanje među supružnicima (Shah & Shah, 2010.). Gurman navodi nekoliko vrsta bračne terapije: bihevioralna bračna terapija, kognitivna bračna terapija, bračna terapija usmjerena na uvid, bračna terapija usmjerena na emocije, integrirana bračna terapija i tradicionalna bračna terapija

(Gurman, 2003.;prema Shah & Shah, 2010.). Nije neuobičajeno postojanje individualne ranjivosti povezanih s poteškoćama u bračnom odnosu. Specifično se mogu javiti kao bračno nezadovoljstvo ili subjektivni osjećaj smanjene kvalitete braka (Shah & Shah, 2010.). Myers navodi „bolest utječe na kvalitetu bračnog života, a loša kvaliteta braka i sukobi čine ljude bolesnima“ (Myers, 1996.;prema Shah & Shah, 2010.:25). Autori navode da se do 40 % problema u individualnoj terapiji može povezati s bračnim stresorima jer brak je najčešće glavni izvor podrške i ljubavi za oboljele te pridonosi sveukupnom zadovoljstvu životom unatoč psihijatrijskim simptomima. Bračna terapija može spriječiti pogoršanje mentalnog zdravlja bračnih partnera (Shah & Shah, 2010.). Snyder i sur., ističu da se bračna terapija može planirati: kako bi se smanjio bračni sukob koji održava specifične probleme pojedinca ili para, kao intervencija za specifičan poremećaj unutar odnosa koji se kontinuirano pojavljuje i kao pomoć partneru oboljele osobe u svrhu balansiranja bračnog odnosa. Primjenjuju se tehnike koje povećavaju pozitivno potkrepljujuće ponašanje, komunikacijske vještine, tehnike rješavanja problema koji pomažu parovima u prihvaćanju individualnih stilova ponašanja i pristupa odnosu. Također u procesu terapije osnažuje se intimnost između partnera stavljanjem naglaska na emocionalnu sintezu među partnerima, kako bi se promijenila dinamika narušenog partnerskog odnosa (Snyder i sur., 2006.; prema Shah & Shah, 2010.). Shadish i Baldwin zaključuju da bračna terapija pokazuje klinički značajna poboljšanja kod oboljelih s 40 % do 50 % uspjeha (Shadish i Baldwin, 2003.; prema Shah & Shah, 2010.).

Provođenje bračne terapije u situacijama kad jedan od partnera boluje od shizofrenije treba biti prilagođeno ne samo specifičnim bračnim ili partnerskim poteškoćama već i psihičkim kapacitetima oboljelog člana.

4. ULOGA PROFESIJE SOCIJALNOG RADA

4.1. Socijalni rad u psihijatriji

Svjetska zdravstvena organizacija postavlja definiciju zdravlja kao stanje potpunog mentalnog, fizičkog i socijalnog blagostanja, a ne (samo) kao stanje izostanka bolesti (WHO, 2013.; prema Šerić i sur., 2018.). Tijekom prošlog stoljeća prepoznata je potreba za socijalnim radom u psihijatriji. Iako je u počecima taj rad obuhvaćao samo ekonomske aspekte, daljnjim razvojem edukacije i profesije socijalnog rada u području zdravstva, aspekti rada socijalnih radnika u psihijatriji su prošireni. Od 1934. godine Američka asocijacija socijalnih radnika definirala rad socijalnih radnika u pogledu *case worka* (vođenje slučaja), kao međudnos bolesti i (ne)prilagodbe. Socijalni rad u Hrvatskoj sve do Drugog svjetskog rata bio je karitativnog karaktera, no sve se mijenja osnivanjem Više škole za socijalne radnike u Zagrebu 1952. godine (Koletić, 2022.). Suvremeni trendovi u pristupu zdravlju i liječenju bolesti sve više se gledaju iz holističke perspektive, gdje pored medicinskih faktora uzimaju u obzir i socijalne faktore kao ključne faktore za kvalitetu života ljudi. Socijalno-zdravstvena konekcija u liječenju uočena je još davno, međutim i dalje nije dovoljno prepoznata zbog čega se i danas bilježi deficitarn broj socijalnih radnika u području zdravstva (Šerić i sur., 2018.). U Republici Hrvatskoj mentalni poremećaji nalaze se na trećem mjestu prema postotku koji zahvaća populaciju, muškarce s 20,7%, a žene 25,6% (Ivezić i sur., 2018.). Obrazovanje socijalnih radnika se razlikuje od zdravstvenih radnika, međutim ta razlika u obrazovanju daje mogućnost socijalnim radnicima da sagledaju potrebe oboljele osobe iz druge perspektive i tako doprinesu u procesu liječenja i zaštite mentalnog zdravlja (Hudolin, 1982.; prema Koletić, 2022.). Iz tog razloga su socijalni radnici u sustavu zdravstva vrlo su važan dio multidisciplinarnih timova u kojem, s drugim profesionalcima, pružaju usluge iz svog područja s ciljem osiguravanja zdravstvene i socijalne zaštite (Buljubašić, Šerić, Babić, 2018.).

Ključne kompetencije koje socijalni radnik u psihijatriji koristi su kompetencije u radu s pojedincem, procjenom životnih potreba osobe i njegove obitelji. Socijalni

radnik izrađuje individualni plan promjene i strategije s ciljem informiranja oboljele osobe o dostupnim mogućnostima socijalnih intervencija, ali i liječenja, potencijalnog smještaja po završetku hospitalizacije i objašnjavanje instituta skrbništva ako je potrebno te informiranje o svim dostupnim i ostvarivim pravima iz sustava socijalne skrbi. Također, posjeduje kompetencije u planiranju i evaluaciji prakse socijalnog rada u psihijatriji, komunicira s lokalnom zajednicom u cilju promjena i poboljšanja životnih okolnosti oboljele osobe, kao i kompetencije poticanja individualnog rasta i razvoja vještina u boljitku osobne promjene. Isto tako, socijalni radnici koriste u radu i kompetencije za djelovanje u rizičnim situacijama pri čemu procjenjuju rizike i stavljaju naglasak na minimiziranje stresa i potencijalne štete za oboljelu osobu (Karlović i sur., 2019.; prema Koletić, 2022.).

Duševna bolest jednog od članova obitelji može dovesti do disbalansa u obiteljskim odnosima i ulogama (Sofić, Huskić, 2018.). Tu je ključna uloga socijalnih radnika u zdravstvu koji pružaju uslugu psihosocijalne podrške, što podrazumijeva proces fizičkog i psihičkog osnaživanja korisnika usluga, njegove obitelji i socijalnog okruženja kako bi pronašli načine uspješnog suočavanja sa stresom i bolju integraciju oboljele osobe u svakodnevni život i zajednicu (Lakić, Popović, Jovanović, Hasečić, 2012.; prema Sofić, Huskić, 2018.). U radu s članovima obitelji fokus stručnjaka stavljanje na uspostavljanju suradnje i povjerenja kako bi se osnažilo suočavanje i prilagodba na moguću krizu izazvanom pojavom mentalnog oboljenja člana obitelji (Lakić, Popović, Jovanović, Hasečić, 2012; prema Sofić, Huskić, 2018.).

4.2. Uloga socijalnog radnika u radu s osobama s dijagnosticiranom shizofrenijom

Zdravstvene i socijalne aktivnosti provode se kroz sve faze liječenja osoba oboljelih od shizofrenije. Učinkovit pristup je psihijatrijski i socijalni s ciljem smanjenja svih posljedica bolesti. Uloga socijalnog radnika u psihijatriji važna je u svim fazama liječenja i rehabilitacije oboljele osobe (Ostojić, 2012.).

Uloga socijalnog radnika u prodromalnoj fazi očituje se kroz uočavanje i prepoznavanje promjena u funkcioniranju osobe. S obzirom na to da socijalni radnici kroz svoj rad u zavodima za socijalnu skrb, ustanovama za odgoj i obrazovanje mladih, dječjim i odgojnim domovima, obiteljskim centrima i sl. dolaze u kontakt s mnoštvom obitelji i pojedinaca, često se nalaze u poziciji da uoče promjene ponašanja kod adolescenata ili mlađih odraslih osoba koja budi sumnju na razvoj psihotičnog procesa. Posebnu pažnju trebali bi obratiti na nespecifične simptome prodromalne faze bolesti kao što su: socijalno povlačenje, osamljivanje, gubitak interesa za uobičajene aktivnosti primjerene dobi, gubitak osjećaja zadovoljstva, autodestruktivne misli i radnje, napetost, frustraciju, konzumiranje psihoaktivnih tvari i alkohola, sumnjičavost, pasivnost, naglo reagiranje. Iako do problema najčešće dolazi u fazi adolescencije zbog psihičkog sazrijevanja pojedinca, bitno je svako pogoršanje u funkcioniranju osobe nevezano za dob potrebno pomno pratiti, pružiti psihosocijalnu podršku i ako je potrebno uputiti na daljnju psihijatrijsku procjenu i liječenje u kojem su psihosocijalne intervencije dio terapijskog procesa (Ostojić, 2012.).

Uloga socijalnog radnika u psihijatriji važna je u svim fazama liječenja i rehabilitacije oboljele osobe. Na samom početku hospitalizacije socijalni radnik se fokusira na pribavljanje svih relevantnih socijalnih informacija o oboljeloj osobi prikupljanjem socijalne anamneze, obiteljskih informacija, informacija o školskom ili radnom statusu, socijalnim interakcijam (uključujući i partnerske odnose), komunicirajući sa samom osobom, njenom obitelji, liječnikom obiteljske medicine, poslodavcem i sl. Socijalni radnik u individualnom pristupu bavi se svim pitanjima koja se odnose na socijalno funkcioniranje, socijalnu podršku i prava oboljele osobe (zdravstveno osiguranje, stambeni i radni problemi, bolovanje i sl.) pri čemu najčešće surađuje s nadležnim zavodima za socijalnu skrb. Za vrijeme hospitalizacije oboljele osobe provode se psihosocijalne terapijske aktivnosti s ciljem aktiviranja, uključivanja i motiviranja oboljele osobe u vlastito liječenje i boljitak stanja provođenjem individualnih i grupnih terapija (Ostojić, 2012.).

Kod planiranog otpusta, aktivnosti socijalnog radnika usmjerene su na osiguranje izvanbolničkog prihvata oboljele osobe i praćenje i pružanje podrške u daljnjem

nastavku liječenja. Iskustva pokazuju da oboljele osobe najčešće nastavljaju živjeti u svojim obiteljima, no nekada je potrebno za oboljele osobe osigurati smještaj u udomiteljske obitelji ili ustanove. Povratak osobe oboljele od shizofrenije natrag u životnu sredinu najčešće je povezan s osjećajem stigme što zahtijeva posebnu pažnju i skrb osoba koji se skrbe o njima (Ostojić, 2012.).

Jedan od ciljeva psihosocijalne rehabilitacije je destigmatizacija. Psihosocijalna rehabilitacija želi postići što kvalitetnije i duže razdoblje bez simptoma bolesti, podići kvalitetu života i opće funkcioniranje osobe oboljele od shizofrenije što bliže onome kako je bilo prije nastanka bolesti (Lieberman, 1988.; prema Ostojić, 2012.). Rehabilitacijski proces ima za cilj razvijati emocionalne, socijalne, intelektualne vještine koje su potrebne za život oboljele osobe, u što su, bez ikakve dvojbe, uključeni i partnerski odnosi. Kratkoročno ciljevi se odnose na oporavak i osnaživanje oboljele osobe, a dugoročno je usmjereno na poboljšanje kvalitete života oboljele osobe, adekvatnog funkcioniranja u lokalnoj zajednici i što dužu remisiju bolesti (Ružić i sur., 2009.; prema Koletić, 2022.). Postupci socijalnog radnika u rehabilitaciji osoba oboljelih od shizofrenije situacijski su uvjetovani objektivnim kapacitetima oboljele osobe i okoline u kojoj živi. Ako oboljela osoba živi s obitelji, aktivnosti će biti usmjerene na obitelj, njenog partnera i samu osobu, a ako oboljela osoba nema potporu obitelji aktivnosti će biti usmjerene na samu osobu. Isto tako, kad je to moguće dobro je uključiti i oboljeloj osobi druge bitne osobe poput prijatelja, susjeda, kolega s posla i sl. Aktivnosti socijalnih radnika obuhvaćaju širok spektar aktivnosti usmjerenih na pružanje podrške, uzimanja psihofarmakoterapije, razvoj kapaciteta za samostalan život, uspostavljanja interpersonalnih odnosa i održavanje radnih i obrazovnih kapaciteta (Ostojić, 2012.).

4.3. Uloga socijalnog radnika u partnerskom savjetovanju

Sustav socijalne skrbi jedan je od javnih službi koji pruža uslugu partnerskog savjetovanja oslanjajući se na interdisciplinarni pristup u radu integriranjem teorije i prakse humanističkih djelatnosti (Janković, 2004.; prema Kunčević, 2023.). Socijalni radnici moraju prepoznati bračne odnose kao dinamične sustave (ili podsustave

obiteljskog sustava) koji su pod utjecajem raznih unutarnjih i vanjskih faktora (psihološki, emocionalni, socijalni, ekonomski faktori) što doprinose složenosti bračnih/partnerskih problema (James, 2002.). Vrijednosti socijalnog rada u pristupu partnerskom savjetovanju uključuje poštivanje individualnih i grupnih različitosti, pravo na sudjelovanje i samoodređenje te promicanje snaga i potencijala pojedinaca (Etički kodeks socijalnog rada, 2014.; prema Kunčević, 2023.). Uloga socijalnog radnika u procesu partnerskog savjetovanja je osnaživanje para, poticanje promjena u odnosu kako bi se ostvarili željeni ciljevi para. Socijalni radnici nastoje osnažiti intimnost unutar odnosa i ostvariti intimnu ravnotežu (blizina/udaljenost) između partnera. (Khesghi-Genovese,Z.,1993). Također socijalni radnik svoje stručno znanje koristi za pomoć, podršku parovima i vođenje/usmjeravanje samog procesa, ali prednost i inicijativu daje korisnicima u radu, smatrajući ih stručnjacima za vlastiti život (Kunčević, 2023.). Navedeno je potrebno sagledati u kontekstu rada s parovima od kojih jedan partner boluje od shizofrenije.

Snyder, Castellani i Whisman prepoznaju dvije vrste partnerskog savjetovanja: partnerska savjetovanja usmjerena na specifične probleme u odnosu (seksualni problemi, fizička agresija i sl.) i partnerska savjetovanja usmjerena na mentalna i fizička oboljenja (razne vrste ovisnosti, psihički poremećaji, fizičke bolesti i sl.) (Snyder, Castellani i Whisman, 2006.; prema Kunčević, 2023.).

Partnersko savjetovanje obuhvaća pet faza rada. Prvu fazu označava identifikacija i definiranje bračnih/partnerskih problema (Matošević, 2017.; prema Kunčević, 2023.). Napočetak rada socijalni radnici u fokusu imaju uspostavljanje radnog saveza s parom temeljenog na poštovanju i povjerenju. Kroz razgovor s parom definiraju se problemi s kojima dolaze na bračno savjetovanje te se dogovaraju ciljevi koji se žele postići (Seagraves, 1982.; prema James, 2002.).Većina parova u proces bračnog savjetovanja ulazi s osjećajima ljutnje, ogorčenosti i povrijeđenosti zbog loše komunikacije i ne razumijevanja. Ključan faktor u uspostavljanju radnog saveza čini otvorenost, razumijevanje i aktivno slušanje socijalnog radnika (James, 2002.). Drugu fazu obilježava osobni rast i razvoj partnera u kojoj se razjašnjavaju prijašnja iskustva i sadašnja očekivanja u partnerskom odnosu, osvještavajući različite „emocionalnu prtljage” koju svaki partner nosi (Matošević, 2017:310; prema

Kunčević, 2023.). Treću fazu obilježava zaljublivanje i razvoj ljubavnog odnosa gdje se potiče parove na prisjećanje uspješnih i funkcionalnih dijelova odnosa kako bi se razvile pozitivne emocije. Međutim to često može pobuditi emocije razočarenja u već narušenom partnerskom odnosu (Hendrix, 2003.; Matošević, 2017.; prema Kunčević, 2023.). Bitno je da socijalni radnik daje iskrenu potvrdu u područjima bračnog/partnerskog života koji uspješno funkcioniraju, ali isto tako i suočiti s poteškoćama u područjima bračnog/partnerskog života. Važno je da u pristupu socijalni radnik otvoreno i s puno razumijevanja ohrabri partnere da izraze sve negativne osjećaje što može pomoći paru da lakše prihvate negativne ili ambivalentne osjećaje (James, 2002.). Četvrta faza se smatra najzahtjevnijom fazom. Obilježava je usmjeravanje prema promjeni i prihvaćanje odgovornosti za bračni/partnerski neuspjeh. Kako bi se pospješio bračni/partnerski odnos uče se nove komunikacijske vještine, aktivno slušanje, preuzimanje odgovornosti svakog pojedinca u odnosu, učenje vještina konstruktivnog rješavanja sukoba (Hendrix, 2003.; Matošević, 2017.; prema Kunčević, 2023.). Peta i posljednja faza partnerskog savjetovanja fokusira se na obnavljanje intimnosti i romantike u odnosu, osmišljavanjem konkretnih koraka i načina izražavanja ljubavi i održavanja odnosa kako bi se osnažila motivacija za daljnjim usavršavanjem bračnih i obiteljskih odnosa (Matošević, 2017.; prema Kunčević, 2023.). Ustrajanje u partnerskom savjetovanju nije jednostavno i zahtjeva velike napore, ali pokazalo se da parovi nakon procesa savjetovanja iskazuju veće zadovoljstvo u braku (Schofield i sur., 2012.; prema Kunčević, 2023.). Sve faze rada u slučajevima u kojima jedan partner boluje od shizofrenije potrebno je prilagoditi pri čemu socijalni radnik mora koristiti svoja znanja i kompetencije vezane uz rad s bolesnicima oboljelim od ove bolesti.

Uprkos brojnim multidisciplinarnim pristupima, u čemu socijalni radnik ima važnu ulogu, problematika partnerskih odnosa osoba oboljelih od shizofrenije iziskuje daljnje stručno i znanstveno istraživanje kao i strukturiranje novih specifičnih terapijskih i rehabilitacijskih postupaka, a s ciljem poboljšanja kvalitete partnerske dinamike bolesnika sa shizofrenijom.

5. ZAKLJUČAK

Shizofrenija je bolest koja zahvaća sve dijelove života oboljele osobe, utječe na kvalitetu života općenito i često rezultira padom funkcionalnosti bolesnika. Oboljele osobe, uz ostale simptome, doživljavaju promjene u afektu, poteškoće u ostvarenju bliskog kontakta s drugim ljudima i iskazuju tendenciju povlačenja i socijalne izolacije. Iz tog razloga posebno su vidljive promjene u socijalnom funkcioniranju osobe oboljele od shizofrenije, osobito u sferi partnerskih odnosa što može determinirati i prognozu bolesti. Osobe s dijagnosticiranom shizofrenijom u manjem postotku ulaze u romantične veze i sklapaju brakove u odnosu na opću populaciju. Razlog tome je, osim problematike koja dolazi sa samom bolešću, istigmatizacija oboljelih. Pokazalo se da stigmatizacija značajno negativno utječe na ostvarivanje partnerskih odnosa oboljelih. Posljedica toga je i javljanje autostigmatizacije jer osobe internaliziraju negativne stavove o sebi kao potencijalnim partnerima što utječe na osjećaj manjka samopouzdanja, atraktivnosti i osjećaj manje vrijednosti. Potencijalne poteškoće partnerskih odnosa osoba oboljelih od shizofrenije mogu biti uvjetovane i funkcioniranjem njihovih partnera. Nerijetko bračni/intimni partneri osoba sa shizofrenijom preuzmu ulogu njegovatelja. Također u ovim partnerskim odnosima često se uočava poremećeno svakodnevno funkcioniranje i kućna rutina, neprikladno međuljudsko ponašanje, društveno povlačenje i emocionalna otupjelost uz manjak seksualnog zadovoljstva u odnosu. Partneri doživljavaju *burnout* i emocionalnu preopterećenost u takvom partnerskom odnosu jer većina odgovornosti, koje se inače raspodjeljuju među partnerima, pada na njih same. Isto tako, partneri doživljavaju ambivalenciju u odnosu, promjene u intimnosti i prisnosti, strah od daljnjeg tijeka bolesti i financijska opterećenja. Kvaliteta života partnera osoba oboljelih od shizofrenije pokazuje se nižom u odnosu na opću populaciju. U radu s oboljelim osobama potrebno je primijeniti brojne terapijske i rehabilitacijske postupke. Navedeno uključuje kombinaciju primjene farmakoterapije i psihosocijalnih intervencija što je potrebno prilagoditi svakom pojedinom bolesniku. Glavni cilj liječenja i rehabilitacije je smanjiti relaps bolesti i povećati funkcionalnost i kvalitetu života osoba sa shizofrenijom. U pogledu partnerskih odnosa može se provoditi bračna terapija s ciljem poboljšanja bračne ili partnerske dinamike. Potrebno je

naglasiti da bračna ili partnerska terapija u slučajevima kad jedan od partnera boluje od shizofrenije mora biti prilagođena kapacitetima bolesnika. Bračna terapija osnažuje komunikacijske vještine i konstruktivno rješavanje problema u odnosu, pridonosi jačanju intimnosti partnera i dr. čime se pridonosi poboljšanju kvalitete života oboljelih osoba, njihovih partnera i obitelji. Uloga socijalnih radnika u radu s osoba sa shizofrenijom ima znatan utjecaj na rehabilitaciju bolesti. Socijalni radnici sudjeluju u svim fazama liječenja i rehabilitacije primjenjujući svoje profesionalne kompetencije. Naposljetku, bitno je naglasiti i uslugu partnerskog savjetovanja kojeg pružaju socijalni radnici. Partnerski odnosi osoba sa shizofrenijom karakteriziraju ranije navedeni specifični problemi povezanih s bolešću. Proces partnerskog savjetovanja koji je prilagođen i samom bolesniku i uočenoj partnerskoj problematici, uvelike može pomoći promicati snage i potencijale pojedinaca u odnosu, osnažiti intimnost, pružiti podršku i pomoć u suočavanju s poteškoćama u bračnom/partnerskom odnosu. Također kroz učenje novih načina komuniciranja, aktivnog slušanja i konstruktivnijih načina rješavanja sukoba partnerima se olakšava navigacija novih problema ako se pojave u budućnosti. Iako je proces liječenja i rehabilitacije samog pojedinca, partnerskih i obiteljskih odnosa iziskuje velik napor, trud i rad partnera i svih stručnih djelatnika uključenih u proces, rezultati su pokazali izuzetak napredak i uspjeh u poboljšanoj bračnoj kvaliteti kao i generalnoj kvaliteti života oboljele osobe. Problematika partnerskih odnosa osoba oboljelih od shizofrenije iziskuje daljnje stručno i znanstveno istraživanje kao i strukturiranje novih specifičnih terapijskih i rehabilitacijskih postupaka.

6. LITERATURA

1. Aggarwal, S., Grover, S., & Chakrabarti, S. (2019). A comparative study evaluating the marital and sexual functioning in patients with schizophrenia and depressive disorders. **Asian Journal of Psychiatry**, 39, 128-134.
2. Angermeyer, M. C., Kilian, R., Wilms, H. U., & Wittmund, B. (2006). Quality of life of spouses of mentally ill people. **International journal of social psychiatry**, 52(3), 278-285.
3. Babić, M. (2019). **Liječenje shizofrenije**. Diplomski rad. Zagreb. Medicinski fakultet.
4. Ballon, J. S., Kaur, T., Marks, I. I., & Cadenhead, K. S. (2007). Social functioning in young people at risk for schizophrenia. **Psychiatry research**, 151(1-2), 29-35.
5. Begić, D. (2014). **Psihopatologija. Drugo izdanje**. Zagreb: Medicinska naklada.
6. Boysen, G. A. (2017). Stigma toward people with mental illness as potential sexual and romantic partners. **Evolutionary Psychological Science**, 3(3), 212-223.
7. Budziszewska, M. D., Babiuch-Hall, M., & Wielebska, K. (2020). Love and romantic relationships in the voices of patients who experience psychosis: An interpretive phenomenological analysis. **Frontiers in Psychology**, 11, 570928.
8. Buljubašić, S., Šerić, N., & Babić, N. (2018). Socijalni rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti—ključna karika u procesu deinstitucionalizacije. **Socijalni rad u zdravstvu**, 33-54.
9. Burbach, F. R. (2018). Family therapy and schizophrenia: a brief theoretical overview and a framework for clinical practice. **BJPsych Advances**, 24(4), 225-234.
10. Butterworth, P., & Rodgers, B. (2008). Mental health problems and marital disruption: is it the combination of husbands and wives' mental health problems that predicts later divorce?. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, 43, 758-763.
11. Connolly, J., McIsaac, C., Shulman, S., Wincentak, K., Joly, L., Heifetz, M., & Bravo, V. (2014). Development of romantic relationships in adolescence

- and emerging adulthood: Implications for community mental health. **Canadian Journal of Community Mental Health**, 33(1), 7-19.
12. Cloutier, B., Francoeur, A., Samson, C., Ghostine, A., & Lecomte, T. (2021). Romantic relationships, sexuality, and psychotic disorders: A systematic review of recent findings. **Psychiatric rehabilitation journal**, 44(1), 22.
 13. Crnogaća, A. (2023). **Mentalno zdravlje osoba koje boluju od shizofrenije i otvoreni dijalog kao pristup u liječenju**. Diplomski rad. Zagreb. Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada.
 14. Čuržik, D. (2015). Metakognitivni trening osoba sa shizofrenijom i njegova evaluacija. **Klinička psihologija**, 8(1), 93-102.
 15. Doron, H., Sharabi-Nov, A., Trablus, M., Amory, V., Benbenishty, Y., Skuza, Y., & Issa, F. (2014). Couple relationships in persons with schizophrenia: Intimacy, passion, and commitment. **American Journal of Health Sciences (AJHS)**, 5(2), 155-164.
 16. Đuran, N. (2021). **Učinkovitost grupne suportivne psihoterapije u liječenju shizofrenije**. Doktorska disertacija. Zagreb. Medicinski fakultet.
 17. Elkington, K. S., Hackler, D., Walsh, T. A., Latack, J. A., McKinnon, K., Borges, C., & Wainberg, M. L. (2013). Perceived mental illness stigma, intimate relationships, and sexual risk behavior in youth with mental illness. **Journal of adolescent research**, 28(3), 378-404.
 18. Frost, D. M., & Forrester, C. (2013). Closeness discrepancies in romantic relationships: Implications for relational well-being, stability, and mental health. **Personality and Social Psychology Bulletin**, 39(4), 456-469.
 19. Ivanović, N., Barun, I., & Jovanović, N. (2014). Art terapija–teorijske postavke, razvoj i klinička primjena. **Socijalna psihijatrija**, 42(3), 190-198.
 20. Ivezić, S. Š., Jukić, V., Grbić, D. Š., Čelić, I., Brečić, P., & Radić, M. S. (2018). Organizacija liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj. **Acta Med Croatica**, 72, 179-188.
 21. Isenberg-Grzeda, E., & Kerner, J.(2012) Effective, Long-Term Couples Therapy for a Patient With Severe and Persistent Mental Illness. **Inside In This Issue**, 8, 9-11.
 22. Jacob, I., & Ahmed, N. (2018). Marital satisfaction and burnout in spouses of patient with Schizophrenia. **Indian Journal of Psychiatric Nursing**, 15(1), 43-47.
 23. James, A. (2002). **Couples, Conflict and Change: social work with marital relationships**. London. Routledge.

24. Jakovljević, M. (2011.). **Shizofrenija u teoriji i praksi, knjiga 1.** Zagreb: Pro Mente d.o.o.
25. Karlović, D., & Silić, A. (2019). Razvoj koncepcije shizofrenija i poremećaja iz spektra shizofrenija. U: Karlović,D., Peitl, V., Silić, A., (ur.) **Shizofrenije.** Zagreb: Naklada slap, 29-39.
26. Khesghi-Genovese, Z. (1993). **Marital counseling in social work: Exploring the relation between education and practice.** Dissertation. Chicago:Loyola University Chicago: School of social work.
27. Koletić, L. (2022). **Uloga i postupci socijalnih radnika u bolnici iz perspektive osoba oboljelih od depresije i shizofrenije.** Doktorska disertacija. Zagreb: Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada.
28. Krnić, A., Šutić, L., & Novak, M. (2022). Uloga uključenosti u romantične odnose i relacijskoga samopoimanja u objašnjenju problema mentalnoga zdravlja mladih: Pilot-studija. **Psihologijske teme**, 31(3), 663-684.
29. Kučukalić, A., Džubur-Kulenović, A., & Bravo-Mehmedbašić, A. (2006). Vodič za liječenje shizofrenije. **Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo**, 7-60.
30. Kunčelić, M. (2023). **Savjetovanje kao oblik pomoći bračnim parovima s narušenom bračnom kvalitetom.** Završni rad. Zagreb: Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada.
31. Kurtović, A., & Svalina, N. (2016). Neke determinante stavova prema osobama sa psihičkim poremećajima. **Mostariensia: časopis za društvene i humanističke znanosti**,20(1-2), 21-39.
32. Kulhara, P., Kate, N., Grover, S., & Nehra, R. (2012). Positive aspects of caregiving in schizophrenia: A review. **World journal of psychiatry**, 2(3), 43.
33. Lehman, A. F., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., & Perkins, D. O. (2010). Treatment of Patients With Schizophrenia. **American Psychiatric Association**, 1.,104-113.
34. Majdančić, A. (2018). **Percepcija različitih psihičkih bolesti kod oboljelih i članova njihovih obitelji.** Doktorska disertacija. Zagreb: Filozofski fakultet.
35. McIntyre, K. P., Mattingly, B. A., Stanton, S. C., Xu, X., Loving, T. J., & Lewandowski, G. W. (2022). Romantic relationships and mental health: Investigating the role of self-expansion on depression symptoms. **Journal of Social and Personal Relationships**, 40 (1), 4-22.

36. Muke, S. S., Ghanawat, G. M., Chaudhury, S., Mishra, S. K., Verma, A. N., & Singh, A. R. (2014). Marital adjustment of patients with substance dependence, schizophrenia and bipolar affective disorder. **Medical Journal of Dr. DY Patil University**, 7(2), 133-138.
37. Ostojić, D. (2012). Prva epizoda shizofrenije-važnost ranog otkrivanja bolesti, što o tome trebaju znati socijalni radnici?. **Ljetopis Socijalnog Rada**, 19(1), 53-68.
38. Ostojić, D., Silić, A., Kos, S., & Čulo, I. (2017). Terapija prve psihotične epizode. **Medicus**, 26(2 Psihijatrija danas), 151-158.
39. Rammohan, A., Rao, K., & Subbakrishna, D. K. (2002). Burden and coping in caregivers of persons with schizophrenia. **Indian Journal of Psychiatry**, 44(3), 220-225.
40. Redmond, C., Larkin, M., & Harrop, C. (2010). The personal meaning of romantic relationships for young people with psychosis. **Clinical child psychology and psychiatry**, 15(2), 151-170.
41. Sahu, S., Mujawar, S., Garg, D., Chaudhury, S., & Saldanha, D. (2020). Quality of life and marital adjustment in spouses of schizophrenia patients. **Industrial Psychiatry Journal**, 29(2), 323-328.
42. Seeman, M. V. (2013). When and how should I tell? Personal disclosure of a schizophrenia diagnosis in the context of intimate relationships. **Psychiatric Quarterly**, 84(1), 93-102.
43. Shah, A., & Shah, A. (2010). Marital therapy for psychiatric disorders. **Indian Journal of Social Psychiatry**, 26(1-2), 24-33.
44. Sofić, Huskić, 2018. Sofić, S., & Huskić, F. (2018). Psihosocijalna podrška članovima porodice korisnika usluga centara za mentalno zdravlje. **Socijalni rad u zdravstvu**. 54-63.
45. Sulejmanpašić-Arslanagić, G. (2015). Shizofrenija, stigma, seksualnost. **Zdravstveni glasnik**, 1(2), 68-72.
46. Stanton, S. C., & Campbell, L. (2014). Psychological and physiological predictors of health in romantic relationships: An attachment perspective. **Journal of personality**, 82(6), 528-538.
47. Šerić, N., Dudić, A., & Šadić, S. (2018). Izazovi i perspektive socijalnog rada u zdravstvu. **Socijalni rad u zdravstvu**, 10-33.

48. Temane, A., Poggenpoel, M., Myburgh, C., & Mokoena, A. G. (2019). Lived experiences of couples in a relationship where one partner is diagnosed with a mental illness. **Curationis**,42(1), 1-7.
49. WHO. (2012). **Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema**. Zagreb: Medicinska naklada: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 267-334.
50. Zeighami, R., & Ahmadi, M. (2021). Phenomenological explanation of women's lived experience with spouses with mental disorders. **Journal of Nursing and Midwifery Sciences**, 8(1), 34-41.