

Mentalno zdravlje osoba koje boluju od shizofrenije i otvoreni dijalog kao pristup u liječenju

Crnogaća, Antonija

Master's thesis / Diplomski rad

2023

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:199:453476>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-24**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Antonija Crnogaća

**MENTALNO ZDRAVLJE OSOBA KOJE BOLUJU OD
SHIZOFRENIJE I OTVORENI DIJALOG KAO PRISTUP
U LIJEČENJU**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2023.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA
Sveučilišni diplomski studij Socijalni rad

Antonija Crnogaća

**MENTALNO ZDRAVLJE OSOBA KOJE BOLUJU OD
SHIZOFRENIJE I OTVORENI DIJALOG KAO PRISTUP
U LIJEČENJU**

DIPLOMSKI RAD

Mentorica: Izv.prof.dr.sc. Marijana Kletečki Radović

Zagreb, 2023.

Sadržaj

1. UVOD	1
2. MENTALNO ZDRAVLJE	3
2.1. Pojmovno određenje mentalnog zdravlja.....	3
2.2. COVID-19 i mentalno zdravlje	4
2.3. Dostupnost socijalnih usluga mentalnog zdravlja	6
2.4. Deinstitutionalizacija	8
3. SHIZOFRENIJA	9
3.1. Pojmovno određenje shizofrenije	9
3.2. Povijest razvoja koncepta shizofrenije.....	9
3.3. Etiologija shizofrenije.....	10
3.4. Psihopatologija shizofrenije	11
3.4.1. Simptomi i znakovi shizofrenije	14
3.4.2. Dijagnosticiranje shizofrenije	15
3.5. Psihотиčni poremećaji iz spektra shizofrenije	15
3.6. Važnost rane detekcije u prvim psihотичnim poremećajima.....	16
3.7. Skale za procjenu simptoma shizofrenije.....	16
3.8. Kvaliteta života osoba oboljelih od shizofrenije	17
3.9. Suicidalnost i shizofrenija	18
3.10. Proces liječenja shizofrenije	21
3.10.1. Psihofarmakoterapija i shizofrenija	23
3.10.2. Psihosocijalne intervencije u liječenju shizofrenije	24
3.10.3. Pravna pitanja liječenja	25
3.10.4. Uloga obitelji u liječenju shizofrenije	26
3.11. Uloga socijalnog rada u liječenju shizofrenije.....	28
3.12. Shizofrenija i (ne)mogućnost zaposlenja	31
4. OTVORENI DIJALOG KAO PRISTUP U LIJEČENJU	32
4.1. Karakteristike pristupa otvoreni dijalog.....	32
4.2. Učinkovitost pristupa otvoreni dijalog.....	36
4.3. Prednosti i nedostaci pristupa otvoreni dijalog	38
ZAKLJUČAK	39
LITERATURA	41

Mentalno zdravlje osoba koje boluju od shizofrenije i otvoreni dijalog kao pristup u liječenju

Sažetak:

Shizofrenija je kompleksni i teški mentalni poremećaj koji značajno utječe na osnovne sposobnosti osobe da razmišlja, osjeća i ponaša se na uobičajeni način. Osobe koje boluju od shizofrenije suočavaju se s različitim izazovima vezanim uz mentalno zdravlje. Važno je razlikovati tri faze shizofrenije: prodromalnu, aktivnu i rezidualnu fazu te naglasiti da je rano prepoznavanje simptoma i pravovremeno liječenje ključno za poboljšanje prognoze bolesti. Cilj ovog rada je dati uvid u pojamno određene bolesti shizofrenije koja predstavlja jedan od najvećih izazova mentalnog zdravlja u današnjem svijetu te prikazati pristup otvorenog dijaloga koji je otvorio novi pogled u liječenju osoba oboljelih od shizofrenije i koji je svoj doprinos dao poboljšanju mentalnog zdravlja oboljelih osoba. Pristup otvorenog dijaloga uključuje sudjelovanje oboljele osobe kao i njegove obitelji u procesu liječenja jer se pristup temelji na vrednovanju glasa svakog sudionika u procesu liječenja, posebno osobe koja se izravno suočava sa shizofrenijom. Osim obitelji, ključnu ulogu u postizanju uspjeha u procesu liječenja i poboljšanju kvalitete života osoba sa shizofrenijom imaju stručnjaci koji u ovom pristupu liječenja rade multidisciplinarno, a ne kao izolirani stručnjaci. Iako postoji mnogo pozitivnih aspekata otvorenog dijaloga kao pristupa u liječenju shizofrenije, postoje i neki izazovi koji mogu ograničiti njegovu učinkovitost, a koji će biti analizirani u ovom preglednom radu.

Ključne riječi: mentalno zdravlje, shizofrenija, otvoreni dijalog

Mental health of people suffering from schizophrenia and open dialogue as an approach to treatment

Abstract:

Schizophrenia is a complex and debilitating mental disorder that significantly impairs an individual's fundamental abilities to think, feel, and behave in a typical manner. Individuals afflicted with schizophrenia encounter various mental health challenges. It is critical to differentiate between the three phases of schizophrenia: the prodromal, the active, and the residual phase, and to emphasize that early symptom recognition and timely treatment are crucial for improving the disease's prognosis. The aim of this paper is to provide an insight into the conceptual definition of schizophrenia, which represents one of the greatest challenges to mental health in today's world, and to showcase the open dialogue approach that has introduced a new perspective to treating individuals with schizophrenia, resulting in improved mental health outcomes. The open dialogue approach involves the participation of both the affected individual and their family in the treatment process, as it values the voice of every participant in the treatment process, particularly the person directly facing schizophrenia. In addition to the family, experts who work in a multidisciplinary manner, rather than as isolated professionals, play a crucial role in achieving success in the treatment process and enhancing the quality of life for individuals with schizophrenia. While the open dialogue approach to treating schizophrenia has numerous positive attributes, it also faces challenges that can limit its effectiveness, which will be examined in this review paper.

Key words: *mental health, schizophrenia, open dialogue*

Izjava o izvornosti

Ja, Antonija Crnogaća pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica diplomskog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristila drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Antonija Crnogaća, v.r.

Datum: 17.05.2023.

1. UVOD

Mentalno zdravlje ključni je aspekt općeg zdravlja pojedinca. Sve veća svijest o važnosti brige o mentalnom zdravlju potiče pojedince da prepoznaju neophodnost održavanja zdravog uma i emocionalnog blagostanja u svom svakodnevnom životu. Donedavna COVID-19 pandemija pokazala se kao novi oblik stresora koji je „pospješio“ nastanak određenih psihičkih stanja obzirom da je kroz izoliranost od važnih društvenih događanja, svakodnevnog društvenog života te dobivanja podrške ljude osamila. Yao, Chen i Xu (2020.; Chevance i sur., 2020.; Hao i sur., 2020.; Kozloff, Mulsant, Stergiopoulos i Voineskos, 2020.; Fernández-Aranda i sur., 2020.; Cortese i sur., 2020.; Garriga, i sur., 2020.; Narzisi, 2020.; Wang, Li i Barbarino, 2020., prema Moreno i sur., 2020.) navode kako je kod osoba koje su i prije pandemije COVID-19 bolovale od poremećaja mentalnog zdravlja došlo do prijavljivanja pojačanih simptoma i niže razine kvalitete pristupa uslugama i podršci od početka pandemije. Knezić i Opačić (2021.) navode kako ne postoji pristup uslugama mentalnog zdravlja za osobe s invaliditetom, a tako ni za osobe oboljele od poremećaja mentalnog zdravlja. Jedna od teškoća mentalnog zdravlja, karakterizirana poremećajima mišljenja, percepcije i emocija je shizofrenija. Shizofrenija predstavlja jedan od najvećih izazova mentalnog zdravlja u današnjem svijetu (Vigo i sur., 2016.), stoga je važno razumjeti njezine uzroke, simptome i liječenje kako bi se poboljšala briga i kvaliteta života ljudi koji boluju od nje. Luderer i Szabo (2006.) ističu kako se shizofrenija može pojmiti kao „rascjep ličnosti“, odnosno kao da u jednom tijelu žive dvije različite osobe. Tijekom povijesti koristili su se različiti termini za osobe oboljele od shizofrenije poput „ludila“, „opsjednute osobe“ i slično, sve do 1911. godine kada je švicarski psihijatar Eugen Bleuler uveo pojam „shizofrenija“. Iako autori Sawa i Snyder (2002., prema Bloch i sur., 2010.) smatraju kako uzrok nastanka shizofrenije nije poznat, smatra se kako je shizofrenija uzrokovana posljedicom različitih čimbenika, uključujući kombinaciju bioloških (i genetskih), psiholoških i socijalnih čimbenika koji se međusobno nalaze u složenim vezama. Navedeno potvrđuju studije rađene na monozigotnim blizancima koji su posjedovali stopu od 50% podudarnosti za nastanak shizofrenije. Dimenzijama simptoma shizofrenije smatraju se pozitivni

simptomi, negativni simptomi, depresivno/anksiozni simptomi, kognitivni simptomi te agresivno-hostilni simptomi. Dijagnostički kriteriji imaju svrhu dijagnoze shizofrenije. U Republici Hrvatskoj službeni kriterij za dijagnozu iste je MKB-10 kriterij, koji dijeli shizofreniju na devet podvrsta. Možemo razlikovati tri glavne faze shizofrenije. U prvoj fazi, koju nazivamo prodromalna, javlja se postupno pogoršanje simptoma, u drugoj takozvanoj aktivnoj fazi pojavljuju se akutni simptomi te unutar treće, rezidualne faze, dolazi do stabilizacije situacije. Karlović, Peitl i Silić (2019.a) smatraju kako se trenutno za prevenciju psihoze, kao najpovoljnija strategija, smatra koncept rane detekcije i ranih intervencija. Za postavljanje dijagnoze shizofrenije važne su skale, poput PANSS, SAPS, SANS, NSA-16, CAINS, BNSS. Samoubojstvo se često u odnosu na shizofreniju zanemaruje, a razlog tome može biti činjenica da se isti većinom povezuje uz depresivni poremećaj, no navedeno ne umanjuje realnu sliku osoba koje su okončale svoj život. Proces liječenja shizofrenije započinje kliničkim intervjuom, a nastavlja se psihološkom procjenom kognitivnih sposobnosti. Farmakološka intervencija sastoji se od antipsihotika te dodataka poput antidepresiva, stabilizatora raspoloženja te benzodiazepina. Psihoterapija se, osim farmakoterapije, smatra veoma važnom u procesu oporavka oboljele osobe. Pravna pitanja liječenja osobe oboljele od shizofrenije uređena su Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama u Republici Hrvatskoj, unutar kojeg se nalazi zakonska regulativa za dopuštenu prisilnu hospitalizaciju osoba s duševnim smetnjama, njihova smještaja u psihijatrijsku ustanovu te prava koja im s tim u vezi pripadaju. Obitelj je važan čimbenik u liječenju oboljele osobe od shizofrenije, a neki teoretičari mišljenja su kako su obiteljski odnosi ključni za razvoj shizofrenije. S druge strane, socijalni radnici posjeduju znanja socijalnog rada, zakonske regulative te medicinske psihijatrije čija je uloga u zdravstvu od iznimne važnosti. Peterson (2007., prema Cheer, 2009.) je proveo istraživanje o iskustvima zaposlenja osoba s duševnim smetnjama čiji su rezultati dokazali postojanje diskriminacije na radnom mjestu, ali i isticanje pozitivnih strana zaposlenosti uz prikazivanje utjecaja socijalne politike na uklanjanje prepreka vezane uz zaposlenje osoba s duševnim smetnjama. Upravljanje složenim i često zbunjujućim simptomima shizofrenije zahtijeva multidisciplinarni pristup u liječenju. Jedan od pristupa koji se koristi u liječenju shizofrenije jest otvoreni dijalog. Ovaj pristup naglašava prilagodbu terapijskog pristupa

promjenjivim individualnim i obiteljskim potrebama te integrira obiteljsku i individualnu terapiju u liječenje. Otvoreni dijalog uključuje intenzivan i dugotrajan proces komunikacije između oboljele osobe, obitelji i zdravstvenih stručnjaka. Lakeman (2014.) navodi kako je pristup otvorenog dijaloga u kriznoj intervenciji prikazan kao prilagodba finskog pristupa psihozama koji je prilagođen potrebama te koji naglašava fleksibilnost, brzi odgovor na krizu, terapijske sastanke usmjerene na obitelj i individualnu terapiju. Iako se načela modela otvorenog dijaloga ponekad smatraju radikalnima, ona su zapravo vrlo jednostavna i predstavljaju pristup koji može utjecati na promjenu razmišljanja o pomaganju ljudima u potrebi. Primjena pristupa otvorenog dijaloga usredotočena je na osobu kao središte procesa, pri čemu se njezin problem i poteškoće smatraju dijelom procesa snažne vizije oporavka bez lijekova.

2. MENTALNO ZDRAVLJE

2.1. Pojmovno određenje mentalnog zdravlja

Mentalno zdravlje smatra se sastavnim dijelom općeg zdravlja pojedinca i predstavlja važan okvir za dobrobit i funkcioniranje pojedinca te omogućava doprinos funkcioniranju društva i utječe na ukupnu produktivnost (Radić i Škrbina, 2011.). Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) mentalno zdravlje konceptualizira kao „*stanje blagostanja u kojem pojedinac razumije svoje sposobnosti, može se nositi s životnim stresnim situacijama, može raditi produktivno i plodonosno te je sposoban svojoj zajednici dati svoj doprinos.*”¹ Radić i Škrbina (2011.) tvrde da mentalno zdravlje omogućuje pojedincu adekvatno prilagođavanje "realnom svijetu", a svako odstupanje od tog prilagođavanja dovodi do neprilagođenosti pojedinca svijetu u kojem živi, te kao rezultat ima neprilagođeno ponašanje. Svjetska zdravstvena organizacija (2022.) navodi kako mentalno zdravlje ima unutarnju i instrumentalnu vrijednost, pomaže nam da se povežemo, funkcioniramo, nosimo se i napredujemo.

¹ World Health Organisation. (2021). Comprehensive mental health action plan 2013-2030. Posjećeno 27.04.2023. na mrežnoj stranici World Health Organisation: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

Nadalje, Svjetska zdravstvena organizacija (2022.) unutar svake kategorije razlikuje najvažnije čimbenike koji karakteriziraju svaku od četiri navedene kategorije. Povezivanje kao prva kategorija unutar sebe sadrži čimbenike koji se očituju u stvaranju pozitivnih odnosa, pružanju doprinosa zajednici, dobiti osjećaj pripadanja, empatiji s drugima. Funkcioniranje predstavlja drugu kategoriju koja se sastoji od čimbenika kao što su upotrebljavanje kognitivnih vještina, stjecanje obrazovanja, zarađivanje za život, stvaranje zdravih odluka, učenje novih vještina. Treća kategorija predstavlja nošenje s određenim okolnostima, od koji se izdvajaju nošenje sa stresom, prilagodba na promjene, usvajanje novih ideja, uvažavanje složenih izbora, razumijevanje i upravljanje emocijama. Četvrta, a ujedno i posljednja kategorija sastoji se od čimbenika koji se manifestiraju kao shvaćanje vlastitih mogućnosti, sposobnost osjećati se dobro, pronalaženje svrhe u životu te razmišljanje o vlastitom, ali i o tuđem blagostanju. Stanovništvo koje živi u uvjetima ranjivosti zbog sustavnih čimbenika kao što su rasizam, globalizacija, heteronormativnost i imovinske nejednakosti poput ljudi koji žive u siromaštvu, autohtonim zajednicama, migranti, starije osobe, osobe s invaliditetom, potomci Afroamerikanaca te druge populacije koje su izložene rasizmu te LGBTQ osobe, takvo stanovništvo obilježeno je većim rizikom lošijeg ishoda kada je u pitanju mentalno zdravlje.²

2.2. COVID-19 i mentalno zdravlje

Pandemija COVID-19 nastupila je iznenadno i neočekivano u većini zemalja (Moreno i sur., 2020.). Prvi poznati slučajevi dogodili su se krajem prosinca 2019. godine, a Svjetska zdravstvena organizacija je 11. ožujka 2020. godine proglasila pandemiju (Cucinotta i Vanelli, 2020., prema Moreno i sur., 2020.). Evolucija COVID-19 bila je nepredvidiva, a tu nestabilnost kompliciraju zdravstveni sustav koji su diljem svijeta heterogeni. Karantena je, s obzirom na veličinu pandemije, u većini zemalja poslužila kao strategija kontroliranja pandemije (Moreno i sur., 2020.). No, izoliranost u vlastitoj kući, društvena izolacija, suočavanje s visokim stupnjem stresa, nemogućnost dobivanja podrške, nemogućnost korištenja poznatih mehanizama suočavanja kao što su posjet obitelji/ prijateljima, odlazak u trgovački

² World Health Organisation. (2021). Comprehensive mental health action plan 2013-2030. Posjećeno 27.04.2023. na mrežnoj stranici World Health Organisation: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

centar ili kino, vožnja automobilom sa partnerom/icom ili prijateljem mogu dovesti do pogoršanja utjecaja navedenih stresora (Imran, Zeshan i Pervaiz, 2020.). Osjećaju nemoći i neizvjesnosti ljudi doprinijele su nestabilne financijske, ali i gospodarske aktivnosti diljem svijeta (Imran, Zeshan i Pervaiz, 2020.). Istraživanje provedeno u SAD-u pokazuje visoku razinu psihičke potresenosti među osobama koje pate od financijskih gubitaka. U skupinu visokog stresa ulazi oko 40% osoba koje imaju djecu mlađu od 12 godina koje se posljedično teško nose s radnim obvezama i brigom o djeci (People financially affected by COVID-19 outbreak are experiencing more psychological distress than others, 2020., prema Imran, Zeshan i Pervaiz, 2020.). Djeca mogu osjetiti stres svojih roditelja i pokazati svoju brigu na različite načine koji se mogu protumačiti lošim i/ili prkosnim ponašanjem te izljevom bijesa. Starija djeca i adolescenti mogu osjećati razočarenje zbog propuštanja rođendanskih zabava, školskih predstava, plesnih natjecanja, druženja sa svojim prijateljima, sportskih aktivnosti, a kao dodatan čimbenik razočarenju može biti i nemogućnosti posjeta bakama i djedovima, tetama, prijateljima te rođacima. Djeca koja pate od depresije i anksioznih poremećaja mogu osjećati preopterećenost vijestima o smrti i bolestima koje ih okružuju. Tijekom razdoblja stresa djeca s opsesivno kompulzivnim poremećajem mogu doživjeti pogoršanje dijagnoze. Veliku traumu kod djece s već postojećim psihijatrijskim poremećajima mogu predstavljati mjere za ublažavanje bolesti i sama bolest (Imran, Zeshan i Pervaiz, 2020.). Weale (2020., prema Moreno i sur., 2020.) ističe kako je tijekom pandemije uočeno povećanje broja mladih osoba sa simptomima tjeskobe koje su telefonskim putem potražile pomoć. Povećanje razine stresa i tjeskobe, gubitak uobičajene rutine i promijenjeni način života negativno su mogli utjecati na osobe sa shizofrenijom koje često u svakodnevnom životu imaju koristi od redovite strukture, odnosno rutine i podrške. Organizacija Ujedinjeni narodi (United Nations Policy Brief: COVID-19 and the need for action on mental health. 2020., prema Moreno i sur., 2020.) napominje kako bi pandemija mogla nanijeti štetu u vidu mentalnog zdravlja te ograničiti, već nerazvijen pristup uslugama mentalnog zdravlja kod ljudi koji žive u teškim životnim uvjetima. Osobe koje su i prije pandemije COVID-19 bolovale od poremećaja mentalnog zdravlja, sada su prijavile pojačane simptome i ne kvalitetniji pristup uslugama i podršci od početka pandemije (Yao, Chen i Xu, 2020; Chevance i sur.,

2020.; Hao i sur., 2020.; Kozloff, Mulsant, Stergiopoulos i Voineskos, 2020.; Fernández-Aranda i sur., 2020.; Cortese i sur., 2020.; Garriga, i sur., 2020.; Narzisi, 2020.; Wang, Li i Barbarino, 2020., prema Moreno i sur., 2020.). Socijalna izolacija, suicidalno ponašanje, nedostatak pristupa medicinskoj skrbi mogli bi postati posljedica uobičajenog ponašanja koje se odvijalo tijekom pandemije kao i raniji otpust iz psihijatrijskih bolnica te prekid psihijatrijske skrbi (Chevance i sur., 2020., prema Moreno i sur. 2020.). Socijalna izolacija i fizičko distanciranje bile su, između ostalog, nametnute kao mjere za suzbijanje širenja virusa koje su mogle izolirati osobe sa shizofrenijom od potpore, društvenih veza i aktivnosti koje su im važne. Prema Xiang i suradnicima (2020.), nedostatak socijalne podrške može povećati osjećaj usamljenosti i pogoršati simptome shizofrenije.

2.3. Dostupnost socijalnih usluga mentalnog zdravlja

Knezić i Opačić (2021.) navode nedostupnost socijalnih usluga za osobe s teškoćama mentalnog zdravlja. Službe za mentalno zdravlje koje karakteriziraju učinkovitost u sebi sadrže povezanost i suradnju između različitih ustanova i usluga zajednice s isticanjem izvanbolničkog sustava liječenja te kratkotrajnim bolničkim liječenjem. Služba za mentalno zdravlje u zajednici uključuje dnevne centre, mobilne timove, *case management* ili vođenje slučaja, pomoć kod zapošljavanja te druge usluge namijenjene osposobljavanju korisnika za neovisan život (Štrkalj Ivezić i sur., 2018.). Također, u svojem istraživanju, Knezić i Opačić (2021.) otkrili su da su ispitanici više zainteresirani za usluge koje će pomoći u zaštiti mentalnog zdravlja i integraciji osoba s teškoćama mentalnog zdravlja u zajednicu. Jednu skupinu takvih usluga čine „*Usluge za zaštitu mentalnog zdravlja*“, od kojih se najviše ističu preventivni programi za zaštitu mentalnog zdravlja, zatim grupe podrške za osobe s teškoćama mentalnog zdravlja i terapijske grupe za ovisnike o kocki, a najmanje terapijske grupe za ovisnike o drogi. Drugu skupinu čine „*Usluge koje pomažu socijalnom uključivanju i rehabilitaciji*“ od kojih se najviše koristi program zapošljavanja ili ekonomskog osnaživanja osoba s teškoćama mentalnog zdravlja, savjetovanje članova obitelji osobe s teškoćama mentalnog zdravlja, *case management* – multidisciplinarna podrška u kući osobama s duševnim smetnjama,

dnevni boravak ili klub za osobe s duševnim smetnjama u zajednici, program resocijalizacije ovisnika ili osoba s teškoćama mentalnog zdravlja nakon hospitalizacije, osobna asistencija osobama s duševnim smetnjama dok je zastupanje osoba s duševnim smetnjama na posljednjem, ali ne najmanje važnom mjestu. Također, u istome istraživanju Knezić i Opačić (2021.) usluge su dostupnije u urbanim nego u ruralnim sredinama. U istraživanju autora Jeleč i suradnika (2019.) sudjelovalo je 566 osoba hrvatske nacionalnosti iz opće populacije, od čega je 282 osoba sa poremećajima iz spektra shizofrenije (SSD), 178 osoba koje imaju veliki depresivni poremećaj (MDD) i 86 osoba s posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP) koji su liječeni u Psihijatrijskoj bolnici te opća populacija sa stalnim prebivalištem u gradu Zagrebu i Zagrebačkoj županiji koji žive u privatnim kućanstvima. Dob za sve četiri ciljane skupine bila je u rasponu od 18 do 65 godine, a služila je kao kriterij uključivanja. Nesposobnost samostalnog ispunjavanja upitnika bio je kriterij za isključenje. Ostali kriteriji isključenja uzorka iz navedene psihijatrijske populacije bili su demencija, mentalna retardacija, akutna psihoza i intoksikacija. Metodologija se sastojala od analiziranja uzoraka iz dva presječna istraživanja. Prvo istraživanje sadržavalo je prospektivnu kohortnu studiju nazivom “Somatski komorbiditeti u psihijatrijskih bolesnika (SCPP)”, a koja je provedena u Psihijatrijskoj bolnici “Sveti Ivan” u Zagrebu, Republici Hrvatskoj 2016. godine (Jeleč i sur., 2019.). Sve oboljele osobe potpisale su obrazac za informirani pristanak, a studija je usklađena s Deklaracijom Svjetske liječničke udruge iz Helsinkija 2013. (World Medical Association, 2013., prema Jeleč i sur. (2019.)). Naziv druge studije je *European Health Interview Survey* (EHIS), a prvi put je provedena u Republici Hrvatskoj između 2014. i 2015. godine, kao i u svim državama članicama Europske Unije, Islandu i Norveškoj prema Uredbi Europske komisije 141/2013 (EUROSTAT, European health interview survey, 2013.; Antoljak i sur., 2014.-2015., prema Jeleč i sur., 2019.:2). Rezultati su pokazali kako je u ovom istraživanju sudjelovalo 263 osobe muškog spola te 303 osobe ženskog spola, od čega je 159 osoba muškog spola i 123 osobe ženskog spola identificirano s poremećajima iz spektra shizofrenije (SSD), 74 osobe muškog spola i 104 osobe ženskog spola identificirane su sa velikim depresivnim poremećajem (MDD), dok su 72 osobe muškog spola te 14 osoba ženskog spola identificirane kako boluju od posttraumatskog stresnog poremećaja

(PTSP). Ukoliko gledamo bračni status ispitanika identificirano je kako je, od poremećaja iz spektra shizofrenije, zabilježena 191 osoba koja je bila u statusu samca, dok je 58 osoba bila oženjena/udana. U statusu samca identificirano je, unutar velikog depresivnog poremećaja, 38 osoba, dok su u bračnom statusu identificirano 93 osobe. U statusu samca identificirano je, unutar posttraumatskog stresnog poremećaja, 17 osoba, dok je u bračnom statusu identificirano 43 osoba (Jeleč i sur., 2019.). Važno je za napomenuti kako, iako su osobe koje boluju od poremećaja iz spektra shizofrenije (SSD) s kroničnim tjelesnim bolestima bili znatno češće hospitalizirani zbog tjelesnih bolesti nego opća populacija, udio oboljelih osoba koje su imale specijalističke konzultacije bio je podjednak kod osoba koje boluju od poremećaja iz spektra shizofrenije (SSD) i u općoj populaciji. Prema Jeleč i suradnicima (2019.), istraživanje je pokazalo da osobe koje pate od velikog depresivnog poremećaja (MDD) i posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) imaju veće izgleda za specijalističku konzultaciju u usporedbi s općom populacijom i osobama koje boluju od poremećaja iz spektra shizofrenije (SSD).

2.4. Deinstitutionalizacija

Deinstitutionalizacija osoba koje boluju od shizofrenije predstavlja proces prelaska iz institucionalne skrbi u zajednicu, koji je bio najizraženiji u 60-ima i 70-ima godinama prošlog stoljeća. Ovaj je proces imao za cilj poboljšati kvalitetu života osoba s mentalnim poremećajima, uključujući i osobe koje boluju od shizofrenije, omogućujući im da žive u zajednici uz adekvatnu podršku u smislu liječenja, rehabilitacije i socijalne integracije (Gomory, Cohen i Kirk, 2013.). Prema Ćiriću i Milovanoviću (2017., prema Buljubašić i sur., 2018.) deinstitutionalizacija se odnosi na postupak koji zahtijeva puno vremena i složenosti, a kojim se prelazi iz sustava institucija u podršku koja se pruža pojedincima u skladu s njihovim specifičnim potrebama u zajednici. Enciklopedija mentalnih poremećaja (2017., prema Odorjan i sur., 2018.) s druge strane ističe deinstitutionalizaciju kao proces zatvaranja javnih bolnica i premještanje oboljelih osoba u zajednicu gdje im se pružaju razne zdravstvene usluge. Prema Milković (2007., prema Đečević i sur., 2015.) praksa socijalnog rada nalazi se u procesu transformacije iz ustanova za mentalno zdravlje u socijalni rad u zajednici. Međutim, proces deinstitutionalizacije nije bio bez problema. Nakon puštanja iz institucija, mnoge osobe s mentalnim poremećajima,

uključujući i osobe koje boluju od shizofrenije, često nisu imale adekvatnu podršku u zajednici. To je dovelo do pogoršanja njihovog stanja, povećanja broja hospitalizacija i kriminala (Thorncroft i Tansella, 2004.). Stoga je važno da se proces deinstitutionalizacije osoba koje boluju od shizofrenije provodi pažljivo i uz adekvatnu podršku.

3. SHIZOFRENIJA

3.1. Pojmovno određenje shizofrenije

Prema definiciji Petza i Furlana (1992.), shizofrenija je skup psihotičnih poremećaja čija uzročnost nije poznata, a koji se manifestiraju kroz promjene u kognitivnim funkcijama, osjećajima i ponašanju. Luderer i Szabo (2006.) navode kako se shizofrenija može pojmiti kao „rascjep ličnosti“, odnosno kao da u jednom tijelu žive dvije osobe koje su različite. „*Shizofrenija spada u skupinu bolesti koje nazivamo psihozama*“ (Pfeifer, 1996.:137). Isti autor navodi kako psihoza može trajati nekoliko sati ili nekoliko godina. Pfeifer (1996.) navodi da psihoza obuhvaća različite oblike, poput organske psihoze koja može biti uzrokovana toksinima, lijekovima ili infekcijom poput sifilisa, prolazne reakcije na stresna iskustva, posljedice teške degeneracije mozga povezane sa starenjem, manično-depresivne bolesti i shizofreniju. Može se istaknuti da je shizofrenija kompleksan i heterogeni poremećaj koji utječe na različite aspekte života osobe, uključujući psihičko zdravlje, socijalne interakcije i funkcioniranje u svakodnevnom životu (Radić i Škrbina, 2011.).

3.2. Povijest razvoja koncepta shizofrenije

Razvoj shizofrenije započeo je još u antičkom dobu kada je Hipokrat koristio riječi poput „melankolije“, „manije“, ali i „paranoje“, no taj termin nije se smatrao istim kao onim korištenim u drugom svjetskom ratu (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a). Tijekom 14. i 15. stoljeća opisivalo se stanje francuskog kralja Karla VI. Ludog pri čemu se navedeno tumačilo kao „ludilo“ koje se vraćalo i smirivalo. Osim navedenog opisivanja, takozvane „opsjednute“ osobe u 18. stoljeću, danas bi se dijagnosticirale kao shizofrene (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a). Belgijski psihijatar

Benedict Augustin Morel, 1845. godine definirao je shizofreniju terminom „*démence précoce*“ kojim je opisao psihičku bolest koja je započela u adolescenciji sa sumanutim mislima, bizarnim ponašanjem te je imala ireverzibilan i deteriorirajući tijek. Švicarski psihijatar, Eugen Bleuler, 1911. godine uvodi novi, danas prihvaćen naziv „shizofrenija“ koji potječe od grčkih riječi *shizos* što znači rascjep i *frenos* što označuje dušu (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a). Njemački psihijatar Kurt Schneider nastavlja razvijanje pojma shizofrenije prikazujući prvi pravi pokušaj operacionalizacije shizofrenije. Prema Karloviću, Peitlu i Siliću (2019.a), operacionalizacija shizofrenije uključuje identifikaciju simptoma prvog reda, kao što su slušanje glasova koji komentiraju, sumanute percepcije i slično te simptoma drugog reda, kao što su nagla sumanuta razmišljanja, depresivna ili euforična raspoloženja i slično. Razvoj se nastavio sve do 1980. godine, kada je britanski psihijatar T. J. Crow postavio nazivlje na „*Tip I i II shizofrenije*“ (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a).

3.3. Etiologija shizofrenije

Shizofrenija se obično razvija u mladoj dobi, u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, najčešće u rasponu između 16 i 30 godina, a rjeđe se dijagnosticira u starijoj dobi (Insel, 2010.). Međutim, shizofreniju mogu razviti osobe u bilo kojoj dobi te iako je rijetka u dječjoj dobi, postojali su slučajevi kada je bila dijagnosticirana kod djece mlađe od 13 godina (Thaker, 2018.; Cannon i sur., 2020.).

Uzrok nastanka shizofrenije i dalje se ne smatra poznatim, no smatra se posljedicom različitih čimbenika, uključujući kombinaciju bioloških (i genetskih), psiholoških i socijalnih čimbenika koji se međusobno nalaze u složenim vezama (Sawa i Snyder, 2002., prema Bloch i sur., 2010.). Bihevioralne genetske studije (studije obitelji, blizanaca i posvajanja) navode kako se najznačajnijim čimbenikom rizika za shizofreniju smatra genetska komponenta (Tsuang, 2000.; Walker i sur., 2004., prema Bloch i sur., 2010.). Kod djece čija su oba roditelja imala shizofreniju učestalost pojave shizofrenije iznosi oko 35% (Nietzel, Bernstein i Milich, 2001.). Stopa od 50% podudarnosti za nastanak shizofrenije između monozigotnih blizanaca (koji dijele 100% svojih gena) naglašava značaj i ograničenja genetike u etiologiji

shizofrenije (Walker i sur., 2004.; Bullock, 2008., prema Bloch i sur., 2010.). Šansa za mogućnost razvoja shizofrenije kod dvojajčanih blizanaca ili druge braće i sestara u prvoj liniji (koji dijele, u prosjeku, 50% svojih gena) je između 10 i 15% (Walker i sur., 2004., prema Bloch i sur., 2010.). Naslijeđe ima znatnu ulogu u predispoziciji, no hoće li doći do razvijanja kliničke slike shizofrenije, srodnog poremećaja ili ničeg od navedenog ovisi o okolišnim psihosocijalnim čimbenicima (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a). Heston (1966., prema Davidson i Neale, 2002.) je proveo istraživanje u kojem je pratio 47 osoba rođenih od shizofrenih majki za vrijeme boravka u psihičkoj bolnici. Navedene su osobe još kao novorođenčad odvojene od svojih bioloških majki i dane su na posvojenje. Kontrolni uzorak sastojao se od 50 osoba koji su kao djeca odgajani u domovima za nezbrinutu djecu. Kasnije je napravljena procjena u kojoj su kontrolni ispitanici ocijenjeni manje onesposobljenima u odnosu na djecu shizofrenih majki. Kod niti jednog kontrolnog ispitanika nije utvrđena shizofrenija, no u 16.6% potomaka majki koje su bolovale od shizofrenije, utvrđena je ista dijagnoza. Hestonova studija pokazala je važnost genetičkih čimbenika u razvoju bolesti shizofrenije. Kod osoba s predispozicijom shizofrenije na njen razvoj mogu utjecati čimbenici kao što su izloženost stresnim događajima tijekom trudnoće i perinatalnog razdoblja, zlouporaba tvari (npr. kanabis i amfetamin), odrastanje u nepovoljnim okolnostima, imigracija, gustoća naseljenosti, nizak socioekonomski status i niz drugih društvenih stresora (Walker i sur., 2004.; Weiser i sur., 2008.; Luzi i sur., 2008., prema Bloch i sur., 2010.). U ovom trenutku ne postoji lijek za shizofreniju, niti postoji specifični tretman koji može u potpunosti izliječiti sve povezane simptome i oštećenja (Bloch i sur., 2010.). Promatrajući uzrok nastanka shizofrenije, nastale su brojne teorije kojima se nastojao objasniti njen uzrok nastanka, međutim niti jedna od njih nije „doživjela“ opće prihvaćanje niti je dovela do konačnog objašnjenja uzroka ovog poremećaja (Bloch i sur., 2010.).

3.4. Psihopatologija shizofrenije

Dimenzije simptoma prema petfaktorskom modelu shizofrenije dijele se na:

- 1) Pozitivne simptome koji se odnose na sljedeće simptome: sumanutosti, halucinacije, dezorganizirani govor ili ponašanje, katatoni simptomi (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a:42).

Osoba koja boluje od deluzija oduzimanja ili umetanja misli vjeruje da drugi mogu čitati njene misli, da se misli mogu prenositi na druge ili da su joj misli i impulsi nametnuti od strane vanjskih sila. Halucinacije se mogu pojaviti u različitim oblicima, uključujući slušne, vizualne, njušne, okusne ili taktilne, no slušne halucinacije su najčešće. Oboljela osoba čuje glasove koji vode raspravu o njegovom ponašanju, glasovi mogu međusobno razgovarati ili davati kritičke i uvredljive primjedbe.³ Dezorganizirani govor može sezati do nesuvislog i nerazumljivog. Neobično ponašanje može se sastojati od ponašanja nalik djetetovoj dobi, uznemirenosti i neprimjerenog tjelesnog izgleda, higijene ili ponašanja. Katatonija podrazumijeva ekstremno ponašanje koje se sastoji od ukočenosti i odupiranja pokušajima pomicanja, ili čak izvođenja besmislenih i ničim motiviranim motoričkim aktivnostima.⁴

- 2) Negativne simptome koji se odnose na sljedeće simptome: alogiju, avolijaciju, anhedoniju, afektivnu tupost, emocionalno povlačenje te pasivnost (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a:42).

Alogija se smatra siromaštvom govora osobe oboljele od shizofrenije.⁵ Osjećajna otupjelost kod oboljelih osoba izaziva doimanje nepomičnosti lica, a uz to dolazi do izbjegavanja kontakta pogledom i nedostatka izražajnosti. Anhedonija se karakterizira manjkom zanimanja za aktivnosti i povećanje aktivnosti koje se

³ MSD. Priručnik dijagnostike i terapije. Posjećeno 28.04.2023. na mrežnoj stranici MSD-a: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/shizofrenija-i-srodni-poremecaji/shizofrenija>

⁴ MSD. Priručnik dijagnostike i terapije. Posjećeno 25.04.2023. na mrežnoj stranici MSD-a: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/shizofrenija-i-srodni-poremecaji/shizofrenija>

⁵ Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Shizofrenija. Posjećeno 28.04.2023. na mrežnoj stranici Enciklopedije: <https://enciklopedija.hr/natuknica.aspx?ID=55744>

smatraju besmislenim. Nedruštvenost se očituje kroz nedostatak zanimanja za povezivanje s ljudima. Negativni simptomi uzrokuju slabu motivaciju i smanjeni osjećaj za svrhu i ciljeve.⁶

- 3) Depresivne/anksiozne simptome koji se očituju kroz sljedeće simptome: depresivnost, suicidalnost i anksioznost (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a:42).

Depresivnost se opisuje kao dugotrajni i kontinuirani osjećaj bezvrijednosti i nemoći, uz osjećaj krivnje, gubitak interesa za hobije i svakodnevne aktivnosti, te poteškoće u obavljanju uobičajenih obaveza. U navedene tegobe moguća je i pojava tjelesnih simptoma poput nesаницe, nespecifičnih bolova te glavobolje, kao i suicidalne misli.⁷

- 4) Kognitivne simptome koji se odnose na sljedeće simptome: oštećenu pažnju, oštećenu verbalnu fluentnost, oštećenje izvršnih funkcija, rješavanje problema, oštećenje ponašanja prema socijalnim stimulansima (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a:42).

Kognitivni simptomi kod shizofrenije često uključuju probleme s pažnjom, koncentracijom, pamćenjem, učenjem, apstraktnim mišljenjem i općom inteligencijom. Osobe s shizofrenijom mogu imati nisku razinu koncentracije, biti rastresene i iskusiti poteškoće u praćenju sugovornika i njegovih aktivnosti (hipotenacitet pažnje) (Sorić, 2022.).

- 5) Agresivno-hostilne simptome koji uključuju ove simptome: agresivnost, hostilnost i impulzivnost (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a:42).

Navedeni simptomi shizofrenije obično su povezani s niskom razinom neurotičnosti i visokom razinom ekstraverzije što znači da osobe sa shizofrenijom koje pokazuju

⁶ MSD. Priručnik dijagnostike i terapije. Posjećeno 28.04.2023. na mrežnoj stranici MSD-a:

<http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/shizofrenija-i-srodni-poremecaji/shizofrenija>

⁷ Nastavni zavod dr. Andrija Štampar. Mentalno zdravlje – Depresija Posjećeno 28.04.2023. na mrežnoj stranici Nastavnog zavoda dr. Andrija Štampar:

<https://stampar.hr/hr/vase-zdravlje/depresija-kako-si-mozete-pomoci>

agresivno-hostilne simptome često imaju manju sklonost ka osjećajima tjeskobe, straha ili depresije, a više se izražavaju u društvenim interakcijama (Lysaker i Buck, 2008.; Kotov i sur., 2010.).

3.4.1. Simptomi i znakovi shizofrenije

Shizofrenija je kompleksni psihijatrijski poremećaj koji može uzrokovati širok spektar simptoma i znakova. „*Poremećaj mišljenja je ključ u postavljanju dijagnoze shizofrenije. Poremećaj mišljenja u shizofreniji može biti promijenjen i oblikom, tj. formom i sadržajem*“ (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a:43). Karlović, Peitl i Silić (2019.a) navode kako je kod oboljelih osoba poremećaj mišljenja vidljiv u njegovom govoru i pisanju. Disocirano mišljenje formom karakterizira manjak logičnosti te se navedena pojava naziva i nelogičnim mišljenjem. U praksi navedeno karakterizira govor oboljelih osoba koji je nepovezan i bez smisla, odnosno manjak povezanosti jedne rečenice s drugom koje se doimaju povezanima, a zapravo nemaju veze jedna s drugom. Sadržajni poremećaj mišljenja u shizofreniji javlja se kroz sumanute misli (ili deluzije, bolesne misli, lude misli) koje se čine realitetom u oboljelih osoba, a za okolinu predstavljaju nešto bizarno, ludo i zastrašujuće. Sumanute misli se prema Karlović, Peitl i Silić (2019.a) dijele na primarne i sekundarne sumanutosti. Prema opisu, primarne sumanutosti se pojavljuju iznenada, bez upozorenja, poput neočekivanog otkrića ili saznanja, dok se sekundarne sumanutosti mogu naučiti i skrivati, što znači da ih oboljele osobe mogu svjesno potiskivati ili prikrivati (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a). Za shizofreniju je karakteristično i udaljavanje od realiteta budući da u okviru takve bolesti oboljela osoba živi u vlastitom, nerealnom, autističnom svijetu. Promjene afektivnosti predstavljaju još jedan dio psihopatologije shizofrenije. Emocionalna, afektivna disharmonija predstavlja jedan od važnijih simptoma shizofrenije. Psihomotorni poremećaji vidljivi su u katatonom podtipu shizofrenije, ali se manje mogu vidjeti i kod ostalih podtipova. Očituju se kroz stereotipiju, odnosno ponavljanje istog psihomotornog izraza (primjerice: hodanje amo-tamo) (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a). Prepoznavanje i liječenje svih navedenih simptoma važni su za poboljšanje funkcioniranja i kvalitete života osoba sa shizofrenijom.

3.4.2. Dijagnosticiranje shizofrenije

Prepoznavanje shizofrenije se kroz povijest odvijalo na različite načine, no smatra se kako povijest kreće s njemačkim psihijatrom Emilom Kraepelinom (1855.-1926.) koji je opisao poremećaj pod nazivom *dementia praecox*. Međutim, smatra se kako je u medicini termin „ludi čovjek“ opisivao i osobe oboljele od shizofrenije. U Antici se shizofrenija smatrala božanskom kaznom ili znakom da je osobu zaposjeo demon, a terminologija je bila opisana „ludilom“. U Starom zavjetu spominje se kralj Saul, koji se smatrao „ludim“ zbog zanemarivanja svojih vjerskih dužnosti, ali se i tamo navodi kako su ljudi vjerovali da se psihotične bolesti mogu izliječiti. Grčki liječnik Hipokrat (460.-377.pr.Kr.) založio se da mentalna bolest bude predmetom znanstvenih razmatranja. On je termin paranoja koristio kao termin koji bi danas odgovarao shizofreniji. Hipokrat je imao uvjerenje kako bi jedini način za izbalansirati ludilo, uzrokovano neravnotežom četiriju tjelesnih tekućina, bilo specijalnom dijetom, laksativima i ispuštanjem krvi. Osim Hipokrata, grčki filozof Aristotel (384.-322.pr.Kr.) i rimski liječnik Galen (129.-216.) nadovezali su se na Hipokratovu humoralnu teoriju, a sve je bilo ključno za formiranje nove teorije koja je predstavljala dominantni medicinski model Europe. U starom Rimu došlo je najprije do prihvaćanja ideje Asclepiadesa te državnika i filozofa Cicerona (106.-43.pr.Kr.) u kojoj su smatrali da je melankolija (depresija) uzrokovana bijesom, strahom i tugom, a ne viškom „crne žuči“. Nakon što je ta ideja prestala biti uvažavana, takozvano „ludilo“ kao posljedica božje kazne smatralo se relevantnim za navedeno doba. Religija je u srednjem vijeku igrala važnu ulogu u tolikoj mjeri da su samostani bili važno mjesto za liječenje duševnih bolesti. Ljudi koji su patili od shizofrenije, takozvani heretici, bili su spaljivani u doba rane renesanse. Psihološki i socijalni stresori bili su smatrani uzrokom pojašnjavanja duševne bolesti od strane francuskog liječnika Phillipe Pinela (1745.-1826.). Njegov je medicinsko-filozofski sporazum o mentalnom otuđenju ili maniji pridonio humanijem pristupu liječenju mentalne bolesti. Navedeni sporazum je poznatiji kao „moralni tretman“, a podrazumijevao je poštovanje prema osobi, uspostavljanje odnosa liječnika i oboljele osobe na način da bude povjerljiv te je doveo do napuštanja Hipokratovog staromodnog liječenja. Tijekom 19. i 20. stoljeća došlo je do značajnog razvoja

znanosti na način da se razvija klasifikacija bolesti, kao i mentalnih bolesti i poremećaja (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a). „Dijagnoza shizofrenije postavlja se pomoću dijagnostičkih kriterija za shizofreniju“ (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a:69). Također, dijagnozu se mora postaviti vrlo oprezno i odgovorno na osnovi uočenih simptoma, učinjene obrade te izdašnih anamnestičkih podataka o oboljeloj osobi. U Hrvatskoj se službeno koristi dijagnostički kriterij prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti – MKB-10. MKB-10 klasifikacija dijeli shizofreniju na sljedećih devet podvrsta:

- **F20** - Shizofrenija;
- **F20.0** - Paranoidna shizofrenija;
- **F20.1** - Hebefrena shizofrenija;
- **F20.2** - Katatona shizofrenija;
- **F20.3** – Nediferencirana shizofrenija;
- **F20.4** - Postshizofrena depresija;
- **F20.5**- Rezidualna shizofrenija;
- **F20.6** – Shizofrenija simplex;
- **F20.8** - Druga shizofrenija;
- **F20.9** - Shizofrenija, neoznačena (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a:68).

Paranoidni podtip shizofrenije ogleda se kroz podjelu na primarne i sekundarne sumanute misli i halucinatorna doživljavanja. Bolest kreće kasnije od ostalih oblika shizofrenije te se često kod oboljele osobe javljaju sumanutosti proganjanja, određene ideje ljubomore, religijske ili hipohondrijske sumanutosti (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a). Prema autorima Karlović, Peitl i Silić (2019.a), hebefreni podtip shizofrenije terapijski je teže liječiti, a karakteriziraju je poremećaji formiranja misli, promjene raspoloženja poput neprimjerenih ili plitkih emocionalnih reakcija te promjene u afektu koje su nestabilne i nedosljedne. Katatona shizofrenija prepoznaje se u značajnoj redukciji pokretljivosti oboljele osobe, odnosno bespomoćnosti u održavanju uspravnog položaja, zatim u izuzetnoj ograničenosti govora te odbijanju udovoljavanja jednostavnih uputa ili zahtijeva drugih osoba. U nediferenciranoj shizofreniji brojni simptomi zadovoljavaju kriterije za više podtipova. Dijagnoza postshizofrene depresije postavlja se kod osobe kojoj je prethodno dijagnosticirana shizofrenija te kojoj se razvijaju depresivni simptomi nakon što su shizofreni postali manje izraženi ili su se povukli. Kako bi se dijagnosticirao podtip rezidualne shizofrenije negativni simptomi trebaju biti prisutni tijekom prethodnih 12 mjeseci. Simplex podtip shizofrenije kao osnovna obilježja kliničke slike navodi „postupno

nastajanje (šuljanje) simptoma mjesecima ili godinama bez prisutnosti halucinacija ili sumanutosti“ (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a:51).

Karlović, Peitl i Silić (2019.a) navode kako se osim MKB-10 klasifikacije, razlikuje i Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje, Američke psihijatrijske udruge (eng. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition*; DSM-5), odnosno DSM-5 klasifikacija. No, važno je napomenuti kako se kriteriji razlikuju te nisu identični za prethodno navedene klasifikacije. Izdvaja se dužina trajanja bolesti kao jedan od najvažnijih razlika u klasifikacijama. Navodi se primjer po kojem prema klasifikaciji MKB-10 kriterijima, simptomi trebaju trajati mjesec dana, dok prema DSM-5 klasifikaciji simptomi trebaju trajati najmanje 6 mjeseci. U DSM-5 klasifikaciji više nisu relevantni podtipovi shizofrenije, već se dostatnim smatra dimenzionalni pristup ocjenjivanja simptoma shizofrenije.

DSM-5, osim što se temelji na kategorijalnom pristupu, tj. definira različite kategorije poremećaja i simptoma, također prepoznaje da se neki ljudi mogu nositi s više poremećaja istovremeno, pa se uz kategorije također koristi i dimenzionalni pristup koji omogućava bolju procjenu težine i ozbiljnosti simptoma. Osim toga, DSM-5 također omogućuje alternativne dijagnoze ako se neki simptomi ne uklapaju u definirane kategorije (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a).

Shizofrenija se razvija kao bolest, a karakteristične su ove tri faze:

- A. PRODROMALNA FAZA koju karakterizira postupno pogoršanje
- B. AKTIVNA FAZA u kojoj se pojavljuju akutni simptomi te
- C. REZIDUALNA FAZA unutar koje se situacija stabilizira.

Vrlo je važno navesti kako postoje kriteriji za dijagnosticiranje shizofrenije unutar koje simptomi ukupno traju najmanje 6 mjeseci, no ovisno o pojedinačnim fazama moguće je i različito trajanje (Pfeifer, 1996.).

Prodromalna faza nastupa najčešće u adolescenciji. Unutar ove faze nastupa vidljivo pogoršanje u odnosu sa ranijim stupnjem sposobnosti koji se ogleda u društvenim odnosima, radnoj sposobnosti, brizi za osobnu higijenu i izgled. Kod oboljele osobe javlja se najmanje dva od sljedećih simptoma, s naglaskom da njihov uzrok nije

poremećaj raspoloženja ili određena psihoaktivna supstanca (Pfeifer, 1996.).
Navedeni simptomi za vrijeme inicijalne i rezidualne faze su:

- 1) *Izolacija ili povlačenje od društva.*
- 2) *Naglašeno popuštanje u radu, kućnom životu ili učenju.*
- 3) *Naglašeno neobično ponašanje (npr. skupljanje smeća, gomilanje već pokvarene hrane itd.).*
- 4) *Naglašeno zanemarivanje higijene i vanjskog izgleda.*
- 5) *Bezvoljno i plitko, ili neobično izražavanje osjećaja.*
- 6) *Nesuvislo, nejasno, odviše kićeno ili opširno pričanje.*
- 7) *Čudna uvjerenja ili praznovjeren način razmišljanja, koja utječu na ponašanje i u neskladu su s kulturnim normama. Osjećaj da netko utječe na osobu ili da ona može utjecati na druge, zamišljanje značajne povezanosti između stvari ili događaja koji nisu povezani.*
- 8) *Iskustvo abnormalne percepcije, tj. opetovane iluzije o nazočnosti neke nevidljive osobe ili sile koju drugi ne mogu osjetiti (Pfeifer, 1996.:140-141).*

Unutar aktivne faze pojavljuju se drugačiji simptomi te je ovdje potrebna barem jedna od sljedećih karakterističnih pojava:

- 1) *Bizarne sumanute ideje (bitno i očito apsurdne, koje nikako ne mogu biti utemeljene u stvarnosti). Na primjer, osjećaj da se na osobu utječe ili da se nad njom provodi posebna moć, ili da je ona sposobna čitati ljudima misli, ili da joj netko izvlači misli iz mozga.*
- 2) *Sumanute ideje u svezi s tijelom ili o veličini, te religiozne, nihilističke i druge sumanute ideje.*
- 3) *Sumanute ideje o ljubomori ili o tome da ih netko progoni, praćene halucinacijama.*

- 4) *Osoba čuje glasove (ili kako iznose primjedbe na ponašanje bolesne osobe, ili kako međusobno razgovaraju).*
- 5) *Rastreseno razmišljanje, naglašena sklonost mnogo slobodnijem shvaćanju mentalne povezanosti, i naglašeno pogoršanje verbalnih sposobnosti, ako se javlja uz barem jednu od sljedećih pojava:*
 - a. *apatično, plitko ili nekonvencionalno izražavanje osjećaja*
 - b. *iluzije ili halucinacije*
 - c. *katatoničko ili drugo teško dezorganizirano ponašanje (Pfeifer, 1996.:141).*

U aktivnoj fazi dolazi do gubitka značajnih kognitivnih sposobnosti oboljele osobe te je upravo u ovoj fazi potrebno što ranije započeti adekvatno liječenje.

Rezidualna faza predstavlja izmjenu faze pogoršanja i poboljšanja bolesti, no početak ove faze najčešće ukazuje na to da se osoba više ne može vratiti na funkcioniranje bez prisutnosti simptoma. U rezidualnoj fazi se, koja u prijevodu znači „preostali, zaostali“, kod osobe pojavljuju najmanje dva simptoma iz inicijalne faze koja se nastavlja nakon aktivne faze bolesti čiji uzrok nisu loše raspoloženje ili lijekovi (Pfeifer, 1996.). Također, svaki povratak simptoma dovodi do pogoršanja funkcionalnih sposobnosti oboljele osobe i uzrokuje kolateralna oštećenja na svim aspektima njihovog funkcioniranja.

3.5. Psihoteični poremećaji iz spektra shizofrenije

Postoji podjela psihoteičnih poremećaja koja se odnosi na skupinu poremećaja koji se mogu pojaviti u spektru shizofrenije i drugih sličnih poremećaja (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a). Slijedom toga, psihoteični poremećaji iz spektra shizofrenije su skupina ozbiljnih mentalnih poremećaja koji uključuju simptome poput halucinacija, sumanutosti, poremećaja mišljenja i emocionalnih promjena. Ovi poremećaji obuhvaćaju shizofreniju i druge srodne poremećaje poput shizofreniformnog poremećaja, shizoafektivnog poremećaja i blage neurokognitivne disfunkcije.

Shizofrenija se često smatra najozbiljnijim poremećajem iz spektra shizofrenije i karakterizira se različitim simptomima, uključujući pozitivne (halucinacije, sumanutosti), negativne (smanjena motivacija, oslabljena emocija) i kognitivne simptome (otežano razmišljanje i govorenje). Shizofreniformni poremećaj je sličan shizofreniji, ali simptomi traju kraće vrijeme (od jednog do šest mjeseci). Shizoafektivni poremećaj kombinira simptome shizofrenije s bipolarnim poremećajem ili depresijom. Blaga neurokognitivna disfunkcija obuhvaća osobe koje pokazuju neke od simptoma shizofrenije, ali ne dovoljno ozbiljno da bi se dijagnosticirala shizofrenija (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a).

3.6. Važnost rane detekcije u prvim psihotičnim poremećajima

Karlović, Peitl i Silić (2019.a) ističu kako su programi rane detekcije i ranih intervencija stvoreni kako bi se pravovremeno omogućilo prepoznavanje osoba koje se nalaze u prodromalnoj fazi psihotičnog procesa te oni koji imaju jasne psihotične simptome, a glavni cilj je provođenje dijagnostičkih i terapijskih postupaka koji bi omogućili smanjenje i/ili sprječavanje prijenosa prodromalne faze u psihozu, izbjegavanje i/ili minimaliziranje pojavnosti nezavidnih implikacija psihotičnog procesa. Karlović, Peitl i Silić (2019.a) smatraju kako se trenutno za prevenciju psihoze, kao najpovoljnija strategija, smatra koncept rane detekcije i ranih intervencija. No, osim navedene strategije, postoje još dva pristupa od kojih je prvi univerzalni pristup koji uključuje cijelu populaciju, a drugi, selektivni koji se bavi zdravim pojedincima koji imaju prepoznate faktore rizika za razvoj bolesti (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a). Autori Dallos i Draper (2010., prema Sofić i Huskić, 2018.) navode kako je u značajnom broju podataka navedena učinkovitost rane intervencije kod ozbiljnih duševnih bolesti, dok za posljedicu imaju prevenciju recidiva, oporavak te bolju kvalitetu života.

3.7. Skale za procjenu simptoma shizofrenije

„Timothy John Crow uveo je definiciju shizofrenije kao poremećaja koji se sastoji od „dva simptoma“, uvodeći koncept negativne dihotomije seta pozitivnih i negativnih simptoma“ (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a:185). Slijedom navedenog, dogodio se

razvoj skala koje su imale za cilj procjenu oboljelih osoba kroz dimenzije pozitivnih i negativnih simptoma (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a). Razvijene su skale za procjenu simptoma shizofrenije kao što je Skala pozitivnih i negativnih simptoma (eng. *the Positive and Negative Symptoms Scale*) PANSS, Skala za procjenu pozitivnih simptoma (eng. *the Scale for the Assessment of Positive Symptoms*) SAPS, Skala za procjenu negativnih simptoma (eng. *the Scale for the Assessment of Negative Symptoms*) SANS te Instrument za procjenu negativnih simptoma-16 čestični (eng. *the Negative Symptom Assessment*) NSA-16 (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a:185). No, osim navedenih skala u kliničko-istraživačkom procesu koriste se još i sljedeće skale koje se smatraju novijima kao što su Intervju za klinički procjenu negativnih simptoma (eng. *The Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms*) CAINS i Kratka skala za negativne simptome (eng. *The Brief Negative Symptom Scale*) BNSS (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a).

Kako bi se sagledala težina, odnosno ozbiljnost cjelokupne kliničke slike i/ili dobio odgovor na liječenje koristi se i sljedeća jednostavno primjenjiva skala, sadržajno kratka, ali široko primjenjivana u svakodnevnim kliničkim praksama te istraživačkim studijama koja se naziva: Skala kliničkog općeg dojma-u Shizofreniji (eng. *Clinical Global Impression-Schizophrenia*) CGI-SCH. Jedina skala depresije, koja je stvorena za procjenu depresije u shizofreniji koja ima sposobnost napraviti razliku između depresije i negativnih i pozitivnih simptoma shizofrenije (eng. *Calgary Depression Scale for Schizophrenia*) CDSS, stvorena je 90-ih godina 20.stoljeća te je prevedena na 43 svjetska jezika, uključujući i hrvatski (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a).

3.8. Kvaliteta života osoba oboljelih od shizofrenije

Konotaciju internacionalnog značaja dobilo je istraživanje Holzinger i suradnika iz 1997. godine o kvaliteti života osoba sa shizofrenijom u kojemu je 605 njemačkih psihijatara procjenjivalo kvalitetu života osoba oboljelih od shizofrenije. U navedenom su istraživanju došli do spoznaje kako se na najvišem mjestu nalazi aspekt kvalitete života zadovoljstva oboljele osobe socijalnom interakcijom, odnosno kontaktima i prihvaćanjem od strane ljudi iz njihove neposredne sredine, nakon čega

slijedi odsustvo simptoma bolesti i sposobnosti za rad (Opalić i Nikolić 2008., prema Novaković i sur., 2021.).

Ritsner i suradnici (2003., prema Novaković i sur., 2021.) postavili su model kvalitete života osoba sa shizofrenijom koji uključuje zadovoljstvo fizičkim zdravljem, subjektivnim osjećajem, slobodnim aktivnostima, socijalnim odnosima, lijekovima, mjerama psihopatologije, psihološkom pomoći te osobnim i socijalnim resursima. Također, u svojoj studiji ispitivali su i kakav je doprinos strategija suočavanja sa stresom u predikciji subjektivne kvalitete života kod osoba sa shizofrenijom. Ispitivali su i direktne i indirektno strategije suočavanja sa stresom. Rezultati su pokazali da je kvaliteta života osoba sa shizofrenijom visoko i negativno povezana sa psihološkom pomoći i većinom psihopatoloških simptoma. Strategije suočavanja sa stresom usmjerene na emocije su obrnuto povezane sa kvalitetom života, dok su druge strategije u direktnoj korelaciji. Samo su strategije usmjerene na emocije pozitivno povezane sa pomoći i kliničkim simptomima.

3.9. Suicidalnost i shizofrenija

Hrvatska bilježi više stope smrtnosti od samoubojstava od prosjeka stopa za zemlje članice Europske Unije (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Izvršena samoubojstva u Hrvatskoj, 2022.). Suicid se smatra glavnim uzrokom smrti kod osoba oboljelih od shizofrenije (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a). Erwin Stengel smatra kako je suicid „*ljudski čin samouništenja, namjerno oduzimanje vlastitog života*“ (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a:173).

O'Caroll i suradnici predstavili su sljedeću klasifikaciju suicidalnog ponašanja (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a:174).:

1. *samoubojstvo (suicid) - dokazano samo-uzrokovana smrt (bilo da je metoda ili ponašanje koje je dovelo do smrti bilo izravno ili neizravno smrtonosno)*
2. *pokušaj samoubojstva - samoozljeđujuće ponašanje gdje izostaje fatalni ishod, pri čemu postoje dokazi da je osoba namjeravala opisanim činom posredno ili neposredno dovesti do vlastite smrti*

3. *prekinuti pokušaj samoubojstva - potencijalno samoozljeđujuće ponašanje o kojem postoje dokazi da je osoba namjeravala dovesti do vlastite smrti, ali je radnja prekinuta prije nego što je došlo do tjelesnog oštećenja*
4. *promišljanja o samoubojstvu (suicidalna ideacija) – razmišljanja da se skrivi vlastita smrt, promišljanja o samoubojstvu mogu se kretati od razrađivanja ozbiljnih planova do nesistematiziranih misli*
5. *suicidalna namjera - subjektivno očekivanje i želja da vlastiti autodestruktivni čin dovede do svoje smrti*
6. *smrtnost samoubilačkog ponašanja (letalnost suicidalnog ponašanja) - objektivna opasnost za vlastiti život povezana s metodom izbora, treba naglasiti da je objektivna smrtnost različita od očekivanja pojedinca o ishodu, odnosno o njegovim saznanjima koji je način medicinski opasan za život*
7. *namjerno samoozljeđivanje - svjesno nanošenje boli i ozljeda samome sebi bez želje i nakane da se skonča vlastiti život*

Procjenjuje se da se tijekom života osoba s dijagnozom shizofrenije suočava s visokom stopom pokušaja samoubojstva, koja se kreće između 25 i 50%. Iako se suicid smatra značajnim problemom u shizofreniji, kao i u javnom zdravstvu, kod brojnih kliničara ne izaziva dovoljnu pažnju jer ga ne procjenjuju dovoljno ozbiljnim. Razlog tome može se pripisati činjenica da se strah od javljanja suicida povezuje većinom uz depresivni poremećaj (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a). Karlović, Peitl i Silić (2019.a) navode faktore koji povećavaju rizik od suicida kod osoba s shizofrenijom, a to uključuje prethodne pokušaje suicida, depresiju, osjećaj beznadnosti, zlouporabu sredstava ovisnosti, muški spol, brigu o mogućem društvenom i kognitivnom propadanju zbog bolesti, nedavni izlazak iz bolnice bez odgovarajućeg plana terapije, bijelu rasu, visoko premorbidno funkcioniranje te nepovoljne životne okolnosti. Hawton i njegovi suradnici (2005.) proveli su detaljnu analizu rizičnih čimbenika povezanih sa suicidom kod osoba s shizofrenijom,

koristeći se relevantnom literaturom iz različitih zemalja. Uključene su bile studije koje su se temeljile na kontroliranim slučajevima i kohortnim istraživanjima te su analizirali slučajeve osoba s dijagnozom shizofrenije ili srodnih poremećaja kod kojih je zabilježeno samoubojstvo kao ishod. Studije su identificirane pretraživanjem elektroničkih baza podataka i popisa referenci te konzultacijama sa stručnjacima. Podatke su iz izvješća neovisno izdvojila dva člana istraživačkog tima uz korištenje strukturirane pro forme. Podaci su izvađeni prema sljedećim varijablama (Hawton i sur., 2005.):

- a) **socio-demografski:** spol, etnička pripadnost, vjera, djeca, zaposlenje, građanski status, društvena klasa;
- b) **obiteljska anamneza:** psihijatrijski poremećaj, depresija, zlouporaba alkohola, samoubojstvo;
- c) **vlastita povijest:** nestabilan dom u djetinjstvu/gubitak roditelja, obrazovanje, IQ, dom/životne okolnosti, nedavni gubitak i životni događaji
- d) **klinička povijest:** pozitivni simptomi shizofrenija, deluzije, halucinacije (zapovjedne ili druge), paranoja, sumnjičavost, negativni simptomi shizofrenije, socijalno povlačenje, agitacija/motorički nemir, bezvrijednost/nisko samopoštovanje, beznade, poremećaj sna, uvid, strah od mentalne dezintegracije, lijekovi, pridržavanje liječenja, prisilni prijem, pokušaj samoubojstva, prijetnje samoubojstvom ili ideje o samoubojstvu, depresija (prošla i nedavna), zlouporaba/ovisnost o alkoholu, zlouporaba/ovisnost o drogama, zlouporaba/ovisnost o supstancama (droge i/ili alkohol), nasilje, impulzivnost, neprijateljstvo, sumnjičavost, tjeskoba, društveni odnosi i bolesti

Identificirano je 29 prihvatljivih studija. Čimbenici s čvrstim dokazima povećanog rizika od samoubojstva bili su prethodni depresivni poremećaji, prethodni pokušaji samoubojstva, zlouporaba droga, uznemirenost ili motorički nemir, strah od mentalne dezintegracije, slabo pridržavanje liječenja i nedavni gubitak. Smanjeni rizik bio je povezan s halucinacijama. Iako je ova meta-analiza pokazala da su neki od čimbenika rizika za samoubojstvo u shizofreniji slični onima za samoubojstvo u općoj populaciji, istaknuti su određeni čimbenici rizika koji su jasno specifični za shizofreniju i njezine posljedice. Osobe u partnerskim vezama ili u braku nisu

značajnije u manjem riziku od počinjenja suicida ukoliko boluju od shizofrenije. Također, u odnosu na rizik opće populacije, nije dokazan veći rizik kod samaca ili razvedenih osoba (Hawton i sur., 2005.).

3.10. Proces liječenja shizofrenije

Liječenje prema autoru Hudolin (1991.) karakterizira kontinuirani proces zahtijevanja dugotrajnog ambulantnog tretmana, dok se liječenje u akutnim fazama bolesti provodi najčešće u bolnici. Od procesa liječenja po važnosti se ističu psihofarmakoterapija, psihoterapija, socioterapija, radna terapija (Hudolin, 1991.). Shizofrenija se smatra, uz mentalne poremećaje uzrokovane alkoholom, vodećom dijagnostičkom kategorijom po broju ukupnih hospitalizacija zbog mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj, 2022.). Registar za psihoze Hrvatske utemeljen je od strane Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, a povod njegovog donošenja bio je uviđanje javnozdravstvene važnosti mentalnih poremećaja. Rad Registra započeo je cenzusom svih oboljelih osoba koje su bile zatečene 31.12.1961. godine u psihijatrijskim bolnicama i psihijatrijskim odjelima u Republici Hrvatskoj (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj, 2022.). „Registar za psihoze je državni registar, a predstavlja specijalni zdravstveno-statistički instrument za dugoročno praćenje oboljelih osoba te ima značajke populacijskog registra“ (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj, 2022.:40). Unutar Registra vodi se evidencija podataka osoba s prijavljenim prebivalištem u Republici Hrvatskoj s uvjetom da boluju od shizofrenije ili shizoafektivnih poremećaja (MKB šifre F20.- i F25.-) te da su liječene u stacionarnim zdravstvenim ustanovama. Svaka osoba koja je hospitalizirana zbog bolovanja od određenog mentalnog poremećaja popunjava Psihijatrijski obrazac (takozvani JZ-PSH obrazac), koji ujedno predstavlja i izvor podataka. Navedeni se popunjava prilikom otpusta iz bolnice (redovita prijava i dnevna bolnica) i na dan cenzusa 31. prosinca svake godine. JZ-PSH obrazac se, od 2017. godine, nalazi u digitalnom obliku te mu je puni naziv Prijava hospitalizacije zbog mentalnog poremećaja (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Mentalni poremećaji u Republici

Hrvatskoj, 2022.). Gruber (2012.a) stavlja naglasak na to da osoba s duševnim smetnjama tijekom liječenja i procesa rehabilitacije ima mogućnost održavanja zaposlenja i sposobnost jačanja socijalne mreže, s obzirom da navedeno predstavlja dvije kategorije koje osobama s duševnim smetnjama pružaju pomoć pri osnaživanju u uključivanje u rad i socijalni život te kako bi pridonijeli životu zajednice. Raznovrsni razlozi mogu biti povod upućivanja na psihološku procjenu (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a). Klinički intervju smatra se prvim korakom psihološke procjene s ciljem prikupljanja osnovnih informacija o oboljeloj osobi za dijagnostičku procjenu. Empatičnost, zainteresiranost i pristupačnost neke su od osobina dobrog intervjuera s ciljem motiviranja nezainteresirane osobe oboljele od shizofrenije u postupku prikupljanja podataka (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a). Klinički intervju može biti:

- a) Strukturirani intervju sastoji se od većinskog puštanja oboljele osobe da samostalno komunicira, uz minimalnu uključenost i usmjeravanje intervjuera;
- b) Polustrukturirani intervju sastoji se od pitanja koja su unaprijed isplanirana, ali i onih koja se spontano pojave tijekom postupka prikupljanja podataka, a najčešće se koriste od strane kliničkih psihologa;
- c) Nestrukturirani intervju koristi se kod prikupljanja podataka s unaprijed isplaniranim pitanjima u dijagnostičke svrhe (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a).

Psihološka procjena kognitivnih funkcija slijedi nakon kliničkog intervjuja. Testovi inteligencije služe kao baza kliničkih psihologa ispitivanja raznolikih aspekata kognitivnih mogućnosti, s ciljem eventualnih odstupanja u pojedinim područjima. Wechslerov test inteligencije smatra se najdetaljnijim testom procjene inteligencije, a sastoji se od 15 subtestova unutar četiri kognitivne domene: verbalno shvaćanje, perceptivno rasuđivanje, radno pamćenje i brzina obrade informacija (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a). Karlović, Peitl i Silić (2019.a) navode da se Wisconsin test inteligencije često koristi za procjenu kognitivne funkcije kod osoba s dijagnozom shizofrenije. Prema istim autorima, ovaj test uključuje sposobnost planiranja, pretraživanja, te korištenja povratnih informacija iz okoline kako bi se usmjerilo ponašanje prema određenom cilju. Minnesota multifazični inventar ličnosti – MMPI-2 I PAI (eng. *MMPI-A Minnesota Multiphasic Personality Inventory for Adolescents*) te Inventar za ispitivanje ličnosti (eng. *Personal Assessment Inventory*) kojeg je

utemeljio Leslie C. Morey smatraju se kod osoba oboljelih od shizofrenije najčešće korištenim upitnicima ličnosti. Prema Karloviću, Peitlu i Siliću (2019.a), MMPI-2 se često koristi kao objektivni test za mjerenje psihopatologije kod ljudi koji imaju probleme s prilagodbom ili kada postoji sumnja u njihovu sposobnost prilagođavanja, te za procjenu simptoma koji ukazuju na psihološku disfunkciju u području socijalnih i osobnih interakcija. PAI Inventar za ispitivanje ličnosti smatra se najčešće upotrebljavanim testova za procjenu ličnosti.

3.10.1. Psihofarmakoterapija i shizofrenija

Psihofarmakoterapija je grana znanosti koja se bavi proučavanjem utjecaja lijekova na um i ponašanje kojoj je cilj razumjeti kako određeni lijekovi utječu na različite aspekte mentalnog zdravlja i ponašanja, te kako ih primijeniti na najučinkovitiji i siguran način (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a). Nakon Drugog svjetskog rata, nastupilo je razdoblje koje je potaklo razvoj psihofarmaka te je taj napredak značajno utjecao na promjene u pristupu liječenju psihičkih poremećaja. Za shizofreniju se prepoznao važnim lijek neuroleptik iz skupine psihofarmaka koji ima za cilj umirivanje, uspavljivanje, preventivno djelovanje, odnosno sprječavanje pojavljivanja akutne faze bolesti. Više od 90% prvi put oboljelih osoba od shizofrenije pokazalo je potpuno nestajanje akutnih simptoma uz primjenu učinkovitih metoda liječenja (Luderer, 2006.). Prema autorima Karlović, Peitl i Silić (2019.a), psihijatrijski se lijekovi danas klasificiraju u nekoliko kategorija, koje uključuju antipsihotike, antidepresive, anksiolitike i hipnotike, antidementive, lijekove za poboljšanje kognitivnih funkcija, stabilizatore raspoloženja te lijekove za liječenje ovisnosti.

Antipsihotici dijele se na antipsihotike I., II. i III. generacije, a glavna podjela je prema farmakološkoj klasifikaciji na:

- a. *selektivne antagoniste dopaminskih receptora (DRAS)*
- b. *antipsihotike s pretežito dopaminskim antagonističkim djelovanjem prema ostalim receptorima (DRA)*
- c. *antipsihotike s pretežito serotoninско-dopaminskim antagonizmom prema ostalim receptorima (SDA)*

d. antipsihotike s dopaminskim parcijalnim agonizmom ili dopaminske agonizme/antagonizme (DPA) (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a:259).

Antipsihotici smatraju se primarnim lijekovima u procesu liječenja shizofrenije, ali imaju manu koja se vidi u ne pokrivanju svih njezinih simptoma. Nerijetko se uz antipsihotike primjenjuju i antidepresivi, stabilizatori raspoloženja, benzodiazepini, antikolinergici te ostali lijekovi (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a).

Antidepresivi se koriste kod oko 50% osoba oboljelih od shizofrenije, no zbog mogućih rizika ne preporučuje se primjena antidepresiva kod prve primjene uz antipsihotike, već se treba uz visoku razinu procjene za svakog pojedinca procijeniti rizik i korist (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a).

Stabilizatori raspoloženja smatraju se lijekovima koji se propisuju u bilo kojoj fazi bolesti s ciljem stabilizacije raspoloženja, a primarno su korišteni za liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja.⁸

Oko dvije trećine osoba oboljelih od shizofrenije koristi i benzodiazepine u obliku dodatne terapije, no preporuka je njegovo ne korištenje duže od mjesec dana kako bi se prevenirao razvoj ovisnosti i tolerancije (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a).

3.10.2. Psihosocijalne intervencije u liječenju shizofrenije

Psihosocijalne intervencije, osim farmakoterapije, posjeduju izvanredno važnu ulogu u pomoći oboljelima u maksimiziranju funkcionalnosti i oporavka. Preporuka je da oboljeli dožive iskustvo podržavajuće psihoterapije, obiteljske intervencije, psihosocijalne rehabilitacije te treninga vještina i profesionalne rehabilitacije, a ne da u središtu pozornosti bude isključivo medikamentozna terapija. Lijekovi, u aktivnoj fazi bolesti, imaju sposobnost pružanja olakšanja oboljelih u boljem prihvaćanju psihosocijalne intervencije. Međutim, u fazi terapije održavanja, uz primjenu medikamentozne terapije, predlažu se psihosocijalne intervencije koje pomažu oboljelima u procesu poboljšavanja kvalitete života (Kučukalić, Džubur-Kulenović i Bravo-Mehmedbašić, 2006.). Psihoterapija se dijeli na individualnu i grupnu

⁸ Pliva zdravlje. Bipolarni afektivni poremećaj. Posjećeno 29.04.2023. na mrežnoj stranici Pliva zdravlja:

<https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/32721/Bipolarni-afektivni-poremecaj-BAP.html>

psihoterapiju, koja za cilj ima fokusiranje na praktične životne probleme (primjerice trening životnih vještina) te je superiorna psihodinamskoj psihoterapiji. Individualna, grupna i obiteljska terapija ciljano stavljaju u fokus podršku, psihoedukaciju, bihevioralne i kognitivne vještine. Također, navodi ključne probleme pomoći oboljelima s ciljem nošenja sa vlastitom bolesti i poboljšanja kvalitete življenja i stupanja socijalne reintegracije (Kučukalić, Džubur-Kulenović i Bravo-Mehmedbašić, 2006.). Psihoterapija se primarno primjenjuje u bolnicama, dnevnim bolnicama te u ambulantnom tretmanu. Premda je u kliničkoj praksi u Republici Hrvatskoj većina osoba s prvom psihotičnom epizodom liječena hospitalno, rana intervencija u dnevnim bolnicama ili ambulantama postaje često prvi kontakt sa psihijatrijskom službom (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a).

3.10.3. Pravna pitanja liječenja

Prema Ustavu Republike Hrvatske: „*Čovjekova je sloboda i osobnost nepovrediva. Nikomu se ne smije oduzeti ili ograničiti sloboda, osim kada je to određeno zakonom, o čemu odlučuje sud*“ (NN 56/90, 135/97, 08/98, 113/00, 124/00, 28/01, 41/01, 55/01, 76/10, 85/10, 05/14, čl.22). Upravo ova druga rečenica daje iznimku od pravila, slobode svih osoba, koja se veže uz određeno liječenje osoba oboljelih od shizofrenije. Luderer i Szabo (2006.) ističu kako svaki čovjek odlučuje što će se događati s njim i njegovim tijelom te se u skladu s tim smatra da se liječnički tretman može provoditi samo u uvjetima pristanka oboljele osobe. Unatoč tomu, postoje situacije i uvjeti kada se volja oboljele osobe ne može uzeti u obzir. Zbog prirode teških psihičkih poremećaja oboljela osoba nije sposobna razumno prosuditi o (ne)prihvatanju liječenja (Luderer i Szabo, 2006.). Kao što je navedeno u Ustavu, potrebna je sudska odluka za ovaj oblik liječenja, a može ju zatražiti obitelj oboljelog člana. Vrlo je važan Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN 76/14, čl.6, stavak 3) koji ističe da „*slobode i prava osobe s duševnim smetnjama mogu se ograničiti pod uvjetima i u postupku propisanim zakonom i u mjeri u kojoj je to nužno radi njezine zaštite ili zaštite drugih osoba.*“ Osoba s duševnom bolešću ne smije biti prisilno hospitalizirana ili liječena bez svoje suglasnosti, osim ako predstavlja opasnost za sebe ili druge, što je jedina zakonska osnova za takvu prisilnu

mjeru zadržavanja ili smještaja (Kozarić-Kovačić, Grubišić-Ilić i Grozdanić, 1998., prema Škegro i Babić, 2022.). Među međunarodnim dokumentima koji su usmjereni na zaštitu prava osoba s duševnim smetnjama ubrajaju se Europska konvencija o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda (Gavella, 2000., prema Škegro i Babić, 2022.), Konvencija protiv torture i drugih surovih, neljudskih i ponižavajućih kazni ili postupaka iz 1984. godine, Madridska deklaracija usvojena na Generalnoj skupštini Svjetskog psihijatrijskog udruženja 1996. godine te Havajska deklaracija Svjetskog psihijatrijskog društva iz 1977. godine koja je potvrđena na generalnoj skupštini u Beču 1983. godine (Buljubašić i sur., 2018.; Škegro i Babić, 2022.). U Republici Hrvatskoj postoji Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama koji propisuje kako se tretiraju osobe s duševnim smetnjama u kontekstu prisilne hospitalizacije, smještaja u psihijatrijske ustanove te njihovih prava u vezi s tim pitanjima. Škegro i Babić (2022.) navode da psihijatrijski smještaj može biti dobrovoljan ili prisilan, ovisno o želji i potrebi oboljele osobe. Tijekom boravka u psihijatrijskoj ustanovi, oboljele se osobe moraju pridržavati pravila i propisa, a mogu biti podvrgnuti i liječenju te, u rijetkim slučajevima, fizičkoj sili. Osim toga, oboljele se osobe mogu izolirati unutar ustanove, što ograničava njihovu slobodu, ali ne znači nužno da su time potpuno lišeni svojih prava. Neovisno je li smještaj bio dobrovoljan ili prisilan, osoba ima određena posebna prava prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN 76/14) što se tiče pitanja boravka i liječenja, a posredno i druga prava koja pripadaju oboljeloj osobi prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (Škegro i Babić, 2022.).

3.10.4. Uloga obitelji u liječenju shizofrenije

Osiguravanje podrške i sudjelovanje obitelji u liječenju osoba oboljelih od shizofrenije od velike je važnosti. Nekoliko studija pokazalo je da podrška obitelji može smanjiti rizik od relapsa, poboljšati adheziju na terapiju, poboljšati socijalnu integraciju i kvalitetu života osobe sa shizofrenijom te smanjiti stigmatu i diskriminaciju s kojom se oboljele osobe suočavaju u svakodnevnom životu (Dyck i sur., 2002.; Barać, 2013.).

Prema istraživanju Barać (2013.), kada su obitelji uključene u terapijski proces i edukaciju o shizofreniji, poboljšava se kvaliteta života osoba s tom dijagnozom i njihovih obitelji, kao i funkcionalna sposobnost osobe sa shizofrenijom. Također, autor navodi da se poboljšava i razina znanja i razumijevanja o bolesti te da se smanjuje stigmatizacija i diskriminacija. Nadalje, prema istraživanju Dyck i suradnika (2002.), uključivanje obitelji u psihosocijalne intervencije smanjuje rizik od relapsa i poboljšava socijalno funkcioniranje osoba sa shizofrenijom. Također, autor navodi da je obitelj važan izvor podrške i pomoći u procesu liječenja te da je njihovo sudjelovanje ključno za postizanje boljih ishoda liječenja.

Tijek bolesti osobe oboljele od shizofrenije u velikom značaju ovisi o stigmi koja prati oboljelog i njegovu obitelj, ali i o shvaćanju bolesti kroz kontekst društvenih normi i zahtjeva koje stavlja suvremeno društvo (Karlović, Peitl i Silić, 2019.a). Neki teoretičari smatraju da su obiteljski odnosi važni u razvoju shizofrenije. Povezano s time nastao je i pojam shizofrenogena majka koja se opisuje kao osoba koja je hladna, dominantna, pretjerano zaštitnička, odbojna, sebična, neosjetljiva na osjećaje drugih, moralistička u pogledu seksualnosti i koja navodno doprinosi razvoju shizofrenije u svojoj djeci (Davidson i Neale, 2002.). Lefley (1990., prema Gruber, 2012.c) jasno dodaje kako je činjenica da je obiteljska potpora ona kulturalna vrijednost koja može djelovati kao medijator tijeka nekog psihičkog poremećaja. Obitelj je u stalnom tijeku prilagođavanja novim razvojnim zadacima i poteškoćama, a osobito tijekom prijelaznih točaka životnih ciklusa (Karlović, Peitl, Silić, 2019.a). Kada govorimo o postavljanju granica između privatnog i vanjskog svijeta, Karlović, Peitl i Silić (2019.a) ističu kako svaka obitelj razvija niz stavova po tom pitanju i sukladno tome će neke obitelji biti otvorene za različite interakcije (poput interakcija s drugim obiteljima, lokalnom zajednicom i slično), dok će druge zadržati privatnost unutar svoja četiri zida. U području zaštite psihičkog zdravlja, osnaživanje osoba koje imaju iskustvo psihičkih poremećaja od velike je važnosti, s obzirom na njihovu izloženost stigmi, predrasudama i općenito odnosu društva prema psihičkoj bolesti (Kletečki Radović i Šušnjara, 2019.), te je potrebno istaknuti upravo teoriju osnaživanja koja predstavlja važnu bazu kada govorimo o suočavanju s potlačenosti i diskriminacijom (Kletečki Radović, 2008.). Upravo je ta praksa osnaživanja dala veliki doprinos u pomaku korisnika u pomažućem odnosu da bude aktivan sudionik,

osoba kojoj pripada moć i koja ju koristi s ciljem svog boljitka (Kletečki Radović, 2008.). Prema Kletečki Radović (2008.) bit osnaživanja sastoji se u preuzimanju kontrole nad životnim situacijama, ostvarivanje ciljeva koji su važni pojedincu ili grupi, kao i jačanje vještine donošenja djelotvornih odluka. Mjesto u osnaživanju može biti rezervirano i za obitelj oboljele osobe, obzirom da podrška obitelji također igra ključnu ulogu u liječenju osoba oboljelih od shizofrenije. Uključivanje obitelji u terapijski proces može poboljšati adheziju na terapiju, smanjiti rizik od relapsa, poboljšati socijalno funkcioniranje te smanjiti stigmatizaciju i diskriminaciju. Stoga je važno osigurati obitelji oboljele osobe edukaciju o bolesti i njenoj terapiji te ih poticati na aktivno sudjelovanje u procesu liječenja.

3.11. Uloga socijalnog rada u liječenju shizofrenije

Socijalni rad ima važnu ulogu u liječenju osoba koje boluju od shizofrenije jer može pomoći u osiguravanju pristupa psihosocijalnim uslugama, poboljšanju kvalitete života oboljelih i njihovih obitelji te smanjenju stigme koja često prati ovu bolest. Socijalni radnici mogu pomoći u pružanju informacija o dostupnim uslugama i resursima, pružanju emocionalne podrške i razvoju strategija za prevladavanje prepreka u životu s dijagnozom shizofrenije. Boere-Boonekamp, Abma i Widdershoven (2014.) ističu da socijalni radnici u multidisciplinarnim timovima za mentalno zdravlje imaju ključnu ulogu u pružanju psihosocijalne podrške i razvoju individualiziranih planova skrbi za oboljele od shizofrenije. Također, Crawford (2013.) navodi da socijalni radnici mogu pomoći u razvoju okoline koja potiče oporavak i samostalnost osoba oboljelih od shizofrenije.

Općenito govoreći, socijalni rad u zdravstvu u stranoj literaturi spominje se kao klinički socijalni rad, zdravstveni socijalni rad te bolnički socijalni rad. Klinički socijalni rad definiran je oblikom prakse socijalnog rada, a javlja se s ciljem pomoći fizički oboljelima kako bi se radilo na jačanju dobrog zdravlja i prevencije bolesti. Zdravstveni socijalni rad smatra se praksom socijalnog rada koja je orijentirana na aspektima općeg zdravlja, s naglaskom na područja rehabilitacije, bolesti ili invalidnosti kroz izravni rad s pojedincem, grupama, obitelji ili zajednicom. Bolnički socijalni rad se nekada definirao kao pružanje socijalnih usluga unutar medicinskog

okruženja, no danas se odnosi na pružanje usluga socijalnog rada u bolnicama i srodnim zdravstvenim ustanovama (Dziegielewski, 2013., prema Milić Babić i Laklija, 2019.). Nadalje, socijalni rad ima ključnu ulogu u pružanju podrške osobama kroz primjenu bio-psiho-socijalnog pristupa u intervencijama i skrbi, što doprinosi uključivanju u proces liječenja i oporavka. (Gehlert i Browne, 2006., prema Milić Babić i Laklija, 2019.). Hudolin (1982.) je opisao socijalne radnike kao stručnjake koji surađuju s drugim profesionalcima u području socijalne medicine i psihijatrije, s posebnim naglaskom na njihovu ulogu u prepoznavanju problema pojedinca na području mentalnog, socijalnog i tjelesnog zdravlja te u pružanju podrške u cilju poboljšanja stanja. Međutim, za ispunjenje navedenog cilja, osim što bi socijalni radnik kao stručnjak trebao biti motiviran na promjenu, svakako je potrebna i aktivacija samog pojedinca/oboljele osobe. Prema Buljubašiću i suradnicima (2018.), socijalni radnici obično se povezuju s pružanjem podrške osobama s duševnim smetnjama u okviru zdravstvenog sustava, dok je socijalni rad u izvanbolničkim ustanovama na našem području i dalje slabo razvijen. Aviram (2002., prema Zlomislčić i Laklija, 2019.) navodi da je primarna uloga socijalnog radnika na psihijatriji prvotno bila usmjerena na prikupljanje informacija o oboljeloj osobi i njenom obiteljskom okruženju. Kasnije se ta uloga proširila na posredovanje između osobe, obitelji i zajednice te na podršku u procesu otpusta oboljelih osoba i pružanju skrbi u zajednici. U kontekstu profesionalnih kompetencija, socijalni radnik treba biti osiguran sa širokim spektrom znanja iz područja psihijatrije u vidu mentalnog zdravlja, socijalnog okruženja i njihovog međudjelovanja. Osnaživanje i usmjeravanje pojedinca od esencijalne je važnosti za samostalno održavanje ravnoteže oboljele osobe (Hudolin, 1982.). Socijalni radnik i zdravstveni radnik dijele neke sličnosti u radu s pojedincima i grupama, no socijalni radnik može pružiti cjelovitiju i uspješniju perspektivu u rješavanju problema zbog svoje jedinstvene perspektive (Karlović, Peitl i Silić, 2019.b). Socijalni radnik koji radi u zdravstvenom sustavu mora imati specifične vještine i sposobnosti, koje se fokusiraju na rad s pojedincem, procjenu njihovih potreba i životnih okolnosti, kao i rad s obiteljima oboljelih osoba. U navedene kompetencije ubraja se izrada individualnog plana strategija koje sadrže cilj što boljeg načina informiranja oboljele osobe u okviru dostupnih mogućnosti liječenja, po završetku hospitalizacije i potencijalnog

smještaja te pojašnjenja instituta skrbništva. Sposobnosti pri planiranju, razmatranju, evaluaciji prakse psihijatrijskog socijalnog radnika, ostvarivanje komunikacije s lokalnom zajednicom s ciljem postizanja promjena i povećanju životnih šansi oboljele osobe također su jedne od poželjnih kompetencija. Socijalni radnik trebao bi osigurati stimulirajuću atmosferu u vidu pojedinčevog rasta i razvoja određenih vještina koje su potrebne za osobnu promjenu. Pri osnaživanju pojedinaca i njihovom poticanju na izražavanje potreba i zauzimanje svojeg mjesta u društvu, potrebne su određene kompetencije socijalnog radnika. Iza djelovanja u rizičnim situacijama stoje kompetencije koje podrazumijevaju procjenu rizika uz fokus reduciranja stresa i potencijalne štete. Unutar interdisciplinarnog tima mogu postojati određeni nesporazumi, u kojima je vrlo važno korištenje konstruktivnog rješavanja nesporazuma. Funkcioniranje oboljele osobe je proces u kojem intervencije socijalnog radnika trebaju biti pristupačne ostalim članovima tima, a sve u svrhu pomoći oboljeloj osobi (Karlović, Peitl i Silić, 2019.b). Ostojić (2012., prema Đečević i sur., 2015.) ističe da socijalni radnici imaju ključnu ulogu u prevenciji shizofrenije prepoznavanjem ranih znakova socijalne izolacije, gubitka interesa za svakodnevne aktivnosti, smanjenja kvalitete akademskih ili poslovnih aktivnosti te korištenja alkohola i psihoaktivnih tvari. Konačan ishod duševnog zdravlja osobe s duševnim smetnjama ovisi o socijalnom radniku koji posjeduje ključnu ulogu u procesu poboljšanja usluga. Važno je da socijalni radnik razvija odnos s osobom koja se nalazi na hospitalizaciji, ali i nakon nje te da je usredotočen na poboljšanje oporavka osobe, pružanje podrške i na poticanje osobnih promjena (Huremović i Mahmutović, 2018.). Prema Kletečki Radović (2008.) biti etički osviješten socijalni radnik znači znati upotrijebiti znanje koje korisnik posjeduje, znati oslušivati njegove potrebe i težnje te upotrijebiti njegovu snagu kako bi se budućnost temeljila na pozitivnim ishodima. Pristup koji uvažava korisnikovo znanje o sebi i prihvaća razumijevanje situacije iz perspektive korisnika može biti osnažujuće iskustvo za korisnike koji su bili izloženi opresiji i nemogućnosti izražavanja svojih potreba i želja (Kletečki Radović, 2008.).

3.12. Shizofrenija i (ne)mogućnost zaposlenja

Osobe koje boluju od shizofrenije često se suočavaju s poteškoćama u zapošljavanju zbog stigme i diskriminacije vezane uz njihovo stanje (Moll i sur., 2016.). Stigma se odnosi na negativne stavove, predrasude i diskriminaciju prema osobama s mentalnim poremećajima, što često dovodi do isključivanja iz društva i otežava zapošljavanje. Diskriminacija je sama po sebi prisutna u mnogim aspektima života, uključujući pristup zaposlenju, obrazovanju, stanovanju i zdravstvenoj zaštiti. Poslodavci često imaju predrasude prema osobama koje imaju duševne smetnje te navedeni stav značajno umanjuje mogućnost zapošljavanja osoba s duševnim smetnjama (Corrigan i sur., 2004., prema Gruber, 2012.b). Shodno tome, zaključuje se kako je zbog navedenog razloga nerijetko vrlo teško zaposliti ili iznova zaposliti oboljelu osobu (Page, 1995.; Wahl, 1999.; Dalgin i Gilbride, 2003., prema Gruber, 2012.b). Osobe koje boluju od shizofrenije često imaju izazove u radnom okruženju, poput poteškoća u uspostavljanju socijalnih kontakata, smanjenja produktivnosti i poteškoća u održavanju koncentracije (Modini i sur., 2016.). Peterson (2007., prema Cheer, 2009.) je proveo istraživanje o iskustvima zaposlenja osoba s duševnim smetnjama čiji su rezultati pokazali kako diskriminacija na radnom mjestu postoji, istaknuo je pozitivne strane zaposlenosti te se prikazao utjecaj socijalne politike na uklanjanje prepreka na zaposlenje osoba s duševnim smetnjama. Unutar istraživanja dokazala se izravna povezanost između zaposlenosti i socijalne uključenosti. Russel i Lloyd (2004., prema Cheer, 2009.) su identificirali unutarnje prepreke zapošljavanju osoba s duševnim smetnjama kao što su nizak stupanj obrazovanja, nisko samopouzdanje i gubljenje prilika zbog epizoda izazvanih duševnim smetnjama. Lapsley i suradnici (2002.; SEU, 2004., prema Cheer, 2009.) ističu kako već navedena diskriminacija te pojava negativnih stavova prema teškoćama duševnog zdravlja predstavljaju vanjske prepreke zaposlenju, a koje posjeduju značajno težak utjecaj na njihovo zapošljavanje. Dosadašnja istraživanja koja su provedena pokazuju kako je povećan rizik od pojave shizofrenije pri nezaposlenosti (Agerbo i sur., 2004., prema Gruber, 2012.b) te je dokazano kako je rizik od povratka shizofrenije s nezaposlenošću veći (Chabungbam i sur., 2007., prema Gruber, 2012.b). Lloyd i suradnici (2006., prema Cheer, 2009.) navode kako, zbog niskih očekivanja stručnjaka za mentalno zdravlje, ne postoji mogućnost za razvijanjem

sposobnosti osoba s duševnim smetnjama za pronalazak i zadržavanjem zaposlenja, kao i viđenju osoba s duševnim smetnjama kao nesposobnim za rad. Međutim, studije pokazuju da zapošljavanje može imati pozitivan utjecaj na mentalno zdravlje osoba koje boluju od shizofrenije obzirom da radom mogu poboljšati vlastito samopouzdanje, socijalne vještine i kvalitetu života (Kitchener i Jorm, 2002.; Modini i sur., 2016.).

4. OTVORENI DIJALOG KAO PRISTUP U LIJEČENJU

4.1. Karakteristike pristupa otvoreni dijalog

Otvoreni dijalog je finska inovativna metoda liječenja osoba s psihozama, posebice shizofrenijom. Pristup „*finskog otvorenog dijaloga*“, nekad poznat i kao „*Seikkulin pristup otvorenom dijalogu*“ u psihozama (Anderson, 2002., prema Lakeman, 2014.:26) obuhvaća niz praksi i filozofiju skrbi koje se radikalno razlikuju u načinu na koji glavne službe za mentalno zdravlje rade s ljudima u krizi. Ova metoda sastoji se od sustavnog i intenzivnog rada s oboljelom osobom i njegovom obitelji u terapijskom okruženju. Pristup otvorenog dijaloga u kriznoj intervenciji prikazan je kao prilagodba finskog pristupa psihozama koji je namijenjen potrebama te koji naglašava fleksibilnost, brzi odgovor na krizu, terapijske sastanke usmjerene na obitelj i individualnu terapiju (Lakeman, 2014.). Povijest Finskog otvorenog dijaloga seže još iz 1980. godine, kada je Finski nacionalni projekt shizofrenije imao za cilj poboljšati skrb kod osoba oboljelih od teških mentalnih bolesti.

Alanen i njegovi kolege u Turku razvili su pristup liječenju shizofrenije koji naglašava pet ključnih elemenata: „(1) *brzu ranu intervenciju*; (2) *planiranje liječenja kako bi se zadovoljile promjenjive i specifične potrebe svakog pacijenta i obitelji*; (3) *obraćanje pozornosti na terapeutski stav u pregledu i liječenju*; (4) *promatranje liječenja kao kontinuiranog procesa koji uključuje različite terapijske metode*; i (5) *stalno praćenje napretka i ishoda liječenja*“ (Alanen, 1997.; Alanen, Lehtinen, Rökköläinen i Aaltonen, 1991., prema Seikkula, Alakare i Aaltonen, 2001.:247-248). Ova je grupa autora u Finskoj zapadnoj Laponiji razvila takozvanu inovaciju koju su nazvali otvorenim dijalogom, odnosno pristupom u liječenju koji je

prilagođen potrebama oboljelih osoba od shizofrenije. Autori Seikkula, Alakare i Aaltonen (2001.) navode kako se unutar ovog pristupa odvija psihoterapijski tretman organiziran za sve oboljele osobe u sklopu njihovih vlastitih sustava podrške, fokusira se na oblike komunikacije koji se koriste unutar jedinica za liječenje koje se sastoje od kriznih mobilnih timova za intervencije, oboljele osobe i njihovog kruga socijalne mreže. Također, otkriveno je kako unutar sustava liječenja prakticiranje dijaloške komunikacije može biti učinkovit pristup u liječenju. Integracija autentičnog dijaloga, učenje od ranjivih korisnika te razvijanje jednakosti u odnosu dio je prakse koja je orijentirana na osnaživanje, zajedništvo i suradnju u odnosu (Kletečki Radović, 2008.). Stručnjaci, napuštanjem vlastite profesionalne uloge, u procesu liječenja mogu razviti vještinu uključenja u dijalog s oboljelom osobom na posve autentičan način što ih može dovesti do boljeg razumijevanja teškoća s kojima se oboljela osoba suočava (Breton, 1994., prema Kletečki Radović, 2008.).

Autori Seikkula, Alakare i Aaltonen (2001.) navode kako su se organizirali mobilni timovi za krizne intervencije za pojedinačne slučajeve, u svih tadašnjih pet klinika za mentalno zdravlje i u bolnici naziva „Keropudas“. Kako bi se ostvarilo zamišljeno, svi su stručnjaci, njih ukupno 100 profesionalaca, sudjelovali u trogodišnjem programu obuke obiteljske terapije ili nekog drugog oblika psihoterapeutskog usavršavanja između 1989. i 1998. godine. Dva ili tri člana osoblja uobičajeno čine tim od primjerice psihijatra iz krizne ambulante, psihologa iz lokalne ambulante za mentalno zdravlje oboljele osobe i medicinske sestre s odjela. Tim ima za cilj preuzeti cjelokupni tretman, neovisno o tome je li oboljela osoba kod kuće ili u bolnici i neovisno o tome koliko se očekuje da će trajati liječenje (Seikkula, Alakare i Aaltonen, 2001.). Kako bi se ocijenila učinkovitost modela te kako bi se on nastavio dalje razvijati, provedeno je nekoliko akcijskih istraživačkih studija (Aaltonen i sur., 1997.; Haarakangas, 1997.; Keränen, 1992.; Seikkula, 1991., 1993.; Seikkula, Alakare i Aaltonen, 2000., prema Seikkula, Alakare i Aaltonen, 2001.).

Kritičnim točkama razvoja novog pristupa u liječenju utvrdila su se sljedeća razdoblja (Bakhtin, 1984.; Voloshinov, 1996., prema Seikkula, Alakare i Aaltonen, 2001.):

- 1) 1984. godine bili su u bolnici organizirani terapijski susreti umjesto sustavne obiteljske terapije;
- 2) 1987. godine, kada se osnovala krizna ambulanta u bolnici za organiziranje timova pojedinih slučajeva kod upućivanja na bolničko liječenje; i
- 3) 1990. godine, kada su se počeli organizirati mobilni timovi za krizne intervencije za sve ambulante mentalnog zdravlja

Seikkula i suradnici (2003., prema Lakeman, 2014.) u svojem radu opisali su glavne karakteristike otvorenog dijaloga:

- pružanje trenutne pomoći osobi s psihozom s početnim mrežnim sastankom unutar 24 sata od prvog kontakta;
- perspektiva društvene mreže - ključnim članovima društvene mreže smatraju se osobe kao što su obitelj, prijatelji, susjedi, poslodavci ili agencije za pomoć pozivaju se na prve sastanke;
- fleksibilnost i mobilnost - terapijski odgovor usklađen je s specifičnim i promjenjivim potrebama slučaja. Osoba koja doživljava krizu ne biva pozvana na izradu čvrstih planova. Mrežni sastanci se uobičajeno obično odvijaju u domu osobe i tijekom kriznog razdoblja moguće je svakodnevno održavanje istih;
- odgovornost - organizacija prvog sastanka u rukama je člana osoblja koji je prvi kontaktiran, dok je tim odgovoran za cijeli sastanak te za proces liječenja uključujući moguće bolničko liječenje;
- psihološki kontinuitet - tim ima odgovornost za liječenje u opsegu koliko god je potrebno i gdje god se događa. Različiti terapijski pristupi se po potrebi kombiniraju (na primjer individualna terapija ili rehabilitacija) s ciljem osiguranja integriranog liječenja. Obitelj je uključena u proces donošenja svih odluka, dok se i dalje, na sastancima sastaju članovi socijalne mreže osobe;
- tolerancija neizvjesnosti opisuje se kao aktivan stav terapeuta da se izbjegnu preuranjeni zaključci ili odluke o liječenju. O potrebi neuroleptika se raspravlja najmanje nekoliko sastanaka prije njihove primjene;
- dijalogizam - njime se na mrežnim sastancima želi promicati dijalog i izgradnja novog razumijevanja između sudionika na jeziku obitelji.

U otvorenom dijalogu naglasak se stavlja na pažljivom slušanju i odgovoru na ono što sudionici mreže govore, a ne na pokušaju da se intervenira ili interpretira njihov govor (Seikkula, 2011., prema Lakeman, 2014.).

Refleksije su jedan od načina reagiranja između članova tima (Andersen, 1995., prema Seikkula, Alakare i Aaltonen, 2001.). Članovi tima konstruiraju pitanja i komentare te na kraju vode refleksivnu raspravu s ostalim članovima. Govor stručnjaka o problemima je u primarnom fokusu obitelji i ostatka društvene mreže. Planovi liječenja stvaraju se transparentno, u refleksivnim raspravama. Sadržaj rasprava je raznolik, od odluka o hospitalizaciji, liječenja ili neliječenja pa do planiranja individualne psihoterapije, dok je cilj razmatranje niza mogućnosti odabira smjera djelovanja kako bi se donijela najbolja odluka za svaki pojedini slučaj oboljele osobe (Seikkula, Alakare i Aaltonen, 2001.). U nekoliko radova opisuje se da otvoreni dijalog i psihoedukativni programi prepoznaju važnost uključivanja obitelji u proces liječenja oboljele osobe (Anderson, Hogarty i Reiss, 1980.; Falloon, 1996.; Falloon, Boyd i McGill, 1984.; Goldstein, 1996.; McGorry, Edwards, Mihalopoulos, Harrigan i Jackson, 1996., prema Seikkula, Alakare i Aaltonen, 2001.). Umjesto usredotočenosti na prepoznavanje problema, dijagnozu i liječenje, pristup otvorenog dijaloga naglašava prilagođavanje terapijskog pristupa promjenjivim individualnim i obiteljskim potrebama te integraciju obiteljske i individualne terapije u proces liječenja. Osim toga, mobilni timovi stručnjaka provode odgovarajuće obiteljske intervencije usmjerene na krize (Lakeman, 2014.). Lakeman (2014.) navodi da su Lehtinen i suradnici (2000.) prikupili podatke o ishodu malog broja oboljelih osoba koje su sudjelovale u otvorenom dijalogu tijekom 1992. i 1993. Godine kao dio nacionalne finske multicentrične studije pod nazivom „*Acute Psychosis Integrated Treatment project (API)*“ ili Projekt integriranog liječenja akutne psihoze. API je za cilj imao promjenu pristupa prilagođenog potrebama i istraživanje upotrebe neuroleptika u kontekstu pružanja intenzivne psihosocijalne podrške u prvoj epizodi psihoze. Sudionici eksperimentalne skupine bili su sve oboljele osobe koje su uzastopno primljene u bolnicu s prvom epizodom psihoze i koji su bili podvrgnuti minimalnom neuroleptičkom režimu. Tijekom studije je sve bilo pod kontrolom tri mjesta za koja se smatra da imaju značajno iskustvo u pružanju psihosocijalnog tretmana (uključujući Zapadnu Laponiju).

Navedeno je uključivalo odgodu propisivanja neuroleptika do tri tjedna uz korištenje benzodiazepina za smanjenje tjeskobe ako je potrebno. Ako se u tom razdoblju primijetilo poboljšanje, neuroleptik nije bio propisan. Kontrolna je skupina također primala individualiziran oblik liječenja uključujući obiteljsku terapiju, ali bez protokola koji preporučuje minimalnu upotrebu neuroleptika (Lehtinen i sur., 2000., prema Lakeman, 2014.). Na šest lokacija bilo je uključeno ukupno 106 oboljelih osoba i otkriveno je da 42,9% eksperimentalne skupine nije primalo nikakve neuroleptike tijekom dvogodišnjeg praćenja (u usporedbi s 5,9% kontrolne skupine). Ishodi eksperimentalne skupine ocijenili su se jednako dobrima ili boljim od kontrolne skupine nakon dvije godine. Vjerojatnije je da nisu imali psihotične simptome tijekom prošle godine, a više od 50% osoba provelo je manje od dva tjedna u bolnici tijekom posljednje dvije godine (u usporedbi s 25% kontrolne skupine). Suvremena mudrost i empirijski dokazi podržavaju intenzivne psihosocijalne intervencije u liječenju psihoza, posebno ako se koristi minimalna količina neuroleptika, jer se time postižu dobri opći ishodi i prognoze (Lehtinen i sur., 2000., prema Lakeman, 2014.).

Aaltonen i suradnici (2011., prema Lakeman, 2014.) navode da je pojavnost svih shizofrenih poremećaja, odnosno shizofrenije i shizofreniformnih psihoza, dovela do značajnog pada (sa 73 na 41 oboljelu osobu). Lakeman (2014.) smatra kako se ovaj sustav skrbi smatra valjanim i utemeljenim, no uvjerenja je kako ga je potrebno proširiti i uputiti na slučajno kontrolirano ispitivanje. Također, navodi kako se otvoreni dijalog smatra skupom načela i praksi više nego intervencijom iz razloga integracije drugih pristupa terapiji i brizi što dovodi do otežavajućih okolnosti za pronalaženje ključnih čimbenika važnih za uspjeh.

4.2. Učinkovitost pristupa otvoreni dijalog

Iako postoji sve veća potreba za alternativnim i holističkim pristupima liječenju shizofrenije, informacije o učinkovitosti otvorenog dijaloga i dalje su ograničene. Unatoč ograničenim podacima, pristup otvorenog dijaloga predstavlja inovativan i obećavajući pristup u liječenju shizofrenije koji se nastavlja razvijati i primjenjivati u nekim zemljama, poput Finske i Norveške.

Prema studiji koju su proveli Seikkula i suradnici (2003.), otvoreni dijalog pokazao se učinkovit u smanjenju simptoma shizofrenije i poboljšanju funkcionalnosti oboljelih osoba. Slično tome, druga studija provedena u Finskoj također je pokazala pozitivne rezultate u primjeni otvorenog dijaloga u liječenju shizofrenije (Seikkula i Arnkil, 2006.). Prema istraživanjima Jørgensen i suradnika (2015.) i Gonçalves i suradnika (2019.), otvoreni dijalog dovodi do smanjenja broja hospitalizacija te poboljšanja funkcionalnosti i kvalitete života oboljelih osoba. Ovaj pristup također povećava uključenost obitelji u proces liječenja, što može dovesti do boljih ishoda budućnosti za oboljele osobe (Seikkula i sur., 2019.). Osim toga, otvoreni dijalog naglašava važnost rane intervencije, što može pomoći u sprečavanju pogoršanja simptoma i razvoju psihoze (Seikkula i sur., 2019.).

Iako je pristup otvorenog dijaloga u liječenju shizofrenije pokazao brojne pozitivne aspekte, usprkos tomu postoje izazovi koji mogu ograničiti njegovu učinkovitost. Prema istraživanju Børghlum i suradnika (2019.), jedan od tih izazova je nedostatak pristupačnosti s obzirom da se otvoreni dijalog još uvijek primjenjuje samo u određenim klinikama i centrima. Osim toga, otvoreni dijalog zahtijeva visok stupanj angažmana od strane stručnjaka i oboljele osobe, kao i veliku količinu uloženog vremena i truda, što ga može učiniti manje primjenjivim u kliničkoj praksi (Bland i sur., 2014.). Također, nedostaje konsenzus oko definicije i pravila primjene otvorenog dijaloga, što može dovesti do varijacija u primjeni metode i smanjiti njezinu učinkovitost (Evans i sur., 2016.).

Međutim, neke su studije pokazale ograničenu učinkovitost otvorenog dijaloga u usporedbi s drugim pristupima u liječenju shizofrenije. Pristupi koji su daleko najučestaliji i koji su se pokazali učinkovitima u liječenju shizofrenije su kognitivno-bihevioralna terapija (CBT) i upotreba antipsihotičkih lijekova. Kognitivno-bihevioralna terapija je klinički orijentirana psihoterapija koja se usredotočuje na kliničke probleme te se temelji na pretpostavci da su psihološki poremećaji posljedica narušenog načina razmišljanja. Cilj terapije je promijeniti način razmišljanja oboljele osobe kako bi se smanjila emocionalna patnja i poboljšala kvaliteta njihovog života. Prema istraživanjima, takav pristup pokazao se učinkovitim u smanjenju simptoma shizofrenije i poboljšanju funkcionalnosti oboljele osobe (Wykes i sur., 2018.). Pored toga, antipsihotički lijekovi su također

važan dio liječenja shizofrenije. Oni se primjenjuju za kontrolu simptoma kao što su halucinacije i promjene raspoloženja te za sprečavanje ponovnog pojavljivanja psihotičnih epizoda. Važno je naglasiti da antipsihotički lijekovi igraju značajnu ulogu u tretmanu shizofrenije, posebno kada je potrebna brza intervencija u hitnim slučajevima. Međutim, antipsihotički lijekovi mogu imati neželjene učinke poput ekstrapiramidnih poremećaja, sedacije i pretilosti (Lieberman i sur., 2005.). Svaki od navedenih pristupa ima svoje prednosti i nedostatke, no konačan odabir pristupa liječenju trebao bi biti prilagođen individualnim potrebama, okolnostima i preferencijama oboljele osobe.

4.3. Prednosti i nedostaci pristupa otvoreni dijalog

Pristup otvoreni dijalog u liječenju shizofrenije ima niz prednosti u odnosu na druge terapijske pristupe. Prema istraživanju Seikkula i suradnika (2006.), otvoreni dijalog pokazao je značajno smanjenje broja hospitalizacija te smanjenje simptoma kod osoba sa shizofrenijom. Otvoreni dijalog omogućava uspostavljanje odnosa povjerenja i podrške između oboljele osobe, njegove obitelji i terapeuta, što može pomoći u smanjenju osjećaja izolacije i stigmatizacije kod oboljele osobe. Također, otvoreni dijalog potiče zajedničko donošenje odluka u terapijskom procesu, što može dovesti do veće suradljivosti oboljele osobe u terapiji i većeg osjećaja kontrole nad vlastitim životom (Seikkula i sur., 2011.). Još jedna od ključnih prednosti pristupa otvorenog dijaloga očituje se u stavljanju naglaska na empatičnom i nepristranom pristupu koji se temelji na razumijevanju iskustava i perspektive oboljele osobe (Seikkula i sur., 2019.). Zbog svoje prednosti u okviru fleksibilnosti i individualiziranog pristupa prema svakoj oboljeloj osobi, Seikkula i Arnkil (2014.) ističu da se otvoreni dijalog može prilagoditi specifičnim potrebama oboljele osobe i okruženju u kojem se nalazi te se može primijeniti u različitim fazama liječenja, uključujući i liječenje u zajednici. Osim toga, ovaj pristup obuhvaća multidisciplinarni tim koji radi zajedno kako bi pružio integrirani pristup skrbi za oboljelu osobu što prema istraživanju Gonçalves i suradnika (2019.) može povećati učinkovitost liječenja jer upravo multidisciplinarni timovi mogu pružiti cjelovitiju i koordiniraniju skrb za oboljelu osobu. Također, pristup otvorenog dijaloga može se koristiti u kombinaciji s drugim terapijskim pristupima kako bi se pojačala njihova

učinkovitost, što ukazuje na njegovu fleksibilnost i prilagodljivost (Hansen i Andreassen, 2018.).

Iako postoji niz prednosti otvorenog dijaloga, on također ima svoje nedostatke odnosno izazove. Primjena otvorenog dijaloga može biti izazovna zbog ograničene dostupnosti obučениh stručnjaka koji su sposobni provoditi ovaj pristup. Otvoreni dijalog zahtijeva visoku razinu stručnosti terapeuta koji su obučeni za rad u skladu s ovim pristupom, što može biti izazovno za mnoge stručnjake koji su uključeni u pružanje mentalne zdravstvene skrbi (Jørgensen i sur., 2015.). Također, proces otvorenog dijaloga može biti dugotrajniji od drugih terapijskih pristupa, što može predstavljati dodatni izazov za oboljele osobe i terapeute. Prema istraživanju Jääskeläinen i suradnika (2013.), postoji i nedostatak čvrstih empirijskih dokaza o dugoročnoj učinkovitosti ovog pristupa što zahtijeva daljnja istraživanja. Nadalje, neki autori kritiziraju otvoreni dijalog zbog nedostatka standardizacije u kliničkoj praksi (Davidson i sur., 2016.). Na kraju, važno je naglasiti da pristup otvorenog dijaloga nije univerzalno primjenjiv ili prikladan za sve oboljele osobe i može zahtijevati prilagodbe prema individualnim potrebama i preferencijama oboljelih osoba (Seikkula i sur., 2019.).

ZAKLJUČAK

Briga o mentalnom zdravlju izuzetno je važna obzirom na to da mentalno zdravlje igra ključnu ulogu u cjelokupnom zdravstvenom stanju i kvaliteti života ljudi. Negativni čimbenici mogu imati značajan učinak na naše tijelo i fizičko zdravlje, a mogu dovesti i do dugotrajnih i ozbiljnih mentalnih poremećaja. Državne bi institucije trebale postaviti važnost brige o mentalnom zdravlju na vrh prioriteta, te kroz programe prevencije psihičkih poremećaja povećati svijest o biološkim i štetnim okolinskim čimbenicima koji mogu dovesti do razvoja bolesti poput shizofrenije. COVID-19 pandemija ostavila je značajne posljedice po zdravlje ljudi. Usprkos tome i dalje se nedovoljno govori o psihičkim posljedicama po mentalno zdravlje od početka pandemije do danas. Prvi korak ka osvještavanju, najprije mladih pojedinaca, bila bi predavanja o psihičkim poteškoćama i svakodnevnom

funkcioniranju pojedinaca koji boluju od shizofrenije. Ovim bi se korakom u struci socijalnog rada potaknula rasprava o podizanju pristupa u načinu liječenja i podrške na viši novo od dosadašnjeg. Struka socijalnog rada i dalje nije dostigla potpuniju razinu prihvaćanja od strane javnosti, oboljelog pojedinca i njegove obitelji, a razlog tome mogu biti negativne konotacije uz postupak lišenja poslovne sposobnosti, skrbništva kao instituta zaštite, pa i slike profesije u medijima. Uloga socijalnog rada u sveukupnom liječenju shizofrenije važna je i ima potencijal za značajan doprinos u poboljšanju kvalitete života oboljelih i njihovih obitelji, osnaživanju, socijalnom uključivanju te u smanjenju stigme. Stoga bi multidisciplinarni timovi za mentalno zdravlje trebali uključivati i socijalne radnike u svoj rad kako bi se osigurala cjelovita skrb za oboljele od shizofrenije. Uloga obitelji u procesu liječenja nije dovoljno naglašena, a njezina snaga i međusobna podrška članova može kod oboljele osobe doprinijeti liječenju na više načina. Istraživanja su pokazala da obiteljska podrška i suradnja sa stručnjacima značajno poboljšavaju ishod liječenja i kvalitetu života osoba oboljelih od shizofrenije, stoga je uloga obitelji od velike važnosti u procesu njihovog liječenja. U okviru istraživanja zaposlenja osoba koje boluju od shizofrenije, važno je educirati poslodavce o mentalnom zdravlju i stigmatizaciji kako bi se smanjila diskriminacija i povećao pristup zaposlenju osobama koje boluju od shizofrenije. Također je važno razvijati prilagođene programe zapošljavanja i podrške na radnom mjestu koji će omogućiti osobama koje boluju od shizofrenije da se uspješno integriraju u radnu sredinu. Otvoreni dijalog, kao pristup u liječenju, može poslužiti kao primjer dobre prakse za druge zemlje koje žele poboljšati skrb za osobe sa psihozama. Kombinacija pristupa otvorenog dijaloga, podrške obitelji i zajednice te integracije zdravstvene skrbi u multidisciplinarni pristup pokazala se vrlo učinkovitom u liječenju bolesti shizofrenije obzirom da daje izrazito pozitivne rezultate u liječenju, uključujući smanjenje broja hospitalizacija, poboljšanje socijalne funkcionalnosti i kvalitete života oboljele osobe te smanjenje stigmatizacije. Iako otvoreni dijalog predstavlja inovativan i obećavajući pristup u liječenju shizofrenije, ovaj pristup zahtijeva specifične vještine stručnjaka i daljnja istraživanja kako bi se procijenila njegova dugoročna učinkovitost te potvrdila njegova vrijednost u praksi.

LITERATURA

1. Barać, D. (2013). Uloga obitelji u liječenju shizofrenije. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49(2), 38-49.
2. Bland, A. R., Roiser, J. P., Mehta, M. A., Schei, T., & Boland, H. (2014). Understanding neuropsychiatric symptoms in dementia: a role for qualitative research. *Aging & mental health*, 18(2), 134-142.
3. Bloch, B., Ravid, S., Vadas, L., Reshef, A., Schiff, E., Kremer, I. & Haimov, I. (2010). The Acupuncture Treatment of Schizophrenia: A Review with Case Studies. *Journal of Chinese Medicine*, 93, 57-63.
4. Boere-Boonekamp, K., Abma, T. A., & Widdershoven, G. (2014). The role of social workers in multidisciplinary teams for mental health care in Europe: a systematic review. *Social work in health care*, 53(2), 99-126.
5. Børghlum, A. D., Thomsen, K. R., & Parnas, J. (2019). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)—a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 45(5), 491-500.
6. Buljubašić, S., Šerić, N., & Babić, N. (2018). Socijalni rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti—ključna karika u procesu deinstitucionalizacije. *Socijalni rad u zdravstvu*, 33-54.
7. Cannon, M. (2020). Childhood origins of schizophrenia: A review of environmental and genetic factors. *Journal of Psychiatric Research*, 129, 107-115.
8. Cheer, J. A. (2009). *The meaning of social inclusion to people with enduring mental health problems: a thesis presented in partial fulfilment of the requirement for the degree of Master of Arts in Nursing at Massey University, Auckland, New Zealand*. Doctoral dissertation. New Zealand: Massey University.
9. Crawford, J. (2013). The role of social work in facilitating recovery-oriented services for people with mental illnesses. *Social work in mental health*, 11(2-3), 189-207.
10. Davidson, G. C., Neale, J. M. (2002). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

11. Davidson, L., Seikkula, J., & Zisman-Ilani, Y. (2016). Advancing dialogical practices in mental health. *Psychosis*, 8(3), 207-212.
12. Dyck, D. G., Hendryx, M. S., Short, R. A., Voss, W. D., & McFarlane, W. R. (2002). Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational multiple-family group treatment. *Psychiatric services*, 53(6), 749-754.
13. Đečević, M., Janković, U. & Čekerevac, A. (2015). The social paradigm in psychiatry as a link between social work and psychiatry in theory and practice. *Ljetopis socijalnog rada*, 22 (3), 371-392.
14. Evans, J., Repper, J., & Morrow, E. M. (2016). A systematic review of the use of the open dialogue approach in healthcare settings. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 23(3-4), 170-180.
15. Gomory, T., Cohen, D., & Kirk, S. A. (2013). Madness or mental illness? Revisiting historians of psychiatry. *Current Psychology*, 32, 119-135.
16. Gonçalves, M. M., Ribeiro, J., Mendes, I., Freitas, A., & Santos, A. (2019). The effectiveness of open dialogue interventions in mental health: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 72, 101748.
17. Gruber, E. N. (2012a). Prijedlog intervencija u sustavu skrbi o mentalnom zdravlju a s ciljem inkluzije osoba s psihičkim poremećajima u društvo. *Ljetopis socijalnog rada*, 19 (1), 73-94.
18. Gruber, E. N. (2012b). Utjecaj radnog statusa, stupnja obrazovanja i socijalnog kontakta na samoosnaživanje osoba s psihičkim poremećajem. *Sigurnost*, 54 (4), 349-363.
19. Gruber, E. N. (2012c). Moguće intervencije u sustavu skrbi o mentalnom zdravlju s ciljem inkluzije osoba s psihičkim poremećajima u društvo. *Ljetopis socijalnog rada* 19(1), 73-94.
20. Hansen, C. B., & Andreasen, N. C. (2018). Distinctive Trait of Open Dialogue Treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(11), 869-873.
21. Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 187(1), 9-20.

22. Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2021. *Shizofrenija*. Posjećeno 28.04.2023. na mrežnoj stranici Hrvatske enciklopedije: <https://enciklopedija.hr/natuknica.aspx?ID=55744>
23. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2022). *Izvršena samoubojstva u Hrvatskoj*. Zagreb.
24. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2022). *Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj*. Zagreb.
<http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/shizofrenija-i-srodni-poremecaji/shizofrenija>
<https://stampar.hr/hr/vase-zdravlje/depresija-kako-si-mozete-pomoci>
<https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/32721/Bipolarni-afektivni-poremecaj-BAP.html>
25. Hudolin, V. (1982). *Socijalna psihijatrija i psihopatologija*. Zagreb: Školska knjiga.
26. Hudolin, V. (1991). *Rječnik psihijatrijskog nazivlja*. Zagreb: Školska knjiga.
27. Huremović, V. & Mahmutović, S. (2018). Uloga socijalnog radnika u liječenju osoba s duševnim smetnjama. *Društvene i humanističke studije*, 1(4), 109-120
28. Imran, N., Zeshan, M., & Pervaiz, Z. (2020). Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19 Pandemic. *Pakistan journal of medical sciences*, 36(COVID19-S4), S67.
29. Insel, T. R. (2010). Rethinking schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 187-193.
30. Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., & Veijola, J. (2013). A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1296-1306.
31. Jeleč, V., Bajić, Ž., Šimunović Filipčić, I., Portolan Pajić, I., Šentija Knežević, M., Miloloža, I. & Filipčić, I. (2019). Utilization of somatic healthcare in Croatian patients with schizophrenia spectrum disorder, major depression, PTSD and the general population. *BMC psychiatry*, 19(1), 1-10.
32. Jørgensen, R., Munksgaard, G., Lolk, A., Lindhardt, A., Pisinger, V. S., Hjorthøj, C., & Nordentoft, M. (2015). Effect of the Open Dialogue method on psychiatric hospitalization rates. A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(4), 193-202.

33. Karlović, D., Peitl, V., & Silić, A. (2019a). *Shizofrenije*. Zagreb: Naklada Slap.
34. Karlović, D., Peitl, V., & Silić, A. (2019b). *Psihijatrija*. Zagreb: Naklada Slap.
35. Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2002). Mental health first aid training in a workplace setting: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 2(1), 23.
36. Kletečki Radović, M. (2008). Teorija osnaživanja u socijalnom radu. *Ljetopis socijalnog rada*, 15(2), 215-242.
37. Kletečki Radović, M. (2008). Teorija osnaživanja u socijalnom radu. *Ljetopis socijalnog rada*, 15(2), 215-242.
38. Kletečki Radović, M., & Šušnjara, M. (2019). Kvalitativna evaluacija primjene NLP-a u samoosnaživanju osoba sa psihosocijalnim teškoćama. *Ljetopis socijalnog rada*, 26(1), 81-105.
39. Knezić, D. & Opačić, A. (2021). *Dostupnost socijalnih usluga u Republici Hrvatskoj*. Zagreb: Rehabilitacijski centar za stres i traumu/ Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
40. Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... & Eaton, N. R. (2017). The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology*, 126(4), 454-477.
41. Kučkalić, A., Džubur-Kulenović, A., & Bravo-Mehmedbašić, A. (2006). Vodič za liječenje shizofrenije. *Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo*, 7-60.
42. Lakeman, R. (2014). The Finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: a review. *Psychotherapy in Australia*, 20(3), 28-35.
43. Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Rosenheck, R. A., Perkins, D. O., ... & Hsiao, J. K. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 353(12), 1209-1223.
44. Luderer, H. J., & Szabo, S. (2006). *Shizofrenija: kako naučiti nositi se s bolešću: korisne informacije za bolesnike i članove njihovih obitelji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
45. Luderer, H.J. (2006). *Shizofrenija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

46. Lysaker, P. H., & Buck, K. D. (2008). Is recovery from schizophrenia possible? An overview of concepts, evidence, and clinical implications. *Primary Psychiatry*, 15(2), 60-65.
47. Milić Babić & Lakija, M. (2019). Socijalni rad u zdravstvu–pogled iz kuta socijalnih radnika zaposlenih u bolnicama. *Jahr–European Journal of Bioethics*, 10(1), 9-32.
48. Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., Bryant, R. A., & Mitchell, P. B. (2016). The mental health benefits of employment: Results of a systematic review of longitudinal studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(9), 837-847.
49. Moll, S. E., Patten, S. B., & Stuart, H. (2016). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 29(6), 218-223.
50. Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N. & Arango, C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The lancet psychiatry*, 7(9), 813-824.
51. MSD. *Priručnik dijagnostike i terapije*. Posjećeno 25.04.2023. na mrežnoj stranici MSD-a:
52. Nastavni zavod dr.Andrija Štampar. *Mentalno zdravlje – Depresija*. Posjećeno 28.04.2023. na mrežnoj stranici Nastavnog zavoda dr.Andrija Štampar:
53. Nietzel M. T., Bernstein D. A. & Milich A. (2001). *Uvod u kliničku psihologiju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
54. Novaković, M. Hasanbegović-Anić, E., Tuce, Đ., & Alispahić, S. (2021). Uticaj psihosocijalnih faktora na subjektivni doživljaj kvaliteta života osoba sa shizofrenijom. *DHS*, 2(15), 361-386.
55. Odorjan, M., Balabanić, I. & Štefan, T. (2018). Proces deinstitutionalizacije klinika za psihijatriju u Hrvatskoj. *Obnovljeni Život*, 73 (1), 25-36.
56. Petz, B., & Furlan, I. (1992). *Psihologijski rječnik*. Prosvjeta.
57. Pfeifer, S. (1996). *Bodriti slabe : suvremena psihijatrija i dušobrižništvo*. Zagreb: Steppress.
58. Pliva zdravlje. *Bipolarni afektivni poremećaj*. Posjećeno 29.04.2023. na mrežnoj stranici Pliva zdravlja:

59. Radić, S. & Škrbina, D. (2011). Uloga radnog terapeuta u rehabilitaciji oboljelih od šizofrenije. *Medica Jadertina*, 41 (1-2), 71-81.
60. Seikkula, Birgitta Alakare, Jukka Aaltonen, J. (2001). Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(4), 247-265.
61. Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2014). Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Results of a Two-Year Follow-Up on First Episode Schizophrenia. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 16(2), 210-227.
62. Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2019). The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, 11(1), 12-20.
63. Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., & Rasinkangas, A. (2003). Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 5(3), 208-218.
64. Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., & Lehtinen, K. (2006). Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 8(3), 243-256.
65. Seikkula, J., Olson, M. E., & Mezzina, R. (2011). The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family Process*, 50(3), 393-414
66. Sofić, S., & Huskić, F. (2018). Psihosocijalna podrška članovima porodice korisnika usluga centara za mentalno zdravlje. *Socijalni rad u zdravstvu*, 54.
67. Sorić, A. (2022). *Psihopatološka fenomenologija shizofrenije*. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet u Zagrebu.
68. Škegro, J. & Babić, D. (2022). Prisilna hospitalizacija u svrhu zaštite osoba s duševnim smetnjama. *Zdravstveni glasnik*, 8 (1), 117-128.
69. Štrkalj Ivezić, S., Jukić, V., Štimac Grbić, D., Čelić, I., Brečić, P., Silobrčić Radić, M., Bagarić, A. & Ćurković, M. (2018). Organizacija liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj. *Acta medica Croatica*, 72(2), 179-187.

70. Thaker, G. K. (2018). Neurophysiological endophenotypes across bipolar and schizophrenia psychosis. *Schizophrenia research*, 193, 384-386.
71. Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *The British journal of psychiatry*, 185(4), 283-290.
72. Ustav Republike Hrvatske. Narodne Novine. NN 56/90, 135/97, 08/98, 113/00, 124/00, 28/01, 41/01, 55/01, 76/10, 85/10, 05/14.
73. World Health Organisation. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*. Posjećeno 27.04.2023. na mrežnoj stranici World Health Organisation: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
74. World Health Organization. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*.
75. Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia bulletin*, 34(3), 523-537.
76. Xiang, Y. T., Zhao, Y. J., Liu, Z. H., Li, X. H., Zhao, N., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental health service reform. *International journal of biological sciences*, 16(10), 1741.
77. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Narodne Novine. NN 76/14.
78. Zlomislić, D., & Laklija, M. (2019). Uloga socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije i čimbenici koji utječu na njihovu spremnost na uključivanje u superviziju. *Ljetopis socijalnog rada*, 26(1), 107-133.