

Socioterapijske metode u liječenju osoba oboljelih od shizofrenije

Grabar, Marija

Undergraduate thesis / Završni 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:199:316224>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-05**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Marija Grabar

**SOCIOTERAPIJSKE METODE U LIJEČENJU OSOBA
SA SHIZOFRENIJOM**

ZAVRŠNI RAD

Zagreb, 2023.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Marija Grabar

**SOCIOTERAPIJSKE METODE U LIJEČENJU OSOBA
SA SHIZOFRENIJOM**

ZAVRŠNI RAD

Mentorice:

Izv. prof. dr. sc. Tihana Jendričko

prof. dr. sc. Gordana Berc

Zagreb, 2023.

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Shizofrenija.....	2
2.1. Povijest pojma shizofrenije.....	2
2.2. Etiologija i epidemiologija shizofrenije.....	2
2.3. Dijagnosticiranje shizofrenije.....	3
2.4. Vrste liječenja shizofrenije.....	6
3. Socioterapijske metode.....	6
3.1. Terapijska zajednica.....	7
3.1.1. Pojam terapijske zajednice.....	8
3.1.2. Sastanak terapijske zajednice.....	9
3.1.3. Faze u postupku liječenja u terapijskoj zajednici.....	10
3.2. Case management.....	11
3.2.1. Pojam case managementa.....	11
3.2.2. Sastavnice case managementa.....	12
3.2.3. Case manager.....	12
3.2.4. Istraživanje o kvaliteti života osoba uključenih u case management.....	13
3.3. Trening socijalnih vještina.....	14
3.3.1. Pojam treninga socijalnih vještina.....	15
3.3.2. Tijek i sadržaj treninga socijalnih vještina.....	15
3.3.3. Istraživanja o učinkovitosti treninga socijalnih vještina.....	15
3.4. Art-terapija.....	16
3.4.1. Glazboterapija.....	17
3.4.2. Likovna terapija.....	19
3.5. Radno-okupacijska terapija.....	20
3.5.1. Cilj radne terapije.....	21
3.5.2. Faze radne terapije.....	22
4. Uloga socijalnog radnika u liječenju osoba oboljelih od shizofrenije.....	22
5. Zaključak.....	25
6. Literatura.....	26

Socioterapijske metode u liječenju osoba oboljelih od shizofrenije

Sažetak:

Shizofrenija, sa pojavnosti od oko 1%, predstavlja jedan od glavnih uzroka invaliditeta diljem svijeta te jednu od najčešćih psihijatrijskih bolesti. Osobe oboljele od shizofrenije se liječe: farmakoterapijom, psihoterapijom i socioterapijom. Socioterapija se, kao psihijatrijska metoda, fokusira na različite društvene faktore s ciljem prevencije i resocijalizacije, to jest, ponovnog uključivanja oboljelog u njegovu sredinu, u tijeku ili nakon psihijatrijskog liječenja. Socioterapijske metode su: terapijska zajednica, *case management*, trening socijalnih vještina, glazboterapija, likovna terapija, te radno-okupacijska terapija. Cilj ovog preglednog završnog rada je prikazati dosadašnje spoznaje o socioterapijskim metodama liječenja osoba oboljelih od shizofrenije.

Ključne riječi: shizofrenija, socioterapija, socioterapijske metode, liječenje.

Sociotherapeutic methods in the treatment of people suffering from schizophrenia

Abstract:

Schizophrenia, with an incidence of about 1%, is one of the main causes of disability worldwide and one of the most common psychiatric diseases . People suffering from schizophrenia are treated with: pharmacotherapy, psychotherapy and sociotherapy. Sociotherapy, as a psychiatric method, focuses on various social factors with the aim of prevention and resocialization, that is, the reintegration of the patient into his environment, during or after psychiatric treatment. Sociotherapeutic methods are: therapeutic community, *case management*, social skills training, music therapy, art therapy and work-occupational therapy. The aim of this review final paper is to present the current knowledge about sociotherapeutic methods of treatment of people suffering from schizophrenia.

Key words: schizophrenia, sociotherapy, sociotherapeutic methods, treatment.

Izjava o izvornosti

Ja, Marija Grabar punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog 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: Marija Grabar

1. Uvod

Duševni poremećaji, zbog svoje relativno visoke pojavnosti, predstavljaju jedan od glavnih globalnih izazova zdravstva (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2022.). Shizofrenija je svrstana u kategoriju mentalnih i neurorazvojnih poremećaja te poremećaja ponašanja za koje je karakterističan klinički značajan poremećaj u ponašanju, kogniciji ili emocionalnoj regulaciji pojedinca koji utječe na njegove razvojne, biološke ili psihološke procese (Američka psihijatrijska udruga, 2014.; Svjetska zdravstvena organizacija, 2019.). Shizofrenija, sa pojavnosti od oko 1%, predstavlja jedan od glavnih uzroka invaliditeta diljem svijeta te jednu od najčešćih psihijatrijskih bolesti (Gruber i sur., 2010.; Placebo, 2014.; Studija o globalnom teretu bolesti, 2017.). U prosjeku 4,9% osoba koje boluju od shizofrenije počini suicid, što je značajno iznad prosjeka populacije (Palmer, Pankratz i Botswick, 2005.). Shizofrenija je drugi najčešći uzrok hospitalizacije osoba zbog mentalnih poremećaja te vodeća dijagnoza kada se promatra broj dana bolničkog liječenja zbog mentalnih poremećaja u Hrvatskoj (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2022.).

Osobe oboljele od shizofrenije se liječe: farmakoterapijom, psihoterapijom i socioterapijom (Herceg, 2010.). Prema autoru Herceg (2010.), psihofarmakološko liječenje shizofrenije je najznačajniji pristup liječenja shizofrenije te ono predstavlja temelj liječenja shizofrenije, no autorica Štrkalj-Ivezić i suradnici ističu kako su za bolesnika podjednako važne i psihosocijalne metode liječenja i farmakoterapija unatoč raširenoj prihvaćenosti farmakoterapije kao temelja liječenja, a pogotovo kada je cilj liječenja oporavak od psihičke bolesti (Scott, 1995.; Penn i Mueser, 1996.; Kendall, 2011., prema Štrkalj-Ivezić i sur., 2017.).

Navedeno upućuje na potrebu aktualizacije te sveobuhvatnijeg i kvalitetnijeg liječenja shizofrenije. Kako bi se to ostvarilo potrebno je napraviti pregled dosadašnjih saznanja o metodama liječenja osoba oboljelih od shizofrenije. Socioterapijske metode stavljene su u fokus ovog preglednog završnog rada koji ima za cilj prikazati dosadašnje spoznaje o socioterapijskim metodama liječenja osoba oboljelih od shizofrenije.

2. Shizofrenija

2.1. Povijest pojma shizofrenije

Shizofrenija kao bolest pod tim nazivom postoji od 24. travnja 1908. godine kada je švicarski psihijatar Eugen Bleuer predložio to ime za bolest, do tada poznatu pod nazivom *dementia praecox*, na skupu Njemačke udruge psihijatara u Berlinu (Fusar-Poli i Politi, 2008.; Maatz, Hoff i Angst, 2015.; Tew, 2017.).

Pojam *dementia praecox*, koji je označavao prerani gubitak umnih sposobnosti, nastao je 1893. godine kada je njemački psihijatar Emil Kraepelin odlučio obuhvatiti hebefreniju, paranoidnu demenciju te katatoniju unutar tog pojma te je tako razlikovao to stanje od demencije starije dobi i manično-depresivne psihoze (Adityanjee i sur., 1999.; Luderer, 2006.; Pull, 2002., prema Silveira, Marques-Teixeira i Bastos-Leite, 2012.; Karlović, Peitl i Silić, 2019.). Prema Kraepelinu, *dementia praecox* je bila jedinstvena progresivna neurodegenerativna bolest koja je rezultirala nepovratnim gubitkom kognitivnih funkcija (Tew, 2017.; Karlović, Peitl i Silić, 2019.).

Bleuer, s druge strane, shizofreniju vidi kao sindrom, to jest grupu različitih patomorfoloških ili patofizioloških poremećaja sa sličnom kliničkom slikom koja može imati povoljni ishod te se u srži poremećaja nalazi rascjep između misaonog i afektivnog života (Karlović, Peitl i Silić, 2019.). Eugen Bleuer je smatrao kako je ime *dementia praecox* nepraktično te zato predlaže novo ime: shizofrenija za koje smatra da će bolje prikazati srž bolesti (Tew, 2017.; Karlović, Peitl i Silić, 2019.). Naziv shizofrenija je nastao spajanjem dvije grčke riječi, a to su *shizos* – označava rascjep i *frenos* – duša/um na temelju čega naziv shizofrenija opisuje sindrom podijeljene ličnosti (Karlović, Peitl i Silić, 2019.). Bleuler je opisao četiri glavna simptoma shizofrenije; 4A, a to su: 1. ambivalencija, 2. poremećaj asocijacija, 3. autizam te 4. poremećaj afekta (Adityanjee i sur., 1999.; Karlović, Peitl i Silić, 2019.).

2.2. Etiologija i epidemiologija shizofrenije

Shizofrenija sa pojavnosti od oko 1% predstavlja jedan od glavnih uzroka invaliditeta diljem svijeta te jednu od najčešćih psihijatrijskih bolesti (Gruber i sur., 2010.; Placebo, 2014.; Studija o globalnom teretu bolesti, 2017.). Shizofrenija najčešće

započinje u razdoblju od 15. do 25. godine života, a oko 20% do 40% osoba oboljelih od shizofrenije prve psihotične simptome dožive prije 20. godine (Loranger, 1984., prema Lehman i sur., 2004.; Gruber i sur., 2010.).

2023. godine, 115 godina nakon što je dobila svoje ime, shizofrenija je i dalje veoma složen duševni poremećaj nepoznatog podrijetla kojeg znanstvena zajednica tek treba utvrditi (Silveira, Marques-Teixeira i Bastos-Leite, 2012.). Autori Lieberman i First tvrde kako je shizofrenija povezana s abnormalnostima u funkciji i strukturi mozga (Lieberman, 2007., prema Tew, 2017.). Osobe čiji je član obitelji osoba oboljela od shizofrenije ima veću mogućnost oboljenja od shizofrenije, taj postotak se povećava ovisno o kojem se članu obitelji radi (Gruber i sur., 2010.).

Rizični čimbenici za pojavu shizofrenije su različiti, a neki od njih su: 1. socijalni stresori, kao što su urbanost i migracija, 2. genetika, 3. visoka prevalencija vaskularnih rizičnih čimbenika, 4. različiti prenatalni i perinatalni faktor (virusne infekcije, komplikacije pri porodu i tokom trudnoće, intrauterini poremećaj rasta djeteta...), 5. visoka prevalencija poremećaja ovisnosti o supstancama (Maatz, Hoff i Angst, 2015.; Owen, Sawa i Mortensen, 2016.).

U usporedbi s općom populacijom osobe koje boluju od shizofrenije imaju znatno veći rizik od smrti u mlađoj dobi (Palmer, Pankratz i Botswick, 2005.; Olfson i sur., 2015.; Maatz, Hoff i Angst, 2015.; Schoenbaum i sur., 2017.; Simon i sur., 2018.). Nepovoljniji ishodi shizofrenije su češći kada: 1. je oboljela osoba muškog spola, 2. kada su prisutni teški negativni simptomi, 3. kada bolest rano nastupi te 4. kada se kasno počne sa tretmanom bolesti (Maatz, Hoff i Angst, 2015.).

2.3. Dijagnosticiranje shizofrenije

Međunarodna klasifikacija bolesti 11. revizije te Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje predstavljaju glavne službene klasifikacije koje se koriste za dijagnosticiranje shizofrenije. Međunarodnu klasifikaciju bolesti donosi Svjetska zdravstvena organizacija, a Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje Američka psihijatrijska udruga.

Shizofrenija je karakterizirana poremećajima u jednom ili više područja (Američka psihijatrijska udruga, 2014.; Svjetska zdravstvena organizacija, 2019.). Poremećaji mogu biti u području: 1. razmišljanja (dezorganizacija misli, zablude), 2. samodoživljaja (iskustvo da su nečije misli, osjećaji i impulsi pod utjecajem vanjske sile), 3. volje (gubitak motivacije), 4. ponašanja (besmisleno i bizarno ponašanje te neprikladne ili nepredvidive emocionalne reakcije koje ometaju organizaciju ponašanja), 5. percepcije (halucinacije), 6. kognicije (oslabljena pozornost, socijalna kognicija i verbalno pamćenje) i 7. afekta (otupljeno emocionalno izražavanje) (Američka psihijatrijska udruga, 2014.; Svjetska zdravstvena organizacija, 2019.).

Za dijagnosticiranje shizofrenije, simptomi moraju trajati najmanje mjesec dana te oni ne smiju biti manifestacija: 1. uporabe lijekova i opojnih sredstava te 2. drugog medicinskog stanja (Američka psihijatrijska udruga, 2014.; Svjetska zdravstvena organizacija, 2019.). Nadalje, za dijagnosticiranje shizofrenije, najmanje dva od idućih simptoma moraju biti prisutni većinu vremena u razdoblju od mjesec dana ili dulje te mora biti prisutan barem jedan od kvalificirajućih simptoma, koji su označeni rednim brojevima od jedan do četiri (Svjetska zdravstvena organizacija, 2019.). Simptomi shizofrenije su: 1. perzistirajuće halucinacije, 2. perzistirajuće deluzije, 3. dezorganizirano razmišljanje, 4. iskustva kontrole, pasivnosti ili utjecaja, 5. izrazita dezorganizacija ponašanja i psihomotorni poremećaji te 6. negativni simptomi (Američka psihijatrijska udruga, 2014.; Svjetska zdravstvena organizacija, 2019.).

Perzistirajuće halucinacije, kao poremećaji percepcije, predstavljaju iskustva koja se događaju bez vanjskog podražaja (Američka psihijatrijska udruga, 2014., Svjetska zdravstvena organizacija, 2019.). Halucinacije su prisilne, jasne, vividne, snažne kao normalne percepcije te se mogu pojaviti u bilo kojem senzornom modalitetu (Američka psihijatrijska udruga, 2014.). Slušne halucinacije su najčešće kod shizofrenije i srodnih poremećaja (Američka psihijatrijska udruga, 2014.).

Perzistirajuće deluzije, kao poremećaji razmišljanja, predstavljaju fiksna uvjerenja koja se ne mogu promijeniti ni nakon prilaganja proturječnih dokaza (Američka psihijatrijska udruga, 2014., Svjetska zdravstvena organizacija, 2019.). Postoje različite vrste deluzija, no najčešće su iluzije progona te referentne zablude

(Američka psihijatrijska udruga, 2014.). Iluzije progona predstavljaju uvjerenja oboljele osobe da će biti uznemiravana ili povrijeđena od strane neke organizacije, pojedinca ili neke skupine, a referentne zablude predstavljaju uvjerenja oboljele osobe da su određeni komentari, geste te okolinski znakovi usmjereni na nju (Američka psihijatrijska udruga, 2014.). Dezorganizirano razmišljanje, kao poremećaj razmišljanja, okarakterizirano je labavim asocijacijama, „salatom od riječi“ i tangencijalnosti (Američka psihijatrijska udruga, 2014., Svjetska zdravstvena organizacija, 2019.). Labavim asocijacijama nazivamo kada se osoba, tijekom razgovora, prebacuje s jedne teme na drugu (Američka psihijatrijska udruga, 2014.). „Salata od riječi“ je karakterizirana dezorganiziranim govorom u tolikoj mjeri da je gotovo nerazumljiv i liči na receptivnu afaziju (Američka psihijatrijska udruga, 2014.). Kada su odgovori na pitanja koso povezani ili potpuno nepovezani tada govorimo o tangencijalnosti (Američka psihijatrijska udruga, 2014.).

Iskustva kontrole, pasivnosti ili utjecaja karakterizirani su iskustvom ili osjećajem da djela, osjećaji, misli i impulsi jedne osobe nisu stvoreni od strane te osobe, nego su postavljene u njezin um od strane drugih osoba ili da svi mogu vidjeti njihove misli (Svjetska zdravstvena organizacija, 2019.).

Izrazita dezorganizacija ponašanja i psihomotorni poremećaji očituju se na različite načine, pri čemu manifestacije variraju od dječje „budalaštine“ do nepredvidive uznemirenosti (Američka psihijatrijska udruga, 2014.). Problemi se mogu iskazati u obliku ciljanog ponašanja koje sputava izvršenje svakodnevnih životnih aktivnosti (Američka psihijatrijska udruga, 2014.). Ova skupina simptoma uključuje i katatonično ponašanje koje je karakterizirano izrazitim smanjenjem reaktivnosti na okoliš (Američka psihijatrijska udruga, 2014.). Katatonično ponašanje očituje se ponašanjima u rasponu od negativizma (otpora prema uputama), preko održavanja bizarnog, neprikladnog ili krutog držanja, do potpunog nedostatka motoričkih i verbalnih odgovora, poznatijih kao stupor i mutizam (Američka psihijatrijska udruga, 2014.).

Negativni simptomi čine značajan dio morbiditeta povezanih sa shizofrenijom (Američka psihijatrijska udruga, 2014.). Kod shizofrenije se posebno ističu dva negativna simptoma, a to su: 1. avolucija i 2. smanjeno emocionalno izražavanje.

Avolicija je izostajanje ili smanjenje motivacije za izvršavanje svrhovitih aktivnosti, a smanjeno emocionalno izražavanje uključuje smanjenje izraza emocija na licu, intonacije govora, kontakta očima, pokreta lica, glave i ruku koji doprinose emocionalni naglasak govoru (Američka psihijatrijska udruga, 2014.). Ostali negativni simptomi su asocijalnost, alogija i anhedonija (Američka psihijatrijska udruga, 2014.).

2.4. Vrste liječenja shizofrenije

Osobe oboljele od shizofrenije se liječe: farmakoterapijom, psihoterapijom i socioterapijom (Herceg, 2010.).

Prema autoru Herceg (2010.), psihofarmakološko liječenje shizofrenije je najznačajniji pristup liječenja shizofrenije te ono predstavlja temelj liječenja shizofrenije, no autorica Štrkalj-Ivezić i suradnici ističu kako su za bolesnika podjednako važne i psihosocijalne metode liječenja i farmakoterapija unatoč raširenoj prihvaćenosti farmakoterapije kao temelja liječenja, a pogotovo kada je cilj liječenja oporavak od psihičke bolesti (Scott, 1995.; Penn i Mueser, 1996.; Kendall, 2011., prema Štrkalj Ivezić i sur., 2017.).

U nastavku rada, fokus je stavljen na socioterapiju, to jest, socioterapijske metode, kao vrstu liječenja shizofrenije.

3. Socioterapijske metode

Socioterapija, kao intervencija u socijalnom radu, se temelji na različitim oblicima, terapijskim tehnikama i metodama rada (Šoltésová, Bosá, Balogová, 2015.; Šoltésová, Bosá i Balogová, 2016., prema Balogová, Hamadej, i Pížová, 2018.). One se koriste za unaprjeđivanje socijalnog funkcioniranja i aktivaciju bolesnikovih potencijala pri čemu se u fokus stavljaju idući aspekti: 1. bolesnik u svojoj okolini, 2. bolesnikova okolina, te 3. odnos bolesnika prema svojoj okolini (Ružić, Medved, Dadić-Hero i Tomljanović, 2009.; Šoltésová, Bosá, Balogová, 2015.; Šoltésová, Bosá i Balogová, 2016., prema Balogová, Hamadej, i Pížová, 2018.; Hrvatska enciklopedija, 2021.).

Socioterapija, kao rehabilitacijska terapija, se fokusira na: 1. socijalno funkcioniranje oboljelog, 2. unapređenje vještina oboljelog kako bi funkcionirao na društveno poželjan način, 3. okolinske čimbenike te 4. blagostanje u zajednici te holističko zdravlje (Ružić, Medved, Dadić-Hero i Tomljanović, 2009.; Jakovljević i Begić, 2013.; Campbell, 2004., prema Balogová, Hamadej, i Pížová, 2018.; Cavanagh, 2021., Hrvatska enciklopedija, 2021.).

Socioterapija, kao psihijatrijska metoda, se fokusira na različite društvene faktore s ciljem prevencije i resocijalizacije, to jest, ponovnog uključivanja oboljelog u njegovu sredinu, u tijeku ili nakon psihijatrijskog liječenja (Ružić, Medved, Dadić-Hero i Tomljanović, 2009.; Stjepanović, Jendričko i Ostojić, 2015.; Jagieł, 2010., prema Balogová, Hamadej, i Pížová, 2018.).

Ključ uspjeha i glavni faktor u određivanju terapijske vrijednosti socioterapije je društveni kontakt u kojem članovi grupe aktivno sudjeluju, međusobno se savjetuju, ispravljaju ispituju te utječu jedni na druge (Richters, 2010., prema Kubilay Akman, 2016.).

Socioterapijske metode su: 1. terapijska zajednica, 2. *case management*, 3. trening socijalnih vještina, 4. glazboterapija, 5. likovna terapija, te 6. radno-okupacijska terapija (Ružić, Medved, Dadić-Hero i Tomljanović, 2009.; Štrkalj-Ivezić i sur, 2017.).

3.1. Terapijska zajednica

Terapijska zajednica kao najpoznatija metoda u socioterapiji upotrebljava psihoterapijsku i socioterapijsku metodu za liječenje osoba oboljelih od različitih duševnih poremećaja (Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.). Za vrijeme preporoda socijalne psihijatrije u Hrvatskoj terapijska zajednica je bila vodeća socioterapijska metoda. (Mužinić, Štrkalj-Ivezić, Jukić i Pisk, u tisku, prema Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.). Prvu terapijsku zajednicu u Hrvatskoj je pokrenuo hrvatski neuropsihijatar Vladimir Hudolin (Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.; Hrvatska enciklopedija, 2021.).

3.1.1. *Pojam terapijske zajednice*

Koncept terapijske zajednice osnovan je na idejama pripadnosti grupi i kolektivne odgovornosti te promicanju osobne odgovornosti i izbjegavanja osjećaja ovisnosti o profesionalnom osoblju (Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.). Terapijska zajednica funkcionira na temelju četiri osnovna načela, a to su zajedništvo, demokratizacija, permisivnost i suočavanje sa stvarnošću (Rapoport, 1960., prema Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.). Zajedništvo obuhvaća direktnu komunikaciju te slobodno međudjelovanje u kreiranju osjećaja dijeljenja i pripadanja. Svaki član osoblja i zajednice ima jednake mogućnosti participiranja u osmišljavanju terapijske zajednice i to upućuje na načelo demokratizacije (Rapoport, 1960., prema Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.). Permisivnost označava to da članovi terapijske zajednice mogu otvoreno iskazivati svoje osjećaje i misli bez negativnih posljedica. Članove se mora i može kontinuirano suočavati s vlastitom slikom kako ih vide članovi osoblja te drugi članovi terapijske zajednice, što ukazuje na načelo suočavanja s realnošću (Rapoport, 1960., prema Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.). Sva opisana načela su uzajamno povezana. Pri uzimanju u obzir svih mišljenja članova zajednice važno je ne zapostaviti jasnoću i realitet o granicama koje omogućavaju demokratsko odlučivanje i odgovornost osoblja za osiguravanje sigurnog prostora za terapijski rad (Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.). Svi članovi imaju pravo na direktnu komunikaciju no pri izražavanju svojih mišljenja i osjećaja moraju voditi računa o osjećajima drugih članova zajednice (Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.).

Prema Camplingu, terapijska zajednica ima dvije svrhe - psihoterapijsku, koja podrazumijeva bolje poznavanje sebe, te rehabilitacijsku svrhu, koja se odnosi na pripremanje članova za svijet izvan terapijske zajednice (2001., prema Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.). Izvršavanje svakodnevnih obveza te strukturirani program unapređuju nošenje s duševnim smetnjama. U terapijskoj zajednici naglasak se stavlja na zajednicu u cjelini, ali i na istovremeni razvoj osobnog (Campling, 2001., prema Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.). Jones govori o dva usporedna procesa terapijske zajednice – djelotvornom funkcioniranju terapijske zajednice u globalu te individualnom razvoju svakog člana terapijske zajednice (1968., prema Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina,

2014.). Unatoč tome što službeno osoblje dijeli odgovornost za provođenje tih procesa s ostalim članovima terapijske zajednice kada ona kvalitetno djeluje, odgovornost za obavljanje tih procesa primarno snosi profesionalno osoblje (Jones, 1968., prema Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.). Poanta terapijske promjene sažeta je u dva postupka – kulturi istraživanja i učenju kroz življenje (Jones, 1968., Main, 1983., Campling, 2001., svi prema Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.). U kulturi učenja članove se motivira na interes i propitkivanje o samom sebi, osoblju i drugim članovima terapijske zajednice, psihološkim i grupnim procesima, strukturi vođenja te odnosima unutar terapijske zajednice. Učenje kroz življenje ukazuje na to da se sve što se odvija između članova terapijske zajednice tijekom zajedničkog života u terapijskoj zajednici, a pogotovo kada se javljaju krize treba i mora shvaćati kao šansa za učenje (Jones, 1968., Main, 1983., Campling, 2001., svi prema Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.).

3.1.2. Sastanak terapijske zajednice

Sastanak terapijske zajednice je centralni događaj terapijske zajednice čiji je cilj razmijeniti što veći broj informacija u velikoj grupi kako bi one postale dostupne svima. Time se nastoji odvratiti članove od iznošenja važnih sadržaja samo pred osobljem ili samo pred drugim članovima terapijske zajednice jer time dolazi do pojave rascjepa (Campling, 2001., prema Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.). Svi članovi terapijske zajednice i svi članovi osoblja nazočni su na sastanku terapijske zajednice (Rice i Rutan, 1987, prema Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.). Redovitim sastajanjem stvara se osjećaj kontinuiteta, stabilnosti i sigurnosti kod svih nazočnih na sastancima terapijske zajednice, a to su svi članovi terapijske zajednice i svi članovi osoblja. Sastanci obično traju u rasponu od 60 minuta do 90 minuta, a svrha im je osmišljavanje i komunikacija svakodnevnih aktivnosti i života te socioterapijsko i psihoterapijsko liječenje (Rice i Rutan, 1987.; Hećimović, 1987.; Pisk, 2008.; Pisk i Štrkalj-Ivezić, 2010., prema Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.). Svaki sastanak ima dnevni red koji se sastoji od razgovora o međusobnim odnosima, događanjima na odjelu, provođenju terapijskog programa te organizacijskim pitanjima. Također, dok razgovaraju o njima, nazočni sjede u formaciji kruga kako bi se svi mogli međusobno vidjeti. Sastanci

terapijske zajednice istovremeno predstavljaju mjesto gdje se stari članovi terapijske zajednice opraštaju od drugih članova, ali i mjesto gdje se novi članovi terapijske zajednice predstavljaju postojećim članovima terapijske zajednice (Rice i Rutan, 1987.; Hećimović, 1987.; Pisk, 2008.; Pisk i Štrkalj-Ivezić, 2010., prema Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.).

3.1.3. Faze u postupku liječenja u terapijskoj zajednici

Postupak boravka i liječenja u terapijskoj zajednici sastoji se od četiri faze – faza uključivanja, faza procjene i pripreme, faza liječenja te faza oporavka (Kennard i Haigh, 2012., prema Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.). Faza uključivanja se sastoji od preporuka, selekcije i pripreme, a uključuje novog člana terapijske zajednice i postojeće članove terapijske zajednice kao aktivne dionike procesa koji započinje (samo)preporukom. Novi članovi su često zabrinuti i uplašeni zbog čega trebaju podršku i pomoć članova terapijske zajednice (Kennard i Haigh, 2012., prema Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.). Nakon donošenja odluke o uključivanju, slijedi faza pripreme i procjene koja se sastoji od formalne procjene, praktičnog planiranja te prihvatanja pravila terapijske zajednice (prihvatanja terapijskog ugovora) (Kennard i Haigh, 2012., prema Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.). Faze liječenja se po trajanju, učestalosti te broju članova razlikuju ovisno o kojem se terapijskom programu radi. Tipični program traje od dvanaest do osamnaest mjeseci i sastoji se od tri do pet susreta dnevno (Kennard i Haigh, 2012., prema Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.). Grupne intervencije sastavljene su od različitih sastanaka, male terapijske grupe, neformalnog vremena te zajedničkog objeda članova terapijske zajednice. Uobičajen broj članova terapijske zajednice se kreće od dvanaest do dvadeset četiri, a koji se najčešće dijele u tri manje grupe (Kennard i Haigh, 2012., prema Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.). Posljednja faza je faza oporavka. Postoji planirano i neplanirano napuštanje terapijskih zajednica. Ukoliko članovi planirano napuštaju terapijsku zajednicu onda se njima prije faze oporavka/otpusta treba omogućiti i osigurati podrška tijekom procesa napuštanja terapijske zajednice te ponovnog vraćanja u raniju socijalnu mrežu (Kennard i Haigh, 2012., prema Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.). Ukoliko član iznenada napusti

terapijsku zajednicu zbog njegove nemogućnosti da se nosi s terapijom ili je on isključen zbog ponavljanih i ozbiljnih kršenja terapijskog ugovora, onda to ne označava nužno neuspjeh terapije. Međutim, dulji ostanak u terapijskoj zajednici pridonosi većoj efektivnosti terapije (Kennard i Haigh, 2012., prema Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.).

3.2. *Case management*

Poteškoće u funkcioniranju kod osoba oboljelih od psihoza doprinose njihovom otežanom snalaženju u sustavu liječenja što štetno utječe na njihovo liječenje. *Case management* razvijen je s ciljem da *case manager* i njegov tim pruže oboljelom sveobuhvatnu, koordiniranu i kontinuiranu skrb (Štrkalj-Ivezić i sur., 2017.). *Case management* javlja se kao odgovor na zagovaranje liberalaca da se pomoć treba pružati izvan specijaliziranih ustanova, to jest u zajednici, kako bi se maknuo dominantni naglasak sa psihijatrijskih ustanova (Hangan, 2006., prema Mardešić i Mužinić-Marinić, 2022.).

3.2.1. *Pojam case managementa*

Društvo za vodstvo socijalnog rada u zdravstvu definira *case management* kao metodu pružanja pomoći u svrhu poboljšanja općeg stanja klijenta, u kojoj profesionalac procjenjuje klijentove potrebe te prikladno zagovara, organizira, usmjeruje, upravlja, nadgleda i procjenjuje postupke usmjerene klijentovim složenim potrebama (2010., prema Mardešić i Mužinić-Marinić, 2022.). U zemljama s razvijenom psihijatrijom u zajednici, *case management* predstavlja oblik psihijatrijske prakse koji je povoljan za slabo suradljive osobe s mentalnim poremećajima, osobe s teškoćama održavanja tijekom liječenja, osobe u prvoj fazi psihoze te osobama s učestalim hospitalizacijama (Štrkalj-Ivezić, Mužinić i Filipac, 2010.; Štrkalj-Ivezić i sur., 2017.). Tradicionalna psihijatrija se u svom radu usmjerava na podmirivanje psiholoških i bioloških potreba (Kanter, 1989., prema Štrkalj-Ivezić, Mužinić i Filipac, 2010.). Za razliku od tradicionalne psihijatrije, *case management* se usmjerava na cjelovito podmirivanje psiholoških, bioloških i socijalnih potreba osoba oboljelih od duševnih poremećaja s namjerom stimuliranja prilagodbe ili oporavka osobe oboljele od duševnih poremećaja

(Kanter, 1989., prema Štrkalj-Ivezić, Mužinić i Filipac, 2010.). *Case management* značajno povećava kvalitetu života i smanjuje učestalost hospitalizacija oboljelih (Solomon, 1992.; Chamberlin i Rapp, 1991., prema Štrkalj-Ivezić, Mužinić i Filipac, 2010.).

3.2.2. *Sastavnice case managementa*

Case management se sastoji od sveobuhvatne evaluacije socijalnih i zdravstvenih potreba, rada s klijentima u njihovom domu te upravljanja, nadzora i provođenja različitih usluga u sustavu službi za duševno zdravlje čija je svrha pomaganje klijentu da pronade osobni put oporavka i postigne osobne ciljeve (Štrkalj-Ivezić, Jukić, Štimac-Grbić, Ćelić, Brečić, Silobrčić-Radić, Bagarić i Ćurković, 2018., prema Mardešić i Mužinić-Marinić, 2022.). Također, *case management* uključuje kontinuiranu interakciju s različitim službama i terenski rad (Gruber i sur., 2006.). Odrednice uspjeha provedbe *case managementa* su: 1. kvaliteta odnosa *case managera* i oboljelog, 2. planiranje tretmana utemeljeno na individualnoj procjeni psiholoških, bioloških i socijalnih potreba oboljelog te 3. dostupnost psihosocijalnih metoda liječenja i rehabilitacijskih programa (Štrkalj-Ivezić, Mužinić i Filipac, 2010.). *Case management* uvelike potiče uspješnu rehabilitaciju oboljele osobe, podiže kvalitetu života oboljele osobe i njegove obitelji te smanjuje broj hospitalizacija (Gruber i sur., 2006.).

3.2.3. *Case manager*

Rad s osobama oboljelih od mentalnih poremećaja zahtijeva širok spektar znanja i vještina, stoga je nužno sudjelovanje multidisciplinarnog tima (Štrkalj-Ivezić, Mužinić i Filipac, 2010.). *Case manager* je ključna osoba i koordinator *case managementa* (Štrkalj-Ivezić, Mužinić i Filipac, 2010.). *Case manager* uključen je u sve segmente života oboljele osobe i pomaže oboljeloj osobi na način da joj osigurava sve potrebne resurse kako bi ona mogla samostalno živjeti u zajednici (Rapp i Kisthardt, 1991., prema Štrkalj-Ivezić, Mužinić i Filipac, 2010.). Nadalje, *case manager* oboljele motivira da ustraju u tretmanu, potiče na komunikaciju i uspjeh te im pomaže pri učenju vještina (Gruber i sur., 2006.). U radu i odnosu sa oboljelom osobom, *case*

manager se mora fokusirati na nekoliko važnih stavki, a to su: 1. poznavanje oboljele osobe i njegovih želja, 2. pomaganje oboljeloj osobi u određivanju ostvarljivih ciljeva i usmjeravanju njegovih napora na postizanje tih ciljeva, 3. obnavljanje nade kod oboljelog, 4. pomaganje oboljeloj osobi pri preoblikovanju negativnih komentara o sebi u pozitivne komentare te 5. pomaganje u reduciranju stigmatizacije na njegov život (Gruber i sur., 2006.). *Case management* je područje specijalizirane prakse, a ne profesija, stoga različiti stručnjaci mogu postati case manageri. Ulogu *case managera* najčešće obnašaju psiholozi, socijalni radnici, okupacijski terapeuti i medicinske sestre (Fisher, 1996., prema Štrkalj-Ivezić, Mužinić i Filipac, 2010.).

3.2.4. Istraživanje o kvaliteti života osoba uključenih u *case management*

Autorice Mardešić i Mužinić-Marinić provele su kvalitativno istraživanje čija je glavna svrha dobiti uvid u različita obilježja kvalitete života osoba s duševnim smetnjama iz perspektive osoba smještenih u dom za odrasle te korisnika usluga *case managementa* na području Zagreba (2022.). Dobiveni rezultati sistematizirani su u četiri područja koja determiniraju kvalitetu života sudionika, a to su: 1. mentalno zdravlje, 2. fizičko zdravlje, 3. socijalna domena i 4. okolišna domena (Mardešić i Mužinić-Marinić, 2022.). Uočene su razlike u perspektivi osoba korisnika intenzivnog *case managementa* i osoba smještenih u dom za odrasle.

Prema istraživanju Mardešić i Mužinić-Marinić karakteristike korisnika *case managementa* su:

- Imaju pozitivnije samopoimanje u odnosu na sudionike smještene u domu za odrasle
- Shvaćaju važnost samokontrole nad bolešću što upućuje na njihovo prihvaćanje i svijest o njihovom zdravstvenom stanju
- Imaju širu socijalnu mrežu u odnosu na sudionike smještene u domu za odrasle te ju žele još dodatno proširiti
- Iskazuju želju za sklapanjem bračne zajednice i pronalaskom partnera ili partnerice
- Ističu više fizičkih poteškoća za razliku od sudionika smještenih u domu za odrasle

- Primjećuju stigmatu za razliku od sudionika smještenih u dom za odrasle

Karakteristike sudionika smještenih u dom za odrasle prema istraživanju provedenom od strane Mardešić i Mužinić-Marinić 2022. godine su:

- Imaju želju za osamostaljivanjem
- Zadovoljni su organizacijom i odnosima u domu
- Iskazuju interes za odlazak u kinu, kazalište te likovne radionice
- Pozitivnije percipiraju svoje fizičko zdravlje u odnosu na sudionike korisnike *case managementa*, može ukazivati na to da se osoblje dobro vodi brigu o korisnicima doma
- Ne primjećuju stigmatu ili im nije važna, može ukazivati na to da nisu često u kontaktu s osobama izvan doma za odrasle u kojem su smješteni
- Percipiraju ostale korisnike doma kao središte svoje socijalne mreže
- Nemaju želju za ostvarivanjem odnosa s osobama suprotnog spola
- Žele provoditi više vremena izvan doma no u tome ih sprječava loše financijsko stanje
- Osjećaju monotoniju u nedostatku više aktivnosti te kao da im je ograničena sloboda u domu

3.3. *Trening socijalnih vještina*

Jedan od uvjeta za dijagnosticiranje shizofrenije je loše psihosocijalno funkcioniranje, a upravo velik broj istraživanja upućuje na povezanost loše psihosocijalne prilagodbe osoba oboljelih od shizofrenije i njihovih oslabljenih socijalnih vještina (Bellack, Morrison, Wixted i Mueser, 1990.; APA, 1994.; Mueser i Bellack, 1998., prema Kurtz i Mueser, 2008.). Oslabljene socijalne vještine se javljaju prije nastupa shizofrenije, postojane su u prvoj epizodi shizofrenije te ostaju takve ukoliko izostane psihosocijalna terapija (Mueser, Bellack, Douglas i Morrison, 1991.; Hans, Auerbach, Asarnow, Styr i Marcus, 2000.; Addington, Saeddi i Addington, 2006., prema Kurtz i Mueser, 2008.).

3.3.1. Pojam treninga socijalnih vještina

Trening socijalnih vještina primjenjuje tehnike učenja i bihevioralne tehnike radi razvoja vještina u području interpersonalnih relacija, brige o sebi te zahtjevima društva (Lieberman, De Risis i Mueser, 1989., prema Štrkalj-Ivezić, Restek-Petrović, Grah, Bajs-Janović, Brečić, Stijačić i Mužinić, 2017.). Trening socijalnih vještina posebno osmišljen za oboljele od shizofrenije smanjuje socijalni stres, razvija samopouzdanje i socijalne vještine te poboljšava kvalitetu života i sposobnosti potrebne za snalaženje u društvenim situacijama (Štrkalj-Ivezić i sur., 2017.).

3.3.2. Tijek i sadržaj treninga socijalnih vještina

Trening socijalnih vještina kreće s detaljnom evaluacijom pojedinačnih socijalnih kompetencija, koju prati pojedinačna ili grupna intervencija pri kojima se koristi pozitivno potkrepljivanje i povratne informacije u svrhu stimuliranja samopouzdanja prilikom izvedbe (Štrkalj-Ivezić i sur., 2017.). Nadalje, određuju se ciljevi te se oblikuje poželjno ponašanje, pri čemu se isprva radi na zadacima manje zahtjevnosti, nakon kojih se postupno povećava zahtjevnost zadataka. Postoje različite vrste treninga socijalnih vještina no svim vrstama zajedničke su metode učenja novih socijalnih vještina (Kurtz i Mueser, 2008.). Metode učenja novih socijalnih vještina se temelje na Bandurinoj teoriji socijalnog učenja, učenju po modelu, postavljanju ciljeva, pozitivnom potkrepljivanju, vježbanju ponašanja, povratnim informacijama te domaćim zadacima (Brenner, Hoffman i Heise, 2001.; Kurtz i Mueser, 2008.; Štrkalj-Ivezić i sur., 2017.). Domaće zadace se posebno potiču, a one predstavljaju vježbanje naučenog ponašanja sa svrhom primjenjivanja tog ponašanja u svakodnevnom životu, to jest izvan terapijskog okruženja (Štrkalj-Ivezić i sur., 2017.).

3.3.3. Istraživanja o učinkovitosti treninga socijalnih vještina

Velik broj istraživanja potvrđuje značajnu djelotvornost treninga socijalnih vještina (Wallace i Liberman, 1985.; Benton, Schoeder, 1990.; Corrigan, 1991.; Mueser, Wallace i Liberman, 1995.; Dobson, McDougall, Busheikin i Aldous, 1995.; Hayes, Halford i Varghese, 1995.; Marder, Wirshing, Mintz, McKenzie, Johnston, Eckman, Lebell, Zimmerman i Liberman, 1996.; Smith, Hull, Romanelli, Fertuck i Weiss,

1999., prema Štrkalj-Ivezić i sur., 2017.). Trening socijalnih kompetencija uvelike poboljšava socijalne interakcije, interpersonalne kompetencije, opću psihopatologiju i psihosocijalno funkcioniranje te dovodi do smanjenja stope recidiva i smanjenja simptoma kod osoba oboljelih od shizofrenije u kombinaciji s farmakoterapijom i psihosocijalnim tretmanima (Pfammatter, Junghan i Brenner, 2006., Kurtz i Mueser, 2008.; Mattheson, Shepherd i Carr, 2014.). Korištenje treninga socijalnih vještina, koliko god ono bilo djelotvorno, je posebno izazovno za osobe oboljele od shizofrenije zbog kognitivnih nedostataka vezanih za pamćenje, pažnju te rješavanje problema koji se javljaju kao posljedica razvoja shizofrenije (Mueser, Bellack, Douglas i Wade, 1991.; Palmer, Heaton, Kuck i Braff, 1997., prema Kurtz i Mueser, 2008.).

3.4. Art-terapija

Nacionalni institut za izvrsnost u zdravstvu i njezi (NICE) art-terapiju definira kao složenu intervenciju koja uparuje psihoterapijske tehnike s aktivnostima koje potiču kreativno izražavanje (2014., prema Štrkalj-Ivezić i sur., 2017.), dok, s druge strane, Šimunović kao pristup koji se služi različitim kreativnim sredstvima u svrhu bržeg oporavka i promicanja zdravlja (2016.).

Svrha art-terapije jest pružanje pomoći pacijentu da razvije nove interpersonalne odnose te da spozna samoga sebe (NICE, 2014., prema Štrkalj-Ivezić i sur., 2017.). Primarni zadatci art-terapije za osobe sa psihozom ili shizofrenijom su: 1. omogućavanje razvitka novih interpersonalnih odnosa i samospoznaje, 2. pružanje podrške u organiziranju iskustava te izražavanju kroz odgovarajući estetski oblik, 3. pomaganje u razumijevanju i prihvaćanju emocija koje se pojavljuju za vrijeme kreativnog procesa art-terapije i to u odgovarajućem tempu za osobu sa psihozom ili shizofrenijom (NICA, 2014., prema Štrkalj-Ivezić i sur., 2017.).

Art-terapijom se jača identifikacija, smanjuje se povlačenje i pasivnost, jača samopouzdanje, potiče se sudjelovanje u svakodnevnim aktivnostima te izgradnja novih socijalnih kontakata (Stubbe Teglbjaerg, 2011.; Šimunović, 2016.). U terapiji osoba oboljelih od shizofrenije, art terapija ima poseban značaj jer im ona pomaže da iskažu deprimirajuće osjećaje bez da budu preplavljeni istima (Killick, 1997., prema Patterson, Debate, Anju, Waller i Crawford, 2011.).

3.4.1. Glazboterapija

Korištenje glazbe u liječenju duševnih poremećaja jedna je od najstarijih terapijskih tehnika (Gruber i sur., 2009.). Glazba ima opći značaj jer ona govori unikatnim načinom- melodijom, ritmom i harmonijom (Gruber i sur., 2009.).

3.4.1.1. Pojam glazboterapije

Terapija glazbom je terapijska metoda uporabe glazbe u edukaciji, liječenju i rehabilitaciji djece i odraslih oboljelih od emocionalnih, fizičkih i mentalnih poremećaja (Gruber i sur., 2009.). Bruscia glazboterapiju definira kao sistematičnu intervenciju u kojoj terapeut koristi glazbena iskustva i odnose koji se stvaraju kroz glazbu kao dinamične snage promjene koje klijentu pomažu u promicanju zdravlja (1998., prema Geretsegger, Mössler, Bieleninik, Chen, Heldal i Gold, 2017.). Moraju postojati tri važna čimbenika da bi se slušanje glazbe smatralo glazboterapijom, a to su –postojanje odnosa klijent-terapeut, uključenost terapeuta te doživljaj glazbe (Geretsegger i sur., 2017.).

3.4.1.2. Učinci glazboterapije

Glazboterapija kao djelotvorna terapijska intervencija bavi se socijalnom izoliranošću te osnažuje socijalne veze u individualnom i grupnom okruženju kroz slušanje i pjevanje poznatih pjesama, pisanje pjesama te instrumentalnu improvizaciju (Wigram, Pedersen i Bonde, 2002.; Davis, Gfeller i Thaut, 2008., prema Grocke, Bloch, Castle, Thompson, Newton, Stewart i Gold, 2014.). Glazba je izvor nade i inspiracije za pozitivne promjene te može poslužiti kao instrument za kreativnost i samoizražavanje koje u suprotnom nije moguće iskazati riječima (Storr, 1992., prema Grocke i sur., 2014.). U području teških duševnih poremećaja svrha glazboterapije je razrješavanje problema koji se ne mogu riješiti riječima te pružanje pomoći ljudima sa teškim duševnim poremećajima da razviju i poboljšaju svoje socijalne i emocionalne kompetencije (Geretsegger i sur., 2017.). Kod terapije glazbom važna je motiviranost sudionika da aktivno sudjeluju u glazboterapiji, a njihove glazbene vještine nisu

relevantne za rad terapije glazbom (Geretsegger i sur., 2017.). Terapija glazbom izuzetno je korisna u situacijama kada su osobe sa težim mentalnim poremećajima previše uznemirene da bi djelotvorno koristile jezik kao sredstvo u terapiji (Geretsegger i sur., 2017.).

3.4.1.3. *Istraživanja glazboterapije*

Slušanjem, stvaranjem te sudjelovanjem u izvođenju glazbe kod osoba se oslobađa višak energije, osoba se smiruje i prazni emocionalne naboje, dolazi do poboljšanja raspoloženja i pažnje, razvija se zanimanje i smisao za zajedničku suradnju, razvija se osjećaj za uspjeh te samopoštovanje (Gruber i sur., 2009.). Glazboterapija povećava kvalitetu općeg i socijalnog funkcioniranja, motivacije, kvalitete života, socijalnih uloga i aktivnosti te općeg raspoloženja osoba sa teškim duševnim poremećajima, a ti pozitivni utjecaji su posebno naglašeni kada se glazboterapija provodi u grupnom kontekstu (De L'etoile, 2002.; Hayashi, Tanabe, Nakagawa, Noguchi, Iwata, Koubuchi, Watanabe, Okui, Takagi, Sugita, Horiuchi, Sasaki i Koike, 2002.; Gold i sur., 2005.; Ulirich, Houtmans i Gold, 2007.; Mössler, Chen, Heldal, Gold, 2011.; Silverman, 2013., prema Grocke i sur., 2014.; Geretsegger i sur., 2017.). Individualna glazboterapija u trajanju od deset do dvadeset sesija čak i u akutnoj fazi psihoze poboljšava negativne i psihotične simptome kod pacijenata sa niskim stupnjem motivacije (Talwar i sur., 2006.; Morgan, Bartrop, Telfer i Tennant, 2011.; Gold i sur., 2013., prema Grocke i sur., 2014.). Za razliku od prethodno spomenutih autora koji navode kako je od deset do dvadeset sesija potrebno za poboljšanje simptoma kod klijenata, Geretsegger i suradnici smatraju kako je potrebno najmanje dvadeset sesija glazboterapije kako bi se postigli klinički značajni efekti kod klijenta (Geretsegger i sur., 2017.). Aktivno pjevanje osmišljeno i provedeno u terapeutske svrhe poboljšava psihosocijalno funkcioniranje (Clark i Harding, 2012., prema Grocke i sur., 2014.). Kvalitetna studija, provedena 2012. godine od strane Dingle, Brander, Ballantyne i Baker, pokazala je podatak kako su osobe sa mentalnim poremećajem, koje su bile uključene u zbarsko pjevanje, nakon pjevanja u zboru doživjele pozitivan utjecaj na osobnoj i socijalnoj razini, a osim toga poboljšalo im se i fizičko zdravlje. Na osobnoj razini pjevanje u zboru im je pomoglo da se lakše izraze to jest da „pronađu svoj glas“;

a na socijalnoj razini im je pomoglo da ostvare viši stupanj povezanosti i socijalnog funkcioniranja (prema Grocke i sur., 2014.).

3.4.2. Likovna terapija

Likovni mediji koriste se kao sredstva za izražavanje emocija i unutarnjih sukoba u likovnoj terapiji. Likovna terapija sadrži različite tehnike i materijale, od modeliranja gline i plastelina do kidanja i rezanja papira (Požgain, 2015.).

3.4.2.1. Cilj likovne terapije

Neovisno o tehnikama i materijalu, svrha svake likovne terapije je poticanje samosvjesnosti, smanjivanje pasivnog ponašanja, povećanje samopouzdanja, razvoj socijalnih sposobnosti, poticanje socijalne uključenosti te izražavanje i razrješavanje emocionalnih sukoba, a sve to kao dio procesa razvoja i sazrijevanja ličnosti (Stubbe Teglbjaerg, 2011.; Požgain, 2015., Šimunović, 2016.). Različite likovne izražajne aktivnosti i crtanje smanjuju stres te pomažu razvoju samoumirujućih iskustava kod osoba koje imaju poteškoće u verbalnoj komunikaciji ili nedovoljno razvijene socijalne vještine (Požgain, 2015., Šimunović, 2016.).

3.4.2.2. Istraživanja likovne terapije

Grupna likovna terapija može biti efikasna pomoćna terapija kod osoba oboljelih od shizofrenije jer ona potiče razvitak kreativnih talenata i grupne potpore te podupire vizualno izražavanje spoznaja, percepcija i osjećaja (Mandić-Gajić, 2013.). Nadalje, grupna likovna terapija doprinosi destigmatizaciji osoba oboljelih od shizofrenije što pospješuje kvalitetu njihove socijalne reintegracije u društvo nakon otpuštanja s bolničkog liječenja. Kliničko promatranje dva ispitanika oboljela od shizofrenije provedeno od strane Mandić-Gajić pokazalo je kako je grupna likovna terapija pospješila njihovo kliničko stanje na način da je došlo do povećanja samopouzdanja te smanjenja depresivnih motiva i povećanja broja ljudskih figura u njihovim likovnim djelima (2013.). Kod ispitanice je došlo do razvoja likovnog izražavanja i samopouzdanja te razvoja osjećaja socijalne uključenosti i pripadnosti, a kod

ispitanika je došlo do smanjenja socijalne isključenosti (Mandić-Gajić, 2013.). Različita ispitivanja dobila su različite rezultate pa tako neki tvrde kako grupna likovna terapija nema značajan utjecaj na poboljšanje kliničke slike i općenito život sudionika osoba oboljelih od shizofrenije i osoba s duševnim smetnjama (Ruddy i Milnes, 2003.; Crawford, Killaspy, Kalaitzaki, Barrett, Byford, Patterson, Soteriou, O'Neill, Clayton, Maratos, Barnes, Osborn, Johnson, King, Tyrer i Waller, 2010.; Patterson i sur., 2011.; Crawford, Killaspy, Barnes, Barrett, Byford, Clayton, Dinsmore, Floyd, Hoadley, Johnson, Kalaitzaki, King, Leurent, Maratos, O'Neill, Osborn, Patterson, Soteriou, Tyrer i Waller, 2012.), dok drugi tvrde kako likovna terapija ima značajni pozitivni utjecaj na općenito i zdravstveno stanje sudionika istraživanja (Richardson, Jones, Evans, Stevens i Rowe, 2007.; Stubbe Teglbjaerg, 2011.; Mandić-Gajić, 2013.; NICE, 2014., prema Štrkalj-Ivezić i sur., 2017.).

3.5. Radno-okupacijska terapija

Početkom dvadesetog stoljeća, njemački psihijatar Hermann Simon uveo je radnu terapiju u psihijatrijsku bolničku praksu (Kubny-Lüke, 2003., prema Brečić, Ostojić, Stijačić i Jukić, 2013.). Pojmovi radne, rekreativne i okupacijske terapije koriste se u svakodnevnoj profesionalnoj praksi i literaturi bez potrebnog pojmovnog razlikovanja (Stanetti i Feldman, 1966., prema Brečić, Ostojić, Stijačić i Jukić, 2013.). Radna i okupacijska terapija, kao socioterapijske metode, povezuju različite oblike rada i rekreacija u stvarnom životu (Sedić, 2007.). U širem smislu okupaciju, radnu terapiju te rekreaciju označava uključivanje bolesnika u aktivnosti provedenih kao sastavnog dijela njihovog psihijatrijskog liječenja (Brečić, Ostojić, Stijačić i Jukić, 2013.).

Pojam okupacije u stručnoj literaturi označava bliske i uobičajene aktivnosti koje osoba izvodi u jednom danu, a u radnoj terapiji se dijele na tri područja: 1. produktivnost, 2. samozbrinjavanje te 3. slobodno vrijeme ili igra (Šimunović i Škrabina, 2004.). Produktivne aktivnosti su plaćene ili neplaćene okupacije koje potiču razvitak pojedinca i društva, a neke od njih su briga o djeci, profesionalne i školske obveze te održavanje kućanstva. Nadalje, samozbrinjavajuće aktivnosti su one okupacije koje omogućavaju preživljavanje te promiču i održavaju zdravlje, a neke od njih su hranjenje, kupanje, oblačenje i osobna higijena (Šimunović i Škrabina, 2004.).

Naposljetku, aktivnosti u slobodnom vremenu su one koje pružaju ispunjenje i zadovoljstvo, a u neke od njih su odlazak u kino, druženje i čitanje (Šimunović i Škrabina, 2004.).

3.5.1. Cilj radne terapije

Svrha radne terapije je pružanje pomoći u ostvarivanju samostalne skrbi o sebi onim osobama čiji zdravstveni problemi smanjuju razinu njihova samostalnog funkcioniranja u aktivnostima svakodnevnog života pri čemu se prvenstveno misli na hranjenje, kupanje, oblačenje, održavanje i popravljavanje kućanstva te izvršavanje stručnih zadataka (Brečić, Ostojić, Stijačić i Jukić, 2013.).

Ključni cilj radne terapije jest poboljšanje kvalitete života te pomoć osobi u ostvarenju maksimalne samostalnosti u svakodnevnim aktivnostima (Clark, 1984.; Creek, 2002., prema Šimunović i Škrabina, 2004.). Radna terapija namijenjena je pojedincima kod kojih su kompetencije obavljanja aktivnosti u svakodnevici narušene bolešću, razvojem, ozljedom ili starenjem te im omogućava postizanje optimalnog funkcioniranja u svakodnevnim aktivnostima u skladu s potrebama, željama, dobi, životnim ulogama i očekivanjima koje društvo nameće (Šimunović i Škrabina, 2004.; Zakon o djelatnostima u zdravstvu, 2009., prema Hrvatska komora zdravstvenih radnika, 2013.). Osobama oboljelim od shizofrenije, zbog poteškoća vezanih uz bolest, društvenih stereotipa i negativnih stavova okoline, potrebna je podrška pri ostvarivanju i organiziranju produktivnih uloga koju pruža radna terapija (Radić i Škrabina, 2011.).

Radna terapija kao zdravstvena struka provodi se u interakciji klijenta i radnog terapeuta (Peloquin, 1998., prema Šimunović i Škrabina, 2004.). Radni terapeut podučava osobu o neovisnim načinima izvršavanja aktivnosti u svakodnevici, omogućuje osobama uključivanje u aktivnosti koje će doprinijeti razvoju njihovih kompetencija te oblikuje okolinu koja omogućuje i potiče samostalno i aktivno sudjelovanje u svakodnevnim aktivnostima (Kubny-Lüke, 2003., prema Brečić, Ostojić, Stijačić i Jukić, 2013.; Hrvatska komora zdravstvenih radnika, 2013.).

3.5.2. Faze radne terapije

Postupak radne terapije sastoji se od četiri faze, a to su: 1. faza procjene, 2. faza planiranja, 3. faza intervencije te 4. faza evaluacije (Beinrauch, Šuker i Kain, 2022.). U prvoj fazi, fazi procjene, radni terapeut utvrđuje zbog kojih točno poteškoća u svakodnevnom životu pacijent dolazi njemu. Ovdje se počinje kreirati i harmonizira odnos suradnje te prikupljanje informacija o potrebama pacijenata (Beinrauch, Šuker i Kain, 2022.). U drugoj fazi, fazi planiranja, radni terapeut i pacijent zajednički planiraju postupke koje će primijeniti imajući na umu rezultate prve faze, faze procjene. Planom se utvrđuje niz postupaka i aktivnosti kojima se motivira pacijenta na sudjelovanje u interveniranju te postizanju željenih ciljeva (Beinrauch, Šuker i Kain, 2022.). Nakon faze planiranja slijedi treća faza, faza interveniranja koja se sastoji od primjene plana, promatranje pacijenta i promjena te dodatnih prilagodbi i procjena postupaka radne terapije. Poželjno je da faza interveniranja završi ostvarivanjem plana i postavljenih ciljeva te zadovoljnim pacijentom (Beinrauch, Šuker i Kain, 2022.). Posljednja faza je faza evaluacije u kojoj se provedbom završne procjene definiraju rezultati i uspjeh primijenjenog plana (Beinrauch, Šuker i Kain, 2022.).

4. Uloga socijalnog radnika u liječenju osoba oboljelih od shizofrenije

Socijalni radnik, kao član multidisciplinarnog tima u procesu liječenja i rehabilitacije oboljelih osoba, ima ključnu ulogu u unaprjeđivanju usluga i krajnjem ishodu mentalnog zdravlja pacijenata s problemima mentalnog zdravlja (Ivančević, 1984., prema Zlomislić i Laklija, 2018.; Huremović i Mahmutović, 2018.). Socijalni radnik zadužen je za socijalne intervencije u radu s bolesnikom uz savjetovanje s liječnikom kojeg informira o tijeku socijalne terapije, a liječnik obavještava socijalnog radnika o činjenicama o pacijentu koje mogu utjecati na socijalne intervencije te socioterapijski plan (Ivančević, 1984., prema Zlomislić i Laklija, 2018.).

Autorica Ostojić ističe kako pristup oboljeloj osobi od duševnih smetnji, recimo prve shizofrene epizode, mora biti socijalni te psihijatrijski sa svrhom prevencije i smanjenja psihotoksičnih, sociotoksičnih i neurotoksičnih posljedica bolesti (2012.). Duševne smetnje dovode do značajnih promjena u životu oboljele

osobe, ponajprije u obiteljskim odnosima, a onda u interpersonalnim odnosima te socijalnoj mreži oboljele osobe (Huremović i Mahmutović, 2018.). Socijalni radnik važan je u svim etapama liječenja i rehabilitacije osoba s duševnim poremećajima (Ostojić, 2012.).

Uslijed hospitalizacije ili izvanbolničkog liječenja pacijenta, socijalni radnik prikuplja važne podatke o pacijentu kroz komunikaciju s pacijentom, njegovom obitelji, a po potrebi i drugim sudionicima kao što su centar za socijalnu skrb, policijom, liječnikom obiteljske medicine, nevladinim organizacijama (Ostojić, 2012.; Huremović i Mahmutović, 2018.). Osim toga, socijalni radnik bavi se pravima oboljele osobe, socijalnim funkcioniranjem pacijenta te osiguravanjem socijalne podrške pacijentu u suradnji s nadležnim centrima za socijalnu skrb (Ostojić, 2012.).

Tijekom hospitalizacije pacijenta, socijalni radnik provodi pojedinačne i grupne socioterapijske postupke, socijalni rad sa obitelji te socijalni rad u zajednici (Ostojić, 2012.; Huremović i Mahmutović, 2018.). Intervencije socijalnog radnika s i u obitelji imaju svrhu popravljivanja narušenih odnosa u obitelji (Huremović i Mahmutović, 2018.). U socijalnom radu u zajednici pacijenta, socijalni radnik ima zadaću posrednika u kreiranju uvjeta za ponovnu prilagodbu oboljelog u lokalnu zajednicu nakon završetka liječenja (Huremović i Mahmutović, 2018.). Autorica Ostojić ističe kako je neophodan i kontinuirani rad socijalnog radnika s obiteljima pacijenata sa svrhom psihoedukacije te destigmatizacije osoba oboljelih od duševnih smetnji te osoba koje se brinu o njoj (2012.).

Nakon otpusta pacijenta iz bolnice, socijalni radnik ima presudnu ulogu u rješavanju socijalne problematike pacijenta, to jest on pruža podršku oboljeloj osobi u nastavku njezina liječenja te osigurava njezin izvanbolnički prihvata (Ostojić, 2012.; Huremović i Mahmutović, 2018.). Angažiranost socijalnog radnika podrazumijeva širok raspon aktivnosti koje su usmjerene na: 1. uzimanje terapije, 2. pružanje podrške psihijatrijskog ambulantnog liječenja i praćenja, 3. razvoj kapaciteta za samostalni život, 4. uspostavu svakodnevnih aktivnosti, međuljudskih odnosa i edukacijsko-radnih kapaciteta oboljele osobe (Ostojić, 2012.; Huremović i Mahmutović, 2018.).

Kao ostale aktivnosti socijalnog radnika u zdravstvenom sustavu te odjelima psihijatrije navode se: 1. promicanje mentalnog zdravlja te organiziranje kampova za promoviranje svjesnosti o važnosti brige o mentalnom zdravlju, 2. koordiniranje, 3.

case management, 4. provođenje edukacijskih i preventivskih aktivnosti te istraživanja u sustavu zdravstva i zajednici, 5. zagovaranje ljudskih prava osoba oboljelih od duševnih poremećaja te zagovaranje i poticanje otvaranja usluga za osobe oboljele od duševnih poremećaja u zajednici, 6. razvoj i analiza politike socijalne skrbi, 7. edukacija volontera uključenih u rad odjela psihijatrije te 8. procjena potreba stanovnika za usluge i programe u zajednici (Aviram, 2002.; Ornellas, 2014., svi prema Zlomislić i Laklija, 2018.).

Socijalni radnici koji rade s osobama s duševnim smetnjama imaju manji stupanj zadovoljstva poslom, visoku razinu stresa te veću depersonalizaciju i emocionalnu iscrpljenost u odnosu na ostale zaposlenike u području psihijatrije (Coyle i sur., 2005.; Evans i sur., 2006., svi prema Zlomislić i Laklija, 2018.). Profesionalni stres socijalnih radnika u području mentalnog zdravlja je posljedica nedostatka supervizije, (ne)materijalnih resursa te podrške ostalih zaposlenika na odjelu psihijatrije (Coyle i sur., 2005., prema Zlomislić i Laklija, 2018.).

5. Zaključak

Socioterapija se fokusira na različite društvene faktore s ciljem prevencije i ponovnog uključivanja oboljelog u njegovu sredinu, u tijeku ili nakon psihijatrijskog liječenja (Ružić, Medved, Dadić-Hero i Tomljanović, 2009.; Stjepanović, Jendričko i Ostojić, 2015.; Jagieł, 2010., prema Balogová, Hamadej, i Pižová, 2018.).

Socioterapijske metode su: 1. terapijska zajednica, 2. case management, 3. trening socijalnih vještina, 4. glazboterapija, 5. likovna terapija, te 6. radno-okupacijska terapija (Ružić, Medved, Dadić-Hero i Tomljanović, 2009.; Štrkalj-Ivezić i sur, 2017.). Terapijska zajednica kao najpoznatija metoda u socioterapiji upotrebljava psihoterapijsku i socioterapijsku metodu za liječenje osoba oboljelih od različitih duševnih poremećaja (Štrkalj-Ivezić, Jendričko, Pisk i Martić-Biočina, 2014.). *Case management* je metoda pružanja pomoći u svrhu poboljšanja općeg stanja klijenta, u kojoj profesionalac procjenjuje klijentove potrebe te prikladno zagovara, organizira, usmjeruje, upravlja, nadgleda i procjenjuje postupke usmjerene klijentovim složenim potrebama (2010., prema Mardešić i Mužinić-Marinić, 2022.). Trening socijalnih vještina posebno osmišljen za oboljele od shizofrenije smanjuje socijalni stres, razvija samopouzdanje i socijalne vještine te poboljšava kvalitetu života i sposobnosti potrebne za snalaženje u društvenim situacijama (Štrkalj-Ivezić i sur., 2017.). Terapija glazbom je metoda uporabe glazbe u edukaciji, liječenju i rehabilitaciji djece i odraslih oboljelih od emocionalnih, fizičkih i mentalnih poremećaja (Gruber i sur., 2009.). Likovni mediji koriste se kao sredstva za izražavanje emocija i unutarnjih sukoba u likovnoj terapiji. Radna i okupacijska terapija, kao socioterapijske metode, povezuju različite oblike rada i rekreacija u stvarnom životu (Sedić, 2007.).

Socijalni radnik, kao član multidisciplinarnog tima u procesu liječenju i rehabilitaciji oboljelih osoba, ima ključnu ulogu u unaprjeđivanju usluga i krajnjem ishodu mentalnog zdravlja pacijenata (Ivančević, 1984., prema Zlomislić i Laklija, 2018.; Huremović i Mahmutović, 2018.).

Prilikom pisanja ovog završnog rada utvrđen je nedostatak istraživanja i obrade teme socioterapijskih metoda u Hrvatskoj iz tog razloga se potiče daljnje istraživanje ove teme.

6. Literatura

1. Adityanjee, Aderibigbe, Y. A., Theodoridis, D., & Vieweg, W. V. R. (1999). Dementia praecox to schizophrenia: The first 100 years. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53(4), 437–448. doi:10.1046/j.1440-1819.1999.00584.x
2. Američka Psihijatrijska Udruga (2014). *DSM-5 Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
3. Balogová, B., Hamadej, M., & Pižová, L. (2018). (Socio)therapy in social work – Ambiguous theoretical concept. *Kontakt*. doi:10.1016/j.kontakt.2018.04.004
4. Beinrauch, T., Šuker, A. i Kain, K. (2022). Radna terapija za kvalitetniji svakodnevni život pacijenata. *Socijalna psihijatrija*, 50 (2), 206-214. <https://doi.org/10.24869/spsih.2022.206>
5. Brečić, P., Ostojić, D., Stijačić, D. i Jukić, V. (2013). Od radne terapije i rekreacije do psihosocijalnih metoda liječenja i rehabilitacije psihijatrijskih bolesnika u bolnici „Vrapče“. *Socijalna psihijatrija*, 41 (3), 174-181.
6. Brenner, H. D., Hoffmann, H., & Heise, H. (2001). Sociotherapy and Psychotherapy of Schizophrenic Disorders. *Contemporary Psychiatry*, 1529–1542. doi:10.1007/978-3-642-59519-6_96
7. Cavanagh S. L. (2021). Sociotherapy in the Time of COVID-19: A Critical Position Paper on the Importance of Sociology. *Journal of applied social science*, 15(2), 211–225. <https://doi.org/10.1177/1936724421998275>
8. Crawford, M. J., Killaspy, H., Barnes, T. R. E., Barrett, B., Byford, S., Clayton, K., Dinsmore, J., Floyd, S., Hoadley, A., Johnson, T., Kalaitzaki, E., King, M., Leurent, B., Maratos, A., O'Neill, F. A., Osborn, D. P., Patterson, S., Soteriou, T., Tyrer, P. i Waller, D., (2012). Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: multicentre pragmatic randomised trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 344, e846. <https://doi.org/10.1136/bmj.e846>
9. Crawford, M. J., Killaspy, H., Kalaitzaki, E., Barrett, B., Byford, S., Patterson, S., Soteriou, T., O'Neill, F. A., Clayton, K., Maratos, A., Barnes, T. R., Osborn, D., Johnson, T., King, M., Tyrer, P. i Waller, D. (2010). The MATISSE study: a randomised trial of group art therapy for people with schizophrenia. *BMC Psychiatry* 10, 65 <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-65>
10. Fusar-Poli, P., & Politi, P. (2008). Paul Eugen Bleuler and the Birth of Schizophrenia (1908). *American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1407–1407. doi:10.1176/appi.ajp.2008.08050714
11. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet (London, England)*, 390(10100), 1211–1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)
12. Geretsegger, M., Mössler, K. A., Bieleninik, L., Chen, X. J., Heldal, T. O., & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD004025. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004025.pub4>
13. Grocke, D., Bloch, S., Castle, D., Thompson, G., Newton, R., Stewart, S., & Gold, C. (2014). Group music therapy for severe mental illness: a randomized embedded-

- experimental mixed methods study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 130(2), 144–153. <https://doi.org/10.1111/acps.12224>
14. Gruber, E. N., Aukst-Margetić, B., Beronić, P., Breitenfeld, D., Cerančević, D., Cerančević, V., Ivezić-Štrkalj, S., Kosar, N., Mihalić, I., Prpić, R., Stijačić, D. i Štajduhar, L. (2009). *Zdrav život obitelji duševnog bolesnika*. Popovača: Udruga za unapređenje duševnog zdravlja i kvalitete života duševnog bolesnika i njegove obitelji „Sretna obitelj“.
 15. Gruber, E. N., Beronić, P., Cerančević, V., Golik, D., Golik-Gruber, V., Kosar, N., Lovrečić, B., Lukić, V., Mihalić, I., Prpić, R., Sarajilić-Vuković, I. i Štajduhar, L. (2010). *Zdrav život obitelji duševnog bolesnika Ježeva kućica, duševnom bolesniku kod kuće ja najljepše*. Popovača: Udruga za unapređenje duševnog zdravlja i kvalitete života duševnog bolesnika i njegove obitelji „Sretna obitelj“.
 16. Gruber, E. N., Poredoš, D., Lončarić, S., Molnar, I., Sarajilić-Vuković, I., Živković, M., Kajević, M., Matusin, A., Drobec, D., Matas, M., Kovač, M., Cerančević, V., Ivezić-Štrkalj, S., Martić-Biočina, S., Golik-Gruber, V., Koić, E., Nađ, S., Blečić, H., Radić, S., Tadej, E., Sanjković, N., Anđelić, J., Agius, M., Elgie, R., Baretto, M. i Souery, D. (2006). *Prihvatimo različitosti, odbacimo predrasude-živjeti s duševnom bolešću: psihoedukacijska predavanja i radionice podrške i samopomoći udruge "Sretna obitelj"*. Popovača: Udruga za unapređenje duševnog zdravlja i kvalitete života duševnog bolesnika i njegove obitelji „Sretna obitelj“.
 17. Herceg, M. (2010). *Uloga vrste antipsihotika i drugih čimbenika na rehospitalizaciju bolesnika nakon prve epizode shizofrenije*. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet.
 18. Hrvatska enciklopedija (2021). *Hudolin, Vladimir*. Posjećeno 16.07.2023. na mrežnoj stranici Hrvatske enciklopedije: <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=26595>.
 19. Hrvatska enciklopedija (2021). *Socioterapija*. Posjećeno 21. 07. 2023. na mrežnoj stranici Hrvatske enciklopedije: <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=56951>.
 20. Hrvatska komora zdravstvenih radnika (2013). *Radna terapija u profesionalnoj (vokacijskoj) rehabilitaciji*. Zagreb: Hrvatska komora zdravstvenih radnika.
 21. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2022). *Mentalni poremećaji u Hrvatskoj*. Posjećeno 02.08.2022. na mrežnoj stranici Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevenција-nezaraznih-bolesti/odjel-za-mentalne-poremecaje/>
 22. Huremović, V. i Mahmutović, S. (2018). Uloga socijalnog radnika u liječenju osoba sa duševnim smetnjama. U V. Spahić (ur.), *Društvene i humanističke studije*, 1 (4), 109-120.
 23. Jakovljević, M. i Begić, D. (2013). Socijalna psihijatrija danas: izazovi i mogućnosti. *Socijalna psihijatrija*, 41 (1), 16-20.
 24. Karlović, D., Peitl, V., Silić, A. (2019). Shizofrenije. Zagreb : Klinički bolnički centar "Sestre milosrdnice"; Jastrebarsko : Naklada Slap.
 25. Kurtz, M. M., & Mueser, K. T. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 491–504. doi:10.1037/0022-006x.76.3.491
 26. Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., Perkins, D. O., Kreyenbuhl, J., American Psychiatric Association, & Steering

- Committee on Practice Guidelines (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *The American journal of psychiatry*, 161(2), 1–56.
27. Luderer, H. J. (2006). *Shizofrenija: kako naučiti nositi se s bolešću*. Zagreb: Naknada Slap
 28. Maatz, A., Hoff, P., & Angst, J. (2015). Eugen Bleuler's schizophrenia--a modern perspective. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(1), 43–49. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.1/amaatz>
 29. Mandić-Gajić, G. (2013). Group art therapy as adjunct therapy for the treatment of schizophrenic patients in day hospital. *Vojnosanitetski pregled*, 70(11), 1065–1069. <https://doi.org/10.2298/vsp1311065m>
 30. Mardešić, M. i Mužinić-Marinić, L. (2022). Pojedina obilježja kvalitete života osoba s duševnim smetnjama – perspektiva korisnika usluge *case managementa* i osoba smještenih u dom za odrasle. *Ljetopis socijalnog rada*, 29 (1), 55-74. <https://doi.org/10.3935/ljsr.v29i1.399>
 31. Olfson, M., Gerhard, T., Huang, C., Crystal, S., Stroup, T. S. (2015). Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States. *JAMA psychiatry*, 72(12), 1172–1181. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1737>
 32. Ostojić, D. (2012). Prva epizoda shizofrenije – važnost ranog otkrivanja bolesti: Što o tome trebaju znati socijalni radnici? *Ljetopis socijalnog rada*, 19 (1), 53-72.
 33. Owen, M. J., Sawa, A., & Mortensen, P. B. (2016). Schizophrenia. *The Lancet*, 388(10039), 86–97. doi:10.1016/s0140-6736(15)01121-6
 34. Palmer, B. A., Pankratz, V. S., Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of general psychiatry*, 62(3), 247–253. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.3.247>
 35. Patterson, S., Debate, J., Anju, S., Waller, D., & Crawford, M. J. (2011). Provision and practice of art therapy for people with schizophrenia: results of a national survey. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 20(4), 328–335. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.556163>
 36. Pfammatter, M., Junghan, U. M., & Brenner, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia bulletin*, 32, 64–80. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl030>
 37. Placebo (2014). *Shizofrenija i srodni poremećaji*. Posjećeno 02.08.2022. na mrežnoj stranici Placebo: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/shizofrenija-i-srodni-poremecaji/shizofrenija>
 38. Požgain, I. (2015). Socioterapijski postupci u psihijatriji. UP. Filaković (ur.), *Psihijatrija (str. 221-233)*. Osijek: Medicinski fakultet Osijek.
 39. Radić, S. i Škrbina, D. (2011). Uloga radnog terapeuta u rehabilitaciji oboljelih od šizofrenije. *Medica Jadertina*, 41 (1-2), 71-81.
 40. Richardson, P., Jones, K., Evans, C., Stevens, P., & Rowe, A. (2007). Exploratory RCT of art therapy as an adjunctive treatment in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 16(4), 483–491. doi:10.1080/09638230701483111
 41. Ruddy, R., Milnes, D. Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 1. Art. No.: CD003728. DOI: 10.1002/14651858.CD003728.
 42. Ružić, K., Medved, P., Dadić-Hero, E. i Tomljanović, D. (2009). Rehabilitacija u psihijatriji - socioterapija. *Medicina Fluminensis*, 45 (4), 338-343.

43. Schoenbaum, M., Sutherland, J. M., Chappel, A., Azrin, S., Goldstein, A. B., Rupp, A., Heinssen, R. K. (2017). Twelve-Month Health Care Use and Mortality in Commercially Insured Young People With Incident Psychosis in the United States. *Schizophrenia bulletin*, 43(6), 1262–1272. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx009>
44. Sedić, B. (2007). *Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika : priručnik za studij sestriinstva*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
45. Silveira, C., Marques-Teixeira, J., & de Bastos-Leite, A. J. (2012). More Than One Century of Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(12), 1054–1057. doi:10.1097/nmd.0b013e318275d249
46. Simon, G. E., Stewart, C., Yarborough, B. J., Lynch, F., Coleman, K. J., Beck, A., Operskalski, B. H., Penfold, R. B., Hunkeler, E. M. (2018). Mortality Rates After the First Diagnosis of Psychotic Disorder in Adolescents and Young Adults. *JAMA psychiatry*, 75(3), 254–260. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4437>
47. Stjepanović, M., Jendričko, T. i Ostojić, D. (2015). Uloga socijalnog radnika u socioterapijskim i psihosocijalnim postupcima kod osoba s rizikom razvoja depresije uzrokovane stresnim životnim događajima. *Socijalna psihijatrija*, 43 (1), 36-43.
48. Stubbe Teglbjaerg, H. (2011). Art therapy may reduce psychopathology in schizophrenia by strengthening the patients' sense of self: a qualitative extended case report. *Psychopathology*, 44(5), 314–318. <https://doi.org/10.1159/000325025>
49. Šimunović, D. (2016). *Radna terapija i mentalno zdravlje*. Posjećeno 17.7.2023. na mrežnoj stranici: <http://www.vmspd.com/wp-content/uploads/2016/11/Skripta-mentalno-zdravlje.pdf>.
50. Šimunović, D. i Škrbina, D. (2004). Radna terapija u psihijatriji. *Medicus*, 13 (1_Depresija), 101-105.
51. Štrkalj Ivezic, S., Mužinić, L. i Filipac, V. (2010). *Case management – a pillar of community psychiatry*. *Psychiatria Danubina*, 22 (1), 28-33.
52. Štrkalj-Ivezic, S., Jendričko, T., Pisk, Z. i Martić-Biočina, S. (2014). Terapijska zajednica. *Socijalna psihijatrija*, 42 (3), 172-179.
53. Štrkalj-Ivezic, S., Restek-Petrović, B., Grah, M., Bajs-Janović, M., Brečić, P., Stijačić, D., Mužinić, L. (2017). *Psihički poremećaji s psihozom i shizofrenija: smjernice za psihosocijalne postupke i psihoterapiju*. Zagreb: Klinika za psihijatriju Vrapče.
54. Tew, J. (2017). *A crisis of meaning: can “schizophrenia” survive in the 21st century?* *Medical Humanities*, 43(2), 111–117. doi:10.1136/medhum-2016-011077
55. World Health Organization (2019). *ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision*. Posjećeno 24.07.2023. na mrežnoj stranici World Health Organization: <https://icd.who.int/en>
56. Zlomislčić, D. i 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.