

Stigmatizacija osoba oboljelih od shizofrenije

Lavička, Nina

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:199:047910>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-14**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

PRAVNI FAKULTET

STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Nina Lavička

**STIGMATIZACIJA OSOBA OBOLJELIH OD
SHIZOFRENIJE**

ZAVRŠNI RAD

Mentorica: Doc.dr.sc. Draženka Ostojić

Komentorica: Izv.prof.dr.sc. Antonija Petričušić

Zagreb, 2023.

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Shizofrenija	3
2.1 Etiologija.....	4
2.2 Epidemiologija	5
2.3 Simptomatologija	6
2.3.1 Pozitivni simptomi	7
2.3.2 Negativni simptomi.....	8
2.3.3 Ostali simptomi	9
2.4 Liječenje	10
2.4.1 Farmakoterapija	10
2.4.2 Psihoterapija i socioterapija	11
3. Pojam stigme i stigmatizacije.....	12
4. Stigmatizacija u društvenom kontekstu	13
4.1 Uzroci stigmatizacije.....	13
4.2 Iskustvo osoba sa shizofrenijom.....	14
4.3 Negativne posljedice stigmatizacije	16
5. Samostigmatizacija	18
6. Tehnike borbe protiv stigmatizacije.....	20
6.1 Uloga socijalnog radnika u procesu destigmatizacije osoba oboljelih od shizofrenije	23
7. Zaključak.....	24

Stigmatizacija osoba oboljelih od shizofrenije

Sažetak

Cilj ovog rada je pobliže upoznavanje sa shizofrenijom te pojavnom stigme i stigmatizacije u kontekstu svakodnevnog života osoba oboljelih od shizofrenije, odnosno uzrocima i posljedicama stigmatizacije, iskustvom oboljelih te konceptom samostigme. Shizofrenija je složena psihička bolest koja pripada skupini psihotičnih poremećaja, a predstavlja jedan od najistaknutijih zdravstvenih problema današnjice. Karakterizira ju pojava pozitivnih, negativnih, kognitivnih, agresivnih i depresivnih simptoma, poput halucinacija, sumanutih ideja, socijalnog povlačenja, sniženog raspoloženja, apatije i neorganiziranog govora. Osobe sa shizofrenijom nerijetko bivaju objekt stigmatizacije u društvu, što ih stavlja u marginalizirani i degradirani položaj. Iz tog razloga, suočavaju se s negativnim posljedicama na unutarnjoj i vanjskoj razini. Pod utjecajem stigmatizacije može doći do opadanja samopoštovanja, osjećaja manje vrijednosti, otežanog socijalnog funkcioniranja te problema u procesu zapošljavanja i liječenja. U redukciji stigmatizacije i samostigmatizacije važnu ulogu imaju i socijalni radnici.

Ključne riječi: shizofrenija, stigmatizacija, samostigmatizacija, intervencije za redukciju stigmatizacije

Stigmatization of people with schizophrenia

Abstract

The aim of this paper is getting a close understanding of schizophrenia and the phenomenon of stigma and stigmatization in the context of the everyday life of people suffering from schizophrenia, in fact, the causes and consequences of stigmatization, the experience of patients and the concept of self-stigma. Schizophrenia is a complex mental illness that belongs to the group of psychotic disorders and represents one of the most prominent health problems today. It is characterized by the appearance of positive, negative, cognitive, aggressive and depressive symptoms, such as hallucinations, irrational ideas, social withdrawal, low mood, apathy and disorganized speech. People with schizophrenia are often subjected to stigmatization in society, which puts them in a marginalized and degraded position. For this reason, they face negative consequences internally and externally. Under the influence of stigmatization, there may be a decrease in self-esteem, a feeling of inferiority, difficulty in social functioning, and problems in the process of employment and treatment. Social workers also play an important role in reducing stigmatization and self-stigmatization.

Key words: schizophrenia, stigmatization, self-stigmatization, interventions to reduce stigmatization

Izjava o izvornosti

Ja, Nina Lavička, pod 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.

Nina Lavička,

27.09.2023.

1. Uvod

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji mentalno zdravlje predstavlja blagostanje u kojem pojedinac ima mogućnost ostvarenja vlastitog potencijala, suočavanja sa svakodnevnim stresorima, efektivnog i efikasnog rada te sposobnost ulaganja i doprinošenja zajednici (SZO, 2013). U skladu s ovakvom definicijom, možemo pretpostaviti da se osobe s duševnim smetnjama pretežito nalaze na nižem položaju u društvu, na margini (Balaž Gilja, 2021). Također, osobe s mentalnim bolestima nerijetko se nalaze u neravnopravnom položaju u odnosu na osobe bez duševnih smetnji, a samim time su i manje cijenjene u društvu, što neminovno dovodi do procesa marginalizacije (Thornicroft i Sur., 2009). Takav položaj u zajednici znatno otežava razvoj punog potencijala i integriranje u društvo (Balaž Gilja, 2021). Uz to, vidljivo je kako su materijalna ulaganja za usluge mentalnog zdravlja nedostatna, odnosno upravo pokazatelj marginalizirane pozicije osoba s bolestima mentalnog zdravlja. Vidljive su interkulturalne razlike s obzirom na pojavu osjećaja sram i okrivljavanje psihički oboljelih osoba. U odnosu na druge bolesti češće su stigmatizirane psihičke bolesti (Thornicroft i Sur., 2009).

Koncept stigme označava socijalni, medicinski i etički problem s negativnim utjecajem na proces traženja pomoći, prihvatanja liječenja, pozitivni ishod tretmana, kvalitetu života te integraciju oboljelih u zajednici. Povijesno gledano, pojam stigme potječe od grčke riječi istaknuti, naglasiti, označiti, a latinsko objašnjenje predstavlja u prenesenom smislu sram ili degradaciju. Nažalost, svakodnevna diskriminacija je realnost za osobe s duševnim smetnjama. Razlog tome je neznanje društvene zajednice o mentalnim bolestima, što dovodi do oblikovanja iskrivljenog mišljenja o oboljelima. Smatra ih se agresivnim, nasilnim, nepredvidivim, neodgovornim, lijenim osobama koje su krive za svoje stanje. Stvaranje takvih stavova dovodi do oblikovanja ukorijenjenih mitova i predrasuda (Penava i Sur., 2022).

Shizofrenija je u očima javnosti medicinski pojam uz koji se nerijetko vezuje osjećaj nelagode, straha i izbjegavajućeg ponašanja (Penava i Sur., 2022). Simultana pojava diskriminacije, stigmatizacije i teške mentalne bolesti može biti pogubna za psihički oboljelog, a povijesno je imala značajnu ulogu u socijalnom i emocionalnom izoliranju, što može dodatno pojačati njihovu patnju (Penava i Sur., 2022).

Ako sagledamo razvoj shvaćanja psihičke bolesti koju danas nazivamo shizofrenija kroz povijesna razdoblja, možemo zaključiti kako se zapravo radi o razvoju koncepta shvaćanja psihotičnih poremećaja. Stanja i ponašanja nalik današnjim dijagnostičkim kriterijima za postavljanje dijagnoze shizofrenije, opisivana su još u razdoblju prije Krista. Moglo bi se reći da shizofrenija kao takva postoji od kad i ljudska vrsta, no postoje i uvjerenja prema kojima shizofrenija nije toliko stara pojava. U suvremeno doba, smatra se da je shizofrenija stara bolest nepoznatog uzroka, vremenski promjenjivih obilježja. Pojam shizofrenije je definiran, objašnjava pa redefiniran kroz povijest. Međutim, danas postoje važeći i relativno jasni dijagnostički kriteriji, sadržani u priručnicima, ali i dalje možemo naići na nesuglasice (Karlović i Silić, 2019).

Naziv shizofrenija nastaje stapanjem grčkih riječi *shizos* (rascjep) i *frenos* (duša) (Karlović i Silić, 2019). Prema Sulejmanpašić-Arslanagić i Tunović nijedna bolest ne razara ličnost i temelje ljudskog bića na jednako radikalna način kao što to čini shizofrenija (Sulejmanpašić-Arslanagić i Tunović, 2015). Shizofrenija je kronični i teži psihički poremećaj sa specifičnim psihičkim i ponašajnim simptomima. Jednako tako, specifičnost bolesti je u individualnim varijacijama kliničke slike, reakcije na terapiju i tijeka bolesti (Andreasen, 1995., prema Ostojić, 2012). Posljedice bolesti potencijalno su razarajuće za svakodnevno funkcioniranje milijuna oboljelih osoba s narušenim temeljnim funkcijama, što značajno utječe na njihov unutarnji osjećaj individualnosti, samostalnosti i jedinstvenosti (Karlović i Sur., 2019). Često prisutni izraženi pad funkcionalnih kapaciteta osobe sa shizofrenijom može se primijetiti na više razina, poput osobne, obiteljske, socijalne i radne. Još unazad nekoliko desetljeća pogled na prognozu bolesti bio je pesimističan, pri čemu je sama dijagnoza bila istovjetna nepovoljnoj prognozi, odnosno negativnom ishodu bolesti. Međutim, takva su stajališta u današnje vrijeme odbačena, ali ne u potpunosti zanemarena (Ostojić, 2012).

Nadalje, iako u suvremeno doba imamo puno spoznaja i znanja o shizofreniji, ova bolest je još uvijek iz mnogih perspektiva predstavlja nepoznanicu (Ostojić, 2012). Sukladno tome, shizofrenija je istaknuta i atraktivna tema u pogledu psihijatrijskih istraživanja. Međutim, sveobuhvatna kvaliteta informacija i istraživanja o diskriminaciji osoba s duševnim smetnjama je loša, s nedovoljno provedenih

usporednih studija između različitih država. U konačnici, postoji nedovoljno saznanja o tome kako stigmatizacija, odbacivanje i izbjegavanje utječe na svakodnevnicu pojedinca, svjesni da taj utjecaj postoji (Thornicroft i Sur., 2009).

Cilj ovog rada je produbiti razumijevanje o nepovoljnom položaju osoba sa shizofrenijom, stigmatizaciji i diskriminaciji oboljelih od strane društva te samostigmatizaciji. Također, u daljnjem tijeku rada istaknut će se negativne posljedice stigmatizacije i tehnike pomoću kojih se možemo boriti protiv stigme društvene zajednice, uz isticanje uloge socijalnih radnika u tom procesu. Sukladno tome, praktična svrha ovog rada je u poticanju društva, i pojedinaca na sagledavanje marginaliziranih pozicija osoba sa shizofrenijom kao značajnog motiva i povoda za sustavnu i socijalnu borbu protiv štetnih posljedica stigmatizacije.

2. Shizofrenija

Shizofrenija je kompleksan psihijatrijski poremećaj, kojeg karakterizira poremećaj psihičkih funkcija u više domena, kao što su percepcija, misli i osjećaji (Karlović i Sur.,2019). Po prirodi, shizofrenija je kronična i recidivirajuća bolest, koja značajno razara ličnost, a pojavljuje se u epizodama često neovisno o psihofarmakološkom tretmanu oboljelog (Dadić-Hero i Sur., 2009). Smatra se jednim od najvažnijih javnozdravstvenih problema u svijetu. Zbog rane pojavnosti i progresivnog razvoja simptoma, oboljeli i njegova obitelj nerijetko osjećaju patnju (Weinberger i Harrison, 2011).

Shizofrenija je trenutno klasificirana pod kategorijom psihotičnih poremećaja (Karlović i Sur.,2019). U psihotične poremećaje iz spektra shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja pripadaju: shizoafektivni poremećaj, shizotipni poremećaj, shizofrenija, perzistirajući sumanuti poremećaj, shizofreniformni poremećaj, akutni psihotični poremećaj, psihotični poremećaj uzrokovan psihoaktivnim supstancama, katatonija te nespecificirani i neorganski psihotični poremećaj (Karlović i Silić, 2019).

Osnovne karakteristike na simptomatskoj razini predstavljaju pozitivni i negativni simptomi, od kojih su neki od pozitivnih simptoma halucinacije, deluzije, neorganiziran govor, a negativni simptomi povezani su sa socijalnim povlačenjem, apatijom i zaravnjenim afektom. Iako se shizofrenija definira prema navedenim pozitivnim i negativnim simptomima, po prirodi je heterogeni poremećaj, složenog

karaktera. Sukladno tome, pacijenti mogu manifestirati različite simptome (Jurišić i Sur, 2020).

Iako su klinički oblici pojave shizofrenije djeluju različito, u podlozi se uvijek nalaze karakteristična obilježja poput poremećaja mišljenja i percepcije, neusklađenih ili otupljenih emocija. Intelektualne funkcije i svijest često su očuvani, no s protokom vremena postoji mogućnost pojave kognitivnih deficita (Dadić-Hero i Sur., 2009). Upravo su kognitivna oštećenja najuočljivija od navedenih područja u kojim dolazi do opadanja postojećih funkcija (Karlović i Sur.,2019).

Kod osoba oboljelih, uobičajena je pojava ravnodušnosti prema stvarnom svijetu, povlačenja u svoj, karakterističan unutarnji svijet. Također, značajna psihopatološka obilježja su nametanje misli, sumanute ideje i opažanja te sumanutost kontrole i auditivne halucinacije. Pri tome oboljeli često osjećaju kao da glasovi, slušne halucinacije vode razgovor o njima (Dadić-Hero i Sur., 2009).

2.1 Etiologija

Etiologija, odnosno uzročnost shizofrenije još uvijek nije dovoljno jasna (Patel i sur., 2007.). Unatoč provedenim istraživanjima, istraživači još uvijek nemaju odgovor na ovo pitanje (Patel i Sur., 2014). Iako u današnje vrijeme postoje informacije i podaci iz brojnih istraživanja, koja su usmjerena na traženje bioloških osnova kao odgovora za pojavu shizofrenije, još uvijek nisu utvrđena nepobitna i jasna saznanja o uzrocima bolesti. Također, utvrđeni su etiološki čimbenici i uzročnici, ali ne postoji jedinstveno saznanje o uzroku nastanka bolesti (Dadić-Hero i Sur., 2009).

Riječ je o složenom poremećaju nepoznate etiologije, ali smatra se kako geni i okolišni čimbenici međusobnom interakcijom mogu uzrokovati pojavu shizofrenije (Peček i Sur.,2021). Dakle, genetska obilježja mogu predstavljati predispoziciju za razvoj bolesti u interakciji s okolinskim stresorima (Ostojić, 2012). Naime, neke novije studije isto pokazuju kako su genetski i okolišni čimbenici zaslužni za razvoj osjetljivosti pojedinca za razvoj ovog tipa bolesti. Pri tome, faktori iz okoline pojedinca i genetski materijal u kombinaciji utječu na rani razvoj mozga. Unatoč postojanju navedenih spoznaja, poremećaj se većinom ne može primijetiti prije adolescencije, odnosno rane odrasle dobi (Patel i sur., 2007.). Neki okolinski uvjeti, odnosno stresori, povezani sa shizofrenijom obuhvaćaju: pripadanje etničkoj manjini,

traume iz djetinjstva, život u urbanom središtu, iskustvo socijalne izolacije i dr. Uz to, iskustva diskriminacije ili ekonomske poteškoće mogu dovesti do pojave destruktivnih načina razmišljanja i zabluda (Patel i Sur., 2014). Kao mogući okolišni faktori spominju se komplikacije i u trudnoći te, visoke razine stresa i infekcije u razdoblju trudnoće (koje su povezane su s udvostručenjem rizika od razvoja shizofrenije kod djeteta) (Patel i Sur., 2014).

Budući da ne postoji jasni uzrok bolesti, uzimajući u obzir sve postojeće spoznaje, možemo ipak donijeti zaključak o postojanju multifaktorskog uzroka pojave shizofrenije. U skladu s tim, u podlozi pojavnosti sudjeluje više čimbenika biološke, psihološke i socijalne prirode (Dadić-Hero i Sur., 2009). S druge strane, postoji sumnja da je shizofrenija neurodegenerativni proces, koji karakterizira abnormalnost mozga u strukturalnom i funkcionalnom smislu, što dovodi do progresivnog i kontinuiranog propadanja moždanih funkcija (Ostojić, 2012).

2.2 Epidemiologija

Istraživanja su pokazala kako je shizofrenija univerzalan poremećaj u vremenu i prostoru, što znači da ne postoje značajne razlike prevalencije i broja slučajeva oboljelih u odnosu na prostorne i vremenske uvjete (Dadić-Hero i Sur., 2009). Naime, ukupni postotak oboljelih od shizofrenije u svijetu iznosi oko 1% ukupne populacije (Ostojić, 2012). Taj podatak ukazuje na značajnu razinu oboljelih osoba u svijetu. Na godišnjoj razini, utvrđeno je da pojava novih slučajeva oboljelih od shizofrenije iznosi čak 0.5 do 5% na 10 000 stanovnika. Do odstupanja i varijacija dolazi kod usporedbe različitih geografskih područja pa je tako najveća incidencija zabilježena kod osoba rođenih u urbanim geografskim sredinama (Pedersen i Mortensen, 2001., prema Ostojić, 2012).

Prilikom proučavanja incidencija pojave bolesti s obzirom na individualna obilježja, uočeno je kako je udio javljanja u žena i muškaraca gotovo jednak. Međutim, razlike su zabilježene s obzirom na dob. Broj hospitaliziranih muškaraca veći je u razdoblju prije dvadeset i pete godine života, odnosno do pojavnosti bolesti dolazi između osamnaeste i dvadeset i pete godine, dok je kod žena to razdoblje od dvadeset i pete do tridesete godine. S druge strane provedene su studije koje upućuju na to da nema značajnih razlika prema spolu te kako do pojave shizofrenije najčešće dolazi u

periodu od petnaeste do dvadeset i četvrte godine života. Iako do pojavnosti bolesti najčešće dolazi ranije, ponekad se bolest može pojaviti nakon četrdeset i pete godine života i onda govorimo o shizofreniji s kasnim početkom. Iz toga, vidimo da se pojavnost smanjuje s dobi (Sadock i Sadock, 2003., prema Messias, Chen i Eaton, 2007., prema Ostojić, 2012). Unatoč razlici s obzirom na dob i dobnu skupinu, vodeći broj hospitaliziranih prema spolu su muškarci, dok s godinama ta razlika prestaje postojati. Neovisno o spolu, stopa hospitalizacije za dobnu skupinu od dvadesete do trideset i devete godine života je u porastu. (Silobrčić Radić i Sur.,2020).

Po broju hospitalizacija shizofrenija predstavlja vodeću dijagnostičku kategoriju u ukupnom broju hospitaliziranih osoba s mentalnim bolestima u Republici Hrvatskoj. Osobe oboljele od shizofrenije često ostaju duže na bolničkom liječenju što potvrđuje podatak da od ukupnog broja dana provedenih dana na bolničkom liječenju, 30% otpada na oboljele od shizofrenije (Silobrčić Radić i Sur.,2020).

Ako sagledamo prosječnu očekivanu životnu dob osoba oboljelih od shizofrenije, može se primijetiti da u usporedbi s općom populacijom ona može biti čak do trideset godina kraća. Razlog tome povezan je sa suicidalnim ponašanjem i incidencijama kod navedene skupine, uz čestu pojavnost komorbiditeta. Oboljeli se nalaze u visokom riziku od počinjenja suicida, a smatra se kako 25 do 50% oboljelih barem jednom tijekom života pokuša počiniti suicid (Ostojić, 2012).

2.3 Simptomatologija

Prodromalna faza ili stadij naziv je za period prije pojave karakterističnih simptoma shizofrenija, koji može trajati nekoliko godina. Neki od nespecifičnih simptoma mogu biti izbjegavanje druženja i obaveza, osjetljivost, razdražljivost i manjak interesa. Navedeni simptomi kao takvi ne predstavljaju temelj dijagnoze nekog specifičnog stanja i poremećaja. Kasnije dolazi do razvoja simptoma svojstvenih shizofrenom poremećaju (WHO, 1992). Međutim, ponekad se i prije pojave bolesti mogu javiti kognitivni simptomi i deficit u kognitivnim funkcijama, koji se mogu povezati s disfunkcijom mozga (Karlović i Sur., 2019).

Kod pojave simptoma, dolazi do odstupanja i deficita u nekoliko područja, poput ponašanja, emocija i kognitivnih funkcija (Karlović i Sur., 2019). Pristup i pogled na shizofreniju kao višedimenzionalni koncept te razgraničenje simptoma bolesti počeo

se razvijati u sedamdesetim godinama dvadesetog stoljeća, kada je razvijena faktorska analiza. Rezultati prvih analiza pokazali su da postoje negativni i pozitivni simptomi (Karlović i Silić, 2019). U skladu s neurodegenerativnom uzrokom shizofrenije, pojava pozitivnih simptoma veže se uz pojačanu neuralnu aktivnost, dok se negativni simptomi povezuju s odumiranjem moždanih stanica (Ostojić, 2012). Naime, ovakav dihotomni oblik sistematizacije simptoma na pozitivne i negativne duže se vrijeme koristio u praksi, zanemarujući time ostale dimenzije i često svrstavajući ostale simptome u negativnu simptomatologiju (Karlović i Sur., 2019).

Prema današnjem dimenzionalnom pristupu, postoji pet dimenzija simptoma: negativni, pozitivni, kognitivni, agresivni/impulzivni i depresivni/anksiozni. Navedene dijagnostičke kategorije shizofrenije nastale su u skladu sa skupinom simptoma koju su se najčešće pojavljivali u tijeku bolesti. (Karlović i Silić, 2019). Iako postoji razgraničenje prema dimenzijama, simptomi se u stvarnosti međusobno mogu preklapati. Međutim, iako danas možemo svjedočiti široj podjeli simptomatologije, odnosno vezanje brojnih simptoma uz ovaj poremećaj, takva podjela nema formalno-dijagnostički karakter (Ostojić, 2012).

Klinička slika oboljelih generalno može uključivati abnormalnu percepciju, halucinatorne doživljaje okoline, nesposobnost rasuđivanja zbog sumanutih misli i uvjerenja, redukciju afekta i emocija, manjak osjećaja zadovoljstva, poremećeni slijed misli s manifestacijom kroz neorganizirani govor i oštećenost samokontrole uz motoričke promjene. Uz navedene poteškoće, nerijetko se pojavljuju i kognitivne smetnje, pretežito vezane uz pamćenje i izvršne funkcije. Oboljeli pojedinci iskazuju uočljive oblike ponašanja kao reakciju na unutarnje psihotično proživljavanje (Ostojić, 2012).

2.3.1 Pozitivni simptomi

Pozitivni simptomi odraz su prekomjernih ili iskrivljenih normalnih djelatnosti (Američka psihijatrijska udruga, 1996). U njih spadaju simptomi poput: halucinacija (obmane osjetila), sumanutosti, distorzije govora i komunikacije, dezorganizirani govor i ponašanje, katatono ili ukočeno držanje tijela i agitaciju (Ostojić, 2012). Prema nekim kliničkim teorijama nedostatan uvid svrstava se u skupinu pozitivnih simptoma, kao specifičan tip deluzije gdje oboljeli negira vlastitu psihičku bolest, neovisno o

postojanju snažnih naznaka postojanja bolesti poput problema u svakodnevnom funkcioniranju. Međutim, nije utvrđena dovoljno snažna povezanost između pozitivnih simptoma i smanjenog uvida. (Horvat i Štrkalj-Ivezić, 2017).

Sumanutost su iskrivljeno uvjerenje koje je obično rezultat krive interpretacije iskustava i osjećaja. Kod govora uočljivo je prebacivanje s jedne teme razgovora na drugu (gubitak asocijacije), što je popraćeno davanjem nepovezanih odgovora na pitanja (divergencija), a ponekad govor može biti narušen do te mjere da postaje potpuno nerazumljiv (salata od riječi). Na razini očitovanja ponašajnih simptoma postoje varijacije od djetinjastih oblika ponašanja do nepredvidljive pobuđenosti osjećaja. Također, karakteristični problemi vidljivi su u pogledu ponašanja usmjerenog prema određenom cilju, što dovodi do poteškoća u izvođenju svakodневnih rutinskih radnji poput održavanja vlastite higijene, čišćenja i pripreme obroka.

Pozitivna simptomatologija često je uočljiva i snažnije izražena kod oboljelih od shizofrenije. Kao takva igra značajnu ulogu u određenju bolesnikovog iskrivljenog i psihotičnog doživljaja realiteta, a simptomi se mogu pojaviti iznenadno i naglo. Uz terapijsku intervenciju, ponajviše psihofarmakološku, simptomi se mogu značajno ublažiti ili povući (Ostojić, 2012).

2.3.2 Negativni simptomi

Negativni simptomi povezani su s oštećenjem uobičajenog funkcioniranja i djelovanja, a uz primarne negativne simptome bolesti, mogu se pojaviti pod utjecajem niza drugih čimbenika, kao na primjer nuspojava na farmakološku terapiju, kao posljedica pozitivnih simptoma, reakcija na izopćenost iz zajednice i drugih faktora (Američka psihijatrijska udruga, 1996).

Prema sistemskoj podjeli, negativni simptomi mogu biti primarni ili sekundarni, ovisno o razlozima njihove pojave u odnosu na druga određujuće faktore bolesti. Pri tome, nazivaju se primarnima kada predstavljaju temeljne, odnosno bazične simptome shizofrenije, dok se u kategoriju sekundarni svrstavaju ako se pojavljuju u sklopu afektivnih (depresivnih) simptoma, socijalne isključenosti ili kao posljedica negativne reakcije na psihofarmakološki tretman (Horvat i Štrkalj-Ivezić, 2017).

Pojam negativnih simptoma obuhvaća pojave poput emocionalne povučенosti, neadekvatnih emocionalnih odgovora, pasivno ponašanje i socijalnu izoliranost,

smanjeni spontanitet, otežano apstraktno mišljenje, stereotipno mišljenje, alogiju ili manjak produkcije mišljenja i govora, avoliciju ili manjak motivacije i želje za postizanjem osobnih ciljeva, adhedoniju ili redukciju osjećaja zadovoljstva i poteškoće s održavanjem pažnje (Ostojić, 2012). Ponekad se u tu dimenziju može svrstati i neadekvatan uvid, odnosno pojava mentalnog povlačenja oboljelog od spoznanje i uviđanja realiteta i vlastite okoline (Horvat i Štrkalj-Ivezić, 2017).

Ovi simptomi pretežito su prisutni u periodu između dvije epizode shizofrenije, no jednako tako i u prodromalnoj fazi. Iznimno je važno pratiti pojavu tih oblika manifestacije bolesti zbog njihova značajna utjecaja u determiniranju daljnjeg tijeka i ishoda bolesti, odnosno prognoze kliničkog stanja oboljelog. Unatoč potencijalno važnoj ulozi pozitivnih simptoma u akutnoj fazi, gdje mogu uzrokovati značajno opadanje normalnog funkcioniranja, negativni simptomi imaju determinirajuću ulogu u određivanju funkcioniranja bolesnika i krajnjih ishoda bolesti. Upravo zbog njihove izolirajuće i deprivirajuće prirode te utjecaja na kapacitet bolesnika za stupanje u socijalne interakcije, razvoj i održavanje međuljudskih odnosa, samostalno obavljanje svakodnevnih poslova i sposobnost za uključivanje na tržište rada i učenje, nerijetko su razlog lošijih ishoda bolesti i smanjenog zadovoljstva životom (Ostojić, 2012). U skladu s tim, povezani su s visokom razinom morbiditeta zbog degenerativnog utjecaja na emocionalno i bihevioralno stanje (Patel i Sur., 2014).

2.3.3 Ostali simptomi

Kognitivni simptomi igraju važnu ulogu u pogledu integracije i funkcioniranja oboljelog u zajednici pa tako imaju i utjecaj na prognozu bolesti. Također, bolje kognitivno stanje povezano je s višim socijalnim i psihosocijalnim vještinama (Weinberger i Harrison, 2011). U ovu kategoriju svrstavaju se neologizmi ili nove riječi, poremećaji pažnje i mišljenja, oštećeno procesuiranje informacija i nerazumljiv govor (Ostojić, 2012). Također, dolazi do odstupanja u pogledu planiranja, učenja, pamćenja i rješavanja problema. Kognitivni simptomi najčešće predstavljaju najmanje istraženu skupinu simptoma (Karlović i Sur., 2019).

Agresivni simptomi odnose se na iskazivanje verbalne i fizičke agresije, autodestruktivno ponašanje i suicidalnost, neprijateljsko ponašanje, uništavanje materijalne imovine, impulzivnost, iskazivanje nepredvidivog seksualnog ponašanja.

Često se mogu vezati uz pojavu pozitivnih simptoma (Ostojić, 2012). Iako je potencijalno agresivno ponašanje često izaziva brigu kod medija i javnosti, odnos između shizofrenija i nasilnog ponašanja je složen te je nasilje samo jedna od mogućih reakcija na simptome. Međutim, zajednički utjecaj različitih faktora može dovesti do pojave agresije. Primjerice, prisutnost određenih oblika deluzija, gdje oboljeli percipira imaginarnu prijetnju ili uvjerenje da mu je tijelo i um pod vanjskom kontrolom. Mali je broj dokaza kojim je utvrđena značajna povezanost između psihotičnih simptoma i pojave nasilja i agresije (Weinberger i Harrison, 2011).

Afektivni simptomi obuhvaćaju anksioznost, unutarnji osjećaj krivnje, iritabilnost, brigu, napetost i depresivno raspoloženje (Ostojić, 2012). Svi osjećaji, stanja i raspoloženja koja se javljaju kod osobe oboljele od shizofrenije imaju pojavne varijacije te mogu biti abnormalne prirode. Do pojave istih, može doći u sklopu negativnih simptoma ili neadekvatnih osjećaja, dok se takvi osjećaji mogu očitovati i kao reakcija na stresore početnog iskustva bolesti.

2.4 Liječenje

Liječenje shizofrenije je zahtjevan i kompleksan proces, obuhvaća kombinaciju više oblika terapije. Sukladno tome, u realnosti se često primjenjuje kombinacija psihofarmakoterapije, socioterapije i psihoterapije (Weinberger i Harrison, 2011). Podjela simptoma na nekoliko dimenzija, odnosno razlikovanje pozitivnih, negativnih, kognitivnih, afektivnih i agresivnih simptoma u psihijatrijskoj praksi je koristan alat. Pomaže u procesu odabira određenog oblika terapije i tretmana, a s druge strane učestalost i intenzitet pojave pojedine dimenzije može ukazivati na prognozu bolesti. (Ostojić, 2012).

2.4.1 Farmakoterapija

Psihofarmakološka, odnosno medikamentozna terapija za cilj ima reduciranje psihotičnih simptoma i sumanutosti u akutnoj fazi bolesti, dok u kasnijoj fazi ima svrhu preveniranja vraćanja simptoma (relapsa). Naime, temeljni fokus uporabe lijekova u procesu liječenja je utjecaj na bolesni dio poremećaja, uznapredovale simptome i poteškoće (Dadić-Hero i Sur., 2009). Najčešće se oboljelima propisuju antipsihotici, koji su razlog nastanka značajnog pomaka u liječenju. Međutim, kod velikog broja

pacijenata ne dolazi do potpunog povlačenja simptoma, već do redukcije. Pri tome, izdvaja se slučaj terapije rezistencije u shizofreniji, odnosno situacija u kojoj uz primjenu dva različita antipsihotika, ne dolazi do adekvatnog smanjivanja simptoma. Naime, medikamentozna terapija najčešće je važan resurs kod terapije oboljelih od shizofrenije s često značajnim učinkom na povlačenje pozitivnih simptoma, dok se u pogledu liječenja negativnih simptoma pokazala manje učinkovitom zbog pojave terapijske rezistencije (Karlović i Sur., 2019). Ipak, u suvremeno doba zbog napretka medikamentozne terapije svjedočimo pomacima na individualnom planu kod oboljelih, poboljšanju radnog i socijalnog funkcioniranja te prevenciji pojave opadanja intelektualnih funkcija. Suradljivost i motivacija pacijenta predstavlja determinirajući faktor u pogledu ostvarivanja pozitivnih pomaka i rezultata liječenja (Dadić-Hero i Sur., 2009).

2.4.2 Psihoterapija i socioterapija

Drugi oblik liječenja je psihoterapija, koja ima kritičnu ulogu u rješavanju psihotičnih simptoma i jačanju kapaciteta za svakodnevno funkcioniranje. Također, pacijentu je dostupan uvid i smisleno objašnjenje za percepciju bolesti i simptoma te njihovu interpretaciju. U suštini, pacijent dobiva saznanja i snagu za daljnje nošenje sa simptomima bolesti (Dadić-Hero i Sur., 2009). Jedan od prepoznatih i istaknutih psihoterapijskih pravaca u pogledu tretmana oboljelih od shizofrenije je kognitivno bihevioralni pristup. Također, ovaj pristup može se primjenjivati u svim fazama bolesti, a pokazao se učinkovitim i u procesu redukcije rizika razvoja težih psihotičnih stanja kod pacijenata s blažim oblicima simptoma (Weinberger i Harrison, 2011).

Treća metoda liječenja je socioterapija koju karakterizira korištenje grupe u terapijske svrhe. U procesu rehabilitacije psihički oboljelih osoba važnu ulogu ima socioterapija, s konačnim ciljevima: brze resocijalizacije i rehabilitacije te održavanja mentalnog zdravlja oboljelog. Također, socioterapijski postupci predstavljaju ciljane intervencije sa svrhom pripreme oboljelih na vraćanje u lokalnu zajednicu te lakše prilagodbe na tu situaciju, a mogu se provoditi tijekom ili nakon završenog psihijatrijskog liječenja. Posebnost primjene ove metode u praksi proizlazi iz činjenice da istovremeno ima pozitivni terapijski učinak na oboljelog i njegovu okolinu. (Ružić i Sur., 2009).

U konačnici, primjenom različitih oblika terapije kod shizofrenije može se relativno kvalitetno liječiti i zaliječiti bolesnika, no ne i potpuno izliječiti. Zbog te činjenice, postavljen je imperativ neprestanog istraživanja i daljnjeg proučavanja svih aspekata shizofrenije pred psihijatrijsku struku, ali i cijelu znanstvenu zajednicu (Ostojić, 2012).

3. Pojam stigme i stigmatizacije

Čovjek je oduvijek bio kognitivno biće, podložno uočavanju događanja u okolini i donošenju vlastitih interpretacija. U skladu s tim, zbog svojih misaonih kapaciteta sposoban je kritički promatrati svijet oko sebe, što rezultira pojavom formiranja mišljenja i stavova. S druge strane, nerijetko do formiranja mišljenja dolazi i prije saznanja i upoznavanja sa svim relevantnim okolnostima situacije, a time i neistinitih stavova. Upravo spomenuti manjak znanja dovodi do pojave predrasuda prema okolini i diskriminacije. Takvi oblici stavova, počivaju na stereotipnim mišljenjima o određenoj skupini u društvu, a stereotipi su suviše jednostavne i netočne generalizacije. Osobito su prisutni kod pogleda na negativna i neprihvatljiva ponašanja u odnosu na društveno prihvatljive standarde funkcioniranja. Iz tog razloga, pojedinci koji iskazuje takve oblike ponašanja, koji su drugačiji po nekom elementu, bivaju stigmatizirani i izopćeni. Obilježeni su, „etiketirani“, kao neprihvatljivi (Miletić i Sokolić, 2017). Povijesno gledano, podjela stigmatizirajućih uvjeta bila je na mane karaktera (primjerice duševne bolesti ili ovisnost), plemenske (primjerice rasa i spol) i tjelesne abnormalnosti (primjerice fizički nedostaci i bolest) (Bennett i Sur, 2008).

Povijesno gledano, riječ „stigma“ mijenjala je značenje kroz godine, a danas se najčešće veže s negativnim stavovima koji su produkt neistinitih činjenica (Penava i Sur., 2022). Stigma je određena značajka pojedinca ili skupine pojedinaca koja ih izopćuje iz većinske populacije, a rezultira pojavom hostilnog ili sumnjičavog ponašanja od strane zajednice (Miletić i Sokolić, 2017). Kao rezultat, pojedinci nastoje sakriti i prikriti vlastiti identitet, nedostatke u očima društva, kao način obrane od takvog ponašanja i osjećaja sramote (Penava i Sur, 2022).

Pojam koji se usko veže u stigmatu je stigmatizacija, a odnosi se na pripisivanje obilježja pojedincu koja ga izravno degradiraju. Dakle, pojedinac se svodi na jedno obilježje, koje se povezuje sa svim ostalim karakteristikama, odnosno skup svih osobina gleda se kroz prizmu diskriminirajućeg faktora pa i one same postaju objekt

diskriminacije. U skladu s time, pojedinac se svodi na lošu i bezvrijednu osobu, što dovodi do srozavanja individualne psihičke i socijalne dobrobiti. Osoba nerijetko gubi status u zajednici te postaje objekt odbacivanja i izbjegavanja od strane drugih. Razlog stigmatizacije može biti percipiranje prijetnje ili opasnosti i strah od nepoznatog, što djeluje kao svrhovit i logičan odgovor na takve misli i osjećaje, a stigmom čini otpornijom i trajnom pojavom. (Penava i Sur., 2022).

4. Stigmatizacija u društvenom kontekstu

Društvena dinamika i način života u zajednici nerijetko se temelji na manjoj ili većoj predvidljivosti pojave ponašanja i situacija. Iz tog razloga su ponašanja nepredvidive naravi okarakterizirana kao opasna i kobna za pojedinca i zajednicu. Često nepredvidivost proizlazi iz nerazumijevanja tih procesa. Posljedica je pojava stigmatizacije, a stigmatizaciji podliježe svaki pojedinac koji posjeduje karakteristike protivne društveno prihvaćenim normama (Penava i Sur., 2022). Stigmatizacija duševnih bolesti postoji još od davnih vremena, no u posljednja dva stoljeća, pod utjecajem urbanizacije i složenosti kompetencija i vještina u pogledu zapošljavanja, došlo je do jačanja netrpeljivosti i izopćavanja oboljelih. Iako je u urbanim središtima pojava odbacivanja, stigmatizacije i diskriminacije često uočljivija, zapravo se ovi procesi odvijaju i u manjim, ruralnim sredinama i svim zemljama svijeta, bez obzira na stupanja urbanizacije i razvijenosti društva. Sukladno tome, stigma je univerzalno prisutna u svim društvima te često predstavlja logični dodatak mentalnim bolestima jer uz pojavu jednog, dolazi do pojave drugog (Kadri i Sartorius, 2005).

4.1 Uzroci stigmatizacije

Učenje stigmatizirajućih oblika ponašanja ima značajnu ulogu u pojavi stigmatizacije osoba s duševnim smetnjama. Još od djetinjstva, ljudi su izloženi medijskim sadržajima koji kroz priče i vijesti potiču stvaranje negativnih stavova i mišljenja o psihički oboljelim osobama, a samim time i neadekvatnih reakcija na takve pojedince. Sukladno tome, može se zaključiti kako mediji imaju snažan utjecaj na mišljenje društva, a često i podupiru održavanje u osnaživanje stigmatizirajućih pogleda na oboljele, prikazujući psihičke bolesti u senzacionalističkom svjetlu. (Penava i Sur., 2022).

Nerijetko zbog neznanja o uzrocima, simptomima i dostupnim oblicima liječenja

te nedostatka neposrednog kontakta s oboljelima od shizofrenije, dolazi do stvaranja predrasuda (Baumann, 2007). U skladu s time, osobno iskustvo duševnih smetnji, kao i poznavanje oboljele osobe ukazuje na manju pojavnost stigme. U istraživanju koje je provedeno sa studentima medicine, pokazalo se da je jedan od determinirajućih faktora pri stvaranju stigmatizirajućih stavova o shizofreniji je percepcija etiologije poremećaja pa je tako povezivanje etiologije shizofrenije samo s genetskim faktorima češće uključivalo stigmatizirajuće stavove. Međutim, studenti koji su bili više educirani u tom području i koji su češće stupali u neposredni kontakt s oboljelima, imali su pozitivnije stavove, dok su psihijatri imali generalno pozitivnije stavove (Peček i Sur.,2021).

Nadalje, procesi unutar pojedinca mogu utjecati na sklonost osobe da degradira druge. Pri tome, postoje unutarnji kognitivni procesi koji pojedincu omogućuju lakše filtriranje i rezoniranje informacija. U skladu s tim, dolazi do pojednostavljivanja i organiziranja informacija iz okoline, u svrhu lakšeg prepoznavanja opasnosti i minimiziranja kognitivnih napora u tim situacija. Ovaj proces mentalne kategorizacije može se primijeniti na situacije formiranja mišljenja u socijalnom kontekstu pa se tako negativne osobine generalizacijom vežu uz sve pripadnike neke skupine. Kod shizofrenije, obično su ponašanja koja se javljaju pod utjecajem pozitivnih i negativnih simptoma, socijalno povlačenje i potencijalna ponašanja uzrokovana nuspojavama farmakoterapije percipirana kao nenormalna. U pogledu razvoja takvog mišljenja, nerijetko se razmatraju i faktori poput socijalnih vještina i percipirane fizičke privlačnosti (Baumann, 2007).

Evolucijski gledano, uzrok stigmatizacije nije uvijek negativna osobina ili „pokvarenost“ koja se veže uz određenu skupinu, ponekad odgovor leži upravo u posjedovanju osobina koje zajednica percipira kao osnovu za izopćivanje i izbjegavanje. Pojava stigmatizacije usko je vezana uz temeljne društvene vrijednosti i preferencije određene skupine, što dovodi do socijalne isključenosti, no ti procesi nisu spontani i imaju adaptacijsku ulogu. (Kurzban i Leary, 2001).

4.2 Iskustvo osoba sa shizofrenijom

U istraživanju provedenom sa oboljelima od shizofrenije koji se ne nalaze na liječenju u bolnici, pokazalo se da su skoro sve osobe iskusile neki oblik stigmatizacije. Najčešće su ispitanici iskazivali strah od negativnog i nepovoljnog

mišljenja okoline, čak 70% sudionika, dok je 58% sudionika izjavilo kako izbjegava govoriti o vlastitoj psihičkoj dijagnozi i povjeravati se o tome drugima. Nadalje, mnogi sudionici spominju kako su čuli i vidjeli uvredljive izjave o psihičkim bolestima u medijima i na društvenim mrežama (Dickerson i Sur., 2002).

Prema drugom istraživanju, ispitanici su trebali odgovoriti na pitanje o nazivima koji se vežu uz osobe s duševnim smetnjama. Sudionici su imali različite odgovore. Navedeni izrazi najčešće su se odnosili na stereotipno ponašanje, stupanj inteligencije, medicinske termine i mentalno stanje. Pri tome, svi prikupljeni nazivi i izrazi odražavali su pogled na psihički oboljele osobe kao manjkave. Najviše ispitanika istaknulo je riječ “retardiran”, dok su neki ostali spominjani bili “lud”, “nestabilan” i slično. (Bailey, 1999).

Prema istraživanju koje su proveli Schulze i Angermeyer identificirane su četiri dimenzije iskustva stigme kod osoba oboljelih od shizofrenije: interpersonalni odnosi, pogled javnosti na psihičke bolesti, strukturalna diskriminacija i pristup socijalnim ulogama (Schulze i Angermeyer, 2014). Dimenzija interpersonalnih odnosa veže se uz kontekst socijalnih odnosa, a kod oboljelih od shizofrenije nerijetko se može vidjeti redukcija socijalnih veza. Pri tome, ispitanici navode kako osobe koje nemaju iskustvo psihičkih bolesti, pokazuju nerazumijevanje prema svakodnevnim poteškoćama i problemima osoba oboljelih od shizofrenije, a to dovodi do čestog zanemarivanja i ignoriranja stvarne patnje oboljelih od strane obitelji i susjeda. Ispitanici navode kako osjećaju manjak interesa za informiranjem od strane obitelji i rodbine. Osim problema u pogledu odnosa s obitelji, sudionici spominju i iskustvo diskriminacije na razini zdravstvenog sustava, odnosno manjak interesa zdravstvenih radnika specijaliziranih za probleme mentalnog zdravlja. Spominju kako njihove potrebe i osjećaji nisu bili dovoljno razmatrani u procesu liječenja. U sklopu dimenzije pogleda javnosti na psihičke bolesti, ispitanici navode kako se osobe oboljele od shizofrenije često u medijima prikazuju kao nasilne, a zabrinjava ih prikaz shizofrenije jedino u kontekstu sudskih procesa i policijskog izvještavanja. Osjećaju se kao da ih povezanost s vlastitom dijagnozom u očima javnosti čini nesposobnim i nekompetentnim. Na strukturalnoj razini, ispitanici osjećaju nedostatak pomoći od lokalne zajednice i mišljenja su da je sustav pomoći u pogledu mentalnog zdravlja nedovoljno kvalitetan. Uz to, dominantne vrijednosti u društvu kao ekonomski uspjeh, fleksibilnost, aktivnost

i ponašanje usmjereno na određen cilj, prema mišljenju oboljelih dodatno produbljuju već postojeću stigmju društva. U pogledu četvrte dimenzije, ispitanici navode probleme s traženjem zaposlenja i održavanje prethodnih odnosa. Iskustvo stigmatizacija osobe oboljele od shizofrenije iskusile su neposrednoj interakciji, najčešće s obitelji i stručnjacima za mentalno zdravlje (Schulze i Angermeyer, 2014).

Razlike u iskustvu stigme vidljive su između osoba koje žive u ruralnoj i urbanoj sredini. S jedne strane, osobe iz urbanih sredina imaju potrebu skrivati podatke o vlastitom psihičkom stanju. To se posebno odnosi na proces traženja zaposlenja, što znači da izbjegavaju navoditi podatke o svojoj bolesti. S druge strane, ispitanici iz ruralnih područja češće su bili objekt ismijavanja, diskriminacije i vrijeđanja (Koschorke i Sur., 2014).

4.3 Negativne posljedice stigmatizacije

Poznato je da stigmatizirajuće ponašanje ima snažan utjecaj na psihički oboljele osobe. Budući da ih stavlja u marginalizirani položaj, negativno ih označava u očima javnosti i potiče njihovu diskriminaciju, vidljiv je štetan utjecaj na njihovu subjektivnu dobrobit, ostvarenje radnih i osobnih ciljeva te mogućnost samostalnog funkcioniranja (Horvat i Štrkalj-Ivezić, 2017). Pojavnost stigme u ponašajnom obliku, odnosno izopćavanje i izbjegavanje shizofrenije, utječe na većinu psihički oboljelih osoba, no postoji nedostatan broj saznanja o tome kakav utjecaj ti procesi imaju na njihov svakodnevni život. Sukladno tome, istraživanja izostavljaju pitanje osobnog iskustva osoba sa psihičkim bolestima, a često se svode na pitanje o zamišljenim i hipotetskim situacijama (Thornicroft i Sur, 2009). Iako je individualna perspektiva stigmatiziranih pojedinaca nedovoljno istražena, postoje saznanja koja govore kako stigmatizacija donosi sa sobom psihičke, ekonomske i socijalne posljedice te kako narušava ravnopravni položaj u zajednici, poštovanje i proces liječenja (Penava i Sur., 2022).

Posljedice stigme najprije se održavaju na osobe s duševnim smetnjama, ali jednako tako proizvode učinke na njihove obitelji i psihijatrijsku djelatnost. Na oboljele se često gleda isključivo kroz prizmu psihičke bolesti, dok individualne karakteristike ostaju zanemarene (Penava i Sur., 2022). Posljedice takvih društvenih pogleda očituju se u negativnom odnosu prema oboljelima od shizofrenije. U skladu s tim, javljaju su problemi pri pronalasku zaposlenja, uspostavljanja romantičnih veza i osnivanja vlastite obitelji (Miletić i Sokolić, 2017). Također, stigma rezultira

stavljanjem manjeg naglaska na mentalno zdravlje i lošijom kvalitetom skrbi za tjelesna oštećenja, otežanim pronalaskom mjesta stanovanja, socijalnim izoliranjem osoba s dijagnozom shizofrenija i njihovih obitelji. Pojava stigmatizacije od strane zdravstvenog osoblja umanjuje mogućnost pronalaska kvalitetnog medicinskog osoblja (Kadri i Sarotius, 2005). Takvi negativni stavovi kod zdravstvenih radnika mogu dovesti do stavljanja dijagnoze osobe u prvi plan (Thornicroft i Sur, 2009). Iz čega se može zaključiti kako stigma ne zaobilazi ni zdravstveni sustav pa se osobe označavaju prema svojoj mentalnoj bolesti, što dovodi do manje razine dostupne zaštite u usporedbi s drugima. Oboljeli nastoje ignorirati vlastite psihičke probleme zbog srama i stida, što dovodi do odbijanja traženja stručne pomoći. Upravo iz tog razloga, dolazi do kasnog prepoznavanja, dijagnosticiranja psihičkih bolesti te opadanja učinka liječenja i nakupljanja dodatnog stresa. Ove pojave predstavljaju prepreku u svakodnevnom životu oboljelih, a ona najteža je prepreka prevencije suicida. (Penava i Sur, 2022). Nadalje, problemi sa zapošljavanjem povezani su i s otežanim zadržavanjem radnog mjesta i smanjenom mogućnošću napredovanja, unapređenja na više i bolje plaćeno radno mjesto. U pogledu ostvarivanja i održavanja socijalnih odnosa, psihički oboljele osobe teško pronalaze partnera/icu, a dodatan problem je održavanje veze ili stupanje u brak (Penava i Sur., 2022). Do problema dolazi i kod razvoja intimnosti i seksualnih odnosa (Thornicroft i Sur, 2009). Nerijetko nailaze na probleme s pronalaskom mjesta stanovanja, odnosno teže im je pronaći stan za najam (Penava i Sur., 2022).

Stigma i diskriminacija, odnosno odbacivanje i osuda društva utječu na percepciju pojedinca o samom sebi. Shodno tome, učinci stigme nisu isključivo vanjskog karaktera, već igraju značaju ulogu u promjeni unutarnjeg stanja pojedinca, gdje je važno sagledati posljedice stigme na emocionalna, radna, socijalna i druga obilježja oboljelog (Miletić i Sokolić, 2017).

Danas postoji sve veći broj istraživanja koja potvrđuju postojanje unutarnjeg subjektivnog doživljaja korisnika usluga mentalnog zdravlja. Promjene zbog doživljaja stigmatizacije vidljive su u pogledu osjećaja, ponašanja i stajališta oboljelih od shizofrenije pa takve osobe imaju niže samopoštovanje, povlače se iz društva i iskazuju nedovoljnu brigu o sebi (Thornicroft i Sur, 2009). Tako može doći do pojave poremećaja ponašanja, osjećaja manje vrijednosti uz sklonost i osjetljivost na pojavu

depresije i tjeskobe (Penava i Sur, 2022). Diskriminacija, kao povreda temeljnih ljudskih prava i posljedica stigme, interferira s pogledom oboljelih na socijalne odnose, neverbalnu i verbalnu komunikaciju, što često rezultira udaljavanjem od obitelji i prijatelja (Sulejmanpašić-Arslanagić i Tunić, 2015). U konačnici, osoba se može osjećati nemoćno i socijalno otuđeno pod utjecajem stigmatizacije, što rezultira opadanjem vjere u vlastitu sposobnost, izoliranjem i patnjom (Penava i Sur., 2022).

Obitelj psihički boljele osobe često je suočena s negativnim učincima stigme. Pred članovima obitelji nalazi se velika obaveza, pružanje posebne i usmjerene pažnje psihički oboljelom članu obitelji. Najveći teret snose zbog uvriježenih mišljenja javnosti o genetskoj osnovi kao determinirajućem faktoru kod pojave bolesti. Vidljiva je pojava prenošenja stigme s oboljelog na njegovu obitelj. U socijalnim interakcijama ljudi ponekad izražavaju sažaljenje i zabrinutost za mentalno zdravlje svih članova obitelji (Karlović i Sur., 2019).

Naime, već doživljeni negativni učinci na zdravlje oboljelih od shizofrenije, podložni su pogoršanju zbog isključenosti iz društva, predrasuda i diskriminatornog ponašanja. Zbog oskudnije socijalne mreže podrške, koje su često realnost za osobe sa psihičkim bolestima, osobe se mogu osjećati usamljeno i izdvojeno od društva (Balaž Gilja, 2021). Sukladno tome, središnje istraživačko pitanje upravo je pitanje kvalitete života oboljelih, koja je značajno povezana sa socijalnom podrškom. Osjećaj podrške okoline održava se na tjelesno i psihičko zdravstveno stanje, socijalne veze i ostale životne uvjete (Karlović i Sur., 2019).

5. Samostigmatizacija

U suvremeno doba, istraživački fokus pomaknuo se s proučavanja javne stigme na izučavanje individualnih doživljaja i reakcija osoba suočenih s društvenom stigmatizacijom. U skladu s tim, samostigmatizacija ili internalizirana stigma su relativno novi koncepti, gdje pod utjecajem društvenih stigmatizirajućih stavova dolazi do rekonstrukcije identiteta osoba s duševnim smetnjama (Horvat i Štrkalj-Ivezić, 2017). Naime, važno je sadržajno razgraničiti terminološke pojmove javne i osobne stigme. Javna stigma je pojava opće prihvaćenih predrasuda i diskriminatornih stajališta kod generalne populacije, u ovom slučaju prema psihički oboljelim osobama, dok je osobna stigma spoj percepcije stigme, iskustva stigme i samostigme. Percepcija stigme odnosi se na uvjerenja oboljelih o postojećim stavovima društva u

pogledu njihove dijagnosticirane psihičke bolesti, a ujedno tako i stajalište prema potencijalno stigmatiziranoj skupini s kojom se oboljeli asocira. Doživljena stigma predstavlja diskriminatorna i stigmatizirajuća ponašanja s kojima se oboljeli u realnosti suočio. Posljednje, razlikujemo samostigmu, kao ishod internalizacije i usvajanja stereotipa i stavova opće populacije, odnosno javne stigme (Gerlinger i Sur., 2013). Unatoč tome što većina populacije ne pripisuje veliku vrijednost mišljenjima javnosti, psihički oboljela osoba može ih interpretirati kao relevantne i primijeniti ih na sebe, što može dovesti do internaliziranja stavova o osobama s duševnim smetnjama kao agresivnim, nekompetentnim i bezvrijednim. (Horvat i Štrkalj-Ivezić, 2015).

Proces samostigmatizacije neminovno započinje percipiranjem društvene stigme i diskriminacije psihički bolesnih osoba, posebice onih oboljelih od shizofrenije, kad osoba postaje svjesna postojećeg stanja. Percepcija je inicijalna faza koja nužno ne rezultira prihvatanjem i internalizacijom. Iako je percepcija diskriminacije važna, nužno je postojanje legitimizacije društvenih stereotipa, odnosno prihvatanje i primjena tih stereotipa na sebe kako bi došlo do internalizacije stigme (Horvat i Štrkalj-Ivezić, 2015). Koncept internalizirane stigme ne odnosi se isključivo na usvajanje društveno-konstruiranog doživljaja sebe, već obuhvaća i generalno mišljenje oboljele osobe o nepripadanju zajednici te sumnje u vlastite sposobnosti, mogućnost zadržavanja zaposlenja, financijske neovisnosti i pronalaska romantične veze.

Samostigma nije nužno povezana s pojavom diskriminacijom, ali ona je u stvarnosti česta pojava. Dakle, određeni pojedinci oboljelih od psihičke bolesti, unaprijed će razviti stav o postojanju diskriminacije, iako u realnosti ne postoji. Ako osoba oboljela od psihičke bolesti razvije uvjerenje kako će ju ljudi odbaciti i obezvrijediti, to može uzorkovati štetne posljedice, poput niskog samopouzdanja, smanjene socijalne integriranosti, nezaposlenost, manjak financijskih resursa, gubitak motivacije za liječenjem i smanjenu suradnju pri konzumiranju farmakoterapije (Sesar i Sur, 2016). Međutim, postoji mogućnost odbacivanja stigmatizirajućih stavova. Takva reakcija može rezultirati osnaživanjem, što pozitivno utječe na prognozu i ishod bolesti (Vidović i Sur.,2016).

Samostigmatizacija povezana je s depresijom, nižom kvalitetom života, socijalnom anksioznošću i nižim stupnjem samopoštovanja (Vidović i Sur.,2016).

Sukladno tome, negativni simptomi u kombinaciji s uobičajenim psihopatološkim karakteristikama, mogu se povezati s konceptom samostigme (Gerliner i Sur., 2013). Zbog negativnih stavova socijale okoline, oboljeli se često suočavaju s osjećajem bezvrijednosti, što značajno oštećuje psihosocijalne uvjete i brigu za mentalno zdravlje. Pod takvim okolnostima, oboljeli od shizofrenije imaju manju šansu postizanja pozitivnih ishoda liječenja i socijalne rehabilitacije (Penava i Sur., 2022). Naposljetku, većina oboljelih osoba suočene su sa samostigmatizacijom, dok individualne osobine i socijalna podrška uvelike determiniraju pojavu internalizacije destruktivnih stavova društva (Horvat i Štrkalj-Ivezić, 2015). Sesar i Sur. navode kako socijalna mreža, osnaženost i smanjena percepcija diskriminacije mogu služiti kao zaštitni faktori za razvoj samostigme (Sesar i Sur, 2016).

Pojava samostigme kod oboljelog može modificirati očekivana ponašanja od društva pa tako i bliskih osoba. Primjerice, osoba će anticipirati negativne i diskriminirajuće oblike ponašanja, a zbog straha od odbijanja ponašat će se defenzivno ili će odbijati uspostavljanje kontakta s drugima. Ishod može biti opadanje kvalitete života, kao logična posljedica slabljenja socijalnih veza i neugodnih socijalnih interakcija. Oboljela osoba može izabrati povlačenje iz društva kao obranu, što dugoročno gledano potencijalno dovodi do propadanja socijalnih vještina i jačanja negativnih simptoma. Shodno tome, dolazi do još snažnijeg produbljivanja jaza između oboljelih osoba i ostatka populacije te veće vjerojatnosti pojave stigmatizacije u budućnosti, a u konačnici dolazi do stvaranja začaranog kruga stigme (Horvat i Štrkalj-Ivezić, 2015).

6. Tehnike borbe protiv stigmatizacije

Budući da društvo psihički oboljele osobe označava s „etiketom“, jedna od potencijalno najgorih posljedica stigmatizacije je trajnost te oznake. Stoga se javlja pitanje kako „izbrisati“ tu oznaku, odnosno kako ponovno integrirati pojedinca u okolinu te potaknuti društveno prihvaćanje već dugo stigmatizirane skupine. Uz to, sporno je pitanje kako potaknuti osobu sa psihičkom bolesti da prestane stigmatizirati samog sebe, u svrhu jačanja ponovne afirmacije u društvu. Iako su osobe s duševnim smetnjama nerijetko u očima javnosti percipirane kao „čudne“, neupitno je da je svaki od tih pojedinaca u suštini jedinstven (Miletić i Sokolić, 2017). U današnje vrijeme postoje brojni pokreti i mjere poduzete u svrhu razvijanja svijesti kod opće populacije.

Sukladno tome, provode se projekti i skupovi na svim razinama društva, a provode se i brojne akcije širenja informacija putem medijskih platformi s ciljem jačanja tolerancije prema stigmatiziranim skupinama. Važnu ulogu u borbi protiv stigmatizacije igraju antistigmatizirajući pokreti koji pokazuju pozitivne rezultate u svim sferama društvenog života. Može se donijeti zaključak, kako je upravo uloga društva u cjelini najznačajnija u pogledu borbe protiv stigmatizacije, suzbijanja predrasuda te razvoja empatije i osjetljivosti prema najranjivijima. Kao odraz demokratskog društva, važan je rad na izgradnji i osnaživanju fundamentalnih načela poput jednakosti i ravnopravnosti, u svrhu stvaranja temelja za budućnost. (Miletić i Sokolić, 2017).

Na razini cijelog svijeta, temeljne tehnike borbe protiv stigmatizacije psihički oboljelih osoba su edukacije javnosti, obitelji, mladih generacija i medija, ostvarivanje kontakta s osobom koja pati od psihičke bolesti, usavršavanje znanja i jačanje odgovornosti stručnjaka te razvijanje psihofarmakoterapije. U procesu brige za psihički oboljele osobe, potrebno je obuhvatiti i područja planiranja i izgradnje obitelji te proces savjetovanja. Također, mediji predstavljaju važan resurs za suzbijanje mitova o psihičkim bolestima (Sulejmanpašić-Arslanagić i Tunović, 2015). Shodno tome, važno je educirati novinare o prikladnom načinu prezentiranja i izvještavanja ovih osjetljivih tema. (Penava i Sur., 2022).

Potrebno je akcije u svrhu mijenjanja stavova društva početi provoditi još u periodu početaka socijalizacije, kako jačanje ravnopravnosti pozitivnih stavova ne bi ostalo jedino na razini međunarodnih ugovora i zakona (Miletić i Sokolić, 2017). Rano obrazovanje o psihičkom zdravlju i mentalnim bolestima igra značajnu ulogu u promjeni pogleda na psihičke bolesti. Pri tome, nužno je edukacijski sadržaj temeljiti na informacijama za koje mladi pokazuju interes, odnosno koje žele čuti, a ne jedino na onima koje edukator smatra bitnim (Bailey, 1999). Generalno gledano, antistigmatski program kao oblik edukacije te pokretač rasprava i otvorenih razgovora o strahu javnosti prema osobama s duševnim smetnjama, može utjecati na promjenu mišljenja i stavova naspram te vulnerabilne skupine (Sulejmanpašić-Arslanagić i Tunović, 2015). Do značajnih promjena ne dolazi samo učenjem činjenica o psihičkim bolestima, odnosno stjecanjem znanja o značajka bolesti na biološkoj i medicinskoj razini, već takve akcije mogu potencijalno prouzročiti produbljivanje postojeće stigme

(Penava i Sur., 2022).

Važno je osvrnuti se na potrebu neposrednog rada s oboljelima do shizofrenije. Takvi program trebali bi imati za cilj osnaživanje ove skupine, uz ublaživanje anticipirane negativne reakcije od strane socijalne okoline (Sesar i Sur., 2016). Budući da se osobe sa shizofrenijom često podložne internaliziranju stigme, nužno je poticanje programa protiv samostigmatizacije. Takve socijalne metode mogu služiti kao poticaj oboljelima da se nauče efikasno suočavati s ovim problemom. Do takvog rezultata se može doći: prihvaćanjem bolesti od strane oboljelog, uočavanjem i reagiranjem na diskriminaciju, educiranjem okoline, procjenom rizika i benefita otvaranja o vlastitoj bolesti i prepoznavanjem vlastitih stavova koji su prethodili oboljenju (Penava i Sur. 2022).

Socijalna podrška, pokazala se kao važan faktor u životu oboljelih, tako da može biti vodeći faktor u borbi protiv samostigmatizacije i percipirane diskriminacije (Sesar i Sur., 2016). Česta je pojava osjećaja bespomoćnosti i neadekvatne educiranosti o duševnim smetnjama kod socijalne okoline oboljelih. U skladu s tim, osim rada s oboljelima na jačanju socijalne mreže, potrebno je posvetiti pažnju pružanju podrške osobama koje pripadaju toj mreži (Balaž Gilja, 2021).

Osobe oboljele od shizofrenije izopćene su i izolirane od zajednice pa tako i u pogledu važnih životnih mogućnosti. Kako bi se te šanse izjednačile s ostatkom populacije, važno je osnažiti ih u pogledu zapošljavanja. To se potencijalno može postići ostvarivanjem bliske suradnje između pružatelja usluga mentalnog zdravlja i poslodavaca u procesu pronalaženja radnog mjesta, odnosno vraćanja na tržište rada. Osim toga, značajne mogu biti i promjene na strukturalnoj i formalnoj razini, poput mogućnosti fleksibilnog uređenja uvjeta rada ili rada s nepunim radnim vremenom (Schulze i Angermeyer, 2003).

U konačnici, prikupljanje informacija iz prve ruke od oboljelih i njihove obitelji ključna je u borbi protiv stigmatizacije osoba s duševnim smetnjama. Uključivanje u postojeće programe može potaknuti osnaživanje i jačanje samopoštovanja, uz razvoj vještina nošenja s društvenom stigmom (Schulze i Angermeyer, 2003). Nadalje, kako bi se kod društva razvilo razumijevanje i osjetljivost prema psihičkim bolestima, najefikasnija metoda je javno i aktivno progovaranje osoba s duševnim smetnjama. Unatoč potencijalnom jačanju svijesti i uvida, postoji mogućnost da društvo ne

razumije takvo shvaćanje, što može dovesti do odbijanja prihvaćanja (Miletić i Sokolić, 2017). Zbog toga, iako se danas poduzimaju značajne mjere kako bi došlo do destigmatizacije psihičkih oboljelih osoba, nerijetko se i dalje može svjedočiti označavanju i odbacivanju osoba oboljelih od shizofrenije (Dadić-Hero i Sur., 2009).

6.1 Uloga socijalnog radnika u procesu destigmatizacije osoba oboljelih od shizofrenije

Jedan od ciljeva socijalnog rada kao profesije je osnaživanje i pružanje socijalne podrške osobama s duševnim smetnjama. Socijalni radnici svakodnevno su u neposrednom kontaktu s osobama kojima je dijagnosticiran neki oblik psihičke bolesti, pri čemu posebnu pažnju treba posvetiti odabiru najprikladnije metode rada s takvim pojedincima u svrhu podizanja njihove kvalitete života (Huremović i Mahmutović, 2018).

Socijalni radnici sve češće su prepoznati kao nužni dio stručnog tima koji radi s osobama s duševnim smetnjama. Praksa socijalnog rada u zdravstvenim ustanovama je jako usko povezana s područjem socijalne psihijatrije, gdje se naglasak stavlja na odnos između sociokulturalnih faktora i bolesti mentalnog zdravlja. U procesu hospitalizacije, socijalni radnik može provoditi socioterapijske aktivnosti u svrhu jačanja motivacije, mobilizacije i uključivanja pacijenata u proces vlastitog liječenja. Takve aktivnosti mogu provoditi na grupnoj ili individualnoj razini (Ostojić, 2012). Generalno gledano, svaki kontakt s oboljelim osobama treba biti obilježen s namjerom reduciranja negativnih mišljenja društva, odnosno brisanja stigmatizirajućih stavova (Huremović i Mahmutović, 2018).

Nadalje, socijalni radnici odgovorni su za pružanje stručnog mišljenja psihički oboljeloj osobi i njegovoj obitelji. U sklopu razgovora, primjenjuju interpersonalne i socijalne vještine, kako bi utvrdili prirodu odnosa bolesnika i obitelji (Huremović i Mahmutović, 2018). Također, kontinuirani rad s obitelji važan je resurs u procesu oporavka, a ima za cilj psihoeduciranje i destigmatizaciju oboljele osobe pa tako i onih koji mu pružaju skrb (Ostojić, 2012).

Zbog složenosti sukoba interesa i ciljeva do kojih dolazi u procesu socijalne integraciju pojedinca, socijalni rad predstavlja prikladan odabir za rješavanje takvih problema. Proces integracije osoba s dijagnozom shizofrenije je složene prirode, što dovodi u prvi plan važnost primjene socijalnih vještina poput posredovanja, procjene i usklađivanja odnosa između pojedinca i okoline. Sukladno tome, praksa socijalnog

rada usmjerena je na usklađivanje kompetencija i stupnja funkcioniranja oboljele osobe s očekivanjima i zahtjevima okoline. Uz to, sustavni pružatelji usluga trebaju se usmjeriti na postojeće resurse koje mogu iskoristiti u svrhu razvoja i održavanja inkluzivne i podržavajuće mreže podrške u zajednici (Farone, 2006). Posebnu pažnju i podršku nužno je pružiti osobama koje se vraćaju u zajednicu nakon prve shizofrene epizode, uz što se nerijetko veže osjećaj stigmatizacije. Kako bi se postigla destigmatizacija, socijalni radnici uključeni su u provođenje psihosocijalne rehabilitacije, s ciljem pružanja veće kvalitete života i održavanja općih funkcionalnih sposobnosti na razini na kakvoj su bile prije pojave bolesti (Lieberman, 1998., prema Ostojić, 2012).

Iako se raspravlja o ulozi prakse socijalnog rada u radu s osobama s duševnim smetnjama pa tako i shizofrenijom, profesionalni identitet struke trenutno je nepovoljan, dajući socijalnim radnicima nedostatne mogućnosti unutar malog prostora između administrativnog i psihosocijalnog djelovanja (Huremović i Mahmutović, 2018).

7. Zaključak

Shizofrenija je kronična i recidivirajuća bolest, s prevalencijom od 1% u ukupnoj svjetskoj populaciji. Često je okarakterizirana značajnim emocionalnim, socijalnim i kognitivnim propadanjem pojedinca. Obilježja bolesti poput ranog javljanja i progresivnog razvoja simptoma, često su uzrok patnje oboljelog i njegove obitelji (Weinberger i Harrison, 2011). Budući da je poznato kako je riječ o kompleksnom poremećaju, etiologija pojave bolesti i dalje na neki način predstavlja nepoznanicu, no smatra se da kombinacija genetske osnove i okolinskih faktora igra značajnu ulogu u njezinom javljanju (Peček i Sur.,2021). Kod osoba oboljelih od shizofrenije karakteristična je pojava pozitivnih simptoma: halucinacija, sumanutih ideja, deluzija i nerazumnog govora, uz simultanu pojavu negativnih simptoma: socijalno povlačenje, zaravnjeni afekt i apatiju te kognitivnih i afektivnih simptoma. Ponašanja i reakcije koje su uzrokovane utjecajem negativnih i pozitivnih simptoma, kao i moguće nuspojave farmakoterapije, u očima javnosti često su percipirane kao „čudne“ i „nenormalne“ (Baumann, 2007).

Pojava stigmatizacije duševnih bolesnika postoji još od davnih vremena (Kadri

i Sartorius, 2005). Do pojave stigme prema duševnim bolesnicima može doći iz više razloga, kao što su učenje diskriminirajućih stavova iz okoline i medijskih sadržaja, neznanje i neinformiranost o shizofreniji, nedostatak izravne interakcije s oboljelim osobama i mnogih drugih. Stigmatizacija predstavlja obilježavanje, odnosno „etiketiranje“ osobe prema određenom obilježju, stavljajući ju pritom u degradirajući položaj u društvu. Već degradirani pojedinac, često nailazi na poteškoće pri sklapanju i održavanju socijalnih odnosa, probleme pri zapošljavanju i odabiru mjesta stanovanja, demotiviranost za proces liječenja, a nerijetko odlučuje i skrivati vlastitu bolest, što može dovesti do kasnog dijagnosticiranja i početka liječenja bolesti. Također, osoba oboljela do shizofrenije proživljava posljedice stigmatizacije na unutarnjoj razini. Rezultat toga su moguće smanjenje samopoštovanja, potreba za izoliranjem i nedostatak brige o sebi. Uz to, postoji mogućnost pojave samostigmatizacije ili samostigme, odnosno internaliziranja negativnih i diskriminirajućih društvenih stereotipa o shizofreniji, s posljedicom javljanja osjećaja bezvrijednosti.

Danas se postoje pozitivni primjeri borbe protiv stigmatizacije, kao antistigmatizirajuće pokreti, mjere i akcije. Pri tome, prepoznata je značajna uloga pomoći socijalnih radnika u procesu destigmatizacije osoba oboljelih od shizofrenije, kod prilagodbe oboljelog na zahtjeve zajednice, informiranja i pružanja podrške obitelji oboljelog te provođenja socioterapijskih aktivnosti. Kako bi se smanjila postojeća društvena stigma, a samim time i teške razarajuće posljedice, važno je educiranje javnosti i informiranje uz pomoć osviještenih medija, pružanje podrške oboljelima i njihovim obiteljima, osnaživanje i individualan rad s oboljelim, jačanje veze između aktera na tržištu rada s pružateljima usluga mentalnog zdravlja, daljnji razvoj farmakoterapije i jačanje odgovornosti psihijatrijske struke. U konačnici, značajno je i nužno pridodati važnost mišljenju i iskustvu osoba oboljelih od shizofrenije, kao i poticanje na javno i otvoreno progovaranje ove marginalizirane skupine.

Literatura

1. Američka psihijatrijska udruga (1996). Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-IV: međunarodna verzija s MKB-10 šiframa. Jastrebarsko: Naknada Slap.
2. Bailey, S. (1999). Young people, mental illness and stigmatisation. *Psychiatric Bulletin*, 23(2), 107-110.
3. Balaž Gilja, A. (2021). Siromaštvo i socijalna isključenost osoba s duševnim smetnjama. *Socijalne teme: Časopis za pitanja socijalnog rada i srodnih znanosti*, 1(8), 115-134.
4. Baumann, A. E. (2007). Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: The individual with mental illness as a 'stranger'. *International review of psychiatry*, 19(2), 131-135.
5. Bennett, L., Thirlaway, K., & Murray, A. J. (2008). The stigmatising implications of presenting schizophrenia as a genetic disease. *Journal of genetic counseling*, 17, 550-559.
6. Dadić-Hero, E., Pernar, M., Medved, P., Ružić, K., & Rončević, D. (2009). Psihijatrijske dileme: terapija shizofrenije-prikaz slučaja. *Medicina Fluminensis: Medicina Fluminensis*, 45(4), 397-401.
7. Dickerson, F. B., Sommerville, J., Origoni, A. E., Ringel, N. B., & Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 28(1), 143-155.
8. Farone, D. W. (2006). Schizophrenia, community integration, and recovery: Implications for social work practice. *Social Work in Mental Health*, 4(4), 21-36.
9. Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164.
10. Horvat, K., & Štrkalj-Ivezić, S. (2015). Povezanost osobne stigme i socijalne samoefikasnosti osoba s dijagnozom shizofrenije. *Socijalna psihijatrija*, 43(3), 0-128.
11. Huremović, V., & Mahmutović, S. (2018). Uloga socijalnog radnika u liječenju

- osoba s duševnim smetnjama. *Društvene i humanističke studije*, 1(4), 109-120.
12. Jurišić D., Čavar I., Sesar A., Sesar I., Vukojević J., Čurković M., New insights into schizophrenia: A look at the eye and related structures, *Psychiatra Danubina*, 2020., Vol. 32, No. 1, str. 60 – 69, 2020., posjećeno: 15. srpnja 2020., dostupno na: <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.60>
 13. Kadri, N., & Sartorius, N. (2005). The global fight against the stigma of schizophrenia. *PLoS Medicine*, 2(7), e136.
 14. Karlović, Dalibor ; Aukst Margetić, Branka ; Peitl, Vjekoslav ; Silić, Ante ; Bogović Dijaković, Anamarija ; Matešić, Krunoslav Razvoj koncepcije shizofrenija i poremećaja iz spektra shizofrenija. // 2. međunarodni znanstveno-stručni skup Mozak i um: promicanje dobrobiti pojedinca i zajednice// 2019. str.56 - 56.
 15. Karlović, D., & Silić, A. (2019). Razvoj koncepcije shizofrenija i poremećaja iz spektra shizofrenija. U: Karlović, Dalibor, 29-39.
 16. Koschorke, M., Padmavati, R., Kumar, S., Cohen, A., Weiss, H. A., Chatterjee, S., ... & Patel, V. (2014). Experiences of stigma and discrimination of people with schizophrenia in India. *Social Science & Medicine*, 123, 149-159.
 17. Kurzban, R., & Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychological bulletin*, 127(2), 187.
 18. Miletić, L., & Sokolić, F. (2017). STIGMATIZACIJA OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA: ISTRAŽIVANJE STAJALIŠTA STUDENATA PRAVNOG FAKULTETA U RIJECI. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, 38(3), 1163-1182.
 19. Ostojić, D. (2012). PRVA EPIZODA SHIZOFRENIJE-VAŽNOST RANOG OTKRIVANJA BOLESTI ŠTO O TOME TREBAJU ZNATI SOCIJALNI RADNICI?. *Ljetopis Socijalnog Rada/Annual of Social Work*, 19(1).
 20. Patel, K. R., Cherian, J., Gohil, K., & Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: overview and treatment options. *Pharmacy and Therapeutics*, 39(9), 638.
 21. Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S. & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *Lancet*, 269, 1301-1313.
 22. Peček, M., Rakić Matić, J., & Peček Vidaković, M. (2021). Smanjenje stigme prema oboljelima od shizofrenije među studentima medicine. *Liječnički*

- vjesnik*, 143(Supp 3), 32-32.
23. Penava, I., Barać, K., Begić, A., & Babić, D. (2022). Stigmatizacija psihički oboljelih osoba. *Zdravstveni glasnik*, 8(2), 46-58.
 24. Ružić, K., Medved, P., Dadić-Hero, E., & Tomljanović, D. (2009). Rehabilitacija u psihijatriji-socioterapija. *Medicina Fluminensis: Medicina Fluminensis*, 45(4), 338-343.
 25. Sesar, M. A., Ivezić, S., Mužinić, L., & Zubić, D. (2016). Povezanost između samostigmatizacije, percepcije diskriminacije i socijalne mreže kod oboljelih od shizofrenije. *Soc psihijat*, 44, 105-19.
 26. Silobrić Radić M., Jelavić M. i sur., Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2011., posjećeno: 14. srpnja 2020., dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/mental_bilten_2011.pdf
 27. Sulejmanpašić-Arslanagić, G. (2015). Shizofrenija, stigma, seksualnost. *Zdravstveni glasnik*, 1(2), 68-72.
 28. Svjetska zdravstvena organizacija. (2013). What is Mental Health? World Health Organization.
 29. Štrkalj-Ivezić, S., & Horvat, K. (2017). Nedostatak uvida kod oboljelih od shizofrenije: Definicija, etiološki koncepti i terapijske implikacije. *Liječnički vjesnik*, 139(7-8), 0-0.
 30. Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408-415.
 31. Vidović, D., Brečić, P., Vilibić, M., & Jukić, V. (2016). Insight and self-stigma in patients with schizophrenia. *Acta Clinica Croatica*, 55(1.), 23-27.
 32. Weinberger, D. R., & Harrison, P. (Eds.). (2011). *Schizophrenia*. John Wiley & Sons.
 33. World Health Organisation (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Oxford: Oxford University Press.