

Uloga socijalnog radnika u resocijalizaciji osoba oboljelih od shizofrenije

Petrovečki, Josipa

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:187083>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-14**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Josipa Petrovečki

ULOGA SOCIJALNOG RADNIKA U RESOCIJALIZACIJI
OSOBA OBOLJELIH OD SHIZOFRENIJE

ZAVRŠNI RAD

Zagreb, 2024.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Josipa Petrovečki

ULOGA SOCIJALNOG RADNIKA U RESOCIJALIZACIJI
OSOBA OBOLJELIH OD SHIZOFRENIJE

ZAVRŠNI RAD

Mentorica: izv. prof. prim. dr. sc. Tihana Jendričko

Zagreb, 2024.

SADRŽAJ:

1. UVOD	1
2. SHIZOFRENIJA	1
2.1. <i>Epidemiologija</i>	2
2.2. <i>Etiologija</i>	3
2.3. <i>Razvojne faze shizofrenije</i>	3
2.4. <i>Simptomi i znakovi shizofrenije</i>	4
2.5. <i>Tipologija shizofrenije</i>	5
2.5.1. <i>Paranoidna shizofrenija</i>	6
2.5.2. <i>Hebefrena shizofrenija</i>	6
2.5.3. <i>Katatona shizofrenija</i>	6
2.5.4. <i>Nediferencirana shizofrenija</i>	7
2.5.5. <i>Rezidualna shizofrenija</i>	7
2.5.6. <i>Jednostavna shizofrenija/shizofrenija simpleks</i>	7
3. LIJEČENJE SHIZOFRENIJE	7
4. SOCIOTERAPIJA	9
5. ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA U ZAJEDNICI	11
6. CASE MANAGEMENT	12
7. ULOGA SOCIJALNOG RADNIKA U REHABILITACIJI	12
8. STAMBENO ZBRINJAVANJE	14
9. SOCIJALNI RAD KAO VAŽAN ČIMBENIK RESOCIJALIZACIJE	16
10. SOCIJALNI MODEL	17
10.1. <i>Oснаživanje</i>	17
10.2. <i>Individualno planiranje</i>	18
11.. STIGMATIZACIJA I DISKRIMINACIJA	18
12. SPECIFIČNOSTI, POTEŠKOĆE I IZAZOVI U RADU S OSOBAMA OBOLJELIMA OD SHIZOFRENIJE	20
13. ZAKLJUČAK	21
14. LITERATURA	22

Uloga socijalnog radnika u resocijalizaciji osoba oboljelih od shizofrenije

Sažetak: U ovom je radu obrađena tema resocijalizacije osoba oboljelih od shizofrenije s naglaskom na ulogu socijalnih radnika u tom procesu. U početku je navedena osnovna psihopatologija shizofrenije, a nakon toga proces liječenja te različite metode i terapijske tehnike u procesu rehabilitacije. Nadalje, objašnjena je važnost uloge socijalnog radnika u procesu resocijalizacije te specifičnosti, poteškoće i izazovi u radu s osobama oboljelim od shizofrenije.

Ključne riječi: shizofrenija, resocijalizacija, socijalni radnik

The role of the social worker in the resocialization of persons suffering from schizophrenia

Summary: This paper deals with the topic of resocialization of people suffering from schizophrenia with an emphasis on the role of social workers in this process. In the beginning, the basic psychopathology of schizophrenia is listed, followed by the treatment process and various methods and therapeutic techniques in the rehabilitation process. Furthermore, the importance of the role of the social worker in the resocialization process and the specifics, difficulties and challenges in working with people suffering from schizophrenia are explained.

Key words: schizophrenia, resocialization, social worker

Izjava o izvornosti

Ja, Josipa Petrovečki 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.

Ime i prezime: ___Josipa Petrovečki_v.r._____

Datum: ___13.08.2024._____

Zahvale

Želim izraziti iskrenu zahvalnost svojoj mentorici, izv. prof. Tihani Jendričko, koja mi je nesebično pružila podršku i vodstvo tijekom izrade ovog završnog rada.

Najveće hvala mojoj sestri koja je bila uz mene ne samo tijekom procesa pisanja ovog rada, već tijekom svih godina studiranja. Hvala ti što si uvijek bila tu da me saslušаш, ponudiš savjet i podijeliš sa mnom trenutke radosti i frustracije, motivirala me i što nikad nisi prestala vjerovati u mene. Tvoja podrška, bilo kroz savjete ili jednostavno prisutnost, značila mi je više nego što riječi mogu izraziti.

Posebno bih željela zahvaliti svojim roditeljima koji su uvijek vjerovali u mene i pružali mi sve što je bilo potrebno kako bih mogla ostvariti svoje ciljeve. Vaša vjera u mene dala mi je snagu da ustrajem, čak i u najtežim trenucima.

Naposljetku, hvala mom zaručniku koji je bio uz mene u svim trenucima, od onih najtežih kada sam sumnjala u sebe, do onih najljepših kada sam ostvarivala svoje ciljeve. Tvoja vjera u mene nikada nije posustala i to mi je bilo od neprocjenjive važnosti.

Ovaj rad posvećujem svojoj obitelji bez koje ništa od ovoga ne bi bilo moguće!

1. UVOD

Resocijalizacija osoba s dijagnozom shizofrenije predstavlja jedan od najvećih izazova u području mentalnog zdravlja i socijalne skrbi. Shizofrenija je kompleksan i kroničan mentalni poremećaj koji često dovodi do socijalne izolacije, stigmatizacije i smanjenja kvalitete života oboljelih. Shizofrenija se smatra »pravom« duševnom bolesti, kroničnim težim duševnim poremećajem, kliničkim sindromom koji je okarakteriziran specifičnim psihičkim i ponašajnim simptomima (Ostojić, 2012.). Javlja se uglavnom u ranoj mladenačkoj dobi, za vrijeme obrazovanja ili započinjanja samostalnog radnog i socijalnog funkcioniranja kada je osoba izložena mnogobrojnim objektivnim stresorima (Ostojić, Savić, 2021.). U tom kontekstu, uloga socijalnih radnika postaje neizostavna jer oni svojim stručnim znanjem i praktičnim djelovanjem doprinose integraciji ovih osoba u zajednicu, podržavajući ih u procesu oporavka i ponovnom uspostavljanju socijalnih veza.

Cilj ovog rada je upoznati psihopatologiju shizofrenije te istražiti i analizirati ulogu socijalnih radnika u procesu resocijalizacije shizofrenih bolesnika, s posebnim naglaskom na metode i pristupe koje socijalni radnici koriste u radu s ovom populacijom. U radu će se također razmotriti izazovi s kojima se socijalni radnici suočavaju, kao i važnost multidisciplinarnog pristupa u pružanju sveobuhvatne skrbi.

Rad je usmjeren razumijevanju specifičnih potreba osoba oboljelih od shizofrenije, ulogu socijalnih radnika u njihovom oporavku i reintegraciji u društvo te na analizu učinkovitih strategija koje doprinose dugoročnoj stabilizaciji i poboljšanju kvalitete života ovih osoba. Kroz analizu postojećih studija, stručne literature i praktičnih primjera, rad će pružiti sveobuhvatan uvid u važnost socijalnog rada u procesu resocijalizacije shizofrenih bolesnika.

Ovaj rad doprinosi boljem razumijevanju kompleksnosti resocijalizacije osoba s shizofrenijom i ističe ključnu ulogu socijalnih radnika u tom procesu, te može poslužiti kao osnova za daljnje istraživanje i unaprjeđenje prakse u ovom području.

2. SHIZOFRENIJA

Shizofrenija je kronični psihotični duševni poremećaj koji predstavlja klinički sindrom koji se sastoji od psihičkih i ponašajnih simptoma. Naime, dvije osnovne skupine simptoma koje se pojavljuju u shizofreniji su pozitivni simptomi (obmane osjetila, sumanute ideje,

formalni poremećaji mišljenje – disocijacija, blok, kontrola ili umetanje misli, ozvučenje misli) te negativni simptomi (blijed ili zaravnjeni afekt – smanjeno izražavanje emocija mimikom i/ili tonom glasa, anhedonija, avolicija, alogija – siromaštvo govora i mišljenja) (Ostojić, Savić, 2021.). Također, kompleksna klinička slika bolesti može uključivati sljedeće: abnormalnosti percepcije u obliku halucinatornih doživljavanja, poremećaje prosudbe determinirane sumanutim mislima i vjerovanjima, poremećaje tijeka misli koji se manifestiraju kroz poremećaj govora, redukciju emocionalne i voljne sfere i osjećaja zadovoljstva, različite kognitivne poteškoće – posebice one vezane uz memoriju i izvršne funkcije, uočljivo ponašanje bazirano na bolesnim (psihotičnim) iskustvima i oštećenom sustavu samokontrole te motoričke promjene funkcioniranja (Ostojić, 2012., prema Andreasen, 1995.).

2.1. Epidemiologija

Prema rezultatima nekoliko većih istraživanja, prevalencija shizofrenije iznosi od 0,4 do 1,4% (Ostojić, 2012., prema Kessler, McGonagle i Zhao, 1994.; Mason i Wilkinson, 1996.). Prema tome, može se zaključiti da je zastupljenost bolesnika oboljelih od shizofrenije u općoj populaciji značajna te da od shizofrenije boluje 1% stanovništva. Nadalje, neka istraživanja navode geografske varijacije u godišnjoj incidenciji bolesti, odnosno u pojavi novooboljelih koja iznosi od 0,5 do 5 % na 10 000 stanovnika. Podaci ukazuju na višu incidenciju u osoba rođenih u urbanim područjima industrijaliziranih zemalja (Ostojić, 2012., prema Pedersen i Mortensen, 2001.).

Iako prevladava gledište kako je učestalost shizofrenije gotovo jednaka u svim krajevima svijeta, neka istraživanja pokazuju upravo suprotno; primjerice u Aziji je uočena veća učestalost shizofrenije simplex u odnosu na Europu i Sjevernu Ameriku. Veća prevalencija shizofrenih poremećaja uočena je i u sjevernim dijelovima Švedske i u sjevernim krajevima Irske. No, smatra se da se radi o metodološkim nedostacima istraživanja te da je pojavnost bolesti stabilna u općoj populaciji (Sedić, 2006).

Što se tiče pojavnosti bolesti prema spolu, postoje vrlo male razlike prema kojima žene razvijaju kliničku sliku s kasnim početkom uz naglašene afektivne simptome te generalno povoljniju i kvalitetniju prognozu (Sedić, 2006). Nakon 45. godine života pojavnost shizofrenije opada, tada se većinom javlja kod žena, u kojem se slučaju radi o shizofreniji s kasnim početkom. Međutim, oko 90% liječenih bolesnika u dobi je između 16. i 55. godine života. Naime, pojava bolesti prije 10. i nakon 60. godine iznimno je rijetka (Ostojić, 2012., prema Sadock i Sadock, 2003.; Messias, Chen i Eaton, 2007.). Također,

postoje tvrdnje o većoj učestalosti shizofrenije kod osoba rođenih zimi. Ta se činjenica pokušava objasniti većom učestalošću intrauterinih i perinatalnih oštećenja mozga virusnim infekcijama, hipovitaminozom zbog promijenjene prehrane te niskim temperaturama (Sedić, 2006.). Očekivana životna dob bolesnika oboljelih od shizofrenije može biti 20 do 30 godina kraća u odnosu na opću populaciju. Izneseni se podaci povezuju s visokim suicidalnim rizikom bolesnika oboljelih od shizofrenije i sa značajno višom pojavnošću somatskog komorbiditeta (pridruženih bolesti) u tih bolesnika (Ostojić, 2012., prema Sadock i Sadock, 2003.; Stahl, 2008.).

2.2. Etiologija

Shizofreniji se zbog njezine heterogenosti ne mogu točno definirati uzročnici, ali se mogu imenovati neki od faktora koji mogu imati učinak na njezin nastanak. Znanstvene spoznaje novijeg datuma ukazuju da je vulnerabilnost pojedinca za razvoj ove bolesti determinirana genetskim i okolišnim čimbenicima koji imaju učinak na rani (abnormalni) razvoj mozga, međutim poremećaj se najčešće ne može ustanoviti prije adolescencije i/ili rane odrasle dobi (Ostojić, 2012., prema Patel i sur., 2007.). Naime, okolinski rizični čimbenici kao što su komplikacije u trudnoći i tijekom poroda, traume iz djetinjstva, migracija, društvena izolacija, stanovanje u urbanom središtu i zloupotreba supstanci utječu na vjerojatnost razvoja poremećaja kod pojedinca (Stilo i Murray, 2019.). Uzimajući u obzir genetske čimbenike, prije svega važno je napomenuti da shizofrenija ima vrlo visok indeks heritabilnosti, odnosno postoji vrlo velika vjerojatnost da će geni koji sadrže nasljednu uputu za razvoj shizofrenije prijeći s roditelja na potomstvo (Legge i sur., 2021.). Međutim, ako pojedinac ima genetsku predispoziciju za razvoj simptoma shizofrenije, to ne mora nužno značiti da će doći do razvoja simptoma tijekom života. Drugim riječima, genetsko nasljeđivanje objašnjava samo dio varijance pojavnosti shizofrenije u ljudskoj populaciji. Prema tome, moguće je da je razvoj simptoma shizofrenije posljedica interakcije gena i okoline ili epigenetskih mehanizama koji odražavaju učinak okolinskih čimbenika (Van Os i sur., 2008.).

2.3. Razvojne faze shizofrenije

Poznato je da se shizofrenija pojavljuje u epizodama, a u nekim slučajevima može imati i kontinuiran tijek. Progresija je bolesti vidljiva protekom vremena. U literaturi se najčešće spominju sljedeće faze shizofrenije: prodromalna faza, uznapredovala prodromalna faza, akutna faza te kronična faza bolesti.

Prodromalna faza predstavlja razdoblje u kojem pojedinci ne moraju iskazivati simptome ili mogu pokazivati teškoće u socijalnom funkcioniranju, mogu imati blagu kognitivnu dezorganizaciju ili poremećaj percepcije, umanjenu sposobnost doživljavanja zadovoljstva (anhedonija) i druge opće poremećaje prilagodbe. Navedeni znakovi mogu se manifestirati kao blagi i prepoznati se tek retrospektivno. S druge strane, mogu postati razumljivi s poremećajem socijalnog, akademskog ili profesionalnog djelovanja (Tamminga, 2014.).

Sljedeća se faza naziva uznapredovala prodromalna faza u kojoj se mogu pojaviti subklinički simptomi. Oni uključuju socijalno povlačenje ili izolaciju, sumnjičavost, razdražljivost, perceptivne distorzije, neobične misli i neorganiziranost (Tamminga, 2014., prema Tsuang i sur., 2013.). Naime, početak kliničke shizofrenije (sumanutosti i halucinacije) može biti rapidan, odnosno kroz više dana ili tjedana, ili spor i podmukao tijekom godina (Tamminga, 2014.).

Nadalje, epizodu bolesti čini akutna faza bolesti u kojoj su simptomi najizraženiji. Nastaje pojavom psihotičnih simptoma, a to su najčešće kriva vjerovanja (deluzije, bolesne ideje) te halucinacije, većinom slušne praćene uznemirenošću, nesanicom i drugim simptomima. U akutnoj fazi bolesti liječenje se uglavnom odvija u bolnici te je bolnica ujedno i najsigurnije mjesto na kojem se može dobiti adekvatno liječenje (Begić, 2011.).

Zatim, faza stabilizacije nastupa kada se akutni simptomi povuku ili su blaži pa osoba može boraviti izvan bolnice. Faza stabilizacije može trajati više godina, iako je često prekidaju faze povratka u akutnu fazu (Štrkalj – Ivezic i sur., 2009.). Naposljetku, kronična ili rezidualna faza predstavlja stanje nakon završetka akutne faze bolesti. Karakterizira ju poremećaj funkcioniranja, trajne afektivne promjene i kognitivna deterioracija (Begić, 2011.).

Razumijevanje razvojnih faza shizofrenije od ključne je važnosti za rano prepoznavanje, pravodobnu intervenciju, omogućavanje stručnjacima precizniju prilagodbu tretmana potrebama oboljelim osobama te učinkovito liječenje.

2.4. Simptomi i znakovi shizofrenije

Simptomi shizofrenije u nekim su slučajevima teško uočljivi i sporog su razvoja, dok su u drugim dramatičnog i iznenadnog početka s lako prepoznatljivim simptomima. Brojni se simptomi shizofrenije najčešće dijele u dvije glavne skupine: pozitivne i negativne. Pozitivne simptome moguće je podijeliti u dvije skupine: pozitivne psihotične simptome i pozitivne simptome smetenosti ili dezorganiziranosti. Prva navedena skupina uključuje

deluzije i halucinacije, dok druga uključuje formalne poremećaje mišljenja i dezorganizirano ponašanje (Begić, 2016.). Deluzije, nazivane i kao sumanute ideje, sumanute misli ili sumanutosti, sadržajni su poremećaji mišljenja. Mogu biti različite, no u shizofreniji su posebno česte ideje odnosa, ideje proganjanja, religiozne sumanutosti, mesijanske sumanutosti i erotomanske sumanutosti. S druge strane, halucinacije su kvalitativni poremećaji opažanja kod kojih ne postoji podražaj. Kod shizofrenije najvažnije su slušne, vidne i cenestetičke (tjelesni osjeti pojedinca) halucinacije (Begić, 2016.). Nadalje, formalni poremećaj mišljenja ne zahvaća samo mišljenje već i govor. Naime, čini i mišljenje i govor smetenima. Mišljenje je najčešće oštećeno na način da je disocirano, a to znači da ne postoji uobičajeni slijed asocijacija. Onome tko sluša shizofrenog bolesnika čini se da bolesnik govori nejasno i nelogično. Kod dezorganiziranog ponašanja najčešće se radi o okolini čudnom ponašanju pojedinca, on se čudno odijeva, može biti nedistanciran ili pak agitiran (Begić, 2016.).

Negativni simptomi shizofrenije uključuju alogiju, poremećaj afektivnosti, anhedoniju i avoliciju. Alogija je karakterizirana usporenim mišljenjem, osoba odgovara kratkim odgovorima i šutljiva je, koristi malo riječi, radi velike i česte pauze. Poremećaj afektivnosti očituje se udaljenim, hladnim i zaravnjenim afektom. Osoba nema emocionalni odgovor na okolinu i nezainteresirana je za nju (Begić, 2016.). Anhedoniju obilježava gubitak životnih interesa te nemogućnost doživljavanja zadovoljstva. Avolicija jest nemogućnost započinjanja, a potom i održavanja cilju usmjerena ponašanja što rezultira gubitkom socijalne aktivnosti i inicijative (Begić, 2016.).

Nadalje, najvažniji kognitivni simptom shizofrenije je poremećaj pažnje koji je lako uočljiv. Pojedinac ne može povezati jednostavne događaje i stvari, pažnju mu privlače nebitni sadržaji poput raznih zvukova, slike na zidu i slično. Socijalni simptomi zapravo proizlaze iz cjelokupne simptomatike shizofrenije i izravna su ili neizravna njezina posljedica. U ovu skupinu potrebno je ubrojiti depresivne i tjeskobne simptome koje shizofreni bolesnici mogu pokazivati te suicidalnost i nasilničko ponašanje posebno često kod paranoidne forme bolesti (Begić, 2016.).

2.5. Tipologija shizofrenije

Kako je poznato, dijagnoza se shizofrenije postavlja uzimajući u obzir opće i dijagnostičke kriterije. Opći su kriteriji definirani u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) i u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM-5). S druge strane, dijagnostički se kriteriji razlikuju s obzirom na oblik

shizofrenije. Osim općih i dijagnostičkih kriterija, dijagnoza se temelji i na kvalitetnoj anamnezi, mentalnom statusu, znakovima i simptomima. Međutim, dijagnozu može otežati oboljela osoba jer u većini slučajeva imaju tendenciju prikrivanja ili ublažavanja simptoma ili ih sami niti ne prepoznaju. Stoga je podatke o oboljeloj osobi relevantno prikupiti i iz drugih izvora kao što su obitelj, suradnici i prijatelji. Deseto izdanje Međunarodne klasifikacije bolesti Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) navodi sljedeće oblike shizofrenije: paranoidna shizofrenija (F20. 0), hebefrena shizofrenija (F20. 1), katatona shizofrenija (F20. 2), nediferencirana shizofrenija (F20. 3), postshizofrena depresija (F20. 4), rezidualna shizofrenija (F20. 5), obična shizofrenija (F20. 6), druga shizofrenija (F20. 8), shizofrenija, nespecifična (F20. 9). Međutim, prema DSM-5 klasifikaciji shizofrenija se ne dijeli na podvrste te se katatonija izdvaja kao zasebni entitet.

2.5.1. *Paranoidna shizofrenija*

Ovaj se oblik smatra najučestalijim oblikom shizofrenije u gotovo cijelom svijetu. U kliničkoj slici ističu se relativno trajne sumanute paranoidne ideje koje su često praćene slušnim i vidnim halucinacijama. U ovom stanju nisu prisutni ili su slabo uočljivi poremećaji afekta, volje i govora. Osobe često opisuju simptome poput sumanutosti proganjanja i posebnih misija te slušnih halucinacija koje im prijete ili naređuju (Begić, 2016.).

2.5.2. *Hebefrena shizofrenija*

U kliničkoj slici ističu se afektivne promjene, a karakteristične su i prolazne te fragmentalne (disorganizirane) sumanutosti i halucinacije te neodgovorno i nepredvidivo ponašanje praćeno manirizmima. Kod osoba s ovim tipom shizofrenije prevladava površno i neprimjereno raspoloženje, dezorganizirano mišljenje i nekoherentan govor, a često se javlja i težnja socijalnoj izolaciji. Ovaj oblik shizofrenije praćen je brzim razvojem negativnih simptoma pa prognoza za oboljele osobe nije povoljna (Begić, 2016.).

2.5.3. *Katatona shizofrenija*

Katatonni oblik shizofrenije karakteriziraju psihomotorne smetnje koje mogu uključivati stupor/rigidnost ili katatonu uzbuđenost. Manifestacije psihomotornih smetnji uključuju mutizam (izostanak govora), negativizam (odbojnost), eholaliju (stereotipno ponavljanje riječi/fraza), ehopraksiju (zrcaljenje/imitiranje pokreta), neobične voljne pokrete, katalepsiju (mišićna ukočenost) i imobilizaciju. Oboljela osoba u katatonom stuporu može nepomično ležati ili stajati satima, gledajući u

jednu točku pri tome odbijajući hranu i piće. Osim navedenog, ista osoba odbija komunicirati i odsutna je reakcija na bilo kakve podražaje. Početak bolesti u većini je slučajeva nagao, najčešće u dobi između 20 i 30 godina, ali može nastati i ranije (Milinović-Todorović, 2020., prema Jakovljević, 2011., prema Fortinash i Holoday Worret, 2004.).

2.5.4. *Nediferencirana shizofrenija*

Nediferencirana shizofrenija se dijagnosticira u slučaju kada ne postoji dominantna izraženost pojedinih simptoma kao u drugim oblicima shizofrenije. Prilikom dijagnosticiranja ne smiju biti zadovoljeni kriteriji za paranoidni, katatoni ili hebefreni oblik shizofrenije (Jakovljević, 2011.).

2.5.5. *Rezidualna shizofrenija*

Rezidualna shizofrenija predstavlja kroničnu fazu razvoja iste. Kod ovog oblika u većini slučajeva nedostaju simptomi halucinacija, sumanutih ideja, nepovezanog govora ili dezorganiziranog ponašanja. Osoba oboljela od rezidualne shizofrenije morala je imati barem četiri negativna simptoma. Primjerice osjećajna tupost, smanjena aktivnost/psihomotorna usporenost, pasivnost, siromaštvo govora, neverbalne komunikacije i socijalne komunikacije te zapuštanje izgleda i osobne higijene. Rezidualna shizofrenija može trajati godinama s ili bez pogoršanja bolesti (Jakovljević, 2011., prema Fortinash i Holoday Worret, 2004.).

2.5.6. *Jednostavna shizofrenija/shizofrenija simpleks*

Kod ovog oblika shizofrenije dolazi do izrazitog pada socijalnog funkcioniranja uzimajući u obzir stanje prije bolesti. Kod ovog tipa prisutni su samo negativni simptomi. Vrlo ga je teško dijagnosticirati i javljanje nije često. Oboljela se osoba postupno povlači u vlastiti svijet, osjeća da se mijenja, a nakon toga i okolina zamjećuje da osoba mijenja svoje navike i raniji način životnog funkcioniranja. Tijek bolesti obično je progredirajući i pogoršavajući uz izostanak izmjena recidiva i remisija te bolest obično prelazi u kronični oblik (Štrkalj-Ivezić, Bauman, 2009., prema Sedić, 2007.).

3. LIJEČENJE SHIZOFRENIJE

Kako se navodi u različitim literaturama, ne postoji jedinstveni lijek za liječenje shizofrenije, nego se ono svodi na ublažavanje simptoma i unapređenje kvalitete života kroz ponovnu socijalizaciju. Liječenje se dijeli po kliničkim fazama bolesti, odnosno na liječenje

akutne faze, faze stabilizacije, faze održavanja i faze oporavka kako bi ono bilo što učinkovitije. Za djelotvorno bi se liječenje farmakoterapija trebala primjenjivati u svim fazama poremećaja, a preporuka je kombinacija sa različitim psihosocijalnim intervencijama (Kučukalić i sur., 2006).

Lijekovi kojima se liječi shizofrenija nazivaju se antipsihoticima. U literaturi se navodi podjela na antipsihotike starije generacije – tipični (flufenazin, klorpromazin, promazin, haloperidol, tioridazin) i na antipsihotike novije generacije – atipični (sulpirid, klopazin, olanzapin, risperidon, kventiapin, ziprasidon). Smatra se da su u liječenju psihotičnih simptoma svi antipsihotici učinkoviti, ali se razlikuju prema neželjenim efektima koji imaju utjecaj na život oboljele osobe. Lijekovi djeluju na razinu neuroprijenosnika u mozgu te na taj način omogućuju mozgu da bolje funkcionira, da djeluju umirujuće, smanjuju agresivnost, poboljšavaju spavanje, smanjuju tjeskobu i depresiju (Štrkalj – Ivezić i sur., 2009.). Međutim, kod primjene antipsihotika mogu se pojaviti neželjeni simptomi poput pospanosti, zamagljenog vida, suhih usta, povećanja količine sline, vrtoglavice, porasta tjelesne težine, pada krvnog tlaka, ubrzanog rada srca, poteškoća sa mokrenjem i stolicom, seksualne disfunkcije (Štrkalj – Ivezić i sur., 2009.).

Elektrostimulirajuća terapija (EST) predstavlja uporabu električne energije s ciljem izazivanja konvulzija (sličnih epi – napadu) u svrhu liječenja psihijatrijskih bolesti, u prvom redu manije i depresije, psihoze i katatonije. Dakle, EST se primjenjuje u liječenju depresivnih ili shizofrenih poremećaja koji slabo podnose nuspojave antidepresiva, kod osoba oboljelih od shizofrenije s katatonim simptomima te maničnih bolesnika s teškom kliničkom slikom akutne manije (Frančišković i sur., 2011.). Neposredno prije postupka, anesteziolog nakratko uspava pojedinca uz primjenu lijekova za opuštanje mišića. Zatim slijedi postavljanje elektroda bilateralno ili unilateralno na temporalnu regiju glave te se pristupa elektroničkoj stimulaciji. Za optimalne rezultate tretmana preporuča se trajanje električne stimulacije od 25 do 60 sekundi. EST se primjenjuje tri puta tjedno (svaki drugi dan), a ukupno trajanje terapije iznosi dva do tri tjedna (Frančišković i sur., 2011.).

Nadalje, psihoterapija predstavlja sveobuhvatni i planirani tretman psihosocijalnih i psihosomatskih poremećaja kao i poremećaja u ponašanju koji se u interakciji s psihoterapeutom nastoje reducirati s ciljem pomoći osobama u modifikaciji ponašanja i osjećaja u smjeru u kojem žele. Razlikuje se individualna od grupne psihoterapije. Premda imaju zajedničkih obilježja, za liječenje osoba s psihotičnim poremećajima, primjerenija je individualna psihoterapija posebice na samom početku liječenja jer omogućuje pacijentu

lakše verbaliziranje problematike te vrijeme samo za sebe, bez grupe nepoznatih ljudi. Važnost pripadnosti, prihvaćanja i korisnosti koji se razvijaju iz psihoterapije glavni su ciljevi liječenja (Karlović i sur., 2019.).

Može se zaključiti kako liječenje shizofrenije predstavlja složen i dugotrajan proces koji zahtijeva multidisciplinarni pristup i kontinuiranu podršku. U procesu je liječenja ključno kombinirati farmakološke tretmane sa psihosocijalnim intervencijama kako bi se postigla stabilizacija simptoma i poboljšanje kvalitete života. Međutim, učinkovito liječenje shizofrenije zahtijeva više od same medicinske intervencije. Psihoterapija, psihoedukacija, podrška obitelji i zajednice te socijalne intervencije igraju ključnu ulogu u oporavku i reintegraciji pacijenata u društvo.

4. SOCIOTERAPIJA

Smatra se kako je vrlo važna odrednica primjerenog razumijevanja rehabilitacije u tome da se rehabilitacija odnosi na pojedinca u kontekstu njegove specifične okoline. Stoga je u rehabilitaciji potrebno u obzir uzeti životne okolnosti u kojima pojedinac živi, točnije situacije koje će imati priliku iskusiti u svom svakodnevnom životu (Ružić i sur., 2009. prema Bachrach, 2000.). S tim u vezi, cilj socioterapijskih metoda jest da tijekom ili nakon psihijatrijskog liječenja pripreme pojedinca za povratak u njegovu sredinu. Postupcima socioterapije utječe se na pojedinca, ali i na njegovu obiteljsku i/ili radnu sredinu. Kao cilj ovoga tretmana ističe se resocijalizacija, odnosno poboljšanje socijalnog funkcioniranja pojedinca, to jest njegove sposobnosti socijalne prilagodbe. Nadalje, u ovom se rehabilitacijskom tretmanu koriste dimenzije grupe, a terapijska grupa u podlozi ima sličnosti s obitelji (Ružić i sur., 2009.). Ovakav model rada u grupi kod pojedinca pridonosi razvoju osjećaja pripadnosti cjelini te prilagodbu grupnim vrijednostima i standardima.

Temeljni je zadatak socioterapije integrirati pojedinca u vlastito liječenje. No, potrebno je u proces resocijalizacije uključiti i obitelj pojedinca kako bi ona mogla prihvatiti svog člana na što bolji i primjereniji način nakon izlaska iz ustanove te kako bi svojim ponašanjem mogla na odgovarajući način reagirati na postupke svog člana (Ružić i sur., 2009. prema Lavor i sur., 2008.). Razlike u socioterapijskim postupcima odnose se na vrstu aktivnosti koja se provodi te prema grupnim i individualnim ciljevima prema kojima su usmjereni. Socioterapijski postupci uključuju: terapijsku zajednicu, učenje socijalnih vještina, radnu i okupacijsku terapiju, glazboterapiju, rekreaciju, ples, filmoterapiju itd., zapravo sve aktivnosti s kojima se pojedinac susreće u svakodnevnom životu (Ružić i sur., 2009.).

S obzirom na mjesto provedbe razlikuje se socioterapija u instituciji i socioterapija izvan institucije. Naime, u akutnoj fazi bolesti pristup je pojedincu kao i socioterapijski postupci vrlo ograničen. Razlog tomu je što je pojedinac primarno usmjeren na vlastite simptome koji ga okupiraju i ograničavaju u sudjelovanju u terapijskim postupcima. Stoga bi oni trebali biti primarno usmjereni na podršku terapeuta i cijele grupe s ciljem ohrabrivanja i razumijevanja pojedinca (Ružić i sur., 2009.). Mogućnosti sudjelovanja pojedinca u radu socioterapijske grupe povećavaju se ublažavanjem akutnih simptoma bolesti. Socioterapijske se grupe sastoje od skupina osoba koje se sastaju u određenim vremenskim intervalima, a one na psihijatrijskim odjelima sastaju se svakodnevno i otvorenog su tipa. Prema tome, pojedinci koji su tek primljeni na liječenje mogu se svakodnevno uključiti u socioterapijsku grupu, a s druge strane pojedinci koji se otpuštaju s liječenja mogu svakodnevno napustiti grupu (Ružić i sur., 2009.). Socioterapija se u psihijatrijskim institucijama najčešće provodi u zasebnim odjelima, a program se provodi svakodnevno i planski. Naime, psihijatrijske institucije odnose se na psihijatrijske bolnice i gerijatrijske ustanove u kojima je duljina boravka pojedinca u instituciji duža nego u akutnim psihijatrijskim ustanovama (Ružić i sur., 2009.).

S druge se strane, socioterapija se može provoditi u različitim psihijatrijskim jedinicama izvan institucije. To su primjerice jedinice mentalnog zdravlja, socijalno-medicinske ustanove ili poliklinička služba. Navedena se metoda uglavnom provodi u skupinama ljudi koje se sastoje od pojedinaca s relativno sličnim problemima i voditeljem, odnosno terapeutom (Ružić i sur., 2009.). Pojedincima u grupi pruža se stručna pomoć, ulaže se trud u razumijevanje vlastitih postupaka i ponašanja i daje se mogućnost sagledavanja uzajamnih reakcija u odnosu na druge članove. Naime, izvanbolnički oblici liječenja pokazali su se ekonomski isplativiji, a jednako su djelotvorni kao i oni koji se provode u institucijama/bolnicama. Dodatna prednost izvaninstitucijskog liječenja sastoji se u izbjegavanju stigmatizacije duševnih bolesnika koja je i dalje prisutna u društvu (Ružić i sur., 2009.).

Uzimajući u obzir navedene činjenice može se zaključiti da socioterapija ima značajnu ulogu u rehabilitaciji te kroz interakciju i zajedničko iskustvo unutar terapijske grupe, pojedinci mogu steći osjećaj pripadnosti, podrške i razumijevanja što je ključno za njihov emocionalni i psihološki oporavak.

5. ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA U ZAJEDNICI

U suvremeno se vrijeme u razvijenim zemljama pružanje usluge zaštite mentalnog zdravlja provodi u zajednici u povezanom sustavu izvanbolničkog i bolničkog liječenja pri čemu se naglasak stavlja na liječenje izvan bolnice u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, centrima za mentalno zdravlje i putem mobilnih timova koji liječenje provode u domovima bolesnika i različitih programa u zajednici (Štrkalj – Ivezić, Štimac-Grbić, 2021., prema Štrkalj – Ivezić i sur., 2017., prema Twinning, 2017., prema Thornicroft, 2011., prema Thornicroft, Tansella, 2002., prema Thornicroft, Szmukler, 2001.).

Naime, Svjetska zdravstvena organizacija dovodi u vezu pružanje usluga mentalnog zdravlja u zajednici s boljim ishodima liječenja i boljom zaštitom ljudskih prava (WHO, 2013.). i s tim u vezi preporučuje organizaciju uravnoteženog sustava skrbi za mentalno zdravlje koji uključuje uravnoteženi omjer bolničkog i izvanbolničkog liječenja u skladu s individualnim potrebama korisnika (Štrkalj – Ivezić, Štimac – Grbić, 2021., prema Thornicroft, 2011., prema Thornicroft i Tansella, 2002.). Smatra se da dijelovi sustava potrebni za učinkovito funkcioniranje zaštite mentalnog zdravlja uključuju sljedeće službe: liječenje mentalnog zdravlja u obiteljskoj medicini, specijalistički timovi za mentalno zdravlje u zajednici, timovi za krizne i hitne intervencije u zajednici – akutno liječenje u zajednici, timovi za asertivno liječenje u zajednici, dnevna bolnica za pacijente s akutnom psihozom, dnevne bolnice za neakutne pacijente, programi rehabilitacije, dnevni centri za dugotrajno liječenje, programi ranog prepoznavanja i rane intervencije u liječenju prve epizode ili prodroma psihoze, bolničko liječenje, nastavak bolničkog liječenja, povratak liječenja u obiteljsku medicinu, organizacije pacijenata/korisnika, samopomoć i pomoć iskustvenog eksperta te praćenje kvalitete i ishoda liječenja (Štrkalj – Ivezić, Štimac – Grbić, 2021.).

Mobilni timovi za liječenje osoba s težim poteškoćama mentalnog zdravlja predstavljaju jedan od temeljnih oslonaca organizacije mentalnog zdravlja u zajednici. Navedeni su timovi u Hrvatskoj pokrenuti kao dio implementacije rezultata Twinning projekta koji je u Hrvatskoj proveden 2016. godine. Naime, u projektu je planirano osnovati po jedan tim u svakoj od županija, međutim do 2019. godine realizirano je osnivanje tri tima (Klinika za psihijatriju Vrapče, Karlovac i Slavonski Brod) (Štrkalj – Ivezić, Štimac – Grbić, 2021.). Tim je multidisciplinaran te ga čine psihijatar, diplomirane medicinske sestre, socijalni radnik i iskustveni ekspert, odnosno osoba koja ima iskustvo poteškoća mentalnog zdravlja

(eng. *peer worker*) te po potrebi psiholog, radni terapeut ili drugi stručnjak (Štrkalj – Ivezić, Štimac – Grbić, 2021.).

6. CASE MANAGEMENT

Koordinirano liječenje (eng. *case management*) predstavlja jednu od istaknutijih intervencija u mobilnim psihijatrijskim timovima, a odnosi se na metodu koja je utemeljena na dokazima (Štrkalj – Ivezić, Štimac – Grbić, 2021., prema Štrkalj – Ivezić i sur., 2010.). Brojna su istraživanja ukazala na činjenicu kako je ova metoda vrlo učinkovita te dovodi do značajne redukcije dana provedenih u bolnici te unaprjeđuje kvalitetu života. Naime, *case management* pridonosi kontinuitetu brige koji se postiže različitim učestalostima kontakta *case managera* s oboljelom osobom i omogućuje korištenje različitih usluga u zajednici koje oboljela osoba koristi sama ili uz pomoć *case managera*.

Case manager je stručnjak koji je aktivno uključen u uspostavljanje terapijskog odnosa, procjenu potreba, plan liječenja, povezuje mogućnosti koje postoje u zajednici s potrebama pacijenta, surađuje s obitelji, pomaže u stvaranju i širenju socijalne mreže te povezivanju s drugim stručnjacima (Štrkalj – Ivezić, Štimac – Grbić, 2021.). Nadalje, metoda *case management-a* razvijena je kao alternativa bolničkom liječenju te kao takva pomaže mnogobrojnim pojedincima živjeti u zajednici, povećati kvalitetu života, povećati sposobnosti za samostalni život i rad te napredovati prema oporavku (Štrkalj – Ivezić, Štimac – Grbić, 2021.). Usluge koje se pružaju u sklopu metode su organizacija i poticanje na aktivnosti svakodnevnog života, kontrola simptoma, pomoć u uzimanju lijekova, podrška u liječenju te edukacija obitelji.

Principi rada mobilnih psihijatrijskih timova temelje se na oporavku, osnaživanju, poticanju autonomije, a ciljevi su oporavka dogovoreni s pacijentom. Smatra se da je za postizanje ciljeva ključan odnos pojedinca i članova tima, stoga je potrebno određeno vrijeme kako bi se uspostavio odnos povjerenja i suradnički terapijski odnos (Štrkalj – Ivezić, Štimac – Grbić, 2021.). Naime, *case management* ne smatra se zasebnom profesijom, već područjem specijalizirane prakse unutar profesije (Štrkalj – Ivezić i sur., 2010., prema Fisher, 1996.) te shodno tome različiti stručnjaci u području mentalnog zdravlja mogu obavljati ulogu *case managera*. To su najčešće socijalni radnici, psiholozi, medicinske sestre, radni terapeuti i rjeđe psihijatri. Može se zaključiti da *case management* predstavlja ključni element u pružanju integriranih i koordiniranih usluga unutar zdravstvenog i socijalnog sektora.

Njegova je svrha osigurati da pojedinci dobiju potrebnu podršku na pravovremen i učinkovit način, uzimajući u obzir njihove individualne potrebe, okolnosti i ciljeve.

7. ULOGA SOCIJALNOG RADNIKA U REHABILITACIJI

U svim je fazama liječenja osoba oboljelih od shizofrenije vidljiva povezanost zdravstvenih i socijalnih aktivnosti te s tim u vezi socijalni radnici trebaju biti uključeni u proces liječenja i rehabilitacije od samog početka (Ostojić, 2012.). Naime, uključenost socijalnog radnika može značajno poboljšati rezultate liječenja provođenjem grupnih postupaka, socioterapije, te radom s obitelji pojedinca. Prilikom planiranja otpusta, djelatnosti su socijalnog radnika usmjerene na osiguranje izvanbolničkog prihvata, praćenje i podršku u nastavku rehabilitacije. Praksa pokazuje da osobe oboljele od prvih psihotičnih poremećaja najčešće nastavljaju živjeti unutar obitelji, dok je za druge potrebno osigurati smještaj u udomiteljskim obiteljima i/ili ustanovama (Ostojić, 2021.).

Uloga socijalnog radnika u rehabilitaciji osoba oboljelih od shizofrenije situacijski je uvjetovana. Naime, ukoliko pojedinac stanuje s obitelji, aktivnosti su usmjerene i na njega i na obitelj, a ako živi sam ili bez podrške, aktivnosti su usmjerene isključivo na pojedinca. Isto tako, u proces rehabilitacije poželjno je uključiti prijatelje, radne kolege i susjede.

Tijekom procesa rehabilitacije potrebno je uzeti u obzir životne situacije i okolnosti u kojima osoba oboljela od shizofrenije živi i s kojima će se susretati u svakodnevnicu. Cilj rehabilitacijskog procesa je razvijanje emocionalnih, socijalnih i intelektualnih vještina koje su potrebne za život pojedinca. Kratkoročni ciljevi su osobni i odnose se na oporavak i osnaživanje oboljele osobe, a dugoročni su usmjereni na poboljšanje kvalitete života bolesnika, što dulju remisiju bolesti te uspostavljanje što adekvatnijeg funkcioniranja u lokalnoj zajednici (Ružić i sur., 2009.). Podrška multidisciplinarnog tima, obitelji i okoline relevantna je sastavnica rehabilitacije jer njezina uspješnost pretpostavlja suradljivost oboljelog, ali i svih onih koji s njim žive u zajednici. Stoga je važno pojedincima dozvoliti sudjelovanje u procesu rehabilitacije jer im to pomaže u otkrivanju vlastitih sposobnosti i interesa koji su uz rehabilitacijski tim smjernice prema oporavku (Štrkalj-Ivezić, 2010.).

Iz navedenog, moguće je zaključiti da socijalni radnik ima važnu ulogu u povezivanju pojedinaca oboljelih od shizofrenije s potrebnim socijalnim resursima, pružanju emocionalne podrške te pomoći u reintegraciji u društvo. Njihov multidisciplinarni pristup, koji uključuje rad sa stručnim timovima i zajednicom, doprinosi poboljšanju kvaliteta života

osoba oboljelih od shizofrenije, osnažujući ih za samostalnost i aktivno sudjelovanje u društvu.

8. STAMBENO ZBRINJAVANJE

Stambeno zbrinjavanje osoba koje se susreću s problemima mentalnog zdravlja, uključujući i osobe oboljele od shizofrenije, doprinosi stabilizaciji i poboljšanju mentalnog zdravlja i samom oporavku. Na temelju Konvencije UN-a o pravima osoba s invaliditetom koja uključuje i osobe sa psihosocijalnim invaliditetom, porasla je svijest o pravima osoba koje se susreću s poteškoćama mentalnog zdravlja u smislu da sami odlučuju o izboru mjesta boravka i tipa smještaja u kojem će živjeti (Štrkalj – Ivezić i sur., 2021.). Naime, suvremeno shvaćanje stambenog zbrinjavanja uključuje više od samog krova nad glavom, objekta u kojem je osoba smještena. Ono predstavlja dom u kojem pojedinac stanuje u okolini koja mu odgovara i pruža potrebnu pomoć i podršku kada je potrebna i u mjeri u kojoj je potrebna. Neadekvatan smještaj osoba oboljelih od mentalnih poremećaja predstavlja rizik za pogoršanje stanja. Postoji velik broj osoba s ozbiljnim mentalnim poteškoćama kojima je potreban smještaj zbog pogoršanja bolesti uslijed neadekvatnog životnog prostora i neadekvatne izvanbolničke stručne pomoći nakon što su osobe napustile bolničko liječenje. Nadalje, izbor smještaja treba uključivati različite oblike, kao što su: podrška u vlastitom domu, grupni domovi, podrška u iznajmljenom stanu, mali pansioni uključujući i one koji su organizirani kao terapijske zajednice i udomiteljstvo (Štrkalj – Ivezić i sur., 2021.).

Svi su suvremeni programi stambenog zbrinjavanja usmjereni na poticanje autonomije i socijalnog uključivanja. Pri pronalaženju tipa smještaja ili doma za stanovanje pažnju je potrebno usmjeriti i na procjenu tipa i intenziteta potrebne podrške u vođenju svakodnevnog života i socijalnog uključivanja te potrebu za liječenjem i rehabilitacijom (Štrkalj – Ivezić i sur., 2021.). Naime, stambeno zbrinjavanje koje osigurava slobodan izbor kod pojedinaca jača osjećaj osobne odgovornosti i pridonosi umanjenju osjećaja ovisnosti o institucijama. Prilikom individualne procjene izbora adekvatnog stambenog zbrinjavanja potrebno je uzeti u obzir sljedeće čimbenike: potrebe i želje korisnika te pozicija kuće koja će omogućiti osobi socijalnu integraciju i osjećaj pripadnosti (Štrkalj – Ivezić i sur., 2021.).

Prijelazni smještaj, dugotrajno grupno stanovanje, udomiteljstvo, obiteljski domovi, domovi socijalne skrbi i domovi za starije i nemoćne uključuju najčešće tipove stambenih objekata koji se koriste za stambeno zbrinjavanje osoba oboljelih od mentalnih poremećaja. Prijelazni smještaj korisniku omogućuje boravak nakon otpusta iz bolničkog liječenja sa

svrhom povećanja svojih sposobnosti za samostalan život i rad, a korisnik se nakon poboljšanja upućuje svojoj kući ili u druge oblike dugotrajnog smještaja (Štrkalj – Ivezić i sur., 2021.). S druge strane, dugotrajno grupno stanovanje odnosi se na stanovanje u zajedničkim stanovima u kojima boravi veći broj korisnika koji imaju vlastitu sobu, dok druge prostorije, poput kuhinje, dnevnog boravka i sl., dijele. Organizirana je stručna podrška uz intenzitet i trajanje koje ovisi o potrebama korisnika (Štrkalj – Ivezić i sur., 2021.). Nekim je korisnicima omogućen smještaj u udomiteljsku ili obiteljsku skrb u privatnim kućama, no postoji određena nesigurnost za ovaj oblik smještaja budući da se korisnicima u nekim situacijama pruža samo funkcija čuvanja, dok im je liječenje i terapijska podrška uskraćena. Sličan oblik stambenog smještaja su i obiteljski domovi koji su uglavnom vlasnički pansioni te predstavljaju oblik pružanja usluge smještaja ili boravka, ali je potrebno neposredno praćenje i nadzor jer nisu dobro povezani s programima liječenja (Štrkalj – Ivezić i sur., 2021.). Nadalje, domovi socijalne skrbi se ne preporučuju kao oblik smještaja, već za proces deinstitutionalizacije i smještaja korisnika u skladu s njihovim potrebama u neke od ranije navedenih oblika smještaja. Naposljetku, domovi za starije i nemoćne osobe prikladni su za osobe s poteškoćama mentalnog zdravlja koje traže smještaj zbog starosti i nemoći (Štrkalj – Ivezić i sur., 2021.).

Prilikom planiranja stambenog zbrinjavanja osoba s težim mentalnim poremećajima, kao što je shizofrenija, od iznimne su važnosti dva elementa: pravo pojedinca na izbor smještaja i procjena funkcioniranja, a sve s ciljem određivanja prikladnog tipa smještaja s razinom podrške koja optimalno zadovoljava potrebe korisnika (Štrkalj – Ivezić i sur., 2021.). Smatra se da je nedostatak prikladnog smještaja povezan s rizikom pogoršanja stanja mentalnog zdravlja. Stoga je potrebno u suradnji sa socijalnom službom i socijalnim radnicima razvijati uvjete smještaja kao što su prijelazni smještaji, organizirano stanovanje i podrška u vlastitom domu/iznajmljenom stanu uz stupanj stručne podrške prema individualnim potrebama (Štrkalj – Ivezić i sur., 2021.).

Uzimajući u obzir sve navedeno, može se zaključiti kako pravilno zbrinjavanje u odgovarajućem stambenom okruženju doprinosi stabilizaciji stanja, poboljšanju kvalitete života i resocijalizaciji pojedinaca. Stoga, stambeno zbrinjavanje treba biti ključni dio sveobuhvatne strategije za podršku osobama oboljelima od shizofrenije, uz kontinuiranu suradnju između zdravstvenih službi, socijalne skrbi i zajednice.

9. SOCIJALNI RAD KAO VAŽAN ČIMBENIK RESOCIJALIZACIJE

Većina znanstvenih definicija navodi da je socijalni rad praktično utemeljena profesija i znanstvena disciplina koja potiče socijalne promjene i razvoj, osnaživanje pojedinaca za njihovo samostalno i slobodno djelovanje te socijalnu koheziju (Kletečki Radović, 2021., prema IFSW, 2014.). Kao takav, socijalni rad ima važnu ulogu u području brige i zaštite mentalnog zdravlja ljudi. Naime, definicija zdravlja u suvremeno doba, uz tjelesnu i psihološku sastavnicu zdravlja, uključuje i socijalnu sastavnicu. Upravo se ona odnosi na saznanje da svaki pojedinac neraskidivo živi u određenom okruženju i da je u interakciji s njime (Kletečki Radović, 2021.).

Dakle, način na koji je pojedinac integriran u društvo, način na koji može ostvariti socijalne veze, socijalnu sigurnost, potencijale i resurse u društvu te ostvariti pravo na obrazovanje, rad, odmor, zabavu i sl., uz sastavnicu tjelesnog i psihološkog zdravlja, čine značajne komponente koje karakteriziraju određenog pojedinca cjelovitim te potencijalno zdravim i produktivnim (Kletečki Radović, 2021.).

Generalno, osobe s poteškoćama mentalnog zdravlja, uključujući osobe oboljele od shizofrenije, učestalo teško funkcioniraju u svojoj okolini iz razloga što problemi nastaju interakcijom individualnih, psiholoških, interpersonalnih, socijalnih i ekonomskih čimbenika, a intenziviraju se prisutnošću stresnih događaja i okruženjem u kojem žive (Kletečki Radović, 2021.).

Multidisciplinarno područje mentalnog zdravlja naglašava važnu ulogu socijalnog rada u pogledu promocije mentalnog zdravlja, prevencije mentalnih poremećaja, potpore rehabilitaciji, oporavku i socijalnom uključivanju pojedinaca koji se suočavaju s problemima mentalnog zdravlja te promicanja ljudskih prava, uklanjanja diskriminacije i stigmatizacije (Kletečki Radović, 2021.). Naglašava se značajna uloga socijalnih radnika u području institucionalne i izvaninstitucionalne skrbi i zaštite osoba kojima je potrebno osigurati smještaj u različitim ustanovama i oblicima stambenog zbrinjavanja uslijed poteškoća mentalnog zdravlja. Također, socijalni radnici imaju obvezu podizanja razine svijesti i djelovanja u skladu s protudiskriminacijskom i kulturno osjetljivom praksom. Potrebno je i zalagati se za borbu protiv nejednakosti, diskriminacije i stigmatizacije, osobito najranjivijih skupina osoba u kojoj su svakako uključene osobe oboljele od shizofrenije te ostalim poteškoćama mentalnog zdravlja (Kletečki Radović, 2021.).

10. SOCIJALNI MODEL

Smatra se da u razvoju socijalnog rada u području mentalnog zdravlja značajnu ulogu ima socijalni model koji je dobro uklopljen u opći holistički pristup u socijalnom radu. Ovaj je model orijentiran socijalnim i okolinskim faktorima koji u interakciji s pojedincem imaju utjecaja na njegovu punu integraciju u društvo. U kontekstu poteškoća mentalnog zdravlja, socijalni model na njih ne gleda samo kao na individualni, biomedicinski problem, već kao na dio cjelovitog sustava (Kletečki Radović, 2021.). Socijalni model prvenstveno ističe potencijale i snage pojedinaca, naglašava njihove mogućnosti te ukazuje na ograničenja u društvu koja obeshrabruju one koji su na bilo koji način ranjivi kroz društvene norme i strukturalna obilježja. Primjerice, stereotipi, predrasude, modeli i organizacija zaštite i skrbi za pojedince s poteškoćama mentalnog zdravlja. S obzirom na to, socijalni model nastoji pronaći rješenja za uklanjanje prepreka i stvaranje mogućnosti za puno sudjelovanje pojedinca s poteškoćama mentalnog zdravlja u životu i zajednici, u skladu s interesima i mogućnostima (Kletečki Radović, 2021., prema Kmita, 2005., prema Beresford, 2005.). Stoga modeli prakse socijalnog rada trebaju biti utemeljeni na socijalnom modelu i primjeni individualiziranog pristupa pomoći, trebaju biti usmjereni na pojedinca i njegove individualne potrebe te na ciljeve kojima će on ostvariti svoje interese i želje u zajednici u kojoj živi. Korisnike usluga mentalnog zdravlja, njihove perspektive, znanja i interpretacije potrebno je integrirati u proces razvoja modela potpore i intervencije (Kletečki Radović, 2021.).

10.1. *O snaživanje*

Naime, za dobro je mentalno zdravlje nužan osjećaj prihvaćenosti i mogućnosti ostvarivanja ciljeva zbog čega socijalni radnici razvijaju i koriste modele i pristupe u radu koji su orijentirani na osnaživanje i podršku korisnicima s poteškoćama mentalnog zdravlja. Suvremeni pristupi naglašavaju da su osobe s poteškoćama mentalnog zdravlja osobe s vlastitim resursima i moći te da imaju mogućnost sudjelovati u životima svojih zajednica bez institucionalizacije i medicinskih modela skrbi (Kletečki Radović, 2021.). Teorija osnaživanja u socijalnom radu nastoji reaktivirati socijalno djelovanje obeshrabrenih i diskriminiranih pojedinaca, skupina ili zajednica sve s ciljem postizanja više razine socijalne pravde u društvu te ravnopravnog dostojanstva (Kletečki Radović, 2008., prema Kletečki Radović, 2021.).

Smatra se da je osnaživanje neizostavni dio prakse socijalnog rada. Sam proces uključuje pružanje podrške pojedincu, grupi ili zajednici u preuzimanju veće kontrole nad svojim

životom, postizanju osobno važnih ciljeva, kritičkom razumijevanju društva te aktivnom i ravnopravnom sudjelovanju u životu svoje zajednice. Važno je napomenuti da osnaživanje nije samo jedan događaj, već cijeli proces u kojem pojedinac prema vlastitim sposobnostima i preferencijama postepeno djeluje uz podršku prema samoaktualizaciji i ostvarivanju pozitivnih životnih ciljeva (Kletečki Radović, 2021.). Naime, osnaživanje se objašnjava kroz dva osnovna pristupa. Prvi se odnosi na individualno osnaživanje u smislu oslanjanja na osobne snage i resurse pojedinca za suočavanje s poteškoćama, problemima ili izazovima. S druge strane, društveno osnaživanje odnosi se na osnaživanje organizacija, zajednica ili društva u cjelini te ističe važnost kolektivnih procesa i socijalne promjene (Kletečki Radović, 2021., prema Peterson i sur., 2005., prema Sadan, 2004., prema Gutierrez i sur., 2003.). Osnaživanje predstavlja važan čimbenik u borbi socijalnih radnika protiv stigme i predrasuda prema pojedincima koji se suočavaju s poteškoćama mentalnog zdravlja te može pomoći u promicanju socijalne kohezije, otpornosti, socijalne pravde i protudiskriminacijske prakse (Kletečki Radović, 2021.).

10.2. Individualno planiranje

Proces osnaživanja socijalni radnici zajedno s korisnicima usmjeravaju metodom individualnog planiranja i izrade individualnog plana kojim se nastoji postići neki, za korisnika, važan cilj (Kletečki Radović, 2021., prema Urbanc i sur., 2015.). Neki od primjera ciljeva jesu plan za samostalan život, uključivanje u rad, postizanje više razine samostalnosti i sl. Naime, individualno planiranje predstavlja jednu od metoda socijalnog rada u kojoj se zajedno s korisnikom koji ima psihičku teškoću, procjenjuju potrebe i rizici, definiraju ciljevi i sastavlja program, izabiru i koordiniraju usluge koje najbolje odgovaraju korisniku, prati i evaluira proces pomaganja i korištene intervencije te se zastupa najbolji interes korisnika (Kletečki Radović, 2021., prema Žegarac, 2015., prema Urbanc, 2015., prema Gruber i sur., 2007.). Individualno je planiranje usmjereno na brigu o sebi, profesionalnu pomoć te na socijalnu podršku i potporu (Kletečki Radović, 2021. prema Žegarac, 2015.). Socijalni radnik je u ovom procesu voditelj slučaja koji izrađuje individualni plan. Individualni plan predstavlja osnovu planiranja i provođenja aktivnosti i usluga, naputke za ostvarivanje ciljeva te načina i resursa za njihovo ostvarivanje (Kletečki Radović, 2021. prema Urbanc 2015.).

11. STIGMATIZACIJA I DISKRIMINACIJA

Nažalost, u suvremeno vrijeme još uvijek postoji diskriminacija osoba s duševnim problemima koja je utemeljena na nedovoljnom poznavanju i upućenosti društva u ovu

kategoriju oboljenja. Duševno oboljele osobe smatra se nasilnima, nepredvidivima, nesposobnima, neodgovornima, krivima za bolest, lijenima i sl. Smatra se da je stigma rezultat kombinacije ljudskog neznanja i straha te stvaranja mitova i predrasuda. Diskriminacija se javlja kao posljedica stigme i odnosi se na teško kršenje ljudskih prava. Upravo zbog diskriminacije i stigmatizacije, osobe oboljele od shizofrenije isključuju se iz socijalnih interakcija, izoliraju i na taj način emocionalno uskraćuju što negativno utječe na njihovu rehabilitaciju i resocijalizaciju (Sulejmanpašić-Arslanagić, Tunović, 2015.). Nadalje, osobe oboljele od shizofrenije doživjet će manje empatije u usporedbi s osobama oboljelima od fizičkih bolesti te postoji veća vjerojatnost da će se na invaliditet koji je povezan s mentalnom bolesti reagirati ljutnjom i stajalištem da pojedincu ne treba nikakva pomoć. Čak će i većina članova obitelji osoba oboljelih od duševnih poremećaja pokušati prikriti činjenicu o psihičkoj bolesti zbog čega nedostaje potencijalna socijalna mreža podrške koja je iznimno relevantna u procesu oporavka (Guzder, 2010.).

Naime, uz sve izazove s kojima se susreću, osobe oboljele od shizofrenije mogu naići i na izazov samostigmatizacije. Dakle, suočavaju se s uvjerenjem kako nisu punopravni članovi zajednice pri čemu se slaže sa stereotipima iz društva i primjenjuje ih na sebe. Samostigma uključuje i proces kojim oboljela osoba uvažava stigmatizirajuće društvene stavove (primjerice, opasnost za druge, nekompetentnost i sl.), a kao posljedica stigme pojavljuju se ograničenja koja je osoba ranije imala (npr. ideja o zaposlenju, stvaranju vlastite obitelji i sl.). Zbog toga se samostigma ponekad definira kao nesvjesni ili svjesni proces u kojem osoba uvažava smanjena očekivanja (Štrkalj – Ivezić, 2016.).

Za umanjene stigmatizacije potrebna je transformacija identiteta koja je povezana s procesom oporavka. Odnosno, važno je u procesu procjene stanja i planu liječenja ne dozvoliti pojedincu da ostane zarobljen u identitetu bolesnika. Također, u ovom je procesu važan odnos terapeut – pacijent koji može uvelike pridonijeti minimalizaciji stigmatizacije. Premda se samostigmatizacija često javlja kao reakcija na stigmu, moguće su i druge reakcije (npr. pravedna ljutnja, osnaženje) koje mogu dovesti do toga da pojedinac zauzme aktivniji i motiviraniji stav u liječenju i zalaže se za poboljšanje vlastitog stanja (Štrkalj – Ivezić, 2016.).

Vrlo važan čimbenik u nastojanjima umanjivanja stigmatizacije osoba oboljelih od duševnih bolesti, s naglaskom na shizofreniju, jest edukacija. Naime, edukacija o bolesti uključuje činjenice o psihičkoj bolesti koje imaju za cilj povećanje znanja i svijesti društva, s važnosti suprotstavljanja činjeničnih podataka s netočnim podacima vezanima uz stigm

(Štrkalj – Ivezić, 2016.). Stoga, osiguravanjem edukacije, empatije i razumijevanja u zajednici, može se uspostaviti inkluzivnije društvo koje pruža podršku osobama sa shizofrenijom, omogućavajući im dostojanstven i kvalitetan život.

12. SPECIFIČNOSTI, POTEŠKOĆE I IZAZOVI U RADU S OSOBAMA OBOLJELIMA OD SHIZOFRENIJE

Poznato je da se kod osoba oboljelih od shizofrenije manifestiraju simptomi koji utječu na kvalitetu funkcioniranja i života generalno. Poteškoće su vidljive na individualnoj razini u pogledu nedostatka volje i motivacije za svakodnevne aktivnosti te smanjenog samopouzdanja i samopoštovanja. Isto tako, poteškoće se pojavljuju i na području socijalnog funkcioniranja uslijed poteškoća u komunikaciji te se povećava osjećaj stigmatizacije. Prema tome, intervencije koje se planiraju usmjerene su prema pojedincu i njegovoj okolini. Ključni je preduvjet u cijelom procesu uspostavljanje terapijskog odnosa s pojedincem koji se temelji na povjerenju (Karlović i sur., 2019.).

Naime, u samom su početku razvoja shizofrenije simptomi najizraženiji te su tada intervencije usmjerene na razumijevanje i pružanje podrške. U tom je periodu potrebno riješiti statusna pitanja poput reguliranja zdravstvene zaštite te suradnja sa Zavodom za zapošljavanje i rješavanje ostalih pitanja kojima se štite prava i interesi pojedinca. Postupci su usmjereni na usvajanje svakodnevnih vještina kako bi osoba stekla higijenske navike, interes za uzimanjem terapije, održavanje kućanstva te organizaciju svakodnevnih aktivnosti (Karlović i sur., 2019.). U slučajevima kada se radi sa pojedincima koji su korisnici prava u sustavu socijalne skrbi, osobama koje su lišene poslovne sposobnosti, počiniteljima obiteljskog nasilja, pojedincima koji se nalaze u postupku razvoda braka te onima koji se pripremaju za smještaj u udomiteljsku obitelj ili ustanovu socijalne skrbi te je neke od navedenih postupaka potrebno pokrenuti za vrijeme hospitalizacije, tada se individualno radi s pacijentom u pogledu informiranja o postupcima i pravima uz njegovu suglasnost te se ostvaruje suradnja s nadležnim institucijama (Karlović i sur., 2019.).

Ukoliko okolina nije podržavajuća, već predstavlja izvor distresa, oboljelim je osobama teško održavati postignute promjene. Smatra se kako programi predstavljaju poveznicu između bolničkog liječenja i reintegracije i resocijalizacije u životnu sredinu. Tijekom procesa rehabilitacije nailazi se na poteškoće koje nastaju od pojedinca, njegove okoline ili obitelji. Temeljne su poteškoće u radu nedostatak motivacije pojedinca, nesuradljivost, nepovjerljivost te smanjeni kognitivni kapaciteti. Disfunkcionalne obitelji, nepodržavajuće

radno okruženje te stigmatizacija i diskriminacija osoba s poteškoćama mentalnog zdravlja također predstavljaju poteškoće u rehabilitaciji i resocijalizaciji pojedinaca. Stoga bi navedene poteškoće najbolje bilo pretvoriti u izazov i mogućnost za napredak te poboljšanje kao i usmjeravanje pažnje na senzibiliziranje okoline za individualne potrebe oboljelog (Karlović i sur., 2019.).

13. ZAKLJUČAK

Uzimajući u obzir sve navedene činjenice može se zaključiti kako je uloga socijalnog radnika u resocijalizaciji osoba oboljelih od shizofrenije ključna u postizanju integracije i unaprjeđenja kvalitete života ove ranjive skupine korisnika. Kroz cjelokupni proces, socijalni radnik ne samo da pruža podršku u pogledu osnaživanja pojedinca, već djeluje i kao posrednik između pojedinca, njegove obitelji, zdravstvenih institucija i šire društvene zajednice. Aktivnosti socijalnog radnika usmjerene su na prilagođavanje svakodnevnim izazovima, unaprjeđenje socijalnih vještina i smanjenje stigmatizacije, čime se doprinosi dugoročnom očuvanju mentalnog zdravlja i stabilnosti pojedinaca koji se suočavaju sa shizofrenijom. Shizofrenija predstavlja vrlo ozbiljan psihički poremećaj koji ukazuje na velik broj individualnih razlika prilikom manifestacije u pogledu sadržaja, dok zadržava stabilne obrasce vezane za nastanak i tijek same bolesti (Sulejmanpašić-Arslanagić, Tunović, 2015.). Dvije osnovne skupine simptoma koje se pojavljuju u shizofreniji su pozitivni simptomi i negativni simptomi. Liječenje shizofrenije dijeli se po kliničkim fazama bolesti, odnosno na liječenje akutne faze, faze stabilizacije, faze održavanja i faze oporavka kako bi ono bilo što učinkovitije. Za djelotvorno bi se liječenje farmakoterapija trebala primjenjivati u svim fazama poremećaja, a preporuka je kombinacija sa različitim psihosocijalnim intervencijama (Kučukalić i sur., 2006). Važnost multidisciplinarnog pristupa u tretmanu osoba oboljelih od shizofrenije evidentna je, jer uz suradnju sa psihijatrima, psiholozima i terapeutima, socijalni radnik može učinkovitije odgovoriti na potrebe pojedinaca. Edukacija obitelji i zajednice, kao i pružanje emocionalne podrške, pomažu u procesu reintegracije i sprječavaju socijalnu izolaciju pojedinaca. Multidisciplinarno područje mentalnog zdravlja naglašava važnu ulogu socijalnog rada u pogledu promocije mentalnog zdravlja, prevencije mentalnih poremećaja, potpore rehabilitaciji, oporavku i socijalnom uključivanju pojedinaca koji se suočavaju s problemima mentalnog zdravlja te promicanja ljudskih prava, uklanjanja diskriminacije i stigmatizacije (Kletečki Radović, 2021.). Zaključno, doprinos socijalnih radnika u procesu resocijalizacije osoba oboljelih od shizofrenije predstavlja neizostavan čimbenik u

složenom lancu brige o mentalnom zdravlju, čime se postiže ne samo individualna dobrobit pojedinca, već i širi društveni napredak u pogledu smanjenja stigme i inkluzije marginaliziranih grupa. Važno je naglasiti potrebu daljnjeg razvijanja programa podrške i osnaživanja u okviru socijalnih službi, kao i važnost podizanja svijesti javnosti o izazovima s kojima se susreću osobe oboljele od shizofrenije.

14. LITERATURA

Begić, D. (2011). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.

Folnegović – Šmalc, V. (1999). *Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja deseta revizija- klinički opisi i dijagnostičke smjernice*. Zagreb: Medicinska naklada.

Frančišković T., Moro, Lj. i sur. (2011). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.

Guzder, J. (2010). Book Review: Dinesh Bhugra, Mad Tales from Bollywood: Portrayal of Mental Illness in Conventional Hindi Cinema. *Transcultural Psychiatry* 47(3), 511-513.

Jakovljević, M. (2011). *Shizofrenija u teoriji i praksi: Etiopatogeneza i klinička praksa*. Zagreb: Pro Mente d.o.o.

Karlović, D., Peitl, V., Silić, A. (2019). *Shizofrenije*. Zagreb: Naklada Slap.

Kletečki Radović, M. (2021). Socijalni rad u zaštiti mentalnog zdravlja. U L. Mužinić Marinić, *Psihijatrija u zajednici* (str. 201-219). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada.

Kučukalić, A., Džubur-Kulenović, A., Bravo-Mehmedbašić, A. (2006). *Vodič za liječenje shizofrenije*. Ministarstvo zdravstva kantona Sarajevo.

Legge, S. E., Santoro, M. L., Periyasamy, S., Okewole, A., Arsalan, A. i Kowalec, K. (2021). Genetic architecture of schizophrenia: a review of major advancements.

Psychological Medicine, 51(13), 2168-2177. <https://doi.org/10.1017/S0033291720005334>

Milinović, M., Todorović, M. (2020). Sindrom katatonije. *Naučni časopis urgentne medicine - Halo 194*. 26 (2), 55 – 61.

Ostojić, D. (2012). Prva epizoda shizofrenije – važnost ranog otkrivanja bolesti. Što o tome trebaju znati socijalni radnici. *Ljetopis socijalnog rada*, 19 (1), 53-72.

Ostojić, D., Savić, A. (2021). Psihosocijalne intervencije u radu s osobama koje imaju iskustvo prve epizode psihotičnog poremećaja. U L. Mužinić Marinić, *Psihijatrija u zajednici* (str. 103-116). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada.

Ružić, K., Medved, P., Dadić-Hero, E., Tomljanović, D. (2009). Rehabilitacija u psihijatriji – socioterapija. *Medicina*, 45 (4), 338-343.

Sedić, B., (2006). *Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište Zagreb.

Stilo, S. A. i Murray, R. M. (2019). Non-genetic factors in schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, 21(10), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1091-3>.

Sulejmanpašić-Arslanagić, G., Tunović, N. (2015). Shizofrenija, stigma, seksualnost. *Zdravstveni glasnik*, 1(2), 68-72.

Štrkalj - Ivezić, S., Bauman, L. (2009). *Shizofrenija put oporavka*. Zagreb: Udruga Svitanje; Hrvatski liječnički zbor.

Štrkalj – Ivezić, S., Mužinić, L., Filipac, V. (2010). Case management – a pillar of community psychiatry. *Psychiatria Danubina*, 22 (1), 28-33.

Štrkalj – Ivezić, S., (2016). *Život bez stigme psihičke bolesti*. Zagreb: Medicinska naklada.

Štrkalj – Ivezić, S., Štimac – Grbić, D. (2021). Organizacija zaštite mentalnog zdravlja u zajednici i uloga mobilnih psihijatrijskih timova. U L. Mužinić Marinić, *Psihijatrija u zajednici* (str. 17-32). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada.

Štrkalj – Ivezić, S., Vrdoljak, M., Radić, K. (2021). Stambeno zbrinjavanje osoba s poteškoćama mentalnog zdravlja. U L. Mužinić Marinić, *Psihijatrija u zajednici* (str. 183-192). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada.

Tamminga, C. (2014). *Shizofrenija*. Hemed. Posjećeno: 09. rujna 2024. na mrežnoj stranici: https://hemed.hr/Default.aspx?sid=12630#v27285256_hr

Van Os, J., Rutten, B. P. i Poulton, R. (2008). Gene-environment interactions in schizophrenia: review of epidemiological findings and future directions. *Schizophrenia bulletin*, 34(6), 1066-1082. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn117>